



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TEMA:

**Prevalencia de cáncer de mama en mujeres atendidas en la
Consulta Externa de un Hospital de especialidad en la ciudad
de Guayaquil.**

AUTORAS:

**Coello Coello, Mercy Betty
Muñoz Navas, María Fernanda**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TUTORA:

Mg. Calderón Molina, Rosa Elizabeth

Guayaquil, Ecuador

28 de agosto del 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Coello Coello, Mercy Betty** y **Muñoz Navas, María Fernanda**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**.

TUTORA

f. _____
Mg. Calderón Molina, Rosa Elizabeth

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____
Mg. Mendoza Vinces, Ángela Ovilla

Guayaquil, a los 28 del mes de agosto del año 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Coello Coello, Mercy Betty y Muñoz Navas, María
Fernanda**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de pacientes con cáncer de mama en mujeres atendidas en la consulta externa de un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil** previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 28 del mes de agosto del año 2017

AUTORAS

f. _____
Coello Coello, Mercy Betty

f. _____
Muñoz Navas, María Fernanda



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Coello Coello, Mercy Betty y Muñoz Navas, María Fernanda**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de pacientes con cáncer de mama en mujeres atendidas en la consulta externa de un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 28 del mes de agosto del año 2017

AUTORAS:

f. _____
Coello Coello, Mercy Betty

f. _____
Muñoz Navas, María Fernanda

REPORTE DE URKUND

URKUND

Lista de fuentes Bloques

Documento	Enlace/nombre de archivo
Presentado 2017-08-20 08:51:45:00	http://repositorio.usg.edu.ec/bitstream/3317/15501/1/UCV-2017-08-20-08-51-45-00.pdf
Presentado por: maria.celeda@yaho.com	Ver y Compartir
Recibido: maria.celeda@yaho.com	Ver y Compartir
Mensaje: Por favor esta es mi tesis Presentación de paciente con cáncer de mama de Her. Hospital de	http://repositorio.usg.edu.ec/bitstream/3317/15501/1/UCV-2017-08-20-08-51-45-00.pdf
Ver y Compartir	http://repositorio.usg.edu.ec/bitstream/3317/15501/1/UCV-2017-08-20-08-51-45-00.pdf
Ver y Compartir	http://repositorio.usg.edu.ec/bitstream/3317/15501/1/UCV-2017-08-20-08-51-45-00.pdf

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
 CARRERA DE ENFERMERIA
 TEMA: Presencia de cáncer de mama en mujeres atendidas en la Consulta Externa de un Hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil desde Mayo a Septiembre del 2017.
 AUTORES: Celsio Coello, Mercy Bery
 Modos: Maria, Maria Fernanda
 Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
 LICENCIADA EN ENFERMERIA
 TUTOR: Mg. Corderon Melina, Rosa Elizabeth

REPOSICIONADO
 2017-08-20 08:51:45:00
 Presentado por: maria.celeda@yaho.com
 Recibido: maria.celeda@yaho.com
 Mensaje: Por favor esta es mi tesis Presentación de paciente con cáncer de mama de Her. Hospital de

Urkund Analysis Result

Analysed Document: Tesis cuarta correccion final de Mercy Coello Coello y Maria Munoz Navas.doc (D30185601)
Submitted: 2017-08-20 15:52:00
Submitted By: mercy_coello@yahoo.com
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

UNIVERSIDAD DE GUAYAMA
ESCUELA DE INGENIERIA EN SISTEMAS DE GUAYAMA
Leda. Martha M. Juan J. Mgs.
DOCENTE

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

Prevalencia de cáncer de mama en mujeres atendidas en la Consulta Externa de un Hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil desde Mayo a Septiembre del 2017.

AUTORES:

Coello Coello, Mercy Betty

Muñoz Navas, María Fernanda

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TUTOR:

Mg. Carderón Molina, Rosa Elizabeth

Guayaquil, Ecuador

28 de agosto del 2017

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por Coello Coello, Mercy Betty y Muñoz Navas, María Fernanda, como requerimiento para la obtención del título

de Licenciada en Enfermería.

TUTORA

f. _____

Mg. Calderón Molina, Rosa Elizabeth

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Mg. Mendoza Vínces, Ángela Ovilda

Guayaquil, a los 28 del mes de agosto del año 2017

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

UNIVERSIDAD CATÓLICA AMIGOS DE GUAYAQUIL
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 ESCUELA DE ENFERMERÍA
 Leda Martha Buján J. Mgs.
 DOCENTE

Nosotras, Coello Coello, Mercy Betty y Muñoz Navas, María Fernanda

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación,

Prevalencia de pacientes con cáncer de mama

en mujeres atendidas en la consulta externa de un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil desde mayo a octubre

del 2017

previo

a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 28 del mes de agosto del año 2017

AUTORES

f. _____ f. _____

Coello Coello, Mercy Betty Muñoz Navas, María Fernanda

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Nosotras, Coello Coello, Mercy Betty y Muñoz Navas, María Fernanda

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a

la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación,

Prevalencia de pacientes con cáncer de mama en mujeres atendidas en la consulta externa de un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil desde mayo a octubre del 2017,

cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 28 del mes de agosto del año 2017

AUTORES:

f. _____ f. _____

Coello Coello, Mercy Betty Muñoz Navas, María Fernanda

AGRADECIMIENTO

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA
Lcda. María Dolores J. MGS.
DOCENTE

AGRADECIMIENTO

Al haber concluido el presente trabajo de titulación desearía agradecer en primer lugar a Dios por haberme guiado a lo largo de mi estudio y a pesar de los obstáculos permitirme terminar con éxito la carrera. A mi madre María por ser mi apoyo incondicional, al haberme brindado sus consejos en el día a día y sobre todo por ser un gran ejemplo a seguir, inculcándome la fe en Dios y conmigo misma. A mi padre Alejandro que aunque no esté presente terrenalmente, me enseñó valores que son parte fundamental en esta carrera. A mis hermanos Ernestina, Jaime, Vicente, Sergio, Rosa y Carlos quienes son parte importante de mi vida, por brindarme su apoyo a lo largo de todos estos años de estudio. Al Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo “SOLCA-Guayaquil, por ofrecernos las facilidades requeridas para culminar el trabajo de titulación y obtener la información necesaria. A los docentes de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil y en especial nuestra tutora Lcda. Rosa Calderón Molina que, con su conocimiento fue un pilar fundamental para terminar el trabajo de titulación. A cada una de las personas que me brindaron palabras de aliento y motivación a lo largo de esta carrera.

Mercy Betty Coello Coello.

De manera preferencial considero que es muy importante mi agradecimiento a Dios por darme la salud y la firmeza en el camino de la superación. Agradezco también a mi señora madre María Paula Navas Tinoco, quien me ha impartido invalorable consejos para lograr mi superación en todos los ámbitos de la vida.

Ma. Fernanda Muñoz Navas.

DEDICATORIA

A Dios, el motivador de mi vida

A mi madre María y hermano Sergio, por su apoyo incondicional.

Mercy Betty Coello Coello

El presente trabajo dedico a mi señora madre por el gran esfuerzo que está realizando, para que sea posible mi graduación académica en esta institución educativa. Agradezco también a mis hermanos que juegan un papel importante en mi vida para que yo alcance mis objetivos personales de llegar a ser una profesional en la salud.

Finalmente agradezco la dirección y la orientación que recibí de los profesores y de manera particular a la Licenciada Rosa Calderón Molina, que nos está instruyendo en este tema tan importante para la vida profesional, como es el de la investigación en enfermería.

Ma. Fernanda Muñoz Navas



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Lic. Rosa Elizabeth Calderón Molina Mgs.
TUTORA

f. _____

Lic. Ángela Ovidia Mendoza Vinces Msc.
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

Lic. Martha Lorena Holguín Jiménez Msc.
COORDINADORA DEL ÁREA UTE

f. _____

Lic. Fanny Ronquillo Morán Msc.
OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

CALIFICACIÓN

ÍNDICE

ÍNDICE DE GRÁFICOS	XVI
RESUMEN	XVII
ABSTRACT	XVIII
INTRODUCCIÓN	19
CAPÍTULO I	20
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	21
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	22
1.4. OBJETIVOS.....	23
CAPÍTULO II	24
FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL.....	24
2.1. MARCO DE REFERENCIA.....	24
2.1.1 Frecuencia de factores de riesgo de cáncer de mama.....	24
2.1.2 Morbilidad del cáncer de mama en la mujer.....	26
2.1.3 Sintomatología depresiva y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama.....	27
2.1.4 Epidemiología del cáncer de mama	29
2.1.5 Frecuencia de factores de riesgo de cáncer de mama.....	30
2.2 MARCO CONCEPTUAL	31
2.2.1 DEFINICIÓN.....	31
2.2.2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	32
2.2.2.1. Etnia.	32

2.2.2.2. Estado civil.	33
2.2.3 FACTORES ASOCIADOS.	33
2.2.3.1. Edad.	33
2.2.3.2. Antecedentes familiares	34
2.2.3.3. Sobrepeso – Obesidad.	35
2.2.3.4. Consumo de bebidas alcohólicas	36
2.2.3.5. Actividad física.	37
2.2.3.6. Número de embarazos y partos.	37
2.2.3.7. Píldoras anticonceptivas y dispositivos intrauterinos.	38
2.2.3.8. Terapia hormonal pos menopáusica.	39
2.2.3.9. Lactancia Materna.	39
2.3. TIPOS DE CÁNCER DE MAMA.	40
2.3.1. Carcinoma ductal in situ.	40
2.3.2. Carcinoma lobulillar In situ.	41
2.3.3. Carcinoma ductal invasivo (o infiltrante).	42
2.4. CÁNCER INVASIVO.	42
2.4.1. Quístico adenoide.	42
2.4.2. Adenoescamoso de bajo grado.	43
2.4.3. Mucinoso.	43
2.4.4. Papilar.	43
2.4.5. Tubular.	44
2.5 SUBTIPOS.	44
2.5.1. Metaplásico	44

2.5.2. Micro capilar.....	44
2.5.3. Mixto.....	45
2.6 MENOS COMUNES.....	45
2.6.1 Inflamatorio.....	45
2.6.2 Enfermedad de Paget.....	45
2.6.3 Tumores filoides.....	46
2.6.4 Angiosarcoma.....	46
2.7. ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD.....	47
2.7.1 Manifestaciones.....	49
2.7.2 Secreción por el pezón (telorrea sanguinolenta - telorragia).....	50
2.7.3 Dolor mamario.....	50
2.7.4. Retracción del pezón. Retracciones – depresiones cutáneas.....	51
2.8. COMPLICACIONES.....	51
2.8.1 Recidiva local.....	51
2.8.2. Metástasis.....	51
CAPÍTULO III.....	53
3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	53
3.2. VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN.....	54
3.3 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.....	57
3.4 CONCLUSIONES.....	69
3.5 RECOMENDACIONES.....	70
3.6 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	71
ANEXOS.....	78

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1.....	57
GRÁFICO N° 2.....	58
GRÁFICO N° 3.....	59
GRÁFICO N° 4.....	60
GRÁFICO N° 5.....	61
GRÁFICO N° 6.....	62
GRÁFICO N° 7.....	63
GRÁFICO N° 8.....	64
GRÁFICO N° 9.....	65
GRÁFICO N° 10.....	66
GRÁFICO N° 11.....	67
GRÁFICO N° 12.....	68

RESUMEN

El cáncer de mama es uno de los más frecuentes entre las mujeres de nuestro país, 30 de cada 100.000 personas son diagnosticadas cada año y casi la mitad de ellas en etapas avanzadas de la enfermedad. En el 2011 el Ministerio de Salud Pública reportó la atención de 448.350 consultas de detección oportuna de cáncer de mama, aun así la enfermedad sigue siendo la tercera causa de muerte en el Ecuador. El estudio realizado se trata de prevalencia de cáncer de mama en mujeres atendidas en la Consulta Externa del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA-Guayaquil. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de cáncer de mama. Tiene un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal. **Método:** se aplicó una matriz de observación indirecta, dirigida a la recolección de datos en los expedientes clínicos del Departamento de Estadística de la Institución, objeto de estudio. **Resultados:** Población: 1037 casos de cáncer de mama diagnosticados en los años 2015-2016, la edad más relevante es la etapa adulta-madura, 40 a 59 años (48%). El nivel socioeconómico no influye en la propagación de la enfermedad, sin embargo el estilo de vida se relaciona con el número de embarazos en un 61.72%. Se descartó que los dispositivos, las terapias hormonales y lactancia materna representen un factor de riesgo para desarrollar la enfermedad. **Conclusión:** las tasas de cáncer de mama se han incrementado a pesar de los programas de prevención y los medios de información.

Palabras clave: Prevalencia, cáncer de mama, mujeres.

ABSTRACT.

Breast cancer is one of the most frequent among women in our country, 30 out of 100,000 people are diagnosed each year and almost half of them in advanced stages of the disease. In 2011, the Ministry of Public Health reported 448,350 visits for timely detection of breast cancer, yet the disease remains the third leading cause of death in Ecuador. The study carried out deals with the prevalence of breast cancer in women treated at the External Consultation of the National Oncology Institute "Dr. Juan Tanca Marengo" SOLCA-Guayaquil. **Objective:** To determine the prevalence of breast cancer. It has a quantitative approach of descriptive, retrospective and transversal type. **Method:** An indirect observation matrix was applied, aimed at the collection of data in the clinical records of the Department of Statistics of the Institution, under study. **Results:** Population: 1037 cases of breast cancer diagnosed in the years 2015-2016, the most relevant age is the adult-mature stage, 40 to 59 years (48%). The socioeconomic level does not influence the spread of the disease; however the lifestyle is related to the number of pregnancies in 61.72%. It is ruled out that devices, hormonal therapies and breastfeeding represent a risk factor for developing the disease. **Conclusion:** Breast cancer rates have increased despite prevention programs and the media.

Key word: *Prevalence, breast cancer, women.*

INTRODUCCIÓN

En el año 2005 se estima que se diagnosticaron 1.1 millones de casos nuevos, lo que representa más del 10% de todos los casos nuevos de cáncer en el mundo. Con más de 410,000 muertes el mismo año, esta enfermedad constituye más del 1.6% de todas las muertes de mujeres en el mundo. Es uno de los principales problemas de salud pública sobre todo en países desarrollados, y empieza a incrementarse en naciones en vías de desarrollo con una tasa de 5% anual (Gómez R, Altagracia M, Kravzov J., Cárdenas E., & Rubio Poo, 2008).

El trabajo realizado se trata sobre prevalencia de pacientes con cáncer de mama en mujeres atendidas en la consulta externa de un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil desde mayo a octubre del 2017. Es un estudio de tipo descriptivo con enfoque prospectivo, transversal. Para la recolección de datos se aplicó la observación indirecta. Los resultados obtenidos muestran que este tipo de cáncer aún se mantiene con índices altos en un 50%.

El estudio realizado, consta de los siguientes capítulos:

Capítulo I: Planteamiento del Problema; Preguntas de investigación; Justificación; Objetivos.

Capítulo II: Fundamentación conceptual: Marco de referencia y Marco Conceptual; Fundamentación legal.

Capítulo III: Materiales y Métodos; Variables generales y Operacionalización; Presentación y análisis de resultados; Conclusiones; Recomendaciones; Referencias Bibliográficas; Anexos.

CAPÍTULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estudio realizado se relaciona con la línea de investigación de Vigilancia Epidemiológica. El cáncer es una de las enfermedades con mayor notabilidad en el mundo y se encuentra entre las primeras causas de muerte. Considerando cifras ofrecidas por la Organización Mundial de la Salud OMS y la Organización Panamericana de la Salud OPS, el cáncer es la principal causa de mortalidad a escala mundial. Se le atribuyen 7,6 millones de defunciones aproximadamente el 13% ocurridas en todo el mundo en 2008. Se prevé que las muertes por cáncer en todo el mundo seguirán aumentando, y pasarán de los 11 millones en 2030 (Tanca Campozano & Arreaga Salazar, 2010).

En el país, cada año se presentan 1 500 nuevos casos. En la Consulta Externa del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA- Guayaquil, durante los años 2015 y 2016, se atendieron aproximadamente un total de 1037 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, esto representa un problema de salud pública ya que afecta en su dimensión biopsicosocial, deteriorando la relación laboral, social, familiar. Por lo tanto con el presente trabajo hemos podido identificar la situación actual que afecta a la población femenina y que existe un alto riesgo de padecerla (Tanca Campozano & Arreaga Salazar, 2010)

Mantener la actualización de datos en relación con las enfermedades catastróficas como es el cáncer, en una responsabilidad en el campo de la salud. Como futuras profesionales de la salud, es importante conocer los sucesos o fenómenos que se desarrollan en el entorno. Conocer casos nuevos de cáncer de mama, es un referente que, permite analizar este tipo de situaciones y tratar de contribuir de alguna forma a disminuir las tasas de morbi-mortalidad.

1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuál es la prevalencia de cáncer de mama en mujeres atendidas en la Consulta Externa en un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las mujeres con cáncer de mama atendidas en la Consulta Externa en un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil?
- ¿Cuáles son los factores asociados al cáncer de mama en mujeres atendidas en la Consulta Externa en un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil?
- ¿Qué tipo y estadios de cáncer de mama presentaron las mujeres atendidas en la Consulta Externa en un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil?
- ¿Qué manifestaciones y complicaciones presentaron las mujeres con cáncer de mama atendidas en la Consulta Externa en un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil?

