



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

TEMA:

**Frecuencia de la Cirugía Oncoplástica en mujeres jóvenes
atendidas en el Hospital de SOLCA de la ciudad en Guayaquil.**

AUTORAS:

**Blacio Beltrán, Carla Fernanda
Juca Velasco, Dennisse Daniela**

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

TUTORA:

Lcda. Calderón Molina, Rosa Elizabeth Mgs.

Guayaquil, Ecuador

01 del mes de septiembre del 2023



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 **Blacio Beltrán, Carla Fernanda y Juca Velasco Dennisse Daniela**, como requerimiento para la obtención del título de **LICENCIADAS EN ENFERMERÍA**.

f. _____
LCDA. CALDERÓN MOLINA, ROSA ELIZABETH MGS.
TUTORA

f. _____
LCDA. MENDOZA VINCES, ÁNGELA OVILDA. MSC.
DIRECTORA DE LA CARRERA

Guayaquil, a los 01 días del mes de Septiembre del 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Blacio Beltrán, Carla Fernanda**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Frecuencia de la Cirugía Oncoplástica en mujeres jóvenes atendidas en el Hospital de SOLCA de la ciudad en Guayaquil**, previo a la obtención del título de **LICENCIADA DE 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 mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 01 días del mes de Septiembre del 2023

AUTORA



f. _____

Blacio Beltrán, Carla Fernanda



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Juca Velasco, Dennisse Daniela**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Frecuencia de la Cirugía Oncoplástica en mujeres jóvenes atendidas en el Hospital de SOLCA de la ciudad en Guayaquil**, previo a la obtención del título de **LICENCIADA DE 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 mi total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 01 días del mes de Septiembre del 2023

AUTORA



Firmado electrónicamente por:
**DENNISSE
DANIELA JUCA
VELASCO**

f. _____

Juca Velazco, Dennisse Daniela



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

AUTORIZACIÓN

Yo, **Blacio Beltrán, Carla Fernanda**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Frecuencia de la Cirugía Oncoplástica en mujeres jóvenes atendidas en el Hospital de SOLCA de la ciudad en Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios es de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 01 días del mes de Septiembre del 2023

AUTORA



f. _____

Blacio Beltrán, Carla Fernanda



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

AUTORIZACIÓN

Yo, **Juca Velasco, Dennisse Daniela**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Frecuencia de la Cirugía Oncoplástica en mujeres jóvenes atendidas en el Hospital de SOLCA de la ciudad en Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios es de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 01 días del mes de Septiembre del 2023

AUTORA



Firmado electrónicamente por:
**DENNISSE
DANIELA JUCA
VELASCO**

f. _____

Juca Velasco, Dennisse Daniela

REPORTE DE COMPILATIO



Cirugía Oncoplástica de Mama

5%
Similitudes



< 1% Texto entre comillas
0% similitudes entre comillas
< 1% Idioma no reconocido

Nombre del documento: Tesis Blacio - Juca Sept-25 CORRECCIÓN.pdf
ID del documento: 795493873420878b0d0fd9ceed4fa44a02d30cad
Tamaño del documento original: 506,27 kB
Autor: Dennisse JUCA VELASCO

Depositante: Dennisse JUCA VELASCO
Fecha de depósito: 25/9/2023
Tipo de carga: url_submission
fecha de fin de análisis: 25/9/2023

Número de palabras: 12.831
Número de caracteres: 88.221

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes

Fuentes principales detectadas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	www.redalyc.org La cirugía oncoplástica de la mama: Una técnica quirúrgica qu... https://www.redalyc.org/pdf/3380/338049331011.pdf 4 fuentes similares	1%		🔗 Palabras idénticas: 1% (173 palabras)
2	localhost La responsabilidad estatal en el derecho a la salud para personas pri... http://localhost:8080/xmlui/bitstream/123456789/8973/1/PUJAB027-2018.pdf 13 fuentes similares	1%		🔗 Palabras idénticas: 1% (131 palabras)
3	dspace.udla.edu.ec Implementación de un centro de atención primaria ambulato... http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/6496/3/UDLA-EC-TEAIS-2014-03.pdf.txt 11 fuentes similares	< 1%		🔗 Palabras idénticas: < 1% (114 palabras)
4	es.scribd.com Objetivos Plan de Creación de Oportunidades PDF Desarrollo s... https://es.scribd.com/document/610968240/Objetivos-Plan-de-Creacion-de-Oportunidades 1 fuente similar	< 1%		🔗 Palabras idénticas: < 1% (73 palabras)
5	1library.co Régimen del buen vivir, inclusión y Equidad https://1library.co/articulo/regimen-del-buen-vivir-inclusion-y-equidad.zwrvkwy 1 fuente similar	< 1%		🔗 Palabras idénticas: < 1% (64 palabras)

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a Dios por brindarme la fortaleza, constancia y sabiduría a lo largo de mi carrera universitaria y permitirme culminar mi trabajo de titulación.

Agradezco a mis padres por ser ese pilar fundamental en mi vida, por sus consejos, sus esfuerzos y sacrificios; hoy por hoy me he convertido en la mujer que soy y todo lo que he logrado se los debo a ustedes.

Agradezco a mi esposo e hijos por ser esa motivación e inspiración que me ha servido para ser más constante y poner todo mi empeño en cada una de las metas que me propongo.

A toda mi familia que durante estos años estuvieron a mi lado apoyándome y lograron que este sueño se haga realidad.

A mis amigas Thalía y Diana y demás compañeros que compartieron sus alegrías, tristezas y conocimientos y se convirtieron en mi segunda familia;
MUCHAS GRACIAS.

Carla Fernanda Blacio Beltrán

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme dado la oportunidad de culminar mi carrera frente a cualquier adversidad

Infinitas gracias a Mis Padres por haber creído en mis capacidades para elegir esta profesión de la salud; que hoy la culmino con éxito.

A todos los Docentes que impartieron sus conocimientos en esta etapa universitaria; que me han convertido en una profesional con vocación.

Agradezco a Mi Esposo y a Mis Pequeños Bebés, que con todo el apoyo tan grande y que, a pesar de mi ausencia, saben que en su corazón que este logro es para tener un futuro mejor.

Dennisse Daniela Juca Velasco

DEDICATORIA

Este trabajo de titulación va dedicado a Dios por ser mi guía y brindarme la firmeza y valentía para enfrentar cada adversidad y permitirme culminar esta etapa de mi vida.

A mis padres Wilson y Francisca, que a pesar de la distancia me han apoyado en esta travesía llamada universidad y por mostrarme el camino hacia la superación.

Se la dedico con todo mi amor y cariño a mi esposo Antonio Jurado y a mis hijos Gianfranco y Analia quienes confiaron en mis capacidades cuando yo dudaba de mi potencial; por compartir mis alegrías, penurias y veladas desde un inicio.

Carla Fernanda Blacio Beltrán

DEDICATORIA

La presente Tesis está dedicada a los dos pilares fundamentales de mi vida; Mis Padres, que con sus consejos y apoyo tanto emocional y moral me han inculcado durante toda esta trayectoria de aprendizaje los valores de la paciencia, responsabilidad y perseverancia.

Dedicada también con mucho amor a mis Dos Pequeños Bebés; ya que han sido mi motor para culminar esta etapa y convertirme en toda una profesional de la salud.

Quiero dedicarla en especial a Mi Esposo, quien ha estado a mi lado desde mis inicios, con su amor y paciente siempre me ha estado alentando a ser cada día mejor.

Dennisse Daniela Juca Velasco



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

Tribunal de Sustentación

f. _____

LCDA. ÁNGELA OVILDA, MENDOZA VINCES, MSC.
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

LCDA. MARTHA LORENA, HOLGUÍN JIMÉNEZ, MSC.
COORDINADORA DEL AREA DE UNIDAD DE TITULACIÓN

f. _____

DR. LUIS ALBERTO OVIEDO PILATAXI MSC.
OPONENTE



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

CALIFICACIÓN

ÍNDICE

Contenido	
CERTIFICACIÓN	II
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD	IV
AUTORIZACIÓN.....	VI
REPORTE DE COMPILATIO.....	VII
AGRADECIMIENTO	IX
DEDICATORIA	XI
Tribunal de Sustentación	XIII
CALIFICACIÓN.....	XIV
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XVIII
RESUMEN	XIX
ABSTRACT.....	XX
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I.....	4
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	6
1.3. JUSTIFICACIÓN	7
1.3. OBJETIVOS	9
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	9
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
CAPÍTULO II.....	10
2.1. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL	10
2.1.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.	10
2.2. MARCO CONCEPTUAL.....	14
2.2.1. CÁNCER DE MAMA.....	14
2.2.2. ESTADIOS DEL TUMOR	14
2.2.3. TIPOS DE CANCER.....	15
2.2.3.2. Carcinoma lobulillar in situ (LCIS)	15
2.2.3.2. Carcinoma Intraductal	15
2.2.4. CARCINOMA INFILTRANTE	15
2.2.4.1. Carcinoma ductal in situ (CDIS)	15

2.2.4.2. Carcinoma Lobulillar Infiltrante	16
2.2.4.3. Carcinoma Medular Infiltrante:	16
2.2.4.4. Carcinoma Papilar Infiltrante	16
2.2.4.5. Carcinoma Mucinoso Infiltrante	17
2.2.4.6. Carcinoma Inflamatorio de Mama	17
2.2.4.7. Carcinoma Tubular Infiltrante	17
2.2.4.8. Tumor Phyllodes	17
2.2.5. CARCINOMA MIXTO	18
2.2.5.1. Carcinoma Mixto Infiltrante + In Situ	18
2.2.5.2. Carcinoma Mixto In Situ + Enfermedad de Paget	18
2.2.5.3. Carcinoma Mixto Infiltrante + Enfermedad de Paget	18
2.2.6. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE MAMA	19
2.2.7. CIRUGÍA ONCOPLÁSTICA	19
2.2.7.1. Indicaciones para la cirugía oncoplástica	20
2.2.7.2. Contraindicaciones para la cirugía oncoplástica	22
2.2.7.3. Complicaciones de la cirugía oncoplástica	25
2.3. Marco Legal	31
2.3.1. Constitución de la República del Ecuador	31
2.3.2. Ley Orgánica de Salud	31
2.3.3. Plan Nacional de Desarrollo Creación de Oportunidades 2021- 2025	32
2.3.4. Objetivos Estratégicos del Modelo de Atención Integral de Salud	33
CAPÍTULO III	34
3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	34
3.1.1. Tipo de estudio	34
3.2. Población y muestra	35
3.3. Criterios de inclusión y exclusión	35
3.4. Procedimientos para la recolección de la información	35
3.5. Técnicas de Procedimiento y Análisis de datos	36
3.6. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humano	36
3.7. VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN	37
4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	38

DISCUSIÓN.....	45
CONCLUSIONES.....	47
RECOMENDACIONES.....	48
REFERENCIAS.....	49

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 1 Frecuencia de Cirugía Oncoplástica. Periodo 2019 – 2022. ...	38
Tabla No. 2 Edad	39
Tabla No. 3 Estadios del tumor	40
Tabla No. 4 Diagnostico histopatológico: Carcinoma in situ	41
Tabla No. 5 Carcinoma infiltrante.....	42
Tabla No. 6 Carcinoma mixto.....	43
Tabla No. 7 Complicaciones	44

RESUMEN

La cirugía oncológica de mama ha evolucionado de técnicas mutiladoras a enfoques conservadores como la cirugía oncoplástica. Esta técnica moderna permite extirpar tumores sin afectar gravemente el tejido mamario, mejorando la calidad de vida de las pacientes y preservando la estética mamaria.

Objetivo: Determinar la frecuencia de la Cirugía Oncoplástica en mujeres jóvenes atendidas en el Hospital de SOLCA de la ciudad de Guayaquil.

Diseño: descriptivo, cuantitativo, transversal, retrospectivo. **Población:** 181 pacientes. **Técnica:** Observación indirecta. **Instrumento:** Guía de observación indirecta. **Resultados:** Grupo etéreo: 20-24, 1%; 25-29, 7%; 30-34, 15%; 35-39, 24%; 40-44, 53%. Estadios del tumor: Estadio 0, 10%; Estadio I, 14%; Estadio II, 44%; Estadio III, 24%; Estadio IV, 8%. Diagnóstico histopatológico. Carcinoma in situ: Lobulillar, 33%; Intraductal, 67%. Carcinoma infiltrante: Tubular, 1%; Mucinoso, 2%; Papilar, 1%; Medular, 2%; Lobulillar, 5%; Ductal, 89%. Carcinoma mixto: Infiltrante + In situ, 100%; In situ + Enf Paget, 0%; Infiltrante + Enf de Paget, 0%. Complicaciones: Seroma, 1%; Retracción capsular, 2%; Rechazo de prótesis, 1%; Rechazo de expansor 1%; Ninguna, 92%; necrosis flap, 1%; Linfedema, 1%; Fistulas, 1%. **Conclusión:** La frecuencia de este tipo de cirugía es de 116 pacientes por cada 1.000 pacientes sometidos a cirugía de mama.

Palabras Clave: Frecuencia, cirugía oncoplástica, mujeres jóvenes.

ABSTRACT

Oncologic breast surgery has evolved from mutilating techniques to conservative approaches such as oncoplastic surgery. This modern technique allows the removal of tumors without severely affecting the breast tissue, improving the quality of life of patients and preserving breast aesthetics.

