

Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

Policlínico “Rafael Pérez Gonzales”, Bolivia.

TÍTULO: Pesquisaje de Cáncer de Mama en mujeres mayores de 30 años del consultorio médico de familia No.8, municipio Bolivia.

Autora: Dra. Giseidy Cuellar Pol.

2017

Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

Policlínico “Rafael Pérez Gonzales”, Bolivia.

TÍTULO: Pesquisaje de Cáncer de Mama en mujeres mayores de 30 años del consultorio médico de familia No.8, Bolivia.

Tesis en opción al título de Especialista de Primer Grado en
Medicina General Integral

Autora: Dra. Giseidy Cuellar Pol. Médica Residente de Segundo Año de Medicina General Integral. Policlínico “Rafael Pérez Gonzales”.

Tutora: Dra. Noemí Vergel López. Médica Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia, Profesora Asistente. Policlínico “Rafael Pérez Gonzales”.

RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental con intervención a través de un programa de pesquisa activa cáncer de mama en las mujeres mayores de 30 años pertenecientes al Consultorio No.8 del Policlínico “Rafael Pérez González” del municipio Bolivia, en el período comprendido desde septiembre de 2015 hasta enero de 2017. El universo de estudio estuvo constituido por 329 mujeres. El objetivo fue la implementación de un programa de intervención de pesquisa activa que permitió la detección precoz del Cáncer de Mama. en las mujeres mayores de 30 años pertenecientes al Consultorio No.8 del Policlínico “Rafael Pérez González” del Municipio Bolivia. El grupo de edad más representado fue el de 46 a 65 años con un 65 %, la mayoría nulíparas (76.8 %), con un nivel pre universitario de escolaridad (37 %), sin antecedentes de enfermedades de las mamas positivos en su familia (93.3 %). El 91.7 % no realizaban ejercicios físicos y el 60.1 % no tenían hábitos tóxicos. El 53.1 % recibió terapia hormonal en los últimos 5 años. El 3.3 % del total de las mujeres estudiadas presentaron patologías de mama, en el 0.9 % de ellas se evidenció un Carcinoma Ductal en Estadio I. La presencia de signos sospechosos de cáncer fue bajo lo que demuestra que con las pesquisas activas se detectan precozmente patologías mamarias que constituyen lesiones de riesgo para esta devastadora enfermedad. Se recomienda extender a todas las áreas de salud y población en general este trabajo, con el fin de detectar lesiones mamarias para lograr un diagnóstico precoz del Cáncer de Mama.

Palabras Clave: pesquisa activa, cáncer de mama.

ÍNDICE.

	Páginas	
I	INTRODUCCIÓN	1
II	MARCO TEÓRICO	5
III	MATERIAL Y MÉTODO	10
IV	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	15
V	CONCLUSIONES	23
VI	RECOMENDACIONES	24
VII	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
VIII	ANEXOS	

I. INTRODUCCIÓN.

El cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo, con 10,9 millones de casos nuevos anuales y 6,7 millones de muertes anuales (1, 2). Una de cada ocho mujeres se le diagnostica un cáncer de mama (3, 4, 5). El 70 % de los cánceres de mama son detectados por autoexamen, el resto se diagnostica por mamografía y el examen médico (6). En Cuba el cáncer ocupa el segundo lugar entre las 10 primeras causas de muerte y el cáncer de mama es la primera causa de muerte por neoplasia maligna en la mujer. La mortalidad por esta enfermedad se ubica en alrededor de 1100 mujeres cada año (7). 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. Más del 60% de las pacientes que acuden a una consulta de cirugía son portadoras de procesos benignos, muchos de los cuales solo son tributarios de tratamiento higiénico-dietético. Sin embargo, hay que estar muy atentos y detectar lo más precozmente los procesos malignos, ya que el cáncer de mama es el más frecuente entre nuestras mujeres y el segundo en orden de aparición en países desarrollados como los Estados Unidos (8). Cada año se le diagnostica cáncer de mama a un millón de mujeres aproximadamente en Norteamérica y ello permite estimar que antes de cumplir los 80 años, una de cada diez habrá padecido esta enfermedad (9). En los últimos años la tasa de mortalidad ha disminuido un 5% en las mujeres menores de 65 años, pero ha incrementado un 10% en las mujeres mayores de 65 años (10). A nivel mundial las tasas más altas están en Inglaterra, Dinamarca y Escocia. Mientras que las tasas más bajas están en China, Corea y Tailandia (11). En Estados Unidos la incidencia es mayor para los negros hasta la edad de 55 a 59 años. Nuestro país cuenta desde el año 1990 con el Programa de Diagnóstico Preclínico y Precoz del Cáncer de Mama. Una de las tareas más importantes de este programa es la enseñanza del autoexamen de mama a todas las mujeres (12).

El programa de promoción de la salud de la OMS recomienda que en América Latina el examen se inicie antes los 35 años. Esto implica dedicar mucho esfuerzo a educar al público en acciones de salud encaminadas a divulgar y

enseñar el auto examen de mama, para lo cual es necesario determinar lo que conoce nuestra población femenina de este procedimiento, esto les toca precisamente a los médicos de la familia, los cuales tienen dentro de sus objetivos fundamentales la prevención, promoción y diagnóstico precoz de esta patología (1,9). En Cuba el Programa Nacional del Cáncer de Mama conjuga los 3 métodos diagnósticos más utilizados mundialmente: el examen clínico de las mamas, el autoexamen y la mamografía.

