



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO**

**EVOLUCIÓN DE CÁNCER DE MAMA  
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2008-2015**

**PRESENTADO POR  
DIEGO ARMANDO VILLALBA RETIZ**

**ASESOR  
DORIS MEDINA ESCOBAR**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN  
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA  
ONCOLÓGICA**

**LIMA – PERÚ  
2018**



**Reconocimiento - No comercial**

**CC BY-NC**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO**

**EVOLUCIÓN DE CÁNCER DE MAMA  
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA  
2008-2015**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA**

**PRESENTADO POR**

**DIEGO VILLALBA RETIZ**

**ASESORA  
MGTR. DORIS MEDINA ESCOBAR**

**LIMA, PERÚ  
2018**

## ÍNDICE

Portada	i
Índice	ii
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>1</b>
1.1 Descripción de la realidad problemática	1
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Objetivos	2
1.3.1 Objetivo general	2
1.3.2 Objetivos específicos	3
1.4 Justificación	3
1.4.1 Importancia	3
1.4.2 Viabilidad	4
1.5 Limitaciones	5
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>6</b>
2.1 Antecedentes	6
2.2 Bases teóricas	8
2.3 Definición de términos básicos	9
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	<b>11</b>
3.1 Formulación de la hipótesis	11
3.2 Variables y su operacionalización	11
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b>	<b>14</b>
4.1 Diseño metodológico	14
4.2 Diseño muestral	14
4.3 Procedimiento de recolección de datos	14
4.4 Procesamiento y análisis de datos	14
4.5 Aspectos éticos	14
<b>CRONOGRAMA</b>	<b>15</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>16</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>18</b>
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumentos de recolección de datos	
3. Solicitud de permiso institucional	

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción de la realidad problemática**

El cáncer de mama es la primera entidad oncológica en mujeres en el mundo y en Perú es el segundo más frecuente. Pero no solo es una enfermedad femenina, sino también está presente en varones, estos son casos más aislados, los cuales también son tratados en la institución.

El cáncer de mama es una enfermedad multifactorial en la que los factores genéticos y ambientales contribuyen a su aparición. En un pequeño porcentaje de los casos, existe una mutación germinal en un gen de predisposición al cáncer de alta penetrancia, el cual es considerado un factor determinante para la aparición de la enfermedad. El cáncer de mama esporádico, que no está causado principalmente por una mutación heredada de alta penetrancia, representa más del 90% de los casos de cáncer de mama en todo el mundo. Se estima que, en promedio, las mujeres que viven hasta los 85 años tendrán una probabilidad de 1 en 9 para desarrollar cáncer de mama. Los factores de riesgo establecidos para el cáncer de mama incluyen factores reproductivos (menarquia temprana, nuliparidad, edad mayor de 30 años en el primer embarazo, uso de anticonceptivos hormonales de alta dosis, menopausia tardía y terapia de reemplazo hormonal), aumento de la edad, alta densidad del tejido mamario y una historia familiar de cáncer, especialmente cáncer de mama. Otros factores que modulan el riesgo de cáncer de mama incluyen factores nutricionales, actividad física, la historia y duración de la lactancia materna, la obesidad en la post-menopausia, fumar, consumo de alcohol, exposición a radiación ionizante y nivel socioeconómico. El cáncer de mama hereditario corresponde a alrededor de un 10-15% de todos los tumores malignos de mama. Entre estos se encuentran los tumores causados por mutaciones germinales de alta penetrancia en los genes BRCA1 y BRCA2. Las mujeres con mutaciones en uno de estos genes presentan un riesgo acumulado de entre el 55% y el 85% de desarrollar cáncer de mama hasta la edad de 70 años y un riesgo del 15% al 65% de desarrollar cáncer de

ovario, dependiendo del tipo y la localización de la mutación. Las características de la historia familiar que sugieren predisposición hereditaria al cáncer de mama incluyen, entre otras, la edad temprana en el momento del diagnóstico, tumores primarios múltiples sincrónicos o metacrónicos, y la asociación con otros tumores como el cáncer de ovario y de próstata. En nuestro país, el protocolo de cribado de cáncer de mama recomendado por el Ministerio de Salud incluye el examen clínico anual de mama para mujeres asintomáticas, entre 40 a 50 años, y cribado mamográfico cada dos años para las mujeres entre las edades de 50 a 69 años.

