

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN - MANAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
NUEVO HOSPITAL MONTE ESPAÑA**



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA



**Tesis para optar al grado de Especialista en Ginecología y
Obstetricia**

**FACTORES ASOCIADOS A PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA, EN
PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, DEL
NUEVO HOSPITAL MONTE ESPAÑA, ABRIL 2019 A NOVIEMBRE 2022.**

Autora: Dra. Keila Eunice Chavarría Meléndez
Médico residente de Ginecología y Obstetricia

Tutora: Dra. Mariela Lacayo Rivera.
Especialista en Ginecología y Obstetricia

Asesor metodológico: Dr. Ricardo Ramírez.
Coordinador de calidad y salud del NHME.
Master en salud pública y epidemiología.

RESUMEN

Introducción: La patología mamaria abarca un grupo heterogéneo de lesiones que se pueden detectar con un auto examen físico de mama, o con un adecuado interrogatorio y evaluación mamaria. La incidencia de patología mamaria ha ido en aumento en las últimas décadas.

Objetivo: Identificar los factores asociados a patología mamaria benigna, en las pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Nuevo Hospital Monte España en el período abril 2019 a noviembre 2022

Método: Estudio de tipo observacional. descriptivo, prospectivo de tipo longitudinal, realizado en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia, del Nuevo Hospital Monte España, En el período del 1 de abril del 2019 al 30 de noviembre del 2022.

Resultados: Se analizaron un total de 247 casos de pacientes, encontrando la edad más frecuente de 21 a 39 años, casadas, con secundaria completa, de procedencia urbana. Con IMC en sobrepeso y obesidad grado I. Al abordar acerca de factores asociados se encontraron dentro de los antecedentes ginecológicos, el uso de métodos hormonales en un 84.31%, y el 87.25% no tenían antecedentes de gestación previa. El 56% de pacientes no tenían antecedente personal de patología mamaria benigna. La patología mamaria benigna, con mayor frecuencia encontrada fue fibroadenoma, seguido de hiperplasia ductal con atipia leve.

Conclusiones: La patología mamaria benigna se está haciendo más frecuente en pacientes en edad reproductiva, sin distinción de clase social, ni de nivel académico. El sobrepeso, obesidad, la nuliparidad, el uso de anticonceptivos orales y el no inicio de lactancia materna, fueron los antecedentes más frecuentes encontrados en las pacientes con patología mamaria benigna.

Palabras clave: mama, patología benigna, factores asociados.

INDICE

1. RESUMEN.....	02
2. INTRODUCCIÓN.....	04
3. ANTECEDENTES.....	06
4. JUSTIFICACIÓN.....	09
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
6. OBJETIVOS.....	12
7. MARCO TEÓRICO.....	13
8. DISEÑO METODOLÓGICO.....	31
9. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	32
10. RESULTADOS.....	38
11. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	40
12. CONCLUSIÓN.....	43
13. RECOMENDACIONES.....	44
14. BIBLIOGRAFÍA.....	45
15. ANEXOS.....	49

1. INTRODUCCIÓN

Las patologías benignas de la mama, abarca un grupo heterogéneo de lesiones que pueden presentar una amplia gama de síntomas o se pueden detectar de forma incidental que se puede detectar con un auto examen físico de mama, o con un adecuado interrogatorio y evaluación mamaria estudio microscópico. La incidencia de lesiones benignas de mama comienza aumentar durante la segunda década de la vida y con picos en la cuarta y quinta década. (GUATEMALA, 2012)

A nivel mundial, los estados patológicos benignos representan aproximadamente el 90% de las presentaciones clínicas relacionadas con la patología de mama. En estados como Uganda, Trinidad y Nigeria, las enfermedades benignas de la mama constituyen 70-79% de la patología mamaria y estos son en su mayoría fibroadenomas, cambios fibroquísticos y abscesos. (Okoth C. 2019).

La patología benigna de mama tiene una incidencia menor entre mujeres latina en comparación con mujeres en los EE.UU. (90,1 casos por 100.000) en comparación con las mujeres blancas (130,6 por 100.000), aunque la incidencia en las latinas ha ido en aumento en los últimos 10 años. Aunque las razones de este incremento no están claras, la obesidad puede ser un factor que contribuye a su aparición. (Okoth C. 2019).

En Nicaragua, se han implementados acciones que han servido para la detección oportuna y preventiva del desarrollo de lesiones de mama, para el año 2006, se contaba con un mamógrafo únicamente en el HBCR, en el 2020 se adquirieron 28 mamógrafos, Todo esto, ha permitido la ampliación del tamizaje de lesiones mamarias a través de mamografías de 151 en 2010 a 27,415 en 2020.

En la patología benigna mamaria, no se puede hablar de causas sin hablar de factores asociados al desarrollo de la enfermedad; ya que intervienen factores modificables y no modificables. De ahí, la importancia de poder incidir en aquellos factores que pueden ser modificables y con ello disminuir la incidencia de esta patología.

Los más importantes factores asociados son edad mayor de 40 años, antecedentes de enfermedades de la glándula mamaria, de cáncer en familiares de primer grado, menarquía temprana y la maternidad tardía (después de 35 años de edad), la mujer postmenopáusica y la raza caucásica. (Lydia, E. 2016).

2. ANTECEDENTES

OMS (2015). La patología mamaria se conoce en la humanidad desde épocas antiguas. Los Egipcios Antiguos eran los primeros para observar la enfermedad hace más de 3.500 años. La condición fue descrita en los papiros de Edwin Smith y de George Ebers. En 460 A.C., Hipócrates describió la patología de mama, como una enfermedad humoral. Él postuló que el cuerpo consistió en cuatro humores - sangre, flema, bilis amarilla, y bilis negra. (WHO,2015)

La patología mamaria benigna constituye un grupo de entidades cuya incidencia es difícil estimar, a pesar de lo cual se ha observado que su frecuencia es mayor que la del cáncer de mama. Dentro de este grupo de patologías se incluyen tumores benignos de la mama (proliferativos y no proliferativos), hipersensibilidad mamaria (mastalgia), y procesos inflamatorios e infecciones (mastitis). (Olmstead, R. 2018).

Internacionales

M. Albasriet et al, En Hospital, Madinah, Kingdom de Arabia Saudita en un estudio realizado con un total de 1,005 informes de biopsias de lesiones mamarias, las lesiones benignas comprendieron 603 casos. La edad media general fue de 23,1 años con un amplio rango de edad de 14-80 años, y una ocurrencia máxima en la tercera década. (Albasri et al. 2019).

Okoth et al. en un estudio descriptivo de corte transversal realizado en la clínica de los senos del Hospital de Múgalo(Uganda) examinaron 208 mujeres La prevalencia de enfermedad proliferativa benigna de la mama fue del 18% (35/195). La edad media y el índice de masa corporal (IMC) fueron 28,4 años y 23,26 kg / m² respectivamente. Las lesiones más comunes fueron fibroadenomas en 57%, y el cambio fibroquístico fue del 21% . Okoth C. (2019).

Vettuparambil et, en 2015 en Kerala (sur de la India) cuyo objetivo de estudio fue analizar la epidemiología y patología de la mama. 266 pacientes que fueron diagnosticados con patología benigna de mama, estas tuvieron una presentación tardía siendo la edad media de presentación de 50 años. El 48,9% de los pacientes eran pre menopáusicas. (Ajith Vettuparambil, 2015).

Yankaskas et, en un estudio en la universidad de Carolina del norte en el año 2016, sobre la incidencia de patología benigna mamaria se demostró que este es raro en las mujeres jóvenes. Los factores de riesgo que tuvieron relevancia específica incluyeron factores reproductivos: uso de anticonceptivos orales, edad del primer parto, edad de la menarquía, fumar, exposición a la radiación y la falta de ejercicios físicos. Bonnie C. (2016).

En México Romero, et al. (2018) realizaron un estudio en 272 pacientes, de las cuales el 64% tuvieron entre uno y dos factores de riesgo. El grupo etario más frecuente fue de 50 a 59 años. Se registraron 80 mujeres menopáusicas, de las que el 35% eran mayores de 54 años de edad. Se encontró obesidad en 35% de las mujeres posmenopáusicas, tabaquismo en 29.8% y embarazo a término después de los 30 años en 16.9%. Menarquia antes de los 11 años en 10.7%. Se identificaron antecedentes heredofamiliares de primer grado en 6.6%.

Quevedo Ortiz, et al. (2018). Estudio desarrollado en Guatemala, describe que la patología más frecuente es el fibroadenoma con el 60%, seguido por enfermedad fibroquística 27%, ectasia ductal con el 9%. Considerando que la paridad después de los 35 años es un factor importante de desarrollar patologías de mamas en este estudio solo el 18% corresponde a no gestante y el 82% tuvieron más de un parto.

Nacionales

Berger Chow et al, en el hospital escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en la ciudad de León en el año 2013 se realizó un estudio relacionado a la patología mamaria en el que se encontró que las pacientes diagnosticadas fueron el 95 % procedente de la zona urbana, amas de casa con edad mayor de 60 años. (Berger, 2013).

Amoretty Huerta, C. (2008). realizó un estudio sobre el comportamiento de la patología mamaria benigna como factor de riesgo para cáncer de mama en el Hospital Bertha Calderón en el que se estudiaron 117 pacientes en las que las edades más afectadas eran entre 46-70 años, presentaban antecedentes familiares de cáncer, ingesta de licor, menarquía precoz y menopausia tardía, multíparas, uso de anticonceptivos hormonales.

En Nicaragua, en un estudio realizado por García (2001) sobre el “Comportamiento de la patología de Mama en mujeres menores de 40 años” realizado en el HEADB Managua, se encontró que las mujeres en la edad de mayor riesgo correspondían a los 35-40 años, presentaban menarquía normal, la edad del primer embarazo se dio entre los 15-19 años, eran multíparas, el 33% presentaba antecedentes de enfermedad benigna de mama, utilizaban anticonceptivos hormonales.

3. JUSTIFICACIÓN

La patología mamaria es un motivo de consulta frecuente en la población femenina, siendo en su gran mayoría por enfermedad benigna. Afecta sobre todo a mujeres que participan activamente en la vida social y profesional dando lugar a una reducción significativa de la capacidad de estas mujeres para funcionar normalmente en la vida cotidiana.

A su vez, la enfermedad mamaria benigna constituye, según el tipo, un importante factor de riesgo para el desarrollo posterior de cáncer de mama, por lo que es necesario identificar los factores asociados y características clínicas de cada patología mamaria benigna; reconociendo las lesiones benignas más frecuentes y ayudando a determinar el riesgo futuro de desarrollar cáncer, en las pacientes que acude a nuestra institución.

Seria clínicamente ventajoso el poder individualizar la prevención y estrategias de abordaje de tal forma que le permita al médico tratante planear una modalidad de seguimiento y tratamiento apropiado a cada caso.

Por tanto, la importancia de este estudio radica en que en nuestra población no se han realizado estudios en prevalencia, ni en identificación de los factores clínicos asociados a las lesiones mamarias y su significado clínico en el manejo de dichas lesiones. Este trabajo sirve como insumo para la elaboración de nuevas estrategias en salud o la mejora de la norma de atención a pacientes con patología benigna de mama en Nicaragua. Así como será una referencia para investigaciones.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Caracterización del problema global:

Las enfermedades benignas de la mama han adquirido una importancia creciente en los últimos tiempos debido a la conciencia pública sobre el auto examen de mama. A nivel mundial, los estados patológicos benignos representan aproximadamente el 90% de las presentaciones clínicas relacionadas con la mama.

La enfermedad mamaria benigna se presenta sobre todo en mujeres en edad reproductiva y es considerada un factor de riesgo importante para desarrollar posteriormente cáncer de mama en dependencia del tipo de patología mamaria benigna presentada. Sin embargo, en Nicaragua existen muy pocos estudios que aborden esta temática.

Delimitación:

Por tal razón consideramos, realizar este primer estudio en el Nuevo Hospital Monte España, con el fin de fortalecer los procesos de atención e identificación de los factores asociados al desarrollo de patología mamaria benigna, reconociendo a su vez la prevalencia de lesiones benignas y permitirnos desarrollar estrategias de prevención y seguimiento más adecuado, mejorando la calidad de vida del paciente.

Formulación:

Teniendo en cuenta los distintos aspectos planteados, se formuló la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los factores asociados a patología benigna mamaria, en las pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia, del Nuevo Hospital Monte España, en el período abril 2019 a noviembre 2022?

De las preguntas del estudio, se derivan las siguientes interrogantes:

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las pacientes, que acuden al Servicio de Ginecología y Obstetricia, del Nuevo Hospital Monte España?
2. ¿Qué antecedentes Gineco - obstétricos son los que se asocian con el desarrollo de presentar patología benigna mamaria, en las pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia, del Nuevo Hospital Monte España?
3. ¿Cuáles son los antecedentes personales patológicos y no patológicos, asociados a patología mamaria benigna, en las pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia, del Nuevo Hospital Monte España?
4. ¿Qué antecedentes familiares patológicos se asociados a patología mamaria benigna, en las pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia, del Nuevo Hospital Monte España?

5. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Identificar los factores asociados a patología benigna mamaria, en las pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Nuevo Hospital Monte España en el período abril 2019 a noviembre 2022

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Describir las características sociodemográficas de las pacientes en estudio.
2. Establecer los antecedentes Gineco - obstétricos asociados con la patología.
3. Conocer los antecedentes personales patológicos y no patológicos, asociados a patología mamaria.
4. Determinar los antecedentes familiares patológicos asociados a patología mamaria.

6. MARCO TEÓRICO

6.1 Anatomía de la mama:

Según, Albarracin Antonio. (2016): La mama adulta está situada entre la segunda y la sexta costilla del eje cortical y entre el borde lateral esternal y la línea medioaxilar en el eje horizontal. El tejido mamario también se extiende a la axila formando la cola axilar de spence. La mama está compuesta por tres variedades principales de tejido: piel, el tejido subcutáneo y el tejido mamario, formando por paren quina y estroma. (Albarracin Antonio. 2016)

El parénquima se divide en 15 a 20 segmentos que convergen en el pezón según una disposición radial. En el pezón desembocan entre 5 y 10 conductos colectores mayores. En cada conducto drena un lóbulo formado por 20 a 40 lobulillos. Cada lobulillo consta de 10 a 100 alvéolos. (Albarracin Antonio. 2016)

El principal aporte de sangre de la mama proviene de las arterias torácicas y mamarias internas. El drenaje linfático es unidireccional desde la superficie hasta los plexos linfáticos profundos, y de ahí hacia los ganglios linfáticos axilares el 97% y hacia los de la cadena mamaria interna el 3%. (Albarracin Antonio. 2016)

6.2 Fisiología mamaria:

Guevara, et al. (2003) La mama es un órgano dinámico. Las variaciones histológicas que tienen lugar en el corto período del ciclo menstrual y de los cambios que tienen lugar en los embarazos, se superponen a los cambios involutivos a lo largo plazo, que tienen lugar en relación con el envejecimiento.

