



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR:

***PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA EN
MUJERES DE LA UMF21***

*Autorizado por el Comité Local de Investigación en Salud con el número de
registro institucional: R-2010-3703-22*

Medicina familiar

PRESENTA:

DRA TORIBIO MARTÍNEZ MÓNICA PATRICIA

RESIDENTE DE TERCER GRADO MEDICINA FAMILIAR

ASESOR:

MC. MenC MSP DRA. LEONOR CAMPOS ARAGÓN

COORDINADORA DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN UMF #21

México, D.F. 2011



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.

AUTORIZACIONES

DR. JOSÉ LUIS ORTIZ FRÍAS

DIRECTOR UMF #21

MC. MenC MSP DRA. LEONOR CAMPOS ARAGÓN

COORDINADORA DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN UMF #21

DR. JORGE MENESES GARDUÑO

PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR UMF #21

DRA MARÍA DE LOURDES GARCÍA ORTIZ

PROFESORA ADJUNTA DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR UMF
#21

ASESOR DE TESIS:

MC. MenC MSP DRA. LEONOR CAMPOS ARAGÓN

Coordinadora de Educación Médica e Investigación de UMF # 21

AGRADECIMIENTOS

A mis mentores por ofrecer siempre sus conocimientos de forma oportuna y eficaz, muy en especial a la Dra. Leonor Campos Aragón, mi asesora de tesis, quien siempre tuvo una opinión importante y la paciencia para corregir mis errores.

A las pacientes que cooperaron resolviendo los cuestionarios y siempre siendo propositivas durante el proceso de recolección de información. A todas ellas gracias, ya que sin su ayuda no se podía concretar este proyecto.

A mis compañeros que siempre estuvieron ahí de forma incondicional cuando necesite su ayuda. Todos juntos compartimos este proyecto de vida, en estos 3 años de nueva formación académica, que esta llegando satisfactoriamente a su conclusión

A mi familia que siempre ha estado a mi lado, otorgándome sus sabios consejos y amor. En especial a mis padres Crescenciano José Toribio Salinas gracias a su ejemplo de superación, responsabilidad y amor al trabajo, a mi madre Virginia Martínez Frias gracias a su dedicación, responsabilidad, paciencia hacia mi persona y amor incondicional. A mi hermana Virginia Toribio Martínez quien siempre me ha inculcado su ejemplo de superación personal y profesional. A mi sobrina Daniela Sánchez Toribio quien es una niña encantadora y nos llena de felicidad todos los días. Gracias a todos porque me han inculcado siempre la responsabilidad y el amor hacia los proyectos que enfrento.

DEDICATORIA

A mi familia

A todas las mujeres

INDICE

	PAGINA
I. RESUMEN.....	7
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
III. MARCO TEORICO	10
IV. OBJETIVOS.....	22
V. HIPOTESIS	22
VI. MATERIAL Y METODOS.....	23
1.Tipo y características del estudio.....	23
2. Definición del universo de trabajo.....	24
3. Criterios de selección.....	24
4. Estrategia de muestreo.....	25
5. Definición de variables y unidad de medición.....	27
6. Descripción del estudio.....	32
7. Recolección de información.....	32
8. Prueba piloto.....	33
9. Procesamiento y presentación de la información.....	33
10. Análisis estadístico.....	33
11. Consideraciones éticas.....	34
VII. RESULTADOS,ANALISIS Y DISCUSION.....	36
VIII. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS.....	70
IX. ANEXOS.....	72
X. BIBLIOGRAFIA.....	79

I. RESUMEN

Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF21

Autores: Asesor: Dra. Leonor Campos Aragón.* Toribio Martínez Mónica Patricia**

Resumen: En México el cáncer de mama es la segunda causa de muerte en mujeres mayores de 40 años. Es importante conocer la prevalencia de factores de riesgo de cáncer de mama en las pacientes que acuden a la UMF21 para realizar medidas preventivas y diagnóstico oportuno. **Objetivo general:** Determinar la prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en las mujeres de la UMF 21. **Material y métodos:** Es un estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo. **Universo de trabajo:** Mujeres de 25 a 59 años de edad, derechohabientes del IMSS, de la UMF N°21. **Período de estudio:** Se efectúa de octubre a noviembre 2010. **Criterios de inclusión:** Pacientes femeninos de 25 a 59 años de edad sin diagnóstico de mama y que acepten participar en el estudio. **Resultados:** Se realizó una muestra de 384 pacientes donde 47% son mayores de 40 años, el 55% presentó menarca temprana y 4.2% menopausia tardía, sólo el 7% se embarazó después de los 30 años, ausencia de lactancia en 17%, AHF de cáncer de mama en 16%, de las cuales el 29% tiene parentesco en primer grado. El 25% presenta algún grado de obesidad. **Conclusiones:** Se identifican factores de riesgo modificables y no modificables asociados con cáncer de mama, lo cual es importante para dar seguimiento posterior a estas pacientes y detección oportuna.

Palabras clave: Cáncer de mama, prevalencia, factores de riesgo.

* Médico Epidemióloga de la Unidad de Medicina Familia N° 21, IMSS

**Residente de Medicina Familiar de 2° año, Unidad de Medicina Familia N° 21, IMSS

I. SUMMARY

Prevalence of risk factors for Breast Cancer in women of UMF21

Authors: Advisor: Dr. Leonor Campos Aragón* Toribio Martínez Mónica Patricia.* *

Summary: In Mexico Breast cancer is the second leading cause of death in women over 40 years. It is important to know the prevalence of risk factors for breast cancer patients who come to the UMF21 for preventive measures and early diagnosis. **Objective:** To determine the prevalence of risk factors for Breast Cancer in women of the UMF 21. **Methods:** We performed an observational, prospective, transversal, descriptive. **Work Universe:** Women 25 to 59 years old, IMSS, the FMU No. 21. **Study period:** is made from October to November 2010. **Inclusion criteria:** female patients aged 25 to 59 years without a diagnosis of breast cancer and who agree to participate in the study. **Results:** We performed a sample of 384 patients where 47% are over 40 years, 55% had early menarche and late menopause 4.2%, only 7% became pregnant after 30 years, absence of lactation in 17%, AHF breast cancer by 16%, of which 29% are first-degree kinship. 25% have some degree of obesity. **Conclusions:** We identified modifiable risk factors associated with non-modifiable breast cancer, which is important to follow these patients after and early detection.

Keywords: Breast cancer, prevalence, risk factors.

* Medical Epidemiologist Family Medicine Unit No. 21, IMSS

** Resident of Family Medicine, Year 2, Family Medicine Unit No. 21, IMSS

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo al Programa de Prevención y Control de Cáncer en la Mujer, mueren a diario diez mujeres por cáncer de mama, y son las mujeres de 45 a 49 años la población más afectada. El cáncer de mama en la UMF 21 ocupa el tercer lugar de las enfermedades de interés epidemiológico en el 2008.

El cáncer de mama es la segunda neoplasia más frecuente entre las mujeres, constituye un problema de salud pública, ya que si no es detectado oportunamente la mortalidad es muy elevada, por lo que es muy importante conocer la prevalencia de los factores de riesgo que están asociados a esta entidad.

Se han identificado algunos factores de riesgo para Cáncer de mama como son: Antecedentes heredofamiliares de cáncer de mama en madre, hermanas o hijas; entre los factores hormonales el ser nulípara, embarazarse tardíamente, ausencia de lactancia y un mayor número de ciclos ovulatorios. Se ha señalado diversas hormonas endógenas y exógenas como hormonas de remplazo y anticonceptivos orales. El nivel socioeconómico alto, consumo de alcohol y tabaquismo positivo. El antecedente de lesiones benignas de tipo proliferativo en la glándula mamaria y la historia positiva de Ca Mama incrementa el riesgo de padecer Ca Mama. La presencia de obesidad pero solo en mujeres postmenopáusicas también es una variable de riesgo identificado.

Estos factores de riesgo asociados en el cáncer de mama, deben estudiarse para lograr incidir en algunos que puedan ser modificables, como parte de una prevención oportuna del cáncer de mama.

El estudio y el análisis de la prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de mama puede realizarse en la UMF21, ya que se cuenta con los recursos humanos y financieros para llevarlo a cabo, por lo tanto surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de los factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la Unidad de Medicina Familiar No. 21?

III. MARCO TEÓRICO:

EPIDEMIOLOGÍA

La epidemiología es la ciencia que estudia las relaciones entre los diversos factores que determinan las frecuencias y distribuciones de un proceso infeccioso, enfermedad o un estado fisiológico en una comunidad humana. La distribución de enfermedades en una población permite determinar la relación del nivel de enfermedad con los subgrupos de población. México se encuentra actualmente en transición epidemiológica, la cual ha reflejado modificaciones importantes en la pirámide poblacional, llevando a un mayor crecimiento de los grupos adolescentes y mujeres en etapa post reproductiva¹

Es importante conocer la prevalencia de factores de riesgo a los que están expuestas las mujeres sobre todo de patologías que son frecuentes y que tienen un alto índice de mortalidad. La prevalencia se refiere a dos situaciones a) número o frecuencia absoluta de personas que presentan una cierta característica - normalmente, una enfermedad- en un instante dado, y b) a la proporción o a la frecuencia relativa de individuos de la población que presentan dicha característica en ese momento. Dependiendo de la menor o mayor frecuencia de la característica considerada en la población, la probabilidad de padecer alguna enfermedad asociada es mayor. ²

De acuerdo con las estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) para el año 2000 el grupo de mujeres mayores de 25 años se estimó en 23'904,201 con un porcentaje de 47.7%. Para el año 2010 y 2030 se espera que las mujeres de este grupo constituyan el 55.6% y 68.7%, respectivamente, de la población femenina total.

Por lo cual se considera a esta población de mujeres más susceptible a desarrollar una enfermedad crónico-degenerativa como los cánceres del aparato genital femenino y de la mama. Según las cifras del Registro Histopatológico de Neoplasias en México, en 1997 se reportaron 9,050 nuevos casos de cáncer de mama, con mayor frecuencia en el grupo de 45 a 54 años de edad, teniendo una variabilidad importante de presentación en diversas regiones del país.³

Entre las mujeres mexicanas, el carcinoma mamario es la segunda causa de muerte por cáncer, después del cáncer cérvico uterino. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en 1994 ocurrieron 2,785 (1.90%) muertes por cáncer de mama y para 1998 aumentó a 3,380 (2.1%) fallecimientos. Esto significa que en ese último año murieron por cáncer de mama casi nueve mujeres cada día, lo que representa la muerte de una mujer cada dos horas y media aproximadamente. Las tasas de mortalidad por cáncer mamario 1998 aumentaron de 13.16 a 15.12 por cada 100,000 mujeres. La tasa de mortalidad en el IMSS se ha elevado de 7.8 a 11.6 por cada 100 mil mujeres.⁴

Existen grandes diferencias en las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer de mama desde el punto de vista geográfico. La mortalidad varía de 19.9 por 100 mil mujeres en la India, hasta 89.2 en mujeres blancas de EUA. Las tasa más altas de mortalidad se dan en las áreas más desarrolladas (Europa, Norteamérica y Oceanía). El riesgo de padecer cáncer de mama se eleva con la edad. Un 1% de cánceres de mama se presenta en varones. La supervivencia media estandarizada según la edad en Europa es del 93% a un año y de 73% a cinco años.⁵

De acuerdo con estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, en el año 2007 se registraron alrededor de 548 000 muertes, 72% de éstas en países de bajos y medianos ingresos. En varios países desarrollados, en particular Europa Occidental y Norteamérica, la mortalidad por cáncer de mama muestra una tendencia a la baja. En Estados Unidos de América se calcula que de 1990 a 2007 la mortalidad en mujeres menores de 70 años disminuyó entre 19 y 38%, en especial en el grupo de mujeres que desarrollaron tumores con receptores estrogénicos. Este descenso de la mortalidad se explica tanto por los programas de tamizaje como por los adelantos terapéuticos. En los países en desarrollo, sobre todo en América Latina, la incidencia y la mortalidad se han incrementado de manera notoria debido al envejecimiento poblacional, los cambios en los patrones reproductivos, una mayor exposición a los factores de riesgo y problemas para el acceso oportuno a la detección, el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuados.⁶

En el comparativo mundial, México se ubica en el lugar 101 de incidencia y 135 de mortalidad entre 172 países, para los cuales se cuenta con cifras confiables. Lo anterior significa que su incidencia es tres veces menor a la informada en países desarrollados. Sin embargo, si se considera la tendencia ascendente y el envejecimiento de la población mexicana, se puede proyectar que la carga de la enfermedad en México será similar a la observada hoy día en Norteamérica en 12 años.⁷

El cáncer de mama es una patología asociada al envejecimiento y a estilos de vida poco saludables como el sobrepeso y el sedentarismo, con mayor incidencia en países desarrollados; es el tumor maligno más frecuente en la mujer en el ámbito mundial.⁸

El riesgo de enfermar es superior en las mujeres de países con nivel socioeconómico alto, pero el riesgo de morir es mayor entre las mujeres que habitan países pobres, debido a un menor acceso a los servicios de salud, para su detección temprana, tratamiento y control.

Los estudios sobre la autoexploración y la exploración clínica de mama y su impacto en la mortalidad no han mostrado evidencias consistentes por lo que la Organización Mundial de la Salud no la recomienda como una intervención de tamizaje, pero sí de diagnóstico temprano, por lo que se deben instrumentar programas de educación a la población dirigidos a sensibilizar a la mujer sobre la importancia de conocer las características normales de sus mamas, enfatizando que la mastografía reduce las tasas de mortalidad por este tumor.⁹

FACTORES DE RIESGO

Dentro del IMSS se cuenta con la Guía Técnica de detección y Atención Integral del Cáncer de mama en el cual se hace énfasis en reforzar la educación y la participación de la mujer en el cuidado de su salud.

Además en el programa PREVENIMSS se identifican los factores de riesgo para los problemas de salud prevalentes en su calidad de prevenibles y no prevenibles a través de la educación para la salud.

Las causas del Cáncer de Mama son multifactoriales: edad, vivir en un país industrializado, menarca temprana, menopausia tardía, edad tardía al primer hijo, ausencia de lactancia materna, antecedentes heredofamiliares de cáncer de mama, antecedente de hiperplasia atípica, obesidad postmenopáusica.¹⁰ También se asocia el consumo de alcohol, exposición a radiación ionizante, uso de terapia de reemplazo hormonal, uso de anticonceptivos hormonales y dietilbestrol, los factores de riesgo se engloban en tres grupos: exposición prolongada a estrógenos, factores ambientales y estilo de vida.¹¹

Los **factores de riesgo** más importantes para el cáncer de mama son el sexo femenino y la edad. Para Morales, Pollan en 1999 en un estudio realizado en Cuba se evidenció que el Cáncer de Mama predomina entre la 5ª y 7ª década de la vida, por lo tanto es frecuente en edades donde se presenta la menopausia.¹²

Factores de riesgo asociados:

- Historia familiar: Los familiares en primer grado con cáncer de mama triplican las posibilidades de padecer el mismo cáncer. El riesgo de una mujer de desarrollar Cáncer de Mama es mayor si su madre, hermana o hija, tuvo cáncer de mama, sobre todo a una edad joven (antes de los 40 años). En un 20-25% de los casos tienen cierta asociación familiar (algún caso de cáncer de mama en la 1ª o 2ª generación familiar).¹³

- Aproximadamente el 8% de todo los casos de cáncer de mama son hereditarios. Otros autores refieren que se presenta en un 5 a 10%. La mitad de los casos se atribuyen a la mutación en dos genes de susceptibilidad de cáncer de mama: el BRCA1 y BRCA2. Las mutaciones de estos genes están en el origen del 2-3% casos de cáncer de mama y en más de la mitad de los hereditarios; significa un riesgo del 50-85%. Se presenta con más frecuencia en mujeres pre menopáusicas y de manera preferentemente bilateral.¹⁴
- Historia personal. Las enfermedades benignas de la mama como las lesiones proliferativas no atípicas, la hiperplasia atípica, el carcinoma de mama previo, ya sea infiltrante o *in situ*, y el carcinoma de endometrio son también factores de riesgo. Un estudio realizado por Noguera, Noguera, Piuze en el 2003 en la ciudad de Corrientes, Argentina a 784 pacientes, reportó que el 40.32% de la patología mamaria corresponde a cambios fibroquísticos, 13.39% fibroadenoma, 26.78% carcinoma y 18.68% a otros.¹⁵
- En 2006 Salas, Ramírez, Apodaca realizaron un estudio descriptivo de tipo transversal, donde se incluyeron 100 pacientes pertenecientes al área de oncología del Centro Médico Nacional del siglo XXI, donde se analizaron los factores de riesgos, encontrando que la edad de mayor riesgo es la 5ta y 6ta década (32%), en un 27% las mujeres que no dieron a lactancia y el 37% fueron obesas, la edad de la menarca fue después de los 11 años con un 68%, el uso de anticonceptivos orales en 66% y el consumo de bebidas alcohólicas en 48%.¹⁶
- Las variaciones internacionales en el cáncer de mama parece que se correlacionan con variaciones en la dieta, especialmente el consumo de alcohol, grasas y tabaquismo. También la asociación con: exposición química, radioterapia, consumo de alcohol, obesidad e inactividad física.¹⁷

