

Hospital Territorial Docente "Dr. Mario Muñoz Monroy" Colon

TUMORES DE MAMA, UNA PREOCUPANTE PARA LA SALUD

Lic. Nancy Puentes Padrón,¹ Lic. Gladys Clark Cairo,² Dr. Juan Carlos Solares Carreño³ y Lic. Mayda Cepero Jiménez⁴

RESUMEN

La mama es un órgano de la estética femenina y una importante glándula que interviene en la lactancia materna. Podemos afirmar que el cáncer de mama, constituye hoy en día una preocupación constante para el sexo femenino. Se realizó un estudio retrospectivo, prospectivo, longitudinal de los tumores benignos y malignos de mama en 132 pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en el Hospital "Dr. Mario Muñoz Monroy", municipio de colón, provincia de Matanzas, durante el año 1999, con el objetivo de valorar el resultado quirúrgico de éstas, las variables: grupo etáreo, localización, diagnóstico, estudio se obtuvieron de la historia clínica y de la aplicación de un diseño de entrevista confeccionado para ese fin, se procesaron posteriormente los datos por el método porcentual y los resultados fueron los siguientes. El mayor porcentaje correspondió a las edades de 35-40 años, la displasia mamaria fue la lesión que prevaleció, seguidos del fibroadenoma, el cuadrante superior externo resultó la localización más frecuente y la mama derecha la más afectada, las pacientes mamectomizadas se clasificaron en el estadio clínico I y el apoyo psicológico por la enfermera y el médico fue satisfactorio.

DeCS: NEOPLASMAS DE LA MAMA/cirugía; NEOPLASMAS DE LA MAMA/diagnostico; MASTECTOMIA; ENFERMEDAD FIBROQUISTICA DE LA MAMA; FIBROADENOMA; ATENCION DE ENFERMERIA.

La mama es un órgano de la estética femenina y una importante glándula que interviene en la lactancia materna como "órgano blanco" de las

hormonas del ovario, constituye después de la pubertad una glándula como respuesta de las hormonas esteroideas periódicas de la gónada.

¹ Licenciada en Enfermería. Responsable del Consejo Municipal. Miembro Titular.

² Licenciada en Enfermería. Responsable Municipal de Educación Permanente. Miembro del Consejo Científico Municipal y Provincial. Vicepresidenta de la SOCUENF y Miembro Titular.

³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Master en Salud Pública. Profesor Instructor FCM Matanzas. Miembro Titular SOCUMEFA.

⁴ Licenciada en Enfermería. Vicedirectora Hogar Materno. Miembro Titular de la SOCUENF.

Las alteraciones del ciclo ovárico conducen a la enfermedad fibroquística.¹

Podemos afirmar que el cáncer de mama constituye hoy en día una preocupación constante para el sexo femenino, por la amenaza que para ella representa.²

Diariamente se diagnostican 3 nuevos casos con cáncer mamario en el universo de la población femenina cubana y ocurre una muerte en ese mismo tiempo.³

Según datos de la American Society, las enfermedades neoplásicas de las mamas representan en términos absolutos la causa más frecuente y común de muerte en mujeres entre los 39 y 44 años.⁴

En Cuba, el cáncer de mama ha representado una importante tasa de mortalidad desde hace varios años, la que en 1994 fue de 18,1 por 100 000 habitantes,⁵ de ahí la trascendencia de impulsar cada día más el programa nacional para la detección precoz de este tipo de neoplasia, que tiene como objetivo disminuir la mortalidad por esa causa, aumentar el intervalo libre de la enfermedad y poder realizar cirugías conservadoras. De ello se infiere la necesidad de desarrollar al máximo las consultas de mastología y llevar a cabo exitosamente el programa,¹ por lo que nuestro propósito fundamental en dicha investigación es valorar las edades, grupos etáreos. Relacionar los diagnósticos, delimitar la región de localización del tumor, valorar el comportamiento del cáncer de mama por estadio, así como la participación de la enfermera en el seguimiento de la paciente mamectomizada.