El examen clínico tiene una sensibilidad y especificidad que depende de la pericia y experiencia del examinador. Con la incorporación de la mamografía (Mx) y el ultrasonido (US) se ha logrado reducir la mortalidad, aumentar la supervivencia y mejorar la calidad de vida de las enfermas (13). Cuba está entre los países con mayor tasa de mortalidad por cáncer de mama en América y es uno de los países en que mayor número de años de vida se pierde por esta causa. Recientemente se dieron a conocer las tasas globales de supervivencia relativa a cáncer de mama en un estudio de cinco años y en el mismo se obtuvo una tasa de supervivencia de solo el 61%. Se calcula que anualmente se diagnostican en nuestro país 2 mil nuevos casos de cáncer de mama y que cada año muere igual número de mujeres por esta causa. En el año 1999 la incidencia por en Cuba fue de 17,8 y la mortalidad de 15,3 por cada 100 000 mujeres. Estas cifras justifican plenamente la afirmación de que el cáncer de mama es un problema de salud muy importante en nuestro país y que cuantas medidas tomemos para disminuir esta morbi-mortalidad serán siempre pocas. Esta incidencia en nuestro país no es uniforme en todas las provincias, siendo más frecuente en las provincias occidentales, sin que estén bien establecidas las causas de estas diferencias, entre los múltiples factores etiológicos conocidos (14, 15).

A pesar de la gran cobertura que tiene en nuestro país el plan de medicina familiar se siguen diagnosticando neoplasias de mamas en estadios muy avanzados, lo que obliga a la realización de cirugías mucho más cruentas y mutilantes, así como que los resultados a largo plazo no sean buenos. La población femenina de Ciego de Ávila junto a Ciudad de La Habana, Habana, Matanzas, Villa Clara y Santiago de Cuba tiene el mayor riesgo de enfermar y

morir por cáncer de mama, especialmente en los grupos de edades por encima de los 50 años (16, 17, 18, 19).

El médico de la familia desempeña una importante función en la estructuración concreta del Programa Nacional del Cáncer, pero la aplicación de dichos programas y sus tareas no han sido totalmente eficaces pues han existido dificultades en la divulgación del autoexamen y su importancia, en la realización del examen clínico periódico de las mamas y en pesquisar activamente a la población femenina en riesgo. Estas cuestiones han afectado el papel protagónico del equipo de salud de la atención primaria en la disminución de la mortalidad por cáncer y el apoyo de las organizaciones comunitarias en la detección precoz del cáncer de mama (14,17).

El Cáncer de Mama sigue siendo un problema de salud importante en Cuba y la provincia Ciego de Ávila no escapa de esta situación donde las pacientes en estadios avanzados se siguen observando. Durante los años 2010-2011 se encontró un incremento de 4,5 % de pacientes con neoplasia de mama en estadio avanzado, en la consulta de cáncer de mama del Policlínico Universitario Belkis Sotomayor Álvarez, debido a un diagnóstico tardío de esta entidad por los médicos de la atención primaria de salud, teniendo una incidencia de 10 mujeres; lo que demuestra que se hace imprescindible el diagnóstico precoz en aras de disminuir la mortalidad por esta causa, lo cual motivó a la autora a realizar esta investigación.

Nos formulamos la siguiente Hipótesis: Si se pesquisa a través de un examen clínico las afecciones de la Mama en mujeres mayores de 30 años pertenecientes al consultorio No.8 del Policlínico "Rafael Pérez González", del municipio Bolivia, se contribuye a la detección precoz del Cáncer de Mama.

Objetivos

Objetivo General. Implementar un programa de intervención de pesquisa activa que permita la detección precoz del Cáncer de Mama en las mujeres mayores de 30 años pertenecientes al Consultorio No.8 del Policlínico "Rafael Pérez González" del Municipio Bolivia.

Objetivos Específicos.

- 1.- Realizar una pesquisa activa de cáncer de mama.
- 2.- Distribuir las pacientes a estudiar según grupos de edad y:
 - Nivel de escolaridad.
 - Antecedentes patológicos familiares de Enfermedades de la mama.
 - Hábitos tóxicos.
 - Número de hijos.
 - Uso de terapia hormonal.
 - Patología mamaria diagnosticada con la pesquisa.
- 3.- Distribuir a las mujeres mayores de 30 años según estado nutricional y realización de ejercicios físicos.

II. MARCO TEÓRICO.

La descripción más antigua del cáncer (aunque sin utilizar el término «cáncer») proviene de Egipto, del 1600 a. C. aproximadamente. El papiro Edwin Smith describe 8 casos de tumores o úlceras del cáncer que fueron tratados con

cauterización, con una herramienta llamada "la horquilla de fuego". El escrito dice sobre la enfermedad: «No existe tratamiento». A lo mínimo un caso descrito es de un hombre. Por siglos los médicos han descrito casos similares, todos teniendo una triste conclusión. No fue sino hasta que la ciencia médica logró mayor entendimiento del sistema circulatorio en el siglo XVII que se lograron felices avances. En este siglo se pudo determinar la relación entre el cáncer de mama y los nódulos linfáticos axilares. El cirujano francés Jean Louis Petit (1674-1750) y posteriormente el cirujano Benjamín Bell (1749-1806) fueron los primeros en remover los nódulos linfáticos, el tejido mamario y los músculos pectorales (mastectomía radical). Su senda de comprensión y avance fue seguida por William Stewart Halsted que inventó la operación conocida como "mastectomía radical de Halsted", procedimiento que ha sido popular hasta los últimos años de los años setenta.

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 pertenecientes a distintos tejidos de una glándula mamaria (20). Como en otros tumores malignos, estas células se caracterizan por presentar particularidades propias de las células embrionarias: son células des-diferenciadas que han aumentado sus capacidades reproductivas enormemente y que se han vuelto inmortales, es decir, no pueden envejecer. Tampoco suelen madurar, aunque con frecuencia se diferencian adoptando características propias de estirpes celulares diferentes a las de las células de las que proceden, lo que se conoce como metaplasia, un fenómeno por el que adquieren características que las acercan a las de las células totipotenciales (8,20).

