



DIPUTACIÓN DE PALENCIA



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso académico 2015 - 2016
Trabajo Fin de Grado

**Características de las hospitalizaciones por
cáncer de mama en el Complejo Asistencial
Universitario de Palencia.**

Estudio de investigación

Alumna: Patricia Azpeleta Gil

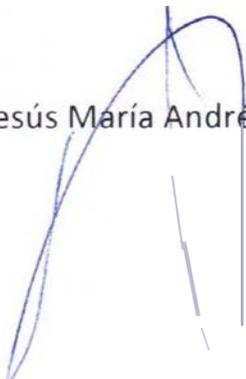
Tutores: D. Jesús Andrés de Llano
Dña. Ana Moreno Reviriego

Mayo, 2016

D. Jesús María Andrés de Llano con D.N.I. nº 09250098-G y Dña. Ana Moreno Reviriego, con D.N.I. nº 50105649-B, doctores en Medicina y Cirugía, como Directores del Trabajo Fin de Grado titulado: "Características de las hospitalizaciones por cáncer de mama en el Complejo Asistencial Universitario de Palencia", presentado por Dña. Patricia Azpeleta, alumna de la Escuela de Enfermería Dr. Dacio Crespo, autorizan la presentación del mismo, considerando que reúne las condiciones exigidas en los aspectos de la metodología científica para la presentación de este trabajo al trámite de su evaluación.

Palencia, 5 de mayo de 2016

D. Jesús María Andrés de Llano



D. Ana Moreno Reviriego



ÍNDICE

1. RESUMEN	4
2. INTRODUCCIÓN	5
2.1 Incidencia.....	5
2.2 Factores de riesgo	6
2.3 Tipos de cáncer de mama.....	8
2.4 Síntomas.....	9
2.5 Detección precoz	9
2.6 Tratamiento.....	10
2.7 Enfermería oncológica. Unidades de mama	12
2.8 Aspectos psicológicos del cáncer de mama	12
2.9 Justificación	13
2.10 Hipótesis	13
2.11 Objetivos	13
3. MATERIAL Y MÉTODOS	14
3.1 Método de análisis estadístico	15
3.2 Método de búsqueda bibliográfica.....	16
4. RESULTADOS	19
4.1 Edad.....	19
4.2 Ámbito de residencia	19
4.3 Características histológicas.....	20
4.4 Tpo de cirugía y evolución	20
4.5 Perfil de ingreso hospitalario	21
5. DISCUSIÓN	26
5.1 Edad.....	26
5.2 Ámbito de residencia	26
5.3 Tipo de cirugía y evolución	27
5.4 Perfil de ingreso hospitalario	28
5.5 Limitaciones del estudio.....	32
5.6 Conclusiones	32
6. BIBLIOGRAFÍA	33
7. ANEXOS	38

1. RESUMEN

Introducción: El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente entre la población femenina. Cabe destacar que la mortalidad por este tipo de cáncer ha descendido notablemente en los últimos años, debido a los avances en los programas de cribado y en los tratamientos. En esta enfermedad son pilares fundamentales la detección precoz así como el abordaje integral en su manejo.

Objetivos: En este trabajo analizamos las características de las hospitalizaciones en las mujeres con cáncer de mama durante el periodo de 1993 a 2014, en el Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

Material y Métodos: Se ha realizado un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de mujeres ingresadas en el Complejo Asistencial Universitario de Palencia por cáncer de mama entre los años 1993 y 2014. La población del estudio está formada por 1848 ingresos en mujeres con esta patología en el periodo indicado. Para ello se ha necesitado realizar una revisión bibliográfica, extrayendo de diferentes bases de datos estudios relacionados con el realizado.

Resultados y Discusión: La media de edad de nuestra muestra es de $63 \pm 14,3$ años con una proporción de residencia urbano/rural de 1,7:1. En este trabajo destaca la tendencia en la hospitalización por cáncer de mama ya que es ascendente con un porcentaje anual de cambio del 4,4%. Aunque la mastectomía supone la técnica quirúrgica predominante, en los últimos años está siendo reemplazada por la tumorectomía.

Conclusión: En nuestro entorno, las hospitalizaciones de las mujeres con cáncer de mama han aumentado progresivamente a lo largo de los años; aunque los días de estancia hospitalaria cada vez son menos debido a los tipos de cirugía conservadora que se realizan a estas pacientes. También destacar que el papel de la enfermería puede ayudar mucho a las pacientes a resolver esta patología de la mejor manera posible, evitando las numerosas complicaciones.

PALABRAS CLAVE: Cáncer de mama, mujeres, epidemiología y hospitalizaciones.

2. INTRODUCCIÓN

Según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) “El cáncer de mama consiste en la proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular mamario. Las células tumorales de mama pueden diseminarse a través de la sangre o de los vasos linfáticos y llegar a otras partes del cuerpo. Allí pueden adherirse a los tejidos y crecer formando metástasis.” (1)

2.1 INCIDENCIA

Según el Informe GLOBOCAN del año 2012 la incidencia del cáncer en España fue de 215.534 casos nuevos, que se producen en mayor medida en las personas mayores de 65 años. Los tipos de cánceres que más afectan en ambos sexos son: colorrectal, próstata, pulmón, mama y vejiga. Los cánceres más frecuentes en hombres por este orden son: próstata, pulmón, colorrectal, vejiga y estómago. En cambio en mujeres son: mama, colorrectal, cuello uterino, pulmón y ovario. (2,3)

El cáncer de mama constituye un problema de salud pública, ya que es el segundo cáncer más común en el mundo y la primera causa de incidencia y mortalidad por cáncer en la mujer adulta en el ámbito mundial. (3, 4)

De acuerdo con este informe, en el mundo se diagnosticaron 1,67 millones de casos nuevos de cáncer de mama. Mientras que en España al año se diagnostican unos 25000 pacientes; esto supone un 29% de todos los tumores en la mujer y el número de defunciones fueron 6075 personas, que representa un 15,5% de los fallecimientos por patología tumoral. (2)

CÁNCER EN MUJERES	Incidencia		Mortalidad	
	Número	%	Número	%
Mama	25215	29%	6075	15,5%

Tabla 1 Incidencia y mortalidad por cáncer de mama en España. (2)

De manera global se considera que una de cada ocho mujeres en España tendrá cáncer de mama y que una de cada 28 tiene riesgo de morir por esa enfermedad. (5)

Según la Asociación Española Contra el Cáncer de Mama, la mayoría de los casos se diagnostican entre los 35 y los 80 años, pero entre los 45 y los 65 años la incidencia es mayor. Se estima un aumento del 1-2% anual en nuestro país en este tipo de cáncer. (6)

En las últimas décadas se ha observado el incremento paulatino en la incidencia, sobre todo en países en vías de desarrollo. Así, el 70% de los pacientes con cáncer de mama en los países desarrollados son diagnosticados en estadios tempranos, mientras que en los países subdesarrollados, sólo el 20-60% de los pacientes se diagnostican en estos estadios. (5,7)

En general, las mujeres de raza negra presentan una menor incidencia de cáncer de mama que las mujeres blancas; pero tienen una tasa de mortalidad más alta. Sin embargo las razones de estas diferencias raciales, siguen sin estar claras. (8)

2.2 FACTORES DE RIESGO

Existen diferentes tipos de factores de riesgo en relación con el cáncer de mama. Algunos de ellos son factores modificables, por lo que podrían proponerse estrategias de prevención que disminuyeran el riesgo de padecer la enfermedad, sin embargo existen muchos otros de tipo no modificable. Algunos de los factores **modificables** son los siguientes:

-La obesidad: Algunos estudios han demostrado que en las mujeres posmenopáusicas la obesidad aumenta el riesgo de padecer cáncer de mama; aproximadamente un 50% más en obesas que en aquellas con un índice de masa corporal (IMC) normal. Esta asociación no se observó en las mujeres premenopáusicas. (9)

-El alcohol: Existen algunas series que han demostrado que el consumo de alcohol se asocia con un aumento moderado del riesgo de cáncer de mama; aproximadamente se incrementa un 10% por cada 10 g de alcohol (1 unidad) consumidas por día. (9)

-El tabaco: Muchos estudios han examinado la relación entre el tabaquismo y el riesgo del cáncer de mama, y en general no muestran asociación; por lo que este punto sigue en controversia. (9)

-La multiparidad: Se ha demostrado que cuando las mujeres tienen el primer embarazo a término, con más de 30 años o son nulíparas, el riesgo de cáncer de mama se eleva. (5)

-La lactancia materna: En estudios recientes se ha objetivado que la lactancia materna tiene un efecto protector sobre el riesgo de padecer cáncer de mama. (9)

-La administración de anticonceptivos orales: En la mayor parte de las investigaciones publicadas, no se ha demostrado aumento o disminución del riesgo del cáncer de mama. (5)

-La terapia hormonal sustitutiva: Se basa en preparados sintéticos con estrógenos combinados con progesterona para aliviar los síntomas de la menopausia. Algunos trabajos han demostrado que el riesgo de cáncer de mama aumenta con la duración del tratamiento y disminuye después interrumpir su uso. (5,9)

-La radiación ionizante: Se ha demostrado que la mama es uno de los tejidos más sensibles a los efectos de la radiación. El efecto de la radiación ionizante en el incremento del riesgo de padecer cáncer de mama está bien establecido para las mujeres expuestas antes de los 40 años. (9)

-Los factores alimentarios: En la mayoría de las series consultadas, no hay ninguna asociación entre el consumo de grasas y el riesgo del cáncer de mama en mujeres.(9)

-El ejercicio: Varios estudios han informado de que la actividad física moderada se asocia con un menor riesgo de cáncer de mama. Los datos no son totalmente consistentes; aunque estos datos parecen ser algo más marcados en las mujeres premenopáusicas que en las posmenopáusicas. (9)

Hay otros factores de riesgo **no modificables** en ellos se encuentran:

-La edad: La incidencia de cáncer de mama aumenta rápidamente con la edad, a partir de los 50 años el crecimiento es más lento. (9)

-El sexo: Esta enfermedad ocurre predominantemente en el sexo femenino, debido al desarrollo y función de esta glándula en la mujer. Sin embargo, se observan casos en los hombres, alrededor del 1%. (5)

-Los antecedentes personales o familiares de cáncer: Las mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2 pueden causar un alto riesgo de cáncer de mama y de otros tipos de cánceres. Aproximadamente un 80-90% con este defecto desarrollaran el tumor a lo largo de su vida. (5, 9, 10)

-Los factores hormonales y reproductivos: La edad temprana de la menarquia (antes de los 12 años) se ha relacionado como uno de los factores que incrementan el riesgo en un 1-3%. La manifestación tardía de la menopausia (55 años o más) incrementa el riesgo un 2,5%. (5)

2.3 TIPOS DE CÁNCER DE MAMA

Se diferencia varios tipos de cáncer de mama:

-El carcinoma **ductal in situ (CDiS)**: Es un tipo de cáncer de mama no invasivo que representa el 10-20% de los casos. Se caracteriza histológicamente por la proliferación de las células epiteliales malignas que están limitados por la membrana basal de los conductos mamarios. (11,12)

