

ARTÍCULO ORIGINAL

Morbilidad oculta de cáncer de mama en el área de salud "28 de Septiembre"

Hidden morbidity due to breast cancer at the health area "28 de Septiembre"

MsC. Yusimy Barrios López,¹ MsC. Arnoldo Pérez Rodríguez,² Dr. Juan Alberto de los Reyes Ur,³ Dra. Faviola Suárez Palencia⁴ MsC. Estrella García González⁵

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Medios de Diagnósticos. Profesora Asistente. Policlínico "28 de Septiembre", Santiago de Cuba, Cuba.

² Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Primaria de Salud y en Atención Integral a la Mujer. Profesor Auxiliar. Policlínico "28 de Septiembre", Santiago de Cuba, Cuba.

³ Especialista de I Grado en Cirugía. Instructor. Hospital Provincial Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Santiago de Cuba, Cuba.

⁴ Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Investigador Agregado. Instructora. Hospital Provincial Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Santiago de Cuba, Cuba.

⁵ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Nutrición. Profesora Asistente. Policlínico "28 de Septiembre", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se efectuó un estudio descriptivo y transversal de 14 731 mujeres mayores de 30 años pertenecientes al área de salud del Policlínico "28 de Septiembre" de Santiago de Cuba, desde febrero de 2008 hasta enero de 2009, para determinar la morbilidad oculta de cáncer de mama en estas pacientes. Se realizaron 9 diagnósticos de afecciones malignas, con supremacía de los grupos etarios de 50-59 y 70 y más años, así como del estadio 0-II b de la enfermedad. Hubo una asociación importante de algunos factores favorecedores del proceso morboso, tales como: menarquia precoz, antecedentes familiares de otros cánceres, dieta rica en grasas y hábito de fumar.

Palabras clave: mujer, cáncer de mama, afecciones malignas, morbilidad oculta, atención primaria de salud

ABSTRACT

A descriptive and cross-sectional study was carried out in 14 731 women older than 30 years belonging to the health area of "28 de Septiembre" Polyclinic in Santiago de Cuba, from February 2008 to January 2009, to determine hidden morbidity due to breast cancer in these patients. Nine diagnoses of malignant affections were made, with predominance of age groups 50-59 and 70 and over, as well as stage 0-II b of the disease. There was a significant association of some factors contributing to the disease process, such as early menarche, family history of other cancers, fat-rich diet and smoking habit.

Key words: woman, breast cancer, malignant affections, hidden morbidity, primary health care

INTRODUCCIÓN

El aumento de la incidencia del cáncer en general es un problema a nivel mundial. Actualmente son disímiles los factores predisponentes responsables de este incremento, y es precisamente el cáncer de mama una de las más frecuentes causas de mortalidad en el sexo femenino.¹

La atención primaria de salud es el primer contacto, en la búsqueda de ayuda, de las pacientes afectadas, donde perennemente se lucha por alcanzar el diagnóstico precoz de esta enfermedad, pues el incremento de la esperanza de vida depende básicamente del diagnóstico temprano, en el cual el examen clínico anual, el autoexamen mensual y la mamografía cada 2 años tienen una función primordial. La causa del cáncer de mama se desconoce pero hay que tener en cuenta que aquellas mujeres con mayores probabilidades de enfermar deben tomar medidas preventivas que reduzcan esa probabilidad, ya sean las revisiones periódicas o cambios en su estilo de vida.^{2,3}

Mundialmente, el cáncer de mama constituye un tercio de los tumores malignos que afectan a la mujer, con alta tasa de incidencia (22 %) y una de crecimiento anual de 0,5 %. Para el año 2010 se esperan 1,35 millones de casos nuevos. Cada año mueren alrededor de 373 000 mujeres por esta enfermedad, lo que representa 14 % de todas las muertes por cáncer en el sexo femenino.⁴

En Cuba, en los últimos años, con la aplicación del programa de diagnóstico precoz se ha logrado detectar un mayor número de casos nuevos, pero aún los resultados no son los esperados. En el 2007, en la provincia Santiago de Cuba, fueron diagnosticados 290 casos con carcinoma de mama (5,51% en menores de 35 años), 37 % en estadio 0-I y 172 en la etapa II. Desde enero hasta agosto de ese mismo año se realizaron 210 diagnósticos (20 % precozmente) y 57 de ellas fallecieron, de las cuales 38 eran del municipio Santiago de Cuba.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 14 731 mujeres mayores de 30 años pertenecientes al área de salud del Policlínico "28 de Septiembre" de Santiago de Cuba, desde febrero de 2008 hasta enero de 2009, para determinar la morbilidad oculta de cáncer de mama en estas pacientes.

