

Policlínico Docente 1ro. de Enero, Pinar del Río

## COMPORTAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA EN EL MUNICIPIO CONSOLACIÓN DEL SUR

*Lic. Paula Fonticiella Benítez,<sup>1</sup> Lic. Dania Echeverría Dubé<sup>2</sup> y Dra. Alicia Almeida Forte<sup>3</sup>*

### RESUMEN

Debido a que la primera causa de muerte por enfermedades malignas la ocupa el cáncer de mama realizamos un estudio descriptivo retrospectivo con los pacientes comprendidos entre los 20 y 77 años de edad de la población femenina del Municipio Consolación del Sur en el período enero-diciembre de 1999, las cuales fueron evaluadas en la consulta de clasificación municipal de patologías mamarias, quienes resultaron ser sospechosas de padecer alguna afección por esta entidad. Se analizaron factores relacionados con la morbilidad del cáncer de mama en nuestro medio, se utilizaron medidas estadísticas como números absolutos, porcentajes y tasas de prevalencia e incidencia. Se aplicó encuestas al total de casos diagnosticados con cáncer de mama. El mayor número de casos se presentó en mujeres de la raza blanca, de más bajo nivel de escolaridad, desvinculadas laboralmente y de zona rural. La enfermedad fue más frecuente en la 4ta. y 7ma. décadas de la vida. La tasa de prevalencia fue de 22,0 por 10 000 habitantes y fueron captadas el 56,2 % por el médico de la familia, el diagnóstico se realizó en etapas I y II al mayor porcentaje de los casos, la tasa de mortalidad fue de 21,3 por 10 000 habitantes.

*DeCS: NEOPLASMAS DE LA MAMA/diagnóstico; NEOPLASMAS DE LA MAMA/epidemiología; NEOPLASMAS DE LA MAMA/mortalidad; CALIDAD DE VIDA; ATENCION PRIMARIA DE SALUD; MORBILIDAD.*

La incidencia de cáncer de mama ha aumentado a razón del 3 % por año desde el 1980 y en 1991 se diagnosticaron más de 140 000 casos.<sup>1</sup>

En Cuba, es la primera causa de muerte por neoplasia maligna en la mujer y se diag-

nosticada cada año más de 1 600 casos nuevos que, lamentablemente, buena parte de ellos están en estadios avanzados.<sup>2</sup>

El programa de prevención de cáncer de mama no ha tenido el éxito esperado y la única garantía para lograr su impacto es

<sup>1</sup> Licenciada en Enfermería. Miembro Titular de la Sociedad Cubana de Enfermería. Profesora Adjunta de la Facultad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Asesora Municipal de Enfermería.

<sup>2</sup> Licenciada en Enfermería. Miembro Titular de la Sociedad Cubana de Enfermería. Vicedirectora Municipal de Enfermería.

<sup>3</sup> Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Asesora de Obstetricia del Programa Materno Infantil. Miembro de la Filial de Ginecología y Obstetricia.

el diagnóstico temprano.<sup>3</sup> En nuestro país se utilizan para su diagnóstico los métodos más utilizados mundialmente: el autoexamen, el examen clínico de las mamas, la mamografía y la biopsia aspirativa con aguja fina (BAAF), es una prueba generalmente ambulatoria, siempre anterior al acto quirúrgico, inocua y permite un diagnóstico de alta precisión.<sup>4,5</sup>

Dado que el cáncer de mama puede ser detectado con relativa facilidad, debido a la asequibilidad de las mamas y a la eficiencia de los métodos y diagnósticos con que se cuenta, su índice de curabilidad es alto, siempre que su diagnóstico se realice en estadios tempranos.

Por la gran importancia que reviste la morbimortalidad por el cáncer de mama y como aspecto a valorar para el mejoramiento de los indicadores de salud de la población femenina de nuestro municipio, nos hemos motivado a realizar esta investigación con la finalidad de disminuir las tasas por esta afección, mediante el pesquiasaje oportuno y el diagnóstico precoz, con el propósito de mejorar la calidad de vida, pilar fundamental para lograr el impacto esperado en el municipio de Consolación del Sur.

