

ARTÍCULO ORIGINAL

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE MAMA

Autora: Dra. Andrea Sofía López Enríquez¹

Coautor: Dra. Sandra Victoria Chacón Aguilar²

Resumen

Con el objetivo de realizar la caracterización epidemiológica del cáncer de mama de las pacientes que asisten a la consulta externa de ginecología oncológica en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) de enero a marzo de 2018, se realizó un estudio descriptivo transversal en 155 pacientes que acudieron a la clínica de mama del Hospital de Gineco Obstetricia del IGSS, con una media de edad de 62 años, el adenocarcinoma ductal infiltrante es el tipo histológico más frecuente en nuestra población tanto en edad reproductiva como en menopausia. Como factor protector el 69% dio lactancia materna. La etapa clínica más comúnmente diagnosticada es IIA. El Luminal A, el más frecuentemente diagnosticado por inmunohistoquímica, seguido del Luminal B y HER2neu. Se diagnostican pacientes mayormente en etapas clínicas tempranas (I y II).

Abstract:

In order to carry out the epidemiological characterization of breast cancer in patients attending the outpatient gynecology oncology consultation at the Guatemalan Social Security Institute (IGSS) from January to March 2018, a descriptive cross-sectional study was carried out in 155 patients who attended the breast clinic of the IGSS Obstetrics Gynecology Hospital, with a mean age of 62 years, infiltrating ductal adenocarcinoma is the most frequent histological type in our population both in reproductive age and in menopause. As a protective factor, 69% breastfed. The most diagnosed clinical stage is IIA. Luminal A, the most frequently diagnosed by immunohistochemistry, followed by Luminal B and HER2neu. Patients are diagnosed mostly in early clinical stages (I and II).

Palabras clave: cáncer de mama, antecedentes de cáncer, BRCA1, BRCA2, clínica de mama. IGSS

Introducción

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente tanto en mujeres de

países industrializados como en vías de desarrollo¹. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer mamario se define como el carcinoma que se forma en los tejidos de la mama, específicamente en las estructuras glandulares y canaliculares. El cual puede presentarse tanto en hombres como en mujeres. Siendo este el cáncer más frecuente en la población femenina, ya que se calcula que una de cada nueve mujeres presentará cáncer de mama en algún momento de su vida^{2,3}.

Para el año 2012, las estadísticas de International Agency of Research on Cancer, WorldHealth Organization (GLOBOCAN 2012), se concluyó que el cáncer de mama es el segundo cáncer más común a nivel mundial, estimándose 1.67 millones de nuevos casos diagnosticados en 2012. Para Guatemala, según las estadísticas de GLOBOCAN, 2012 la incidencia de cáncer mamario es de 8.1% (626 casos), para el año 2012; con una mortalidad de 4.8% (260 casos); y con una prevalencia a los 5 años, después del diagnóstico, de un 12.6% (2,309 casos), viendo así, como en los últimos años, los casos han aumentado notablemente⁴.

Para ello la OMS propone, que se realice una detección temprana o precoz del cáncer de mama u otra patología a nivel de mamas, ya que con esto se puede mejorar el pronóstico y la calidad de vida de las mujeres. Por lo tanto, en el presente estudio se revisaron los expedientes de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que asisten a la consulta externa de ginecología oncológica, clínica de mama, con el fin de caracterizar a la población que asiste al Hospital de Gineco Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Estudio que nos ayuda para tener datos reales de nuestra población y poder aportar una guía para los médicos que entrevistan a pacientes con cáncer de mama en su primera cita para obtener los datos necesarios y relevantes que aportan información para futuras investigaciones y seguimiento de mujeres.

- Magister en Ginecología y Obstetricia, 27sofialopez@gmail.com, Cel 5318-4897, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Hospital de Gineco Obstetricia IGSS. Guatemala¹
- Ginecóloga Oncóloga, dra.sandryvchacon.oncogyn@gmail.com, Cel 3088-8903, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Hospital de Gineco Obstetricia IGSS. Guatemala²

Metodología

Estudio descriptivo transversal, en pacientes que asisten a la consulta externa de ginecología oncológica a clínica de mama del Hospital de Gineco Obstetricia IGSS Pamplona con un muestreo aleatorio simple de la población total, obteniendo con la fórmula estadística un total de 155 pacientes. Se realizó revisión de expedientes y se recolectaron datos en base al instrumento en el periodo comprendido entre enero a marzo de 2018.

