



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas; del cáncer de mama no metastásico en pacientes mujeres evaluadas en el servicio de cirugía oncológica del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Periodo 2015-2019; Callao, Perú.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Cirugía Oncológica

AUTOR

Vigo Quiroz, Alfredo Benjamin
(ORCID:009-0007-4472-8537)

ASESOR

Lee Basso, Ernesto Armando
(ORCID:009-0007-0998-1289)

Lima, Perú

2021

Metadatos Complementarios

Datos de autor

Vigo Quiroz, Alfredo Benjamin

Tipo de documento de identidad del AUTOR: DNI

Número de documento de identidad del AUTOR: 32984980

Datos de asesor

Lee Basso, Ernesto Armando

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: 09533750

Datos del Comité de la Especialidad

PRESIDENTE: Jauregui Francia, Filomeno Teodoro

DNI: 08738668

Orcid: 0000-0002-0101-8240

SECRETARIO: Orellana Vicuña, Arturo Aurelio

DNI: 21121821

Orcid: 0000-0002-8372-2222

VOCAL: Santillana Callirgos, Juan Alberto

DNI: 09295733

Orcid: 0009-0003-4681-5873

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.11

Código del Programa: 912229

Índice	
CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción de la realidad problemática	4
1.2 Formulación del problema	5
1.3 Objetivos	5
1.4 Justificación	6
1.5 Delimitaciones	7
1.6 Viabilidad	7
CAPITULO II MARCO TEORICO	
2.1 Antecedentes de la investigación	8
2.2 Bases teóricas	9
2.3 Definiciones conceptuales	11
CAPITULO III METODOLOGIA	
3.1 Tipo de estudio	15
3.2 Diseño	15
3.3 Población y muestra	15
3.4 Operacionalización de variables	16
3.5 Técnicas de recolección de datos. Instrumentos	25
3.6 Técnicas para el procesamiento de la información	25
3.7 Aspectos éticos	25
CAPITULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA	
4.1 Recursos	26
4.2 Cronograma	26
4.3 Presupuesto	26
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	27
ANEXOS	
1. Instrumentos de recolección de datos	32
2. Solicitud de permiso institucional	35

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.- Descripción de la realidad problemática.

El cáncer, considerado un problema mundial de salud pública, resultado del alto número de muertes y por la discapacidad que genera. Se cree que mundialmente se observan alrededor 12.7 millones de diagnósticos nuevos de cáncer todos los años.^(1,2) Se le asocia al cáncer con determinantes sociales de la salud⁽²⁾, por ejemplo: grado socioeconómico, el grado de educación, las condiciones de trabajo, la calidad de recursos esenciales como agua y varios servicios sanitarios, factores de riesgo, mala alimentación y un estilo de vida no saludable, también condiciones estructurales relacionadas a políticas públicas, la sociedad social y económica, la cultura y el medio ambiente; lo que hace complejo su abordaje, ya que es viable mirar zonas con más mortalidad por ciertas clases de cáncer, así también diferencias entre hombres y mujeres.⁽³⁾ Al mismo tiempo, se evidencia una disparidad en las muertes por este mal, concretamente en áreas de escasos recursos, fuera de los centros metropolitanos, porque las mujeres son diagnosticadas con mayor frecuencia en fases avanzadas; cuando el tratamiento es menos probable que sea exitoso.⁽⁴⁾

El cáncer de mama, tumor maligno bastante común en todas las mujeres, y la segunda razón de muerte. Cada año aproximadamente 1.7 millones de diagnósticos y mueren 522,000 debido a ello.⁽⁵⁾ Según GLOBOCAN 2018; en el mundo la muerte por cáncer mama es de 13 por cada 100 000 pobladores; con una incidencia de 46.3 por cada 100000⁽⁶⁾ Se muestran 45% de casos en países de escasos medios (765,000); 55% de fallecimiento debido a este mal, suceden en estos países (287,100); siendo la tasa de mortalidad universal 13.2 x 100,000, y oscila entre 8.8 en el continente asiático y 19.7 en el continente europeo occidental.⁽⁵⁾ En Latinoamérica a partir del 2000 la Organización Mundial de la Salud indicó una mayor tendencia al aumento de cáncer de mama. En 2008 la Organización Panamericana Sanitaria (OPS) reportó en esta zona 320,000 casos y se cree que para 2030 habrá aumento de 60%^(7,8,9)

En el año 2016 el Perú ejecutó una estrategia nacional de control del cáncer: el Plan Esperanza; cual finalidad era mejorar los servicios de atención del cáncer^(10,11) de manera progresiva teniendo en cuenta el avance tecnológico y la disponibilidad de recursos,^(12,13) y minimizar la carga y la repercusión de los cánceres de cuello uterino, mama, pulmón, estómago y próstata.^(10,11)

La evaluación de este escenario del cáncer en el Perú 2018, refleja que la inclinación y muertes por cáncer se manifiestan mayor parte por factores sociales de la salud (pobreza, educación) y exposición a factores de riesgo. Los reportes de la Encuesta Nacional de Hogares reflejan que la miseria en el Perú en los últimos 11 años muestra una disminución, de 32,0% en 2007 a 17,4% en 2017.^(6,14,15) Las tasas de incidencia y muertes por este padecimiento continúan incrementando en Perú, y se proyecta que las muertes relacionadas aumentarán de 1208 en 2012 a 2054 en 2030.⁽¹⁶⁾ La mortalidad de cáncer mama en el Perú; según GLOBOCAN 2018 es de 10,3 por cada 100 000 habitantes, segunda más altas del país; con una incidencia de 40 por cada 100000; la más alta de nuestro país.⁽⁶⁾

En el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, del Callao-Perú se requiere identificar las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas; del Cáncer de Mama no metastásico en mujeres evaluadas en el servicio de cirugía oncológica.

1.2 Formulación del problema.

¿Cuáles son las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas; del Cáncer de Mama no metastásico en pacientes mujeres evaluadas en el Servicio de Cirugía Oncológica del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, periodo 2015-2019; Callao, Perú?

1.3 Objetivos.

1.3.1 Objetivo General.

Determinar las características clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas; del Cáncer de Mama no metastásicos en pacientes mujeres evaluadas en el Servicio de Cirugía Oncológica del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, periodo 2015-2019; Callao, Perú.

1.3.2 Objetivos Específicos.

1. Determinar la incidencia de cáncer de mama no metastásico en pacientes mujeres atendidas en el servicio de Cirugía Oncológica del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, periodo 2015-2019; Callao, Perú.
2. Identificar los precedentes familiares de cáncer de mama, obesidad, exposición a radiaciones, menarca temprana, uso de hormonales y la menopausia tardía en la población de estudio.

