

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**CARACTERÍSTICAS CLÍNICOPATOLOGICAS Y
ESTADIO CLÍNICO DEL CÁNCER DE MAMA EN
MUJERES ENTRE 25 A 60 AÑOS ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE EN EL
PERIODO -2016**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

ROBLES SOSA MELIZA FLORIANA

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

LIMA – PERÚ

2018

ASESOR

JUAN CARRASCO PÉRRIGO

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por guiar siempre mis pasos
A mis padres por su apoyo incondicional y
estimulación para mi crecimiento como persona.
A mis docentes de la UNIVERSIDAD PRIVADA
SAN JUAN BAUTISTA, por contribuir a mi
formación.

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a mis colegas, estudiantes, docentes, a quienes contribuyen a la salud pública y a cada uno de los individuos de las siguientes generaciones que directa o indirectamente deseen conocer esta investigación y deseo que mi trabajo sirva para fundamentar y ajustarlos a sus propios estudios. Por tanto, siga contribuyendo en el avance, tecnología y continuar con el progreso de nuestra humanidad.

RESUMEN

Características clinicopatológicas y estadio clínico del cáncer de mama en mujeres entre 25 a 60 años atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2016.

OBJETIVO: Identificar las características clinicopatológicas y estadio clínico del cáncer de mama en mujeres entre 25 a 60 años atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2016.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo, transversal, observacional, retrospectivo. La interpretación y análisis de los resultados procesados en el programa SPSS 24.0. Con cada variable del estudio.

RESULTADOS: Se evaluaron 60 historias clínicas de mujeres que presentaron cáncer de mama. La edad con más casos fue de 41 a 50 años con un 41,7%. Según el estadio clínico el 45% tipo II A y B tipo más frecuente, el Tipo histológico que tuvo más casos fue el carcinoma lobulillar infiltrante (36%), seguido del carcinoma ductal infiltrante (28%), grado histológico tipo I con un 46%.

CONCLUSIONES: En el grupo de mujeres estudiadas se encontró que la etapa clínica más frecuente fue tipo II 45%, en el intervalo de edad de 41 a 50 años, el tipo histológico, que más casos tuvo fue el carcinoma lobulillar infiltrante y el grado histológico I. Tantas características clinicopatológicas y estadio clínico son relevantes al momento del diagnóstico de las pacientes con cáncer de mama.

Palabras Claves: Cáncer de Mama, características clínicas e histopatológicas

ABSTRACT

Clinicopathological characteristics and clinical stage of breast cancer in women between 25 and 60 years of age served at the Hipólito Unanue National Hospital in the 2016 period.

OBJECTIVE: To identify the clinicopathological characteristics and clinical stage of breast cancer in women between 25 and 60 years of age served in the Hipólito Unanue National Hospital in the 2016 period.

METHODOLOGY: Descriptive, transversal, observational, retrospective study. The interpretation and analysis of the results processed in the SPSS 24.0 program. With each variable of the study.

RESULTS: We evaluated 60 clinical histories of women who presented breast cancer. The age with the most cases was 41 to 50 years with 41.7%. According to the clinical stage 45% type II A and B type more frequent, the histological type that had more cases was the infiltrating lobular carcinoma (36%), followed by infiltrating ductal carcinoma (28%), histological grade I with a 46 %.

CONCLUSIONS: In the group of women studied it was found that the most frequent clinical stage was type II 45%, in the age range of 41 to 50 years, the histological type, which had more cases was the infiltrating lobular carcinoma and the histological grade I. Both clinicopathological characteristics and clinical stage are relevant at the time of diagnosis of breast cancer patients.

Key words: Breast cancer, clinical and histopathological characteristics

PRESENTACIÓN

El cáncer de mama es un proceso tumoral maligno que tiene más casos en mujeres y se presenta en edad temprana o tardía constituyendo una amenaza para la salud. Es la principal causa de morbi-mortalidad y la segunda causa de muerte por esta patología¹⁸, para 2012 se registró 14 millones de nuevos casos, en el 2015 alrededor de 8,8 millones murieron. Por tanto, vendría a ser un problema de salud pública, es de etiología multifactorial por lo que su tratamiento se enfocaría según las características clinicopatológicas y estadio clínico.

Estudios preliminares en el Perú muestran que el cáncer de mama se presenta casi 45mil casos nuevos al año y mueren aproximadamente cuatro mujeres a diario, a los 40 a 50 años y no presentaban síntomas en etapa inicial. Son diagnosticadas en etapa tardía, debido también al limitado acceso de pruebas.

El trabajo está estructurado en cinco capítulos lo cual mencionaremos:

“En el primer capítulo plantearemos el problema el cual es conocer las características clínico patológicas que presentan las pacientes con cáncer de mama atendidas en el hospital Hipólito Unanue e incluye formulación del problema, justificación limitación, objetivos y propósito.

Segundo capítulo: se denomina marco teórico, se revisa estudios anteriores características clinicopatológicas del cáncer de mama, como antecedentes del estudio tanto nacionales como internacionales, así como bases teóricas de las variables estudiadas y definición de los conceptos.

El tercero presenta metodología de la investigación que son: tipo y área de estudio, población y muestra, además de técnicas e instrumento de recolección de datos, diseño de recolección de datos y procesamiento y análisis de los mismos.

El cuarto capítulo muestra los resultados de nuestra investigación en tablas y gráficos; y las respectivas discusiones”.

Por ultimo en el quinto capítulo se expondrá las conclusiones de nuestra investigación y las respectivas recomendaciones.

ÍNDICE

CARATULA	I
ASESOR	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
PRESENTACIÓN	VII
ÍNDICE	IX
LISTA DE TABLAS	XI
LISTA DE GRÁFICOS	XIII
LISTA DE ANEXOS	XIV
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	1
1.3 JUSTIFICACIÓN	1
1.4. OBJETIVOS	3
4.1. OBJETIVO GENERAL	3
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
1.5. PROPÓSITO	3
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	4
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	4
2.2. BASES TEÓRICAS	8
2.3. HIPÓTESIS	17
2.4 VARIABLES	17
2.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS	17
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	19
3.1. TIPO DE ESTUDIO	19
3.2. ÁREA DE ESTUDIO	19

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	19
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	20
3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	21
3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	21
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	22
4.1. RESULTADOS	22
4.2. DISCUSIÓN	32
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	36
5.1. CONCLUSIONES	36
5.2 RECOMENDACIONES	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
ANEXOS	43

LISTA DE TABLAS

TABLA N°01

Distribución por características clinicopatológicas y estadio clínico de las pacientes con cáncer de mama atendidas en el hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2016.....22

TABLA N°02

Distribución por edad de las pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Hipólito Unanue-2016.23

TABLA N°03

Distribución por estrato socioeconómico de las pacientes con cáncer de mama atendidas en el hospital Nacional Hipólito Unanue -2016.....24

TABLA N°04

Distribución por grado de instrucción de las pacientes con cáncer de mama atendidas en el hospital Nacional Hipólito Unanue - 2016.....25

TABLA N°05

Distribución por Inicio oportuno de tratamiento de las pacientes con cáncer de mama atendidas en el hospital Nacional Hipólito Unanue -2016.....26

TABLA N°06

Distribución por obesidad de las pacientes mujeres con cáncer de mama atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue - 2016.....27

TABLA N°07

Distribución por Antecedentes directos de Cáncer de mama de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue -201628

TABLA N°08

Distribución por Tipo histológico de las pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue - 2016.....39

TABLA N°09

Distribución por Grado histológico de las pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue - 2016.....30

TABLA N°10

Distribución por estadio clínico de las pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue - 2016.31

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°01

Distribución por edad de las pacientes con cáncer de mama.23

GRÁFICO N°02

Distribución por estrato socioeconómico de las pacientes con cáncer de mama.
.....24

GRÁFICO N°03

Distribución por grado de instrucción de las pacientes con cáncer de mama...25

GRÁFICO N°04

Distribución por Inicio oportuno de tratamiento de las pacientes con cáncer de
mama.26

GRÁFICO N°05

Distribución por obesidad de las pacientes mujeres con cáncer de mama.27

GRÁFICO N°06

Distribución por Antecedentes directos de Cáncer de mama.28

GRÁFICO N°07

Distribución por Tipo histológico de las pacientes con cáncer de mama.29

GRÁFICO N°08

Distribución por Grado histológico de las pacientes con cáncer de mama.30

GRÁFICO N°09

Distribución por estadio clínico de las pacientes con cáncer de mama.31

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N° 01	
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.	44
ANEXO N°02	
INSTRUMENTO.	47
ANEXO N° 03	
VALIDÉZ DE INSTRUMENTO-CONSULTA DE EXPERTOS.	48
ANEXO N° 04	
MATRÍZ DE CONSISTENCIA.	51

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de mama en las mujeres varía ampliamente en dependencia de características, tanto clínico e histopatológico, esta patología es considerado como la segunda causa principal de muerte en las mujeres, en el mundo, para 2012 se registró 14 millones de nuevos casos, en el 2015 alrededor de 8,8 millones murieron. Por tanto, vendría a ser un problema de salud pública, ya que es una de las principales causas de morbi-mortalidad. Alrededor de un tercio de muertes por cáncer se asocia a factores tanto conductuales y dietéticos.

El origen de esta enfermedad es multifactorial, puede ser genético o no genético, no se puede determinar una causa única lo cual evidencia su aparición y desarrollo posterior, por ello es importante la prevención y aquellos exámenes que promuevan la detección temprana y así dar un tratamiento oportuno.

Es por ello que, para realizar un programa terapéutico adecuado, se debe conocer aquellas características clínicas, histopatológicas y estadio clínico y hacer una evaluación individual de cada paciente y conocer la evolución de esta para un tratamiento integral.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son las características clinicopatológicas y estadio clínico del cáncer de mama en mujeres entre 25 a 60 años atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2016?

1.3. JUSTIFICACIÓN:

Desde el punto de visión teórico:

Según literaturas revisadas por diferentes autores, el cáncer de mama es una enfermedad que se genera a partir de una disminución de la apoptosis celular, y al no existir control que regulan la multiplicación de células o no funcionan adecuadamente, la célula comienza a multiplicarse sin control alguno y esto trae

como consecuencia una neoplasia. Según algunas características observan si hay daño a nivel del ADN de la célula como consecuencia dará una neoplasia maligna de tipo epitelial. Es de causa multifactorial, ya sea de causa genética o no genética. Pero tanto características clínicas e histopatológicas son necesarios saber al momento del diagnóstico.