Se suele identificar generalmente por la presencia de calcificaciones en mamografías. En este tipo no suelen desarrollarse síntomas, además suelen ser potencialmente curables, si se extirpa en su totalidad. (10,12,13)

-El carcinoma **lobulillar in situ (CLiS)**: Se encuentran células tumorales en los lobulillos mamarios. No suelen presentarse síntomas y se diagnostica por una biopsia. Solo el 30-40% de las mujeres con CLiS desarrollan un cáncer invasivo, por lo que no se considera una lesión preinvasiva, sino una situación de riesgo de cáncer de mama. (10,14)

-El carcinoma **ductal infiltrante (CDI)**: Es una proliferación de células tumorales que se encuentran en la superficie del conducto galactóforo atravesando la membrana basal, por lo que tienen capacidad de diseminarse o metastatizar. Es el tipo más común de los carcinomas invasivos aproximadamente entre un 80-90%. (10,12)

-El carcinoma **lobulillar infiltrante (CLI)**: Es una neoplasia maligna que representa aproximadamente un 8% de los carcinomas de mama invasivos; aparece en los lobulillos, con gran tendencia a la bilateralidad y la multicentricidad. (13,15)

2.4 SÍNTOMAS

El síntoma más común del cáncer de mama es la aparición de una masa sensible a la palpación en la mama. Otros síntomas pueden ser:

- Cambios en el tamaño o forma de la mama
- Dolor en la mama o en el pezón
- Retracción de los pezones
- Enrojecimiento o descamación de la piel de la mama o del pezón
- Secreción del pezón que suele ser unilateral y uniorficial (16)

2.5 DETECCIÓN PRECOZ

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la detección temprana sigue siendo un aspecto fundamental en la lucha contra el cáncer de mama. La mamografía es la prueba más utilizada en los programas de cribado en pacientes asintomáticas y es primordial para detectar la enfermedad a tiempo. (17,18)

Según algunas guías europeas recomiendan a las mujeres de entre 50-69 años realizarse mamografías de forma bienal. Siguiendo estas recomendaciones, en España se han implantado programas de detección precoz de cáncer de mama dirigidos a mujeres de 50 a 69 años. Aunque en algunas comunidades de nuestro país dichos programas han empezado a establecerse a los 45 años. (19, 20)

Según algunas series un 40% de los cánceres de mama se diagnostican en pacientes asintomáticos durante las visitas rutinarias, por eso es muy importante el seguimiento y la vigilancia mediante programas de cribado. En este sentido, la enfermería toma un papel primordial para orientar a las mujeres de estas edades a detectar a tiempo la enfermedad informando sobre los programas de cribado y la autoexploración mamaria. (17)

2.6 TRATAMIENTO

Hay diferentes tipos de tratamientos disponibles para los pacientes con cáncer de mama, se eligen según el tipo de características del tumor.

-Cirugía: La mayoría de los pacientes con cáncer de mama se someten a cirugía, que puede incluir la mama y la axila. Hay varios tipos:

- Cirugía mamaria:
 - Conservadora: Consiste en realizar una extirpación del tumor con márgenes libres de resección.
 - La mastectomía: Consiste en la exéresis de la totalidad de la glándula mamaria; existiendo distintos niveles de radicalidad.
- Cirugía axilar

-Biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC): Es la extirpación del ganglio linfático centinela durante la cirugía para su estudio intraoperatorio. Este es el primer ganglio que recibe el drenaje linfático de un tumor.

-Linfadenectomía axilar: Consiste en el vaciamiento ganglionar de la axila en tres niveles, que se realiza cuando la BSGC es positiva o existe una afectación clínica o radiológica con confirmación anatomopatológica previa a cirugía.

-Tratamientos complementarios:

- Radioterapia: Es la aplicación de radiaciones ionizantes para destruir las células tumorales o impedir su crecimiento.
- Quimioterapia: Es la utilización de medicamentos para interrumpir el crecimiento de células tumorales, ya sea mediante su destrucción o impidiendo su multiplicación. Pueden aparecer una serie de efectos secundarios, porque estos medicamentos no son específicos para las células tumorales también atacan a las células sanas.
- Terapia dirigida: Utilizan medicamentos u otras sustancias para identificar y atacar células tumorales específicas sin dañar las células normales. Los anticuerpos monoclonales y los inhibidores de quinasa son tipos de terapias dirigidas utilizados en el tratamiento de cáncer de mama.
- Terapia hormonal: Se administra para bloquear o eliminar la actividad de las hormonas que contribuyen al crecimiento del cáncer de mama. El apropiado para pacientes premenopáusicas es el tamoxifeno, ya que es un medicamento similar a los estrógenos que se puede unir a él provocando que la célula muera; en cambio el apropiado para pacientes postmenopáusicas es el inhibidor de la aromatasa, ya que previene la producción de estrógenos en tejidos no ováricos.

Cuando el tratamiento se administra antes de la cirugía, para reducir el tumor antes de la intervención quirúrgica se denomina tratamiento neoadyuvante, se suelen utilizar la quimioterapia y la terapia hormonal. En cambio sí se administras después de la cirugía para destruir cualquier célula tumoral residual o para aumentar la posibilidad de supervivencia prolongada, se denomina tratamiento adyuvante. Se suelen utilizar la quimioterapia, la radioterapia y la terapia hormonal. (10,13,21)

2.7 ENFERMERÍA ONCOLÓGICA. UNIDADES DE MAMA

La atención de las pacientes afectadas de cáncer de mama debe realizarse preferentemente en Unidades Multidisciplinares, que proporcionen a las pacientes una atención y cuidado en todas sus fases. La creación de estas unidades introduce el concepto de una enfermería especializada cuya labor es mucho más amplia y abarca aspectos diversos encaminados a cubrir sus cuatro funciones básicas; asistencial, docente, gestora e investigadora.

La consulta de enfermería de la Unidad de mama tiene como objetivo ofrecer asistencia integral que tenga en cuenta el equilibrio emocional de la mujer, la imagen corporal y la reincorporación de la paciente a su ambiente familiar. Su actuación se llevará a cabo tanto en la visita de la paciente en consulta, como en los cuidados postquirúrgicos inmediatos y en el proceso de ingreso hospitalario. (22)

2.8 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL CÁNCER DE MAMA

Un diagnóstico de cáncer de mama comporta muchas y variadas reacciones emocionales. Si hacemos un recorrido desde el momento de la detección de una anomalía en la mama, su diagnóstico, los diferentes tratamientos, la fase de intervalo libre y la recaída, hasta las fases avanzadas y la situación terminal, observamos las diferencias reacciones emocionales que se podrían resumir en la siguiente tabla: (23)

FASE DE LA ENFERMEDAD	ESTADO EMOCIONAL
Pre- diagnóstico	Dudas, ansiedad
Diagnóstico	Shock, miedo
Tratamiento Oncológico	Preocupación por efectos secundarios
Intervalo libre	Miedo
Recidiva	Desesperanza, tristeza
Fase avanzada	Distanciamiento emocional, apatía

Tabla 2 Reacciones emocionales de las mujeres que sufren cáncer de mama. (23)

La alteración de la imagen corporal es uno de los factores que repercute habitualmente en el malestar emocional de las pacientes. Algunos ejemplos significativos son la adaptación a la prótesis, la alteración de la glándula tras la cirugía y en algunos casos la pérdida de la misma, así como los efectos adversos a los tratamientos como la caída del cabello y la pérdida de fertilidad. Algunos estudios muestran como la insatisfacción de la imagen corporal se correlaciona negativamente con la autoestima y la satisfacción de la sexualidad de la mujer. (24)

2.9 JUSTIFICACIÓN

El cáncer de mama supone uno de los tumores más prevalentes en la población femenina a nivel mundial.

Por ello este trabajo, pretende conocer las características de las pacientes que ingresan en el Complejo Asistencial Universitario de Palencia (CAUPA) con la intención de saber y comparar los datos obtenidos con otros estudios.

2.10 HIPÓTESIS

El estudio que se presenta tiene un diseño de tipo descriptivo, por lo que no se plantea una hipótesis, en el sentido de una predicción o explicación provisional entre dos o más variables, sino que es el propio análisis de la información quien podrá sugerir o generar hipótesis que deberán ser contrastadas con otros diseños.

2.11 OBJETIVOS

- **GENERAL:**

-Analizar las tasas de hospitalizaciones en el CAUPA en mujeres con cáncer de mama; así como sus tendencias en el periodo de 1993 a 2014.

- **ESPECÍFICO:**

-Conocer las características epidemiológicas de las diferentes mujeres que sufren cáncer de mama en el CAUPA.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de mujeres ingresadas en el CAUPA por cáncer de mama entre los años 1993 y 2014. En concreto, se trata de un estudio de asociación cruzada, cross-sectional studies en terminología inglesa. En ellos las exposiciones o factores de riesgo y los desenlaces se recogen a un mismo tiempo y, aunque no pueden evidenciar relaciones causales, son muy útiles para la planificación sanitaria y para generar hipótesis de tipo causal para estudios analíticos.

El CAUPA engloba las pacientes hospitalizadas en el Hospital Río Carrión y en el Hospital San Telmo.

Este trabajo trata de estudiar las hospitalizaciones y las diferentes características epidemiológicas en las mujeres con cáncer de mama en la provincia de Palencia. La población del estudio está constituida por 1848 episodios de ingresos en mujeres con de cáncer de mama en el CAUPA en el periodo indicado. Fueron clasificados tomando como criterio los códigos de la base conjunto mínimo básico de datos (CMBD) del hospital y de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-9-MC).

El CMBD es un registro administrativo que contiene un conjunto de variables clínicas, demográficas y administrativas que recoge la información clínica de un paciente durante un ingreso hospitalario. Proporciona información básica sobre el paciente, el centro, el servicio que le atiende y el proceso asistencial. La codificación en el CMBD se hace sobre los informes de alta hospitalaria y, puesto que se correlacionan estrechamente con los ingresos, utilizaremos ambos términos como sinónimos en nuestro trabajo. Los diagnósticos y procedimientos se codifican siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades (9ª Revisión, Modificación Clínica, CIE-9-MC).

Para nuestro trabajo hemos recogido los siguientes códigos recogidos en el código diagnóstico principal. (Anexo I)

Para el estudio se han tenido en cuenta las siguientes variables: edad en años, año del estudio (1993-2014), ámbito de residencia (urbano-rural), estancia hospitalaria en días, tipo de ingreso (urgente-programado), tipo de alta hospitalaria (domicilio-alta voluntaria- traslado- éxitus), tipo de cirugía (tumorectomía - mastectomía - otros), número de ingresos/ altas por cáncer de mama y servicio de alta hospitalaria (cirugía- ginecología-otros).