- En un estudio realizado en España Granados, Quiles, Gil y Ramírez evidenció que la dieta tiene un papel fundamental, y que las grasas son el principal componente relacionado con el incremento en la incidencia de la entidad.¹⁸
- El riesgo de cáncer de mama está en relación con el estímulo estrogénico y un mayor número de ciclos ovulatorios, por tanto la menarquía precoz (antes de los 12 años), la menopausia tardía (después de los 55) y la nuliparidad o un menor número de embarazos aumentarían el riesgo de cáncer de mama. Sin embargo en un estudio realizado en México por Lujan, Gracia y Figueroa se analizó una muestra de 162 mujeres con Cáncer de Mama para determinar si la menarquia temprana influye en dicha patología concluyendo que no hubo correlación con dicho factor.¹⁹ Benia, Tellechea en un estudio de tipo descriptivo, de Monte Video observó que los factores más frecuentes fueron la menarquia precoz 12.5%²⁰. El uso de estrógenos o de combinaciones de estrógenos y progestágenos durante menos de 5 años no tienen mayor riesgo, pero después de 10 a 15 años de uso, el riesgo probablemente es 1.5 veces mayor.
- En 2006 Rosenberg, Palmer, Wise, Adams realizaron un estudio de 615 casos de Cáncer de Mama donde se demostró que las mujeres quienes recientemente habían usado hormonas tenían una incidencia aumentada de Cáncer de Mama en relación con aquellas que no habían recibido hormonas. La relación fue de 1.59 para diez o más de un año de uso, 1.41 para uso de estrógenos solos, 1.45 para cinco o más años de uso de estrógenos con progestinas. Por lo tanto el uso de hormonas de tipo estrógenos con progestinas está asociado directamente con el aumento de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama.²¹

- Ortiz y Galván en una investigación efectuada en México en el año 2007 estudiaron 66 casos y 1323 controles donde se demostró que la edad del primer embarazo a término fue el principal factor de riesgo para la evolución de Cáncer de Mama en mujeres de 50 años de edad o más. Los periodos de lactancia menores a 12 meses fueron un factor de riesgo para mujeres menores de 50 años de edad.²²
- En un estudio transversal a 272 pacientes con Cáncer de mama en México con el objeto de identificar los principales factores de riesgos realizado por Romero, Santillán, Olvera, Morales, Ramírez en el 2008, se obtuvo que el grupo de edad más frecuente fue de 50-59 años de edad, se registraron 80 mujeres menopáusicas donde 28 mujeres eran mayores de 58 años, se encontró obesidad en el 35% de las mujeres posmenopáusicas, tabaquismo 29.5%, y embarazo a termino después de los 30 años (16.9%). El 14.3% padecía diabetes antes del cáncer; 12% recibieron terapia hormonal por más de cinco años; menarquia antes de los 11 años en 10.7% y se identificaron antecedentes en familiares de primer grado en 6.6%.²³
- **Factores protectores:** En el año 2000 Atalah, Urteaga, Rebolledo, Medina, Csendes realizaron un estudio donde establecieron factores protectores para el cáncer de mama como la dieta con alto contenido en caroteno, verduras, frutas, hidrato de carbonos y aceite de oliva, y se demostró como de menor riesgo las mujeres con mayor paridad y aumento de la actividad física.²⁴ Otros factores protectores son la multiparidad, primer embarazo precoz (antes de los 30 años), lactancia materna, ovariectomía premenopáusica, ejercicio físico en mujeres jóvenes, consumo de frutas y vegetales.²⁵

- **NOM CANCER DE MAMA**

El 17 de septiembre de 2003 fue emitida la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002 para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, que establece las siguientes actividades:

1. *Prevención primaria:* información, orientación y educación a toda la población femenina sobre los factores de riesgo y la promoción de conductas favorables.
2. *Prevención secundaria:* autoexploración mamaria, Examen Clínico de Mama y mastografía.
 - a) *Autoexploración de mama:* el médico debe recomendar la realización mensual del procedimiento a partir de la menarquía, entre los días 7 y 10 de iniciado el sangrado en la mujer menstruante y en la posmenopáusica en un día fijo elegido por ella. El médico es responsable de educar sobre la técnica de autoexploración mamaria, a todas las mujeres que acuden a la unidad de salud.
 - b) *Examen clínico de mama:* el médico familiar o personal de enfermería previamente capacitado debe realizar el examen clínico de mama en forma anual a todas las mujeres mayores de 25 años.
 - c) *Mastografía:* el médico familiar debe recomendar a las mujeres de 40 a 49 años con dos o más factores de riesgo y a toda mujer de 50 años o más, la realización de mastografía; así como a la mujer con antecedente familiar de cáncer, desde 10 años antes de la edad en la que se presentó la enfermedad en el familiar.
3. *Participación social:* campañas intensivas de detección oportuna de cáncer de mama entre la población femenina.

4. Actividades de educación para la salud a prestadores del servicio a las mujeres.
5. *Actividades del diagnóstico*: a toda mujer sospechosa, hacer historia clínica completa enfocada a la búsqueda de factores de riesgo, examen clínico completo con énfasis en las glándulas mamarias, mastografía y ultrasonido.

En México, además de los sistemas de salud como el IMSS, el Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado y la Secretaría de Salud, existen fundaciones y organizaciones sociales como CIMA, RETO y FUCAM, dedicadas a proporcionar información educativa sobre el cáncer de mama y métodos de detección, a través de grupos de apoyo y consulta médica a las mujeres interesadas en la prevención y detección oportuna del cáncer de mama.²⁶

PREVENIMSS

Los Programas Integrados de Salud son una estrategia de prestación de servicios, que tiene como propósito general la provisión sistemática y ordenada de acciones relacionadas con la promoción de la salud, la vigilancia de la nutrición, la prevención, detección y control de enfermedades, y la salud reproductiva, ordenándolas por grupos de edad.

La Dirección de Prestaciones Médicas estableció cinco programas integrados:

- ⇒ Salud del niño (menores de 10 años).
- ⇒ Salud del adolescente (10 a 19 años).
- ⇒ Salud de la mujer (20 a 59 años).
- ⇒ Salud del hombre (20 a 59 años).
- ⇒ Salud del adulto mayor (mayores de 59 años).

La conformación de estos grupos etáreos obedeció a razones de índole biológica, epidemiológica y operativa, tal como se señala en las Guías Técnicas de cada programa.

Con respecto al acciones de detección y control de cáncer de mama en la mujer de 20 a 59 años de edad PREVENIMSS establece Detectar el cáncer de mama por: Exploración clínica cada año en mujeres 25 a 59 años de edad y Mastografía cada dos años en mujeres de 50 a 59 años de edad o de 40 a 49 años en mujeres con antecedente hereditarios directos.

Existen dos componentes en los programas de detección temprana del cáncer: el diagnóstico temprano y el tamizaje.

- El diagnóstico temprano se basa en actividades de educación a la población y de capacitación al personal de salud para identificar de manera precoz los síntomas y signos de cáncer que lleven al diagnóstico y tratamiento temprano.
- El tamizaje es la identificación de una enfermedad en fase preclínica a través de la utilización de pruebas que puedan ser aplicadas de forma rápida y extendida a población en riesgo, aparentemente sana.²⁷

Cuadro clínico.

Para valorar de manera adecuada los síntomas y signos en relación con la mama conviene tener en cuenta: edad, factores de riesgo, oscilaciones temporales, bilateralidad, exámenes previos, desencadenantes y otros síntomas.

Masa palpable o engrosamiento unilateral. La posibilidad de que una masa palpable en la mama sea maligna está en relación con mayor edad, post menopausia y con las siguientes características en el examen físico: consistencia firme, aspecto sólido, bordes irregulares, escaso desplazamiento sobre la piel, la región costal o los tejidos que le rodean, unilateral, no dolorosa y la presencia de adenopatías axilares. Sin embargo, aún en ausencia de estos factores un 10% pueden ser malignas, algunas veces una zona de engrosamiento que no llega a masa puede ser cáncer. La coexistencia de masa y adenopatía axilar palpable debe considerarse cáncer mientras no se demuestre lo contrario. El 90 % de las

masas suelen ser lesiones benignas. Las masas de superficie lisa y consistencia elástica están asociadas a fibroadenoma en mujeres entre 20-30 años y a quistes en las mujeres de 30 a 40. La exploración a realizar ante esta situación es una mamografía si hay antecedentes de cáncer de mama y una ecografía sobre todo si existe dolor.

Secreción por el pezón. Hay mayor riesgo de lesión maligna en el caso de que la secreción contenga restos hemáticos y esté asociado a masa. Está indicado realizar mamografía y galactografía en el caso de que el exudado se presente en un solo conducto.

Dolor. Es uno de los motivos de consulta mas frecuente. En ausencia de masa otros síntomas de sospecha suele ser debida a tensión premenstrual, dolor condrocostal y a otras causas. Está asociado con mayor frecuencia a cambios fibroquísticos en la mama premenopáusica.

Síntomas cutáneos. La Enfermedad de Paget afecta al pezón y areola de forma unilateral, clínicamente muy similar a la dermatitis crónica eccematosa se asocia a un carcinoma mamario intraductal subyacente.

La **retracción del pezón** o de la piel de presentación reciente se debe evaluar cuidadosamente. Los fenómenos inflamatorios del tipo de eritema, induración, aumento de temperatura y dolor pueden ser indicativos de un tumor inflamatorio de mal pronóstico.

Examen físico

1. Inspección paciente sentada. En cuatro posiciones: brazos en relajación; brazos hacia atrás; hombros elevados para lograr contracción de pectorales y con la paciente inclinada hacia delante. Se valoran asimetrías, retracciones del pezón y alteraciones cutáneas. En la misma posición de realiza la palpación de las regiones supra e infraclaviculares y de axilas. Y palpación suave de la mama.

2. La palpación mamaria debe realizarse con la paciente en decúbito supino y con el brazo homolateral en extensión por encima de la cabeza. Haremos la palpación con las superficies palmares de los dedos, siguiendo un trayecto radial desde el pezón hasta la periferia y explorando todo el perímetro mamario en una trayectoria circular. Debe prestarse especial atención a la cola axilar de la mama y al surco submamario.

IV. OBJETIVO GENERAL:

- ▶ Determinar la prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de mama en mujeres de la Unidad de Medicina Familiar No 21 IMSS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ◆ Identificar los factores de riesgo modificables y no modificables de cáncer de mama
- ◆ Identificar las características epidemiológicas asociadas al cáncer de mama
- ◆ Identificar cual es el factor de riesgo mayormente asociado al Cáncer de Mama

V. HIPOTESIS DE TRABAJO:

- ◆ La mayor prevalencia de factores de riesgo de cáncer de mama, son los asociados a factores modificables.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS:

A.-DISEÑO METODOLOGICO

1.-Tipo y características del estudio:

✚ Por el control de la maniobra experimental:

- Observacional: porque se observara el fenómeno sin modificar las variables.

✚ Por la captación de la información:

- Prospectivo: se define previamente y con precisión la forma de recolección de los datos, se planea a futuro. La información se recolecta en cuestionarios diseñados ex profeso.

✚ Por la medición del fenómeno en el tiempo y por la dirección del análisis:

- Transversal: No se hace seguimiento, las variables de resultado son medidas una sola vez.

✚ Por la presencia de un grupo control:

- Descriptivo: Se estudia un solo grupo. No se hacen comparaciones.

✚ Por la ceguedad en la aplicación y evaluación de las maniobras:

- Abierto: porque se conocen las condiciones de aplicación de la maniobra y de las variables de resultado

1. Diseño: Transversal**2. Definición del universo de trabajo**

- Población de estudio:

Se eligieron mujeres de 25 a 59 años de edad, derechohabientes de la UMF 21

-Tiempo:

De octubre del 2010 a noviembre 2010

-Lugar:

Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar 21, Delegación Venustiano Carranza, México DF.

3. Criterios de selección:**INCLUSION:**

- Pacientes femeninos de de 25 a 59 años de edad que no hayan tenido Diagnóstico de Cáncer de mama.
- Pacientes derechohabientes adscritos a la UMF 21.
- Que acepten participar en el estudio

EXCLUSION:

- Incapacidad física o mental para contestar el cuestionario

ELIMINACION:

- Falta de respuesta en las preguntas del cuestionario en un 50%
- Pacientes que hayan sido dadas de baja del sistema durante el estudio.
- Que se encuentren en estudio por probable cáncer de mama o el resultado de detección sea “sospechoso” según NOM del Programa Nacional de detección de cáncer de mama

4. Estrategia de muestreo.

4.1 TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra se llevo a cabo con la información de acuerdo a la base de datos del servicio de epidemiología de la UMF 21, donde se tienen registrados 35,694 mujeres de 25 a 59 años de edad hasta el mes de marzo 2010.

Para el cálculo de la muestra mínima representativa se utilizó la fórmula para población finita o sin reemplazo y de proporciones; que se muestra a continuación:

Fórmula:

$$n = \frac{n(z^2)(p)(q)}{d^2(N-1) + (z^2)(p)(q)}$$

Donde:

n= Total de individuos que comprende la población 35, 694

z2= Es el nivel de confianza requerido para generalizar los resultados hacia toda la población

p= Proporción de observación que se espera obtener en una categoría

q= Es la parte del porcentaje de observaciones en una categoría y es igual a 1-p

d= Desviación estándar, es el rango de error 0-05-0.10 se tomara un rango de error de 5

Datos:

n= 35, 694; z=1.96; p=0.5; q=0.5; d=0.05

n = (35,694) (3.84)(0.5)(0.5) = 34,266.24 = 34,266.24 = 379.92

(0.0025)(35,694)+ (0.96) 89,235+0.96 90,195

MUESTRA: n=380

4.2 MUESTREO

Se eligieron a las mujeres derechohabientes del IMSS adscritas a la UMF21 con edad entre 25 y 59 años, de acuerdo a la muestra se calculó un total de 380 mujeres ± 10 , se dividió esa cantidad entre 2, ya que se tomaran en cuenta tanto turno matutino como vespertino, posteriormente se dividió esa cantidad entre 32, ya que se cuenta con 32 consultorios de medicina familiar por cada turno. Por ello $380/2/32$ es igual a 6. Se eligieron al azar 6 pacientes de cada consultorio y de ambos turnos para obtener una muestra más homogénea de las pacientes, esto fue de acuerdo a la lista de pacientes citadas en ese momento, se tomó en cuenta como primer parámetro la edad, posteriormente los criterios de inclusión, se excluyeron aquellas pacientes que no desearon participar y que no contestaron completo el cuestionario.

5.-Definicion de variables y unidad de medición

A.-VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR.
Menarquía temprana	Edad de aparición de la primera menstruación	Edad en años cumplidos de la primera menstruación	Cuantitativa Discontinua	Edad en numero absolutos
Edad del primer embarazo	Edad de la paciente al momento de su primer embarazo	Edad en años cumplidos de la primer gesta	Cuantitativa Discontinua	Edad en numero absolutos
Lactancia materna	Duración en meses en la que se otorga lactancia al seno materno en cada uno de los embarazos.	Meses de lactancia al seno materno	Cuantitativa Discontinua	Meses en número absolutos
AHF cáncer de mama	Existencia de familiar con antecedente de cáncer de mama	Parentesco del familiar con cáncer de mama.	Cualitativa Nominal	1=Madre 2= Hermana 3= Hija 4= Madre e hija 5.Prima 6=Abuela 7=Tía
Obesidad	IMC mayor de 30 en el período postmenopáusico	Cálculo de Índice de Masa Corporal Peso/talla ²	Cuantitativa continua	a) Obesidad G-I: 30 - 34.9 b)Obesidad G-II: 35 - 39.9 c) Obesidad G-III: Igual o mayor a 40

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR.
Consumo de alcohol	Edad de inicio, frecuencia y cantidad en el consumo de alcohol.	Edad de inicio en el consumo de alcohol. Frecuencia en número de ocasiones por mes y cantidad en número de copas por mes.	Cuantitativa Discontinua	Edad en años cumplidos. Número de copas por día/semana
Consumo de tabaco	Edad de inicio, frecuencia y número de cigarrillos	Edad de inicio en el consumo de tabaco. Frecuencia en el número de ocasiones por mes y cantidad en número de cigarrillos por mes	Cuantitativa Discontinua	Edad en años cumplidos. Número de cigarrillos por día
Uso de anticonceptivos hormonales	Tiempo de uso de hormonales como método de planificación familiar	Tiempo en años en el uso del anticonceptivos hormonales	Cuantitativa Discontinua	Cantidad de meses en números absolutos
Menopausia tardía	Edad de aparición de la última menstruación	Edad en años cumplidos de la última menstruación	Cuantitativa Discontinua	Edad en numero absolutos
Uso de terapia de reemplazo hormonal	Tiempo de uso de terapia de reemplazo hormonal en el período peri y posmenopáusico	Tiempo en años en el uso de terapia hormonal de reemplazo	Cuantitativa Discontinua	Cantidad de meses en números absolutos

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR.
Presencia de patología mamaria	Diagnóstico establecido de patología mamaria benigna	Diagnóstico establecido de patología mamaria	Cualitativa nominal	1. Mastopatía fibroquística 2. Fibroadenoma mamario 3. Hiperplasia atípica 4. Absceso mamario 5. Otro
Consumo de grasas	Frecuencia en el consumo de grasas	Cual es la frecuencia a la semana de consumo y después se convierte en gramos por día	Cuantitativa Discontinua	0= Nunca 1= Una vez al mes 2= De 2 a 3 veces al mes 3= 1 vez a la semana 4= 2 a 4 veces por semana 5= 5 a 6 veces por semana 6= 1 vez al día 7= 2 a 3 veces al día 8= 4 a 5 veces al día 9= 6 veces al día En raciones

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR.
Edad	Tiempo transcurrido del nacimiento al momento actual	Edad en años cumplidos hasta el momento del estudio	Cuantitativa discontinua	Numero de años cumplidos
Ocupación	Se refiere a la actividad económica habitual que realiza un individuo.	Tipo de actividad económica realizada por la paciente	Cualitativa nominal.	1. servicio 2. obrera 3. empleada 4. comerciante 5. profesionista 6. hogar 7. estudiante 8. desempleada 9. jubilada 10. pensionada 99. No especificado
Estado Civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco	Estado civil de la paciente en el momento del estudio	Cualitativa nominal	1.-soltera 2.-casada 3.-unión libre 4.-divorciada 5.-viuda 6.-separada 99.-no especificado

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR.
Escolaridad	Grado de estudios obtenidos	Se refiere al grado de estudios cursados por la usuaria. Siendo $\geq$ 50% del total del último grado obtenido	Cualitativa nominal	1. Analfabeta. 2. Primaria 3. Secundaria o equivalente 4. Carrera técnica 5. Bachillerato o equivalente 6. Licenciatura 7. Posgrado 99. No Especificado
Lugar de residencia	Se refiere a la Delegación del DF en la que reside actualmente la paciente	La señalada por la paciente. Referida en expediente clínico	Cualitativa Nominal	1. Iztacacalco 2. Venustiano Carranza 3 Cuauhtémoc

6. Descripción del estudio

Se identificó a las pacientes con edad entre 25 y 59 años, de acuerdo a la muestra de 384 pacientes, por lo que se eligieron 6 pacientes de cada consultorio y por cada turno.