Esta realidad es de impacto nacional, por lo cual en el año 2007 se funda el Departamento de Oncología en el Hospital María Auxiliadora, como centro de referencia oncológico de una población de 3 000 000 habitantes. Desde entonces, se han tratado pacientes y se ha podido observar la alta frecuencia del cáncer de mama, pero se desconoce su evolución, a pesar de que se realiza seguimiento de cada uno de los pacientes tanto por oncología médica, radioterapia, patología mamaria, anatomía patológica, cirugía de mama y tumores mixtos. Por lo cual surge la necesidad de realizar este estudio.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuál es la evolución del cáncer de mama en el Hospital María Auxiliadora del 2008 al 2015?

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo general**

Evaluar la evolución del cáncer de mama en el Hospital María Auxiliadora del 2008 al 2015.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

Identificar la frecuencia de cáncer de mama por año.

Identificar las características epidemiológicas de los pacientes con cáncer de mama.

Identificar los estadios de diagnóstico y tratamiento ofrecido de los pacientes con cáncer de mama.

Identificar la supervivencia de los pacientes con cáncer de mama.

## **1.4 Justificación**

### **1.4.1 Importancia**

Conocer los datos de pacientes diagnosticados de cáncer de mama en el Hospital María Auxiliadora entre los años 2008 y 2015. El estudio busca datos demográficos, terapéuticos y evolutivos en el periodo y escenario mencionado.

El estudio aporta información de mucho interés para la comprensión del estado del cáncer de mama en el hospital María Auxiliadora y en el país. La información que se conocerá será la distribución por edades del cáncer de mama, así como la distribución por estadios, ya que constituye una medida muy clara de la calidad del diagnóstico en nuestro país, y así evaluar de manera indirecta los programas educacionales y de tamizaje de cáncer de mama.

Además, evaluar el manejo quirúrgico, como otros parámetros de calidad de la proporción de pacientes que realizan cirugía conservadora y biopsia selectiva del ganglio centinela. Así como la administración de solo radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia ayudarán a establecer normas de buenas conductas en el tratamiento del cáncer, así como

realizar un protocolo del manejo de este en la institución. Cabe mencionar, que el departamento de oncología de la institución no cuenta con un protocolo propio de cáncer de mama, por lo cual la realización de este estudio será el primer paso para su ejecución.

En el cáncer de mama, lo más importante es incrementar la supervivencia del paciente, así como los periodos libres de enfermedad, por lo cual el conocer la evolución del cáncer de mama en la institución ayudará a incrementarla al poder mejorar los cánones de tratamiento.

Es importante resaltar que la información recopilada, así como el análisis de esta, será compartida con los diversos servicios y unidades del departamento así como del hospital, lo que fomentará el manejo multidisciplinario del cáncer de mama así como la creación de unidades de cuidados paliativos y manejo del dolor, apoyo psicológico a los pacientes y familiares, etc.

Finalmente, es importante resaltar que los resultados del estudio serán publicados en la página web del hospital como del departamento, para que pueda ser de conocimiento público, y así no solo compartir la información científica, sino educar a la población, y en especial a nuestros pacientes.

#### **1.4.2 Viabilidad**

El estudio es viable ya que los recursos materiales pueden ser cubiertos por el investigador. El tiempo de la ejecución será durante las horas hospitalarias que contempla el residentado médico. Por otro lado, el acceso a la información será contemplado dentro de la normativa de la institución, entiéndase por ello permiso del estudio de las historias clínicas aprobado por la Jefatura de archivo, así como la Dirección General del Hospital.



## 1.5 Limitaciones

El Departamento de Oncología del Hospital María Auxiliadora aun es joven, fundado once años atrás, no hay estudios anteriores sobre el estado de cáncer en la institución, por lo cual los estudios citados en el desarrollo del estudio serán de fuentes latinoamericanas, europeas y un estudio en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) del país.

Además, actualmente, en el estudio oncológico de cáncer de mama, no es suficiente el estadiaje sino la clasificación molecular, pero la institución no cuenta con inmunohistoquímica en el Departamento de Patología, por lo cual no todos los pacientes cuentan con este diagnóstico.