Objective: To determine the frequency of Oncoplastic Surgery in young women attended at SOLCA Hospital in the city of Guayaquil. **Design:** descriptive, quantitative, cross-sectional, retrospective. **Population:** 181 patients. **Technique:** Indirect observation. **Instrument:** Indirect observation guide. **Results:** Ethereal group: 20-24, 1%; 25-29, 7%; 30-34, 15%; 35-39, 24%; 40-44, 53%. Tumor stages: Stage 0, 10%; Stage I, 14%; Stage II, 44%; Stage III, 24%; Stage IV, 8%. Histopathological diagnosis. Carcinoma in situ: Lobular, 33%; Intraductal, 67%. Infiltrating carcinoma: Tubular, 1%; Mucinous, 2%; Papillary, 1%; Medullary, 2%; Lobular, 5%; Ductal, 89%. Mixed carcinoma: Infiltrating + In situ, 100%; In situ + Enf Paget, 0%; Infiltrating + Paget's Disease, 0%. Complications: Seroma, 1%; Capsular retraction, 2%; Prosthesis rejection, 1%; Expander rejection 1%; None, 92%; flap necrosis, 1%; Lymphedema, 1%; Fistulas, 1%. **Conclusion:** The frequency of this type of surgery is 116 patients per 1000 patients undergoing breast surgery.

Keywords: Frequency, oncoplastic surgery, young women.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama, que tiene el potencial de infiltrarse en otros órganos, se define como la proliferación anormal y desordenada de células mamarias malignas (1). Entre los tratamientos para tratar esta patología tenemos: cirugía, quimioterapia y radioterapia. Siendo la cirugía una de las más frecuentes, puesto que el grado del cáncer lo amerita, sometiendo a las pacientes a la extirpación de la mama, provocando en su gran mayoría conductas poco adaptativa a su nueva imagen, evitando así relaciones sociales, sexuales, optando por el aislamiento personal.

La intervención quirúrgica desempeña un papel fundamental en el abordaje del cáncer de mama en sus etapas iniciales y en casos localmente avanzados. Aunque en sus primeros tiempos, las técnicas quirúrgicas eran extremadamente radicales y conllevaban una gran pérdida de tejido, esto se basaba en el modelo de propagación del cáncer de mama propuesto por William Stewart Halsted.

Según su teoría, el cáncer se expandía de manera organizada, primero a nivel local y regional a través de la piel y los ganglios linfáticos, para luego avanzar a un estadio más avanzado a través de la corriente sanguínea hacia otros órganos (2). Esto resultó en que las primeras intervenciones incluyeran una cirugía radical de la mama y la amputación del miembro superior en el lado afectado, con el objetivo de frenar la progresión de la enfermedad (3).

La imagen personal y la autoestima, juega un papel importante en las personas, sobre todo en las mujeres, porque refleja su condición de género, las mamas en las mujeres forman parte de este aspecto, enfrentar una mutilación o ausencia representa una readaptación, por ello actualmente la cirugía Oncoplástica es una técnica que mejora la calidad de vida de estas mujeres (4).

Se realiza un estudio sobre la frecuencia de cirugía Oncoplástica, con el propósito de conocer el avance en la tecnología y los resultados obtenidos hasta el momento. Tiene un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, por el tiempo de cohorte transversal y retrospectivo. Para la recolección de los datos se aplicó la observación indirecta a través de una guía de registro de información. Los resultados han reflejado las grandes ventajas de este tipo de tratamiento que contribuye a mejorar aspectos tanto físicos como psicológicos y de proyección de imagen para mujeres que han padecido de cáncer de mama.

CAPÍTULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años, se ha mencionado frecuentemente el término "Cirugía Oncoplástica de Mama" (COM), quizás sin tener en cuenta la definición original establecida por Werner Audretsch en 1994. Según lo expuesto por él, la Cirugía Oncoplástica de Mama inicialmente englobaba todos los procedimientos quirúrgicos de cirugía plástica y reconstructiva con el propósito de lograr una extirpación oncológica conservadora con márgenes satisfactorios. El objetivo era minimizar posibles deformidades y obtener resultados estéticamente satisfactorios (5).

Cabe agregar, que la Organización Mundial de la Salud, como una entidad promovedora de la salud, destaca la importancia de que los servicios de salud incluyan la cirugía oncoplástica como una alternativa del tratamiento para el cáncer de mama; debido a que ha demostrado ser una técnica quirúrgica que puede mejorar la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama al preservar su apariencia física y su autoestima (6).

En los últimos años, la cirugía oncoplástica se ha convertido en un componente integral del tratamiento del cáncer de mama en muchos países, incluyendo Estados Unidos, Reino Unido, España, Francia, Italia, Alemania, Brasil y México, entre otros. La técnica es utilizada por cirujanos especializados en cáncer de mama y requiere una formación específica. Por otra parte, en algunos países la elección de la técnica depende de varios factores, como el tamaño y la ubicación del tumor, la edad y la salud general de la paciente, así como sus preferencias personales (7).

En un estudio realizado en España, se presentaron 41 casos teniendo como resultados: la edad media de 45 años, con una edad mínima de 26

años y una edad máxima de 67 años. En aquellos pacientes que no presentaban deformidades mamarias, se optó por enfoques tanto radicales como conservadores, incluyendo técnicas de reconstrucción que permitían preservar la piel y mastoplastias con incisiones mínimas. Por otro lado, en pacientes con deformidades más pronunciadas, prevaleció la elección de tratamientos conservadores, combinados con reconstrucción mediante mastoplastias. En cuanto a los estadios tumorales, los más frecuentes fueron el T2N1M0 y el T1N1M0 (8).

El estudio revela que las pacientes que se sometieron a cirugías ahorradoras de piel y a procedimientos radicales experimentaron un mayor número de complicaciones. Esto conduce a la conclusión de que la Cirugía Oncoplástica se ha convertido en una opción quirúrgica cada vez más utilizada en mujeres de todas las edades que enfrentan el cáncer de mama. La amplia gama de técnicas disponibles asegura que el resultado estético se combine con un tratamiento oncológico efectivo, lo que minimiza la posibilidad de deformidades mamarias después de un abordaje radical o conservador para el cáncer de mama (9).

El cáncer de mama representa la forma más común de tumor en mujeres a nivel global. En el Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo", se registraron 1671 nuevos casos de cáncer de mama entre 2018 y 2019, de los cuales 377, equivalente al 23%, corresponden a mujeres jóvenes de entre 20 y 44 años. De este total, únicamente 162 pacientes fueron sometidas a intervención quirúrgica. Dentro de una muestra de 75 pacientes, se optó por la cirugía oncoplástica. El 68% de los casos (51 pacientes) se sometieron a una cirugía conservadora utilizando técnicas de oncoplásticas, seguido por la reconstrucción inmediata, que representó el 27%.

El impacto mundial de esta problemática provoca una transformación significativa tanto en el aspecto físico como en el bienestar psicológico de las mujeres afectadas. Procedimientos como la mastectomía producen un

cambio radical en la apariencia física, ya que implica la extirpación parcial o total de uno o ambos senos, lo que puede tener un impacto negativo en la autoestima. Aquellas mujeres que optaron por la reconstrucción mamaria después de la mastectomía experimentaron un menor deterioro en su imagen corporal y autoestima en comparación con aquellas que no se sometieron a este procedimiento (10)

En el Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” (SOLCA), de la ciudad de Guayaquil se tratan un promedio de 500 nuevos casos de cáncer de mama, siendo un 24% en mujeres menores de 44 años, que son las que necesitan un tratamiento conservador, a diferencia de las que presentan tumores más agresivos y de evolución rápida que ameritan otros tratamientos como: quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia, además de la cirugía.

1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuál es frecuencia de Cirugía Oncoplástica realizada en mujeres atendidas en el hospital de SOLCA de la ciudad de Guayaquil?
- ¿Cuáles son las características de las mujeres que se realizaron cirugía Oncoplástica atendidas en el hospital de SOLCA de la ciudad de Guayaquil?
- ¿Cuáles son las indicaciones para la Cirugía Oncoplástica en mujeres jóvenes atendidas en el hospital de SOLCA de la ciudad de Guayaquil?
- ¿Cuáles son las complicaciones que se presentaron las mujeres que se realizaron cirugía Oncoplástica atendidas en el hospital de SOLCA de la ciudad de Guayaquil?

1.3. JUSTIFICACIÓN

El cáncer de mama es el que repercute con mayor negatividad en la autoestima, por eso, es necesario tomar en consideración que el tipo de tratamiento que se realice tendrá sus repercusiones, debido a que cada procedimiento o tratamiento tendrá consecuencias a nivel físico, psicológico, social, mental y sexual.

Se ha señalado que la mastectomía produce un mayor deterioro en los niveles de desempeño sexual de las pacientes; teniendo un impacto negativo sobre la imagen corporal, su sexualidad, el deseo e incluso la relación con su propio cuerpo, todo ello influye negativamente sobre la vida social, personal y en la satisfacción, inclusive durante el primer año post-mastectomía.

En el caso de las mujeres a quienes se les practicó una cirugía de reconstrucción mamaria posterior a la mastectomía, se observó un menor declive de su apariencia física y su autoestima en comparación con aquellas que no se sometieron a la reconstrucción mamaria. Por consiguiente, se considera que la reconstrucción mamaria es la restitución de la imagen corpórea y el equilibrio psicológico de las pacientes sometidas a una mastectomía. La reconstrucción mamaria ha de considerarse una pieza clave en el tratamiento y la rehabilitación de las pacientes con cáncer de mama. Una reconstrucción inmediata evitará que la mujer se tenga que enfrentar de forma directa a la pérdida de la glándula mamaria, logrando así disminuir el impacto psicológico y la reducción del efecto psicológico adverso provocado por la mastectomía (11).

La intervención quirúrgica sigue siendo una pieza fundamental en el tratamiento inicial del cáncer de mama. En las últimas cinco décadas, la cirugía mamaria ha evolucionado significativamente, abandonando sus métodos radicales y menos estéticos. La introducción de nuevas

alternativas quirúrgicas ha ampliado considerablemente el repertorio previamente limitado en este campo. Uno de los cambios más notables ha sido la adopción de la cirugía Oncoplástica de mama (12).

La factibilidad de la propuesta se asocia con el afrontamiento que tienen las mujeres al no identificarse con su nueva imagen, puesto que las mamas representan su identificación de género, afectando diferentes aspectos en las mujeres tales como los personales, sociales, sexuales y psicológicos. Como futuros profesionales debemos conocer estas alternativas para poder contribuir con la información que al momento no es difundida y por ello algún grupo de mujeres no acuden a esta alternativa para mejorar su calidad de vida.

Siendo un estudio accesible, porque se contó con la aceptación institucional, ya que al ser un hospital de especialidad atiende una gran cobertura de mujeres que deben someterse a tratamiento quirúrgicos y, ofertan las mejores alternativas en pro del bienestar físico, mental, social, laboral y sexual de las mujeres con esta patología.

Entre los beneficiarios tenemos a la institución como tal, porque podrá conocer la aceptación y el acceso a este servicio de cirugía oncoplástica, las mujeres porque podrán tener mejor información, nosotras como futuras profesionales para asesorar a las mujeres luego de las intervenciones quirúrgicas de mama.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL.

Determinar la frecuencia de la Cirugía Oncoplástica en mujeres jóvenes atendidas en el Hospital de SOLCA de la ciudad de Guayaquil.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Caracterizar a las mujeres que se realizaron cirugía oncoplástica en el Hospital de SOLCA de la ciudad de Guayaquil.
- Describir las indicaciones de la cirugía Oncoplástica en mujeres jóvenes atendidas en el Hospital de SOLCA de la ciudad de Guayaquil
- Detallar las complicaciones que se presentaron en mujeres que se realizaron cirugía Oncoplástica en el Hospital de SOLCA de la ciudad de Guayaquil.