3. Determinar el cuadro clínico más común en la población estudiada.
4. Determinar la localización anatómica más usual del cáncer de mama no metastásico en la población de estudio.
5. Determinar la frecuencia de cáncer de mama invasivo de acuerdo al tipo histológico, subtipo molecular y grado de diferenciación en la población de estudio.
6. Determinar el estadio clínico del cáncer de mama invasivo más común al momento del diagnóstico en la población de estudio.
7. Determinar el tipo de tratamiento inicial instaurado con mayor frecuencia en la población de estudio.
8. Determinar el tipo de tratamiento quirúrgico con mayor frecuencia en la población de estudio.
9. Determinar el patrón mamográfico presentado con mayor frecuencia en la población de estudio.
10. Determinar el margen de resección quirúrgico que se obtuvo con mayor frecuencia en la población de estudio.

1.4 Justificación del estudio.

Es atrayente ver como la repercusión del cáncer de mama se ha reducido en países industrializados, así como la mortalidad, esto es por programas que detectan y diagnostican precozmente, no obstante, en países subdesarrollados como Perú, todavía se preserva. ⁽²⁰⁾ En la actualidad se considera la segunda razón de muerte por cáncer,⁽¹⁾ a causa que mayor parte de los enfermos reflejan estadios avanzados de la patología.⁽²¹⁾ Ello tiene relación a la falta de un cribado mamográfico y/o ultrasonido oportuno; inequidad al acceso y coberturas de salud; que nos conlleve a realizar diagnóstico en estadios iniciales para administrar el procedimiento correcto y evadir la progresión de la enfermedad.⁽²⁹⁾ Por consiguiente, el cáncer mama ha condicionado un efecto epidemiológico como causal de muerte en la población adulta mujer en distintas latitudes de todo el mundo, de la misma forma es visto en nuestro medio Latino-Americano; es por esto el valor de brindar a nuestra población un diagnóstico oportuno y manejo óptimo conforme con las pruebas científicas de todo el mundo sobre manejo del de este mal.⁽³⁰⁾ En el Hospital Nacional Docente Daniel Alcides Carrión no han hecho ningún análisis sobre las características epidemiológicas relacionados a este mal, en el servicio de

Cirugía Oncológica. La finalidad de este trabajo es detallar las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de las pacientes con Cáncer de mama no metastásico. Los resultados conseguidos van a ser proporcionados al Servicio de Cirugía Oncológica, y la oficina de Estadística del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión con la finalidad de contar con un banco de datos, identificar la población susceptible y tomar conciencia acerca de la enfermedad.

1.5 Delimitación.

Las pacientes diagnosticadas con anatomo-patológico de cáncer de mama no metastásico, y acudieron por consultorio externo del servicio de cirugía oncológica del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao, entre el año 2015 y 2019.

1.6 Viabilidad.

La institución autorizó el estudio y tiene la ayuda de los expertos y los medios económicos para llevarla a cabo. Se podrá acceder a la información de historias clínicas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao por medio de su base de datos del Qlick View y CIE-10.

II. MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de Investigación.

Liliana Larrea Fernández et al en su estudio “Características clínico patológicas del cáncer de mama en mujeres menores de cincuenta años, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2009–2010” halló una media de edad de:41.3 con DE ± 4.6 , con un más grande alcance durante los 41-49 años (62.7%). La ubicación más frecuente del tumor fue en la mama derecha (52%), específicamente en el cuadrante superior externo (CSE) (53.3%). Un total del 89.33% de los casos presentó síntomas, siendo el signo más común una masa palpable (68%). El 80% de los tumores tenían un tamaño igual o superior a 2 cm, mientras que el 69.3% mostró compromiso ganglionar. El estadio clínico más común fue el II (48%), mientras que solo un 2.67% de los casos reflejaron un estadio clínico IV. El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma ductal infiltrante (94.7%), con un grado histológico III en el 72% de los casos y un grado nuclear III en el 61.3%. Respecto a la expresión de receptores, el 29.3%, el 26.7%, el 29.3% y el 14.7% mostraron compatibilidad con los subtipos luminal A, luminal B, Her-2 y triple negativo, respectivamente. Un porcentaje del 88%, el 73.3%, el 98.7% y el 64% de los pacientes recibieron quimioterapia, radioterapia, cirugía y hormonoterapia, respectivamente. Finalmente, el 26.7% de los casos experimentaron recurrencia, principalmente en la región local (35%).⁽²⁷⁾

Gonzalo Arturo Medina Bueno et al en su estudio “Características clínicas y pronósticas de los subtipos moleculares de cáncer de mama establecidos por inmunohistoquímica. Arequipa, Perú” encontró que los distintos subtipos de carcinomas de mama tenían la siguiente distribución: el 37,5% correspondía al tipo luminal A, con un total de 105 casos; el 31,4% era luminal B, con 88 casos; los carcinomas HER2 representaban el 16,4%, con 46 casos, mientras que el tipo triple negativo constituía el 14,6%, con 41 casos. Es importante destacar que los carcinomas de tipo luminal a menudo presentaban características tumorales diferentes, como ganglios axilares negativos, tamaño tumoral similar y estadio comparable; en tanto los tumores HER2 y triple negativo mostraron más grande cantidad de tumores escasamente diferentes, compromiso ganglionar axilar, y menor sobrevida universal.⁽²²⁾

Jaime Siegrist Ridruejo et al en su trabajo “Estado de los márgenes quirúrgicos y riesgo de recidiva locoregional en cirugía conservadora del cáncer de mama. ¿qué distancia se tendrá en cuenta como margen afecto?” halló una distancia al margen final en el 56,4% de la muestra (n=475). La distancia como variable se agrupó con una reducción significativa en el riesgo de RLR, así como cuando se eliminaron los casos marginalmente afectados. En los estudios multivariados, se encontró que la distancia era un factor significativo al ajustar el modelo considerando tanto el margen afectado como otras variables de confusión (HR 0,75; IC 95% 0,65 a 0,87). La proximidad al margen se asoció con un mayor riesgo de RLR y RL en el análisis multivariante, tanto en casos de carcinoma infiltrante como intraductal. ⁽³¹⁾

2.2 Bases Teóricas.

El cáncer de mama suele ser esporádico (90%) cerca del 10% posee una mutación genética hereditaria. El peligro aumenta proporcionalmente con la edad de la mujer desde los 40 años, siendo componentes de gran incidencia son el precedente primordial de este mal, ya sea en la mamá, hermana o hija, la existencia de mutaciones en los genes BRCA 1 y BRCA 2; precedente de que tuvo alguna lesión en biopsia de tejido mamario con atipias citológicas (hiperplasia ductal o lobulillar atípicas); y también que tuvo que pasar por radioterapia en el tórax durante la niñez, adolescencia o tuvo una exposición prolongada de hormonas (menarquía temprana y menopausia tardía). Generalmente, estos aspectos no son cambiables y aumentan doblemente o a veces triple el peligro de aparecer cáncer de mama. Las características adicionales están ligadas directamente al estilo de vida que se lleva (como empezar a tener hijos más tarde en la vida, no haber tenido hijos antes, no haber amamantado, tener problemas de obesidad o sedentarismo, consumir hormonas durante períodos prolongados, beber alcohol o fumar, tener sobrepeso, retrasar el inicio de la reproducción y tener el primer embarazo después de los 30 años y el usar hormonas en la menopausia y son modificables).⁽¹⁷⁾ Debido a que generalmente los cánceres son esporádicos, la mejor forma de reducir el peligro es cambiar la forma de vida, esto precisa educación, información y convencimiento a fin de que exista corresponsabilidad en las mujeres.^(18,19,20) Quizás uno de los avances más resaltantes en el procedimiento del cáncer de mama y comprensión, vino con el desarrollo del perfil molecular de cáncer de mama la cual caracteriza cuatro subtipos moleculares distintos; estos definen la biología