La institución a pesar de tener radioterapeutas no cuenta con equipos de radioterapia, por lo cual los pacientes son referidos para este tratamiento a otros centros, y muchas veces estos resultados no son incorporados a las historias clínicas, por lo cual la recopilación podría ser incompleta en este apartado.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

En 2014, Geicam reporta que la distribución por edades del cáncer de mama en España al diagnóstico es casi el 31% para pacientes menores de 50 años, mientras que 22% para pacientes mayores de 70 años.<sup>1</sup>

En 2014, Cruz *et al.*, reporta que la supervivencia a 5 años de los pacientes diagnosticados con cáncer es 95.7% en estadio I, 88.9% en estadio IIA, 81.4% en estadio IIB, 64% en estadio IIIA, 48.2% en estadio IIIB y 15.4% en estadio IV.<sup>2</sup>

En 2013 Albuquerque *et al.*, presenta resultados sobre cómo se ha reducido el cáncer de mama en personas mayores de 50 y se ha incrementado en las menores de esa edad.<sup>3</sup>

En 2013, Leao *et al.*, señala que la educación en general es muy importante, y aun más la inversión en esta misma; además, se requiere minimizar los riesgos a través de prácticas, esencialmente en personas de alto riesgo.<sup>4</sup>

En 2013 Flória *et al.*, manifiesta que el cáncer de mama de aparición espontánea y hereditarios, son los principales desafíos para la promoción de la salud y la prevención del cáncer dentro de la práctica de salud.<sup>5</sup>

En 2013 Jacome *et al.*, también informa sobre la importancia de fortalecer la educación en casos de cáncer de mama sobre la información que poseen las mujeres sobre los factores de riesgo del cáncer de mama, se concluyó que quienes tienen menos conocimiento padecen esta enfermedad en comparación con aquellas que no poseen la enfermedad y conocen más sobre esta.<sup>6</sup>

En 2012, INCA, reporta que el cáncer de mama es diagnóstico mayormente en estadios avanzados, debido a la dificultad de acceso de salud de la población general, este hecho asegura que la mortalidad sea elevada.<sup>7</sup>

En 2012, Soares *et al.*, señala los pacientes en la zona norte del Brasil tenían el 20,1% como antecedentes familiares como factor de riesgo.<sup>8</sup>

En 2012, Achatz *et al.*, expresa que para efectuar diversas estrategias que permitan la prevención o el diagnóstico precoz de esta enfermedad es importante que se identifique con prontitud.<sup>9</sup>

En 2011, Caba *et al.*, reporta que de todos los casos, el 31,6 % mostró metástasis múltiple, con 74,7 % en un rango de edad entre 56 a 94 años; se destaca que el 70, 2% eran pacientes con menopausia y sin tratamiento hormonal (46-65 años).<sup>10</sup>

En 2011, MacDonald *et al.*, manifiesta que el cáncer de mama heredo-familiar representa el 12% de todas neoplasias de mama.<sup>11</sup>

En 2011 Batiston *et al.*, encontró que 393 mujeres usuarias de un programa denominado ESF, la mitad de ellas no tenían factor riesgo de cáncer de mama y solo 28% tenía un factor.<sup>12</sup>

En 2010 Jemal *et al.*, ubica a las neoplasias como la principal causa de mortalidad por enfermedades no transmisibles. La neoplasia maligna de mama es la más frecuente y la segunda con mayor mortalidad en el mundo.<sup>13</sup>

En 2009 Rezende *et al.*, describe algunos criterios de riesgo para las neoplasias mamarias, como mayores de 50 años, factores reproductivos, y antecedentes hereditarios, sobre todo mama.<sup>14</sup>

En 2009 Tiezzi *et al.*, indica como sugerencia realizar el examen de mama y la mamografía desde la edad de 35 años, aunque usualmente no hay una edad estandarizada en los diferentes protocolos.<sup>15</sup>

## **2.2 Bases teóricas**

Las neoplasias malignas de mama son las más frecuentes en las mujeres. Las últimas estimaciones según Globocan 2012 diagnostican 1,38 millones de casos nuevos en la población femenina a nivel global. En los países menos desarrollados la incidencia se sitúa por debajo de los 40 casos por 100 000 mujeres año, por otro lado en Europa Occidental y Estados Unidos, las tasas superan los 80 casos por 100 000 mujeres año.