Los datos de población se han obtenido del Instituto Nacional de Estadística a partir del fichero de Proyecciones y Estimaciones Intercensales de Población y están calculadas a 1 de julio de cada año (<http://www.ine.es/tempus/pob/pob.htm>) correspondientes a la provincia de Palencia. Para realizar este estudio se ha llevado a cabo un método de análisis estadístico y una búsqueda bibliográfica.

3.1 MÉTODO DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En todas las pruebas estadísticas se ha considerado como nivel de confianza el 95%. Para el estudio estadístico se realizó la siguiente secuencia:

- **Análisis descriptivo**

En las variables cualitativas y ordinales se utilizó la distribución de frecuencias y sus porcentajes. En las variables continuas se comprobó inicialmente la bondad de ajuste para la distribución normal mediante el test de Kolmogorov-Smirnov.

En el caso de las variables con distribución normal, se utilizó la media con su intervalo de confianza al 95% y la desviación estándar.

En el caso de las variables sin distribución normal, se empleó la mediana y percentil 25-75.

○ **Estadística analítica**

Para la comparación de variables cualitativas se realizaron tablas de contingencia y se utilizaron las pruebas de chi-cuadrado.

Para la comparación de medias las pruebas de t de Student-Fisher (previa comprobación del supuesto de igualdad de varianzas mediante la prueba de Levene) y en el caso que no siguieran distribución normal, se utilizó el test de Mann-Whitney.

Además, se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística, para detectar el efecto de potenciales variables confusoras.

○ **Análisis de tendencias**

Se ha realizado el análisis de regresión lineal de Joinpoint para la valoración de la tendencia en el tiempo en años y para la tasa de mujeres ingresadas 10000 por año. Se ha utilizado este modelo de regresión por ser muy eficaz para identificar los cambios bruscos en la tendencia. En este análisis, los puntos de cambio (Joinpoint o puntos de inflexión) muestran la existencia de cambios significativos en la tendencia (ascendente o descendente). El análisis comienza con el número mínimo de puntos de cambio, y comprueba si uno o más puntos de inflexión son estadísticamente significativos y se deben agregar al modelo. En el modelo final, cada Joinpoint indica un cambio estadísticamente significativo en la tendencia, y se calcula un porcentaje anual de cambio (PAC) para cada una de estas tendencias por medio de modelos lineales generalizados, asumiendo una distribución de Poisson.

3.2 MÉTODO DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Para realizar las búsquedas en las diferentes bases de datos se utilizaron los tesauros en términos MeSH y DeCS y los operadores booleanos AND y OR utilizando los siguientes términos: cáncer de mama, epidemiología prevalencia, hospitalización, tipo de cirugía, factores de riesgo, así como sus correspondientes términos en inglés como breast neoplasms, epidemiology, prevalence, review, hospitalization, etc....

Dada la cantidad de información existente sobre el tema de estudio con numerosas variables se utilizaron diversas estrategias de búsqueda con la finalidad de obtener las citas que se consideraron más relevantes para cada uno de los apartados.

- A modo de ejemplo mostramos la secuencia para la búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos sobre cáncer de mama y prevalencia y hospitalización: (Anexo II)

1. Base de datos PubMed:

➤ Cáncer de mama y prevalencia:

- Se escogió el apartado PubMed Advanced Search Builder.
- Descriptores: breast cancer [Mesh Term] AND prevalence [MeshTerm].
- Activadas las opciones: "Review" en "Article types", "Full text" en "Text availability", "10 years" en "Publication dates" y "Humans" en "Species".
- Obteniéndose 74 referencias.

➤ Cáncer de mama y hospitalización:

- Utilizando la misma estrategia, se escogió PubMed Advanced Search Builder.
- Descriptores: breast cancer [Mesh Term] AND hospitalization[Mesh Term].
- Activadas las opciones: "Review" en "Article types", "Full text" en "Text availability", "10 years" en "Publication dates" y "Humans" en "Species".
- Obteniéndose 6 referencias.

2. Base de datos Scielo:

➤ Cáncer de mama y prevalencia:

- Descriptores: cáncer de mama AND prevalencia.
- Activada la opción: "España".
- Obteniéndose 9 resultados.

➤ Cáncer de mama y hospitalización:

- Descriptores: cáncer de mama AND hospitalización.
- Activada la opción: "España"
- No se obtuvo ningún resultado.

3. Base de datos Lilacs:

➤ Cáncer de mama y prevalencia- Cáncer de mama y hospitalización:

- Descriptores: cáncer de mama AND prevalencia; así como cáncer de mama AND hospitalización.
- Campo: "Palabras resumen".
- Sin encontrar ningún resultado válido.

4. Metabuscador Tripdatabase:

➤ Cáncer de mama y prevalencia:

- Descriptores: breast cancer AND prevalence.
- Opciones: “Systematic Reviews” y últimos 5 años.
- Obteniendo inicialmente 43 resultados

➤ Cáncer de mama y hospitalización:

- Descriptores: breast cancer and hospitalization .
- Opciones: “Systematic Reviews” y últimos 5 años.
- Obteniendo inicialmente 109 resultados.

5. Base de datos de Tesis doctorales en España (TESEO)

➤ Cáncer de mama y prevalencia:

- Descriptores: cáncer de mama, prevalencia.
- Opción: “Titulo/ Resumen”.
- Se encontraron 17 trabajos.

6. Además de las bases de datos, también se ha recogido información de algún **libro** y diferentes **páginas web** oficiales de asociaciones relevantes en cuanto al cáncer de mama. Páginas web como: La Asociación Española Contra el Cáncer de Mama (AECC), Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), American Cancer Society, etc.

Eliminados los trabajos duplicados, la selección de los estudios se realizó por proceso de eliminación tras la lectura del título y posteriormente del resumen. Igualmente, fueron eliminados aquellos trabajos cuyo aspecto fundamental se refería a genética, biomarcadores, evaluación de técnicas terapéuticas y aquellas variables clínicas o de factores de riesgo que no han sido recogidas en nuestro estudio.

En la selección de las citas elegidas se ha seguido los postulados de la Medicina Basada en la Evidencia atendiendo a su calidad metodológica y/o su importancia clínica. Por último, de las referencias más relevantes, se extrajeron las citas primarias que mostraron mayor interés con nuestro tema de estudio.

Dada la amplitud del tema y la finalidad que se desea para un trabajo de fin de grado se ha ponderado el reflejar un número de cifras razonable en su extensión.

4. RESULTADOS

Un total de 1574 pacientes han generado 1848 hospitalizaciones. Hay que indicar que no pudieron obtenerse la totalidad de los datos de las distintas variables para todas las pacientes.

4.1 EDAD

La media de edad de las 1574 pacientes, es de $62,81 \pm 14,3$ años. La mediana de dicha variable es de 63 años, siendo el percentil 25 de 51 años y el percentil 75 de 74 años.

Para interpretar estos valores hemos utilizado un gráfico de tipo Box Plot (Figura 1) que aparece a continuación.

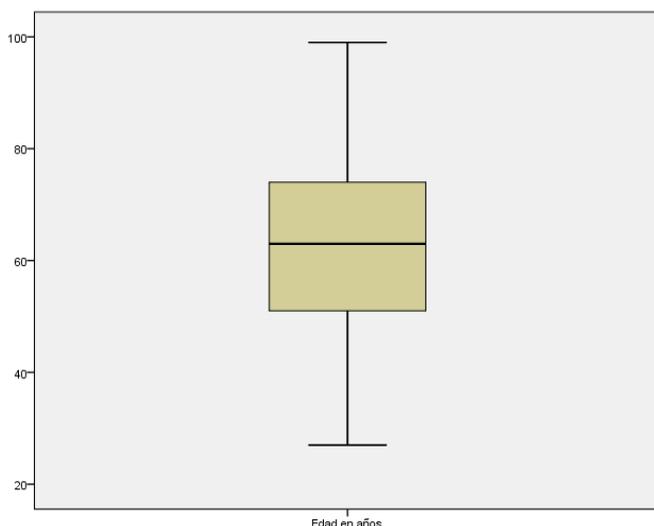


Figura 1 Gráfico de Box-plot para la variable edad en años.

4.2 ÁMBITO DE RESIDENCIA

La tabla 3 refleja la procedencia de las mujeres que ingresan por esta enfermedad. Y se ve claramente que la mayor parte de las pacientes (63,4%) provienen del ámbito urbano; ya que las del ámbito rural constituyen (36,6%).

	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	996	63,4%
Rural	576	36,6%
Total	1572	100%

Tabla 3 Distribución de frecuencia para la variable ámbito de residencia.

4.3 CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

Los tipos histológicos que hemos encontrado en nuestras pacientes se muestran en el Anexo III. El número de códigos histológicos obtenidos ha sido de 2806, lo que supone para las 1848 hospitalizaciones un promedio de 1,5 códigos por alta. Agrupando en dos categorías (carcinoma infiltrante y carcinoma in situ), se observa que el 98,8% de los códigos corresponde a carcinoma de mama infiltrante.

4.4 TIPO DE CIRUGÍA Y EVOLUCIÓN

Los tipos de cirugías que hemos escogido para este trabajo se clasifican en tres grupos; tumorectomía, mastectomía y el último grupo que con el nombre de “otros” donde engloba a las mujeres no sometidas a cirugía; generalmente sometidas a biopsias excisionales para su diagnóstico. Según este trabajo, a las pacientes en el CAUPA se les realizan en mayor número la mastectomía (62%) y en menor número tumorectomía (34%). El grupo otros presenta una menor proporción (4%).

	Frecuencia	Porcentaje
Tumorectomía	567	34%
Mastectomía	1042	62%
Otros	72	4%
Total	1681	100%

Tabla 4 Distribución de frecuencia para la variable tipo de cirugía.

La figura 2 hace referencia a la evolución de los tipos de cirugías en el periodo del estudio. Se ve reflejado que en 1993 el tipo de cirugía que más sobresalía era la mastectomía; pero a lo largo del tiempo, sobre todo en el año 2006 ambas cirugías se empezaron a solapar, siendo en el 2014 mayor la mastectomía, pero muy cercana de ella la tumorectomía ($p < 0,01$).

