



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE
TECNOLOGÍA MÉDICA**

ÁREA DE RADIOLOGÍA

**“CORRELACIÓN ENTRE EL EXAMEN FÍSICO Y LA
MAMOGRAFÍA EN LA EVALUACIÓN DE PATOLOGÍAS
MAMARIAS - HOSPITAL LUIS NEGREIROS VEGA 2017”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO
TECNÓLOGO MÉDICO EN EL ÁREA DE RADIOLOGÍA**

BACH. ALARCÓN CAMPOS, IRMA

ASESOR:

Mg. EDWIN RUBÉN ACEVEDO TORALVA

Lima, Perú

2018

HOJA DE APROBACIÓN

BACH. ALARCÓN CAMPOS, IRMA

**“CORRELACIÓN ENTRE EL EXAMEN FISICO Y LA
MAMOGRAFÍA EN LA EVALUACIÓN DE PATOLOGIAS
MAMARIAS, HOSPITAL LUIS NEGREIROS VEGA 2017”**

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del Título de
Licenciado en Tecnología Médica en el área Radiología por la
Universidad Alas Peruanas

LIMA – PERÚ

2018

Dedico esta investigación:

A mis seres queridos, por su soporte permanente.

Agradezco infinitamente por su contribución para la culminación de esta Tesis:

A mis padres Umbelina Campos y José Alarcón que siempre me apoyaron incondicionalmente en la parte moral para poder llegar a ser un profesional competente en el país.

A mi hermano Vitelio Alarcón y mi hija Geraldine Alarcón por el apoyo que siempre me brindaron día a día en el transcurso de cada año de mi carrera universitaria.

Al Mg. Edwin Rubén Acevedo Toralva, Profesor de la Universidad Alas Peruanas por su invaluable contribución y asesoría permanente para la culminación de esta Tesis.

EPÍGRAFE: "Cuando en el mundo aparece un verdadero genio, puede identificársele por este signo: todos los necios se conjuran contra él."

John Kennedy Toole.

RESUMEN

Objetivo: Establecer la relación entre el examen físico y la mamografía en la evaluación de patologías mamarias en pacientes del Hospital Luis Negreiros Vega durante todo el período del año 2017.

Material y Métodos: Estudio correlacional descriptivo retrospectivo de tipo transversal. Se evaluaron 120 pacientes con sospecha de patologías mamarias.

Resultados: 9 pacientes resultaron positivos en la mamografía para enfermedad mamaria de las cuales 8 pacientes habían sido diagnosticadas clínicamente para la misma enfermedad, representando el 7,5% y 6,7% de la muestra respectivamente. El grupo etario más representativo estuvo constituido por pacientes cuyas edades fluctúan entre 40 a 48 años de edad representando un 53.4% del total de la muestra. La correlación entre los resultados de mamografía y resultados de examen físico mostraron una correlación muy significativa según Pearson ($p=0,812$). Las demás variables de control tales como edad ($p=0,821$), peso ($p=0,812$), raza ($p=0,811$), antecedentes familiares ($p=0,809$) y paridad ($p=807$) mostraron correlaciones muy significativas.

Conclusiones: Los resultados de la investigación nos permite establecer que existe una correlación significativa entre el examen físico y la mamografía en la evaluación de patologías mamarias en pacientes del Hospital Luis Negreiros Vega 2017 con un valor ($p =0,812$) el cual es muy significativo.

Palabras Clave: Examen clínico de mamas, mamografía, patologías mamarias, cáncer de mama.

SUMMARY

Objective: Establish the relationship between the physical examination and the mammography in the evaluation of mammary pathologies in patients of the Hospital Luis Negreiros Vega during all the period of the year 2017.

Material and Methods: Cross-sectional retrospective descriptive correlational study. 120 patients with suspicion of mammary pathologies were evaluated.

Results: 9 patients were positive in mammography for mammary disease of which 8 patients had been diagnosed clinically for the same disease, representing 7.5% and 6.7% of the sample respectively. The most representative age group consisted of patients whose ages fluctuated between 40 and 48 years of age, representing 53.4% of the total sample. The correlation between mammography results and physical examination results showed a very significant correlation according to Pearson ($p = 0.812$). The other control variables such as age ($p = 0.821$), weight ($p = 0.812$), race ($p = 0.811$), family history ($p = 0.809$) and parity ($p = 807$) showed very significant correlations.

Conclusions: The results of the research allow us to establish that there is a significant correlation between the physical examination and mammography in the evaluation of mammary pathologies in patients of the Hospital Luis Negreiros Vega 2017 with a value ($p = 0.812$) which is very significant.

Key words: Clinical examination of breast, mammography, mammary pathologies, breast cancer.

ÍNDICE

CARÁTULA	I
HOJA DE APROBACIÓN	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
EPÍGRAFE	V
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
ÍNDICE	VIII
LISTA DE TABLAS	IX
LISTA DE GRÁFICOS	X
INTRODUCCIÓN	XI
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del Problema	01
1.2. Formulación del Problema	03
1.2.1. Problema General	03
1.2.2. Problemas Específicos	03
1.3. Objetivos	04
1.3.1. Objetivo General	04
1.3.2. Objetivos Específicos	05
1.4. Justificación	05
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Bases Teóricas	07
2.2. Antecedentes	23
2.2.1. Antecedentes Internacionales	23
2.2.2. Antecedentes Nacionales	25
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	
3.1. Diseño del Estudio	29
3.2. Población	29
3.2.1. Criterios de Inclusión	29
3.2.2. Criterios de Exclusión	29
3.3. Muestra	30
3.4. Operacionalización de Variables	31
3.5. Procedimientos y Técnicas	32
3.6. Aspectos éticos	32
3.7. Plan de Análisis de Datos	33
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
4.1. Resultados	34
4.2. Discusión	49
4.3. Conclusiones	50
4.4. Recomendaciones	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXOS	57
MATRIZ DE CONSISTENCIA	59

LISTA DE TABLAS

- Tabla N° 1: Distribución de la muestra según edad.
- Tabla N° 2: Frecuencia de edad de las Pacientes.
- Tabla N° 3: Frecuencia de Antecedentes familiares.
- Tabla N° 4: Frecuencia de Raza de las Pacientes.
- Tabla N° 5: Frecuencia de Peso de las Pacientes.
- Tabla N° 6: Frecuencia de Paridad de las Pacientes.
- Tabla N° 7: Frecuencia de Resultado de mamografía.
- Tabla N° 8: Frecuencia de Resultado de examen físico.
- Tabla N° 9: Correlación de Resultado de mamografía vs Resultado de examen físico.
- Tabla N° 10: Correlación de Variable de control edad de la Paciente
- Tabla N° 11: Correlación de Variable de control antecedentes familiares.
- Tabla N° 12: Correlación de Variable de Raza de las pacientes.
- Tabla N° 14: Correlación de Variable de control Peso de las pacientes.
- Tabla N° 14: Correlación de Variable de control Paridad.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Frecuencia de edad de las Pacientes.

Gráfico 2: Frecuencia de Antecedentes familiares.

Gráfico 3: Frecuencia de Raza de las Pacientes.

Gráfico 4: Frecuencia de Peso de las Pacientes.

Gráfico 5: Frecuencia de Paridad de las Pacientes.

Gráfico 6: Frecuencia de Resultado de mamografía.

Gráfico 7: Frecuencia de Resultado de examen físico.

INTRODUCCIÓN

Las patologías mamarias son el grupo de enfermedades que mayor afectación tienen en las mujeres y entre ellos el cáncer de mama es una de las que tiene mayor frecuencia en todo el mundo y es la principal causa de muerte por neoplasias, sobre todo en los países considerados pobres o en vías de desarrollo como es el caso del Perú, debido a que los diagnósticos se realizan cuando la enfermedad ha avanzado considerablemente y las posibilidades de detenerla o curarla son limitadas.

Esta situación ha generado que en muchos países se establezcan programas de cribado de detección de la enfermedad, con la finalidad de diagnosticarla en sus estadios iniciales y de esa manera poder establecer una conducta terapéutica que permita su control o curación.

Dentro de esos programas se encuentran la realización de un examen físico de las mamas, que la brinda un Médico Ginecólogo y la realización de una mamografía en pacientes mayores de 40 años ejecutada por un Tecnólogo Médico en Radiología e interpretada por un Médico Radiólogo.

En el hospital Luis Negreiros Vega se viene ejecutando este programa desde hace bastante tiempo, razón por la cual se pretende realizar este trabajo de investigación con la finalidad de conocer la relación que existe entre el examen físico de mamas y la mamografía en pacientes mayores de 40 años que han sido sometidas a estas evaluaciones, además de otras variables de estudio como la edad, raza, peso, antecedentes familiares y paridad.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del Problema:

Del total de pacientes que acuden a un centro de salud para ser evaluadas de cualquier patología de mamas, son conscientes de que uno de los posibles hallazgos puede ser cáncer de mama.

El cáncer es la principal causa de muerte debido a enfermedades no transmisibles en todo el mundo, y por lo tanto, es un problema de salud pública importante, tanto en los países desarrollados como en los países subdesarrollados o en vías de desarrollo. El cáncer de mama es el tipo más frecuente de cáncer en las mujeres y la segunda causa de muerte en este grupo de población en todo el mundo (1)

A pesar de ser considerado un tumor con buen pronóstico en la mayoría de los casos si se diagnostica y trata a tiempo, el cáncer de mama sigue estando asociado con una alta tasa de mortalidad en Brasil. La causa más probable de este hecho es que la enfermedad es aún diagnosticada en etapas avanzadas, y se identifican múltiples barreras en el acceso al diagnóstico y tratamiento para la mayoría de las mujeres que confían en el sistema público de salud (2,3).

El cáncer de mama se origina cuando las células de ésta comienzan a crecer en forma descontrolada. Estas células normalmente forman un tumor que a menudo se puede observar en una mamografía o se puede palpar como una protuberancia en forma de masa o bulto (4).

Los cánceres de mama pueden originarse en diferentes partes del seno. La mayoría de los cánceres de mama comienza en los conductos que llevan la

leche hacia el pezón y se denominan cánceres ductales. Algunos cánceres se originan en las glándulas que producen leche y se denominan cánceres lobulillares (4).

Es importante entender que la mayoría de las protuberancias de los senos no son cancerosas, sino benignas. Los tumores benignos de los senos son crecimientos anormales, pero no hacen metástasis y no ponen la vida en peligro. Sin embargo, algunas protuberancias benignas en los senos pueden aumentar el riesgo de padecer cáncer de mama en una mujer. Cualquier masa o cambio en el seno debe ser examinado por un médico para saber si es benigno o no, y si podría afectar su riesgo futuro de padecer cáncer (4).

La OMS promueve la lucha contra el cáncer de mama en el marco de programas nacionales amplios de control que están integrados con las enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados. El control integral del cáncer abarca la prevención, la detección precoz, el diagnóstico y tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos (5).

Aunque se puede lograr cierta reducción del riesgo mediante medidas de prevención, esas estrategias no pueden eliminar la mayoría de los cánceres de mama que se registran en los países de ingresos bajos y medios. Así pues, la detección precoz con vistas a mejorar el pronóstico y la supervivencia del cáncer de mama sigue siendo la piedra angular del control de este tipo de cáncer (6).

