

REPÚBLICA DE CUBA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CIEGO DE ÁVILA

TÍTULO: Caracterización de las mujeres con diagnóstico de cáncer de
mama pertenecientes al Municipio Primero de Enero.

AUTOR: Dra. Anay Alonso René.

2017.

REPÚBLICA DE CUBA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CIEGO DE ÁVILA

TÍTULO: Caracterización de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama pertenecientes al Municipio Primero de Enero

(TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE I GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL).

AUTOR: Dra. Anay Alonso René. Residente de segundo año en Medicina General Integral.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Policlínico: "José Agustín Más Naranjo" Primero de Enero

TUTOR: Tutora: Dra. Yaritza Rodríguez Beltrán. Especialista de 1er grado en Medicina General Integral

ASESOR: Dra. Marlen Álvarez Delgado. Especialista de 1er grado en Medicina General Integral. Mater en Longevidad Satisfactoria. Profesora Asistente

Primero de Enero, 2017.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal retrospectivo dirigido a mujeres con diagnóstico de cáncer de mama pertenecientes al municipio Primero de Enero, en el período comprendido entre octubre de 2015 hasta enero de 2017. El universo de estudio lo conformaron el total de pacientes diagnosticados con cáncer de mama, mientras que la muestra fue seleccionada utilizando un muestreo no probabilístico de tipo intencional, quedando constituida por 48 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, 34 de ellas cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, a las que se les realizó una entrevista estructurada para determinar las principales variables socio-demográficas definidas en la investigación. Entre los factores de riesgos el hábito de fumar y la exposición a estrógenos en algún momento de la vida, resultaron ser los que con mayor frecuencia estuvieron presentes en estas mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. Siendo significativo que ambos resultan ser factores de riesgo modificables.

Palabras Clave: CÁNCER, MAMA, DIAGNÓSTICO, PACIENTES.

ÍNDICE

Introducción	1
Marco Teórico	5
Materiales y Métodos... ..	23
Análisis y Discusión de los Resultados... ..	27
Conclusiones... ..	33
Referencias Bibliográficas... ..	34
Anexos... ..	38

INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye un significativo problema de salud mundial y se pronostica que en el 2030 más de 1,6 millones de personas morirán por esta causa, debido a los cambios demográficos y a una mayor exposición a los factores de riesgo. En su informe Anual de Salud del año 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que en el año murieron 7 108 769 personas por cáncer y estimó que la tasa bruta de mortalidad por este problema de salud a nivel mundial fue de 112,4 x 100 000 habitantes y para Cuba fue de 153,2 x 100 000 ^{1,2}. La tasa mundial ajustada por edades (a la población estándar de OMS) fue de 132 x 100 000 habitantes y para Cuba fue 129 x 100 000. Según esta cifra y en una relación descendente de países según sus tasas de mortalidad por cáncer, Cuba se ubica en el lugar 101 entre los 192 países del mundo reportados en el informe, y se encuentra por debajo de la media mundial. La población cubana ocupa el lugar 15 en Las Américas y el sexto en el Caribe, precedida por Bolivia, Granada, Perú, Uruguay, Jamaica, Antigua y Barbuda, Argentina, Paraguay, Honduras, Canadá, Chile, Barbados, Estados Unidos de América (EUA) y República Dominicana, en ese orden ^{3,4}. El cáncer constituye la segunda causa de muerte en todas las edades para la población cubana y la primera en 12 provincias de Cuba desde hace más de tres décadas y la primera de años potenciales de vida perdidos, aun cuando su comportamiento ha variado en el tiempo ²⁻⁵. Varios investigadores han estudiado la mortalidad general por cáncer y el riesgo de morir por esta enfermedad en la población cubana. La mayoría de ellos destacan que entre las primeras causas de muerte por cáncer han estado las localizaciones en pulmón, mama, colon/recto, próstata y cuello de útero. Las principales causas de muerte por cáncer informadas en Cuba se corresponden con las que presentan otros países de la región del Caribe y el mundo.^{6,7} El Registro Nacional de Cáncer cubano se creó en 1964 para

llevar a cabo el estudio estadístico y epidemiológico de esta enfermedad. En 1987 quedó establecido el Programa de Reducción de la Mortalidad por Cáncer; este documento fue modificado y en 1994 se convirtió en el Programa Nacional de Control de Cáncer. Entre sus acciones contempla la educación sanitaria a la población, la prevención, el diagnóstico precoz, el tratamiento eficaz y la atención al paciente sin posibilidades de curación y con dolor⁸. Sin embargo en la evaluación de programas de diagnóstico precoz "no basta demostrar aumento de la sobrevida; hay que demostrar reducción de la mortalidad".⁸⁻¹⁰ El riesgo real de morir por cáncer en Cuba tuvo un incremento del 79,21% entre los años 1970 y 2010, con una tendencia ascendente que se acentuó a partir de los primeros años de la década del 80. En el año 2010 la tasa de mortalidad por cáncer casi duplicó la existente al inicio de la década del 70. Las tasas ajustadas mostraron una tendencia decreciente durante la década del 70, se estabilizaron durante unos 20 años hasta 1999 y volvieron a mostrar un ligero incremento a partir de esa fecha.¹¹⁻¹⁴ Hacia el control de este problema de salud se han dirigido los esfuerzos del Programa Nacional de Control contra el Cáncer, los Propósitos y Directrices para la Salud cubana en el año 2000 o las más recientes Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el año 2020. En este empeño deben involucrarse los tres niveles de atención médica con que cuenta el Sistema Nacional de Salud.^{1,6,15} Desde su escenario comunitario, el Equipo Básico de Salud y los Grupos Básicos de Trabajo deben reforzar las acciones de educación para la salud, prevención primaria y secundaria del cáncer así como capacitarse aún más en cuidados paliativos.^{15,16} Los profesionales del nivel secundario y terciario, responsables de la atención directa al enfermo de cáncer, también deberán reforzar su enfoque preventivo, independientemente de su función predominantemente curativa, especialmente los oncólogos, no obstante, debe considerarse que el

enfrentamiento a este problema de salud desborda los marcos del sector de la salud en cualquier sociedad.¹⁷⁻¹⁹ Al modificar positivamente los factores de riesgo para el cáncer, se estará incidiendo también sobre la expresión de otras enfermedades crónicas no transmisibles, por lo que en muchas instancias, la prevención del cáncer es justamente uno de los resultados de los beneficios de buenas prácticas de salud. En determinadas regiones del mundo vienen reportándose reducciones en la incidencia y la mortalidad por determinados tipos de cánceres o en grupos de edades específicos²⁰⁻²⁴. En Ciego de Ávila según estudios de Rodríguez y colaboradores la incidencia de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama aumenta cada día y casi siempre con diagnósticos tardíos que hacen que los pacientes afectados tengan muy pocas posibilidades terapéuticas. De forma general hasta el cierre del 2015, 113 pacientes habían fallecido a causa de neoplasias en el municipio de primero de Enero, 46 padecieron cáncer de mamario, lo que demuestra que el diagnóstico generalmente se realiza tardíamente y ya con pocas posibilidades terapéuticas. El municipio Primero de Enero carece de datos estadísticos que informen la morbi-mortalidad sobre este tipo de neoplasia en mujeres, elemento que demuestra la necesidad evaluar este problema de salud en aras de identificar oportunamente los grupos de riesgo, imprescindible para el diagnóstico precoz y disminución de la mortalidad por estas causas. Con ello se espera aportar evidencia científica que contribuya a la toma de decisiones, en correspondencia con los objetivos del Programa Nacional de Control del Cáncer. El análisis anterior permite precisar el siguiente **problema científico**: ¿Qué elementos caracterizan a las mujeres con cáncer de mama? Todo lo expuesto permite acotar como objeto de la investigación al cáncer como enfermedad y como **campo de acción** al cáncer de mama. Para el desarrollo de la investigación se definieron los siguientes objetivos:

Objetivo general: Caracterizar a las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama pertenecientes al municipio Primero de Enero.