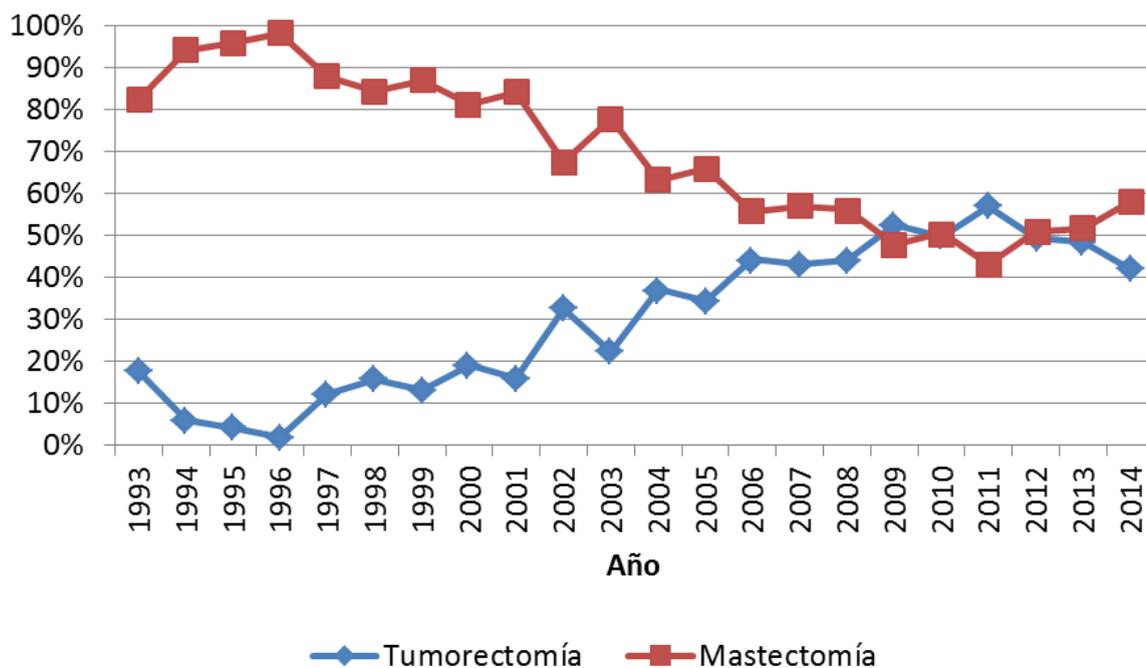


Figura 2 Evolución de los tipos de cirugía en el periodo de estudio.

4.5 PERFIL DE INGRESO HOSPITALARIO

❖ Número de ingresos

Como podemos observar, la mayoría de las pacientes han ingresado una vez (85,2%), otras han ingresado dos veces (13,4%) y el resto en muy poca proporción han ingresado una tercera y una cuarta vez (Tabla 5).

	Frecuencia	Porcentaje
1	1574	85,2%
2	248	13,4%
3	24	1,3%
4	2	0,1%
Total	1848	100%

Tabla 5 Distribución de frecuencias para la variable número de ingreso.

❖ Tipo de ingreso

Las pacientes suelen ingresar en el CAUPA de manera programada (70%), ya que las que suelen ingresar de forma urgente se expresan en una menor proporción (30%) (Tabla 6).

	Frecuencia	Porcentaje
Urgente	552	30%
Programado	1296	70%
Total	1848	100%

Tabla 6 Distribución de frecuencia para la variable tipo de ingreso.

❖ Servicio de alta hospitalaria

Las mujeres que ingresan en el hospital por cáncer de mama son dados de alta por diferentes servicios, el de mayor número de altas hospitalarias es cirugía general (63%), seguido de ginecología (29%) y en menor medida el grupo “otros” (8%) el cual abarca los demás servicios del hospital (Tabla 7).

	Frecuencia	Porcentaje
Cirugía General	1155	63%
Ginecología	541	29%
Otros	152	8%
Total	1848	100%

Tabla 7 Distribución de frecuencia para la variable servicio de alta hospitalaria.

❖ Tipo de alta hospitalaria

El alta que reciben las mujeres con cáncer de mama en este complejo son diferentes; observando esta tabla; la mayoría de ellas regresan a su domicilio (95,1%), otras en menor porcentaje (0,1%) piden el alta voluntaria o se trasladan a otro hospital (0,2%); y el porcentaje de fallecidas es de (4,5%) (Tabla 8).

	Frecuencia	Porcentaje
Domicilio	1760	95,1%
Traslado	3	0,2%
Alta voluntaria	1	0,1%
Exitus	84	4,5%
Total	1848	100%

Tabla 8 Distribución de frecuencia para la variable tipo de alta hospitalaria.

❖ Estancia hospitalaria en días

La media de días de estancia es de $8,1 \pm 5,5$ días. La mediana de dicha variable es de 7 días correspondiendo el percentil 25-75: 5 a 10 días. Mostramos histograma, donde se aprecia claramente que no sigue una distribución normal y la cifra que más sobresale es a los 7 días de estancia en el hospital hay 200 pacientes ingresadas (Figura 3).

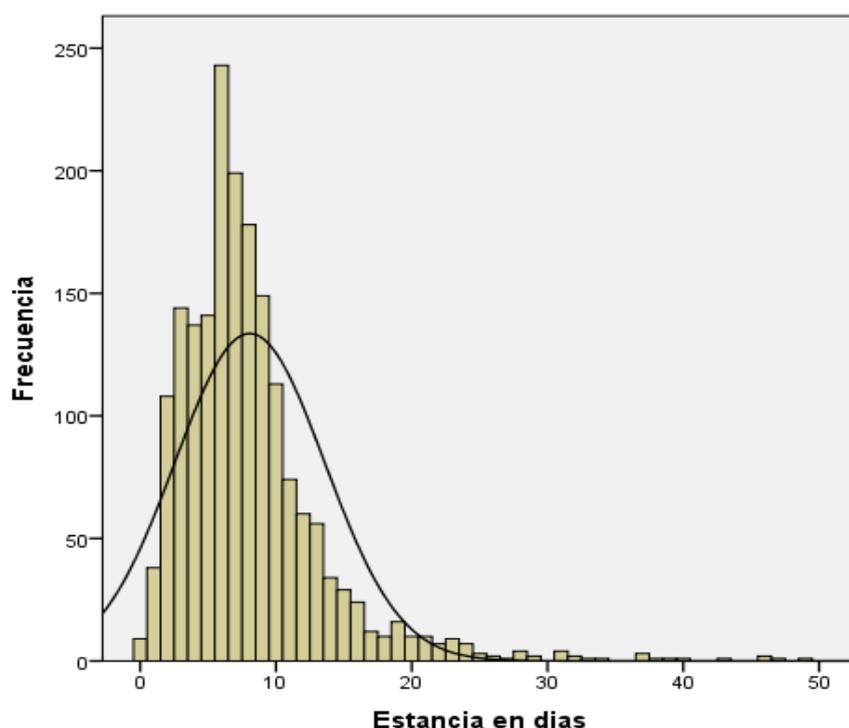


Figura 3 Histograma de frecuencias para la variable estancia en días.

❖ Tipo de cirugía - Edad en años- Estancia en días

En la tabla 9 hemos comparado los tipos de cirugías por una parte con la edad en años y por otra con la estancia en días. Existen diferencias significativas entre estas variables. En cuanto a la edad en años y el tipo de cirugía decir que las pacientes sometidas a tumorectomía son más jóvenes que las sometidas a mastectomía.

En cambio en las variables; estancia en días y el tipo de cirugía destacar que las mujeres sometidas a tumorectomía permanecen menos días hospitalizadas con respecto a las intervenidas a mastectomía.

	Tipo de cirugía	N	Media	Desviación estándar	P
Edad en años	Tumorectomía	517	59,0	11,8	p<0.001
	Mastectomía	891	64,3	14,9	
Estancia en días	Tumorectomía	517	5,5	3,5	p<0,001
	Mastectomía	891	9,3	4,7	

Tabla 9 Comparación de la edad en años y estancia en días por tipo de cirugía.

❖ Análisis multivariante de los reingresos

Para evaluar las características de las variables asociadas con el reingreso, se decidió la realización de un análisis de regresión logística con variables de interés clínico y epidemiológico. El modelo seleccionado se muestra en la tabla 10.

Destacar que las variables ámbito y edad en años presentan un nivel de significación superior al 5% pero ayudan a realizar un mejor ajuste del mismo.

	Sig.	OR	IC 95% para OR	
			Inferior	Superior
Ámbito (Rural vs urbano)	0,060	1,370	0,986	1,904
Año	<0,001	0,852	0,822	0,883
Tipo de cirugía (Mastectomía vs Tumorectomía)	<0,001	0,146	0,096	0,222
Tipo de cirugía (Otros vs Tumorectomía)	0,001	2,800	1,519	5,163
Edad en años	0,082	0,989	0,977	1,001
Estancia en días	<0,001	0,884	0,844	0,926

Tabla 10 Análisis de regresión logística para evaluar la relación de la variable dependiente reingreso respecto a las variables independientes.

❖ Análisis de tendencias

Para la evaluación de la tendencia en el tiempo, se eligió el modelo de regresión lineal de Joinpoint. En la figura 4, existe un incremento del número de ingresos en mujeres a lo largo del periodo del estudio con porcentaje anual de cambio estadísticamente significativo ($p < 0,05$). Cada año se incrementa dicha tasa un 4,4%.

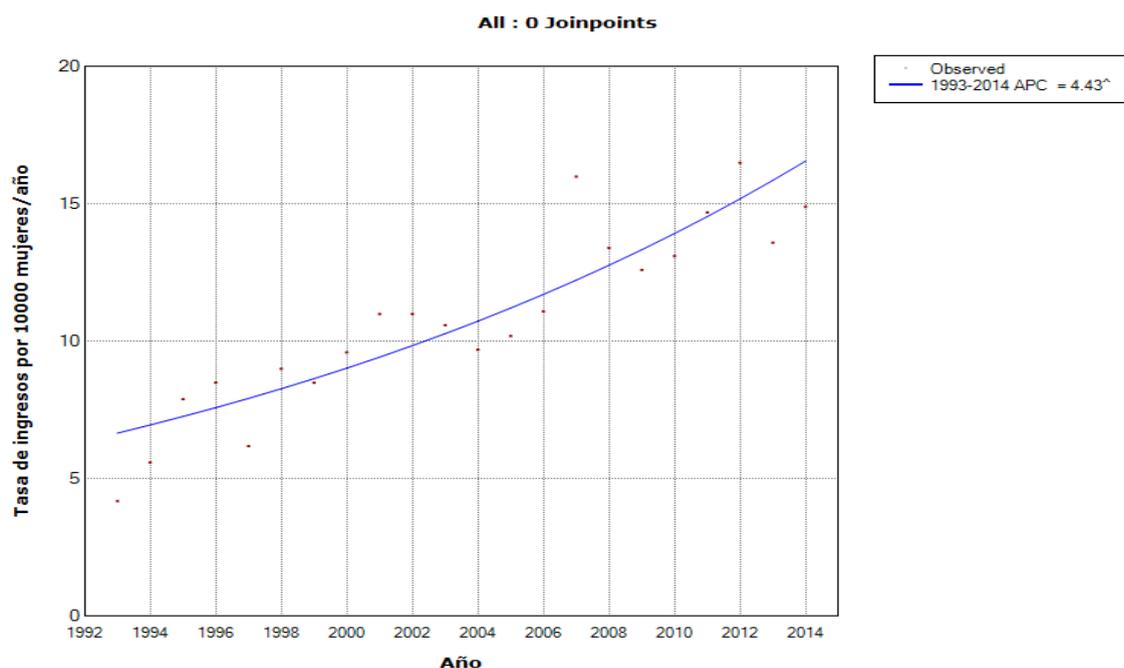


Figura 4 Regresión Joint Point para tasa de ingresos por 10000 mujeres al año.