1.3. JUSTIFICACIÓN

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en la mujer occidental y la principal causa de muerte por cáncer en la mujer en Europa, Estados Unidos de Norteamérica, Australia y algunos países de América Latina. Se estima una incidencia de 700.000 casos nuevos cada año en el mundo con alrededor de 300.000 fallecimientos anuales. “El cáncer de mama ocupa el tercer lugar de total de mortalidad por cáncer en el Ecuador, 405 muertos alrededor del 10% de cada 100.000 que ocurren en el país seis se deben al cáncer de mama (Peralta M, 2002; Tanca Campozano & Arreaga Salazar, 2010)”

El conocimiento sobre las altas tasas de cáncer de mama a nivel local y mundial, han sido nuestro principal motivo para realizar el presente estudio, ya que en el campo de salud-enfermedad, el comportamiento epidemiológico de este tipo de enfermedades establece muchos determinantes para establecer estrategias de acción a corto, mediano y largo plazo.

Los beneficiarios de nuestro estudio será la institución por la actualización de datos estadísticos para que tengan una visión globalizada del comportamiento de este tipo de neoplasia, nosotros como futuras profesionales, porque estamos inmersas en las acciones interdisciplinarias para la promoción y prevención de este tipo de enfermedades.

“Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos” (Asamblea Constituyente, 2008)

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la prevalencia de cáncer de mama en mujeres atendidas en la Consulta Externa en un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Describir las características sociodemográficas de las mujeres con cáncer de mama atendidas en la consulta externa en un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil.
- Establecer los factores asociados al cáncer de mama en las mujeres atendidas en la consulta externa en un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil.
- Clasificar los tipos y estadios de cáncer de mama que presentaron las mujeres atendidas en la consulta externa en un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil.
- Especificar las manifestaciones y complicaciones que presentaron las mujeres con cáncer de mama atendidas en la consulta externa en un hospital de especialidad, en la ciudad de Guayaquil

CAPÍTULO II

FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL.

2.1. MARCO DE REFERENCIA.

2.1.1 Frecuencia de factores de riesgo de cáncer de mama.

Resultados: Los límites de edad fueron 29 y 96 años promedio de 55 ± 12 años; el grupo etario más frecuente fue de 50 a 59 (32%) años, seguido del de 40 a 49 años (26.1%). En relación con los antecedentes heredofamiliares se encontró que 6.6% (18 casos) tuvo antecedente familiar de primer grado de cáncer de mama, 9.2% (25 casos) de segundo grado y sólo 0.7% (2 casos) con antecedente familiar de cáncer ovárico (Guerra Castañón, Ávalos de la Tejera, & González Pérez, 2013).

Entre los factores de riesgo hormonales se encontró que 29 (10.7%) pacientes tuvieron su menarquia antes de los 11 años y 46 (16.9%) su primer embarazo después de los 30 años. Sólo 80 (29.4%) casos habían llegado a la menopausia, de las cuales en 28 (35%) ocurrió después de los 54 años de edad. Referente a la enfermedad mamaria, previa al diagnóstico de cáncer, 2 (0.7%) pacientes tuvieron neoplasia benigna (no se determinó el grado histológico) y tres (1.1%) cáncer mamario contralateral. En cuanto a la prescripción de hormonas se encontró que 72.8% (198) nunca las consumieron, 33 (12.2%) lo hicieron por más de cinco años (promedio de 9.4 ± 3.7 años. No se determinó si fue de terapia de reemplazo hormonal o anticonceptiva) y 41 (15%) por menos de cinco (Guerra Castañón et al., 2013).

Entre los factores relacionados con el estilo de vida se consideró a la obesidad. Para determinarla se utilizó el índice de masa corporal (IMC), cuyo promedio general fue de 28.2 ± 5 (límite de 15.6 y 48.4). El 42.9% (117) se clasificó dentro del rango de sobrepeso (IMC: 25 a 29.9), 23.2% (63) con peso normal (IMC: 18.5 a 24.9), 22.8% (62) en obesidad tipo I (IMC: 30 a 34.9), 9.6% (26) en obesidad tipo II y III (IMC > 35) y sólo 1.5% (4) con bajo

peso (IMC < 18.5). El antecedente de tabaquismo fue positivo en 81 (29.8%) casos y el de alcoholismo en 4 (1.5%). No se encontró ningún dato de exposición a radiación ionizante. El antecedente de diabetes tipo 2, previa al diagnóstico de cáncer de mama, fue de 14.3% (39 pacientes). El estadio en el que se realizó el diagnóstico más frecuente fue el II, con 105 (38.6%) casos; en estadio III con 80 (29.4%), en I con 15 (5.5%), en IV con 8 (2.9%) y en 0 sólo 1 (0.4%) caso. Al analizar la cantidad de factores en cada paciente se encontraron 63 (23.1%) casos sin ningún factor, 114 (42%) con uno, 60 (22%) con dos, 21 (7.8%) con tres y 14 (5.1%) con cuatro factores (Guerra Castañón et al., 2013).

Resultados: De todas las mujeres entrevistadas, 61 casos 18,5% y 31 controles 8,9% refirieron una historia familiar de cáncer de mama. La edad promedio al diagnóstico de cáncer de mama fue 6,4 años menor en aquellas mujeres en las que la madre también tuvo un cáncer de mama en relación a aquellas mujeres en las que no se registraron antecedentes familiares. No se observaron cambios en la edad promedio al diagnóstico en aquellos casos con una hermana afectada. La historia familiar de cáncer en la madre o hermana se asoció a un aumento considerable del riesgo de cáncer de mama en relación a las mujeres sin antecedentes familiares (Chabner, Lynch, & Longo, 2009).

De todos los factores estudiados, el riesgo de cáncer de mama en las mujeres con historia familiar de primer grado era tres veces superior en aquellas mujeres que referían una duración prolongada de los ciclos menstruales > 30 días durante los primeros 5 años después de la menarquia, y dos veces superior en aquellas que referían acné durante la adolescencia. No se encontró una asociación estadística entre el riesgo de cáncer de mama y la edad a la menarquia, el número de hijos, la edad al primer hijo, la presencia de menopausia, el consumo de alcohol, la utilización de contraceptivos orales o el uso de ansiolíticos (Chabner et al., 2009).

En aquellas mujeres que no referían historia familiar de cáncer de mama, la edad tardía a la menarquia, una duración prolongada de los ciclos menstruales, una edad tardía al primer embarazo y la presencia de acné en

la pubertad aumentaban significativamente el riesgo de cáncer de mama, el consumo de alcohol y el uso de ansiolíticos se acompañaron de una disminución del riesgo para cáncer de mama (Chabner et al., 2009).

2.1.2 Morbilidad del cáncer de mama en la mujer

El comportamiento del cáncer de mama según la edad, se manifiesta gráficamente por picos en la década de los 40 años, pudiéndose presentar otro en la de los 60 años, justificado el hecho por la gran actividad hormonal existente en dichos períodos, frente a un epitelio mamario agotado o en vías de ello (Tanca Campozano & Arreaga Salazar, 2010).

El incremento del riesgo de presentar la enfermedad en las edades más avanzadas tal y como lo muestran nuestros resultados, se explica por un aumento del llamado riesgo acumulativo, debido fundamentalmente a que la edad es el factor que individualmente mayor porcentaje aporta en el cáncer de mama. La tasa de prevalencia en nuestro estudio fue similar al 22,4 por 100 000 habitantes reportada en nuestra provincia (Tanca Campozano & Arreaga Salazar, 2010).

Expresado en probabilidades acumulativas la posibilidad de que una mujer de 30 años llegue a desarrollar un cáncer de mama antes de los 70 años, es 8 % más probable si su madre o su hermana lo han padecido, 18 % si 2 familiares de primer grado lo han tenido y 28 % si 2 familiares de primer grado han desarrollado un cáncer de mama bilateral (Tanca Campozano & Arreaga Salazar, 2010). En nuestro estudio como se puede apreciar en los resultados de la tabla No. 2 el antecedente familiar de cáncer mamario fue en menor cantidad.

El riesgo de desarrollar un carcinoma mamario en el curso de una enfermedad benigna de la mama se incrementa para determinadas mastopatías en particular como la hiperplasia lobular o ductal, y la hiperplasia atípica. En nuestra investigación el antecedente de mastopatías

no se presentó de manera importante (Tanca Campozano & Arreaga Salazar, 2010).

Está probado que el embarazo ejerce un efecto protector sobre el epitelio mamario, influyendo en la diferenciación de las células y en la reducción de algunas hormonas como los estrógenos, que como es conocido promueven la aparición del cáncer mamario. En nuestros resultados se observa que un número importante de enfermas presentó muy pocos o ningún embarazo (Tanca Campozano & Arreaga Salazar, 2010).

Se asegura que existe una estrecha relación entre la ingestión de alcohol y el cáncer de mama. El efecto del alcohol en la génesis del cáncer de mama no está claro; según los resultados de las investigaciones científicas, este puede deberse a la acción directa de los productos del etanol sobre las membranas celulares del epitelio mamario, o a la lesión del tejido hepático cuya insuficiencia permite que se incrementen los estrógenos y éstos, a su vez, ejercen una acción favorecedora del cáncer en las mamas. Nuestros resultados muestran claramente esta relación (Tanca Campozano & Arreaga Salazar, 2010) .

2.1.3 Sintomatología depresiva y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama.

Estudios muestran una alta prevalencia de depresión y otros trastornos psiquiátricos en mujeres con cáncer de mama. En nuestro estudio, encontramos una prevalencia de 38% de algún grado de sintomatología depresiva (leve, moderada, severa), no encontrando el antecedente de otros trabajos para definirlo como una prevalencia alta o baja. Al respecto, Pasacreta encontró una prevalencia de 9% de sintomatología depresiva en mujeres con un tiempo de diagnóstico de 3 a 7 meses. Sin embargo, otros estudios nos muestran tasas de sintomatología depresiva en pacientes con cáncer de mama tan bajas como de 1,5% (Maraste, Brant, Olsson, 1991) o altas hasta 57% (Sachs y col., 1995). Esto podría deberse a la forma de definir las variables, a los instrumentos que

cada estudio utiliza, como son los juicios de observadores, los puntos de cortes y el tipo de población estudiada (Figuroa, Arreygue, Hernández, Sánchez, & Mendiola, 2008a).

El estado menopáusico no estuvo asociado con la sintomatología depresiva, lo cual concuerda con lo presentado por Conde en su estudio en mujeres con cáncer de mama, donde no encontró diferencia en mujeres pre menopáusicas o posmenopáusicas. En este estudio, el síntoma más frecuente propio de la menopausia fue los bochornos, con una prevalencia de 41% en pre menopáusicas y 53% en posmenopáusicas. Otras investigaciones señalan que los bochornos pueden estar presentes hasta en 65% de mujeres con cáncer de mama. La presencia de síntomas depresivos relacionados con tiempo desde el diagnóstico muestra resultados variables; en nuestro estudio, no encontramos asociación. Burgess y Col, en un estudio en pacientes mujeres con cáncer de mama, muestran una prevalencia de 50% de depresión para el primer año después del diagnóstico. Otros estudios encuentran una alta prevalencia de depresión en la etapa terminal del cáncer.

La calidad de vida es un buen indicador de la manera como siente el paciente que está llevando su enfermedad. En nuestro trabajo, encontramos una prevalencia de 62% de buena calidad de vida. En un estudio en mujeres jóvenes con cáncer de mama, se encuentra una buena calidad de vida para este grupo de pacientes, siendo la molestia más acentuada los síntomas físicos que produce. La asociación estadística encontrada con el grado de instrucción no coincide con lo reportado en otros trabajos, probablemente porque en estos, el grado de instrucción de la población fue más alto y uniforme. La buena calidad de vida, presente en la mayoría de pacientes, puede ser explicada por el cuidado multiprofesional y la atención especial que dan las instituciones a este tipo de pacientes. El soporte emocional también es muy importante en ellas. Además, la información que se les brinda, no solo se debe centrar en opciones de procedimientos y tratamientos, sino también respecto a todos los cambios físicos y psicológicos que puede sufrir su organismo y prepararlas para afrontarlos.

Las limitaciones encontradas en el estudio corresponden al diseño empleado que, por ser transversal, no puede establecer una relación causa efecto entre la sintomatología depresiva, la calidad de vida y los factores asociados. La otra limitación fue el reducido tamaño de la población, a lo cual se sumó la ausencia de seis pacientes que no cumplieron con asistir a su tratamiento.

Finalmente, nosotros creemos que estos resultados pueden contribuir al manejo médico del paciente con cáncer de mama, desde el punto de vista del apoyo psicológico y psiquiátrico (Valle et al., 2011).

2.1.4 Epidemiología del cáncer de mama

El cáncer de mama es la primera neoplasia maligna en el mundo y es un problema de salud pública en los países desarrollados y en vías de desarrollo, donde hay incremento en su frecuencia y mortalidad. Las tasas de mortalidad por cáncer de mama revelan factores interesantes y tendencias que no pueden ser explicadas por las características regionales o nacionales. Las diferencias de riesgo (cinco a seis veces más) entre los países de Norteamérica y Europa del norte, comparadas con las de los países de Asia y América Latina, sugieren que hay factores ambientales profundamente implicados en el origen de la enfermedad (Peralta M, 2002).

Las tasas de mortalidad, que durante largo tiempo se incrementaron, han logrado revertirse en los países donde se utiliza ampliamente la mastografía de pesquisa y muestran su efecto en el diagnóstico oportuno y en modernas estrategias de tratamiento. Más de la mitad de todos los cánceres de mama reportados en 1995 en Estados Unidos (56.2%) se diagnosticaron en etapas 0 y I, comparado con 42.5% en 1985,31 lo cual ha permitido incrementar a 58% el tratamiento conservador de mama es esas pacientes, con tasas de supervivencia a 10 años del 95% en etapa 0 y del 88% en etapa I (Peralta M, 2002).

La expansión de los registros de cáncer y sistemas de reporte e información hace posible comparar estas observaciones y permitirán la vigilancia del progreso de la lucha contra esta enfermedad. El escrutinio con mastografía en la población en riesgo debe ser el primer método de control de cáncer de mama en las sociedades o en los países donde la frecuencia de cáncer de mama es alta, o en los que la mortalidad por esta enfermedad es una de las principales causas de muerte entre las mujeres, como en México. Es necesario tener los recursos para hacerlo (Peralta M, 2002).

2.1.5 Frecuencia de factores de riesgo de cáncer de mama

La incidencia de cáncer de mama sigue en aumento en todo el mundo, situación que desafía hasta los sistemas de salud más estables de los países desarrollados. Diversos estudios han determinado la asociación entre los diferentes factores de riesgo y el cáncer de mama, entre los cuales se encuentran los hormonales, genéticos, ambientales y enfermedad benigna de la mama. La asociación entre cáncer de mama y factores hormonales y reproductivos (nuliparidad y primer embarazo después de los 30 años) fue una de las primeras evidencias en demostrar los factores de riesgo. La duración prolongada del ciclo estrogénico (edad temprana de menarquia y por tanto, prolongada exposición a estrógenos, es un factor importante para padecer cáncer de mama (Figuroa et al., 2008a).

Los estudios de terapia estrogénica de reemplazo han generado resultados contradictorios. Investigaciones recientes señalan que la prescripción por más de 20 años se asocia con riesgo dos veces mayor de padecer cáncer de mama. Otro de los factores conocidos para padecer esta neoplasia es el antecedente heredofamiliar positivo. Aún se discute la asociación entre tabaquismo y cáncer de mama, pues algunos autores no la han demostrado, mientras que otros han encontrado relación significativa. La obesidad abdominal es un factor de riesgo importante para padecer cáncer de mama en mujeres posmenopáusicas (Figuroa et al., 2008a).

Este estudio demuestra que dichos factores no aparecen frecuentemente en nuestro medio; sin embargo, se identificó que los factores preponderantes fueron los ambientales, como el sobrepeso, la obesidad, el tabaquismo y la terapia hormonal. Es importante mencionar que en 63 pacientes (23.1%) no se identificó ningún factor de riesgo conocido (Figuerola et al., 2008a).

2.2 MARCO CONCEPTUAL.

2.2.1 DEFINICIÓN.

Cáncer es un término genérico para designar tal vez unas 200 distintas entidades. Desde el punto de vista biológico, es un trastorno esencialmente genético y caracterizado por un desequilibrio entre la proliferación y los mecanismos normales de muerte celular, que conduce al desarrollo de clonas capaces de invadir y destruir tejidos adyacentes, y diseminarse hacia sitios distantes, que según su evolución natural, conduce al deterioro de órganos vitales y, por último, a la muerte (Leuro Umaña & Mayorga Rojas, 2008).

El cáncer de mama es un tipo de cáncer que se genera en las células mamarias, las cuales hacen que el cuerpo se enferme; es posible que se tenga la concepción de que solo las mujeres pueden desarrollar cáncer de mama, pero en realidad, como todos los seres humanos tienen tejido mamario, los hombres pueden sufrir de esta enfermedad (aunque es poco común) (Leuro Umaña & Mayorga Rojas, 2008).

No es una patología contra la que se ha combatido solamente en la época moderna; tiene sus antecedentes históricos en documentos que hablan de su detección desde los inicios de la medicina como ciencia: “Hipócrates lo asoció con la detención de la menstruación conduciéndola a la presencia de nódulos indurados y Galeno lo describió como una hinchazón con dilatación venosa parecida a la forma de las patas de un cangrejo” (Leuro Umaña & Mayorga Rojas, 2008).

El registro más antiguo del que se tiene referencia sobre la afección del cáncer de mama o de seno tiene sus orígenes en el antiguo Egipto, región en la que se descubrió un pergamino cuyo título rezaba “Instrucciones en torno a tumores sobre las mamas”. Según quienes han estudiado el contenido de este documento, se aborda el caso de “una mama con una tumoración caliente al tacto, es un caso que no tiene tratamiento”. En aquel entonces solamente se podían pensar en dos maneras para combatir esta patología: cauterizar el tumor detectado o retirarlo quirúrgicamente, entendiendo por este término al uso, sin previa anestesia, de herramientas corto-punzantes (Leuro Umaña & Mayorga Rojas, 2008).

