



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

**TEMA:**

Prevalencia de los tipos de Cáncer de Mama en pacientes del Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo (SOLCA) de la ciudad de Guayaquil, desde Enero a Junio del 2015

**AUTORAS**

SWETT GRIJALVA CARLA EDITA  
VERA HUILCAPI STEFANY LOURDES

**Trabajo de Titulación previo a la Obtención del Título de:  
MEDICO**

**TUTOR:**

DRA. ELIZABETH BENITES

**Guayaquil, Ecuador**

**2015**



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

## **CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Swett Grijalva Carla Edita y Vera Huilcapi Stefany Lourdes**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **MEDICO**.

**TUTOR (A)**

**OPONENTE**

---

DRA. ELIZABETH BENITEZ

---

DR. DIEGO VASQUEZ

**DECANO DE LA FACULTAD  
DE CIENCIAS MÉDICAS**

**COORDINADOR DE ÁREA  
/DOCENTE DE LA CARRERA**

---

DR. GUSTAVO RAMÍREZ

---

DR. DIEGO VASQUEZ

**Guayaquil, a los 15 del mes de Octubre del año 2015**



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

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Nosotras, Carla Edita Swett Grijalva y Stefany Lourdes Vera Huilcapi

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación **Prevalencia de los tipos de Cáncer de Mama en pacientes del Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo (SOLCA) de la ciudad de Guayaquil, desde Enero a Junio del 2015** previo a la obtención del Título **MEDICO**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

**Guayaquil, a los 15 del mes de Octubre del año 2015**

### **LAS AUTORAS**

---

**Carla Swett Grijalva**

---

**Stefany Vera Huilcapi**



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

## **AUTORIZACIÓN**

Nosotras, **Carla Edita Swett Grijalva** y **Stefany Lourdes Vera Huilcapi**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Prevalencia de los tipos de Cáncer de Mama en pacientes del Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo (SOLCA) de la ciudad de Guayaquil, desde Enero a Junio del 2015**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 15 del mes de Octubre del año 2015**

### **LAS AUTORAS**

---

**Carla Swett Grijalva**

---

**Stefany Vera Huilcapi**



## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos a La Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, a cada uno de nuestros profesores que de una u otra manera aportaron con sus enseñanzas y sabios consejos y de manera muy especial a la Dra. Elizabeth Benítez, nuestra tutora de tesis, que en todo momento ha estado dirigiendo y proporcionando luces para la realización de este trabajo.

**Carla Swett Grijalva**  
**Stefany Vera Huilcapi**

## **DEDICATORIA**

Le agradezco inmensamente a Dios porque ha estado conmigo en cada paso que doy, a mi abuelito Jorge Swett (+) que deposito su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento de mi inteligencia y capacidad, a mis padres Carlos y Edita, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación, a mis hermanos Carlos, Jorge y Gustavo siendo mi apoyo en todo momento, y a mis abuelitas Piedad y Odila que me han ayudado y motivado a lo largo de la carrera.

**Carla Edita Swett Grijalva**

## DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a mis adorados hijos Juan Sebastián y Juan Carlos quienes me enseñaron a distinguir entre el vivir y existir, quienes día a día fueron mi inspiración y motivación, para que algún día se sientan orgullosos de su mamá que lo único que ha hecho hasta ahora es siempre dar lo mejor, aunque en algunos momentos decaía siempre estaban sus sonrisas para borrar todo y darme ánimos para seguir este largo camino para que ustedes vean siempre en mí un ejemplo a seguir-

A Ti Juan Carlos mi amado esposo que día a día se esforzó y sacrifico para que yo culminara mi carrera, siempre has creído y puesto toda tu confianza en mí, has sido mi amigo y compañero inseparable fuente de sabiduría, calma y consejo en todo momento, te admiro porque todo lo que has hecho hasta ahora siempre ha sido por nosotros, por esa razón siempre has sido mi ejemplo y espero poder llegar a ser una profesional a carta cabal como lo eres tú, nuestro orgullo.

A mis adorados padres Edgar y Lourdes, a ellos no me queda nada más que agradecerles con todo mi corazón por cada momento en el que pasaron de ser abuelos para convertirse en los padres de mis hijos, estando siempre hay para ellos, todo ese esfuerzo y sacrificio que sé, que lo hacían con mucho cariño y amor ahora dio sus frutos, que con sus palabras de aliento no me dejaban decaer para que siguiera adelante y siempre sea perseverante y cumpla con mis ideales.

A mí querido hermano que siempre ha estado presente para hacerme sonreír que a pesar de ser menor llegaste a la meta antes y es por ello que fuiste ejemplo a seguir.

A mis abuelos, Anilex y Aurelio por sembrar en mí buenos valores, que con la sabiduría de Dios me han enseñado a ser quien soy hoy, por mostrarme el camino de la vida y regalarme todo su amor y apoyo incondicional que en algún momento me supieron brindar, gracias por llevarme siempre en sus oraciones.

**Stefany Lourdes Vera Huilcapi**



## **TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

---

**DRA. ELIZABETH BENITEZ**  
**TUTOR**

---

**DR. GUSTAVO RAMIREZ**  
**DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

---

**DR. DIEGO VASQUEZ**  
**COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA**

---

**DR. DIEGO VASQUEZ**  
**OPONENTE**



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

**CALIFICACIÓN**

---

DRA. ELIZABETH BENITEZ

TUTOR

---

DR. GUSTAVO RAMÍREZ

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

---

DR. DIEGO VASQUEZ

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

---

DR. DIEGO VASQUEZ

OPONENTE

## ÍNDICE GENERAL

CARÁTULA.....	I
CERTIFICACIÓN.....	II
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD .....	III
AUTORIZACIÓN.....	IV
AGRADECIMIENTO .....	V
DEDICATORIA .....	VI
DEDICATORIA .....	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN .....	IX
CALIFICACIÓN.....	X
ÍNDICE GENERAL.....	XI
ÍNDICE DE TABLAS .....	XIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	XIV
RESUMEN.....	XV
ABSTRACT.....	XVII
INTRODUCCIÓN.....	1
1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
2.OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	4
2.1 General.....	4
2.2 Específicos .....	4
3.FUNDAMENTO TEÓRICO .....	4
3.1. Antecedentes históricos del cáncer de mama a nivel mundial .....	4
3.2. Cifras del cáncer de mama en el mundo .....	6
3.3. Cifras del cáncer de mama en el Ecuador.....	7
3.4. Cáncer de mama como afección orgánica .....	8
3.5. Detección temprana del cáncer de mama .....	10
3.6. Factores de riesgo del cáncer de mama.....	11
3.7. Tipos de cáncer de mama .....	13
3.7.1. Carcinoma ductal in situ .....	14
3.7.2. Carcinoma lobulillar in situ.....	15

3.7.3. Carcinoma ductal Infiltrante o invasivo .....	16
3.7.4. Carcinoma lobulillar infiltrante o invasivo .....	17
4.MATERIALES Y MÉTODOS.....	19
4.1. Tipo de estudio .....	19
4.2. Área de estudio.....	19
4.3. Población estudiada .....	19
4.4. Variables de estudio .....	19
4.5. Tipo de análisis.....	20
RESULTADOS.....	21
DISCUSIÓN.....	28
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	30
BIBLIOGRAFIA.....	31
UNKURD.....	35

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución de los pacientes por edad .....	22
Tabla 2 Distribución de los pacientes por sexo.....	23
Tabla 3 Tipos de Cáncer de mama más frecuentes .....	23
Tabla 4 Distribución del estado civil de los pacientes.....	25
Tabla 5 Distribución demográfica de la procedencia de los pacientes.....	26
Tabla 6 Distribución de los pacientes según su ocupación.....	26
Tabla 7 Hábitos de los pacientes .....	26
Tabla 8 Factores de Riesgo.....	27

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Edad.....	22
Gráfico 2 Tipos de cáncer de mama más frecuentes.....	24
Gráfico 3 Distribución del estado civil de los pacientes .....	25

## RESUMEN

**Antecedentes:** El cáncer de mama es una neoplasia degenerativa, que se da inicio en las células del seno haciendo que estas crezcan sin control y muy rápidamente invadiendo los tejidos circundantes o incluso estas células pueden llegar a otras partes del cuerpo por medio del torrente sanguíneo o linfático produciendo metástasis, siendo los órganos más comunes los huesos, los pulmones e hígado.