❖ Tasa de ingresos por edad

En la figura 5 se representa la edad con la ingresan las mujeres con cáncer de mama en el CAUPA; la tasa de ingresos es por cada 1000 mujeres al año.

Las edades de las pacientes están comprendidas desde los 27 hasta los 99 años; donde la edad que más predomina con mayor número de ingresos son los 61 años, con un 61-62%.

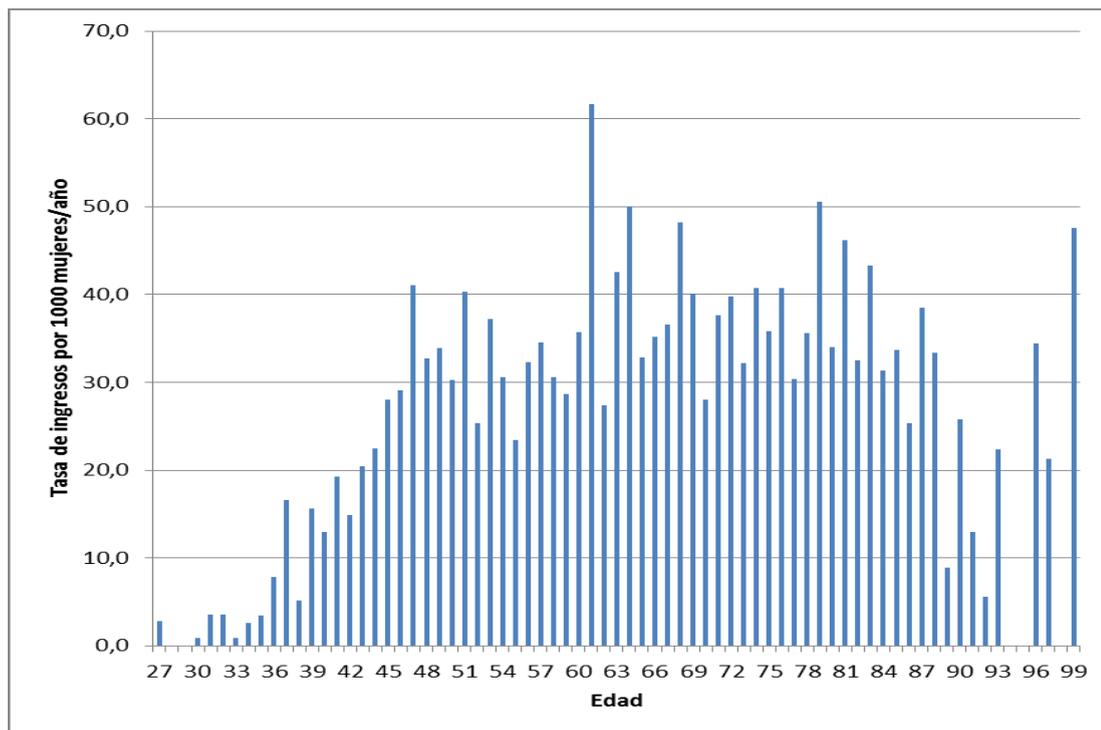


Figura 5 Tasas específicas de ingresos por edad por 1000 mujeres/año.

5. DISCUSIÓN

5.1 EDAD

En nuestro estudio; la edad media de las mujeres que ingresan por cáncer de mama en el CAUPA es de 63 años (Figura 1). Estos datos coinciden con los de otras series, como los estudios de Colina Ruizdelgado, Torres y Shah en los que las mujeres con edades comprendidas entre 55-69 años, sufren en mayor proporción cáncer de mama. (17, 25, 26)

En el estudio de Flores-Luna las mujeres afectadas de cáncer de mama representan el 6,7% una edad inferior a 29 años, el 28,5% entre 35-44 años, el 24,5% 45-54 años, el 76% 55-64 años y el 22,8% eran mayores de 65 años. (27)

Aunque estos trabajos no versaban sobre la hospitalización de las pacientes, sino sobre su epidemiología, entendemos que esto no supone sesgo alguno sobre los datos obtenidos en nuestro estudio.

Uno de los factores de riesgos más importante para el cáncer de mama es la edad, por lo tanto una detección precoz de la enfermedad en determinados grupos de edad, es el mejor tratamiento. La enfermera en este aspecto es la encargada de sensibilizar a la población, integrando información detallada a la comunidad sobre esta patología; como también estimular la adopción de hábitos saludables y enseñar la técnica del autoexamen de mamas. Un punto principal es informar a las mujeres de entre 45-69 años en nuestra provincia que se realicen mamografías de control cada uno o dos años para evitar o controlar la enfermedad en estadios tempranos. (28,29)

5.2 ÁMBITO DE RESIDENCIA

Según nuestro estudio, la mayor parte de las mujeres con cáncer de mama proceden de la zona urbana (63%) (Tabla 3).

La mayoría de los estudios; muestran la zona urbana como ámbito de residencia para la mayoría de mujeres con cáncer de mama. En el artículo de Binachon se ha demostrado que las mujeres que viven en áreas urbanas tienen un mayor riesgo de cáncer de mama, en comparación a las que viven en zonas rurales. La explicación es la consideración de diversos factores de riesgo para el cáncer de mama como: factores reproductivos, estilos de vida y una mayor exposición a la contaminación del aire; ya que las mujeres que viven en zonas urbanas parecen tener una vida menos saludable que las de zonas rurales.

El incremento medio en el riesgo es de 15%. (30) En otros como el de Wilkinson llevado a cabo en Australia, no se encontró ninguna diferencia en la incidencia de cáncer de mama entre las zonas rurales y urbanas. (31)

Las enfermeras ayudan a la población tanto rural como urbana que sufren cáncer de mama, pueden presentarse algunas diferencias entre los diferentes ámbitos, pero en la provincia de Palencia no suelen existir dificultades para acceder a las pacientes de diferentes lugares; si no ellas se adaptan para que todas dispongan de las adecuadas medidas de apoyo y reciban una buena educación para su salud dentro de la medida de lo posible. (32)

5.3 TIPO DE CIRUGÍA Y EVOLUCIÓN

Como se ha descrito en el apartado de resultados, las mastectomías predominaron con respecto a las tumorectomías; en mujeres con cáncer de mama en el CAUPA, durante el periodo del estudio (Tabla 4).

La literatura es heterogénea en este aspecto y así, algunos trabajos similares al nuestro muestran que la mastectomía es más frecuente que la cirugía conservadora (tumorectomía). (33) Actualmente, son numerosos los trabajos que proponen a la tumorectomía o conservación de la mama como tratamiento de elección. En el estudio de Morrison las mujeres mayores de 50 años que se someten a tumorectomía representan el 56% (34) y en el de Fredholm realizado en mujeres suecas mayores de 50 años, el porcentaje asciende al 64% (35).

Como podemos observar, en nuestra muestra, el porcentaje de pacientes sometidas a cirugía radical es superior a la mayoría de las series. Estos datos podrían justificarse puesto que nuestra muestra es una cohorte histórica. En la figura 2 se objetiva la evolución de las tendencias quirúrgicas a lo largo del periodo de estudio, observándose que las diferencias entre ambas técnicas quirúrgicas se minimizan llegando a igualarse en los últimos años del estudio. Estos datos son coincidentes con los estudios revisados.

Las pacientes que son intervenidas de mastectomías, el órgano que pierden es la mama, por lo que se modifica la imagen corporal y el funcionamiento sexual de la mujer. Estos cambios traen consigo una fuente de estrés y miedo que repercute en el estado emocional, la calidad de vida y el funcionamiento personal y social; lo cual puede sentirse aislada e incluso puede repercutir en su ámbito laboral.

Por eso las enfermeras deben identificar las necesidades de la mujer, dar consejos y manejar habilidades de comunicación y relación con ella; para que exprese sus sentimientos y preocupaciones tras el duelo, proporcionar un cuidado integral de calidad e individualizado tanto a la paciente como a su familia, comprender la vivencia que atraviesan para ser capaces de empatizar y ayudarla de manera que se sienta mejor consigo misma y no se sienta excluida. (36,37)

5.4 PERFIL DE INGRESO HOSPITALARIO

- ❖ En cuanto al **número de ingresos**, es evidente que la mayoría de las pacientes ingresan una sola vez. Esto suele corresponder a la cirugía de la enfermedad, a la que son candidatas casi la totalidad de las pacientes. Los ingresos posteriores, únicamente corresponden con complicaciones derivadas de los tratamientos, ya sean quirúrgicos u oncológicos, así como recidivas de la enfermedad, por lo que ocurren en menor número de pacientes (Tabla 5).

- ❖ Con respecto al **tipo de ingreso**, es claramente predominante el ingreso programado, ya que la cirugía de estas pacientes se realiza de esta forma. Los ingresos urgentes se reservan únicamente para los casos aislados de las complicaciones anteriormente citadas (Tabla 6).

La mujer que es ingresada en el hospital diagnosticada de cáncer de mama se preocupa por la enfermedad y está inquieta por enfrentarse a una vida que será diferente para ella. Uno de los principales objetivos alcanzados con la visita de enfermería preoperatoria es reducir el nivel de ansiedad de la paciente, resolviendo las dudas de la paciente y de la familia para aumentar el nivel de autoestima y bienestar general; todo esto se realiza mediante una entrevista prequirúrgica con la enfermera. (29)

- ❖ En nuestra muestra, las pacientes corresponden fundamentalmente a dos **servicios hospitalarios**: cirugía general y ginecología. Predominan las pacientes en el primer servicio, ya que todas las mujeres eran recibidas por dicho servicio hasta que en el año 2005 se estableció la colaboración de ambas especialidades, distribuyéndose los pacientes entre ambos servicios. El subgrupo “otros” correspondería a otros servicios (oncología, medicina interna...) donde ingresarían las pacientes para el tratamiento de otras patologías concomitantes o complicaciones (Tabla 7).

- ❖ En cuanto a la variable **tipo de alta hospitalaria**, observamos que la mayoría de mujeres son enviadas a su domicilio. Solo una pequeña proporción fallece en el ámbito hospitalario, dato esperable debido a la historia natural de la enfermedad (Tabla 8).

Las pacientes al recibir el alta hospitalaria reciben apoyo e información por parte de enfermería que deben añadir en su vida cotidiana. Un aspecto importante que deben aprender es el cuidado de la herida, ya que se las enseña a realizarse sus propios autocuidados, educándolas en el cuidado de la piel, la cual tiene que estar seca y limpia, entre otras. Otro punto imprescindible que tienen que recalcar la enfermera es la alimentación después de haberse sometida a cirugía, la cual se tiene que basar en una dieta equilibrada, donde incluya alimentos con fibras, abundante agua, no abusar de alimentos ricos en grasa y reducir el consumo de sal y café. (38)

❖ **Estancia hospitalaria en días**

En nuestro estudio la media de días de las mujeres hospitalizadas por cáncer de mama en el CAUPA es de 8 ± 5 días (Figura 3). Estos datos son poco comparables con los de otros estudios, ya que la estancia es una variable que depende no solo de la técnica quirúrgica sino de múltiples factores confusores.