Desde el punto de vista práctico

Según el porcentaje de incidencia, esta patología afecta a muchas mujeres constituyendo una causa principal de morbilidad y mortalidad, que puede presentarse a una edad temprana o tardía, con lo cual condiciona complicaciones para las mujeres. Para ello se elaboró una ficha resumen de la historia clínica de donde se extrajo características clínicas e histopatológicas como: tipo histológico, grado histológico, clasificación TNM, tiempo oportuno de tratamiento, edad, etc. Con el objetivo de identificar dichas características, y proporcionar información que puede ser útil para instituciones encargadas en el tratamiento de esta y mejora de estrategias para promover la prevención.

Desde el punto de vista económico –social:

El cáncer de mama es un problema de salud, sobre todo en países que aún están en desarrollo y no cuentan con programas de prevención y hay pocas alternativas terapéuticas, por tal la mortalidad se eleva. Estudios realizados donde el autoexamen fue una ayuda principal para el despistaje de cáncer de mama y al realizarse de forma continua, demostraron ser efectivas y mejorar el diagnóstico temprano. Por tanto, se propone implementar programas educativos para que las mujeres se realicen el autoexamen de mama de manera regular, también debe ir integrada a exámenes auxiliares como mamografía y acceso al tratamiento oportuno.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las características clinicopatológicas y estadio clínico del cáncer de mama en mujeres entre 25 a 60 años atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2016.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características biosociodemográficas de las pacientes con cáncer de mama.
- Identificar las características clínicas más frecuentes del cáncer de mama.
- Establecer el estadio clínico más frecuente del cáncer de mama.
- Identificar el tipo histológico más frecuente en las pacientes con cáncer de mama.

1.7. PROPÓSITO

El cáncer de mama es un problema de salud y el tipo de tumor maligno que más casos presentan las mujeres. Por el cual el presente trabajo tiene el propósito de identificar las características clínico e histopatológico de cáncer de mama en una población acorde al grupo de edad y así contribuir para la prevención de esta enfermedad y/o una detección en una fase temprana con la finalidad de dar información que puede ser útil para instituciones encargadas en el tratamiento de esta, llevando a disminuir la tasa de morbi-mortalidad.

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTE BIBLIOGRÁFICOS

INTERNACIONAL

a) **Antonio M.A, Sonia L.A, Aura E.F y Sergio R.C.** “Características clinicopatológicas del cáncer de mama en una población en México”

Este estudio tuvo como objetivo: describir las características mencionadas.

Metodología: trabajo de estudio descriptivo, retrospectivo, transversal. Durante los años 2005 a 2014. Población en total a evaluar fue 4411.

Resultados. La edad promedio al diagnóstico fue 53 años, con respecto a las características histológicas: el 6,8% correspondieron al carcinoma in situ, el 79% carcinoma ductal y el 7,8% al carcinoma lobulillar, de los cuales el carcinoma ductal con grado histológico: el 9,1% fue de grado I, seguido del 54% grado II y el 34,6% grado III. Con respecto al estadio clínico el 36% etapa I y IIA y el 45% estadio IIIB y IIIC, el 7,7% metastásicos¹.

b) **Silvina M, Andrea S, Natalia Camejo, Cecilia C, Nora A.** “Características clinicopatológicas y evolución del cáncer de mama en mujeres uruguayas jóvenes” este estudio tuvo como objetivo investigar la frecuencia, de dichas características y su manejo.

Metodología: estudio retrospectivo, población mujeres menores a 40 años con un total de 107 pacientes, durante 2006 al 2012 asistidas en el servicio de oncología.

Resultados: rango de edad ente 24 a 39 años, siendo la mediana 35 años, según las características histopatológicas el carcinoma ductal 89,7% grado histológico II-III con 36,5% y 57% respetivamente y el estadio clínico con más casos fue el estadio II-III con 75%.

c) **María J.R, Alicia A. M y Begoña M-y-Keenoy.** “Influencia del peso corporal en el pronóstico de las supervivientes de cáncer de mama; abordaje nutricional tras el diagnóstico”.

Objetivo: revisar la relación entre el peso inicial al realizar el diagnóstico y los cambios de peso posteriores. Se evalúan las formulas dietéticas que ayuden a mantener un peso dentro del estándar de normalidad y que busca reducir efectos de los tratamientos antineoplásicos y las comorbilidades asociadas.

Metodología: revisión bibliográfica, no sistemática, lo cual abarco 115 artículos incluyo estudios observacionales epidemiológicos, retrospectivos, prospectivos, de cohorte y de intervención dietética, y otras literaturas donde explican el impacto de la adiposidad y como se relaciona a la progresión tumoral.

Resultados: indican que el sobrepeso y la obesidad son factores que se asocian en la aparición de cáncer de mama, sobre todo en mujeres postmenopáusica, pero, no se tiene una definición clara de los umbrales de peso².

d) **Guillermo Sánchez, Carlos Gustavo N., Carolina Estupiñan.** “Factores asociados con el tratamiento oportuno de mujeres con cáncer de mama”

Realizaron un estudio observacional analítico de cohorte retrospectiva, el estudio fue apoyado por una organización de Bogotá. Población estudiada fue de 190 que se les realizo el cuestionario de recolección durante los años 2011 y 2012. Se trabajó con 136 mujeres.

Resultados: El promedio fue 57 años y 129 pacientes tenían seguro como régimen contributivo o al subsidiado (96%). El tiempo que transcurrió cuando se hizo el diagnóstico y el inicio del tratamiento fue de 75 días, tiempo transcurrido cuando presento sintomatología y el inicio del tratamiento fue de 175 días. El 26,4 % de las mujeres obtuvo un tratamiento oportuno.

No encontraron diferencias significativas según la edad entre los dos grupos. Establecieron un análisis multivariado y se identificó que el estrato alto y un nivel de escolaridad superior al bachillerato, como factores predictores⁴.

e) **Mario C.G, José Fernando A.E.** “Cáncer de mama: etapa clínica en la que se realiza el diagnóstico y tipos histológicos más frecuentes en mujeres que acuden a un hospital de segundo nivel”

El estudio tiene como objetivo determinar la etapa clínica en la que se realizó el diagnóstico.

Metodología: estudio descriptivo, transversal y observacional, serie de casos. Realizado en el periodo 2007 a 2009 en el “Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México”. En total se encontraron 28 casos.

Resultados: en relación a la etapa clínica, el diagnóstico se realizó en un 61% en estadio clínico II, seguido del estadio I con un 25%. De acuerdo a tipo histológico 14% tuvieron carcinoma in situ, el carcinoma ductal infiltrante con un 46%, seguido por lobulillar infiltrante con 21%. Según el rango de edad de 36 a 40 años con 32% de casos⁵.

f) **Karla G.S, Karla Verónica M.C, Alejandra Wendoly H.R, Edgardo G.T, Fernando G.C, Sergio Hugo S.R:**

“Carcinoma ductal infiltrante, el tipo de cáncer de mama más común”

En este estudio, la finalidad de la investigación fue determinar incidencia de cáncer de mama, la edad en que más se presenta y el tipo histológico más frecuente. En los años 2006-2011. Datos obtenidos fue del Hospital General de Zacatecas.

resultados se obtuvo que la edad más frecuente fue entre los 41 a 50 años. Según la característica histológica, el carcinoma ductal infiltrante fue el que más casos tuvo. En consultas acudió un grupo menor que correspondió a cáncer, mientras que el resto se trató de otras patologías mamarias como fibromas, entre otros. Se finalizó los casos por mes en los años 2006-2011, dando datos homogéneos, excepto en el 2011 donde hay incremento de los casos en los tres últimos meses del año²².

NACIONALES

g) **Liliana Larrea Fernández.** “Características clínico patológicas del cáncer de mama en mujeres menores de cincuenta años, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2009-2010” Como objetivo de este estudio fue determinar dichas características, estadio más frecuente. Población 75 mujeres.

Metodología: estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, transversal. En el periodo 2009 -2010. Pacientes clasificadas según criterios de inclusión.

Resultados: la media de edad fue 41 años, mayores casos en los rangos 41-49 años, según el estadio clínico el más frecuente fue el II con 48%, solo el 2,6% presentaron estadio IV. Según característica histológica el carcinoma ductal infiltrante con 94,7%, grado histológico III 72%⁶.

h) **Marcia Carrasco, Henry Gómez y Carlos Vigil.**

“Factores pronósticos en cáncer de mama, estadio clínico temprano (I-IIa) sometidos a cirugía como tratamiento de inicio”.

Estudio observacional descriptivo, retrospectivo de una serie de casos en el periodo 2000 a 2005. Teniendo como población 952 pacientes. Con respecto a los análisis estadísticos se buscó asociar las variables clínico patológicas y el subtipo.

Resultados se obtuvo que el 45,3% de los pacientes fueron menores a 50 años, con respecto a las características del tumor el “50% tuvo estadio patológico T1, el 49,9% T2 y un paciente fue Tx. El 50,1% correspondió a tumores ≤ 2 cm y el 49,9% presentó tumores > 2 cm. El 85,5% fueron N0 y el 14,2% tuvieron afectación ganglionar N1. El 85,8% no presentó ganglios. El 92,3% presentó subtipo histológico ductal. El 15,8% presentó grado histológico I, el 51,9% grado II, y el 32% grado III”⁷.

2.2 BASES TEÓRICAS

Cáncer de mama

Es la proliferación maligna de las células epiteliales que revisten los conductos o lobulillos de la mama¹¹, afecta más a las mujeres y es la principal causa de morbi-mortalidad, es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer y la primera en presentarse en un rango de edad entre los 40 y los 44 años¹².

Epidemiología

Según la relación de afectación con respecto al género es más frecuente en la mujer, los varones también pueden presentar, pero en menor porcentaje, con una relación 150:1. Supone un problema de salud. Países donde la industrialización es mayor, se acompañará con aumento de incidencia de esta patología. En Estados Unidos, en 2012 fueron diagnosticadas de cáncer de mama 229 060 mujeres y fallecieron por esta patología 40 000. Hay características clínicas y biosociodemográficas como: Edad y aumenta hasta la menopausia; luego, el porcentaje va disminuyendo cuanto mayor es la mujer por eso es relevante la actividad ovárica en su etiología. Las mujeres que iniciaron la menstruación tardíamente, menopausia temprana y primer embarazo a término antes de los 18 años el riesgo de padecer cáncer de mama disminuye¹¹.