Si bien es cierto en los últimos años la incidencia de esta tipo de cáncer en el Ecuador ha incrementado tanto en las mujeres como en los hombres debido a muchos factores de riesgo entre ellos tenemos la edad, factores ambientales, genéticos, el uso de algún tipo de anticonceptivos.

**Objetivo:** Determinar cuál es la prevalencia de los diferentes tipos de Cáncer de Mama en los pacientes del Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo (SOLCA) de la ciudad de Guayaquil, que fueron atendidos en el periodo 2014-2015 por dicha entidad.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional descriptivo, correlacional, de corte transversal en el que se incluyeron 248 pacientes de SOLCA de la ciudad de Guayaquil tanto de los servicios de consulta externa y hospitalización que fueron atendidos desde enero a junio del 2015.

Para la recolección de datos se utilizaron algunas variables como sexo, edad, nivel de educación, gestas, factores de genéticos, hábitos

**Resultados:** El grupo de edad en el que mayor número de casos se presentaron fue de 51 a 50 años (28.92%), refiriéndonos al sexo el

predominante es el femenino presentándose en un 99.59% que corresponde a 248 pacientes y 0.41 % sexo masculino, 1 paciente.

La mayoría de mujeres son multíparas (61.44 %), así mismo 91 pacientes (36.54) tuvieron la menarquia antes de los 12 años, el hábito del tabaco es mayor en relación al alcohol aquellos pacientes con Ca presentándose en un 53, 01% y 34.93% respectivamente.

**Palabras claves:** Ca de mama, edad, sexo, factores de riesgo, hábitos, nivel de educación, gestas.



## ABSTRACT

**Background:** Breast cancer is a degenerative neoplasia, which begins in breast cells that grow out of control and quickly invade surrounding tissues or even these cells can reach other parts of the body through the bloodstream or lymphatic, producing metastases, the most common organs are bones, lungs and liver.

In recent years the incidence of this type of cancer in Ecuador has increased, both in women and men due to many risk factors among them age, environmental factors, genetic, some contraceptives.

**Objective:** Determine the prevalence of different types of Breast Cancer in patients of Institute Cancer National Dr. Juan Tanca Marengo (SOLCA) of the city of Guayaquil, who were treated in the period 2014-2015 by such entity.

**Materials and Methods:** A retrospective, observational, descriptive, correlational, cross-sectional study, in which 249 patients were included of outpatient services and hospitalization, who they were treated from January to June of 2015 in the Institute Cancer National Dr. Juan Tanca Marengo (SOLCA) of the city of Guayaquil .

We use variables as sex, age, education level, pregnancies, genetic factors, habits

**Results:** The age group in which more cases were presented was of 50-51 years (28.92%), referring to the dominant sex is the women appearing in 99.59%, corresponding to 248 patients and 0.41% men, one patient in this study. Most women are multiparous (61.44%), also 91 patients (36.54) had menarche before age 12, the habit of snuff is highest in relation to alcohol, appearing in 53.01% and 34.93% respectively.

**Keywords:** Breast Cancer, age, sex, risk factors, habits.

## INTRODUCCIÓN

El Cáncer de mama a nivel mundial sigue siendo una de las enfermedades que más vida a cobrado, si bien es cierto puede ser por una detección tardía y esto hace que la enfermedad ya se encuentre en estadios muy avanzados donde solo se podría dar tratamiento paliativo.

Sin embargo en los últimos años se ha visto un incremento en las campañas de prevención, de todo tipo y esto ha logrado por una parte disminuir un poco la tasa de mortalidad, debido a ahora las mujeres has adoptado cierto conocimiento respecto al tema ocasionando que ahora se realicen exámenes de gabinete o solo con la ayuda del autoexamen de mama podrían detectar a tiempo dicha patología pudiendo así contrarrestarla.

Hay muchos factores de riesgo que son los que intervienen en el desarrollo de esta enfermedad, tal vez uno menos incidentes que otros pero de una u otra forma con el tiempo todos desempeñan un papel importante para el desarrollo de la misma, es por esta razón que hemos decidido realizar nuestro estudio e identificar cuál de estos serían los mayores desencadenantes de esta patología.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presente propuesta de investigación pretende abordar la problemática de la incidencia de los diferentes tipos de Cáncer de Mama diagnosticados en pacientes del Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo de la ciudad de Guayaquil, tomando en cuenta su edad y sexo.

En el Ecuador existe la necesidad de mantener actualizadas las estadísticas sobre la afección que ocupa a la presente investigación, debido a que urge la aplicación de estrategias institucionales que den soporte a la atención de los pacientes diagnosticados entre la población.

Pese a la abundancia de bibliografía relacionada con el tema, es conveniente mantener actualizada la descripción epidemiológica sobre el Cáncer de Mama, sobre todo en regiones donde el rezago en el acceso a la detección temprana y al tratamiento es un asunto común. (1)

Guayaquil se caracteriza por ser la ciudad con la mayor densidad poblacional del Ecuador, contando con 3.645.483 habitantes, según información del último Censo Nacional realizado en el año 2010 (2). Este dato da cuenta de que los resultados que se obtengan con la presente investigación, van a ser representativos con respecto a la población nacional, por lo que su importancia es contundente.

Hay que recalcar que la trascendencia del análisis de la problemática relacionada con el Cáncer de Mama radica en que esta afección encabeza la lista de enfermedades asociadas con los niveles de mortalidad en la población ecuatoriana. Según datos del Ministerio de Salud “30 de cada 100.000 personas son diagnosticadas con esta enfermedad cada año y casi la mitad de ellas en etapas avanzadas (...), lo cual disminuye las posibilidades de curación y supervivencia” (3)

De manera general, el Cáncer de Mamas es una enfermedad crónica asociada a las mujeres y a un solo patrón patológico. El presente estudio tomará en cuenta que esta afección puede aquejar, si bien como una entidad no habitual, también a los hombres, así como puede presentarse con particularidades clínicas específicas. Por lo tanto, un estudio de esta naturaleza ayudará a clarificar las estadísticas sobre el cáncer a nivel nacional para así desarrollar protocolos de intervención adaptados a las particularidades de cada tipo de cáncer.

La afección que es motivo de la presente propuesta puede ser subdividida en varios tipos “en función de la forma en que las células cancerosas se ven con un microscopio (...) o en función de las proteínas que se encuentran sobre la superficie de las células cancerosas o dentro de ellas (4). Tomando esto en consideración se espera obtener como resultado una subdivisión de los casos de Cáncer de Mama presentados en la población de estudio.

Cabe enumerar tres tipos de Cáncer de Seno: en prime lugar está el Carcinoma Ductal “in situ” o Carcinoma Intraductal, el cual está considerado como un cáncer no invasivo o preinvasivo; en segundo lugar está el Carcinoma Ductal Invasivo o Infiltrante, el cual es el tipo más común; y por último, el Carcinoma Lobulillar Invasivo o Infiltrante, que suele ser más difícil de detectar a través del mamograma. Esta clasificación puede contemplar la inclusión de otros subtipos de Cáncer de Mama poco comunes como el cáncer inflamatorio de seno, la enfermedad de Paget del pezón, el tumor filoides, el angiosarcoma, entre otros tipos especiales de carcinoma invasivo (4)

Se diseñará un documento de recolección de información que permita identificar las afecciones enumeradas anteriormente en los pacientes que han sido diagnosticados con Cáncer de Mama.

## **2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

### **2.1 General**

Determinar cuál es la prevalencia de los diferentes tipos de Cáncer de Mama en los pacientes del Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo (SOLCA) de la ciudad de Guayaquil, que fueron atendidos en el periodo 2014-2015 por dicha entidad.

### **2.2 Específicos**

1. Determinar la prevalencia de los tipos de Cáncer de Mama tomando en cuenta variables como sexo y edad de los pacientes.
2. Establecer los tipos de cáncer de mama más frecuentes según género y procedencia
3. Determinar el nivel socio económico con el cual está más relacionado el cáncer de mama
4. Establecer los factores genéticos del cáncer de mama
5. Identificar los factores de riesgo más relacionados de cáncer de mama

## **3. FUNDAMENTO TEÓRICO**

### **3.1. Antecedentes históricos del cáncer de mama a nivel mundial**

El cáncer de mama o seno no es una patología contra la que se ha combatido solamente en la época moderna; tiene sus antecedentes históricos en documentos que hablan de su detección desde los inicios de la medicina como ciencia: "Hipócrates lo asoció con la detención de la

menstruación conduciéndola a la presencia de nódulos indurados y Galeno lo describió como una hinchazón con dilatación venosa parecida a la forma de las patas de un cangrejo” (5).