Los cánceres o carcinomas de mama suponen más del 90% de los tumores malignos de las mamas, pero al menos nueve de cada diez tumores o bultos de las mamas no son malignos. El cáncer de mama se conoce con el nombre de carcinoma de mama. Es una neoplasia maligna que tiene su origen en la proliferación acelerada e incontrolada de células que tapizan, en 90% de los casos, el interior de los conductos que, durante la lactancia, llevan la leche desde los acinos glandulares, donde se produce, hasta los conductos galactóforos, situados detrás de la areola y el pezón, donde se acumula en

espera de salir al exterior. Este cáncer de mama se conoce como carcinoma ductal. En el 10% de los casos restantes el cáncer tiene su origen en los propios acinos glandulares y se le llama carcinoma lobulillar. El carcinoma ductal puede extenderse por el interior de la luz ductal e invadir el interior de los acinos en lo que se conoce como fenómeno de cancerización lobular. Muchos cánceres de mama se encuentran confinados en la luz de los ductos o de los acinos, sin invadir los tejidos vecinos. En ese caso reciben el nombre de carcinomas in situ. Cuando proliferan en demasía pueden romper la llamada membrana basal y extenderse infiltrando los tejidos que rodean a ductos y acinos y entonces reciben nombres como carcinoma ductal infiltrante o carcinoma lobulillar infiltrante. Los carcinomas de mama in situ son potencialmente curables si se extirpan en su totalidad. El nombre de carcinoma hace referencia a la naturaleza epitelial de las células que se convierten en malignas. En realidad, en sentido estricto, los llamados carcinomas de mama son adenocarcinomas, ya que derivan de células de estirpe glandular (de glándulas de secreción externa). Sin embargo, las glándulas de secreción externa derivan de células de estirpe epitelial, de manera que el nombre de carcinoma que se aplica a estos tumores suele aceptarse como correcto, aunque no sea exacto. En casos verdaderamente raros hay cánceres escamosos de mama que podrían ser llamados más precisamente carcinomas. Estos tumores escamosos, verdaderos carcinomas estrictos, son consecuencia de la metaplasia de células de origen glandular (21).

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 (retirar parte de la masa) o excisionales (Retirar toda la masa), esto puede alterar el estadio del tumor (22). Hoy en día, el cáncer de mama, como otras formas de cáncer, es considerado el resultado de daño ocasionado al ADN. Este daño proviene de muchos factores conocidos o hipotéticos (tales como la exposición a radiación ionizante). Algunos factores llevan a un incrementado rango de mutación (exposición a estrógenos) reparo disminuido (los genes BRCA1, BRCA2, y p53). A pesar de que muchos riesgos

epidemiológicos y cofactores biológicos y promotores han sido identificados, la causa primaria aún es desconocida (23). La sospecha de la existencia de origen viral del cáncer de mama es controversial, y la idea no es mayormente aceptada por la falta de evidencia definitiva o directa. Hay mucha mayor investigación en el diagnóstico y tratamiento del cáncer que en su causa de origen. El grado de riesgo no es homogéneo entre la población en general. Es así como encontramos que mientras algunas mujeres nunca desarrollarán el cáncer de mama otras parecen tener un mayor riesgo de padecerlo. Por ello se ha vuelto cada vez más necesario ser capaz de valorar e individualizar, lo más exactamente posible, el perfil de riesgo de una paciente a fin de poder asegurarle la mejor relación costo beneficio de las alternativas de vigilancia y tratamiento disponibles (24). Dado que no se conocen las causas reales que determinan la aparición de esta enfermedad, la mejor prevención es diagnosticarlo precozmente.

No se sabe con exactitud cuáles son las causas principales del cáncer de mama. Sin embargo, hay una serie de factores que pueden predisponer a la aparición de estos tumores, aunque estos factores, en realidad, influyen en un porcentaje muy bajo dado que cerca del 80 % de casos diagnosticados no son directamente relacionables con estos factores de riesgo (25). Entre todos los principales son: Factores de riesgo mayores: 1. Edad: Por debajo de los 25 años suelen ser procesos benignos, pero al aumentar la edad crecen las posibilidades de contraer una enfermedad maligna, siendo las edades más peligrosas entre los 45 y 65 años. 2. Antecedentes familiares: El riesgo aumenta si hay antecedentes de cáncer de mama en hermanas, madre y tías maternas, en especial si la enfermedad apareció en la etapa pre-menopáusica y si fue de localización bilateral. 3. Antecedentes personales: Si la paciente ya ha sufrido un cáncer de mama, se debe sospechar fuertemente la existencia de una enfermedad maligna en la mama contralateral. Factores riesgo menores: 1. Factores hormonales y reproductivos: La mayor actividad estrogénica favorece la proliferación de epitelio menos diferenciado. Dentro de estos se encuentran la menarquia precoz, menopausia tardía, nuliparidad, paridad tardía, administración exógena de estrógenos. 2. Antecedentes de enfermedades

benignas de la mama. 3. La dieta. 4. Alcoholismo. 5. Factores socio-económicos y ambientales. 6. Mujeres que no lactan a sus hijos.

Dado que no se conocen las causas reales que determinan la aparición de esta enfermedad, la mejor prevención es diagnosticarlo precozmente. Una detección avanzada, cuando no se ha producido metástasis, permite una curación mayor del 90% de los casos (26). Entre las medidas principales que tenemos para detectar un tumor en la mama tenemos las siguientes: Autoexamen, Examen clínico, Mamografías y ecografías y Biopsias (27).

Al principio, la mayoría de las veces es asintomática, por lo que se debe preguntar si existe aumento de volumen y si este es doloroso, así como la evolución cronológica de cualquier alteración de la mama. Buscar historia de traumatismos, sensación de peso, hinchazón y cambios de las molestias con los períodos menstruales. Ante la presencia de un nódulo conocer su ritmo de crecimiento, así como la posible participación en este proceso de la axila y si la piel que reviste esta zona, ha tenido cambios en su textura o coloración, pues la misma puede tener irregularidades (prominencias o depresiones), así como si su textura es lisa o rugosa, que es la llamada piel de naranja, lo cual suele estar asociado a procesos malignos. Cuando la piel se fija sobre una pequeña porción de la glándula retraída, se forma un hoyuelo o surco y la retracción de la porción pericanalicular origina el hundimiento del pezón. También es importante identificar la presencia de venas dilatadas. En el pezón tener en cuenta excoriaciones, inversión, edema, enrojecimiento o secreción, pudiendo ser esta de tipo seroso, serohemático, purulento o lechoso, frecuencia de aparición y si es uni o bilateral. En la axila se pueden palpar adenopatías (28). Entre los síntomas generales se encuentran: astenia, anorexia, pérdida de peso, dolores óseos, fiebre, tos, dolor en el tórax (29).