La unidad de análisis fue la mujer con diagnóstico de cáncer de mama.

Luego de llenarse los instrumentos, se procedió a realizar una base de datos en el programa Microsoft Excel y el software SPSS, se codificaron los datos y se abreviaron para crear una base de datos facilitando los análisis estadísticos en los que se emplearon las medidas de tendencia central y desviación estándar para las variables cuantitativas, frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Se analizaron los datos con el programa SPSS, considerando siempre una significancia de $p < 0.05$.

Criterios de inclusión: se tomó en cuenta que la mujer fuera diagnosticada con cáncer de mama en unidad de Oncología Hospital de Gineco Obstetricia (HGO) IGSS Pamplona durante el periodo comprendido entre enero y marzo de 2018 o que la mujer tuviera diagnóstico histopatológico del cáncer de mama.

Criterios de exclusión: se excluyeron del estudio todos aquellos expedientes incompletos por pacientes indocumentadas que no cumplen requisitos administrativos o bien pacientes que asistan a otras unidades de tratamiento como Cirugía Oncológica o que tuvieran tratamiento en HGO con lesiones benignas de la mama.

Resultados

Se presenta el consolidado de los resultados obtenidos durante el trabajo de campo, realizado en los meses de enero a marzo de 2018, en una muestra de 155 pacientes que asisten a la consulta externa oncológica, clínica de mama, del Hospital de Gineco Obstetricia con diagnóstico de cáncer de mama. Ver tablas

Discusión

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en mujeres de países industrializados, haciendo énfasis en que los países que poseen un ingreso bajo o medio es donde más se diagnostican cánceres en fases ya muy avanzadas^{5,6}.

Para el año 2018, las estadísticas de International Agency of Research on Cancer, World Health Organization (GLOBOCAN 2018), se concluyó que el cáncer de mama es el segundo cáncer más común a nivel mundial y por ahora, el cáncer más frecuente en mujeres, estimándose 1.67 millones de nuevos casos diagnosticados para el año 2017.

La incidencia del cáncer está en aumento, impulsada por el envejecimiento de las sociedades, los intereses comerciales y los estilos de vida poco saludables⁴.

Para el año 2018, en el estudio de GLOBOCAN reportó que, en Guatemala, la incidencia de cáncer mamario es de 8.1% (626 casos), para el año 2012; con una mortalidad de 4.8% (260 casos); y con una prevalencia a los 5 años, después del diagnóstico, de un 12.6% (2,309 casos), viendo así, como en los últimos años, los casos han aumentado notablemente⁴.

Según los datos del presente estudio, en la tabla No. 1 y 2 el noventa y siete por ciento de la población tiene más de cuarenta años, con una media en la población de 62 años, es casada, multipara con menos de cuatro hijos, alfabeta y en la papeleta no se documentó la religión de las pacientes en un 50% de los casos. Según el estudio realizado en Las Tunas, Cuba, la población presenta una edad media de 58 años, con una desviación estándar de ± 12 años⁸.

Es evidente que el riesgo de padecer este tipo de cáncer aumenta con la edad, justificado porque en este periodo de la vida de la mujer los ciclos ováricos se hacen anovulatorios, con predominio de los estrógenos sin la oposición de la progesterona, frente a un epitelio mamario agotado. Es por ello que el antecedente de la menarquia precoz constituye un antecedente y factor de riesgo importante para padecer cáncer de mama según el estudio en Las Tunas, Cuba, hay 1.28 veces más riesgo de cáncer de mama en comparación que las que no tenían una menarquia precoz⁸.

En nuestra población, reflejado en la tabla No. 3, un ochenta y siete por ciento, dio lactancia materna, lo cual hace que esto sea un factor protector frente al desarrollo de la enfermedad; Ya que hay 1,17 veces más riesgo de cáncer de mama en mujeres que no dieron lactancia materna. Se encontró que no se interroga a la paciente sobre hábitos de fumar, consumir alcohol, rutinas de ejercicio y el peso y talla; datos que nos dan información sobre el índice de masa corporal de la paciente. Ya que se ha documentado que las mujeres que fuman, ingieren alimentos con alto contenido graso y beben alcohol corren un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama^{8,13}.