El registro más antiguo del que se tiene referencia sobre la afección del cáncer de mama o de seno tiene sus orígenes en el antiguo Egipto, región en la que se descubrió un pergamino cuyo título rezaba “Instrucciones en torno a tumores sobre las mamas”. Según quienes han estudiado el contenido de este documento, se aborda el caso de “*una mama con una tumoración caliente al tacto, es un caso que no tiene tratamiento*”. En aquel entonces solamente se podían pensar en dos maneras para combatir esta patología: cauterizar el tumor detectado o retirarlo quirúrgicamente, entendiendo por este término al uso, sin previa anestesia, de herramientas corto-punzantes (6).

Con el avance y evolución de la medicina se darían grandes cambios en la manera de detectar y tratar el cáncer de mama. Es, efectivamente, solamente al llegar el Siglo XX, cuando al fin se llegó a establecer la relación fundamental entre los nódulos linfáticos axilares y el cáncer de mama (6).

“El cirujano francés *Jean Louis Petit* (1674-1750) y posteriormente el cirujano *Benjamín Bell* (1749-1806) fueron los primeros en remover los nódulos linfáticos, el tejido mamario y los músculos pectorales (mastectomía radical). Su senda de comprensión y avance fue seguida por *William Stewart Halsted*, que inventó la operación conocida como *mastectomía radical de Halsted*, la que ha sido popular hasta los últimos años de la década del 70 del pasado siglo XX (6).

### **3.2. Cifras del cáncer de mama en el mundo**

Las afecciones cancerígenas son un problema de salud pública generalizado a nivel mundial. La incidencia de casos de todo tipo de cáncer se encuentra, lamentablemente, en constante crecimiento. El cáncer se ha constituido, luego de las enfermedades de naturaleza cardiovascular, como la segunda causa de muerte de la población mundial. Actualmente en todo el mundo, cada año se logra detectar aproximadamente 10 millones de casos de cáncer en hombres y mujeres; de estos, 6 millones consisten en tumores malignos que se presentan en el organismo de la población femenina (1).

Como se mencionó, en las mujeres el tipo de cáncer que resulta más común es el de mama, seguido por el cáncer cérvico-uterino. El cáncer de mama, a diferencia del cáncer cervico-uterino que predomina en los países en desarrollo, se presenta tanto en países desarrollados cuanto en los del tercer mundo (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) postula al respecto:

La mayoría de las muertes (269.000) se producen en los países de ingresos bajos y medios, donde la mayoría de las mujeres con cáncer de mama se diagnostican en estadios avanzados debido a la falta de sensibilización sobre la detección precoz y los obstáculos al acceso a los servicios de salud (2).

La OMS también ha determinado con sus estudios que durante el año 2012, se les diagnosticó cáncer de seno a unas 410.000 mujeres del continente americano, cifra de la cual 92.000 mujeres fallecieron, efectivamente, por esta afección. Los estudios proyectivos de dicha entidad sugieren que el número de diagnósticos de cáncer en mujeres aumentará en un 46% para la llegada del año 2030 (2).

Específicamente en el caso de las mujeres de América Latina y los países del Caribe, el cáncer de mama es el más frecuente, superando por mucho al cáncer cervico-uterino, con una proporción del doble de las cifras. Las mujeres mayores de 65 años que fallecen con mayor frecuencia a causa de este tipo de cáncer se encuentran en América Latina, debido, en muchos casos, a que el acceso a intervenciones y prevención es aún limitado en estos países (2).

### **3.3. Cifras del cáncer de mama en el Ecuador**

En el Ecuador, el cáncer de mama no deja de generar estadísticas preocupantes, ya que El Ministerio de Salud ha determinado que “30 de cada 100,000 personas son diagnosticadas con esta enfermedad cada año y casi la mitad de ellas en etapas avanzadas”; este escenario explica la alta incidencia de los índices de mortalidad por cáncer de mama en la población ecuatoriana, específicamente en las mujeres (3).

A manera de antecedente del presente estudio, cabe citar las conclusiones a las que se llegó en un análisis realizado en el año 2010 sobre la incidencia de los casos de cáncer en la ciudad de Guayaquil; específicamente se debe hacer alusión al apartado que contiene cifras relacionadas con el cáncer de mama.

En su informe final los autores de dicho estudio señalan que durante los años 1999 y 2002 el cáncer de mama en la población guayaquileña alcanzó el segundo lugar en incidencia a nivel nacional con un 16 %. Esta patología, en el año 2010, pasó a tener un porcentaje de 17 puntos, hecho que ubicó a Guayaquil como la primera ciudad en incidencia de cáncer de mama en todo el Ecuador, seguida por Quito y Machala con un segundo y tercer lugar respectivamente (4).



Así mismo, a nivel nacional el mismo estudio sostiene que, en el año 2006, el cáncer mamario ocupó el tercer lugar de incidencia en mortalidad, tomando como referencia los demás tipos de cáncer; esto significó que 6 muertes de cada 100.000 por cáncer, se debieron específicamente al cáncer de seno o mamas en la población (4).

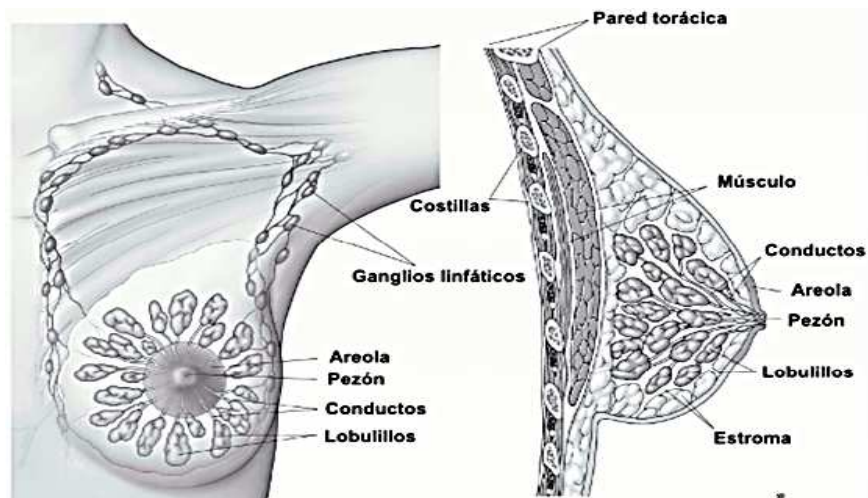
### **3.4. Cáncer de mama como afección orgánica**

El cáncer de mama es definido como un tumor maligno cuyo origen está en las células del seno. La incidencia mayoritaria a nivel mundial del cáncer de mama se encuentra principalmente en la población femenina; sin embargo los hombres no están exentos de desarrollar este tipo de cáncer (7).

Con la finalidad de comprender las implicaciones del cáncer de mama en tanto afección orgánica, es necesario conocer cuáles son las partes constitutivas de un seno sin anomalías. El seno está constituido por varias partes entre las que están: los lobulillos, que son las glándulas que tienen la capacidad de producir leche; los conductos que transportan la leche materna al pezón; el tejido adiposo y conectivo; los vasos sanguíneos y los vasos linfáticos, entre otros (7).

La mayor parte de los diferentes tipos de cáncer de seno tienen su origen en las células que se ubican en el revestimiento de los conductos mamarios; este cáncer de seno se llama *carcinoma ductal*. Por otro lado, un bajo número de casos de cáncer tienen su origen en las células que se encuentran revistiendo los lobulillos; este cáncer se llama *carcinoma lobulillar*. “Los cánceres también pueden comenzar en las células de otros tejidos en el seno. A estos se les llama sarcomas y linfomas, y en realidad no se consideran cánceres de seno” (4,9).

**Figura 1: Tejido mamario normal**



**Fuente:** American Cancer Society (7)

El término *carcinoma* es empleado originalmente debido a que éste hace referencia a la naturaleza epitelial de las células que, en los casos de cáncer, se tornan malignas (6).