En nuestro país, actualmente se diagnostican cada año 26.000 casos nuevos. La frecuencia está aumentando en los países en desarrollo, mientras que en los más desarrollados la incidencia es estable.

En países desarrollados la incidencia del cáncer estaría disminuyendo en relación a factores como:

- 1) Disminución del uso de terapia de reemplazo hormonal.
- 2) Adecuada implementación de programas de tamizaje.

Las tasas de mortalidad de cáncer de mama oscilan entre 6 y 19 casos por 100 000 mujeres sanas y revelan un patrón geográfico más homogéneo; por ello, tienen también mejor pronóstico. El cáncer de mama ocasiona la muerte de casi 500 000 mujeres cada año en el mundo.

Las cifras de supervivencia en nuestro país coinciden con las de Europa (83 %) y de EE. UU. (81,8 %) tras el diagnóstico y después de 5 años.

La información disponible de cáncer de mama en varones es mucho más escasa y 100 veces menos frecuente que en las mujeres; por ello, está tipificado como “enfermedad rara”.

Se ha estimado que 2% de los años de vida perdidos debido a muerte o discapacidad son consecuencia de neoplasia maligna mamaria. La edad promedio en nuestro país es 54 años, debido a que las posibilidades terapéuticas de curación son limitadas por el diagnóstico pues solo un 69,5% de la población cuenta con un sistema de cobertura en salud.

Las neoplasias malignas serían responsables del 8% de la carga de enfermedad, según la Organización Mundial de la Salud. En el caso de la población asintomática se ha demostrado que la exploración clínica o autoexploración mamaria no determinan beneficios y que la mamografía es el método de tamizaje más efectivo.

Son frecuentes los daños que provienen del sobre diagnóstico ya que pacientes son sometidas a exámenes invasivos o tratamientos quirúrgicos innecesarios.

En Perú, se ha incrementado un plan denominado “Esperanza” y el Estado se ha planteado el objetivo de realizar al menos una mamografía al 30% de pacientes mayores de 40 años.

### **2.3 Definición de términos básicos**

**Cáncer:** Se define por la proliferación acelerada, y descontrolada de las células de un tejido que atacan localmente y tiene capacidad de invasión a distancia (metástasis).

**Estadaje:** Clasificación de la extensión y gravedad de una enfermedad cancerosa. Indica el pronóstico de la enfermedad neoplásica.

**Hormonoterapia:** Tratamiento que actúan alterando la producción o impidiendo la acción de los estrógenos o de la testosterona sobre los órganos. Algunos pacientes en cáncer de mama y próstata son tributarios de este mismo.

**Inmunohistoquímica:** Técnica de tinción que permite corroborar la presencia de antígenos en células o tejidos. Esta reacción es visible sólo si el anticuerpo está marcado.

**Quimioterapia:** Tratamiento médico basado en la administración citostáticos o citotóxicos. El mecanismo de acción es provocar una alteración celular en cualquiera de las fases de esta misma.

**Radioterapia:** Tratamiento basado en el uso de radiaciones para eliminar las células tumorales. Es un tratamiento local que ataca células malignas e impide su proliferación.

**Recidiva:** Reactivación de síntomas compatible con una entidad patológica luego de un tiempo libre de enfermedad.

## CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

### 3.1 Formulación de la hipótesis

No es necesaria la formulación de la hipótesis, dado que es un estudio descriptivo.

### 3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías	Valores de las categorías	Medio de verificación
Edad	Número de años cumplidos	Cuantitativo	años	Ordinal	1 al 100		Historia clínica
Sexo	Identidad de género	Cualitativo	Genero	Nominal	Masculino Femenino		Historia clínica
Menopausia	Estado de menopausia al diagnóstico de la enfermedad	Cualitativo	Ausencia o presencia de menstruación	Nominal	Premenopausica Posmenopausica		Historia clínica
Lactancia	Si tuvo paridad, dio lactancia materna	Cualitativo	Ausencia o presencia de lactancia	Nominal	Si No		Historia clínica
Cáncer en familia	Antecedente de cáncer en la familia	Cualitativo	Ausencia o presencia de cáncer de mama familiar	Nominal	Si No		Historia clínica
Mamografía	Mamografía en la primera consulta	Cuantitativo	BIRADS	Ordinal	1 2 3 4 5 6	Normal Lesión benigna Lesión probablemente benigna Lesión probablemente maligna Lesión con alta sospecha Lesión con patología	Historia clínica

