

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
POLICLÍNICO DOCENTE UNIVERSITARIO "RAÚL ORTIZ ÁVILA" CIRO
REDONDO

TÍTULO : Caracterización de pacientes diagnosticadas con afecciones mamarias.

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

AUTORA : Dra. Arachelis González Rodríguez.

Morón, 2020

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
POLICLÍNICO RAÚL ORTIZ ÁVILA

Título: Caracterización de pacientes diagnosticadas con afecciones mamarias.

**(EN OPCIÓN AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PRIMER GRADO
EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL.)**

AUTORA: Dra. Arachelis González Rodríguez. Aspirante a Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

TUTORA: Dra. Madelin Cañizo Quiñones. Especialista 1er Grado en MGI.

INSTITUCIÓN: Policlínico Docente Universitario "Raúl Ortiz Ávila" Ciro Redondo.

Morón, 2020

A G R A D E C I M I E N T O S .

Agradezco a todas las personas que hicieron posible mi culminación de estudios, en especial a:

- M i m a m á , q u e s i n s u a p o y o n o h u b i e r a p o d i d o .
- M i b e b é , q u e e s l a f u e r z a p a r a s e g u i r a d e l a n t e c a d a d í a .
- M i e s p o s o , q u e s i e m p r e m e a p o y a .
- A m i t u t o r p o r a p o y a r m e y a y u d a r m e e n e s t e l a r g o c a m i n o .

DEDICATORIA.

Dedico este trabajo a:

- Todos los médicos de Cuba que luchan para salvar vidas, que es nuestra misión fundamental en esta tierra.
- A mi país, por darme la posibilidad.
- Y a todos los que de una forma u otra han contribuido a la realización de este trabajo y a mi formación médica.

P E N S A M I E N T O .

*... Nadie quiere convencerse de que
prever es ver antes que los demás...*

José Martí

RESUMEN.

La población femenina acude con mucha frecuencia a las consultas por presentar molestias o cambios en las mamas, muchas veces descubiertas de forma fortuita o porque escuchó a alguien que tenía alguna enfermedad en éstas, y al autoexaminarse encontró alteraciones en ellas. En Cuba esto constituye un problema de salud ya que se diagnostica cada año alrededor de 1600 pacientes con cancer mamarias. ^(3,4)

Son numerosos los procesos patológicos tanto benignos como malignos que pueden afectar el tejido mamario, y son motivos frecuentes de consulta de las pacientes en los servicios de mastología. El presente estudio es observacional descriptivo y se realizó en la Comunidad de Cacahual Viejo y tiene como objetivo: Caracterizar a las pacientes que han sido diagnosticadas con afecciones mamarias del CMF # 6 del poblado de Cacahual Viejo. El universo y/o población quedó conformado por 26 pacientes que han sido diagnosticadas con afecciones mamarias. Como principales resultados se obtuvo que: Las edades con mayor índice de presencia de afecciones mamarias son las superiores a los 40 años; el nivel de escolaridad que mayor frecuencia tuvo fue el medio superior, existe en las pacientes un alto índice de desconocimiento sobre varios factores de riesgos tanto modificables como no modificables, y por ende de la asociación de estos con las afecciones mamarias y el 92,3% desconoce sobre la técnica del autoexamen de mamas.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	4
MATERIALES Y MÉTODOS	25
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	29
CONCLUSIONES	34
RECOMENDACIONES	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

INTRODUCCIÓN

A través del tiempo han existido documentos y hechos que hacen referencia a las enfermedades de las mamas a las cuales, en ocasiones se les daba mucha importancia, en otras era relativo. En Egipto fue encontrado, el denominado "Papiro de Edwin Smith", que data de los años 3000 y 2500 a. de C., en el que se mencionan casos de tumores y úlceras de las mamas, estableciéndose diferencias entre unos y otras.¹

En Roma, en el siglo I de nuestra era, Aurelio Cornelio Celso realizó un estudio del cáncer de la mama, mencionando lo innecesaria que era una operación cuando el tumor ya se encontraba ulcerado. Arquímedes de Apamea, quien era contemporáneo de Cornelio Celso, operó varias enfermas con cáncer de mama, sin hacer referencia de algún seguimiento ni de cuantas mujeres sobrevivieron al tratamiento.¹

Galeno, en el siglo II de n.e. (131-200 d. C.), menciona el cáncer de mama en sus escritos, describiendo la apariencia del tumor como algo semejante a un "cangrejo"; probablemente de esta comparación nació el término "cáncer". También hace referencia que esta enfermedad aparece después de que la menstruación ha desaparecido, describiendo de igual manera alguna amputaciones de mamas realizadas por él mismo. Galeno también describió la hipertrofia mamaria en el hombre a la cual llamó ginecomastia, nombre que se conserva hasta la actualidad.¹⁰

El avance en el desarrollo tecnológico de la sociedad actual, entre otras consecuencias, ha traído consigo un aumento en la expectativa de vida, lo cual muestra un nuevo escenario demográfico y de transición en las enfermedades crónico degenerativas y como consecuencia los padecimientos neoplásicos, destacando el cáncer de la mama, lo que representa un problema de salud. Este padecimiento es la segunda causa de muerte por cáncer en las mujeres, de acuerdo a los registros de los Anuarios Estadísticos de la Organización Mundial de la Salud (O M S). Esto ha obligado a los profesionales de la medicina a conocer mejor la patología mamaria y así poder detectar en forma oportuna, a aquellas mujeres que

clínicamente presentan sospecha de afecciones mamarias o factores de riesgo para su evaluación diagnóstica.¹³

Es un hecho indiscutible que el diagnóstico temprano de cualquier afección es factor fundamental para mejorar las posibilidades de supervivencia. Los casos diagnosticados tempranamente cuentan con un pronóstico de supervivencia que supera el 90%, y entre más tardío es este diagnóstico, las posibilidades disminuyen hasta un punto donde sólo se puede ofrecer un tratamiento paliativo de sostén.³

Las afecciones mamarias constituyen un padecimiento factible de diagnóstico temprano y de control en un alto porcentaje de los casos. Por tal motivo se debe realizar un proceso de capacitación a los prestadores de los servicios de salud disponibles, para lo cual es indispensable tomar en cuenta los siguientes puntos:³

- Lograr la capacitación de los trabajadores de la salud, tanto médicos como no médicos, en el menor tiempo posible.
- Llevar a cabo la capacitación a través de una serie de temas secuenciales Obligar a la elaboración de modelos didácticos que apoyen al proceso de enseñanza aprendizaje.³

Por su parte la Comunidad de Cacahual Viejo, donde se realiza el presente estudio, posee 107 mujeres pertenecientes al Consultorio del Médico de la Familia (CMF), las cuales no poseen una alta percepción de riesgo sobre el peligro que representa no revisarse los senos con cierta periodicidad. Esta situación está dada, y así se refiere en el diagnóstico de la comunidad realizado cada año, en gran medida a los bajos índices de escolaridad propios de zonas rurales de nuestro país, a las creencias erróneas, y también al descuido de visitar al CMF frecuentemente alegando que no tienen tiempo. Estas condiciones socioculturales han incidido en gran medida en la aparición de una alta incidencia de casos de mujeres que han presentados alguna afección como la presencia de nódulos, quistes y hasta el propio cáncer de mama. En total durante el 2019 sumaron 26 mujeres las que han sido diagnosticadas con algún tipo de afección de mama y remitidas para estudios más profundos. La mayoría de las afecciones mamarias detectadas se encontraban en estadios avanzados debido a la propia baja percepción de riesgo que hace que no se pueda

diagnosticar en estadios menores donde quizás su tratamiento pueda ser menos invasivo y las consecuencias menos nefastas.

La novedad y actualidad del presente estudio radican en que responde directamente a una de las problemáticas fundamentales detectadas y expuestas en los Anuarios estadísticos del Ministerio de Salud Pública de Cuba y a su vez de las Organizaciones Mundial y Panamericana de la Salud: las afecciones mamarias. Resulta actual pues contribuye con la prevención y detección temprana de afecciones mamarias que a largo plazo pueden tener consecuencias mortales; y a su vez es novedoso pues se analiza a la paciente de forma profunda desde la atención primaria de salud, para luego realizar las remisiones pertinentes.

Ante la situación antes descrita y luego de revisar bibliografías relacionadas con el tema, investigaciones afines y el Análisis de la Situación de Salud (ASIS), se propone realizar una investigación relacionada con lo planteado anteriormente, precisándose como **problema científico**:

¿Qué caracteriza a las mujeres diagnosticadas con afecciones mamarias?