Se aplicó como instrumento un cuestionario donde están incluidas todas las variables ya descritas. El instrumento fue validado en su constructo, por médico epidemiólogo, médico familiar, médico ginecoobstetra y nutrióloga, con valoración de estructura.

Se estudió el consumo de grasas con un cuestionario llamado “SNUT” realizado por investigadores de la Escuela de Salud Pública de México.

Se realizó una prueba piloto para corregir algunas preguntas que no se entendieron.

Se realizó una invitación a las pacientes de los consultorios y se les otorgó un consentimiento informado, se solicitó número telefónico a las participantes, en caso de que faltará algún dato por recabar en la encuesta.

Al terminar el periodo de encuestas se realizó una base de datos y se procedió al análisis estadístico con el SPSS versión 19.

Los resultados obtenidos se organizaron en forma de tablas y gráficas para su análisis. Posteriormente se realizó la discusión comparando los resultados obtenidos con la bibliografía consultada, así como las conclusiones y sugerencias del estudio.

7. Recolección de la información.

- a. Técnicas e instrumentos de recopilación de información
- b. Validez y consistencia

La técnica de recolección de la información se realizó mediante la aplicación de un cuestionario previamente establecido que contestó la paciente en su totalidad.

8. Prueba piloto

- a. Objetivo de la prueba
- b. Estrategia de trabajo

9. Procesamiento y presentación de la información

- a. Cuadros y gráficas
- b. Tratamiento estadístico
- c. Se utilizaron medidas de tendencia central y se presentaron en forma de cuadros y gráficas.

10. Análisis estadístico

1. Univariado

Exploración de datos.

Se realizó una revisión de la base de datos para verificar la limpieza y calidad, comparando los cuestionarios con datos de las fuentes.

Se observó la distribución de las variables para caracterizar los antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales incluyendo gineco-obstétricos, sociales, económicos, alimentos consumidos de la paciente entrevistada

Medidas de tendencia central:

Promedio aritmético para todas las variables medidas en escala absoluta o de razón

11. Consideraciones éticas

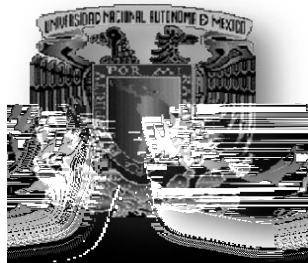
De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación en salud, título segundo, capítulo 1, artículo 17, categoría 1, se considero a esta como una investigación sin riesgo.

Se presentó el proyecto al comité local de Investigación y Ética, para su análisis y aprobación.

Se obtuvo el consentimiento informado de todas las participantes. Se hizo hincapié en que la información recolectada fuera estrictamente confidencial y no afectara la atención otorgada si contestaba o no, el cuestionario.

El protocolo de investigación se ajusto a los siguientes principios:

- ◆ Declaración de Helsinki I (en 1964, establece las guías para la investigación biomédica en humanos).
- ◆ Declaración de Helsinki II (en 1975, en Tokio se revisa la Declaración de Helsinki I y se emite la nueva Declaración, que se enriquece en Venecia en 1983 y en Hong Kong en 1989).



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

México D.F. a: _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: *Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de mama en mujeres de la UMF 21*

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud con el número: R-2010-3703-22

El objetivo del estudio es: Determinar la prevalencia de los factores de riesgo para Cáncer de Mama en las mujeres de la Unidad de Medicina Familiar No 21 IMSS.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: la realización de un cuestionario estructurado, previamente elaborado, en el que tendré que especificar los factores de riesgo genético y socio demográficos relacionados con mi padecimiento.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: inversión de 15 minutos de tiempo para la realización del un cuestionario.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuno sobre cualquier procedimiento alternativo que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. El investigador responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pueda cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del sujeto

Testigo

Testigo

DRA LEONOR CAMPOS ARAGON

Nombre, firma y matricula del investigador responsable

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: UMF 21 57-68-60-00

VII. RESULTADOS

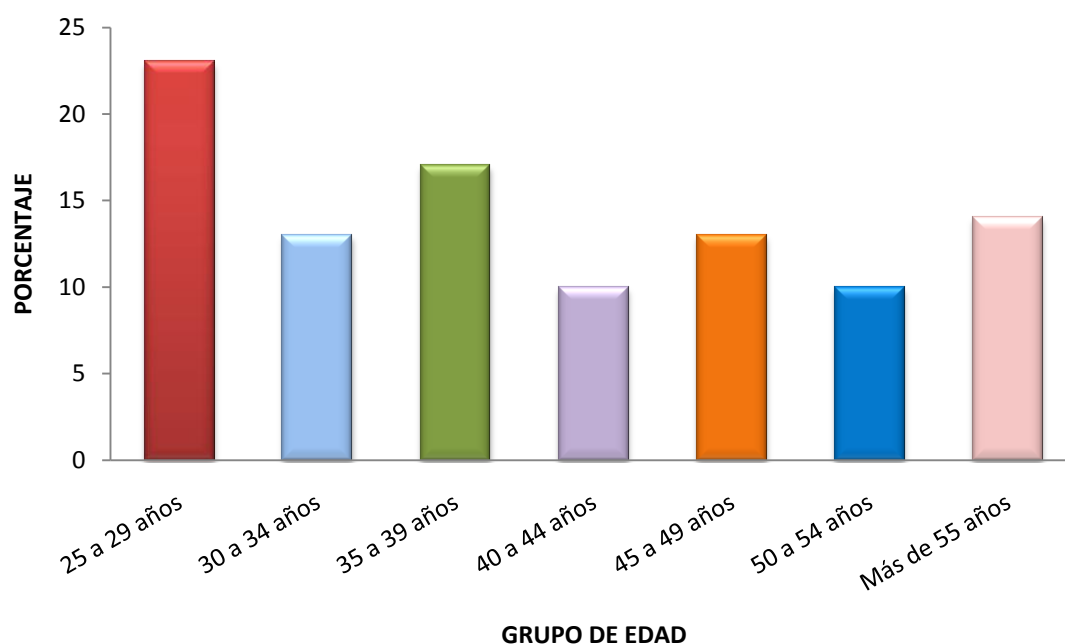
GRUPO DE EDAD DE MUJERES DE 25 A 59 AÑOS DE EDAD CON FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN LA UMF 21 DEL MES DE OCTUBRE A NOVIEMBRE 2010

Tabla 1.

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
25 a 29 años	88	23
30 a 34 años	49	13
35 a 39 años	64	17
40 a 44 años	38	10
45 a 49 años	51	13
50 a 54 años	40	10
Más de 55 años	54	14
Total	384	100

Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

Gráfico 1.



Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

La edad más frecuente en las mujeres de este estudio corresponde al grupo de edad entre 25 y 29 años lo cual es un factor protector. Sin embargo el 47% corresponde a mujeres mayores de 40 años lo cual es un factor de riesgo para cáncer de mama, ya que entre mayor edad, mayor riesgo, por ello es importante identificar otros factores asociados. La media es de 35 a 39 años.

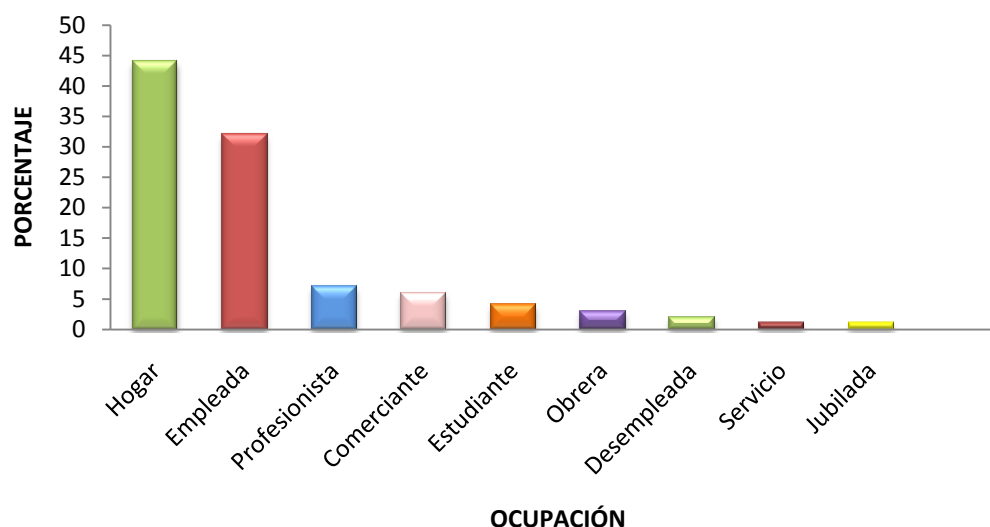
OCUPACIÓN DE MUJERES DE 25 A 59 AÑOS DE EDAD CON FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN LA UMF 21 DEL MES DE OCTUBRE A NOVIEMBRE 2010

Tabla 2.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	168	44
Empleada	121	32
Profesionista	28	7
Comerciante	23	6
Estudiante	17	4
Obrera	12	3
Desempleada	6	2
Servicio	4	1
Jubilada	4	1
Total	384	100

Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

Gráfico 2.



Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

Las pacientes en su mayoría se dedican al hogar lo cual es un factor importante demográfico debido a que en un momento dado les permite más tiempo para asistir a la UMF y realizar sus actividades médico preventivas. En segundo lugar son las que son empleadas lo cual les permite tener ingreso económico estable y de esa manera lograr modificar algún otro factor de riesgo.

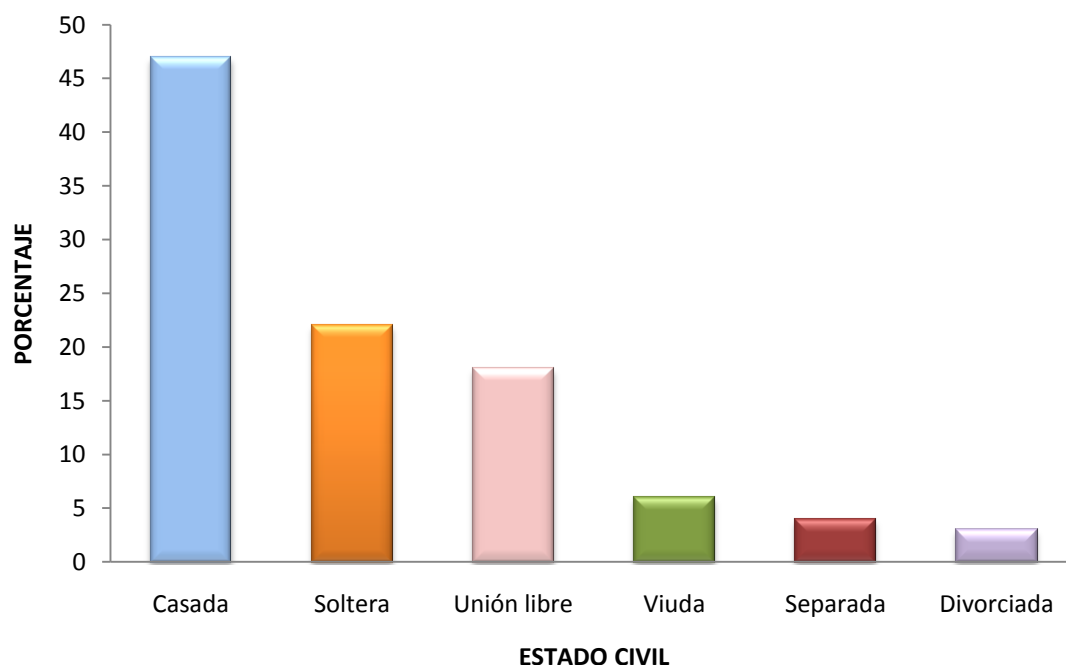
ESTADO CIVIL DE MUJERES DE 25 A 59 AÑOS DE EDAD CON FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN LA UMF 21 DEL MES DE OCTUBRE A NOVIEMBRE 2010

Tabla 3.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	181	47
Soltera	86	22
Unión libre	68	18
Viuda	23	6
Separada	16	4
Divorciada	10	3
Total	384	100

Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

Gráfico 3.



Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

La mayoría de las pacientes son casadas, lo que implica una mayor red de apoyo, respecto a que tienen pareja y quizá hijos, con lo cual en caso de presentar factores de riesgo modificables asociados a cáncer de mama es más factible que los cambien.

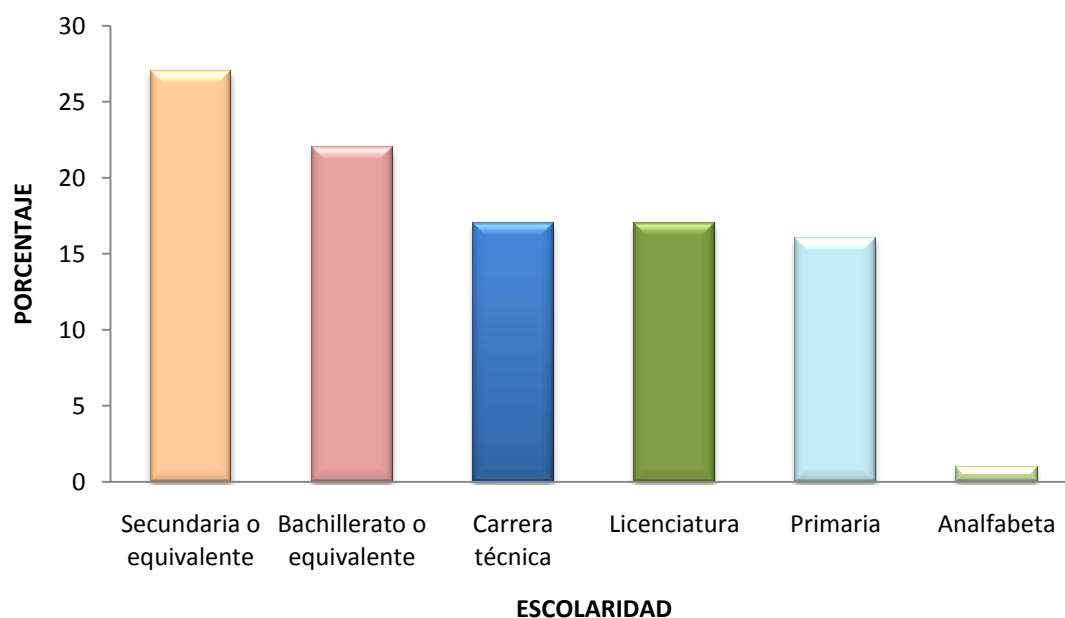
ESCOLARIDAD DE MUJERES DE 25 A 59 AÑOS DE EDAD CON FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN LA UMF 21 DEL MES DE OCTUBRE A NOVIEMBRE 2010

Tabla 4.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Secundaria o equivalente	102	27
Bachillerato o equivalente	83	22
Carrera técnica	66	17
Licenciatura	65	17
Primaria	63	16
Analfabeta	5	1
Total	384	100

Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

Gráfico 4.



Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

De las 384 pacientes la mayoría de las pacientes tiene escolaridad secundaria y un menor porcentaje son analfabetas lo cual constituye un factor de riesgo respecto a la interpretación de cierta información. El bachillerato otorga mayores posibilidades de comprensión de una enfermedad, así como modificación de factores de riesgo lo que constituye una cuarta parte de la población estudiada.

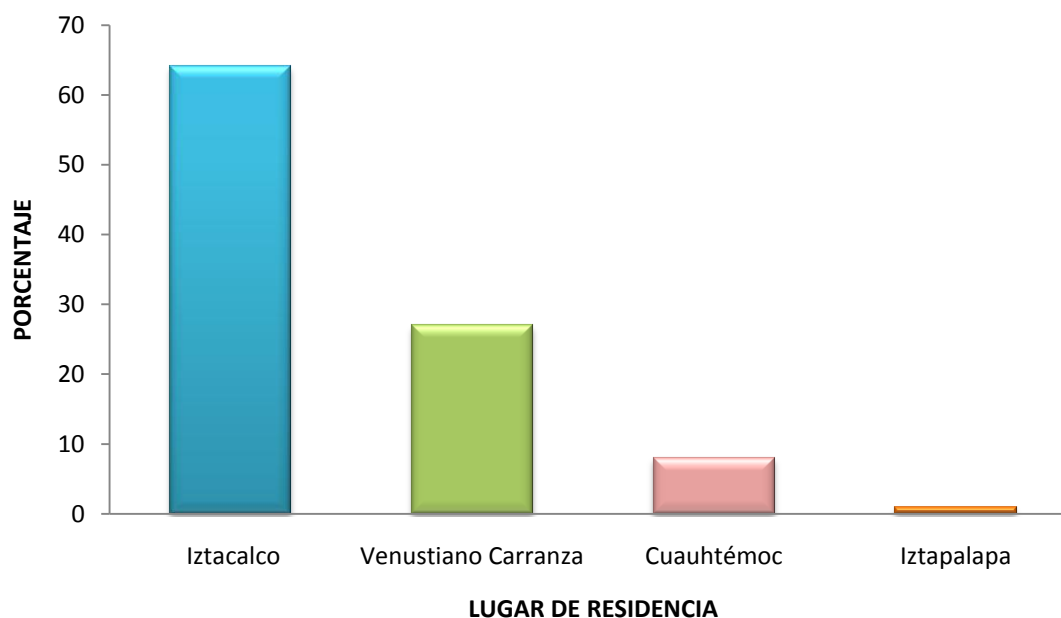
**LUGAR DE RESIDENCIA DE MUJERES DE 25 A 59 AÑOS DE EDAD CON
FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN LA UMF 21 DEL MES DE
OCTUBRE A NOVIEMBRE 2010**

Tabla 5.