Etiopatogenia:

La causa es multifactorial, no se puede evidenciar etiología única que desencadene su aparición, puede estar asociado o no la genética, y esta contribuir o no a su desarrollo posterior¹³.

TIPOS:

Cáncer de mama no invasivo:

Comprende el carcinoma ductal in situ y sus variedades son: “comedocarcinoma, papilar, micropapilar, sólido y cribiforme”, aunque del 30% al 60% muestran más de un tipo histológico), el tumor tipo lobulillar en general es multifocal y bilateral, otro tumor no invasivo es la enfermedad de Paget del pezón¹⁴.

Cáncer de mama invasivo:

El 70%-80% de los casos se clasifican como carcinoma ductal infiltrante (en la mayor parte se inician en la unidad terminal ducto-lobulillo), para realizar el diagnóstico se hace por exclusión. El 20%-30% restante componen otro tipo de carcinomas, según su morfología están caracterizados por inflamación e induración de la mama, lo cual se llega a apreciar como piel de naranja, en la mama afecto), y la enfermedad de Paget del pezón con carcinoma ductal in situ o con carcinoma ductal invasivo. La agresividad local del cáncer de mama es variable. A veces, estos tumores son multicéntricos; y/o bilaterales (en especial, los lobulillares). Según la localización, el "49% provienen del cuadrante superior externo, el 25% de la zona retroareolar, el 18%, del cuadrante inferior interno, el 8% del cuadrante inferior externo y el 3% del cuadrante inferior interno"¹⁴.

Cuadro clínico:

En casi el 50% de los casos de cáncer de mama, se puede detectar en mujeres que no presentan síntomas mediante mamografía. Cuando hay sintomatología el más frecuente es la detección mediante un autoexamen una masa en una mama (65%-76% de los casos). Estas masas palpables, que incluyen tanto masas definidas como zonas de engrosamiento asimétrico del tejido glandular mamario, La enfermedad de Paget mamaria es una forma de tumor que afecta a la piel y los conductos galactóforos del pezón; suele producir una lesión eczematosa de la piel del pezón, que con frecuencia se asocia a escoriación de la piel y telorrea. Otros síntomas que pueden presentar son el dolor mamario, puede haber retracción cutánea o del pezón, secreción tipo sanguinolenta por el pezón, palpación de ganglios a nivel axilar o lesión eczematosa, con costras, irritación. La secreción espontánea hemorrágica o acuosa por el pezón se suele asociar a un tumor maligno de base. La secreción lechosa casi siempre tiene un origen benigno. Las pacientes con una secreción clara o sanguinolenta deben realizarse una exploración y mamografía. Si los resultados están en estándar normal y la

telorrea se localiza en un conducto único o en unos pocos bien definidos, se indicará una biopsia escisional de los conductos afectados. Una telorrea sanguinolenta se debe por lo general a un papiloma intraductal y una ductografía puede ayudar a localizar estas lesiones. Se ha demostrado que la endoscopia del conducto es una forma eficaz de localizar estas lesiones. El dolor de mama es frecuente en muchas mujeres y se describe en el 10% de las pacientes con esta enfermedad. Por lo general, este dolor se asocia a una masa palpable o alteración mamográfica. En las mujeres premenopáusicas, el dolor de mama es un síntoma premenstrual frecuente. Cuando el dolor se localiza en una región específica de la mama y aparece durante todo el ciclo menstrual, se deberá sospechar una lesión de base. Todas las pacientes con dolor mamario no cíclico se deben realizar una exploración mamaria regular, y mamografía bilateral, si no se encuentran alteraciones, debe valorarse la zona dolorosa mediante ecografía o resonancia magnética para descartar el pequeño riesgo de que exista un tumor maligno. El cáncer de mama metastatiza a distancia. Las metástasis pueden ser a nivel de ganglios a distancia, ya sea ósea ("50% de los casos") o viscerales entre más frecuentes están los pulmonares, hepáticos y en el SNC¹¹.

Diagnóstico:

Se puede obtener mediante punción aspirativa con aguja fina (PAAF), pero proporciona poco material, o biopsia con aguja gruesa, donde se llega a extraer muestras del tumor en cada inserción. Para realizar este tipo de biopsias y localizar el tumor de manera exacta, la mamografía estereotáctica, nos ayuda, el cual se puede visualizar el tumor. Además, el método que más ayuda es la biopsia con aguja gruesa, ya que evalúa cualquier tumor de mama y nos permite también un buen estudio histopatológico y determinación de receptores y HER2. Después que se haya establecido el tipo tumoral, su agresividad se clasificara según características del núcleo, carcinomas diferenciado o indiferenciado, o el grado histológico (que va I a III). Actualmente hay test genómicos, como

Oncotype-DX, que estudia muchas variedades de genes para valorar el riesgo de recurrencia y la eficacia de la quimioterapia.

La mamografía es necesaria para el diagnóstico y el seguimiento, También puede, realizarse ecografías y resonancia magnética para complementarla. Para evaluar diagnóstico de extensión, pueden realizarse radiografías de tórax, ecografía hepática y gammagrafía ósea y, si se considera conveniente tomografía computarizada.

En diferentes estudios hay controversia sobre iniciar la mamografía de rutina a partir de los cuarenta años. Ya que actualmente hay mujeres que a temprana edad pueden presentar el cáncer de mama. A pesar de ello creen que la mamografía dará mejores resultados cuando se realiza la detección a partir de los 40 años, y al hacer seguimiento de 13 a 15 años, tienen un pequeño beneficio en cuanto a la sobrevida global. Pero tener en cuenta que las mujeres con antecedentes familiar tienen por lo general resultados falsos negativos en las mamografías, por tanto, esta prueba no se recomienda en estas pacientes. Pero si pueden realizar resonancia magnética es de mejor utilidad para detección de cáncer de estas mujeres¹¹.

Estadificación:

El tratamiento está determinado por el estadio clínico de la enfermedad. Pero puede haber tumoraciones en la mama que sea de mayor tamaño o este invadiendo la pared torácica, en este tipo de casos se debe realizar la estadificación clínica, según la axila ipsilateral al momento que se realiza la tumorectomía mamaria. Pacientes que ya estén en una etapa clínica determinada y según las características individuales del tumor van a influir en el pronóstico. El cáncer de mama puede hacer metástasis o diseminarse a cualquier tejido, pero afectan más a los huesos, pulmones, hígado, tejido blando y cerebro¹.

Estadificación de cáncer de mama

La **T** describe el tamaño tumoral y su propagación a la piel o a la pared torácica debajo de la mama.

TX: no se puede evaluar el tumor primario.

T0: no hay evidencia de tumor primario.

Tis: carcinoma in situ (DCIS, o enfermedad de Paget del pezón sin masas tumorales asociadas).

T1 (incluye T1a, T1b, y T1c): tumor de 2 cm (3/4 de pulgada) o menos de ancho.

T2: el tumor mide más de 2 cm, pero no más de 5 cm.

T3: el tumor mide más de 5 cm de ancho.

T4 (incluye T4a, T4b, T4c, y T4d): el tumor es de cualquier tamaño y crece hacia la pared torácica o la piel. Esto incluye al cáncer de mama inflamatorio.

N para evaluar afectación ganglionar.

NX: los ganglios linfáticos adyacentes no se pueden evaluar.

N0: el cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes.

N1: el cáncer se propagó a entre uno y tres ganglios linfáticos axilares (debajo del brazo), y/o se encuentran diminutas cantidades en los ganglios linfáticos mamaros internos.

N1a: el cáncer se ha propagado a entre uno y tres ganglios linfáticos debajo del brazo con por lo menos un área de propagación del cáncer que mide más de 2 mm de ancho.

N1b: el cáncer se propagó a los ganglios linfáticos mamaros internos en el mismo lado del cáncer, pero esta propagación sólo se detectó mediante biopsia de ganglio centinela.

N1c: tanto N1a como N1b están presentes.

N2: el cáncer se ha propagado a entre 4 y 9 ganglios linfáticos debajo del brazo, o el cáncer ha agrandado los ganglios linfáticos mamaros internos.

N2a: el cáncer se propagó a entre 4 y 9 ganglios linfáticos debajo del brazo con por lo menos un área de propagación del cáncer que mide más de 2 mm.

N2b: el cáncer se propagó a uno o más ganglios linfáticos mamaros internos, lo que causa que estén agrandados.

N3: cualquiera de los siguientes:

N3a: El cáncer se propagó a 10 o más ganglios linfáticos axilares o el cáncer se propagó a los ganglios linfáticos que están debajo de la clavícula (ganglios infraclaviculares) con por lo menos un área de propagación del cáncer que mide más de 2 mm.

N3b: está afectado el ganglio linfático axilar y ha agrandado los ganglios linfáticos mamarios internos, o el cáncer se propagó a 4 o más ganglios linfáticos axilares.

N3c: están afectados los ganglios linfáticos que están sobre la clavícula (ganglios supraclaviculares) con “por lo menos un área de propagación del cáncer que mide más de 2 mm.

M seguida de un número del 0 al 1 indica si el cáncer se ha propagado o no a los órganos distantes (por ejemplo, los pulmones o los huesos).

MX: “no se puede evaluar la propagación a distancia (metástasis)”.

M0: no se encuentra propagación a distancia en las radiografías (o en otros estudios por imágenes).

M1: el cáncer se ha propagado a órganos distantes (con más frecuencia a los huesos, los pulmones, el cerebro o al hígado).

Estadificación de cáncer de mama (continuación)

Estadio 0: son lesiones premalignas. También se denomina carcinoma in situ (Tis). Las células tumorales están localizadas exclusivamente en la pared de los lobulillos o de los conductos galactóforos.

Estadio I (T1, N0, M0): el tamaño del tumor es inferior a dos centímetros. No hay afectación de ganglios linfáticos ni metástasis a distancia.

Estadio II: tumor entre 2 y 5 centímetros, con o sin afectación de ganglios axilares. Se subdivide en estadio IIA (T0, N1, M0 ó T1, N1, M0 ó T2 N0 M0) y en estadio IIB (T2, N1, M0 o T3, N0, M0).

Estadio III: el tumor afecta a ganglios axilares y/o piel y pared torácica (músculos o costillas). Se subdivide en estadio IIIA (T0-2, N2, M0 ó T3, N1-2, M0), estadio IIIB (T4, N0-2, M0) y estadio IIIC (T0-4, N3, M0).

Estadio IV: el cáncer se ha diseminado, afectando a otros órganos como hueso o hígado (cualquier T, cualquier N, M1).