En el Hospital Luis Negreiros Vega contamos con el servicio de Ginecología y el Servicio de Radiodiagnóstico a donde acuden un determinado número de pacientes. Para ser evaluados de alguna patología

mamaria, por lo cual el presente trabajo de investigación correlacionará el examen clínico que realiza el ginecólogo con los resultados de mamografía, cuyo procedimiento esta realizado por un tecnólogo médico radiólogo, para garantizar la confiabilidad de los dos métodos.

1.2. Formulación del Problema:

1.2.1. Problema General:

¿Qué correlación existe entre el examen físico y la mamografía en la evaluación de patologías mamarias en pacientes del Hospital Luis Negreiros Vega 2017?

1.2.2. Problemas Específicos:

- ¿Qué correlación existe entre el examen físico y la mamografía en la evaluación de patologías mamarias según la edad en pacientes del hospital Luis Negreiros vega 2017?
- ¿Qué correlación existe entre el examen físico y la mamografía en la evaluación de patologías mamarias según antecedentes familiares en pacientes del hospital Luis Negreiros vega 2017?

- ¿Qué correlación existe entre el examen físico y la mamografía en la evaluación de patologías mamarias según la raza en pacientes del hospital Luis Negreiros vega 2017?
- ¿Qué correlación existe entre el examen físico y la mamografía en la evaluación de patologías mamarias según el peso en pacientes del hospital Luis Negreiros vega 2017?
- ¿Qué correlación existe entre el examen físico y la mamografía en la evaluación de patologías mamarias según la paridad en pacientes del hospital Luis Negreiros vega 2017?

1.3. Objetivos:

1.3.1. Objetivo General:

Establecer la correlación entre el examen físico y la mamografía en la evaluación de patologías mamarias en pacientes del Hospital Luis Negreiros Vega 2017.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Establecer la correlación entre el examen físico y la mamografía en la evaluación de patologías mamarias según la edad en pacientes del hospital Luis Negreiros vega 2017.
- Establecer la correlación entre el examen físico y la mamografía en la evaluación de patologías mamarias según antecedentes familiares en pacientes del hospital Luis Negreiros vega 2017.
- Establecer la correlación entre el examen físico y la mamografía en la evaluación de patologías mamarias según la raza en pacientes del hospital Luis Negreiros vega 2017.
- Establecer la correlación entre el examen físico y la mamografía en la evaluación de patologías mamarias según el peso en pacientes del hospital Luis Negreiros vega 2017.
- Establecer la correlación entre el examen físico y la mamografía en la evaluación de patologías mamarias según la paridad en pacientes del hospital Luis Negreiros vega 2017.

1.4. Justificación:

Siendo la población la gran mayoría de mujeres que acuden periódicamente a los centros de salud para ser evaluadas clínicamente de

alguna patología de las mamas o simplemente para confirmar que no adolecen de enfermedad alguna de esta glándula, siendo la mamografía el examen inmediato que sigue en el flujo de atención de dichas evaluaciones.

La presente investigación es importante porque se pretende establecer que existe una correlación significativa entre el examen físico y la mamografía en enfermedades de la mama con la finalidad de realizar diagnósticos oportunos de las pacientes, contribuyendo de tal manera el tecnólogo medico radiólogo como profesional experimentado en beneficio de la población femenina del Callao.

Los resultados de la investigación servirán para que se implementen programas preventivo promocionales con la finalidad de detectar tempranamente las enfermedades de las glándulas mamarias, ya que a la fecha no existe información documentada al respecto.

Se relacionarán también con las otras variables de estudio como; edad, peso, antecedentes, raza y paridad.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. BASES TEÓRICAS

2.1.1 Examen físico de mamas

Es la exploración manual muy detallada de las mamas que realiza un médico u otro profesional de la salud entrenado. Este examen puede ayudar a descubrir masas o tumores que hayan pasado desapercibidos en las autoexploraciones que se realizan las mujeres (7).

Viene a ser el examen clínico de las mamas realizado a las mujeres periódicamente al menos una vez al año, realizado por su médico de cabecera. La sensibilidad y especificidad del examen clínico de las mamas depende de la pericia y experiencia del examinador. La sensibilidad del examen físico de mamas varía de 40 a 69% y la especificidad de 86 a 99%. El valor predictivo es de 4 - 50 % (8).

2.1.2 Patologías mamarias

El cáncer es la patología de las mamas que más daño y temor causa a las mujeres. Sin embargo, el 90% de las consultas relacionadas con enfermedades de la mama se deben a patologías que resultan ser benignas (9).

La alteración benigna más frecuente de la mama es la mastopatía fibroquística o fibroadenoma, presente no solo en mujeres jóvenes, sino también en posmenopáusicas (hasta un 12%). Tiene poca probabilidad de transformación en lesión maligna (0.1%) (9).

Las patologías benignas de la mama se pueden dividir en cuatro grupos:

1.- Anomalías del desarrollo: Son raras y se presentan con poca frecuencia; obedecen a un mal desarrollo de las mamas durante el periodo fetal, y ya están presentes en el momento del nacimiento. Podemos dividir las en dos grupos según la anomalía sea por defecto o por exceso (9).

Anomalías del desarrollo de la mama por defecto:

Amastia

Es la ausencia completa de la glándula mamaria incluyendo el pezón y la areola; es muy rara y se asocia con otras malformaciones de la pared torácica y los brazos (9).

Amazia

Es una amastia que mantiene el pezón y la areola (9).

Micromastia

Viene a ser el escaso desarrollo de la glándula mamaria; se puede asociar a síndromes como el síndrome de Turner. También puede deberse a que el tejido mamario se haya dañado durante la niñez o la pubertad, a causa de traumatismos, cirugía, infección o radioterapia (9).

Atelia

No existe pezón; puede ser unilateral o bilateral (9).

Microtelia

El pezón es menor de lo habitual (9).

Anomalías del desarrollo de la mama por exceso:

Macromastia

Es cuando las mamas son demasiado grandes respecto al resto del cuerpo; la paciente suele sufrir patología de columna vertebral (9).

Mama supranumeraria

Viene a ser otra mama normal más en la línea mamaria, que es una línea que transcurre desde las axilas hasta las ingles y que durante el periodo fetal es capaz de desarrollar mamas primitivas. La localización más frecuente de mamas supranumerarias son las axilas y debajo de las mamas (9).

Mama ectópica o polimastia

Viene a ser otra mama fuera de la línea mamaria, sin pezón ni areola. No son funcionales, son aberrantes, se suelen descubrir durante un embarazo. Las mamas ectópicas y las supernumerarias deben ser extirpadas porque tienen alto riesgo de desarrollar cáncer (9).

Politelia

Es cuando existe más de un pezón; es la anomalía más común. Es más frecuente que se encuentre en los cuadrantes inferiores de la mama, pero puede surgir en cualquier punto de la línea mamaria hasta los genitales (9).

Macrotelia

Viene a ser el pezón de tamaño excesivo; es más frecuente en los varones (9).

2.- Alteraciones inflamatorias: La patología benigna de la mama más frecuente es la mastitis, que viene a ser la inflamación de la glándula mamaria y de zonas limítrofes. Hay varios tipos de mastitis según la edad de la paciente y la gravedad de la inflamación (9).

Entre ellas tenemos a las siguientes:

Mastitis del neonato

Aparece en la madre lactante como una infección que causa fiebre durante unos días. El tratamiento es antibiótico y no tiene complicaciones mayores.

Mastitis puerperales o de la lactancia

Surgen cuando la mujer amamanta al bebé tras el parto. Ocurre por una infección provocada habitualmente por las bacterias *Staphilococcus sp* o *Streptococcus sp*, que penetran a través de pequeñas fisuras que se forman en el pezón. Es la mastitis más frecuente. El diagnóstico y el tratamiento precoces hacen que la patología sea banal, pero un retraso en el tratamiento aumenta la morbimortalidad y hace que sea preciso el empleo de la cirugía repetidas veces. El tratamiento primario de elección es antibiótico con amoxicilina y ácido clavulánico. Se pueden añadir antibióticos más potentes si la paciente tiene cierto grado de déficit inmunitario (9).

Mastitis necrotizantes

Se presenta en pacientes menopáusicas pluripatológicas, es decir, aquellas que padecen varias enfermedades conocidas. Ocurre tras un trauma en la mama, donde se forma un hematoma que se infecta por una bacteria muy infecciosa, el *Streptococcus* de la clase beta-hemolítico. Esta bacteria es capaz de necrosar

toda la glándula; no es muy frecuente pero la mortalidad es alta. El tratamiento es la extirpación de la glándula mamaria. Otra causa de este tipo de mastitis puede ser la radiación localizada en la mama en pacientes que han recibido radioterapia (9).

Otras mastitis

Las más importantes son las mastitis tuberculosas o mastitis sifilíticas, que en la actualidad son muy poco frecuentes (9).

3.- Mastopatía fibroquística: También se denomina adenosis, displasia mamaria o condición fibroquística. Es un conjunto de alteraciones naturales del contenido de las mamas; la causa son los ciclos hormonales que existen a lo largo de la vida de la mujer. No se considera una enfermedad, solo son cambios de la mama que no predisponen al cáncer (9).

Se pueden diferenciar varios períodos:

Período deficitario u hormonal

Se produce entre los 15 y los 30 años de edad y siempre en las dos mamas, que se someten a alteraciones hormonales, principalmente aumento de estrógenos o disminución de la progesterona. Lo más característico es el dolor mamario o mastodinia, sobre todo en el período menstrual, donde las mamas duelen y parecen estar llenas. Pueden aparecer nódulos o bultos mamarios fisiológicos (9).

Período proliferativo

Se da entre los 35 y 40-45 años iniciando la menopausia; la alteración hormonal es la misma, pero comienzan a aparecer induraciones no dolorosas. Parecen placas duras y fibrosas conocidas como "placas de guisantes o de perdigones" que están en ambas mamas y no son propensas de riesgo para padecer cáncer (9).

Período involutivo

Se presenta cuando la mujer no está en edad fértil, no hay lesiones nuevas y las anteriores evolucionan. Las induraciones forman quistes únicos y, en general, las lesiones ya no tienen por qué ser bilaterales.

Hay factores externos que pueden potenciar todos estos cambios; la ingesta de bebidas estimulantes como cafeína, teína y las grasas saturadas. Además, se sospecha cierta base genética que predispone a las mamas a tener esta condición fibroquística más o menos acentuada. Esta mastopatía fibroquística no tiene tratamiento quirúrgico, solo cuando a la exploración o en mamografías aparecen imágenes sospechosas se requiere biopsia. Si la mastopatía fibroquística es profusa y la paciente tiene antecedentes de carcinoma de mama con alto grado de fobia, se puede valorar la extirpación de la mama y la colocación de prótesis (9).

4.- Tumores benignos: En este grupo de lesiones de la mama se incluyen todas las lesiones que provocan la formación de tumoraciones o nódulos en la mama, sean o no sean producto de la multiplicación celular ya sean tumores o cánceres benignos (9).

Fibroadenoma

Es el tumor benigno de la mama por excelencia. Es típico en mujeres jóvenes, donde representa el 26% de la patología mamaria; en la población general representa el 10%. Es muy extraño que malignice y rara vez crece más allá de 4 cm, aunque se dan casos de fibroadenomas de 15 cm. Debuta como un nódulo mamario indoloro ovoide. En la exploración surge el diagnóstico: es duro pero elástico, no rígido, no duele al tacto y se desplaza dentro de la mama porque no tiene adhesiones a planos profundos o superiores. Se puede confirmar con ecografía, donde se verá una lesión única, bien definida y sólida. Si se quiere afinar el diagnóstico se realiza una biopsia por punción. Con este tipo de tumores se debe tener una actitud expectante y solo se recomienda cirugía en casos de crecimiento sostenido que supere los 2 cm, dolor mamario o preocupación de la paciente (9).

