

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
ISSSTE

EVALUACION DE UNA GUIA DE FACTORES DE RIESGO PARA
EL CANCER DE MAMA EN EL HOSPITAL REGIONAL GENERAL
IGNACIO ZARAGOZA.

TESIS

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

DR ENRIQUE ERNESTO PACHECO LIMÓN

ASESORES

DR JUAN MIRANDA MURILLO
DR MARIO MENDEZ MARTÍNEZ



MÉXICO, D.F.

SEPTIEMBRE DEL 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DR. JUAN MIRANDA MURILLO
COORDINADOR DE GINECOOBSTETRICIA

DR. DIONISIO PAIRA ROLDAN
JEFE DE GINECOLOGIA

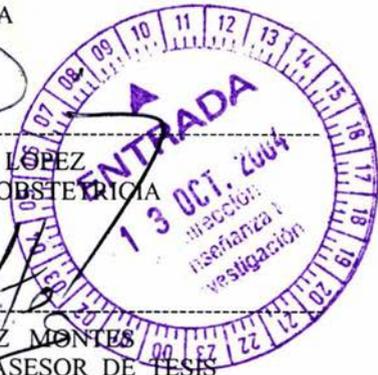
DR. ALEJANDRO VAZQUEZ LOPEZ
JEFE DE ENSEÑANZA DE GINECOOBSTETRICIA

DR. JUAN MANUEL FERNANDEZ MONTES
PROFESOR TITULAR DEL CURSO Y ASESOR DE TESIS

DR. MARIÓ MENDEZ MARTÍNEZ
ASESOR DE TESIS

DR. M. EN C. CARLOS MIGUEL SALAZAR JUAREZ
COORDINADOR DE CAPACITACION, INVESTIGACION Y DESARROLLO

DRA LUZ MARIA DEL CARMEN SAN GERMAN TREJO
JEFA DE INVESTIGACION



DEDICATORIAS

A DIOS: Por darme la fortaleza la paciencia y por guiarme durante todo este camino.

MAMA: Tú y yo lo sabemos, sin tu fortaleza, sin tu apoyo incondicional y sin ese gran esfuerzo este sueño nunca se hubiera logrado, te quiero muchas gracias.

AMOR: Siempre a mi lado al inicio y al final de esta gran meta en las buenas y en las malas, gracias por tu paciencia, tu entusiasmo tu amor, pero gracias por ser mi esposa y compartir todo en mi vida. TE AMO.

SANTI: Eres lo mas valioso de mi vida gracias por existir. TE AMO.

CESAR: Gracias por ese cambio fue de gran importancia en mi vida y en mi carrera.

GABY, SOTELIN, GORDIS, SEGOVINA: Con ustedes siempre encontré una segunda familia, gracias por todo, siempre amigos.

AGRADECIMIENTOS

DR MIRANDA: Gracias por sus consejos, por su sabiduría, su experiencia y su entusiasmo. Se lo agradezco.

DR MENDEZ: Su confianza, su paciencia y su experiencia me dieron fuerza al final del camino. Gracias por siempre.

DRA HERNANDEZ Y DR GARCIA: Más que mis profesores, mis amigos, gracias por sus consejos y su enseñanza.

JEFA EVA: El apoyo incondicional, al final me hicieron fuerte. Se lo agradezco infinitamente.

DR. SALAZAR: Gracias por sus consejos, por su amistad y su sinceridad.

MI HOSPITAL: Mi segunda casa, gracias.

INDICE

HOJA DE FIRMAS.....	ii
DEDICATORIAS.....	iii
TITULO.....	vi
RESUMEN.....	vii
SUMMARY.....	viii
INTRODUCCION.....	1
JUSTIFICACION.....	15
OBJETIVOS.....	17
MATERIAL Y METODOS.....	18
CRITERIOR DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION.....	19
RESULTADOS.....	22
DISCUSION.....	48
CONCLUSIONES.....	49
BIBLIOGRAFIA.....	53
ANEXO	57

***EVALUACION DE UNA GUIA DE FACTORES DE RIESGO PARA EL
CANCER DE MAMA EN EL HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO
ZARAGOZA.***

EVALUACION DE UNA GUIA DE FACTORES DE RIESGO PARA EL CANCER DE MAMA EN EL HOSPITAL REGIONAL “GENERAL IGNACIO ZARAGOZA”.

OBJETIVO:

Identificar los factores de riesgo que se asocian con mayor frecuencia al cáncer de mama en aquellas pacientes que acudieron a la consulta de clínica de mama del servicio de ginecología y obstetricia.

MATERIAL Y METODOS:

Se estudiaron a 600 pacientes que acudieron a consulta y clínica de mama del servicio de ginecología donde se les aplico la guía de factores de riesgo para el cáncer de mama durante el periodo comprendido del 1 de marzo al 15 de agosto del 2004.

RESULTADOS:

Se evaluaron 600 mujeres, del total 380 se clasificaron como factor de riesgo bajo, que representó el 63.3%, 120 con factor de riesgo medio 20% y por ultimo 100 pacientes con riesgo alto 16.6%, de los factores de riesgo, el nivel socioeconómico medio ocupó el 60.1%, el bajo 35.5% y el alto o medio alto solo 4.33%. La edad del primer embarazo fue entre los 15 y 35 años de edad que nos ocupa el 60.3%, el 37.8% arriba de los 35 años y el 1.83% antes de los 15 años. En relación a los abortos el 48.16% con un aborto, el 42.33% sin antecedente de abortos y solo el 9.5% aborto mas de una ocasión. Con respecto a la talla el 30.5% presento una estatura entre 160 a 169 cm, el 66% talla menor a 160 cm y el 3.5% talla mayor a uno 170cm. Con respecto al uso de hormonales el 77.7% con uso de menos de 5 años, el 12.7% entre 6 y 10 años y el 9.7% mas de 10 años. la paridad se valoro que el 90.6% son pacientes multigestas y el 9.33% son nuligestas. En cuanto a la lactancia materna el 62.8% con seno materno por mas de un año, el 20.16% durante 6 meses y el 17% no lacto.

Palabras clave: Riesgo, cáncer de mama, factor de riesgo, morbilidad y mortalidad.

SUMMARY

EVALUATION OF A GUIDE OF FACTORS OF RISK FOR THE CANCER OF BREAST IN REGIONAL HOSPITAL?GENERAL IGNACIO ZARAGOZA. OBJECTIVE: To identify the risk factors that are associated most frequently to the cancer of breast in those patients who went to the consultation of clinic of breast of the service of gynecology and obstetrics. MATERIAL And METODOS: They studied 600 patients who went to consultation and clinic of breast of the service of gynecology where I am applied the guide to them of factors of risk for the breast cancer during the included/understood period of the 1 of March to the 15 of August of the 2004. RESULTS: 600 women evaluated themselves, of total clasificaros 380 like factor of low risk, that represented the 63,3%, 120 with factor of average risk 20% and by I complete 100 patients with high risk 16,6%, of the risk factors, the average socioeconomic level I occupy the 60,1%, low the 35,5% and the stop or single high means 4.33%. The age of the first pregnancy was between the 15 and 35 years of age that occupies the 60,3% to us, the 37,8% above of the 35 years and the 1,83% before the 15 years. In relation to the abortions the 48,16% with an abortion, the 42,33% without single antecedent of the 9,5% abortions and abortion but of an occasion. With respect to the stature the 30,5% I present/display a stature between 160 to 169 cm, 66% carve minor to 160 cm and the 3,5% 170cmm carves greater to one. With respect to the use of hormonal the 77,7% with use of less than 5 years, the 12,7% between 6 and 10 years and the 9,7% but of 10 years. the parity I value myself that the 90,6% are patient you multidevelop and the 9,33% are nuligestas. As far as the maternal lactancia the 62,8% with maternal sine by but of a year, the 20,16% during 6meses and 17% not lacto. Key words: Risk, cancer of breast, factor of risk, morbidity and mortality.

EVALUATION OF A GUIDE OF FACTORS OF RISK FOR THE CANCER OF BREAST IN REGIONAL HOSPITAL?GENERAL IGNACIO ZARAGOZA. OBJECTIVE: To identify the risk factors that are associated most frequently to the cancer of breast in those patients who went to the consultation of clinic of breast of the service of gynecology and obstetrics. MATERIAL And METODOS: They studied 600 patients who went to consultation and clinic of breast of the service of gynecology where I am applied the guide to them of factors of risk for the breast cancer during the included/understood period of the 1 of March to the 15 of August of the 2004. RESULTS: 600 women evaluated themselves, of total clasificaros 380 like factor of low risk, that represented the 63,3%, 120 with factor of average risk 20% and by I complete 100 patients with high risk 16,6%, of the risk factors, the average socioeconomic level I occupy the 60,1%, low the 35,5% and the stop or single high means 4.33%. The age of the first pregnancy was between the 15 and 35 years of age that occupies the 60,3% to us, the 37,8% above of the 35 years and the 1,83% before the 15 years. In relation to the abortions the 48,16% with an abortion, the 42,33% without single antecedent of the 9,5% abortions and abortion but of an occasion. With respect to the stature the 30,5% I present/display a stature between 160 to 169 cm, 66% carve minor to 160 cm and the 3,5% 170cmm carves greater to one. With respect to the use of hormonal the 77,7% with use of less than 5 years, the 12,7% between 6 and 10 years and the 9,7% but of 10 years. the parity I value myself that the 90,6% are patient you multidevelop and the 9,33% are nuligestas. As far as the maternal lactancia the 62,8% with maternal sine by but of a year, the 20,16% during 6meses and 17% not lacto.

Key words: Risk, cancer of breast, factor of risk, morbidity and mortality.

ANTECEDENTES

El cáncer de mama es un gran problema de salud pública internacionalmente, ya que esta dentro de las 2 primeras causa de muerte en mujeres en edad productiva en un importante porcentaje. Representa el 32.2% del total de los nuevos cánceres femeninos y se calcula que una mujer tiene, hasta la edad de 74 años, el 10 % de probabilidades de padecerlo. (31)

En estudios metanalíticos se observó de 1975 a 1995 un aumento del 60% de ésta patología. El incremento puede estar relacionado a una mejor detección, sin embargo, se debe considerar un posible aumento de los factores de riesgo para desarrollar esta patología.

En Francia, para el periodo de tiempo mencionado se calculó que el número de mujeres afectadas sería de 25,000 a 30,000 por cada año. Respecto a su incidencia, fue de 60 a 80 por cada 100,000 mujeres anualmente. Esta misma es baja antes de los 30 años, aumentando de los 35 a los 75, edad en que es de 250 por cada 100,000 mujeres al año. En algunas regiones la incidencia fue especialmente elevada en jóvenes. (1)

Respecto a la mortalidad, actualmente el cáncer de mama ocasiona de 10,000 a 11,000 fallecimientos anuales (35 de cada 100,000 mujeres). Por lo tanto, esta patología es la causa más importante de mortalidad por cáncer en la mujer. Su tasa de mortalidad

aumenta con la edad, pues esta es de 10 por cada 100,000 mujeres de 35 a 40 años, de 80 por 100,000 hasta los 65 años y 150 por 100,000 después de los 80. (1)

La tasa de supervivencia de los cánceres de mama es de; 63% a los 5 años y 59% a 10 años, independientemente del estadio en que se halle a la paciente en el momento del diagnóstico.

En México, las cifras más recientes del Instituto Nacional de Cancerología (NCI) revelaron que; de 1980 a 1987 se presentó una brusca elevación en el porcentaje de diagnóstico de cáncer de mama, con una disminución en la incidencia sobre todo en las mujeres de 50 años y más.