Lugar de residencia	Frecuencia	Porcentaje
Iztacalco	244	64
Venustiano Carranza	103	27
Cuauhtémoc	32	8
Iztapalapa	5	1
Total	384	100

Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

Gráfico 5.



Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

La mayoría de las pacientes pertenecen al área geográfica de Iztacalco, por lo que en caso de presentarse factores de riesgo importantes en la población de estudio, es más factible que puedan acudir a la UMF para modificación de los mismos, así como una atención oportuna de su padecimiento

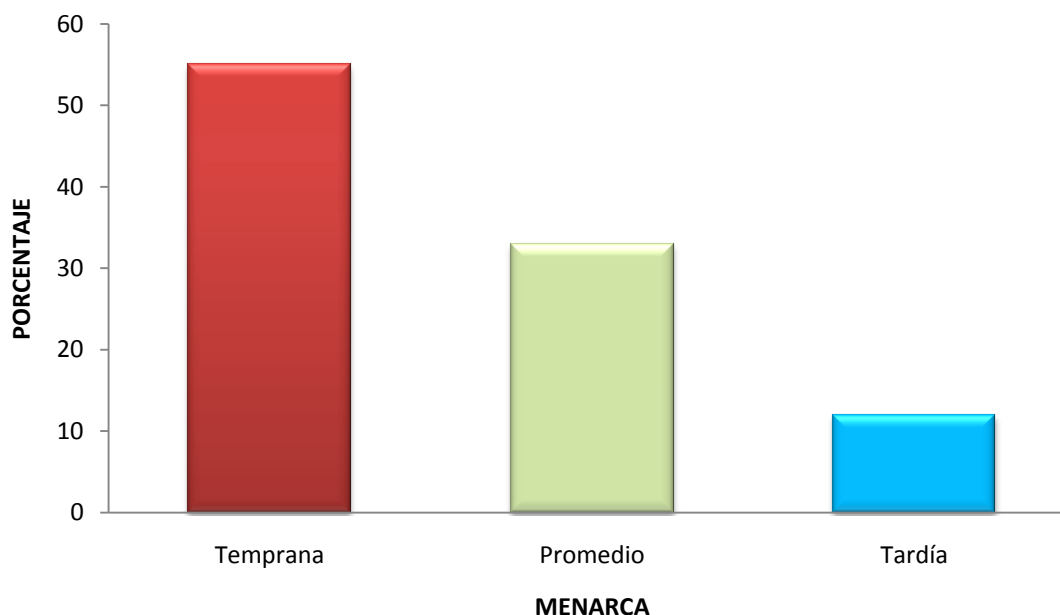
EDAD DE INICIO DE MENARCA EN MUJERES DE 25 A 59 AÑOS DE EDAD CON FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN LA UMF 21 DEL MES DE OCTUBRE A NOVIEMBRE 2010

Tabla 6.

Menarca	Frecuencia	Porcentaje
Menarca temprana (9 a 12 años)	212	55
Menarca promedio (13 a 14 años)	125	33
Menarca tardía (más de 15 años)	47	12
Total	384	100

Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

Gráfico 6.



Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

De las 384 pacientes el 55% inició presentó su primera menstruación antes de los 12 años de edad, lo que se considera uno de los principales factores de riesgo no modificables para Cáncer de mama por la prolongado exposición a los estrógenos. La edad más frecuente fue menor a los 12 años. La media es de 12 años. La edad menor de 11 años y mayor a los 19 años

EDAD DEL PRIMER EMBARAZO EN MUJERES DE 25 A 59 AÑOS DE EDAD CON FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN LA UMF 21 DEL MES DE OCTUBRE A NOVIEMBRE 2010

Tabla 7.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Antes de los 30 años	297	93
Después de los 30 años	22	7
Total	319	100

Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

Gráfico 7.



Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

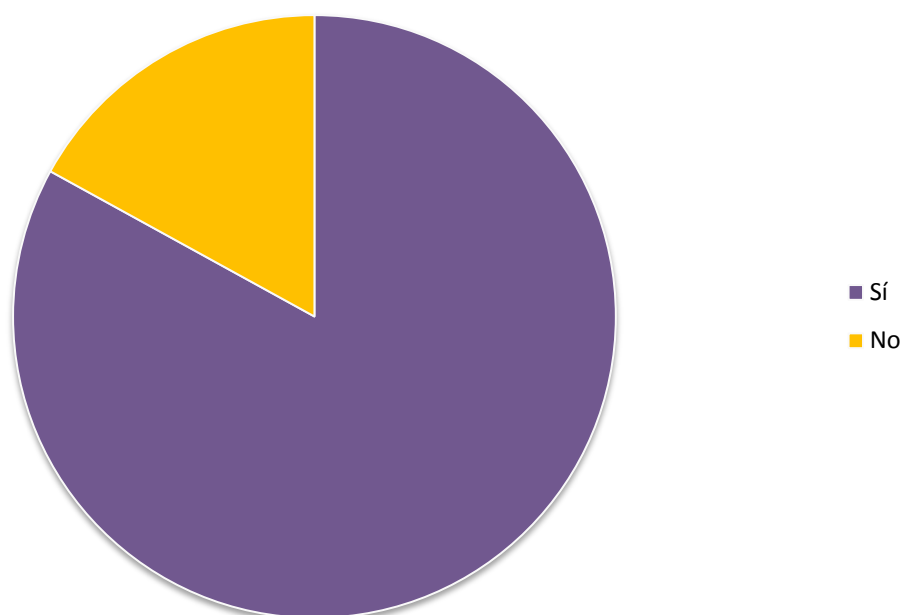
De las 384 mujeres encuestadas sólo 319 se han embarazado. Dentro de los factores de riesgo para desarrollar cáncer de mama, se considera el primer embarazo después de los 30 años, en este grupo de mujeres solo 7% tienen este factor, por lo tanto la mayoría de las pacientes tienen un factor protector al tener su primer hijo antes de los 30 años. Sin embargo llama la atención que el resto de las pacientes no han tenido embarazo. La edad media al primer parto fue de 18 años y la mediana a los 20 años de edad.

LACTANCIA EN MUJERES DE 25 A 59 AÑOS DE EDAD CON FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN LA UMF 21 DEL MES DE OCTUBRE A NOVIEMBRE 2010
 Tabla 8.

Lactancia materna	Frecuencia	Porcentaje
Si	265	83
No	54	17
Total	319	100

Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

Gráfico 8.



Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

La lactancia materna se considera un factor protector para el cáncer de mama, por lo tanto en las pacientes encuestadas el 83% si otorgo lactancia materna, mientras que 17% de las mujeres que han tenido hijos no dieron lactancia lo cual se considera un factor de riesgo. Por lo tanto es importante fomentar la lactancia materna entre la población.

**DURACIÓN DE LACTANCIA EN MUJERES DE 25 A 59 AÑOS DE EDAD CON
FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN LA UMF 21 DEL MES DE
OCTUBRE A NOVIEMBRE 2010**

Tabla 9.

Duración	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 6 meses	44	17
Más de 6 meses	221	83
Total	265	100

Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

Gráfico 9.



Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

La lactancia es un factor protector, sin embargo es importante el tiempo de duración de la misma para que sea significativo. De las 265 mujeres que si dieron lactancia materna, el 83% lo hicieron por más de 6 meses, lo que indica que hay mayor cantidad de mujeres que realizan esta acción con los beneficios que se generan a ellas y sus hijos. La media fue de 10 meses y la mediana de 6 meses.

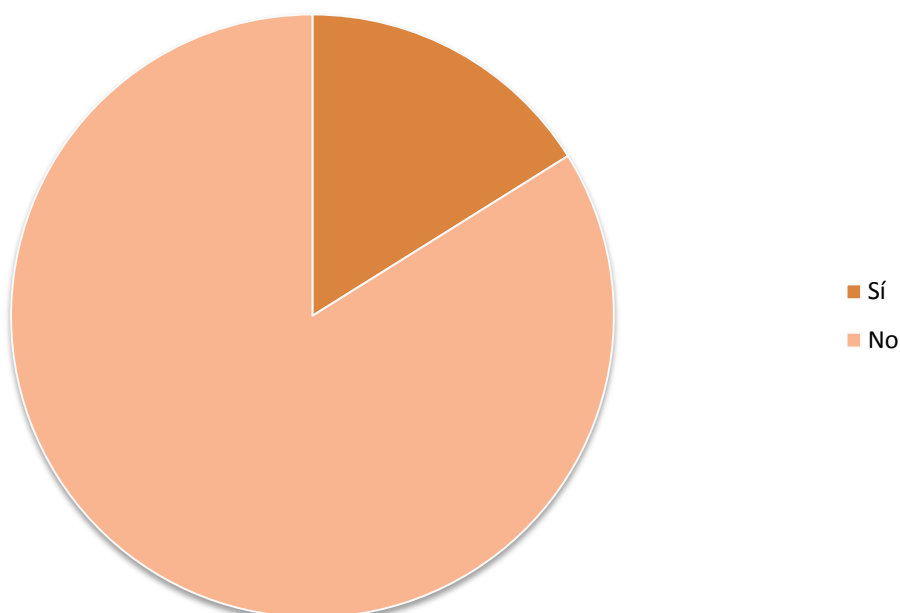
**ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES EN MUJERES DE 25 A 59 AÑOS DE EDAD
CON FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN LA UMF 21 DEL MES DE
OCTUBRE A NOVIEMBRE 2010**

Tabla 10.

Antecedentes heredofamiliares	Frecuencia	Porcentaje
No	322	84
Sí	62	16
Total	384	100

Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

Gráfico 10.



Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

De las 384 pacientes encuestadas sólo el 16% tiene antecedentes heredofamiliares para Cáncer de Mama, el cual es el principal factor de riesgo para desarrollar la enfermedad. Es importante conocer que grado de parentesco existe, para determinar si el factor de riesgo se incrementa.

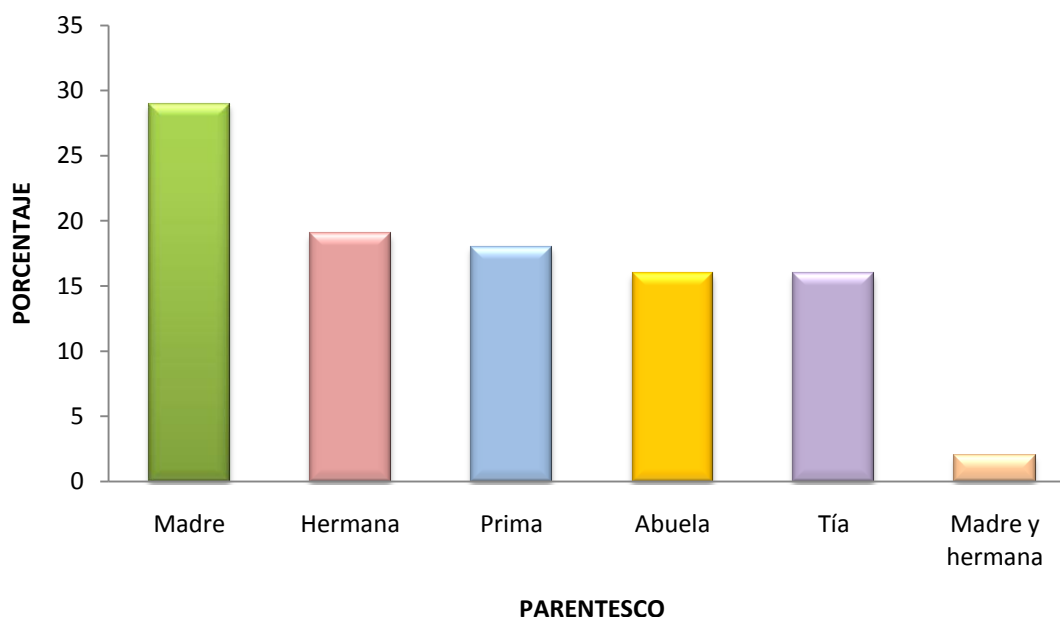
GRADO DE PARENTESCO DE CÁNCER DE MAMA EN MUJERES DE 25 A 59 AÑOS DE EDAD CON FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN LA UMF 21 DEL MES DE OCTUBRE A NOVIEMBRE 2010

Tabla 11.

Parentesco	Frecuencia	Porcentaje
Madre	18	29
Hermana	12	19
Prima	11	18
Abuela	10	16
Tía	10	16
Madre y hermana	1	2
Total	62	100

Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

Gráfico 11.



Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

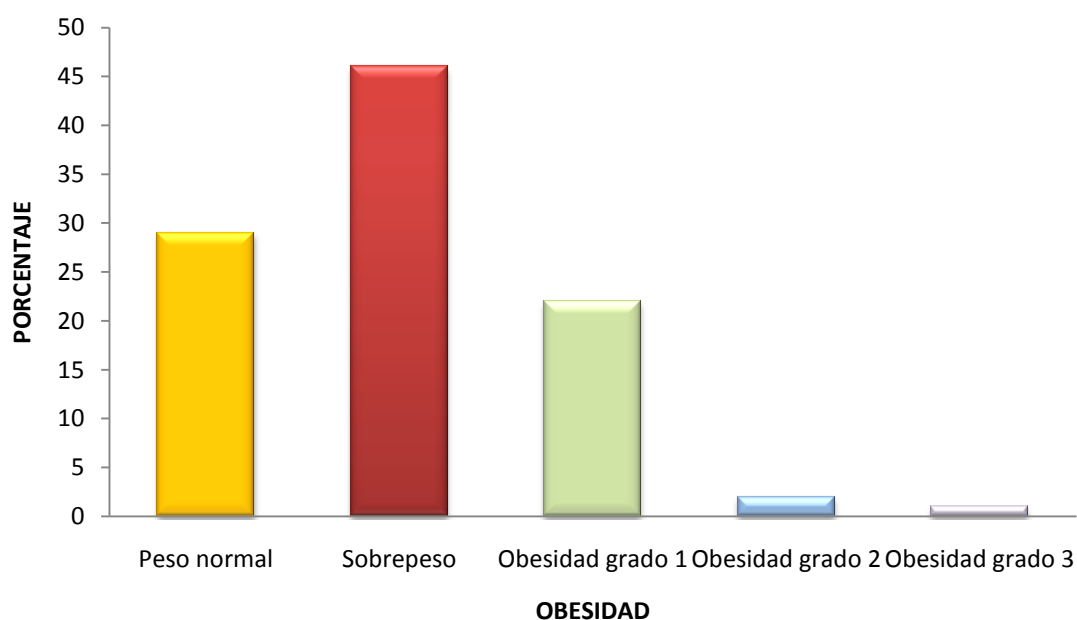
El grado de parentesco es de vital importancia en el Cáncer de mama, ya que entre más cercana sea la línea de parentesco, se debe iniciar por lo menos 10 años antes el diagnóstico oportuno de Cáncer, en este caso 29% de las 62 pacientes con AHF de cáncer de mama tiene antecedente directo, por ello se debe fomentar la detección oportuna en estas pacientes.

OBESIDAD EN MUJERES DE 25 A 59 AÑOS DE EDAD CON FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN LA UMF 21 DEL MES DE OCTUBRE A NOVIEMBRE 2010
 Tabla 12.

Estado de nutrición	Frecuencia	Porcentaje
Peso normal	111	29
Sobrepeso	175	46
Obesidad grado 1	85	22
Obesidad grado 2	8	2
Obesidad grado 3	5	1
Total	384	100

Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

Gráfico 12.



Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

De las 384 pacientes sólo 29% tienen peso normal, la mayoría de la población presentan sobrepeso y obesidad el cual es un factor de riesgo muy importante pero también modificable, además de que el sobrepeso y la obesidad pueden condicionar otros tipos de cáncer como colon, gástrico y enfermedades metabólicas y cardiovasculares. La media fue de 68 kg y la talla de 1,57mts.

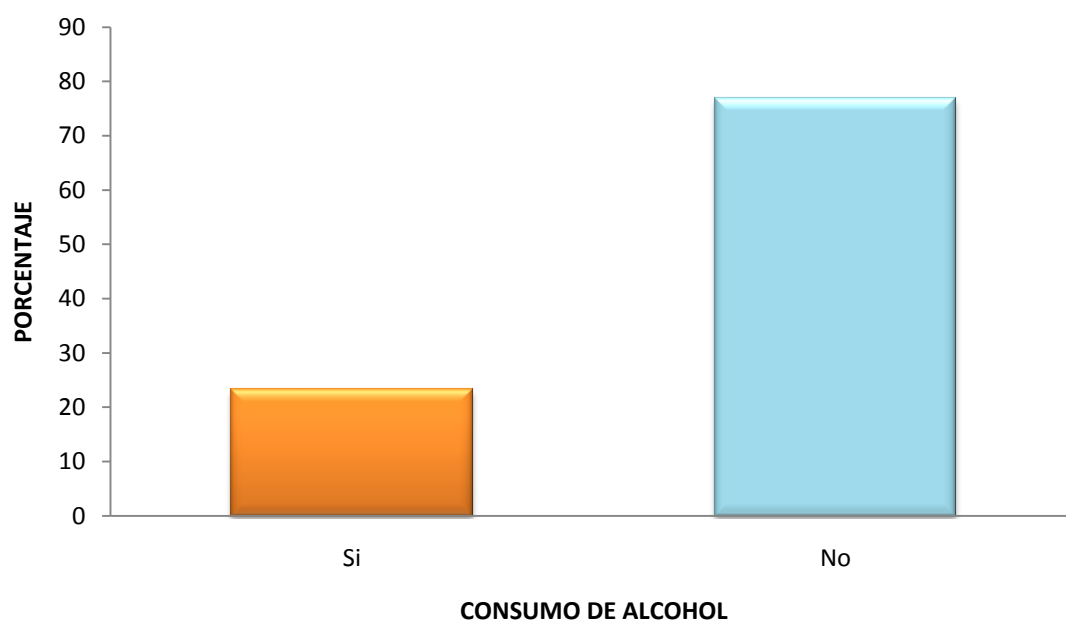
**CONSUMO DE ALCOHOL EN MUJERES DE 25 A 59 AÑOS DE EDAD CON
FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN LA UMF 21 DEL MES DE
OCTUBRE A NOVIEMBRE 2010**

Tabla 13.