Objetivos específicos:

1. Fundamentar los sustentos teóricos del cáncer de mama.
2. Determinar las principales variables socio-demográficas de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama.
3. Identificar los principales factores de riesgo presentes en las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama.

MARCO TEÓRICO

El cáncer de mama es la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células con genes mutados, los cuales actúan normalmente suprimiendo o estimulando la continuidad del ciclo celular perteneciente a distintos tejidos de una glándula mamaria. El tipo más común es el carcinoma ductal, que empieza en la célula de los conductos. El cáncer que empieza en los lóbulos o los lobulillos se llama carcinoma lobular, y se encuentra con mayor frecuencia en ambas mamas con respecto a otro tipo de cáncer de mama ^{22,23} Se conoce desde épocas antiguas, siendo la neoplasia maligna más frecuente en la mujer en todo el mundo, y el tumor que mayor número de muertes produce en la mujer en Cuba. Es una de las enfermedades más relevantes del mundo occidental y la más importante en la población femenina. ²⁴⁻²⁶ Se plantea que el cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en mujeres europeas y norteamericanas, siendo la segunda causa de muerte después del carcinoma broncogénico, y la supone la primera causa en mujeres de entre 35-55 años. ^{12,25} Autores han planteado en sus trabajos que el principal factor de riesgo en la mujer es la edad. Otro estudio realizado en Cuba arrojó un aumento en la incidencia de casos; sin embargo, encontró estabilidad en la tasa de mortalidad, e incluso disminución, durante los últimos años. ²⁷ Diferentes estudios descriptivos se han realizado para determinar los factores de riesgo en la ocurrencia del cáncer de mama; entre ellos se describen los siguientes: edad avanzada, menarquia en edad temprana, edad avanzada en el momento del parto y nuliparidad, antecedentes personales o familiares de cáncer de mama o de enfermedad benigna (no cancerosa) en la mama, madre o hermana con cáncer de mama, tratamiento con radioterapia dirigida a la mama/pecho, tejido de la mama que muestra ser denso en una mamografía, tomar hormonas tales como estrógeno y progesterona, consumir bebidas alcohólicas y ser de la

raza blanca.²⁶⁻²⁸ En Cuba el cáncer ocupa el segundo lugar dentro de la mortalidad general, como ocurre en países desarrollados, y en los últimos años la mortalidad por cáncer de mama se ha ido incrementando, alcanzando el primer lugar de todas las localizaciones en la mujer. Muchas investigaciones se concentran en edades reproductivas cuando ya los factores de riesgo o la enfermedad están presentes. Dado el costo que implican los estudios genéticos, poco se ha podido realizar para determinar precozmente la presencia de algún gen que indique una predisposición en la mujer. Continúan siendo los factores de riesgo individuales y de la conducta humana los que lleven la delantera en las investigaciones.^{2, 28,29} En 2014 se proyectaron en EUA 147.756 casos de cáncer de mama en mujeres y 845 en varones; aunque no es común en mujeres jóvenes, puede presentarse. En términos de mortalidad anual, mueren por cáncer de mama 57.983 mujeres y 350 varones. Se estima que a nivel mundial anualmente se diagnostican 1 millón de nuevos cánceres de mama. En el 80% de las mujeres con cáncer de mama no se conoce la causa; sin embargo, existen varios factores de riesgos identificables.²⁸⁻²⁹

a) Incidencia según el sexo: El simple hecho de ser mujer es el principal riesgo de padecer cáncer de mama. Aunque las mujeres tienen muchas más células mamarias que los hombres, la razón principal por la que ellas padecen más cánceres de mama consiste en que las células mamarias están expuestas constantemente a los efectos de estimulación de crecimiento de las hormonas femeninas, estrógeno y progesterona. Los hombres pueden padecer cáncer de mama, pero esta enfermedad es aproximadamente 100 veces más común entre las mujeres que en los hombres.²⁸

b) Envejecimiento: El riesgo de padecer cáncer de mama aumenta al envejecer. Aproximadamente uno de ocho cánceres de mama se detecta

en mujeres menores de 45 años de edad, mientras que aproximadamente dos de tres cánceres invasivos de la mama se encuentran en mujeres de 55 años o más.²⁸⁻²⁹

c) Factores de riesgo genéticos³⁰: Se cree que alrededor del 5 al 10 por ciento de los casos de cáncer de mama son hereditarios, o sea que se originan directamente de defectos genéticos (llamados mutaciones) heredados de uno de los padres.

➤ BRCA1 y BRCA2: La causa más común de cáncer de mama hereditario es una mutación hereditaria en los genes BRCA1 y BRCA2. En las células normales, estos genes ayudan a prevenir el cáncer al producir proteínas que ayudan a evitar el crecimiento anormal de las células. Si se hereda una copia mutada de uno de estos dos genes de cualquiera de los padres, se tiene un alto riesgo de cáncer de mama en el transcurso de la vida. El riesgo puede ser tan alto como 80 por ciento para los miembros de algunas familias con mutaciones BRCA. Estos cánceres tienden a presentarse en mujeres jóvenes y con más frecuencia afectan a ambas mamas en comparación con cánceres en mujeres que no nacieron con ninguna de estas mutaciones genéticas. Las mujeres con estas mutaciones hereditarias también tienen un riesgo aumentado de padecer otros tipos de cánceres, particularmente cáncer de ovario. Aunque en los Estados Unidos, las mutaciones BRCA son encontradas con mayor frecuencia en las mujeres judías asquenazí (Europa Oriental), se pueden presentar en mujeres de cualquier grupo racial o étnico.

➤ Cambios en otros genes: Otras mutaciones genéticas podrían también conducir a cánceres de mama hereditarios. Estas mutaciones genéticas se presentan con mucha menos frecuencia y por lo general no aumentan el riesgo de cáncer de mama tanto como

los genes BRCA. Estos cambios no son causas frecuentes de cáncer de mama hereditario.

- ATM: El gen ATM ayuda normalmente a reparar el Ácido desoxirribonucleico (ADN) dañado. Heredar dos copias anormales de este gen causa la enfermedad ataxia-telangiectasia. Por otro lado, heredar una copia mutada de este gen ha sido asociado con una alta tasa de cáncer de mama en algunas familias.
- p53: Las mutaciones hereditarias del gen p53 supresor de tumores causa el síndrome de Li Fraumeni. Las personas con este síndrome tienen un riesgo aumentado de cáncer de mama, al igual que otros cánceres como leucemia, tumores encefálicos y sarcomas (cáncer en los huesos o en el tejido conectivo). Ésta es una causa poco común de cáncer de mama.
- PTEN: El gen PTEN ayuda normalmente a regular el crecimiento celular. Las mutaciones hereditarias en este gen causan el síndrome de Cowden, un trastorno poco común en el cual las personas tienen un riesgo aumentado de padecer tumores malignos y benignos de la mama, así como tumores en el tracto digestivo, la tiroides, el útero y los ovarios. Los defectos en este gen también pueden causar un síndrome diferente llamado síndrome de Bannayan-Riley-Ruvalcaba que no se cree está asociado con el riesgo de cáncer de mama.
- CDH1: Las mutaciones hereditarias en este gen causan cáncer gástrico difuso hereditario, un síndrome en el cual las personas desarrollan un tipo poco común de cáncer de estómago a una edad temprana. Las mujeres con mutaciones en este gen también tienen un riesgo aumentado de padecer cáncer de mama lobulillar invasivo.
- STK11: Los defectos en este gen pueden causar el síndrome Peutz-Jeghers. Las personas afectadas con este trastorno desarrollan puntos pigmentados en sus labios y en sus bocas, pólipos en los

tractos urinarios y gastrointestinales, y un riesgo aumentado de muchos tipos de cáncer, incluyendo cáncer de mama.