En Estados Unidos, la Sociedad Americana de lucha contra el Cáncer (American cancer society) indicó que el riesgo para las mujeres jóvenes de desarrollar cáncer de mama a lo largo de la vida es de 1 en 8. Esto refleja un aumento en la expectativa de vida de las mujeres para este grupo de edad, por el hecho de que es una enfermedad predominante de mujeres mayores de 45 años, pues, esto es el resultado de la decisión de incluir a las mujeres mayores de 85 años.

El grupo de 35 a 54 años es el de mayor riesgo, por ser donde se presenta el mayor número de muertes por causa del cáncer mamario y la segunda para otras edades. (1,2)

DEFINICIONES

Riesgo: es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud.

Enfoque de riesgo: se basa en la medición de esa probabilidad.

Factor de riesgo: es toda característica o circunstancia observada en una persona, asociada con una alta probabilidad de experimentar un daño a su salud.

FACTORES DE RIESGO

Es importante definir los términos utilizados cuando se estudia el riesgo de cáncer. El riesgo de por vida: es una estimación de la probabilidad de un individuo que desarrollar cáncer desde su nacimiento hasta la muerte.

La incidencia de una enfermedad, en este caso, el cáncer de mama es la cantidad con la proporción de nuevos casos que se diagnostican durante un tiempo determinado.

La prevalencia es el número o proporción de personas con la enfermedad en la población en cualquier momento dado. (3)

RAZA:

La incidencia de cáncer de mama, la supervivencia y los patrones de mortalidad difiere entre las mujeres blancas y negras. La tasa de incidencia de las mujeres blancas es 20 % mayor que en las mujeres negras. Sin embargo, la tasa de supervivencia relativa a los 5 años para las mujeres negras es 16% mas baja que para las mujeres blancas.

EDAD:

El factor más importante del cáncer de mama. La curva de incidencia aumenta de forma homogénea entre los 30 y 70 años aunque presenta una ruptura alrededor de los 45 a 50 años, después de la cual la progresión es menos importante.

Sin embargo, existen canceres de mama que aparecen durante la juventud entre el 15 y el 20 % se diagnostica antes de los 50 años.

SEXO:

El cáncer de mama es casi exclusivo de la mujer puesto que es 100 veces menos frecuente en el hombre. La mortalidad de cáncer de mama en el hombre es similar a las del cáncer de glándulas salivales. A igual edad y estadio el pronóstico de cáncer es el mismo en el hombre y en la mujer.

GENETICA:

Los estudios genéticos sugieren que una parte significativa del cáncer de mama familiar puede deberse a uno o más genes predisponentes heredados como rasgo dominante. La probabilidad de que las portadoras puedan desarrollar cáncer de mama o de ovario, o ambos, es casi del 60% alrededor de los 50 años y alrededor de los 70 años puede ser tan alto como el 85%. Esto es mucho mas alto que el aumento del doble en el riesgo del cáncer de mama indicado en estudios para las mujeres con una hermana o madre afectada.*

VIDA GENITAL:

Algunos autores consideran que existe una correlación entre el peso al nacer y la posterior aparición del cáncer de mama (1). Los bebés de poco peso desarrollarían menos casos de cáncer de mama. La toxemia gravídica en la madre así como la ictericia neonatal están asociadas a modificaciones hormonales (niveles bajos de estrógenos en un caso, niveles elevados en otro) que pueden desempeñar papel hormonal importante durante la vida intrauterina. (2)

MENARCA:

Cuando más temprana es esta edad mayor es el riesgo (3). Los primeros años en que se inicia la vida reproductora serían fundamentales en la génesis del cáncer de mama. No obstante, debe señalarse que la edad de la menarquia ha variado con el transcurso de las

décadas; para la mayoría de las pacientes suele ser difícil recordar esta edad con exactitud; A nivel internacional existe una correlación bastante evidente entre la edad de la menarquia y la incidencia del cáncer de mama (4). Hsieh ha observado que por cada dos años de retraso en la aparición de la menstruación el riesgo de cáncer de mama disminuía el 10%. Kvale (3) ha indicado que el riesgo aumente en 4% por cada año de precocidad de la menárca. Brinton (5) observa una disminución del riesgo del 23% cuando compara a las mujeres que han tenido la menárca después de los 15 años con las que la han tenido antes de los 12 años. Adami (6) sostiene que los factores vinculados al comienzo de la pubertad no son factores de riesgo independientes sino que en realidad están vinculados a factores de su medio, como la alimentación durante la infancia. Kvale(3) señala que la edad de la menarquia esta relacionada con las condiciones socioeconómicas vividas durante la niñez y que es este entorno el que puede tener una relación en el aumento del riesgo de un cáncer de mama ulterior.

MENOPAUSIA:

La menopausia tardía también es un factor de riesgo para desarrollar cáncer de mama. Trichopoulos(7) calcula un riesgo relativo de 1 para las mujeres con menopausia antes de los 45 años y un riesgo relativo de 2.1 para mujeres menopáusicas después de los 65. Brinton(5) observa que el riesgo disminuye en 20 % si se comparan casos de menopausia después de los 54 años con casos antes de los 45. El riesgo de desarrollar cáncer de mama aumentaría entre el 3 y 4% aproximadamente por cada año suplementario en la edad de la menopausia. Alexander (8) sugiere que los tumores infraclínicos preexistentes

presentan un crecimiento acelerado cuando están sometidos a los niveles hormonales ováricos de la premenopausia.

La ovariectomía tiene un verdadero papel de protección después de un periodo de latencia de 10 a 20 años. Al comparar mujeres sometidas a ovariectomía antes de los 40 años con mujeres con menopausia entre los 50 y 54 años, Trichopoulos(7) y Brinton(5) estiman que el riesgo de desarrollar cáncer de mama disminuye la mitad. La reducción máxima del riesgo se observa cuando la operación se ha producido antes de los 35 años.

GESTAS Y PARIEDAD:

Los datos de la literatura coinciden en que la edad del primer embarazo y el número de hijos son factores importantes de la génesis del cáncer de mama. Así como el riesgo del cáncer de mama aumenta cuando el primer embarazo es tardío, disminuirá si esta primera gestación se produce antes de los 30 años. MacMahon (9) ha señalado que en la mujer que ha tenido su primera gestación a término antes de los 20 años, el riesgo relativo del cáncer de mama es de 0.5 si se compara con la nulípara.

Las mujeres cuyo primer embarazo fue posterior a los 35 años tienen un riesgo más importante que las nulíparas (10) (11). En el estudio de Layde (12) y el meta análisis de Ewertz (13) se concluye que una mujer que ha tenido su embarazo después de los 35 años representa un riesgo relativo de 1.5 con respecto a una mujer que lo ha tenido a los 20.

El número de hijos, y sobre todo cuando la paciente los ha tenido jóvenes, sería también un factor protector. El riesgo relativo para 5 gestaciones a término es de 0.5 con relación a la nuliparidad y con una a 2 gestaciones a término (14). Rosero Bixby (14) considera que el riesgo disminuye el 9% por cada embarazo suplementario siempre teniendo en cuenta la edad del primer embarazo. No obstante algunos autores piensan que tener un hijo después de los 38 años es un factor de riesgo independientemente del número de hijos previos.

Los estudios concernientes a abortos espontáneos o provocados son contradictorios. Pike (15) señala que el riesgo aumenta en caso de aborto durante el primer trimestre de gestación, si este último ocurre antes de un embarazo a término.

En realidad, el embarazo constituye un factor de protección frente a los cánceres que se desarrollan después de la menopausia ya que este tendría un efecto protector a largo plazo por la diferenciación que este estado provoca a nivel de la glándula mamaria, haciendo que esta última sea menos sensible a la acción de los cancerígenos(16). En cambio, el aumento de la frecuencia de los cánceres de mama observado inmediatamente después de un embarazo estaría relacionado con una estimulación hormonal del crecimiento tumoral de cánceres preexistentes.

LACTANCIA MATERNA

Con frecuencia, se ha considerado a la lactancia materna como un factor protector. Sin embargo esto no ha sido demostrado de manera clara y absoluta exceptuando quizás el caso de una lactancia de 2 años de duración. Algunos autores han observado este efecto

beneficioso antes de la menopausia, aunque Laide (12), Siskind(19) y Yoo(20) advierten un efecto protector independientemente de la menopausia. En China, país en que alrededor de la mitad de las mujeres amamantan al menos durante 3 años, Tao* ha observado en las mujeres que han amamantado durante 10 años una disminución del riesgo del 64% cuando se comparan con las que nunca lo han hecho.

Se han postulado hipótesis sobre el posible efecto de la lactancia materna. A nivel hormonal se observa elevación de la prolactina y menos producción de estrógenos por lo que se reduce el tiempo de exposición global a los estrógenos así como su efecto inductor de los mecanismos de carcinogénesis mamaria. Hay que señalar que la lactancia retrasa el reinicio de la ovulación por lo tanto, reduce el número de ciclos ovulatorios, hecho que para Henderson explicaría el factor protector. Russo considera que la lactancia materna requiere una diferenciación completa de la glándula mamaria, proceso que la protegería de los cancerígenos.

CONTRACEPCION ORAL:

Algunos autores han observado un leve aumento del riesgo cuando la duración global de la toma de anticonceptivos es más larga y sobre todo cuando, además de larga data de antes de la primera gestación a término, en lo que se refiere a mujeres de edad avanzada que toman anticonceptivos orales no se ha observado ningún aumento del riesgo. En algunos estudios se señala incluso su posible reducción. Sin embargo, debe destacarse que se carece de una perspectiva suficiente para esta franja de edad.

DIETILESTILBESTROL Y EMBARAZO:

Entre los años de 1940 y 1960 el dietilestilbestrol fue frecuentemente prescrito durante el embarazo. En 1993 se estudio un grupo de 3029 mujeres (21) que habían sido tratadas con esta hormona y se observo que el riesgo de desarrollo anterior de cáncer de mama fue moderadamente superior, con un riesgo relativo de 1.33.

TRATAMIENTOS INDUCTORES DE LA OVULACION

En una primera fase Venn (23) estudio la incidencia del cáncer de mama en 10358 mujeres controladas por problemas de fertilidad entre las cuales 5564 habían recibido tratamiento con inductores de la ovulación. Tanto Venn como Braga (24) no observaron un aumento del riesgo del cáncer asociado. Tampoco se hallo una asociación entre infertilidad o déficit de progesterona y cáncer de mama. Mas tarde, Venn (25) ha ampliado su cohorte, llegando a un total de 29,700 mujeres de las cuales 20656 habían sido tratadas por infertilidad sin observar aumento del riesgo del cáncer de mama, pero; durante el primer año después de los tratamientos existió una elevación transitoria del riesgo del cáncer de mama, posiblemente debido a un efecto inductor sobre los canceres preexistentes.