CAPÍTULO II

2.1. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

En un estudio de Garcés publicado en 2015, la cirugía oncoplástica se destacó como una innovadora técnica que fusiona principios de cirugía oncológica y plástica en el tratamiento del cáncer de mama. Rápidamente ganó popularidad entre cirujanos y pacientes. Se analizaron 108 casos de cirugía oncoplástica mamaria en un período de enero de 2012 a junio de 2014, con el Carcinoma Ductal Infiltrante como patología más común (88.5%). A pesar de la preferencia estética de la cirugía conservadora, solo alrededor del 30% de los pacientes lograron resultados estéticamente favorables, si bien se ha demostrado su comparabilidad con la mastectomía radical. (65)

Según en el estudio de Sherwell-cabello en 2016, las técnicas de cirugía oncoplástica han tenido una mayor aplicación en el tratamiento del cáncer mamario. Se han llegado a reportar hasta un 20% de casos en las pacientes tratadas con este método, cerca del 62% de estas pacientes tenían tumores T2 y T3. Además, el 40.5% que se sometieron a la cirugía oncoplástica recibieron quimioterapia neoadyuvante. La tasa de complicaciones fue un 18.4%. Se demuestra que la cirugía oncoplástica tiene una alta aceptación por parte de las pacientes ya que reportan tasas con buen resultado con relación a la estética, cercanas al 93%. (18)

En un estudio realizado por Garcés y Falla en 2018, se describió la cirugía oncoplástica como una técnica que mejora la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama. La literatura respalda la superioridad de la cirugía oncoplástica en comparación con la tumorectomía, especialmente cuando los cirujanos oncológicos especializados en mama reciben capacitación. A pesar de que se diagnostican casos en estadios

tempranos y metastásicos, el programa actual de control de cáncer, tiene como propósito es identificar etapas iniciales de la enfermedad, lo que posiblemente resulte en un aumento futuro de pacientes candidatas a someterse a cirugía oncoplástica de mama. (14)

Mediante la publicación de un artículo desarrollado por Hernández y Amaró, con el objetivo de analizar los resultados obtenidos al aplicar técnicas oncoplásticas en pacientes con cáncer de mama. Se llevó a cabo un estudio descriptivo que incluyó a 41 pacientes, en el periodo comprendido entre marzo de 2018 y octubre de 2020. Los resultados revelaron que la edad promedio fue de 45 años, con un rango que osciló entre los 26 y los 67 años. En el caso de las pacientes que no presentaban deformidades mamarias previas, se implementaron diversas modalidades de tratamiento, como procedimientos radicales, conservadores, así como reconstrucción utilizando técnicas de cirugía ahorradora de piel y mastoplastias con incisiones mínimas. (13)

De acuerdo con el estudio de Hernández y Amaró, en casos de pacientes con deformidades más pronunciadas, el enfoque predominante fue el tratamiento conservador junto con reconstrucciones mediante mastoplastias. En términos de estadios tumorales, los más comunes fueron el T2N1M0 y el T1N1M0. Se observó un mayor número de complicaciones en aquellas pacientes que se sometieron a cirugía ahorradora de piel y en aquellas que optaron por tratamientos más radicales. En última instancia, el estudio concluye que la cirugía oncoplástica representa una alternativa quirúrgica cada vez más utilizada en pacientes con cáncer de mama. Además, se obtienen resultados similares a los de la cirugía convencional en lo que respecta a la incidencia de complicaciones, recurrencias y mortalidad. (13)

En el estudio de Piper y otros en 2019 sobre cirugía oncoplástica mamaria, se destacó la capacidad de resección completa del tumor, la preservación del tejido mamario normal y la reconstrucción inmediata con tejido local o regional durante la mastectomía parcial. Estas técnicas amplían las opciones para la cirugía conservadora mamaria, mejoran la estética,

brindan satisfacción al paciente y garantizan un mejor control de los márgenes tumorales sin comprometer la seguridad oncológica. Esto minimiza deformidades mamarias después del tratamiento. Se enfatiza la importancia de que los cirujanos reconstructivos de mama conozcan y ofrezcan estas técnicas en la cirugía conservadora de mama por cáncer, mejorando así la atención a las pacientes. (64)

Según Amarante-de León en 2020, la cirugía oncoplástica se divide en dos niveles: el nivel 1 incluye técnicas de avance y rotación del tejido glandular sin resección significativa de piel, mientras que el nivel 2 implica mamoplastia con resección de 20-50% del volumen mamario y piel. En el Hospital San José, se realizaron cirugías oncoplásticas en 32 pacientes con cáncer de mama. Se aplicaron técnicas de nivel 1 en 23 casos (71.87%). Las complicaciones postquirúrgicas fueron poco comunes, con ausencia en 29 casos (90.62%), excepto por un caso de hematoma (3.12%) y dos casos de necrosis del pezón (6.25%). Estas técnicas ofrecen opciones estéticas y seguras para pacientes con cáncer de mama, y su elección depende de la extensión del tumor y los objetivos de conservación de la mama. (66)

Según la investigación de Sánchez Wals, 2021; Desde 2013 hasta diciembre de 2017, el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR) llevó a cabo procedimientos de reconstrucción mamaria en un total de 192 mujeres afectadas por cáncer de mama, con un promedio de 38.4 pacientes intervenidas anualmente. La edad promedio de las pacientes sometidas a reconstrucción fue de 45.3 años. Las 86 mujeres que se encontraban en la cuarta década de vida constituían el 44.8% del grupo estudiado. Predominó el tipo histológico de Carcinoma ductal invasivo, representando el 95.3% de los casos. Existe predominio de pacientes que tuvieron cáncer de mama en estadio II con un 38.0% seguido del estadio III 27.6 % y el estadio I 22.9%. El 77.6% de las pacientes no tuvo complicaciones. (19)

En una investigación desarrollada por Rutherford y Barker en 2022 evaluó la seguridad oncológica de la cirugía conservadora de mama con técnicas de reemplazo de volumen en 2,497 pacientes con una edad media de 47.8 años. Se emplearon técnicas, como colgajos de perforantes de la pared torácica y dorsal ancho. El tamaño promedio del tumor fue de 29.7 mm y el peso promedio 123.6 g. La tasa media de reescisión fue del 7.2%, mientras que la de mastectomía completa fue del 2.3%. Concluyen que la cirugía conservadora de mama con reemplazo de volumen es segura en términos de reescisión, tasas de mastectomía completa y recurrencia local y a distancia. Esto respalda su viabilidad como opción terapéutica.

A través de un estudio publicado por Loevezijn y otros en el 2023, con el objetivo de evaluar los resultados quirúrgicos después de la Cirugía Oncoplástica inmediata y diferida. Estudio descriptivo enfocado en pacientes atendidas entre el periodo 2016 a 2019 y que habían sido sometidas a este tipo de cirugía. Entre los resultados señalan que de 242 pacientes con 251 Cirugía Oncoplástica, 130 (52%) recibieron quimioterapia neoadyuvante. Se realizó Cirugía Oncoplástica inmediata en 176 (70%) casos y Cirugía Oncoplástica diferida en 76 (30%). (15)

Por otra parte, Loevezijn y otros indican que la selección de Cirugía Oncoplástica tardía se relacionó con el tamaño del tumor, y se observaron diferencias en peso de tejido, reemplazo y márgenes positivos en comparación con la Cirugía Oncoplástica inmediata. Se realizaron 48 (63%) Cirugías Oncoplásticas tardías y 11 (6%) inmediatas. Ambos grupos tuvieron tasas de complicaciones similares (21% vs. 18%, $p = 0,333$). La conservación de la mama fue del 98% después de OPS inmediata y 93% después de OPS tardía. Concluyen que la OPS diferida en casos selectos permite la resección del margen sin aumentar complicaciones y logra una excelente tasa de conservación mamaria. (15)

2.2. MARCO CONCEPTUAL.

2.2.1. CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama es un tumor heterogéneo en su naturaleza y en su comportamiento, por lo que tiene patrones de crecimiento y de diseminación metastásica ampliamente dispares(17). Las mujeres a menudo no experimentan síntomas, en muchos casos lo descubre la propia mujer al hacer un buen autoexamen de manera que puede detectar la probabilidad de encontrar lesiones sospechosas. (22)

2.2.2. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Adenopatía mamaria (22)
- Nódulo mamario (23)
- Retracción mamaria (23)
- Dolor mamario (24)
- Enrojecimiento o eritema de la mama (24)
- Engrosamiento de la mama (25)
- Secreción del pezón (26)
- Presentación de bultos mamarios (27)

2.2.3. ESTADIOS DEL TUMOR

La clasificación de los estadios determina el tamaño, la ubicación del tumor y algunos factores diferentes.

- Estadio 0: presencia de células anormales, pero sin diseminación hacia el tejido adyacente. También conocido como Carcinoma ductal in situ.
- Estadio I: El cáncer está localizado en un área pequeña y no se ha propagado a los ganglios linfáticos ni a otros tejidos.
- Estadio II: El cáncer ha crecido, pero no se ha propagado.
- Estadio III: El cáncer ha crecido y posiblemente se haya propagado a los ganglios linfáticos u otros tejidos.

- Estadio IV: El cáncer se ha diseminado a otros órganos o áreas de su cuerpo. Esta etapa también se conoce como cáncer metastásico o avanzado (33).

2.2.4. TIPOS DE CANCER

2.2.4.1. Carcinoma lobulillar in situ (LCIS)

Se han descrito variantes de este tipo de cáncer basado en su constitución única de tipo alveolar, sólida y trabecular o por su citología pleomórfica, apical e histiocitoide, debido a que induce un comportamiento desmoplásico del tejido conectivo como respuesta a la invasión de células anormales y por su clínica, este patrón hace que se presente con menor frecuencia como una masa palpable, lo que dificulta el diagnóstico y el manejo quirúrgico (35).

2.2.4.2. Carcinoma Intraductal

Es un cáncer de mama no invasivo o pre invasivo. Esto significa que las células que recubren los conductos se han convertido en células cancerosas, pero no se han diseminado a través de las paredes de los conductos hacia el tejido mamario cercano. Debido a que el Carcinoma Intraductal no se ha diseminado al tejido mamario que lo rodea, no puede propagarse (hacer metástasis) más allá del seno a otras partes del cuerpo. Sin embargo, este tipo de carcinoma a veces puede convertirse en un cáncer invasivo. En ese momento, el cáncer se ha diseminado fuera del conducto hacia el tejido cercano y desde allí podría hacer metástasis a otras partes del cuerpo (36).

2.2.5. CARCINOMA INFILTRANTE

2.2.5.1. Carcinoma ductal in situ (CDIS)

El carcinoma in situ de mama representa el primer estadio morfológicamente identificable, dentro del área ductal, corresponde a aproximadamente el 90% de los carcinomas de mama in situ, este se

define como carcinoma ductal maligno a las células epiteliales debido a que no existe ruptura de la membrana basal, angiogénesis o invasión del estroma del canal vascular o linfático, por lo tanto, hay pocas posibilidades de metástasis (37).

2.2.5.2. Carcinoma Lobulillar Infiltrante

El carcinoma lobulillar infiltrante, también conocido como carcinoma lobular invasivo (CLI), es un tipo de cáncer de mama que se origina en los lobulillos, las glándulas que producen leche en el seno. A diferencia del carcinoma ductal invasivo, que comienza en los conductos mamarios, el CLI comienza en las células que recubren los lobulillos. Este tipo de cáncer tiende a ser menos común que el carcinoma ductal invasivo, pero puede ser más difícil de detectar en una mamografía, ya que a menudo no forma un bulto palpable. En su lugar, puede presentarse como un área engrosada o irregular en los tejidos mamarios (38).

2.2.5.3. Carcinoma Medular Infiltrante:

El carcinoma medular infiltrante es una forma relativamente rara de cáncer de mama que se caracteriza por tener células tumorales que se asemejan a las células del tejido mamario normal. Esto puede hacer que sea más difícil de diagnosticar, ya que las células tumorales pueden parecer menos anómalas bajo el microscopio. Aunque el carcinoma medular infiltrante puede crecer rápidamente, tiene una tendencia a ser menos agresivo y a tener un mejor pronóstico en comparación con otros tipos de cáncer de mama (38).

2.2.5.4. Carcinoma Papilar Infiltrante

El carcinoma papilar infiltrante es una forma menos común de cáncer de mama que se caracteriza por la presencia de estructuras en forma de papila dentro del tumor. Estas estructuras papilares pueden estar rodeadas por una cápsula fibrosa. A menudo, el carcinoma papilar infiltrante es de crecimiento más lento y tiene un pronóstico más favorable en comparación con otros tipos de cáncer de mama. Sin embargo, como

con todos los tipos de cáncer de mama, el pronóstico puede variar según el tamaño del tumor, el grado de agresividad y otros factores (39).

2.2.5.5. Carcinoma Mucinoso Infiltrante

El carcinoma mucinoso infiltrante, también conocido como carcinoma coloide, es una forma relativamente rara de cáncer de mama que se caracteriza por la presencia de moco dentro del tumor. Esta característica le da al tumor una consistencia gelatinosa. A menudo, el carcinoma mucinoso infiltrante es de crecimiento lento y tiene un pronóstico más favorable en comparación con otros tipos de cáncer de mama. Tiende a ser menos propenso a propagarse a los ganglios linfáticos (39).

2.2.5.6. Carcinoma Inflamatorio de Mama

El carcinoma inflamatorio de mama es una forma agresiva y rara de cáncer de mama que se caracteriza por la inflamación y enrojecimiento de la piel que cubre la mama. Aunque a menudo no presenta un bulto palpable, puede progresar rápidamente y tiende a propagarse a los ganglios linfáticos. Es importante buscar atención médica inmediata si se sospecha de carcinoma inflamatorio de mama, ya que requiere un tratamiento agresivo y multidisciplinario (40).

2.2.5.7. Carcinoma Tubular Infiltrante

El carcinoma tubular infiltrante es un tipo de cáncer de mama poco común que se caracteriza por tener estructuras tubulares bien definidas bajo el microscopio. Este tipo de cáncer tiende a ser de crecimiento lento y tiene un pronóstico más favorable en comparación con otros tipos de cáncer de mama (40).

2.2.5.8. Tumor Phyllodes

Los tumores phyllodes, aunque técnicamente no son un carcinoma infiltrante, son un tipo de tumor mamario que se origina en el estroma (tejido de soporte) de la mama. Pueden ser benignos, borderline o malignos, dependiendo de su comportamiento celular. Los tumores phyllodes pueden ser grandes y tener

una apariencia similar a una masa firme y bien definida. Aunque los tumores benignos raramente recurren después de la extirpación, los malignos pueden requerir tratamientos más agresivos (40).

2.2.6. CARCINOMA MIXTO

2.2.6.1. Carcinoma Mixto Infiltrante + In Situ

El carcinoma mixto que combina componentes infiltrantes e in situ es una forma compleja de cáncer que se presenta con una combinación de células cancerosas que han invadido los tejidos circundantes y células que aún se encuentran confinadas a su lugar de origen. Este tipo de cáncer presenta desafíos en el tratamiento, ya que se requiere abordar tanto las células invasoras como las no invasoras. El tratamiento puede implicar cirugía para extirpar el tumor, seguida de terapias adicionales como radioterapia y quimioterapia para eliminar cualquier célula cancerosa residual (41).