Para dar respuesta al problema científico presentado se propone el siguiente

Objetivo General:

Caracterizar a las pacientes que han sido diagnosticadas con afecciones mamarias del CMF # 6 del poblado de Cacahual Viejo.

En consecuencia y para desarrollar el objetivo general se proponen los siguientes

objetivos específicos:

1. Distribuir las participantes según grupo de edad y nivel de escolaridad.
2. Identificar los factores de riesgo modificables y no modificables presentes en la muestra de estudio.
3. Clasificar las afecciones mamarias diagnosticadas.

MARCO TEÓRICO

Antecedentes históricos, teóricos y contextuales.

Investigaciones históricas han demostrado la existencia de documentos y hechos que hacen referencia a las enfermedades de las mamas a las cuales, en ocasiones se les daba mucha importancia, en otras era relativo. En Egipto fue encontrado, el denominado "Papiro de Edwin Smith", que data de los años 3000 y 2500 a. de C., en el que se mencionan casos de tumores y úlceras de las mamas, estableciéndose diferencias entre unos y otras. En el "PAPIRO DE EBERS" que data del año 1500 a. de C., se describe el tratamiento con un cuchillo de un tumor adiposo de la mama.

Hipócrates, en su libro "Enfermedades de la Mujer", hace mención del signo de secreción por el pezón y describe el periodo terminal del cáncer de la mama. ⁽³⁰⁾

En Roma, en el siglo I de nuestra era, Aurelio Cornelio Celso realizó un estudio del cáncer de la mama, mencionando lo innecesaria que era una operación cuando el tumor ya se encontraba ulcerado. Arquímedes de Apamea, quien era contemporáneo de Cornelio Celso, operó varias enfermas con cáncer de mama, sin hacer referencia de algún seguimiento ni de cuantas mujeres sobrevivieron al tratamiento. ⁽³⁰⁾

Galeno, en el siglo II de nuestra era (131-200 d. C.), menciona el cáncer de mama en sus escritos, describiendo la apariencia del tumor como algo semejante a un "cangrejo"; probablemente de esta comparación nació el término "cáncer". También hace referencia que esta enfermedad aparece después de que la menstruación ha desaparecido, describiendo de igual manera alguna amputaciones de mamas realizadas por él mismo. Galeno también describió la hipertrofia mamaria en el hombre a la cual llamó ginecomastia, nombre que se conserva hasta nuestros días. ⁽³⁰⁾

En el mismo siglo II, Sorano de Éfeso practicó la operación para el cáncer mamario por medio de la amputación total del órgano, realizando posteriormente cauterizaciones de los lechos sangrantes con fines hemostáticos. ⁽³⁰⁾

Leónidas de Alejandría, en el siglo II, estableció la diferencia entre el escirro y el cáncer de mama y observó la retracción del pezón.

Roma durante los siglos VI y VII es el centro de esplendor de la medicina y la cirugía; uno de sus representantes es Aecio de Amida (500-550 d.C.), autor del "Tetrabiblon",

fue médico de Justiniano I y estudió con mucho interés el cáncer de pecho. Pablo de Egina, durante los años 607-690, señaló que el cáncer de mama es frecuente por la laxitud que permite que los humores que lo ocasionan sean admitidos con facilidad; él operaba además la ginecomastia a través de una incisión sub-mamaria en casos moderados y con una doble incisión semilunar para rescatar un sector de piel.

En la cirugía árabe debemos mencionar al famoso Avicena 980-1037 D. C., príncipe de los médicos, autor del "Canon"; él utilizaba el cauterio para tratar el cáncer de la mama. Uno de sus contemporáneos, Abulcasis nacido en 1013, se ocupó del cáncer de mama e indicó que ni él ni nadie que conociera, habían sido capaces de curar un solo caso.⁽³⁰⁾

Durante la Edad Media en Europa no hubo adelantos, se siguió utilizando el cauterio y la amputación; estos procedimientos son mencionados en el libro Chirurgia Magna por Guy de Chauliac (1300-1367).⁽³⁰⁾

En el Renacimiento, Andrés Besalio (1514-1564), también practicó la escisión del seno afectado.⁽³⁰⁾

Ambrosio de Paré (1510-1590) fue de los primeros en notar la adenopatía axilar en el cáncer de la mama.⁽³⁰⁾

Girolamo Fabrizio D'Acquapendente (1537-1619), discípulo de Fallopio, fue el primero en realizar una cirugía, extirpando simultáneamente la cadena ganglionar con la mama, además se ocupó del cáncer mamario en el hombre.⁽³⁰⁾

Marco Aurelio Severino (1580-1656) escribió en 1632, el "Recondita Abscesuum Natura", donde trató sobre los estrummas de la mama; es probable que haya sido el primero en separar los procesos benignos de los malignos y también existen notas suyas que sugieren la vinculación de la enfermedad quística con el cáncer de mama.

Johann Schultes (1595-1645) también llamado Scultetus, publicó algunos libros en los que describe varias técnicas quirúrgicas e instrumental para su realización, que incluyen la técnica para la amputación de la mama.⁽³⁰⁾

Jean Louis Petit (1674-1750) describió con detalle la técnica de la mastectomía y la evacuación de la cadena linfática axilar, así como la metástasis ósea en el cáncer de la mama.⁽³⁰⁾

Morgagni (1682-1772) también presentó varios casos de cáncer mamario en el hombre.⁽³⁰⁾

Le Dran (1685-1770) señaló la importancia de la cadena linfática como vía de diseminación del cáncer mamario.⁽³⁰⁾

John Hunter (1728-1793) creó un museo con 13,000 piezas anatómicas amputadas; escribió la obra "Lectures on the Principles of Surgery", donde hace referencia a la sintomatología mamaria, mencionando que a veces el primer síntoma de cáncer mamario es la secreción por el pezón.⁽³⁰⁾

Sir Astley Paston Cooper (1768-1841), discípulo de Hunter, realizó atrevidas operaciones, demostrando predilección por las enfermedades mamarias. En 1874 año en el que fue elegido miembro del Guy's Hospital Physical Society, realizó su primera disertación sobre cáncer de mama. En 1829 publicó el libro "Illustrations of Diseases of the Breast", en el que describe la tuberculosis de la mama y demuestra la naturaleza benigna del fibroadenoma; en 1840 terminó su libro "Anatomy of the Breast".⁽³⁰⁾

Abraham Colles (1773-1843) señaló el diagnóstico diferencial entre el escirro y los tumores benignos.⁽³⁰⁾

Johannes Müller en 1838 describió el "Cistosarcoma Phylloides".

Sir Benjamin Collins Brodie (1783-1862) publicó en 1840 un tratado sobre la enfermedad fibroquística de la mama, con el nombre de "Lectures on Sero-Cystic Tumors of the Breast".⁽³⁰⁾

Alfred Armand Louis Marie Velpeau (1795-1867) publicó en el año de 1854 el "Traité des Maladies du Sein de la Région Mammaire", que fue una obra clásica durante mucho tiempo.⁽³⁰⁾

Atáñase Léon Gosselin (1815-1887) publicó su obra en 1873, a la que llamó "Lecciones de Clínica Quirúrgica del Hospital de Caridad", donde menciona numerosas recomendaciones para la patología mamaria, ya que el consideraba a la cirugía mamaria como una acción paliativa y no curativa; describe además lo que podría considerarse actualmente como la enfermedad de Paget.⁽³⁰⁾

Lancereaux realizó en 1860 el primer diagnóstico firme de tuberculosis mamaria, mediante un estudio histopatológico. Cuneo en 1868 encontró el bacilo de Koch en el

pus de una mastitis bacilosa. Dubar en 1881 describió con detalle la anatomía patológica de la mastitis tuberculosa.⁽³⁰⁾

Paul Reclus (1847-1914) fue un estudioso de la enfermedad fibroquística; escribió un capítulo específico de esta enfermedad a la que llamó "La Maladie Kystique des Mamelles", en el libro que publicó en 1884 con el nombre de "Clinique et Critique Chirurgicale", haciendo referencia de las grandes dificultades que hasta ese momento existían para realizar un diagnóstico diferencial con certeza de la patología benigna y maligna.⁽³⁰⁾

A principios del siglo XIX; se habían conseguido ninguno o pocos adelantos en el tratamiento del cáncer de la mama, pero con la aparición de la antisepsia y el descubrimiento de la anestesia, se abrieron nuevos campos para la cirugía y dentro de ésta para el cáncer de la mama.⁽³⁰⁾

Sir James Paget (1814-1899) descubrió las características de la enfermedad que lleva su nombre en 1874, pero cabe señalar que 20 años antes Nelaton había publicado la observación clínica de un caso; anteriormente en 1853, Velpeau en su tratado de las enfermedades de la mama lo había descrito.⁽³⁰⁾