En realidad, en sentido estricto, los llamados carcinomas de mama son adenocarcinomas, ya que derivan de células de estirpe glandular (de glándulas de secreción externa). Sin embargo, las glándulas de secreción externa derivan de células de estirpe epitelial, de manera que el nombre de carcinoma que se aplica a estos tumores suele aceptarse como correcto aunque no sea exacto. En casos verdaderamente raros hay cánceres escamosos de mama que podrían ser llamados más precisamente carcinomas. Estos tumores escamosos, verdaderos carcinomas estrictos, son consecuencia de la metaplasia de células de origen glandular (6).

Se ha establecido que cada célula maligna que provoca cáncer de mama, logra duplicarse en un lapso que va de 100 a 300 días. Consecuentemente con esta dinámica, para que una tumoración maligna logre ser lo suficientemente significativa en tamaño para poder ser palpada, se

necesitará que transcurra un período preclínico comprendido entre 8 a 10 años (8)

Entre los síntomas que se pueden destacar ante la presencia de un caso de cáncer de mama, se puede citar los siguientes:

- Tumor indoloro en la región axilar o en el seno
- Piel del seno o pezón retraídos
- Senos asimétricos.
- Secreción a través del pezón.
- Pezón irregular y erosionado.
- Inflamación y enrojecimiento del seno (9)

### **3.5. Detección temprana del cáncer de mama**

Es importante llevar a cabo todos los esfuerzos necesarios para detectar el cáncer de mama de una manera temprana y antes de que la afección empiece a mostrar síntomas o anomalías palpables. En la actualidad se cuenta con diversas pruebas que se emplean para detectar la presencia de cáncer de mama, tanto en hombres cuanto en mujeres, independientemente de si estos presentes sintomatología o no.

La detección temprana significa usar un método que permita el diagnóstico más temprano de cáncer de seno. Los tumores cancerosos del seno que se encuentran porque causan síntomas tienden a ser más grandes, y tienen más probabilidades de haberse ya extendido más allá del seno. En cambio, los que se encuentran durante los exámenes de detección suelen ser más pequeños y estar aún confinados al seno. El tamaño y la extensión del cáncer de seno son algunos de los factores más importantes para establecer el

pronóstico (expectativa) de una mujer que padezca esta enfermedad (10).

Especialistas en el tema manifiestan que el uso de los exámenes de diagnóstico de cáncer de mama son fundamentales para salvar vidas; un mayor número de ellas podría salvarse si toda la población estuviese consciente de la importancia de la prevención del cáncer de mama para diagnosticarlo durante sus primeras etapas y lograr así, realizar intervenciones y tratamientos exitosos (10).

La única manera en la que se ha demostrado que se puede reducir la mortalidad de las mujeres por causa de cáncer de mama es la extensión de los servicios de mamografías complementariamente con los exámenes físicos realizados por especialistas. “La mamografía es (...) el primer (...) test de elección para la detección temprana de cáncer de mama en mujeres asintomáticas” (11).

### **3.6. Factores de riesgo del cáncer de mama**

Los factores de riesgo son considerados como aspectos que nutren las posibilidades de que una persona o un grupo padezcan cierta enfermedad. En cada tipo de cáncer incidirán determinados factores de riesgo; es así que, en el caso del cáncer de mama se puede anotar los siguientes aspectos o condiciones incidentes en el riesgo de padecer la enfermedad, a saber:

- **Sexo:** Las mujeres tienen muchas más probabilidades de sufrir cáncer de mama en comparación con los hombres. La proporción es de 100 a 1 (10).

- **Edad:** El riesgo de padecer este tipo de cáncer aumenta proporcionalmente con la edad. Las mujeres mayores a los 45 años de edad son las más proclives (10).
- **Genética:** Se ha determinado que el factor hereditario o las mutaciones genéticas originan del 5 al 10 % de los casos de cáncer de mama. Específicamente la mutación de los genes BRCA1 y BRCA2 es un factor de riesgo, aunque existen otros genes que también son incidentes (10).
- **Antecedentes familiares:** El riesgo de padecer cáncer de mama aumenta en una persona cuyos parientes consanguíneos ya la hayan padecido. Entre mayor sea el grado de relación, es decir que entre más cercanos sean los parientes, más aumentan las posibilidades de que el cáncer se reproduzca (10).
- **Antecedentes personales:** Si en una mujer ya se ha detectado cáncer en un seno, es muy probable que posteriormente se lo detecte en el otro o en otra parte del mismo seno afectado en primera instancia (10).
- **Raza y origen étnico:** Se ha determinado que las mujeres de raza blanca tienen una mayor probabilidad de padecer cáncer de mama, a comparación de las mujeres de raza negra. Por otro lado, las mujeres de raza negra tienen mayor probabilidad de morir de este tipo de cáncer si lo llegan a tener. “Las mujeres asiáticas, hispanas e indias americanas tienen un menor riesgo de padecer y morir de cáncer de seno” (10).
- **Tejido mamario denso:** Una mujer con mayor densidad mamaria tiene más probabilidad de padecer este tipo de cáncer debido a que

tienen mayor cantidad de tejido adiposo, fibroso y glandular, lo que, adicionalmente, hace más difícil la detección de cáncer en mamogramas (10).

- **Detección de afecciones benignas en los senos:** Aquellas mujeres en quienes se ha detectado determinadas afecciones de naturaleza benigna tienen un riesgo más elevado de tener cáncer de seno (10).

### 3.7. Tipos de cáncer de mama

Puede considerarse la existencia de varias clases de cáncer de mama si se toma en cuenta la forma de las células cancerosas detectada a través del uso del microscopio. Sin embargo, cabe considerar que la gran mayoría de los tipos de este cáncer pueden ser agrupados bajo el término *adenocarcinoma* que hace referencia al origen glandular del carcinoma (12).

Puede existir una variedad de maneras bajo las cuales se agrupen las células cancerosas:

En algunos casos, un solo tumor del seno puede ser una combinación de diferentes tipos o ser una mezcla de *in situ* y cáncer invasivo. Además es posible que en algunos tipos poco comunes de cáncer de seno, las células cancerosas no formen un tumor en absoluto (12).

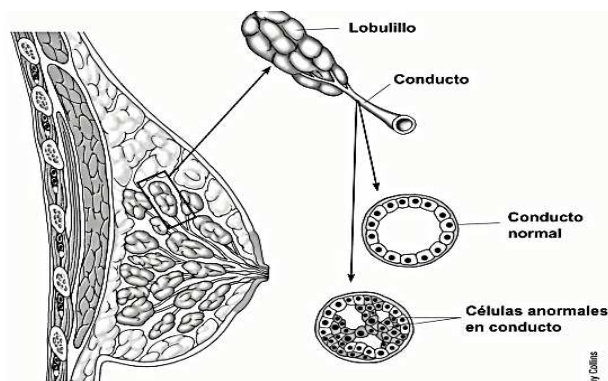
La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha especificado una subdivisión de los tipos de cáncer de mama que incluyen: el carcinoma ductal *in situ*; el carcinoma lobulillar *in situ*; el carcinoma ductal infiltrante y, por último, el carcinoma lobulillar infiltrante. De manera adicional se puede mencionar que existen otros tipos de cáncer de mama que resultan ser de menor incidencia (13).

### 3.7.1. Carcinoma ductal in situ

Este tipo de carcinoma no invasivo o pre-invasivo consiste en la “proliferación de células epiteliales malignas de las unidades terminales ductolobulillares de la mama, las cuales no han traspasado la membrana basal (14)”; esto implica que las células que cubren los conductos mamarios, si bien se han tornado en células cancerosas, no se han propagado a través de las paredes de los conductos hacia el tejido del seno; por esta razón el Carcinoma ductal in situ no es considerado invasivo. Desde otro enfoque, “el DCIS se considera un pre-cáncer porque en algunos casos se puede convertir en un cáncer invasivo. Sin embargo, actualmente, no existe una buena manera de saber con certeza cuáles casos se convertirán en cánceres invasivos y cuáles no” (12)

El objetivo del tratamiento del DCIS es lograr un alto grado de control local. La elección del mejor tratamiento para una paciente en particular debe considerar la extensión de la enfermedad; tiene que compatibilizar la obtención de márgenes sanos con un buen resultado cosmético y la preferencia de la paciente por un determinado tipo de tratamiento. La elección del tratamiento local no afecta significativamente la sobrevida global si se consigue el control local de la enferme (14)

**Figura 2: Carcinoma ductal in situ**



**Fuente:** American Cancer Society (12)

Si bien el Carcinoma ductal in situ es un tipo de cáncer que no pone en peligro inmediato la vida de la persona que lo padece, el hecho de que se haya detectado sí incide en el aumento de las posibilidades que, en lo posterior, se desarrolle un cáncer de mama de naturaleza invasiva (15). Sin embargo, para que un CDIS evolucione hasta llegar a transformarse en un caso de cáncer invasivo se deberá presentar una combinación de factores relacionados con el tamaño de la lesión detectada, el tipo histológico de la misma y el margen de resección existente (16).