Entre las neoplasias malignas se encuentra el adenocarcinoma, el cual representa el 98% de los tumores malignos de la mama (30). En los casos más típicos se trata de una mujer entre los 40 y 60 años que acude por presentar una lesión en la mama dura, fija o poco móvil, de consistencia irregular y generalmente indolora. Puede tener secreción hemática por el pezón y en el examen de la axila se encuentran o no ganglios cuyo número y tamaño estarán en relación con el tamaño y tiempo de evolución de la neoplasia (31).

El cáncer de mama, parece comportarse siguiendo al menos dos patrones diferentes. En ocasiones prolifera lentamente sin invadir ni infiltrar, llegando a formar un nódulo prominente que desplaza estructuras vecinas y pudiendo alcanzar gran tamaño sin dejar de ser un cáncer 'in situ'. Estos cánceres con frecuencia se convierten en infiltrantes después de que gran parte de su historia ha transcurrido como tumores 'in situ'. En otras ocasiones el cáncer infiltra los tejidos vecinos y se comporta como invasivo muy precozmente, cuando todavía es microscópico y no es posible identificarlo por ningún procedimiento diagnóstico (excepto por biopsia) (30).

La diferencia entre estos dos tipos es importante porque el diagnóstico precoz garantiza la curabilidad de la casi totalidad del primer tipo de cánceres, pero de un número limitado de los segundos. Además, los tratamientos de cánceres 'in situ' de un tamaño mediano o pequeño, no requieren cirugía axilar, cosa que sí ocurre con los tumores infiltrantes, con el consecuente riesgo de linfedema del brazo (25).

En nuestro país se lleva a cabo el programa de cáncer de mama, el cual se implantó a nivel de la atención primaria con el objetivo del diagnóstico precoz y oportuno de esta afección. El Programa Nacional conjuga los 3 métodos diagnósticos más utilizados mundialmente: el examen clínico de las mamas, el autoexamen y la mamografía (32). El médico de la familia desempeña una importante función en la estructuración concreta del Programa, pero la aplicación de dicho programa y sus tareas no han sido totalmente eficaces, pues han existido dificultades en la realización del examen clínico periódico de las mamas y en pesquisar activamente a la población femenina en riesgo.

III. MATERIALES Y MÉTODOS.

Se realizó un estudio pre-experimental con intervención a través de un programa de pesquisa activa de cáncer de mama en las mujeres mayores de 30 años pertenecientes al Consultorio No.8 del Policlínico “Rafael Pérez González” del municipio Bolivia, en el período comprendido desde septiembre de 2015 hasta enero de 2017. El universo de estudio estuvo constituido por las 330 pacientes femeninas mayores de 30 años, pertenecientes al consultorio que reunieron los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

- Estar de acuerdo en formar parte de la investigación.
- Que sean pacientes mayores de 30 años.
- Que pertenezcan al mencionado consultorio.

Criterios de Exclusión:

- Que no cumplan los requisitos antes expuestos.

Criterios de Salida:

- Pacientes que no deseen continuar en la investigación.

La pesquisa consistió en la realización de un examen físico de la mama a todas las mujeres incluidas en el estudio, los que resultaron positivos se remitieron a consulta de patología de mama hasta su diagnóstico definitivo.

La estrategia metodológica del Trabajo se basa en principios, categorías y leyes del Materialismo Dialéctico y del método científico, aplicados al estudio de una parte de la realidad social. Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

Métodos del nivel teórico:

- Análisis – síntesis: Permite penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.
- Análisis histórico –lógico: Se selecciona con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el decursar de su historia, por lo que se emplea para indagar sobre el cáncer de mama.
- Inducción – deducción: Porque en la investigación se establecen generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis.
- Hipotético –deductivo: Por deducir la hipótesis como respuesta al problema de la investigación trazada.

Métodos empíricos.

- La observación: Mediante la misma se conoce la realidad del proceso, para así diagnosticar y poder aplicar un programa de pesquisa activa que logre resolver el objetivo general de la investigación antes mencionado

- Métodos estadísticos:

Técnicas y procedimientos de recolección La recolección de los datos fue a través de una encuesta elaborada por la autora y validada por expertos. (Anexo 1). La encuesta fue precedida de un texto explicativo que caracterizó el anonimato en la información brindada por los encuestados y se también se les explicó que sus informaciones sólo serán utilizadas con fines científicos lo que garantiza el cumplimiento de los requerimientos éticos y las pacientes del presente estudio tuvieron la oportunidad de informarse sobre los objetivos de la intervención y la inocuidad de la misma, que su participación sería voluntaria y una vez incorporados a este tendrán la posibilidad de abandonarlo si así lo desearan, se tuvo en cuenta el consentimiento informado de las personas incluidas en el estudio debidamente firmado por ellas y el investigador, quien dio fe al respeto absoluto a la confidencialidad de sus identidades e información (Anexo 2). El Programa de Intervención de Pesquisa Activa se estructuró en 3 etapas: la primera de diseño y aprobación del programa, la segunda organizativa, la tercera de pesquisa activa. Las variables utilizadas fueron: Sociodemográficas y clínicas: edad, talla, peso, escolaridad, realización de ejercicio físicos, hábitos tóxicos, antecedentes patológicos familiares y personales de enfermedades de la mama, uso de medicamentos hormonales, paridad, de diagnóstico: examen clínico.