Cáncer de Mama	Diagnóstico histopatológico de Cáncer de mama	Cualitativo	Ausencia o presencia de diagnóstico patológico	Nominal	Sí No		Historia clínica
Edad de diagnóstico	Edad de la paciente al diagnóstico de la enfermedad	Cuantitativo	Edad de diagnóstico	Ordinal	años	1 al 100	Historia clínica
Estadio de diagnóstico	Estadio clínico al diagnóstico de la enfermedad	Cualitativo	Estadio clínico de acuerdo a TNM	Ordinal	Tis Ia Ib IIa IIb IIIa IIIb IIIc IV		Historia clínica
Histología	Tipo y subtipo histológico al diagnóstico de la enfermedad	Cualitativo	Histología según WHO	Nominal	In situ Ductal Lobulillar		Historia clínica
Grado	Grado de diferenciación nuclear al diagnóstico de la enfermedad	Cualitativo	Diferenciación según WHO	Ordinal	G1  G2  G3	Diferenciación leve Diferenciación moderada Indiferenciado	Historia clínica
Inmuno - histoquímica	Tipo molecular de la enfermedad	Cualitativo	Grado molecular según receptores WHO	Nominal	Luminal A Luminal B Erb2 Triple negativo	RE RP Ki <14 RE RP Ki >14 ERB2 -	Historia clínica
Metástasis	Metástasis a distancia por tejido	Cualitativo	Metástasis de acuerdo a estudios de extensión	Nominal	Pulmón Huesos Hígado Otros		Historia clínica
Quimioterapia Neoadyuvante	Recibió quimioterapia neoadyuvante	Cualitativo	Ausencia o presencia de quimioterapia neoadyuvante	Nominal	Sí No		Historia clínica
Quimioterapia	Recibió quimioterapia	Cualitativo	Ausencia o presencia de	Nominal	Sí No		Historia clínica



	a adyuvante		quimioterapia				
Respuesta	Tipo de respuesta clínica luego de quimioterapia a neoadyuvante	Cualitativo	Respuesta clínica de acuerdo a WHO	Nominal	Completa Parcial Enfermedad estable Recurrencia	>70% >30% <30%	Historia clínica
Radioterapia	Recibió radioterapia externa adyuvante	Cualitativo	Ausencia o presencia de radioterapia	Nominal	Sí No		Historia clínica
Hormonoterapia	Recibió hormonoterapia	Cualitativo	Ausencia o presencia de hormonoterapia	Nominal	Sí No		Historia clínica
Cirugía radical	Se realizó mastectomía radical	Cualitativo	Ausencia o presencia de cirugía radical	Nominal	Sí No		Historia clínica
Cirugía conservadora	Se realizó cirugía de conservación	Cualitativo	Ausencia o presencia de cirugía conservadora	Nominal	Sí No		Historia clínica
Situación actual	Estado del paciente al momento del estudio	Cualitativo	Estado actual del paciente en supervivencia	Nominal	Vivo sin enfermedad Vivo con enfermedad Muerto		Historia clínica

## **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA**

### **4.1 Diseño metodológico**

Es un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo y de enfoque cuantitativo.

### **4.2 Diseño muestral**

La población son todas las historias clínicas de los pacientes atendidos en el servicio de Patología Mamaria en el Hospital María Auxiliadora entre el 2008 y 2015.

La muestra son todas las historias clínicas de los pacientes atendidos en el servicio de Patología Mamaria con patología compatible con Cáncer de mama en Hospital María Auxiliadora entre el 2008 y 2015

### **4.3 Procesamiento y recolección de datos.**

Ficha de recolección de datos.

### **4.4 Procesamiento y análisis de datos**

Se usará paquete estadístico SPSS, para realizar estadística descriptiva (medidas de tendencia central y de dispersión) y estadística inferencial (análisis de regresión de Cox y Chi cuadrado).

### **4.5 Aspectos éticos**

La información recolectada mantendrá el anonimato de los pacientes.