Charles Moore en 1867 demostró que las recidivas post operatorias no se debían a una tara constitucional u orgánica, sino a una operación insuficiente, pero nunca fue escuchado, porque para su tiempo lo que el proponía era demasiado riesgoso, ya que no sólo la enfermedad se llevaba a las pacientes, sino que un gran número de ellas morían por sepsis.⁽³⁰⁾

Lord Joseph Lister (1827-1912) personaje descubridor de la antisepsia, en 1860 realizó una extirpación amplia de piel, aponeurosis pectoral y ganglios linfáticos aplicando la antisepsia, mencionando que no se tuvieron complicaciones de sepsis y en 1871, llevó a cabo un vaciamiento axilar dejando un tubo de drenaje en el ángulo externo de la herida, sin que esto se complicara.⁽³⁰⁾

En el siglo XIX, numerosos germanos como: Billroth, Van Volkmann, Gussenbauer, Küster, Heidenhain y Rotter, fueron perfeccionando la cirugía y sus técnicas de abordaje, preparando el camino para que los norteamericanos William S. Halsted y Willy Meyer, les dieran su mayor avance.⁽³⁰⁾

Los norteamericanos con Halsted a la cabeza, apoyados en la anatomía patológica, buscaron hasta donde era necesario cortar.

William Stewart Halsted (1852-1922) publicó en 1890 la operación que él realizaba en un trabajo titulado "The Treatment of the Value of the Blood Clot in the Management of Death Spaces IV Operations for Carcinoma of the Breast". En 1894 apareció su trabajo "The Results of Operations for the Cure of Cáncer of the Breast Performed at the Johns Hopkins Hospital from June 1889 to January 1894", que fue catalogado durante un tiempo como la piedra angular en la cirugía del cáncer mamario. En estos dos trabajos Halsted hace una descripción minuciosa de la técnica quirúrgica que él empleaba.⁽³⁰⁾

Willy Meyer (1858-1932) este personaje fue reconocido como uno de los precursores de la cirugía torácica y mamaria. En 1894 aparecen sus trabajos casi simultáneamente con los de Halsted sobre cáncer de mama, por lo que muchas veces se los asocia como los responsables de los principios de la cirugía mamaria. Uno de los trabajos de Meyer fue "An Improved Method of the Radical Operation for Carcinoma of the Breast".⁽³⁰⁾

A fines del siglo XIX, entre 1896 y 1900, se realizaron múltiples investigaciones anatómicas vinculadas con el cáncer de mama, como fueron los trabajos atribuidos a Geroth, Rotter, Grossman y Oelsmer. Por esos mismos años aparecen estudios que correlacionan al cáncer de mama con influencias hormonales.⁽³⁰⁾

En el siglo XX aparecen múltiples contribuciones para perfeccionar las técnicas quirúrgicas y los tratamientos postoperatorios, sobre todo la radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia. Cobran cierto interés los procesos benignos especialmente las displasias.⁽³⁰⁾

C. Steinthal, en 1905, realizó una clasificación de los cánceres mamarios en tres grupos. En 1920 B.J. Lee y F. E. Adair describieron la necrosis grasa, en este mismo año la radioterapia es liberada de su periodo de experimentación, para constituirse como un armamento más contra el cáncer.⁽³⁰⁾

Antoine Laccassagne publicó en 1932 sus trabajos experimentales con ratas machos, a los cuales les produjo cáncer de mama por medio de inyecciones con estrógenos.⁽³⁰⁾

Prudente, Adair y otros investigadores presentaron en 1941, avances importantes con el empleo de andrógenos y estrógenos combinados, como tratamiento paliativo del cáncer mamario.⁽³⁰⁾

En los últimos diez años se ha dado en el mundo un avance muy importante en el conocimiento genético que ha llevado a la medicina a reconocer algunos factores posibles como pre-cancerígenos.

En estos momentos se encuentran en estudio un gran número de componentes celulares que pueden tener una participación importante en la historia natural de la enfermedad mamaria.⁽³⁰⁾

Entre estos estudios destaca la prueba cualitativa y cuantitativa de la proteína biomarcadora "C-erbB-2" en saliva, el cual es un marcador generado en tumores mamarios, siendo una proteína soluble del oncogen presente en suero y saliva y que se eleva por igual en presencia de un tumor maligno.⁽³⁰⁾

Otros estudios importantes en la actualidad, que se encuentran en etapa avanzada, son los que parten del concepto de interdependencia crítica estrógenica, que implica la activación simultánea de dos o más complejos peptídicos capaces de responder sinérgicamente a un factor de activación. La posibilidad de detectar estas alteraciones de manera cuantitativa en sangre periférica, constituirá una base sólida para una prueba útil en el tamizaje preventivo, diagnóstico y el seguimiento en las pacientes con cáncer de mama.⁽³⁰⁾

Afecciones mamarias.

Según estadísticas revisadas un cuarto de las mujeres adultas en algún momento de sus vidas acuden al médico por un problema relacionado con las mamas, pero menos del 20 % de las veces resulta ser una neoplasia maligna. Los hallazgos más comunes son una exageración de los cambios fisiológicos mamarios a raíz de las fluctuaciones del medio hormonal que acompaña el ciclo menstrual, por lesión benigna o de origen fisiológicos.³

La población femenina acude con mucha frecuencia a las consultas por presentar molestias o cambios en las mamas, muchas veces descubiertas de forma fortuita o porque escuchó a alguien que tenía alguna enfermedad en éstas, y al

autoexaminarse encontró alteraciones en ellas. En Cuba esto constituye un problema de salud ya que se diagnostica cada año alrededor de 1600 pacientes con cáncer de mamas.^{3,4}

Son numerosos los procesos patológicos tanto benignos como malignos que pueden afectar el tejido mamario, y son motivos frecuentes de consulta de las pacientes en los servicios de mastología.^{3,4}

El médico de familia es el primer eslabón por donde comienza la mujer a transitar desde que ella o su equipo de salud diagnostican algún síntoma o signo de afección mamaria. Es el cáncer de mama el principal problema de salud al respecto, el cual ha aumentado, considerablemente, en los últimos años las tasas de morbilidad y mortalidad; los tumores malignos ocupan la segunda causa de muerte en Cuba, y es el cáncer de mama la primera causa de muerte por cáncer en el sexo femenino.^{3,4}

Clasificación de las afecciones mamarias.

Las afecciones mamarias se clasifican de la siguiente forma, tomando como base la bibliografía consultada, fundamentalmente las elaboradas por el modelo cubano de la enseñanza de la salud:

-Lesiones benignas de la mama:

1. No inflamatorias:

a) Lesiones proliferativas:

— Sin atipias celulares:

- Papilomas y apilomatosis.
- Adenomas y adenosis.
- Fibroadenomas y fibroadenosis.
- Relación fibroadenoma-carcinoma.
- Lesiones esclerosantes.^{3,4}

— Con atipias celulares o sin estas:

- Hiperplasias ductal y lobulillar.
- Adenomas esclerosantes.
- Papilomatosis.

- Metaplasia apocrina.
- Relación con carcinoma *in situ*.
- Con atipias celulares:
 - Carcinoma *in situ*.
 - Carcinoma papilar.^{3,4}
- a) Lesiones no proliferativas:
 - Reactivas:
 - Quistes o condición fibroquística.
 - Galactoceles.^{3,4}
 - No reactivas:
 - Lipoma y angiolipoma.
 - Hemangiomas.
 - Lesiones condromatosas.
 - Leiomiomas.
 - Neurofibromas y shwanomas.
 - Mioepiteliomas y leiomiomas.^{3,4}

2. Inflamatorias: padecimientos inflamatorios:

- b) Reactivos:
 - Necrosis grasa.
 - Ectasia de conductos.
 - Fibrosis posradiación.^{3,4}
- c) No reactivos:
 - Mastitis y absceso: reacción a cuerpos extraños.
 - Enfermedad de Mondor.
 - Infarto mamario.^{3,4}

3. Infecciones:

- d) Específicas comunes:
 - Mastitis.
 - Fístulas.