Operacionalización de las variables

- Edad: Variable Cuantitativa continúa. Se expresa

Edad cumplida en años a partir de la fecha del último cumpleaños

30

-45

46-65

> 66 años

El indicador a medir es el porcentaje de pacientes a estudiar según grupos de edades

- Escolaridad de la mujer: variable cualitativa ordinal. Se expresa en el último nivel de enseñanza aprobado

Primaria terminada

Secundaria terminada

Bachiller terminado

Universitario terminado

El indicador es el Porcentaje de cada paciente según el nivel de enseñanza.

- Antecedentes Patológicos familiares. Variable cualitativa nominal Se expresa teniendo en cuenta familiares de primer orden (madre, hermana, abuela, tía) con antecedentes de enfermedades de la mama.

Si: Aquellas que presentan antecedentes familiares de primer orden de enfermedades de la mama benigna y maligna.

No: No tiene familiares con enfermedades de la mama.

- Estado Nutricional según Índice de masa Corporal.

- $IMC = \frac{\text{Peso Kg.}}{(\text{Talla cm.})^2}$

El Instituto Nacional de Alimentos propuso las categorías siguientes:

Bajo peso: Cuando el IMC es menos de 19.8

Normopeso: cuando el IMC es de 19.8 a 26.

Sobrepeso: Cuando el IMC es de 26.1 a 29.

Obesa: Cuando el IMC es Más de 29,0.

- Realización de ejercicios físicos: variable cualitativa ordinal Dicotómica Se expresa en:

SI: Se considerará la persona que realice ejercicios físicos (correr, montar bicicletas, trotes, natación, la caminata rápida 100 mts)

NO: Se considerará la persona que no realice ejercicios físicos (correr, montar bicicletas, trotes, natación, la caminata rápida 100 mts)

- Hábitos Tóxicos.

Hábito de fumar: Toda persona que ha estado fumando un cigarro o un puro diario durante 6 meses o más y mantiene el hábito hasta el presente, aunque lo haya abandonado en menos de un mes.

Ingestión de bebidas alcohólicas: Ingestión de un vaso o más de alcohol diario.

.

Ninguno.

- Paridad

Ninguno

1 parto

2 y más partos

Multiparidad: En la investigación se consideró cuando la mujer ha tenido 2 partos o más.

- Terapia hormonal

Se expresa teniendo en cuenta el uso de métodos anticonceptivos hormonales en los últimos 5 años

SI: Aquellas pacientes que utilizaron terapia hormonal.

NO: Aquellas pacientes que no utilizaron terapia hormonal.

- Antecedentes Patológicos personales: variable cualitativa nominal Se expresa teniendo en cuenta antecedentes personales de enfermedades de la mama después de realizada la pesquisa.

Ninguna

Fibrodisplasia

Galactorrea

Lipoma

Carcinoma Ductal.

Exploración clínica de las mamas. Variable Cualitativa ordinal Dicotómica. Se expresa teniendo en cuenta signos sospechosos de cáncer de mama.

Si: Cuando al realizar el examen clínico de las mamas se encuentran signos sospechosos de cáncer de mama.

No: Cuando al realizar el examen clínico de las mamas no se encuentran signos sospechosos de cáncer de mama.

Técnicas y procedimientos de análisis estadístico

Los datos obtenidos fueron vaciados en tablas de frecuencia para su presentación y análisis, utilizando medidas de resumen para variables cualitativas y cuantitativas (porcentaje). Se confeccionó un informe final con los requisitos exigidos por el departamento de Postgrado de la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. Como medida de resumen de la información se utilizó, medidas de frecuencias la proporción, por ciento.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1: Distribución de las mujeres mayores de 30 años pertenecientes al Consultorio No.8 del Policlínico “Rafael Pérez González” del municipio Bolivia, durante el período comprendido desde septiembre de 2016 hasta enero de 2017 según grupo de edades y escolaridad.

Grupo de edades	Escolaridad								Total	%
	Primaria		Secundaria		Pre-Universitario		Universitario			
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%		
30 a 45 año	4	1.2	12	3.6	47	14.2	29	8.8	92	27.9
46 a 65 años	19	5.7	52	15.8	122	37.0	21	6.3	214	65.0
> 66 año	18	5.4	3	0.9	1	0.3	1	0.3	23	6.9
TOTAL	41	12.4	64	20.3	170	51.6	51	15.5	329	100

Fuente: Encuesta.

En la tabla podemos observar la distribución de las mujeres mayores de 30 años del Consultorio 8 según grupo de edades y escolaridad, tenemos como resultado que la mayor cantidad de mujeres están dentro del grupo de 46 a 65 años con un 65 % y con un nivel pre universitario de escolaridad (37 %). Resultados similares en cuanto a grupo etario obtienen Blanco y colaboradores (33). Los factores de riesgos más importantes para el cáncer de mama son el sexo femenino y la edad. Es importante señalar que la mayoría de las mujeres que lo sufren no tienen factores de riesgo identificables. Al igual que para otros muchos cánceres, la frecuencia de cáncer de mama aumenta rápidamente con la edad siendo extremadamente baja antes de los 30 años (< 25 casos/100.00 mujeres) para luego sufrir un lento incremento en forma lineal después de los 45 años, o sea, la edad promedio en que se presenta la menopausia, hasta los 80 años en que alcanza una estabilización que representa aproximadamente unos 500 casos/100.000 mujeres). Según estadísticas, las mujeres por encima de los 45 años de edad (y hasta los setenta), son propensas a padecer cáncer de mama porque tienen las mamas más flácidas con un gran exceso de grasa

en su tejido. Por tanto, el examen de estos órganos, por parte de un especialista, cobra mayor valor al resultar más fácil discernir e investigar el padecimiento en una mama de una persona adulta mayor que ha perdido todo el parénquima duro, si se le compara con el de una más mujer joven (34). Cada año se diagnostican en Cuba más de 2 200 nuevos casos de cáncer de mama y las edades más avanzadas, de 50 a 64 años, son las de mayor riesgo (35).