del tumor y se correlacionan con los resultados y son ampliamente descrito como luminal A, luminal B, HER2 neu, y Basal o triples negativos.^(21,22) Los carcinomas invasivos de mama tienden a ser tumores histológicamente heterogéneos. La gran mayoría son adenocarcinomas que surgen de las unidades lobulares ductales terminales. Hay cinco variantes histológicas comunes de adenocarcinoma mamario, siendo el carcinoma ductal invasivo el de mayor presentación y representa el 75%. El diagnóstico de cáncer de mama ha sufrido una evolución espectacular en los últimos 25 años.

Anteriormente, la mayoría de los cánceres de mama fueron detectados por autoexamen, sin embargo, con la adopción del cribado mamográfico, ultrasonido y RMN mama, se ha producido un mayor desplazamiento hacia el diagnóstico de lesiones no palpables.^(21,23,24,25) En la actualidad, la biopsia con aguja de corte gruesa, se convirtió en un instrumento de evaluación diagnóstica para lesiones tanto palpables como no palpables de la mama, impidiendo biopsias escisionales, reduce costos y disminuye peligros en la paciente, teniendo poquísimas modificaciones del tejido mamario, esto podrían variar el seguimiento en mastografías posteriores.⁽²⁶⁾ La evaluación se centra en la historia completa y un examen físico, radiológico y el diagnóstico histológico. Entre los síntomas y signos tenemos: el dolor de mama y la secreción del pezón, malestar general, dolor óseo y la pérdida de peso, cambios en coloración de piel de mama; retracción de pezón. El enfoque de tratamiento consiste precisar el estadio clínico del cáncer de mama y su perfil de comportamiento molecular; para iniciar ya sea una terapia regional local con cirugía conservadora de mama o mastectomía total con estadificación axilar a través de la disección de nódulo centinela axilar; y radioterapia cuando esté indicado el tratamiento adyuvante complementario. En caso de cáncer de mama específicamente avanzado; el tratamiento estándar en pacientes se da con un enfoque de terapia sistémica neoadyuvante seguida de cirugía radical de mama y/o radioterapia adyuvante.^(22,31)

En nuestro medio, generalmente pacientes con este padecimiento son detectadas en estadios avanzados de este padecimiento,⁽²⁷⁾ el 57% de las mujeres son diagnosticadas en estadio III y IV a nivel nacional.⁽²⁸⁾ Si se implementaran programas que se enfoquen en la prevención y detección temprana del cáncer de mama, este desafío podría disminuir significativamente. Esto se lograría mediante un adecuado entendimiento de los factores de riesgo, así como un estudio y manejo

adecuado de las pacientes, lo cual tendría un impacto considerable en la supervivencia general. ⁽²⁹⁾

2.3 Definiciones conceptuales

a) Cáncer mama no metastásico: Se trata de la habilidad de las células que lo forman para infiltrarse en los tejidos vecinos de manera desenfrenada, sin esparcirse y originando focos metastásicos en diferentes regiones del cuerpo. Se desarrolla a partir de la alteración celular de la unidad lobulillar-ductal. Generalmente, los cánceres de mama comienza en los conductos y en menor proporción se originan en las glándulas. ^(20,21,33)

b) Tipo Histológico de Cáncer mama: Los carcinomas invasivos de mama tienden a ser tumores histológicamente heterogéneos. La gran mayoría son adenocarcinomas que surgen de las unidades lobulares ductales terminales. Hay cinco variantes histológicas comunes de adenocarcinoma mama

El carcinoma ductal invasivo representa 75%.

El carcinoma lobular invasivo representa el 5% y el 10%.

El carcinoma tubular representa sólo el 2%.

El carcinoma medular representa el 5% a 7%.

El carcinoma mucinoso o coloide constituye aproximadamente el 3%. ^(20,21)

c) Grado de Diferenciación de la célula cancerosa: Se refiere al nivel nuclear según el sistema de clasificación de Scarff-Bloom-Richardson, modificado por Elston-Ellis (Combinación del Grado Histológico de Nottingham). Consiste en evaluar características morfológicas como la formación de túbulos, el pleomorfismo nuclear y el índice mitótico, asignando valores del 1 (positivo) al 3 (negativo). Si la suma de estos valores es de 3 a 5, se clasifica como grado 1 (bajo grado histológico combinado, favorable); si es de 6 o 7, se clasifica como grado 2 (intermedio, moderadamente favorable); y si es de 8 o 9, se clasifica como grado 3 (alto grado, desfavorable). ^(20,33)

d) Estado receptor molecular: Estos definen la biología del tumor y se correlacionan con los resultados y son ampliamente descrito como luminal A, Luminal B, HER2 enriquecido, y Basal como de acuerdo con los perfiles más comunes para cada subtipo. El receptor de estrógeno (ER), receptor de progesterona (PR), y el receptor HER2 se utilizan como sustitutos para aproximar estos subtipos y guiar la atención clínica.

Luminal A: Gran parte (74%) de cáncer de mama muestran el receptor de estrógeno (ER) positivo y/o el receptor de progesterona (PR) positivo; pero no HER2 (HER2 neu). Están asociados con el pronóstico más favorable, en particular en el corto plazo, en parte debido a la expresión de receptores de hormonas es predictivo de una respuesta favorable a la terapia hormonal.

Luminal B: estos tipos de cáncer de mama son ER(+) y/o PR(+) y se definen adicionalmente por cualquiera de amplificación de HER2, o de alta Ki-67 (un indicador de la proliferación celular). Ellos tienden a tener mayor grado y funciones más agresivas que luminal A en los cánceres de mama.

HER2-enriquecido: estas clases de cáncer de mama producen un exceso de HER2 y no expresan receptores hormonales. Estos cánceres tienden a ser bastante agresiva que otras clases de cáncer de mama y se asocia con una peor pronóstico a corto plazo en comparación con los cánceres de mama ER(+).