El tratamiento del carcinoma ductal in situ está orientado específicamente a realizar esfuerzos que reduzcan la probabilidad de que éste se transforme en un cáncer invasivo de las mamas. Cuando no se aplica ningún tipo de tratamiento, una vez detectada la afección, se corre el riesgo de que las células cancerígenas se propaguen hacia otras áreas del seno y, seguidamente, a otras áreas del cuerpo (17).

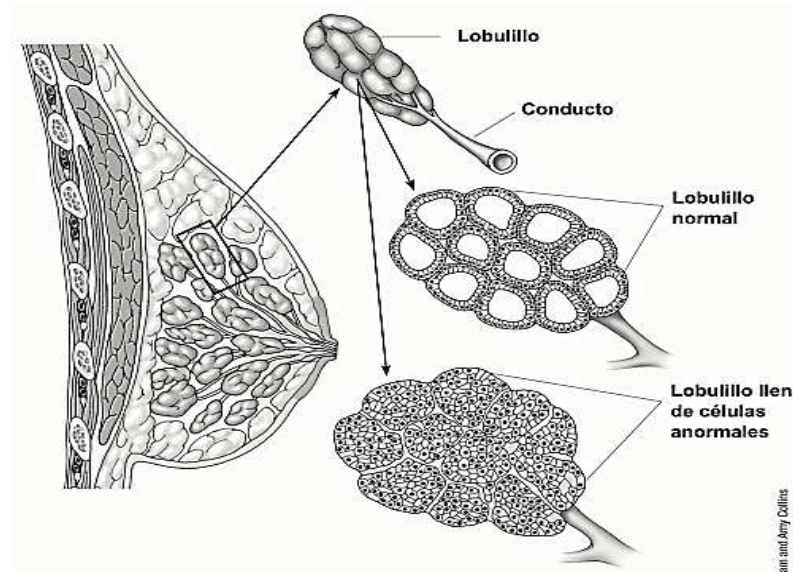
Este tipo de carcinoma “por lo general no presenta indicios ni síntomas. Una pequeña cantidad de personas pueden tener un bulto en la mama o secreción del pezón. Según el Instituto Nacional del Cáncer, aproximadamente el 80 % de casos de CDIS se detectan por mamografía” (18), esto debido a que solo con este examen se puede detectar la presencia de calcificaciones granulares o lineales de tamaño pequeño (16).

### **3.7.2. Carcinoma lobulillar in situ**

Este tipo de afección también se denomina neoplasia lobulillar. Las células de este tipo de carcinoma, si bien proliferan en los lobulillos de las glándulas productoras de leche, no se reproducen traspasando la pared de los mismos. Junto con el carcinoma ductal in situ, son dos tipos de cáncer de mama no invasivo, con la diferencia de que el lobular in situ, al no recibir tratamiento, no tiene en riesgo de desarrollar un cáncer invasivo (19).



**Figura 3: Carcinoma lobulillar in situ**



**Fuente:** American Cancer Society

A pesar de incluir el término “carcinoma” en su nombre, el CLIS no es un verdadero cáncer de mama. En realidad, el CLIS es una señal de que la persona presenta un riesgo mayor al promedio de padecer cáncer de mama en el futuro. Por este motivo, algunos especialistas prefieren el término “neoplasia lobular” en lugar de “carcinoma lobular”. La neoplasia es una acumulación de células anómalas (20).

El diagnóstico de este tipo de carcinoma suele darse comúnmente solo de manera accidental, a través de una biopsia que se ha realizado con la finalidad de examinar la mama debido a otra circunstancia o sospecha. El carcinoma lobulillar in situ comúnmente no puede ser diagnosticado con mamografía o un examen físico regular (21).

### **3.7.3. Carcinoma ductal Infiltrante o invasivo**

Este tipo de cáncer es el más común entre todos los casos que se presentan a nivel mundial ya que se ha determinado que 8 de cada 10 cánceres de mama son de esta clase (12).

Se origina en el conducto que transporta la leche al pezón dentro del seno, penetra su pared y seguidamente invade el resto de tejidos de la mama a través del sistema linfático y la sangre, llevándose a cabo un proceso de metástasis (13); se trata, en consecuencia, de un tipo de cáncer invasivo.

Si bien el carcinoma ductal invasivo o infiltrante puede presentarse en mujeres de diferentes edades, se ha detectado una mayor incidencia del mismo en mujeres mayores. “Según la Sociedad Americana del Cáncer, aproximadamente dos tercios de las mujeres que son diagnosticadas con cáncer de mama invasivo tienen 55 años o más. El carcinoma ductal invasivo también afecta a los hombres” (22).

Para llevar a cabo un diagnóstico de este tipo de cáncer se recomienda llevar a cabo varios procedimientos cuya combinación busca asegurar el juicio médico. Entre estos están: la exploración física de las mamas, a través de la cual se sentirán anormalidades en los ganglios linfáticos o inflamaciones sobre la clavícula; la mamografía, que permitirá asegurar si existen indicios de cáncer invasivo; la ecografía, que sirva para obtener imágenes adicionales de los tejidos; la resonancia magnética, que generará imágenes de los tejidos internos; y, por último, la biopsia, que implica extirpar una parte de tejido para su posterior procesamiento patológico (23).

#### **3.7.4. Carcinoma lobulillar infiltrante o invasivo**

Este tipo de carcinoma es el segundo más frecuente dentro de los cánceres de mama, luego del ductal Infiltrante o invasivo. “Su incidencia varía del 1 al 20 %, lo cual indica el importante desacuerdo que existe en la definición histopatológica. Es un carcinoma con origen en los acinos glandulares, cuyas células proliferan y rompen la membrana basal e infiltran los tejidos adyacentes” (24).

Histológicamente, se caracteriza por invadir la estroma en forma lineal, adoptando las células neoplásicas una disposición como en "fila india" alrededor de los acinos y ductos terminales; las células son pequeñas, con núcleos redondos, escaso citoplasma y nucléolos sin particularidades. La importancia de este tipo de carcinoma es el seguimiento, por el posible cáncer contralateral de mama, así como la diseminación metastásica en el aparato gastrointestinal, los órganos genitales, el peritoneo, el retroperitoneo y otros órganos (25)

Se ha determinado que el carcinoma lobulillar infiltrante constituye un 5 % de los casos de cánceres malignos invasivos. Existe la tendencia de que los casos de este carcinoma se presenten con más frecuencia en mujeres cuyo rango de edad oscila entre los 45 y los 55 años (24).

A este tipo de cáncer de mama es posible detectarlo en más de una región del mismo seno, es decir, en generalmente multicéntrico; así mismo, puede también estar presente en ambos senos, lo que lo hace también de naturaleza bilateral (24).

## **4. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **4.1. Tipo de estudio**

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional descriptivo, correlacional, de corte transversal en el que se incluyeron 248 pacientes de SOLCA de la ciudad de Guayaquil tanto de los servicios de consulta externa y hospitalización que fueron atendidos desde enero a junio del 2015.

### **4.2. Área de estudio**

El estudio se lo realizo en la ciudad de Guayaquil en el Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo en el servicio de consulta externa y hospitalización que se encuentra ubicado al norte de la ciudad.

### **4.3. Población estudiada**

El universo del estudio está conformado por la totalidad de pacientes diagnosticados con Cáncer de Mama, que fueron atendidos en el servicio de consulta externa u hospitalización del Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo desde Enero a Junio del 2015. La muestra abarcará la totalidad del universo. Se tomaron en cuenta todos los pacientes sin motivos de exclusión debida que nuestro estudio se basa en la edad y sexo en los que mayormente se presenta esta neoplasia.

### **4.4. Variables de estudio**

**Variable dependiente:** Prevalencia

**Variable Independiente:** Cáncer de mama

**Variable interviniente:** Edad, Sexo, factores genéticos, uso de anticonceptivos, hábitos, gestas, factores socio-demográficos

#### **4.5. Tipo de análisis**

Todo el análisis y gestión de datos fue elaborada con el programa de Microsoft Office Excel y SPSS. Los datos se presentaron en frecuencia, promedios, porcentajes, desviación estándar y gráficos comparativos de los diferentes resultados obtenidos.