A nivel celular la mama es un órgano que cambia continuamente con las fluctuaciones hormonales cíclicas, aunque estos cambios son principalmente microscópicos y no son visibles mediante las técnicas de imagen actuales, sí que

tienen una traducción clínica en muchas mujeres, que presentan dolor cíclico e hinchazón. (Guevara, et al. (2003)

Guyton A, Hall J. (2020). El objetivo principal de las mamas es producir lactancia para el Recién nacido. Es por ello que las mamas se comienzan a desarrollar en la pubertad; este desarrollo es estimulado por los mismos estrógenos de los ciclos sexuales mensuales, que despiertan el crecimiento de la glándula mamaria además de favorecer el depósito de grasa que aumenta el volumen de la mama. (Guyton. 2020).

Asimismo. durante el embarazo se produce un crecimiento mucho mayor de las mamas y sólo entonces el tejido glandular queda preparado y se desarrolla completamente para secretar la leche. (Guyton. 2020).

Sobre el crecimiento de los conductos galactóforos tiene un papel muy importante los estrógenos secretados por la placenta que hace que el sistema ductal crezca y se ramifique, también actúan otras hormonas como la hormona de crecimiento, la prolactina los glucocorticoides y la insulina. Y el desarrollo del sistema lobulillo alveolar es ocasionado por la progesterona. (Guyton. 2020).

Se define por patología benigna mamaria a un grupo de alteraciones en el tejido mamario, las cuales no tienen la capacidad de diseminarse, que corresponden a mecanismos de tipo hormonal, factores externos como son los hábitos nutricionales y estilos de vida que interactúan entre sí, creando un grupo de signos y síntomas muy variados que se manifiestan por dolor mamario, masas, nodularidad, irritabilidad, secreción, y descarga por el pezón y/o inflamación e infección. (MEXICO, 2019)

Los padecimientos tumorales benignos generalmente provocan cambios locales como aumento de volumen, distensión cutánea y dolor. Los padecimientos inflamatorios, e infecciosos generalmente se resuelven de manera espontánea, o por el uso de medidas locales, antiinflamatorios,

antibióticos. El cáncer de mama en etapas iniciales se presenta de manera subclínica, es decir que solamente es detectable por estudios imagen (mastografía, ultrasonido, resonancia magnética), en menor proporción por clínica (tumores palpables). (MEXICO, 2019)

6.3 Clasificación histológica de las lesiones mamarias:

A pesar de ocupar un porcentaje relativamente pequeño de la superficie corporal, la glándula mamaria es uno de los órganos con mayor espectro de diagnósticos patológicos descritos.

El conocimiento de las lesiones histológicas más frecuentes ayuda al clínico a entender los reportes patológicos y a establecer una adecuada correlación entre los hallazgos clínicos, imaginológicos y patológicos, lo cual es esencial para ofrecer recomendaciones apropiadas y orientar las conductas terapéuticas a seguir. (Rosen PP, 2021)

Microscópicamente, la glándula mamaria normal está constituida por un sistema de canalículos y lobulillos incluidos en un estroma de tejido conectivo que contiene vasos linfáticos y sanguíneos. Tanto el componente epitelial como el componente estromal son sensibles a cambios hormonales que producen los cambios típicos del desarrollo mamario durante la adolescencia, los cambios cíclicos de la mujer adulta, la hipertrofia mamaria, asociada al embarazo y la lactancia, y finalmente, los cambios degenerativos asociados a la menopausia (Rosen PP, 2021)

Adicionalmente, las lesiones mamarias benignas pueden ser clasificadas en tres grupos principales en relación con el riesgo de desarrollar cáncer de mama: lesiones no proliferativas, lesiones proliferativas sin atipia y lesiones proliferativas con atipia. Si bien esta diferenciación suele basarse en criterios patológicos de proliferación celular y la presencia de atipia, su importancia clínica

radica en el riesgo asociado de cáncer de mama en cada grupo. (Sabel M, 2019) (vea anexo no. 3 tabla no.2)

Las lesiones benignas no proliferativas de la mama no incrementan el riesgo de cáncer mamario o lo incrementan de forma muy leve, mientras que las lesiones proliferativas benignas sin atipia tienen un incremento moderado en el riesgo y las lesiones con atipia se asocian con un riesgo. (Dupont WD, 2019) (Santen RJ. 2015)

Condiciones patológicas más frecuentemente encontradas en patología mamaria

- **Quistes simples:** Son masas ovoides o redondeadas con líquido en su interior y que son formadas en la unión ducto-lobulillar. Pueden presentarse como masa palpable o como un hallazgo incidental en una ecografía o en una mamografía. Son comunes en mujeres entre 35 y 50 años y no incrementan el riesgo de cáncer de mama. (Rosen PP. 2021)
- **Fibroadenoma:** hace parte de los tumores bifásicos, tumores que reciben su nombre debido a que poseen un componente tanto epitelial como estromal. El otro tumor perteneciente a este grupo es el tumor Phylodes. El fibroadenoma es el tumor más frecuentemente visto en adolescentes y mujeres adultas, aunque pueden ocurrir a cualquier edad. (Rosen PP. 2021)

En su gran mayoría son pequeños, no palpables y asintomáticos. Los casos sintomáticos se caracterizan por presentarse como una masa firme, dolorosa o no dolorosa y bien definida. En 15% de los casos puede haber fibroadenomas múltiples. (Rosen PP. 2021)

El fibroadenoma simple no está relacionado con cáncer de mama. Solo los fibroadenomas complejos (definidos como aquellos con quistes mayores de 3 mm, con adenosis esclerosante, calcificaciones epiteliales o con cambios

apocrinos papilares) tienen un mayor riesgo de cáncer de mama, con un RR entre 2 a 4.

En general no requieren un tratamiento específico, pero en los siguientes casos deben ser llevados a resección quirúrgica: sintomáticos, tamaño mayor a 5cm, cuando la biopsia muestra atipias o fibroadenoma complejo, cuando se presentan en pacientes mayores de 40 años y cuando aumentan de tamaño entre un control y otro. (Rosen PP. 2021)

- **Necrosis grasa:** se presenta como una masa indolora de localización superficial en pacientes con antecedentes quirúrgicos o traumáticos sobre la glándula mamaria. Debido a su dureza, clínicamente puede simular un carcinoma. Patológicamente hay fenómenos de fibrosis, histiocitos multinucleados y depósitos de hemosiderina. Cuando se tiene el diagnóstico exacto no requiere de tratamiento específico, excepto cuando hay una duda persistente de carcinoma o se producen síntomas. (Rosen PP. 2021)
- **Metaplasia apocrina:** Las glándulas apocrinas están normalmente presentes en la piel de la ingle, la axila y la región anorrectal, pero no son un constituyente de la anatomía microscópica normal de la glándula mamaria. Sin embargo, cualquier lesión proliferativa benigna de la mama puede contener algunas células con características citológicas que son prácticamente indistinguibles de las células de una glándula apocrina normal y de allí su nombre de metaplasia apocrina. (Rosen PP. 2021)

Su presentación más frecuente es como parte de la patología quística simple de la mama. No se asocian con cáncer de mama y su manejo depende de la entidad benigna de la mama con la cual se encuentre relacionada. (Rosen PP. 2021)

- **Hiperplasia ductal de tipo usual:** Se trata de una proliferación celular epitelial dentro de la luz de un conducto sin lesiones atípicas visibles. Microscópicamente se observa como un incremento en el número de células epiteliales dentro del conducto. (Sabel M. 2019)

De acuerdo al número de capas epiteliales se puede dividir en:

- Hiperplasia leve: se observan de dos a cuatro capas epiteliales.
- Hiperplasia moderada: se observan cuatro o más capas epiteliales.
- Hiperplasia florida: la proliferación epitelial llena casi completamente la luz del conducto dejando pequeños espacios libres asimétricos.

La hiperplasia leve no representa incremento en el riesgo de cáncer de mama. La hiperplasia moderada y florida se asocia con un riesgo de cáncer de mama 1.5 a 2 veces mayor. (Rosen PP. 2021)

- **Papiloma:** Son tumores benignos que surgen del epitelio de los conductos mamarios. Ocurren más frecuentemente dentro o en el interior de los conductos lactíferos terminales en la parte central de la mama detrás del complejo pezón – areola. En esta localización suelen ser únicos (75% de las veces) y se conocen como papilomas intra-ductales, pero puedan presentarse como lesiones papilares múltiples, ubicados principalmente en localizaciones periféricas en cualquier cuadrante de la mama. (Neal L. 2019)

El síntoma principal o característico es una secreción verdosa o sanguinolenta por el pezón. Ocasionalmente pueden presentarse como una masa de localización retro-areolar o periférica. Generalmente son resecaos como parte de una resección de conductos terminales en cuyo caso no requieren. Cuando la biopsia trucut reporta papiloma, no hay atipia celular y la correlación clínica e imaginológica es satisfactoria, no es necesaria la resección quirúrgica. (Neal L. 2019)

El papiloma intraductal único puede incrementar el riesgo de cáncer de mama hasta un RR de 2, en tanto que los papilomas múltiples pueden incrementar el riesgo de 3 a 7 veces, especialmente si se asocia con atipia. (Neal L. 2019)

- **Hamartoma:** Es un tumor benigno de la mama, se presenta con una masa bien definida desde el punto de vista clínico e imagenológico. Está compuesto por ductos, lóbulos, estroma fibroso y tejido adiposo en diferentes proporciones. El hamartoma es usualmente asintomático y la mayoría ocurre en mujeres por encima de los 35 años. (Neal L. 2019)
- **Lesiones esclerosantes complejas** Estas son lesiones proliferativas que se caracterizan por una apariencia estrellada o espiculada en la mamografía, por lo cual pueden ser confundidas con un proceso maligno. Dado que aparecen como hallazgos incidentales, no son detectables al examen clínico. (Rosen PP.2021).

De acuerdo al área que ocupan, pueden ser nombradas como cicatrices radiadas o lesiones esclerosantes complejas (Rosen PP.2021). Las cicatrices radiales (radial scar) suelen ser menores de 10mm mientras que las lesiones esclerosantes complejas suelen ser mayores de 10mm. (Neal L. 2019)

- **Adenosis esclerosante:** Es una lesión caracterizada por un aumento en el número de acinos en el lóbulo mamario, los cuales se encuentran distorsionados y comprimidos en su porción central por un estroma denso. La adenosis esclerosante puede presentarse como una anomalía mamográfica (microcalcificaciones, asimetría o áreas de distorsión de la arquitectura, etc) o como una masa. Por tanto, son lesiones simuladoras de cáncer. (Neal L 2019)
- **Hiperplasia atípica:** Incluye tanto la hiperplasia lobulillar atípica como la hiperplasia ductal atípica. Usualmente es un hallazgo incidental en una mamografía de tamización y su diagnóstico es netamente histológico. Se caracteriza por la proliferación de células epiteliales con núcleos redondeados

atípicos dentro del conducto involucrado. Estas lesiones son asociadas con un elevado riesgo de cáncer de mama (de 3,7 hasta 5,3 veces). El riesgo aplica tanto a cáncer de mama ipsilateral como contralateral. (Dupont WD, 2019)

6.4 Factores de riesgo para desarrollar patología mamaria:

La evaluación de los antecedentes permite al clínico determinar el riesgo probable de enfermedad mamaria, a través de los siguientes factores:

1. **Edad:** Los grupos de edad avanzada son los que con mayor frecuencia tienen padecimientos neoplásicos malignos, como es el caso del cáncer mamario. Sin embargo, estadísticamente se ha presentado un incremento importante de los cuarenta a los cuarenta y nueve años. (MEXICO, 2019).
2. **Herencia:** Cubur, (2015) Actualmente algunos estudios han mostrado evidencia de que la patología mamaria es un padecimiento hereditario. En la década de los noventa, estudios genéticos dieron como resultado que algunos oncogenes tienen susceptibilidad para el cáncer de mama y se estimó que del 5 al 7% de los cánceres mamarios son hereditarios en forma autosómica dominante, existiendo alteraciones en los genes BRCA1 Y BRCA2 como causa hereditaria.

Actualmente se encuentra en estudio una proteína llamada Her-2-Neu, que se utiliza como marcador de ganglios afectados por problemas de metástasis; sin embargo, se conoce la existencia de un aumento en la frecuencia del mismo, en relación con la población general, en las personas en cuyos ascendientes existe el antecedente de haberlo padecido. Se sabe que el riesgo de padecer la enfermedad es de dos a tres veces más alto cuando el cáncer mamario familiar es en la madre o hermana. (Cubur, 2015)

3. **Menarquía:** La menarca (primera menstruación) a edad temprana, definida como la que ocurre antes de los 12 años de edad, se ha vinculado con un incremento del riesgo de cáncer de mama de 10 a 20% en comparación con el

riesgo que tienen las mujeres cuya menarca ocurre a los 14 años. Se ha observado que las mujeres tienen un aumento en el riesgo de padecer la enfermedad cuando la menarquía aparece en época temprana, antes de los 12 años. (Torres y Llerenas, 2019)

Según Torres y Llerenas (2019) este riesgo mayor se atribuye a que la presentación temprana de la menarca implica un establecimiento más temprano de los ciclos ovulatorios, un aumento de la duración de la exposición a hormonas y un nivel más alto de estrógenos séricos durante la vida de la mujer.

Asimismo, se ha observado que la edad de la menarca temprana se relaciona con niveles circulantes bajos de la hormona que se encarga de transportar a las hormonas sexuales SHBG (del inglés sex-hormone-binding globulin), lo que implica una mayor biodisponibilidad de hormonas en el tejido glandular mamario. (Torrez Mejía, 2019)

En un estudio realizado por Chen (2018), muestra que, por cada dos años de retraso en la aparición de la menarca, hubo una reducción del 10 por ciento en el riesgo de cáncer de mama. Existe relación importante entre una menarca precoz y el desarrollo de cáncer de mama, un factor de riesgo propio de la población afectada.

- 4. Edad de la menopausia:** Villar, Álvarez (2019). De la misma forma se asocia con la menopausia que ocurre después de los 52 años de edad, de modo que adquieren un riesgo doble de padecer cáncer mamario las mujeres cuya menopausia ocurre a los 45 años o menos. Esto se debe al mayor tiempo de exposición a los estrógenos y progestágenos. (Villar, Álvarez, 2019).

Esto se explica porque la edad tardía de la menopausia expone a la mujer a un mayor número de ciclos ovulatorios, esto es, un mayor número de años de exposición a los estrógenos provenientes de los ovarios. Se ha evidenciado que

por cada año que se incrementa la edad de la menopausia, el riesgo de cáncer de mama aumenta en 3%.

La menopausia quirúrgica le confiere a la mujer una mayor protección contra el cáncer de mama que la menopausia natural a la misma edad, debido probablemente a que la menopausia quirúrgica elimina de forma súbita la fuente ovárica de estrógenos en lugar de hacerlo de manera gradual como ocurre en la menopausia natural.

Según Torres y Llerenas (2019). En comparación con las mujeres que experimentan la menopausia de forma natural, aquellas cuya menopausia se induce por medios quirúrgicos (ooforectomía o histerectomía) antes de los 35 años de edad tienen sólo 40% del riesgo.