Con el avance y evolución de la medicina se darían grandes cambios en la manera de detectar y tratar el cáncer de mama. Es, efectivamente, solamente al llegar el Siglo XX, cuando al fin se llegó a establecer la relación fundamental entre los nódulos linfáticos axilares y el cáncer de mama. “El cirujano francés Jean Louis Petit (1674-1750) y posteriormente el cirujano Benjamín Bell (1749-1806) fueron los primeros en remover los nódulos linfáticos, el tejido mamario y los músculos pectorales (mastectomía radical). Su senda de comprensión y avance fue seguida por William Stewart Halsted, que inventó la operación conocida como mastectomía radical de Halsted, la que ha sido popular hasta los últimos años de la década del 70 del pasado siglo XX (SWETT GRIJALVA & VERA HUILCAPI, 2015).

2.2.2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

2.2.2.1. Etnia.

En los EUA, el cáncer de mama tiene mayor incidencia y prevalencia en las mujeres de raza negra que en la blanca. Recientemente, se publicó un estudio sobre el impacto del tratamiento y el estatus socioeconómico sobre la disparidad racial en sobrevivientes entre mujeres adultas mayores con cáncer de mama; los investigadores encontraron que la disparidad racial entre las sobrevivientes no estaba presente después de haber controlado el tratamiento y el estatus socioeconómico. Concluyeron que los esfuerzos

para eliminar dichas barreras tienen implicaciones importantes en la salud pública (Gómez R et al., 2008).

Un estudio realizado en los EUA examinó la disparidad racial/ étnica en relación con la mortalidad y sobrevivencia en grupo de 35,029 mujeres americanas con cáncer de mama. Encontraron que las mujeres afroamericanas vivían en condiciones de mayor pobreza que las mujeres de raza blanca y que las que vivían en condiciones socioeconómicas de pobreza tenían una probabilidad mayor de morir de cáncer de mama (Gómez R et al., 2008).

2.2.2.2. Estado civil.

Es de señalarse que la pareja de la mujer con cáncer de mama requiere el apoyo psicológico ya que se ve alterado a nivel emocional, lo cual disminuye su potencial a nivel de vida personal, además de presentar estrés que al ser elevado, su organismo se debilita, aumentando entonces la probabilidad de que enferme por la baja de defensas. Entonces los cónyuges que tienen a sus esposas diagnosticadas con cáncer de mama, es importante que reciban apoyo psicológico, de esa manera aumentan la posibilidad de fortalecer y/o mejorar la relación; así como reforzar al familiar en su salud mental, pues como, se ha encontrado que el estrés repercute en el organismo al igual que en el de la paciente, tomando en cuenta la convivencia que hay entre ambos (Gómez R et al., 2008).

2.2.3 FACTORES ASOCIADOS.

2.2.3.1. Edad.

Es el factor de riesgo más importante. El riesgo de cáncer de mama aumenta rápidamente con la edad durante los años de actividad sexual en la mujer, después de la menopausia la frecuencia se incrementa pero con menos rapidez. Del estudio a gran escala efectuado en el programa Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) de Estados

Unidos, se desprende la probabilidad de padecer la enfermedad y de morir por esta causa con intervalos distintos de edad. En los resultados resaltan dos hechos importantes, la probabilidad de padecer cáncer de mama muestra íntima relación con el incremento de la edad, y la incidencia de la enfermedad es dos a tres veces mayor que la probabilidad de morir de cáncer de mama, a título de ejemplo la probabilidad de muerte a los 65 años es similar a la incidencia de la enfermedad a los 45 años (Gómez R et al., 2008).

2.2.3.2. Antecedentes familiares

Las mujeres cuyas madres o hermanas tuvieron cáncer de mama tienen de tres a cuatro veces más posibilidades de desarrollar dicha enfermedad. Este factor de riesgo es mayor sí el cáncer de mama de la madre o hermana ocurrió antes de la menopausia o fue bilateral y en aquellas en donde la historia familiar se remonta a dos o más familiares de primer o segundo grado. Sin embargo, en el 75% de los casos de mujeres con cáncer de mama no tienen historia familiar de dicha enfermedad (Gómez R et al., 2008).

La agregación familiar del cáncer de mama es bien conocida de modo que una mujer con antecedentes familiares de cáncer de mama eleva mucho el riesgo de padecerlo, siendo este riesgo mayor cuanto más cercano es el familiar, más numerosos los casos en la familia y más temprana la edad de aparición, la mayoría de mujeres con historia familiar o personal de cáncer de mama, no tienen la enfermedad transmitida familiarmente, siendo lo más frecuente la presencia de alteraciones genéticas que predisponen al cáncer la mayoría de los casos son esporádicos y sólo un 5-10% son atribuibles a un gen de herencia autosómica dominante con penetrancia incompleta, los dos genes que más se relacionan con la herencia familiar del cáncer mamario son el BRCA1 y el BRCA2, aunque cada vez se van descubriendo más genes que predisponen a esta patología oncológica como la reciente incorporación del gen HMMR (José Manuel Bajo Arenas, Laila Vicens, & Xercavins Montosa, 2009).

2.2.3.3. Sobrepeso – Obesidad.

Se han observado variaciones en la incidencia del cáncer de mama en países cuyas costumbres alimenticias son diferentes. Además se ha comprobado que mujeres nativas de países con baja incidencia como China y Japón, al emigrar a países de alta incidencia como EEUU y Canadá, aumentaron significativamente su incidencia aproximándose a la del país de adopción. Esto se debe probablemente a que estas mujeres adoptaron el estilo de vida y alimentación del país donde se trasladaron (José Manuel Bajo Arenas et al., 2009).

La estatura elevada y el índice de masa corporal, ambos ligados a una buena alimentación, apoyan la hipótesis de la relación entre cáncer de mama y dieta. La primera, porque se sabe que un aporte de proteínas precoz aumenta la secreción de hormona del crecimiento, la cual induce la síntesis hepática de IGF-1 que es un factor de crecimiento para las células tumorales. Con respecto al índice de masa corporal IMC, las mujeres obesas tienen un riesgo 50% mayor de padecer cáncer de mama, esto se debe a la mayor expresión de aromatasa en el tejido adiposo que provoca la formación de altas concentraciones de estrona, estrógeno extragonadal que favorece la aparición de la enfermedad (José Manuel Bajo Arenas et al., 2009).

También se ha estudiado el papel protector de la dieta en la aparición del cáncer de mama, de modo que una dieta rica en productos vegetales, con fruta fresca y baja en calorías, así como el aumento en la práctica de ejercicio físico, ha llevado a una reducción de la incidencia de cáncer en estas pacientes, probablemente debido a un descenso del IMC. El índice de masa corporal se ha comprobado que se relaciona negativamente con el riesgo de cáncer de mama en la mujer premenopáusica. Además, también hay evidencia de que esta relación es mucho más intensa y positiva en las mujeres posmenopáusicas, aunque hay muchos autores que abogan por un aumento del riesgo claro y significativo en ambos grupos junto con una menor supervivencia una vez realizado el diagnóstico (José Manuel Bajo Arenas et al., 2009).

Esto se puede deber a la función endocrina de esta grasa en cada etapa de la vida. Conviene recordar la mayor expresión de aromatasa en el tejido adiposo que provoca la formación de estrona la cual predispone al cáncer de mama. Además, la distinta distribución de grasa corporal que se observa en cada rango de edad también influye, de modo que se ha observado una relación positiva entre el peso a los 30 años de edad y el riesgo de cáncer de mama, así como la ganancia ponderal desde los 18 años hasta la menopausia. En cambio la pérdida de peso antes de la menopausia se relaciona con un descenso del riesgo (José Manuel Bajo Arenas et al., 2009).

Hay unas diferencias geográficas considerables en la incidencia del cáncer de mama que podrían estar relacionadas con la alimentación. Un meta análisis reciente demostró una asociación entre el consumo elevado de grasas totales y el incremento del riesgo de cáncer de mama. Aunque todavía está por determinar definitivamente la relación entre el consumo total de alcohol y el incremento del riesgo de cáncer de mama, se ha observado que la ingesta excesiva de vino se asocia con un riesgo elevado (Berek, 2008).

2.2.3.4. Consumo de bebidas alcohólicas

La asociación entre el consumo de alcohol y el incremento del riesgo de padecer cáncer de mama es clara y firme. Esta relación se asocia a un incremento de los estrógenos circulantes. Aproximadamente un consumo mayor de 20 gramos de alcohol al día incrementa el riesgo en un 30%, a un ritmo del 7% cada 10 gramos de alcohol consumido al día, cosa que no ocurre cuando estas pacientes consumen una cantidad cercana a 400 µg. de vitamina B9 al día que puede atenuar el riesgo causado por el consumo de alcohol; esta vitamina se encuentra en las verduras, levadura de cerveza e hígado (José Manuel Bajo Arenas et al., 2009).

2.2.3.5. Actividad física.

Los estudios realizados hasta hace varios años mostraban información contradictoria pero ya en las primeras publicaciones de este siglo se ha observado una reducción del riesgo relacionada con la realización de actividad física de ocio, iniciada en la adolescencia. De aquí en adelante, es decir en los últimos cinco años, se ha afianzado la idea de que la realización de actividad física reduce significativamente el riesgo de cáncer de mama. Además también hay autores que defienden que la realización de ejercicio moderado, andando de 3 a 5 horas a la semana, aumenta la supervivencia considerablemente en pacientes ya diagnosticadas de cáncer de mama (José Manuel Bajo Arenas et al., 2009).

Los mecanismos de acción por los que este beneficio se produce son varios: en primer lugar tenemos el gasto de energía que el ejercicio supone, evitando el sobrepeso y la obesidad que como ya hemos dicho aumentan el riesgo; por otro lado, el ejercicio tiene un papel específico sobre la resistencia a la insulina, facilitando el transporte de glucosa al músculo y su utilización (José Manuel Bajo Arenas et al., 2009).

2.2.3.6. Número de embarazos y partos.

Durante la gestación las hormonas esteroideas se segregan en cantidad considerable y contribuyen a la diferenciación de las células de los lobulillos, que se preparan para la secreción láctea, lo que les hace resistentes a la carcinogénesis, las mujeres que tienen hijos disminuye el riesgo de cáncer de mama en comparación con las nulíparas, pero el efecto protector del embarazo a término se cumple hasta la edad de los 30 años, porque en la mujer con primer embarazo después de los 35 años el riesgo relativo aumenta y con incremento progresivo con la edad de la primera gestación (Gómez R et al., 2008).

En algún estudio el efecto protector de la multiparidad se limita a las mujeres en que el cáncer se diagnostica después de los 50 años, pero antes de esa edad la nuliparidad no significa un mayor riesgo de cáncer de mama,

la edad del primer embarazo a término es un factor importante de riesgo, demostrado por MacMahon y cols, en el estudio internacional, las mujeres con primer embarazo a término después de los 30 años tienen doble de riesgo que las que tienen el primer embarazo antes de los 18 años, las nulíparas tienen riesgo similar a la mujer con primer embarazo a los 30 años (Gómez R et al., 2008).

El número de partos también condiciona el riesgo por los antecedentes familiares, así las mujeres que han tenido de uno a tres partos presentan un ligero aumento al referido a dicho antecedente familiar, pero cuando el número es superior a tres, el riesgo llega a ser nulo cuando se la compara con otra de igual paridad y sin antecedentes (Gómez R et al., 2008).

2.2.3.7. Píldoras anticonceptivas y dispositivos intrauterinos.

El papel de los estrógenos exógenos en el riesgo para padecer cáncer de mama es complicado y ha sido ampliamente estudiado, por lo general se acepta que el uso pasado de anticonceptivos orales no resulta en ningún aumento significativo en el riesgo del cáncer de la mama en mujeres sobre 40 años de edad, esta es una sugerencia, sin embargo, el uso común de OC confiere un incremento ligero en el riesgo, ya que las usuarias actuales de OC tienden a ser jóvenes, el incremento en el riesgo absoluto es muy pequeño (Chabner, Lynch, & Longo, 2008).

Uno de los estudios más amplios al respecto es el de Dinger65 que afirma, rotundamente, que el uso del dispositivo intrauterino con levonorgestrel no incrementa el riesgo de cáncer de mama, su estudio, efectuado con poco más de 25,000 mujeres, 5,000 de ellas con cáncer de mama, y luego de ajustar diferentes factores concomitantes, demuestra que la razón de momios ajustada de padecer cáncer de mama en usuarias del dispositivo intrauterino con levonorgestrel en algún momento de su vida, en comparación con las usuarias de dispositivo intrauterino con cobre es de 0.99 y que la razón de momios ajustada en el subgrupo de usuarias en el

momento del diagnóstico de cáncer en el momento del diagnóstico tenían un dispositivo intrauterino con levonorgestrel fue de 0.85; en ambas situaciones los intervalos de confianza no permiten afirmar mayor relación que la debida al azar (Neyro2 et al., 2015).

“Sea como fuere parece razonable la extracción del dispositivo intrauterino con levonorgestrel en el momento del diagnóstico de cáncer de mama y su no utilización en los cinco años siguientes al diagnóstico, como indican las Guías de elegibilidad de la OMS” (Neyro et al., 2015).

2.2.3.8. Terapia hormonal pos menopáusica.

Aunque previamente se había publicado que los tratamientos con estrógenos a corto plazo para los síntomas de la menopausia no incrementaban el riesgo de cáncer de mama, esta creencia se refutó por la publicación de los resultados del estudio aleatorizado Women's Health Initiative, este estudio prospectivo, que incluyó a 16.000 mujeres posmenopáusicas asignadas aleatoriamente a ser tratadas con estrógenos más progesterona, o placebo, mostró una asociación entre el tratamiento hormonal y el desarrollo de cáncer de mama (Berek, 2008).

Además, cuando apareció un cáncer de mama invasor, éste se diagnosticó en un estadio más avanzado, comparados con los tumores que aparecieron entre las que tomaron placebo, el estudio fue interrumpido antes de finalizar por un análisis provisional, y los investigadores concluyeron que incluso un tratamiento relativamente corto de estrógenos combinados con gestágenos aumenta la aparición del cáncer de mama invasor, el riesgo mostrado por este estudio debe ser considerado cuando el tratamiento hormonal posmenopáusico se utiliza para tratar situaciones como los sofocos o la osteoporosis (Berek, 2008).

2.2.3.9. Lactancia Materna.

Se piensa que la lactancia materna disminuye la incidencia del cáncer de mama, no obstante los estudios epidemiológicos han sido incapaces de

estimar de manera precisa el efecto de la lactancia sobre el riesgo de cáncer de mama, el efecto protector se limita a las mujeres con tumores diagnosticados en el período de la premenopausia y desde luego con el condicionante de que el período de lactancia sea prolongado, como se desprende del estudio caso control efectuado en las mujeres chinas donde la lactancia es prolongada como norma con lo que el riesgo de cáncer de mama disminuye conforme aumentan los años de lactancia, el aborto inducido parece que empeora el riesgo aunque no está absolutamente establecido (Figuroa et al., 2008a).

2.3. TIPOS DE CÁNCER DE MAMA.

Las lesiones pre malignas son aquellas asociadas con un riesgo significativo de transformación maligna, el carcinoma ductal in situ (CDIS) y el carcinoma lobulillar in situ (CLIS) son lesiones pre malignas formadas por células epiteliales ductales o lobulillar confinadas en la membrana basal, es decir, no existe invasión al estroma subyacente, cada variedad tiene conducta biológica y pronóstico distintos (Granados García, Arrieta Rodríguez, & Cantú de León, 2013).

2.3.1. Carcinoma ductal in situ.

El carcinoma ductal in situ CDIS es el tipo más común de cáncer de mama no invasivo, ductal significa que el cáncer comienza dentro de los conductos lácteos, carcinoma se refiere a cualquier cáncer que comienza en la piel u otros tejidos incluyendo tejido mamario que cubren o revisten los órganos internos, y la frase in situ significa en su lugar original, el CDIS se denomina “no invasivo” debido a que no se propaga fuera del conducto lácteo hacia otros tejidos mamaros circundantes normales, el CDIS no pone en peligro la vida, pero padecer CDIS puede aumentar el riesgo de desarrollar un cáncer de mama invasivo más adelante (Breastcancer, 2015a).

“El Carcinoma Ductal In Situ una lesión pre invasiva que se caracteriza por la proliferación intraductal de células atípicas que dejadas a libre evolución pueden invadir el estroma circundante y progresar a Carcinoma Ductal Infiltrante” (José Manuel Bajo Arenas et al., 2009).

El carcinoma ductal in situ es comúnmente multifocal y frecuentemente se encuentra en las mamografías como micro calcificaciones, el carcinoma ductal in situ parece asociarse en mucha menor medida al desarrollo de un carcinoma invasivo en la mama contralateral aunque sí que lo hace en la mama afectada (Díaz-Rubio & García-Conde, 2000).

2.3.2. Carcinoma lobulillar In situ.

El carcinoma lobulillar in situ no se debe considerar una verdadera patología maligna, sino un factor de riesgo para el desarrollo posterior de un carcinoma ductal o lobulillar infiltrante en cualquiera de las mamas, una denominación más correcta del carcinoma lobulillar in situ sería la de neoplasia lobulillar. La mayoría de las mujeres con carcinoma lobulillar in situ son pre menopáusicas y no tienen signos clínicos o mamográficos de patología, esta lesión no es una tumoración concreta, sino una entidad multifocal en una o ambas mamas, descubierta accidentalmente por el patólogo durante el estudio de una lesión sin relación alguna (Berek, 2008).