- Prueba genética: Se pueden hacer pruebas genéticas para identificar mutaciones en los genes BRCA1 o BRCA2 (o con menos frecuencia en otros genes tal como PTEN o p53). Aunque las pruebas pueden ser útiles en algunas situaciones, se deben considerar cuidadosamente las ventajas y las desventajas.

d) Antecedentes familiares de cáncer de mama: Las mujeres cuyos parientes consanguíneos cercanos hayan padecido cáncer de mama tienen un mayor riesgo de esta enfermedad. El que un familiar de primer grado (madre, hermana o hija) padezca cáncer de mama casi duplica el riesgo de una mujer. El riesgo aumenta aproximadamente tres veces, si dos familiares de primer grado padecen la enfermedad. Aunque no se sabe el riesgo exacto, las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama en el padre o un hermano también tienen riesgo aumentado de padecer esta enfermedad. En general, menos del 15% de las mujeres con cáncer de mama tienen un familiar con esta enfermedad. Esto significa que la mayoría de las mujeres que padecen cáncer de mama no tienen antecedentes familiares de esta enfermedad.^{29, 31}

e) Antecedentes personales de cáncer de mama: Una mujer con cáncer en una mama tiene un riesgo de tres a cuatro veces mayor de padecer un nuevo cáncer en la otra mama o en otra parte de la mama en sí. Esto es diferente a la recurrencia del primer cáncer.²⁸

f) Raza y origen étnico: En general, las mujeres de raza blanca tienen una probabilidad ligeramente mayor de padecer cáncer de mama que las mujeres de raza negra, aunque éstas últimas tienen una mayor probabilidad de morir de este cáncer. Sin embargo, en las mujeres menores de 45 años de edad, el cáncer de mama es más común en las

mujeres de raza negra. Las mujeres asiáticas, hispanas e indias americanas tienen un menor riesgo de padecer y morir de cáncer de mama.^{32, 33}

g) Tejido mamario denso: Las mujeres con tejido mamario más denso tienen más tejido glandular y menos tejido adiposo, por lo que tienen un mayor riesgo de cáncer de mama. Desafortunadamente, el tejido mamario denso también puede hacer más difícil que los médicos identifiquen problemas en las mamografía.^{32, 33}

h) Períodos menstruales: Las mujeres que han tenido más ciclos menstruales debido a que comenzaron a menstruar a una edad temprana (antes de los 12 años) y/o que experimentaron la menopausia a una mayor edad (después de los 55 años) tienen un riesgo ligeramente mayor de padecer cáncer de mama. Este aumento en el riesgo pudiera deberse a una exposición mayor a las hormonas estrógeno y progesterona durante toda la vida.^{28, 29, 34}

i) Antecedente de radiación al tórax: Las mujeres que siendo niñas o jóvenes recibieron radiación en el área del tórax como tratamiento contra otro tipo de cáncer (como la enfermedad de Hodgkin o el linfoma no Hodgkin) tienen un riesgo significativamente mayor de padecer cáncer de mama. Esto varía con la edad de la paciente al momento de recibir la radiación. Si también se administró la quimioterapia, esto pudo haber detenido por un tiempo la producción de hormonas ováricas, reduciendo el riesgo. El riesgo de padecer un cáncer de mama debido a radiación administrada al tórax es mayor si la radiación se recibió durante la adolescencia, cuando las mamas aún estaban en desarrollo. La radioterapia después de los 40 años no parece aumentar el riesgo de cáncer de mama.²⁹⁻³⁰

j) Exposición al dietilestilbestrol: Desde los años 40 a los 70, a algunas mujeres embarazadas se les administraba un medicamento parecido al estrógeno llamado dietilestilbestrol (DES), ya que se pensaba que éste disminuía las probabilidades de perder el bebé (aborto espontáneo). Estas mujeres tienen un riesgo ligeramente mayor de padecer cáncer de mama. Las mujeres cuyas madres tomaron dietilestilbestrol durante el embarazo también pudieran tener un riesgo ligeramente mayor.³³

Factores relacionados con los estilos de vida

a) Tener hijos: Las mujeres que no han tenido hijos o aquellas que tuvieron su primer hijo después de los 30 años tienen un riesgo ligeramente mayor de padecer cáncer de mama. Los embarazos múltiples y quedar embarazada a una edad temprana reducen el riesgo del cáncer de mama. El embarazo reduce el número total de ciclos menstruales en la vida de una mujer, lo cual puede que sea una razón de este efecto.³⁴

b) Uso reciente de anticonceptivos orales: Los estudios han reportado que las mujeres que usan anticonceptivos orales tienen un riesgo ligeramente mayor de tener cáncer de mama que aquellas mujeres que nunca los han usado. Con el paso del tiempo, este riesgo parece regresar a lo normal una vez se dejan de tomar las pastillas anticonceptivas. Las mujeres que dejaron de usar los anticonceptivos orales hace más de 10 años no parecen tener aumento del riesgo de padecer cáncer de mama. Al considerar el uso de anticonceptivos orales, las mujeres deben examinar sus otros factores de riesgo de cáncer de mama con los especialistas de la salud que las atienden.³⁵

c) Terapia hormonal después de la menopausia: La terapia hormonal con estrógenos y progesterona ha sido usada por muchos años para ayudar a aliviar los síntomas de la menopausia y para ayudar a prevenir la

osteoporosis. Estudios anteriores sugirieron que la terapia hormonal también pudiese tener otros beneficios a la salud, pero estos beneficios no han sido encontrados en estudios más recientes y mejores diseñados. Este tratamiento tiene muchos nombres, tal como terapia hormonal posmenopáusica (postmenopausal hormone therapy, PHT), terapia de reemplazo hormonal (hormone replacement therapy, HRT) y terapia hormonal para la menopausia (menopausal hormone therapy, MHT). Existen dos tipos principales de terapia hormonal. Para las mujeres que siguen teniendo el útero, los doctores generalmente recetan estrógeno y progesterona (conocida como terapia hormonal combinada). La progesterona es necesaria ya que el estrógeno solo puede aumentar el riesgo de padecer cáncer de útero. Por otro lado, a las mujeres que han sido sometidas a una histerectomía se les puede recetar sólo estrógeno. A esto se le conoce comúnmente como terapia de restitución de estrógeno (estrogen replacement therapy, ERT) o simplemente terapia de estrógeno (estrogen therapy, ET).^{34,35}

d) Terapia hormonal combinada: El uso de terapia hormonal combinada posmenopáusica aumenta el riesgo de padecer cáncer de mama. Además, es posible que aumente las probabilidades de morir de cáncer de mama. Este aumento en el riesgo se puede observar con tan poco como dos años de uso. Los estudios a gran escala han encontrado que hay un aumento en el riesgo de cáncer de mama relacionado con el uso de la terapia hormonal combinada. La terapia hormonal combinada también aumenta la probabilidad de que el cáncer pueda ser encontrado en una etapa más avanzada. El riesgo aumentado debido a la terapia hormonal combinada parece aplicar sólo a las usuarias actuales y recientes. El riesgo cáncer de mama en la mujer aparenta igualarse con el de la población general 5 años después de suspender el tratamiento. El término bioidénticas a veces se usa para describir versiones de estrógeno o progestina con la misma