Basal como: estos tumores son biológicamente más agresivos y son típicamente caracterizado por la falta de la ER, PR y receptor HER2. (20,21,33)

e) Ki67: mide la proporción de las células cancerígenas adentro del tumor están creciendo y separándose y formar nuevas células cancerígenas. Un porcentaje bastante alto manifiesta la evidencia de un cáncer agresivo y con mayor multiplicación celular (20,33)

-Bajo: <10%

-Ambiguo: entre 10 y un 20%

-Alto:> 20%

f) Edad: Años cumplidos en el instante del diagnóstico de cáncer confirmado con biopsia. (32)

g) Antecedente familiar de cáncer de mama: Un precedente fuerte de historial familiar con cáncer de mama ha sido reconocido por el riesgo aumentado. El riesgo total depende del número de familiares con este mal, su edad al instante del diagnóstico, y si la enfermedad era unilateral o bilateral. El riesgo más alto se asocia con una pariente en primer grado (madre o hermana) que padece este mal. (32,33)

h) Obesidad: Enfermedad debido a la abundancia de tejido adiposo en el organismo. (20,32)

i) Exposición a radiaciones: Exposición de radiaciones ionizantes intensas, de corta o larga duración debido a rayos X o rayos gamma. (20,32,33)

j) Uso de hormonas: Utilización de hormonas que evaden la fecundación o terapia hormonal de reemplazo. (20,33)

k) Menarquia Temprana: Inicio de la menstruación anterior a 12 años.⁽³²⁾

l) Menopausia Tardía: Termina de la menstruación después de 50 años. ^(20,32,33)

II) Lactancia Materna: Tipo de alimentación del ser humano, por medio del recién nacido, cumple sus necesidades nutricionales mediante el seno materno. ⁽³²⁾

m) Cuadro Clínico: Síntomas y signos que muestra la paciente para debut de enfermedad. Dependiendo la etapa a la que se encuentren se presentan masa en mama dolorosa o con un estudio de ultrasonido o mamografía anormal, cambios en la piel, secreción sanguinolenta por pezón retracción del pezón y/o linfadenopatía axilar. ^(20,21,31,33)

n) Patrón mamográfico: La mamografía debe evaluar ambas mamas para la evaluación de la lesión palpable, así como la identificación de lesiones no palpables. Los patrones mamográficos se observan en dos proyecciones mamográficas diferentes: cráneo caudal bilateral (CC) y oblicuo medio lateral bilateral (OML), definiéndose: ⁽³⁴⁾

n.1. Nódulo: Son las lesiones ocupantes tridimensionales que se Puede ser de:

- Forma:

a) Ovalada: El nódulo ovalado posee forma elíptica u ovoide.

b) Redondeada: Los nódulos son de forma esférica, circular o globular.

c) Irregular: Los nódulos no son redondeados ni ovalados.

- Margen:

a) Circunscrito: El margen es claro, Contemplando una alteración brusca que se manifiesta entre el daño y el material adyacente.

b) Oscurecido: Cada rincón invisible que se esconde entre los pliegues del tejido fibroglandular que lo rodea, ya sea cercano o entrelazado.

c) Microlobulado: Muestra ondulaciones de ciclo corto.

d) Indefinido: no muestra delimitación clara del tejido circundante, en cuanto a su totalidad o en alguna porción.

e) Espiculado: Se observan líneas a partir de la lesión hasta la periferia.

- Densidad:

a) Hiperdenso: El nódulo muestra mayor grado de atenuación que el pronosticado debido al mismo volumen del tejido mamario fibroglandular.

b) Isodenso: El nódulo muestra igual grado de atenuación que el pronosticado debido al igual volumen de tejido mamario fibroglandular.

c) Hipodenso: El nódulo muestra menor grado de atenuación que el pronosticado debido al igual volumen de tejido mamario fibroglandular.

n.2. Calcificaciones de morfología sospechosa: Son las lesiones ocupantes tridimensionales que pueden ser:

- Amorfos: Las diminutas y difusas calcificaciones amorfas evaden cualquier intento de definir claramente la configuración de las partículas de calcio.

- Groseras heterogéneas: son notorias e irregulares, por lo común miden entre 0,5 mm y 1 mm, tienden a coalescer, siendo bastante chiquitas comparadas con las distróficas.

- Finas pleomorfas: acostumbran ser más notorias a comparación de las amorfas y muestran una forma bastante reconocible.

- Lineales finas o lineales finas ramificadas: Son estilizadas, con una apariencia enigmática y caprichosa, pueden presentar interrupciones en su trayecto y su grosor es menor a medio milímetro. En ocasiones, exhiben configuraciones ramificadas y sugerentes.

ñ) Ubicación del tumor: En una ubicación anatómica precisa, se identificó la presencia de una afección cancerosa en la región mamaria, ya sea en la mama derecha o en la mama izquierda. Esta lesión se localiza en diferentes áreas dentro de la mama: en el cuadrante superior interno, en el cuadrante superior externo, en el cuadrante inferior interno y en el cuadrante inferior externo. ^(20,21,31,33)

o) Estadío Clínico: La clasificación de la enfermedad se basa en el grado de afectación en relación al tamaño del tumor primario (T), los ganglios (N) y las metástasis (M). El Estadío 0 se refiere a TisN0M0, el Estadío IA a T1N0M0, el Estadío IB a T2N1miM0 o T1N1miM0, el Estadío IIA a T0N1M0, T1N1M0 o T2N0M0, el Estadío IIB a T2N1M0 o T3N0M0, el Estadío IIIA a T0N2M0, T1N2M0, T2N2M0 o T3N1M0, el Estadío IIIB a T4N0M0, T4N1M0 o T4N2M0, el Estadío IIIC a AnyTN3M0, y el Estadío IV a AnyTAnyNM1. ⁽²¹⁾

p) Tratamiento Inicial: La elección del tratamiento personalizado óptimo dependerá de factores como el estadio clínico inicial, la presencia o ausencia de receptores hormonales y el HER-2 neu (objetivos terapéuticos potenciales). En función de estos elementos, se considerará la posibilidad de

realizar una cirugía conservadora de mama o una mastectomía radical, además de evaluar la necesidad de radioterapia y quimioterapia. Si se ha optado por un enfoque neoadyuvante, es decir, un tratamiento sistémico previo a la cirugía o radioterapia, esto también influirá en las decisiones terapéuticas. (20,21)

q) Tratamiento Quirúrgico Realizado: Manejo quirúrgico que la paciente recibió:

Cirugía conservadora de mama: comprende la eliminación total del tumor con márgenes negativos en combinación con radioterapia adyuvante y/o tratamiento adyuvante, esto es en pacientes en estadio temprano.

- Mastectomía Radical: Implica exéresis de la mama completa dañada por cáncer con disección de grupo ganglionar I, II axilar. (20,21)

r) Margen Quirúrgico al lecho tumoral: Se tomará en cuenta la medida más corta entre el límite quirúrgico y la célula cancerosa más próxima, expresada en milímetros (mm), redondeando al número decimal más cercano. El límite quirúrgico se evaluó teniendo en cuenta la aplicación previa de tinta china o el efecto de la electrocoagulación causada por el bisturí eléctrico en las piezas quirúrgicas. La variable "distancia al límite" se divide en dos subcategorías: distancia mayor a 0 y menor o igual a 10 mm, y distancia mayor a 10 mm. (20,21,31,33)

III. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudio

Esta investigación es descriptiva, observacional, retrospectivo, transversal

3.2 Diseño de investigación

De diseño retrospectivo, se tendrá en cuenta los datos de los años 2015 al 2019, observacional puesto que no mostrará intervención, tampoco se va a manipular las variables.