El carcinoma lobulillar in situ habitualmente se trata con biopsia escisional seguida de vigilancia estrecha mediante exploración clínica de la mama y mamografías, en ocasiones, la paciente podrá solicitar una mastectomía bilateral profiláctica o Tamoxífeno para la prevención. Las mujeres con carcinoma lobulillar in situ tienen un riesgo del 1% por año, y hasta de un 30% a lo largo de la vida, de desarrollar un cáncer invasor (Berek, 2008).

2.3.3. Carcinoma ductal invasivo (o infiltrante).

Invasivo significa que el cáncer ha “invadido” o se ha propagado hacia los tejidos mamarios que lo rodean, ductal significa que el cáncer comenzó en los conductos lácteos, que son las tuberías que transportan la leche desde los lobulillos productores de leche al pezón, carcinoma hace referencia a todo cáncer que se origina en la piel o en otros tejidos que revisten órganos internos, como el tejido mamario, en conjunto, carcinoma ductal invasivo hace referencia al cáncer que ha atravesado la pared del conducto lácteo y ha comenzado a invadir los tejidos de la mama. Con el tiempo, el carcinoma ductal invasivo puede propagarse hacia los ganglios linfáticos y posiblemente a otras áreas del cuerpo (Breastcancer, 2 de Diciembre)

2.4. CÁNCER INVASIVO.

2.4.1. Quístico adenoide.

El carcinoma adenoideo quístico de mama es un cáncer poco frecuente y representa entre el 0,1% y el 0,4% de todos los carcinomas de mama, esta enfermedad fue reportada por primera vez en 1946 por Foote y Steward, También se le conoce como cilindroma, adenocarcinoma quístico, entre otros, su localización más frecuente es en las glándulas salivales, pero puede aparecer en otras zonas como en la glándula lagrimal, mama, árbol traqueo-bronquial, laringe, cuello uterino, glándulas de Bartholino y próstata, en estas sus características histopatológicas son similares, pero la evolución y pronóstico difieren (Huertas T, Zegarra B, Morales, & Jaimes Serkovic, 2016).

“Es más frecuente en mujeres post menopaúsicas con presentación de masa palpable única, unilateral e indolora, tiene un pronóstico favorable por tener crecimiento lento, la afectación axilar local y metástasis a distancias son raras”(Huertas T et al., 2016).

2.4.2. Adenoescamoso de bajo grado.

“El Carcinoma Adenoescamoso de bajo grado de la mama es una neoplasia poco frecuente de escaso potencial maligno considerada como variante del carcinoma metaplásico, aunque con un curso indolente, crecimiento indolente, crecimiento localmente invasivo y bajo riesgo de enfermedad metastásica” (José Manuel Bajo Arenas et al., 2009).

2.4.3. Mucinoso.

El Carcinoma Mucinoso es un carcinoma ductal invasor de bajo grado de malignidad que se caracteriza por células tumorales inmersas en cúmulos de moco extracelular, se lo conoce también como carcinoma coloide, carcinoma gelatinoso o carcinoma mucoide, representa el 1 % al 7 % de todos los cánceres de mama, siendo más frecuente en mujeres mayores con una edad media entre los 62 y 68 años, tiene mejor pronóstico que los adenocarcinoma de mama que son menos diferenciados, y con menor frecuencia dan metástasis axilares al diagnóstico y tienen mejores tasas de supervivencia. (León et al., 2013)

2.4.4. Papilar.

Las lesiones papilares constituyen un conjunto de entidades caracterizadas por una proliferación epitelial que asienta sobre ejes fibrovasculares, afectan a un amplio rango de edades, incluyendo niñas y adolescentes, aunque los carcinomas papilares son infrecuentes en menores de 30 años, su presentación clínica habitual es en forma de secreción sero sanguinolenta unilateral por pezón, siendo raros los casos en que comienzan como nódulo palpable, los estudios radiológicos suelen describir una lesión habitualmente retro areolar, bien delimitada, aunque en ocasiones pueden ser múltiples (Elsevier, 2013).

2.4.5. Tubular.

Carcinoma tubular mamario es un subtipo histológico, bien diferenciado, de carcinoma invasivo se define por la presencia de, al menos, un 75% del tumor constituido por estructuras tubulares delimitadas por una única capa de células epiteliales bien diferenciadas, se consideran formas puras de carcinoma tubular aquellas en las que los componentes tubulares constituyen más del 90% del tumor, se presenta típicamente en pacientes jóvenes y frecuentemente se detecta en programas de cribado mamográfico como masas irregulares de pequeño tamaño con márgenes espiculados, pese a asociarse a una tasa elevada de multifocalidad y bilateralidad tiene buen pronóstico y la presencia de adenopatías locorregionales es poco frecuente (Tresserra, López Menéndez, Simón, & López Marín, 2006).

2.5 SUBTIPOS.

2.5.1. Metaplásico

El carcinoma metaplásico de mama es un tipo de neoplasia maligna infrecuente que conlleva dificultades tanto de diagnóstico como de tratamiento, así como una gran controversia entre autores respecto a su nomenclatura, la bibliografía es muy limitada y los estudios descriptivos publicados cuentan con un bajo número de casos, siendo difícil obtener conclusiones definitivas y extrapolables, especialmente a la hora de tomar decisiones terapéuticas desde el punto de vista histopatológico, este tumor puede presentar dificultades de diagnóstico diferencial con otros tumores primarios de la mama.(Amillano Párraga et al., 2004)

2.5.2. Micro capilar.

El carcinoma micropapilar invasivo de mama es una variante agresiva y poco frecuente de carcinoma de mama, fue descrito por primera vez en 1980 en el National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project. Posteriormente Tavassoli en 1993 definió sus características histológicas, el CMIM se caracteriza por su tendencia linfotrópica, alta incidencia de metástasis en ganglios axilares, independientemente del tamaño del tumor,

así como un pronóstico clínico desfavorable (De Llano, Cordova, Ariceta, Beloqui, & Arrechea, 2015).

2.5.3. Mixto.

Este tipo de tumoración mixta maligna cutánea presenta un comportamiento biológico semejante a las neoplasias infiltrantes del epitelio ductal mamario, y la posibilidad de invasión local, destrucción tisular y metástasis a distancia hacen que la vigilancia posquirúrgica se pueda establecer según los protocolos de seguimiento oncológico para el cáncer de mama (Granados García, Arrieta Rodriguez, & Cantú de León, 2013).

2.6 MENOS COMUNES.

2.6.1 Inflamatorio.

Es eminentemente clínico, se caracteriza por la aparición, habitualmente de forma súbita de los signos clásicos de inflamación: aumento de la temperatura local de la mama, edema y eritema, el carcinoma inflamatorio puede presentarse sin masa palpable subyacente, lo cual complica el diagnóstico, la afectación clínica de los ganglios axilares es muy frecuente pero no imprescindible aún y cuando la etiopatogenia del carcinoma inflamatorio es precisamente por estasis linfática (Berek, 2008).

2.6.2 Enfermedad de Paget.

En la década de 1870, Sir James Paget describió por primera vez una lesión del pezón similar al eccema y observó que este cambio estaba asociado con patología mamaria subyacente, la erosión es la consecuencia de la invasión del pezón y de la areola circundante por células grandes características, con núcleos irregulares, ahora llamadas células de Paget, aunque el origen de éstas ha sido causa de debate para muchos patólogos, probablemente sean prolongaciones de un carcinoma subyacente hacia los conductos mayores del complejo areola-pezón, puede que no haya cambios

visibles asociados con la invasión inicial del pezón, con frecuencia, el síntoma inicial de las pacientes será la galactorrea, que realmente será una combinación de suero y sangre de los conductos afectados (Berek, 2008).

2.6.3 Tumores filoides.

El tumor Phyllodes fue descrito por primera vez en el siglo XIX, en 1838 por Johannes Muller y que al principio se consideró siempre como maligno, en realidad, otro autor lo había descrito en 1828 pero no tuvo trascendencia su descripción, en sus primeras observaciones se informaba como un tumor maligno, de gran tamaño, y se denominaba Cistosarcoma phyllodes maligno primero y después fibroadenomas gigante de la mama, es un tumor bifásico, con elementos epiteliales y estromales, que ha recibido muchos nombres a través de los años (Cabrera Nogueira, Monduy Matías, Frías Valdés, Rodríguez, & Alberto, 2011).

Se clasifican en benignos, malignos y borderline, también como tumores phyllodes grado I, II y III, su crecimiento consta de 2 fases: una primera, fase larga y de crecimiento lento y una segunda fase corta de crecimiento rápido. Su tamaño puede ir desde unos pocos centímetros hasta lesiones masivas que afectan toda la mama, es una neoplasia fibroepitelial con un componente epitelial benigno y uno mesenquimal benigno o maligno (Cabrera Nogueira et al., 2011).

2.6.4 Angiosarcoma.

El Angiosarcoma de la mama es una entidad neoplásica rara, fue descrita en 1828 por Chelius como integrante de los tumores mesenquiales, considerándole el más frecuente de los sarcomas en esta localización 28%, las pacientes suelen ser relativamente jóvenes respecto a cualquier otro sarcoma mamario, la mayor parte de los casos ocurren en la tercera década de la vida, predomina en las mujeres, se han reportado casos asociados al embarazo y se ha mencionado que durante este período podría crecer de manera explosiva (Díaz-Rubio & García-Conde, 2000).

En 1887 Schmidt describió 11 casos caracterizados por recaídas locales, nula afección de ganglios axilares y metástasis a órganos sólidos³. Bormann realizó en 1907 la primera descripción clásica de la enfermedad, a la que llamó hemangioma metastatizante, aludiendo a su apariencia microscópica inocua, este fenómeno propició que se acuñaran gran cantidad de términos que también hacen alusión al aspecto histológico benigno: en realidad, el Angiosarcoma es el tumor primario más agresivo de la glándula mamaria, de unos 200 casos reportados, casi todos han muerto por enfermedad visceral generalizada en menos de un año (Díaz-Rubio & García-Conde, 2000).

2.7. ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD

El estadio del cáncer se determina por cuatro factores como el tamaño del tumor, si es invasivo o no, si ha invadido a los ganglios linfáticos y se llegó a propagar a otras zonas del cuerpo a parte de la mama. Los estadios ayudan a dar un mejor informe patológico y a su pronóstico, también sirve para describir de forma sencilla la enfermedad, a comparar e interpretar los resultados en el tratamiento en comparación al de otras personas (Breastcancer, 2015b).

El estadio puede ser identificado con una puntuación de 0 hasta IV, y se interpretará desde un cáncer no invasivo y mantenerse en su posición actual, hasta convertirse en invasivo e irrigarse a las demás partes del cuerpo fuera de la mama. El estadio 0 sirve para identificar los casos de pacientes con cáncer de mama no invasivo, como el carcinoma ductal in situ; en este estadio no se muestra la presencia de células cancerígenas que no invaden otros tejidos corporales (Breastcancer, 2015b).

Entre las características del estadio I tenemos que inician invadiendo el tejido mamario que lo rodea, y se divide en dos categorías IA que llega a medir hasta 2cm de longitud y no se ha extendido más allá de la estructura mamaria, sin la afectación de los ganglios linfáticos; la categoría IB se determina por la presencia de células cancerígenas en los ganglios linfáticos

y no en la mama con un diámetro no mayor a 2mm; o también hayamos un tumor en la mama de un diámetro de 2 cm y pequeños grupos de células cancerígenas en el ganglio linfático (Breastcancer, 2015b).

El estadio II se divide en dos categorías, la IIA se caracteriza por que no hay la presencia de tumor en la mama pero en los ganglios linfáticos encontramos células cancerígenas de un calibre mayor a 2mm en 1 a 3 ganglios linfáticos axilares o cerca del esternón, también puede encontrarse el tumor en la mama con un diámetro de 2cm y ha llegado a propagarse hacia los ganglios linfáticos axilares; o el tumor mamario puede ser de 2 a 5cm y no irradiarse hacia los ganglios linfáticos. La categoría IIB se identifica con un tumor mamario entre 2 y 5cm de longitud y con células cancerígenas en ganglios linfáticos inferiores a 2mm, sin embargo se identifica también en esta categoría la presencia de un tumor en la mama de un diámetro menor a 5cm y se ha propagado en 1 a 3 ganglios linfáticos axilares o cerca del esternón (Breastcancer, 2015b).

El estadio III se divide en 3 categorías IIIA, IIIB y IIIC; la categoría IIIA se identifica por ser invasivo y cuando no existe un tumor en la mama o puede ser de cualquier tamaño pero se encuentran células cancerígenas en 4 a 9 ganglios linfáticos axilares o cercanos al esternón, también decimos que puede hallarse un tumor de un calibre mayor a 5 cm de longitud y pequeñas células cancerígenas menor a 2mm; sin embargo presentar un tumor con más de 5cm y se ha propagado en 1 a 3 ganglios linfáticos axilares o cercano al esternón también se ingresa dentro de esta clasificación (Breastcancer, 2015b).

La categoría IIIB describe al cáncer mamario invasivo de un tamaño indefinido y ha llegado hasta la pared torácica o a la piel de la mama, provocando la aparición de inflamación o úlceras en esta zona; también el cáncer llega a propagarse a 9 ganglios linfáticos axilares, o pudo haber llegado hacia los ganglios linfáticos cercanos al esternón. El estadio IIIC es de tipo invasivo y puede no presentar inicios de la enfermedad y si hay un tumor puede ser de cualquier tamaño pero se ha propagado hacia la pared torácica o piel mamaria, así mismo el cáncer puede llegar a propagarse a 10

o más ganglios linfáticos ubicados debajo de la clavículas o hacia los ganglios axilares y cercanos al esternón (Breastcancer, 2015b).

Por último el estadio IV de identifica al cáncer de mama invasivo que ha llegado más allá de la mama y de los ganglios linfáticos distales, llegando hasta la piel, huesos, hígado y cerebro, este término se denomina cáncer en etapa metastásico (Breastcancer, 2015b).

2.7.1 Manifestaciones

Las manifestaciones clínicas son variables y oscilan desde la enfermedad subclínica hasta la enfermedad florida, como el carcinoma inflamatorio, el diagnóstico suele hacerse mediante un interrogatorio exhaustivo un examen físico minucioso, los estudios de imagen y una biopsia de la lesión, con frecuencia los tumores con avance local importante pueden producir cambios en la piel como retracción, piel de naranja y ulceración, en estos casos es más frecuente de adenopatías regionales y metástasis (Instituto Nacional de Cancerología (México), 2010).

En los estadios iniciales del cáncer de mama, la mujer no suele presentar síntomas, aunque, los estudios sobre autoexploración no han demostrado que modifique la mortalidad, en muchos casos los cánceres son encontrados por las propias mujeres, la autoexploración bien realizada optimiza la posibilidad de encontrar lesiones sospechosas (José Manuel Bajo Arenas et al., 2009).

El primer signo clínico suele ser un bulto detectado por la paciente, que al tacto, se nota diferente del tejido mamario que lo rodea, se suele notar con bordes irregulares, duro, que no duele al tocarlo, una tumoración en la mama, debe ser al menos mayor de un centímetro de diámetro para poder ser discriminada en la autoexploración o en la exploración clínica en la consulta (José Manuel Bajo Arenas et al., 2009).

La posibilidad de que una masa palpable en la mama sea maligna está en relación con ser mujer, ser postmenopáusica, incrementándose el riesgo con la edad; y con las siguientes características en el examen físico:

consistencia firme, aspecto sólido, bordes irregulares, escaso desplazamiento sobre la piel, la región costal o los tejidos que le rodean, unilateral, no dolorosa y la presencia de adenopatías axilares, en ocasiones aparecen cambios de color y tirantez en la piel de la zona afectadas, sin embargo, aún en ausencia de estas características un 10% de las tumoraciones pueden ser malignas, e incluso, algunas veces una zona de engrosamiento en la mama que no se considera tumoración en sí, puede ser cáncer (José Manuel Bajo Arenas et al., 2009).

2.7.2 Secreción por el pezón (telorrea sanguinolenta - telorragia).

Siempre se debe estudiar hasta su filiación anatómico-patológica, hay mayor riesgo de lesión maligna en el caso de que la secreción contenga restos hemáticos y esté asociado a una masa, la citología del líquido expulsado sólo puede ser tomada en cuenta si es positiva, está indicado realizar mamografía que frecuentemente será negativa, debiendo realizar una resonancia magnética mamaria y una galactografía en el caso de que el exudado se presente en uno o dos conductos, la ductoscopia puede tener un papel importante si se demuestra su viabilidad clínica (José Manuel Bajo Arenas et al., 2009).

2.7.3 Dolor mamario.

Es uno de los motivos de consulta más frecuente. En ausencia de masa u otros síntomas de sospecha suele ser debida a tensión premenstrual mastalgia cíclica, dolor condrocostal y a otras causas extra mamarias como mialgias, neuralgias, está asociado con mayor frecuencia a cambios fibroquísticos en la mama pre menopáusica, el dolor de mama no es un signo de cáncer aunque el 10% de las pacientes con cáncer de mama presentan dolor difuso sin que se palpe ninguna masa (José Manuel Bajo Arenas et al., 2009).

2.7.4. Retracción del pezón. Retracciones – depresiones cutáneas.

La retracción y/o depresión del pezón o de la piel de presentación reciente se debe evaluar cuidadosamente, sobre todo si es unilateral y persistente tras la exploración, se deben descartar causas infecciosas y/o inflamatorias concomitantes, puede anticiparse varios meses a una lesión tumoral palpable, y ante una mamografía /ecografía negativa se requiere realizar una resonancia magnética mamaria (José Manuel Bajo Arenas et al., 2009).