estructura química que las encontradas de forma natural en las personas. El uso de estas hormonas ha sido mercadeado como una manera segura de tratar los síntomas de la menopausia. Es importante reconocer que aunque existen pocos estudios que comparan las hormonas bioidénticas o naturales con las versiones de hormonas sintéticas, no existe evidencia de que sean más seguras o eficaces. Se debe asumir que el uso de estas hormonas bioidénticas tiene los mismos riesgos a la salud que cualquier otro tipo de terapia hormonal.^{34, 35}

e) Terapia de estrógeno: El uso de estrógeno después de la menopausia no parece aumentar el riesgo de cáncer de mama en forma significativa, si es que acaso lo aumenta. Sin embargo, en algunos estudios se ha descubierto que la terapia de estrógenos aumenta el riesgo de cáncer de ovario y de la mama cuando se usa por más de 10 años. Actualmente parece que existen pocas razones contundentes para usar la terapia hormonal posmenopáusica que no sea para posiblemente aliviar por un corto período de tiempo los síntomas de la menopausia. Además de aumentar el riesgo de cáncer de mama, la terapia hormonal combinada parece aumentar el riesgo de enfermedad cardíaca, coágulos sanguíneos y apoplejía. Reduce el riesgo de cáncer colorrectal y osteoporosis, pero estos beneficios y los posibles daños deben sopesarse, especialmente debido a que existen otros métodos efectivos para prevenir y tratar la osteoporosis. Aunque la terapia de estrógenos no parece aumentar el riesgo de cáncer de mama, sí aumenta el riesgo de ataque al cerebro. La decisión de usar la terapia hormonal debe tomarla la mujer y su médico después de analizar los posibles riesgos y beneficios, y considerar los factores de riesgo para enfermedad cardíaca, cáncer de mama y osteoporosis. Si una mujer y su médico deciden emplear la terapia hormonal como tratamiento de los síntomas menopáusicos, por lo general es mejor usar la menor dosis posible y por el tiempo más breve que sea efectiva para ella.³⁵⁻³⁶

f) Lactancia: Algunos estudios sugieren que la lactancia pudiera disminuir ligeramente el riesgo de cáncer de mama, especialmente si la lactancia se prolonga por 1 1/2 a 2 años. No obstante, ésta ha sido un área muy difícil de estudiar, especialmente en países como Estados Unidos, donde la lactancia por un período tan prolongado como éste no es común. La explicación para este posible efecto puede ser que la lactancia reduce el número total de ciclos menstruales en la vida de una mujer.^{34, 36}

g) Bebidas alcohólicas: El consumo de bebidas alcohólicas está claramente asociado con un aumento en el riesgo de padecer cáncer de mama. El riesgo aumenta con la cantidad de alcohol consumido. En comparación con las mujeres que no ingieren alcohol, las que consumen una bebida alcohólica diaria tienen un aumento muy ligero en el riesgo. Aquellas que toman de dos a cinco bebidas al día tienen alrededor de 1 ½ veces más riesgo que las mujeres que no toman alcohol. También se sabe que el consumo excesivo de alcohol aumenta el riesgo de padecer cánceres de boca, garganta, esófago e hígado. La Sociedad Americana Contra El Cáncer recomienda que las mujeres no beban más de un trago por día.³⁶

h) Sobrepeso u obesidad: Se ha encontrado que el sobrepeso o la obesidad aumenta el riesgo de cáncer de mama, especialmente en mujeres después de la menopausia. Antes de la menopausia, sus ovarios producen la mayor cantidad de estrógeno, y el tejido adiposo produce una pequeña cantidad de estrógeno. Por otro lado, después de la menopausia, la mayor parte del estrógeno de una mujer proviene del tejido adiposo. Un exceso de tejido adiposo después de la menopausia puede aumentar su probabilidad de padecer cáncer de mama al aumentar los niveles de estrógeno. Además, las mujeres que tienen sobrepeso tienden a presentar niveles de insulina en la sangre más elevados. Los niveles de insulina más elevados también están asociados con algunos tipos de cánceres,

incluyendo el cáncer de mama. Sin embargo, la relación entre el peso y el riesgo de cáncer de mama es compleja. Por ejemplo, el riesgo parece ser mayor en las mujeres que aumentan de peso en su vida adulta, pero es posible que no aumente en aquellas mujeres que han tenido exceso de peso desde la infancia. Además, un exceso de grasa en el área de la cintura afecta el riesgo, más que la misma cantidad de grasa en las caderas y en los muslos. Los investigadores creen que las células grasas de varias partes del cuerpo tienen diferencias sutiles que pueden explicar esta observación. La Sociedad Americana Contra El Cáncer recomienda mantener un peso saludable durante toda su vida mediante el consumo balanceado de alimentos y la actividad física.^{31, 34}

i) Actividad física: La evidencia indica que la actividad física en forma de ejercicio reduce el riesgo de cáncer de mama. En un estudio de la Women's Health Initiative, caminar a paso ligero tan poco como 1 ¼ a 2 ½ horas por semana redujo a 18 % el riesgo de una mujer. Con diez horas de caminata a la semana se redujo el riesgo aún un poco más. Para reducir su riesgo de cáncer de mama, la Sociedad Americana contra el cáncer recomienda 45 a 60 minutos de actividad física intencional durante 5 o más días de la semana.^{12, 30}

Factores con efectos inciertos, controversiales o no comprobados en el riesgo de cáncer de mama:

a) Alimentación y consumo de vitaminas: Muchos estudios han buscado una relación entre ciertos planes de alimentación y el riesgo del cáncer de mama, pero hasta ahora los resultados han sido contradictorios. Algunos estudios han indicado que la alimentación desempeña un papel en el riesgo, mientras que otros no han encontrado evidencia que demuestre que la alimentación afecta el riesgo de este cáncer. Los estudios han analizado la cantidad de grasa en la alimentación, consumo de frutas y

verduras, y la ingesta de carne. No se ha encontrado una relación clara entre la alimentación y el riesgo de cáncer de mama, además los estudios han analizado los niveles vitamínicos, y una vez más los resultados fueron inconsistentes. No obstante, algunos estudios encontraron un riesgo aumentado de cáncer de mama en mujeres con niveles más elevados de ciertos nutrientes. Hasta el momento, ningún estudio ha demostrado que consumir vitaminas reduce el riesgo de cáncer de mama. Esto no quiere decir que no sea beneficioso adoptar una dieta saludable. Una alimentación baja en grasa, con poca carne roja y procesada, y alta en frutas y verduras puede proporcionar otros beneficios a la salud. En la mayoría de los estudios se ha encontrado que el cáncer de mama es menos común en aquellos países cuya dieta típica tiene un bajo contenido total de grasas, bajo contenido de grasas polinsaturadas y bajo contenido de grasas saturadas. Sin embargo, muchos estudios realizados en las mujeres de los Estados Unidos no han encontrado que exista una relación entre el riesgo del cáncer de mama y el consumo de grasas en la alimentación. Los investigadores todavía no están seguros de cómo explicar este desacuerdo aparente. También, los estudios en los que se compara la alimentación y el riesgo de cáncer de mama en diferentes países se complican con otras diferencias como por ejemplo el nivel de actividad, la ingestión de otros nutrientes y los factores genéticos, que también pueden alterar el riesgo de cáncer de mama. Es necesario realizar más investigaciones para entender mejor el efecto de los tipos de grasa consumidos sobre el riesgo de cáncer de mama. Sin embargo, se ha demostrado que las calorías son un factor que cuenta, y la grasa es su fuente principal. Los alimentos con altos contenidos de grasa pueden causar obesidad o sobrepeso, lo que es un factor de riesgo para el cáncer de mama. Además, se ha demostrado que estos factores afectan el riesgo de padecer otros tipos de cáncer, y el consumo de ciertos tipos de grasa