5. **Embarazo:** Cubur. (2015). La condición de ser nuligesta, o cuando el primer embarazo se presenta después de los 30 años de edad, es un factor que se ha estudiado como precursor para el cáncer mamario, esto puede deberse al tiempo prolongado de exposición a los cambios hormonales; al embarazo se le atribuye un efecto protector cuando la primera gestación ocurre en una época temprana de la vida, se hace referencia a este hecho respecto a que, la mujer pierde el efecto protector del embarazo cuando éste se presenta después de los 30 años, adquiriendo el riesgo de la nuligesta.

Villar Álvarez (2019). El primer embarazo entre los 20 y 25 años de edad disminuye en proporción de dos a tres veces el riesgo de padecer patología mamaria, con respecto a la mujer nuligesta y primigesta tardía, provocando un cambio permanente en los factores que causan la transformación maligna del tejido mamario.

Los embarazos subsecuentes no proporcionan protección adicional; es importante mencionar que la protección sólo se adquiere cuando el embarazo

llega al término, pues el aborto se asocia frecuentemente con un aumento del riesgo de padecer la enfermedad. (Villar Álvarez, 2019)

El primer embarazo se vincula con una elevada división celular mamaria seguida por la diferenciación terminal del tejido glandular. Esto representa un doble efecto: un incremento transitorio del riesgo de cáncer de mama debido a la mayor división celular; y, por otro lado, un efecto protector prolongado debido a la diferenciación celular terminal e irreversible.

Se ha propuesto que la diferenciación celular completa, que se produce en la glándula durante y después del embarazo, protege el pecho del desarrollo del cáncer de mama. Una edad más avanzada en el primer parto puede conferir un riesgo mayor que la nuliparidad, debido a la estimulación de proliferación adicional colocado en las células del seno que son más propensas a ser plenamente desarrollada y tal vez más propensos al daño celular. (Chen, 2018)

6. **Lactancia:** Villar Álvarez (2019). Estudios internacionales recientes comparan poblaciones femeninas de algunos países con riesgo bajo, intermedio y alto de cáncer mamario; aparentemente la lactancia protege a las mujeres contra el riesgo de desarrollar una neoplasia mamaria; sin embargo, no se ha llegado a ninguna conclusión definitiva en relación con la protección a que se hace referencia.

Existen diferencias marcadas en la frecuencia de cáncer mamario entre los países donde la costumbre de la lactancia es prolongada y frecuente, respecto a otros donde por algunas situaciones particulares no se lleva a cabo. Un ejemplo de este hecho lo encontramos en los Estados Unidos de Norte América, donde la frecuencia del cáncer mamario es elevada, coincidiendo con el bajo índice de lactancia, comparado con países como Japón donde la frecuencia del cáncer de mama es baja y se encuentra asociada a los índices prolongados de lactancia; puede considerarse que esto es un buen motivo de investigación. (Cubur. 2015). (Villar Álvarez, 2019)

7. **Antecedentes de patología mamaria benigna:** Hay una extensa literatura que relaciona el antecedente de enfermedad mamaria benigna con un incremento en la frecuencia de cáncer mamario. La enfermedad quística mamaria, con atipias celulares (hiperplasia ductal atípica), se menciona como uno de los padecimientos que presentan una frecuencia 4 veces mayor de cáncer mamario que otros grupos. (Villar Álvarez, 2019)

Esta enfermedad además se encuentra con frecuencia en las piezas operatorias correspondientes a la mastectomía por cáncer mamario. El mecanismo de asociación se desconoce a la fecha, probablemente la displasia mamaria es un padecimiento con características biológicas que puede predisponer al cambio neoplásico, obedeciendo a algunos factores comunes de probable origen hormonal. (Cubur. 2015). (Villar Álvarez, 2019)

8. **Alcohol:** El acetaldehído (AC) es altamente cancerígeno ya que tiene una gran capacidad de producir mutaciones genéticas, disminuye las defensas de las células contra los procesos oxidativos e inhibe algunos mecanismos de reparación de daños en el ADN.

El incremento del metabolismo del alcohol en el tejido mamario se debe a la acción de una poderosa enzima, similar a la peroxidasa o lipoxigenasa, a la cual se le atribuye funciones importantes en la iniciación y progresión de tumores.

La xantina oxidoreductasa (XOR), se encuentra presente en grandes cantidades en la parte externa del tejido mamario. Cuando el consumo de alcohol se vuelve crónico, ambas enzimas incrementan notablemente su actividad, lo que estimularía la proliferación celular y procesos inflamatorios.

Aun cuando el alcohol no es considerado como uno de los principales factores de riesgo, sí existen estudios que muestren su influencia en el desarrollo

de cáncer de mama; en Nicaragua esto afecta a la población femenina debido a la creciente ingesta de alcohol en mujeres.

9. **Fumar:** Muchos autores no consideran el hábito de fumar como un factor de riesgo importante para el desarrollo de cáncer de mama. García et. al (2005) indica que la relación entre el tabaquismo y el cáncer de mama se complica por la interacción de fumar con el alcohol y las influencias hormonales endógenas.

El tabaquismo no es aceptado como un factor directamente relacionado con el cáncer de mama, sin embargo, la relación entre éste y cáncer de mama ha sido demostrada recientemente, con un Hazard Ratio (HR) de 1,32.

Margolis (2019) afirma que los riesgos difieren según se fume a edades tempranas o más tarde en la vida de una mujer, debido a que la susceptibilidad de los tejidos a los efectos carcinogénicos del tabaco varía según la edad o las características fisiológicas durante diferentes períodos de la vida reproductiva de una mujer.

La sensibilidad de la mama femenina a los carcinógenos del tabaco está aumentada durante la adolescencia y la juventud, pero disminuye tras el nacimiento del primer hijo, cuando la mayoría del tejido mamario se ha diferenciado por completo. Las mujeres posmenopáusicas que fuman o fumaban tienen hasta un 16% más probabilidades de desarrollar cáncer de mama en comparación con aquellas que no habían fumado nunca. (Margolis (2019)

Esto se relaciona con lo planteado por Chen (2018) donde las mujeres que comenzaron a fumar cuando eran adolescentes tenían también un riesgo importante, el cual continúa hasta 20 años después de que la persona dejara de fumar. El hábito de fumar es un factor de bajo riesgo que será dependiente de la edad de inicio que presente la mujer.

Alrededor del 50% de las mujeres presentan algún tipo de enfermedad mamaria benigna, este tipo de patologías se caracterizan por presentar nódulos, inflamación que puede coincidir con el periodo menstrual, algunas veces puede existir secreción mamaria y dolor no cíclico además del dolor a la palpación, dolor persistente, molestias cíclicas y protuberancias notables. (Kumar V, et al 2015)

10. Administración de hormonas:

El papel que juegan los anticonceptivos hormonales tienen una amplia y debatida controversia: la mayoría de los estudios coinciden en que el tiempo de exposición a las hormonas (>5 años) es fundamental para establecer este supuesto aumento en el riesgo relativo. (Quevedo, 2018)

En lo que corresponde a los anticonceptivos hormonales combinados, se ha visto que con las nuevas microdosis de estrógeno (<35mcg de etinilestradiol) que contienen la mayoría de las preparaciones comerciales, no existe evidencia significativa de aumento en el riesgo para patología mamaria; esto mismo sucede con los anticonceptivos que sólo contienen progestágenos. (Quevedo, 2018)

6.5 Examen clínico de la mama (ECM):

Se debe realizar una vez al año como parte del examen clínico general a toda mujer asintomática o sintomática mayor de 40 años y a toda paciente que consulte por síntomas mamarios sin importar la edad. Tiene una sensibilidad de 54% y una especificidad de 94% (Fletcher, 2018).

Los principios básicos del ECM son:

1. Comparar los hallazgos entre las dos mamas de una misma mujer.
2. La glándula mamaria no es lisa, es nodular.
3. Cada mujer es única.
4. Tener muy en cuenta los límites mamarios: superior: clavícula; medial: esternón; lateral: línea axilar media; e inferior: pliegue inframamario.

5. Rige el concepto de simetría.
6. Se compone de dos partes: inspección y palpación. (Saslow D, 2019)

Los componentes de un adecuado examen de la mama son:

- Inspección: Es estática y dinámica. Se realiza descubriendo a la paciente desde la cintura hacia arriba, de frente al examinador, inicialmente con las manos en la cintura y luego detrás de la cabeza. Se observan los siguientes aspectos:
 1. Simetría de las glándulas mamarias en cuanto a tamaño y forma.
 2. Inversiones del pezón.
 3. Masas o bultos.
 4. Retracciones de la piel o del pezón.
 5. Áreas de hundimiento o abultamiento.
- Palpación: Se realiza inicialmente con la paciente sentada frente al examinador y con las manos detrás de la cabeza. La palpación debe hacerse con las yemas de los dedos índice, corazón y anular (Dedos 2, 3 y 4). Cada área se palpa haciendo tres círculos pequeños a diferente profundidad, inicialmente superficial para buscar posibles lesiones adyacentes a la piel, luego intermedia y por último profunda para hallar lesiones cercanas al músculo pectoral mayor. (vea el anexo A, figura 1,2,3)
- Mamografía: Dimagno MN, Lisa. (2018). Es una radiografía de las glándulas mamarias en la que se toman distintas proyecciones; las más comunes son cráneo-caudal y oblicua. Es importante diferenciar entre una mamografía diagnóstica y una mamografía de tamización.

La mamografía diagnóstica se debe ordenar a pacientes mayores de 35 años con hallazgos positivos al ECM, en quienes tiene una sensibilidad de 82 a 94% y una especificidad de 55 a 84%, cuando existe masa palpable. (Dimagno MN, Lisa. (2018).

- Las indicaciones de mamografía diagnóstica son:
 1. Masa palpable en paciente mayor de 35 años.
 2. Nodularidad asimétrica palpable en paciente mayor de 35 años.
 3. Telorrea espontánea, persistente y reproducible en paciente mayor de 35 años.
 4. Cambios cutáneos sospechosos de malignidad en paciente mayor de 35 años

A diferencia de la mamografía diagnóstica, la mamografía de tamización está indicada únicamente en mujeres asintomáticas en el marco de un programa de tamización. (SOCIAL, 2017)

De acuerdo con los estándares del BIRADS, el informe de una mamografía debe contemplar lo siguiente:

1. Datos de identificación de la paciente.
2. Indicación de la mamografía.
3. Descripción: distribución, simetría y composición.
4. Descripción del hallazgo significativo: nódulo, calcificaciones, distorsión de la arquitectura y casos especiales.
5. Comparación con estudios previos.
6. Categorización BIRADS.
7. Recomendación.

CLASIFICACION DE BI-RADS

En 1992 el American College of Radiology desarrolló el Breast Imaging Reporting and Data System (BIRADS), un método para clasificar los hallazgos mamográficos. Los objetivos del BI-RADS son: estandarizar la terminología y la sistemática del informe mamográfico, categorizar las lesiones estableciendo el grado de sospecha, y asignar una recomendación sobre la actitud a tomar en cada caso. Asimismo, permite realizar un control de calidad y una monitorización de los resultados. (Colegio, 2019)

En 2003 aparece la 4ª edición del BI-RADS, una edición ilustrada que además de ampliar la definición de algunos términos, introduce nuevas secciones para ecografía y resonancia magnética. El nuevo BI-RADS aconseja una valoración conjunta de todas las técnicas para asignar una única categoría y recomendación final. (Colegio, 2019) (VEA ANEXO NO. 2 TABLA NO.1)

- Ecografía mamaria: Su utilidad principal radica en establecer la diferencia entre lesiones sólidas y quísticas, palpables y no palpables, dado que la mamografía no puede hacerlo. Debido a la baja sensibilidad de la mamografía en mujeres jóvenes o con mamas densas, la ecografía es una técnica esencial para el diagnóstico y seguimiento de los tumores benignos de la mama. El informe ecográfico se rige, al igual que la mamografía, por la clasificación de BIRADS. (Moreno, 2017)

- Las indicaciones de ecografía son las siguientes:
 1. Masa palpable en una paciente de cualquier edad.
 2. Nódulos vistos en mamografía para definir si son sólidos o quísticos.
 3. Asimetría focal o áreas de distorsión de la arquitectura (BIRADS 3) en la mamografía.
 4. Nodularidad asimétrica identificada al ECM en una paciente de cualquier edad.
 5. Seguimiento de quiste complicado cada 6 meses por 18 meses si hay estabilidad de la lesión.
 6. Telorrea espontánea, persistente y reproducible en una paciente de cualquier edad.
 7. Cambios cutáneos sospechosos en una paciente de cualquier edad.
 8. Mama densa (BIRADS 0). Resonancia magnética nuclear de mama: Es una modalidad de imagen indicada en el tamizaje de mujeres de alto riesgo (mutaciones BRCA 1 y 2). (Moreno, 2017)

- Aspiración con aguja fina (ACAF): Es una biopsia sencilla que se utiliza para el diagnóstico de quistes complejos sin masa sólida y para masas sólidas palpables muy sugestivas de ser benignas. Tiene un porcentaje de falsos negativos entre

1-35% para lesiones palpables y de más de 68% para las no palpables. (Moreno, 2017)

- Biopsia con aguja trucut: Es un tipo de biopsia con baja morbilidad que se utiliza para el diagnóstico de lesiones sólidas palpables o no palpables. En el caso de las lesiones palpables mayores de 2cm debe ser realizada por el cirujano de mama, y en las no palpables o menores de este tamaño, se debe ordenar guiada por ecografía para ser tomada por el radiólogo. (Moreno, 2017)
- Biopsia por estereotaxia, suros o mammotome: Estos tipos de biopsia se realizan con aguja trucut utilizando como guía la imagen mamográfica, ya que está indicada en lesiones sospechosas que se ven únicamente en mamografía (microcalcificaciones, áreas de asimetría, nódulos, áreas de distorsión de la arquitectura, etc). (Moreno, 2017)

7. DISEÑO METODOLÓGICO

1. Tipo de Estudio:

Observacional. descriptivo, prospectivo de tipo longitudinal.

2. Área de estudio:

Trabajo realizado en el servicio de Ginecología y Obstetricia, del Nuevo Hospital Monte España, el cual se encuentra situado en el departamento de Managua, Avenida principal Los Robles, de los semáforos de Claro Villa Fontana, 150 mts, al norte. En el periodo del 1 de abril del 2019 al 30 de noviembre del 2022.

3. Universo:

Conformado por 393 pacientes, atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia que acuden por patología mamaria benigna atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia.

4. Muestra:

Constituida por 247 pacientes con diagnóstico de patología benigna mamaria, atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia y cumplían con los criterios de inclusión para el estudio.

Criterios de inclusión

- Pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y obstetricia, con diagnóstico de patología mamaria benigna, por clínica, radiología o histopatología.
- Pacientes encontradas en el periodo de estudio.
- Pacientes que hayan firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes embarazadas.
- Pacientes con antecedentes de cáncer o lesiones premalignas de mama
- Pacientes que no completen los estudios diagnósticos.
- Pacientes privadas.
- Expedientes incompletos.