Adenoma

Es un tumor muy similar al fibroadenoma. Externamente no presenta diferencias con el fibroadenoma; se trata del mismo tipo de nódulo con las mismas características, solo se diferencia en los análisis microscópicos y en que es muy poco frecuente. Se caracteriza por ser un tumor muy bien aislado y se puede clasificar en varios subtipos: adenoma tubular, adenoma ductal, adenoma de la lactancia y adenoma apocrino (9).

Hamartoma o fibroadenolipoma

Es poco frecuente y es un nódulo bien definido y encapsulado que se asemeja a un fibroadenoma, aparece generalmente en mujeres de 40-55 años. Se forma

por grasa, músculo y tejido fibroso, lo que hace que sea difícil de palpar porque la consistencia es similar a la del tejido mamario. El tratamiento es la extirpación, pero esta no siempre es necesaria, pero sí obligada en el caso de duda del diagnóstico (9).

Tumor phyllodes o filodes

También es poco frecuente y se presenta en el 0'3-0'9% de los casos de tumores de mama. Hace años se consideraba una enfermedad maligna pero microscópicamente no se puede demostrar, sin embargo, tiene una alta frecuencia de recidivas tras su extirpación y en ocasiones origina metástasis a distancia. Aparece como una tumoración no dolorosa, lisa pero con varios lóbulos, no es móvil como el fibroadenoma, suele medir unos 5 cm pero este tumor puede crecer mucho y puede deformar la glándula mamaria. Aparece a partir de los 40 años y la imagen en la mamografía es una masa fibrosa bien definida. El tratamiento es siempre quirúrgico, si recidiva no siempre indica que sea maligno, solo las metástasis a distancia lo catalogan como tal. Este tumor nunca metastatiza en los ganglios de la axila, así que nunca se extirpan. Si las recidivas son frecuentes está indicada la extirpación de toda la mama (9).

Lipoma

Es más frecuente que todas las anteriores y se puede incluir en los tumores benignos de mama. Este tumor aparece como un nódulo bien definido, blando y móvil, está compuesto exclusivamente por grasa y limitado por una cápsula fibrosa, su tamaño oscila entre 2 y 10 cm y nunca deforma la mama. Es más frecuente a los 40-50 años y puede calcificarse como los fibroadenomas. El

tratamiento se reduce al control clínico y solo se opta por la extirpación quirúrgica si el crecimiento es rápido (9).

Tumores secretores

Dentro de los tumores benignos podemos señalar un grupo de tumores que provocan secreciones no lácticas por el pezón. Es el caso del papiloma intraductal; este tipo de tumores ocupan los conductos por donde se secreta la leche justo debajo de la areola, puede ser un tumor único grande o varios pequeños. Suele presentarse en mujeres que rondan la edad de la menopausia y origina una secreción de sangre espontánea por el pezón, generalmente solo por una de las mamas (9).

Ectasia ductal

Consiste en la dilatación de los conductos principales que transportan la leche al exterior, también debajo de la areola. Esta dilatación puede llegar hasta los 5 mm en su diámetro máximo y el interior se ocupa por grasa y desechos. Ocurre en la edad adulta y, con más frecuencia, en el periodo de la menopausia cuando las mamas empiezan a atrofiarse, a los 40-60 años. En su inicio no ocasiona síntomas, lo primero que aparece es un derrame espontáneo e intermitente por el pezón, de color variable, aunque generalmente verdoso, pero que puede ser negro o marrón, de consistencia pegajosa, y que sale por uno o varios orificios del pezón. Progresivamente, el derrame se vuelve seroso, sanguinolento o claramente sangre. La mujer siente picor, quemazón y tirantez del pezón; puede provocar retracción del pezón por la cicatrización del conducto; es ahí cuando se palpa un tumor bajo la areola imitando a un cáncer de mama ya que se puede

acompañar además de inflamación de los ganglios de la axila. La mejor prueba de diagnóstico es la ecografía que muestra la dilatación de los conductos bajo la areola, además se analizará el derrame a través del pezón. Si la ectasia ductal es leve no necesita tratamiento, pero cuando es molesto se realizará la extirpación de los conductos afectados (9).

Quistes mamarios

Son tumoraciones mamarias cuyo contenido es líquido y su relación con el cáncer se desconoce, aunque se sospecha que es muy escasa. Son lesiones propias de mujeres maduras al comienzo de la menopausia se presenta entre los 40-50 años, aunque pueden aparecer a cualquier edad; resulta raro antes de los 20 años y excepcional en la menopausia avanzada. Se presentan como tumoraciones bien delimitadas que se diagnostican mediante ecografía. Su tratamiento consiste en la punción para sacar el líquido que se analiza. Se pueden encontrar varios tipos (9):

Quiste simple

Consiste en la dilatación de los conductos de la leche profundos que se ocupan por líquido de color variable cuyo análisis indica si se trata de un quiste simple si el líquido es seroso claro, de un absceso si lo que se drena es pus o de un hematoma si lo que se drena es sangre. Su presentación puede ser única o múltiple de tamaños variables. Se caracterizan por tratarse de nódulos que la paciente descubre cuando su tamaño supera 1 cm y que desaparecen tras la punción evacuadora, aunque un 30% vuelven a aparecer. Son nódulos de forma redondeada u oval, de consistencia blanda y móvil, en los que se aprecia tensión

al ejercer presión sobre ellos, y que están llenos de líquido. El tratamiento consiste en la punción para sacar el líquido y meter aire, no estando indicada la extirpación por cirugía en un quiste único (9).

Galactocele

Es un quiste único que contiene leche líquida o espesa que se forma debido a una dilatación de un conducto de la leche. Está relacionado con la lactancia y suele desarrollarse cuando esta se interrumpe bruscamente. Se palpa como un nódulo esférico, móvil, bien aislado, de consistencia variable que si se aprieta puede provocar la salida de leche por el pezón. No es conveniente extirpar quirúrgicamente un galactocele, el tratamiento de elección es la punción evacuadora (9).

2.1.3 Cáncer de mama

El cáncer de mama continúa siendo la neoplasia más frecuente en la mujer. La probabilidad de padecerlo aumenta con la edad, si bien el riesgo es heterogéneo entre la población femenina y depende, entre otros, de factores no modificables como la raza, la demostración en una biopsia de ciertas lesiones proliferativas como la hiperplasia atípica, carcinoma lobulillar in situ, o los antecedentes personales y familiares de cáncer de mama, o de mutaciones genéticas heredadas (BRCA1, BRCA2) (9).

En el año 2012, representó el 25% de los cánceres femeninos en todo el mundo, solo superado por el carcinoma de pulmón al considerar ambos sexos en conjunto, lo que se traduce en 25.215 casos nuevos en España y 458.718 en Europa (10).

Por grupos de edad, alrededor del 19% de los cánceres de mama se diagnostican a los 30-49 años, el 37% a los 50-64 años y el 44% en mujeres de al menos 65 años de edad (11).

El cáncer de mama sigue siendo la primera causa de muerte por cáncer en la mujer, y las supuestas cotas de progreso alcanzadas se han acompañado de la aparición de nuevos riesgos y efectos adversos que, aunque difíciles de cuantificar con precisión, han servido para poner en duda el auténtico beneficio del cribado mamográfico (12).

Menos de 1 de cada 6 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama muere por esta enfermedad. En comparación, se calcula que cerca de 71 280 mujeres estadounidenses morirán por cáncer de pulmón en 2017 (13).

2.1.3 Clasificación del cáncer de mama

2.1.3.1 Cáncer de mama Tipo Luminal

El término luminal proviene de la expresión molecular de los tumores similar al epitelio luminal de tejido mamario normal. Los subtipos luminales configuran los dos tercios de todos los cánceres de mama y son de baja proliferación celular con pronóstico favorable. Los dos principales subtipos son el luminal A y el luminal B, teniendo diferentes expresiones de genes, pronósticos y respuestas al tratamiento.

Los cánceres de mama luminal A tienen altos niveles de expresión de RE y por lo tanto la mejor tasa de respuesta a la terapia endocrina. Estos son el subtipo más común y representan el 40% tienen el mejor pronóstico global en

comparación con los otros subtipos de cáncer de mama. Los cánceres de mama luminal B son menos comunes y representan el 20% tienen un peor pronóstico en comparación con los tumores luminal A (14).

Sin embargo, los tumores luminales B todavía tienen un pronóstico superior a los tumores basales y HER2 expresado. Los luminal B tienen un grado más alto, menores niveles de RE, y Ki-67 más alto, en comparación con los tumores luminal A. Los luminal B tienen una menor respuesta a la terapia endocrina, pero tienen una tasa de respuesta mejorada a la quimioterapia contra los tumores luminal A (15).

2.1.3.2 Tipo HER 2 expresado

Los tumores HER2 expresados representan del 10% a 15% de todos los cánceres de mama. Este subtipo se caracteriza por una alta expresión de HER2 y proliferación celular, pero baja expresión de los genes luminales. Estos tumores son típicamente HER2 positivo y ER / PR negativo. Algunos también son RE positivo. Antes de la existencia de la terapia dirigida HER2, este subtipo se asociaba con un mal pronóstico (14).

2.1.3.3 Tipo basal

Son tumores RE, RP y HER2 negativo denominándose cáncer de mama triple negativos. Los términos de subtipo basal y triple negativo a menudo se utilizan indistintamente, pero no son completamente sinónimos (16).

2.1.4 Factores de riesgo

2.1.4.1 Edad

Al igual que para otros tipos de neoplasias, la frecuencia de cáncer de mama aumenta rápidamente con la edad, razón por la cual es extremadamente baja antes de los 30 años. Asimismo, después de los 50 (edad promedio en que se presenta la menopausia) sufre un lento incremento en forma lineal, hasta los 80 que alcanza una estabilización (17).

2.1.4.2 Fumadoras y bebedoras

Estudios realizados en Europa demuestran que las cifras de fumadores y bebedores es inferior en la población femenina del campo, excepto en aquellos países que por el clima intensamente frío están obligados a beber para calentarse, presentándose mayor incidencia de cáncer de mama en las pacientes bebedoras y fumadoras (18).

2.1.4.3 Sobrepeso

La grasa corporal es productora de estrógenos, lo cual también puede provocar la aparición de lesiones mamarias premalignas, teniendo como antecedente una displasia mamaria (19).

2.1.4.4 Antecedentes familiares

Primera línea de consanguinidad con antecedentes de cáncer de mama, duplica el riesgo de padecer la enfermedad (20).

2.1.4.5 Raza

Las mujeres blancas tienen mayor riesgo, igual que mujeres asiáticas, hispanas e indias americanas (20).

2.1.4.6 Paridad

Mujeres que consumieron este estrógeno sintético en el embarazo, tienen mayor riesgo de presentar cáncer de mama igual que sus hijas (20).

2.1.5 Métodos de diagnóstico por imágenes

Entre los métodos de ayuda diagnóstica para identificar las diferentes patologías mamarias pero sobre todo el cáncer de mama precozmente contamos con la ecografía, mamografía y resonancia magnética.