Tabla 2. Distribución de las mujeres según grupo de edades y antecedentes familiares de enfermedades de la mama.

Grupo de edades	Antecedentes Familiares de Enfermedades De la Mama				Total	%
	Si		No			
	Total	%	Total	%		
30 a 45 años	12	3.6	80	24.3	92	27.9
46 a 65 años	8	2.4	206	62.6	2014	65.0
> 66 años	2	0.6	21	6.3	23	6.9
TOTAL	22	6.6	307	93.3	329	100

Cuando analizamos los resultados que ofrece la tabla en cuanto a los antecedentes familiares de enfermedades de la mama observamos que la mayoría de las mujeres pesquisadas no tenían antecedentes positivos en su familia (93.3 %) y se encontraban en el grupo de 46 a 65 años, representando el 62.6 % del total. En su estudio de 100 casos comparativos Calvo y colaborador obtienen resultados similares (36). En una porción muy pequeña de cáncer de mama (5%) hay un gran factor de herencia familiar. Alrededor del 20 al 30 % de las mujeres con cáncer de mama tienen antecedentes familiares de la enfermedad. Las mujeres que tienen un gen alterado relacionado con el cáncer de mama y que han padecido de cáncer en una mama tienen un riesgo más alto de padecer de cáncer de mama en la otra mama. Estas mujeres también tienen un riesgo más alto de padecer de cáncer de ovario y pueden tener un riesgo mayor de padecer de otros tipos de cánceres. Los familiares en primer grado con cáncer de mama triplican las posibilidades de padecer el mismo cáncer, sobre todo si se ha diagnosticado en edad premenopáusica; la presencia de cáncer de mama en familiares de 2º grado también aumenta el riesgo (37).

Tabla 3. Distribución de las mujeres según estado nutricional y realización de ejercicios físicos.

Estado Nutricional	Relación de Ejercicios Físicos				Total	%
	Si		No			
	Total	%	Total	%		
Bajo Peso	0	-	4	1.2	4	1.2
Normopeso	25	7.5	261	79.3	286	86.9
Sobrepeso	2	0.6	37	11.2	39	11.8
Obeso						
TOTAL	27	8.2	302	91.7	329	100

La tabla distribuye a las pacientes según estado nutricional y realización de ejercicios físicos, se observó que el mayor por ciento de estas mujeres eran Normo peso (86.9 %) y que no realizaban ejercicios físicos (91.7 %). Autores europeos evidenciaron en su estudio la incidencia alta de sobrepeso y la no realización de ejercicios físicos, esto en coincidencia con el nuestro (38). La vida sedentaria y la gordura, la ingestión de alcohol y el consumo excesivo de grasa son los factores de riesgo «modificables» a través de acciones de educación y promoción de salud que contribuyen a cambiar el estilo de vida. Desde hace muchos años se ha sugerido una asociación entre la dieta y el cáncer de la glándula mamaria.

Tabla 4. Distribución de las mujeres según grupo de edades y hábitos tóxicos.

Grupo de edades	Antecedentes Familiares de Enfermedades De la Mama				Total	%
	Si		No			
	Total	%	Total	%		

30 a 45 años	8	2.4	84	25.5	92	27.9
46 a 65 años	114	34.6	100	30.3	214	65.0
> 66 años	9	2.7	14	4.2	23	6.9
TOTAL	131	39.8	198	60.1	329	100

En la tabla se exponen los resultados en cuanto a la distribución de las pacientes según grupo de edades y hábitos tóxicos, se observa que el 60.1 % no tenían hábitos tóxicos. Dentro del 39.8 % restante el tabaquismo fue el principal factor de riesgo encontrado. Otros estudios relacionan el alcoholismo además del tabaquismo (39).

Tabla 5. Distribución de las mujeres según grupo de edades y número de hijos

Grupo de edades	Escolaridad						Total	%
	Ninguno		Nulíparas		Multíparas			
	Total	%	Total	%	Total	%		
30 a 45 año	6	1.8	84	25.5	2	0.6	92	27.9
46 a 65 años	12	3.6	166	50.4	36	10.9	214	65.0
> 66 año	2	0.6	3	0.9	18	5.4	23	6.9
TOTAL	20	6.0	253	76.8	56	17.0	329	100

La tabla distribuye a las pacientes según grupo de edades y número de hijos donde el mayor por ciento correspondió a las nulíparas (76.8) entre 46 y 65 años (65). El riesgo de cáncer de mama está en relación con el estímulo estrogénico y un mayor número de ciclos ovulatorios, por tanto la nuliparidad o un menor número de embarazos aumentaría el riesgo de cáncer de mama (40). Otros riesgos son: no tener hijos, tener hijos con más de 30 años y no darles de amamantar (41).

Tabla 6. Distribución de las mujeres según grupo de edades y uso de terapia hormonal.

Grupo de edades	Terapia Hormonal				Total	%
	Si		No			
30 a 45 años	64	19.4	28	8.5	92	27.9
46 a 65 años	107	32.5	107	32.5	214	65.0
> 66 años	4	1.2	19	5.7	23	6.9
TOTAL	175	53.1	154	46.8	329	100

En la tabla se exponen los resultados en cuanto a la distribución según grupo de edades y terapia hormonal. Donde el 53.1 % recibió terapia hormonal en los últimos 5 años. Los métodos anticonceptivos hormonales fueron los más usados, seguido de terapia hormonal de reemplazo. Kahlenborn y colaboradores en el 2006 publicaron el papel de los métodos hormonales anticonceptivos dentro de la terapia hormonal, y su relación con el cáncer de mama (42). La mayor actividad estrogénica favorece la proliferación de epitelio menos diferenciado. Dentro de estas se encuentra la administración exógena de estrógenos (43).

Tabla 7. Distribución de las mujeres según grupo de edades y patología mamaria diagnosticada después de la pesquisa.