## RESULTADOS

El Universo total de los pacientes atendidos con Cáncer de mama en SOLCA de enero a junio del 2015 fue de 249 pacientes, presentándose dicha neoplasia en diferentes sexos y edades así mismo en diferentes etapas de la misma.

La prevalencia de cáncer de mama en la Provincia del Guayas es de 0.

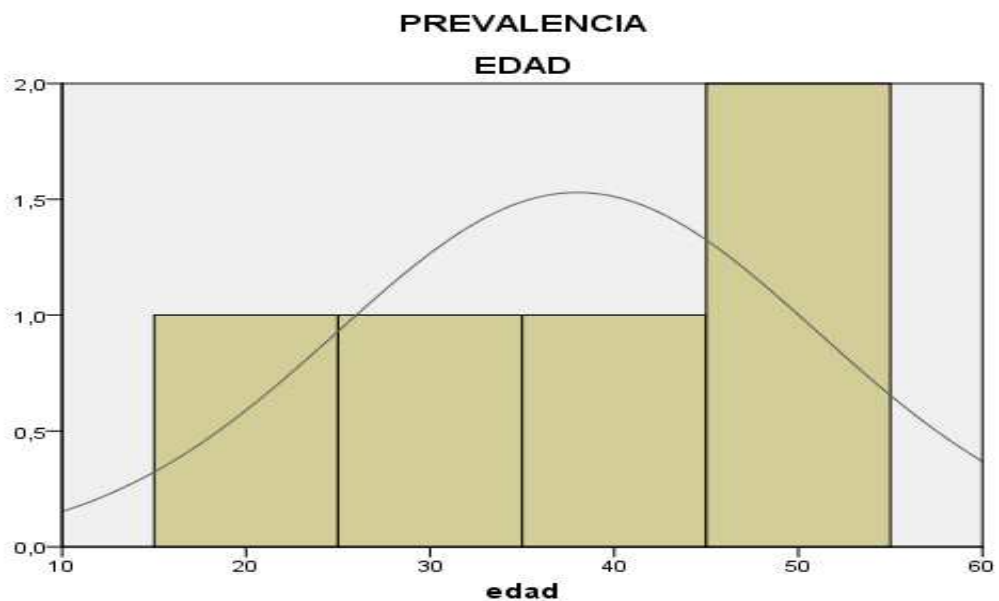
Entre los resultados según su grupo atareo tenemos como la mayor frecuencia entre 51 a 60 años (28.92%), seguido por los pacientes de 61 a 70 años (23.69%) y en tercer lugar entre 41 a 50 años (23.29%). Tabla 1

Tabla 1 Distribución de los pacientes por edad

EDAD	CASOS	PORCENTAJE
20-30	9	3,61%
31-40	21	8,43%
41-50	58	23,29%
51-60	72	28,92%
61-70	59	23,69%
71-80	21	8,43%
81-90	9	3,61%
<b>TOTAL</b>	<b>249</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos

Gráfico 1 Edad



En lo que concierne al sexo en el que se presenta esta neoplasia tenemos como predominante el femenino presentándose en un 99.59% que corresponde a 248 pacientes y 0.41 % sexo masculino correspondiendo a 1 paciente de todo nuestro universo. Tabla 1

Tabla 2 Distribución de los pacientes por sexo

<b>SEXO</b>	<b>CASOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
FEMENINO	248	99.59%
MASCULINO	1	0.41%
<b>TOTAL</b>	<b>249</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos

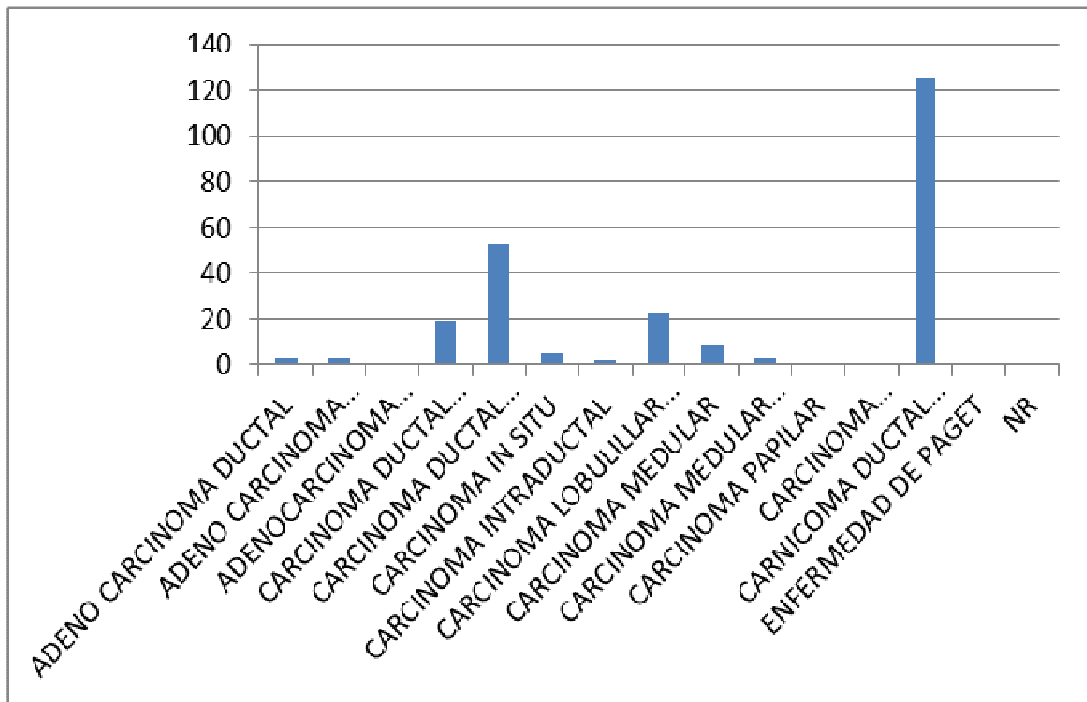
Tabla 3 Tipos de Cáncer de mama más frecuentes

<b>TIPOS DE CANCER</b>	<b>Casos</b>	<b>Porcentaje</b>
CARNICOMA DUCTAL INFILTRANTE GRADO HISTOLOGICO II	125	50.20%
CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE GRADO HISTOLOGICO III	53	21.28 %
CARCINOMA LOBULILLAR INFILTRANTE	22	8.83%
CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE GRADO HISTOLOGICO I	19	7.63%
CARCINOMA MEDULAR	9	3.61%
CARCINOMA IN SITU	5	2%
CARCINOMA MEDULAR INFILTRANTE	3	1.20%
ADENO CARCINOMA DUCTAL	3	1.20%
ADENO CARCINOMA MUCINOSO	3	1.20%
CARCINOMA INTRADUCTAL	2	0.80%
CARCINOMA PAPILAR	1	0.40%
ENFERMEDAD DE PAGET	1	0.40%
CARCINOMA TUBULOLOBULAR INFILTRANTE	1	0.40%
ADENOCARCINOMA METASTASICO	1	0.40%
NR	1	0.40%
<b>TOTAL</b>	<b>249</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos



Gráfico 2 Tipos de cáncer de mama más frecuentes



Entre los diferentes tipos de cáncer de mama tenemos como el más común el carcinoma ductal infiltrante grado histológico II presentándose en un 50.20% que equivale a 125 pacientes de los cuales 1 caso corresponde a nuestro único paciente de sexo masculino, en segundo lugar tenemos el carcinoma ductal infiltrante grado histológico iii con 21.28% que equivale a 53 pacientes lugar y en tercer lugar figura el carcinoma lobulillar infiltrante con 8.83% equivalente a 22 pacientes y así sucesivamente se van presentando los otros tipos de CA de mama pero ya en muy poca cantidad como lo indica la tabla 3.