- Abscesos.
- Eccema de la mama.^{3,4}

e) Específicas poco comunes:

- Tuberculosis.
- Sífilis.
- Micosis.
- Diabetes.
- Sarcoidosis.^{3,4}

Lesiones malignas de la mama: estas lesiones se pueden clasificar en:

- Tumor con origen en el epitelio ductal.
- Tumor con origen lobulillar.
- Tumor maligno de estroma.
- Enfermedad metastásica.^{3,4}

Las formas especiales de presentación del cáncer de mama:

- Carcinoma inflamatorio agudo de la mama.
- Carcinoma ulcerado.
- Carcinoma en coraza.
- En el embarazo y la lactancia.
- Enfermedad de Paget.
- Cistosarcoma pilloides.
- Carcinosarcoma.
- En el hombre.^{3,4}

En la atención primaria de salud las afecciones mamarias más comunes presentadas por las pacientes, y detectadas a tiempo para que no lleguen a consecuencias mayores son:

Displasia mamaria o enfermedad fibroquística de la mama

Es un incremento de la reactividad normal del tejido mamario, acompañado de una serie de cambios histopatológicos progresivos y regresivos, consecutivos a un

desequilibrio hormonal intrínseco estrógeno-progesterona, en presencia de factores hísticos permisivos; afecta a una de cada dos mujeres en edad fértil, aunque puede aparecer en cualquier época de la vida. Para muchos, hoy día, no se considera una enfermedad, es una condición incómoda con la cual la mujer debe aprender a convivir.^{3,4}

Diagnóstico

-Cuadro clínico

Anamnesis. La mastodinia o dolor mamario es, en muchas ocasiones, el principal síntoma; aparece, fundamentalmente, en el periodo premenstrual, aunque puede persistir durante todo el ciclo. El dolor se puede irradiar a la espalda, el hombro o el brazo, puede ser bilateral o unilateral, por lo general, es más intenso en la mama izquierda y hacia los cuadrantes superiores externos. Las mujeres pueden referir tensión mamaria, calor, nodulación y ardencia; en el 20 % de los casos puede haber adenopatía axilar de características benignas y, además, secreción por el pezón, de forma provocada, de aspecto seroso, verdoso o azulado.^{3,4}

Examen físico. Al examen físico se pueden observar senos turgentes, zonas dolorosas a la palpación, con tendencias nodulares no bien definidas, en la mayoría de los casos, con predominio de los cuadrantes superiores externos y regiones supraareolares; en general, el médico puede comprobar la presencia de "imágenes en espejo", o sea, lesiones con similares características de tamaño, consistencia y localización en ambas mamas. Generalmente, no hay curación para la displasia mamaria, evoluciona de forma cíclica y hay ciertas mejorías con etapas de remisión.^{3,4}

Exámenes complementarios: Se puede indicar ultrasonido, mamografía y BAAF.

Tratamiento: No existe un tratamiento específico; como tampoco, consenso en relación con cuál medicamento indicar, cuál es el mejor, su dosis, tiempo de empleo y en qué momento comenzarlo, agravado por lo heterogéneo de la afección. En la actualidad, la tendencia es a reducir al mínimo el uso de estos al evaluar los resultados obtenidos.^{3,4}

Higiénico-dietético. La dieta es un tema muy controversial; algunos recomiendan evitar, la ingesta de determinados alimentos como el té, chocolate, café, cola, etc.,

por su alto contenido en metilxantinas. En la experiencia de nuestros expertos solo se sugiere evitar el tabaquismo y las comidas ricas en grasa animal.^{3,4}

Farmacológico. En pacientes que utilizan reserpina, aminofilina, antidepresivos, diazepam y contraceptivos hormonales de alto contenido estrogénico, no es aconsejable usarlos por tiempo prologado, pues disminuyen el factor inhibidor de prolactina y, por tanto, aumentan el tenor de estrógenos. Para el tratamiento en pacientes sintomáticas se indican analgésicos y antiinflamatorios, si hay dolor intenso. Además, se recomienda no usar ajustadores de encajes, *jersey*, ni ropas ajustadas, y no hacer grandes esfuerzos físicos.^{3,4}

Fibroadenoma

Concepto: Es el tumor benigno de la mama más frecuente. Son lesiones proliferativas que se manifiestan como un nódulo firme, único, redondeado, encapsulado, duro, elástico, móvil, bastante homogéneo y bien delimitado que se desarrolla dentro del tejido glandular.^{3,4}

Patogenia: Dentro de los factores de riesgo para esta enfermedad el más significativo es la edad, ya que se trata de una lesión en mujeres jóvenes, con un pico de incidencia entre 15 y 25 años que comienza a declinar, en forma acentuada, después de los 30 años.^{3,4}

Existen dos variedades, el fibroadenoma juvenil y el gigante, que llega a provocar deformaciones de la mama. El fibroadenoma se debe diferenciar del tumor phillodes maligno y del carcinoma lobulillar *in situ*.

Diagnóstico: Se realiza por el examen físico y los complementarios: ultrasonido, mamografía y BAAF.

Tratamiento: El tratamiento es quirúrgico; se realiza la exéresis del área afectada.^{3,4}

Ectasia ductal o mastitis periductal

Concepto: Se considera una afección benigna de la mama. Es relativamente frecuente, se reporta hasta el 4 % dentro de los motivos de consulta por afecciones mamarias, incluida en las afecciones inflamatorias de la glándula mamaria.

Diagnóstico positivo: Se trata de una enfermedad de los conductos mayores, generalmente segmentaria, de localización subareolar, se puede acompañar de retracción del pezón, un nódulo difuso o masa palpable o una adenopatía axilar; se

asocia a secreción espontánea por el pezón, multicoloreada, grumosa, purulenta o sanguinolenta. Se ve, con frecuencia, en la menopausia; en el diagnóstico clínico es muy difícil diferenciarla del cáncer de mama, al tener un aspecto macroscópico muy semejante a este. Ante la presencia de una ectasia ductal, se debe pensar, siempre, en la posibilidad de un cáncer y no conformarnos solo con el primer diagnóstico.

Exámenes complementarios: Están indicados el ultrasonido, la mamografía y el BAAF.

Tratamiento: Se recomienda el uso de antibióticos y antiinflamatorios durante 7 a 10 días. Si no hay mejoría, realizar BAAF y exéresis de los tejidos afectados.^{3,4}

Mastitis aguda

Clasificación y concepto:

Mastitis aguda puerperal: Es la forma más frecuente; ocurre durante la lactancia, en específico, durante el primer mes, asociada a grietas y fisuras del pezón facilitadas por la retención de leche. Es causada por *Staphylococcus aureus* coagulasa positiva. Se caracteriza por presentar los síntomas y signos clínicos de un proceso inflamatorio y acompañarse de adenopatías axilares. Su incidencia ha ido descendiendo, notablemente, con medidas preventivas durante la lactancia.^{3,4}

Mastitis aguda no asociada con la lactancia: Se presenta en mujeres en edad fértil, en general, es producida por estafilococos y estreptococos, como consecuencia de una infección.^{3,4}

Cualquiera de las dos variedades de mastitis aguda se puede complicar con la formación de abscesos, en especial, si el tratamiento no ha sido impuesto precozmente.^{3,4}

No se debe confundir con el carcinoma inflamatorio agudo de la mama, que hay que descartar en mujeres mayores de 30 años, en especial si, después de haber sido tratadas de forma adecuada, no hay regresión del proceso inflamatorio.^{3,4}

Tratamiento

- Fomentos fríos.
- Analgésicos y antiinflamatorios.

- Supresión de la lactancia de la mama afectada.
- Si hay colección de pus, realizar incisión y drenaje. ^(3, 4)

Eccema del pezón

Es la dermatosis que, con mayor frecuencia, afecta la mama. Se manifiesta como un aumento del cuadrículado normal de la piel, acompañado por descamación, aparición de finas fisuras y, en oportunidades, irregularidades de su superficie. Las pacientes se quejan de prurito intenso y ardor. Si después de ser tratado, adecuadamente, el cuadro se mantiene, hay que descartar la posibilidad de un proceso maligno de la mama (enfermedad de Paget), que se caracteriza por lesiones muy semejantes a la afección descrita. ^{3,4}

Tratamiento

- Se toman medidas higiénicas.
- El tratamiento específico depende de si es seco o rezumante (húmedo); en el primer caso se recomienda el uso de cremas grasosas con esteroides y antibióticos, y en el segundo, el uso de compresas de manzanilla; cuando se seque, continuar con cremas.
- Si no resuelve el problema, hay que realizar estudios de la lesión. ^{3, 4}

Ginecomastia

Es el desarrollo de una mama de tipo femenina en el varón. Suele ser unilateral y se presenta en jóvenes. No guarda relación con disfunción hormonal cuando existe ginecomastia unilateral; cuando es bilateral, se debe buscar una causa general, por ejemplo, en la cirrosis hepática. ²³

La masa mamaria es dura, no dolorosa y no está adherida al músculo adyacente, por lo que se puede palpar su desplazamiento al tacto durante el examen físico. El tratamiento consiste en la exéresis del área afectada. ²³