MÉTODOS

Se realizó una investigación retrospectiva, prospectiva, longitudinal en el Hospital "Dr. Mario Muñoz Monroy", municipio Colón, provincia de Matanzas, en tiempo comprendido de enero a diciembre de 1999.

El universo estuvo constituido por 132 pacientes intervenidas quirúrgicamente en

dicho centro y por ser éste abordable conformó nuestra muestra objeto de investigación.

Se obtuvieron los datos de las Historias Clínicas en Consulta Externa, los cuales fueron recogidos en planillas individuales, las variables analizadas fueron: grupo etáreo (conformado por 5 grupos), diagnóstico (conformado por 9), región de localización del tumor (conformado por 9 localizaciones) y estadio clínico (conformado por 4 estadio no se precisó en 1).

Se aplicó una entrevista prospectiva longitudinal cerrada a 25 pacientes que fueron mamectomizadas por presentar neoplasia maligna. Una vez dada de alta y ya en su hogar, se les explicó los objetivos de la misma y fue aceptada por todas ellas; además, nos permitió indagar sobre la labor que realiza el personal de enfermería en el seguimiento de este tipo de paciente (conformada por 6 aspectos).

Los datos obtenidos de las distintas fuentes se procesaron en una microcomputadora AcerMate DX4, los resultados obtenidos se expresaron en el texto de forma tabular para facilitar la interpretación y análisis de los mismos, se utilizó el método porcentual por proceso de síntesis y generalización.

RESULTADOS

Al analizar las edades de las pacientes investigadas (tabla 1) encontramos que los mayores porcentajes se obtuvieron en el intervalo de 35 - 49 años (32 %), seguidos del 31 % en el rango de 20 - 34 años, en menor frecuencia 50 - 64 años y 65 - 79 años para el 14,4 % y 11,4 % respectivamente.

En la tabla 2 se mostraron los diagnósticos, donde predominó la displasia mamaria con el 42,4 %, el fibroadenoma se presentó en el 30,3 % y las neoplasias malignas en el 18,9 %.

TABLA 1. Distribución de pacientes investigadas según grupos de edades

| Grupos de edades (años) | No. | % |
|-------------------------|------------|--------------|
| < 20 | 14 | 10,6 |
| 20 – 34 | 41 | 31,0 |
| 35 – 49 | 43 | 32,6 |
| 50 – 64 | 19 | 14,4 |
| 65 – 79 | 15 | 11,4 |
| Total | 132 | 100,0 |

Fuente: Historia Clínica.

TABLA 2. Distribución de las pacientes según diagnósticos.

| Diagnóstico | No. | % |
|------------------------|------------|--------------|
| Displasia mamaria | 56 | 42,4 |
| Fibroadenoma | 40 | 30,3 |
| Necrosis grasa mamaria | 1 | 0,8 |
| Enfermedades asociadas | 4 | 3,0 |
| Fístula mamaria | 2 | 1,5 |
| Lipoma de mama | 2 | 1,5 |
| Mastitis crónica | 1 | 0,8 |
| Papiloma intraductal | 1 | 0,8 |
| Neoplasias malignas | 25 | 18,9 |
| Total | 132 | 100,0 |

Fuente: Historia clínica.

TABLA 3. Distribución de pacientes según región de localización del tumor por mama

| Región | Mama derecha | | Mama izquierda | | Total | |
|----------------------------|--------------|--------------|----------------|--------------|------------|--------------|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Cuadrante superior externo | 19 | 30,1 | 18 | 30,0 | 37 | 28 |
| Cuadrante inferior externo | 16 | 25,4 | 10 | 16,7 | 26 | 19,6 |
| Cuadrante superior interno | 10 | 16,0 | 9 | 15,0 | 19 | 14,4 |
| Cuadrante inferior interno | 5 | 7,4 | 9 | 15,0 | 14 | 10,6 |
| Retroareolar | 8 | 12,7 | 8 | 13,3 | 16 | 12,1 |
| Bilateral | | | | | 9 | 6,8 |
| Varios cuadrantes | 0 | 0,0 | 1 | 1,7 | 1 | 0,8 |
| Línea media superior | 5 | 7,9 | 4 | 6,6 | 9 | 6,8 |
| Línea media inferior | 0 | 0,0 | 1 | 1,7 | 1 | 0,8 |
| Total | 63 | 100,0 | 60 | 100,0 | 132 | 100,0 |

Fuente: Historia Clínica.