2.1.5.1 Ultrasonido

El ultrasonido es un método de gran desarrollo en el estudio de la mama; considerada como examen complementario de la mamografía, dirigido en especial al grupo de mujeres con mamas densas. Con poder para diferenciar lesiones quísticas de las sólidas y en la evaluación de los márgenes de las mismas. Se considera la opción inicial de estudio de la mama de las mujeres jóvenes o en las embarazadas (21,22).

2.1.5.2 Mamografía

La mamografía es el método de ayuda al diagnóstico de mayor validez para evaluar lesiones preclínicas en el cáncer de mama. Tiene más de 70 % de

cobertura en las mujeres de edad de riesgo (50-64 años), y ofrece un seguimiento de los casos sospechosos y de los que están en tratamiento (23)

La mamografía es el pilar de la imagen de la mama, y los ensayos aleatorios han demostrado ampliamente que la realización de una mamografía en etapas tempranas de la enfermedad reduce la mortalidad por cáncer de mamas (15).

La mamografía es un procedimiento de bajo costo que está ampliamente disponible (24).

2.1.5.3 Resonancia magnética

La resonancia magnética posee mayor sensibilidad para la detección del cáncer mama debido a que no es afectado por la densidad mamaria. La modalidad sin contraste no es de utilidad en la detección.

La modalidad con contraste de gadolinio se usa en la actualidad para determinar la extensión de los tumores o para descartar lesiones multicéntricas. Alcanzando sensibilidad de 75 % y especificidad de 96% (16).

Tiene ventajas en la evaluación de mujeres con implantes de silicona y en mamas mamográficamente densas. Es recomendado como tamizaje de mama en las mujeres jóvenes con factores de riesgo (25).

2.1.6 Clasificación BIRADS

The Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS), es la clasificación desarrollada por el Colegio Americano de Radiología para estandarizar la terminología utilizada para reportar los hallazgos encontrados en la mamografía y en la ecografía clasificándose en: BIRADS 0, necesita evaluación adicional; BIRADS 1, Negativa; BIRADS 2, hallazgos benignos; BIRADS 3, hallazgos

probablemente benignos; BIRADS 4, hallazgos de sospecha maligna; BIRADS 5, hallazgos altamente sugestivos de malignidad; BIRADS 6, hallazgos malignos con biopsia conocida (26).

2.2. Antecedentes internacionales.

- El 2009 en Cuba se realizó una revisión bibliográfica sobre el cáncer de mama y el autoexamen de mama como método de detección precoz de esta enfermedad, desarrollada en el año 2007 desde febrero a diciembre. El análisis incluyó EBSCO, HINARI, DynaMed y el Anuario Estadístico de Salud de Cuba, como bases de datos. La búsqueda se realizó con nivel de evidencia III. Se utilizaron como criterios de inclusión que los artículos estuviesen escritos en idioma español, inglés o francés, y que hubiesen sido publicados hace 5 años o menos. Se excluyeron los artículos que no cumplieran estos criterios. La traducción de las referencias en otros idiomas se realizó con traductores electrónicos Language Engineering Power Translator y L&H Power Translator Pro. Se utilizó una PC Pentium IV con ambiente de Windows XP y los textos se procesaron con Microsoft Office Word 2007. Se concluye que existen diversos procedimientos para el diagnóstico del cáncer de mama, pero los más importantes son el autoexamen de mama, el examen clínico anual de las mamas, el ultrasonido y la mamografía (27).
- El año 2012 se documentó un estudio observacional y descriptivo de 200 féminas que presentaron alguna afección mamaria, pertenecientes al área

de salud del Policlínico "Luis Carrión Pérez" de Dos Caminos, municipio de San Luis, en Santiago de Cuba, desde octubre de 2009 hasta junio de 2011, a fin de identificar en ellas características clínicas y factores epidemiológicos, tales como: hábitos tóxicos, modos y estilos de vida, lactancia materna y tiempo de esta, así como otros que influyeron causalmente en la aparición de enfermedades mamarias benignas y malignas, para diagnosticar precozmente el cáncer de mama. Se detectaron 3 pacientes con tumoración maligna y 125 pacientes con displasia mamaria (28).

- El año 2014 en Toronto, Canadá, se realizó un estudio durante el período de cribado de cinco años, se diagnosticaron 666 cánceres de mama invasivos mediante el equipo de mamografía (n = 44.925 participantes) y 524 en los controles (n = 44.910), y de ellos, 180 mujeres en el equipo de mamografía y 171 mujeres en el control de mamografía murió de cáncer de mama durante el período de seguimiento de 25 años. La tasa de riesgo general de muerte por cáncer de mama diagnosticada durante el período de cribado asociado con la mamografía fue 1,05 (intervalo de confianza del 95%: 0,85 a 1,30). Los resultados para las mujeres de 40-49 y 50-59 fueron casi idénticos. Durante todo el período de estudio, 3250 mujeres en el equipo de mamografía y 3133 en el equipo de control tuvieron un diagnóstico de cáncer de mama, y 500 y 505, respectivamente, murieron de cáncer de mama. Por lo tanto, la mortalidad acumulada por cáncer de mama fue similar entre las mujeres en el equipo de mamografía y en el equipo de control (hazard ratio 0,99, intervalo de

confianza del 95%: 0,88 a 1,12). Después de 15 años de seguimiento se observó un exceso residual de 106 cánceres en el equipo de mamografía, atribuible al sobre diagnóstico (29).

- El 2016 en Bogotá Colombia, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 142 pacientes del servicio de consulta externa de gineco obstetricia del hospital Santa Matilde de Madrid con el fin de indagar los conocimientos sobre el auto examen de mama. Los aspectos evaluados fueron técnica de realización, caracterización de la población, formas de prevención, tomando como estudio base una encuesta acerca de los Conocimientos y Prácticas sobre el Auto examen Mamario en Mujeres de Cartagena De Indias. Encontrándose que más del 95 % de las pacientes encuestadas consideran importante el auto examen de mama sin embargo solo el 50 % de las pacientes lo practican, asimismo no hay claridad sobre la forma de realización en cuanto a la frecuencia y posición adecuada por lo que se concluye, que se requieren más esfuerzos y estrategias de educación continuada para que los programas de promoción y prevención establecidos en Cundinamarca tengan un impacto verdadero en la detección temprana del cáncer de mama(30).

2.2.1. Antecedentes Nacionales:

- El año 2012 en el Hospital 2 de Mayo de Lima, se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, en el

cual se revisaron las historias clínicas de las pacientes que comprendían una edad de entre 35 y 65 años que ingresaron al hospital Nacional Dos de Mayo entre los meses de Enero y Octubre del año 2012 y que presentaron signos y síntomas compatibles con tumoración en cualquiera de las dos mamas, concluyendo al final con 67 pacientes que contaban con un informe mamográfico sugerente de neoplasia maligna y con un informe anatomopatológico (biopsia), a fin de valorar la eficacia de la técnica mamográfica en el diagnóstico de cáncer de mama. Resultados: Se incluyeron en el estudio 67 pacientes que cumplieron con los criterios de selección, analizando cada caso y obteniendo los siguientes resultados: sensibilidad del 90.48%, una especificidad del 89.13%, valor predictivo positivo del 79.17%. y valor predictivo negativo del 95.35. Conclusiones: El valor diagnóstico de la mamografía digital en el Hospital Nacional Dos de Mayo cumple con los estándares mínimos establecidos por el ACR, probando ser una prueba diagnóstica confiable en la detección de pacientes con neoplasias malignas (31).

- En el año 2013, en Lima, Perú, en el Hospital Arzobispo Loayza se realizó un estudio con 175 pacientes, con la finalidad de determinar las patologías benignas más frecuentes de la mama encontrándose que la patología tumoral benigna más frecuente fue el fibroadenoma en 61 casos, con más presencia entre los 10 y 39 años. El tumor fue único en 158 casos (90%), siendo la mama izquierda la más afectada en 84 pacientes (48%), con tumoraciones que oscilaron entre 1 y 3 cm (60% del total), y los radios de localización 2, 3 y 10 los más comprometidos (32).

- El año 2015 en el Hospital Guillermo Almenara de Lima se realizaron 1050 mamografías con resultados de mamas densas, se realizaron 315 ecografías complementarias, se encontró predominancia de mamas densas en grupo etáreo de 40 – 49 años, en 51% de casos, así como BIRADS 0 la principal categoría en 97% de los casos, hallazgos sospechosos de malignidad en 1% de las mamografías examinadas. La evaluación ecográfica evidencio en el 61% de casos no se consignó la categorización BIRADS, por lo cual se categorizo estos para su análisis. El 37% de ecografías resultaron normales, el 90% incluyó las categorías 1, 2 y 3 (normales y hallazgos benignos), identificándose signos de malignidad en 9% (29 casos) de estas, principalmente asociadas a nódulos y ductos sospechosos, no evidenciados por mamografía. Sin embargo, se evidencio correspondencia mamográfica y ecográfica en hallazgos BIRADS 6 por micro calcificaciones y lesión focal aparente en la ecografía (3 casos), 0.95% de las ecografías realizadas. Conclusiones: Se definió un alto porcentaje de normalidad y hallazgos benignos en ecografía complementaria por mamas densas y con mamografías BIRADS 0, las más frecuentes y principalmente asociada a signos de mastopatía fibroquística. Mamas BIRADS 0, mostraron hallazgos mal caracterizados reportados como distorsiones y micro calcificaciones que pudieran sugerir una categorización diferente. Se evidencio mayor frecuencia de hallazgos sospechosos de malignidad por ecografía complementaria (9.2%) respecto a la mamografía (0.85%). Los hallazgos mamográficos sospechosos de malignidad más frecuentes fueron las

micro calcificaciones mientras que en ecografía la lesión focal sospechosa y compromiso ductal. La categoría BIRADS 6 demostró signos de malignidad en ambas técnicas de imagen. Se sugiere la estandarización y clasificación de hallazgos ecográficos en la categorización BIRADS, en el 60% de ecografías realizadas esta no fue consignada (33).

- El año 2016 en el Hospital Octavio Mongrut Muñoz se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal con recolección de datos retrospectivo en una población de 5044 pacientes que se realizaron mamografía en el Hospital I Octavio Mongrut Muñoz, que cumplan nuestros criterios de inclusión y exclusión, para medir las variables, se usó una encuesta validada. El análisis será con un $p < 0,05$ será con un como significativo y un intervalo de confianza del 95%. Resultados: 99,7% de los pacientes fueron del género femenino y el 0,3% fueron de género masculino. Los hallazgos radiológicos en screening de cribado de cáncer de mama influyen en la detección temprana, usando la clasificación BIRADS. Dentro de los 47 pacientes encontrados en la clasificación de alto riesgo para cáncer de mama, 14 fueron confirmadas mediante biopsia, estas se encuentran dentro de la clasificación BI-RADS 6 (34).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Diseño del Estudio:

Estudio correlacional descriptivo retrospectivo de tipo transversal.

3.2 Población:

120 pacientes mujeres usuarias del Servicio de Ginecología y del servicio de radiodiagnóstico, unidad de Mamografía del Hospital Luis Negreiros Vega; año 2017. La población es finita.

3.2.1 Criterios de Inclusión:

- Pacientes de sexo femenino.
- Pacientes con edades comprendidas entre 35 años y 72 años.
- Pacientes que tuvieron examen clínico de mamas y mamografía como complemento, realizada durante el año 2017.

3.2.2 Criterios de Exclusión:

- Pacientes no comprendidos en el rango de edad del estudio.
- Pacientes con mamografía no informada.
- Pacientes con datos incompletos para el llenado de la ficha de recolección de datos.