## CRONOGRAMA

Etapas	2016							Oct.	Nov.	Dic.	Enero	
	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep.	Febrero				
Elaboración del proyecto	X	X	X									
Presentación del proyecto				X								
Elaboración de la Informe												
Introducción				X								
Elaboración de Marco teórico				X	X							
Elaboración de Metodología					X							
Recolección de datos					X	X	X					
Elaboración de Resultados							X					
Elaboración de la Discusión							X					
Elaboración de Fuentes de Información								X				
Elaboración de Anexos									X			
Corrección de Informe										X	X	
Presentación de Informe												X

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. [Geicam](#). Guía clínica del cáncer de mama. El Álamo. Madrid. 2014.
2. Cruz *et al*. Análisis de la situación de cáncer de mama en el Perú. INEN. Lima 2014.
3. [Leão MRC](#), [Pinto ACO](#), [Braga DB](#). Cuidados de [Enfermagem](#) nos [Níveis de Prevenção](#) da [História Natural](#) do [Câncer de Mama](#). [Percurso Acadêmico](#). 2013.
4. [Flória-Santos M](#), [Santos EMM](#), [Nascimento LC](#), [Pereira da SG](#), [Ferreira BR](#), [Miranda DO](#). Et al. Práctica de lo enfermero en oncología en la perspectiva de la genética y genómica. [Enferm](#). 2013.
5. [Jacome EM](#), [Silva RM](#), [Gonçalves MLC](#), [Collares PMC](#), [Barbosa IL](#). [Detecção do Câncer de Mama: Conhecimento, Atitude e Prática dos Médicos e Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Mossoró, RN, Brasil](#). [Rev. Bras. Cancerol](#). 2013.
6. [Ministério da Saúde \(BR\)](#). Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2012: câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA 2012.
7. [Soares PBM](#), [Quirino FS](#), [Souza WP](#), [Gonçalves RCR](#), [Martelli DRB](#), [Silveira MF](#). *et al*. Características das [mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de câncer](#) a do Norte de Minas Gerais. [Rev. Bras. Epidemiol](#). 2012.
8. [Achatz, MIW](#). A [oncogenética](#) e o [desafio da identificação das famílias de alto risco](#). [Onco&](#), 2012.
9. [Caba et al](#), [Caracterización epidemiológica y evolución del cáncer de mama en Arica y Parinacota](#). Arica 2013.
10. [MacDonald DJ](#). [Germline Mutations in Cancer Susceptibility Genes: An Overview for Nurses Seminars in Oncology Nursing](#). 2011.
11. [Batiston AP](#), [Tamaki EM](#), [Souza LA](#), [Santos MLM](#). [Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos](#). [Rev. Bras. Saúde Mater. Infant](#). 2011.
12. [Jemal A](#), [Siegel R](#), [Xu J](#), [Ward E](#). Cancer statistics, 2010. [CA Cancer J Clin](#). 2010.
13. [Albuquerque et al](#), [Evolución de la mortalidad del cáncer de mama en mujeres jóvenes](#), Rio de Janeiro 2013.

14. Rezende MCR, Koch HA, Figueiredo JA, Thuler LCS. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de câncer do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2009.
15. Tiezzi DG, Epidemiologia do câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2009; 31(5):213-5.
16. Singletary SE. Rating the risk factors for breast cancer. *Ann Surg.* 2003.
17. Ministerio da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. *Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço.* Instituto Nacional de Câncer. 3ª ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.
18. Theriault RL, Hahn KM. Chapter 27. *Special Situations in Breast Cancer.* In: Kantarjian HM, Wolff RA, Koller CA (Eds). *The MD Anderson Manual of Medical Oncology.* 2<sup>nd</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 2011
19. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. *Controle do câncer de mama: documento de consenso.* 2004.
20. Silva PA, Riul SS. *Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce.* *Rev. Bras. Enferm.* 2011.
21. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. *Ações e Programas no Brasil – Controle do Câncer de Mama.*
22. Sociedade Brasileira de Mastologia. *Recomendações da X Reunião Nacional de Consenso Sociedade Brasileira de Mastologia. Rastreamento do Câncer de Mama na Mulher Brasileira.* São Paulo, 28 de novembro de 2008.
23. Pereira BCS, Guimarães HCQCP. *Conhecimento sobre câncer de mama em usuárias do serviço público.* *Rev Inst Ciênc Saúde.* 2008.
24. Silva TBC, MacDonald DJ, Ferraz VEF, Nascimento LC, Santos CB, Lopes-Junior LC, et al. *Percepção de causas e risco oncológico, história familiar e comportamentos preventivos de câncer em aconselhamento oncogenético.* *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2013.
25. Palmero EI, Caleffi M, Schüler-Faccini L, Roth FL, Kalakun L, Netto CB Oliveira, et al. Population prevalence of hereditary breast cancer phenotypes and implementation of a genetic cancer risk assessment program in southern Brazil. *Genet. Mol. Biol.* 2009.