Tipo de muestreo:

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, en el que se seleccionaron a los pacientes con Diagnóstico de patología benigna de mama cuyos expedientes se encontraron disponibles, en la fecha ya mencionada.

5. Operacionalización de las variables

1. características sociodemográficas de las pacientes en estudio.

Objetivos Específicos	Describir las características sociodemográficas de las pacientes en estudio.					
Variable conceptual	Características sociodemográficas					
	Subvariable	Variable operacional	Técnica de recolección de la información	Tipo de variable	Indicador	Valor
	Edad	Tiempo que tiene un ser vivo desde su nacimiento hasta el presente o un momento determinado.	FICHA DE RECOLECCION EXPEDIENTE CLINICO	Cuantitativa	Años	< 20 años 21 a 29 años 30 a 39 años 40 a 49 años > 50 años
	Estado civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	FICHA DE RECOLECCION EXPEDIENTE CLINICO	Cuantitativa	Número de mujeres con un estado civil.	Soltera Casada Acompañada Divorciada Viuda
	Nivel Académico	Grado de aprendizaje que adquiere una persona a lo largo de su formación en una institución educativa formalizada.	FICHA DE RECOLECCION EXPEDIENTE CLINICO	Cuantitativa	Número de mujeres según nivel de escolaridad.	Analfabeto Primaria completa Primaria incompleta Secundaria Terminada Secundaria incompleta Técnico Universitario Profesional
	Procedencia	Origen, principio de donde nace o surge algo.	FICHA DE RECOLECCION EXPEDIENTE CLINICO	Cuantitativa	Número de mujeres según su procedencia	Urbana Rural
	IMC	Medida de asociación entre la talla y peso de una persona para valorar si el peso corporal es adecuado y saludable		Cuantitativa	% de mujeres según clasificación del IMC	<18.5 18.5-24.9 25-29.9 30-34.9 35-39.9 ≥40

2. Antecedentes Gineco - obstétricos relacionados con la patología

Objetivos específicos		Establecer los antecedentes gineco - obstétricos relacionados con la patología.				
Variable conceptual		Antecedentes gineco - obstétricos relacionados con la patología				
	Subvariable	Variable operacional	Técnica de recolección de la información	Tipo de variable	Indicador	Valor
	Menarca	Aparición de la primera hemorragia menstrual o menstruación y suele presentarse a la edad de 12 y los 13 años.	Ficha de recolección Expediente clínico	Cuantitativa	% de mujeres con menarca a temprana o tardía edad.	edad primera menarca
	Método de planificación familiar	Sustancia, fármaco o método que se opone o impide la concepción	Ficha de recolección Expediente clínico	Cuantitativo	Número de pacientes con método de planificación familiar	Ninguno Hormonal No hormonal
	Nuligravidez	Ausencia de partos previos en una mujer	Ficha de recolección Expediente clínico	Cuantitativa	Porcentaje de mujeres que no han parido.	Sí No
	Lactancia materna	Alimentación del recién nacido mediante leche materna o bien mediante un sustituto de leche.	Ficha de recolección Expediente clínico	Cuantitativa	Porcentaje de mujeres que practican la lactancia materna.	Sí No
	Menopasia	Interrupción permanente de la menstruación.	Ficha de recolección Expediente clínico	Cuantitativa	Porcentaje de mujeres con signos de menopausia.	Sí No

3. Antecedentes personales patológicos y no patológicos, asociados a patología mamaria.

Factores asociados a la patología benigna mamaria, en pacientes ingresadas
en el NHME Abril 2019 a Noviembre 2022

Objetivos específicos	Conocer los antecedentes personales patológicos y no patológicos, asociados a patología mamaria.					
Variable conceptual	Antecedentes personales patológicos y no patológicos					
	Subvariable	Variable operacional	Técnica de recolección de la información	Tipo de variable	Indicador	Valor
	Antecedente de enfermedad benigna de mama	Cuando la persona ha presentado una enfermedad mamaria benigna previa.	Ficha de recolección Expediente clínico	Cuantitativa	Porcentaje de mujeres con presencia de una patología mamaria.	Quiste Adenosis Ectasia ductal Metaplasia Fibroadenoma Hiperplasia atípica
	Enfermedad crónica previa	Según datos Consignados en la Historia clínica.	Ficha de recolección Expediente clínico	Cualitativa	Distribución de Frecuencias y Porcentajes	HTA Cardiopatía isquémica asma Enfermedad vascular periférica Diabetes mellitus Enfermedad cerebrovascular
	Consumo de alcohol	Aquel que se presenta en forma líquida, siendo incoloro, diáfano, inflamable y de olor fuerte que obtenido tradicionalmente por fermentación de azúcares es el componente distintivo de las bebidas alcohólicas.	Ficha de recolección Expediente clínico	Cuantitativa	Porcentaje de mujeres que ingieren o no alcohol.	Sí No
	Antecedente de fumado	Hoja de la planta homónima, secada y preparada de diversas formas para ser fumada o masticada.	Ficha de recolección Expediente clínico	Cuantitativa	Porcentaje de mujeres que fuman o no.	Sí No

4. Antecedentes familiares patológicos asociados a patología mamaria.

Objetivos específicos		Determinar los antecedentes familiares patológicos asociados a patología mamaria.			
Variable conceptual		Antecedentes familiares patológicos			
Subvariable	Variable operacional	Técnica de recolección de la información	Tipo de variable	Indicador	Valor
Antecedente familiar de patología mamaria	<p>Cuando un pariente de primer grado (madre, hermana, hija) ha tenido cáncer de mama.</p> <p>Cuando un pariente de primer grado (madre, hermana, hija) ha tenido cáncer de mama.</p> <p>Cuando un pariente de primer grado (madre, hermana, hija) ha tenido cáncer de mama.</p>	Ficha de recolección Expediente clínico	Cuantitativa	Porcentaje de mujeres que tienen antecedentes de cáncer de mamas.	Sí No

6. Obtención de la información

- Fuente.
 - Indirecta: la información fue obtenida de expedientes clínicos.
 - Primaria: A través de una ficha de recolección de datos del expediente clínico de cada paciente.
- Instrumento: Se utilizó una ficha de recolección de datos elaborada por la autora del estudio y recolectada por la misma, la cual contiene preguntas abiertas y cerradas.

Procesamiento de la información:

Los datos obtenidos fueron procesados y analizados, utilizando el programa SPSS versión 25.0 para Windows 10. Se estimó frecuencias simples de las variables, algunas variables se cruzaron para cumplir con los objetivos del estudio. Los resultados se dieron a conocer en cuadros y gráficos.

Aspectos éticos:

Conociendo los objetivos del estudio, se asegura que la información obtenida fue conocida únicamente por la autora y utilizada sólo para fines del estudio, asegurando el respeto a la confidencialidad que tiene el paciente con su médico.

8. RESULTADOS

Se estudiaron un total de 247 casos de pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Nuevo Hospital Monte España, encontrando los siguientes resultados:

En relación a la edad más frecuente de aparición de patología mamaria benigna se encontró los grupos etareos entre 30 a 39 años con 35.25%, 21 a 29 años 32.38%, 40 a 49 años 19.83 %, > 50 años 8.50% y < 20 años 4.04%. Con respecto, al estado civil el 59.80% eran casadas, acompañada 22.55%, soltera 7.85%, divorciada 6.86% y viuda el 2.94% de casos.

En el nivel académico alcanzado, el 42.16% secundaria terminada, 20.59% profesional, 17.65% primaria completa, 12.75% universitario, secundaria incompleta 3.92%, técnico 2.94%, analfabeto y primaria incompleta 0%. El 100% de las pacientes son de procedencia Urbana.

En cuanto al IMC, 43.14% de pacientes se encuentran en sobre peso, 32.35% en obesidad grado I, el 18.63% de pacientes tenían normopeso, 3.92% en desnutrición y el 1.96% en obesidad grado II.

Con respecto a los antecedentes ginecológicos 87.25% no presentó menarca precoz y solamente el 12.75% si lo refería. Siendo la edad de inicio de la menarca de 12 a 13 años 55.06%, 14 a 15 años 21.05%, 16 a 18 años 8.50% 7 a 9 años 7.69%, 10 a 11 años 4.86%, y >19 años 2.83%.

Sobre métodos de planificación familiar se encontró que el 84.31% utilizaban métodos hormonales, el 13.73% métodos no hormonales y ningún método 1.96%. El 87.25% no tenían antecedentes de gestación previa, de las cuales solo el 46.07% había dado lactancia materna.

El 82.35% de pacientes se encontraba edad reproductiva, el 4.90% tenía antecedente de menopausia tardía, y el 12.75 % presento una edad de inicio de menopausia normal.

El 56% de pacientes no tenían antecedente personal de patología mamaria benigna. Sobre el antecedente de enfermedad crónica: 32.30% padecía de hipertensión arterial crónica, 15.68% diabetes mellitus, 4.90% asma y el 1.96%. cardiopatía isquémica. El 98.04% de pacientes no consumía alcohol ni tabaco.

El antecedente familiar de patología mamaria solamente se encontró en el 26% y de estas tenían parentesco con la mamá 51.85%, 25.93% con la hermana, abuela 18.52%, y la tía 3.70%.

9. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Al realizar el análisis sobre los resultados obtenidos, con respecto a lo reflejado por estudios previos y lo que nos orientan las guías internacionales, encontramos que:

La edad más frecuente de aparición de patología mamaria benigna es la comprendida entre los 30 – 39 años, seguido de 21 – 29 años, lo que concuerda con el estudio realizado por Okoth, et al. En el Hospital de Múgalo(Uganda) donde la edad media fue la de 28,4 años. Esto puede verse influenciado al hecho que las pacientes económicamente activas se encuentran frecuentemente en estas edades.

Al tomar en cuenta el nivel académico alcanzado de las pacientes se encontró que predominó el nivel de estudios de medios a avanzados. Podemos considerar que, el mayor grado de conocimiento académico permite a las pacientes tener interés por informarse acerca de su estado de salud, prevención de enfermedades y chequeo médico.

La procedencia de las pacientes fue de la zona urbana lo que traduce que en la facilidad por parte de la población a tener acceso a los servicios del sector salud, lo cual no es limitante para la usuaria acudir a las unidades de salud.

Un dato relevante fue encontrar que en cuanto al IMC, las pacientes se encuentran en sobre peso, y en obesidad grado I, esto concuerda con lo demostrado por Romero, et al. (2018) en México donde se encontró que la obesidad era un factor asociado a patología mamaria benigna esto puede asociarse que aumenta la predisposición a estrógenos a través de la vía del colesterol en estas pacientes.

Con respecto a los antecedentes ginecológicos, la menarquia precoz y la edad de inicio de la menopausia no fueron estadísticamente significativos. Las

pacientes negaron el presentar menarca precoz siendo la edad de inicio de la menarca de la comprendida entre los 12 a 13 años, lo que concuerda con lo demostrado por Romero, et al. (2018), donde la edad de inicio de la menarca temprana como factor de riesgo fue bajo. En relación a la menopausia, la mayoría de las pacientes se encontraban en edad reproductiva por lo que en este estudio no podemos relacionarlo a la presencia de patología mamaria benigna.

Sobre el método de planificación familiar se encontró que las pacientes usaban métodos hormonales, esto sugiere que puede haber una asociación con la aparición de alguna afección mamaria benigna, según lo encontrado por Amoretty Huerta, C. (2008). el uso de anticonceptivos hormonales también se encontró asociado. Se ha visto que la exposición al uso de ACO con microdosis de estrógeno, que contienen la mayoría de las preparaciones comerciales aumenta el riesgo a padecer patología mamaria. Sin embargo, aún no existe evidencia significativa.

En cuanto a los factores significativamente estadísticos en nuestro estudio encontramos que, predominó en las pacientes el no tener antecedente de gestación previa, ni de lactancia materna. Siendo ambos, factores que se han estudiado como precursores para padecer algún tipo de patología mamaria, esto puede deberse al tiempo prolongado de exposición estrogenica y al mayor riesgo de presentar cambios a nivel mamario.

Otros datos como el antecedente personal de patología mamaria benigna, el antecedente personal de enfermedad crónica, el antecedente de hábitos tóxicos como el consumo de alcohol y tabaco, así como el antecedente familiar de patología mamaria, la mayoría de las pacientes de este estudio negaron el presentar los mismos.

10. CONCLUSIONES

Después de haber analizado y discutido los resultados, se llegó a la siguiente conclusión:

1. Las características sociodemográficas más frecuentes fueron la edad entre los 30 – 39 años, seguido de 21 – 29 años, la educación secundaria, la procedencia de la zona urbana, casadas y con un índice de masa corporal en sobrepeso y obesidad grado I.
2. La nuliparidad, el uso de anticonceptivos orales y el no inicio de lactancia materna, fueron los antecedentes gineco – obstétricos más frecuente en las pacientes con patología mamaria benigna.
3. En relación a los antecedentes personales patológicos y no patológicos se encontró ausencia de hábitos tóxicos.
4. No existe antecedentes familiares de relevancia que se asocien en el desarrollo de patología mamaria benigna.

11. RECOMENDACIONES

La patología mamaria es un motivo de consulta frecuente en esta unidad hospitalaria, en el periodo de estudio se encontró una alta incidencia de pacientes que consultan por esta patología, siendo en su gran mayoría por enfermedad benigna. Por lo que recomendamos realizar:

1. A todo el personal de salud del NHME, se les orienta instruir a las pacientes en realizar el autoexamen de mama.
2. Continuar el seguimiento de las pacientes con antecedente personal de patología mamaria, así como a las pacientes con antecedentes familiares de cáncer de mama, de forma oportuna para la detección de lesiones premalignas.
3. Fomentar la educación continua a pacientes sobre modificación de los estilos de vida, sobre todo de los factores que se asocian al desarrollo de la enfermedad.
4. Aconsejar a las pacientes que continúen evitando el consumo de hábitos tóxicos.

12. BIBLIOGRAFIA

1. Ajith Vettuparambil. (2015). Pathological Characteristics and Estrogen and Progesterone Receptor Status of Operated Cases of Female Breast Cancer. *SurgOncol* 2015 6(4):352–355.
2. Albarracín Antonio. (2016). *Patología benigna de la mama*. Estudio realizado en el universitario de Murcia de Reyna Sofía. capítulo 1 y 2, primera edición. España.
3. Albasri et al. (2019). Benign breast diseases in Madinah, KSA *Saudi Med J* 2019.
4. Amoretty Huerta, C. (2008). *Comportamiento del cáncer de mama en pacientes del Hospital Bertha Calderón diagnosticadas entre enero 2002 a junio 2007*. Managua.
5. Berger R (2013). Supervivencia de las pacientes con patología benigna de mama atendidas en el HEODRA. UNAN León. 2013
6. Bonnie C. (2015 - 2016). Yankaskas Epidemiology of Breast in Young Women. *Breast Disease* 23 (2015 - 2016)
7. Colegio Americano de Radiología. (2019). BI-RADS®. Sistema de Informes y Registro de Datos de Imagen de Mama. Madrid: SERAM; (Edición Española).
8. Colombia. (2014). Protocolo Patología Benigna Mamaria. Ministerio de Salud y Protección Social – Instituto Nacional de Cancerología Bogotá.
9. Cubur H. (2015). Prevalencia de factores de riesgo en el cáncer de mama: estudio realizado en pacientes atendidos en la clínica de gineco-oncología del hospital de ginecoobstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. [tesis Médico y Cirujano]. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas.
10. Chen, W. (2018). Factores que modifican el riesgo de cáncer de mama en las mujeres.