Cantero Ronquillo explica que la corta estancia se ha incrementado en los últimos años. Este tratamiento quirúrgico es un paso intermedio entre la opción ambulatoria y la estancia ordinaria. Sus principales ventajas son: un mayor tiempo de observación para las complicaciones postoperatorias inmediatas y la posibilidad de educar a la paciente y la familia. (33) En el estudio de Sánchez García destaca que las personas que permanecieron una larga estancia (>72 horas) supuso un 20%, la corta estancia (<72h) el 32% y la cirugía mayor ambulatoria (CMA) un 48 %. (39)

Durante la estancia en el hospital la ayuda de la enfermera es primordial para que se adapte progresivamente y sepa integrar los cuidados en la vida diaria. Un paso fundamental es enseñar a la paciente durante esa estancia los ejercicios que tendrá que realizar en su casa diariamente. La enfermera la explica que la movilización del brazo afectado es muy conveniente para una recuperación inmediata. Además de realizar ejercicios respiratorios para tener una buena oxigenación y relajarse. (38)

❖ Tipo de cirugía – Edad en años- Estancia en días

En nuestro estudio se han comparado estas variables y destacamos que para el tipo de cirugía radical, en este caso la mastectomía se realiza en mujeres de mayor edad siendo su estancia hospitalaria mayor. Por el contrario, la tumorectomía se emplea en mujeres más jóvenes, con menor estancia hospitalaria ya que se trata de una cirugía conservadora (Tabla 9).

El estudio de Sánchez García muestra que cada vez se utilizan más los programas de cirugía mayor ambulatoria y de corta estancia ya que con ellos se mejora la calidad asistencial de las pacientes. En su serie obtienen las siguientes cifras:

	CMA	Corta estancia (<72 h)	Larga estancia (>72h)
Cirugía conservadora	77%	48%	19%
Mastectomía	10%	52%	81%
Otros	12,9%	-	-

Tabla 11 Procedimientos quirúrgicos realizados durante la estancia hospitalaria en el estudio de Sánchez García. (39)

Como se observa en la tabla 11, la mastectomía tiene una mayor proporción de pacientes con larga estancia debido a que es una cirugía no conservadora y tiene más agresividad quirúrgica. La cirugía conservadora, sin embargo, es característica de la cirugía mayor ambulatoria, siendo un procedimiento menos agresivo que el anterior y presenta un menor número de complicaciones postquirúrgicas.

Estos trabajos, muestran que las cirugías conservadoras tienen una menor estancia hospitalaria.

❖ **Análisis multivariante de los reingresos**

Respecto a la existencia de reingresos se realizó un análisis de regresión logística para el control de las distintas variables confusoras. En el modelo elegido se observa que el tipo de cirugía denominado “otros” presenta un exceso de riesgo de 2,8 veces respecto a la tumorectomía. En este caso, la posibilidad de ingresar en una primera ocasión estaría en relación de la necesidad de completar los estudios previos a la cirugía definitiva. La mastectomía sin embargo presenta un efecto “protector para el ingreso” de 6,8 veces (OR=0,146). Su interpretación sería que una cirugía más agresiva no se sigue de reingresos posteriores respecto de la tumorectomía. La estancia en días supone igualmente un efecto protector del 13% por cada día de estancia en el primer ingreso para evitar un reingreso posterior (OR=0,884). Este hecho se relacionaría como se ha indicado anteriormente a las hospitalizaciones para completar el estudio clínico antes de la intervención quirúrgica. Finalmente, el año de ingreso también tiene influencia en la variable reingreso siendo su efecto protector del 17% por cada año que pasa en el periodo de estudio (OR=0,852) (Tabla 10).

❖ **Análisis de tendencias**

En nuestro trabajo la tasa de ingresos de mujeres por cáncer de mama en el periodo de estudio ha ido aumentando un 4,4% anual (Figura 4). Según la Asociación Española de Cáncer de Mama (AECC), este aumento puede ser posible por dos motivos; uno de ellos el envejecimiento de nuestra sociedad; ya que la edad es un factor predominante en esta enfermedad y la otra causa puede ser debido a los programas de detección precoz; ya que cada vez se diagnostican antes el cáncer de mama debido a estas campañas. Este aumento ha sido estimado a nivel mundial en un 1-2% anual. (6)

En este punto apartado voy a destacar la importancia de la enfermería en los programas de detección precoz explicados anteriormente, así como la educación que realizan a las pacientes con la autoexploración de las mamas. Este ejercicio consiste en una serie de maniobras simples, que cada persona debe realizar para vigilar regularmente el aspecto de las mamas y así detectar anomalías que puedan relacionarse con patología tumoral. Las enfermeras se lo explican detalladamente con una serie de ejercicios, resolviendo los problemas que surjan y recalando que deben realizarlo todo los meses, para detectar esta enfermedad lo antes posible. (40)

❖ Tasa de ingresos por edad

En nuestro estudio las tasas específicas de ingresos por edad muestran una distribución ligeramente bimodal con máximos locales en los entornos de 48 y 75 años (Figura 5). Estos rangos de edad pueden ser debidos al envejecimiento de la población; ya que las mujeres tienen cada vez una esperanza de vida más alta, lo cual es un factor de riesgo para padecer esta enfermedad.

5.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El presente estudio tiene varias limitaciones. Entre ellas, se pueden destacar:

-Sesgos de clasificación

El análisis de grandes volúmenes de información recogidos a través de los registros del CMBD de forma necesaria implica errores de clasificación. Existen numerosos facultativos realizando los informes de alta correspondientes y codificadores que trasladan e interpretan la CIE en los registros finales a lo largo de 21 años, por lo que la recogida de la información no puede ser homogénea.

-Período de estudio

El periodo seleccionado para el estudio ha sido el comprendido entre los años 1993 y 2014. La elección de este periodo no permite evaluar las tendencias evolutivas a lo largo de diferentes décadas.

5.6 CONCLUSIONES

1. La tendencia a la hospitalización por cáncer de mama en el Complejo Asistencial Universitario de Palencia es ascendente con un porcentaje anual de cambio del 4,4%.
2. La edad media se sitúa en $63 \pm 14,3$ años y la proporción de residencia urbano/rural es de 1,7:1.
3. La mastectomía supone la técnica quirúrgica predominante, aunque en los últimos años está siendo reemplazada por la tumorectomía. Destacar que la enfermería es muy necesaria en esta enfermedad, ya que con su educación, cuidados y dedicación pueden solucionar y ayudar a numerosas mujeres que cada vez son más las detectadas con cáncer de mama.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica [Internet]. Madrid: Seom.org; 2015. Cáncer de mama. [Acceso el 11 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/cancer-de-mama-raiz/cancer-de-mama?start=1>
2. SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica [Internet]. Madrid: Seom.org; 2014. Las Cifras del Cáncer en España. [Acceso el 11 de enero de 2016]. Disponible en: [http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las cifras del cancer 2014.pdf](http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_cifras_del_cancer_2014.pdf)
3. Ferlay J., Soerjomataram I., Dikshit R., Eser S., Mathers C., Rebelo M., et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015 Mar; 136(5): 359-86.
4. Knaul FM., Nigenda G., Lozano R., Arreola-Ornelas H., Langer A., Frenk J. Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. *Salud Pública Mex*. 2009 Ene; 51(2): 335-344.
5. Rodríguez Cuevas SA., Capruso García M. Epidemiology of breast cancer. *Ginecol Obstet Mex*. 2006 Nov; 74 (11): 585-93.
6. AECC: Asociación Española del Cáncer de Mama [Internet]. Madrid: Aecc.es; 2015. Incidencia [Actualizado el 2 de septiembre de 2014; acceso el 11 de enero de 2016]. Disponible en: <https://www.aecc.es/sobreelcancer/cancerporlocalizacion/cancermama/paginas/incidencia.aspx>
7. Quirino Freitas A., Weller M. Patient delays and system delays in breast cancer treatment in developed and developing countries. *Cienc. & Salud Colectiva*. 2015 Oct; 20(10): 3177-3189.

8. Cui Y., Deming-Halverson SL., Shrubsole MJ., Beeghly-Fadiel A., Fair AM., Sanderson M., et al. Associations of hormone-related factors with breast cancer risk according to hormone receptor status among white and African American women. *Clin Breast Cancer*. 2014 Dec; 14(6): 417-25.
9. Key TJ., Verkasalo PK., Banks E. Epidemiology of breast cancer. *The Lancet Oncology*. 2001 March; 2(3): 133-140.
10. Link JS. Cáncer de mama y Calidad de vida. 1ªed. Ediciones Robinbook, SL. Barcelona; 2008.
11. Virnig BA., Shamliyan T., Tuttle TM., Kane RL., Wilt TJ. Diagnosis and management of ductal carcinoma in situ (DCIS). *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2009 Sep; (185): 1-549.
12. Lugones Botell M., Ramírez Bermúdez M. Aspectos históricos y culturales sobre el cáncer de mama. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2009 Jul-Sep; 25(3): 160-166.
13. Moreno Reviriego A. Cáncer de mama en mujeres menores de 45 años en el Área Sanitaria de Palencia en los últimos 15 años: Estudio de prevalencia y supervivencia en función de factores pronósticos. [Tesis doctoral]. Valladolid. Servicio de Publicaciones. Universidad de Valladolid; 2016.
14. Lema Baltazar E., Maciel A. Patología de los carcinomas no invasores de la mama. En: Hernández Muñoz G., Bernardello E., Aristomede Pinotti J. Cáncer de Mama. Caracas, McGraw Hill Interamericana. 1998: 77-118.
15. Krecke KN., Gisvold JJ. Invasive lobular carcinoma of the breast: mammographic findings and extent of disease at diagnosis in 184 patients. *American Journal of Roentgenology*. 1993 Nov; 161(5): 957-960.
16. American Cancer Society [Internet]. Cancer.org; 2015. Signos y síntomas del cáncer de seno. [Acceso el 26 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/recursosadicionales/fragmentado/cancer-de-seno-deteccion-temprana-signs-symptoms-br-ca>

17. Shah R., Rosso K., Nathanson SD. Pathogenesis, prevention, diagnosis and treatment of breast cancer. *World Journal of Clinical Oncology*. 2014 Aug; 5(3): 283-298.
18. Frenk J. Sensibilización, detección temprana y combate a los prejuicios. Claves en la lucha contra el cáncer de mama. *Salud pública Mex*. 2009 Ene; 51(2): 135-137.
19. Rodríguez-Salés V., Ortiz-Barreda G., Sanjosé S. Revisión bibliográfica sobre la prevención del cáncer en personas inmigrantes residentes en España. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2014 Nov-Dic; 88(6): 735-743.
20. Molina-Barceló A., Salas Trejo D., Miranda García J. Satisfacción de las mujeres con la duración del proceso de valoración adicional en el cribado mamográfico. *Gac Sanit*. 2011 Set-Oct; 25(5): 357-362.
21. PubMed Health [Internet]. EE.UU.Breast Cancer Treatment. [Acceso el 29 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0032825/>
22. Arbona Rovira A., Marinez Lorenzo M., FierroBarrabás G., Aguinaga Aizcorreta MT. Enfermería Oncológica. Unidad de Mama. Hospital de Día. Investigación Oncológica. En: *Manual de Práctica Clínica en Senología*. Capítulo 27. 2ª Edición. Edita Fundación Española de Senología y Patología Mamaria; 2012.
23. Scnoll RA., Knowles JC., Harlow L. Correlates of adjustment among cancer survivors. *J. Psychosocial Oncol*. 2002; 20(1):37-59.
24. Sebastián J., Manos D., Bueno MJ. et al. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*. 2007; 18(2):137-61.