TALLA, SOBREPESO Y ACTIVIDAD FISICA

Se ha registrado una discreta relación entre la talla y el riesgo de cáncer de mama (23) (24) (25). Van Den Brandt considera que las mujeres que miden mas de 1.75mts el riesgo es el doble que las que miden menos de 1.55mts. El sobrepeso desempeñaría una función diferente según la mujer sea menopáusica o no. Las mujeres menopáusicas con sobrepeso tienen un riesgo más marcado de padecer cáncer de mama, mientras que en las mujeres no menopáusicas ocurre lo contrario. Paradójicamente el sobrepeso en una adolescente seria un factor de protección contra el cáncer de mama en la premenopausia algunos estudios muestran un aumento del riesgo del cáncer de mama en la mujeres menopáusicas, mas importante cuando mayor es el sobrepeso y mas avanzada es la edad. La explicación tradicional es una hiperestrogenismo secundario a la transformación de los andrógenos en estrógenos gracias a la aromataza a nivel de tejido adiposo. Algunos autores han encontrado en estas mujeres con andrógenos niveles elevados de testosterona e hiperinsulinemia. Además de los fenómenos de aromatización, es posible pensar en elevación de estradiol libre secundaria a una disminución de los niveles de la sexhormone binding globulin, observada con frecuencia en caso de obesidad tipo abdominal, ante estimulación androgenita directa del tejido mamario después de la unión con los receptores de los andrógenos, que provocaría una estimulación en la acción proliferativa del epitelio mamario en determinadas mujeres.

Se ha sugerido que el papel nocivo del sobrepeso después de la menopausia podría aumentarse con un consumo importante de fitoestrogenos, los cuales podrían tener, entre

otras acciones un efecto antiestrogénico parcial al competir a nivel de los receptores hormonales con los estrógenos endógenos. Es difícil cuantificar la actividad física y no se ha podido demostrar una relación dosis efecto.

ALIMENTACION

Numerosos argumentos avalan la participación de factores alimentarios en la génesis del cáncer de mama y, en especialmente, de las calorías de origen lipídico. Al comparar países con gran consumo de calorías de origen lipídico y países con gran incidencia de cáncer de mama, se observa una estrecha superposición. Se han propuesto modelos que tratan de demostrar que si se reducen a la mitad el consumo de grasas en los Estados Unidos, podría disminuir notablemente el riesgo de desarrollo posterior de cáncer de mama. Esto sería válido para las grasas totales, las grasas saturadas y las grasas poliinsaturadas, pero no tendría efecto con las grasas monoinsaturadas.

Cuando se analizan los estudios con casos y controles, se observa entre las mujeres menopáusicas una relación entre el consumo de grasas saturadas y el cáncer de mama.

CONSUMO DE ALCOHOL

Existe posiblemente un efecto dependiente de la dosis entre el consumo de alcohol y la incidencia del cáncer de mama. Longnecker (26) ha realizado una meta análisis de 28 estudios sobre el tema y muestra una asociación leve pero real y dependiente de la dosis, con un riesgo relativo de 1.24 (IC: 1,15-1,34).

Smith-Wamer(27), al recopilar los resultados de seis estudios prospectivos, confirma estos datos.

TABACO

Los estudios son contradictorios y, por lo tanto, no aportan ninguna información fidedigna. Algunos consideran que el tabaco adelanta la edad de la menopausia y provoca hipoestrogenismo, lo cual ocasionaría a través de este mecanismo un efecto protector. Sin embargo, hoy en día no existiría correlación alguna entre cáncer de mama e intoxicación tabáquica (28). Braga(29) ha efectuado un importante estudio multicéntrico de casos y controles en los que no encuentran ninguna asociación entre tabaco y cáncer de mama, independientemente del número de cigarrillos, de la duración de la intoxicación o de la edad de comienzo.

ANTECEDENTES DE PATOLOGIA MAMARIA BENIGNA

Las hiperplasias atípicas son las lesiones que aumentan el riesgo de desarrollar mas tarde cáncer de mama, con un riesgo relativo que varia según las series publicadas pero que siempre es significativo. Este riesgo suele ser más importante en las mujeres premenopáusicas, y para algunos autores, en caso de antecedente familiar de esta enfermedad. Para Colditz(30), el riesgo relativo es de 3,7 en caso de hiperplasia atípica,

de 5,9 en mujeres que tienen una hiperplasia atípica antes de la menopausia y de 7,3 si hay hiperplasia atípica y antecedente familiar de cáncer de mama.

En relación con el fibroadenoma, aparece principalmente en la mujer adulta joven y no aumenta el riesgo de que se produzca mas tarde cáncer de mama. No obstante, varios autores cuestionan este dato, ya que el riesgo aumente si el fibroadenoma se asocia a una hiperplasia epitelial, atípica o no. Dupont y Page han analizado el seguimiento de una serie de 1835 pacientes y han demostrado que el fibroadenoma que ellos denominan complejo es un factor de riesgo de cáncer de mama a largo plazo.

JUSTIFICACION

A pesar del esfuerzo que se realiza con la finalidad de diagnosticar oportunamente el cáncer de mama, a través de la detección mediante el auto examen, palpación, clínica manual por el médico o especialista, mastografía y diversos exámenes complementarios la proporción de casos siguen diagnosticando tardíamente. por lo que es importante identificar los principales factores de riesgo asociados al cáncer de mama en nuestra unidad a fin de obtener información que contribuya a disminuir tanto la morbilidad como la mortalidad por esta causa.

El conocimiento de la epidemiología del cáncer de mama en México, nos orientara a ejercer con un criterio más definido la política de planificación de los programas de prevención y control, dado que hasta la fecha, su repercusión ha sido baja. Esto se apoya en las tendencias al incremento que se observan en la última década. Dado esto surge la necesidad de darle orientación concreta a un programa de prevención y control de cáncer de mama fundamentalmente en el conocimiento de la repercusión de los factores de riesgo en mujeres mexicanas, por eso es de interés concretar en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza un programa que sea de utilidad para detectar factores de riesgo propios del cáncer de mama.

Al poder contar con un instrumento metodológico simple ágil y que pueda ser interpretado por personal médico, de enfermería o cualquier persona interesada, podremos tipificar factores de riesgo clasificándolos en bajo medio y alto otorgándoles

un color y así pudieran captarse pacientes y ya clasificados poder dar a la paciente calidad de atención y poder diferir al nivel adecuado a cada riesgo para un tratamiento oportuno, ya que en la actualidad no existe una escala para valorar a las pacientes bajo, mediano ó alto grado.

Por lo que nosotros proponemos una guía de evaluación de factores de riesgo en nuestra población estudiada.

OBJETIVO

Identificar los factores de riesgo que se asocian con mayor frecuencia al cáncer de mama en aquellas pacientes que acudan a la consulta de clínica de mama del servicio de Ginecología y Obstetricia y además de contar con un instrumento que al ser metodológico, fácil de aplicar, ágil y sencillo que se pueda aplicar en cualquier sitio (hospital, clínica centro de trabajo escuelas etc.), determine los factores de riesgo mas frecuentes y de esa forma se le de un valor de bajo, mediano y alto riesgo pudiendo clasificar a nuestra paciente para un diferimiento lógico y atención oportuna evitando así consultas innecesarias para un tx rápido dependiendo del riesgo establecido.

MATERIAL Y METODOS

LUGAR DE REALIZACION

Consulta de clínica de mama que se localiza en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, único lugar de primer contacto con pacientes con patología mamaria, enviadas de las clínicas periféricas de 1er nivel y 2do nivel.

DISEÑO DE ESTUDIO:

Tipo de investigación: retrospectivo, descriptivo y transversal

MUESTRA:

Se revisaran todos los expedientes de pacientes con patología de mama las cuales se captan en la consulta externa de clínica de mama así como pacientes de primera vez a las cuales se les realizara el cuestionario con el cual se interrogan los factores de riesgo mas frecuentes durante el periodo comprendido del 1ero de Marzo 2003 al 15 de Agosto 2004.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

1.-Pacientes con dx de cáncer de mama.

Criterios de eliminación o no inclusión:

1.- Pacientes con prótesis mamaria

2.- Pacientes quienes cuenten con expediente incompleto (interrogatorio de riesgos).

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se van a incluir todas las pacientes con cáncer de mama que son vistas en la consulta de clínica de mama del servicio de Ginecología y Obstetricia, de fuente directa (ENTREVISTA) o fuente indirecta (EXPEDIENTE CLINICO), durante el periodo comprendido de Marzo del 2003 al mes de Agosto del 2004.

RECURSOS

Humanos

Participan en el estudio el tesista (medico residente de 4to año especialidad de ginecología y obstetricia), tutores de tesis

Físicos:

Se utilizaron los recursos del hospital, consultorio ubicado en área de atención integral de la mujer, (consulta de clínica de mama), así como expedientes clínicos (archivo).

Financieros:

Los gastos derivados de la investigación corren a cuenta de los investigadores.

IMPLICACIONES ÉTICAS:

Ninguna, dado que se revisaron los archivos clínicos de las pacientes que acuden a clínica de mama así como interrogatorio en consultorio, sin tener intervención en el manejo, por lo que no se necesito consentimiento autorizado.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO:

Se trata de un estudio cualitativo, fenomenológico, ya que este tipo de investigación permitirá un acercamiento a la evaluación de factores de riesgo de la población femenina entorno a la prevención del CANCER DE MAMA, su importancia y su trascendencia considerando además que el método cualitativo fenomenológico otorga la posibilidad de obtener datos frescos naturales y holísticos, es decir experiencias únicas del fenómeno en estudio, analizar con detalle las respuestas para clasificar a la población femenina con riesgo bajo, medio o alto del cáncer de mama, por consecuencia la construcción del conocimiento y la resolución de los problemas a través de un formato de evaluación, fácil de aplicar, rápido y sencillo que pueda ser aplicado por cualquiera de los integrantes del grupo multidisciplinario debido a que sus parámetros son fácilmente entendibles; con todo esto creemos que será de utilidad para la calificación oportuna y el diferimiento lógico de nuestras pacientes para un manejo integral y un tratamiento oportuno a nuestras pacientes del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza.

RESULTADOS

Se evaluaron 600 mujeres con una metodología sistematizada denominada “Guía de evaluación inicial de factores de riesgo para cáncer de mama” de manera aleatoria, que acudieron a consulta externa de ginecología del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza., tanto en el momento de la consulta mediante entrevista directa, así como revisión del expediente clínico.

Del total, 380 se clasificaron con factor de riesgo bajo, que representó el 63.3 %, 120 como factor de riesgo medio, que fue el 20%, y por ultimo 100 de riesgo alto que constituyó e 16.6%. Lo anterior demuestra que menos de la cuarta parte de las pacientes referidas al hospital se encuentran con factores de riesgo alto de padecer cáncer mamario.

De los factores de riesgo; como el nivel socioeconómico, el medio ocupó el mayor porcentaje con el 60.16%, el bajo 35.5%, y para el alto o medio alto solo 4.33%.

(Grafica 1)

En cuanto a la edad del primer embarazo; el 60.3%, se embarazaron por primera vez entre la edad de 15 a 35 años, el 37.8% por arriba de los 35 años, el 1.83%, antes de los 15 años. (Grafica 2)

En relación a los abortos; se encontró que el 48.16% solo aborto una vez, el 42.33% no aborto y solo el 9.5% aborto más de una ocasión. (grafica3)

Referente a talla; el 30.5% se identificó con talla de 160 a 169mts, el 66%, con talla menor a 160mts y el 3.5% (21) con talla mayor de 170mts. Dato útil para destacar, la existencia de estrecha relación con las pacientes y la presencia de cáncer de mama. (Grafica 4)

En cuanto al control de la fertilidad; en este caso uso de hormonales orales y el tiempo de ingesta de los mismos se detecto que el 77.7% se controlo durante menos de 5 años, el 12.7% entre 6 y 10 años y el 9.7% durante más de 10 años. (Grafica5)

En relación al inicio de la vida sexual se identificó que el 92.83% la inició entre 15 a 39 años, el 5.16% de 40 a 45 años y el 2% fueron núbiles. (Grafica 6)

La paridad se valoró que el 90.66% son pacientes multigestas y el 9.33% son nuligestas. (Grafica 7)

En cuanto el antecedente de lactancia materna; se identificó que el 62.83% amamanto por más de un año, el 20.16% durante 6 meses y el 17% nunca lo hizo. (Grafica 8)

En relación al dolor mamario se observó que el 20.16% presenta dolor ocasional, el 23.83% nunca lo presentó y solo el 4.33% siempre lo tuvo. (Grafica 9)

Respecto a tumoración mamaria se pudo saber a través de la exploración física y de información del expediente clínico el 80.66% no tuvo tumor, el 11.5% presentó tumor de 1.5 a 2cm y el 7.83% de más de 2 cm. (Grafica 10).