GRADOS HISTOLÓGICOS

Por otro lado, las características de las células malignas permiten una clasificación adicional. Las células que forman los cánceres de mama se dividen en función del grado. Indican la velocidad con la que el cáncer puede desarrollarse.

Grado 1 o bien diferenciadas: las células se parecen mucho a las células normales y son tumores que crecen despacio.

Grado 2 o moderadamente diferenciadas: guardan cierta semejanza con las células de origen y su crecimiento es más rápido que en el grado 1.

Grado 3 o indiferenciado: no se parecen a las células de dónde proceden y crecen rápidamente. Son los que con más frecuencia se diseminan.

Tratamiento:

Va a depender del estadio de la enfermedad y el tipo histológico como en el caso del carcinoma ductal no invasivo está presente en los conductillos mamarios, en este caso el tratamiento será la escisión amplia con radioterapia mamaria, por otro lado, en estudios realizados, el tamoxifeno coadyuvante reducía el riesgo de recidiva. En el caso de carcinoma de tipo invasivo puede clasificarse como operable, avanzado y metástasis. En el primero, el tratamiento es mastectomía radical modificada o con tumorectomía seguida de radiación mamaria. La disección axilar puede sustituirse por biopsia del ganglio centinela para valorar la afectación ganglionar. Para identificar el ganglio centinela se realiza mediante la inyección de un pigmento en el drenaje del tumor cuando se realiza la operación; el primer ganglio que capta el pigmento será el ganglio centinela. Aquellas mujeres que tengan un tamaño tumoral menor de 1 cm y no hay afectación de ganglios no requieren tratamiento complementario, solo la tumorectomía primaria y la radiación mamaria. En caso de que se les realiza una quimioterapia combinada coadyuvante aproximadamente en seis meses, trae un beneficio

sobre todo a pacientes premenopáusicas y con afectación ganglionar; a las premenopáusicas y posmenopáusicas sin afectación de ganglios, pero con mayor volumen tumoral o factores asociados al pronóstico que los hace desfavorable, y a las posmenopáusicas con afectación ganglionar que a la vez estos tumores no expresan receptores de estrógenos. “El tratamiento complementario con tamoxifeno (20 mg/día durante cinco años) o un inhibidor de la aromatasa (anastrozol, letrozol, exemestano) se administra en las premenopáusicas o posmenopáusicas con tumores que expresan receptores estrogénicos, con ganglios positivos o negativos, pero con grandes tumores o factores pronósticos desfavorables” El tratamiento con quimioterapia coadyuvante puede utilizarse conjuntamente con tratamiento de bloqueo hormonal (como son inhibidores de aromatasa o tamoxifeno) ya sea en mujeres con tumores que tienen receptores estrogénicos y hay afectación ganglionar, pero si no hay receptores no se usa el bloqueo hormonal a pesar que haya afectación ganglionar. Las pacientes con cáncer mamario avanzado localmente se benefician de quimioterapia combinada neoadyuvante (p. ej., CAF: ciclofosfamida 500 mg/m², doxorrubicina 50 mg/m² y 5-fluorouracilo 500 mg/m² todos IV los días 1 y 8 de un ciclo mensual por seis ciclos) seguido de cirugía más radioterapia mamaria”. Cuando hay pacientes con enfermedad metastásica, no hay tratamiento que ayude a curarlo. También en estudios encontrados que la mitad de las pacientes que respondieron al tratamiento con bloqueo hormonal responderá a otro. Así como el uso de bisfosfonatos pueden reducir la hipercalcemia que produce el tumor por metástasis ósea, lo cual favorecerían los efectos antitumorales de otros tratamientos. La radioterapia es eficaz como tratamiento paliativo¹¹.

Tratamiento quirúrgico

Carcinoma ductal in situ (CDIS): Es un tipo de cáncer que conlleva a una condición pre-maligna de la mama, como característica es una proliferación de células cancerígenas confinada al interior de los conductos.

Para hacer el diagnóstico, en la mamografía se puede visualizar microcalcificaciones. Según tratamiento para esta patología lo indicado es la cirugía conservadora, más radioterapia (RT) o la mastectomía total. Ya que tiene un propósito el de obtener márgenes negativos, para no presentar recurrencia de la enfermedad, hay un aproximado del 8% a 5 años después de cirugía conservadora seguida de radioterapia postoperatoria, que pueda existir recurrencia²¹.

Carcinoma invasor: al realizar la cirugía en la mama, se tiene que tomar en cuenta las principales opciones el tratamiento conservador de la mama o la mastectomía con reconstrucción mamaria inmediata o sin ella, dependiendo del deseo y de las condiciones de la paciente.

Por tanto, al querer conservar la mama según la cirugía realizada se extirpa el tumor donde la recurrencia local es baja, pero mantiene los resultados estéticos y funcionales, por tanto, esto contribuirá a la paciente para llevar mejor calidad de vida. Este tipo de tratamiento conservador estará indicado en pacientes con cáncer de mama en etapa clínica I o II. Una vez que se obtenga la pieza operatoria es importante la evaluación macroscópica de los márgenes, con ello se garantiza una adecuada extirpación quirúrgica del tumor²¹.

Manejo conservador:

Ahora a mastectomía radical, no es el tratamiento estándar que se puede optar En estos últimos años varios el enfoque. Como la RT “radioterapia” que reduce el riesgo de recurrencia local en un 70% y previene una muerte por dicha enfermedad²¹.

Reconstrucción Mamaria (RM):

Constituye la reposición de tejido con el objeto de recuperar un volumen que reemplace la ausencia de una mama, esto puede disminuir la afectación emocional que conlleva la pérdida de una o ambas mamas.

Hay variedad de opciones de reconstrucción como: uso de tejido autólogo, colgajos pediculados y libres; expansores e implantes²¹.

Quimioterapia:

Hay diversos esquemas que demostraron eficacia. Según los esquemas más utilizados en “las guías estadounidenses del National Comprehensive Cancer Network (NCCN): 4 ciclos adriamicina con ciclofosfamida (AC) seguido de taxol® semanal por 12 semanas, 4 AC seguido de 4 ciclos con taxol®, administrados semana por medio con apoyo de factores de estimulación de granulocitos (dosis densa) y 6 ciclos de taxotere® y ciclofosfamida” (TC)²¹.

2.3. HIPÓTESIS

Este trabajo no tiene hipótesis, ya que es un estudio descriptivo

2.4 VARIABLES:

2.4.1 VARIABLE DEPENDIENTE:

Cáncer de mama: Clasificación TNM

2.4.2 VARIABLE INDEPENDIENTE:

Edad

Estrato socioeconómico

Grado de instrucción

Características Clínicas: obesidad, inicio oportuno de tratamiento, antecedente directo de cáncer mama

Características Histológicas: Tipo histológico, grado histológico.

Estadio clínico

2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- **-Edad:** Número de años cumplidos en relación a la fecha de nacimiento. Se registra la edad alcanzada por el paciente al momento del diagnóstico.
- **-Estrato socioeconómico:** medida total económica y sociológica. Se basa en sus ingresos, educación, y empleo de una persona o familia. Se puede clasificar en alto, medio y bajo.

- **-Inicio de tratamiento oportuno:** es el tiempo que transcurrió desde el día que le diagnosticaron hasta el día que inicio tratamiento ya se médico o quirúrgico.
- **Obesidad:** acumulación excesiva o anormal de grasa, que perjudica la salud. Se puede medir según el índice de masa corporal (IMC). Valor = o mayor a 30 se cataloga como obesa y con un IMC = o mayor a 25 es catalogada con sobrepeso.
- **Clasificación TNM:** Sistema que se utiliza para evaluar tamaño, diseminación del cáncer hacia el tejido cercano, numero de ganglios linfáticos afectados y metástasis de un cáncer.
- **Tipo histológico:** hace referencia a patrones morfológicos en relación al cáncer de mama, que se presente en el paciente al momento del diagnóstico.
- **Grado de instrucción:** se registra el nivel educativo alcanzado, por toda persona.
- **Grado histológico:** se considerará bien, diferenciado e indiferenciado

CAPÍTULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo: ya que se describirá las características clinicopatológicas y estadio clínico del cáncer de mama que presentaron las pacientes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue

Transversal: se recolecto la información en un solo momento

Retrospectivo: es un estudio longitudinal en el tiempo que se analiza e el presente, con datos del pasado.

Observacional: No hubo manipulación de ninguna variable de los pacientes que presentaron cáncer de mama.

3.2. ÁREA DE ESTUDIO

El presente trabajo se realizó en el “Hospital Nacional Hipólito Unanue” durante el periodo 2016.

3.3. POBLACIÓN y MUESTRA

POBLACIÓN: estuvo conformada 60 historias clínicas revisadas, de las pacientes con cáncer de mama atendidas en el hospital Hipólito Unanue

MUESTRA: Este estudio toma de referencia a toda la población por ser una muestra pequeña, que estuvieron constituidas por mujeres con cáncer de mama de 25 a 60 años de edad atendidas en dicho hospital de estudio en el periodo 2016, según boletín estadístico de la institución.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Mujeres con cáncer de mama de 25-60 años de edad estudiadas y tratadas en la unidad de patología mamaria del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2016.
- Mujeres con diagnostico histopatológico de cáncer de mama atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2016.

- Pacientes que cuenten con una historia clínica completa y detallada sobre la evolución clínica en mujeres de 25- 60 años de edad atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2016.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Mujeres con cáncer mama con edades menor a 25 años y mayores de 60 años de edad atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2016.
- Mujeres sin diagnóstico histopatológico de cáncer de mama y que no se hayan tratado en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2016.
- Pacientes que cuenten con una historia clínica incompleta o no detallada en la que no se pueda analizar de manera clara la evolución clínica del paciente, del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2016.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica del presente estudio fue la revisión de las historias clínicas y registro de la información en una ficha de recolección que se elaboró, respecto a las variables solicitadas en nuestro estudio. Las fichas estaban codificadas para proteger su identidad.

La ficha de recolección fue diseñada mediante una búsqueda bibliográfica y contiene: Edad, estrato socioeconómico, grado de instrucción, Factores Clínicos (obesidad, inicio oportuno de tratamiento, antecedente directo de cáncer mama) y Factores Histológicos (Tipo histológico, grado histológico) Anexo 2.