se relaciona claramente con el riesgo de padecer enfermedades cardíacas. La Sociedad Americana Contra El Cáncer recomienda comer alimentos saludables, enfatizando en aquellos de fuente vegetal. Esto incluye comer cinco o más porciones de vegetales, verduras y frutas al día, optando por granos integrales en lugar de granos procesados, y limitar el consumo de carnes rojas y procesadas.^{29, 36}

b) Antitranspirantes: Algunos rumores publicados en Internet han sugerido que las sustancias químicas que se encuentran en los desodorantes axilares que son antitranspirantes son absorbidos a través de la piel, interfieren con la circulación linfática y causan la acumulación de toxinas en la mama, lo cual eventualmente produce cáncer de mama. Existe muy poca evidencia de laboratorio o epidemiológica que apoye este rumor. Un pequeño estudio encontró niveles de parabenos (usados como preservativos en antitranspirantes y en otros productos), los cuales tienen pocas propiedades parecidas al estrógeno, en una pequeña muestra de tumores cancerosos de la mama. Sin embargo, el estudio no determinó si los parabenos causaron los tumores. Éste fue un hallazgo preliminar, y se necesitarán más investigaciones para determinar el efecto, si acaso existe alguno, que tienen los parabenos, en el riesgo de cáncer de mama. Por otro lado, un estudio epidemiológico abarcador encontró que no hay aumento de riesgo de cáncer de mama en las mujeres que usaron antitranspirantes y/o se rasuraron las axilas.^{15, 32,34}

c) Sostenes: Se ha señalado que los sostenes causan cáncer de mama al obstruir el flujo linfático. Tal declaración no tiene buena base científica ni clínica. Las mujeres que no usan sostenes regularmente tienden a ser más delgadas o a tener mamas menos densas, lo que probablemente habría contribuido a cualquier diferencia percibida en cuanto a riesgo.³⁴

d) Implantes de mama: Varios estudios han encontrado que los implantes de mama no aumentan el riesgo de cáncer de la misma, aunque los implantes de silicona pueden causar la formación de tejido cicatricial en la mama. Los implantes dificultan la visualización del tejido de la mama en los mamogramas convencionales, pero se pueden utilizar otras tomas diferentes, llamadas vistas con desplazamiento de implantes, para hacer un examen más completo del tejido de la misma.³²

e) Químicos en el ambiente: Se han reportado numerosas investigaciones, y se están realizando aún más, para entender las posibles influencias del medio ambiente en el riesgo de cáncer de mama. Existe un interés especial en los compuestos del ambiente que según los estudios realizados en animales de laboratorio contienen propiedades semejantes a las del estrógeno. Por ejemplo, las sustancias encontradas en algunos plásticos, ciertos cosméticos y productos del cuidado personal, pesticidas y PCDs (bifenilospoliclorinados) parecen tener tales propiedades. Aunque se comprende que este asunto causa una gran preocupación en el público, actualmente ninguna investigación muestra una clara asociación entre el riesgo de cáncer de mama y la exposición a estas sustancias. Desafortunadamente, el estudio de tales efectos en los humanos es difícil. Se necesitan más estudios para definir mejor los posibles efectos a la salud de éstas y otras sustancias similares.

f) Humo del tabaco: La mayoría de los estudios han reportado que no hay una relación entre fumar cigarrillos y el cáncer de mama. Aunque algunos estudios han sugerido que el fumar aumenta el riesgo de cáncer de mama, esto sigue siendo controversial. Un foco activo de investigación consiste en si el humo de segunda mano aumenta el riesgo de cáncer de mama. Tanto el humo directo que aspira el fumador como el humo de segunda mano contienen químicos que, en altas concentraciones, causan cáncer de mama

en roedores. Los químicos en el humo del tabaco alcanzan el tejido de la mama, los cuales han sido encontrados en la leche materna. La evidencia relacionada con el humo de segunda mano y el riesgo de cáncer de mama en los estudios con humanos es controversial, por lo menos en parte ya que no se ha demostrado que los fumadores estén en riesgo aumentado. Otra posible explicación para esto consiste en que el humo del tabaco puede tener diferentes efectos en el riesgo de cáncer de mama de los fumadores en comparación con aquellas personas que sólo están expuestas al humo de segunda mano. Un informe de la Agencia de Protección Ambiental de California concluyó que la evidencia asociada con el humo de segunda mano y el cáncer de mama es consistente con una asociación causal en mujeres jóvenes, principalmente premenopáusicas.

g) Trabajo nocturno: En algunos estudios se ha sugerido que las mujeres que trabajan durante la noche, por ejemplo las enfermeras del turno de la noche, pueden tener un riesgo aumentado de padecer cáncer de mama. Éste es un hallazgo bastante reciente, y se están realizando más estudios para analizar este asunto. Algunos investigadores creen que el efecto puede deberse a cambios en los niveles de melatonina, una hormona cuya producción es afectada por la exposición del cuerpo a la luz, aunque también se están estudiando otras hormonas.

h) Examen de mama: Dado que el cáncer de mama puede ser detectado con relativa facilidad debido a la asequibilidad de la mama y a la eficiencia de los métodos de diagnóstico con que se cuenta en la actualidad, su índice de curabilidad es elevado, siempre que el diagnóstico se realice en estadios tempranos. Por estas razones se creó en Cuba en el año 1990 el Programa de Diagnóstico Preclínico y Precoz del Cáncer de Mama, sobre las bases de la divulgación, el uso de métodos modernos de diagnóstico y la atención médica. La tarea de divulgación y educación sanitaria a la

población consiste en la enseñanza del auto examen de mama (AEM) a todas las mujeres, de manera tal que esta práctica sea incorporada como hábito. Los medios auxiliares de diagnóstico que se utilizan en el programa son: la mamografía (Mx) y el ultrasonido (US). Este programa tiene como objetivo reducir la mortalidad por cáncer de mama, aumentar la supervivencia de las pacientes con este tipo de cáncer y mejorar la calidad de vida de los enfermos con el uso de tratamientos menos mutilantes.²⁵

El examen clínico realizado por un especialista adiestrado, es capaz de detectar un gran número de tumores en la población sana. Este examen, practicado anualmente es de gran utilidad y Cuba cuenta con la participación del médico y enfermera de la familia, así como la promotora de salud que atiende dentro de su población un número limitado de mujeres. El auto examen mamario es el método mediante el cual la mujer aprende correctamente a examinarse una vez al mes sus mamas, a partir de los 20 años. Hoy se conoce que el 90 % de las mujeres que acuden a las consultas de patología mamaria, han detectado ellas mismas su lesión²³. La mamografía es el mejor método que se utiliza en el pesquiasaje, es un examen que no produce molestias y que, con pocas dudas diagnostica el cáncer mamario desde su fase preclínica. Por la importancia que reviste la utilización de la mamografía en la detección precoz del cáncer mamario, se describe a continuación la indicación en los casos asintomáticos y con síntomas latentes, así como lesiones no palpables y ventajas de la técnica³⁰. Existen tumores malignos de mama que no son de estirpe glandular ni epitelial. Estos tumores, poco frecuentes, reciben otros nombres genéricos diferentes. Los sarcomas son producto de la transformación maligna de células del tejido conectivo de la mama. Los linfomas derivan de los linfocitos, un tipo de glóbulos blancos que procede de los ganglios linfáticos. En general, los linfomas no son tumores raros, pero es raro que un linfoma tenga su lugar de origen en

una mama y no en otras regiones del organismo. El diagnóstico de cáncer de mama sólo puede adoptar el carácter de definitivo por medio de una biopsia mamaria. Es ideal hacer biopsias por punción, con aguja de jeringa, con aguja de Tru-cut o Silverman. Si no es posible, se pueden hacer biopsias incisionales o excisionales, esto puede alterar el estadío del tumor.