3.3 Población y muestra

3.3.1 Población:

Las pacientes diagnosticados con cáncer de mama no metastásicos, mediante estudios anátomo-patológicos; que cumplen los siguientes criterios:

Inclusión: Paciente mujer con estudio de Anatomía Patológica completo, concluyendo en cáncer de mama, que ha sido atendido en el Servicio de Cirugía Oncológica durante los periodos 2015 al 2019.

Paciente que cuente con estudio mamográfico atendido en el Servicio de Cirugía Oncológica entre los periodos 2015 al 2019.

Paciente sometido a tratamiento quirúrgico y/o terapia neoadyuvante como manejo inicial, en el Servicio de Cirugía Oncológica entre los periodos 2015 al 2019.

Paciente sometido a cirugía conservadora o radical de mama atendido en el Servicio de Cirugía Oncológica durante los periodos 2015 al 2019.

Exclusión: Paciente que cuente con datos incompletos en la historia clínica.

Sarcomas de mama u otros tipos de tumores de estirpe no epitelial.

Carcinoma lobulillar in situ sin componente infiltrante asociado.

Tumores no primarios de la mama.

El carcinoma primario de tejido mamario ectópico.

Paciente que cuente con cáncer de mama metastásico.

3.3.2 Tamaño de la muestra:

Será considerado el 100% de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, cumpliendo cada requerimiento del estudio; en el plazo de tiempo estudiado.

Unidad de Análisis: Pacientes mujeres con cáncer de mama no metastásico.

3.3.3 Selección de la muestra:

La muestra seleccionada será por conveniencia hasta que los datos se saturen.

3.4 Operacionalización de las variables:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO VARIABLE	INDICADORES	TIPO DE RESPUESTA	ESCALA	INSTRUMENTO
Tipo Histológico Cáncer mama	Los carcinomas invasivos de mama tienden a ser tumores histológicamente heterogéneos	Son adenocarcinomas que surgen de las unidades lobulares ductales terminales.	Cualitativa	Registro en H.C.	<ul style="list-style-type: none"> - El carcinoma ductal. - El carcinoma lobular. - El carcinoma tubular. - El carcinoma medular. - El carcinoma mucinoso o coloide 	Nominal	Ficha de recolección de datos
Grado de diferenciación	El nivel atómico es determinado dentro del sistema de clasificación de Scarff-Bloom-Richardson, que ha sido adaptado por Elston-Ellis, formando el Grado de Nottingham combinado en términos histológicos.	Determinado mediante el análisis de características morfológicas, como la presencia de estructuras tubulares, la variabilidad en los núcleos celulares y el índice de división celular.	Cualitativa	Registro en H.C.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bien diferenciado 2. Moderadamente diferenciado 3. Poco diferenciado 	Ordinal	

Estado receptor molecular	Definen la biología del comportamiento del tumor	<p>-Receptores endocrinos: específicamente los receptores de estrógenos y progestágenos, en los casos de carcinoma invasivo, identificados mediante técnicas de inmunohistoquímica.</p> <p>-Presencia excesiva del gen HER2/Neu: este gen es responsable de la codificación del receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (ErbB2), una proteína con capacidad de fosforilación de tirosina en su dominio intracitosólico.</p>	Cualitativa	Registro en H.C.	<p>- Receptor estrógeno: SÍ-NO</p> <p>- Receptor proges-terona: SI-NO</p> <p>- Her 2neu: SI-NO</p>	Nominal	
Ki67	Manifiesta la presencia de un cáncer agresivo y con mayor multiplicación celular en el tumor.	Mide qué proporción de las células cancerígenas adentro del tumor están aumentando y dividiéndose para formar nuevas	Cuantitativa	Registro de edad en H.C.	<p>-Bajo: <10%</p> <p>-Ambiguo: ≥10 y ≤20%</p> <p>-Alto:> 20%</p>	Discreta	

		células cancerígenas.				
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona.	Años cumplidos al instante del diagnóstico de cáncer confirmado con biopsia	Cuantitativa	Registro de edad en H.C.	GRUPO ETAREO -Adolescente 11-18 años -Adulto Joven 18-25 años -Adulto Medio 25-60 años Adulto mayor >60 años	Razón
Antecedente Familiar de Cáncer de mama	Circunstancia anterior en la historia del enfermo tomados como factor de riesgo	Se evaluará si la paciente tiene algún familiar de primera línea, diagnosticada con cáncer de mama	Cualitativa	Registro en H.C.	SÍ - NO	Nominal
Obesidad	Enfermedad debido por el exceso de tejido adiposo en el organismo	Se evaluará si la paciente tiene obesidad cuando su IMC ≥ 30	Cualitativa	Registro en H.C.	SÍ - NO	Nominal
Menarquia Temprana	Inicio de la menstruación anterior a 12 años	Registra si la edad de la menarca se presenta anterior a 12 años	Cualitativa	Registro en H.C.	SÍ - NO	Nominal
Menarquia Tardía	Termino de la menstruación	Registra si la edad de la menopausia se	Cualitativa	Registro en H.C.	SÍ – NO- SIGUE MESTRUANDO	Nominal

	posterior a 50 años	presenta después de 50 años					
Uso de Hormonas	Utilización de hormonas como agentes que evaden la fecundación o terapia hormonal de reemplazo	Registrar el empleo de anticonceptivos orales o de THR	Cualitativa	Registro en H.C.	SÍ - NO	Nominal	
Lactancia materna	Tipo de alimentación de la especie humana por medio el recién nacido cumple sus necesidades nutricionales mediante el seno materno.	Registrar si la paciente dio lactancia materna a sus hijos	Cualitativa	Registro en H.C.	SÍ - NO	Nominal	
Exposición a radiaciones	Exposición a radiaciones ionizantes intensas, de corta o larga duración producida por rayos X o rayos gamma	Registrar si existieron exposiciones previas a cualquier tipo de radiación	Cualitativa	Registro en H.C.	SÍ - NO	Nominal	
Cuadro clínico	Signos y síntomas que	1. Baja De Peso 2. Tumor palpable	Cualitativa	Registro en H.C.	SÍ - NO	Nominal	

	muestra el paciente	3. Mastodinia 4. Retracción de pezón 5. Secreción sanguinolenta por pezón 6. Adenopatía axilar 7. Otros				
Patrón mamográfico	Radiografía de mama de grado fino capaz de obtener imágenes de tejidos blandos con gran precisión	Se evaluará los patrones morfológicos de la lesión maligna: forma, margen y calcificaciones sugestivas de malignidad.	Cualitativa	Registro en H.C.	Formación nodular: Configuración: Ovalada, redondeada, asimétrica. Límite: Bien delimitado, borroso, textura microbultada, difuso, con proyecciones puntiagudas. Densidad: Equivalente en densidad, más denso de lo normal, menos denso de lo normal. Presencia de calcificaciones con apariencia	Nominal