## MÉTODOS

Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo con las pacientes atendidas en la consulta de clasificación de afecciones mamarias del municipio Consolidación del Sur, en el período enero-diciembre del 1999. En el mismo sólo incluimos 68 pacientes quienes constituyeron nuestro universo de trabajo, ya que de alguna forma fueron sospechosas de presentar alguna enfermedad mamaria. Las variables objeto de estudio fueron los rasgos básicos de las pacientes, prevalencia e incidencia según ubicación

geográfica, afluencia de las pacientes según vías de accesos y etapas de diagnóstico y evolución clínica.

Los resultados se validaron teniendo en cuenta los datos registrados en el departamento de estadística y la consulta de clasificación municipal de afecciones mamarias, ubicados en el Policlínico Comunitario Docente “5 de septiembre”.

Se utilizaron medidas estadísticas como números absolutos, porcentajes y tasas de prevalencia e incidencia. Se aplicó una encuesta al total de casos diagnosticados con cáncer de mama en el municipio. Los resultados obtenidos se representaron en tablas estadísticas para su mejor comprensión.

## RESULTADOS

En nuestro estudio se refleja claramente que de un total de 68 pacientes sospechosas de presentar enfermedades mamarias, el 63 % resultó portador de enfermedades benignas, el 23,5 % resultó tener cáncer de mama y el 13,2 % resultó negativo (tabla 1).

La tabla 2 se refiere al comportamiento de cáncer de mama según la raza, donde observamos que el 68,8 % de los casos corresponde a la raza blanca.

TABLA 1. *Incidencia encontrada de afecciones mamarias a través de BAAF*

Mastopatías	No.	%
Displasias mamarias	4	5,8
Fibroadenomas	16	23,5
Enfermedad fibroquistica	12	17,6
Adenitis crónica	1	1,4
Absceso mamario	1	1,4
Tejido fibroadiposo	9	13,2
Cáncer de mama	16	23,5
Negativas	9	13,2
Total	68	100

Fuente: Registros médicos.

TABLA 2. *Pacientes con cáncer de mama según la raza*

Raza	No.	%
Blanca	11	68,8
Negra	5	31,2
Total	16	100

Fuente: Encuestas.

La tabla 3 indica que el 62,6 % de los casos solo tenía concluido el nivel primario de escolaridad. Además, el 75 % correspondió a las amas de casa (tabla 4). Podemos observar en la tabla 5 que según grupos de edades la mayor incidencia se plasma en la 4ta. y 7ma. décadas de la vida, lo que se corresponde con el 62,5 % del total de casos en estos grupos etarios; la mayor incidencia ocurre en las mayores de 70 años con el 37,5 % y a éste le sigue la década de los 40.

TABLA 3. *Nivel de escolaridad en las pacientes con cáncer de mama*

Escolaridad	No.	%
Nivel primario	10	62,6
Nivel secundario	4	25
Nivel superior	1	6,2
Nivel universitario	1	6,2
Total	16	100

Fuente: Encuesta.

TABLA 4. *Comportamiento de la actividad laboral en las pacientes con cáncer de mama*

Ocupación	No.	%
Amas de casa	12	75
Trabajadoras	4	25
Total	16	100

Fuente: Encuesta.

TABLA 5. *Clasificación por grupos de edades de las pacientes con cáncer de mama*

Grupos de edades (años)	No.	%
30-39	1	6,2
40-49	4	25
50-59	3	18,8
60-69	2	12,5
70 y más	6	37,5
Total	16	100

En la tabla 6 de nuestra investigación se refleja que el 56,2 % pertenece al área "5 de Septiembre" y además, el 62,5 % es de la zona rural.