Indicaciones de la mamografía en casos asintomáticos.^{28, 33} En regla general, no menos de 30 años de edad.

1. Considerando el riesgo individual de la paciente, pueden realizarse hasta 4 mamografías.

2. A partir de los 40 años pueden practicarse cada 2 años y a partir de los 50 años anualmente.

3. Las mamas voluminosas deben ser estudiadas mediante mamografías.

Indicaciones de la mamografía a pacientes con síntomas latentes

1. Toda lesión palpable aislada independiente de la biopsia posterior.

2. Mastalgia sin relación al ciclo menstrual, pezón retraído, y modificaciones del contorno o estructura de la mama.

Indicaciones de la mamografía en lesiones no palpables

1. Para localizar la lesión y además en la pieza quirúrgica. Ventajas de la mamografía

- Posee la mayor sensibilidad y especificidad, entre los métodos diagnósticos no cruentos de las mamas.
- Puede descubrir los carcinomas no palpables de las mamas, aunque sean menores de 30 mm de diámetro.

- El 70 % del cáncer no palpable clínicamente descubierto por la mamografía no tienen metástasis ganglionar.
- Descubren 10 veces más cáncer en laterales que cualquier otro método diagnóstico.
- Puede guiar la localización de una lesión clínicamente oculta.

Objetivos fundamentales del subprograma nacional de diagnóstico preclínico y precoz del cáncer de mama.

1. Disminuir la mortalidad por cáncer de mama.
2. Incrementar la sobrevida de la mujer con cáncer de mama.
3. Mejorar la calidad de vida de la mujer con cáncer de mama.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal retrospectivo dirigido a las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama municipio primero de enero en el período comprendido desde octubre 2015 hasta enero de 2017. El universo de estudio lo conformaron el total de pacientes diagnosticados con cáncer de mama, mientras que la muestra fue seleccionada utilizando un muestreo no probabilístico de tipo intencional, quedando constituida por 48 mujeres: 34 de ellas diagnosticadas con cáncer de mama que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, a las que se les realizó una entrevista estructurada para determinar las principales variables socio-demográficas definidas en la investigación.

Criterios de inclusión

- Personas que expresaron su consentimiento de participar en la investigación.
- Mujeres que en el momento de la investigación presentaron diagnóstico de cáncer.

Criterios de exclusión

- Mujeres diagnosticadas con cáncer mama que fallecieron sin haber concluido la investigación.

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

Del nivel teórico:

- Análisis-síntesis: se utilizó para comparar las diferentes literaturas existentes relacionadas con el problema científico.

- Análisis histórico-lógico: se utilizó para fundamentar los sustentos teóricos del cáncer de mama en el mundo, en Cuba y en Ciego de Ávila.

Métodos empíricos:

- Entrevista estructurada: para determinar las principales variables socio-demográficas de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama (Anexo 2).

Métodos estadísticos: El procesamiento estadístico mediante el análisis porcentual se realizó en una computadora I7 y se utilizaron los programas Microsoft Word y Excel 2016. Los datos obtenidos de la Hojas fueron vaciados en cuadros estadísticos para su presentación y análisis, utilizando medidas de resumen para variables cualitativas y cuantitativas (porcentaje).

Principales dimensiones e indicadores de Cáncer de mama.

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Grupos de Edad	Cuantitativa ordinal continua	30-40 41-50 51-60	Edad en años según Carnet de Identidad	Número y porcentaje según grupo de edad.
Color de la piel	Cualitativa Ordinal politómica	Blanca Negra Mestiza	Según grupo racial.	Número y porcentaje según color de la piel.
Antecedentes	Cualitativa	Fibroadenoma	Si tiene	Número y

tes patológicos familiares de enfermedad mamaria	Nominal politómica	ma Enfermedad fibroquística de la mama Carcinoma mamario	antecedente en hija, hermana o madre	Porcentaje según antecedentes familiar es de enfermedad oncológica
Antecedentes obstétricos	Cualitativa nominal politómica	Nuliparidad Menos de 30 años Más de 30 años	Si no ha tenido partos 1er parto antes de 30 años 1er parto después de los 30 años	Número y Porcentaje según paridad y edad del primer parto
Exposición a estrógenos	Cualitativa Nominal dicotómica	Sí o No	Si ha usado o no medicamentos hormonales con estrógenos	Número y Porcentaje según antecedentes de exposición
Hábitos de fumar	Cualitativa Nominal dicotómica	Sí o No	Si consumen al menos 1 cigarrillo Si no consumen	Número y Porcentaje según hábito de fumar
Edad de la menarquía	Cualitativa Nominal	Antes de los 12 años,	Si tuvo su primera	Número y Porcentaje

	dicotómica	Después de los 12 años	menstruación antes de los 12 años o después de 12 años	según edad de la menarquía
--	------------	------------------------	--	----------------------------

Aspectos éticos y bioéticos: Las pacientes del presente estudio tuvieron la oportunidad de informarse sobre los objetivos de la investigación y la inocuidad de la misma, su participación fue voluntaria y una vez incorporados tuvieron la posibilidad de abandonarlo, si así lo desearon. Su disposición a colaborar en el estudio se plasmó en un modelo de consentimiento informado, (anexo 1) debidamente firmado por los pacientes y la investigadora, quien dio fé al respeto absoluto y a la confidencialidad de su identidad e información obtenida.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Tabla 1. Distribución de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama del municipio Primero de Enero estudiadas durante el período comprendido desde octubre de 2015 hasta enero de 2017 según grupos de edad y color de la piel.

Grupos de edad (años)	Color de la piel						Total	
	Blanca		Mestiza		Negra			
	No	%	No	%	No	%	No	%
30-40	3	8.8	0	0	8	23.6	11	32.4
41-50	11	32.4	1	2.9	1	2.9	13	38.2
51-60	5	14.7	3	8.8	2	5.9	10	29.4
Total	19	55.9	4	11.7	11	32.4	34	100

Fuente: Encuesta.

En la tabla 1 se observa la distribución según grupos de edad y color de la piel de las mujeres diagnosticados, donde el grupo etario de mayor prevalencia fue el comprendido entre 41-50 años (38.2%) seguido por el de 30-40 años (32.4%) y la raza que predominó fue la blanca con 19 pacientes para un 55.9%. Los datos obtenidos coinciden con los resultados de Lage y colaboradores, pues los más estudiados fueron igualmente el grupo etario de 41-50 años y en cuanto a la raza fue igualmente la blanca la predominante. El simple hecho de ser mujer es el principal riesgo de padecer cáncer de mama. Los hombres pueden padecer cáncer de mama, pero esta enfermedad es aproximadamente 100 veces más común entre las mujeres que en los hombres.²⁴ El riesgo de padecer cáncer de mama aumenta al envejecer. En general, las mujeres de raza blanca tienen una probabilidad ligeramente mayor de padecer cáncer de mama que las mujeres de raza negra, aunque éstas últimas tienen una mayor

probabilidad de morir de este cáncer. Sin embargo, en las mujeres menores de 45 años de edad, el cáncer de mama es más común en las mujeres de raza negra, coincidiendo este estudio con la investigación realizada.^{28, 34}

Tabla 2. Distribución de los pacientes con cáncer de mama según antecedentes patológicos familiares de enfermedad mamaria.