El antecedente de secreción por el pezón se observó que el 87.16% nunca presentó secreción, el 14% presentó secreción ocasional sin causa aparente y solo el 2% refieren secreción siempre sin especificar características. (Grafica 11)

En relación al tipo de pezón (grafica12) se comprobó que el 84% (504) presentó pezón normal el 14% (84) presentó pezón invertido ocasionalmente y solo un 2% (3) presenta pezón invertido, signo también importante para un tx oportuno,

Referente a la relación que guarda la areola con el pezón (grafica 13) se observa que el 99% (594) conserva esta relación y el 1% (6) no guarda relación la areola con el pezón.

De acuerdo con la dieta con metilxantinas (grafica 14) se detectó el 83.16% (499) si la consume sabiendo que esta dieta es abundante en semillas café refrescos de cola y chocolate por describir algunos el 16.83% (101) no acostumbra la dieta rica en metilxantinas por lo que con la revisión bibliográfica se trata de una población en riesgo por la participación de factores alimentarios en la génesis del cáncer de mama.

Concerniente a la edad de aparición de la primera menstruación (menárca) (grafica 15) se pudo saber que el 84.66% (508) iniciaron la menárca entre los 9 y 12 años de edad y el 15.33% (92) de las pacientes presento su primer periodo menstrual por arriba de los 12 años.

En relación a la menopausia (último periodo menstrual) (grafica 16) el 57.66% (346) dejaron de reglar entre los 35 y los 45 años de edad, el 38.83% (233) de entre los 46 y 55 años y solo el 3.5% (21) su último periodo menstrual fue posterior a los 55 años. Por lo que la revisión bibliografía apoya el hecho de que un factor de riesgo para desarrollar cancer de mama.

De acuerdo a la edad (grafica 17) se detecto que el 38.33% (230) se encuentran ubicados en las edades de entre 15 y 39 años, el 31.66% (190) entre las edades de 40 a 45 años y el 30 % (180) por arriba de los 46 años de edad. Factor importante en la génesis del cancer de mama.

Referente a los antecedentes heredo familiares (familiares de primera línea con cancer de mama) (grafica 18) se observa que el 86.66% (520) no tiene familiares con cancer de mama, el 13.33% (80) si tiene familiares con cancer de mama lo que sugiere un factor sumamente importante ya que se sabe que existe una predisposición heredada como rasgo dominante.

Concerniente al peso (grafica 19) se evidencia que el 38.33% (230) pesa 80 Kg. o más, el 32% (192) pesa menos de 59 Kg. y el 29.66% (178) su peso se encontró entre 60 y 79kg.

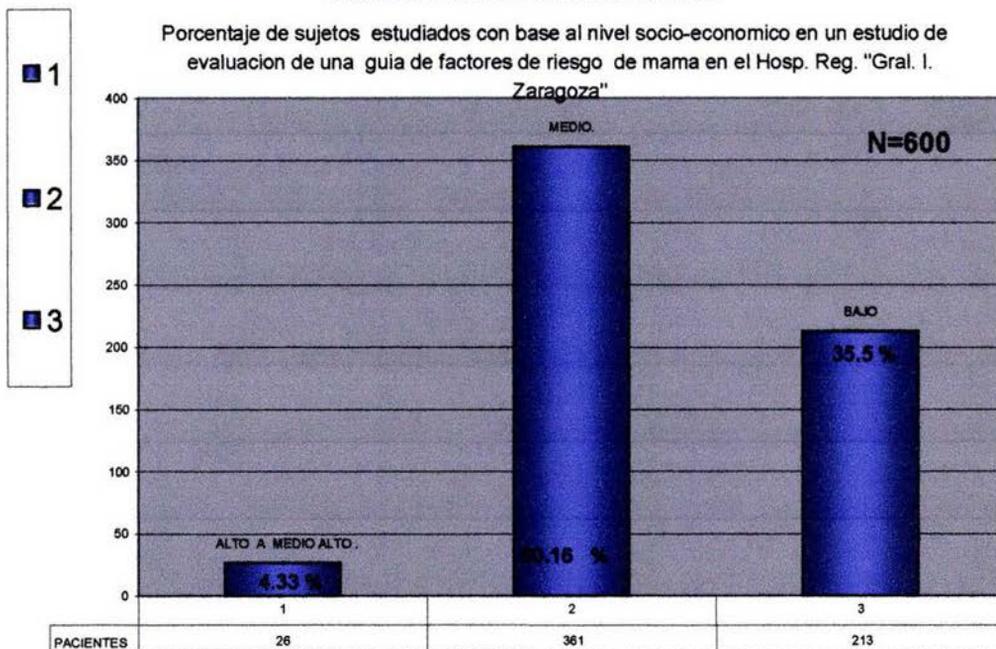
En relación al tabaquismo (grafica 20) se pudo saber que el 51% (306) no tiene habito tabáquico, el 27% (162) tiene habito tabáquico por más de 5 años y solo el 22% (132) ocasionalmente.

De acuerdo al grado de escolaridad (grafica 21), se observo que el 46% (276) solo cuenta con escolaridad básica, el 33% (196) con escolaridad media y el 21% (128) con escolaridad superior.

Se determinaron 9 casos de cancer mamario que presentaron riesgo alto con la aplicación de la metodología sistematizada propuesta en éste trabajo de investigación

GRAFICA 1.-NIVEL SOCIO ECONOMICO

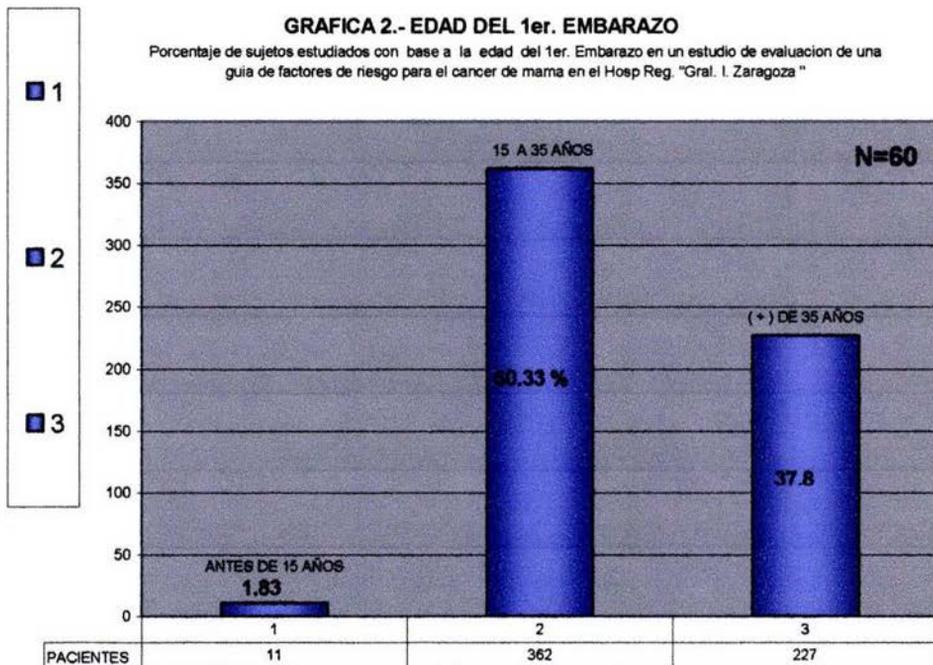
Porcentaje de sujetos estudiados con base al nivel socio-economico en un estudio de evaluacion de una guia de factores de riesgo de mama en el Hosp. Reg. "Gral. I. Zaragoza"



Fuente: entrevista y expediente clínico de pacientes de la consulta de la clínica de mama

GRAFICA 2.- EDAD DEL 1er. EMBARAZO

Porcentaje de sujetos estudiados con base a la edad del 1er. Embarazo en un estudio de evaluación de una guía de factores de riesgo para el cancer de mama en el Hosp Reg. "Gral. I. Zaragoza "

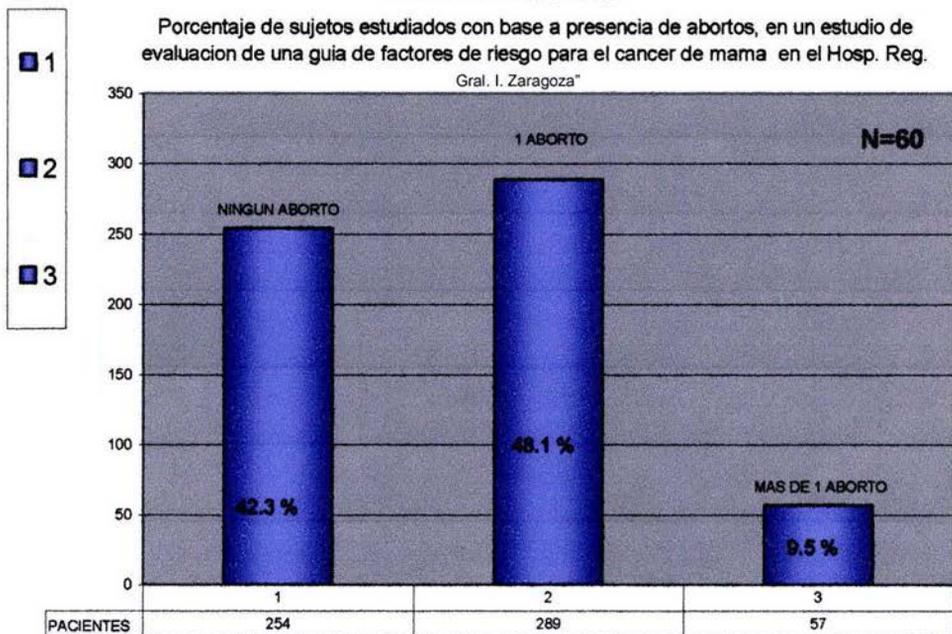


Fuente: entrevista y expediente clinico de pacientes de la consulta de la clinica de mama

GRAFICA 3.- ABORTOS

Porcentaje de sujetos estudiados con base a presencia de abortos, en un estudio de evaluación de una guía de factores de riesgo para el cancer de mama en el Hosp. Reg.