2.2.6.2. Carcinoma Mixto In Situ + Enfermedad de Paget

El carcinoma mixto que combina componentes in situ y enfermedad de Paget es una forma rara y compleja de cáncer de mama. La enfermedad de Paget de la mama es una afección en la cual las células cancerosas se encuentran en la piel y el pezón, lo que puede causar cambios visibles en la apariencia y textura de la piel de la mama. Cuando se combina con un componente in situ, esto significa que las células cancerosas están localizadas en el lugar de origen y no han invadido los tejidos circundantes. El tratamiento puede implicar la extirpación quirúrgica de las áreas afectadas y, en algunos casos, puede requerir radioterapia adicional (41).

2.2.6.3. Carcinoma Mixto Infiltrante + Enfermedad de Paget

El carcinoma mixto que combina componentes infiltrantes y enfermedad de Paget es una forma particularmente desafiante de cáncer de mama. Esto indica que hay células cancerosas que han invadido los tejidos circundantes, así como células cancerosas en la piel y el pezón. El tratamiento de este tipo de cáncer puede ser más agresivo y complejo, a

menudo implicando una combinación de cirugía, radioterapia y quimioterapia (42).

Es crucial un enfoque multidisciplinario, donde un equipo de profesionales de la salud, incluidos cirujanos, oncólogos y radioterapeutas, trabajen juntos para desarrollar el mejor plan de tratamiento para cada paciente. Es importante destacar que cada caso de carcinoma mixto es único y requiere un enfoque individualizado en términos de diagnóstico y tratamiento. Los pacientes deben trabajar en estrecha colaboración con sus equipos médicos para determinar el mejor curso de acción en su situación específica (42).

2.2.7. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE MAMA

Este es una parte fundamental en el manejo del cáncer de mama, para poder extirpar el tumor y los ganglios linfáticos cercanos afectados, existen diferentes procedimientos quirúrgicos, de acuerdo a la etapa y a la característica del cáncer. La cirugía es uno de los principales tratamientos para el cáncer de mama y puede ser utilizada para extirpar todo el tejido mamario afectado, en una mastectomía, o para extirpar sólo el tumor y una pequeña cantidad de tejido mamario normal, en una lumpectomía. La elección de la cirugía dependerá del tamaño y la ubicación del tumor, así como de otros factores, como el estadio del cáncer y la preferencia de la paciente (28).

2.2.8. CIRUGÍA ONCOPLÁSTICA

La cirugía oncoplástica es una técnica quirúrgica que combina la extirpación del tumor con la reconstrucción de la mama para preservar su forma y apariencia. Esta técnica se ha convertido en una opción cada vez más popular en el tratamiento del cáncer de mama debido a sus beneficios cosméticos y psicológicos para las pacientes. En este artículo, se

discutirán algunos aspectos importantes de la cirugía oncoplástica, como su historia, técnicas y resultados (29).

La cirugía oncoplástica se ha desarrollado como resultado de la evolución de la cirugía mamaria a lo largo de los años. En el pasado, la extirpación de la mama era la única opción de tratamiento para las pacientes con cáncer de mama. Sin embargo, con el avance de la tecnología y las técnicas quirúrgicas, se ha desarrollado una técnica que combina la extirpación del tumor con la reconstrucción de la mama para preservar su forma y apariencia. Esta técnica se ha convertido en una opción cada vez más popular en el tratamiento del cáncer de mama debido a sus beneficios cosméticos y psicológicos para las pacientes (29).

Hay varias técnicas utilizadas en la cirugía oncoplástica. La elección de la técnica depende de varios factores, como el tamaño y la ubicación del tumor, la cantidad de tejido mamario remanente y la preferencia del cirujano y la paciente. Una de las técnicas más utilizadas en la cirugía oncoplástica es la mastectomía conservadora de la mama (BCS, por sus siglas en inglés). En esta técnica, se extirpa el tumor junto con una porción del tejido mamario normal. Después de la extirpación, se reconstruye la mama utilizando técnicas de injerto de tejido graso autólogo o prótesis mamarias (30).

Otra técnica comúnmente utilizada es la reconstrucción mamaria inmediata. En esta técnica, se extirpa el tumor y se reconstruye la mama inmediatamente utilizando técnicas de injerto de tejido graso autólogo o prótesis mamarias. Esta técnica tiene la ventaja de que la paciente puede despertarse de la cirugía con una mama reconstruida y no tener que pasar por una segunda cirugía de reconstrucción(30).

2.2.8.1. Indicaciones para la cirugía oncoplástica

Las indicaciones para la cirugía oncoplástica son evaluadas de manera individualizada, considerando una serie de factores clínicos y anatomopatológicos que permiten determinar la mejor opción quirúrgica

para cada paciente. Entre estos factores se encuentran el tamaño y la ubicación del tumor en la mama, la extensión de la enfermedad y la presencia de afectación ganglionar (31).

En el caso del tamaño del tumor, se busca evaluar si es posible realizar una resección conservadora, es decir, preservar la mayor parte del órgano afectado, o si es necesario recurrir a una mastectomía, que implica la extirpación completa del seno. La ubicación del tumor también es un factor importante a considerar. Si el tumor se encuentra en una zona de la mama que compromete la estética o la función del seno, como en el caso de tumores cercanos al pezón o en la región axilar, la cirugía oncoplástica permite realizar una resección del tumor y una reconstrucción adecuada para obtener resultados estéticos favorables (31).

La cirugía oncoplástica se considera una opción adecuada en diversas situaciones como:

- **Extracción de más del 20% del volumen de la mama**, con la cirugía oncoplástica puede ser recomendada ya que permite no solo extirpar el tumor, sino también remodelar y reconstruir la mama para lograr una apariencia estética y preservar la simetría con la mama contralateral.
- **Localización del tumor a nivel central de la mama**, gracias a la cirugía oncoplástica ofrece opciones para la resección del tumor y la reconstrucción del área afectada, esto dependerá de la extensión de la enfermedad y las características individuales de cada paciente
- **Localización del tumor a nivel medio de la mama**, Con la cirugía oncoplástica se logra una extirpación completa del tumor y una reconstrucción que preserve la estética de la mama.
- **Localización del tumor a nivel inferior de la mama**, la cirugía oncoplástica permite la resección del tumor y la reconstrucción de la mama de manera estética, es decir remodela el tejido mamario y preservar la forma y la apariencia natural del seno.

- **Amplias áreas de piel afectadas**, En casos donde el tumor ha causado una afectación extensa de la piel de la mama, la cirugía oncoplástica puede ser beneficiosa, ya que se realizan reconstrucción de la piel utilizando colgajos o injertos cutáneos, con el objetivo de preservar la apariencia estética y la integridad de la piel.
- **Disección axilar e incisiones peri areolar**, es necesario realizar una disección axilar, es decir, la extirpación de los ganglios linfáticos en la axila, la cirugía oncoplástica permite combinar esta intervención con la resección del tumor y la reconstrucción mamaria. Además, en algunos casos, las incisiones peri areolares (alrededor de la areola) también se pueden utilizar para acceder al tumor y realizar la cirugía oncoplástica (32).

La cirugía oncoplástica ofrece diversas opciones y técnicas para abordar diferentes situaciones en el tratamiento del cáncer de mama. Estas indicaciones mencionadas permiten adaptar el enfoque quirúrgico a las necesidades específicas de cada paciente, logrando la extirpación completa del tumor, preservando la estética y mejorando la calidad de vida de las mujeres que enfrentan esta enfermedad.

2.2.8.2. Contraindicaciones para la cirugía oncoplástica

Aunque la cirugía oncoplástica se considera generalmente segura y efectiva en el tratamiento del cáncer de mama, es importante tener en cuenta algunas contraindicaciones antes de llevar a cabo este tipo de procedimiento. Estas contraindicaciones se basan en diversos factores, como la etapa y el tipo de cáncer, la condición médica general de la paciente, y la presencia de ciertas complicaciones o comorbilidades que podrían afectar la realización exitosa de la cirugía oncoplástica (46).

Una contraindicación común para la cirugía oncoplástica es la presencia de tumores en estadios avanzados o metastásicos, en los cuales la enfermedad se ha diseminado más allá de la mama y los ganglios

linfáticos regionales. En estos casos, es posible que se requiera un enfoque más agresivo, como la mastectomía, para lograr un control adecuado de la enfermedad y evitar la propagación de las células cancerosas a otras partes del cuerpo (46).

Otra contraindicación importante es la presencia de enfermedades médicas graves que podrían aumentar el riesgo de complicaciones durante la cirugía. Por ejemplo, condiciones cardíacas o pulmonares significativas, trastornos de la coagulación, o enfermedades sistémicas descompensadas pueden hacer que la cirugía oncológica sea contraindicada o requiera una evaluación y manejo especializado previo a la intervención(47).

Además, ciertas complicaciones o características específicas de la mama, como la presencia de infecciones activas, cicatrices extensas o radiación previa en el área afectada, pueden influir en la decisión de realizar una cirugía oncológica. Estas condiciones pueden aumentar el riesgo de complicaciones postoperatorias, como infecciones, retraso en la cicatrización o problemas en la calidad de la reconstrucción mamaria (47).

A continuación, se describen en detalle algunas de las contraindicaciones más relevantes para la cirugía oncológica:

- Tumor que compromete la piel de la mama: Cuando el tumor ha invadido la piel de la mama, se considera una contraindicación para la cirugía oncológica. En estos casos, puede ser necesario realizar una mastectomía total o radical para asegurar la eliminación completa del cáncer y prevenir la propagación de las células cancerosas a otros tejidos o ganglios linfáticos.
- Cáncer de mama inflamatorio: El cáncer de mama inflamatorio es un tipo agresivo de cáncer que afecta los vasos linfáticos de la mama y causa inflamación. Debido a la naturaleza extensa y agresiva de esta enfermedad, la cirugía oncológica puede no ser una opción adecuada. En estos casos, se pueden considerar enfoques

terapéuticos más intensivos, como la quimioterapia neoadyuvante seguida de una mastectomía.

- Mamas irradiadas previamente: Las mamas que han sido irradiadas previamente, ya sea como parte del tratamiento del cáncer de mama o de otras afecciones, pueden presentar tejido cicatricial y alteraciones en la calidad de la piel y los tejidos. Estas alteraciones dificultan la realización de una cirugía oncoplástica exitosa. En estos casos, se pueden evaluar otras opciones de tratamiento, como la reconstrucción mamaria diferida o la reconstrucción con tejido autólogo.
- Senos con poco volumen mamario: Cuando los senos tienen un volumen mamario reducido, puede ser más difícil realizar la cirugía oncoplástica y lograr una reconstrucción mamaria satisfactoria. En estos casos, se pueden considerar técnicas alternativas, como la reconstrucción con implantes mamarios o el uso de tejido autólogo para aumentar el volumen y la forma de la mama.
- Ptosis mamaria: La ptosis mamaria, o caída de la mama, puede afectar la elección y el resultado de la cirugía oncoplástica. En algunos casos, puede ser necesario realizar un levantamiento de senos (mastopexia) como parte del procedimiento oncoplástico para obtener resultados estéticos óptimos.
- Extirpación de piel fuera de la zona: Si el tumor se ha extendido más allá de los límites de la mama y se ha infiltrado en la piel circundante, la cirugía oncoplástica puede ser limitada o contraindicada. En estas situaciones, se pueden considerar enfoques quirúrgicos más extensos, como la mastectomía o la cirugía de conservación de mama con reconstrucción inmediata (48).

Además de estas contraindicaciones específicas, hay factores generales que también deben tenerse en cuenta, como la presencia de enfermedades crónicas no controladas, como la diabetes descompensada, que pueden aumentar el riesgo de complicaciones durante y después de la cirugía. Asimismo, el consumo de tabaco puede

afectar negativamente la cicatrización de las heridas y aumentar el riesgo de complicaciones (48).

Es fundamental que un equipo médico especializado evalúe minuciosamente cada caso individual y considere todas las contraindicaciones potenciales antes de recomendar la cirugía oncoplástica. Esto garantiza la seguridad y el éxito del procedimiento, así como la mejor opción terapéutica para cada paciente en particular. El enfoque multidisciplinario, que involucra a cirujanos oncoplásticos, oncólogos y otros profesionales de la salud, es crucial para tomar decisiones informadas y personalizadas en el tratamiento del cáncer de mama (48).

2.2.8.3. Complicaciones de la cirugía oncoplástica

A pesar de ser considerada una técnica quirúrgica segura y efectiva, la cirugía oncoplástica no está exenta de posibles complicaciones, al igual que cualquier otro procedimiento quirúrgico. Estas complicaciones pueden variar en su gravedad y frecuencia, y es importante que tanto los pacientes como los profesionales de la salud estén informados al respecto. Una de las complicaciones más comunes asociadas a la cirugía oncoplástica es el riesgo de infección. Aunque se toman todas las precauciones necesarias para minimizar este riesgo, existe la posibilidad de que se produzca una infección en el sitio quirúrgico. Esto puede requerir tratamiento con antibióticos y, en casos más graves, incluso la necesidad de drenaje quirúrgico (49).