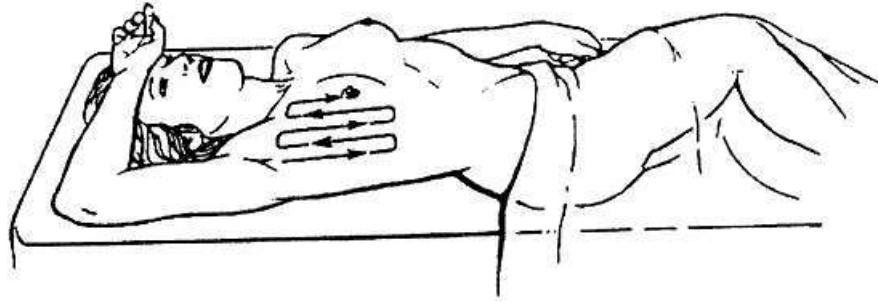
11. Dimagno MN, Lisa. (2018). Parker-Featherstone, Ebony. Pearlman, Mark. Common breast problems. In: Practice UoMFG, editor. Guidelines for clinical care ambulatory.
12. Dupont WD, Page DL. (2019). Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease. N Engl J Med.;312(3):146
13. Fletcher SW, Elmore JG. (2018). Clinical practice. Mammographic screening for breast cancer. N Engl J Med. 348(17):1672-80.
14. García Ríos, H. (2001). *Comportamiento del Cáncer de Mama en mujeres menores de 40 años, en el servicio de oncología del Hospital Bertha Calderón Roque. Agosto - Diciembre 2001*. Managua.
15. García, P. A., Rodríguez, S. A., Tain, D. P., & Castañón, L. C. (2005). Cáncer de mama. Medicine, pág. 1681-1691.
16. Guatemala. (2012). Salud, Mujer Saludable. Prevalencia del cáncer de mama en América Latina. Disponible en: http://www.dequate.com/artman/publish/salud_mujer/Prevalencia_del_cancer_de_mama_en_America_Latina_5127.shtml#.UHRa15gxrQs
17. Guerrero Campos, O. J., & Sáenz Rivera, L. d. (2012). *Factores de riesgo para cáncer de mama en las pacientes del servicio de oncología del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños" en el período comprendido del 01 de enero del 2005 al 31 de diciembre del 2011*. Managua.
18. Guevara C., et al. Aspectos epidemiológicos del cáncer de mama en el hospital regional de Ica. [monografía en línea]. Lima: Revista de la sociedad peruana de medicina interna, 2003 Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v16n2/pdf/a03.pdf>
19. Guyton A, Hall J. (2020). Tratado de Fisiología Medica. México: McGraw Hill. Interamericana, 1280p.
20. Instituto mexicano del Seguro Social, Guía de Práctica Clínica, de diagnóstico y tratamiento de patología mamario benigno en primer y segundo nivel atención, Disponible en: www.imss.gob.mx/NR/GERPATOLOGIA_MAMARIA_BENIGNA.pdf [Accesado: Agosto 2009]
21. Kumar V, Abbas A, et al. (2015). Patología Estructural y funcional. 7 ed. Madrid: Elsevier, 1517p.

22. Lydia, E. (2016). Benign and Malignant Breast Disease at Rwanda's First Public Cancer Referral Center Glo .The Oncologist accepted for publication January 12, 2016.
23. Margolis, K. (2019). Smoking is associated with higher risk of breast cancer. *British Medical Journal*, 1-3.
24. México DF. (2019). *Compendio de patología mamaria*, secretaria de salud, primera edición.
25. Moreno-Manzanaro Corrales A. (2017). Tumores benignos de mama. In: granada SdoygHuVdlIn.
26. Neal L, Tortorelli CL, Nassar A. (2019). Clinician's guide to imaging and pathologic findings in benign breast disease. *Mayo Clin Proc.* 85(3):274-9.
27. Okoth C. (2019). Benign proliferative breast diseases among female patients at a sub Saharan Africa tertiary hospital: a cross sectional study., 13:9
28. Olmstead R. (2018) Sensibilidad diagnóstica de la mamografía. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad Francisco Marroquín, Facultad de Medicina.
29. Piñeros MD, S. Poveda, C. Perry, F. Sánchez, O. (2019). Manual para la detección temprana del cáncer de mama.
30. Porter, L. P. (2017). Global trends in breast cancer incidence and mortality. *Salud Pública de México, Volumen 51, Suplemento 2*, 141-146.
31. Quevedo Ortiz Lisbeth Gabriela, Meneses Herrera Amanda Consuelo (2018) "Patología mamaria. Guatemala (tesis en línea)
32. Rabanal E. (2019.). Evaluación de una unidad de patología mamaria en la atención primaria. [tesis Médico y Cirujano]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
33. Rangel Méndez, Eduardo (2015). "Frecuencia de patología tumoral mamaria en el hospital materno perinatal Mónica Pretelini Sáenz en 2015". *Ginecología y obstetricia. México* (tesis en línea)
34. Romero Figueroa, M. d., Santillán Arreygue, L., Olvera Hernández, P. C., Morales Sánchez, M. Á., & Ramírez Mendiola, V. L. (2018). Frecuencia de

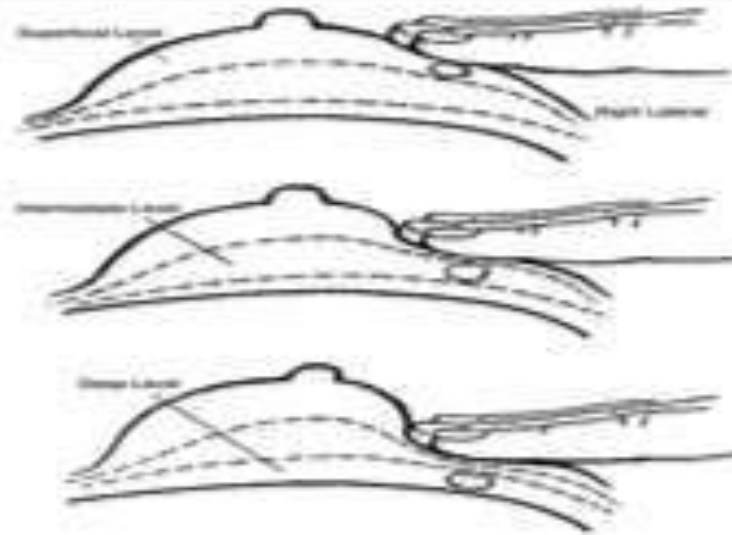
- factores de riesgo de cáncer de mama. *Ginecología y Obstetricia de México*, vol. 76, núm. 11, 667-672.
35. Rosen PP. (2021). Rosen's breast pathology. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; xviii, 1004 p. p.
 36. Sabel M. (2019). Overview of benign breast disease. In: UpToDate® Orf, editor.
 37. Saslow D, Hannan J, Osuch J, Alciati MH, Baines C, Barton M, et al. (2019). Clinical breast examination: practical recommendations for optimizing performance and reporting. *CA Cancer J Clin.* 54(6):327-44.
 38. Santen RJ, Mansel R. (2015). Benign breast disorders. *N Engl J Med.* 353(3):275-85.
 39. Social-Colciencias. (2017) Guía de Práctica Clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación de pacientes con cáncer de mama. Sistema de Seguridad Social, Colombia. In: cancerología-ESE INd, editor. Versión completa - Guía No 19. Colombia
 40. Torres Mejía, G., & Ángeles-Llerenas, A. (2019). Factores reproductivos y cáncer de mama: principales hallazgos en América Latina y el mundo. *Salud Pública de México*, vol. 51, suplemento 2, 165-171.
 41. Villar Álvarez, E. (2019). Recomendaciones en el manejo diagnóstico de lesiones mamarias. *Consejería de salud*; 47-52
 42. WHO, 2015 Disponible en http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/en/index.html

ANEXOS

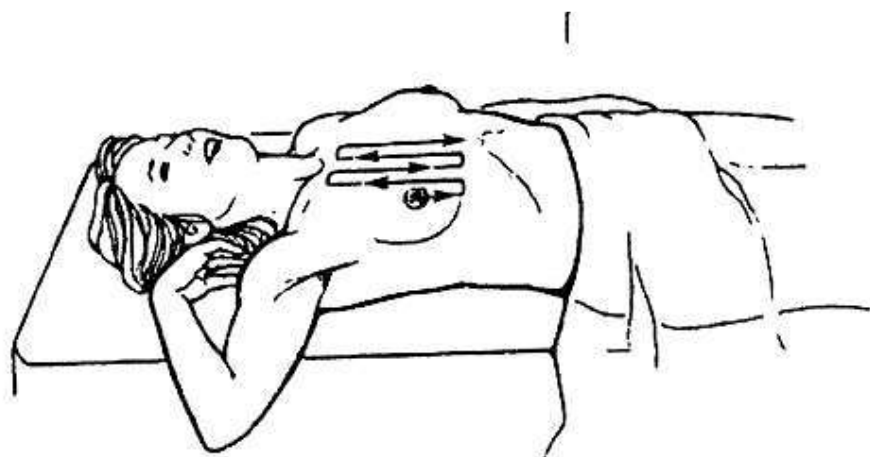
(ANEXO FIGURA NO. 1)



(ANEXO FIGURA NO. 2)



(ANEXO FIGURA NO. 3)



Fuente: manual para la detección temprana del cáncer de mama. INC, 2010.

Anexo no. 2 tabla no.1

Clasificación BIRADS

Categoría	Denominación	Conducta	
Birads 0	Estudio incompleto	Requiere estudios adicionales	
Birads 1	Mamografía normal	Continuar esquema de tamizaje	
Birads 2	Hallazgo benigno	Continuar esquema de tamizaje	
Birads 3	Hallazgo probablemente benigno. Malignidad ≤ 2%	Control a los 6 meses.	
A	Birads 4	Baja a moderada sospecha 2 – 10%	Diagnostico histológico (biopsia)
	Birads 4B	Moderada sospecha 11 -40%	Diagnostico histológico (biopsia)
	Birads 4C	Moderada – alta sospecha 41 -94%	Diagnostico histológico (biopsia)
Birads 5	Altamente sugestivo de malignidad > 95%	Diagnostico histológico (biopsia)	
Birads 6	Malignidad conocida	Tratamiento del cáncer	

(VEA ANEXO NO. 3 TABLA NO.2)

Clasificación de Dupont y Page

Lesión no proliferativa	Lesión proliferativa sin atipia	Lesión proliferativa con atipia
Hiperplasia leve	Adenosis esclerosante	Hiperplasia lobular atípica
Papila con cambio apocrino	Esclerosantes complejas	Hiperplasia ductal atípica
Quiste	Hiperplasia moderada	
Calcificación epitelial	Papiloma intraductal	
Fibroadenomas		



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.
**Factores asociados a patología benigna
mamaria en pacientes atendidas en el servicio de
Ginecología, del Nuevo Hospital Monte España, abril
2019 a noviembre 2022.**



Fecha de recolección:

No. Ficha

Datos sociodemográficos

1. Edad:
2. Estado civil: Casada Soltera Viuda Divorciada
Unión estable
3. Localidad Urbana Rural
4. Escolaridad:
5. IMC:

Antecedentes Gineco - obstétricos

6. Edad de primera menstruación: _____
7. Planificación familiar: _____ método de planificación familiar: _____
8. Antecedentes de embarazo: Si ___ No: ___
9. Lactancia materna: Si ___ No ___ Duración _____
10. Menopausia Tardía: si ___ no: _____

Antecedentes personales patológicos y no patológicos

11. ¿Ha sido diagnosticada previamente con patología mamaria benigna?
Si ___ No ___ Tipo _____ ¿Cuándo? _____
12. ¿Ha sido diagnosticada previamente con alguna patología crónica?
Si ___ No ___ Tipo _____ ¿Cuándo? _____
13. ¿Toma algún tipo de bebida alcohólica? Sí ___ No ___
14. ¿Fuma? Si ___ No ___

Antecedentes familiares patológicos asociados a patología mamaria

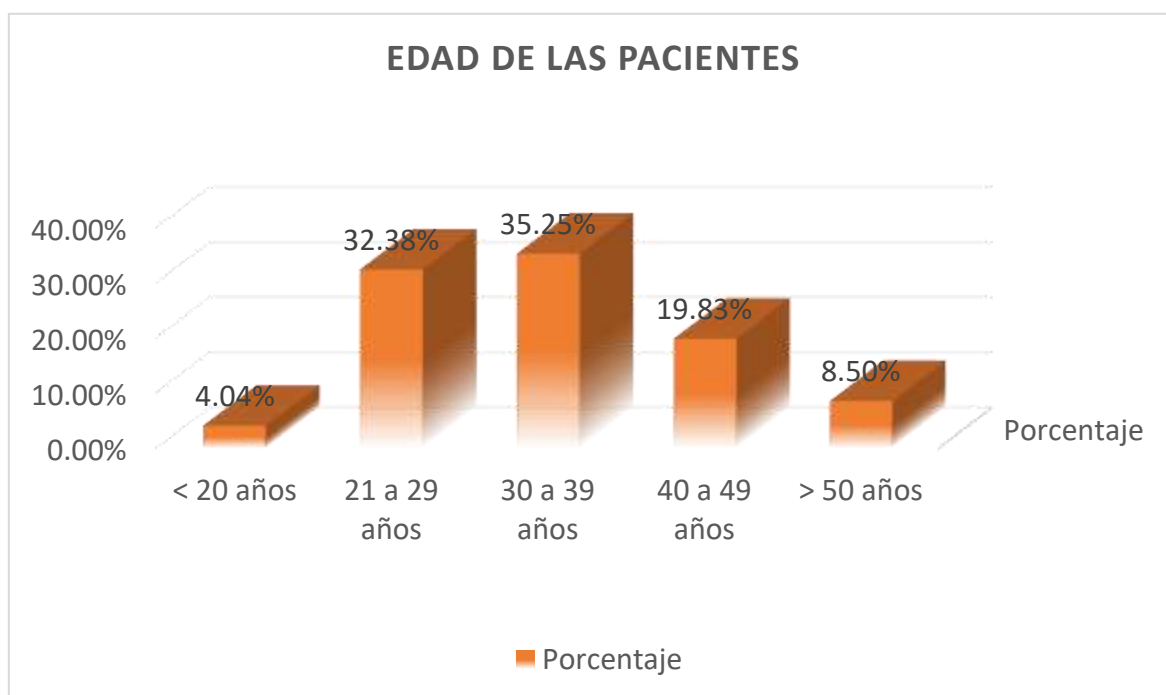
15. ¿Tiene antecedentes familiares directos (madre, hermana, hija)?
Sí ___ No ___ parentesco: _____

TABLA No. 1 Edad de las pacientes con patología benigna mamaria, atendidas en el servicio de Ginecología del Nuevo Hospital Monte España, abril 2019 a noviembre 2022.