Las pacientes seleccionadas fueron examinadas por el personal de enfermería, previa capacitación recibida, que consistió en un taller de 4 horas (2 horas de conferencia y 2 horas de clase práctica) donde se incluyeron los factores de riesgo de cáncer de mama, examen físico y autoexamen.

El examen físico se efectuó en el consultorio o en el hogar, previo consentimiento informado. En los casos que resultó negativo se les orientó la realización del autoexamen de mama y el examen anual en el consultorio, si fue positivo se procedió al llenado de un cuestionario y a la valoración inmediata de dichas pacientes en la consulta

centralizada de mastopatía del policlínico. En estas pacientes se llevó a cabo un examen físico exhaustivo y se indicaron exámenes complementarios, tales como: ecografía o mamografía, según el caso, y luego fueron remitidas a la consulta especializada aquellas cuyos exámenes resultaron sospechosos de positividad. Para el diagnóstico definitivo se indicaron biopsias y se definió el tratamiento según el flujograma establecido en el estudio:

- Maligno: tratamiento oncoespecífico con seguimiento por consulta especializada y estadiaje TNM.
- Benigno: seguimiento por el área de salud y médico de familia (autoexamen de mama mensual)

Cada acción realizada se acompañó de actividades de educación para la salud.

RESULTADOS

Como puede verse en la **tabla 1**, de 575 mujeres que fueron remitidas con lesiones en las mamas se diagnosticaron afecciones benignas en 232 de ellas (40,0 %), con supremacía del grupo etario de 30 a 39 años, dado por 84 pacientes (38,4%). Cabe destacar que aunque no predominó el cáncer de mama, sí hubo 9 pacientes con esta afección (1,5 %): 5 en el grupo de 50-59 años y una en el de 70 y más años.

Tabla 1. *Pacientes según edad y resultado diagnóstico al final del estudio*

Edad	Resultado diagnóstico						Total	
	Afecciones malignas		Afecciones benignas		Fisiológicas		No.	%*
	No.	%*	No.	%*	No.	%*		
30-39			84	38,4	135	61,6	219	6,0
40-49	1	0,7	69	54,8	56	44,5	126	3,5
50-59	5	5,2	50	52,6	40	42,2	95	2,8
60-69	2	2,8	20	28,1	49	69,1	71	3,5
70 y más	1	1,5	9	14,2	54	84,3	64	3,3
Total	9	1,5	232	40,0	334	58,2	575	3,8

*% calculado del total de cada fila

**% calculado del total (N=575)

En la **tabla 2** se muestra que la mayoría de las féminas (94,1 %), no tuvieron menarquia precoz, pero de las 34 mujeres que refirieron haberla tenido antes de los 12 años, se diagnosticó cáncer de mama en 3 de ellas (8,8 %) y afecciones benignas en 21 (61,8 %).

Tabla 2. *Pacientes según antecedente de manarquia precoz y resultado diagnóstico*

Menarquia precoz	Resultado diagnóstico						Total	
	Afecciones benignas		Afecciones malignas		Fisiológicas		No.	%**
	No.	%*	No.	%*	No.	%*		
Sí	21	61,8	3	8,8	10	29,4	34	5,9
No	211	39,0	6	1,2	324	59,8	541	94,1
Total	232	40,3	9	1,5	334	58,2	575	100,0

*% calculado del total de cada fila

**% calculado del total (N=575)

En la casuística (**tabla 3**) prevalecieron las mujeres que no usaron tabletas anticonceptivas por más de 4 años (421, para 73,3 %) con predominio en las fisiológicas y en las que tuvieron afecciones malignas; en las que sí consumieron hormonas sobresalieron las afecciones benignas (81,8 %).

Tabla 3. *Pacientes según antecedentes de consumo de anticonceptivos hormonales y resultado diagnóstico*

Consumo de anticonceptivo	Resultado diagnóstico						Total	
	Afecciones benignas		Afecciones malignas		Fisiológicas		No.	%**
	No.	%*	No.	%*	No.	%*		
Sí	125	81,8	3	1,9	26	16,3	154	26,7
No	107	25,4	6	1,4	308	73,2	421	73,3
Total	232	40,3	9	1,5	334	58,2	575	100,0

* % calculado del total de cada fila

**% calculado del total (N=575)

La mayoría de las integrantes de la serie (523, para 90,9 %) no tuvo antecedentes familiares de cáncer de mama (**tabla 4**), lo cual fue más notorio en las fisiológicas (63,4 %); en las que refirieron tenerlo, primaron las lesiones benignas (90,5 %). De las 9 pacientes con afecciones malignas, solo 3 tenían dicho antecedente, a pesar de ser este un factor de riesgo importante para la aparición de la enfermedad.