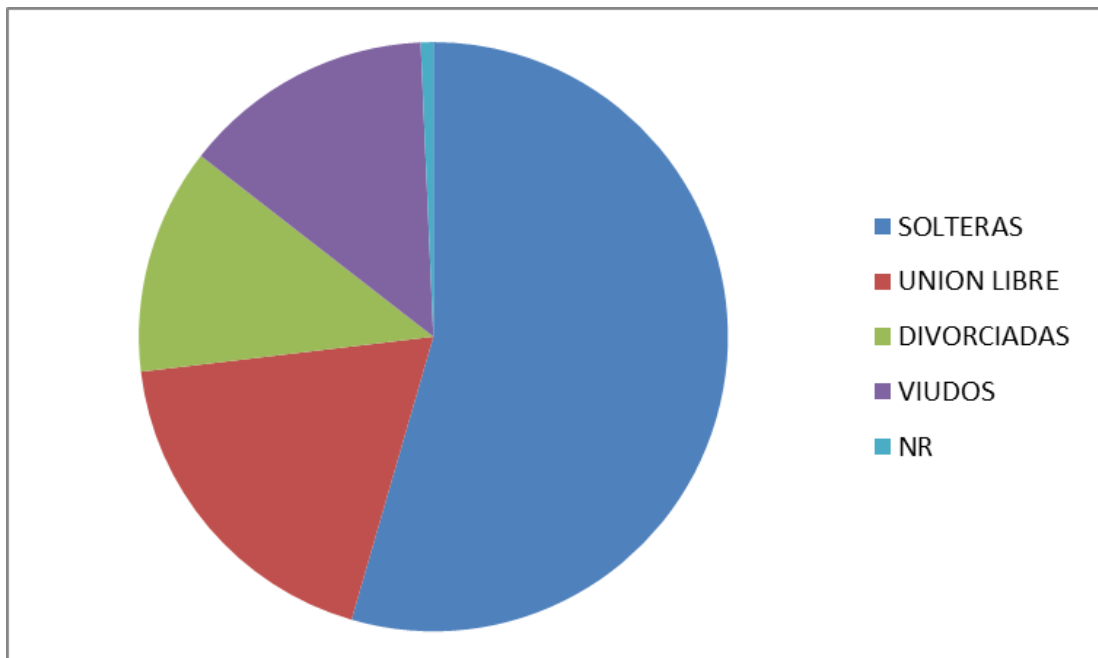
Tabla 4 Distribución del estado civil de los pacientes

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>CASOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
CASADAS	104	41,77%
SOLTERAS	79	31,73%
UNION LIBRE	27	10,84%
DIVORCIADAS	18	7,23%
VIUDOS	20	8,03%
NR	1	0,40%
<b>TOTAL</b>	<b>249</b>	<b>100%</b>

NR: NO REFIERE

Fuente: Base de datos

Gráfico 3 Distribución del estado civil de los pacientes



Refiriéndonos al estado civil de los pacientes tenemos que 41.77% de las pacientes se encuentran casadas a continuación 31.73% que equivale a las pacientes solteras luego las pacientes con unión libre, divorciadas y por ultimo viudos. Tabla 4

Tabla 5 Distribución demográfica de la procedencia de los pacientes

<b>PROCEDENCIA</b>	<b>CASOS</b>
GUAYAS	204
LOS RIOS	22
SANTA ELENA	5
MANABI	6
MACHALA	4
ESMERALDA	5
PICHINCHA	3
<b>TOTAL</b>	<b>249</b>

Fuente: Base de datos

Tabla 6 Distribución de los pacientes según su ocupación

<b>OCUPACIÓN</b>	<b>CASOS</b>
QD	186
PROFESIONALES	63
<b>TOTAL</b>	<b>249</b>

QD: QUEHACERES DOMÉSTICOS

Fuente: Base de datos

Tabla 7 Hábitos de los pacientes

<b>HABITOS</b>	<b>TABACO</b>	<b>ALCOHOL</b>
SI	132	87
NO	117	162
<b>TOTAL</b>	<b>249</b>	<b>249</b>

Fuente: Base de datos

Con respecto a las características sociodemográficas tenemos que la mayoría de los pacientes en estudio son de la provincia del Guayas (Tabla

5), así mismo la mayor cantidad la encontramos en pacientes que se dedican a los quehaceres domésticos (Tabla 6) y por último la pacientes con hábitos tanto como el tabaco ocupa el 53.01% ocupando el primer lugar mientras que el alcohol 34.93% que equivale a 87 personas quedando así en segundo lugar (Tabla 7).

Tabla 8 Factores de Riesgo

<b>FACTORES DE RIESGO</b>	<b>CASOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Antecedentes Familiares de ca de mama	26/249	10.44%
Uso de ACO	37/249	14.85%
Menarquia antes de los 12 años	91/249	36.54%
Nulíparas	96/249	38.55%
GEN HER2NEU	146/249	58.63%

ACO: Anticonceptivos orales

Fuente: Base de datos

Entre los factores de riesgo tenemos que el que predomina es el hecho de que las pacientes no hayan t que las pacientes no hayan tenido gestas, esto hace que 96 pacientes de nuestro universo tengan ca de mama que corresponde a 38.55%, mientras que la menarquia antes de los 12 años las ubica en segundo lugar con 36.54%, el uso de anticonceptivos orales en tercer lugar con 14.85% que corresponde a 37 pacientes, y por último los antecedentes familiares con ca de mama con 10.44%. Tabla 8

## DISCUSIÓN

En base a los resultados de nuestro estudio podemos llegar a la conclusión que mientras más años de edad tienen las mujeres más propensas son a padecer cáncer de mama, debido a que la mayoría de nuestros paciente por no decir más del 70% sobrepasan los 40 años de edad.

Cabe recalcar que con el simple hecho de ser mujer es un factor de riesgo para cáncer de mama sin embargo no siempre es así como lo demostramos con nuestro estudio, en el que 1 caso es de sexo masculino, si bien es cierto los hombres tienen menos riesgo de padecer cáncer de mama porque no tienen mucha cantidad de hormonas femeninas como el estrógeno y la progesterona y esto hace que tengan menos posibilidades de promover el desarrollo de células cancerosas en la glándula mamaria, en este caso este paciente tenía factores familiares con ca de mama que son los únicos que nos apuntan a que él haya desarrollado dicha neoplasia.

Es significativo que el hecho de haber tenido una menarquia temprana eleva los índices de Ca de mama, en nuestro caso con la investigación revelamos que 91 pacientes de nuestro universo tuvieron esta característica, esto ocasionó que aquellas células mamarias estuvieran mayor tiempo expuestas a estrógenos y progesterona provocando que una exposición prolongada aumentara el riesgo de padecer cáncer de mama.

Así mismo aquellas mujeres que nunca salieron embarazadas o que sus embarazos no llegaron a término hacen que sean más propensas que aquellas que sí tuvieron gestas debido a que el embarazo lleva a la última de maduración las células mamarias, y lo podemos demostrar debido a que 96 mujeres de nuestro grupo de investigación son nulíparas.

Y no nos quedó muy claro el hecho que si las persona de menos recurso tienen menor riesgo de padecer cáncer de mama, como lo indican varios estudios realizados, sin embargo si pudimos constatar que más del 60% son mujeres que se dedican a las labores del hogar o que simplemente no han tenido mayor instrucción de educación, podría ser el caso de que aquellas mujeres que pasan mayor tiempo en casa tienen más acceso a espacios televisivos o radiales en los que incentivan la práctica de palparse los senos para así descartar o sentir la presencia de algún nódulo que indique el futuro desarrollo de un cáncer de mama.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En base a todos los resultados obtenidos de nuestra investigación podemos decir que en el Ecuador esta no es una enfermedad exclusiva de mujeres como lo era antes, debido a que no se reflejaban valores de cáncer de mama en el sexo masculino y ahora ya son partes de las estadísticas, sin embargo son cifras relativamente bajas que en nuestra investigación corresponde al 0.44% de nuestro universo.

Con todo esto podemos indicar que se debería aumentar las campañas de prevención del cáncer de mama y sería aconsejable enfocarlas o darles un giro respecto a quien van dirigidas, porque en la actualidad todas las campañas van exclusivamente para mujeres, lo que se debería hacer es incentivar más el autoexamen en ambos sexos para así tratar de reducir las cifras en el sexo femenino y no permitir que aumenten en el sexo masculino.