DISTRIBUCIÓN POR EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 19 AÑOS	10	4.04%
21 A 29 AÑOS	80	32.38%
30 A 39 AÑOS	87	35.25%
40 A 49 AÑOS	49	19.83 %
> 50 AÑOS	21	8.50%
TOTAL	247	100%

FUENTE. FICHA DE RECOLECCION

GRAFICO No. 1 Edad de las pacientes con patología benigna mamaria, atendidas en el servicio de Ginecología del Nuevo Hospital Monte España, abril 2019 a noviembre 2022.



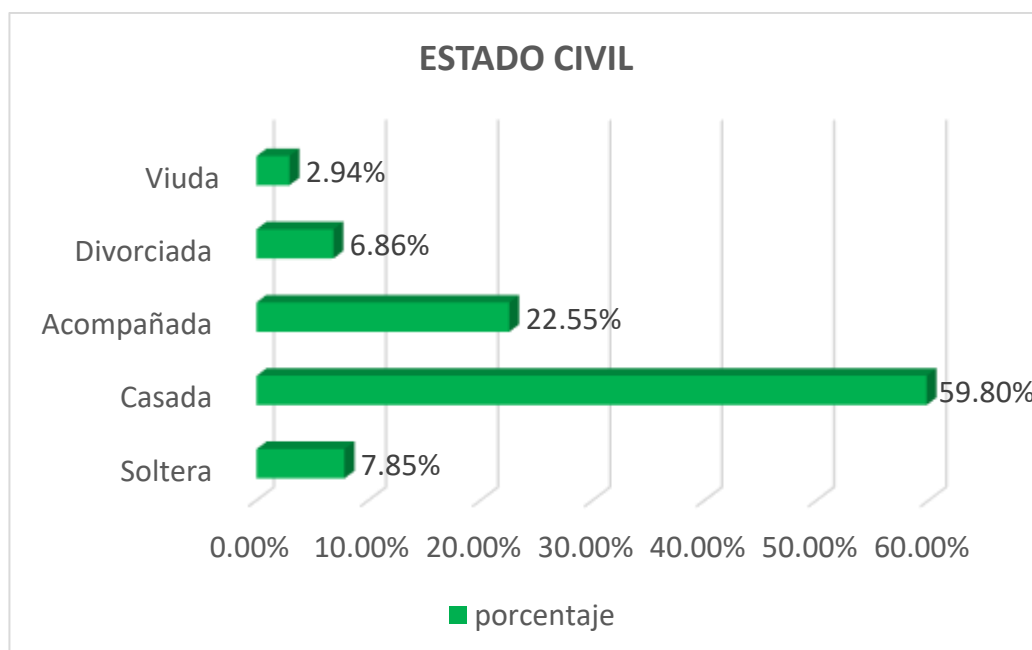
Fuente. Tabla No. 1.

TABLA No. 2. Estado Civil de las pacientes con patología benigna mamaria, atendidas en el servicio de Ginecología del Nuevo Hospital Monte España, abril 2019 a noviembre 2022.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	19	7.85%
CASADA	148	59.80%
ACOMPAÑADA	56	22.55%
DIVORCIADA	17	6.86%
VIUDA	7	2.94%
TOTAL	247	100.00%

FUENTE. FICHA DE RECOLECCION

Grafico No. 2. Estado Civil de las pacientes con patología benigna mamaria, atendidas en el servicio de Ginecología del Nuevo Hospital Monte España, abril 2019 a noviembre 2022



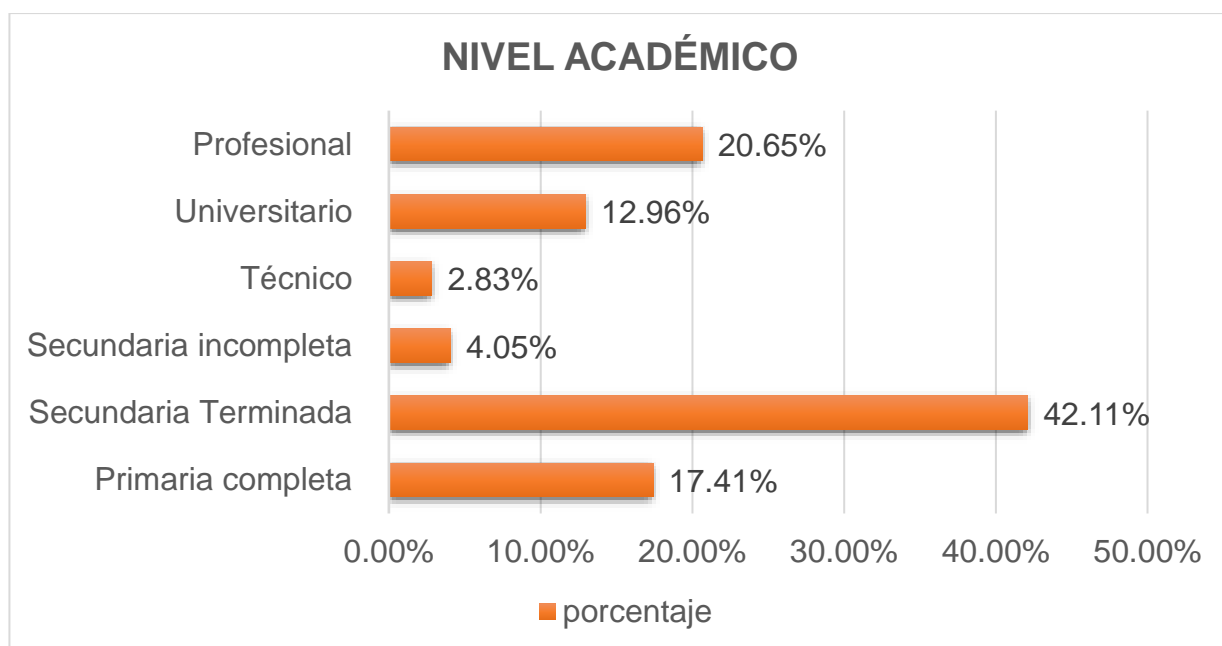
Fuente tabla No. 2

TABLA No. 3. Escolaridad de las pacientes con patología benigna mamaria, atendidas en el servicio de Ginecología del Nuevo Hospital Monte España, abril 2019 a noviembre 2022.

NIVEL ACADÉMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANALFABETO	0	0.00%
PRIMARIA COMPLETA	43	17.65%
PRIMARIA INCOMPLETA	0	0.00%
SECUNDARIA TERMINADA	104	42.16%
SECUNDARIA INCOMPLETA	10	3.92%
TÉCNICO	7	2.94%
UNIVERSITARIO	32	12.75%
PROFESIONAL	51	20.59%
TOTAL	247	100.00%

FUENTE. FICHA DE RECOLECCION

Grafico No. 3. Escolaridad de las pacientes con patología benigna mamaria, atendidas en el servicio de Ginecología del Nuevo Hospital Monte España, abril 2019 a noviembre 2022.



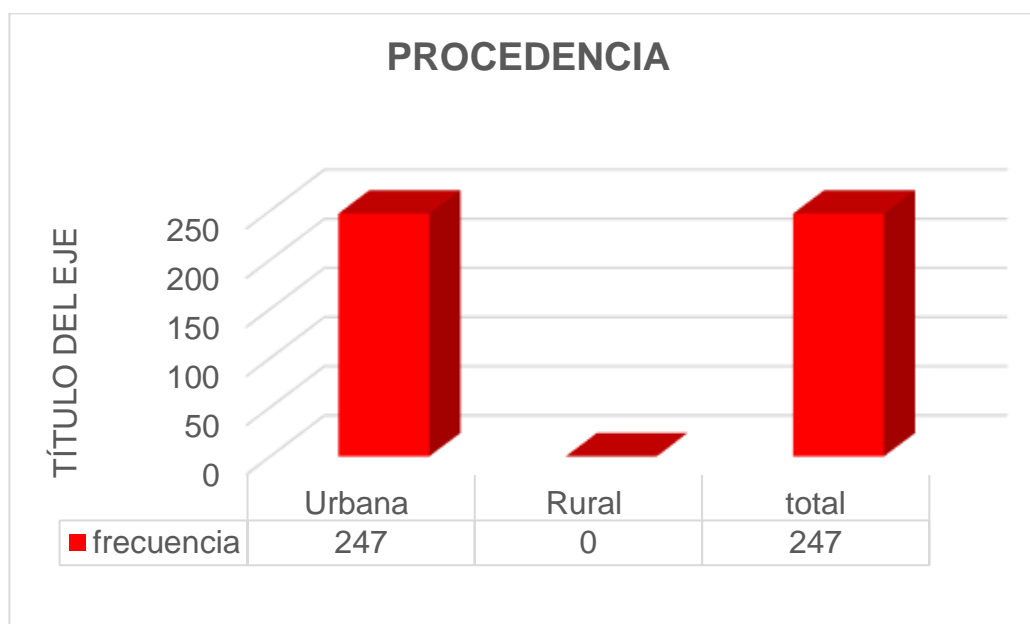
Fuente. Tabla No 3

Tabla No. 4. Procedencia de las pacientes con patología benigna mamaria, atendidas en el servicio de Ginecología del Nuevo Hospital Monte España, abril 2019 a noviembre 2022.

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
URBANA	247	100.00%
RURAL	0	0.00%
TOTAL	247	100.00%

FUENTE. FICHA DE RECOLECCION

Grafico No. 4. Procedencia de las pacientes con patología benigna mamaria, atendidas en el servicio de Ginecología del Nuevo Hospital Monte España, abril 2019 a noviembre 2022.



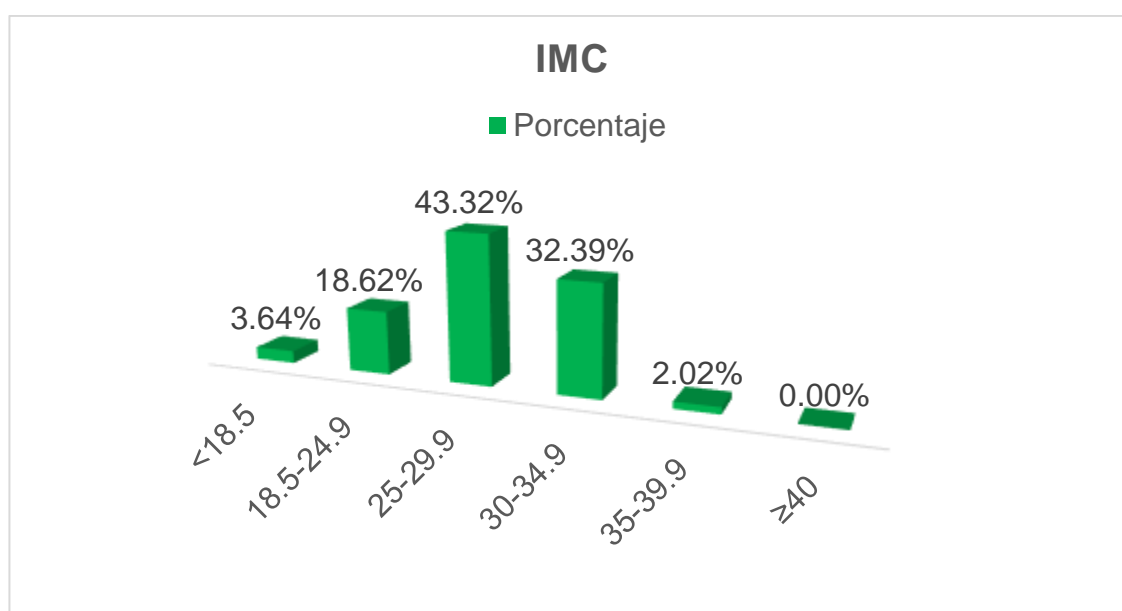
Fuente. Tabla No 4

Tabla No. 5. Estado nutricional en base a IMC, de las pacientes con patología benigna mamaria, atendidas en el servicio de Ginecología del Nuevo Hospital Monte España, abril 2019 a noviembre 2022.

IMC	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<18.5	9	3.92%
18.5-24.9	46	18.63%
25-29.9	107	43.14%
30-34.9	80	32.35%
35-39.9	5	1.96%
≥40	0	0.00%
TOTAL	247	100.00%

FUENTE. FICHA DE RECOLECCION

Grafico No. 5. Estado nutricional en base a IMC, de las pacientes con patología benigna mamaria, atendidas en el servicio de Ginecología del Nuevo Hospital Monte España, abril 2019 a noviembre 2022.



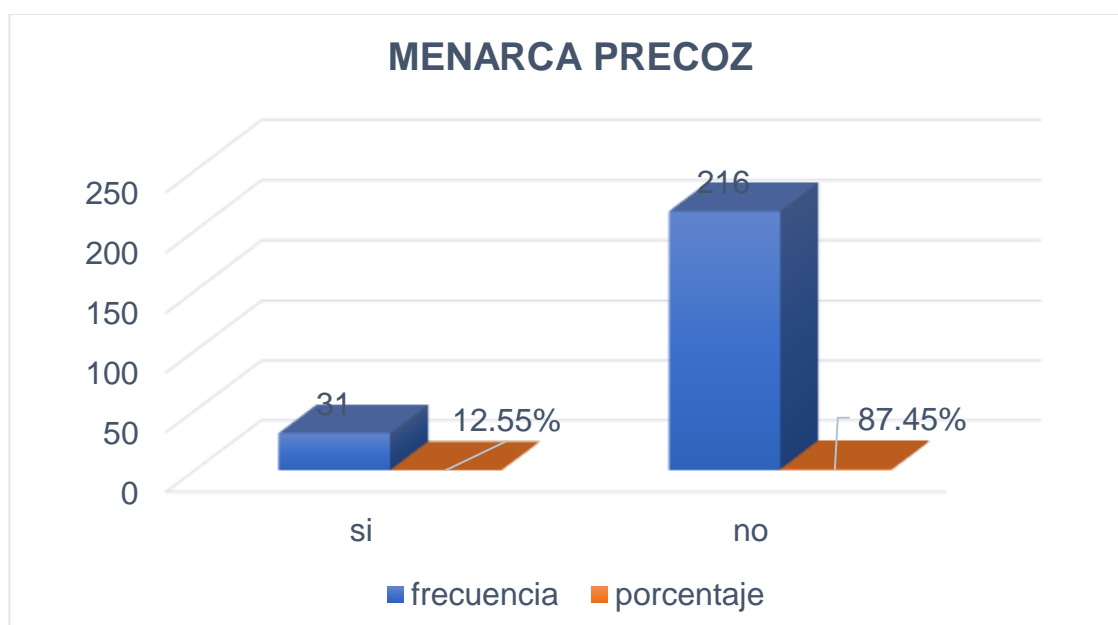
Fuente. Tabla No 5

Tabla No. 6. Menarca precoz en las pacientes con patología benigna mamaria, atendidas en el servicio de Ginecología del Nuevo Hospital Monte España, abril 2019 a noviembre 2022.