3.3 Muestra:

No se realiza cálculo del tamaño muestral, debido a que se evaluará a la totalidad de la población que cumpla con los criterios de selección, que en total fueron 120 pacientes, es una muestra poblacional.

3.4 Operacionalización de Variables:

Variable	Definición Operacional	Instrumento de Medición	Escala de Medición	Forma de Registro
<u>Principal:</u> Patología mamaria	Enfermedad benigna o maligna que afecta a la glándula mamaria.	1. Informe de mamografía. 1. Examen Físico.	Binaria	<ul style="list-style-type: none"> • Positivo • Negativo
<u>Secundarias:</u> Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Historia clínica	Discreta	<ul style="list-style-type: none"> • 35 - 40 años • 41 - 45 años • 46 - 50 años • 51 - 55 años • 56 - 60 años • 61 - 65 años • 66 - 72 años
Antecedentes Familiares	Historia familiar de haber padecido o no de alguna patología mamaria.	Historia clínica	Binaria	<ul style="list-style-type: none"> • Con antecedentes • Sin antecedentes
Raza	Grupos étnicos en que se divide la especie humana.	Historia clínica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Blanca • Mestiza • Asiática • Negra
Peso corporal	Cantidad de masa que alberga el cuerpo de una persona.	Historia clínica	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo peso • Normal • Sobrepeso • Obeso
Paridad	Número de partos.	Historia clínica	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Nulípara • Unípara • Multípara

3.5 Procedimientos y Técnicas:

Se presentará el proyecto de investigación a la jefatura de servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Luis Negreiros Vega para su evaluación y otorgamiento del permiso para su ejecución.

Una vez obtenido el permiso de ejecución se procederá a solicitar la relación de pacientes atendidos en el consultorio de ginecología y a su vez en la unidad de mamografía del primer semestre del año 2017.

Se procederá a la revisión de las Historias Clínicas de esos pacientes para la obtención de los datos, los mismos que serán transcritos en la ficha de recolección de datos elaborada para cada paciente (Anexo 01).

Se recolectará los datos sobre antecedentes familiares, edad, raza, paridad y peso corporal, los cuales serán obtenidas de las historias clínicas de cada paciente.

Luego de la culminación del llenado de la ficha de recolección de datos, se descargará la información en una hoja Excel de Microsoft 2010, para luego ser analizada con el programa SPSS versión 23.0.

3.6 Aspectos Éticos:

Por ser una investigación retrospectiva, no se intervendrá directamente con el paciente y la obtención de los datos de las historias clínicas se hará previa autorización del comité de ética del Hospital Luis Negreiros Vega manteniéndose la confidencialidad, no existiendo la posibilidad de atentar contra los derechos de los participantes.

3.7 Plan de Análisis de Datos:

Los datos serán analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 23.0. Se determinarán medidas de tendencia central. Se emplearán tablas de frecuencia y de contingencia. Se establecerá la relación entre las variables a través de la prueba de correlación de Pearson y Rho de Spearman, considerando estadísticamente significativo los valores de $p > 0,05$.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 Resultados

Tabla 1. Distribución de la muestra según edad.

N	Válido	120
	Perdidos	0
Media		49,01
Mediana		47,00
Moda		47
Desviación estándar		7,989
Varianza		63,823
Asimetría		1,070
Error estándar de asimetría		,221
Curtosis		,653
Error estándar de curtosis		,438
Rango		37
Mínimo		35
Máximo		72
Suma		5881
Percentiles	4	39,00
	25	43,25
	50	47,00
	75	53,00

Fuente: Elaboración propia

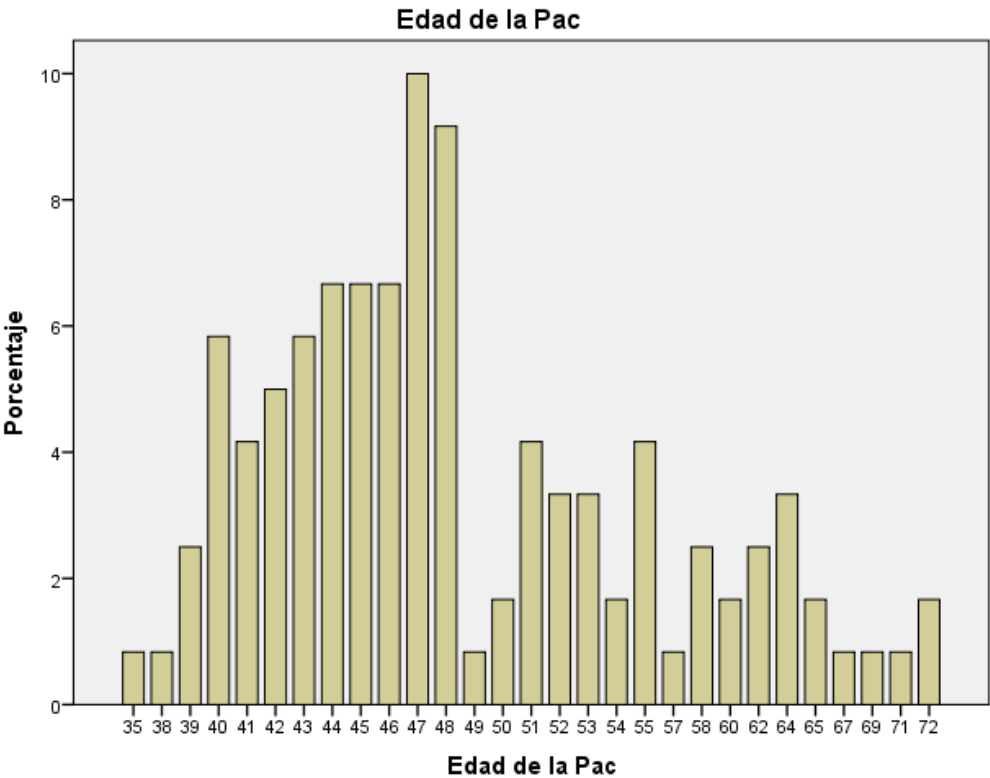
Se evaluaron 120 pacientes cuyo promedio de edades registradas fue 49,01 años, con una mediana y una moda de 47 años. El rango de edad mínima y máxima fue de 35 y 72 años respectivamente.

Tabla 2. Frecuencia de edad de las Pacientes.

	Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	35	1	,8	,8	,8
	38	1	,8	,8	1,7
	39	3	2,5	2,5	4,2
	40	7	5,8	5,8	10,0
	41	5	4,2	4,2	14,2
	42	6	5,0	5,0	19,2
	43	7	5,8	5,8	25,0
	44	8	6,7	6,7	31,7
	45	8	6,7	6,7	38,3
	46	8	6,7	6,7	45,0
	47	12	10,0	10,0	55,0
	48	11	9,2	9,2	64,2
	49	1	,8	,8	65,0
	50	2	1,7	1,7	66,7
	51	5	4,2	4,2	70,8
	52	4	3,3	3,3	74,2
	53	4	3,3	3,3	77,5
	54	2	1,7	1,7	79,2
	55	5	4,2	4,2	83,3
	57	1	,8	,8	84,2
	58	3	2,5	2,5	86,7
	60	2	1,7	1,7	88,3
	62	3	2,5	2,5	90,8
	64	4	3,3	3,3	94,2
	65	2	1,7	1,7	95,8
	67	1	,8	,8	96,7
	69	1	,8	,8	97,5
	71	1	,8	,8	98,3
	72	2	1,7	1,7	100,0
		Total	120	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia

El 8% de las pacientes representan la edad mínima del presente estudio y está constituido por pacientes de 35 años de edad, el 1.7% de las pacientes representan la edad máxima y está constituido por pacientes de 72 años de edad. El grupo etario más representativo estuvo constituido por pacientes cuyas edades están comprendidas entre 40 a 48 años de edad haciendo un total de 53.4% de la muestra de las cuales el grupo con mayor porcentaje fue el de 47 años con 10%.



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 1. Frecuencia edad de las pacientes expresado en porcentajes.

Tabla 3. Frecuencia de Antecedentes familiares.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin antecedentes	50	41,7	41,7	41,7
	Con antecedentes	70	58,3	58,3	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Del total de la muestra el 58,3% de las pacientes tenía antecedentes familiares de cáncer de mama.

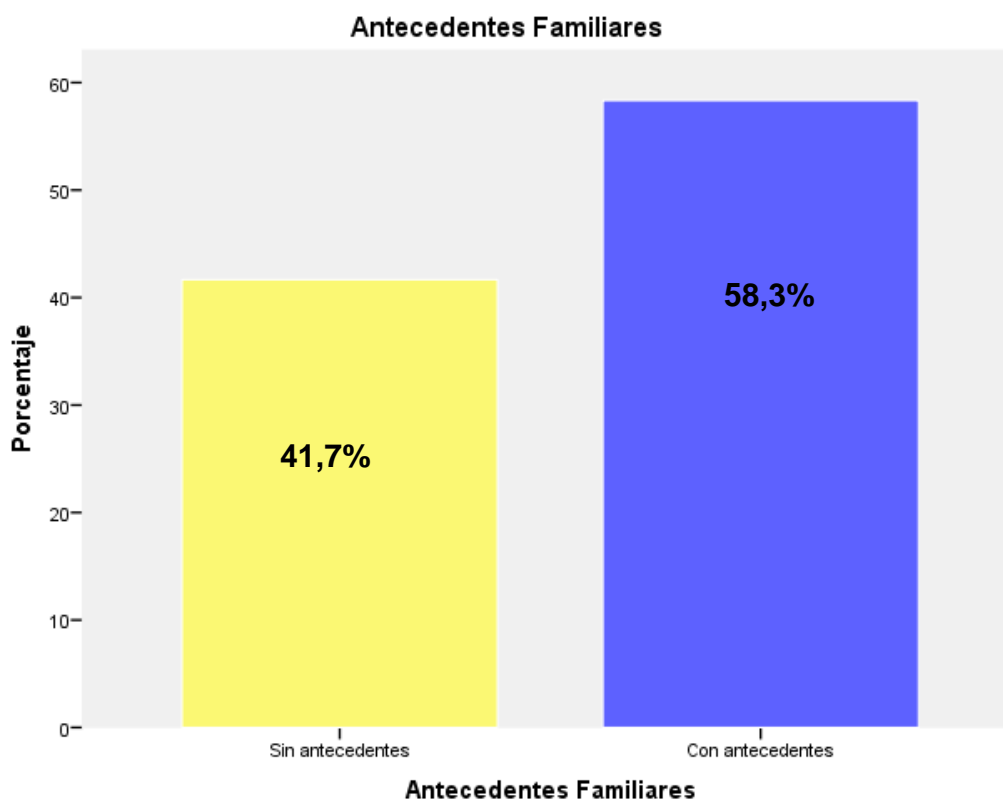


Gráfico 2. Frecuencia Antecedentes familiares de las pacientes expresado en porcentajes.

Tabla 4. Frecuencia de Raza de las Pacientes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mestiza	102	85,0	85,0	85,0
	Negra	6	5,0	5,0	90,0
	Blanca	12	10,0	10,0	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

La frecuencia de la muestra según raza está conformada en un 85% por mujeres mestizas, un 10% mujeres de raza blanca y un 5% por mujeres de raza negra.