Enfermedad Mamaria	Antecedentes patológicos familiares					
	Madre		Hermana		Hija	
	No	%	No	%	No	%
Fibroadenoma	5	20.2	2	18	0	0
Enfermedad fibroquística de la mama	16	64.0	6	54.4	2	100
Carcinoma mamario	4	16.0	3	27.3	0	0
Total	25	100	11	100	2	100

La tabla 2 muestra los antecedentes patológicos familiares de enfermedad oncológica mamaria donde se evidencia que 25 madres de pacientes diagnosticadas han tenido algún antecedente de patología mamaria, siendo la enfermedad fibroquística de la mama la de mayor incidencia con 16 madres para un 64.0%. En la investigación realizada por Rodríguez y colaboradores en Ciego de Ávila en 2012 se muestran resultados similares. Las mujeres cuyos parientes consanguíneos cercanos hayan padecido cáncer de mama tienen un mayor riesgo de esta enfermedad. El que un familiar de primer grado padezca cáncer de mama casi duplica el riesgo de una mujer.³⁶

Tabla 3. Distribución de los pacientes con cáncer de mama según grupos de edad y edad del primer parto.

Grupos de edad (años)	Edad del Primer Parto						Total	
	Nulípara		- 30 años		+ de 30 años			
	No	%	No	%	No	%	No	%
30 - 40	2	5.9	2	5.9	7	20.6	11	32.4
41 - 50	1	2.9	3	8.8	9	26.5	13	38.2
51 - 60	0	0	2	5.9	8	23.5	10	23.4
Total	3	8.8	7	20.6	24	70.6	34	100

La tabla 3 relaciona a las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama por grupos de edad y la edad en la que presentaron el primer parto, además de las nulíparas. Se evidenció que el mayor por ciento de las mujeres afectadas tuvieron su primer parto después de los 30 años (24), para un 70.6% ; siendo el grupo etario más afectado el de 41-50 años con 9 pacientes para un 26.5% . Solamente se encontraron 3 pacientes nulíparas que representaron el 8.8% del total de la población estudiada. Los resultados obtenidos son similares a los encontrados por Lage y colaboradores, dejando claro la importancia de estos parámetros con el cáncer de mama. Las mujeres que no han tenido hijos o aquellas que tuvieron su primer hijo después de los 30 años tienen un riesgo ligeramente mayor de padecer cáncer de mama. Los embarazos múltiples y quedar embarazada a una edad temprana reducen el riesgo del cáncer de mama. El embarazo reduce el número total de ciclos menstruales en la vida de una mujer, lo cual puede que sea una razón de este efecto.³⁴

Tabla 4. Distribución de los pacientes con cáncer de mama según grupos de edad y exposición a estrógenos.

Grupo de edad en años	Exposición a Estrógenos				Total	
	No		Si			
	No	%	No	%	No	%
3 0 - 4 0	4	1 1 . 8	7	2 0 . 6	1 1	3 2 . 4
4 1 - 5 0	2	5 . 9	1 1	3 2 . 4	1 3	3 8 . 2
5 1 - 6 0	4	1 1 . 8	6	1 7 . 6	1 0	2 9 . 4
Total	1 0	2 9 . 4	2 4	7 0 . 6	3 4	1 0 0

En la tabla 4 se muestra la distribución según grupos de edad y exposición a estrógenos donde se evidencia que un 70.6% de las pacientes (24) estuvieron expuestas a estos fármacos en algún momento siendo más frecuente en el grupo etario entre 41 y 50 años, coincidiendo estos datos con los reportados en Lage y colaboradores. Estudios han reportado que las mujeres que usan anticonceptivos orales tienen un riesgo ligeramente mayor de tener cáncer de mama que aquellas mujeres que nunca los han usado. Con el paso del tiempo, este riesgo parece regresar a lo normal una vez se dejan de tomar las pastillas anticonceptivas. Las mujeres que dejaron de usar los anticonceptivos orales hace más de 10 años no parecen tener aumento del riesgo de padecer cáncer de mama. La terapia hormonal con estrógenos (a veces también con progesterona) ha sido usada por muchos años para ayudar a aliviar los síntomas de la menopausia y para ayudar a prevenir la osteoporosis (adelgazamiento de los huesos). Estudios anteriores sugirieron que la terapia hormonal también pudiese tener otros beneficios a la salud, pero estos beneficios no han sido encontrados en estudios más recientes y mejores diseñados.^{32, 34}

Tabla 5. Distribución de los pacientes con cáncer de mama según grupos de edad y hábito de fumar.

Grupo de edad en años	Hábito de Fumar				Total	
	No		Si			
	No	%	No	%	No	%
30 - 40	4	11.8	7	20.6	11	32.4
41 - 50	5	14.6	8	23.6	13	38.2
51 - 60	4	11.8	6	17.6	10	29.4
Total	13	38.2	21	61.8	34	100

En la tabla 5 se muestra la distribución según grupos de edad y hábito de fumar, se observa que más de la mitad de las mujeres (21) eran fumadoras para un 61.8%, con una mayor incidencia entre el grupo de 41 - 50 años representado por 8 pacientes para un 23.6%. Resultados similares muestran Apantaku y Marinello en sus estudios, donde debido a la elevación del hábito de fumar entre las mujeres y los largos períodos por los que lo hacen, así como por el inicio a edades tempranas de la vida el cáncer de mama afecta en tan alto grado a las féminas. Otros estudios plantean que los químicos en el humo del tabaco alcanzan el tejido de la mama, los cuales han sido encontrados en la leche materna. La evidencia relacionada con el humo de segunda mano y el riesgo de cáncer de mama en los estudios con humanos es controversial, por lo menos en parte ya que no se ha demostrado que los fumadores estén en riesgo aumentado. Otra posible explicación para esto consiste en que el humo del tabaco puede tener diferentes efectos en el riesgo de cáncer de mama de los fumadores en comparación con aquellas personas que sólo están expuestas al humo de segunda mano.^{28, 29}

Tabla 6. Distribución de las mujeres con cáncer de mama según grupos de edad y edad de la menarquía.

Grupo de edad en años	Edad de la Menarquía				Total	
	Menarquía después de los 12		Menarquía antes de los 12 años			
	No	%	No	%	No	%
30 - 40	7	20.6	4	11.8	11	32.4
41 - 50	10	29.4	3	8.8	13	38.2
51 - 60	6	17.6	4	11.8	10	29.4
Total	23	67.6	11	32.4	34	100

La tabla 6 muestra la distribución entre grupos de edad y edad de la menarquía, evidenciando que el 67.6% de las mujeres (23 de ellas) presentó su primera menstruación antes de los 12 años siendo más marcado en el grupo de 41-50 años, con 10 pacientes para un 29.4%. Resultado que coincidió con los encontrados por Apantaku y Marinello, los cuales plantean que las mujeres que han tenido más ciclos menstruales debido a que comenzaron a menstruar a una edad temprana (antes de los 12 años) tienen un riesgo ligeramente mayor de padecer cáncer de mama. Este aumento en el riesgo pudiera deberse a una exposición mayor a las hormonas estrógeno y progesterona durante toda la vida. ^{28, 29}