MENARCA PRECOZ	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	31	12.75%
NO	216	87.25%
TOTAL	247	100.00%

FUENTE. FICHA DE RECOLECCION

Grafico No. 6. Menarca precoz en las pacientes con patología benigna mamaria, atendidas en el servicio de Ginecología del Nuevo Hospital Monte España, abril 2019 a noviembre 2022.



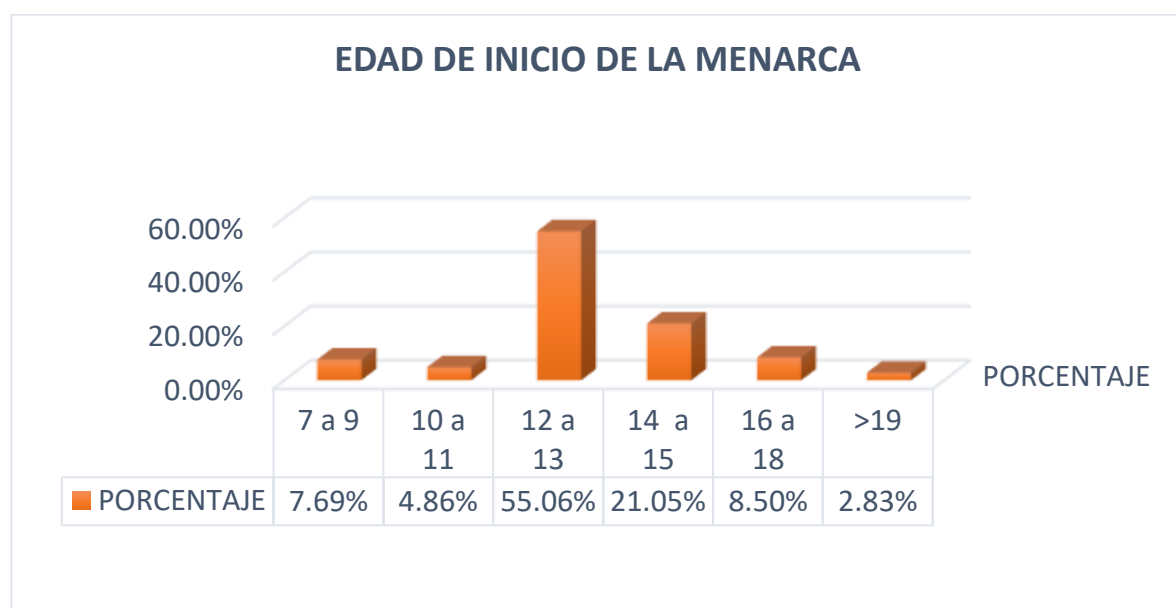
Fuente. Tabla No 6

Tabla No. 7. Edad de inicio de la menarca, en las pacientes con patología benigna mamaria, atendidas en el servicio de Ginecología del Nuevo Hospital Monte España, abril 2019 a noviembre 2022.

EDAD DE INICIO DE LA MENARCA	CANTIDAD	PORCENTAJE
7 A 9 AÑOS	19.00	7.69%
10 A 11 AÑOS	12.00	4.86%
12 A 13 AÑOS	136.00	55.06%
14 A 15 AÑOS	52.00	21.05%
16 A 18 AÑOS	21.00	8.50%
>19 AÑOS	7.00	2.83%
TOTAL	247.00	100.00%

FUENTE. FICHA DE RECOLECCION

Grafico No. 7. Edad de inicio de la menarca, en las pacientes con patología benigna mamaria, atendidas en el servicio de Ginecología del Nuevo Hospital Monte España, abril 2019 a noviembre 2022.



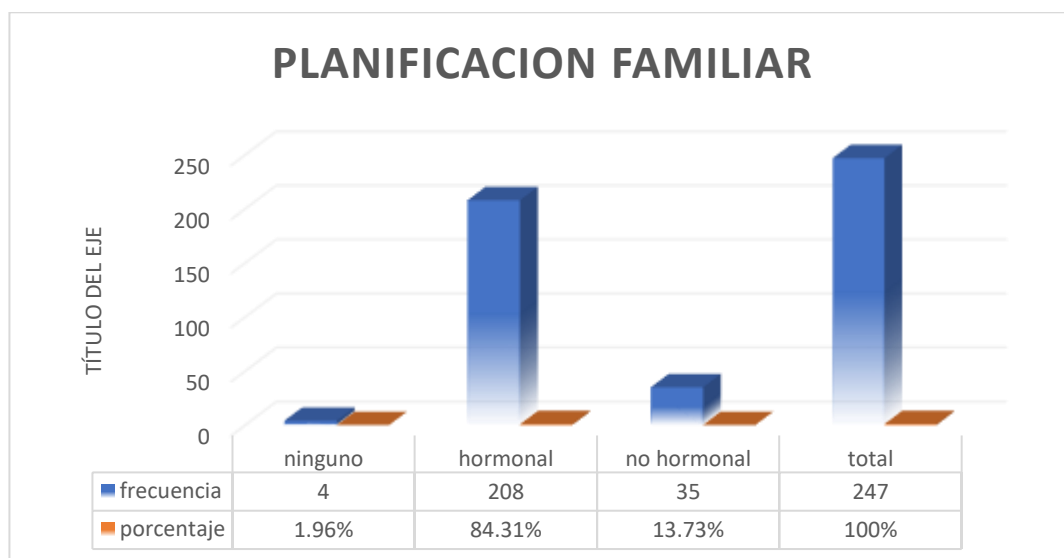
Fuente. Tabla No 7

Tabla No. 8 Uso de método de planificación familiar, en las pacientes con patología benigna mamaria, atendidas en el servicio de Ginecología del Nuevo Hospital Monte España, abril 2019 a noviembre 2022.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNO	4	1.96%
HORMONAL	208	84.31%
NO HORMONAL	35	13.73%
TOTAL	249	100%

FUENTE. FICHA DE RECOLECCION

Grafico No. 8 Uso de método de planificación familiar, en las pacientes con patología benigna mamaria, atendidas en el servicio de Ginecología del Nuevo Hospital Monte España, abril 2019 a noviembre 2022.



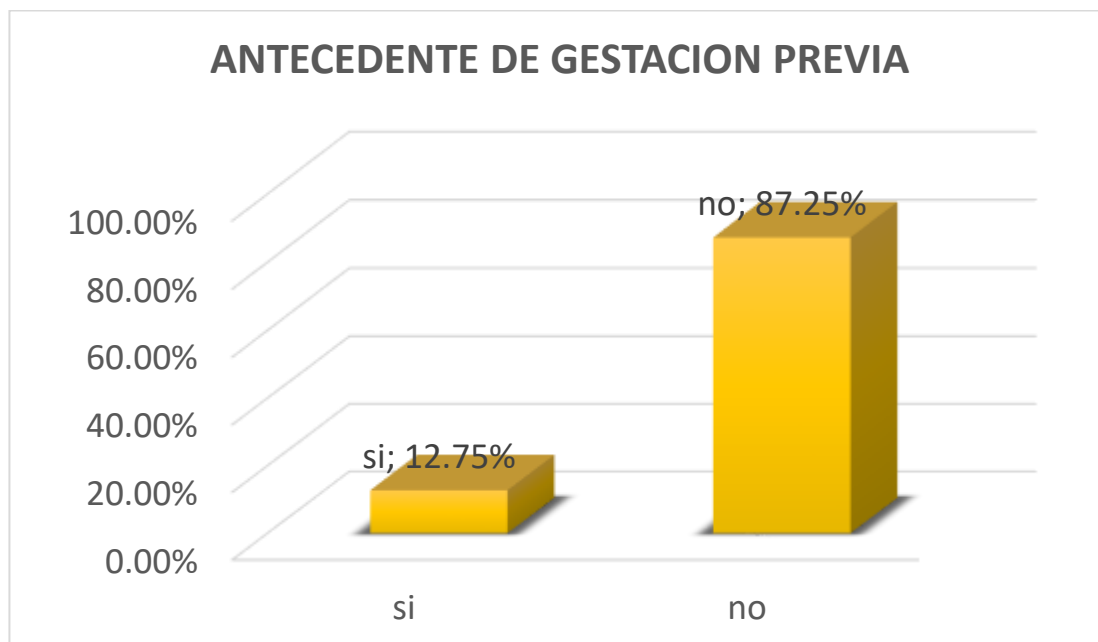
Fuente. Tabla No 8

Tabla No. 9 Antecedente de gestación previa, en las pacientes con patología benigna mamaria, atendidas en el servicio de Ginecología del Nuevo Hospital Monte España, abril 2019 a noviembre 2022.

ANTECEDENTE DE GESTACIÓN PREVIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	32	12.75%
NO	215	87.25%
TOTAL	247	100.00%

FUENTE. FICHA DE RECOLECCION

Grafico No. 9 Antecedente de gestación previa, en las pacientes con patología benigna mamaria, atendidas en el servicio de Ginecología del Nuevo Hospital Monte España, abril 2019 a noviembre 2022.



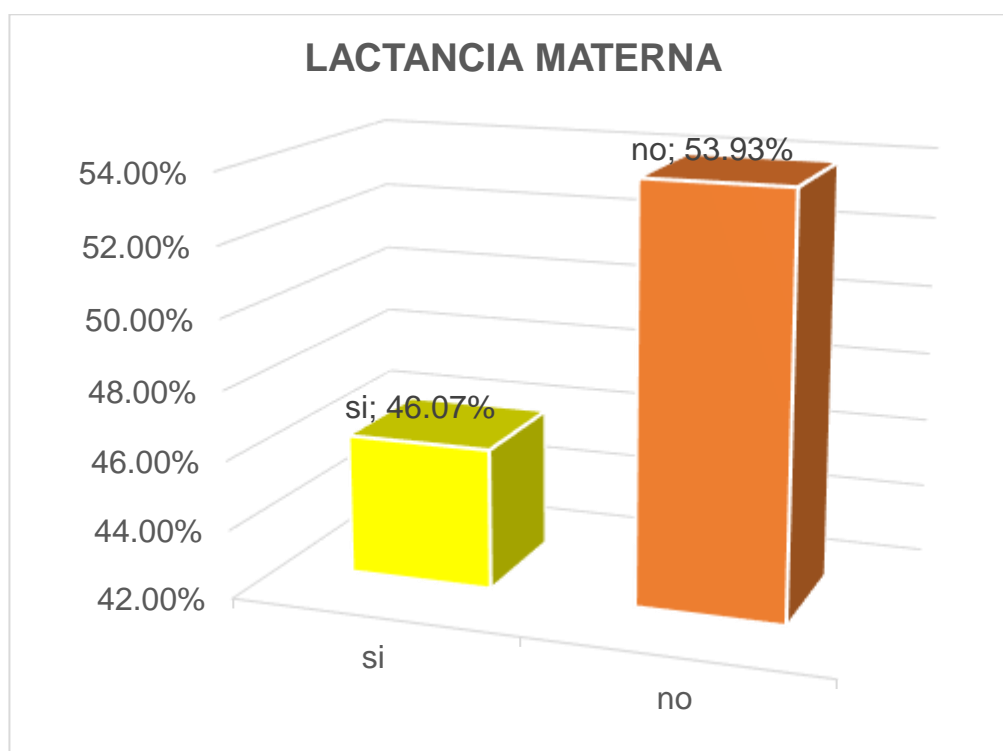
Fuente. Tabla No 9

Tabla No. 10 Antecedente de lactancia materna, en las pacientes con patología benigna mamaria, atendidas en el servicio de Ginecología del Nuevo Hospital Monte España, abril 2019 a noviembre 2022.

LACTANCIA MATERNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	41	46.07%
NO	116	53.93%
TOTAL	215	100.00%

FUENTE. FICHA DE RECOLECCION

Grafico No. 10 Antecedente de lactancia materna, en las pacientes con patología benigna mamaria, atendidas en el servicio de Ginecología del Nuevo Hospital Monte España, abril 2019 a noviembre 2022.



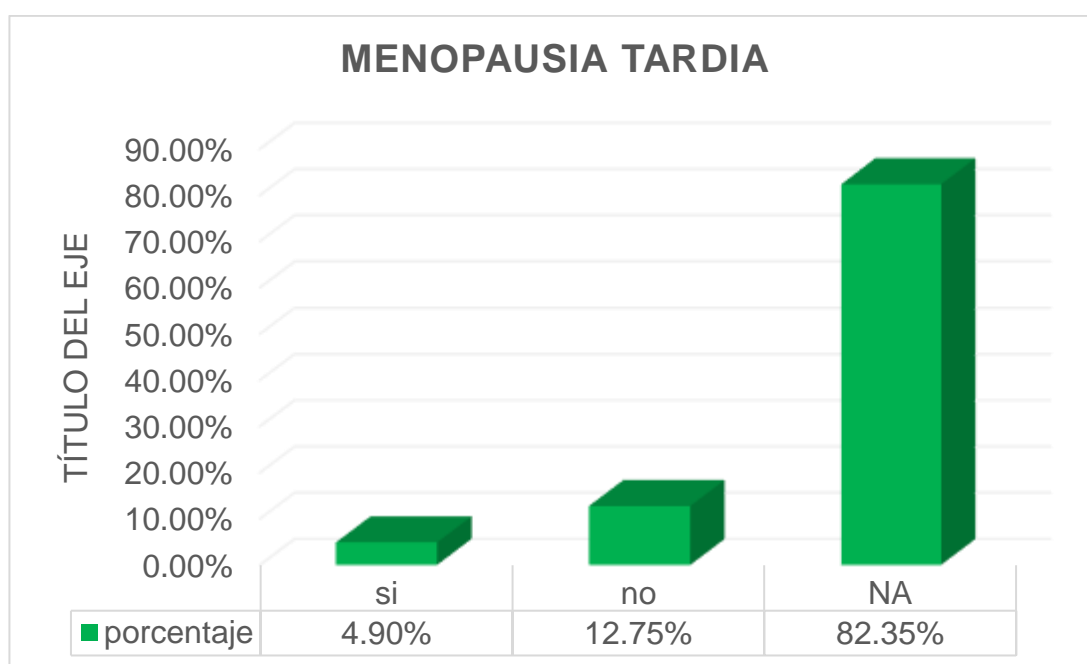
Fuente. Tabla No 10

Tabla No. 11 Antecedente de menopausia tardía, en las pacientes con patología benigna mamaria, atendidas en el servicio de Ginecología del Nuevo Hospital Monte España, abril 2019 a noviembre 2022.

MENOPAUSIA TARDÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	4.90%
NO	31	12.75%
NA	206	82.35%
TOTAL	247	100.00%

FUENTE. FICHA DE RECOLECCION

Grafico No. 11 Antecedente de menopausia tardía, en las pacientes con patología benigna mamaria, atendidas en el servicio de Ginecología del Nuevo Hospital Monte España, abril 2019 a noviembre 2022.