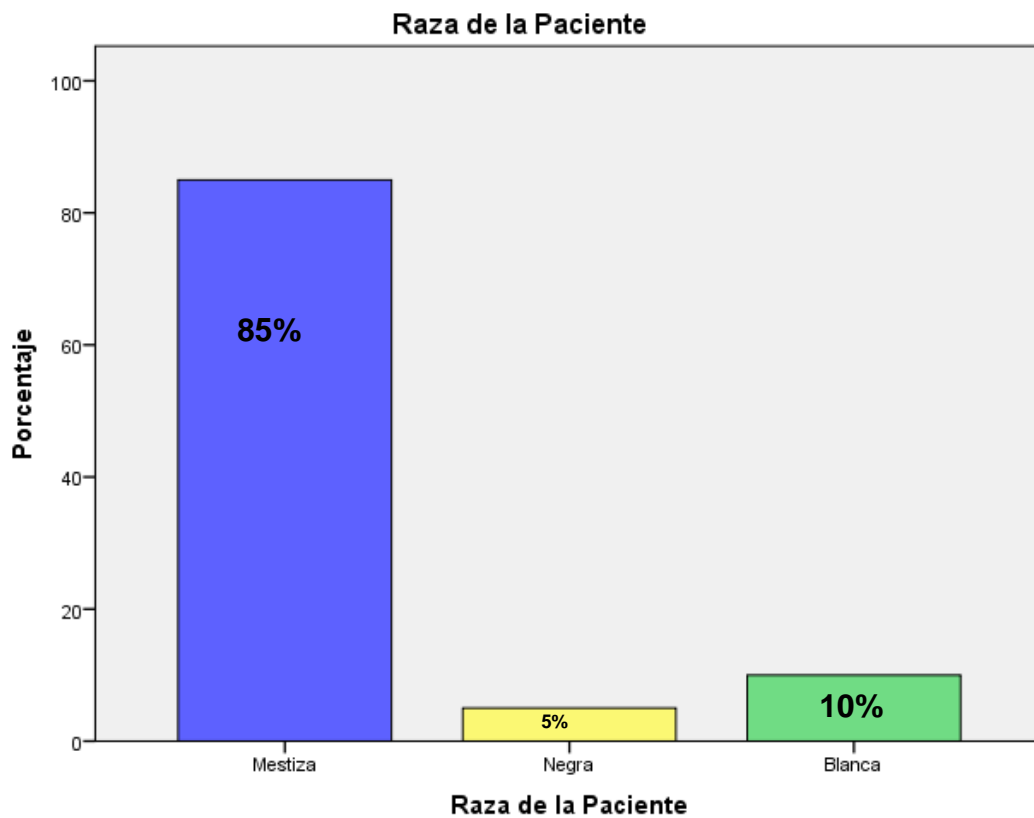


Gráfico 3. Frecuencia raza de las pacientes expresado en porcentajes.

Tabla 5. Frecuencia de Peso de las Pacientes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo peso	9	7,5	7,5	7,5
	Normal	45	37,5	37,5	45,0
	Sobrepeso	48	40,0	40,0	85,0
	Obesa	18	15,0	15,0	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

El grupo más representativo de las pacientes según peso estuvo conformado por normal y sobrepeso que ambos sumaron un total de 77,5% de la muestra, el grupo más bajo fueron las pacientes de bajo peso y las pacientes obesas representaron un 15% de toda la muestra.

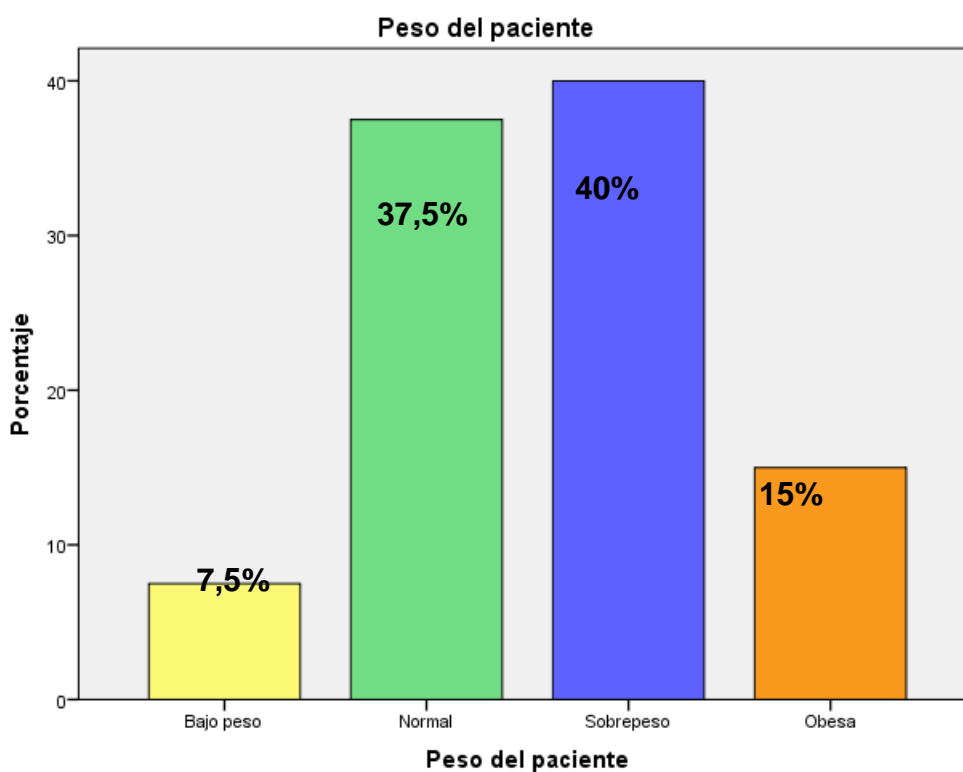


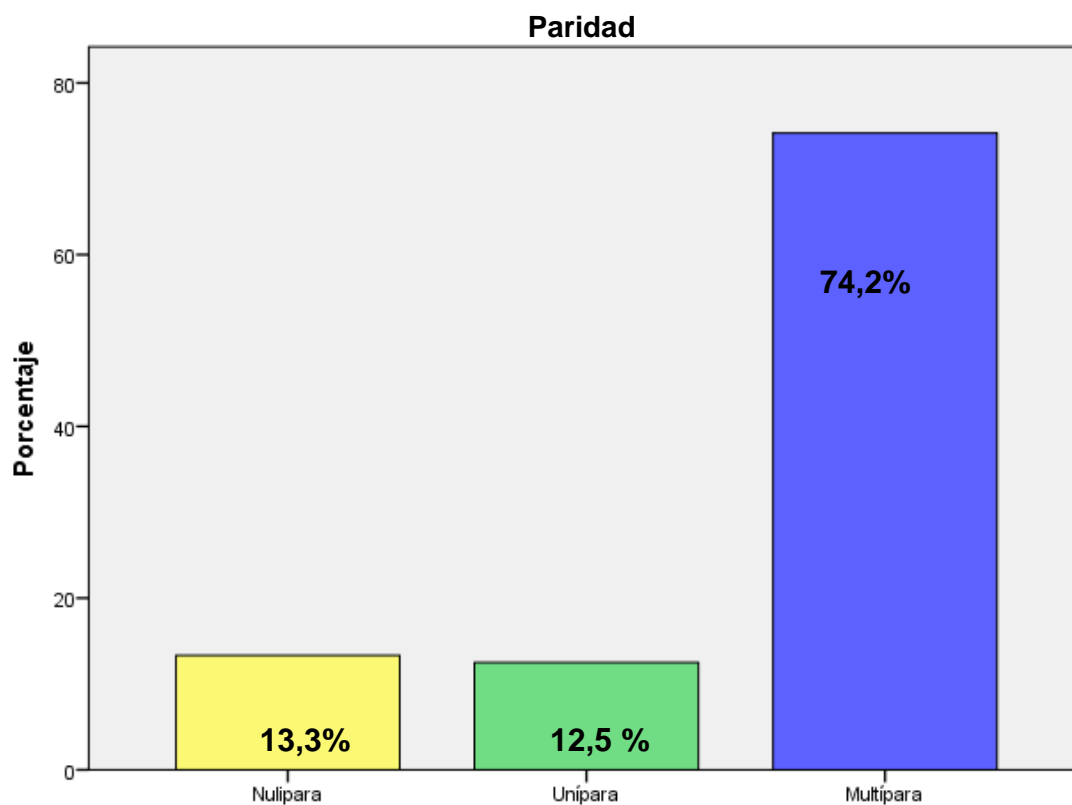
Gráfico 4. Frecuencia peso de las pacientes expresado en porcentajes.

Tabla 6. Frecuencia de Paridad de las Pacientes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nulípara	16	13,3	13,3	13,3
	Unípara	15	12,5	12,5	25,8
	Múltipara	89	74,2	74,2	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

La mayoría de las pacientes que participaron en esta investigación era múltipara, con un total de 74,2% las nulíparas y uníparas representaron un 13,3 y 12,5 % respectivamente.



Paridad

Gráfico 5. Frecuencia paridad de las pacientes
Tabla 7. Frecuencia de Resultado de mamografía

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Patológico	9	7,5	7,5	7,5
	Normal	111	92,5	92,5	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Fuente: Propia

El 92,5 % de las pacientes tuvieron resultado normal en la mamografía y solo un 7,5% resultaron patológicos.

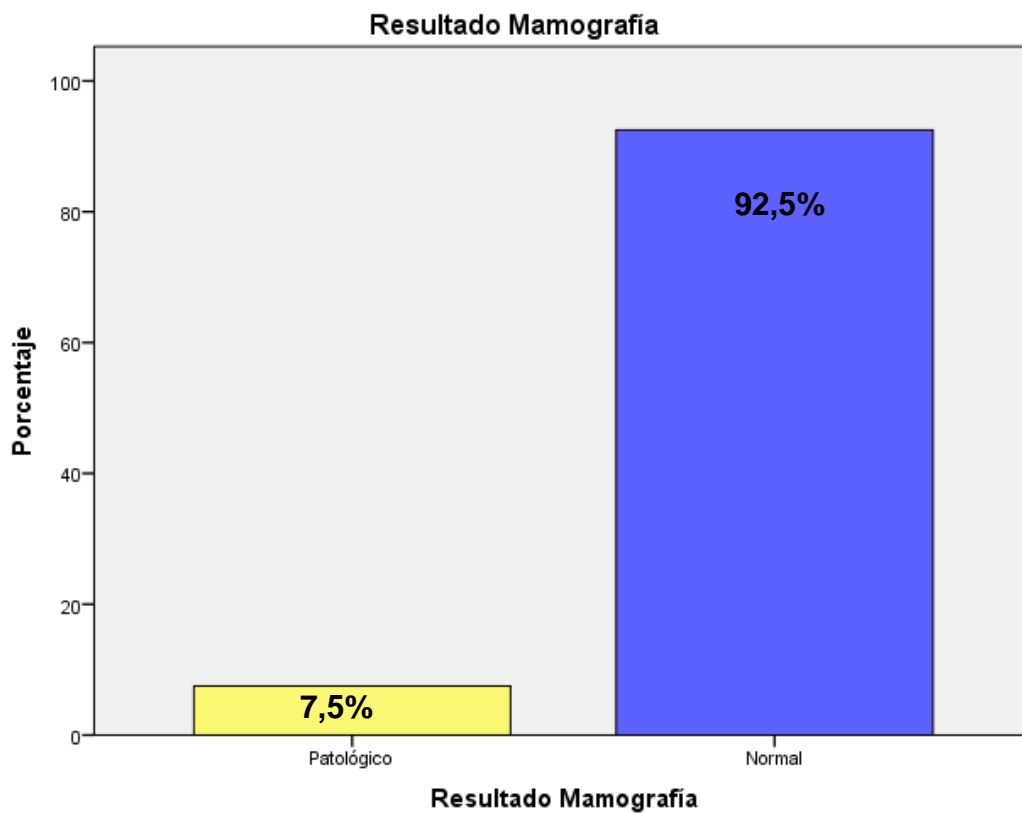


Gráfico 6. Frecuencia de resultados de mamografía

Tabla 8. Frecuencia de Resultado de examen físico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Patológico	8	6,7	6,7	6,7
	Normal	112	93,3	93,3	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Fuente. Elaboración propia

El 93,3 de las pacientes tuvieron resultado normal al examen físico y solo un 6,7% tuvieron resultado patológico.