Un alto índice de masa corporal parece incrementar el riesgo de cáncer de mama en pacientes postmenopáusicas, ya que aumenta la exposición a estrógenos a causa de la aromatización del tejido graso¹⁰.

En este estudio, tabla No. 3, no se encontraron datos de si las pacientes son o no portadoras de los principales genes mutados BRCA 1 y 2, ya que no se cuenta con el recurso en la Institución para poder realizar pruebas genéticas. En EEUU la prevalencia de las mutaciones BRCA1 y BRCA2 se estima oscila desde 1 en 250 mujeres a 1 en 800 mujeres¹¹. Según las guías y consensos descritos, debería

tamizarse a todas las pacientes triple negativo, menores de 50 años con antecedentes, y según los resultados obtenidos en el presente estudio contamos con un 6% de pacientes que deberían ser sometidas a pruebas genéticas¹².

Según la V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2008 – 2009, reportaron que las mujeres residentes en el Departamento de Guatemala son las que respondieron asertivamente a todas las preguntas acerca del cáncer de mama. Por el contrario, en los departamentos en el área rural, en donde la mayoría de la población pertenece al grupo indígena, presentan los menores porcentajes de respuestas positivas en todas las preguntas en relación con el cáncer de mama y su prevención, haciendo énfasis en lo importante que es la educación de la población en general, observando que, en nuestra población, tabla No.2, un 64% curso primaria incompleta o primaria completa.

Dentro de los principales antecedentes médicos, tabla No. 4, más del cincuenta por ciento de la población presento antecedente de cáncer de mama; así mismo, un siete por ciento no tenía ningún dato en su expediente que reportara algún antecedente. Y por el hallazgo, la mayoría de las pacientes presentaban antecedente de algún tipo de tratamiento quirúrgico, siendo la mastectomía radical modificada el procedimiento con más prevalencia. La mastectomía radical modificada izquierda, es la que más se realizó (47) casos, según se describe en la tabla no. 4. Seguida de la cirugía conservadora, biopsia amplia con drenaje radical de axila o biopsia escisión.

Es importante notar, que el antecedente de familiares en primera línea, aumenta el riesgo más de cinco veces de padecer la patología, lo cual concuerda al comparar con la población del estudio realizado en Las Tunas, Cuba sobre factores de riesgo para cáncer de mama, en donde el 60% de la población tenía antecedentes patológicos familiares que aumentaba el riesgo de cáncer de mama, con un OR de 1.34 veces más riesgo que las pacientes que negaban tener algún antecedente familiar de riesgo (8). En nuestra población, tabla No. 4, es importante mencionar que el 80% no tenía datos de antecedentes familiares en la papeleta, y se encontró que 14% (22) si referían antecedente de cáncer de mama en abuela, madre, hermana e hija, siendo estos familiares en primera línea y un 6% (9) pacientes con antecedentes familiares en segunda línea tías o tíos.

Con respecto a los distintos tipos histológicos de cáncer de mama, tabla No. 5, descritos en la literatura, es la variedad ductal infiltrante la que se presenta con más frecuencia, tras el análisis en nuestra población, se detalla que el 75% (117) son adenocarcinoma ductal infiltrante, un claro predominio de los tumores de tipo infiltrante, seguido del adenocarcinoma ductal in situ y adenocarcinoma intraductal sólido. Según el estudio realizado en Madrid por la Dra. Nevado García, caracterizando a la mujer anciana con cáncer de mama, encontró que el 82.4% de la población estudiada presen-

taba el tipo histológico del adenocarcinoma ductal infiltrante seguido de el carcinoma lobulillar infiltrante en un 10.1%¹⁴. Importante resaltar que el 9% no presento datos en el sistema, ya que la patología no fue realizada por parte del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, sino extrahospitalaria; o bien, referidas por médicos particulares para seguimiento ya con diagnóstico, pero no operadas en la unidad de clínica de mama.