## ANEXOS

### Anexo n.º 1: Matriz de consistencia

Título de la investigación	Pregunta de investigación	Objetivos de la investigación	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
Evolución de cáncer de mama Hospital María Auxiliadora 2008-2015	¿Cuál es la evolución del cáncer de mama en el Hospital María Auxiliadora del 2008 al 2015?	Evaluar la evolución del cáncer de mama en el Hospital María Auxiliadora del 2008 al 2015.	Estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo y de enfoque cuantitativo.	La población está conformada por todas las historias clínicas de los pacientes atendidos en el servicio de Patología Mamaria en el Hospital María Auxiliadora entre el 2008 y 2015. Procesamiento con SPSS.	Ficha de recolección de datos

## Anexo n.º 2: Ficha de recolección de datos

Edad	___ años
Sexo	M ___ F ___
Menopausia	<del>Premenopausica</del> ___ <del>Postmenopausica</del> ___
Lactancia	Sí ___ No ___
Cáncer en familia	Sí ___ No ___
Mamografía	1 Normal ___ 2 Lesión benigna ___ 3 Lesión probablemente benigna ___ 4 <del>Lesión</del> probablemente maligna ___ 5 <del>Lesión</del> alta malignidad ___ 6 <del>Lesión</del> maligna ___
Cáncer de Mama	Sí ___ No ___
Edad de diagnóstico	___ años
Estadio de diagnóstico	0 ___ Ia ___ Ib ___ <del>Ia</del> ___ <del>Ib</del> ___ <del>IIa</del> ___ <del>IIb</del> ___ <del>IIc</del> ___ IV ___
Histología	In situ ___ Ductal ___ <del>Lobulillar</del> ___
Grado	G1 ___ G2 ___ G3 ___

<del>Imunohistoquímica</del>	Luminal A ___ <del>Luminal B</del> ___ Erb2 ___ Triple negativo ___
Metástasis	Pulmón ___ Huesos ___ Hígado ___ Otros ___
Quimioterapia <del>Neoadyuvante</del>	Sí ___ No ___
Quimioterapia	Sí ___ No ___
Respuesta	Completa ___ Parcial ___ EE ___ Recurrencia ___
Radioterapia	Sí ___ No ___
Hormonoterapia	Sí ___ No ___
Cirugía radical	Sí ___ No ___
Cirugía conservadora	Sí ___ No ___
Situación actual	Vivo sin <del>enfer.</del> ___ Vivo con <del>enfer.</del> ___ Muerto ___

### Anexo n.º 3: Solicitud de permiso institucional

**MEMO N° 179 - 2016-HMA - DPTO. ONC.**

A : M.C. Jorge Polo Cortez  
Director de la Oficina de apoyo a la docencia e Investigación

ASUNTO : Autorización de ejecución de proyecto de Investigación

FECHA : 03 de Junio de 2016

Saludándolo cordialmente me dirijo a Usted para informarle que el MR2 de Cirugía Oncológica, Diego Armando VILLALBA RETIZ, de la Universidad de San Martín de Porres, está presentando su tesis de proyecto de investigación sobre **"Evolución de cáncer de mama en Hospital María auxiliadora 2007 – 2015"**.

Motivo por el cual, me dirijo a su Despacho para solicitar se sirva realizar la gestión administrativa pertinente para autorizar la realización de dicho proyecto

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA

  
Dra. REINA I. BUSTAMANTE CORONADO  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA  
C.M.R. 25571 R.M.E. 17512