CONCLUSIONES

En la investigación realizada la autora pudo verificar que las mujeres diagnosticados con cáncer de mama pertenecientes al municipio Primero de Enero, en su totalidad habían presentado uno o varios factores de riesgo, que en muchos casos no fueron debidamente identificados por el Equipo Básico de Salud por lo que no se les practicaron las acciones de prevención que están establecidas en el Programa de control de cáncer mamario, determinando que en un número importante de ellas se realizara un diagnóstico tardío de la enfermedad. Entre los factores de riesgos el hábito de fumar y la exposición a estrógenos en algún momento de la vida, resultaron ser los que con mayor frecuencia estuvieron presentes en estas mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. Siendo significativo que ambos resultan ser factores de riesgo modificables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción Regional de Prevención y Control del Cáncer [monografía en Internet]. Washington DC; 2014
2. WorldHealthOrganization. WorldHealthStatistics [monografía en Internet]. Washington DC; 2014.
3. Ministerio de Salud Pública; Dirección Nacional de Estadísticas y Registros Médicos. Anuarios Estadísticos de Salud 1970-2014. La Habana. (Cuba): MINSAP; 1971-2014.
4. Mendoza M, Cáceres CL, Jiménez H. Mortalidad por cáncer en la provincia Camagüey, período de 1980 a 1984. RevCubanaOncol. 1987; 3(3).
5. Torres P, Guerra M, Galán Y, García M, Lezcano M, Fernández L. Incidence of and mortalityfromcancer in the Cuban woman in the 2000-2012 period. Rev Cubana Med [serie en Internet].2013. 46(2).
6. González L, Lemes JJ. Características de la mortalidad por cáncer. Granma 2013. Rev Cubana Oncol. 2013; 16(1):21-3.
7. Dortas Y, Duarte A, Aragón O, Rodríguez Y. General mortalitybycancer in Antonio LuacesIraola Provincial Hospital during 2000-2002. RevMediCiego [serie en Internet]. 2003. 9(2).
8. Morales H, Martínez EM, Valdés JY, de la Paz CJ. Mortalidad por enfermedades malignas: estudio de diez años. RevMediCiego [serie en Internet]. 2013;9(1).
9. Domínguez E, Seuc A, Galán Y, Navarro D, Tuero A. Mortalidad y años de vida potencial perdidos por cáncer de tiroides. Cuba: años 1990, 1995,

2000 y 2004. Rev Cubana Endocrinol [serie en Internet]. 2007 [citado Dic 2008]; 18(2).

10. Seuc Jo A, Domínguez E, Galán Álvarez Y. Esperanza de vida ajustada por cáncer. Rev Cubana HigEpidemiol [serie en Internet]. 2012 [citado Dic 2015]; 41(1).

11. Linares TME, Ibarra EJ, Díaz H, Rabelo G, Suárez C. Cáncer, ocupación y supervivencia. Rev Cubana Salud Trabajo [serie en Internet]. 2015; 6(2).

12. Lovelle I, Cordero N, Álvarez AM, Gutiérrez JA, Méndez M, Rodríguez I. Comportamiento de la mortalidad por tumores malignos. MediCentro [sitio en Internet]. 2012 [citado Dic 2015]; 11(2).

13. Phillips AA, Jacobson JS, Magai C, Consedine N, Horowicz-Mehler NC, Neugut AI. Cancer incidence and mortality in the Caribbean. Cancer Investigation. 2007; 25:476-83.

14. Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue H, Colombet M, Boyle P. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2014. Ann Oncology. 2014; 18:581-92.

15. Danaei G, Vander S, Lopez A, Murray C, Ezzati M. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioral and environmental risk factors. Lancet [serie en Internet]. 2015. 366(9499).

16. Rodríguez A, Martín A. El Registro Nacional de Cáncer en Cuba. Procedimientos y resultados. Rev Bras Cancerol. 2013; 47(2):171-7.

17. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de salud en Cuba para el 2015 [monografía en Internet]. 2012 [citado Dic 2015].

18. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. 1995; 1:171-210.
19. Centro de Estudios de Población y Desarrollo de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE). La Habana: ONE; 2011.
20. Levi F, Bosetti C, Fernandez E, Hill C, Lucchini F, Negri E, et al. Trends in lung cancer among young European women: The rising epidemic in France and Spain. Int J Cáncer. 2013; 121:462-5.
21. Ministerio de Salud Pública; Dirección Nacional de Estadísticas y Registros Médicos. Temas de Estadística de Salud. La Habana: MINSAP; 2011.
22. Ministerio de Salud Pública; Instituto Nacional de Oncología. Programa Nacional de Control del Cáncer. La Habana: MINSAP, INOR; 2011.
23. Instituto Nacional del Cáncer (sitio web en Internet). Cáncer de mama [citado Dic 2011].
24. Duckers P, Ricci A. Disease of the breast. Current Therapy 36th. Philadelphia: Wonders. 2014; 994-1003.
25. Henderson IC. Cáncer de mama. Oncología. 2ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2013.
26. Saslow D, Boetes C, Burke W. American cancer society guidelines for breast screening with MRI as an adjunct to mammography. CA Cancer J Clin. 2012; 57:75-89.
27. US Preventive Services task force screening for Breast cancer [página en internet]. [citado 14 Ene 2011]. [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/breastcancer/brcanrr.htm>.

28. Marinello S, Chávez F, Romero T; Lence J. Riesgo de morir por cáncer de mama en Cuba. RevCubOncol. 2012; 14 (1): 22-25.
29. Apantaku L. Breastcancer diagnosis and screening. American FamilyPhysician [Internet]. 2000 [citado 28/6/2011]. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/20000801/596.html>
30. Natl J. Breastcancer. Black Nurses Assoc. 2008; 19(2):42-9.
31. Ortiz A. Revitalización del Programa de Detección Preclínica y Precoz del Cáncer de mama. Gaceta Médica Espirituana. 2013; 7(3).
32. García JA. El cáncer de mama es el tumor más frecuente en Europa. Ann Oncol2012; 18(3):581-92.
33. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico nacional 2003. La Habana: Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos; 2013.
34. Lage A, Guevara G. Factores de riesgos modificables en pacientes con cáncer de mama. Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna 2012; 16(2):69-73.
35. Lactancia materna protege a las mujeres de sufrir cáncer de mama [actualizado 18 Abr 2007; citado Dic 2009].
36. Rodríguez R, Pérez Y, Morales I. Operación de pesquiasaje de Cáncer de Mama en la población urbana del municipio de Ciego de Ávila. Mediciego. 2012; (2): 12-3.

A N E X O 1

Consentimiento informado.

Yo _____ ,
estoy de acuerdo a ser incluido en la investigación, Caracterización de las
mujeres con enfermedad onco-proliferativa de mama pertenecientes al
Municipio Primero de Enero y se me han explicado las bases del estudio.
He podido hacer preguntas sobre la investigación. He recibido suficiente
información sobre el estudio. Comprendo que mi participación es
voluntaria. Comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera sin
tener que dar explicaciones, sin que esto repercuta en mis cuidados
médicos. Presto libremente mi conformidad para participar en la
investigación.

Fecha _____ Firma del participante _____

_____ Investigador Firma

ANEXO 2

ENTREVISTA ESTRUCTURADA

Objetivo: Determinar las principales variables socio-demográficas de los pacientes con diagnóstico de cáncer de mama.

1. Edad: _____ Clasifica en el Grupo encuentra. _____ De 30 a 40 años
_____ De 41 a 50 años _____ De 51 a 60 años

2. Color de la piel. _____ Blanca _____ Mestiza _____ Negra

3. ¿Algún familiar cercano a usted (madre, hermano y/o Hija) ha presentado?:

___ Enfermedad benigna de la mama: ___ madre ___ hermana ___ hija

___ Displasia: ___ madre ___ hermana ___ hija

___ Cáncer de mama: ___ madre ___ hermana ___ hija

___ Ninguno: ___ madre ___ hermana ___ hija

4. ¿Ha tenido hijos? Si ___ No ___ antes de los 30 años ___ después de los 30 años

5. ¿Ha consumido tabletas anticonceptivas o ha tenido algún tratamiento Hormonal para el tratamiento de los síntomas de la menopausia? _____ Sí
_____ No

6. ¿Es usted fumadora? Si _____ No _____

7. ¿Presento su primera menstruación?: _____ Antes de los 12 años o
_____ Después de los 12 años