Gral. I. Zaragoza*

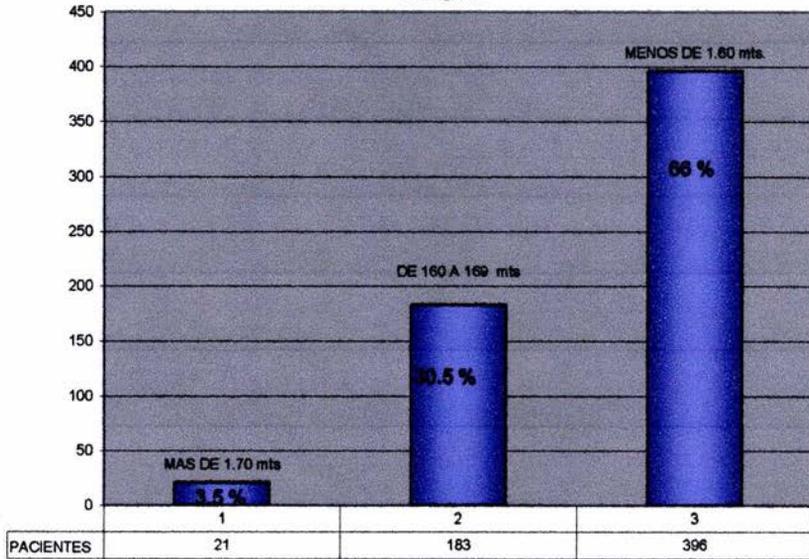


Fuente: entrevista y expediente clinico de pacientes de la consulta de la clinica de mama

- 1
- 2
- 3

GRAFICA 4.- TALLA

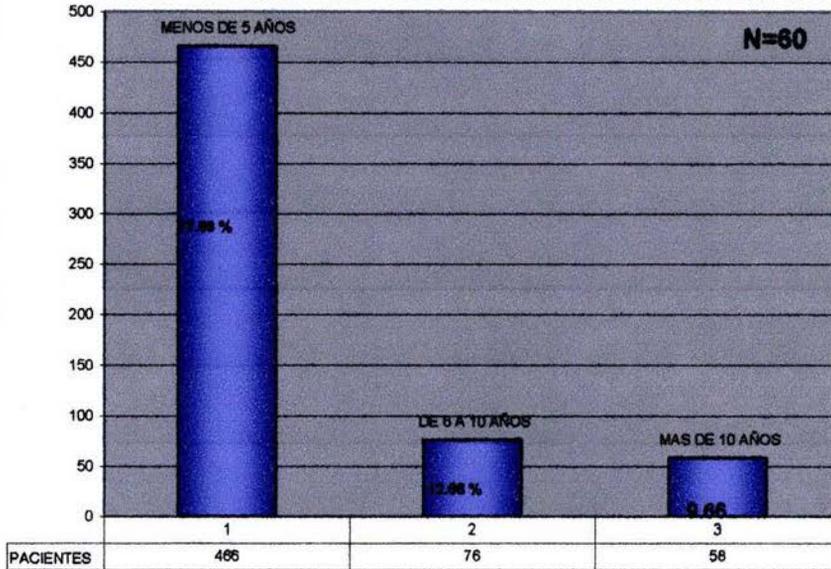
Porcentaje de sujetos estudiados con base a talla en un estudio de evaluación de una guía de factores de riesgo para el cancer de mama en el Hosp. Reg. "Gral. I. Zaragoza"



Fuente: entrevista y expediente clinico de pacientes de la consulta de la clinica de mama

GRAFICA 5.-USO DE HORMONALES

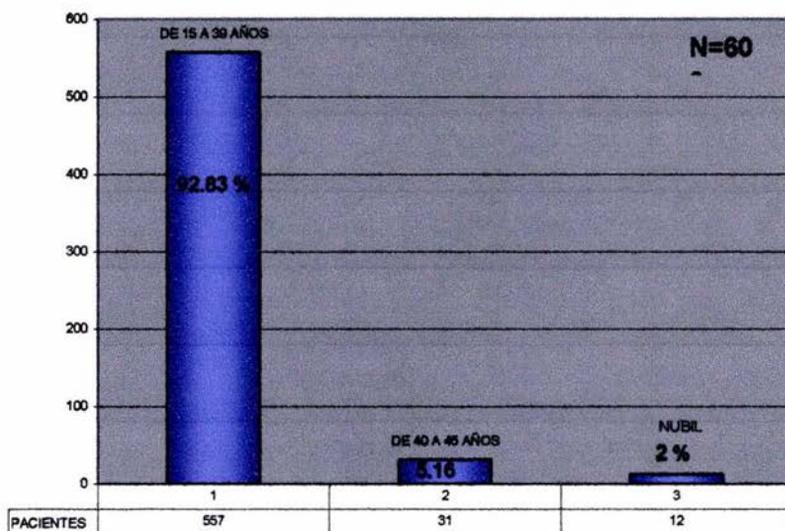
Porcentaje de sujetos estudiados con base a uso de hormonales en un estudio de evaluacion de una guia de factores de riesgo para el cancer de mama en el Hosp.



Fuente: entrevista y expediente clinico de pacientes de la consulta de la clinica de mama

GRAFICA 6.- INICIO DE VIDA SEXUAL

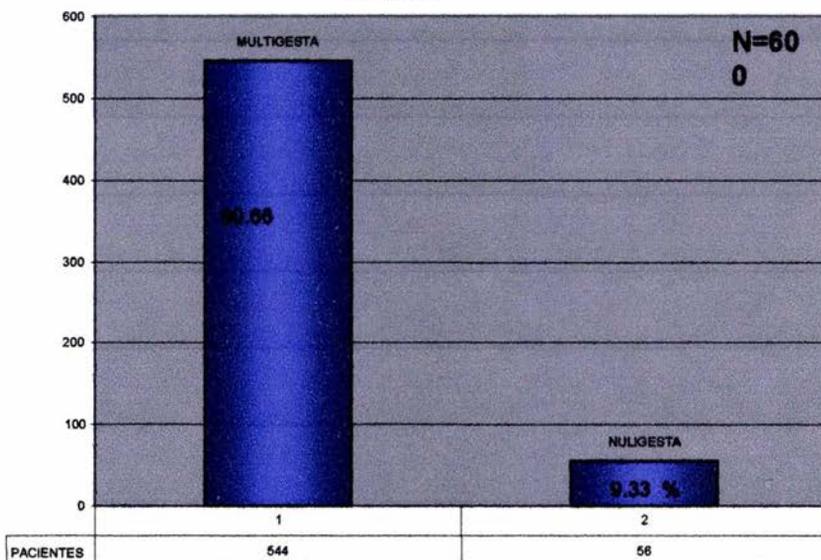
Porcentaje de sujetos estudiados con base al inicio de la vida sexual un estudio de evaluacion de una guia de factores de riesgo para el cancer de mama en el Hosp. Reg. "Gral I. Zaragoza"



Fuente: entrevista y expediente clinico de pacientes de la consulta de la clinica de mama

GRAFICA 7.- PARIDAD

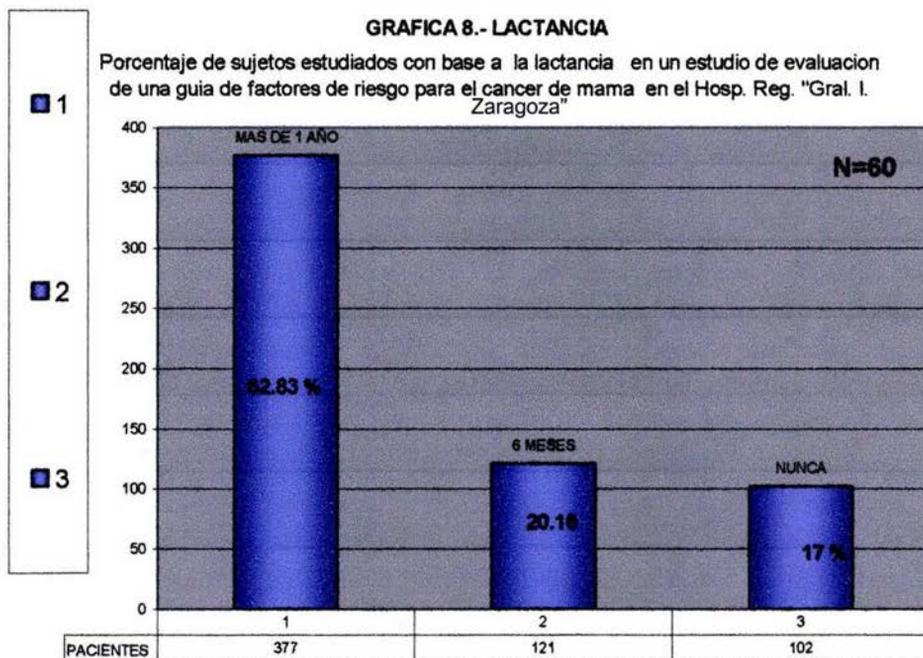
Porcentaje de sujetos estudiados con base a paridad en un estudio de evaluación de una guía de factores de riesgo para el cancer de mama en el Hosp. Reg. "Gral. I. Zaragoza"



Fuente: entrevista y expediente clinico de pacientes de la consulta

GRAFICA 8.- LACTANCIA

Porcentaje de sujetos estudiados con base a la lactancia en un estudio de evaluación de una guía de factores de riesgo para el cáncer de mama en el Hosp. Reg. "Gral. I. Zaragoza"

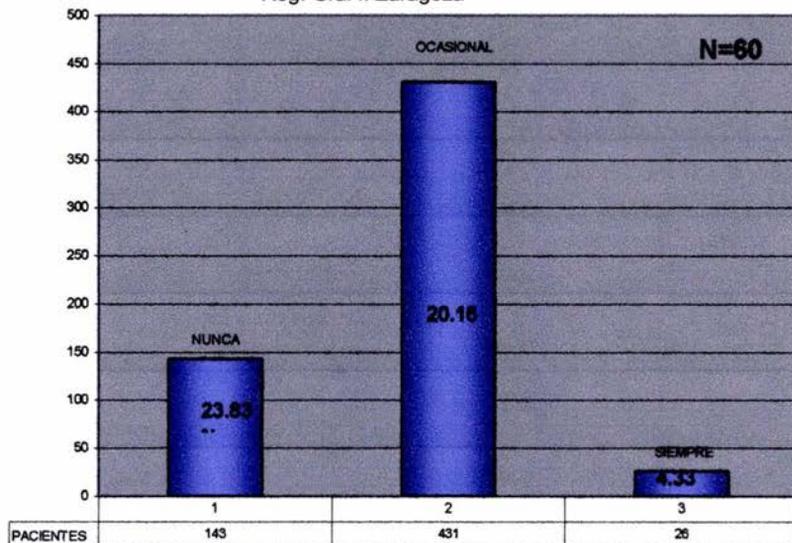


Fuente: entrevista y expediente clínico de pacientes de la consulta de la clínica de mama

GRAFICA 9.- DOLOR MAMARIO

Porcentaje de sujetos estudiados con base a dolor mamario en un estudio de evaluacion de una guia de factores de riesgo para el cancer de mama en el Hosp. Reg. Gral I. Zaragoza"

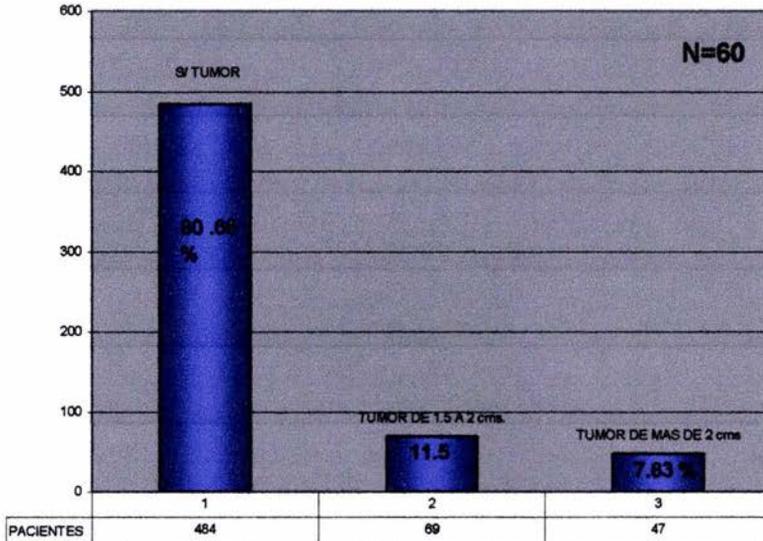
- 1
- 2
- 3



Fuente: entrevista y expediente clinico de pacientes de la consulta de la clinica de mama