Patología Mamaria							Total	
	30 a 45 años		46 a 65 años		> 66 años			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Fibrodisplasia	5	1.5	1	0.3	0	0	6	1.8
Galactorrea	0	0	1	0.3	0	0	1	0.3
Lipoma	1	0.3	0	0	0	0	1	0.3
Carcinoma Ductal	0	0	3	0.9	0	0	3	0.9
Ninguna	86	26.1	209	63.5	23	6.9	318	96.6

En la Tabla 7 podemos observar la distribución según grupo de edades y patología mamaria. La mayoría de las mujeres no presentaron patologías mamarias (96.6 %). Solo el 3.3 % fueron positivas. De estas el mayor porcentaje correspondió a la Fibrodisplasia mamaria (1.8). Es importante señalar que el 0.9 % de las pacientes estudiadas presentaron un Carcinoma Ductal, que después de estudiadas se encontraban en estadio I. Las enfermedades benignas de la mama como las lesiones proliferativas no atípicas y la hiperplasia atípica son también factores de riesgo para el cáncer de mama (44). Semejantes resultados encontraron en su pesquisa Rodríguez y colaboradores en su estudio en el municipio Ciego de Ávila en el año 1997, donde el 3.0 % del total de las mujeres estudiadas presentaron patologías de mama en las que debían descartarse el Cáncer de Mama, solo en 2 de ellas se detectaron Carcinoma Mamario (45).

V. CONCLUSIONES.

En la investigación los mayores porcentajes de las pacientes se encontraban en el grupo de edades comprendidas entre 46 a 65 años, con un nivel de escolaridad de pre universitario, con un predominio en ellas de no tener antecedentes familiares de patologías de mama, no realizar ejercicios físicos, no tener hábitos tóxicos, ser nulíparas y haber recibido terapia hormonal en los últimos 5 años. Se observó un bajo porcentaje de antecedentes personales de patologías de mama y a pesar que en el examen clínico de las mamas la presencia de signos sospechosos de cáncer fue bajo la pesquisa contribuyó al diagnóstico temprano de los tumores de la mama.

VI. RECOMENDACIONES.

Extender a todas las áreas de salud y población en general este trabajo, con el fin de detectar lesiones mamarias para lograr un diagnóstico precoz del Cáncer de Mama y así contribuir a disminuir la incidencia de esta enfermedad, que

constituye una patología que se ubica como la segunda causa de muerte en nuestra provincia.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1-Hernández M, Díaz V. Valoración del conocimiento sobre el autoexamen mamario en sectores del médico de familia. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2014; 9(1):28-35.

2-Prabhanathi G, Nama M. ¿Cómo examinar sus senos? Briddone Press. 2013; 4.

- 3-National Comprehensive Cancer Network NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Breast Cancer [homepage on Internet]. NCCN V2; 2014 [cited 27/6/2010]. Available from: [//www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/breast.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/breast.pdf)
- 4-Duckers P, Ricci A. Disease of the breast. Comit Current Therapy 36th. Philadelphia: Wonders. 2015; 994-1003.
- 5-Henderson IC. Cáncer de mama. Oncológica. 2ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2013.
- 6-Saslow D, Boetes C, Burke W. American cancer society guidelines for breast screening with MRI as an adjunct to mammography. CA Cancer J Clin. 2014; 57:7589.
- 7-US.Preventive Services.task force screening for Breast cancer [página en internet]. [citado 14 Ene 2015]. [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/3rdusptf/breastcancer/brcanrr.htm>
- 8-Mahon B, Pugh T. Principios y métodos de Epidemiología. La prensa médica mexicana. 2da edición. Ciudad México: Press México; 2014.
- 9- Salsali M. A study of the clinical features and the treatment of breast cancer in 374 patients in Iran. Tumors. 2014; mar- apr; 89(2): 132-5.
- 10- Marinello S, Chávez F, Romero T; Lence J. Riesgo de morir por cáncer de mama en Cuba. Rev Cub Oncol. 2013; 14 (1): 22-25.
- 11- Apantaku L. Breast cancer diagnosis and screening. American Family Physician [Internet]. 2012 [citado 28/6/2013]. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/20000801/596.html>
- 12-Natl J. Breast cancer. Black Nurses Assoc. 2015; 19(2):42-9.
- 13-Ortiz A. Revitalización del Programa de Detección Preclínica y Precoz del Cáncer de mama. Gaceta Médica Espirituana. 2014; 7(3).
- 14-Chávez F, Romero T, Marinello S, Lence J, Santos T. Riesgo de morir por cáncer en Cuba. Rev cub Oncol. 2015; 13(1): 5-11.

15-Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. Globocan. 2ed. Lyon: IARC Press; 2013.

16-Álvarez S. Temas de Medicina General Integral. 1ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014

17-Fernández L. Diagnóstico precoz del cáncer de mama. Rev. Cubana de Oncol. 2013 2 (1).

18-Brown M, Houn F, Sickles E, Kessler L. Screening mammography in community practice: positive predictive value of abnormal findings and need of follow-up diagnostic procedures. AJR Am J Roentgenol. 2013; 165 (6): 1373-7. 19

19-Gluinn M, Allen E. Changes in incidence of and mortality from breast cancer in England and Wales since introduction of screening. United Kingdom Association of Cancer Registries. BMJ. 2014; 311 (7017): 1391-5.

20-NCCN Clinical Practice. Guidelines in oncology: Breast cancer. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2012.

21-Holli K. Duodecim Medical Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline. Diagnosis of breast disease. Breast Cancer [Internet]. 2014 Nov [citado 26 de junio de 2015]. Disponible en: www.icsi.org

22-Chlebowski R.T. y Cols. Influence of estrogen plus progestin on breast cancer and mammography in healthy postmenopausal women: the Women's Health Initiative Randomized Trial. JAMA. 2014; 289(24):3243-53.

23-Key T, Verkasato P, Banks E. Epidemiology of breast cancer. Lancet Oncology. 2013; 2(3): 1-18.