En la tabla 7 se demuestra que el 56,2 % del total de casos fue captado por el médico de la familia, el resto asistió por sus medios donde ellos determinaron.

TABLA 6. *Incidencia según área de salud y zona de residencia*

Área de salud	No. urbanos	%	No. rurales	%	No. total	%
"5 de Septiembre"	4	44,4	5	56,2	9	100
"1ro. de Enero"	2	28,5	5	71,5	7	100
Total	6		10		16	100

Fuente: Controles médicos.

TABLA 7. *Afluencia de pacientes según vías de acceso*

Captadas	No.	%
Médico de la familia	9	56,2
Consulta municipal	3	18,8
Consulta provincial	4	25
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuestas.

Las etapas de diagnóstico en la tabla 8 muestran que el 43,8 % de los casos fueron diagnosticados en etapa II lo que ocupa el mayor porcentaje, le continuó la etapa I con el 25 %. En la tabla 9 observamos que el mayor número de fallecidas correspondió al grupo de 30-39 años con el 42,9 % del total de casos, aspecto que nos lleva a insistir en el cumplimiento periódico y programado con el examen clínico y el autoexamen de mama, con la finalidad de lograr el 100 % de las captaciones en etapas muy precoces, lo que evita la muerte de mujeres tan jóvenes.

TABLA 8. *Etapas de diagnóstico y evolución clínicas*

Etapas	No.	%
I	4	25
II	7	43,8
III	2	12,5
III-IV	1	6,2
Sin clasificar	2	12,5
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Fuente: Registros médicos.

TABLA 9. *Pacientes fallecidas en el año 1999 según grupos de edades*

Grupos de edades (años)	No.	%
30-39	3	42,9
40-49	2	28,7
50-59	1	14,2
60-69	1	14,2
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

Fuente: Departamento de Estadística.

## DISCUSIÓN

En nuestro estudio los resultados encontrados en relación con la frecuencia de aparición de afecciones benignas y malignas fueron los esperados, pues predominan las benignas, todas las pacientes fueron seguidas y tratadas, hecho que se corresponde con lo planteado por otros autores en estudios realizados sobre este tema.<sup>2</sup>

La raza como rasgo estudiado obtuvo mayor incidencia en la blanca, aunque no hacemos estudios comparativos de ésta, pues no contamos con bibliografía que describa este aspecto.

Se demuestra en nuestro estudio que el cáncer de mama tuvo su más alta participación en pacientes amas de casa, con más bajo nivel de escolaridad y de la zona rural, por lo que se asegura que existe una estrecha relación en la falta de conocimientos y cultura de esta población, lo cual impide la preocupación por la realización del autoexamen y examen clínico, aspectos fun-

damentales para la captación precoz. Se debe hacer énfasis en la conveniencia de realizar el examen clínico periódico a toda mujer.<sup>6</sup>

Recomendamos incrementar la divulgación y práctica de los métodos de detección precoz del cáncer de mama, especialmente en ese grupo poblacional.

La presencia del cáncer de mama en nuestro municipio se comportó según la edad, lo que se manifiesta gráficamente por picos en la década de los 40 y los 70 a, hecho que coincide con lo planteado por otros autores, debido a la gran actividad hormonal existente en dichos períodos, frente a un epitelio mamario agotado o en vías de ello.<sup>7,8</sup>

El incremento de riesgo de presentar la enfermedad en edades avanzadas, tal y como lo muestran nuestros resultados, se explica por un aumento del llamado riesgo acumulativo, debido fundamentalmente a que la edad es el factor que individualmente mayor porcentaje aporta al cáncer de mama.<sup>9</sup> La tasa de prevalencia se comporta en iguales cifras que en estudios realizados por otros investigadores de 22,0 por 10 000 hab.<sup>3</sup> A pesar de que más del 50 % de nuestra muestra fue captado por el médico de la familia y que 3 y 4 casos respectivamente fueron captadas en consulta municipal y provincial, consideramos que los resultados no se comportan de acuer-

do con las exigencias del programa, pues la captación masiva debe ocurrir a través del médico de la familia.<sup>10</sup>