En cuanto a la etapa clínica de las pacientes en vigilancia con cáncer de mama que asisten a la consulta externa de ginecología oncológica en clínica de mama, encontramos que el 46% de la población estudiada se encuentra en etapa clínica II, seguida en un 20% por la etapa clínica I y un 8% a etapa clínica 0 o in situ; observando que la mayoría de los casos corresponden a neoplasias en estadios menores, resultado que al compararlo con el estudio mexicano de Castillo y Ávila, el 61% de su población estaban en etapa clínica II, siendo la misma etapa clínica predominante en las dos poblaciones, pero distinta la segunda etapa clínica más frecuente, ya que en la población mexicana de ese estudio, el 25% se encontraban en etapa clínica III y un 14% en etapa 0.

Por lo que se sugiere, se debe hacer énfasis en incrementar el tamizaje y el diagnóstico temprano de la población en general y hacer énfasis en la población con antecedentes y mayor riesgo de cáncer de mama, debiéndose iniciar tamizaje en población de riesgo 10 años previos de los picos poblacionales encontrados y así poder evitar tratamientos prolongados, malos pronósticos por diagnóstico tardío y disminuir la tasa de mortalidad.

El detalle de la etapa clínica de pacientes en vigilancia, con cáncer de mama, tabla No. 6, se evidencia que el 33% (51) de la población pertenece a la etapa clínica IIA, seguido por un 14%(21) de la etapa clínica IIB, un 11%(17) en etapa clínica IA, un 10%(15) se encuentran en etapa clínica IIIB y un 7%(13) en estadio 0 o In Situ. Estos resultados al compararlos con la población mexicana estudiada por Castillo y Ávila, el 36% se encontraba en etapa clínica IIA, comparando que dicha etapa es la más frecuente en ambas poblaciones, luego un 25% se encuentra en etapa clínica IIB, evidenciando como en la población mexicana hay mayor porcentaje de diagnóstico de etapas clínicas más avanzadas, sumando un 18% corresponde a etapa clínica IIIB y un 14% en etapa clínica 0.

Según la clasificación molecular del cáncer de mama, existen varios subtipos, siendo el más frecuente el Luminal A en un 67%, el subtipo Luminal B tiene niveles menores de receptores de estrógeno y altos de proliferación celular y existe el subtipo de Luminal B, el HER2neu (34). Al comparar los datos de la literatura con la población del presente estudio, según la gráfica 1, evidenciamos que el 46%(72) pertenecen al Luminal A, seguido en un 25%(39) por el Luminal B, debido a que sabemos que estos tienen receptores de estrógeno como progestágenos positivos, sabemos que las pacientes son candidatas a uso de hormonoterapia, por lo que clasifica a estos tumores como

de buen pronóstico, en comparación con el 6%(10) de tipo triple negativo, el cual es considerado de peor pronóstico junto con HER2neu en un 4%(6), considerando que en este último, se pueden utilizar anticuerpos monoclonales, como el Trastuzumab como terapia neo o adyuvante según el caso de cada paciente.

Por lo que es importante, según los resultados obtenidos en el presente estudio, interrogar a la paciente en su primera cita con todos los datos importantes de edad, escolaridad, paridad, originaria, antecedentes patológicos personales y familiares; así mismo duración de ciclos menstruales, hábitos y manías para identificar algún riesgo en cuanto a estilo de vida, obesidad o sedentarismo, si dieron lactancia materna o si hay un seguimiento de tamizaje para cáncer de mama por arriba de los 40 años; todo esto se debe realizar con el fin de poder caracterizar adecuadamente a las pacientes que asisten a consulta externa de ginecología oncológica, con el fin de mejorar la atención que se les brinda a las pacientes, individualizar cada caso y así tener un tratamiento y seguimiento adecuado.

Conclusiones

1. La caracterización epidemiológica de la población que asiste a la consulta de ginecología oncológica a clínica de mama se encontró un promedio de edad de 62 años, mujeres en etapa de climaterio o menopausia, alfabetas, casadas o unidas y con más de un hijo.
2. El adenocarcinoma ductal infiltrante el tipo histológico más frecuente en nuestra población, tanto en edad reproductiva como en climaterio o menopausia.
3. El factor protector más frecuente fue la lactancia materna y el factor de riesgo más frecuentemente encontrado fue el sedentarismo.
4. La etapa clínica más frecuente en la que se encuentra la población que asiste a la consulta de ginecología oncológica es la etapa clínica IIA.
5. De la clasificación molecular, el Luminal A es el más frecuente en las pacientes que asisten a la consulta externa de ginecología oncológica en un 46%, seguido por el Luminal B en un 25%.