Para concluir podemos decir que esta es una de las mayores enfermedades que enfrentamos nosotras las mujeres pero una detección precoz y chequeos regulares podrían hacer la diferencia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez J, Rodríguez A, Triana A, Mendoza R. Conocimientos de los factores de riesgo sobre cáncer de mama en Puerto La Cruz, estado Anzoátegui, Venezuela. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2012; 11(5).
2. Lugones M, Ramírez M. Aspectos históricos y culturales sobre el cáncer de mama. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2009 Julio-Septiembre; 25(3).
3. Gómez H, Lewis S, Torres L, López L. El cáncer de mama en América Latina y el Caribe: morbilidad, mortalidad y carga de la enfermedad México D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, A.C. ; 2009.
4. Organización Mundial de la Salud. Octubre: Mes de Sensibilización sobre el Cáncer de Mama. [Internet].; 2015. Obtenido de HYPERLINK "[http://www.who.int/cancer/events/breast\\_cancer\\_month/es/](http://www.who.int/cancer/events/breast_cancer_month/es/)" [http://www.who.int/cancer/events/breast\\_cancer\\_month/es/](http://www.who.int/cancer/events/breast_cancer_month/es/).
5. Ministerio de Salud. El Ministerio de Salud comprometido en la lucha contra el cáncer de mama. [Internet].; 2012 [Obtenido de HYPERLINK "<http://www.salud.gob.ec/el-ministerio-de-salud-comprometido-en-la-lucha-contra-el-cancer-de-mama/>" <http://www.salud.gob.ec/el-ministerio-de-salud-comprometido-en-la-lucha-contra-el-cancer-de-mama/>.
6. Tanca J, Arreaga C. Incidencia del cáncer en Guayaquil 2003-2006. *Revista de Oncología*. 2010 Enero-Junio; 20(1).
7. American Cancer Society. Resumen sobre el cáncer de seno (mama). [Internet].; 2014. Obtenido de HYPERLINK "<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003038-pdf.pdf>" <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003038-pdf.pdf>.



8. Villarreal E, Escorcía V, Martínez L, Vargas E, Galicia L, Cervantes R. Historia natural del proceso diagnóstico de cáncer de mama. Revista Panameña de Salud Pública. 2014; 35(3).
9. Martínez J. Cáncer de mama. Boletín de práctica médica efectiva. 2007 Octubre.
10. American Cancer Society. Prevención y detección temprana del cáncer de seno. [Internet].; 2014. Obtenido de HYPERLINK "http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003164-pdf.pdf"  
<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003164-pdf.pdf>.
11. Instituto Nacional del Cáncer. El cáncer de mama en 8 palabras Argentina: Ministerio de Salud de la Nación; 2012.
12. American Cancer Society, Inc. Tipos de cáncer de seno. [Internet].; 2014 [Obtenido de HYPERLINK "http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/cancer-de-seno-what-is-breast-cancer-types"  
<http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/cancer-de-seno-what-is-breast-cancer-types>.
13. Guzmán, K. et al. Carcinoma ductal infiltrante, el tipo de cáncer de mama más común. Archivos de medicina. 2012; 8(1).
14. Torres, S. et al. Cáncer de MAMA Ductal in S. In Mastología SCd. II Jornada Chilena en Consenso de Cáncer de Mama. Viña del Mar; 2003. p. 47-60.
15. AA.VV. CDIS: carcinoma ductal in situ. [Internet].; 2014. Obtenido de HYPERLINK "http://www.breastcancer.org/es/sintomas/tipos/cdis"  
<http://www.breastcancer.org/es/sintomas/tipos/cdis>.
16. Pérez J, Soto S. Carcinoma ductal in situ de la mama. Análisis del período 1998-2002 en el Hospital Clínico Regional de Valdivia. Cuadernos de Cirugía. 2003; 17(1).

17. Komen S. Carcinoma ductal in situ. [Internet].; 2013. Obtenido de  
HYPERLINK  
"https://ww5.komen.org/uploadedFiles/Content\_Binaries/806-384-  
SP.pdf" [https://ww5.komen.org/uploadedFiles/Content\\_Binaries/806-384-SP.pdf](https://ww5.komen.org/uploadedFiles/Content_Binaries/806-384-SP.pdf).
18. AA.VV. Indicios y síntomas del carcinoma ductal in situ (CDIS). [Internet].; 2012. Obtenido de  
HYPERLINK  
"http://www.breastcancer.org/es/sintomas/tipos/cdis/sintomas"  
<http://www.breastcancer.org/es/sintomas/tipos/cdis/sintomas>.
19. American Cancer Society. Carcinoma lobulillar in situ (LCIS). [Internet].; 2015. Obtenido de  
HYPERLINK  
"http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/recursosadicionales/fragmentado/condiciones-no-cancerosas-del-seno-lobular-carcinoma-in-situ"  
<http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/recursosadicionales/fragmentado/condiciones-no-cancerosas-del-seno-lobular-carcinoma-in-situ>.
20. AA.VV. CLIS: carcinoma lobular in situ. [Internet].; 2012. Obtenido de:  
HYPERLINK "http://www.breastcancer.org/es/sintomas/tipos/clis"  
<http://www.breastcancer.org/es/sintomas/tipos/clis>.
21. Komen S. El carcinoma in situ. [Internet].; 2009. Obtenido de  
[http://ww5.komen.org/uploadedFiles/Content\\_Binaries/806-385-SP.pdf](http://ww5.komen.org/uploadedFiles/Content_Binaries/806-385-SP.pdf)
22. AA.VV.. CDI: carcinoma ductal invasivo. [Internet].; 2014. Obtenido de  
HYPERLINK "http://www.breastcancer.org/es/sintomas/tipos/cdi"  
<http://www.breastcancer.org/es/sintomas/tipos/cdi>.
23. AA.VV. Análisis para diagnosticar el CDI. [Internet].; 2012. Obtenido de  
HYPERLINK  
"http://www.breastcancer.org/es/sintomas/tipos/cdi/diagnostico/diagnosticar"  
<http://www.breastcancer.org/es/sintomas/tipos/cdi/diagnostico/diagnosticar>

[ar.](#)

24. Perurena, L. et al. Lesión del músculo pectoral por carcinoma lobulillar infiltrante. Revista Cubana de Medicina Militar. 2013 Septiembre-Diciembre; 42(4).
25. Tacuri C, Delgado J, Garrido N, Nieto A, Zapico A, Cortés J. Metástasis intraabdominales de un carcinoma lobulillar infiltrante de mama. A propósito de un caso clínico y revisión del tema. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2002; 45(1).
26. Komen S. Tipos de tumores de cáncer de seno. [Internet].; 2012. Obtenido de HYPERLINK "https://ww5.komen.org/uploadedFiles/Content\_Binaries/806-369-SP.pdf" [https://ww5.komen.org/uploadedFiles/Content\\_Binaries/806-369-SP.pdf](https://ww5.komen.org/uploadedFiles/Content_Binaries/806-369-SP.pdf).

# URKUND

The screenshot displays the URKUND web interface. At the top, the browser's address bar shows the URL: <https://secure.arkund.com/view/1572692-362262-323336=q1bKLvayjibQMeQx9VRK5Mz8tMjGxCEFOVbyQDMwNDCwMLAwNDY0NjAw>. The page title is "URKUND".

The main content area displays the following information:

- Document:** [Vera y Swett.doc \(015679889\)](#)
- Submitted:** 2015-10-14 10:43 (-05:00)
- Submitted by:** [stefany.yiff@hotmail.com](mailto:stefany.yiff@hotmail.com)
- Receiver:** [elizabeth.benites.ucsg@analysis.arkund.com](mailto:elizabeth.benites.ucsg@analysis.arkund.com)
- Message:** [Show full message](#)

A yellow highlight indicates that 2% of this approximately 13-page document consists of text present in 2 sources.

Below this information is a "List of sources" table:

Rank	Party/Filename
>	<a href="http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/12245/5789/430/1/1-UCSG-PRE-FILE-EP-3.pdf">http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/12245/5789/430/1/1-UCSG-PRE-FILE-EP-3.pdf</a>
	<a href="http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/12245/5789/824/1/1-UCSG-PRE-MED-ENF-42.pdf">http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/12245/5789/824/1/1-UCSG-PRE-MED-ENF-42.pdf</a>
	<a href="http://www.cancer.org/acs/groups/cdo/documents/webcontent/003303b.pdf.pdf">http://www.cancer.org/acs/groups/cdo/documents/webcontent/003303b.pdf.pdf</a>

Below the table, there are sections for "Alternative sources" and "Sources not used", both of which are currently empty.

At the bottom of the interface, there is a navigation bar with icons for home, back, forward, search, and share, along with a "Warnings" section showing a warning icon and the text "0 Warnings".