En los hombres, después de la tercera edad, suele presentarse, con cierta frecuencia, aumento de volumen unilateral del tejido mamario, relacionado, fisiopatológicamente, con el declive hormonal propio de la edad. Con frecuencia, es doloroso y móvil. Debe mejorar con antiinflamatorios y tratamiento sustitutivo con hormonas masculinas; en caso contrario, se debe indicar BAAF para descartar la posibilidad de un cáncer de mama. ^{3,4,23}

Cáncer de mama

El Cáncer de mama es la primera causa de incidencia y mortalidad por cáncer en la mujer adulta en Latinoamérica y en el ámbito mundial. Cuba está entre los países con mayor tasa de mortalidad por cáncer de mama en América y es uno en los que mayor número de años de vida se pierde por esta causa. Es la afección que ocupa el primer lugar dentro de las causas de incidencia y mortalidad entre las neoplasias malignas del sexo femenino. Se ha concluido que 1 de cada 14 a 16 mujeres podrá presentar cáncer de mama, en algún momento de su vida, y es más frecuente entre los 45 y 65 años de edad.^{3,4,22,23}

En los últimos años, gracias a la aplicación del Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba, se ha logrado detectar un número mayor de casos nuevos diagnosticados en estadios iniciales –etapas I y II–, y esto permite tratamientos menos invasores y eleva los índices de supervivencia con mejor calidad de vida de la mujer afectada. Ahí radica la importancia de realizar el autoexamen y de acudir al médico, lo antes posible, cuando se detecta alguna anomalía.^{3,4,22,23}

Lamentablemente, aun los resultados no son los esperados, y continúan elevadas las tasas de mortalidad al respecto, de ahí la necesidad de que el personal de salud conozca la afección y desempeñe su función primordial en la identificación oportuna de los factores de riesgo, así como en la prevención de la fatal evolución de la mujer mediante un diagnóstico precoz y la aplicación de un tratamiento oportuno. Si el tumor mamario se detecta en su etapa temprana, significa una curación en un alto porcentaje de casos.^{3,4,22,23}

Patogenia.

Existen grupos de mujeres, dentro de la población femenina, expuestos a desarrollar, con mayor frecuencia, el cáncer de mama, relacionados con la existencia de determinados factores etiológicos de riesgo. Mientras más factores de riesgo tenga una mujer, más posibilidades tiene esta de desarrollar un cáncer.^{3,4,22,23}

Los factores de riesgo para el desarrollo del cáncer de mama son:

1. Sexo: ser mujer, ya que la probabilidad de desarrollar cáncer de mama es muy superior a la del hombre.
2. Edad (por encima de los 40 años).

3. Genéticos:

a) Factores hereditarios: familiares (fundamentalmente, la línea materna).

b) Antecedentes patológicos de cáncer de mama:

— *In situ*.

— Invasor.

4. Enfermedades mamarias anteriores, como hiperplasia atípica.

5. Factores endocrinos endógenos:

a) Menarquia precoz y menopausia tardía.

b) Nuliparidad.

c) Primer parto después de los 35 años.

d) Tipo corporal obeso.

e) Hiperlipidemias.

6. Factores endocrinos exógenos:

a) Tratamiento sustitutivo posmenopáusico con estrógenos.

b) Anticonceptivos hormonales de alto contenido estrogénico (muy discutido): las mujeres con un familiar de primer grado con cáncer de mama, tienen un riesgo tres veces más elevado de padecer la enfermedad. Una historia de cáncer de mama antes de la menopausia, adjudica a las hijas de la paciente un riesgo adicional de por lo menos tres veces la tasa normal. Las mujeres que tienen su primer hijo con más de 30 años de edad, también presentan una posibilidad tres veces mayor de desarrollar este cáncer. También hay un mayor riesgo, en las pacientes con una historia de enfermedad benigna de la mama, particularmente epiteliosis y atipia celular benigna. Una menarquía temprana o una menopausia tardía, predisponen a una incidencia más elevada. La presencia de BRCA1 (BRCAstCAnce) y BRCA2, conlleva una posibilidad del 50-85 % de desarrollar la enfermedad en algún momento de la vida de la paciente, normalmente durante el periodo posmenopáusico; sin embargo, una abrumadora mayoría de cáncer de mama esporádico, no está relacionada con el BRCA1 o BRCA2, hay otros genes como la P53, que mutados confirman una predisposición a

la enfermedad. El BRCA1 se expresa en distintos epitelios del organismo durante el desarrollo, y su expresión se ve aumentada en el embarazo y disminuye tras el parto. Se ha observado que el BRCA1 es inducido por estrógenos. La inhibición del BRCA1 causa un aumento de la proliferación de células de epitelio mamario, tanto normal como canceroso. En los cánceres de mama hereditarios y en algunos esporádicos, se ha detectado una menor expresión de la proteína BRCA1 normal. Al inocular células humanas de cáncer de mama a ratones, se ha observado que el gen BRCA1 es capaz de inhibir el desarrollo de tumores e incluso la expresión del gen elimina en ocasiones tumores preexistentes, alargando la vida de los animales. De acuerdo con esto, la expresión del gen normal, pero no de las formas mutadas, inhibe el crecimiento de células tumorales de mama y ovario. La delección de los 10 últimos aminoácidos de BRCA1, es suficiente para abolir su capacidad de inhibir el crecimiento tumoral. En tumores de mama de pacientes no seleccionadas por su historia familiar, la expresión de niveles bajos de BRCA1, que va desde un 50 % de los valores del epitelio normal a su total ausencia, sugiere también un desempeño de la proteína BRCA1 en la inhibición del crecimiento celular. Un segundo gen mayor de predisposición al cáncer de mama fue descrito e identificado como BRCA2 en el brazo largo del cromosoma 13 en 13q 12-13 y recientemente secuenciado. Este último sería responsable de una parte importante de los síndromes hereditarios del cáncer de mama no relacionados al BRCA1, y estaría implicado en síndromes hereditarios que incluyen cáncer de mama masculino. La implicación de BRCA2 en el cáncer de ovario, es menor que la de BRCA1. La penetrancia del gen parece ser tan importante como para el BRCA1 y se estima un riesgo acumulado para el cáncer de mama, del 87 % a los 80 años entre las mujeres portadoras. Entre BRCA1 y BRCA2 deberían explicarse la mayoría de los síndromes familiares, que evaluaciones con cáncer de mama precoz y cáncer de

mama/ovario. Un estudio exhaustivo sobre el cáncer publicado en el *British Journal of Cancer* reporta que, para el cáncer de mama, cerca de una décima parte del riesgo tiene su origen en tener sobrepeso o estar obesa.^{3,4,22,23}

7. Factores ambientales:

- a) Región de nacionalidad.
- b) Dieta rica en grasa animal y pobre en fibra vegetal.
- c) Alcohol.
- d) No lactancia materna.
- e) Estrés.
- f) Consumo prolongado de medicamentos: antidepresivos, antihipertensivos, como la reserpina y otros, diazepam, etcétera.
- g) Radiaciones ionizantes.^{3,4,22,23}

De forma general, al analizar los diferentes factores de riesgo señalados, la mayoría de estos están fisiopatológicamente relacionados con la acción estrogénica, ya que se ha podido demostrar que la mayoría de los cánceres de mama son estrogenodependientes, lo cual constituye un factor predisponente importante. De ahí, que muchos de los principios terapéuticos utilizados estén dirigidos a disminuir o eliminar la acción de estos.^{3,4,22,23}

Diagnóstico

El diagnóstico se realiza por los antecedentes, en relación con los factores de riesgo. Aparece, con mayor frecuencia, en mujeres por encima de los 40 años, aunque existen tendencias actuales de aparecer en mujeres más jóvenes.^{3,4,23}

En las primeras etapas comienza como un nódulo no doloroso, por lo general, localizado hacia los cuadrantes superiores externos; y se hace muy difícil establecer un diagnóstico de certeza por el examen físico, por lo que se necesitan estudios complementarios para corroborarlo.^{3,4,23}

En la medida que el cuadro progresa, se pueden observar señales en la mama de fijación superficial como "piel de naranja" o elevación de la piel; la re-tracción del

pezón y la ulceración del tumor aparecen más tardíamente asociados, en su generalidad, con metástasis a distancia.^{3,4,23}

A la palpación se puede encontrar, en una etapa inicial, un tumor que suele ser de consistencia dura y poco movable; después, es pétreo, adherido a planos profundos, con frecuencia de contornos no bien definidos y superficie irregular, no es doloroso y se acompaña de adenopatías axilares palpables con características de malignidad.^{3,4,23}