2.8. COMPLICACIONES.

2.8.1 Recidiva local.

“Cáncer que recidivó volvió, habitualmente después de un período durante el cual el cáncer no se pudo detectar, el cáncer puede volver al mismo lugar del tumor original, primario o a otra parte del cuerpo (Huicochea Castellanos, González Balboa, Tovar Calderon, Olarte Casas, & Vázquez Lamadrid, 2009).

Aproximadamente, el 10% de las pacientes con cáncer de mama que son tratadas con cirugía conservadora y radioterapia sufren una recidiva local, la aparición de recidivas locales tiene un impacto muy negativo en el pronóstico de las pacientes, con un incremento muy importante en el desarrollo de metástasis, si bien este incremento de riesgo no es homogéneo entre las distintas pacientes (Chabner et al., 2009)

2.8.2. Metástasis.

La capacidad de hacer metástasis a distancia es lo que define la peligrosidad del cáncer de mama, la evolución de la enfermedad local difícilmente puede comprometer la vida de la paciente sin embargo las metástasis a órganos críticos sí podrán desencadenar la muerte. Inicialmente se consideraba que el cáncer de mama evolucionaba en primer lugar en la mama, posteriormente hacia metástasis ganglionares y finalmente hacia metástasis a distancia, posteriormente prevaleció la idea de

que el cáncer de mama es una enfermedad sistémica desde el inicio (José Manuel Bajo Arenas et al., 2009).

Es decir que incluso los tumores pequeños y sin afectación axilar pueden hacer metástasis a distancia, a favor de esta hipótesis tenemos que la quimioterapia mejora la supervivencia de prácticamente cualquier estadio de mama, por tanto que en cualquier estadio de mama pueden haber nidos metastásicos, indetectables por técnicas de imagen y sobre los cuales actuaría la quimioterapia, la quimioterapia es capaz de erradicar estas metástasis cuando se encuentran en los estadios incipientes de una nueva colonización (José Manuel Bajo Arenas et al., 2009).

CAPÍTULO III

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1. Tipo de estudio: Descriptivo.

3.1.2. Método: Cuantitativo; Retrospectivo.

3.1.3. Diseño: Según la naturaleza de los datos es transversal.

3.1.4. Población y muestra: La población de estudio, estuvo conformada por 1037 casos de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en la Consulta Externa del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA-Guayaquil entre los años 2015 a 2016,

3.1.5. Procedimiento para la recolección de datos: Se aplicó la observación indirecta para la recolección de datos en los expedientes clínicos del Departamento de Estadística, de los casos diagnosticados con cáncer de mama desde el 2015 a 2016.

3.1.6. Instrumento de recolección de datos: Matriz de observación indirecta, para el registro de datos obtenidos en las historias clínicas de los casos diagnosticados con cáncer de mama.

3.1.7. Técnica de procesamiento y análisis de datos: El procesamiento de datos fue a través del programa Excel.

3.1.8 Tabulación, análisis y presentación de resultados: Los resultados obtenidos están presentados en gráficos tipo pastel, reflejando el porcentaje de prevalencia de la enfermedad. El análisis de resultados está basado en los estudios de referencia y marco conceptual descrito en la Fundamentación conceptual.

3.2. VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN.

Variable general: Prevalencia de cáncer de mama.

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Proporción de individuos de un grupo poblacional que presentan una característica o evento determinado en un momento determinado	Características sociodemográficas	Etnia	Blanca Negra Mestiza Indígena
		Estado civil	Soltera Casada Divorciada Unión libre Unión de hecho Viuda
	Factores asociados.	Edad	18-23 años 24-29 años 30-35 años +35 años
		Antecedentes familiares	Abuela Madre Hermana Hija Tía Prima
		Estilos de vida	Bebida alcohólicas Sobrepeso Obesidad Actividad física Número de embarazo
		Gestación	Número de partos Número de cesarías Número de abortos

Variable general: Prevalencia de cáncer de mama.

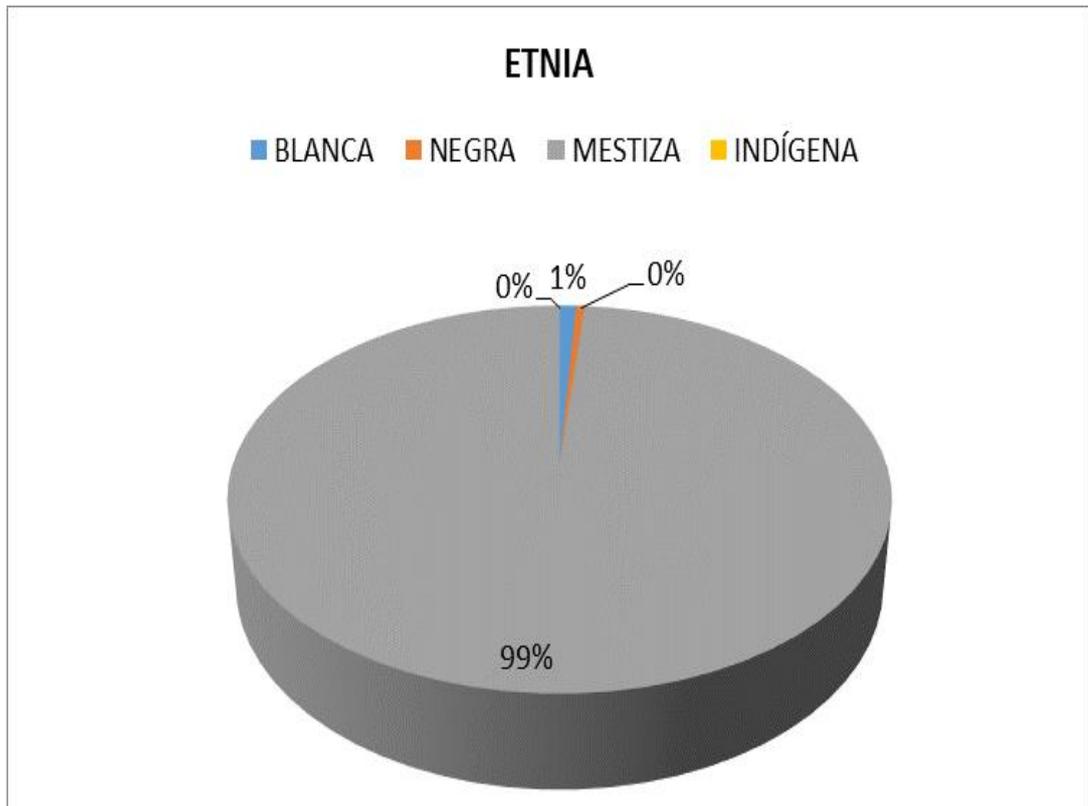
DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Proporción de individuos de un grupo poblacional que presentan una característica o evento determinado en un momento determinado	Factores asociados.	Píldoras anticonceptivas	SI NO
		Tiempo de tratamiento hormonal.	1-3 años 4-7 años 8-10 años
		Dispositivos intrauterinos.	Implante Parche cutáneo Anillo vaginal
		Terapia hormonal pos menopausia.	Estrógenos Progesterona
		Lactancia materna.	SI NO
		Edad de menarquia	10-12 años 13-14 años 15-18 años
		Edad primera relación sexual	12-18 años 19-25 años 26-35 años 36-45 años
	Tipos de cáncer de mama.	Carcinoma ductal in situ.	Número de casos
		Carcinoma lobulillar in situ.	Número de casos
		Carcinoma ductal invasivo o infiltrante.	Número de casos
		Cáncer invasivo.	Quístico adenoide Adenoescamoso de bajo grado. Mucinoso Papilar Tubular
		Subtipos	Metaplásico Micro capilar Mixto
		Menos comunes.	Inflamatorio Enfermedad Paget del pezón Tumores filoides Angiosarcoma

Variable general: Prevalencia de cáncer de mama.

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Proporción de individuos de un grupo poblacional que presentan una característica o evento determinado en un momento determinado	Estadios de la enfermedad.	Estadio 0 Estadio I A Estadio I B Estadio II A Estadio II B Estadio III A Estadio III B Estadio III C Estadio IV	Número de casos.
	Manifestaciones	Hinchazón del seno. Retracción del pezón. Dolor en seno Enrojecimiento, descamación, engrosamiento de piel en seno. Secreción del pezón.	SI NO
	Complicaciones.	Recidiva local Metástasis	SI NO SI NO

3.3 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS
PREVALENCIA DE CANCER DE MAMA 2015-2016
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

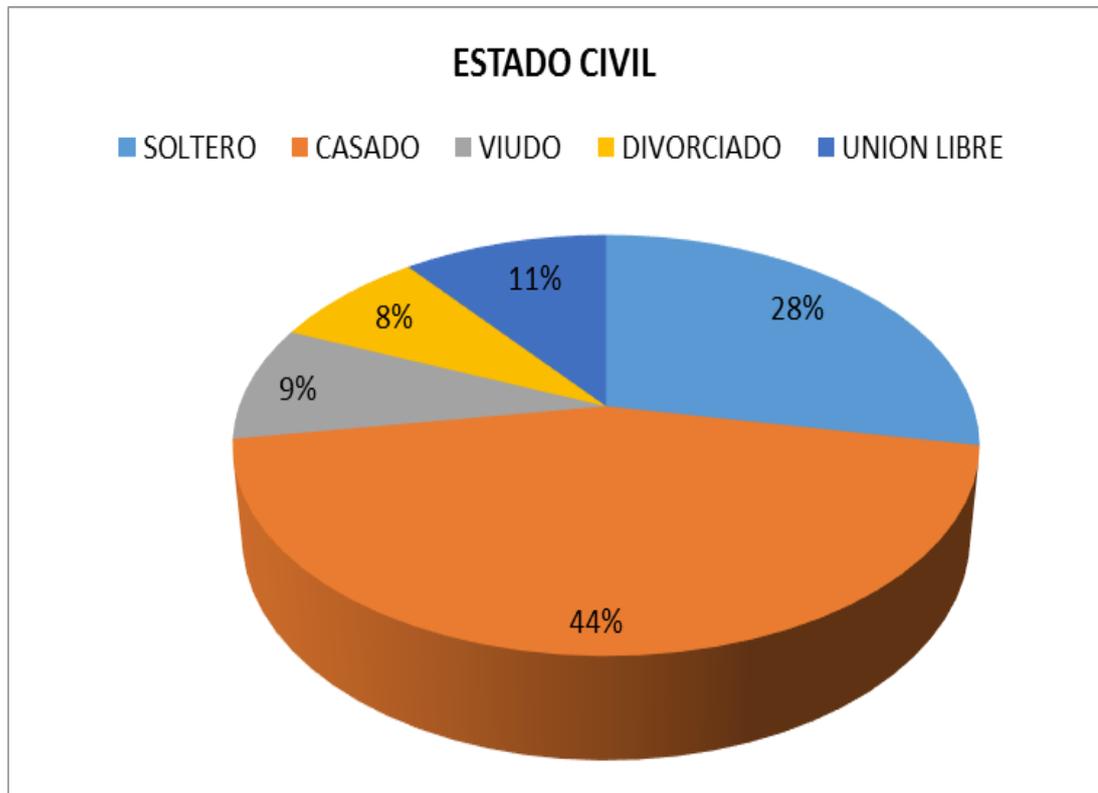
GRÁFICO No.1



Análisis:

La etnia mestiza es una de las características más relevantes, representa el 99% de la población femenina que ha presentado cáncer de mama. Otros estudios realizados en EUA refieren que la mayor predisposición corresponde a la raza negra. Por lo que los resultados obtenidos aportan un nuevo conocimiento en relación a este aspecto.

GRÁFICO No.2

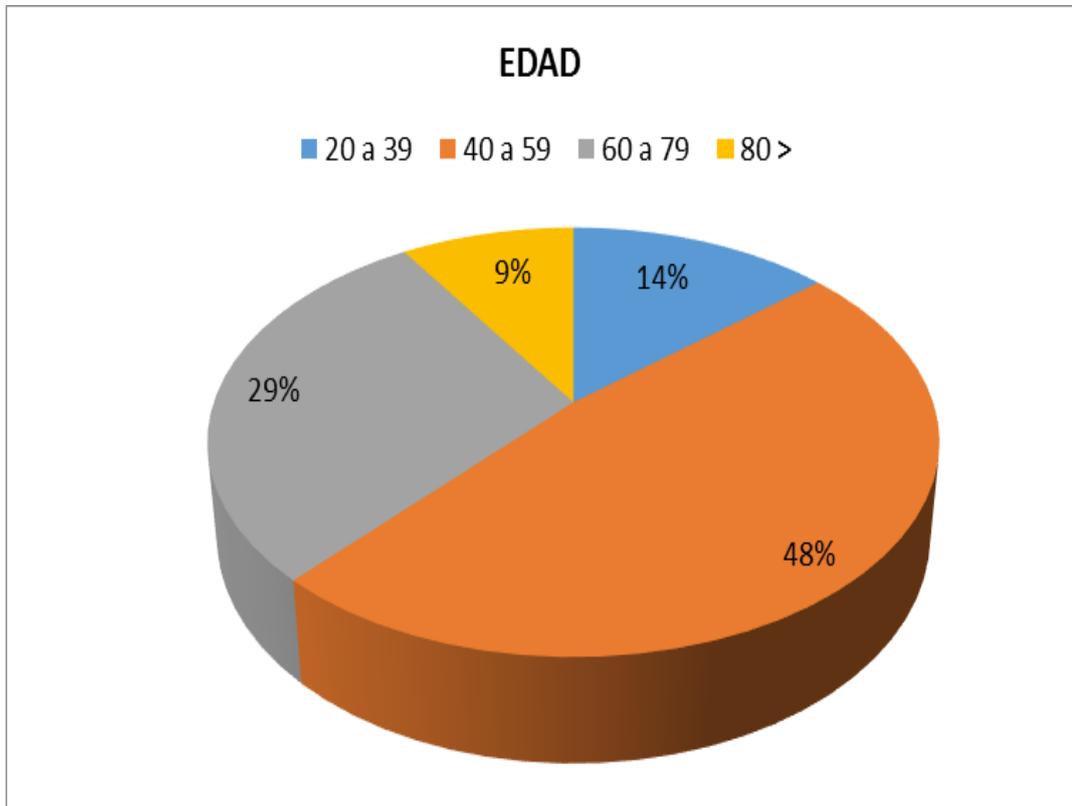


Análisis:

El estado civil de mayor frecuencia en este tipo de cáncer corresponde a las mujeres casadas en un 44,55%. Sin embargo el 27,97% corresponde a mujeres solteras, lo que determina que la lactancia materna en todos los casos no representa un factor de riesgo, aunque queda un sesgo de datos puesto que en el caso de las mujeres solteras no se indaga una condición como es de haber sido madre, para relacionarla con la lactancia materna.

FACTORES ASOCIADOS

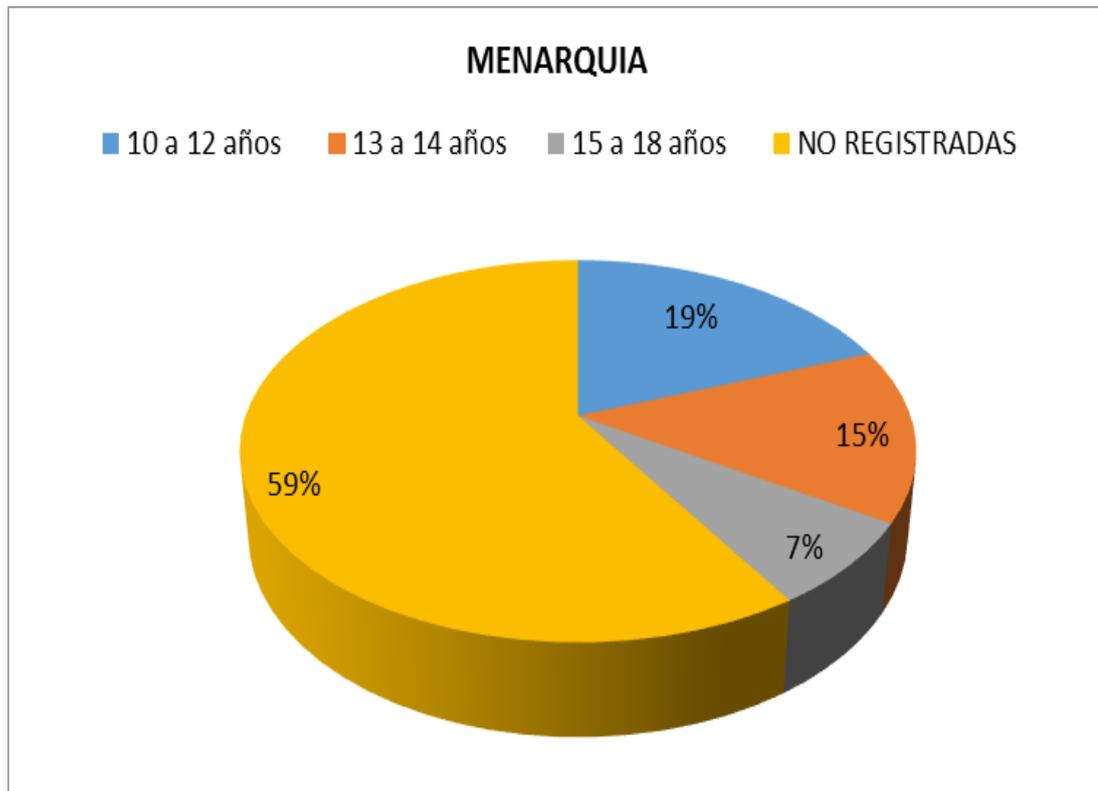
GRÁFICO No.3



Análisis:

El rango de edad para presentar cáncer de mama de acuerdo a las estadísticas se encuentra entre 40 hasta los 59 años, pudiendo establecer que en esta etapa las mujeres se encuentran en cambios hormonales, por lo tanto aumenta el riesgo de padecer la enfermedad. Es importante la prevención de la misma a través de la información y medio adecuado.