Agradecimientos: A mi asesora Dra. Sandra Victoria Chacón, por ser tan profesional y guiarme de la mejor manera para concluir el estudio. Al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) por permitirnos realizar el estudio con nuestras pacientes de la clínica de mama de ginecología oncológica.

Manifestación de conflicto de interés: Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Referencias Bibliográficas

1. Quiroa Ambrosio M L. Conocimientos y prácticas del autoexamen de mama: en las Auxiliares de Enfermería Comunitaria (AEC) que laboran en el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), San

- Juan Ostuncalco, Quetzaltenango, Guatemala, en los meses de Abril – Mayo 2012. [Tesis de Pregrado]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar. Facultad de Ciencias de la Salud; 2012.
2. Moore K. Embriología clínica. 9 ed. Barcelona: Elsevier Saunders. 2013. Vol I p 211-217.
3. Organización Mundial de la Salud. Cáncer de mama: prevención y control. [En línea]. USA: WHO: Cancer control: knowledge into action; 2007. [citado 12 de Feb 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>
4. Osorio Flores Z M. Cáncer de mama: Perfil clínico, epidemiológico, y terapéutico de pacientes con cáncer de mama del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, durante el periodo comprendido entre el 1 de Enero de 1991 al 31 de Diciembre de 2000. [Tesis de Pregrado]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas; 2001.
5. Zepeda EJ, Recinos E, Cuellar M, Robles C, Maafs E. Clasificación Molecular del Cáncer de Mama. Cir Ciruj. [En línea]. 2008 [citado 30 mayo 2017]. 76 (1): 87-93. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2008/cc081o.pdf>
6. Stuart J, Goldblum J, Shin J. Breast Pathology: Diagnosis and Insights. EEUU. 5 (3); 2012.
7. CONADIC. Consumo de alcohol y tabaco asociados al cáncer de mama. Secretaría de la Salud. [En línea]; México: 2011. [Citado 10 Feb 2015]. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/prensa/boletines2011/cancer_mama.html
8. Peña G Y, Maceo G M, Ávila C D, Utría V L, Más L Y. Factores de riesgo para padecer cáncer de mama en la población femenina. Rev Finlay [En línea]. 2017 [citado 15 Mayo 2020]; 7 (4): 283-289. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v7n4/rf08407.pdf>
9. Acevedo F, Herrera M, Madrid J, Sánchez C. Terapia endocrina neoadyuvante en cáncer de mama, una alternativa de tratamiento e investigación. Rev. méd. [En línea]. 2013 [Citado 30 Mayo 2017]; 141 (3): 367-374. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000300013
10. Beral V, Bull D, Doll R, Peto R, Reeves G. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease. Lancet [En línea]. 2002 [citado 15 Mayo 2020]; 360:187-195. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/08c8/d48dc5580b4a961d1d0dd85824827783da23.pdf>
11. Narod SA, Rodríguez AA. Predisposición genética para el cáncer de mama: Genes BRCA1 y BRCA2. Rev Ciencias Médicas [En línea]. 2011 [citado 3 Jun 2020]; 53 (5): 420-429. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000500010
12. Cárdenas SJ. Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. Factores de Riesgo. 8va ed. México: Elsevier; 2019.
13. Sánchez JR, Verga B. Cáncer de mama: ¿Es posible prevenirlo?

Rev Ciencias Médicas. [En línea]. 2011 [citado 30 Mayo 2017]; 15 (1): 14-28. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942011000100003&lng=es

14. Nevado G MC. El cáncer de mama en la mujer anciana: perfil clínico-biológico, diagnóstico y terapéutico. [Tesis de doctorado en línea]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2011. [citado 5 Jun 2020]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/12497/1/T32291.pdf>

TABLA NO. 1 DATOS GENERALES DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA, DURANTE EL PERIODO DE ENERO – MARZO 2018