Validación del Instrumento

Para validar la ficha de recolección pasaron por tres procesos:

1. Para sustentar la validez de contenido, se realizó el juicio de expertos, entrevistando a 3 profesionales considerados expertos en el tema factores pronósticos clínico e histopatológico asociados al cáncer de mama en mujeres de 25 a 60 años, motivo de investigación, a cada uno

de los cuales se le presento un resumen del proyecto, el instrumento propuesto por el investigador, y una guía para la validez que consta de 10 preguntas, para emitir su juicio de manera individual.

2. Los juicios emitidos permitieron determinar la consistencia interna del instrumento mediante la Prueba Binomial. La Prueba Binomial indica que el instrumento de observación es válido. Toma valores $p= 0.036$ y $p<0,05$ mientras menor es el valor a $0,05$, mayor es el grado significativo de validez.
3. Se obtuvo como resultado de la prueba binomial de $0,02$ ($p< 0,05$) lo que demostró su validez (Anexo 3).

3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

-Aprobación para la ejecución del proyecto de investigación

-Se envió la solicitud de autorización dirigida al Hospital Nacional Hipólito Unanue.

El equipo que recolecto los datos (constituido por dos personas)

-Secuencia para la recolección: Primero se llenó la ficha de datos sociodemográficos, seguido ficha de recolección de datos clínico e histológico.

-Contrasto de la información de ficha con la historia clínica.

4.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos que se obtuvo en la investigación, por medio “ficha recolección de datos”, se procesó en el programa SPSS 24.0, el cual permitió la distribución de frecuencias identificando las variables del estudio, y la representación en gráficos para identificar las características clinicopatológicas y estadio clínico de las pacientes con cáncer de mama.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS:

TABLA N°01

Distribución por características clinicopatológicas y estadio clínico de las pacientes con cáncer de mama atendidas en el hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2016.

Características clinicopatológicas y Estadio clínico		Frecuencia	Porcentaje
Edad	De 41 a 50 años	25	41.7%
Estrato socioeconómico	Bajo	34	56.7%
Grado de instrucción	Básico	38	63.3%
Obesidad	No	34	56.7%
Inicio oportuno de tratamiento	1 a 4 meses	26	43.3%
Clasificación TNM	Estadio II tipo A Y B	27	45.0%
Antecedente directo de cáncer de mama	No	37	61.7%
Grado Histológico	Grado I	28	46.7%
Tipo Histológico	Carcinoma lobulillar infiltrante	22	36.7%

Fuente: Hospital Nacional Hipólito Unanue – Archivo de historias clínicas: 2016

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 01 se puede apreciar la distribución por características clinicopatológicas y estadio clínico del cáncer de mama en las pacientes donde la edad más frecuente es de 41 a 50 años con 41.7%; el estrato socioeconómico bajo con 56.7%; el grado de instrucción básico con 63.3%; las no obesas con 56.7%, el inicio oportuno de tratamiento de 1 a 4 meses con 43.3%; la clasificación de TNM de estadio II tipo A y B con 45.0%; no presentaron antecedente directo de cáncer de mama 61.7%; el grado histológico tipo I con 46.7% y el tipo histológico de carcinoma lobulillar in situ con 36.7%.

TABLA N°02

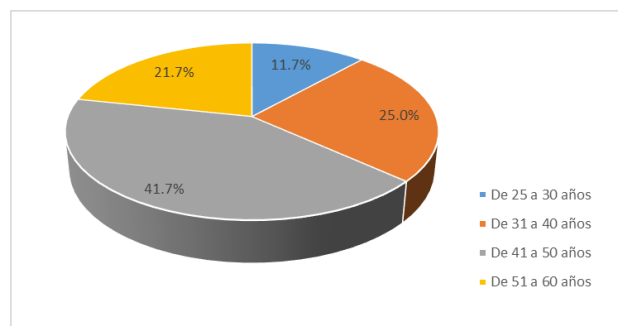
Distribución por edad de las pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Hipólito Unanue-2016.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
De 25 a 30 años	7	11.7%
De 31 a 40 años	15	25.0%
De 41 a 50 años	25	41.7%
De 51 a 60 años	13	21.7%
Total	60	100.0%

Fuente: Hospital Nacional Hipólito Unanue – Archivo de historias clínicas: 2016

GRÁFICO N°01

Distribución por edad de las pacientes con cáncer de mama.



Fuente: Hospital Nacional Hipólito Unanue – Archivo de historias clínicas: 2016

INTERPRETACIÓN:

En la “tabla N°02 y gráfico N° 01” se puede apreciar que las pacientes que tienen las edades de 41 a 50 años son más frecuentes con 41.7%; de 31 a 40 años con 25.0%; de 51 a 60 años con 21.7% y de 25 a 30 años con 11.7%.

TABLA N°03

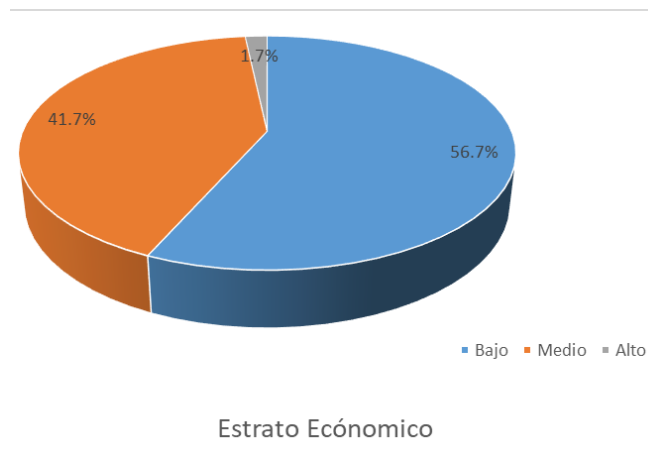
Distribución por estrato socioeconómico de las pacientes con cáncer de mama atendidas en el hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2016.

Estrato socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	34	56.7%
Medio	25	41.7%
Alto	1	1.7%
Total	60	100.0%

Fuente: Hospital Nacional Hipólito Unanue – Archivo de historias clínicas: 2016

GRÁFICO N° 02

Distribución por estrato socioeconómico de las pacientes con cáncer de mama



Fuente: Hospital Nacional Hipólito Unanue – Archivo de historias clínicas: 2016

INTERPRETACIÓN:

En la “tabla N°03 y grafico N°02” se puede evidenciar la distribución por estrato socioeconómico siendo el estrato bajo el más frecuente con 56.7%; estrato medio con 41.7% y estrato alto con 1.7%.

TABLA N°04

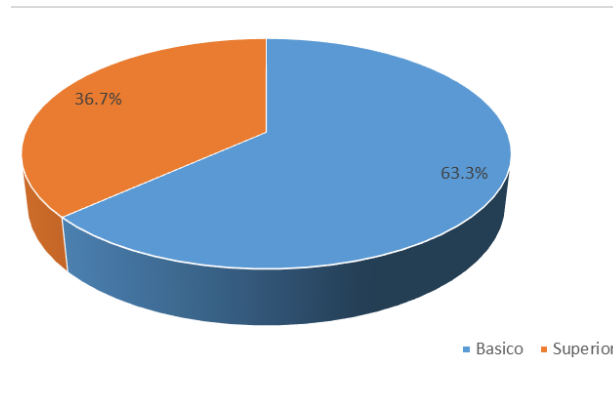
Distribución por grado de instrucción de las pacientes con cáncer de mama atendidas en el hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2016.

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Básico	38	63.3%
Superior	22	36.7%
Total	60	100.0%

Fuente: Hospital Nacional Hipólito Unanue – Archivo de historias clínicas: 2016

GRÁFICO N°03

Distribución por grado de instrucción de las pacientes con cáncer de mama.



Fuente: Hospital Nacional Hipólito Unanue – Archivo de historias clínicas: 2016

INTERPRETACIÓN:

En la “tabla N°04 y grafico N° 03” se puede observar que grado de instrucción bajo es el más frecuente con 63.3% y el superior con 36.7%.

TABLA N° 05

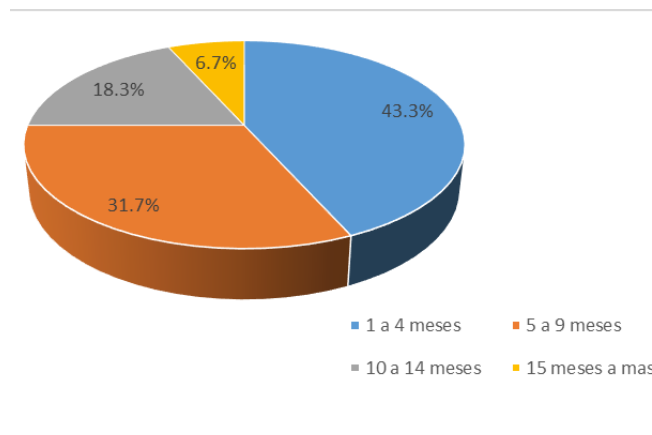
Distribución por Inicio oportuno de tratamiento de las pacientes con cáncer de mama atendidas en el hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2016.

Inicio oportuno de tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
1 a 4 meses	26	43.3%
5 a 9 meses	19	31.7%
10 a 14 meses	11	18.3%
15 meses a mas	4	6.7%
Total	60	100.0%

Fuente: Hospital Nacional Hipólito Unanue – Archivo de historias clínicas: 2016

GRÁFICO N°04

Distribución por Inicio oportuno de tratamiento de las pacientes con cáncer de mama.



Fuente: Hospital Nacional Hipólito Unanue – Archivo de historias clínicas: 2016

INTERPRETACIÓN:

En la “tabla N°05 y grafico N° 04” se puede observar que el inicio oportuno del tratamiento más frecuente de 1 a 4 meses con 43.3%; de 5 a 9 meses 31.7%; de 10 a 14 meses con 18.3% y de 15 meses a más 6.7%.

TABLA N°06

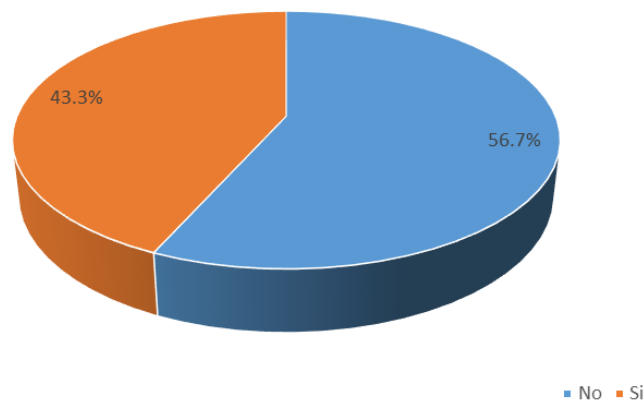
Distribución por Obesidad de las pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue - 2016.