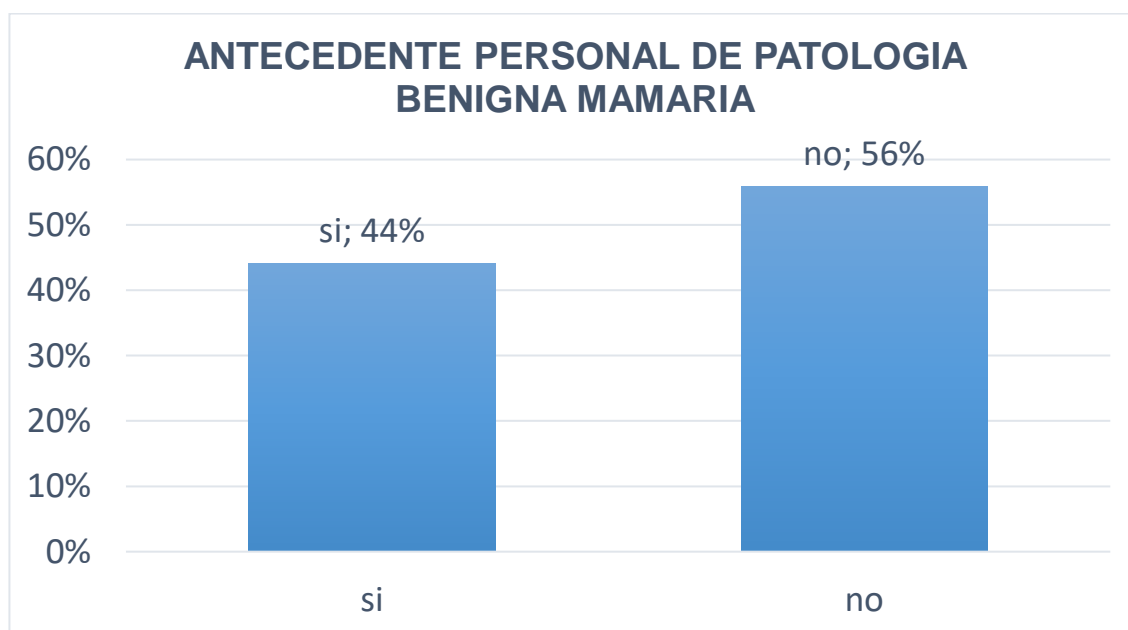
Fuente. Tabla No 11

Tabla No. 12 Antecedente personal de patología benigna mamaria, en las pacientes con patología benigna mamaria, atendidas en el servicio de Ginecología del Nuevo Hospital Monte España, abril 2019 a noviembre 2022.

ANTECEDENTE PERSONAL DE PATOLOGÍA BENIGNA MAMARIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	109.00	44%
NO	138.00	56%
TOTAL	247.00	100%

FUENTE. FICHA DE RECOLECCION

Grafico No. 12 Antecedente personal de patología benigna mamaria, en las pacientes con patología benigna mamaria, atendidas en el servicio de Ginecología del Nuevo Hospital Monte España, abril 2019 a noviembre 2022.



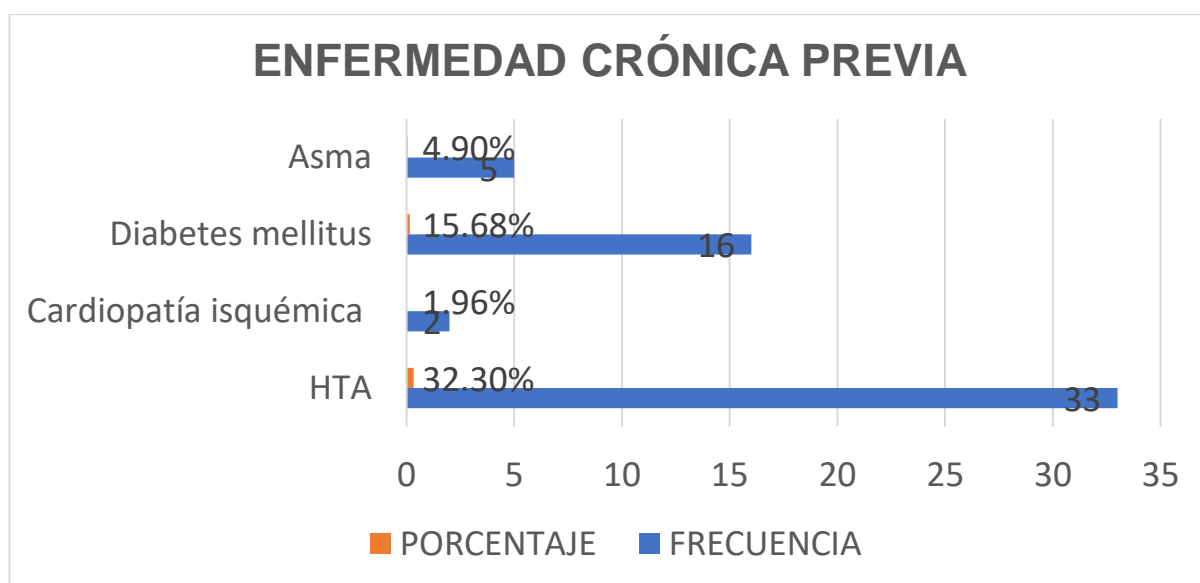
Fuente. Tabla No 12

Tabla No. 13 Antecedente de enfermedad crónica previa, en las pacientes con patología benigna mamaria, atendidas en el servicio de Ginecología del Nuevo Hospital Monte España, abril 2019 a noviembre 2022.

ENFERMEDAD CRONICA PREVIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HTA	33	32.30%
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	2	1.96%
DIABETES MELLITUS	16	15.68%
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	0	0%
HEPATOPATÍAS	0	0%
ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA	0	0%
ASMA	5	4.90%
OTRAS	0	0%

FUENTE. FICHA DE RECOLECCION

Grafico No. 13 Antecedente de enfermedad crónica previa, en las pacientes con patología benigna mamaria, atendidas en el servicio de Ginecología del Nuevo Hospital Monte España, abril 2019 a noviembre 2022.



Fuente. Tabla No 13

Tabla No. 14 Antecedente de tabaquismo, en las pacientes con patología benigna mamaria, atendidas en el servicio de Ginecología del Nuevo Hospital Monte España, abril 2019 a noviembre 2022.

ANTECEDENTE TABAQUISMO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	5	1.96%
NO	242	98.04%
TOTAL	247	100.00%

FUENTE. FICHA DE RECOLECCION

Grafico No. 14 Antecedente de tabaquismo, en las pacientes con patología benigna mamaria, atendidas en el servicio de Ginecología del Nuevo Hospital Monte España, abril 2019 a noviembre 2022.



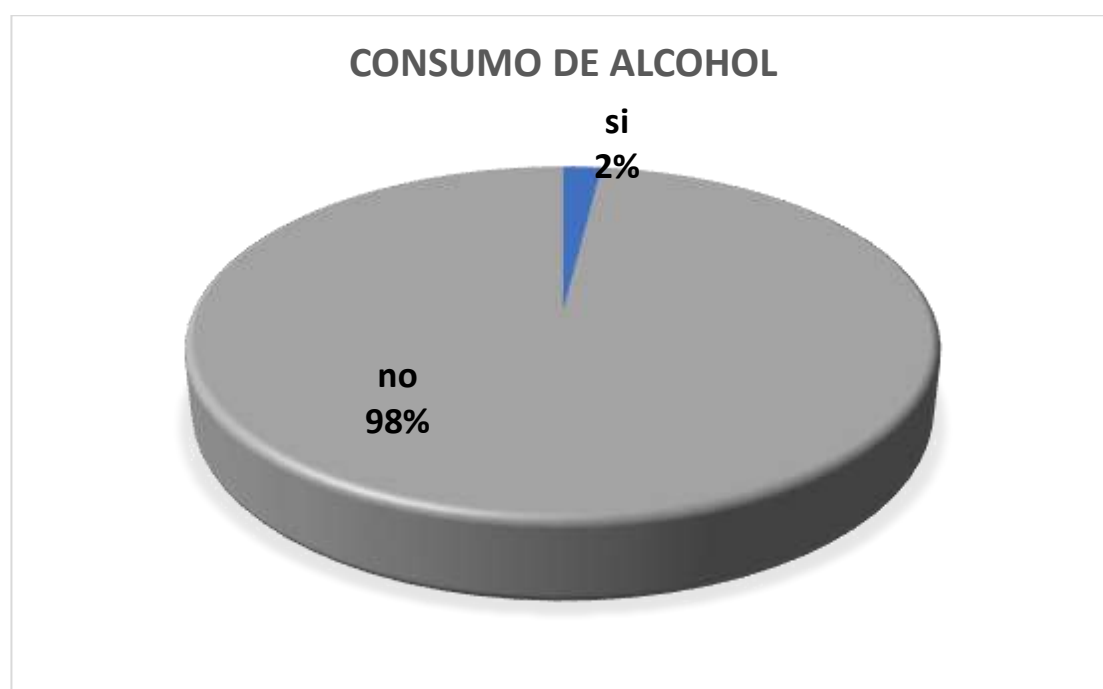
Fuente. Tabla No 14

Tabla No. 15 Antecedente de consumo de alcohol, en las pacientes con patología benigna mamaria, atendidas en el servicio de Ginecología del Nuevo Hospital Monte España, abril 2019 a noviembre 2022.

CONSUMO DE ALCOHOL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	5	1.96%
NO	242	98.04%
TOTAL	247	100.00%

FUENTE. FICHA DE RECOLECCION

Grafico No. 15 Antecedente de consumo de alcohol, en las pacientes con patología benigna mamaria, atendidas en el servicio de Ginecología del Nuevo Hospital Monte España, abril 2019 a noviembre 2022.



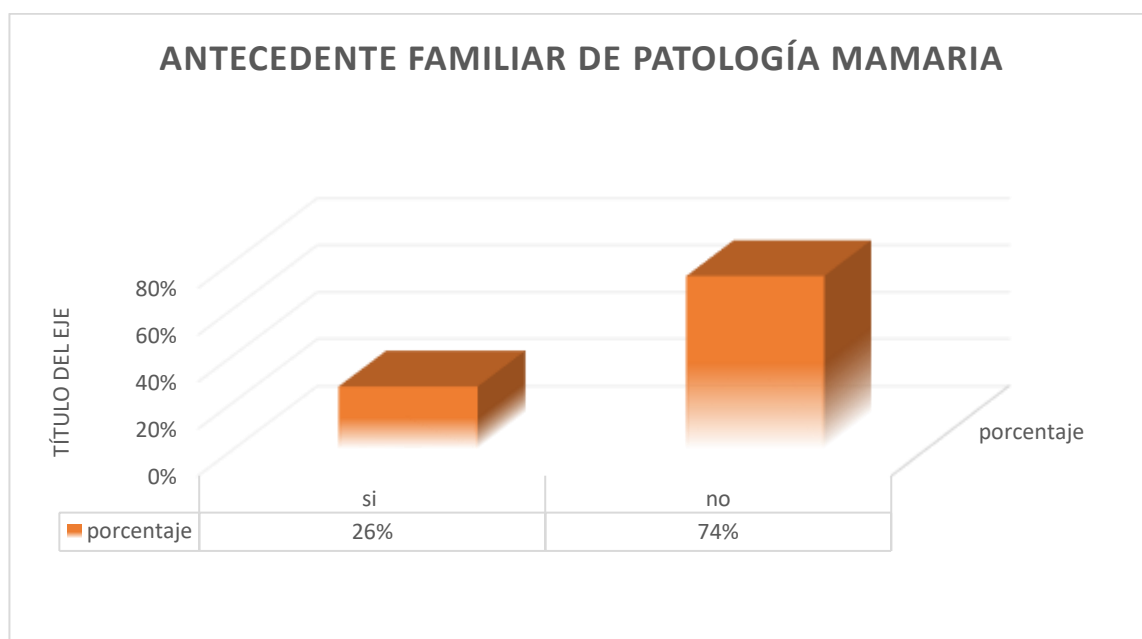
Fuente. Tabla No 15

Tabla No. 16 Antecedente familiar de patología mamaria, en las pacientes con patología benigna mamaria, atendidas en el servicio de Ginecología del Nuevo Hospital Monte España, abril 2019 a noviembre 2022.

ANTECEDENTE FAMILIAR DE PATOLOGÍA MAMARIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	64.00	26%
NO	183.00	74%
TOTAL	247.00	100%

FUENTE. FICHA DE RECOLECCION

Grafico No. 16 Antecedente familiar de patología mamaria, en las pacientes con patología benigna mamaria, atendidas en el servicio de Ginecología del Nuevo Hospital Monte España, abril 2019 a noviembre 2022.



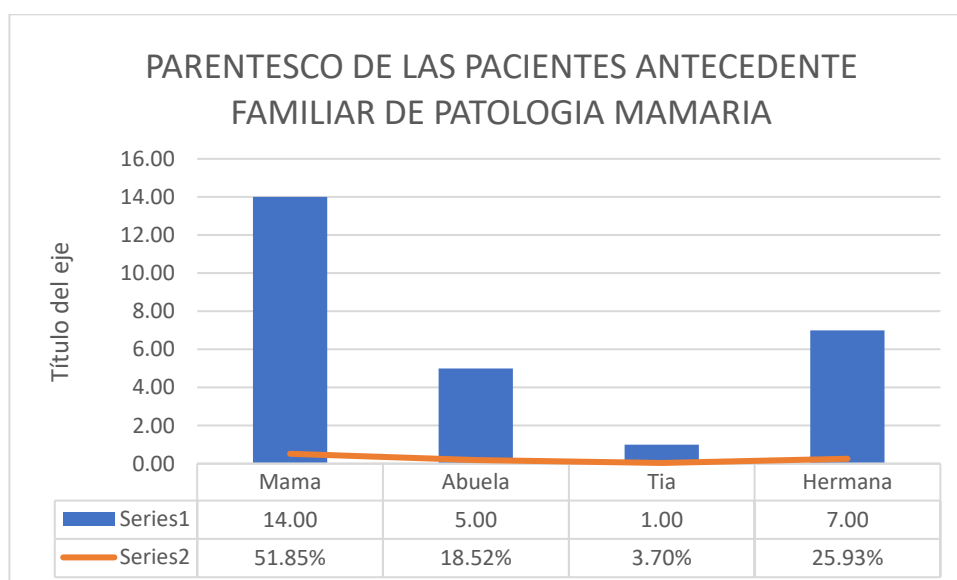
Fuente. Tabla No 16

Tabla No. 17 Parentesco de las pacientes con antecedente familiar patología mamaria, atendidas en el servicio de Ginecología del Nuevo Hospital Monte España, abril 2019 a noviembre 2022.

PARENTESCO DE LAS PACIENTES CON ANTECEDENTE FAMILIAR PATOLOGÍA MAMARIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mamá	33.00	51.85%
Abuela	12.00	18.52%
Tía	2.00	3.70%
Hermana	17.00	25.93%
Total	64.00	100.00%

FUENTE. FICHA DE RECOLECCION

Grafico No. 17 Parentesco de las pacientes con antecedente familiar patología mamaria, atendidas en el servicio de Ginecología del Nuevo Hospital Monte España, abril 2019 a noviembre 2022.



Fuente. Tabla No 17