Variable	n = 155	Frecuencia	%
Edades	35 – 45 años	23	15
	46-55 años	33	21
	47-65 años	34	22
	66-75 años	39	25
	76-85 años	25	16
	86 años	1	1
Etapas de la vida	Edad Reproductiva (15 - 45 años)	23	14
	Climaterio o Menopausia (46 - 65 años)	66	43
	66 a 80 años o más	66	43
Estado Civil	Soltera	31	20
	Casada o Unida	124	80
Paridad	Nulípara	18	12
	Primípara	55	35
	Pequeña múltipara	67	43
	Gran múltipara	10	7
	No datos	5	3
Escolaridad	Alfabetas	151	97
	No datos	4	3
Religión	Católica	60	38
	Evangelica	57	37
	Otra	10	7
	No datos	28	18

TABLA NO. 2 ESCOLARIDAD COMO FACTOR DE RIESGO SEGÚN ETAPA DE LA VIDA EN CÁNCER DE MAMA

Nivel de Escolaridad	Etapas de la vida			Total %	
N= 155	Edad Reproductiva (15-45 años)	%	Climaterio o menopausia (46-85 años)	%	
Primaria incompleta	2	8	18	13.6	20 13%
Primaria completa	9	39	43	32	52 34%
Secundaria incompleta	6	26	41	31	47 30%
Secundaria completa	4	18	16	12	20 13%
Diversificado	2	9	8	6	10 6.5%
Universidad	0	0	2	1.5	2 1%
No datos	0	0	4	3	2.5%
Total	23	100%	132	100%	100%

TABLA NO. 3 FACTORES DE RIESGO EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA, DURANTE EL PERIODO DE ENERO – MARZO 2018

Variable n= 155	Si	%	No	%	No datos	%	Total
Lactancia materna	107	69	33	22	15	9	155 (100%)
Vida sedentaria	33	21	59	38	63	41	155 (100%)
Fumar	3	2	44	28	108	70	155 (100%)
Consumo de alcohol	0	0	27	17	128	83	155 (100%)
Portadora de Gen BRCA1 o BRCA2	0	0	0	0	155	100	155 (100%)
Obesidad	17	11	24	15	114	74	155 (100%)
Nuliparidad	18	12	134	86	5	3	155 (100%)

TABLA NO. 4 ANTECEDENTES PATOLÓGICOS EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA, DURANTE EL PERIODO DE ENERO – MARZO 2018

Médicos	Número	%
Ca de mama izquierda	72	46
Ca de mama derecha	64	41
Ca de mama bilateral	3	2
Ningún antecedente	4	2
No datos	12	8
Quirúrgicos		
Biopsia escisión	5	3
Mastectomía radical modificada izquierda	47	30
Mastectomía radical modificada derecha	30	19
Mastectomía radical modificada bilateral	1	1
Cirugía conservadora	50	32
Cirugía fuera de la unidad	11	7
No tratamiento al momento del estudio por HTA No controlada	1	1
No datos	10	6
Familiares		
De primera línea (abuela madre, hermana, hija)	22	14
De segunda línea (tías, tíos)	9	6
No datos	124	80

TABLA NO. 5 RESULTADO DE PATOLOGÍA DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA, ENERO – MARZO 2018

Resultado de Patología	Frecuencia	%
1. Adenocarcinoma ductal infiltrante	117	75
2. Adenocarcinoma ductal In situ	13	8
3. Adenocarcinoma intraductal solido	4	3
4. Adenocarcinoma lobulillar in situ	3	2.5
5. No resultado en expediente, patología extrahospitalaria	2	1
6. Adenocarcinoma ductal In situ paget	1	0.5
7. Adenocarcinoma metastásico	1	0.5
8. No datos en sistema	14	9

TABLA NO. 6 ETAPA CLÍNICA DETALLADA DE PACIENTES EN VIGILANCIA CON CÁNCER DE MAMA QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA, ENERO – MARZO 2018

Etapa clínica N= 155	Frecuencia (%)	%
1. In situ (0)	13	8
2. I	14	9
3. IA	17	11
4. IIA	51	33
5. IIB	21	14
6. IIIA	14	9
7. IIIB	15	10
8. IV	4	2
9. No clasificada	6	4

GRÁFICA NO. 1 CLASIFICACIÓN MOLECULAR DE PACIENTES EN VIGILANCIA CON CÁNCER DE MAMA QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA, ENERO – MARZO 2018