GRAFICA 10.- TUMOR

Porcentaje de sujetos estudiados con base a la presencia de tumor en un estudio de evaluación de una guía de factores de riesgo para el cancer de mama en el Hosp. Reg. Gral I. Zaragoza"

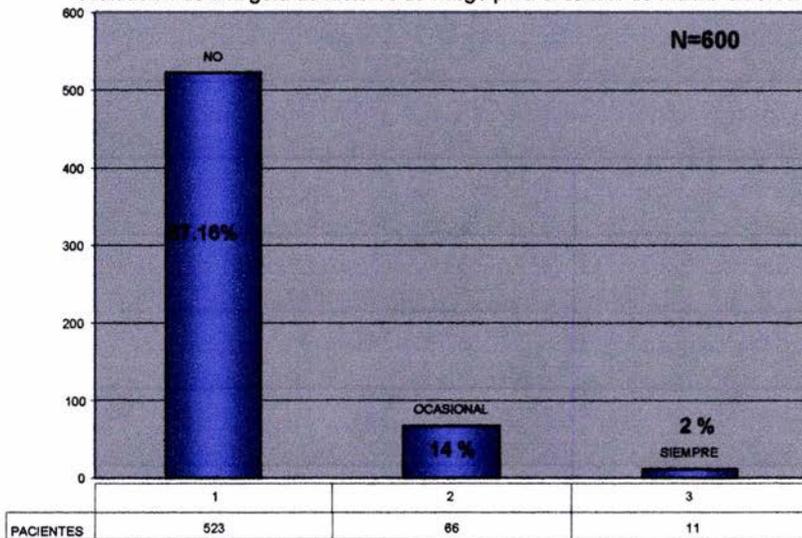


Fuente: entrevista y expediente clinico de pacientes de la consulta de la clinica de mama

GRAFICA 11.-SECRECION DE PEZON

Porcentaje de sujetos estudiados con base a secreción de pezón en un estudio de evaluación de una guía de factores de riesgo para el cáncer de mama en el Hosp.

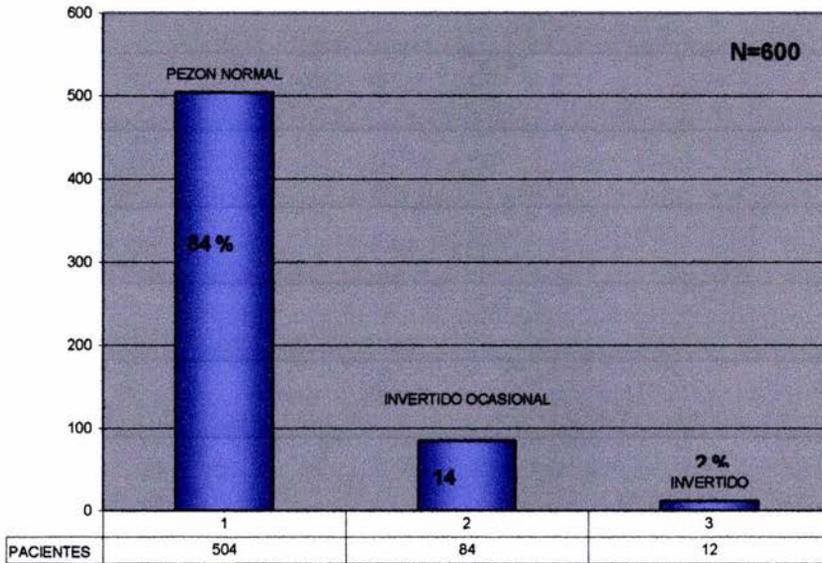
- 1
- 2
- 3



Fuente: entrevista y expediente clínico de pacientes de la consulta de la clínica de mama

GRAFICA 12.- TIPO DE PEZON

Porcentaje de sujetos estudiados con base a tipo de pezon en un estudio de evaluacion de una guia de factores de riesgo para el cancer de mama en el Hosp.



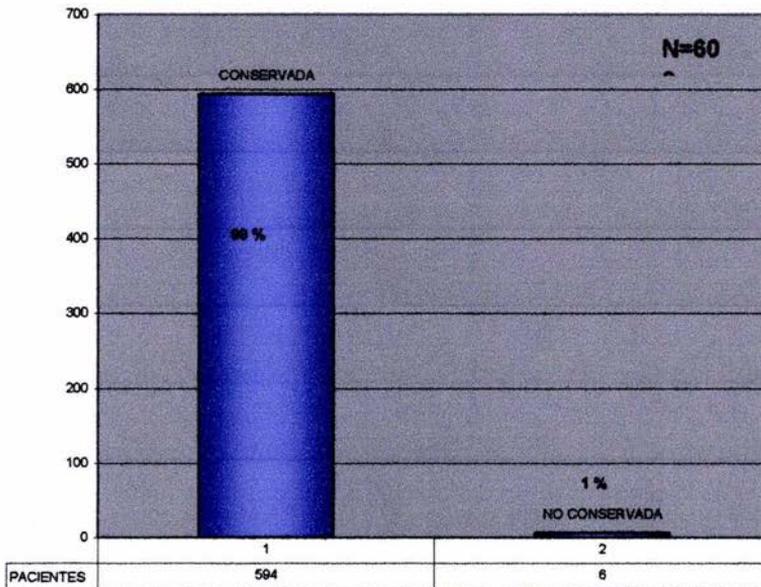
Fuente: entrevista y expediente clinico de pacientes de la consulta de la clinica de mama

1

2

GRAFICA 13.- RELACION AREOLA PEZON

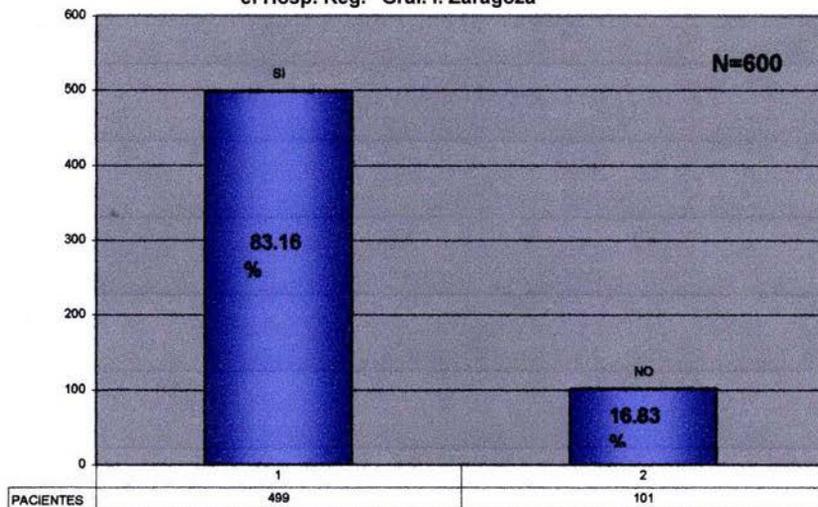
Porcentaje de sujetos estudiados con base a relacion areola pezón en un estudio de evaluación de una guía de factores de riesgo para el cáncer de mama en el Hosp. Reg. "Gral. I. Zaragoza"



Fuente: entrevista y expediente clínico de pacientes de la consulta de la clínica de mama

GRAFICA 14.-DIETA CON METILXANTINAS

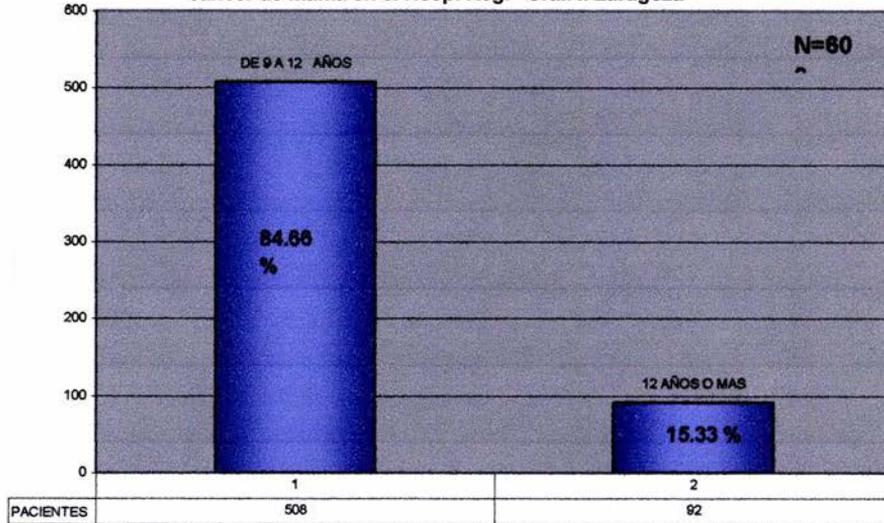
Porcentaje de sujetos estudiados con base a ingestión de dieta con metilxantinas en un estudio de evaluación de una guía de factores de riesgo para el cáncer de mama en el Hosp. Reg. "Gral. I. Zaragoza"



Fuente: entrevista y expediente clínico de pacientes de la consulta de la clínica de mama

GRAFICA 15.- MENARCA

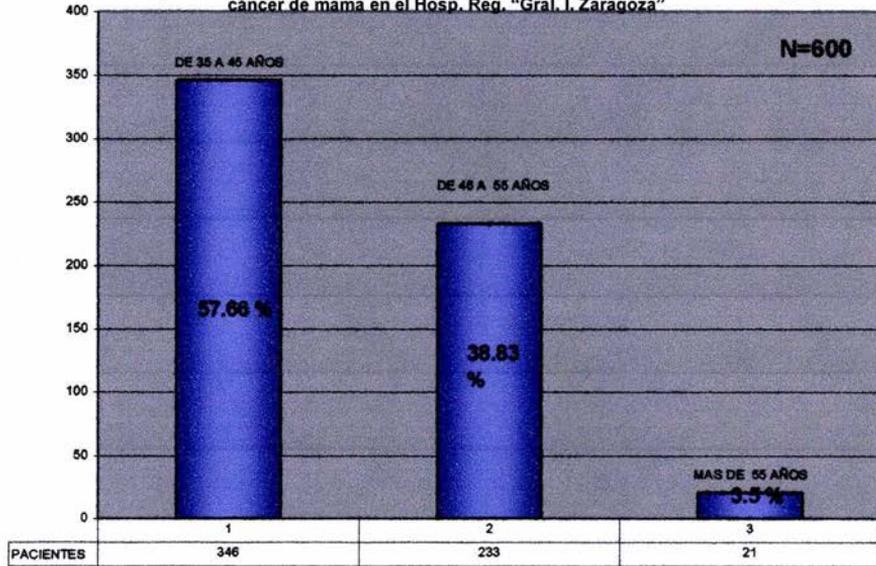
Porcentaje de sujetos estudiados con base a edad de comienzo de la menstruacion (menarca) en un estudio de evaluacion de una guia de factores de riesgo para el cáncer de mama en el Hosp. Reg. "Gral. I. Zaragoza"



Fuente: entrevista y expediente clinico de pacientes de la consulta de la clinica de mama