Consumo de alcohol	Frecuencia	Porcentaje
Si	89	23
No	295	77
Total	384	100

Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

Gráfico 13.



Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

El consumo de alcohol es un factor de riesgo para múltiples enfermedades incluyendo el cáncer de mama, sin embargo también es un factor de riesgo modificable, en el cual se debe considerar el tiempo de consumo y la cantidad del mismo. En la población estudiada sólo 89 pacientes lo consume lo que representa el 23% del total. Considerándose el resto con factores de protección.

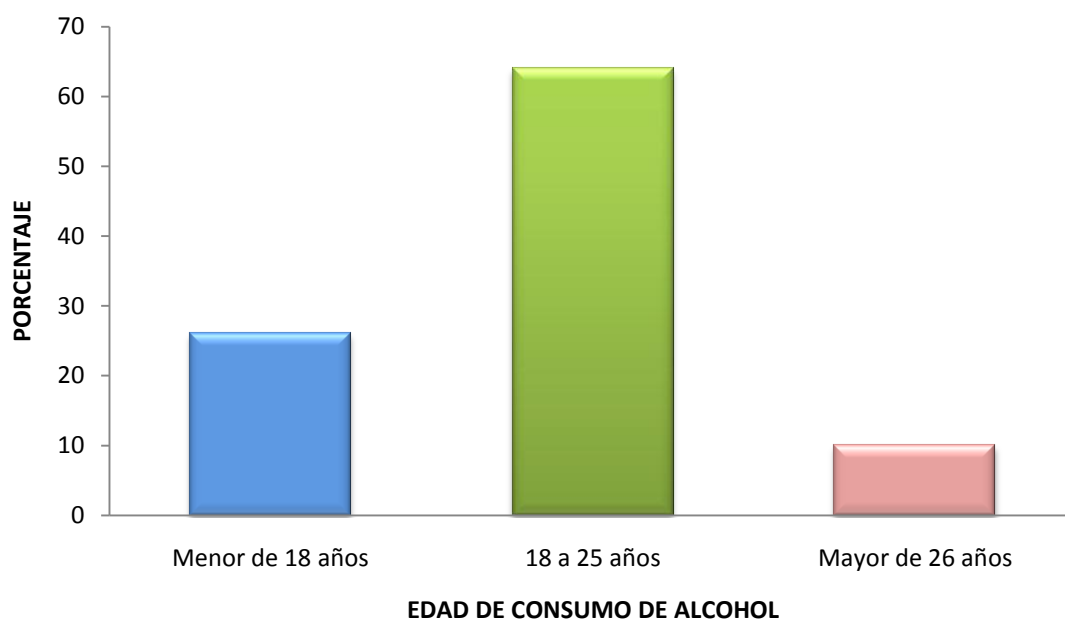
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ALCOHOL EN MUJERES DE 25 A 59 AÑOS DE EDAD CON FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN LA UMF 21 DEL MES DE OCTUBRE A NOVIEMBRE 2010

Tabla 14.

Edad de inicio	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 18 años	23	26
18 a 25 años	57	64
Mayor de 26 años	9	10
Total	89	100

Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

Gráfico 14.



Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

De las 89 pacientes que consumen alcohol la mayoría inició su consumo de los 18 años a 25 años, lo que representa un 64% del total. La edad más frecuente fue a los 18 años (moda). Es importante reforzar los programas específicos para prevenir las adicciones ya que se observa que las mujeres inician el consumo a edades tempranas. Con respecto al alcoholismo como factor de riesgo de cáncer de mama se destaca que es un factor modificable de ahí la importancia de mejorar los programas preventivos.

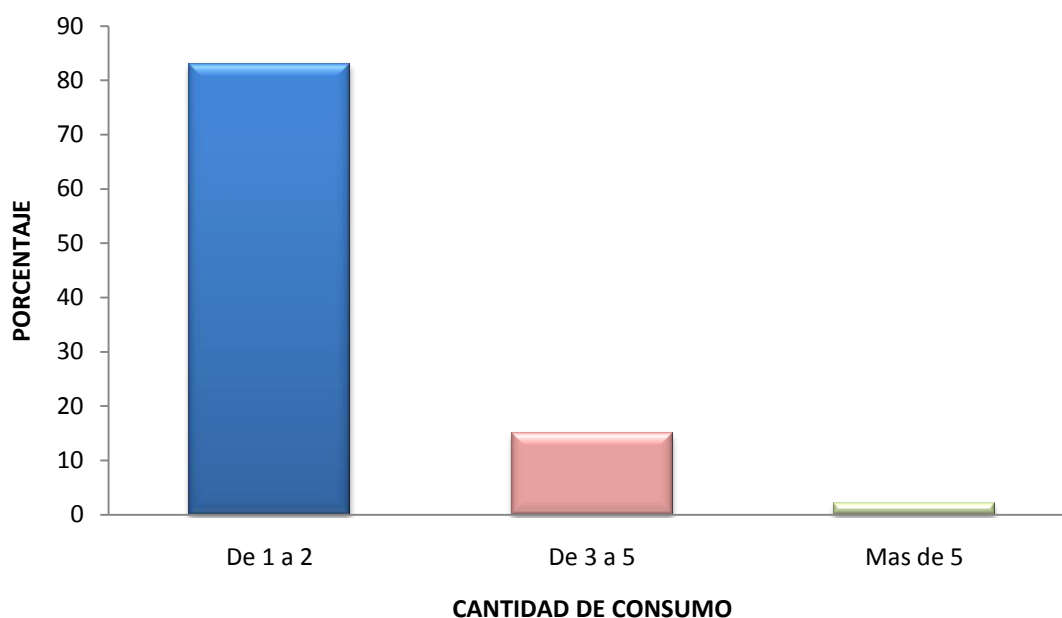
**CANTIDAD DE CONSUMO DE ALCOHOL EN MUJERES DE 25 A 59 AÑOS DE EDAD
CON FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN LA UMF 21 DEL MES DE
OCTUBRE A NOVIEMBRE 2010**

Tabla 15.

Cantidad de copas/semana	Frecuencia	Porcentaje
De 1 a 2	74	83
De 3 a 5	13	15
Mas de 5	2	2
Total	89	100

Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

Gráfico 15.



Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

De las 89 pacientes que consumen alcohol, la mayoría (83%) consume una cantidad de 1 a 2 copas a la semana. Aunque el consumo es poco es alarmante que sea de forma frecuente, por ello es importante fomentar los programas preventivos para evitar toxicomanías. Además porque es un factor de riesgo modificable para cáncer de mama.

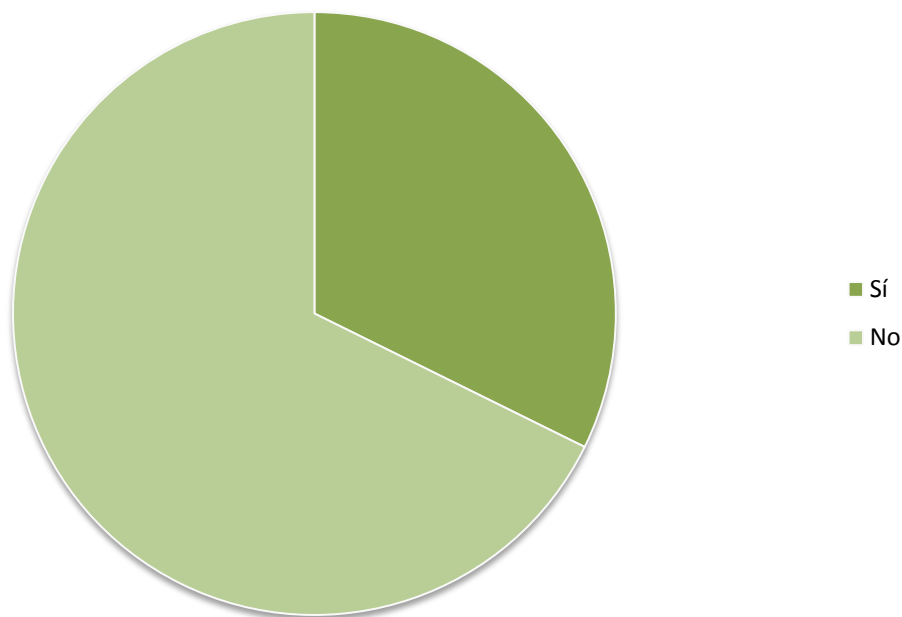
TABAQUISMO EN MUJERES DE 25 A 59 AÑOS DE EDAD CON FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN LA UMF 21 DEL MES DE OCTUBRE A NOVIEMBRE 2010

Tabla 16.

Tabaquismo	Frecuencia	Porcentaje
SI	124	32
NO	260	68
Total	384	100

Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

Gráfico 16.



Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

El tabaco es un factor de riesgo que se ha relacionado con la presencia de cáncer de mama, en la población de 384 pacientes encuestadas solo el 32% si acostumbra el habito tabáquico. Lo importante es que es un factor de riesgo modificable.

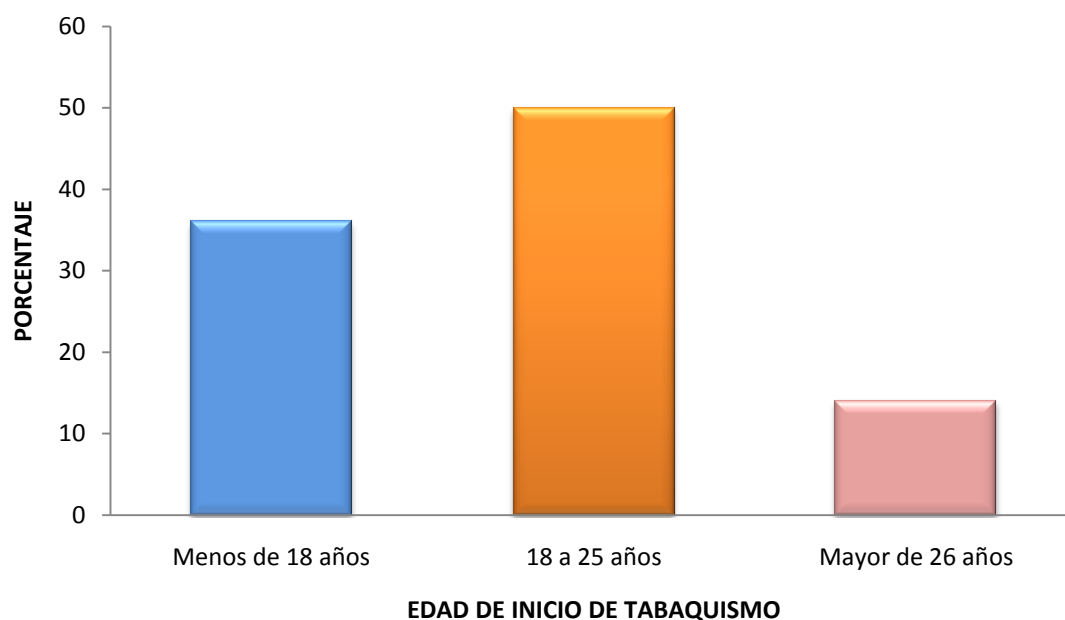
EDAD DE INICIO DE TABAQUISMO EN MUJERES DE 25 A 59 AÑOS DE EDAD CON FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN LA UMF 21 DEL MES DE OCTUBRE A NOVIEMBRE 2010

Tabla 17.

Inicio de tabaquismo	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 18 años	45	36
18 a 25 años	62	50
Mayor de 26 años	17	14
Total	124	100

Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

Gráfico 17.



Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

De las 124 pacientes que si fuman, iniciaron el habito tabáquico de los 18 a 25 años, lo que representa el 50% del total, la mayoría inició a los 18 años (moda). La edad mínima fue a los 11 años y la máxima a los 54 años. Lo anterior nos sugiere mejorar los programas preventivos para evitar toxicomanías, además de que es un factor de riesgo para cáncer de mama modificable.

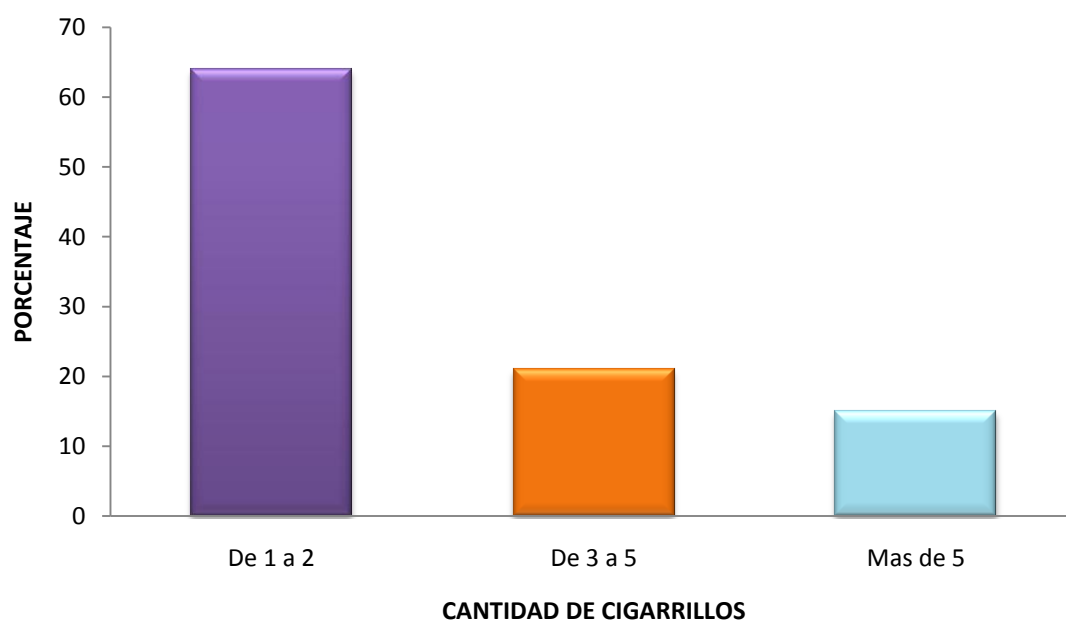
**CANTIDAD DE CIGARRILLOS QUE CONSUMEN LAS MUJERES DE 25 A 59 AÑOS
DE EDAD CON FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN LA UMF 21 DEL
MES DE OCTUBRE A NOVIEMBRE 2010**

Tabla 18.

Cantidad cigarrillos/día	Frecuencia	Porcentaje
De 1 a 2	79	64
De 3 a 5	26	21
Mas de 5	19	15
Total	124	100

Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

Gráfico 18.



Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

De las 124 pacientes que fuman, el 64% acostumbra fumar de 1 a 2 cigarrillos diarios, que aunque es una poca cantidad, lo importante es la frecuencia en que lo realizan, por ello es importante promover y fomentar los programas preventivos para evitar toxicomanías.

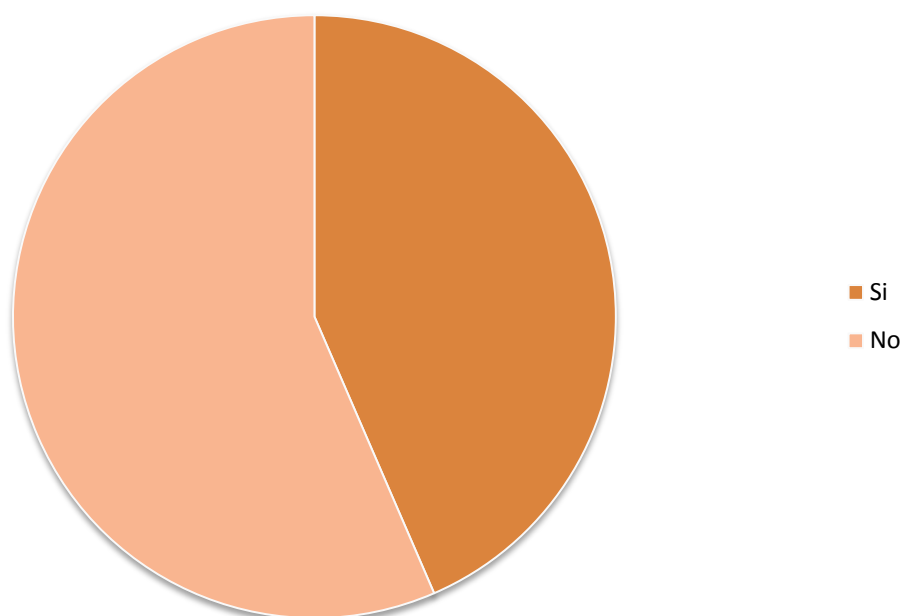
USO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES EN LAS MUJERES DE 25 A 59 AÑOS DE EDAD CON FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN LA UMF 21 DEL MES DE OCTUBRE A NOVIEMBRE 2010

Tabla 19.

Uso de anticonceptivos hormonales	Frecuencia	Porcentaje
Si	167	44
No	217	56
Total	384	100

Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

Gráfico 19.



Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

De las 384 pacientes, el 44% ha usado alguna vez anticonceptivos hormonales como método de planificación familiar o bien como tratamiento para trastornos menstruales. Es importante conocer el tipo de hormonales y el tiempo de uso, ya que el uso prolongado de estrógenos por más de cinco años es un factor de riesgo asociado con el desarrollo de cáncer de mama.