El estadio del cáncer de mama se clasifica en etapas clínicas de la I a la IV, según el TNM. La T significa el grado de extensión local del tumor, la N, el grado de extensión regional y la M, la existencia de metástasis. Estas clasificaciones no solo aportan valor estadístico, sino, también, sirven de guía al oncólogo para elegir el tratamiento que debe seguir el paciente; además, a partir de estas se establece el pronóstico evolutivo de la enfermedad; esto permite predecir, incluso, el índice de supervivencia que tendrá la paciente.^{3,4,23}

Exámenes complementarios

Ante un paciente que presente cualquiera de los síntomas o características anteriores, se puede indicar ultrasonido, mamografía, BAAF, biopsia estereotáctica, y otras como termografía y xerorradiografía.^{3,4,23}

Investigaciones recientes han demostrado que las muestras de tejidos tomadas con agujas gruesas son más efectivas en el diagnóstico del cáncer de mama, que las tomadas durante una intervención. El perfil de las expresiones de genes observados en los fragmentos de tejidos obtenidos con ese tipo de biopsia, ayuda a determinar la agresividad del cáncer y el tipo de tratamiento que se debe seguir. Esta técnica resulta más confiable y menos invasora que la obtención de muestras de tejido mamario durante la operación.^{3,4,23}

Resumiendo: actualmente hay tres métodos que se utilizan con más frecuencia, para la detección del cáncer de mama: el autoexamen de mama, el examen clínico de las mamas y la mamografía.^{3,4,23}

En primer lugar, el autoexamen de mama (AEM), el cual posee un valor extraordinario, por ser el primer recurso con que cuenta la mujer para llegar a un diagnóstico temprano de algunos procesos patológicos de la glándula mamaria y, en

específico, del cáncer; más del 80 % de los nódulos de mama son diagnosticados por la propia mujer. ^{3,4,23}

En segundo lugar, se encuentra el examen clínico anual de las mamas que debe realizar el médico de familia a toda la población femenina mayor de 30 años de su comunidad. Por último, se incluye la mamografía (Mx), que incluye a las mujeres de 50 a 64 años cada 2 o 3 años, lo que permite el diagnóstico de carcinoma mínimo o *in situ* de la mama. ^{3,4,23}

Autoexamen de mama

Es la mujer la que mejor conoce sus senos. El médico y la enfermera de familia deben enseñar a las mujeres el método de autoexamen mamario que se debe practicar con una prioridad mensual, preferiblemente, una semana después de cada menstruación, para las que aun menstrúan; de lo contrario, se orienta realizar un día fijo para cada mes, además de lograr convencerlas de la función primordial de este proceder en el diagnóstico temprano. La técnica para enseñar es la misma que se explica en relación con el examen físico, frente a un espejo (inspección), durante el baño, sentada o acostada con una almohada debajo del hombro de la mama que se va examinar (palpación). ^{3,4,23}

Examen físico de las mamas

El examen físico de las mamas se debe realizar, por el programa, una vez al año o cuantas veces la mujer lo solicite y ha de incluir:

1. Inspección:

a) Orientar descubrir toda la región torácica y situar a la mujer de frente al observador (válido, además, para la palpación).

b) Establecer, correctamente, los perímetros que se deben examinar:

-Borde superior: debajo de la clavícula.

-Borde inferior: a nivel de la línea inframamaria.

-Borde medial: a nivel de la línea medioesternal.

-Borde lateral: a nivel del borde lateral axilar.

c) Colocar a la mujer con los brazos a ambos lados del cuerpo, con las manos

en la cintura para provocar contracción de los pectorales y orientar elevar ambos brazos, para buscar:

- i. Simetría de los senos.
- ii. Características de la piel: cambio de color, textura, vascularización, etcétera.
- iii. Cambios de forma.
- iv. Retracciones de areola y pezón.
- v. Umbilicación unilateral del pezón.
- vi. Secreción por el pezón.^{3,4,23}

2. Palpación. Puede ser con la mujer sentada o acostada:

- a) Sentada: la mujer debe elevar el brazo, correspondiente a la mama que se va examinar, sobre la nuca.
- b) Acostada en decúbito supino: es la posición más importante, en especial, en senos prominentes, con el brazo elevado sobre el que descansa la cabeza, del lado que se va examinar y colocar una almohada debajo del hombro de la mama que se explora; el examinador debe pararse del lado que se examina.

^{3,4,23}

La palpación se debe realizar con los pulpejos de los tres dedos centrales; y se deben ejercer los tres grados de presión sobre la mama, ligera, moderada y fuerte. El patrón de búsqueda puede ser circular, en sentido de las manecillas del reloj, en cuña, que es el patrón más recomendado, comenzando de afuera hacia dentro y vertical, o sea, de arriba hacia abajo y viceversa. Incluir, siempre, la región retroareolar y buscar secreciones por el pezón.^{3,4,23}

Para explorar las regiones axilares, se debe orientar a la mujer la caída suave de la extremidad del lado que se examina.^{3,4,23}

No se usa jabón ni lubricantes para la palpación.^{3,4,23}

Al finalizar, se comprueba si la mujer examinada aprendió la técnica, adecuadamente, para que pueda realizarse el autoexamen.^{3,4,23}

Tratamiento

— Preventivo:

- Actuar sobre los factores de riesgo del cáncer de mama que permitan ser modificables.
- Realizar vigilancia epidemiológica.^{3,4,23}

— Curativo: depende del estadio; de forma general, se utiliza:

- Tratamiento quirúrgico: parcial o total con vaciamiento axilar.
- Quimioterapia: adyuvante y neoadyuvante.
- Radioterapia con cobalto.^{3,4,23}

El tiempo de seguimiento de estas pacientes depende de la etapa clínica en que se encontraban y de su evolución, según la aparición de complicaciones o no. Muchos prefieren un seguimiento clínico de por vida. Los casos diagnosticados y tratados tienen un seguimiento mucho más estricto durante los primeros 5 años. Las bajas tasas de supervivencia se pueden explicar principalmente por la falta de programas de detección precoz, que hace que un alto porcentaje de mujeres acudan al médico con la enfermedad ya muy avanzada.^{3,4,23}

MATERIALES Y MÉTODOS.

Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal prospectivo con el objetivo de caracterizar a las pacientes diagnosticadas con afecciones mamarias, pertenecientes al CMF # 6 del poblado de Cacahual Viejo, del municipio Ciro Redondo, en el período comprendido entre enero y diciembre de 2019.

El universo y la muestra coinciden y está constituido por 26 pacientes que han sido diagnosticadas con afecciones mamarias, pertenecientes al CMF # 6 del poblado de Cacahual Viejo. Se trabajó con el total de la población que cumplió con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Pacientes pertenecientes al CMF # 6 del poblado de Cacahual Viejo que han sido diagnosticadas con afecciones mamarias.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que se niegan a ser incluidas en el estudio.

Criterios de salida:

- Pacientes que han sido diagnosticadas con afecciones mamarias y se hayan trasladado de domicilio correspondiente a otro CMF.

Principales dimensiones e Indicadores:

Principales dimensiones e indicadores a analizar en las mujeres diagnosticadas con afecciones mamarias en el CMF # 6 de la Comunidad Cacahual Viejo el período comprendido de enero a diciembre de 2019.

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa Continua intervalo	18-28, 29-39, 40-49, 50 y más	Edad en años según carnet de identidad.	Número y porcentaje.
Nivel de escolaridad	Cualitativa Ordinal.	Primaria Secundaria Medio superior y	Según el nivel vencido.	Número y porcentaje.