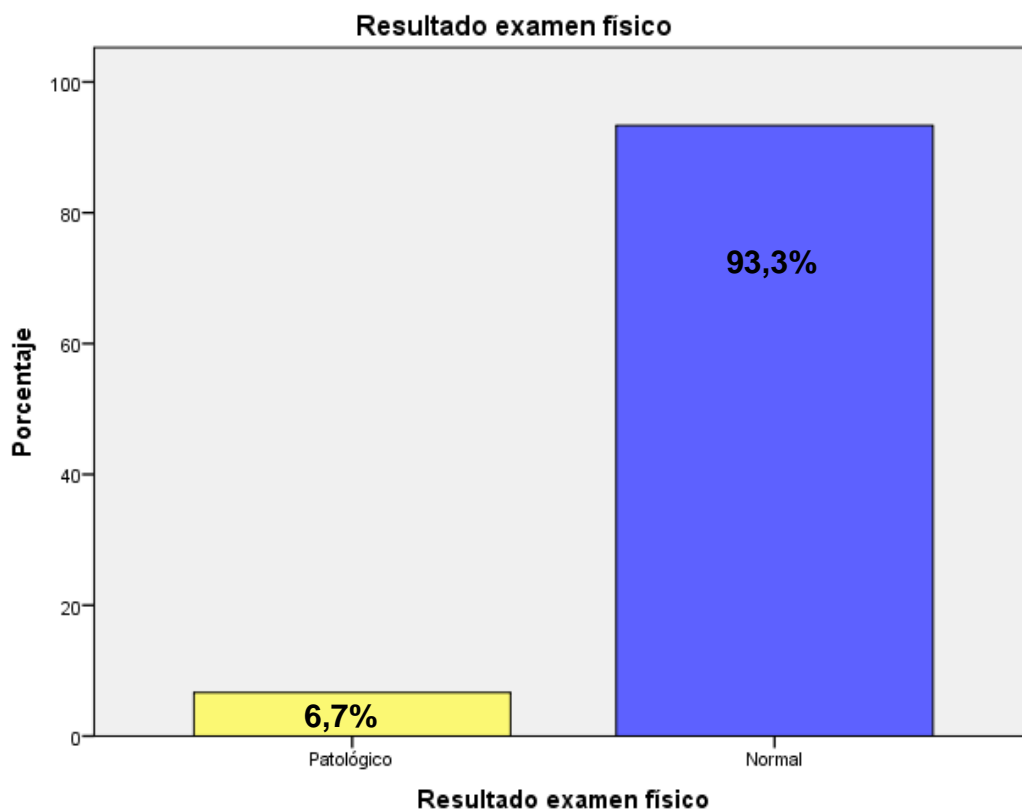


Gráfico 7. Frecuencia resultados de examen físico

Tabla 9. Correlación de Resultado de mamografía vs Resultado de examen físico

		Resultado Mamografía	Resultado examen físico
Resultado Mamografía	Correlación de Pearson	1	,812**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	120	120
Resultado examen físico	Correlación de Pearson	,812**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	120	120

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia

Según el estadígrafo de correlación de Pearson la correlación entre estas dos variables es muy significativa y positiva ($p > 0.05$).

Tabla 10. Correlación de Variable de control edad de la Paciente

Variables de control			Resultado Mamografía	Resultado examen físico
Edad de la Pac	Resultado Mamografía	Correlación	1,000	,821
		Significación (bilateral)	.	,000
		GI	0	117
	Resultado examen físico	Correlación	,821	1,000
		Significación (bilateral)	,000	.
		GI	117	0

Fuente: Elaboración Propia

La correlación para la variable de control edad de las pacientes es muy significativa para el resultado de mamografía y examen físico. ($p > 0.05$).

Tabla 11. Correlación de Variable de control antecedentes familiares.

Variables de control			Resultado Mamografía	Resultado examen físico
Antecedentes Familiares	Resultado Mamografía	Correlación	1,000	,809
		Significación (bilateral)	.	,000
		GI	0	117
	Resultado examen físico	Correlación	,809	1,000
		Significación (bilateral)	,000	.
		GI	117	0

Fuente: Propia

La correlación para la variable de control antecedentes familiares es muy significativa para el resultado de mamografía y examen físico. ($p > 0.05$).

Tabla 12. Correlación de Variable de control raza.

Variables de control			Resultado Mamografía	Resultado examen físico
Raza de la Paciente	Resultado Mamografía	Correlación	1,000	,811
		Significación (bilateral)	.	,000
		GI	0	117
	Resultado examen físico	Correlación	,811	1,000
		Significación (bilateral)	,000	.
		GI	117	0

Fuente: Propia

La correlación para la variable de control raza de las pacientes es muy significativa para el resultado de mamografía y examen físico. ($p > 0.05$).

Tabla 13. Correlación de Variable de control peso

Variables de control			Resultado Mamografía	Resultado examen físico
Peso del paciente	Resultado Mamografía	Correlación	1,000	,811
		Significación (bilateral)	.	,000
		GI	0	117
	Resultado examen físico	Correlación	,811	1,000
		Significación (bilateral)	,000	.
		GI	117	0

Fuente: Propia

La correlación para la variable de control peso de las pacientes es muy significativa para el resultado de mamografía y examen físico. ($p > 0.05$).

Tabla 14. Correlación de Variable de control paridad

Variables de control			Resultado Mamografía	Resultado examen físico
Paridad	Resultado Mamografía	Correlación	1,000	,807
		Significación (bilateral)	.	,000
		Gl	0	117
	Resultado examen físico	Correlación	,807	1,000
		Significación (bilateral)	,000	.
		Gl	117	0

Fuente: Propia

La correlación para la variable de control peso de las pacientes es muy significativa para el resultado de mamografía y examen físico. ($p > 0.05$).

4.2 Discusión:

Fueron evaluados 120 pacientes derecho habientes y titulares adscritos al hospital Luis Negreiros Vega que se realizaron simultáneamente la exploración física y mamografía por sospecha de patologías mamarias siendo la totalidad de las indicaciones por sospecha de cáncer de mama.

La edad promedio de las pacientes fue 47 años, con una media de 49,01 años siendo la paciente de menor edad de 35 años y la de mayor edad 72 años, el grupo etario más representativo estuvo constituido por pacientes cuyas edades están comprendidas entre 40 a 48 años de edad haciendo un total de 53.4%.

Nuestro estudio coincide en gran parte con la investigación realizada el año 2015 en el Hospital Guillermo Almenara de Lima donde se realizaron 1050 mamografías con resultados de mamas densas, se realizaron 315 ecografías complementarias, se encontró predominancia de mamas densas en grupo etáreo de 40 – 49 años, en 51% de casos.

Del 100% de las pacientes con sospecha de cáncer de mama evaluadas se pudo confirmar la presencia de enfermedad mediante el examen físico y la mamografía en un 6,7% y 7,5% de ellas respectivamente.

Estos datos coinciden con la investigación realizada el año 2016 en el Hospital Octavio Mongrut Muñoz donde se realizó un estudio con 5044 pacientes que se realizaron mamografía y se determinó que los hallazgos radiológicos en screening de cribado de cáncer de mama influyen en la detección temprana de esta enfermedad.

4.3. Conclusiones:

- La presente investigación nos permite señalar que existe una correlación significativa entre el examen físico y la mamografía en la evaluación de patologías mamarias en pacientes del Hospital Luis Negreiros Vega 2017 con un valor ($p = ,812$) el cual es muy significativo.
- La investigación nos permite señalar que existe una correlación significativa entre el examen físico y la mamografía en la evaluación de patologías mamarias según la edad en pacientes del hospital Luis Negreiros vega 2017 con un valor ($p = ,821$) el cual es muy significativo.
- La investigación nos permite señalar que existe una correlación significativa entre el examen físico y la mamografía en la evaluación de patologías mamarias según antecedentes familiares en pacientes del hospital Luis Negreiros vega 2017 con un valor ($p = ,809$) el cual es muy significativo.
- La investigación nos permite señalar que existe una correlación significativa entre el examen físico y la mamografía en la evaluación de patologías mamarias según la raza en pacientes del hospital Luis Negreiros vega 2017 con un valor ($p = ,811$) el cual es muy significativo.
- La investigación nos permite señalar que existe una correlación significativa entre el examen físico y la mamografía en la evaluación de

patologías mamarias según el peso en pacientes del hospital Luis Negreiros vega 2017 con un valor ($p = ,811$) el cual es muy significativo.

- La investigación nos permite señalar que existe una correlación significativa entre el examen físico y la mamografía en la evaluación de patologías mamarias según la paridad en pacientes del hospital Luis Negreiros vega 2017 con un valor ($p = ,807$) el cual es muy significativo.

4.4. Recomendaciones:

- Recomendamos la difusión mediante todos los medios posible a la población femenina la realización de un examen de rutina de examen físico de las mamas.
- Recomendamos a las mujeres mayores de 35 años que, además de realizarse el examen físico, la complementación con una mamografía para de esa manera diagnosticar el cáncer en sus etapas tempranas y sea factible un tratamiento exitoso.
- Recomendamos a las pacientes que se encuentran en el grupo de riesgo determinados por la edad, antecedentes familiares, peso, raza y paridad la realización de rutina de un examen físico y una mamografía con la finalidad de detectar la enfermedad precozmente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. Cancer statistics, 2010. *CA Cancer J Clin.* 2010;60(5):277-300.
2. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro:INCA;2011 access:2013 Aug.
3. Rezende MCR, Koch HA, Figueiredo JA, Thuler LCS. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2009;31(2):75-81.
4. American Cancer society September 25, 2014
5. Portal de la Organización mundial de la salud
<http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>
6. Anderson BO et al. (2008). Guideline implementation for breast healthcare in low-income and middle-income countries: overview of the Breast Health Global Initiative Global Summit 2007. *Cancer*, 113, 2221–43.
7. Breastcancer.org 5 de diciembre de 2016
8. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Cáncer de Mama. Ciudad de La Habana (Cuba): 2002.
9. Dr. José Antonio Nuevo González Especialista en Medicina Interna. Servicio de Urgencias del Hospital Gregorio Marañón de Madrid web consultas revista de salud y bienestar. 2017. Disponible en: <https://www.webconsultas.com/patologias-benignas-de-mama/anomalias-del-desarrollo-de-las-mamas-2139>

10. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer incidence and mortality worldwide: IARC Cancer Base No. 11. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013.
11. Miller KD, Siegel RL, Lin CC, Mariotto AB, Kramer JL, Rowland JH, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2016. *CA Cancer J Clin.* 2016;66:271- 89.
12. J.A. Merino Bonilla, M. Torres Tabanera b y L.H. Ros Mendoza Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Santiago Apóstol, Miranda de Ebro (Burgos), El cáncer de mama en el siglo XXI: de la detección precoz a los nuevos tratamientos. 29 de enero de 2017; aceptado el 9 de junio de 2017
13. American Cancer Society: Cancer Facts and Figures 2017. Atlanta, Ga: American Cancer Society, 2017.
14. Hammond ME, Hayes DF, Dowsett M, Allred DC, Hagerty KL, Badve S. American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists guideline recommendations for immunohistochemical testing of estrogen and progesterone receptors in breast cancer (unabridged version). *Arch Pathol Lab Med.* 2010 Jul;134(7):48-72.
15. Paredes A y Agüero J. Sensibilidad, Especificidad y Valor Predictivo del Examen Físico y de la Mamografía en el Diagnóstico Preoperatorio de Cáncer de Mama. *Rev Inst Nac Cancerol Méx.* 2009; 41(2): 89-92.
16. Huston T, Simmons RM. Ductal carcinoma in situ in a 27 years old woman with McCune-Albright syndrome. *Breast J.* 2004;10(5):440.