24-Mahon B, Pugh T. Principios y métodos de Epidemiología. Estudios de cohortes. La prensa médica mexicana. 2da edición. Ciudad México: Press Mexico; 2015.

25- Fiorica J. Prevention and treatment of breast cancer. Obst and Gyn Clin. 2014; 28(4): 711-26.

- 26- Estadísticas de cáncer de los Estados Unidos. Rev Pan Am J Público Health. 2012;15 (3): 202-203
- 27-Singleton SE. Rating the risk factors for breast cancer. Ann surg. 2013; 237: 47482.
- 28-Falkenberg S, Legre R. Risk factors for breast cancer. Obst and Gyn Clin. 2002; 29(1): 243-54.
- 29-Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. Globocan. 3ed. Lyon: IARC Press; 2014.
- 30-Reis J. Distribution of p63, a novel myoepithelial marker in fine needle aspiration biopsies of the breast. An analysis of 82 samples. Cancer. 2015; 99(3): 172.
- 31-Falkenberg S, Legre R. Risk factors for breast cancer. Obst and Gyn Clin. 2012; 29(1): 243-54.
- 32-Miller A. The rate of screening in the fight against breast cancer. World Health Forum. 2011; 13(4):277-85.
- 33- Blanco M, Quintas M, González H, González S, Delgado R, González M. Intervención educativa sobre la técnica del autoexamen mamario. Disponible en: <http://bus.sld.cu/revista/mcgiego/vol14-sup11-08/articulos/a1-v14-sup1109.html>
- 34-Cuba reporta incremento por cáncer de mama. Disponible en: <http://www.juventudrebelde.cu/cuba/2008-10-08/cuba-reporta-incremento-del-cancerde-mama>
- 35-Trecate G. Breast MRI screening in patients with increased familiar and/or genetic risk for breast cancer. A preliminary experience. Tumori. 2012; 89(2): 125-3
- 36- Calvo M. Patología benigna mamaria. Estudio comparativo sobre 100 casos. Rev Senol Patol Mam. 2013; 5(3):123-32.
- 37-Frazier A.L. Adolescent diet and risk of breast cancer. Breast Cancer Res. 2013; 5(3):59-64.

38-Levi F, Bosetti C, Lucchini F, Negri E, La Vecchia C. Monitoring the decrease in breast cancer mortality in Europe. *Ir J Cancer Prev.* 2014; 14(6):497-502.

39-Roselli M, Palli D, Cariddi A. Intensive diagnostic follow-up after treatment of primary breast cancer. A randomized trial. *JAMA.* 2014; 271:1593-7.

40-Kahlenborn C, Modugno F, Potter D, Severs W. Oral contraceptive use as a risk factor for premenopausal breast cancer: a meta-analysis. *Mayo Clin Proc.* 2015; 81:1290-302.

41-Fitzpatrick T, Johnson R, Wolff K, Suurmod D. Atlas color y sinopsis de dermatología clínica. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 2016.

42-Kahlenborn C, Modugno F, Potter DM, Severs WB. Oral contraceptive use as a risk factor for premenopausal breast cancer: a meta-analysis. *Mayo Clin Proc.* 2014; 81:1290-302.

43-Aebi S, Gelber S, Castiglione-Gertsch M, Gelber R, Collins J. Is chemotherapy alone adequate for young women with estrogen-receptor-positive breast cancer? *Lancet.* 2012; 355:1869-74.

44-Sasco A. Epidemiology of Breast cancer. *APMIS.* 2015; (109)321-32.

45- Rodríguez R, Pérez Y, Morales I. Operación de Pesquisaje de Cáncer de Mama en la población urbana del municipio de Ciego de Ávila. *Mediciego.* 1997; (2): 12-3.

VIII. ANEXOS.

Anexo 1. Encuesta de pesquisa activa en mujeres mayores de 30 años pertenecientes al Consultorio 8 del Policlínico Universitario Rafael Pérez González Municipio Bolivia.

Paciente: se está realizando una pesquisa activa en mujeres mayores de 30 años pertenecientes al Consultorio No.8 del Policlínico "Rafael Pérez González" del municipio Bolivia le comunicamos que no tiene que poner su nombre y solamente los datos obtenidos se utilizarán con fines diagnósticos, gracias.

Marque con una cruz(X)

1-Edad: _____ 2-Escolaridad: ___Primaria terminada

___Secundaria terminada

___Bachiller terminado

___Universitario terminado

2-Antecedentes Familiares de Cáncer de Mama. Si: _____ No: _____

Parentesco: _____ Madre _____

Hermana _____

Abuela _____

Tía

¿Afectó una o ambas mamas? Si: ___ No: _____

3-Peso: _____ Talla: _____ Percentil: _____

4- Realiza ejercicio físico: Si: ___ No: _____

5-Hábitos Tóxicos: Fuma: _____ Alcohol: _____ Ninguno: _____

8- Número de hijos: _____ ¿Brindo lactancia materna a estos? Si: ___ No: _____
_____. Tiempo: _____ meses.

9-Uso de tabletas anticonceptivas u otro tratamiento médico hormonal. En los últimos 5 años. Si: ___ No: _____. Tiempo: _____ años.

10-Antecedentes personales de Cáncer de Mama. Si: _____ No: _____ Si responde si marque con una x

___ Fibrodisplasia

___ Galactorrea

___ Lipoma

___ Carcinoma Ductal

11- Exploración clínica de la mama Presencia de signos sospechosos de patologías de mamas ___ SI ___ NO

Anexo 2: Consentimiento informado.

Yo _____ estoy conforme a participar en la investigación: Pesquisaje de Cáncer de Mama en mujeres mayores de 30 años del Consultorio 8 del Policlínico Universitario Rafael Pérez González del Municipio Bolivia él. Conociendo los objetivos del trabajo y los beneficios que reportará el mismo. Teniendo en cuenta que mi participación es absoluta y voluntaria, me incluyo en el estudio y doy constancia de ello firmando la presente:

Fecha:

_____ Nombre Firma

_____ Investigador Firma