		Superior.		
Factores de riesgo no modificables	Cualitativa nominal dicotómica	APF (Antecedentes patológicos familiares)	Sí o No	Número y porcentaje.
	Cualitativa nominal dicotómica	APP (antecedentes patológicos personales)	Sí o No	Número y porcentaje.
	Cualitativa nominal dicotómica	Predisposición genética	Sí o No	Número y porcentaje.
	Cualitativa nominal dicotómica	Ciclo menstrual (menopausia tardía y menarquia antes de los 12 años)	Sí o No	Número y porcentaje.
Factores de riesgo modificables	Cualitativa ordinal.	Alimentación	Sí o No	Número y porcentaje.
	Cualitativa nominal dicotómica	Consumo de alcohol	Sí o No	Número y porcentaje.
	Cualitativa nominal dicotómica	Hábito de fumar	Sí o No	Número y porcentaje.
	Cualitativa nominal dicotómica	Dietilestilbestrol	Sí o No	Número y porcentaje.
	Cualitativa nominal	Hormonoterapia	Sí o No	Número y porcentaje.

	dicotómica			
	Cualitativa ordinal.	O b e s i d a d	S i o N o	Número y por ciento.
	Cualitativa nominal dicotómica	R a d i a c i ó n	S i o N o	Número y por ciento.
	Cualitativa nominal dicotómica	L o s i m p l a n t e s m a m a r i o s	S i o N o	Número y por ciento.
	Cualitativa nominal dicotómica	L a n o l a c t a n c i a m a t e r n a	S i o N o	Número y por ciento.
		C o n s u m o p r o l o n g a d o d e m e d i c a m e n t o s : a n t i d e p r e s i v o s , a n t i h i p e r t e n s i v o s	S i o N o	Número y por ciento.
C l a s i f i c a c i ó n d e l a s a f e c c i o n e s m a m a r i a s d i a g n o s t i c a d a s		-Cáncer de mama -D i s p l a s i a -L i p o m a -M a s t i t i s -E c c e m a d e p e z ó n	S i o N o	Número y Por ciento

Fuente: Historia Clínica

2.2 Métodos e Instrumentos de recogida de información:

-Métodos del nivel teórico:

Histórico - Lógico: permitió el análisis documental de las fuentes bibliográficas especializadas en afecciones de mamas.

Analítico - Sintético: permitió dar científicidad y coherencia a la bibliografía revisada.

-Métodos del nivel empírico:

- **Análisis documental (historias clínicas):** permitió realizar una revisión de las historias clínicas de cada paciente, con el objetivo de profundizar en las particularidades de las afecciones mamarias que habían presentado y los elementos condicionantes.

-Método estadístico matemático:

Se utilizaron métodos de la estadística descriptiva para la confección de tablas y la aplicación del cálculo porcentual para expresar los resultados de la investigación.

Aspectos éticos:

Los datos recogidos forman parte de la historia clínica, por lo que es considerado material confidencial. En esta investigación no se reveló ningún dato que permita reconocer a ningún paciente participante. Se cumplieron con los requisitos éticos de resguardo de la información personal de cada participante. La utilización de las mismas se realizó mediante la justificación de los objetivos propuestos. Se emitieron conclusiones en correspondencia con los objetivos y recomendaciones. Se cumplió con los principios éticos básicos: el respeto a las personas y la ayuda emocional.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Resultados

Tabla 1: Distribución según edad de las mujeres diagnosticadas con afecciones mamarias en el CMF # 6 de la Comunidad Cacahual Viejo el período comprendido de enero a diciembre de 2019.

Variables	No.	%
Sociodemográficas		
Edad:		
18-28 años	0	0
29-39 años	0	0
40-49 años	16	61.5
50 y más	10	38.5

Fuente: Historia Clínica.

El estudio arrojó como resultado que la mayor incidencia de mujeres diagnosticadas con afecciones mamarias, de acuerdo con la edad están en los grupos etarios a partir de los 40 años, teniendo mayor incidencia en el grupo de 40 a 49, siendo el de las mayores de 50 el otro grupo etario de mayor incidencia

En un estudio realizado en Ecuador por Salao Pérez ED, Sananay Auquilla EL. en 2015, se halló que el promedio de edad para pacientes con lesiones mamarias benignas fue de 44,4 años, y la mayor concentración de las pacientes se encontraba desde los 41 hasta los 50 años, elemento que coincide con el presente estudio.⁽³¹⁾

Otro estudio realizado en el Policlínico Universitario "Luis A. Turcios Lima" de Pinar del Río en 2016 por la Dra. Iglesias, S., que refiere que el 57,7% de su muestra (45 pacientes) son mayores de 40 años. De modo que los resultados de estos estudios coinciden con el presente.

Tabla 3: Distribución según nivel escolar

Variables	No.	%
------------------	------------	----------

Sociodemográficas		
Nivel escolar:		
Primaria	3	11.5
Secundaria	10	38.5
Medio superior	13	50.0
Superior	0	0

Fuente: Historia Clínica

De igual modo, a partir de la revisión de las historias clínicas se pudo concluir que la mayoría de las pacientes que han presentado afecciones mamarias poseen un nivel escolar bajo, representando entre el nivel primario y secundario el 50% y el otro 50% nivel medio superior, sin haber entre ellas alguna con nivel superior. De este resultado se puede inferir que el nivel escolar puede influir en el nivel de conocimientos sobre cómo prevenir una afección mamaria o como detectarla a tiempo.

El propio estudio antes mencionado realizado en el Policlínico Universitario "Luis A. Turcios Lima" de Pinar del Río en 2016 por la Dra. Iglesias, S. plantea que el 60% de sus diagnosticadas poseen nivel escolar entre primaria y preuniversitario.¹⁷

Tabla 4: Factores de riesgos no modificables.

Factores de riesgo no modificables	Presencia			
	Si	%	No	%
APF (Antecedentes patológicos familiares)	7	26.9	19	73.1
APP (antecedentes patológicos personales)	2	7.7	24	92.3
Predisposición genética	0	0.0	26	100
Ciclo menstrual (menopausia tardía y menarquia antes de los 12 años)	3	11.5	23	88.5

Fuente: Historia Clínica

En el análisis de este indicador se puede ver la poca incidencia de los factores de riesgos no modificables en la aparición de alguna afección mamaria, aunque si hay algunos casos que refieren presentarlo, pero la mayoría no los tiene.

Sobre los factores de riesgos no modificables este estudio del Policlínico Universitario "Luis A. Turcios Lima" de Pinar del Río en 2016, de la propia Dra. antes mencionada difiere del presente estudio pues el 60% de su muestra presentaba algún tipo de antecedente familiar. Mientras que el presente estudio solo posee una incidencia del 42,3% .¹⁷

Tabla 5: Factores de riesgos modificables .

Factores de riesgo modificables	Presencia			
	Si	%	No	%
-Alimentación	20	76.9	6	23.1
-Consumo de alcohol	16	61.5	10	38.5
-Hábito de fumar	21	80.8	5	19.2
-Diétilstilbestrol	2	7.6	24	92.3
-Hormonoterapia	17	65.4	9	34.6
-Obesidad	18	69.2	8	30.8
-Radiación	15	57.6	11	42.3
-Los implantes mamarios	0	0	26	100
-Lactancia materna	7	26.9	19	73.1
-Estrés.	3	11.5	23	88.5
-Consumo prolongado de medicamentos: antidepresivos, antihipertensivos, como la reserpina y otros, diazepam, etcétera.	9	34.6	17	65.4

Fuente: Historia Clínica

En el análisis de este indicador se puede ver claramente una alta incidencia de la presencia de los factores de riesgos no modificables como condicionantes para la ocurrencia de afecciones mamarias, siendo los de mayor índice de presencia: Hábito de fumar 80.8% , Alimentación 76.9% , Lactancia materna 73.1% (en este caso la no presencia), Hormonoterapia 65.4% , Obesidad 69.2% , Consumo de alcohol 61.5% .

Sin embargo referido a los factores de riesgo modificables las investigaciones antes mencionadas coinciden plenamente entre sí y con la presente, en que la presencia

de estos puede condicionar sobremana a la presencia de afecciones mamarias. El estudio del Policlínico Universitario "Luis A. Turcios Lima" de Pinar del Río en 2016 por su parte refiere que el 73,3% de su muestra presentaba alguno de los factores de riesgos modificables y en ocasiones más de uno.¹⁷ De igual modo lo plantea otro estudio realizado en 2018: Afecciones mamarias en pacientes del Policlínico "Pedro Borrás Astorga" de Pinar del Río, el cual infiere una incidencia en un 76,2% de los factores de riesgos en la presencia de afecciones mamarias.²⁴

Tabla 6: Nivel de información sobre la técnica del autoexamen de mamas.

Nivel de información sobre la técnica del autoexamen de mama	Conoce			
	Si	%	No	%
- Metodología	2	7.7	24	92.3
- Signos de sospecha	2	7.7	24	92.3

Fuente: Historia Clínica.

Sobre este indicador se pudo constatar que el 92,3% desconoce sobre la técnica del autoexamen de mamas y por ende no saben cuándo presentan alguna anomalía y mucho menos acuden de inmediato a su médico de la familia.

Tabla 7: Distribución por afección mamaria diagnosticada 2019.

Afección Mamaria	Cantidad de Pacientes	%
- Cáncer de mama	1	3.8
- Displasia	12	46.2
- Lipoma	10	38.5
- Mastitis	2	7.7
- Eccema de pezón	1	3.8

Fuente: Historia Clínica.