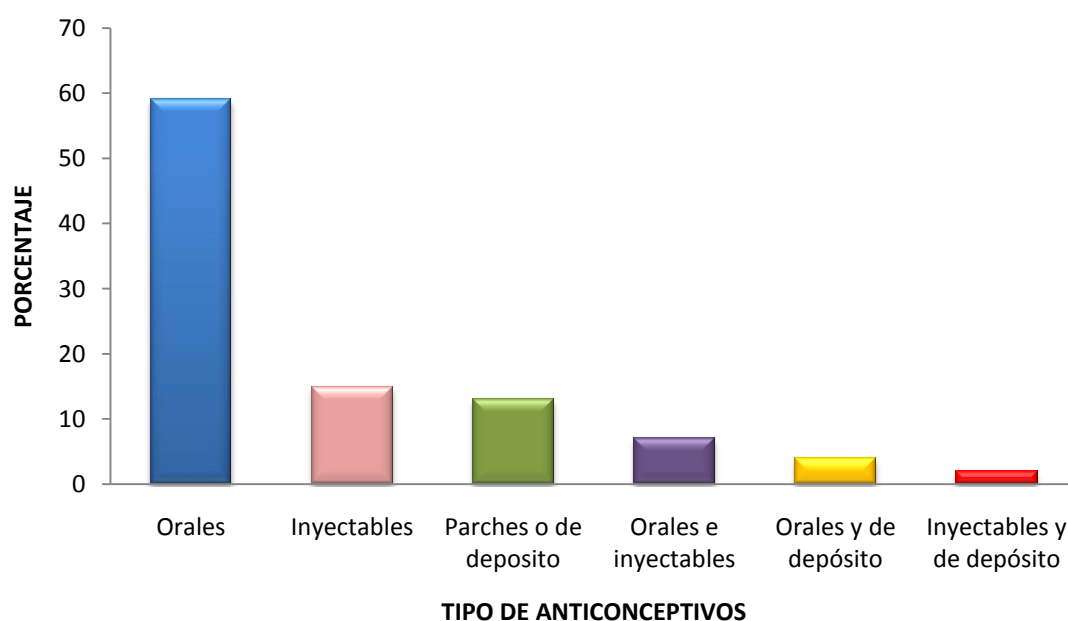
TIPO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES EN LAS MUJERES DE 25 A 59 AÑOS DE EDAD CON FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN LA UMF 21 DEL MES DE OCTUBRE A NOVIEMBRE 2010

Tabla 20.

Tipo de anticonceptivos hormonales	Frecuencia	Porcentaje
Orales	98	59
Inyectables	25	15
Parches o de deposito	22	13
Orales e inyectables	12	7
Orales y de depósito	6	4
Inyectables y de depósito	4	2
Total	167	100

Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

Gráfico 20.



Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

De las 167 pacientes que utilizan anticonceptivos hormonales, la mayoría utiliza hormonales orales con menor porcentaje son los inyectables y de depósito. El factor de riesgo para cáncer de mama no se asocia con el tipo de hormonal utilizado, pero si con el uso prolongado del mismo.

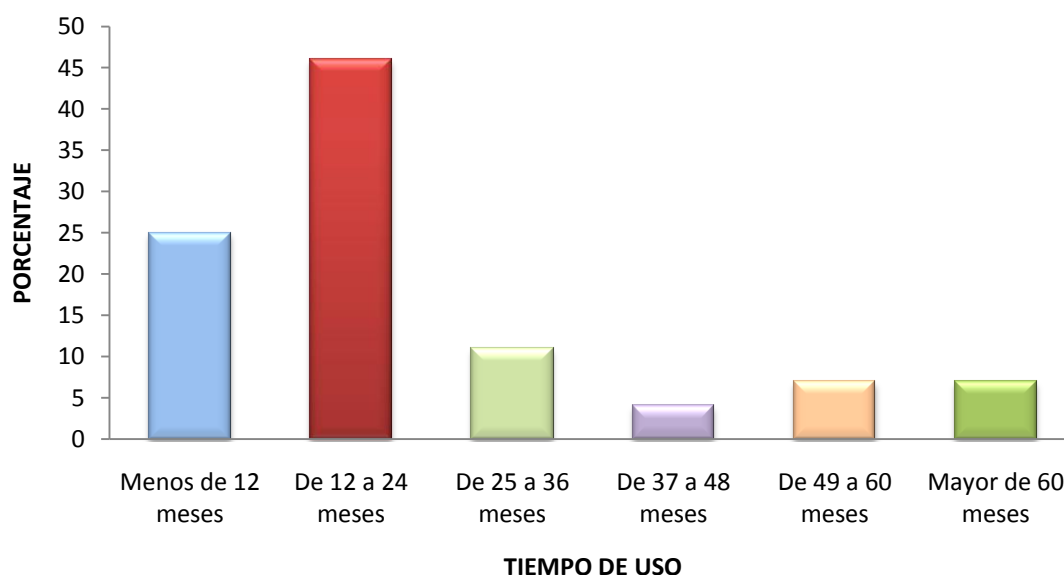
TIEMPO DE USO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES EN LAS MUJERES DE 25 A 59 AÑOS DE EDAD CON FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN LA UMF 21 DEL MES DE OCTUBRE A NOVIEMBRE 2010

Tabla 21.

Tiempo de uso de anticonceptivos hormonales/meses	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 12 meses	42	25
De 12 a 24 meses	76	46
De 25 a 36 meses	19	11
De 37 a 48 meses	6	4
De 49 a 60 meses	12	7
Mayor de 60 meses	12	7
Total	167	100

Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

Gráfico 21.



Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21.

El uso prolongado de estrógenos por más de 5 años se considera un factor de riesgo para desarrollar cáncer de mama, de las 167 que utilizan anticonceptivos hormonales, sólo 7% lo ha utilizado por más de 60 meses (5 años), Sin embargo aunque el resto de las pacientes no ha rebasado su uso en mas de 5 años, son pacientes jóvenes que tienen la probabilidad de seguir utilizándolos, por ello es importante orientar a las pacientes y evitar que el uso prolongado de estrógenos.

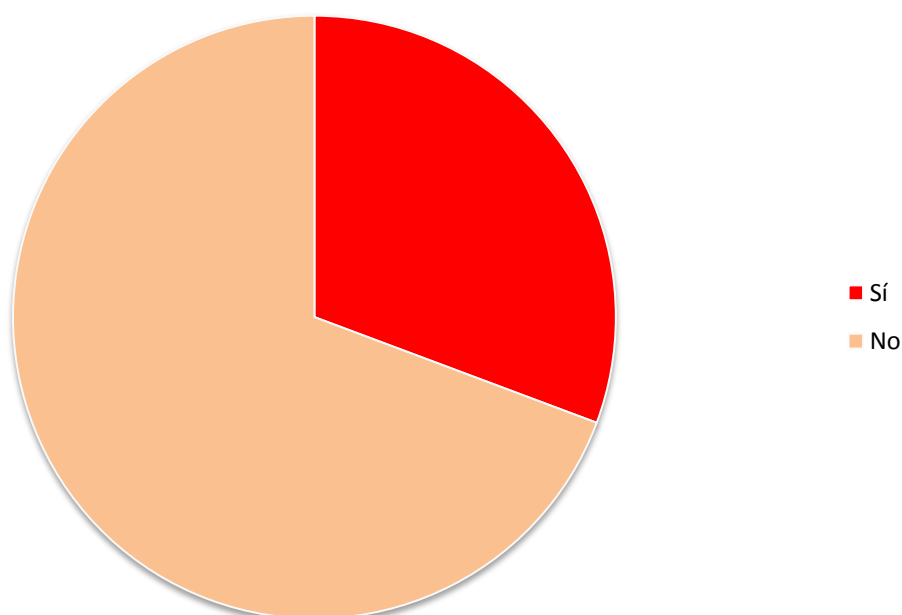
MENOPAUSIA EN MUJERES DE 25 A 59 AÑOS DE EDAD CON FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN LA UMF 21 DEL MES DE OCTUBRE A NOVIEMBRE 2010

Tabla 22.

Menopausia	Frecuencia	Porcentaje
SI	118	31
NO	266	69
Total	384	100

Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

Gráfico 22.



Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

La mayoría de las pacientes del estudio tienen edades comprendidas entre los 25 y 29 años, y entre los 35 y 39 años, por ello es poco frecuente la presencia de menopausia en este grupo de mujeres, constituyendo sólo el 30%, lo que equivale a 118 pacientes.

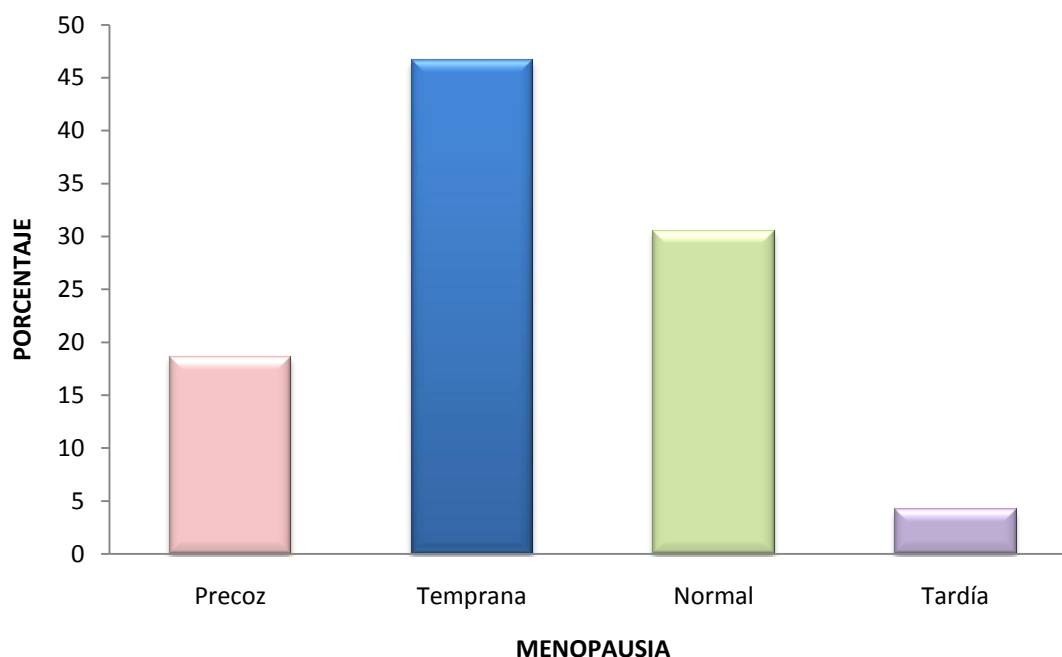
EDAD DE LA MENOPAUSIA EN MUJERES DE 25 A 59 AÑOS DE EDAD CON FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN LA UMF 21 DEL MES DE OCTUBRE A NOVIEMBRE 2010

Tabla 23.

Tipo de menopausia	Frecuencia	Porcentaje
Menopausia precoz (menos de 40 años)	22	19
Menopausia temprana (40 a 45 años)	55	47
Menopausia normal (46 a 50 años)	36	30
Menopausia tardía (mayor de 50 años)	5	4
Total	118	100

Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

Gráfico 23.



Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

La menopausia tardía representa un factor de riesgo para desarrollar cáncer de mama, en el presente estudio sólo el 4% de las 118 pacientes con menopausia la presentaron de forma tardía. Por lo tanto la mayoría de las pacientes del estudio cuentan con un factor protector al presentar la menopausia antes de los 50 años de edad. Además sólo el 18.6% presenta menopausia precoz lo cual es un factor para enfermedades cardiovasculares.

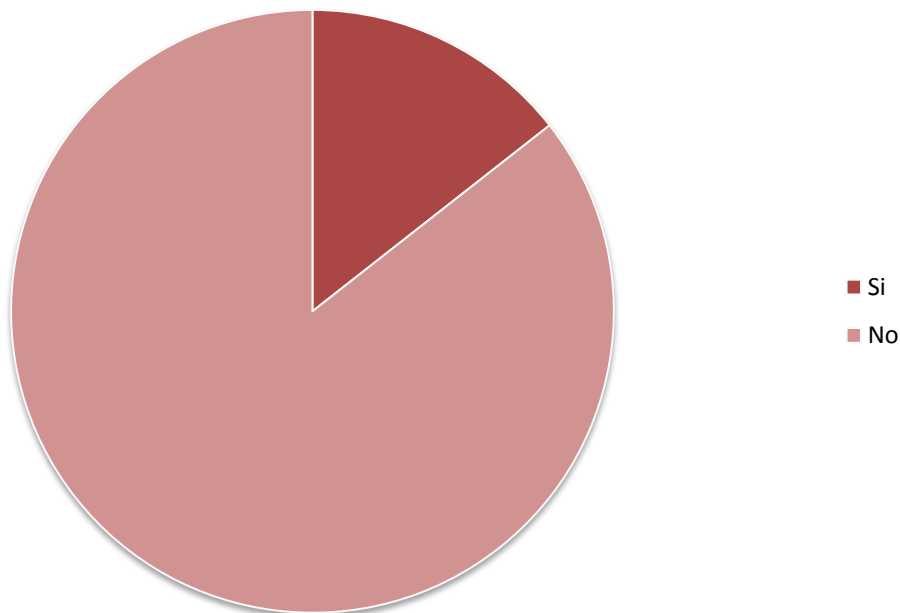
**USO DE TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL EN LAS MUJERES DE 25 A 59
AÑOS DE EDAD CON FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN LA UMF
21 DEL MES DE OCTUBRE A NOVIEMBRE 2010**

Tabla 24.

Uso de TRH	Frecuencia	Porcentaje
Si	17	14
No	101	86
Total	118	100

Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

Gráfico 24.



Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

De las 118 pacientes que han presentado menopausia, solo el 14% ha utilizado Terapia de Reemplazo Hormonal, lo cual se considera un factor de riesgo para cáncer de mama si el uso fue mayor a 5 años. Es interesante resaltar que la mayoría de las pacientes no ha utilizado TRH como manejo coadyuvante en el síndrome climatérico. Lo que puede considerarse un factor protector para cáncer de mama, sin embargo se debe valorar a las pacientes ya que en muchas de ellas los efectos benéficos de los estrógenos es importante.

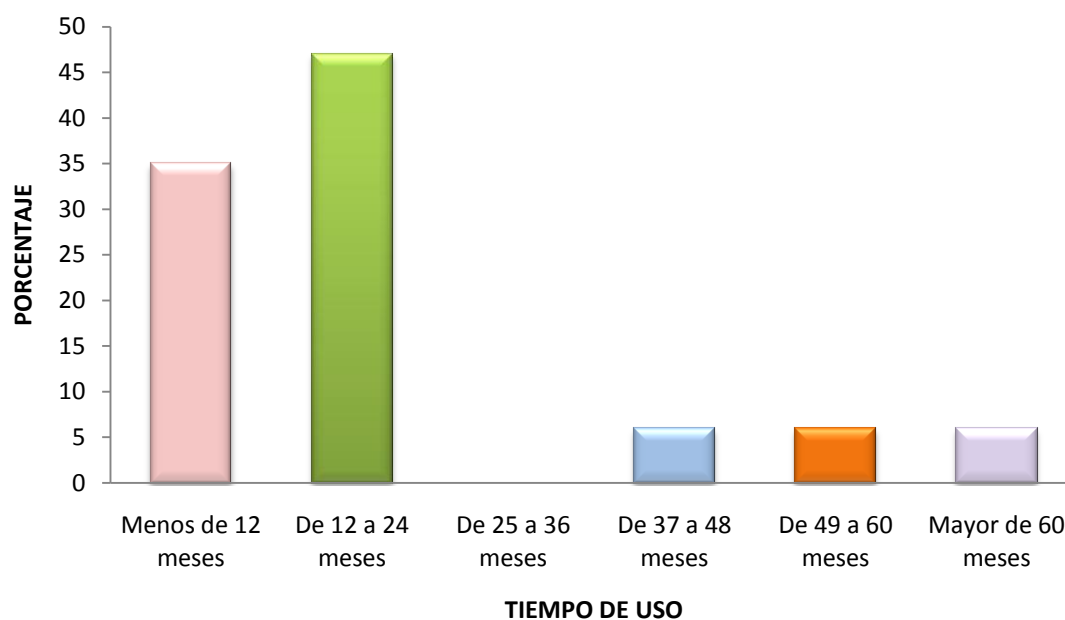
**TIEMPO DE USO DE TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL EN LAS MUJERES
CON MENOPAUSIA EN LA UMF 21 DEL MES DE OCTUBRE A NOVIEMBRE 2010**

Tabla 25.

Tiempo de uso de TRH/meses	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 12 meses	6	35
De 12 a 24 meses	8	47
De 25 a 36 meses	0	0
De 37 a 48 meses	1	6
De 49 a 60 meses	1	6
Mayor de 60 meses	1	6
Total	17	100

Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21

Gráfico 25.



Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21.

De las 17 pacientes que utilizaron TRH la mayoría lo hizo en un período menor de 5 años lo que se considera un factor protector respecto al desarrollo de cáncer de mama, sin embargo se debe tomar en cuenta que muchas de estas pacientes también utilizaron anticonceptivos hormonales en su etapa reproductiva lo que aumenta el riesgo.

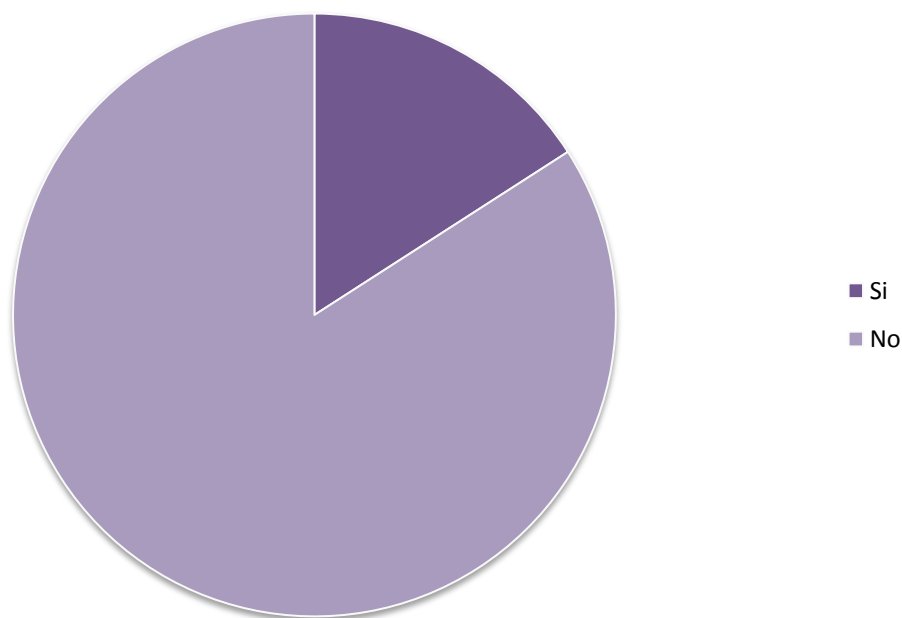
ANTECEDENTE DE PATOLOGÍA MAMARIA EN LAS MUJERES DE 25 A 59 AÑOS DE EDAD CON FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN LA UMF 21 DEL MES DE OCTUBRE A NOVIEMBRE 2010

Tabla 26.