25. Colina Ruizdelgado F., Pilas Pérez M., Lora Pablos D. Análisis de la supervivencia del cáncer de mama durante el decenio 1999-2008 en un Hospital Público de Madrid. Rev. Esp. Salud Pública. 2012 Nov-Dic; 86 (6): 589-600.
26. Torres P., Guerra M., Galán Y., García M., Lezcano M., Fernández L. Incidencia y mortalidad por cáncer en la mujer cubana: Trienio 2000-2002. Rev cubana med. 2007 Jul-Sep; 46(2).
27. Flores-Luna L., Salazar-Martínez E., Duarte-Torres RM., Torres-Mejía G., Alonso-Ruiz P., Lazcano-Ponce E. Factores pronósticos relacionados con la supervivencia del cáncer de mama. Salud pública Méx. 2008 Mar-Abr; 50(2): 119-125.
28. AECC: Asociación Española del Cáncer de Mama [Internet]. Madrid: Aecc.es; 2015. Diagnóstico precoz [Actualizado el 19 de julio de 2014; acceso el 20 de abril de 2016]. Disponible en: <https://www.aecc.es/sobreelcancer/cancerporlocalizacion/cancermama/paginas/diagnostico-precoz.aspx>
29. Riquelme EB., Sepúlveda PB., Vargas VX. Atención de enfermería en las pacientes con cáncer de mama. Rev. Med. Clin. Condes - 2006; 17(4): 244 - 47.
30. Binachon B., Dossus L., Danjou AM., Clavel-Chapelon F., Fervers B. Life in urban areas and breast cancer risk in the French E3N cohort. Eur J Epidemiol. 2014 Oct; 29(10): 743-751.
31. Wilkinson D., Cameron K. Cancer and cancer risk in South Australia: what evidence for a rural-urban health differential? Aust J Rural Health. 2004 Apr; 12(2):61-66.
32. Gorlat-Sánchez B., García-Caro MP., Peinado-Gorlat P., Expósito-Ruiz M., Quero-Rufián A., Cruz-Quintana F. Influencia del ámbito, rural o urbano, en la percepción de los apoyos y las necesidades de las personas cuidadoras en el hospital. Anales Sis San Navarra. 2013 Dic; 36 (3) 441-454.

33. Cantero Ronquillo A., Mederos Curbelo N., Romero Díaz CA., Barrera Ortega, JC. Cirugía ambulatoria y de corta hospitalización en el cáncer de mama. Rev Cubana Cir. 2007 Abr-Jun; 46(2).
34. Morrison DH., Rahardja D., King E., Peng Y., Sarode VR. Tumour biomarker expression relative to age and molecular subtypes of invasive breast cancer. Br J Cancer. 2012 Jul; 107(2): 382-387.
35. Fredholm H., Eaker S., Frisell J., Holmberg L., Fredriksson I., Lindman H. Breast cancer in young women: poor survival despite intensive treatment. Plos One. 2009 Nov ; 4(11): 7695.
36. Pereira Mendes AB., Da Costa Lindolpho M., Pinto Leite A. La asistencia de la enfermera en la visión de mujeres mastectomizadas. Enferm. glob. 2012 Abr; 11 (26):416-426.
37. Aguilar Cordero MJ., Neri Sánchez M., Mur Villar N., Gómez Valverde E. Influencia del contexto social en la percepción de la imagen corporal de las mujeres intervenidas de cáncer de mama. Nutr Hosp. 2013; 28(5):1453-1457.
38. Mediarte [Internet]; 2013. Cuidados después de una mastectomía. Cuidados de enfermería. Consejería de enfermería después de una mastectomía. [Acceso el 25 de abril de 2016]. Disponible en: <http://medicarteoncologia.com/cuidados-despues-de-una-mastectomia/>
39. Sánchez-García S., Pardo-García R., Manzanares Campillo MC., Muñoz-Atienza V., García-Santos E., Martín Fernández J. Tratamiento quirúrgico ambulatorio del cáncer de mama. Experiencia en el Hospital General de Ciudad Real. Revista de Senología y Patología Mamaria. 2015 Oct- Dic; 28(4): 168-171.
40. Sanitas [Internet].Sanitas.es; 2016.Como realizar la autoexploración mamaria. Biblioteca de Salud. [Acceso el 25 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/ginecologia/exploraciones-ginecologia/autoexploracion-mamaria.html>

7. ANEXOS

○ Anexo I- Códigos de diagnóstico principal

174.0 Neoplasia maligna mama femenina. Pezón y areola

174.1 Neoplasia maligna mama femenina. Porción central

174.3 Neoplasia maligna mama femenina. Cuadra inferointerior

174.4 Neoplasia maligna mama femenina. Cuadra superoexterior

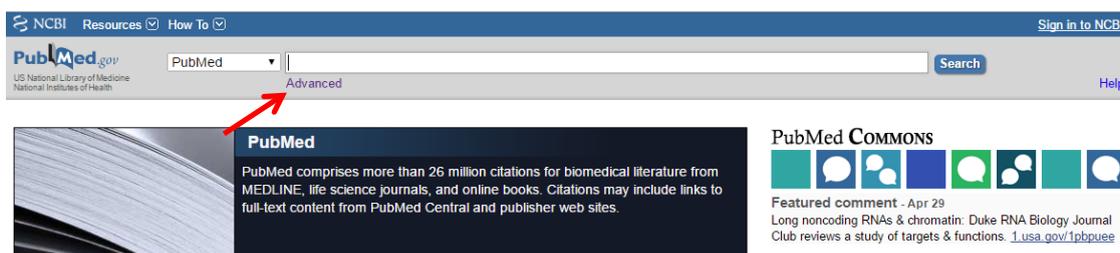
174.5 Neoplasia maligna mama femenina. Cuadra inferoexterior

174.8 Neoplasia maligna mama femenina. Otra

174.9 Neoplasia maligna mama femenina. NEOM (No especifica de otra manera).

○ Anexo II- Búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos

➤ PUBMED



Using PubMed	PubMed Tools	More Resources
PubMed Quick Start Guide	PubMed Mobile	MeSH Database
Full Text Articles	Single Citation Matcher	Journals in NCBI Databases
PubMed FAQs	Batch Citation Matcher	Clinical Trials
PubMed Tutorials	Clinical Queries	E-Utilities (API)
New and Noteworthy	Topic-Specific Queries	LinkOut



PubMed Advanced Search Builder YouTube Tutorial

(breast cancer[MeSH Terms]) AND prevalence[MeSH Terms] Clear

[Edit](#)

Builder

MeSH Terms	breast cancer	Show index list
AND MeSH Terms	prevalence	Show index list
AND All Fields		Show index list

or [Add to history](#)

Article types: Clinical Trial, **Review**, Customize ...
 Text availability: Abstract, Free full text, **Full text**
 PubMed Commons: Reader comments, Trending articles
 Publication dates: 5 years, **10 years**, Custom range...
 Species: **Humans**, Other Animals

Summary 20 per page Sort by Most Recent Send to: Filters: [Manage Filters](#)

Search results
 Items: 1 to 20 of 74
 << First < Prev Page 1 of 4 Next > Last >>

Filters activated: Review, Full text, published in the last 10 years, Humans. [Clear all](#) to show 1554 items.

[\[Facititious diseases in oncology\]](#)

1. Reich M, Clermont A, Amela É, Kotecki N. Bull Cancer. 2015 Dec;102(12):1036-45. doi: 10.1016/j.bulcan.2015.09.006. Epub 2015 Nov 18. **Review**. French. PMID: 26597474 [Similar articles](#)
2. [Recommendations for screening and early detection of common cancers in India.](#) Rajaraman P, Anderson BO, Basu P, Belinson JL, Cruz AD, Dhillon PK, Gupta P, Jawahar TS, Joshi N, Kailash U, Kapambwe S, Katoch VM, Krishnan S, Panda D, Sankaranarayanan R, Selvam JM, Shah KV, Shastri S, Shridhar K, Siddiqi M, Sivaram S, Seth T, Srivastava A, Trimble E, Mehrotra R. Lancet Oncol. 2015 Jul;16(7):e352-61. doi: 10.1016/S1470-2045(15)00078-9. **Review**. PMID: 26149887 [Similar articles](#)

New feature
 Try the new Display Settings option - [Sort by Relevance](#)

Titles with your search terms

Prevalence and penetrance of BRCA1 and BRCA2 mutations in a popul [Br J Cancer. 2000]
 Prevalence of BRCA1 and BRCA2 gemline mutations in pat [Breast Cancer Res Treat. 2015]
 Prevalence and predictors of BRCA1 and BRCA2 mutations in a popul [Cancer Res. 2006] [See more...](#)

Find related data
 Database: Select

Article types: Clinical Trial, **Review**, Customize ...
 Text availability: Abstract, Free full text, **Full text**
 PubMed Commons: Reader comments, Trending articles
 Publication dates: 5 years, **10 years**, Custom range...
 Species: **Humans**, Other Animals

Summary 20 per page Sort by Most Recent Send to: Filters: [Manage Filters](#)

Search results
 Items: 6
 << First < Prev Page 1 of 1 Next > Last >>

Filters activated: Review, Full text, published in the last 10 years, Humans. [Clear all](#) to show 638 items.