OBESIDAD	Frecuencia	Porcentaje
No	34	56,7
Si	26	43,3
Total	60	100,0

Fuente: Hospital Nacional Hipólito Unanue – Archivo de historias clínicas: 2016

GRÁFICO N°05

Distribución por Obesidad de las pacientes con cáncer de mama.



Fuente: Hospital Nacional Hipólito Unanue – Archivo de historias clínicas: 2016

INTERPRETACIÓN:

En la “tabla N°06 y grafico N°05” se puede observar que el grupo que no tenían obesidad presentaron más casos con un 56,7%, seguido por aquellas que si tenían obesidad con un 43,3%.

TABLA N°07

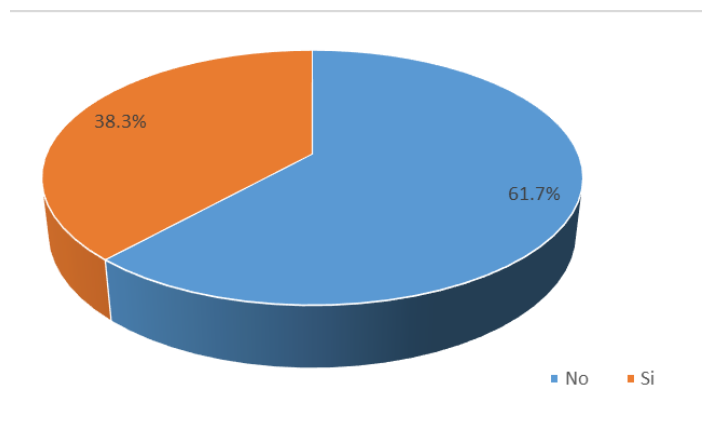
Distribución por Antecedentes directos de Cáncer de mama de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Antecedentes directos de cáncer de mama	Frecuencia	Porcentaje
No	37	61,7
Si	23	38,3
Total	60	100,0

Fuente: Hospital Nacional Hipólito Unanue – Archivo de historias clínicas: 2016

GRÁFICO N°06

Distribución por Antecedentes directos de Cáncer de mama.



Fuente: Hospital Nacional Hipólito Unanue – Archivo de historias clínicas: 2016

INTERPRETACIÓN:

En la “tabla N°07 y grafico N°06” se puede observar que las pacientes que no tuvieron antecedentes de cáncer de mama tuvieron más casos con un 61,7%, seguido por aquellas pacientes que si tenían antecedentes directos de cáncer de mama que represento 38,3%.

TABLA N° 08

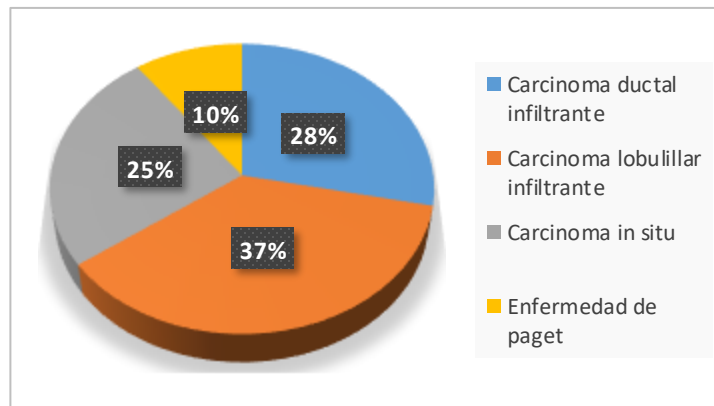
Distribución por Tipo histológico de las pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue - 2016.

Tipo histológico	Frecuencia	Porcentaje
Carcinoma ductal infiltrante	17	28,3
Carcinoma lobulillar infiltrante	22	36,7
Carcinoma in situ	15	25,0
Enfermedad de Paget	6	10,0
Total	60	100,0

Fuente: Hospital Nacional Hipólito Unanue – Archivo de historias clínicas: 2016

GRÁFICO N°07

Distribución por Tipo histológico de las pacientes con cáncer de mama.



Fuente: Hospital Nacional Hipólito Unanue – Archivo de historias clínicas: 2016

INTERPRETACIÓN:

En la “tabla N°08 y grafico N°07” se puede observar los pacientes con cáncer de mama el tipo histológico que tuvo más casos fue el carcinoma lobulillar infiltrante en un 36,7%, seguido del carcinoma ductal infiltrante con un 28,3%, y el carcinoma in situ que represento 25%.

TABLA N°09

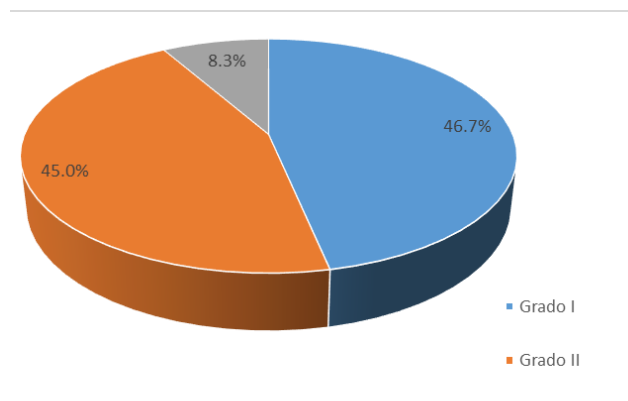
Distribución por Grado histológico de las pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue - 2016.

Grado Histológico	Frecuencia	Porcentaje
Grado I	28	46,7
Grado II	27	45,0
Grado III	5	8,3
Total	60	100,0

Fuente: Hospital Nacional Hipólito Unanue – Archivo de historias clínicas: 2016

GRÁFICO N°08

Distribución por Grado histológico de las pacientes con cáncer de mama.



Fuente: Hospital Nacional Hipólito Unanue – Archivo de historias clínicas: 2016

INTERPRETACIÓN:

En la “tabla N°09 y grafico N°08” se puede observar que el grado histológico I tiene más casos con un 46,7%, seguido del grado histológico II con un 45% y grado III con un 8,3%.

TABLA N°10

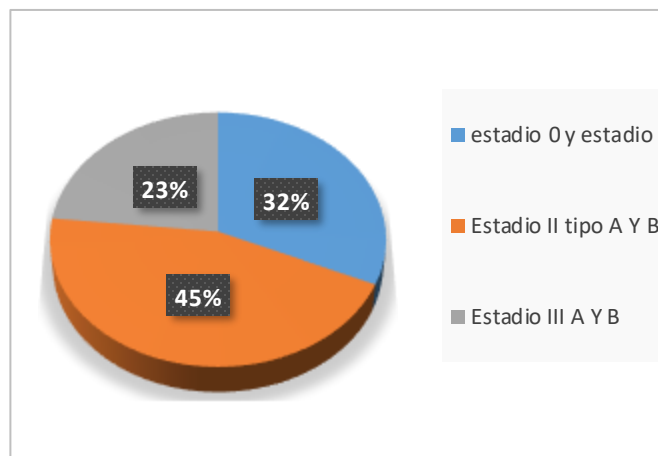
Distribución por estadio clínico de las pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue - 2016.

Estadio clínico	Frecuencia	Porcentaje
estadio 0 y estadio I	19	31,7
Estadio II tipo A Y B	27	45,0
Estadio III A Y B	14	23,3
Total	60	100,0

Fuente: Hospital Nacional Hipólito Unanue – Archivo de historias clínicas: 2016

GRÁFICO N°09

Distribución por estadio clínico de las pacientes con cáncer de mama



Fuente: Hospital Nacional Hipólito Unanue – Archivo de historias clínicas: 2016

INTERPRETACIÓN:

En la “tabla N°10 y grafico N°09” se observa que el Estadio II (tipo A y B) fue el más frecuente con 45%, seguido del estadio 0 y I con un 31.7% y por último el estadio III con 23.3%.

4.2 DISCUSIÓN:

- En cuanto a las características biosocio-demográficas de las pacientes con cáncer de mama se encontró los pacientes en el rango de edad de 41 a 50 años tuvo más casos, representando el 41,7%, el estrato socioeconómico bajo tuvo más casos representando el 56,7%; además la mayoría de los pacientes tenían grado de instrucción básico con un 63,3% y los pacientes que tuvieron inicio oportuno de tratamiento 3 a 4 meses, presentaron más casos con un 43,3%.

En comparación con Mario C.G, José Fernando A.E. Según el rango de edad oscilaban entre 27 a 63 años. El que más casos tuvo fue de 36 a 40 años con un 32%⁵.

Así como Guzmán S, Morales C. Encontraron en su estudio que la prevalencia mayor de cáncer de mama fue de 41 a 50 años, los que más casos presentó²².

Martínez R. evaluó el grado de instrucción donde encontró que 29% de los pacientes no tenían ningún grado de instrucción, 37% con educación primaria, el 22% educación secundaria y solo el 13% de pacientes tuvieron educación superior²⁵.

En un estudio descrito por Sánchez, Niño., Estupiñán. Donde el tiempo transcurrido para inicio de tratamiento oportuno fue entre dos a tres meses, con un 26% de las mujeres atendidas oportunamente, lo cual establecieron relación, entre un tratamiento oportuno por pertenecer a los estratos socioeconómicos medio y alto y grado de instrucción superior a la secundaria⁴.

- En cuanto las características clínicas: en relación a la obesidad se encontró que el grupo que no tenían obesidad presentaron más casos con 56,78%, seguido por las pacientes obesas con un 43,3%.

En comparación con lo encontrado por Aguilar C., Neri Sánchez. Que la obesidad representó el 53,9% lo cual lo clasificaron dentro del rango de

sobrepeso y obesidad. Por tanto, hay mayor riesgo de padecer cáncer de mama²³.

Rodríguez S., Aguilar M. y Begoña Manuel-y-Keenoy. Encontró en su estudio que la paciente al momento del diagnóstico tiene sobrepeso u obesidad, donde evidencian, pero no concluyen, que la obesidad influye en su pronóstico llegando a ser malo, a diferencia de las mujeres con peso adecuado, según rangos de normalidad, a pesar de tener el mismo diagnóstico el pronóstico es bueno².

En otro estudio realizado por Danes de ewertz y cols, donde tuvieron pacientes con índice de masa corporal (IMC) > 25kg/m² al momento del que se hizo el diagnóstico, estos pacientes presentaron características de peor pronóstico como: tumor en estadios avanzados, en comparación con las de menor índice de masa corporal (IMC)²⁴.