La región de localización del tumor se reflejó en la tabla 3, el cuadrante superior externo fue el más afectado con el 30,1 % en la mama derecha y el 30 % en la mama izquierda, en el cuadrante inferior externo de la mama derecha se localizó el 25,4 % de los tumores, mientras que en la misma región, pero en la izquierda, este porcentaje disminuyó en el 17,6 %. Es preciso destacar la región de localización retroareolar del tumor la cual tuvo un comportamiento para ambas mamas de 8 casos respectivamente; el tumor bilateral se observó en 9 pacientes y la mama más afectada resultó la derecha con 63 localizaciones, mientras que en la izquierda la frecuencia fue de 60.

En la tabla 4 se observó que en el estadio I, encontramos el mayor porcentaje con el 52 %, seguido del estadio II con el 32 % y el 12 % en el estadio III, no se pudo precisar el estadio en un caso por carecer de datos.

La labor educativa de la enfermera, se evidenció con el seguimiento y orientaciones impartidas a las pacientes, consistentes en adecuar su régimen de vida a la situación actual que presentan para ayudarlas principalmente a combatir el estado depresivo que puedan tener (tabla 5).

TABLA 4. Pacientes según estadio clínico

| Estadio | No. | % |
|---------------|-----|-------|
| I | 13 | 52 |
| II | 8 | 32 |
| III | 3 | 12 |
| IV | 0 | 0 |
| No se precisa | 1 | 4 |
| Total | 25 | 100,0 |

Fuente: Historia Clínica.

DISCUSIÓN

Se puso de relieve que los mayores porcentajes se obtuvieron en los intervalos de 35 – 49 años. Según datos de la American Society en su artículo de cáncer de mama, refiere que las enfermedades neoplásicas de las mamas representan en término absoluto la causa más frecuente y común de muerte en mujeres entre los 39 – 44 años.^{4,5}

Aunque la displasia mamaria fue la afección que predominó en nuestra serie, aparece el fibroadenoma con valores relevantes o relativamente altos, estos resultados avalan lo que plantean otros autores, entre ellos *García León y Maleta*. La fre-

cuencia de estos tumores en la bibliografía consultada,^{6,7} oscila entre 0,5 y 1,3 %.

De acuerdo con lo observado en nuestra casuística se hace indispensable dirigir las acciones de salud al diagnóstico precoz de la entidad.⁷

Es preciso destacar la región de localización retroareolar del tumor que se comportó en ambas mamas de igual forma, la mama más afectada resultó la derecha.

La localización bilateral de cáncer de mama en nuestro estudio, mostró frecuencias similares a los resultados reportados por *Hernández y Díaz*,⁸ aunque los tumores pueden localizarse en cualquier sitio de las mamas.

El cáncer de mama no es privativo de la mujer y aparece como un hallazgo, y en menor frecuencia en el hombre, donde existe demora mayor en el diagnóstico del tumor.⁹⁻¹¹

Es válido señalar que el mayor porcentaje de las pacientes mamectomizadas se clasificó en estadio clínico I de la enfermedad, y se correspondió con hallazgos encontrados por otros autores,¹ mientras menor sea el estadio clínico, mayor será la posibilidad de realizar cirugías conservadoras.¹²

TABLA 5. Labor educativa de la enfermera según resultados de la entrevista

| Actividad educativa | Sí | % | No | % |
|--|----|------|----|------|
| Evitar las inyecciones en el brazo del lado de la operación | 25 | 100 | 0 | 0 |
| Adoptar un plan de ejercicios para mantener el movimiento de los hombros | 21 | 84,0 | 4 | 16,0 |
| Ayudar a combatir el estado depresivo | 24 | 96,0 | 1 | 4,0 |
| Indicar que debe ser ayudada para peinarse | 2 | 8,0 | 23 | 92,0 |
| Que no debe realizar las actividades propias del hogar | 0 | 0 | 25 | 100 |
| La enfermera le ha orientado como vivir con su enfermedad | 25 | 100 | 0 | 0 |

Fuente: Entrevista. n = 25.