[Effect of b value and pre-admission of contrast on diagnostic accuracy of 1.5-T breast DWI: a systematic review and meta-analysis.](#) Dorrius MD, Dijkstra H, Oudkerk M, Sijens PE. Eur Radiol. 2014 Nov;24(11):2835-47. doi: 10.1007/s00330-014-3338-z. Epub 2014 Aug 9. **Review**. PMID: 25103535 [Similar articles](#)

2. [Review of estrogen receptor, progesterone receptor, and HER-2/neu immunohistochemistry impacts on treatment for a small subset of breast cancer patients transferring care to another institution.](#) Jorns JM, Healy P, Zhao L. Arch Pathol Lab Med. 2013 Nov;137(11):1660-3. doi: 10.5858/arpa.2012-0670-OA. **Review**. PMID: 24168506

New feature
 Try the new Display Settings option - [Sort by Relevance](#)

Titles with your search terms

Risk of hospitalization according to chemotherapy regimen in eai [J Clin Oncol. 2014]
 Hospitalization for Inflammatory Bowel Disease is Associated with Increa [Ann Surg Oncol. 2015]
 Effect of mammography screening on surgical treatment for breast can [Eur J Epidemiol. 2013] [See more...](#)

Find related data

➤ SCIELO

SCIELO

cancer de mama AND prevalencia

Buscar

Resultados: 9

Filtros seleccionados

Colección: España

Ordenar por: Publicación - Más nuevos primero

1. Tendencias y desigualdades sociales en el cribado de cáncer de cérvix y cáncer de mama en la Comunidad de Madrid durante el periodo 1995-2010 a partir del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de enfermedades no transmisibles (SIVFRENT-A)

Sem resultados

No se encontraron documentos para su búsqueda

Entre una o más palabras

Buscar

➤ LILACS

bvs biblioteca virtual en salud

Búsqueda en bases de datos

Base de datos: LILACS

Búsqueda: cáncer de mama [Palabras del resumen] and prevalencia [Palabras del resumen]

Referencias encontradas: 0

Refinar la búsqueda

Base de datos: LILACS

Formulario avanzado

1. Buscar: cáncer de mama en el campo Palabras del resumen

2. and: prevalencia en el campo Palabras del resumen

3. and: en el campo Palabras

CONFIG BORRAR BUSCAR

Search engine: JAH v2.6 powered by WWWIS1S

BIREME/OPS/OMS - Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud

bvs biblioteca virtual en salud

Búsqueda en bases de datos

Base de datos : LILACS
 Búsqueda : cáncer de mama [Palabras del resumen] and hospitalización [Palabras del resumen]
 Referencias encontradas : 0

Refinar la búsqueda

Base de datos : LILACS Formulario avanzado

	Buscar	en el campo	
1	cáncer de mama	Palabras del resumen	índice
2	and hospitalización	Palabras del resumen	índice
3	and	Palabras	índice

CONFIG BORRAR BUSCAR

Search engine: IAH v2.6 powered by WWWISIS

BIREME/OPS/OMS - Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud

➤ TRIPDATABASE

Trip Find evidence fast

SEARCH PICO ADVANCED SEARCH

breast cancer AND prevalence from:2012

Evidence Images Videos Explorer

43 results for "breast cancer AND prevalence from:2012", by quality

Export Order Add to automated search

- Breast cancer susceptibility 1 and 2 (BRCA1/2) gene testing for hereditary breast and ovarian cancer (HBOC)**
Health Technology Assessment (HTA) Database. 2013
Systematic Reviews
- Breast cancer susceptibility 1 and 2 (BRCA1/2) gene testing for hereditary breast and ovarian cancer (HBOC)**
Health Technology Assessment (HTA) Database. 2012
Systematic Reviews
- Evaluation of mammographic surveillance services in women aged 40-49 years with a moderate family history of breast cancer: a single-arm cohort study**
NIHR HTA programme. 2013
Systematic Reviews
- Risk assessment, genetic counseling, and genetic testing for BRCA-related cancer in women: a systematic review to update the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation**
DARE. 2014
Systematic Reviews
- Cancer risk associated with use of metformin and sulfonylurea in type 2 diabetes: a meta-analysis**
DARE. 2012
Systematic Reviews
- An actuarial analysis shows that offering lung cancer screening as an insurance benefit would save lives at relatively low cost**
NHS Economic Evaluation Database. 2012
Systematic Reviews
- Testing for gastric cancer for access to trastuzumab**
Medical Services Advisory Committee. 2012

Refine by

Evidence type Clinical Area

Become a PRO

If you had Trip Pro you'd have access to 88 further Systematic Reviews, links to 353 free full-text articles and 221 clinical trials — all without adverts.

Get Trip Pro now >

All Secondary Evidence

Systematic Reviews	43	488
Veterans Affairs Evidence-based Synthesis Program Reports	6	
NIHR HTA programme	5	

Further refinements

- Overdiagnosis
- For developing world SPECIFIC
- For developing world SENSITIVE
- Previously viewed
- Starred
- Since 2016
- Since 2015
- Since 2014
- Since 2013
- Since 2012

Trip
Liberating the literature

SEARCH PRO ADVANCED SEARCH

breast cancer AND hospitalization from:2012

109 results for "breast cancer AND hospitalization from:2012", by quality

Export Order Add to automated search

- 1. Safety and cost-effectiveness of shortening hospital follow-up after breast cancer treatment**
NHS Economic Evaluation Database. 2012
- 2. Patient navigation for breast and colorectal cancer in 3 community hospital settings: an economic evaluation**
NHS Economic Evaluation Database. 2012
- 3. Partial breast irradiation for early breast cancer**
Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014

Refine by
Evidence type Clinical Area

Become a PRO

If you had Trip Pro you'd have access to 739 further Systematic Reviews, links to 2,577 free full-text articles and 3,662 clinical trials — all without adverts.

Get Trip Pro now >

All Secondary Evidence

Systematic Reviews 109 +939

Cochrane Database of Systematic Reviews 20

NHS Economic Evaluation Database 20

➤ **TESEO**

Está usted en: Portada Universidades Educación superior universitaria

Tesis doctorales: TESEO

Consulta de la Base de datos de Tesis Doctorales (TESEO) Ayuda

Rellene los campos del siguiente formulario con las palabras o frases que conozca de los documentos que desea localizar.

Búsqueda Simple Entrar como usuario registrado Registrarme como Doctorando

Buscar Tesis

con todas las palabras **cancer de mama prevalencia**

con la frase exacta

con alguna de las palabras

sin ninguna de las palabras

...en el Título / Resumen

Otros Campos de Búsqueda

Autor:

NIF/NIE/Pasaporte:

Director:

Universidad: -- Universidades --

Departamento: -- 0 Departamentos --

Curso académico: Desde: / Hasta: /

GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE

Está usted en: Portada Universidades Educación superior universitaria

Tesis doctorales: TESEO

Resultado de la búsqueda Ayuda Salir

Número de registros encontrados: **17**

Seleccionar todos Deseleccionar

ver Selección Modificar Consulta Nueva Consulta

- CÁNCER DE MAMA EN MUJERES MENORES DE 45 AÑOS EN EL ÁREA SANITARIA DE PALENCIA EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS: ESTUDIO DE PREVALENCIA Y SUPERVIVENCIA EN FUNCIÓN DE FACTORES PRONÓSTICOS.
- CONSIDERACIONES SOBRE DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y ESTADIFICACIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN FUNCIÓN DE SU PROCEDENCIA: PROGRAMA POBLACIONAL DE CRIBADO O CONSULTAS MÉDICAS
- REPERCUSIONES DEL ESTRÉS LABORAL SOBRE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
- PREVALENCIA DE MUTACIONES PATOGENICAS DE LOS GENES BRCA1 Y BRCA2 EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA ESPORÁDICO. PUESTA A PUNTO DE UN MÉTODO DE CRIBADO BASADO EN EL ANÁLISIS DE LAS CURVAS DE FUSIÓN DE ALTA RESOLUCIÓN
- APLICABILIDAD DEL CUESTIONARIO DASH EN MUJERES CON LINFEDEMA SECUNDARIO A CÁNCER DE MAMA
- ROLE OF PAX4 AND PAX8 IN PANCREATIC ISLETS PHYSIOLOGY AND PATOPHYSIOLOGY

○ **Anexo III- Códigos morfológicos de los campos correspondientes a CMBD- CIE 9 MC**

Código CIE	Literal	Núm casos
M8000/1	Neoplasia, sin certeza de si es benigna o maligna	2
M8000/3	Neoplasia, maligna	30
M8000/6	Neoplasia, metastática	7
M8010/2	Carcinoma in situ NEOM	4
M8010/3	Carcinoma NEOM	226
M8010/6	Carcinoma, metastático NEOM	100
M8012/3	Carcinoma de células grandes NEOM	1
M8050/0	Papiloma NEOM (salvo papiloma de vejiga urinaria M8120/1)	1
M8050/3	Carcinoma papilar NEOM	19
M8050/6	Carcinoma papilar secundaria	2
M8070/3	Carcinoma de células escamosas (epidermoides) NEOM	7
M8120/0	Papiloma de células transicionales NEOM	2
M8140/3	Adenocarcinoma NEOM	31
M8140/6	Adenocarcinoma metastático NEOM	16
M8160/3	Colangiocarcinoma	2
M8201/3	Carcinoma cribiforme	5
M8210/0	Pólipo adenomatoso NEOM	2
M8210/3	Carcinoma cribiforme	2
M8211/3	Adenocarcinoma tubular	11
M8230/3	Carcinoma sólido NEOM	5
M8401/6	Adenocarcinoma apocrino secundario	2
M8440/3	Cistoadenocarcinoma NEOM	38
M8480/6	Pseudomixoma peritoneal	2
M8490/3	Carcinoma de células en anillo de sello	2
M8490/6	Carcinoma metastásico de células en anillo de sello	2
M8500/2	Carcinoma intraducial no infiltrante NEOM	23
M8500/3	Carcinoma ductal infiltrante	1239
M8500/6	Carcinoma ductal infiltrante secundario	376

M8501/2	Comedocarcinoma no infiltrante	4
M8501/3	Comedocarcinoma NEOM	21
M8501/6	Comedocarcinoma NEOM secundario	3
M8502/3	Carcinoma juvenil de la mama	3
M8503/2	Adenocarcinoma papilar intra ductal no infiltrante	4
M8510/3	Carcinoma medular NEOM	13
M8510/6	Carcinoma medular NEOM secundario	4
M8520/2	Carcinoma lobular in situ	4
M8520/3	Carcinoma lobular NEOM	147
M8520/6	Carcinoma lobular NEOM secundario	48
M8521/3	Carcinoma ductular infiltrante	237
M8521/6	Carcinoma ductular infiltrante secundario	46
M8530/3	Carcinoma inflamatorio	24
M8530/6	Carcinoma inflamatorio secundario	13
M8540/3	Carcinoma inflamatorio	12
M8540/6	Carcinoma inflamatorio secundario	2
M8541/3	Enfermedad de Paget y carcinoma ductal infiltrante de la mama	8
M8541/6	Enfermedad de Paget y carcinoma ductal infiltrante de la mama secundario	2
M8560/3	Carcinoma adenoescamoso	3
M8800/3	Sarcoma NEOM	3
M8802/3	Sarcoma de células gigantes	1
M8890/0	Leiomioma (Mioma NEOM)	5
M8920/6	Rabdomiosarcoma alveolar secundario	2
M8980/3	Carcinosarcoma NEOM	3
M8980/6	Carcinosarcoma NEOM secundario	2
M9010/0	Fibroadenoma NEOM	6
M9020/3	Cistosarcoma filodes maligno	3
M9020/6	Cistosarcoma filodes maligno secundario	1
M9120/0	Hemangioma NEOM	11
M9120/3	Hemangiosarcoma	5
M9120/6	Hemangiosarcoma secundario	2

M9540/1	Neurofibromatosis NEOM	1
M9731/1	Plasmocitoma NEOM	1
M9823/3	Leucemia linfoide crónica	2
M9960/1	Enfermedad mieloproliferativa crónica	1