					sospechosa: Irregulares, notorias y diversas en forma, finas y variables en tamaño, finas en forma lineal o ramificadas, así como otras características peculiares.	
Localización del tumor	Lugar anatómico donde se muestra la lesión por cáncer mamario:	Localización en mamas: Cuadrante superior interno; cuadrante superior externo; cuadrante inferior interno, cuadrante inferior externo.	Cualitativa	Registro en H.C.	CSI: cuadrante superior derecho. CSE: cuadrante superior externo. CII: cuadrante inferior interno. CIE: cuadrante inferior externo. MD: mama derecha. MI: mama izquierda	Nominal
Estadío Clínico	Clasificación de la Enfermedad de acuerdo al compromiso de la Enfermedad relacionado con el tamaño del	Estadío 0 – TisN0M0. Estadío IA: T1N0M0. Estadío IB: T2N1miM0; T1N1miM0, Estadío IIA: T0N1M0; T1N1M0; T2N0M0, Estadío IIB: T2N1M0;	Cualitativa	Registro en H.C.	1. Etapa IA 2. Etapa IB 3. Etapa IIA 4. Etapa IIB 5. Etapa IIIA 6. Etapa IIIB 7. Etapa IIIC 8. Etapa IV	Ordinal

	tumor, ganglios, y metástasis	T3N0M0, Estadío IIIA: T0N2M0; T1N2M0; T2N2M0; T3N1M0, Estadío IIIB: T4N0M0; T4N1M0; T4N2M0, Estadío IIIC: AnyTN3M0, Estadío IV: AnyTAnyNM1				
Tratamiento Inicial	Dependerá del estadio clínico inicial y la expresión o no de los receptores hormonales, el HER-2 neu y el Ki67	Tratamiento individualizado de inicio ya sea cirugía y/o neoadyuvancia	Cualitativa	Registro en H.C.	-Cirugía. -Neoadyuvancia.	Nominal
Tratamiento Quirúrgico Realizado	Manejo quirúrgico que recibió el paciente	- Cirugía conservadora de mama: Implica la eliminación completa del tumor con márgenes negativos. - Mastectomía Radical: Implica exéresis de la mama completa afectada por cáncer con disección de grupo ganglionar I, II axilar.	Cualitativa	Registro en H.C.	-Cirugía conserva-dora de mama. -Mastectomía Radical.	Nominal

Margen Quirúrgico al lecho tumoral	Se considera la medida más pequeña entre el límite quirúrgico y la célula cancerígena adyacente, expresada en milímetros (mm) y aproximada al número decimal siguiente.	El límite operativo se establece mediante el uso de una técnica de tinción anticipada con un pigmento especial o a través de la aplicación de una corriente eléctrica controlada en las áreas anatómicas destinadas a la intervención quirúrgica.	Cuantitativa	Registro en H.C.	- De 0 a <10 mm. - ≥ 10 mm	Discreta	
---	---	---	--------------	------------------	-------------------------------	----------	--

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Se tomarán los datos por medio de una ficha de análisis (Ver anexo 1), se va a obtener las historias clínicas de las mujeres atendidas en el Servicio de Cirugía Oncológica, que padecen Cáncer de mama, para luego obtener los datos por ejemplo; la edad, características epidemiológicas, síntomas y signos primordiales, análisis de imágenes diagnósticas, anatomía patológica, estadio clínico al instante del diagnóstico, tratamiento inicial recibido, cirugía realizada.

3.6 Procesamiento y plan de análisis de datos:

Se empleará el análisis estadístico descriptivo, aplicando diversas métricas para resumir y comprender los datos. Se utilizarán medidas que indiquen la tendencia general de los valores, así como también se considerarán índices que midan la variabilidad en relación a la desviación estándar. Además, se tomará en cuenta la distribución de frecuencia de los datos para obtener una visión completa del conjunto. La realización del análisis de los datos será en el Programa Estadístico SPSS v 26, los resultados van a ser mostrados en gráficos en relación a las características sociodemográficas y epidemiológicas, se va a estudiar frecuencias absolutas, relativas, prevalencia.

3.7 Aspectos éticos:

Se solicitarán los correspondientes permisos y aprobaciones a través de una solicitud escrita dirigida a la Oficina de Capacitación, Docencia e Investigación del Hospital Nacional Docente Daniel Alcides Carrión. La recepción de la información se llevará a cabo de manera imparcial y sin discriminación alguna, ya sea por razones sociales, culturales o de cualquier otro ámbito, respetando siempre el principio de equidad. La confidencialidad adecuada se mantendrá antes, durante y después del estudio, asegurando el consentimiento registrado de los departamentos de archivo clínico y el servicio de Cirugía Oncológica del Hospital Nacional Docente Daniel Alcides Carrión.

IV. RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 Recursos

El investigador principal se encargará de recepcionar los datos así como el procesamiento estadístico, y también la realización de los resultados. El asesor va a realizar actividades de dirección del estudio y de tutoría del proyecto de investigación.

Los recursos materiales serán los expedientes clínicos correspondientes a los pacientes del sexo femenino con cáncer de mama; 500 hojas de papel, 500 fotocopias, 4 lápices, 4 lapiceros, 1 laptop, 1 impresora, 500 Impresiones.

4.2 Cronograma

ACTIVIDAD	Marzo 2020	Abril 2020	Mayo 2020	Junio 2020	Julio 2020	Agosto 2020	Setiembre 2020	Octubre 2020	Noviembre 2020
Identificación del problema Consulta Bibliográfica Construcción marco teórico	X	X							
Protocolo terminado			X						
Aprobación de protocolo de investigación				X	X				
Recolección de datos, procesamiento de los mismos y análisis final					X	X	X	X	
Presentación del estudio e informe final								X	X

4.3. Presupuesto

Autofinanciamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.-Freddie Bray, BSc, MSc, PhD; Jacques Ferlay, ME ; Isabelle Soerjomataram y Col. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN, Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *Ca Cancer J Clin* 2018;68: 394–424.
- 2.-Organización Mundial de la Salud, «Comisión Sobre Determinantes Sociales en Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre las determinantes sociales de la salud.»2009. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
- 3.- The Lancet Oncology Comisión. La planificación del control del cáncer en América Latina y el Caribe. *Lancet Oncol* 2013; 14:1-52.
- 4.- Ginsburg O, Bray F, Coleman MP, et al. La carga global de los cánceres de las mujeres: un gran desafío en la salud global. *Lancet*. 2017; 389: 847–860.
- 5.- Randall E. Harris. Global Epidemiology of Cancer. Library of Congress Cataloging in Publication Data. 2012. Cap 11. Pag. 139-144.
- 6.- International Agency for Research on Cancer (IARC). *Cancer Today*. Lyon; IARC; 2018. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/home>.
- 7.- Organización Panamericana Sanitaria/Organización Mundial de la Salud. Situación de la salud en las Américas. Indicadores básicos 2014. Washington D.C. 2014.
- 8.- Blot WJ, Tarone, Thun MJ, Linet MS, Cerhan JR, Haiman CA, Schottenfeld D, eds. *Cancer Epidemiology and Prevention*. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2017 2018:579-592
- 9.- Ginsburg O, Bray F, Coleman MP, et al. La carga global de los cánceres de las mujeres: un gran desafío en la salud global. *Lanceta*. 2017; 389: 847–860.
- 10.- Vidaurre T, Santos C, Gomez H, et al. The planning and implementation of the Plan Esperanza and response to the impACT Review. *Lancet Oncol* 2017; 18: e595–606.
- 11.-Vallejos C. National plan for prevention, early detection, and cancer control in Peru. *Am Soc Clin Oncol Educ Book* 2013. Disponible en: <http://meeting.library.asco.org/record/79264/edbook#fulltext> (accessed July 13, 2016).