Tabla 4. *Pacientes según antecedentes de familiares de cáncer de mama y resultados diagnóstico*

Antecedentes familiares de cáncer de mama	Resultado diagnóstico						Total	
	Afecciones benignas		Afecciones malignas		Fisiológicas		No.	%**
	No.	%*	No.	%*	No.	%*		
Sí	47	90,5	3	5,7	2	3,8	52	9,0
No	185	35,3	6	1,3	332	63,4	523	90,9
Total	232	40,3	9	1,5	334	58,2	575	100,0

*% calculado del total de cada fila

**% calculado del total (N=575)

En la serie (**tabla 5**) prevalecieron las féminas que no tenían antecedentes familiares de otros cánceres (82,2 %); sin embargo, un número nada despreciable de mujeres sí lo tenían (102, para 17,7 %), donde sobresalieron aquellas con afecciones benignas (76,4 %). De las 9 pacientes con lesiones malignas, 3 tuvieron algún familiar con otro tipo de cáncer.

Tabla 5. *Pacientes según antecedentes familiares de otras localizaciones de cáncer y resultado diagnóstico*

Antecedentes familiares de otros cánceres	Resultados diagnóstico						Total	
	Afecciones benignas		Afecciones malignas		Fisiológicas		No.	%**
	No.	%*	No.	%*	No.	%*	No.	%**
Sí	78	76,4	3	2,9	21	20,5	102	17,7
No	154	32,5	6	1,2	313	66,1	473	82,2
Total	232	40,3	9	1,5	334	58,2	575	100,0

* % calculado del total de cada fila (N=575)

**% calculado del total

Del total de pacientes diagnosticadas con afecciones malignas de mama, hubo un predominio del estadio 0-IIb de la enfermedad (6 pacientes) y se obtuvo una tasa de incidencia de uno por cada 1000 mujeres.

DISCUSIÓN

En la literatura médica consultada se señala que antes de los 50 años la mayoría de las afecciones de la mama son benignas y dentro de ellas las enfermedades fibroquísticas ocupan el primer lugar, entidades clínicas muy usuales en mujeres en edad fértil; esta situación es diferente después de esta edad, donde se observa mayor riesgo de padecerlas, especialmente después de los 70 años.⁵⁻⁷

Por la relación con el cáncer de mama, la menarquia precoz es considerada un factor a tener en cuenta en la anamnesis de una mujer, pues menstruar antes de los 12 años de edad aumenta el riesgo de padecer este proceso morboso; sin embargo, en un estudio realizado en el Servicio de Biología de la Reproducción Humana y Oncología del Hospital Juárez de México se expone que la menarquia temprana no parece tener correlación con el cáncer de mama ni con la manifestación de la enfermedad en edades tempranas.⁸⁻⁹

La ingestión de hormonas como anticonceptivos o terapias de reemplazo, sobre todo las combinadas (estrógeno y progesterona), por más de 4 años se relacionan con el cáncer de mama.¹⁰

Investigadores del tema¹¹ no han referido aumento del cáncer de mama en la mayoría de las féminas que han ingerido anticonceptivos orales, pues aseveran que solo ha aumentado el riesgo en un grupo de mujeres menores de 45 años que lo usaron en edades tempranas, hallazgos que concuerdan con los de esta serie. La relación de la terapéutica hormonal sustitutiva en la menopausia y el consumo de contraceptivos hormonales es uno de los puntos más controvertidos, de hecho, las publicaciones son numerosas, los sesgos frecuentes y las conclusiones, a veces, dispares.¹²

La posibilidad de que una mujer de 30 años, expresado en términos acumulativos, llegue a desarrollar un cáncer de mama antes de los 70 años es 8 % más probable si su madre o su hermana lo han padecido; 18 % si 2 familiares de primer grado lo han tenido y 28 % si 2 familiares de primer grado han desarrollado un cáncer de mama bilateral, según estos antecedentes.¹³⁻¹⁶

Con los avances logrados en el diagnóstico y tratamiento de esta afección, la mortalidad global no ha disminuido como se esperaba, razón por la cual representa un verdadero problema de salud, pues el diagnóstico en los estadios 0, I y II son de pronóstico más favorable.^{17 - 19}

En algunos estudios²⁰ predominan las pacientes en estadios clínicos iniciales, la mayor proporción en el estadio II a, seguido por el estadio II b.