Fístulas

Las fístulas representan una condición médica en la cual se establece una comunicación anómala entre dos estructuras anatómicas que normalmente no deberían estar interconectadas. En el ámbito de la cirugía oncoplástica, este fenómeno puede manifestarse cuando existe una desconexión inadecuada de los conductos o estructuras internas durante el proceso de reconstrucción mamaria. Esto puede desencadenar la

emisión de fluidos a través de la piel, lo cual, sin duda, demanda una intervención médica inmediata a fin de prevenir posibles infecciones o complicaciones adicionales que pudieran surgir como consecuencia de esta situación (49).

La presencia de una fístula conlleva la necesidad de una evaluación detallada por parte del equipo médico, quienes determinarán el curso de acción más apropiado para abordar este problema. En algunos casos, podría ser necesario proceder a una nueva intervención quirúrgica para corregir la comunicación anormal y restablecer la integridad anatómica de las estructuras comprometidas. Asimismo, se implementarán medidas para controlar y prevenir posibles infecciones, garantizando así un proceso de recuperación efectivo y sin complicaciones mayores (49).

Linfedema

Representa una complicación que, lamentablemente, es frecuente en pacientes que han pasado por cirugías de cáncer de mama, incluyendo aquellas que implican procedimientos de reconstrucción. Esta condición surge como resultado de una alteración en el funcionamiento del sistema linfático, que suele ser consecuencia de la extirpación de ganglios linfáticos, un paso necesario en muchos casos para asegurar la eliminación completa del cáncer. Esta intervención, aunque crucial, puede tener un impacto en el flujo normal de líquido linfático, lo que a su vez da lugar a una acumulación de líquido en los tejidos, manifestándose comúnmente en el brazo o en la región cercana al sitio de la cirugía (50).

Puede presentarse de manera gradual, a veces meses o incluso años después de la cirugía inicial, y su gravedad puede variar desde casos leves con hinchazón ocasional hasta situaciones más severas que afectan significativamente la función y el aspecto físico del área afectada. Es fundamental que las pacientes estén al tanto de esta posibilidad y reciban educación sobre cómo identificar los primeros signos de linfedema, como

la sensación de pesadez o tensión en el brazo, cambios en la textura de la piel o ropa que queda ajustada de manera inusual (50).

Necrosis del Colgajo (FLAP)

La necrosis del colgajo, una preocupación que puede surgir en ciertos escenarios de la cirugía oncológica, se convierte en una complicación que demanda atención especializada. En ocasiones, este tipo de cirugía implica la creación de un colgajo de tejido, una especie de "islote" de tejido que se obtiene de una ubicación del cuerpo y se trasplanta cuidadosamente para reconstruir la mama afectada por el cáncer. La finalidad de este proceso es restaurar la forma y la función de la mama, así como contribuir a la recuperación emocional y la autoestima de la paciente (51).

Sin embargo, la necrosis del colgajo representa un obstáculo potencial en este proceso de reconstrucción. Se produce cuando parte o la totalidad del tejido trasplantado no recibe un flujo sanguíneo adecuado, lo que conduce a su deterioro y muerte. Esta situación puede manifestarse en forma de cambios en el color del tejido, dolor, sensibilidad disminuida y, en casos más graves, la formación de áreas de tejido necrótico visible. La necrosis del colgajo es una complicación que debe abordarse con prontitud, ya que puede comprometer el éxito de la cirugía y la satisfacción del paciente con el resultado final (51).

Rechazo del Expansor

El rechazo del expansor mamario representa una situación que puede surgir en determinados casos durante el proceso de reconstrucción mamaria. Estos expansores son dispositivos médicos utilizados con el propósito de expandir gradualmente la piel y los tejidos en la zona mamaria antes de la colocación de un implante permanente (52).

Este proceso es fundamental para lograr la restauración de la forma y el tamaño de la mama afectada por el cáncer. Sin embargo, en algunas

circunstancias, el cuerpo puede responder de manera adversa al expansor mamario, lo que da lugar a lo que comúnmente se denomina "rechazo". Este término no implica necesariamente una respuesta inmunológica como en el caso de un trasplante de órganos, sino más bien una incompatibilidad o intolerancia a este dispositivo médico (52).

Los síntomas de rechazo del expansor pueden variar, pero suelen incluir dolor, inflamación, enrojecimiento y malestar en la zona donde se encuentra el dispositivo. Estos signos pueden ser indicativos de que el cuerpo no está tolerando adecuadamente el expansor y está reaccionando de forma adversa. Cuando se sospecha o se confirma el rechazo del expansor, es necesario tomar medidas adecuadas para abordar la situación. Posteriormente, se evaluarán alternativas para continuar con la reconstrucción mamaria, como la consideración de diferentes tipos de implantes o técnicas quirúrgicas (52).

Rechazo de Prótesis

El rechazo de prótesis mamarias permanentes es una preocupación importante en la cirugía de reconstrucción mamaria, similar al rechazo de expansores mamarios. Aunque la idea de "rechazo" a menudo evoca una respuesta inmunológica, en el contexto de las prótesis mamarias permanentes, puede referirse a una variedad de problemas relacionados con la compatibilidad del cuerpo con estos implantes (53).

En algunos casos, el rechazo de prótesis mamarias permanentes puede estar relacionado con una respuesta inmunológica del cuerpo. Esto significa que el sistema inmunológico del paciente reconoce la prótesis como un cuerpo extraño y desencadena una reacción inflamatoria para intentar eliminarlo. Esta respuesta puede manifestarse como inflamación, dolor, enrojecimiento y sensibilidad en la zona de la prótesis. En situaciones graves, puede requerir la extracción de la prótesis (53).

Retracción Capsular

La retracción capsular es una condición que puede surgir después de la colocación de un implante mamario. Se refiere a la formación de una cápsula de tejido cicatricial alrededor del implante como parte de la respuesta natural del cuerpo al cuerpo extraño. En ciertos casos, esta cápsula puede experimentar una contracción anormal y excesiva, lo que puede llevar a deformidades visibles o a la sensación de tensión y dolor en la zona afectada (53).

Esta contracción anormal de la cápsula puede provocar una serie de molestias y problemas estéticos. En algunos casos, puede resultar en una deformidad perceptible en la mama, causando una alteración en su forma o posición. Además, la retracción capsular puede manifestarse como sensaciones de tirantez, rigidez o dolor en el área del implante. Estos síntomas pueden variar en gravedad y, en ocasiones, pueden interferir significativamente con la comodidad y la calidad de vida de la paciente (53).

Cuando se identifica la retracción capsular y se determina que está causando molestias o afectando la apariencia de la mama, es posible que sea necesario realizar una revisión quirúrgica. Este procedimiento implica la corrección de la cápsula de tejido cicatricial, que puede incluir la liberación o eliminación parcial de la misma. Además, en algunos casos, puede ser necesario reemplazar el implante o realizar otros ajustes en la reconstrucción mamaria (54).

Seroma

El seroma, un término que puede surgir en el contexto de procedimientos quirúrgicos como la reconstrucción mamaria, describe una acumulación anormal de líquido en el área intervenida. Este líquido, compuesto principalmente por suero y células sanguíneas, se acumula en una cavidad formada por tejidos o espacios anatómicos como resultado de la cirugía. En el caso específico de la reconstrucción mamaria, los seromas

pueden surgir como una respuesta del cuerpo a la intervención quirúrgica (54).

Esta acumulación de líquido puede llevar a hinchazón y molestias en la zona operada. Es importante destacar que, aunque el seroma no representa una complicación infrecuente, su presencia debe ser tratada con seriedad para evitar posibles complicaciones adicionales. El manejo de un seroma suele implicar el drenaje del líquido acumulado. Esto se lleva a cabo mediante procedimientos relativamente simples, como la inserción de una pequeña aguja y la extracción del líquido. En algunos casos, puede ser necesario realizar drenajes repetidos hasta que la producción de líquido se estabilice y disminuya (54).

2.3. Marco Legal

Este trabajo investigativo se fundamenta en las siguientes leyes:

2.3.1. Constitución de la República del Ecuador

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir(55).

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional(55).

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional(55).

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social(55)

2.3.2. Ley Orgánica de Salud

Capítulo I de las Acciones de Salud

Art. 1. Las áreas de salud en coordinación con los gobiernos seccionales autónomos impulsarán acciones de promoción de la salud en el ámbito de su territorio. Todas estas acciones requieren de la participación interinstitucional, intersectorial y de la población en general y están dirigidas a alcanzar una cultura por la salud y la vida que implica obligatoriedad de acciones individuales y colectivas con mecanismos eficaces como la veeduría ciudadana y rendición de cuentas, entre otros”(56).

Art. 3. La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigiere, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables(56).

2.3.3. Plan Nacional de Desarrollo Creación de Oportunidades 2021-2025

Objetivo 6. Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad. El abordaje de la salud en el Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025 se basa en una visión de salud integral, inclusiva y de calidad, a través de políticas públicas concernientes a: hábitos de vida saludable, salud sexual y reproductiva, superación de adicciones y acceso universal a las vacunas(57).

Políticas 6.1 Mejorar las condiciones para el ejercicio del derecho a la salud de manera integral, abarcando la prevención y promoción, enfatizando la atención a mujeres, niñez y adolescencia, adultos mayores, personas con discapacidad, personas LGBTI+ y todos aquellos en situación de vulnerabilidad(57).

2.3.4. Objetivos Estratégicos del Modelo de Atención Integral de Salud

Así como el Ministerio rector de la Salud a nivel Nacional plantea lineamientos dentro del sistema de salud. En el que se plantea que se reorienta el enfoque del sistema de salud público de lo curativo a lo preventivo, tomando en cuenta para ello la promoción y prevención de aspectos que afecten a la salud de la población. Así lo anota en el siguiente extracto de sus objetivos:

Objetivo estratégico del MAIS 4.4.1: Reorientación del enfoque curativo, el cual se centre en la enfermedad y el individuo, encaminado hacia producción y cuidado de la salud en base a la estrategia de APS, fortaleciendo las acciones de promoción, prevención de la enfermedad tanto en sus dimensiones individual y colectiva; logrando así una respuesta oportuna, eficaz, efectiva que permita la continuidad en el proceso de recuperación de la salud, rehabilitación, cuidados paliativos; con enfoque intercultural, generacional y de género(58).

CAPÍTULO III

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1. Tipo de estudio

Nivel: Desarrollado como un estudio descriptivo, cuya finalidad es la describir la frecuencia y las características importantes de un problema de salud en una población, es decir, describir la historia natural de las enfermedades, en este caso asociada a la frecuencia de cirugía oncológica. Los elementos básicos son: personas (edad, sexo, trabajo, etc.) lugar y tiempo (59).

Métodos: De enfoque cuantitativo. El estudio realizado tiene por finalidad determinar la frecuencia de cirugía oncológica en mujeres jóvenes, se relaciona con el enfoque investigación cuantitativo siendo un método estructurado de recopilación y análisis de información que se obtiene a través de diversas fuentes, aplicando herramientas estadísticas y matemáticas con el propósito de cuantificar el problema de investigación. Permitiendo la medición de diferentes características, mide fenómenos, utiliza estadísticas. Es secuencial, deductivo. Generaliza resultados, porque precisa las circunstancias en las que se desarrolla el fenómeno objeto de estudio (60).

Diseño:

Según el tiempo: Retrospectivo, realizando la recolección de información de datos registrados en años anteriores.

Según la naturaleza: De cohorte transversal, en los que se valora los datos de una población, en este caso las mujeres jóvenes con cáncer de mama que han sido sometidas a cirugía oncológica, estableciendo algunos aspectos determinantes de este estudio que corresponden a los años 2019 al 2022

3.2. Población y muestra

Definida como la unidad de análisis que fue estudiada y sobre la cual se han establecido generalizar los resultados, siendo el conjunto de todos los casos que concuerden con la serie de especificaciones descritas en la operacionalización de variables, conformada por un total de 181 mujeres con cáncer de mama de 21 a 44 años sometidas a cirugía oncoplástica entre los años 2019 y 2022.

Para calcular la frecuencia de las mujeres sometidas a una cirugía oncoplástica se aplicó la siguiente fórmula.

$$\text{Índice de Frecuencia} = \frac{\text{No. de casos presentados} \times 1.000}{\text{No. de casos en total}}$$

Se establece que la frecuencia estimada es de 116 cirugías Oncoplásticas y Reconstructivas por cada 1.000 pacientes sometidas a cirugías de mama.

3.3. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Registro de mujeres sometidas a cirugía oncoplástica hospitalizadas
- Registro de mujeres con cáncer de mama y localización específica de tumoración.

Criterios de exclusión

- Registro de mujeres sometidas a cirugía oncoplástica atendidas en la consulta externa.
- Registro de mujeres que no aceptaron la cirugía oncoplástica
- Grupo etario de mujeres mayores de 44 años.

3.4. Procedimientos para la recolección de la información

Técnica: Observación indirecta. Esta es una estrategia muy frecuente para hacer observaciones estructuradas que consiste en usar un sistema de categorías para clasificar fenómenos observados que, sirve para registrar

comportamientos o eventos de interés en una población, como sujetos de estudio (61).

Instrumento: Guía de observación indirecta. Estructurada para la revisión de expedientes considerando las categorías metodológicas por la técnica establecida. Se realizó un registro de datos de la población objeto de estudio.

3.5. Técnicas de Procedimiento y Análisis de datos

Para el procesamiento de datos se aplicará el programa Excel y el análisis a través de los antecedentes del problema objeto de estudio y la literatura descrita.