GRAFICA 16.- MENOPAUSIA

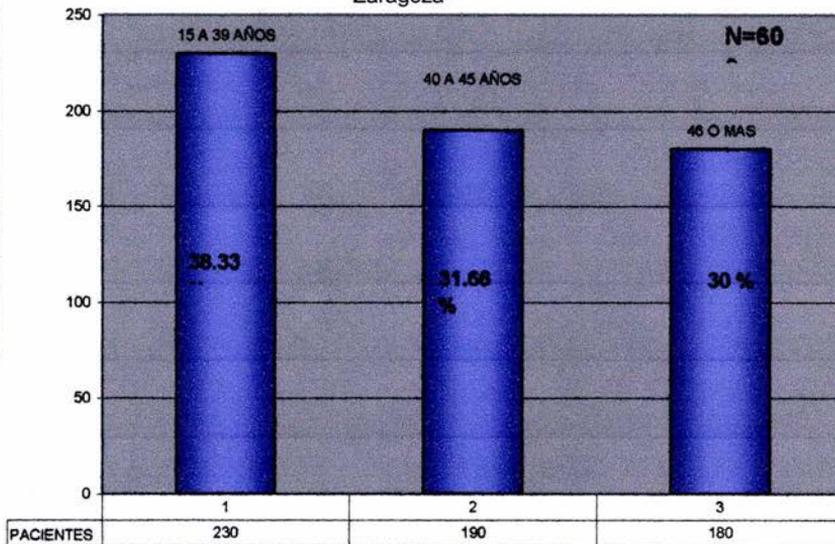
Porcentaje de sujetos estudiados con base a la edad de la presentacion de la menopausia en un estudio de evaluacion de una guia de factores de riesgo para el cáncer de mama en el Hosp. Reg. "Gral. J. Zaragoza"



Fuente: entrevista y expediente clinico de pacientes de la consulta de la clinica de mama

GRAFICA 17.- EDAD

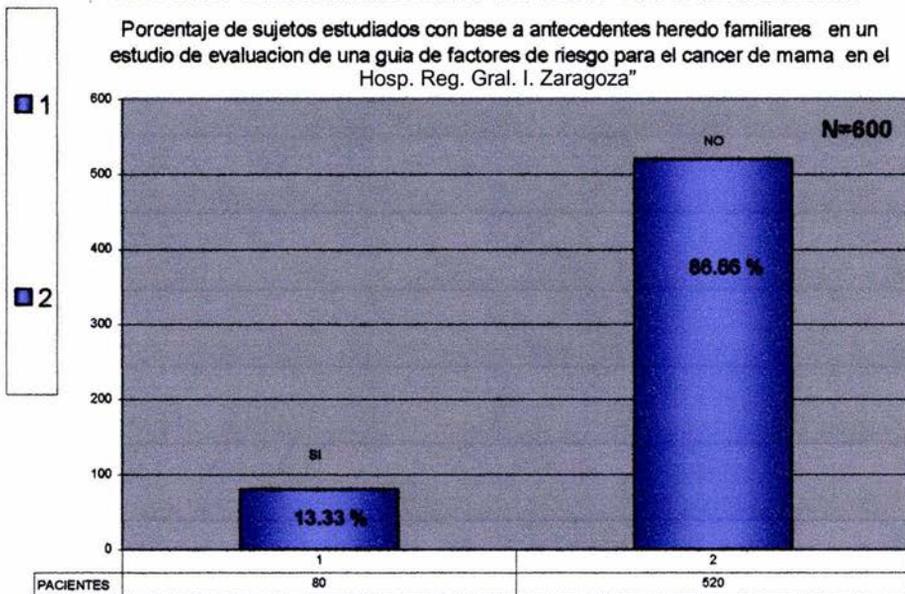
Porcentaje de sujetos estudiados con base a la edad en un estudio de evaluación de una guía de factores de riesgo para el cáncer de mama en el Hosp. Reg. "Gral. I. Zaragoza"



Fuente: entrevista y expediente clínico de pacientes de la consulta de la clínica de mama

GRAFICA 18 ANTECEDENTES HEREDO FAMILIAR CON CANCER DE MAMA

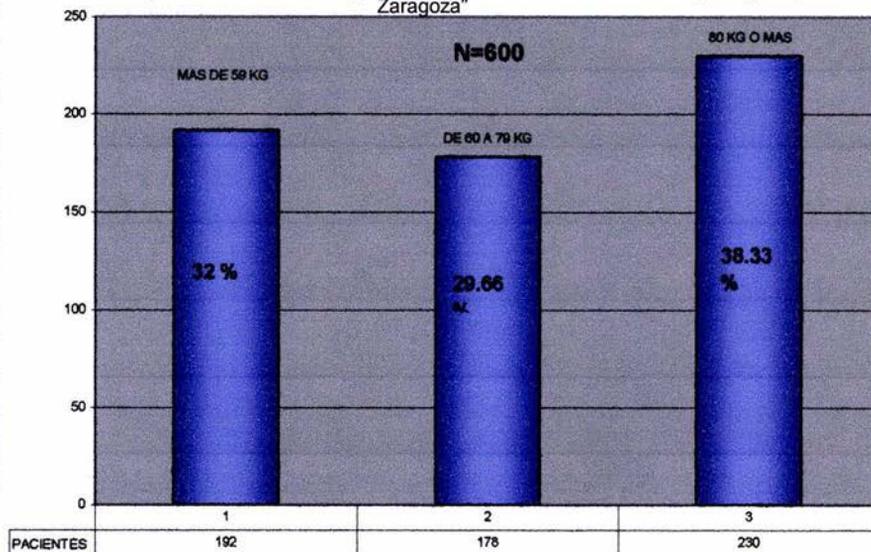
Porcentaje de sujetos estudiados con base a antecedentes heredo familiares en un estudio de evaluacion de una guia de factores de riesgo para el cancer de mama en el Hosp. Reg. Gral. I. Zaragoza"



Fuente: entrevista y expediente clinico de pacientes de la consulta de la clinica de mama

GRAFICA 19.- PESO

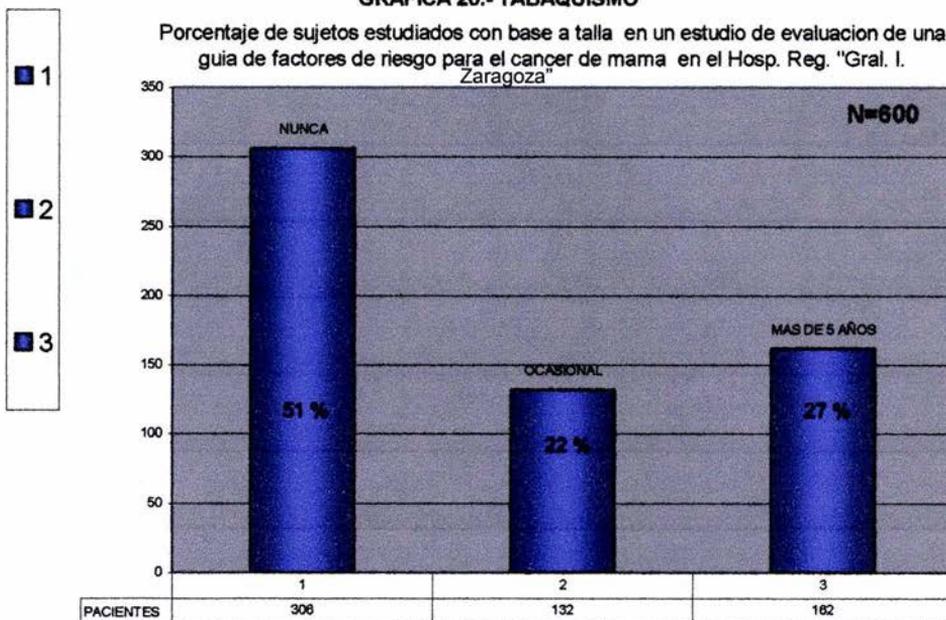
Porcentaje de sujetos estudiados con base a peso en un estudio de evaluación de una guía de factores de riesgo para el cancer de mama en el Hosp. Reg. "Gral. I. Zaragoza"



Fuente: entrevista y expediente clinico de pacientes de la consulta de la clinica de mama

GRAFICA 20.- TABAQUISMO

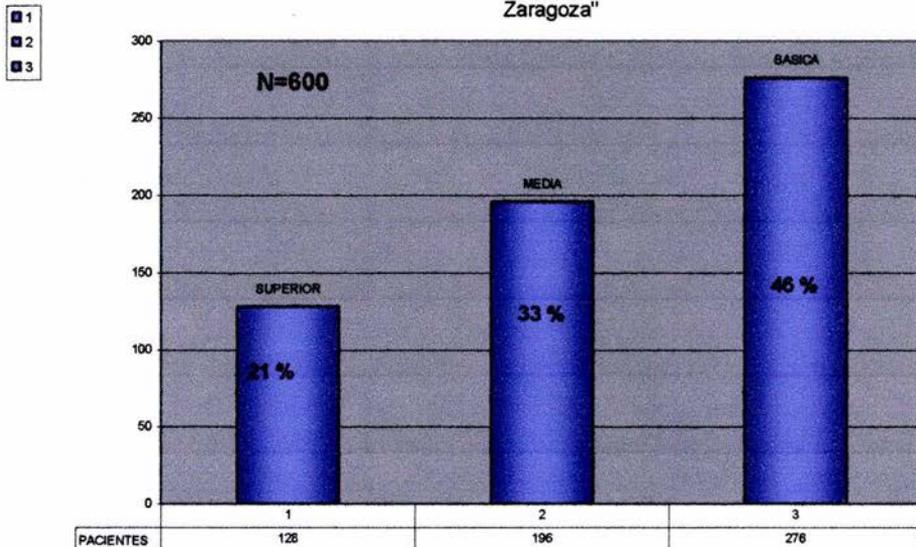
Porcentaje de sujetos estudiados con base a talla en un estudio de evaluación de una guía de factores de riesgo para el cáncer de mama en el Hosp. Reg. "Gral. I. Zaragoza"



Fuente: entrevista y expediente clínico de pacientes de la consulta de la clínica de mama

GRAFICA 21.- ESCOLARIDAD

Porcentaje de sujetos estudiados con base a escolaridad en un estudio de evaluación de una guía de factores de riesgo para el cancer de mama en el Hosp. Reg. "Gral. I. Zaragoza"



Fuente: entrevista y expediente clinico de pacientes de la consulta de la clinica de mama

DISCUSIÓN

El riesgo que presente la mujer de padecer cáncer de mama, es del 32.2% después de los 45 años a nivel Internacional y en México es la segunda causa de muerte en este grupo poblacional, la incidencia es de 60 a 80 por cada 100,000 mujeres al año.

Por lo anterior, se hace necesaria la intervención del trabajador de la salud, sean del 1^{er}. 2^o. ó 3^{er}. Nivel, pero principalmente los dos primeros para que, a través de la aplicación de un instrumento que cuente con una metodología sistematizada para evaluar los factores de riesgo en bajo, mediano y alto con una codificación internacional de colores verde, amarillo y rojo respectivamente, para que lo guíe a identificar precozmente a las mujeres con factores de riesgo para presentar esta patología y puedan ser referidos oportunamente al nivel correspondiente.

El presente trabajo tiene como finalidad valida la metodología mencionada, que se obtiene mediante el interrogatorio directo en forma rápida, sencilla y de bajo costo sin la intervención directa de un médico especialista, pero con supervisión de éste, utilizando los procesos de referencia contrarreferencia en forma oportuna.

La importancia de continuar con ésta línea de investigación reforzara principalmente al primer nivel de atención, y descongestionará al hospital de alta especialidad acortando los diferimientos y el desgaste de los recurso sean materiales o humanos.