Al diagnosticar la afección en estadios iniciales 0-I-II, se incrementa la supervivencia de estas pacientes, de ahí la importancia de realizar pesquisas que permitan disminuir la mortalidad por esta causa y a la vez que se promueva lo establecido en el Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama, siendo necesario elevar la autoestima de la mujer lo que permitirá lograr una mejor calidad de vida en estas féminas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moreno P, Braujo I. Mastectomía y estética. Av Méd Cuba 1997; IV (10):46-7.
2. Limonta González M, Isla Valdez M. Afecciones mamarias más frecuentes. En: Álvarez Sintés R. Principales afecciones del individuo en los contextos familiares y sociales: Temas de medicina general integral. La Habana: ECIMED, 2001; vol 1:783.
3. Cirión Martínez G, Herrera Pérez MA. Anatomía patológica. Temas para enfermería. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2005:178-96.
4. Barranco Concepción H. Cáncer de mama. ¿Puede evitarse? <http://www.radionuevitas.co.cu/noticias/cirugia_070807.asp> [consulta: 12 enero 2008].
5. Rodríguez G. Cáncer en el siglo XXI aún por resolver. Av Méd Cuba 2004; XI (39): 18-20.
6. González Muller CA. Característica asociada al carcinoma de mama Her 2 positivo. Am Fac Med Perú 2005; 66(2):89-99.
7. Ortiz Martínez A, González Martín A, Rodríguez Monteagudo JL. Revitalización del Programa de detección preclínica y precoz del cáncer de mama. Gac Méd Espirituana 2005; 7(3) <[http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.7.\(3\)_08/p8.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.7.(3)_08/p8.html)> [consulta: 22 abril 2008].
8. Castaño Molina E. Estilo de vida para prevenir el cáncer de mama. <http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2011_2.pdf> [consulta: 22 abril 2008].
9. Cáncer de mama <<http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/seno>> [consulta: 22 abril 2008].

10. Cáncer de mama
<http://consultas.cuba.cu/consultas.php?sid=04847855e1a3173311bbfb39f62a71e6&id_cat=3&letr=c&id_cons=265> [consulta: 10 febrero 2008].
11. Suárez Fernández JM. Prevención, profilaxis, diagnóstico precoz y tratamiento del carcinoma mamario. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2006:32-52.
12. Camacho R, Rubio M, Rodríguez R, Pérez Brioso I, Valdez del Pozo Z, Sánchez Varelo I. Guía de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2007:22-85.
13. Rubio González T, Verdecia Jarque M. Asesoramiento genético en el cáncer de mama [artículo en línea]. MEDISAN 2006;10 (1).
<http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_1_06/san13106.htm> [consulta: marzo 2008].
14. Castell J, Rodríguez A. Afecciones mamarias. En: Rigol Ricardo O. Obstetricia y ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2004:339-56.
15. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud. La Habana: MINSAP, 2007.
16. Detección precoz del cáncer de mama <<http://www.deprecam.sanidadmadrid.org/>> [consulta: 2 febrero 2008].
17. Soares D, Kirlew K, Johnson P, Reid M. Patrones de remisión para mamografías en dos unidades de imágenes de mamas en Jamaica. West Indian Med 2007; 56(2): 25-9.
18. Caicedo JJ, Quintero E, Robledo JF, Perry F, Ramírez C, Duarte C. Cáncer de seno y hormonoterapia. Estado actual
<http://encolombia.com/medicina/cirugia/cirugia22_1_2007/Revision_Cancer_Seno1.htm> [consulta: 2 febrero 2008].
19. Menéndez Dávila M. Cáncer de mama: con el valor de una amazona
<http://www.juventudrebelde.cu/cuba/2007-10-13/cancer-de-mama-con-el-valor-de-una-amazona/>> [consulta: 14 mayo 2008].
20. Menopausia y cáncer de mama
<<http://www.muchoxvivir.org/index.jsp?seccion=183>> [consulta: 14 mayo 2008].

Recibido: 5 de febrero de 2010

Aprobado: 2 de marzo de 2010

MSc. Yusimy Barrios López. Policlínico "28 de Septiembre", calle E, Vista Hermosa, Santiago de Cuba, Cuba.
Teléfono: 651082