- En cuanto al estadio clínico se encontró que el estadio clínico II tipo A y B fue el más frecuente con 45%, seguido del estadio 0 y I con un 31.7% y por último el estadio III tipo A y B con 23.3%.

En comparación con lo encontrado Antonio M.A, Sonia L.A, Aura E.F y Sergio R.C Con respecto al estadio clínico el 36% etapa I y IIA y el 45% estadio IIIB y IIIC, el 7,7% metastásicos¹.

En el estudio descrito por Mario C.G, José Fernando A.E en relación a la etapa clínica, el diagnóstico se realizó en un 61% en estadio clínico II, seguido del estadio I con un 25%⁵.

En comparación por lo descrito por Carrasco, Gómez y Vigil. Donde según estadio clínico los casos más frecuentes fueron estadio I con 35,8% y el 63,2% estadio IIA ⁷.

A pesar que son estadios de buen pronóstico al igual que en el estudio encontrado, los cuales fueron los más frecuentes, los resultados permiten identificar como Estadio clínico con más casos.

- Según el tipo histológico más frecuente, fue el carcinoma lobulillar infiltrante que represento el 36,7%, Seguido del carcinoma ductal infiltrante que presenta 28,3% y carcinoma in situ con un 25%.

En un estudio descrito por Antonio M.A, Sonia L.A, Aura E.F y Sergio R.C con respecto a las características histológicas: el 6,8% correspondieron al carcinoma in situ, el 79% carcinoma ductal y el 7,8% al carcinoma lobulillar¹.

En comparación al estudio realizado por Mario C.G, José Fernando A.E donde el tipo histológico 14% tuvieron carcinoma in situ, según tipo invasivo fue el ductal infiltrante con un 46%, seguido por lobulillar infiltrante con 21%⁵.

En comparación con lo encontrado por Guzmán S., Morales C., de acuerdo al estudio y según morfología predominante fue el carcinoma ductal infiltrante (13%), seguido de carcinoma lobulillar (1,7%)²².

En el estudio encontrado por Sánchez R., Herrerías G., Olaya G. El tipo histológico con mayores casos fue el carcinoma ductal infiltrante con 65,2%, seguido de carcinoma ductal in situ 4,3%²⁶.

Dichas características en relación al tipo histológico varían en diferentes estudios realizados, sin embargo, en nuestra población se encontró con más casos al carcinoma lobulillar infiltrante.

- Según el grado histológico encontrado con más casos fue el grado histológico I con un 46,7%, seguido del grado histológico II con un 45% y grado histológico III con un 8,3%.

En comparación de en estudio realizado por Silvina M, Andrea S, Natalia Camejo, Cecilia C, Nora donde según las características histopatológicas el carcinoma ductal 89,7% grado histológico II-III con 36,5% y 57% respetivamente².

En un estudio descrito por Liliana Larrea Fernández. Según característica histológica el más frecuente fue el carcinoma ductal infiltrante con 94,7%, grado histológico III 72%⁶.

Similar a lo descrito por Carrasco, Gómez y Vigil. Encontraron que, según las características patológicas del tumor, el 15,8% tuvo un grado histológico I, el 51,9% grado histológico II y 32% grado histológico III. Además, la mayoría de pacientes tuvieron un estadio clínico I con 13,9% y estadio clínico II con 49,9%, respectivamente, lo cual conforman el grupo con más casos⁷.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES:

- 1) Según las características clinicopatológicas y estadio clínico del cáncer de mama en las pacientes donde la edad más frecuente es de 41 a 50 años con 41.7%; el estrato socioeconómico bajo con 56.7%; el grado de instrucción básico con 63.3%; las pacientes no obesas con 56.7%, el inicio oportuno de tratamiento de 1 a 4 meses con 43.3%; el estadio clínico II tipo A y B con 45.0%; no presentaron antecedente directo de cáncer de mama 61.7%; el grado histológico tipo I con 46.7% y el tipo histológico de carcinoma lobulillar in situ con 36.7%.
- 2) Se encontró pacientes no obesos con cáncer de mama fueron los que más casos presentaron.
- 3) Según el estadio clínico II (tipo A y B) fue el que más casos presento.
- 4) Se encontró que aquellas pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, iniciaron un tratamiento oportuno de 1 a 4 meses.
- 5) Se evidencio que los pacientes con cáncer de mama, el tipo histológico más frecuente fue el carcinoma lobulillar infiltrante y grado histológico I.
- 6) Pacientes con estrato socioeconómico bajo, presentaron más casos de cáncer de mama.

5.2 RECOMENDACIONES:

- 1) Se deben implementar reformas educativas para que las mujeres tengan el conocimiento del cáncer de mama y la realización del autoexamen de mama (haciendo hincapié en cada paso para realizarlo ya sea de manera regular, teniendo en cuenta que esto ayudara para el diagnóstico precoz de cáncer de mama.
- 2) Fomentar en las Mujeres de 35 a 45 años de edad tienen la opción de realizarse mamogramas anuales para la detección de cáncer de mama, ya que en esta edad son más propensas a padecer dicha enfermedad. Aquellas mujeres de 46 a 55 años en adelante deben someterse a un examen de mamografía cada año,
- 3) Realizar estudios epidemiológicos, promover y generar estrategias orientadas a las poblaciones que tienen mayor riesgo, y esto ayuda a realizar detecciones tempranas.
- 4) El cáncer de mama es un problema de salud pública, por tanto, se debe mejorar la información sobre que la desarrolla (etiopatogenia), aquellos factores de riesgo, factores que predisponen la enfermedad (antecedentes genéticos), evaluar medidas de prevención y tratamiento integral en la población general, en donde no solo intervienen profesionales de salud, sino un equipo multidisciplinario que atienda todas las dimensiones de la enfermedad (física y social).
- 5) Mejorar las estrategias educativas en prevención y promoción de salud sobre el cáncer e inducir las a participar en programas de detección temprana y el cambio de conductas y hábitos, control del peso corporal, teniendo en cuenta el tipo de alimentación y ejercicios que practica, para mejorar el estilo de vida.

- 6) Realizar trabajos de estudio similar a la investigación ampliando sobre factores pronósticos y predictivos, sobre marcadores tumorales y factores genéticos, para identificar lo que influye en el desarrollo de cáncer de mama. Y poder realizar un diagnóstico precoz y tratamiento integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Antonio M.A, Sonia L.A, Aura E.F y Sergio R.C. “Características clinicopatológicas del cáncer de mama en una población en México”. Artículo original. Cirugía y cirujanos 2017; 85(3):201-207.
- 2) Silvina M, Andrea S, Natalia Camejo, Cecilia C, Nora A. “Características clínico patológicas y evolución del cáncer de mama en mujeres uruguayas jóvenes”. Artículo original. Rev.Med.Urug 2017; 33(2): 94-101.
- 3) María J.R, Alicia A. M y Begoña M-y-Keenoy. Influencia del peso corporal en el pronóstico de las supervivientes de cáncer de mama; abordaje nutricional tras el diagnóstico. Nutr. Hosp. 2013; 28(6):1829-1841ISSN 0212-1611 • CODEN NUH0EQ.
- 4) Guillermo S., Carlos Gustavo N., Carolina Estupiñan. Factores asociados con el tratamiento oportuno de mujeres con cáncer de mama apoyadas por una organización no gubernamental en Bogotá. Artículo de Revisión. Biomédica 2015; 35:505-12.
- 5) Mario C.G, José Fernando A.E. “Cáncer de mama: etapa clínica en la que se realiza el diagnóstico y tipos histológicos más frecuentes en mujeres que acuden a un hospital de segundo nivel”. Investigación materno infantil. Vol. II N°2 mayo-agosto 2010 pp85-90.
- 6) Liliana Larrea Fernández. Características clínico patológicas del cáncer de mama en mujeres menores de cincuenta años, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2009-2010. Artículo original. Revista médica carrionica, 2016; 3(1):15.
- 7) Marcia Carrasco, Henry Gómez y Carlos Vigil. Factores pronósticos en cáncer de mama, estadio clínico temprano (I-IIa) sometidos a cirugía como tratamiento de inicio. Artículo original Volumen3, Número 2, diciembre 2013.

- 8) Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015c). octubre: mes de la sensibilización sobre el cáncer de mama. Recuperado el 2 de septiembre de 2015, de: http://www.who.int/cancer/events/breast_cancer_month/es/.
- 9) Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2014a). Cáncer de mama en las Américas. Recuperado el 2 de septiembre de 2015, de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=21588&Itemid.
- 10) Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2014b). La OPS observa el mes de concientización sobre el cáncer de mama. Recuperado el 2 de septiembre de 2015, de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10087&Itemid=40591&lang=es.
- 11) Dan I. Longo; Anthony S. Fauci; Dennis L. Kasper; Stephen L. Hauser; J.Larry Jameson; Joseph Loscalzo MD
HARRISON principios de medicina interna 18° Edición P.754
- 12) José María G.O, Mario Miguel M. W, Zoraida L.C, Marilín D.V. Factores pronósticos del cáncer de mama. Revista Cubana de Cirugía 2011:50(1):143-152.
- 13) Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS]. (2015). Octubre “Mes de sensibilización del cáncer de mama”. Recuperado el 2 de septiembre de 2015, de: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/cancer-mama>.
- 14) Lee Goldman; Dennis Ausiello, MD-CECIL tratado de medicina interna 23° edición.
- 15) Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015a). Cáncer de mama: prevención y control. Recuperado el 2 de septiembre de 2015, de: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>.
- 16) Breastcancer.org. (2012). Autoexploración de la mama (AEM). Recuperado el 3 de septiembre de 2015, de: <http://www.breastcancer.org/es/sintomas/analisis/tipos/autoexploracion>.