3.6. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humano

- Presentación y aprobación de la propuesta de anteproyecto ante la Dirección de la Carrera de Enfermería
- Presentación y aprobación institucional para la recolección de datos de la institución objeto de estudio.

3.7. VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN

Variable general: Frecuencia de Cirugía Oncoplástica.

DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Características	Edad	20-24 años 25-29 años 30-34 años 35-39 años 40-44 años
Indicaciones	Estadios de la enfermedad	0 I II III IV
	Carcinoma in situ	Lobulillar Intraductal
	Carcinoma infiltrante	Ductal Lobulillar Medular Papilar Mucinoso Inflamatorio Tubular Phyllodes Otros
	Carcinoma mixto	Infiltrante+in situ In situ+enf. Paget. Infiltrante+enf. Paget
Complicaciones	Fístulas Linfedema Necrosis Flap Rechazo de Expansor. Rechazo de prótesis. Retracción capsular. Seroma Ninguna	Si No

4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Tabla No. 1

Frecuencia de Cirugía Oncoplástica. Periodo 2019 – 2022.

Frecuencia de Cirugía Oncoplástica	f	Fr	%	F
Año 2019	26	0.14	14%	26
Año 2020	26	0.14	14%	52
Año 2021	57	0.32	32%	109
Año 2022	72	0.40	40%	181
Totales	181	1	100%	

Fuente: Datos recolectados del departamento de estadística.

Elaborado por: Blacio Beltrán Carla Fernanda - Juca Velasco Dennisse Daniela

Análisis:

Referente a la figura 1, de las 1553 cirugías de mama realizadas en el Servicio de Mastología del Instituto Oncológico Nacional Juan Tanca Marengo, entre los años 2019 al 2022 en diferentes edades; solamente se consideraron en nuestra muestra a 181 pacientes fueron beneficiadas con Cirugía Oncoplástica y Reconstructiva de mama; entre la edad de 25 a 44 años debido a que cumplieron con los criterios de inclusión de nuestro estudio. Se establece que la frecuencia estimada es de 116 cirugías Oncoplásticas y Reconstructivas por cada 1.000 pacientes sometidas a cirugías de mama.

Tabla No. 2
Edad

Edad	f	Fr	%	F
20 - 24 años	1	0,05	1%	1
25 - 29 años	12	0,07	7%	13
30 – 34 años	27	0,15	15%	40
35 – 39 años	44	0,24	24%	84
40 – 44 años	97	0,53	53%	181
Totales	181	1	100	

Fuente: Datos recolectados del departamento de estadística.

Elaborado por: Blacio Beltrán Carla Fernanda - Juca Velasco Dennisse Daniela

Análisis:

El grupo etéreo más frecuente estuvo comprendido entre los 40-44 años, que representa a las mujeres más activas, desde el punto de vista , laboral, social, familiar y sexual; por ende, consultan a tiempo a los especialistas y los métodos de diagnóstico son más sensibles, en comparación a los otros rangos de edades en donde la morfología glandular es más densa, dificultando el autoexamen mamario.

Tabla No. 3
Estadios del tumor

Estadios del tumor	f	Fr	%	F
Estadio 0	18	0,10	10%	18
Estadio I	26	0,14	14%	44
Estadio II	80	0,44	44%	124
Estadio III	43	0,24	24%	167
Estadio IV	14	0,08	8%	181
Totales	181	1	100%	

Fuente: Datos recolectados del departamento de estadística.

Elaborado por: Blacio Beltrán Carla Fernanda - Juca Velasco Dennisse Daniela

Análisis:

Los estadios II y III son la de mayor tendencia en las mujeres jóvenes, considerando que de acuerdo a las indicaciones de este tipo de cirugía reconstructiva los estadios registrados en la base de datos, corresponden a estas indicaciones. Cabe señalar que este estadio, generalmente se caracteriza por la presencia de tumores más grandes o la diseminación del cáncer a los ganglios linfáticos regionales.

Tabla No. 4
Diagnostico histopatológico: Carcinoma in situ

Carcinoma in situ	f	Fr	%	F
Lobulillar	2	0.33	33%	2
Intraductal	4	0.67	67%	6
Totales	6	1	100%	

Fuente: Datos recolectados del departamento de estadística.

Elaborado por: Blacio Beltrán Carla Fernanda - Juca Velasco Dennisse Daniela

Análisis:

El carcinoma in situ de tipo ductal, es el más frecuente que forma parte de las indicaciones para que las pacientes puedan someterse a una cirugía oncoplástica. Esto significa que las mujeres que presentan carcinoma in situ suelen someterse a tratamientos menos invasivos, como la extirpación del área afectada por la radioterapia, en lugar de cirugía mamaria completa.

Tabla No. 5
Carcinoma infiltrante

Carcinoma infiltrante	f	Fr	%	F
Ductal	147	0.89	89%	147
Lobulillar	9	0.05	5%	156
Medular	4	0.02	2%	160
Papilar	1	0.01	1%	161
Mucinoso	3	0.02	2%	164
Tubular	2	0.01	1%	166
Totales	166	1	100%	

Fuente: Datos recolectados del departamento de estadística.

Elaborado por: Blacio Beltrán Carla Fernanda - Juca Velasco Dennisse Daniela

Análisis:

Los resultados encontrados en la revisión de la base de datos, corresponden a un tipo de cáncer con amplias áreas de piel afectadas. Sin embargo, no es una contraindicación para la realización de este tipo de procedimiento reconstructivo, debido a esta naturaleza invasiva del carcinoma infiltrante ductal, las pacientes requieren de una intervención más agresiva, como cirugía, para eliminar el tumor y tratar la enfermedad.

Tabla No. 6
Carcinoma mixto

Carcinoma mixto	f	Fr	%	F
Infiltrante + In situ	23	1.00	100%	23
Totales	23	1	100%	

***Fuente:** Datos recolectados del departamento de estadística.*

***Elaborado por:** Blacio Beltrán Carla Fernanda - Juca Velasco Dennisse Daniela*

Análisis:

Es notable la tendencia del carcinoma infiltrante in situ, tratándose de un tumor profundo pero localizado, el mismo que de acuerdo a la descripción de las indicaciones de la cirugía oncoplástica, corresponde al criterio de la extracción de más del 20% del volumen de la mama. Una posible explicación para la frecuencia relativamente alta de mujeres con carcinoma mixto podría ser que esta variante específica de cáncer de mama tiende a requerir un enfoque quirúrgico más agresivo.

Tabla No. 7
Complicaciones

Complicaciones	f	Fr	%	F
Fistulas	1	0.01	1%	1
Linfedema	1	0.01	1%	2
Necrosis Flap	1	0.01	1%	3
Ninguna	171	0.92	92%	176
Rechazo de expansor	1	0.01	1%	177
Rechazo de prótesis	1	0.01	1%	178
Retracción capsular	2	0.02	2%	180
Seroma	1	0.01	1%	181
Totales	181	1	100%	

Fuente: Datos recolectados del departamento de estadística.

Elaborado por: Blacio Beltrán Carla Fernanda - Juca Velasco Dennisse Daniela

Análisis:

La recolección de datos afirma que no han existido en la mayoría de pacientes complicaciones post quirúrgicas, ya los cirujanos y el equipo médico suelen llevar a cabo una selección cuidadosa de las pacientes candidatas para una cirugía de mama, asegurándose de que sean adecuadas para el procedimiento y tengan un menor riesgo preexistente de complicaciones, adicional la experiencia y habilidad del personal médico desempeñan un papel crucial en la reducción de las complicaciones durante y después de la cirugía.

DISCUSIÓN

El cáncer de mama, líder mundial entre los tumores malignos, afecta cada vez más a mujeres jóvenes, subrayando la importancia de diagnósticos y tratamientos oportunos, incluyendo cirugía oncológica radical y reconstructiva oncoplástica en pacientes menores de 44 años. En nuestra investigación con 779 casos (más del 40% de los casos de cáncer de mama) y se llevaron a cabo 181 cirugías oncoplásticas-reconstruktivas. Similar a lo hallado en la literatura internacional como es el caso de Sánchez Wals (19); donde se llevaron a cabo 192 cirugías oncoplásticas-reconstruktivas., entre el 2013 al 2017. Las mujeres jóvenes tienen vidas activas en diversos aspectos y buscan soluciones que aborden tanto lo oncológico como lo estético y funcional. La pandemia de COVID-19 repercutió en la asistencia a consultas y tratamientos, lo que se traduce en una menor frecuencia de cirugías y en algunos casos más radicales, que no se consideraron en este estudio.

El grupo etario de mayor frecuencia fue entre los 40-44 años, con un 53%, lo que se reportan en los estudios latinoamericanos. Sin embargo, lo que llamó la atención fue que existieron pacientes con edades de 25 a 34 años (22%), debido a que los métodos de diagnósticos, la clasificación histopatológica ha ayudado a poderlas diagnosticar y tratar también con cirugías oncoplástica, resultados que fueron similares al estudio de Rutherford y Barker(16), debido a que señala que la edad media de las pacientes, era de 47,8 años, similar al estudio de Hernández y Amaró(13), quienes indicaron también que la edad media de las pacientes era de 45 años.

En cuanto a los resultados de la estadificación del cáncer se comprueba que la mayoría de los pacientes fueron intervenidos en un estadio II y III del tumor, con el 58%, dado que el tamaño tumoral era menor a 5 cm, presentando pocas metástasis a nivel axilar y en otras se pudo realizar quimioterapia

neoadyuvante para disminuir el tamaño del tumor, controlar las adenopatías axilares y hacerlas más candidatas a las cirugías oncoplásticas; estos resultados tienen algo de similitud con los hallazgos del estudio de Delgado(62), debido a que se indica que el 46% de las pacientes se encontraban en estadio I y requirieron que se les desarrollara la cirugía oncoplástica. Así mismo el estudio desarrollado por Sánchez Wals(19), menciona un predominio de las pacientes que habían presentado un cáncer de mama en estadio II (38.0%), seguido del estadio III (27.6 %) y el estadio I (22.9 %).

Referente al carcinoma ductal infiltrante en nuestro estudio se registraron 177 pacientes, de los cuales 23 casos se asociaron a un componente tumoral in situ, en las muestras de patología definitiva: la variedad más frecuente del carcinoma infiltrante fue Ductal con 147 (81%), seguido de Lobulillar (5%); y en menor porcentaje Papilar (1%). Con lo que se relaciona con el artículo de Sánchez Wals del 2021; en 183 casos el carcinoma ductal infiltrante que representó el 95.3% y con un 4.2 % en carcinomas lobulillares infiltrantes. (19)

Como toda cirugía tiene sus complicaciones, en el artículo de Amarante-de León del 2020, de 32 cirugías oncoplásticas, se reportaron 3 complicaciones; un hematoma y dos casos de necrosis del pezón (66). En nuestro estudio de las 181 cirugías realizadas, se registraron 8 complicaciones; como fueron: seroma, retracción capsular, rechazo de prótesis y expansor, necrosis de flap, linfedema y fistulas. Es decir, que se presentan muy pocas complicaciones, debido a que fueron manejadas adecuadamente y no interfirieron con su tratamiento oncológico ni con la sobrevida; lo contrario estas cirugías aumentaron la autoestima, confianza, calidad de vida y sobrevida en pacientes jóvenes lo cual nos motivó a realizar este estudio.

CONCLUSIONES

Durante los años 2019 al 2022, se sometieron a Cirugía Oncoplástica un total de 181 mujeres jóvenes, de acuerdo a los registros del Departamento de estadísticas del Hospital de SOLCA en la ciudad de Guayaquil. Como antecedente podemos indicar que este período se sometió a cirugía por cáncer de mama 1553 pacientes.

En relación a las características de la población objeto de estudio encontramos un grupo etario de 20 a 44 años, con mayor relevancia las mujeres de 40 a 44 años.

Se pudo evidenciar entre las indicaciones que los de mayor frecuencia en relación a los estadios son el II y III. El tipo de carcinoma in situ intraductal es el de mayor referente. Con respecto al carcinoma infiltrante el ductal es el más presente. Asociado al carcinoma mixto infiltrante in situ fue el más registrado en la base de datos.

Consecuentemente la mayoría de mujeres sometidas a una cirugía oncoplástica no presentaron complicaciones, sin embargo, es posible que exista un sesgo en el seguimiento de estas pacientes, por lo que no se reportan este tipo de datos

RECOMENDACIONES

Los avances en la ciencia y tecnología, permiten a los especialistas contar con mejores propuestas en los pacientes con cáncer de mama después de procedimientos quirúrgicos poco estéticos, contar con la información de los beneficios y ventajas es importante, por lo que es imprescindible seguir realizando este tipo de información, para contribuir con la socialización de esta información en los centros de atención sean públicos o privados.

La detección oportuna del cáncer de mama y el tratamiento efectivo, contribuyen a seleccionar mejores procedimientos cosméticos en pro del estado físico, psicológico, social, laboral y de pareja, la cirugía oncoplástica es una técnica moderna y de fácil acceso, siempre y cuando las pacientes conozcan las indicaciones y contraindicaciones, por lo tanto los profesionales de la salud pueden proporcionar esta información actualizada para contribuir a mejorar las condiciones generales de este tipo de pacientes.

El registro oportuno en la base de datos institucionales es de vital importancia para la actualización de datos, están descritos en la literatura científica algunos aspectos indicativos para la selección y realización de diferentes procedimientos, uno de ellos la cirugía oncoplástica, por lo tanto, las instituciones de salud deberían contar con protocolos estandarizados para el ingreso de diferente información.