- 12.- Alvarado Tolentino C, Venegas Ojeda D. Sobrevida de pacientes con cáncer mama en el Perú, 2009–2010. Rev Panam. Salud Publica. 2015;37(3):133–9.
- 13.-Ramos W, Venegas D, Medina J, Guerrero PC, Cruz A. Análisis de la situación del cáncer en el Perú, 2013. Lima: Dirección General de Epidemiología; 2013.
- 14.-J. Ferlay, M. Colombet, I. Soerjomataram, C. Mathers, DM Parkin, M. Piñeros, A. Znaor, F. Bray. Estimación de la incidencia y mortalidad global por cáncer en 2018: fuentes y métodos de GLOBOCAN. Int J Cancer. 15 de abril de 2019; 144 (8): 1941-1953.
- 15.-Washington, DC: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial; 2015. p. 2344.
- 16.- Duggan C, Dvaladze AL, Tsu V, Jerónimo J, Constant TKH, Romanoff A, Scheel JR, Patel S, Gralow JR, Anderson BO Implementación estratificada de recursos de un programa comunitario de manejo del cáncer de mama en Perú . Lancet Oncol. 2017 Oct; 18 (10): 607-617.
- 17.-Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010. A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012;380(9859):2095-2128.
- 18.-Unger-Saldaña K, Miranda A, Zarco-Espinosa G, et al. Health System delay and its effects on clinical stage of breast cancer: Multicenter study. Cancer 2015;121(3):2198-2206.
- 19.-Maffuz-Aziz A, Labastida-Almendaro S, Sherwell-Cabello S. y cols. Supervivencia de pacientes con cáncer de mama. Análisis por factores pronóstico, clínicos y patológicos. Gineco Obstet Mex 2016;84(8):498-506.
- 20.-Jesús Cárdenas-Sánchez y Cols. Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. Octava revisión. Colima 2019. Sociedad Mexicana de Oncología Gac. Mex. Oncol. 2018; 18:141-231.
- 21.-Barry W. Feig. The MD Anderson Surgical Oncology Handbook. Six Edition. 2019. Invasive Breast Cancer. Pag. 67-127.
- 22.-Gonzalo Arturo Medina Bueno. Características clínicas y pronósticas de los subtipos moleculares de cáncer de mama determinados por inmunohistoquímica. Arequipa, Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2017. Vol. 34(3)

- 23.-Oeffinger KC, Fontham ET, Etzioni R, et al.; Sociedad Americana del Cáncer. El cáncer de mama de detección para mujeres con riesgo promedio: 2.015 Actualización de la Guía de la Sociedad Americana del Cáncer. JAMA. 2015; 314 (15): 1599-1614.
- 24.-Anderson BO, Bevers TB, Carlson RW. Examen clínico de los senos y guía de detección del cáncer de mama. JAMA. 2016; 315 (13): 1403-1404.
- 25.-Benjamín O. Anderson, Eduardo Cazap. Breast health global initiative (BHGI) outline for program development in Latin America. Salud Publica Mex 2009;51 suppl 2: 309-315.
- 26.- Bruening W, Fontanarosa J, Tipton K, et al. Systematic review: comparative effectiveness of core-needle and open surgical biopsy to diagnose breast lesions. Ann Intern Med 2010;152(4):238-246.
- 27.-Liliana Larrea Fernández. Clinical pathological features of breast cancer in women under fifty years old. Hospital Nacional Guillermo Almenara Yrigoyen;2009-2010. Revista Médica Carrionica, 2016;3 (1): 15.
- 28.-Poquioma Rojas E. Situación del cáncer de mamá en el Perú. Presentado en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Departamento de Epidemiología y Estadística, Lima, Perú, 5 de diciembre de 2011.
- 29.-Del Carpio Barreda, León Luis A, Abugattas J., Vigil Carlos, Velarde R, Villena S. Comportamiento y Características del Cáncer Ductal in situ en pacientes evaluados en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante 1990-1999. Acta Cancerológica 2003; 32 (1): 11-17.
- 30.-Francisco M, Francisco T, Antonio S. Protocolo unificado en el Cáncer de mama. Sección de Patología Mamaria. España: Asociación Española de Cirujanos; 2009.
- 31.-Jaime Siegrist Ridruejo. Estado de los márgenes quirúrgicos y riesgo de recidiva locoregional en cirugía conservadora del cáncer de mama. ¿Qué distancia debe considerarse como margen afecto? Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina. Departamento de Obstetricia y Ginecología.
- Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=151684>

- 32.-Guadalupe Robledo Barriga. Correlación clínica, radiológica e histológica de lesiones mamarias en un hospital de segundo nivel. Tesis Magister. Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Veracruz Sur. Disponible en: <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Protocolo-Guadalupe.pdf>
- 33.-Euridice Figueiredo, Mauro Monteiro, Alexandre Ferreira. Mastología Oncológica. Editorial Amolca año 2017.
- 34.-William E. Creech y Col. BIRADS. Sistema de informes y registros de datos de estudios por imágenes de la mama. Ediciones Journal. Quinta Edición.