Patología mamaria	Frecuencia	Porcentaje
Si	61	16
No	323	84
Total	384	100

Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21.

Gráfico 26.



Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21.

El antecedente de patología mamaria (displasias) es un factor de riesgo para desarrollar cáncer de mama, en este caso de las 384 pacientes sólo el 16% ha presentado patología mamaria, se debe conocer que tipo de patología mamaria han presentado y conocer que tipo de tratamiento les fue otorgado a las derechohabientes.

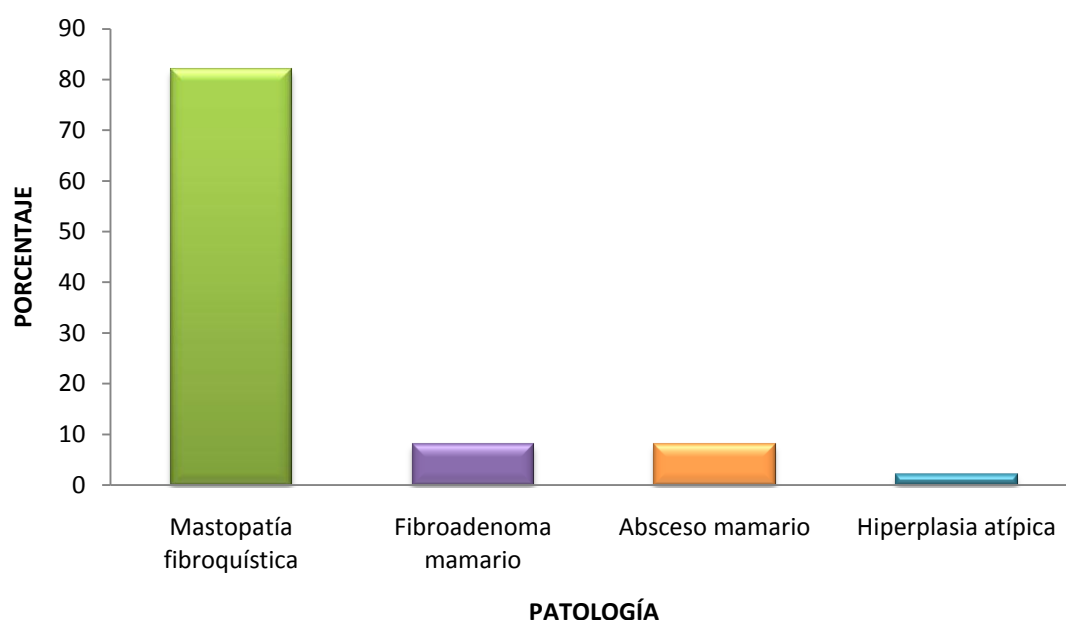
**TIPO DE PATOLOGÍA MAMARIA EN LAS MUJERES DE 25 A 59 AÑOS DE EDAD
CON FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN LA UMF 21 DEL MES DE
OCTUBRE A NOVIEMBRE 2010**

Tabla27.

Patología mamaria	Frecuencia	Porcentaje
Mastopatía fibroquística	50	82
Fibroadenoma mamario	5	8
Absceso mamario	5	8
Hiperplasia atípica	1	2
Total	61	100

Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21.

Gráfico 27.



Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21.

De las 61 pacientes con antecedente de patología mamaria, el 82% fue diagnosticada con mastopatía fibroquística, la cual no se ha asociado directamente con desarrollo de cáncer, sin embargo es importante la vigilancia de la patología, realizando un diagnóstico preciso y orientando a la paciente sobre el mismo. La hiperplasia atípica si se desarrolla directamente con cáncer de mama, siendo portadora sólo 1 paciente.

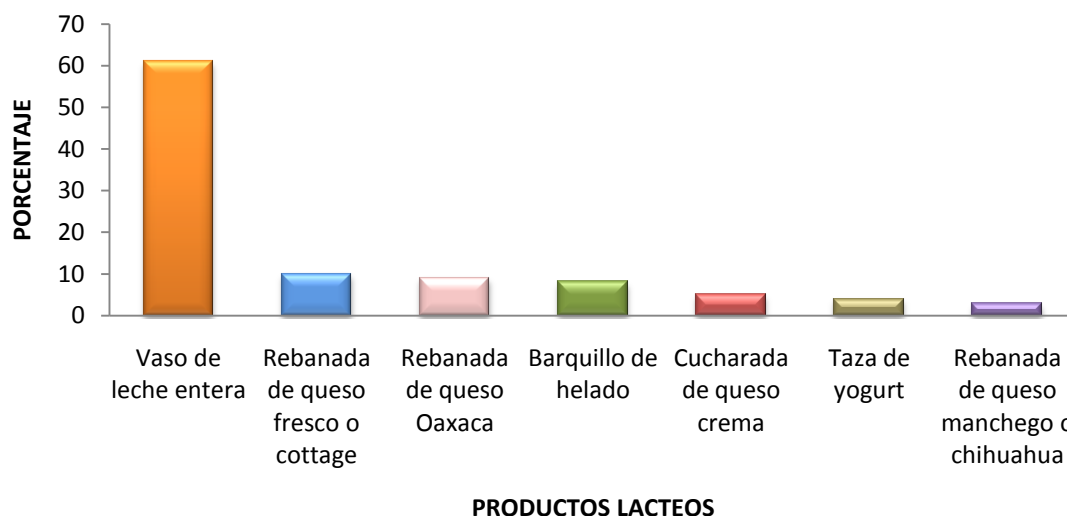
CONSUMO DE GRASAS POLIINSATURADAS EN LAS MUJERES DE 25 A 59 AÑOS DE EDAD CON FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN LA UMF 21 DEL MES DE OCTUBRE A NOVIEMBRE 2010

Tabla 28.

Consumo de productos lácteos	Frecuencia (más de 4 veces por semana)	Porcentaje
Vaso de leche entera	235	61
Rebanada de queso fresco o cottage	40	10
Rebanada de queso Oaxaca	36	9
Barquillo de helado	29	8
Cucharada de queso crema	18	5
Taza de yogurt	15	4
Rebanada de queso manchego o chihuahua	11	3
Total	384	100

Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21.

Gráfico 28.



Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21.

De las 384 pacientes, el 61% consume leche entera de forma frecuente, lo cual se considera un factor de riesgo ya que contiene mayor cantidad de grasas poliinsaturadas, respecto a los factores protectores en este grupo de alimentos sólo el 10.4% consume queso cotagge y 3.9% yogurt, por ello es importante orientar a las pacientes sobre consumir alimentos que contengan menos cantidad de grasas, lo cual se asocia directamente con el peso de la paciente y contribuye a aumentar el riesgo de cáncer de mama.

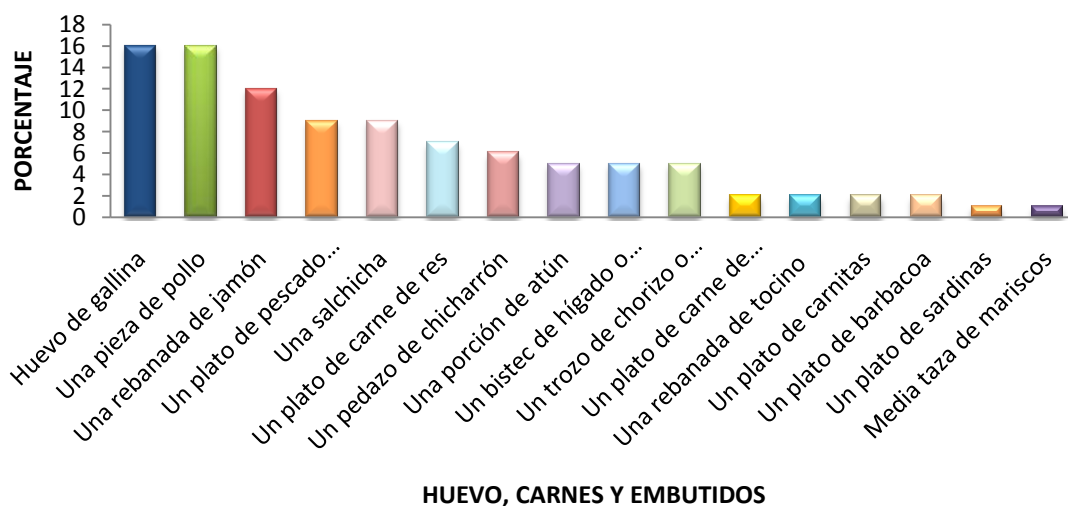
**CONSUMO DE GRASAS POLIINSATURADAS EN LAS MUJERES DE 25 A 59 AÑOS DE EDAD
CON FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN LA UMF 21 DEL MES DE OCTUBRE
A NOVIEMBRE 2010**

Tabla 29.

Huevo, carnes y embutidos	Frecuencia (más de 4 veces por semana)	Porcentaje
Huevo de gallina	60	16
Una pieza de pollo	63	16
Una rebanada de jamón	47	12
Un plato de pescado fresco	35	9
Una salchicha	36	9
Un plato de carne de res	22	7
Un pedazo de chicharrón	23	6
Una porción de atún	18	5
Un bistec de hígado o higaditos de pollo	19	5
Un trozo de chorizo o longaniza	18	5
Un plato de carne de cerdo	8	2
Una rebanada de tocino	9	2
Un plato de carnitas	9	2
Un plato de barbacoa	8	2
Un plato de sardinas	4	1
Media taza de mariscos	5	1
Total	384	100

Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21.

Gráfico 29.



Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21.

De los factores protectores sólo un 16% consume pollo de forma frecuente, menos de 5% consume atún o sardinas los cuales son fuente de omega 3 y 6. En los factores de riesgo el huevo y el jamón es de lo más frecuente lo consumen en un 16 % y 12% respectivamente.

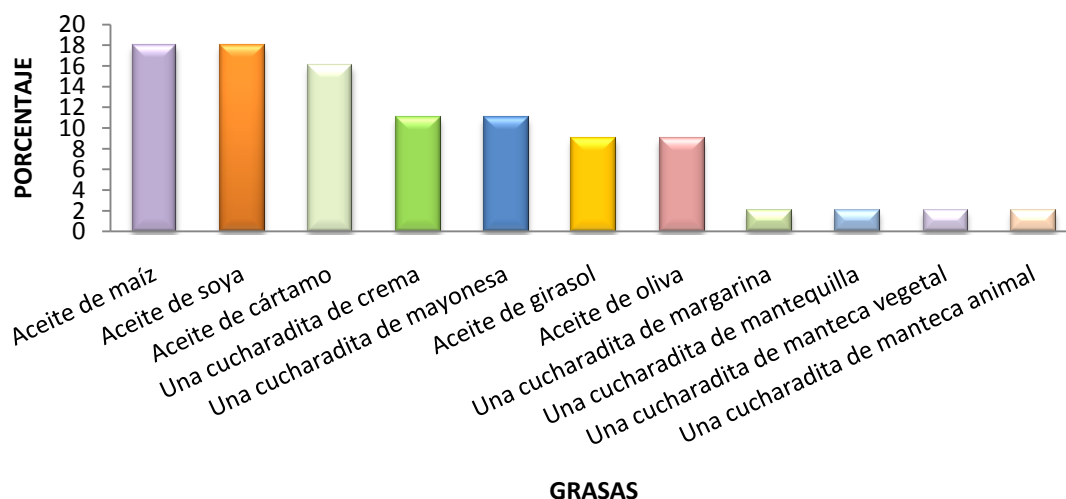
CONSUMO DE GRASAS POLIINSATURADAS EN LAS MUJERES DE 25 A 59 AÑOS DE EDAD CON FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN LA UMF 21 DEL MES DE OCTUBRE A NOVIEMBRE 2010

Tabla 30.

Grasas	Frecuencia (más de 4 veces por semana)	Porcentaje
Aceite de maíz	68	18
Aceite de soya	69	18
Aceite de cártamo	61	16
Una cucharadita de crema	43	11
Una cucharadita de mayonesa	43	11
Aceite de girasol	34	9
Aceite de oliva	34	9
Una cucharadita de margarina	8	2
Una cucharadita de mantequilla	8	2
Una cucharadita de manteca vegetal	8	2
Una cucharadita de manteca animal	8	2
Total	384	100

Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21.

Gráfico 30.



Fuente: Cédula de Encuesta de Prevalencia de factores de riesgo para Cáncer de Mama en mujeres de la UMF 21.

De las 384 pacientes, la mayoría 18% consume aceite de maíz y soya, los cuales son factores protectores contra cáncer de mama, sin embargo el 11% si consume de forma muy frecuente crema y mayonesa que contiene mayor cantidad de grasa poliinsaturada, siendo esto un factor de riesgo modificable para cáncer de mama.

TASA DE PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO EN LAS EN LAS MUJERES DE 25 A 59 AÑOS DE EDAD CON FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE MAMA EN LA UMF 21 DEL MES DE OCTUBRE A NOVIEMBRE 2010

Factores de riesgo	Frecuencia	Tasa de prevalencia
Menarca temprana	212 (n=384)	55 de cada 100
Primer embarazo después de los 30 años	22(n=319)	6 de cada 100
Ausencia de lactancia materna	54 (n=319)	16 de cada 100
AHF de cáncer de mama	62 (n=384)	16 de cada 100
Sobrepeso y obesidad	273 (n=384)	71 de cada 100
Consumo de alcohol	89 (n=384)	23 de cada 100
Tabaquismo	124 (n=384)	32 de cada 100
Uso de anticonceptivos hormonales	167 (n=384)	43 de cada 100
Uso prolongado de estrógenos	12 (n=167)	7 de cada 100
Menopausia tardía	5 (n=118)	4 de cada 100
Uso de TRH	17 (n=118)	14 de cada 100
Uso prolongado de estrógenos	1 (n=17)	5 de cada 100
Antecedente de patología mamaria	61 (n=384)	15 de cada 100
Displasia mamaria	1 (n=61)	1 de cada 100
Consumo de grasas poliinsaturadas	235 (n=384)	61 de cada 100

La mayor prevalencia lo ocupa la menarca temprana sin embargo este es un factor de riesgo no modificable. En lo que respecta a los modificables, el sobrepeso y la obesidad tienen una alta prevalencia, así como el consumo de grasas poliinsaturadas y el uso de anticonceptivos hormonales, lo cual nos indica que falta realizar mayor detección de factores y mayor vigilancia en nuestras pacientes así como fomentar los programas preventivos.

VII. ANALISIS Y DISCUSION

En el presente estudio sobre prevalencia de factores de riesgo de cáncer de mama se identificaron características epidemiológicas, factores de riesgo modificables y no modificables, así como factores de protección de las 384 pacientes encuestadas.

Respecto a características epidemiológicas se detectaron que el 22.9% pertenecen al grupo de 25 a 29 años de edad, mientras que un 47% son mayores de 40 años, por lo tanto la mayoría de la población encuestada por edad tiene un factor de riesgo mayor que el reportado por Salas y cols ¹⁶ que fue de 32%. En este estudio el grupo de edad fue de 25 a 70 años.

De las 384 pacientes se identifica que 44% se dedica al hogar y 32% son empleadas, lo cual refleja factor protector por contar con tiempo para acudir a la unidad de medicina familiar, como por poseer ingresos económicos que le ayuden a corregir otros factores de riesgo. El 47% son casadas lo cual indica que la mayoría son beneficiarias del servicio de salud y posiblemente cuenten con apoyo de su pareja para modificar hábitos y estilo de vida. En lo que respecta a la escolaridad la mayoría en un 27% tienen secundaria lo cual les da un conocimiento limitado acerca del cáncer de mama, sus factores de riesgo y la forma de modificarlos, llama la atención que 1% son analfabetas, sin embargo el 37% tienen escolaridad bachillerato y licenciatura que puede ayudar a que las pacientes mejoren sus hábitos y modifiquen con mayor rapidez sus factores de riesgo, así como el acudir oportunamente a sus detecciones. El 64% de las pacientes pertenece a la zona geográfica de la delegación Iztacalco lo cual influye de manera positiva ya que las pacientes pueden acudir oportunamente a la UMF 21e integrarse a grupos de trabajo social, actividad física y nutrición que les permita mejorar su salud.

De las 384 pacientes se encontró que la menarca temprana representa un 55%, lo cual es menor a lo reportado en la bibliografía, ya que Salas y cols.¹⁶ que lo reportan en un 68%, sin embargo es mayor a lo reportado por Benia y cols.²⁰ que lo refiere en 12.5%, aunque en este estudio la muestra fue de solo 152 pacientes.

Según Romero y cols.²³ la presencia de primer embarazo después de los 30 años representa el 16. 9% sin embargo fue un estudio con 272 pacientes con cáncer de mama, en nuestro estudio se reportó sólo el 6.8% lo que significa que en nuestra población es más frecuente el factor protector de tener el primer hijo antes de los 30 años. Sin embargo hay un 16% de las pacientes con nuliparidad lo cual representa también un factor de riesgo.

La ausencia de la lactancia materna se reporta en un 27% de acuerdo a Salas y cols.¹⁶, en nuestro estudio hay un porcentaje menor sólo 17%, sin embargo se debe seguir fomentando la lactancia materna como factor protector de cáncer de mama.