Dada la interrelación que existe entre la atención secundaria y la primaria, al ser dada de alta la paciente mamectomizada, la enfermera interviene directamente en el seguimiento de las mismas, la cual la enseña y orienta como puede mantener su autonomía, además se proyectará en la atención a sus familiares por ser los responsables de apoyarlas, ya que estos pacientes tienen afectada la esfera psicológica, esto es de vital importancia en su evolución.

Concluimos que el mayor porcentaje correspondió al grupo etáreo 35-40 años, la displasia mamaria fue la lesión que prevaleció, seguidas del fibroadenoma, el cuadrante superior externo resultó la localización más frecuente y la mama derecha la más afectada, las pacientes mamectomizadas se encontraron en el estadio clínico I de la enfermedad y el apoyo psicológico brindado por la enfermera y el médico fue satisfactorio.

SUMMARY

Breast is not only a female aesthetic organ but an important gland involved in breast-feeding. We may state that breast cancer is at present a permanent concern for women. A retrospective, prospective and longitudinal study of benign and malignant breast tumors was made on 132 patients, who were operated on in "Dr Mario Muñoz Monroy" hospital in Colon municipality, Matanzas province in the year 1999. The objective was to assess the surgical results; the variables such as age, location, diagnosis, educational level were taken from the medical histories and an interview designed for this purpose; data were processed later on by the percent method and the final results were the following: The highest percent of patients was aged 35-40 years, breast dysplasia was the predominant lesion followed by fibroadenoma, external upper quadrant was the most frequent location and the right breast was the most affected. The mastectomized patients were classified into clinical stage I and psychological support by the physician and the nurse was positive.

Subject headings: BREAST NEOPLASMS/surgery; BREAST NEOPLASMS/diagnosis; MASTECTOMY; FIBROCYSTIC DISEASE OF BREAST; FIBROADENOMA; NURSING CARE.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nápoles Méndez D, García Godirich AG, Varela Benítez M. Programa de cáncer de mama. Resultados de las consultas de mastología en un año de trabajo. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1995;21(1-2):8-12.
2. Rodríguez Martín M, Mena Puentes M. Detección precoz del cáncer de mama: *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1998;22(1-3):7-9.
3. Hernández ML, Díaz V, Acosta F, Rivero T. Valoración del conocimiento sobre el autoexamen de mama en sectores del plan del médico de la familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1995;9(1):28-35.
4. Walley M, Ultetcheo S. Comentario de trabajo científico. Pesquiza para el cáncer de mama con autoexamen de mama. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1997;13(4):51-90.
5. Eusebio Rivero M. Métodos diagnósticos utilizados en la patología mamaria. Estructura del subprograma nacional del cáncer de mama. *Rev Cubana Enferm* 1995;11(1):44-50.
6. Hevia Martín A, Rodríguez Menéndez M. Consulta de evolución de afecciones mamarias en el nivel primario. Resultados. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1997;13(4):317-24.
7. Lage M, Carballoso M, Ascú M. Las posibilidades de la reducción de la mortalidad por cáncer en Cuba. Análisis para un programa nacional. 1994;(2):101-30.
8. Hernández F, Díaz de Sardiñas O, Martínez N. Neoplasia maligna: caracterización. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1997;13(1):28-33.
9. Pameiro Triutiño R. Aspectos clínicos de las displasias mamarias. *Acta Ginecol* 1995;47(1):105.
10. Redondo E. Valor predictivo de los distintos medios diagnósticos en el cáncer de mama. *Acta Ginecol* 1996;46(1):937-40.
11. Cooperman M. Mastectomía parcial. *Clin Quir Norteam* 1998;4:737-43.
12. Beller FK, Reiter RC. Bening breast disease. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1996;3587-97.

Recibido: 18 de octubre del 2001. Aprobado: 23 de enero del 2002.

Lic. *Nancy Puentes Padrón*. Máximo Gómez 2A, entre Playo Villanueva y Final, Colón, Matanzas.