17. Wong-Suk Lee, Jeong Eon Lee, Jung Han Min. Analysis of prognostic factors and treatment modality changes in breast cancer: a single study in Korea. *Yousei Med J.* 2007;48(3):465-73.
18. Sobre el dolor asociado con el cáncer. About Cancer Pain [Internet]. Sociedad Americana de cancerología. 2016 [cited 30 April 2016]. Available from:
<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002284-pdf.pdf>
19. Palma G, Frasci G, Chirico A, Esposito E, Siani C, Saturnino C. Triple negative breast cancer: looking for the missing link between biology and treatments. *Oncotarget.* 2015 Sep; 6(29):26560-74.
20. Tabar L, Fagerberg G, Chen H-H. Efficacy of Breast Cancer Screening by Age: New Results from the Swedish Two-County Trial. *CANCER.* 2009; 75(10): 2507-17
21. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. *CA Cancer J Clin.* 2016 Jan-Feb. 66 (1):7-30.
22. Gøtzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Data base Syst Rev.* 2011 Jan;19(1):CD001877.
23. Chae EY, Kim HH, Cha JH, Shin HJ, Choi WJ. Detection and characterization of breast lesions in a selective diagnostic population: Diagnostic accuracy study for comparison between one-view digital
24. Siu AL. Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2016 Feb ;164(4):279-96.

25. Suzuki R, Rylander-Rudqvist T, Ye W, Saji S, Wolk A. Body weight and postmenopausal breast cancer risk defined by estrogen and progesterone receptor status among Swedish women: A prospective cohort study. *Int J Cancer*. 2006;119:1683_9.
26. D'Orsi CJ, Sickles EA, Mendelson EB, Morris EA. American College of Radiology (ACR) Breast Imaging Reporting and Data System Atlas (BI-RADS Atlas), 5th ed.
27. Raysy Sardiñas Ponce Calle *Rev haban cienc méd* v.8 n.3 Ciudad de La Habana jul.--sep. 2009
28. Msc. José Manuel Ricardo Ramírez I y Dr. Robert Duniert Rodríguez Rodríguez *MEDISAN* vol.16 no.7 Santiago de Cuba jul. 2012
29. Miller AB¹, Wall C, Baines CJ, Sun P, To T, Narod SA. Dalla Lana Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. *BMJ*. 2014 Feb 11;348:g366
30. Mercy Yadith Davila Carcamo, Dalia Dayerli Hernández Triana, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales Facultad de Ciencias de la Salud Medicina Humana. Nivel de conocimientos sobre el autoexamen de mama en pacientes femeninas en el servicio de consulta externa de ginecobstetricia del Hospital Santa Matilde de Madrid Cundinamarca en mujeres mayores de 18 años en marzo de 2016.
31. Mónica Patricia Albán Rivero, Universidad Nacional mayor de san Marcos Facultad de Medicina Humana EAP. de Tecnología Médica Valor diagnóstico de la mamografía digital en la detección de cáncer de mama: Hospital Nacional Dos de Mayo, enero - octubre 2012

32. Jesús Ernesto Marreros Grados, Hugo Manuel Contreras Carrillo, Luis García Bernal. Patología benigna mamaria en pacientes del Servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Rev peru ginecol obstet. 2013;59: 161-165
33. César Ernesto Garay Calderón, facultad de Medicina Humana sección de posgrado; Ecografía mamaria complementaria en mamas mamográficamente densas Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2014
34. Luis Alberto Bocanegra Arana, Universidad Ricardo Palma Facultad de Medicina Humana "Hallazgos Radiológicos en estudios de Screening, cribado para detectar Cancer de mama en el Hospital I Octavio Mongrut Muñoz en el periodo de Enero –Diciembre del 2014

ANEXO N° 01.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Código: _____

Fecha: __/__/____

I. CRITERIOS DE SELECCIÓN	
1. Paciente de sexo femenino: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	1. Edad de la paciente: _____ años
2. Paciente mayor de 35 años: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	2. Antecedentes familiares: <input type="checkbox"/> Con antecedentes <input type="checkbox"/> Sin antecedentes
3. Paciente menor de 72 años: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	3. Raza: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Mestiza <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra
4. Paciente sometido a examen físico de mamas durante el año 2017: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	4. Peso Corporal: <input type="checkbox"/> Bajo peso <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sobrepeso <input type="checkbox"/> Obesa
5. Paciente sometido a examen de mamografía durante el año 2017: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	5. Paridad: <input type="checkbox"/> Nulípara <input type="checkbox"/> Unípara <input type="checkbox"/> Multípara
Observaciones: _____ _____ _____ _____	

ANEXO N° 02.

SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN.

Dr.

RICARDO MUÑOZ IBARCENA

Director

Hospital II Lima Norte Callao "Luis Negreiros Vega"

Presente.



Asunto: Solicitud de permiso para la Aplicación de llenado de fichas de recolección de datos a

Partir de los informes imagenológicos y fichas patológicas.

Atentamente

Dr. Luis Coronado Santillán

Jefe del Servicio de diagnóstico por imágenes

De mi especial consideración

Tengo el agrado de dirigirme a usted con la finalidad de expresarle mis cordiales saludos, solicitando su apoyo y autorización en el llenado de fichas y recolección de datos por los meses de febrero y marzo 2018, a partir de los informes imagenológicos y fichas patológicas el cual será aplicado a pacientes con diagnóstico presuntivo de cáncer de mama para realizar un trabajo de investigación titulado "Correlación entre el examen físico y la mamografía en la evaluación de patologías mamarias en pacientes del Hospital II LNC - Luis Negreiros Vega 2017. También conocer la correlación entre el examen físico y la mamografía en la evaluación de patologías mamarias según la edad, antecedentes familiares, raza, peso, paridad realizados a los pacientes del Hospital II LNC - Luis Negreiros Vega 2017.

Se expide el presente documento para los trámites respectivos

Atentamente

Callao 26 de diciembre del 2017

IRMA ALARCON CAMPOS

DNI 27387404

BACHILLER DE RADIOLOGIA - UAP

ANEXO Nº 3

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: CORRELACIÓN ENTRE EL EXAMEN FÍSICO Y LA MAMOGRAFÍA EN LA EVALUACIÓN DE PATOLOGÍAS MAMARIAS - HOSPITAL LUIS NEGREIROS VEGA 2017					
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	VARIABLES DE ESTUDIO	DIMENSIONES Y/O REGISTROS	INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	METODOLOGÍA
<p><u>Problema General:</u> ¿Qué relación existe entre el examen físico y la mamografía en la evaluación de patologías mamarias en pacientes del Hospital Luis Negreiros Vega 2017?</p>	<p><u>Objetivo General:</u> Establecer la relación entre el examen físico y la mamografía en la evaluación de patologías mamarias en pacientes del Hospital Luis Negreiros Vega 2017.</p>	<p><u>Variable Principal:</u> Patologías Mamarias.</p>	<p>Examen Físico de mamas Mamografía.</p>	<p>Historia clínica. Informe mamográfico.</p>	<p><u>Diseño de Estudio:</u> Estudio correlacional descriptivo de tipo transversal.</p>
<p><u>Problemas Específicos:</u> ¿Qué relación existe entre el examen físico y la mamografía en la evaluación de patologías mamarias según la edad en pacientes del hospital Luis Negreiros vega 2017?</p>	<p><u>Objetivos Específicos:</u> Establecer la relación entre el examen físico y la mamografía en la evaluación de patologías mamarias según la edad en pacientes del hospital Luis Negreiros vega 2017.</p>	<p><u>Variables Secundarias.</u> Edad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 35 – 40 años • 41 – 45 años • 46 - 50 años • 51 – 55 años • 56 – 60 años • 61 - 65 años • 66 - 72 años 	<p>Historia clínica. Informe mamográfico.</p>	<p><u>Población:</u> 120 pacientes mujeres que acuden al servicio de ginecología y radiodiagnóstico unidad de mamografía del Hospital Luis Negreiros Vega durante el período 2017</p>
<p>¿Qué relación existe entre el examen físico y la mamografía en la evaluación de patologías mamarias según antecedentes familiares en pacientes del hospital Luis Negreiros vega 2017?</p>	<p>Establecer la relación entre el examen físico y la mamografía en la evaluación de patologías mamarias según antecedentes familiares en pacientes del hospital Luis Negreiros vega 2017.</p>	<p>Antecedentes Familiares</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene antecedentes • No tiene antecedentes 	<p>Historia clínica. Informe mamográfico.</p>	<p>unidad de mamografía del Hospital Luis Negreiros Vega durante el período 2017</p>
<p>¿Qué relación existe entre el examen físico y la mamografía en la evaluación de patologías mamarias según la raza en pacientes del hospital Luis Negreiros vega 2017?</p>	<p>Establecer la relación entre el examen físico y la mamografía en la evaluación de patologías mamarias según la raza en pacientes del hospital Luis Negreiros vega 2017.</p>	<p>raza</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Blanca. • Mestiza • Asiática • Negra 	<p>Historia Clínica Informe mamográfico.</p>	<p><u>Muestra:</u> 120 pacientes que cumplen con los criterios de selección y se realizaron examen físico de mamas y mamografía en el Servicio de Mamografía del Hospital Luis Negreiros Vega 2017</p>
<p>¿Qué relación existe entre el examen físico y la mamografía en la evaluación de patologías mamarias según el peso en pacientes del hospital Luis Negreiros vega 2017?</p>	<p>Establecer la relación entre el examen físico y la mamografía en la evaluación de patologías mamarias según el peso en pacientes del hospital Luis Negreiros vega 2017.</p>	<p>peso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo peso • Peso normal • Sobre peso • Obesa 	<p>Historia clínica. Informe mamográfico.</p>	<p>examen físico de mamas y mamografía en el Servicio de Mamografía del Hospital Luis Negreiros Vega 2017</p>
<p>¿Qué relación existe entre el examen físico y la mamografía en la evaluación de patologías mamarias según paridad en pacientes del hospital Luis Negreiros vega 2017?</p>	<p>Establecer la relación entre el examen físico y la mamografía en la evaluación de patologías mamarias según paridad en pacientes del hospital Luis Negreiros vega 2017.</p>	<p>Paridad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nulípara • Unípara • Multípara 	<p>Historia clínica. Informe mamográfico.</p>	<p>del Hospital Luis Negreiros Vega 2017</p>