Los AHF de cáncer de mama se reportan con un 20 a 25% de asociación de acuerdo a Gómez Illeana¹³, sin embargo Romero y cols²³ lo mencionan sólo en 6.6%, en el presente estudio se encontró un promedio de 16% el cual es elevado, por lo tanto se debe identificar a las pacientes y realizar una detección oportuna y sobre todo tomando en cuenta el grado de parentesco.

La obesidad es un factor de riesgo modificable que de acuerdo a los autores Romero y cols²³ se reportó en un 35% de pacientes posmenopáusicas, de acuerdo a Salas y cols¹⁶ fue de 37%, en el presente estudio se encontró 25% de obesidad en distintos grados, sin embargo el 46% presenta sobrepeso lo cual es alarmante ya que muchas son personas jóvenes y es un factor de riesgo modificable por lo que se necesita promover con mayor cobertura los cambios hacia un estilo de vida sano y orientar a estas pacientes para reducción de peso, ya que no sólo se asocia a cáncer de mama sino también a otras patologías.

El consumo de alcohol se reporta en un 23% lo cual es menor a lo reportado por Salas y cols ¹⁶ que lo refiere en un 48%. Respecto al tabaquismo en el presente estudio se reporta 32% lo que es mayor que el 29.5% reportado por Romero y cols ²³. Es importante continuar con la promoción y orientación para dejar estos hábitos que se asocian a cáncer de mama y otras patologías.

El uso prolongado de hormonales, es decir mayor de 5 años en el presente estudio se reporta sólo en 7% lo que es menor a lo reportado por Romero y cols ²³ ya que lo refiere en un 12%. En lo que respecta a TRH según Rosenberg, Palmer, Wise, Adams se aumenta el riesgo en 1.45 y en este estudio es de 5.8% sin embargo se debe tomar en cuenta el tamaño de la muestra empleada.

En la patología mamaria reportada la Mastopatía Fibroquística representa el 40.32 de acuerdo a Noguera y cols ¹⁵ sin embargo en este estudio se evaluaron 784 biopsias de pacientes con cáncer de mama las cuales fueron asociadas a cambios fibroquísticos proliferativos, en nuestro estudio se encontró un porcentaje mayor reportado en 82% sin embargo se debe tomar en cuenta que en nuestro estudio no se realizaron biopsias mamarias que confirmaran el diagnóstico.

De acuerdo a un estudio de Quiles y cols ¹⁸, la dieta tiene un papel fundamental, sobre todo las grasas que son el principal componente relacionado con el incremento en la incidencia del cáncer de mama. Lo que se refleja en este estudio ya que la mayoría de las pacientes consume grasas pollinsaturadas.

VIII. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

De acuerdo a los resultados obtenidos, se puede determinar que la población encuestada presenta factores de riesgo modificables y no modificables para cáncer de mama pero también factores protectores. En los factores de riesgo no modificables se menciona la menarca temprana y menopausia tardía, la presencia de antecedentes heredofamiliares, que adquiere mayor importancia ya que se pueden identificar oportunamente a las pacientes y tener una vigilancia más puntual, ya que de acuerdo a la edad del diagnóstico del familiar afectado, se debe empezar hasta 10 años antes con la detección oportuna en la paciente que tiene el factor de riesgo. En los factores de riesgo modificables se destaca la presencia de tabaquismo y alcoholismo en un 23 y 32% respectivamente por lo que se debe hacer mayor promoción y educación a la salud referente a detección oportuna de las toxicomanías y de preferencia evitar que la población lo consuma. El sobrepeso y a obesidad asociados al consumo de grasas en exceso también son factores de riesgo que se encuentran en cifras elevadas llegando hasta un 70%, por ello es prioritario fomentar la educación en el paciente referente a la reducción de peso, realizar actividad física regular, alimentación balanceada, así como enviar oportunamente a nutrición, actividades de grupo y realizar actividades masivas de promoción y educación para la salud. En el uso prolongado de hormonales tanto como método anticonceptivo como terapia de reemplazo hormonal el porcentaje es mínimo sólo 7% sin embargo en el caso de anticonceptivos hormonales muchas pacientes continúan en edad reproductiva y por lo tanto pueden prolongar su uso, por eso se debe vigilar a estas pacientes e informar sobre la alternativa de otros métodos de planificación familiar. La asociación de cáncer de mama con otras patologías mamarias, está reportado aunque no es un hecho la relación directa con Mastopatía Fibroquística, sin embargo se debe vigilar a estas pacientes, orientar sobre la autoexploración mamaria, la insistencia de acudir oportunamente a su examen médico anual y los estudios pertinentes para evitar un retraso en el diagnóstico de otra patología. Por último se deben reforzar los factores protectores.

Con las pacientes ya identificadas con 2 o más factores de riesgo hacer un seguimiento, proporcionando información sobre la autoexploración mamaria, examen médico oportuno, la posibilidad de que se les pueda realizar algún estudio de gabinete como ultrasonido mamario o mastografía a quien lo requiera. Lo anterior para determinar a largo plazo la verdadera relación causal entre los factores de riesgo encontrados y el desarrollo de cáncer de mama.

Debido a que el estándar de oro en el diagnóstico oportuno del cáncer de mama es la mastografía, que esta se realice a las pacientes identificadas, con criterios para realizarla y se de un seguimiento a cada una de ellas.

Realizar una mayor cobertura de información acerca de los factores de riesgo para que los conozca la población, lograr concientizarlas para que sean participes en el cuidado de su salud.

Capacitación a los médicos familiares en el diagnóstico diferencial de Patología Mamaria, sobre todo en Mastopatía Fibroquística.

Mejorar la orientación que se le otorga a las derechohabientes sobre el cuidado de su salud, sobre corregir ciertos hábitos higiénicos dietéticos, fomentar la actividad física y realizar actividades medico preventivas para un diagnóstico oportuno de cáncer de mama en pacientes con riesgo. Así como mejorar los programas ya existentes para diagnóstico oportuno y tratamiento de cáncer de mama

IX.

A

N

E

X

O

S



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM 21



PROTOCOLO:
PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO PARA CANCER DE MAMA EN
MUJERES DE LA UMF21

I. Datos generales de la encuesta

1. Número de Consultorio: |____|
2. Turno (Marque con una X)
1 Matutino |____|
2. Vespertino |____|
3. Afiliación: |_____|
4. Fecha (dd/mm/aa): |_____|

II) Identificación de la entrevistada

5. Nombre completo |_____|
- | Apellido paterno | Apellido materno | Nombre (es) |
|------------------------------|------------------|-------------|
| 6. Domicilio completo _____ | _____ | _____ |
| Calle | Número | Colonia |
| | | Delegación |
- Teléfono: |_____|
7. Años de vivir en la zona: |____| años |____| meses
8. Edad (en años cumplidos) |____|
9. Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): |_____|
10. Estado civil (Marque con una X)
- | | | | |
|--------------------|------|-----------------------|------|
| 1. Soltera | ____ | 2. Casada | ____ |
| 3. Unión libre | ____ | 4. Divorciada | ____ |
| 5. Viuda | ____ | 6. Otro (especificar) | ____ |
| 9. No especificado | ____ | | |

III. Características socioeconómicas

11. ¿Cuál es su escolaridad?
(Marque con una X)
- | | |
|-------------------------------|------|
| 1. Ninguna | ____ |
| 2. Primaria | ____ |
| 3. Secundaria o equivalente | ____ |
| 4. Bachillerato o equivalente | ____ |
| 5. Licenciatura | ____ |
| 6. Posgrado | ____ |
| 9. No especificado | ____ |
12. Ocupación actual
(Marque con una X)
- | | |
|------------------------|------|
| 1. Servicio | ____ |
| 2. Obrera | ____ |
| 3. Empleada | ____ |
| 4. Comerciante | ____ |
| 5. Profesionista | ____ |
| 6. Hogar | ____ |
| 7. Estudiante | ____ |
| 8. Desempleada | ____ |
| 9. No especificado | ____ |
| 10. Otro (especificar) | ____ |

IV. Características de la vivienda

13. Vivienda propia

(Marque con una X)

1. Sí ☐
2. No ☐

14. Material de construcción

(Marque con una X)

1. Tierra ☐
2. Cemento ☐
3. Otro ☐

V. Características de toxicomanías

15. ¿Usted fuma o fumó?

1. Sí ☐
2. No ☐

18. ¿Usted consume bebidas alcohólicas?

1. Sí ☐
2. No ☐

16. Si su respuesta es **SI** conteste lo siguiente¿A que edad inició? 19. Si su respuesta es **SI** conteste lo siguiente¿A que edad inició?

17. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

(Marque con una X)

1. De 1 a 2 ☐
2. De 3 a 5 ☐
3. Más de 5 ☐

20. ¿Cuántas copas consume al día?

(Marque con una X)

1. De 1 a 2 ☐
2. De 3 a 5 ☐
3. Más de 5 ☐

VI. Antecedentes Gineco-obstétricos y Hereditarios21. ¿Cuántos años tenía cuando empezó a menstruar? 26. Si su respuesta es **SI**, conteste la siguiente:¿Cuánto tiempo dio pecho?

(Tomando en cuenta total de hijos en meses)

22. ¿Cuántos embarazos tuvo?
(Contando los abortos y nacidos muertos)

27. ¿Alguna vez ha utilizado anticonceptivos hormonales?

1. Sí ☐
2. No ☐

23. ¿Qué edad tenía en su primer parto? 28. Si su repuesta es **SI** conteste lo siguiente:
¿Qué tipo de anticonceptivos utiliza/o)
(Marque con una X)

1. Anticonceptivos orales ☐
2. Hormonales inyectables ☐
3. Parches u hormonales de depósito ☐

24. ¿Qué edad tenía en su último parto? 29. ¿Cuánto tiempo lo utilizó?
(Anotar el total en años)25. ¿Le dio pecho a sus hijos?
(Marque con una x)

1. Sí ☐
2. No ☐

30. ¿Ha presentado enfermedades en sus Mamas?
(Marque con una X)

1. Sí ☐
2. No ☐

31. Si su respuesta es **SI**, conteste lo siguiente:
¿A que edad presentó la enfermedad?
|__|

32. ¿Qué enfermedad le diagnosticaron?
(Marque con una X)
1. Mastopatía fibroquística |__|
2. Fibroadenoma |__|
3. Hiperplasia atípica |__|
4. Absceso mamario |__|
5. Otro (especificar) |__|

33. ¿Qué tratamiento le dieron?
|_____|

34. ¿Menstrua (regla) usted actualmente?
(Marque con una X)
1. Sí |__|
2. No |__| ¿Por qué? _____

35. Si su respuesta es **NO**, conteste la siguiente pregunta:
¿Utiliza hormonas de reemplazo para la menopausia?
1. Sí |__|
2. No |__|

VII. Somatometría

41. ¿Cuál es su peso? (En Kg) |_____|
42. ¿Cuál es su talla? (En cm) |_____|

36. Si su respuesta es **SI**, conteste lo siguiente:
¿Cuánto tiempo lo utilizó? |__|
(Anotar total de años)

37. ¿Tiene antecedentes familiares de cáncer de mama?
(Marque con una X)
1. Sí |__|
2. No |__|

38. Si su respuesta es **SI**, conteste lo siguiente:
¿Quién en su familia padece o padeció Cáncer?
(Marque con una X)
1. Madre |__|
2. Hermana |__|
3. Hija |__|
4. Madre e hija |__|
5. Prima |__|
6. Otro (especificar) |__|

39. ¿Tiene antecedente familiar de otro tipo de cáncer?
(Marque con una X)
1. Sí |__|
2. No |__|

40. Si su respuesta es **SI** conteste la siguiente pregunta.
¿Cuál es su relación de parentesco?
(Marque con una X)
1. Madre |__|
2. Hermana |__|
3. Hija |__|
4. Madre e hija |__|
5. Prima |__|
6. Otro (especificar) |__|

43. ¿Cuál es su IMC? |_____|
(Sólo llenado por el entrevistador)
44. ¿Cantidad de grasas poliinsaturadas que consume? |_____|
(Sólo llenado por el entrevistador)



Nombre de la paciente:

Número de afiliación:

Número de consultorio: |__|

Turno:

1. Matutino		
-------------	--	--

2. Vespertino | ☐ |

Edad de la participante: |__|

(en años cumplidos)

Fecha (dd/mm/aa): |_____|

Durante el año previo a este día. ¿Con qué frecuencia consumió usted productos lácteos? Indique con una cruz, en la columna de frecuencia, la opción que considere más cercana a su realidad.

1.

FRECUENCIA DE CONSUMO

[illegible]

X. BIBLIOGRAFIA

¹Rodney M. Coe Capítulo 2: La medida de la enfermedad en los grupos humanos en: Sociología de la Medicina Alianza Universidad. Madrid, 2001. pp45-49

² Tapia- Granados José A. Medidas de prevalencia y relación incidencia-prevalencia. Organización Panamericana de la Salud. (OPS/OMS). Programa de Publicaciones. Washington. EE. UU. Med Clin (Barc) 1995; 105: 216-218

³ Norma Oficial Mexicana NOM-041-ssa2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, 2002

⁴ Norma Oficial Mexicana NOM-017-ssa2-1994, Para la prevención epidemiológica, 1994

⁵ Secretaría de Salud. Programa de Acción: Cáncer de mama. México, 2002

⁶ Guía Técnica del IMSS 2004 Para la detección y atención integral del cáncer de mama, 2004

⁷ Proyecto estratégico 2001-2003. Síntesis ejecutiva. Programas Integrados de salud. IMSS, México.

⁸ Viana- Zulaica Cristina. Guías Clínicas: Cáncer de mama. México 2007. 7(36)

⁹ Secretaría de salud. Programa de Acción Específico 2007-2012, México 2008. pp 25-29

¹⁰ Chacaltana- M Alfonso, Guevara -C Gabriela, Factores de riesgo modificables en pacientes con Cáncer de Mama; Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna; 2003; 16 (2) 2003: 69-73

¹¹ Torres - Arreola Laura del Pilar, Cáncer de mama, Detección oportuna en el primer nivel de atención; Revista Medica Instituto Mexicano Seguro Social; 2007 45(2): 157-166

¹² Morales Raúl, Pollan Annarella. Morbilidad del Cáncer de mama en la mujer. Revista cubana de Medicina general Integral. 1999; 15(3):247-52.

¹³ Gómez Ileana. Cáncer de mama factores pronósticos. Oncología, Ginecología y Obstetricia. Septiembre 2007. <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/690/1/Cancer-de-mama-Factores-pronosticos.html>

¹⁴ Figueroa- G Luis, Bargallo- R Enrique, Castorena- R Gerardo, Valanci –A Sofía. Cáncer de mama familiar BRCA1 positivo. Rev chilena de cirugía 2009; 61 (6): 547-551

¹⁵ Noguera Américo, Noguera Verónica, Piuizzi Pablo. Patologías mamarias lesiones más frecuentes en dos poblaciones del nordeste. 2003. <http://www.unne.edu.ar/web/cyt/cyt/2003/comunicaciones/03.medicas/M-032.Pdf>

¹⁶ Salas Ivonne, Ramírez Brenda, Apodaca Elia. Factores de riesgos para la presentación de Cáncer de Mama en el Centro Médico Nacional Siglo XXI Chihuahua, México. 2006 CIMEL. Vol. 11 No 2.

¹⁷ Rojas – Camayo, José, Huamaní Iván. Historia de obesidad como factor asociado al cáncer de mama en pacientes de un Hospital Público del Perú. Rev Perú Med Exp Salud pública, 2009; 26 (3):343-348

¹⁸ Granados S, Quiles J, Gil A, Ramírez M. Lípidos de la dieta y cáncer. España. 2006. <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v21s2/original4.pdf>.

¹⁹ Lujan I. Jesús E, Gracia Francisco, Figueroa Gudelia, Hernández Ismelia, Araya Aquiles. Menarquia Temprana como factor de riesgo de Cáncer de Mama. México. 2006; 74:568-72. <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2006/gom0611c.pdf>

²⁰ Benia Wilson, Tellechea Gabriela. Estudio de los factores de riesgos para Cáncer de Mama y Cuello Uterino en mujeres usuarias de tres policlínicas barriales de Montevideo. Revista Médica Uruguay 2000; 16:103-113. <http://www.rmu.org.uy/revista/2000v2/art2.pdf>

²¹ Rosenberg L, Palmer J, Wise LA, Adams C. El uso sistémico de hormonas aumento el riesgo de Cáncer de Mama en mujeres negras. 2006. Revista Médica. 166; 760-765.

²² Ortiz M. Carlos M, Galván M Elsa M. Factores de Riesgos reproductivos para Cáncer de Mama en pacientes atendidas en un Hospital Urbano de Segundo Nivel. México. 2007; 75:11-16. <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2007/gom071c.pdf>

²³ Romero Maria, Santillán Leopoldo, Olvera Paulo, Morales Miguel, Ramírez Varinia. Frecuencia de los factores de riesgos de Cáncer de Mama. México. 2008; 76(11):667-72. <http://nietoeditores.com.mx/download/gineco/2008/noviembre2008/Gineco76-11-667-72.pdf>

²⁴ Atalah Eduardo, Urteaga Carmen, Rebolledo Annabella, Medina Ernesto, Csendes Attila. Factores de riesgo del Cáncer de mama en mujeres de Santiago. 2000. Revista médica. Chile. V128.n.2.

²⁵ Marie- Knaul Felicia, Nigenda- Ph Gustavo, Lozano Rafael, Cáncer de mama en México, una prioridad apremiante. Salud Pública de México 2009; vol 51 (2): 34-44

²⁶ Instituto de enfermedades de la mama FUCAM. Manual de Normas y procedimientos. México 2007. pp30-50

²⁷ Serra- C Iván, Martínez- R Raúl, Mímica- S Ximena, Cavada –Ch Gabriel, Aguayo –S Claudia. Cáncer de mama en Chile. Rev chilena de cirugía 2009; 61 (6): 507-514 (11)