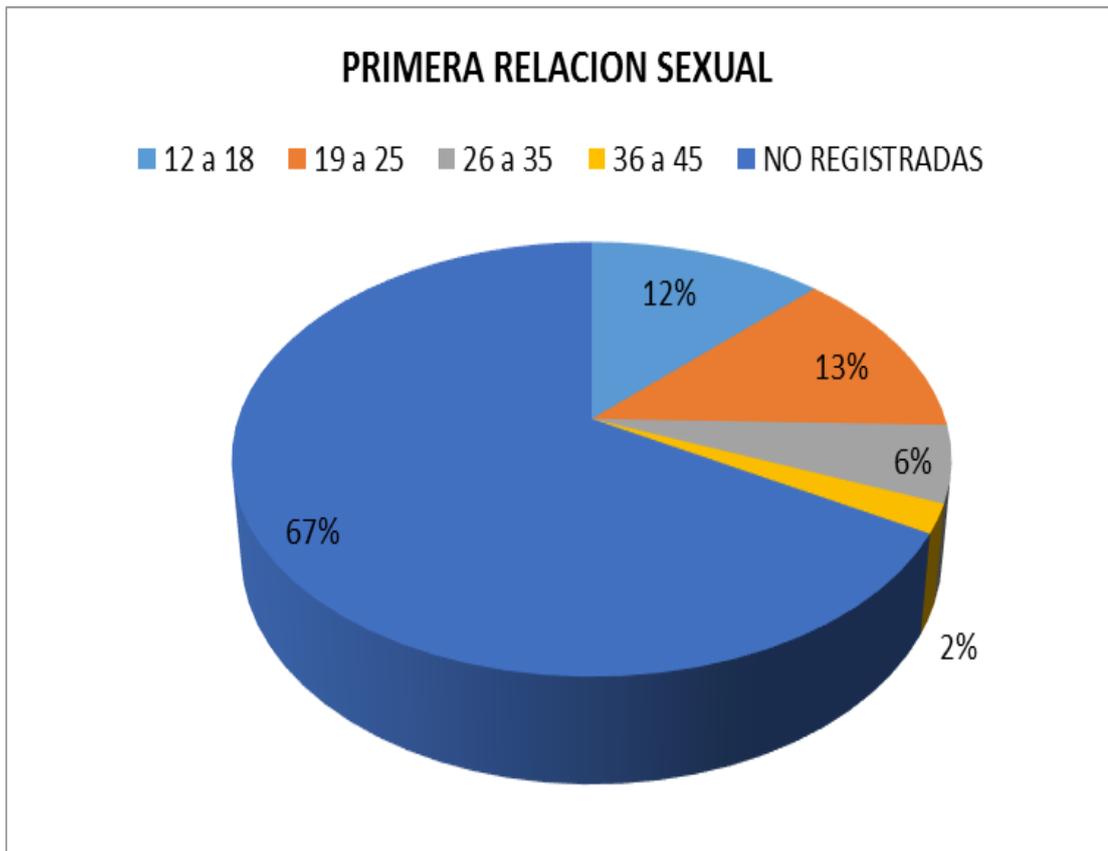
GRÁFICO No.4



Análisis:

La menarquia a temprana edad (19%), es uno de los datos que se relacionan con varios resultados de investigaciones anteriores, por lo tanto se lo puede considerar como un factor de riesgo. Sin embargo es importante considerar también la herencia. El control y monitoreo constante de manifestaciones y la historia familiar a través de los chequeos médicos es una de las medidas de prevención en este grupo poblacional en riesgo, puesto que los índices de cáncer de mama siguen incrementándose. Cabe indicar que existe un 59% de datos no registrados en los expedientes clínicos.

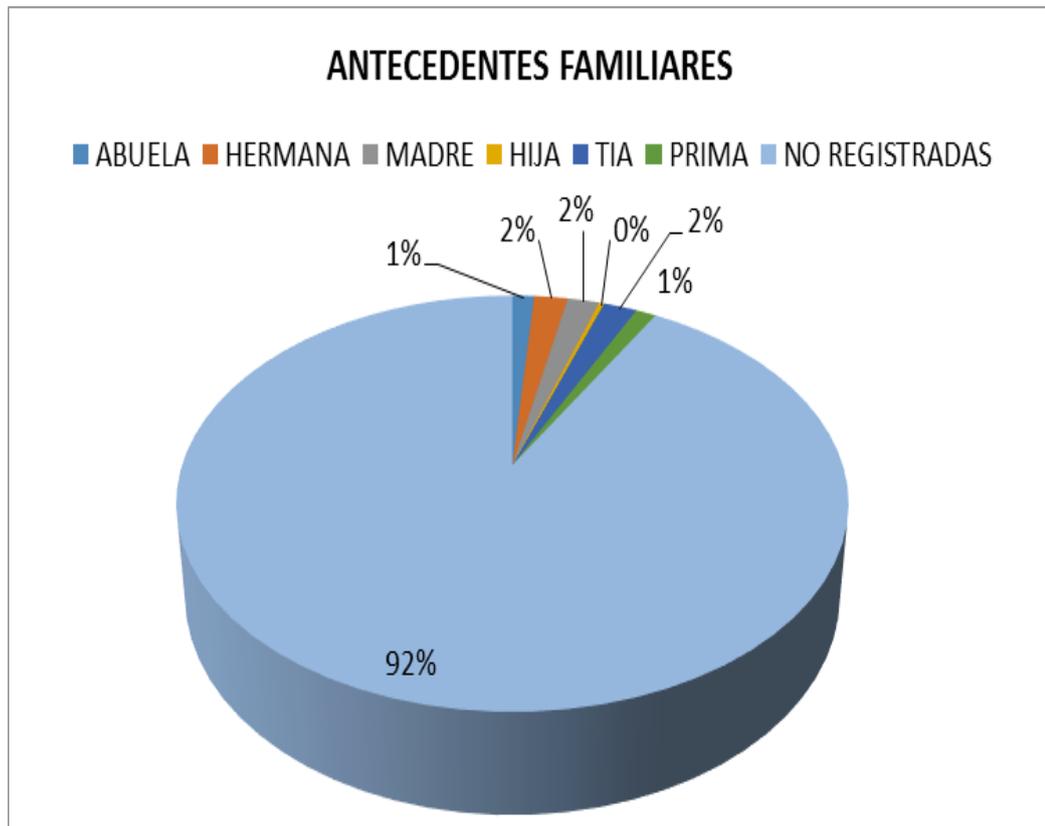
GRÁFICO No.5



Análisis:

El 38,55% corresponde a la edad de 19 a 25 años que han mantenido una primera relación sexual, aunque en la literatura no se señala este aspecto, se la puede relacionar con el uso de métodos anticonceptivos, puesto que es una edad en la cual se establecen varias condiciones: estudios universitarios para adquirir una preparación académica; actividades laborales para obtener ingresos económicos y, una de las mayores prevenciones son los embarazos no deseados.

GRÁFICO No.6



Análisis:

Los resultados se refieren a un 2% relacionado al binomio madre-hija, a pesar de representar un menor porcentaje, se puede indicar que este resultado tiene correspondencia con lo descrito en la literatura, indicando que el factor hereditario, es uno de los factores de riesgo para presentar cáncer de mama. Sin embargo existe 92% de datos no registrados.

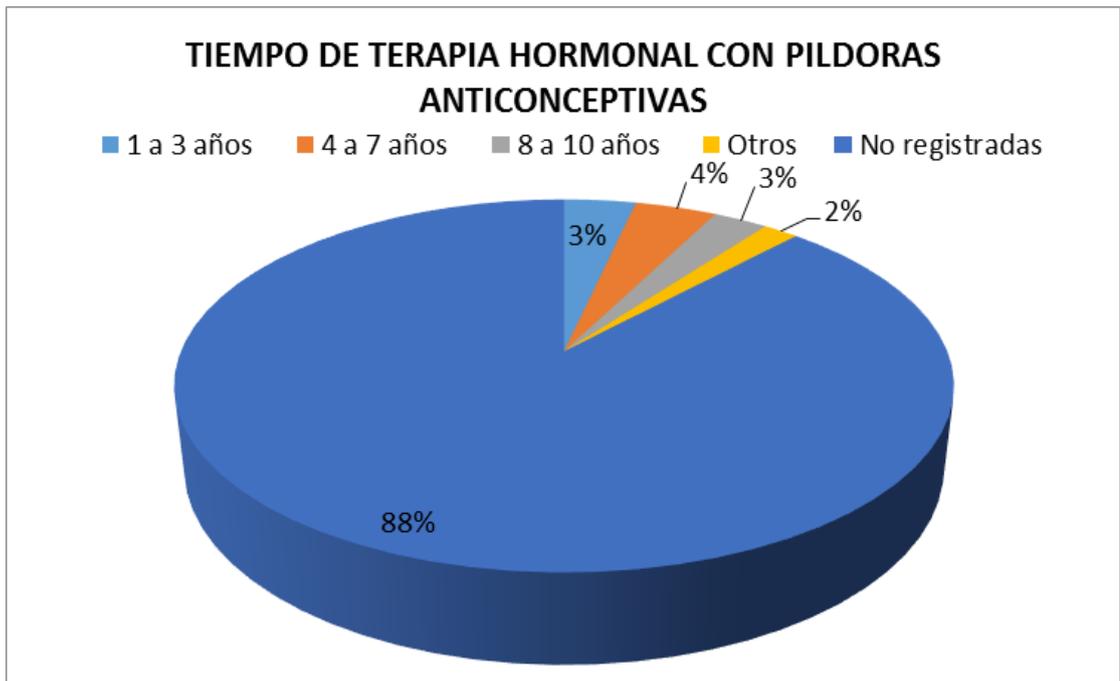
GRÁFICO No.7



Análisis:

Los resultados obtenidos hacen relación al número de embarazos como uno de los factores de mayor prevalencia, representan el 62% de la población. Por lo tanto se establece lo que está descrito en las referencias y marco conceptual del estudio de la enfermedad, por el cambio hormonal que se produce en cada embarazo, sin embargo existe datos incompletos, puesto que el 36% de casos no se encuentra registro de este aspecto.

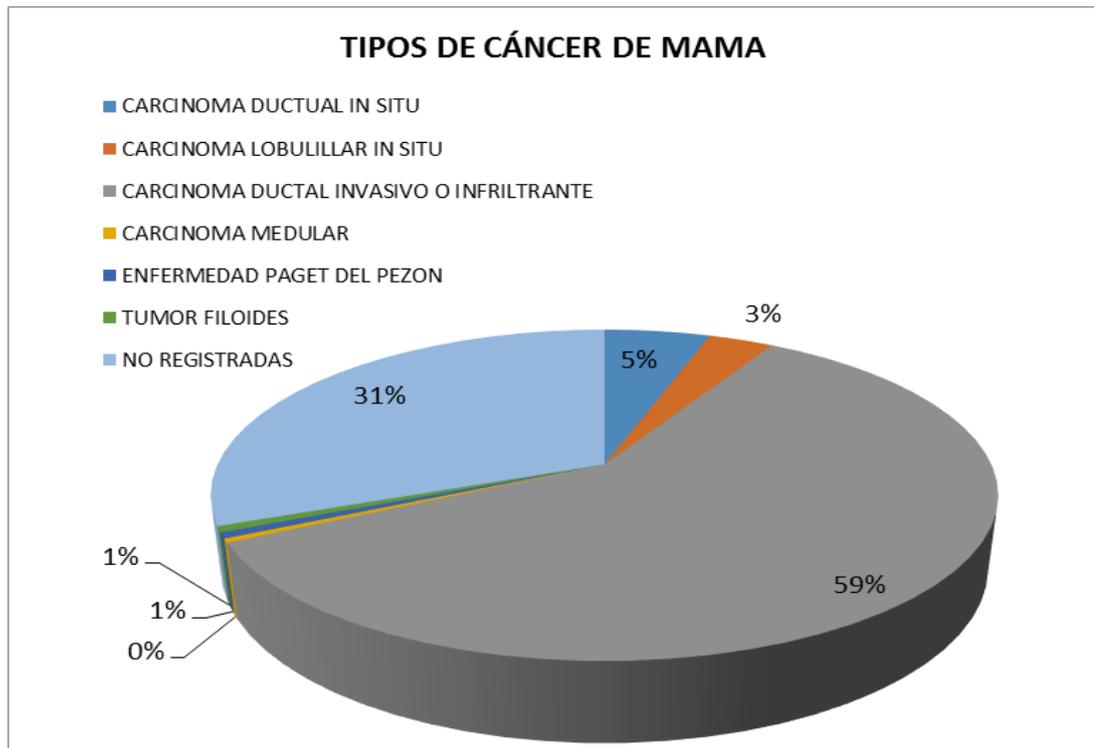
GRÁFICO No.8



Análisis:

Existen pocos datos sobre este aspecto, sin embargo existe un mínimo porcentaje entre el 2% y 4% que relacionan uno de los antecedentes personales con el consumo de píldoras anticonceptivas. Cabe señalar que hay un gran porcentaje de antecedentes no registrados que corresponden al 88%. Es posible que este dato, no sea un criterio de diagnóstico para el cáncer de mama.

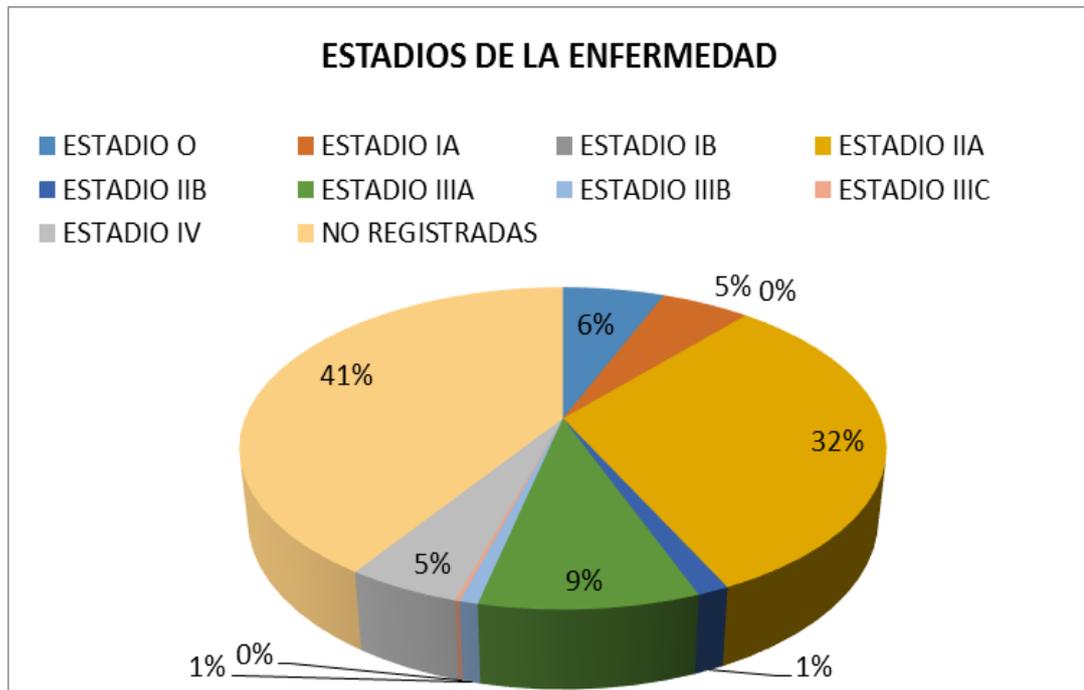
GRÁFICO No.9



Análisis:

La mayor prevalencia (59%) se refiere al carcinoma ductal infiltrante, característico del tipo de cáncer que se inicia en los conductos lácteos. Se puede concluir que es un tipo de cáncer que no fue detectado en sus primeras etapas, la causa puede ser por la falta de conocimiento de las mujeres o la falta de autoevaluación de las mamas al detectar nódulos de forma temprana. Sin embargo existe otro dato importante que corresponde al 31% de tipos de cáncer no registrados.