- 17) Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015b). Cribado y detección precoz del cáncer. Recuperado el 3 de septiembre de 2015, de: <http://www.who.int/cancer/detection/es/>.
- 18) González Ortega JM, Morales Wong MM, López Cuevas Z, Díaz Valdez M Factores pronósticos del cáncer de mama. Rev Cubana Cir [Internet]. 2011 [citado 30 Jun2013]; 50(1): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo>.
- 19) Parrilla Paricio P, Jaurrieta Mas E, Moreno Azcoita M. Cirugía AEC: Manual de Asociación Española de Cirujanos. Madrid: Editorial Médica Latinoamericana SA; 2005. p. 739-816.
- 20) Duran Hipólito,
- 21) Bellón Juan M. Papel de la cirugía en las metástasis del cáncer de mama. Rev.Cir. Esp. 2007; 82:3-10.
- 22) Soledad TC., Juan C. A B., Bernardita A.D, Nuvia A.M, Luis C.G, Bruno D.U, Jorge G.C, Álvaro I.V, Hernando P.F, José R.V, Verónica R M, Antonio S.V. Estado del arte el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. [Rev. Med. Clin. CONDES - 2013; 24(4) 588-609].
- 23) Karla G.S, Karla M.C, Alejandra Wendoly H.R, Edgardo G.T, Fernando G.C, Sergio S.R: Carcinoma ductal infiltrante, el tipo de cáncer de mama más común. MedPub Journals-2012 Vol.8 No.1:1
- 24) M. Aguilar Cordero, M. Neri Sánchez, C. Padilla López, M. L. Pimentel Ramírez, A. García Rillo y A. M. Sánchez López. Factores de riesgo como pronóstico de padecer cáncer de mama en un estado de México. Nutr Hosp. 2012; 27 (5):1631-1636.
- 25) Ewertz M, Jensen M-B, Gunnarsdóttir KÁ, Højris I, Jakobsen EH, Nielsen D, et al. Effect of obesity on prognosis after earlystage breast cancer. J Clin Oncol off J Am Soc. Clin Oncol. 2011Jan 1; 29 (1): 25-31.
- 26) Martínez R. Factores predictores de sobrevida en pacientes con alguna patología cancerosa mediante análisis de regresión de Cox. Repositorio

de la Escuela Técnica del litoral. Disponible en: URL:
<http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/1902/1/3761>.

- 27) Brenda Sánchez R., Tomás Herrerías G, Emilio Olaya G., Karina Sequeira A. Abordaje diagnóstico del cáncer de mama en el Instituto Nacional de Perinatología. Artículo original 2012. Volumen 26, Número 2pp 106-114.

ANEXOS

**ANEXO N°01
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADORES	FUENTE
CANCER DE MAMA: clasificación TNM	Sistema que se utiliza para evaluar el estadio clínico del cáncer de mama	Evalúa tamaño, diseminación del cáncer hacia el tejido cercano, numero de ganglios linfáticos afectados y metástasis.	Cuantitativa	Ordinal	Estadio I	Ficha de recolección de datos (Historia clínicas y libro de registro de atención de consultorio externo)
					Estadio II	
					Estadio III	
					Estadio IV	

VARIABLES INDEPENDIENTES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADORESQ	FUENTE
Edad	Tiempo de vida expresado en años	Tiempo de vida expresado en meses	Cuantitativa	Ordinal	25 a 60 años	Ficha de recolección
Obesidad	Acumulación excesiva o anormal de grasa, que perjudica la salud.	Se mide según el índice de masa corporal (IMC). Valor = o mayor a 30 es considerada obesa y con un IMC = o mayor a 25 es considerada con sobrepeso	Cualitativa	Nominal	Sobrepeso Obesidad	Ficha de recolección
Grado histológico	Es la evaluación de las células cancerígenas que presenta en el análisis histológico de cáncer de mama.	Lo clasifica: Bien diferenciado Moderadamente diferenciado indiferenciado	Cuantitativo	Ordinal	Grado I Grado II Grado III	Ficha de recolección
Tipo histológico	Hace referencia a patrones morfológicos en relación al cáncer de mama.	Evalúa patrones morfológicos y sus variedades, que presenta el paciente al momento del diagnóstico.	Cualitativo	Nominal	Carcinoma Lobulillar. Carcinoma ductal Carcinoma infiltrante	Ficha de recolección
Grado de instrucción	Es el grado de estudios que una persona ha realizado. sin tener en cuenta si ha terminado o están provisionales o definitivamente incompletos	Se registra el nivel educativo alcanzado por el paciente al momento del diagnóstico.	Cualitativo	Nominal	Primaria Secundaria Técnico superior	Ficha de recolección
Estrato socioeconómico	Es una medida total económica y sociológica	Se basa en sus ingresos, educación, y empleo de una persona o familia	Cualitativo	Nominal	Bajo Medio Alto	Ficha de recolección
Inicio de tratamiento	Tiempo transcurrido desde el primer diagnóstico hasta el inicio del tratamiento médico o quirúrgico	Tiempo transcurrido en días o meses.	Cualitativo	Nominal	1-4 meses 5-9 meses 10 -14 meses 15 meses a mas	Ficha de recolección

Antecedente directo de cáncer de mama	Recopilación de información de salud de una persona.	Seguimiento a su propia enfermedad de salud del paciente al momento del diagnóstico.	Cuantitativo	Ordinal	Si No	Ficha de recolección
---------------------------------------	--	--	--------------	---------	----------	----------------------

ANEXO N°02: INSTRUMENTO

CARACTERISTICAS CLINICOPATOLOGICAS Y ESTADIO CLINICO DEL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES ENTRE 25 A 60 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE EN EL PERIODO 2016.

EDAD:

ESTRATO SOCIOECONOMICO:

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

1. Inicio oportuno de tratamiento		1-4 meses
		5-9 meses
		10-14 meses
		15 meses a mas
2. Clasificación TNM		Estadio 1
		Estadio 2
		Estadio 3
		Estadio 4
3. Grado histológico		Grado I
		Grado II
		Grado III
4. Tipo histológico		Carcinoma ductal in situ
		Carcinoma lobulillar in situ
		Carcinoma infiltrante
		Otros carcinomas
5. Obesidad		Si
		No
6. Antecedentes directo de cáncer de mama		Si
		No
7. Paridad		Si
		No

ANEXO N°03: VALIDÉZ DEL INSTRUMENTO-CONSULTA DE EXPERTOS

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1								
1	Edad	X		X		X		
2	Estrato socioeconómico	X		X		X		
3	Grado de instrucción	X		X		X		
DIMENSIÓN 2								
4	Inicio oportuno del tratamiento	X		X		X		
5	Clasificación TNM	X		X		X		
6	Tipo histológico	X		X		X		
7	Grado histológico	X		X		X		
8	Obesidad	X		X		X		
9	Paridad	X			X	X		
10	Antecedentes directos de cáncer de mama	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Gisella Contreras Pozo DNI: 43516543

Especialidad del validador: Oncóloga

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión




Firma del Experto Informante.

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1							
1	Edad	X		X		X		
2	Estrato socioeconómico	X		X		X		
3	Grado de instrucción	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2							
4	Inicio oportuno del tratamiento	X		X		X		
5	Clasificación TNM	X		X		X		
6	Tipo histológico	X		X		X		
7	Grado histológico	X		X		X		
8	Obesidad	X		X		X		
9	Paridad	X			X		X	
10	Antecedentes directos de cáncer de mama	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Aquino Dolores Sosa DNI: 07498001

Especialidad del validador: Estadístico

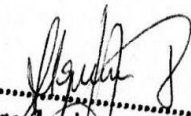
¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

29 de 01 del 2018


 Sara Aquino Dolores
 ESTADÍSTICO
 Firma del Especialista Informante.

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1							
1	Edad	X		X		X		
2	Estrato socioeconómico	X		X		X		
3	Grado de instrucción	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2							
4	Inicio oportuno del tratamiento	X		X		X		
5	Clasificación TNM	X		X		X		
6	Tipo histológico	X		X		X		
7	Grado histológico	X		X		X		
8	Obesidad	X		X		X		
9	Paridad	X		X		X		
10	Antecedentes directos de cáncer de mama	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Valdemar Sandoval DNI: 09434812

Especialidad del validador: Ginecologo

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

M.C. VALDEMAR ERNESTO SANDOVAL MURILLO
C.M.P. N° 30027 P.N.E. N° 173
Médico Asistente
OBSTETRICIA
HOSPITAL NACIONAL "POLITO UNANUE"

Firma del Experto Informante.

ANEXO N°04: MATRÍZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General</p> <p>¿Cuáles son las características clinicopatológicas y estadio clínico del cáncer de mama en mujeres entre 25 a 60 años atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2016?</p>	<p>General:</p> <p>OG: Identificar las características clinicopatológicas y estadio clínico del cáncer de mama en mujeres entre 25 a 60 años atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2016.</p> <p>Específicos:</p> <p>OE1: Describir las características biosociodemográficas de las pacientes mujeres con cáncer de mama.</p> <p>OE 2: Identificar las características clínicas más frecuentes del cáncer de mama.</p> <p>OE 3: Establecer el estadio clínico más frecuente del cáncer de mama.</p> <p>OE4: Identificar el tipo histológico más frecuente en mujeres con cáncer de mama.</p>	<p>Este trabajo no tiene hipótesis ya que es un estudio descriptivo</p>	<p>Variables Independientes:</p> <p>Edad Grado de instrucción Estrato socioeconómico</p> <p>Factores clínicos</p> <p>Obesidad Inicio de tratamiento Antecedentes directos de cáncer de mama</p> <p>Factores histológicos</p> <p>Grado histológico Tipo histológico</p> <p>Indicadores:</p> <p>25 a 60 años Primaria Secundaria Técnico superior Bajo Medio Alto Sobrepeso Obesidad Grado I Grado II Grado III Carcinoma Lobulillar. Carcinoma ductal Carcinoma infiltrante 1-4 meses 5-9 meses 10 -14 meses</p>

			15 meses a mas Si No Variable Dependiente: Cáncer de mama Indicadores: - Estadio I Estadio II Estadio III Estadio IV
--	--	--	---

52

Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos
<p>- Nivel: clínico</p> <p>- Tipo de Investigación: Es un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo.</p> <p>- Alcance: Descriptivo</p> <p>- Diseño: No experimental</p>	<p>Población: pacientes mujeres con cáncer de mama de 25 a 60 años de edad atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2016 N = 60 en total de pacientes.</p> <p>Muestra: Probabilístico, aleatoria simple. Se tiene en cuenta los criterios de inclusión. n=52.</p> <p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mujeres con cáncer de mama de 25-60 años de edad atendidas en el servicio de oncología del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2016. • Mujeres con cáncer de mama que se hayan tratado en el servicio de oncología Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2016. • Pacientes que cuenten con una historia 	<p>Técnica: Revisión de historias clínicas y cuaderno de consultorio externo. Microsoft Excel 2016 IBM SPSS STATISTICS 24</p> <p>Instrumentos: Ficha de recolección de datos</p>

	<p>clínica completa y detallada sobre la evolución clínica de cáncer de mama en mujeres de 25- 60 años de edad en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2016.</p>	
--	--	--