Nuestro estudio mostró que el mayor porcentaje de las pacientes fue captado en etapas I y II, que se corresponde a etapas tempranas. Se ha comprobado en el mundo que la mejor manera de reducir el costo de la atención de salud es manteniendo a las personas más sanas y detectando las enfermedades en estadio muy precoces, de manera que su tratamiento sean muy oportuno, lo cual evita la pérdida de años productivos y socialmente útiles.

Concluimos que en 1999 tuvimos una tasa de fallecidas de 21,3 por 10 000 habitantes, encontrando que entre la 3ra. y 4ta. décadas correspondió al grupo más afectado, esto demuestra la importancia del cumplimiento estricto del programa, elevando con ello el conocimiento acerca de la importancia del autoexamen y el examen clínico en los grupos poblacionales de más bajo nivel cultural y de más difícil acceso a los medios de comunicación, así como la importancia de la realización de labor educativa sobre este aspecto en la comunidad, por parte de los médicos y enfermeras de la familia, para lograr con ello la captación del 100 % de los casos en etapas muy precoces, así elevamos la calidad de vida de la mujer.

## SUMMARY

Since the first cause of death from malignant diseases is breast cancer, we made a retrospective descriptive study with female patients aged 20-77 in Consolación del Sur municipality from January-December, 1999. These patients were evaluated in the municipal classification medical service of breast pathologies and were suspected of suffering from any affection caused by this entity. Factors related with breast cancer morbidity in our area were analyzed; statistical measures like absolute numbers, percentages and prevalence/incidence rates were used. All the cases diagnosed with breast cancer were surveyed. The highest number of cases was found in white women, with the lowest educational level, non-working females and living in rural areas. The disease was more frequent

in the 4<sup>th</sup> and 7<sup>th</sup> decades of life. The prevalence rate was 22 per 10 000 pop. and 56.2% of cases was detected by family physicians. The highest percentage of cases was diagnosed at stages I and II; the death rate was 21.3 per 10 000 pop.

*Subject headings:* BREAST NEOPLASMS/diagnosis; BREAST NEOPLASMS/ epidemiology; BREAST NEOPLASMS/mortality; QUALITY OF LIFE; PRIMARY HEALTH CARE; MORBIDITY.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Duckers P, Ricci AD. Disease of the breast comit current therapy. 36 ed. Philadelphia: Wonders, 1992:994-1003.
2. Prendes Labrada M. Pesquisaje del cáncer de mama en la comunidad de Santo Suárez. Rev Cubana Med Gen Integr 1998;14(2):165-70.
3. Morales González R. Morbilidad del cáncer de mama en la mujer. Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15(3):247-52.
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Registro Nacional de cáncer. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1997:5-20.
5. Borreg López J. Valor de la biopsia aspirativa con aguja fina. Rev Cubana Obstet Ginecol 1997;23(2-3):81-5.
6. Moreno de Miguel LF. Cáncer temprano de la mama. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1993.
7. Anderson DE, Badgioch MD. Risk of familial breast cancer. 1995;56:383-7.
8. Decker D. Prophylactic mastectomy for familial breast cancer. JAMA 1995;269(20):2608-9.
9. Levis F. Breast cancer survival in relation to sex and age. Onc 992;94(6):413-7.
10. Hevia Martín A. Consulta de evaluación de afecciones mamarias a nivel primario. Resultados. Rev Cubana Med Gen Integr 1997;13(4):317-24.

Recibido: 29 de septiembre del 2000. Aprobado: 4 de marzo del 2001.

Lic. *Paula Fonticiella Benítez*. Edificio 7211 apto. 11. Pueblo Nuevo, Consolación del Sur, CP 23000, Pinar del Río, Cuba.