En este acápite se encuentra que las afecciones de mayor incidencia son Displasia y Lipoma con 46,2% y 38,5% respectivamente. Destacar que la paciente diagnosticada con cáncer de mama fue diagnosticada a tiempo, se le realizó una mastectomía y

gracias a la detección a tiempo de la afección es hoy sobreviviente del cáncer de mama; de ahí la importancia de adquirir información necesaria sobre el tema y acudir a tiempo al médico.

Destacar que no existe una abundante y actualizada bibliografía que aborde este tema de los factores de riesgos desde experiencias prácticas, la mayoría de la bibliografía solo se queda en lo descriptivo y lo teórico.

Coinciden también los estudios antes referidos en el desconocimiento de la técnica para la realización del Autoexamen de Mama, de las mujeres que conforman sus respectivas muestras.^{17, 24}

Finalmente coinciden en gran medida en que la afección que más está presente en las pacientes es la Displasia.^{17, 24}

CONCLUSIONES.

Una vez terminado el proceso investigativo se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

- Las edades con mayor índice de presencia de afecciones mamarias son las superiores a los 40 años.
- Existe una baja percepción de riesgo en las pacientes debido al bajo nivel cultural que poseen, pues la mayoría solo cursó hasta el noveno o 12mo. Grado.
- Existe en las pacientes un alto índice de desconocimiento sobre varios factores de riesgos tanto modificables como no modificables, y por ende de la asociación de estos con las afecciones mamarias.

RECOMENDACIONES.

- Dar a conocer los resultados obtenidos a las autoridades sanitarias del
Policlínico Raúl Ortiz Ávila de Ciro Redondo

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Alfonso, C. El problema del cáncer de mama en Cuba. *Revista Cubana de Oncología*. 2004; 1016: 12-14.
2. Álvarez MT, Rosado LM, Morales J, et al. Prognostic Factors Associated with Survival in Women with Breast Cancer from Veracruz, México. *J Cancer Sci Ther* [Internet]. 2016 [citado 23/09/2018]; 8:092-098. Disponible en: <https://www.omicsonline.org/open-access/prognostic-factors-associated-with-survival-in-women-with-breast-cancerfrom-veracruz-mexico-1948-5956-1000398.php?aid=72454>
3. Álvarez S. Medicina General Integral; principales afecciones en los contextos familiar y social. La Habana: Ciencias Médicas; 2015. 4(3) p. 1433-40.
4. Anuario Estadístico de Salud. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2019. [citado 10 de Marzo de 2019] Disponible en <http://www.cielo.sld.cu>.
5. Bartuste, D. Bases teóricas y metodológicas para un programa psicoeducativo dirigido a mujeres con cáncer de mama. Tesis en Opción al Título de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Central "Marta Abreu" de las Villas, Santa Clara; 2014.
6. Bayés, R. y Toro, J. Psicología oncológica. Barcelona: Martínez Roca; 2000.
7. Bayo, J.L., García, J., Lluch, A, y Valentín, V. Cáncer de mama. Cuestiones más frecuentes. Madrid: Entheos; 2007.
8. Beers, M.H., Porter, R.S., Jones, T.V., Kaplan, J.L. y Berkwits, M. El Manual MERCK de diagnóstico y tratamiento. Undécima Edición Tomo V y VIII. España: Elsevier; 2007.
9. Bowen, R. L., Duffy, S. W., Ryan, D. A., Hart, I. R., Jones, J. L. Early onset of breast cancer in a group of british black women. *Br J Cancer*; 2015. 98, p. 277-81.
10. Castillo, Z.E. Intervención psicoterapéutica integrativa para potenciar la autovaloración en mujeres con cáncer de mama no metastásico. Tesis

presentada en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Psicológicas, Facultad de Psicología, Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas, Santa Clara; 2012.

11. De Angelis R, Coleman MP, Capocaccia R, et al. EURO CARE-5 Working Group. Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO CARE 5 - a population-based study. *Lancet Oncol.* 2016;15(1):23-34. Citado en PubMed; PMID: 24314615.
12. De Freitas R, Disconzi R, Martins E, et al. Prognostic factors and overall survival of breast cancer in the city of Goiania, Brazil: a population-based study. *Rev Col Bras Cir.* 2017;44(5):435-443. Citado en PubMed; PMID: 29019571.
13. Eerola, H., Vabteristo, P., Sarantaus, I., et al. Survival of breast cancer patients in BCRA1, BCRA2, and non -BCRA1/2 breast cancer families: a relative survival analysis from Finland. *Int J Cancer*; 2016. 93, p. 368-372.
14. Engel JM, Stankowski-Drengler TJ, Stankowski RV, et al. All-cause mortality is decreased in women undergoing annual mammography before breast cancer diagnosis. *AJR Am J Roentgenol.* 2015; 204(4):898-902. Citado en PubMed; PMID: 25794084.
15. Freitas-JR, Rodríguez DC, Corrêa RD, et al. Contribution of the Unified Health Care System to mammography screening in Brazil, 2015. *Radiol Bras* [Internet]. 2016 [citado 23/09/2018];49(5):305-10. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rb/v49n5/0100-3984-rb-49-05-0305.pdf>
16. García Soto J, Busto Hidalgo J, Hernández Menéndez M, Schery Guedez O, García Busto JA. Supervivencia en mujeres con cáncer de mama. Hospital "José Ramón López Tabranes". Provincia Matanzas. 2010-2015. *Rev Méd Electrón* [Internet]. 2019 Ene-Feb [citado: fecha de acceso];41(1). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3079/4188>
17. Iglesias, S. Afecciones mamarias benignas en pacientes del Policlínico "Pedro Borrás Astorga" de Pinar del Río, Cuba. *Rev. Cub. Obst. Y Gín.* 2018; 44(2): 3-9.

18. Kurebayashi, J., Moriya, T., Ishida, T., Hirakawa, H., Kurosumi, M., Akiyama, F., *et al.* The prevalence of intrinsic subtypes and prognosis in breast cancer patients of different races. *Breast*; 2007. 16 Suppl 2:S72-77.
19. Lugones Botell, M-, Ramírez Bermúdez, M. Aspectos históricos y culturales sobre el cáncer de mama. *Rev Cubana Med Gen Integr* ; 2009. 25, p. 3
20. Maffuz A, Labastida S, Sherwell S, et al. Supervivencia de pacientes con cáncer de mama. Análisis por factores pronóstico, clínicos y patológicos. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2016 [citado 23/09/2018];84(8):498-506. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2016/gom168e.pdf>
21. Millikan, R. C., Newman, B., Tse, C. K., Moorman, P. G., Conway, K., Smith, L. V., *et al.* Epidemiology of basal-like breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*; 2018. 109, p. 123-39.
22. Ministerio de Salud pública, Cuba. Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba. Pautas para la gestión. Observatorio Nacional de Cáncer. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2010. p. 19-22.
23. Ministerio de Salud Pública. Anuarios Estadísticos 2016, 2017 y 2018. Mortalidad por tumores malignos en el sexo femenino según localización y grupo de edad. La Habana: MINSAP; 2018.
24. Padrón, O. Intervención educativa sobre enfermedades benignas mamarias y autoexamen de mama. *Rev. Cub. Med. Gen. Int.* 2016; 35(2): 162-167.
25. Powell, D., Besteñin, C. Enfermedades de la mama. Diagnóstico y detección. SI: Editorial Musbiyn. 2017.
26. Programa integral para el control del cáncer en Cuba. Control del cáncer en la atención primaria de salud. Experiencias cubanas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2018.
27. Programa integral para el control del cáncer en Cuba. Pautas para la gestión. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2018.
28. Rodríguez YM, Delisle G, Sagaró NM, et al. Factores pronósticos y supervivencia de mujeres con cáncer de mama en Santiago de Cuba.

- MEDISAN [Internet]. 2018 [citado 23/09/2018]; (22):5. Disponible en: <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/1841>
29. Rojas-May, G. Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. Medicina Clínica; 2006. 174, p. 194 – 197.
30. Ruelas Barajas E, González Pier E, et al. Compendio de Patología Mamaria. Ciudad de México: Editorial Secretaría de Salud. 2016.
31. Salao Pérez ED, Sananay Auquilla EL. Determinación de las características ecográficas e histoquímicas de las lesiones mamarias y su relación con factores de riesgo, en pacientes del servicio de mastología, Hospital Carlos Andrade Marín Quito. Período enero -Octubre 2015 [Tesis]. Chimborazo: Universidad Nacional de Chimborazo. Facultad de Ciencias de la Salud; 2015.
32. Sathwara J, Bobdey S, Ganesh B. Breast cancer survival studies in India: a review. Int J Res Med Sci [Internet]. 2016 [citado 23/09/2018];4(8):3102-8. Disponible en: <https://www.msionline.org/index.php/ijrms/article/view/1084>