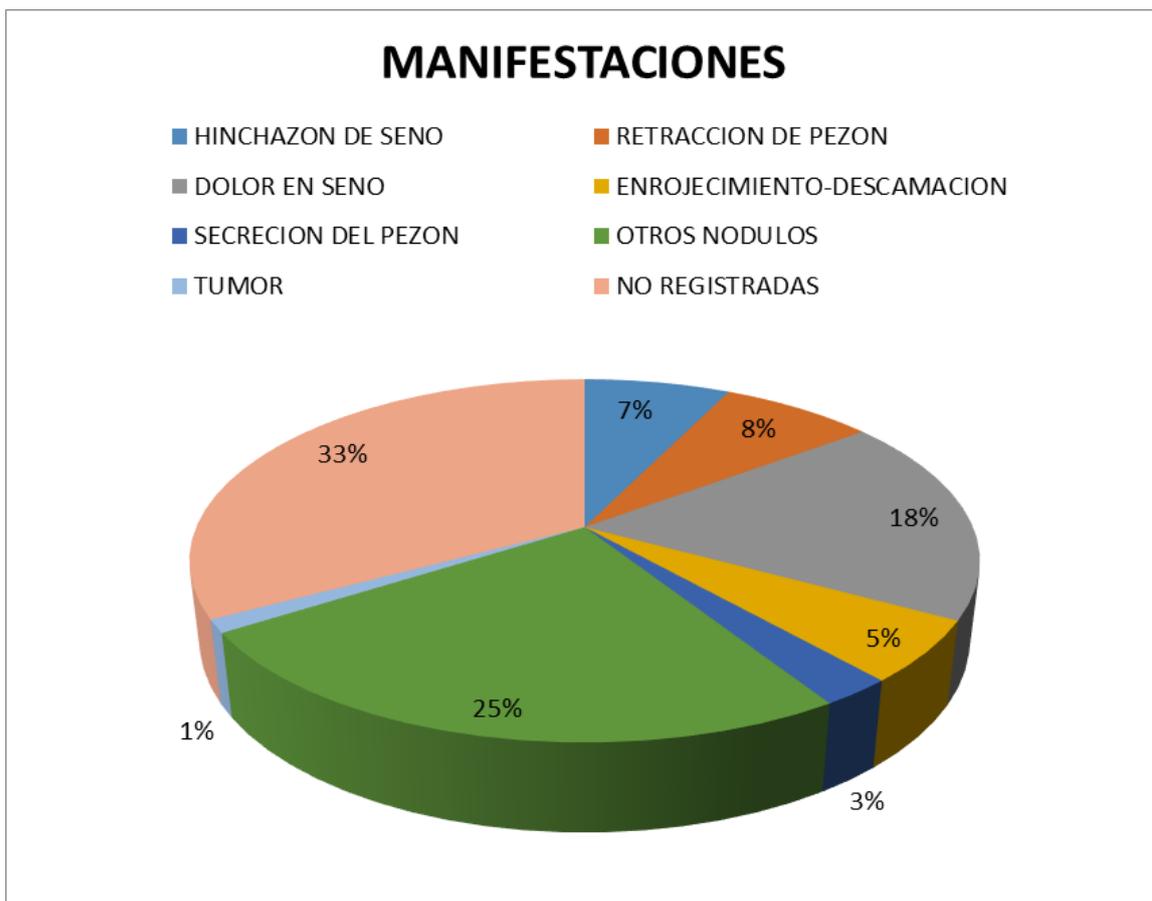
GRÁFICO No.10



Análisis:

Existe una mayor prevalencia del Estadio II-A que, corresponde a presencia de nódulos de 2 a 5 cm que invade ganglios axilares y de clavícula. Lo que determina una tardía detección por parte de la mujer. Otro dato de gran importancia es el Estadio III-C representado por el 41%, estadio donde se presentan invasión aproximadamente de 10 ganglios axilares.

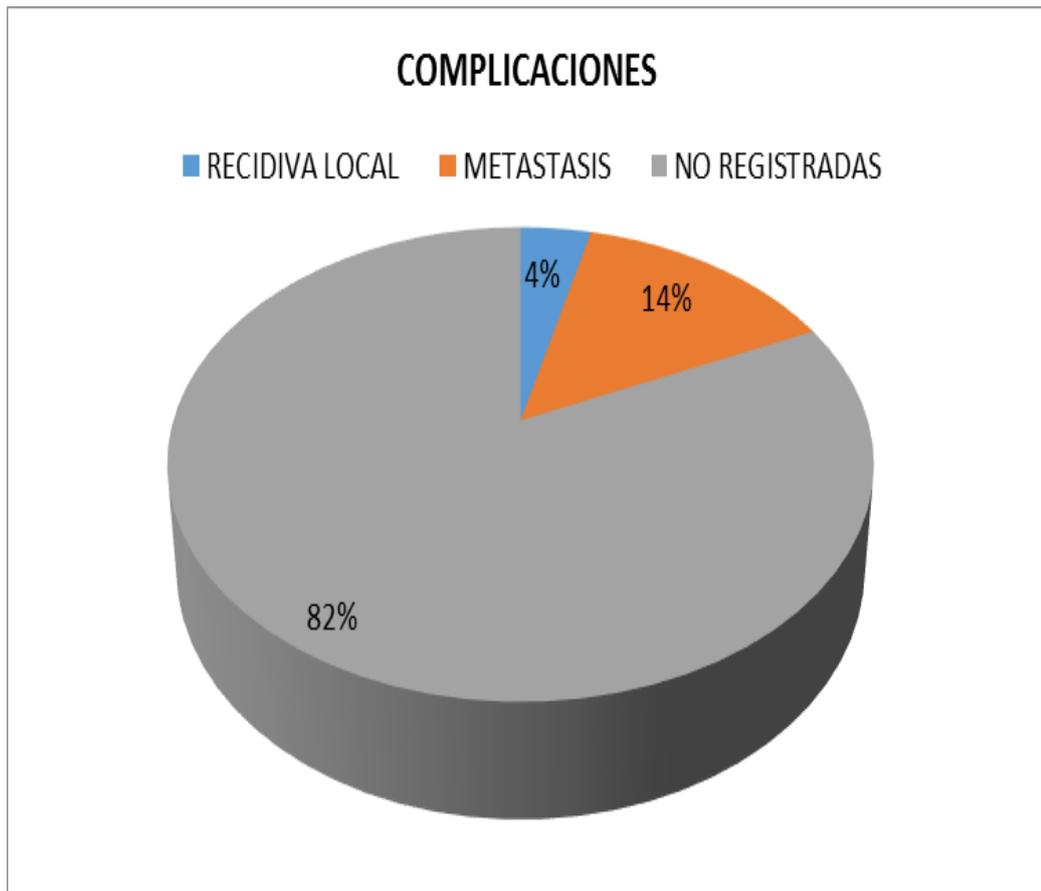
GRÁFICO No.11



Análisis:

Las manifestaciones de mayor prevalencia fueron la presencia de nódulos (25%) y dolor en mama afecta (18%). Estos resultados hacen referencia a lo que está descrito en datos encontrados en el marco referencial y marco conceptual. Los registros con respecto a este tipo de manifestación, son incompletos (33%), por lo tanto no se puede realizar una mayor referencia.

GRÁFICO No.12



Análisis:

Una de las mayores complicaciones es la metástasis, representada por el 14%, estos resultados se relacionan con el estadio de la enfermedad III y IV que predisponen a la población a que presenten metástasis. Existe un 82% de datos no registrados al respecto. Podemos indicar hipotéticamente que este porcentaje se relaciona con población que no ha presentado complicaciones.

3.4 CONCLUSIONES

- Entre el 2015-2016, se registraron 1037 casos de cáncer de mama en mujeres mestizas distribuidas en casadas y solteras, estableciendo la relación de estudios realizados en donde se denominan este tipo de características.
- El rango de edad se estableció entre los 40 a 59 años, otro de los factores asociados al cáncer de mama es la edad temprana de menstruación entre 10-12 hasta 14 años. Se establece la descendencia entre madre a hija, aunque existen escasos registros en los expedientes clínicos sobre este aspecto; el número de embarazos es una característica más al igual que el uso de píldoras anticonceptivas por largo tiempo, entre 1 a 5 años.
- Entre los tipos de cáncer el carcinoma ductal invasivo (o infiltrante) fue el más prevalente con un 59% este carcinoma puede afectar a mujeres de cualquier edad, resulta más común a medida que la mujer envejece.
- Entre las manifestaciones más prevalentes fue otros nódulos que corresponde a un 25%, tomando en cuenta que existen estadios no registrados en las historias clínicas con un 32.98%.
- Las complicaciones más frecuentes fueron la metástasis con un 14%, tomando en cuenta que en las historias clínicas no se han hecho otro tipo de registros con un 81.87%.
- En los tres meses de recolección de datos, nos encontramos con una gran barrera para completar la información, puesto que en los expedientes clínicos, no se registran mayor cantidad de datos, los mismos que fueron descritos en el marco conceptual y marco referencial que, nos permitiera realizar una mejor relación del comportamiento de este tipo de cáncer.

3.5 RECOMENDACIONES

- Los estudios continuos ayudan a tener una visión más global del desarrollo de diferentes eventos que representan para la salud pública sistemas de alarma para definir y especificar las condiciones generales de una población; el cáncer de seno es una patología que se presenta sin control, en muchas ocasiones, por lo tanto los diferentes servicios de salud deben mantener actualizado los datos del comportamiento epidemiológico de este tipo de enfermedades que, detectadas a tiempo permiten disminuir los índices de morbimortalidad en la población femenina.
- En vista de haber encontrado datos incompletos en los registros estadísticos, se sugiere que de alguna forma se registre mejor los datos para poder obtener la información completa.
- Promover las campañas de prevención en de cáncer de mama en coordinación con medios de información y las instituciones que forman parte de la Red Nacional de Salud, con la participación de los profesionales de la salud, para tener mejor cobertura de atención y contribuir a disminuir la prevalencia de cáncer de mama.

3.6 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Amillano Párraga, K., Elorriaga Barandiaran, K., Aduriz, A., A, J., Martín López, A., Rezola Solaun, R., & Plazaola Alcibar, A. (2004). Carcinoma metaplásico de mama: Revisión a propósito de un caso. *Oncología (Barcelona)*, 27(9), 42–46.

Asamblea Constituyente. (2008). Constitución de la República del Ecuador. Recuperado el 23 de agosto de 2017, a partir de http://www.derecho-ambiental.org/Derecho/Legislacion/Constitucion_Asamblea_Ecuador_1.html

Bajo Arenas, Jose Manuel, Laila Vicens, J. M., & Xercavins Montosa, J. (209d. C.). *Fundamentos de Ginecología* (© S.E.G.O). España: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Recuperado a partir de http://www.sego.es/Content/pdf/Fundamentos_Gine_WEB.pdf

Berek, J. S. (2008). *Ginecología de Novak*. Barcelona [etc.: Wolters Kluwer Health España,S.A. / Lippincott Williams & wilkins. Recuperado a partir de <http://ovid.es/ovid.com/Pages/book.aspx?isbn=9788496921061>

Breastcancer. (2 de Diciembre). CDI: carcinoma ductal invasivo. Recuperado el 23 de agosto de 2017, a partir de <http://www.breastcancer.org/es/sintomas/tipos/cdi>

Breastcancer. (2015a, de Diciembre). CDIS: carcinoma ductal in situ. Recuperado el 23 de agosto de 2017, a partir de <http://www.breastcancer.org/es/sintomas/tipos/cdis>

Breastcancer. (2015b, de Diciembre del). Estadios del cáncer de mama. Recuperado el 21 de agosto de 2017, a partir de <http://www.breastcancer.org/es/sintomas/diagnostico/estadios>

Cabrera Nogueira, G., Monduy Matías, R., Frías Valdés, O., Rodríguez, C., & Alberto, C. (2011). Tumor phyllodes de la mama. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 15(4), 22–31.

Castillo, A. M., Arrollo, D., Mena Olmedo, G., & Segura, A. (2013, septiembre). CANCER DE MAMA EN MUJERES MENORES DE 35 AÑOS. CORRELACION DE LOS HALLAZGOS RADIOLÓGICOS Y PATOLÓGICOS. RESULTADOS PRELIMINARES. Departamento de Imagen Hospital Eugenio Espejo. Recuperado a partir de http://www.webcir.org/revistavirtual/articulos/septiembre13/ecuador/ecu_esp_a.pdf

Chabner, B., Lynch, T., & Longo, D. (2009). *Manual de oncología de Harrison* (The McGraw-Hill Companies, Inc.). Mexico: A subsidiary of The McGraw-Hill Companies, Inc. Recuperado a partir de <https://oncousd.files.wordpress.com/2015/01/manual-oncologia-harrison.pdf>

De Llano, P., Cordova, A., Ariceta, I., Beloqui, R., & Arrechea, M. A. (2015, octubre). CARCINOMA MICROPAPILAR INVASOR DE MAMA. PRESENTACIÓN DE 6 CASOS. SERVICIO DE ANATOMÍA

PATOLÓGICA. HOSPITAL DE NAVARRA ESPAÑA. Recuperado a partir de <http://www.conganat.org/7congreso/PDF/230.pdf>

Díaz-Rubio, E., & García-Conde, J. (2000). *Oncología clínica básica*. Madrid: Arán Ediciones.

Elsevier. (2013). Lesiones papilares de la mama- ClinicalKey. Revista de Senología y Patología Mamaria. Recuperado a partir de <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S0214158213000509?returnurl=http:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0214158213000509%3Fshowall%3Dtrue&referrer=>

Figuroa, M. del S. R., Arreygue, L. S., Hernández, P. C. O., Sánchez, M. Á. M., & Mendiola, V. L. R. (2008b). Frecuencia de factores de riesgo de cáncer de mama. *Ginecología y Obstetricia de México*, 76(11), 667–672.

GAVIDIA, C., MUÑOZ, V., GOITIA, V., & MEJIAS, R. (2014). CARCINOMA ADENOIDEO QUÍSTICO DE MAMA. A PROPÓSITO DE UN CASO. INSTITUTO ONCOLÓGICO “Dr. MIGUEL PEREZ CARREÑO”, NAGUANAGUA, ESTADO CARABOBO, VENEZUELA. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/pdf/3756/375633969008.pdf>

Gómez R, J. A., Altagracia M, M., Kravzov J., J., Cárdenas E., R., & Rubio Poo, C. (2008, septiembre). Cáncer de mama y las actuales alternativas de tratamiento. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/pdf/579/57911110008.pdf>

- Granados García, M., Arrieta Rodriguez, O., & Cantú de León, D. (2013). *Oncología Y Cirugía: Bases Y Principios* (Editorial El Manual Moderno). Mexico: Instituto Nacional de Cancerología de Mexico. Recuperado a partir de <http://www.circulomedicodezarate.org/e-books/Oncologia-Cirugia-Bases-Principios.pdf>
- Guerra Castañón, C. D., Ávalos de la Tejera, M., & González Pérez, B. (2013). Frecuencia de factores de riesgo para cáncer de mama en una unidad de atención primaria. Recuperado a partir de <http://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2013/af133d.pdf>
- Huertas T, S., Zegarra B, E., Morales, D., & Jaimes Serkovic, V. (2016). Carcinoma adenoideo quístico de mama: serie de casos. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(4), 308–311. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262016000400007>
- Huicochea Castellanos, S., González Balboa, P., Tovar Calderon, L. L., Olarte Casas, M. A., & Vázquez Lamadrid, J. (2009). Cancer de mama. Recuperado a partir de <http://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2009/arm091j.pdf>
- IBÁÑEZ R, G., MARAMBIO G, A., JANS B, J., & GAMBOA G, J. (2010, Abril). Tumor filoides de la mama. *Rev. Chilena de Cirugía*. Recuperado a partir de <http://www.scielo.cl/pdf/rhcir/v62n2/art05.pdf>
- Instituto Nacional de Cancerología (México). (2010). *Manual de oncología procedimientos medico quirúrgicos*. México: McGraw-Hill.

LEÓN, H., SALDIVIA, F., HERRERA, V., & PRINCE, J. (2013). CARCINOMA MUCINOSO DE MAMA, EXPERIENCIA DE 10 AÑOS. INSTITUTO DE ONCOLOGÍA “DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO” VALENCIA, ESTADO CARABOBO. Recuperado a partir de http://www.oncologia.org.ve/site/upload/revista/pdf/6._leon_h_%2898-103%29.pdf

León, H., Saldivia, F., Herrera, V., Prince, J., Gutiérrez, N., Gadea, C., & Ramos, S. (2013). Carcinoma Mucinoso de Mama, Experiencia de 10 Años. *Revista Venezolana de Oncología*, 25(2). Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=375634876001>

Leuro Umaña, Y. M., & Mayorga Rojas, P. A. (2008). *Lineamientos para la promoción y prevención de cancer de mama a partir de la revisión bibliográfica entre 1997 y 2007. IPS Jave Salud, Bogota DC. Pontífica Universidad Javeriana, Colombia.* Recuperado a partir de <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis18.pdf>

Neyro, J. L., Cristóbal, I., Celis-González, C., Gómez, M., Elorriaga, M. Á., & Lira-Plascencia, J. (2015). Mitos y realidades de los anticonceptivos reversibles de larga duración. *Ginecología y Obstetricia de México*, 83(11), 707–721.

Nogueira, G. C., Matías, R. M., Valdés, O. F., & Rodríguez, C. A. C. (2011). Tumor phyllodes de la mama. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 15(4), 22–31.

- Peralta M, O. (2002). CANCER DE MAMA EN CHILE: DATOS EPIDEMIOLOGICOS. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 67(6), 439–445. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262002000600002>
- Perez Valcarcel, J., González Carrero, J., González Piñeiros, A., & Perez Villanueva, J. (2010). Presentación de un caso de carcinoma adenoescamoso de bajo grado de mama. Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario Xeral-Cies, Vigo. Recuperado a partir de <http://www.conganat.org/seap/revista/v30-n1/11.pdf>
- Ramos Águila, Y. de la C., Marimón Torres, E. R., Crespo González, C., Junco Sena, B., & Valiente Morejón, W. (2015). Cáncer de mama, su caracterización epidemiológica. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 19(4), 619–629.
- Sánchez Portela, J., & Verga Tirado, B. (2011). Cáncer de mama: ¿Es posible prevenirlo? *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 15(1), 14–28.
- Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica. (2014). Tipos de Cáncer. Recuperado el 23 de agosto de 2017, a partir de <http://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer>
- SWETT GRIJALVA, C. E., & VERA HUILCAPI, S. L. (2015). *Prevalencia de los tipos de Cáncer de Mama en pacientes del Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo (SOLCA) de la ciudad de Guayaquil, desde Enero a Junio del 2015*. UCSG, Guayaquil. Recuperado a partir de

<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/4733/1/T-UCSG-PRE-MED-404.pdf>

Tanca Campozano, J., & Arreaga Salazar, C. (2010, junio). Incidencia del cáncer en Guayaquil 2003 – 2006. SOLCA. Recuperado a partir de <http://www.estadisticas.med.ec/Publicaciones/INCIDENCIA2003-2006.pdf>

Tresserra, F., López Menéndez, M., Simón, M., & López Marín, L. (2006). Carcinoma micropapilar infiltrante de la mama y biopsia del ganglio centinela. Servicio de Anatomía Patológica. 1 Departamento de Obstetricia y Ginecología. Instituto Universitario Dexeus. Barcelona. Recuperado a partir de http://www.sespm.es/wp-content/uploads/revista/2006_19_1/3.pdf

Valle, R., Zúñiga, M., Tuzet, C., Martínez, C., De la Jara, J., Aliaga, R., & Whittembury, Á. (2006). Sintomatología depresiva y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama. *Anales de la Facultad de Medicina*, 67(4), 327–332.

ANEXOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

CARRERA DE ENFERMERIA

Guayaquil, 25 de Mayo del 2017

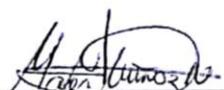
Jefe departamento de docencia
Dr. Guido Panchana Eguez
En su despacho.

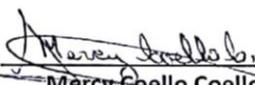
De mis consideraciones:

Nosotras **Ma. Fernanda Muñoz Navas CI: 0950641555 – Mercy Betty Coello Coello CI: 0913484267** Alumnas de la carrera de Enfermería de la Universidad Católica De Santiago De Guayaquil, conocedora de su espíritu de colaboración en lo que a docencia se refiere; me permito solicitar a usted, la respectiva autorización para realizar el trabajo de titulación con el tema “ **Prevalencia de cancer de mama en mujeres atendidas en consulta externa de un hospital de especialidad de la ciudad de Guayaquil**” con las siguientes docentes Tutora: **Lcda. Rosa Calderón - Tutora Institucional: Lcda. Miriam Mora Sánchez**, durante el periodo de mayo a septiembre 2017, en la institución que usted dirige. En el proceso de elaboración y recolección de datos encuesta/observación del presente estudio; se guardara en todo momento la privacidad necesaria para salvaguardar la identidad de los sujetos estudiados, exceptuando lo de los alumnos investigadores.

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.

ATENTAMENTE,


Ma. Fernanda Muñoz Navas
CI: 0950641555
mamunoz2013@gmail.com


Mercy Coello Coello
CI: 0913484267
mercy_coello@yahoo.com


Lcda. Miriam Mora Sánchez
Tutora Institucional


Docencia
30/05/2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

CARRERA DE ENFERMERIA

Guayaquil, 25 de Mayo del 2017

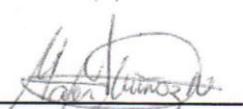
Jefe departamento de docencia
Dr. Guido Panchana Eguez
En su despacho.

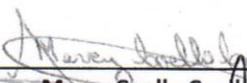
De mis consideraciones:

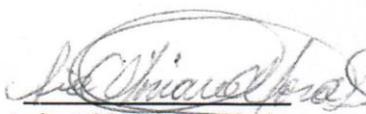
Nosotras **Ma. Fernanda Muñoz Navas CI: 0950641555 – Mercy Betty Coello Coello CI: 0913484267** Alumnas de la carrera de Enfermería de la Universidad Católica De Santiago De Guayaquil, conocedora de su espíritu de colaboración en lo que a docencia se refiere; me permito solicitar a usted, la respectiva autorización para realizar el trabajo de titulación con el tema “ **Prevalencia de cancer de mama en mujeres atendidas en consulta externa de un hospital de especialidad de la ciudad de Guayaquil**” con las siguientes docentes Tutora: **Lcda. Rosa Calderón** - Tutora Institucional: **Lcda. Miriam Mora Sánchez**, durante el periodo de mayo a septiembre 2017, en la institución que usted dirige. En el proceso de elaboración y recolección de datos encuesta/observación del presente estudio; se guardara en todo momento la privacidad necesaria para salvaguardar la identidad de los sujetos estudiados, exceptuando lo de los alumnos investigadores.

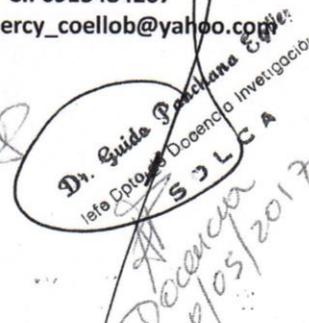
Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.

ATENTAMENTE,


Ma. Fernanda Muñoz Navas
CI: 0950641555
mamunoz2013@gmail.com


Mercy Coello Coello
CI: 0913484267
mercy_coello@yahoo.com


Lcda. Miriam Mora Sánchez
Tutora Institucional


Dr. Guido Panchana Eguez
Jefe Depto. de Docencia e Investigaci
S U L C A
Docencia
01/05/2017



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE
SANTIAGO DE GUAYAQUIL.
Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Enfermería**

Tema: Prevalencia de cáncer de mama en mujeres atendidas en la consulta externa en un hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil.

Objetivo: Revisar y registrar datos de las historias clínicas de los casos de cáncer de mama.

Instrucciones para el observador:

- Marque con una "x" en los espacios en blanco de la información correspondiente.

MATRIZ DE OBSERVACIÓN INDIRECTA.

Historia clínica N° 00__

1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

1.1. ETNIA:

Blanca	<input type="checkbox"/>
Negra	<input type="checkbox"/>
Mestiza	<input type="checkbox"/>
Indígena	<input type="checkbox"/>

1.2. ESTADO CIVIL:

Soltera	<input type="checkbox"/>
Casada	<input type="checkbox"/>
Divorciada	<input type="checkbox"/>
Unión Libre	<input type="checkbox"/>
Unión de hecho	<input type="checkbox"/>
Viuda	<input type="checkbox"/>

2. FACTORES ASOCIADOS.

2.1. EDAD:

2.2. ANTECEDENTES FAMILIARES:

Abuela	<input type="text"/>
Madre	<input type="text"/>
Hermana	<input type="text"/>
Hija	<input type="text"/>
Tía	<input type="text"/>
Prima	<input type="text"/>

2.3. ESTILOS DE VIDA:

Bebidas alcohólicas	<input type="text"/>
Sobrepeso	<input type="text"/>
Obesidad	<input type="text"/>
Actividad física	<input type="text"/>

2.4. GESTACIÓN:

Número de partos	<input type="text"/>
Número de cesáreas	<input type="text"/>
Número de abortos	<input type="text"/>

2.5. EDAD DE MENARQUIA

2.6. EDAD PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

3. FACTORES ASOCIADOS.

3.1. PILDORAS ANTICONCEPTIVAS:

SI	<input type="text"/>
NO	<input type="text"/>

3.2. TIEMPO DE TRATAMIENTO HORMONAL:

1-3 años	<input type="text"/>
4-7 años	<input type="text"/>
8-10 años	<input type="text"/>

3.3. DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS:

Implante	<input type="checkbox"/>
Parche cutáneo	<input type="checkbox"/>
Anillo vagina	<input type="checkbox"/>

3.4. TERAPIA HORMONAL POS MENOPAUSIA:

Estrógenos	<input type="checkbox"/>
Progesterona	<input type="checkbox"/>

3.5. LACTANCIA MATERNA:

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

4. TIPOS DE CÁNCER DE MAMA.

Carcinoma ductal in situ	<input type="checkbox"/>
Carcinoma lobulillar in situ	<input type="checkbox"/>
Cáncer invasivo o infiltrante	<input type="checkbox"/>
Carcinoma ductal invasivo infiltrante	<input type="checkbox"/>

4.1. Cáncer invasivo:

Quístico adenoide	<input type="checkbox"/>
Adenoescamoso de bajo grado	<input type="checkbox"/>
Mucinoso	<input type="checkbox"/>
Papilar	<input type="checkbox"/>
Tubular	<input type="checkbox"/>

4.2. Subtipos de cáncer de mama:

Metaplásico	<input type="checkbox"/>
Micro capilar	<input type="checkbox"/>
Mixto	<input type="checkbox"/>

4.3. Menos comunes:

Inflamatorio	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Paget del pezón	<input type="checkbox"/>
Tumores filoides	<input type="checkbox"/>
Angiosarcoma	<input type="checkbox"/>

5. ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD.

0	<input type="checkbox"/>
I-A	<input type="checkbox"/>
I-B	<input type="checkbox"/>
II-A	<input type="checkbox"/>
II-B	<input type="checkbox"/>
III-A	<input type="checkbox"/>
III-B	<input type="checkbox"/>
III-C	<input type="checkbox"/>
IV	<input type="checkbox"/>

6. MANIFESTACIONES:

Hinchazón del seno	<input type="checkbox"/>
Retracción del pezón	<input type="checkbox"/>
Dolor de seno	<input type="checkbox"/>
Enrojecimiento, descamación, engrosamiento de piel en seno.	<input type="checkbox"/>
Secreción del pezón.	<input type="checkbox"/>

7. COMPLICACIONES:

Recidiva local	<input type="checkbox"/>
Metástasis	<input type="checkbox"/>



N° Historias clínicas revisadas	CARACTERÍSTICAS								
	ETNIA				ESTADO CIVIL				
	BLANCA	NEGRA	MESTIZA	INDÍGENA	SOLTERA	CASADA	VIUDA	DIVORCIADA	UNIÓN LIBRE
1 - 200	4	1	195	0	62	76	18	22	24
201 - 400	3	2	195	0	65	77	21	14	23
401 - 600	1	0	199	0	62	94	15	12	14
601 - 800	0	1	199	0	45	112	9	14	20
801 - 1037	2	1	234	0	55	103	29	21	19
TOTAL	10	5	1022	0	290	462	92	83	110

N° Historias clínicas revisadas	FACTORES ASOCIADOS																			
	EDAD				MENARQUIA				1ERA RELACIÓN SEXUAL					ANTECEDENTES FAMILIARES						
	20 - 39 AÑOS	40 - 59 AÑOS	60 - 79 AÑOS	>80 AÑOS	10 - 12 AÑOS	13 - 14 AÑOS	15 - 18 AÑOS	NO REGISTRADO	12 - 18 AÑOS	19 - 25 AÑOS	26 - 35 AÑOS	36 - 45 AÑOS	NO REGISTRADO	ABUELA	MADRE	HERMANA	HUJA	TIA	PRIMA	NO REGISTRADO
1 - 200	0	125	45	9	36	34	24	106	28	31	17	14	108	0	10	0	3	8	12	167
201 - 400	20	98	65	17	52	31	12	105	15	27	6	2	149	4	4	6	0	9	0	177
401 - 600	22	69	94	14	33	24	6	137	25	18	0	0	157	0	0	7	0	3	0	190
601 - 800	32	91	52	26	30	25	17	128	34	10	0	0	156	9	6	0	0	0	0	185
801 - 1037	48	114	46	29	48	38	15	136	29	47	36	6	122	0	0	6	0	0	0	231
TOTAL	122	497	302	95	199	152	74	612	131	133	59	22	692	13	20	19	3	20	12	950

N° Historias clínicas revisadas	FACTORES ASOCIADOS																					
	ESTILO DE VIDA						PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS							DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS			TERAPIA HORMONAL			LACTANCIA MATERNA		
	BEBIDAS ALCOHOLICAS	SOBREPESO	OBESIDAD	ACTIVIDAD FÍSICA	N° EMBARAZOS	NO REGISTRADO	SI	NO	1- 3 AÑOS	4- 7 AÑOS	8- 10 AÑOS	OTROS	NO REGISTRADO	PARCHE CUTÁNEO	ANILLO VAGINAL	NO REGISTRADO	ESTRÓGENO	PROGESTERONA	NO REGISTRADO	SI	NO	NO REGISTRADO
1-200	2	4	1	0	111	82	36	0	10	18	8	0	164	0	0	0	0	0	0	0	0	
201- 400	0	0	5	0	116	79	23	0	4	0	10	9	177	0	0	0	0	0	0	0	0	
401- 600	0	0	6	0	166	28	24	0	4	7	8	5	176	0	0	0	0	0	0	0	0	
601- 800	0	3	0	0	117	80	16	0	9	5	0	2	184	0	0	0	0	0	0	0	0	
801- 1037	3	1	0	0	130	103	26	0	10	12	2	2	211	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL	5	8	12	0	640	372	125	0	37	42	28	18	912	0	0	0	0	0	0	0	0	

N° Historias clínicas revisadas	TIPOS DE CÁNCER																
	CARCINOMAS			CANCER INVASIVO					SUBTIPOS				MENOS COMUNES INFLAMATORIOS				
	DUCTUAL IN SITU	LOBULILLAR IN SITU	INVASIVO O INFILTRANTE	QUISTICO ADENOIDE	ADENOESCAMOSO	MUCINOSO	PAPILAR	TUBULAR	MEDULAR	METAPLASICO	MICRO CAPILAR	MIXTO	ENFERMEDAD PAGET DEL PEZON	TUMOR FILOIDES	ANGIOSARCOMA	NO REGISTRADO	
1-200	10	3	139	0	0	0	0	0	2	0	0	0	3	2	0	41	
201- 400	8	3	128	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	1	0	57	
401- 600	11	2	113	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	70	
601- 800	9	10	91	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	88	
801- 1037	16	15	138	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	64	
TOTAL	54	33	609	0	0	0	0	0	4	0	0	0	6	6	0	320	

N° Historias clínicas revisadas	ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD									
	0	IA	IB	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IIIC	IV	NO REGISTRADA
1 - 200	0	14	0	110	0	0	5	1	26	31
201 - 400	9	11	0	69	1	5	2	1	16	85
401 - 600	11	11	0	19	0	17	1	0	6	135
601 - 800	15	7	0	49	2	47	0	0	0	80
801 - 1037	15	12	0	80	11	27	0	0	2	91
TOTAL	50	55	0	327	14	96	8	2	50	422

N° Historias clínicas revisadas	MANIFESTACIONES							COMPLICACIONES			
	HINCHAZON DE SENO	RETRACCION DE PEZON	DOLOR DE SENO	ENROJECIMIENTO, DESCAMACION	SECRECION DEL PEZON	TUMOR	NODULOS	NO REGISTRADAS	RECIDIVA LOCAL	METASTASIS	NO REGISTRADA
1 - 200	12	23	28	11	4	3	45	74	15	47	138
201 - 400	13	19	38	6	4	3	57	60	7	48	145
401 - 600	14	9	40	6	7	3	45	76	5	0	195
601 - 800	15	9	40	12	5	1	53	65	3	5	192
801 - 1037	20	18	45	22	6	2	57	67	10	48	179
TOTAL	74	78	191	57	26	12	257	342	40	148	849



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Coello Coello, Mercy Betty**, con C.C: # 0913484267 y **Muñoz Navas, María Fernanda**, con C.C: # 0950641155 autoras del trabajo de titulación: **Prevalencia de cáncer de mama en mujeres atendidas en la Consulta Externa de un Hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciatura en Enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 28 de agosto de 2017

f. _____

Coello Coello, Mercy Betty

C.C: 0913484267

f. _____

Muñoz Navas, María Fernanda

C.C: 0950641155



REPOSITARIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Prevalencia de cáncer de mama en mujeres atendidas en la Consulta Externa de un Hospital de especialidad en la ciudad de Guayaquil.		
AUTOR(ES)	Mercy Betty Coello Coello / María Fernanda Muñoz Navas		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Lcda. Fanny Ronquillo Morán Mgs/Lic. Rosa Calderón Molina Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Enfermería		
TITULO OBTENIDO:	Licenciatura en Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	28 de agosto de 2017	No. DE PÁGINAS:	90
ÁREAS TEMÁTICAS:	Vigilancia Epidemiológica		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Prevalencia, Neoplasmas del Seno, Mujeres, Atención Hospitalaria		

RESUMEN/ABSTRACT :

El cáncer de mama es uno de los más frecuentes entre las mujeres de nuestro país, 30 de cada 100.000 personas son diagnosticadas cada año y casi la mitad de ellas en etapas avanzadas de la enfermedad. En el 2011 el Ministerio de Salud Pública reportó la atención de 448.350 consultas de detección oportuna de cáncer de mama, aun así la enfermedad sigue siendo la tercera causa de muerte en el Ecuador. El estudio realizado se trata de prevalencia de cáncer de mama en mujeres atendidas en la Consulta Externa del Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo" SOLCA-Guayaquil.

Objetivo: Determinar la prevalencia de cáncer de mama. Tiene un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal.

Método: se aplicó una matriz de observación indirecta, dirigida a la recolección de datos en los expedientes clínicos del Departamento de Estadística de la Institución, objeto de estudio.

Resultados: Población: 1037 casos de cáncer de mama diagnosticados en los años 2015-2016, la edad más relevante es la etapa adulta-madura, 40 a 59 años (48%). El nivel socioeconómico no influye en la propagación de la enfermedad, sin embargo el estilo de vida se relaciona con el número de embarazos en un 61.72%. Se descartó que los dispositivos, las terapias hormonales y lactancia materna representen un factor de riesgo para desarrollar la enfermedad.

Conclusión: las tasas de cáncer de mama se han incrementado a pesar de los programas de prevención y los medios de información.

ADJUNTO PDF:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-9-88722155 +593-9-88041570-043845086	E-mail: mercy_coello@yahoo.com mamunoz2013@gmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Lic. Martha Lorena Holguín Jiménez Msc.	
	Teléfono: +593-9-93142597	
	E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
---	--