La diferencia de criterios de selección corresponde a cada cirujano realizando una evaluación integral, contando con una estandarización de datos para corresponder a un perfil de selección. Sería importante que exista una mejor organización en el registro de datos de expedientes clínicos para que se pueda tener acceso y corresponder de mejor forma la actualización y recolección de datos en un momento determinado para continuar con investigaciones de este tipo.

REFERENCIAS

1. Espié M, Bonnet-Bensimon C, De Castelbajac V, Cuvier C, Giacchetti S, Teixeira L. Cáncer de mama metastásico. EMC - Ginecol-Obstet [Internet]. 2022 [citado 31 de mayo de 2023];58(3). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1283081X22467178>
2. Vargas R, Estrada H, Zakzuk J. Epistemología del cáncer de mama: comprendiendo su origen para anticipar su desenlace [Internet]. 2021 [citado 31 de mayo de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-90152021000200065
3. Garcés M, Falla M, Mendoza Z, Cotrina J, Ruíz M. La cirugía oncoplástica de la mama: Una técnica quirúrgica que mejora la calidad de vida de las pacientes. Rev Medica Hered. 2017;27(4):256.
4. Lee A, Kwasnicki RM, Khan H, Grant Y, Chan A, Fanshawe AEE, et al. Informe de resultados en mamoplastía terapéutica: una revisión sistemática. BJS Open [Internet]. 2021 [citado 31 de mayo de 2023];5(6). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8665419/>
5. Rocco N, Catanuto G, Cinquini M, Audretsch W, Benson J, Criscitiello C, et al. ¿Se debe utilizar la cirugía conservadora de mama oncoplástica para el tratamiento del cáncer de mama en estadio temprano? Uso del enfoque GRADE para el desarrollo de recomendaciones clínicas. Breast Off J Eur Soc Mastology [Internet]. 2021 [citado 31 de mayo de 2023];57. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7970134/>
6. World Health Organization. Guide to cancer early diagnosis [Internet]. World Health Organization; 2019 [citado 31 de mayo de 2023]. 48 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254500>
7. Magnoni F, Bianchi B, Corso G, Alloggio EA, Di Silvestre S, Abruzzese G, et al. Carcinoma ductal in situ (CDIS) y CDIS microinvasivo: papel de la cirugía en el diagnóstico temprano del cáncer de mama. Healthcare. enero de 2023;11(9):1324.
8. Alvarez-Pardo S, Romero-Pérez EM, Camberos-Castañeda N, de Paz JA, Horta-Gim MA, González-Bernal JJ, et al. Calidad de vida en

- sobrevivientes de cáncer de mama en relación con la edad, el tipo de cirugía y el tiempo transcurrido desde el primer tratamiento. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [citado 31 de mayo de 2023];19(23). Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/23/16229>
9. Msc. Tatiana Hernández Gonzalez ORCID. Dr. Miguel Angel Amarró Garrido ORCID. Dr. Yurisbel Tomás Solenzal Alvarez (ORCID). AA. Ana Lucia Martínez Hernández (ORCID).Dr.C. Lauriano. Cirugía oncoplastica como alternativa de tratamiento de pacientes con cáncer de mam. Serie de 41 casos. [Internet]. 2018 [citado 1 de enero de 2023]. Disponible en: <https://oncocienfuegos2021.sld.cu/index.php/oncocfg/conferencias/paper/viewFile/75./19>
 10. Jurado Rodríguez Abraham Joshua. Peñaranda Mata JSparcky. Aplicación de la cirugía oncoreconstructiva en mujeres jóvenes con cáncer de mama para ganar autoestima. Hospital SOLCA-Guayaquil, período 2018-2019. 2020;8(75):147-54.
 11. Fernández MER, San Gregorio MÁP, Más MB, Rodríguez AM. Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. *Univ Psychol*. 2012;11(1):25-41.
 12. Hernández González T, Amaró Garrido MÁ, Solenzal Álvarez YT, Martínez Hernández AL. Cirugía oncoplástica como alternativa en el tratamiento de pacientes con cáncer de mama. *Rev Finlay*. 2021;11(4):372.
 13. González TH, Garrido MÁA, Álvarez YTS, Hernández ALM. Cirugía oncoplástica como alternativa en el tratamiento de pacientes con cáncer de mama. *Rev Finlay*. 22 de diciembre de 2021;11(4):371-80.
 14. Garcés M, Falla M, Mendoza Z, Cotrina J, Ruíz M. La cirugía oncoplástica de la mama: Una técnica quirúrgica que mejora la calidad de vida de las pacientes. *Rev Medica Hered* [Internet]. 2018 [citado 17 de abril de 2023];27(4). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1018-130X2016000400011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 15. Van Loevezijn AA, Geluk CS, Van den Berg MJ, Van Werkhoven ED, Vrancken Peeters MJTFD, Van Duijnhoven FH, et al. Cirugía

- oncoplástica inmediata o diferida después de una cirugía conservadora de mama en el Instituto del Cáncer de los Países Bajos. *Breast Cancer Res Treat.* 2023;198(2).
16. Rutherford CL, Barker S, Romics L. Una revisión sistemática de la cirugía mamaria de reemplazo oncoplástico de volumen: seguridad oncológica y resultado cosmético. *Ann R Coll Surg Engl.* 2022;104(1).
 17. Ruiz AG, Campos FSB, Guzñay AMF, Coello CES. Cáncer de mama. RECIAMUC [Internet]. 2022 [citado 14 de diciembre de 2022];6(3). Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/942>
 18. Sherwell-cabello, Santiago, Antonio Maffuz-aziz, Felipe Villegas-carlos, and Sonia Labastida-almendaro. 2016. "CIRUGÍA y CIRUJANOS Oncoplástica En El Tratamiento de Cáncer de Mama." 83(3):4–10.
 19. Monteagudo, A. (2021). Reconstrucción mamaria poscáncer en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de Cuba. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 47(1), 49–58. <https://doi.org/10.4321/s0376-78922021000100007>
 20. Reina Suárez M, Ramos Rangel Y, Cisnero Pimentel L, Reina Sarmiento M, Alcelú Sarduy M, González Suárez M. Caracterización de pacientes con cáncer de mama y sus familiares acompañantes. *MediSur* [Internet]. 2018 [citado 14 de diciembre de 2022];16(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-897X2018000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 21. Calzado D, De la torre M, Nicó M, Dorado L, Calvo M. Aspectos actualizados sobre cáncer de mama. *Rev Inf Científica* [Internet]. 2017 [citado 14 de diciembre de 2022];83(1). Disponible en: <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/994>
 22. Pulla LAÁ, Moreira MWP, Silva DAG, García EDM. Diagnóstico y tratamiento de los quistes mamarios. *RECIMUNDO*. 10 de septiembre de 2021;5(3):309-15.
 23. Prats de Puig M, Font Sastre Jr V. La paciente sintomática: motivos de consulta en atención primaria. *Med Integral* [Internet]. 2020 [citado 14 de diciembre de 2022];38(11). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es->

revista-medicina-integral-63-articulo-la-paciente-sintomatica-motivos-consulta-13024496

24. Villacres M, Villafuerte D, Montalvo F, Altamirano M. Enfermedades inflamatorias benignas de mama [Internet]. 2019 [citado 14 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/513>
25. Choi L. Manual MSD versión para profesionales. 2022 [citado 14 de diciembre de 2022]. Tumores mamarias (nódulos de mama) - Ginecología y obstetricia. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/trastornos-mamarios/tumores-mamarias-n%C3%B3dulos-de-mama>
26. Guío JI, Cafiel YM, Puin JM, Vergel JC. Prevalencia de malignidad en las secreciones patológicas por pezón evaluadas en consulta de mastología. Repert Med Cir. 1 de octubre de 2017;26(4):208-12.
27. Avila L, Pacheco M, García D, Montenegro E. Diagnóstico y tratamiento de los quistes mamarios [Internet]. 2021 [citado 14 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1271>
28. American Cancer Society. Surgery for Breast Cancer | Breast Cancer Treatment [Internet]. 2019 [citado 31 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/treatment/surgery-for-breast-cancer.html>
29. Cantürk NZ, Şimşek T, Özkan Gürdal S. Cirugía oncoplástica conservadora de la mama según la localización del tumor. Eur J Breast Health [Internet]. 2021 [citado 31 de mayo de 2023];17(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8246052/>
30. Chu CK, Hanson SE, Hwang RF, Wu LC. Reconstrucción mamaria parcial oncoplástica: conceptos y técnicas. Gland Surg [Internet]. 2021 [citado 31 de mayo de 2023];10(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7882346/>
31. Keelan S, Flanagan M, Hill ADK. Tendencias en evolución en el manejo quirúrgico del cáncer de mama: un análisis de 30 años de práctica

- Documentos cambiantes. *Front Oncol* [Internet]. 2021 [citado 31 de mayo de 2023];11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8371403/>
32. Di Leone A, Franco A, Zotta F, Scardina L, Sicignano M, Di Guglielmo E, et al. Tratamiento local del cáncer de mama triple negativo: ¿es la mastectomía superior a la cirugía conservadora de la mama? *J Pers Med* [Internet]. 2023 [citado 31 de mayo de 2023];13(5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10224186/>
 33. National Cancer Institute. Cancer Staging. 2022;1(1). Disponible en: <https://www.cancer.gov/about-cancer/diagnosis-staging/staging>
 34. Rosen RD, Sapra A. TNM Classification. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [citado 5 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553187/>
 35. Echegaray MS, Orozco JIJ, González-Cortez B, Gago FE. Análisis comparativo del Carcinoma Lobulillar Invasor versus Carcinoma Ductal Invasor: ¿entidades clínica o biológicamente diferentes? *Rev Argent Mastol*. 2020;12-40.
 36. American Cancer Society. Ductal Carcinoma in Situ (DCIS) [Internet]. 2021 [citado 11 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/about/types-of-breast-cancer/dcis.html>
 37. Noreña GAG, Vega JV. Carcinoma in situ de la mama: actualización. *Med Lab* [Internet]. 2020 [citado 14 de diciembre de 2022];19(03-04). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=94033>
 38. Khanna S, Puckett Y. Mammographically Occult Invasive Lobular Carcinoma With Intradermal Invasion. *Cureus*. 2022;14(7):e27358.
 39. Kulka J, Madaras L, Floris G, Lax SF. Papillary lesions of the breast. *Virchows Arch* [Internet]. 2022 [citado 11 de septiembre de 2023];480(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8983543/>
 40. Di Bonito M, Cantile M, Botti G. Pathological and molecular characteristics of inflammatory breast cancer. *Transl Cancer Res*

- [Internet]. 2019 [citado 11 de septiembre de 2023];8(Suppl 5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8798351/>
41. Lüönd F, Tiede S, Christofori G. Breast cancer as an example of tumour heterogeneity and tumour cell plasticity during malignant progression. *Br J Cancer* [Internet]. 2021 [citado 11 de septiembre de 2023];125(2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8292450/>
 42. Rakha EA, Tse GM, Quinn CM. An update on the pathological classification of breast cancer. *Histopathology* [Internet]. 2023 [citado 11 de septiembre de 2023];82(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10108289/>
 43. Welch DR, Hurst DR. Defining the Hallmarks of Metastasis. *Cancer Res* [Internet]. 2019 [citado 11 de septiembre de 2023];79(12). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6571042/>
 44. Chirappapha P, Adireklarpwong L, Sornmayura P, Lertsithichai P, Rattadilok C. Large Mammary Paget Disease without Underlying Breast Carcinoma. *Plast Reconstr Surg Glob Open* [Internet]. 2022 [citado 11 de septiembre de 2023];10(10). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9575951/>
 45. van Dooijeweert C, van Diest PJ, Ellis IO. Grading of invasive breast carcinoma: the way forward. *Virchows Arch* [Internet]. 2022 [citado 11 de septiembre de 2023];480(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00428-021-03141-2>
 46. Czajka ML, Pfeifer C. Cirugía de cáncer de mama. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 31 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553076/>
 47. Kaufman CS. Papel creciente de la cirugía oncoplástica para el cáncer de mama. *Curr Oncol Rep* [Internet]. 2019 [citado 31 de mayo de 2023];21(12). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6911616/>
 48. Gilmour A, Cutress R, Gandhi A, Harcourt D, Little K, Mansell J, et al. Cirugía oncoplástica mamaria: una guía de buenas prácticas. *Eur J Surg*