CONCLUSIONES

Después de haber analizado los 600 casos de usuarias con base a la “GUIA PARA LA EVALUACION INICIAL DE FACTORES DE RIESGO PARA CANCER DE MAMA” en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza ISSSTE a partir de evaluación numérica calorimétrica podemos señalar que los aspectos coincidentes son:

1. De los 9 casos dictaminados con cáncer de mama, 6 usuarias se encontraron con edad entre los 40 y 45 años y solo 3 se encasillaron en el rango de edad de más de 46 años no hubo pacientes menores de 40 años con cáncer de mama, lo que destaca que la edad juega un papel importante y es un factor de riesgo de nuestra población atendida en esta unidad medica en pacientes mayores a 39 años.
2. En cuanto al factor heredo familiar en 4 pacientes no existieron familiares con cáncer, en 5 usuarias si existió relación (familiares de primera línea con cáncer de mama) por lo que afirmamos la teoría bibliografía en donde se reporta n estudios genéticos que sugieren una parte significativa del cáncer de mama familiar.
3. referente al nivel socioeconómico 3 usuarias se ubicaron en el nivel bajo, 3 en el nivel medio y 3 más en el nivel medio alto. Por lo que no se puede asociar debido a la uniformidad de resultados.

4. concerniente al peso. 3 de las usuarias se localizaron en el rango de peso de 60 a 79kg, y 6 en menos de 59 Kg. no hubo pacientes con peso por arriba de 80 Kg., dato importante con la literatura para destacar que en pacientes con menos pesos mayor es el riesgo de cáncer de mama.
5. referente a contracepción oral 4 usuarias lo utilizaron durante un periodo entre 6 a 10 años, 2 durante menos de 5 años y 3 usuarias durante más de 10 años, lo que responde a que no necesariamente interviene el tiempo de uso prolongado de hormonales tenga más riesgo de padecer cáncer de mama el simple hecho de utilizarlos es un factor importante en nuestra población confirmando lo dicho en nuestra bibliografía.
6. en cuanto a menarca 8 usuarias presentaron su primer periodo menstrual a la edad entre los 12 y 14 años y solo 1 usuaria tuvo su menarca antes de los 11 años , la literatura refiere que entre mas tardíamente se presente la primera menstruación existe un mayor riesgo de cáncer de mama por lo que confirmamos lo estudiado.
7. referente a la paridad ,3usuarias tuvieron menos de 3 hijos y 6 usuarias no tuvieron hijos lo que demuestra en nuestra población si existe una relación de mayor riesgo en pacientes nuligestas.
8. concerniente a la lactancia 7 usuarias amamantaron menos de 6 meses, 1 usuaria amamanto 1 año y solo una paciente amamanto por más de 2 años, lo que justifica que el

tiempo de lactancia entre más reducido mayor riesgo debido al factor protector de la lactancia.

9. en cuanto a la tumoración 1 usuaria de las 9 no presento tumor, 3 presentaron tumor con tamaño de entre 1.5 y 2cm y 5 presentaron tumoración mayor a 2 cm. lo que permite sugerir que paciente con tumoración existente es un factor importante en el dx de cancer de mama.

10. referente a la menopausia; 6 usuarias presentaron ausencia de menstruación entre la edad de 41 a 50 años y solo 3 usuarias presentan menopausia por arriba de los 50 años, lo que confirma que aquellas pacientes que presentan menopausia tardía tienen mayor riesgo.

11. con los resultados de la presente investigación y considerando el derecho de las mujeres mexicanas a preservar su salud y disminuir la mortalidad que es de 10,000 a 11,000 fallecimientos anuales (35 de cada 100,000 mujeres) por falta de tratamiento oportuno o simplemente por un dx o un diferimiento tardío o por una falta de atención medica integral y el fomento de la cultura de corresponsabilidad en el cuidado de la salud de la mujer a través de la coordinación de Ginecología y Obstetricia.

Dentro de la estructura orgánica, se considera al ginecoobstetra con un rol amplio, ya que ejerce mayor responsabilidad en la atención directa a las usuarias.

Este proyecto de validación de un instrumento puede parecer ambicioso, pero lo considero factible, si contamos con la voluntad política para llevarlo al cabo ya que impactara operativamente en el programa de arranque parejo y el sistema de referencia y contrarreferencia. (SIRECO).

BIBLIOGRAFIA

1. Michels KB, Trichopoulos D, Robins JM, Birthweight as a risk factor breast cancer. *Lancet* 1996; 1542-1546.
2. Ekblom A, Hsieh C, Lipworth L. Intrauterine environment and breast cancer risk in woman a population-based study. *J Natl cancer inst* 1997; 89: 71-76
3. Kvale G, Heuch I. Menstrual factors and breast cancer risk *cancer* 1988; 62: 1625-1631
4. Hsieh C, Trichopoulos D, Katsouyannik. Age menarch, age at menopause, height and obesity as risk for breast cancer: associations and interaction in an international case control study. *Int J cancer* 1990; 46: 796-800
5. Brinton LA, Schairer C, Hoover RN. Menstrual factors and risk of breast cancer. *cancer Invest* 1988; 6: 245-254
6. Adami HO, Bergstrom R, Lund E. Absence of association between reproductive variables and The risk of breast cancer in young women in Sweden and Norway. *Br J. cancer* 1990; 62:122-126
7. Trichopoulos D, MacMahon B, Cole P. Menopause and breast cancer risk *J. Natl Cancer Inst* 1972, 48: 605-613
8. Alexander FE, Roberts MM. The menopause and breast cancer. *Epidemiol Commun Health* 1987; 41: 94-100
9. MacMahon B, Cole P, Lin TM, Lowe CR, Mirra AP, Ravniva B et al. age at first birth and breast cancer risk. *Bull WHO* 1980; 43: 209-221

10. Bruzzi P, Negri E, La Vecchia C. Short term increase in risk of breast cancer after full term pregnancy. *Br Med J* 1988; 297: 1096-1098
11. Leon DA. A prospective study of the independent effects of parity and age at first birth on breast cancer incidence in England and Wales. *Int J Cancer* 1989; 43: 986-991
12. Lay de PM, Webster LA, Baughman AL, Wingo PA, Rubin GL, Ury HW. The independent association of parity, age at first full term pregnancy, and duration of breastfeeding with the risk of breast cancer. *J Clin Epidemiol* 1989; 42: 963-973
13. Ewertz M, Duffy SW, Adams HO. Age at first birth, parity and risk of breast cancer: a meta-analysis of 8 studies from the Nordic countries. *Int J Cancer* 1990; 46: 597-603
14. Rosero Bixby L, Oberle MW, Lee NC. Reproductive history and breast cancer in a population of high fertility. Costa Rica. 1984-1985. *Int J Cancer* 1987; 40: 747-754
15. Claus EB, Risch N, Thompson W. Genetic analysis of breast cancer in the cancer and steroid hormone study. *Am J Hum Genet* 1991; 48:232-242
16. Pike MC, Henderson BE, Casa Grande JT. Oral contraceptive use and early abortion C, VanFas risk factors for breast cancer in young woman. *Br J Cancer* 1981;43: 72-76
17. Russo J, Russo JH. Toward a physiological approach to breast cancer prevention. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1994; 3:353-364
18. Lambe M, Heuch I. Menstrual factors and breast cancer risk. *Cancer* 1988; 62: 1625-1631
19. Siskind V, Schofield F, Rice D. Breast cancer and breast feeding results from an Australian case-control study. *Am J Epidemiol* 1989;130:229-236

20. YooKy, Tajima K Kurashi T. Independent protective effect of lactation against breast cancer: a case control study in Japan. *Am J Epidemiol*; 1992; 135: 726-733
21. Colton TH, Greenberg ER, Noller K. Breast cancer in mothers prescribed diethylstilbestrol in pregnancy. Further follow up. *JAMA* 1993;269:2096-2100
22. Venn A , Watson L, Lumley J. Breast and ovarian cancer incidence after infertility and in vitro fertilization *Lancet* 1995; 346:995-1000
23. Vatten LJ, Krinnsland S. Body mass index and risk of breast cancer, a prospective study of 23,826 Norwegian women. *Int J cancer* 1990; 45:440-444
24. Vatten LJ, Kvinnsland S. prospective study of height, body mass and risk of breast cancer. *Acta Oncol* 1992; 31: 195-200
25. Van den Brandt FC, Van den Brandt PA. Height, weight change, and postmenopausal breast cancer risk: the Netherlands cohort study. *Cancer causes control* 1997;8:39-47
26. Longnecker M, Newcomb P. Risk of breast cancer in relation to lifetime alcohol consumption. *J Natl cancer inst* 1995; 87: 923-929
27. Smith- Warner S, Spregelman D, Yaun SS, Vanden Brandt P, Folsom AR, Ggoldhohm RA et al Alcohol and breast cancer in women. A pooled analysis of cohort studies. *JAMA* 1998; 279: 535-540
28. London SJ, Colditz GA, Stampfer MJ Willett WC, Rusner BA, Speizer FE, A prospective study of smoking and the risk of breast cancer. *J Natl cancer Inst* 1989;81:1625-1631
29. Braga C. Negri, E Lavecchia Cigarettes smoking and the risk of breast cancer *Euro J. cancer prev* 1996;5: 159-164

30. Colditz GA Epidemiology of breast cancer findings from the nurse's health study.
Cancer 1993;71: 1480-1489
31. Larry J. Copeland, John F. Jarrell, MD. Ginecología 2da edición 2002, 1217-1218

ANEXO 1.

GUIA PARA EVALUACION INICIAL DE FACTORES DE RIESGO DE CANCER DE MAMA

Nombre de la Paciente: _____ Cédula: _____
 Peso: _____ Talla: _____ T. A.: _____ Fecha: _____

FACTOR DE RIESGO

	BAJO	MEDIO	ALTO
Edad	15-39	40-45	46-MAS
Ascendientes con cancer de mama	NO	NO	SI
Escolaridad	Superior	Medio Superior	Básica
Nivel Socioeconómico	Alto a medio alto	Medio	Bajo
Peso	80kg-mas	60-79 kg	Menos 59 kg
Talla	Menos de 1.60 m	De 1.60 a 1.69 m	Más de 1.70 m
Tabaquismo	Nunca	Ocasional	Más de 5 años
MPP (uso de hormonales)	Menos de 5 años	De 6 a 10 años	Más de 10 años
Menarca	Más de 14 años	De 12 a 14 años	Antes de 11 años
Inicio de vida sexual activa	15-39	40-45	46-MAS
Paridad	Más de 3 hijos	Menos de 3 hijos	Nuligesta
Edad del primer embarazo	Menos de 15 años	De 16 a 35 años	Más de 35 años
Abortos	Ninguno	1	Más de 1
Lactancia	Más de dos años	1 año	Menos de 6 meses
Menopausia	Antes de los 40 años	De 41 a 50 años	Más de 50 años
Dolor mamario	Nunca	Ocasional	Siempre
Tumoración	Sin tumoración	1.5 - 2 cm	> 2 cm
Secreción del pezón	Nunca	Ocasional	Siempre
Pezón Invertido	Pezón normal	Ocasional	Invertido
Relación areola - pezón	Conservada	Conservada	No Conservada
Autoexploración	Siempre	Ocasional	Nunca
Dieta rica en metales pesados	Nunca	Ocasional	Frecuentemente
Patología previa de mama	No	No	SI

RIESGO BAJO: DE 20 A 39 PUNTOS

RIESGO MEDIO: DE 40 A 45 PUNTOS

RIESGO ALTO: MAS DE 45 PUNTOS

EVALUADOR: _____ RIESGO FINAL: _____