ANEXOS 01

N°	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS			
FECHA:				
EDAD:				
SOMATOMETRIA	PESO(kg)		TALLA(cm)	
ANTECEDENTES PERSONALES Y/O FAMILIARES				
LACTANCIA MATERNA	SI		NO	
MENARQUIA PRECOZ	SI		NO	
MENOPAUSIA TARDIA	SI		NO	
USO DE HORMONAS	SI		NO	
ANTECEDENTE CANCER MAMA	SI		NO	
EXPOSICION A RADIACIONES	SI		NO	
CUADRO CLINICO	BAJA DE PESO		TUMOR PALPABLE	
	RETRACCIÓN DE PEZÓN		SECRETIÓN SANGUINOLENTA POR PEZÓN	
	OTROS			
LOCALIZACION DEL TUMOR	MAMA IZQUIERDA		MAMA DERECHA	
	CSE	CSI	CSI	CSE
	CIE	CII	CII	CIE
PATRON MAMOGRAFICO	NODULO	FORMA	OVALADA	
			REDONDEADA	
			IRREGULAR.	
		MARGEN	CIRCUNSCRITO	
			OSCURECIDO	
			MICROLOBULADO	
	Densidad	INDEFINIDO		
		ESPICULADO		
CALCIFICACIONES MORFOLOGIA SOSPECHOSA	AMORFAS	GROSERAS HETEROGÉNEAS	FINAS PLEOMORFAS	
	LINEALES FINAS	OTROS:		
TIPO HISTOLOGICO	DUCTAL		LOBULAR	MEDULAR
	TUBULAR		MUCINOSO/COLOIDE	OTROS
GRADO HISTOLOGICO	BIEN DIFERENCIADO		MODERADAMENTE DIFERENCIADO	
			BAJO	

ESTADO RECEPTOR MOLECULAR	RECEPTOR ESTROGENO		POSITIVO		NEGATIVO				
	RECEPTOR PROGESTERONA		POSITIVO		NEGATIVO				
	HER2neu		POSITIVO		NEGATIVO				
Ki67	BAJO	<10%		AMBIGUO	≥10- ≤20%		ALTO	>20%	
ESTADIO CLINICO	IA		IB		IIA		IIB		
	IIIA		IIIB		IIIC		IV		
TRATAMIENTO INICIAL	CIRUGIA				NEOADYUVANCIA				
TRATAMIENTO QUIRURGICO REALIZADO	CIRUGIA CONSERVADORA DE MAMA				MASTECTOMIA RADICAL				
MARGEN QUIRURGICO AL LECHO TUMORAL	De 0 a <10 mm.				≥ 10 mm				

ANEXOS 02

“AÑO DE LA UNIVERSALIZACION DE LA SALUD”

SOLICITO: Autorización para
revisión de historias clínicas

Dr. ERNESTO LEE BASSO

Jefe Dpto Oncología.
Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión
Bellavista Callao

Yo **VIGO QUIROZ, Alfredo Benjamín**; identificado con DNI 32984980, domiciliado en Calle las esmeraldas 193 Urb. San Antonio, distrito Bellavista-Callao; médico con CMP 50766, residente del 4to año de la especialidad de cirugía oncológica; ante Ud. con el debido respeto me presento y expongo:

Que estando cursando el ultimo año de mi especialidad y siendo requisito la presentación de proyecto de investigación; de nombre “Características epidemiológicas, clínicas, histológicas, tratamiento; del Cáncer de Mama no metastásico en pacientes mujeres evaluadas en el Servicio de Cirugía Oncológica del Hospital Nacional Docente Daniel Alcides Carrión en el periodo 2015-2019 en Callao, Perú”; cuyos datos serán tomados mediante una ficha de estudio del archivo de historias clínicas de las pacientes mujeres atendidos en el Servicio de Cirugía Oncológica, con diagnóstico de Cáncer de mama. Por lo que solicito AUTORIZACION PÁRA REVISION DE HISTORIAS CLINCIAS, del servicio de cirugía oncológica. La información será recogida sin privilegios o desigualdad social, cultural o de cualquier otro ámbito, respetando el principio de justicia. Se preservará la debida confidencialidad a través de toda la investigación y después de ella.

Sin otro particular, me despido

Callao ____ de _____ del 2020

VIGO QUIROZ ALFREDO BENJAMIN
DNI 32984989

“AÑO DE LA UNIVERSALIZACION DE LA SALUD”

SOLICITO: Autorización para
revisión de historias clínicas

Dr. JESÚS AMÉRICO BRICEÑO ACUÑA

Director Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión
Bellavista Callao

Atención: Jefe Responsable Archivo Historias Clínicas.

Yo **VIGO QUIROZ, Alfredo Benjamín**; identificado con DNI 32984980, domiciliado en Calle las esmeraldas 193 Urb. San Antonio, distrito Bellavista-Callao; médico con CMP 50766, residente del 4to año de la especialidad de cirugía oncológica; ante Ud. con el debido respeto me presento y expongo:

Que estando cursando el último año de mi especialidad y siendo requisito la presentación de proyecto de investigación; de nombre “Características epidemiológicas, clínicas, histológicas, tratamiento; del Cáncer de Mama no metastásico en pacientes mujeres evaluadas en el Servicio de Cirugía Oncológica del Hospital Nacional Docente Daniel Alcides Carrión en el periodo 2015-2019 en Callao, Perú”; cuyos datos serán tomados mediante una ficha de estudio del archivo de historias clínicas de las pacientes mujeres atendidos en el Servicio de Cirugía Oncológica, con diagnóstico de Cáncer de mama. Por lo que solicito AUTORIZACION PARA REVISION DE HISTORIAS CLINCIAS DEL AREA DE ARCHIVO, de vuestro hospital que dirige. La información será recogida sin privilegios o desigualdad social, cultural o de cualquier otro ámbito, respetando el principio de justicia. Se preservará la debida confidencialidad a través de toda la investigación y después de ella.

Sin otro particular, me despido.

Callao ____ de _____ del 2020

VIGO QUIROZ ALFREDO BENJAMIN
DNI 32984989

Cc. Adjunta solicitud de permiso de autorización de revisión HCL Dpto Oncología



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

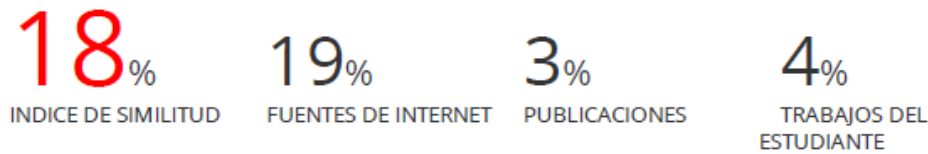
La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: **Alfredo Benjamin Vigo Quiroz**
Título del ejercicio: **Proyectos de investigación Residentado**
Título de la entrega: **Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas; del c...**
Nombre del archivo: **PROYECTO_VIGO_QUIROZ_ALFREDO_BENJAMIN.docx**
Tamaño del archivo: **186.47K**
Total páginas: **35**
Total de palabras: **7,243**
Total de caracteres: **40,808**
Fecha de entrega: **10-jul.-2023 08:49a. m. (UTC-0500)**
Identificador de la entre... **2129131481**



Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas; del
cáncer de mama no metastásico en pacientes mujeres
evaluadas en el servicio de cirugía oncológica del Hospital
Nacional Daniel Alcides Carr

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	5%
2	eprints.ucm.es Fuente de Internet	4%
3	www.scielo.org.mx Fuente de Internet	2%
4	cuerpomedico.hdosdemayo.gob.pe Fuente de Internet	2%
5	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	revistas.urp.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.unapiquitos.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet	1%

9	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	<1 %
10	sisbib.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
11	repositorio.unac.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
12	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
13	documentop.com Fuente de Internet	<1 %
14	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 20 words

Excluir bibliografía

Activo