- Oncol [Internet]. 2021 [citado 31 de mayo de 2023];47(9). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0748798321004820>
49. Cappelli S, Corallino D, Clementi M, Guadagni S, Pelle F, Puccica I, et al. Infecciones del sitio quirúrgico en pacientes sometidas a cirugía oncológica de mama. *Il G Chir* [Internet]. 2022 [citado 31 de mayo de 2023];42(2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9323553/>
 50. He L, Qu H, Wu Q, Song Y. Lymphedema in survivors of breast cancer. *Oncol Lett* [Internet]. 2020 [citado 11 de septiembre de 2023];19(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7039097/>
 51. Gilmour A, Cutress R, Gandhi A, Harcourt D, Little K, Mansell J, et al. Oncoplastic breast surgery: A guide to good practice. *Eur J Surg Oncol* [Internet]. 2021 [citado 11 de septiembre de 2023];47(9). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0748798321004820>
 52. Sampson S. Hematoma: Overview, types, treatment, and pictures [Internet]. 2019 [citado 31 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/324831>
 53. Bonci EA, Anacleto JC, Cardoso MJ. Sometimes it is better to just make it simple. De-escalation of oncoplastic and reconstructive procedures. *The Breast* [Internet]. 2023 [citado 31 de mayo de 2023];69. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0960977623000668>
 54. Gilmour A, Cutress R, Gandhi A, Harcourt D, Little K, Mansell J, et al. Oncoplastic breast surgery: A guide to good practice. *Eur J Surg Oncol*. 2021;47.
 55. Asamblea Constituyente. Constitución de la República del Ecuador [Internet]. Primera. Vol. 1. Montecristi, Ecuador: Asamblea Constituyente; 2008. Disponible en: https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf
 56. El Congreso Nacional. Ley Orgánica de Salud [Internet]. Sec. El Congreso Nacional 2012. Disponible en: <https://www.todaunavida.gob.ec/wp->

content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-
LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf

57. Consejo Nacional de Planificación. Plan de Creación de Oportunidades 2021 - 2025. 2021; Disponible en: <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Plan-de-Creación-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado.pdf>
58. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de Atención Integral de Salud. 2017; Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
59. Santos F, Rodríguez C, Rodríguez R. Metodología básica de investigación en Enfermería. 2004; Disponible en: https://books.google.com.ec/books?id=W-Qae--fG2UC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
60. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la Investigación. Sexta Edición [Internet]. México; 2014. Disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Methodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
61. Polit DF, Beck CT. Investigación en Enfermería: Fundamentos para el Uso de la Evidencia en la Práctica de la Enfermería. Wolters kluwer españa; 2018. 512 p.
62. Delgado L. Análisis del acceso a la cirugía de reconstrucción mamaria en pacientes con cáncer de mama mastectomizadas considerando características sociodemográficas y criterio médico en el Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, Quito, abril 2011 - abril 2021. 2022 [citado 15 de septiembre de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec:80/handle/22000/20768>
63. Fernández, M. E. R., San Gregorio, M. Á. P., Más, M. B., & Rodríguez, A. M. (2012). Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y

la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. *Universitas Psychologica*, 11(1), 25–41.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v11n1/v11n1a03.pdf>

64. Piper M, Peled AW, Sbitany H. Oncoplastic breast surgery: current strategies. *Gland Surg* [Internet]. 2019 [citado 19 de septiembre de 2023];4(2). Disponible en: <https://gs.amegroups.org/article/view/5983>
65. Garcés, M., Mendoza, G., Falla, M., & Ruíz, M. (2015). *Artículo original Cirugía oncoplástica de mama: experiencia en un hospital público peruano Oncoplastic breast surgery: Peruvian experience in a public hospital*. 39–46.
66. Amarante-de León, G., Cardo-Huerta, S., Magallanes-Garza, G. I., Bermeo-Ortega, J. C., Serrano-Peláez, B., & Santiago-Sánchez, J. (2020). Cirugía oncoplástica en cáncer de mama: resultados oncológicos con seguimiento en un plazo no menor de 2 años en pacientes. *Revista Mexicana de Mastología*, 10(1), 6–12. <https://doi.org/10.35366/95761>

ANEXOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Autorizado
Rosa Calderón Molina
Dra. J. M. Rivera
J. M. Rivera
JEFE DE INVESTIGACIÓN
30/06/2023
Guayaquil, 28 de junio del 2023

Doctora Tania Rivera

**Jefa del Departamento de Docencia e Investigación del Instituto Oncológico Nacional
<<Dr. Juan Tanca Marengo>> Matriz Guayaquil
Guayaquil**

De mis consideraciones,

Yo, **BLACIO BELTRÁN CARLA FERNANDA CI. 0750554529** y **JUCA VELAZCO DENISSE DANIELA CI.** Internas de Enfermería, de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, cohorte septiembre 2022; cuyo tema de tesis para titulación es **<<FRECUENCIA DE LA CIRUGÍA ONCOPLÁSTICA EN MUJERES JÓVENES ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL>>**, el cual contara con datos del **Instituto Oncológico Nacional <<Dr. Juan Tanca Marengo>> Matriz Guayaquil**, cuyo tutor universitario es la Lic. Rosa Calderón Molina y como tutores hospitalarios a la Lic. Lilia Urrutia y el Dr. Antonio Jurado Bambino.

Solicito a usted muy comedidamente la respectiva autorización para acceder a los datos estadísticos, por lo que necesito la colaboración del área de estadística de su institución y así poder revisar los expedientes clínicos de los pacientes. Además, anexamos el anteproyecto, el avance de la tesis, sus objetivos generales y específicos, y criterios de inclusión y exclusión.

Gracias de antemano por su atención.

Atentamente,

Carla Blacio Beltrán
0750554529

Denisse Juca Velazco
0952194835

Dr. Antonio Jurado Bambino
0909892051

Lic. Lilia Urrutia Lora, Mg
ENFERMERA DOCENTE
Reg. 1031-07-661844
SOLCA, GUAYAQUIL

Guayaquil, 20 de julio del 2023

Lic., Lilia Urrutia Loor Mgs

Jefa del Departamento de Docencia e Investigación de Enfermería del Instituto Oncológico Nacional <<Dr. Juan Tanca Marengo>> Matriz Guayaquil
Guayaquil

De mis consideraciones,

Yo, **BLACIO BELTRÁN CARLA FERNANDA CI. 0750554529** y **JUCA VELAZCO DENISSE DANIELA CI. 0952194835** Internas de Enfermería, de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, cohorte septiembre 2022; cuyo tema de tesis para titulación es <<APLICACIÓN DE CIRUGÍAS ONCOPLÁSTICAS EN MUJERES JÓVENES CON CANCER DE MAMA ATENDIDAS EN EL INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL <<DR. JUAN TANCA MARENGO >> SOLCA GUAYAQUIL, cuyo tutor universitario es la Lic. Rosa Calderón Molina.

Solicito a usted muy comedidamente que sea nuestra tutora hospitalaria, para continuar con los tramites de la investigación y recabacion de datos. Además, anexamos el anteproyecto, el avance de la tesis, sus objetivos generales y específicos, y criterios de inclusión y exclusión.

Gracias de antemano por su atención.

Atentamente,



Carla Blacio Beltrán
0750554529



Denisse Juca Velazco
0952194835



SOLCA
DPTO. DOCENCIA EN ENFERMERÍA
RECIBIDO
FECHA: 23/07/2023 HORA: 11:54
FIRMA: TUTORA

Lic. Lilia Urrutia Loor, Mgs
ENFERMERA DOCENTE
Reg. 1031-07-661844
SOLCA GUAYAQUIL



Aut. Jurado
Dra. Tania Rivera
JEFE DPTO. DOCENCIA
E INVESTIGACIÓN
31-07-2023

Guayaquil, 20 de julio del 2023

Doctora Tania Rivera

Jefa del Departamento de Docencia e Investigación del Instituto Oncológico Nacional
<<Dr. Juan Tanca Marengo>> Matriz Guayaquil
Guayaquil

De mis consideraciones,

Yo, **BLACIO BELTRÁN CARLA FERNANDA CI. 0750554529** y **JUCA VELAZCO DENISSE DANIELA CI. 0952194835** Internas de Enfermería, de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, cohorte septiembre 2022; cuyo tema de tesis para titulación es **<<APLICACIÓN DE CIRUGÍAS ONCOPLÁSTICAS EN MUJERES JÓVENES CON CANCER DE MAMA ATENDIDAS EN EL INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL <<DR. JUAN TANCA MARENGO >> SOLCA GUAYAQUIL**, cuyo tutor universitario es la Lic. Rosa Calderón Molina y como tutores hospitalarios a la Lic. Lilia Urrutia y el Dr. Antonio Jurado Bambino.


Solicito a usted muy comedidamente la respectiva autorización para acceder a los datos estadísticos, por lo que necesito la colaboración del área de estadística de su institución y así poder revisar los expedientes clínicos de los pacientes. Además, anexamos el anteproyecto, el avance de la tesis, sus objetivos generales y específicos, y criterios de inclusión y exclusión.

Gracias de antemano por su atención.

Atentamente,


Carla Blacio Beltrán
0750554529


Denisse Juca Velazco
0952194835


Dr. Antonio Jurado Bambino
0909892051

RECIBIDO
DPTO. DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
FECHA: 31/07/2023
FIRMA: _____



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

Tema: Frecuencia de la cirugía Oncoplástica en mujeres jóvenes atendidas en un hospital de la ciudad de Guayaquil.

Objetivo: Recolectar información de la base de datos y/o expedientes clínicos de pacientes sometidas a Cirugía Oncoplástica en un hospital de la ciudad de Guayaquil

Indicaciones para la observadora:

- Escriba una X en los casilleros en blanco de acuerdo al dato que requiera
- Escriba la información solicitada de acuerdo a la descripción

MATRIZ DE OBSERVACIÓN INDIRECTA

CARACTERÍSTICAS

1. Nombres y apellidos: _____

2. Edad:

20-24 años 25-29 años 30-34 años
35-39 años 40-44 años

INDICACIONES

5. Estadio del cáncer

0 I II III IV

6. Carcinoma insitu

Lobulillar Intraductal

7. Carcinoma infiltrante

Ductal	<input type="checkbox"/>	Lobulillar	<input type="checkbox"/>	Medular	<input type="checkbox"/>
Papilar	<input type="checkbox"/>	Mucinoso	<input type="checkbox"/>	Inflamatorio	<input type="checkbox"/>
Tubular	<input type="checkbox"/>	Phyllodes	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>

8. Carcinoma mixto

Infiltrante + In situ

In situ + enf Paget

Infiltrante + Enf. de Paget

COMPLICACIONES

- | | | | | |
|-------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| 11. Fistulas | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 12. Linfedema | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 13. Necrosis Flap | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 14. Ninguna | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 15. Rechazo de expansor | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 16. Rechazo de prótesis | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 17. Retracción capsular | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 18. Seroma | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Blacio Beltrán, Carla Fernanda**, con C.C: # **0750554529** autora del trabajo de titulación: **Frecuencia de la Cirugía Oncoplástica en mujeres jóvenes atendidas en el Hospital de SOLCA de la ciudad en Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciada en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro 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.- Autorizo 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, a los 01 días del mes de septiembre del 2023



f. _____

Blacio Beltrán, Carla Fernanda

C.C: 0750554529



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Juca Velasco, Dennisse Daniela**, con C.C: # **0952194835** autora del trabajo de titulación: **Frecuencia de la Cirugía Oncoplástica en mujeres jóvenes atendidas en el Hospital de SOLCA de la ciudad en Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciada en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro 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.- Autorizo 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, a los 01 días del mes de septiembre del 2023



Firmado electrónicamente por:
**DENNISSE
DANIELA JUCA
VELASCO**

f. _____

Juca Velasco, Dennisse Daniela

C.C: 0952194835



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Frecuencia de la Cirugía Oncoplástica en mujeres jóvenes atendidas en el Hospital de SOLCA de la ciudad en Guayaquil.		
AUTOR(ES)	Blacio Beltrán, Carla Fernanda Juca Velasco, Dennisse Daniela		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Lcda. Calderón Molina, Rosa Elizabeth Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Carrera de Enfermería		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciados en enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	Septiembre del 2023	No. DE PÁGINAS:	63
ÁREAS TEMÁTICAS:	Línea de investigación: Enfermedades crónicas degenerativas, carcinoma		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Frecuencia, cirugía oncoplástica, mujeres jóvenes.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>La cirugía oncológica de mama ha evolucionado de técnicas mutiladoras a enfoques conservadores como la cirugía oncoplástica. Esta técnica moderna permite extirpar tumores sin afectar gravemente el tejido mamario, mejorando la calidad de vida de las pacientes y preservando la estética mamaria. Objetivo: Determinar la frecuencia de la Cirugía Oncoplástica en mujeres jóvenes atendidas en el Hospital de SOLCA de la ciudad de Guayaquil. Diseño: descriptivo, cuantitativo, transversal, retrospectivo. Población: 181 pacientes. Técnica: Observación indirecta. Instrumento: Guía de observación indirecta. Resultados: Grupo etéreo: 20-24, 1%; 25-29, 7%; 30-34, 15%; 35-39, 24%; 40-44, 53%. Estadios del tumor: Estadio 0, 10%; Estadio I, 14%; Estadio II, 44%; Estadio III, 24%; Estadio IV, 8%. Diagnóstico histopatológico. Carcinoma in situ: Lobulillar, 33%; Intraductal, 67%. Carcinoma infiltrante: Tubular, 1%; Mucinoso, 2%; Papilar, 1%; Medular, 2%; Lobulillar, 5%; Ductal, 89%. Carcinoma mixto: Infiltrante + In situ, 100%; In situ + Enf Paget, 0%; Infiltrante + Enf de Paget, 0%. Complicaciones: Seroma, 1%; Retracción capsular, 2%; Rechazo de prótesis, 1%; Rechazo de expansor 1%; Ninguna, 92%; necrosis flap, 1%; Linfedema, 1%; Fistulas, 1%. Conclusión: La frecuencia de este tipo de cirugía es de 116 pacientes por cada 1000 pacientes sometidos a cirugía de mama.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0997222176 0967207632	E-mail: carla.blacio@cu.ucsg.edu.ec dennisse.juca@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Lcda. Holguín Jiménez Martha Lorena, Msc Teléfono: +593-993142597 E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			