

103 11226



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

**SIGNOS Y SINTOMAS MAMARIOS EN MUJERES
SOSPECHOSAS DE PATOLOGIA EN LA UNIDAD MEDICA
FAMILIAR No. 28 "GABRIEL MANCERA" IMSS.
EVALUACION Y SEGUIMIENTO.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE POSGRADO
EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A
MARIA DE LOS ANGELES LOPEZ SANCHEZ

ASESORES: DR. JOSÉ TRINIDAD SANCHEZ VEGA
JEFE DE DEPARTAMENTO CLINICO U M F 28
DR. AUGUSTO BERNARDO TORRES SALAZAR
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION MEDICA
DE LA U M F 28



IMSS

MEXICO, D.F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

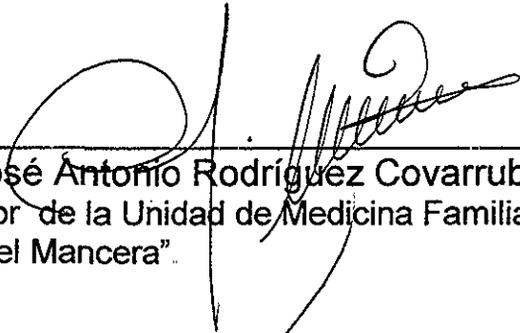


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



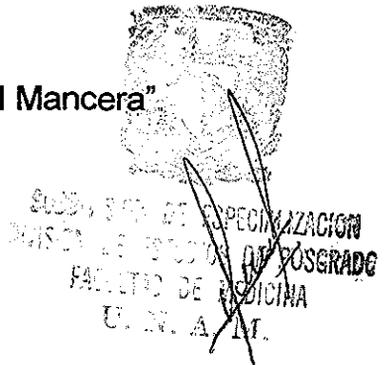
Dr. José Antonio Rodríguez Covarrubias
Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 28
"Gabriel Mancera".



SECRETARÍA DE SALUD
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28



Dr. José Trinidad Sánchez Vega
Jefe de Departamento Clínico
Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera".



SECRETARÍA DE SALUD
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28

INDICE

ANTECEDENTE	1
MARCO TEORICO	4
JUSTIFICACION	14
OBJETIVO	16
UNIVERSO DE TRABAJO	17
LIMITE DE ESPACIO	17
LIMITE DE TIEMPO	17
METODOLOGÍA	18
RESULTADOS	22
DISCUSION	29
CONCLUSIONES	32
RECOMENDACIONES	33
ANEXO 1	34
ANEXO 2	35
BIBLIOGRAFÍA	36

RESUMEN

SIGNOS Y SÍNTOMAS MAMARIOS EN MUJERES SOSPECHOSAS DE PATOLOGÍA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 "GABRIEL MANCERA" IMSS: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

López Sánchez Ma. de los Angeles, Sánchez Vega José Trinidad, Torres Salazar Augusto Bernardo. Unidad de Medicina Familiar No. 28 IMSS

Objetivo: Realizar el seguimiento de las pacientes que acudieron al servicio de medicina preventiva de la UMF No. 28 del IMSS, para un examen de mama y que son clasificadas como sospechosas de alguna patología mamaria.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo de tipo transversal en 178 mujeres que acudieron al servicio de medicina preventiva de la Unidad de Medicina Familiar No. 28, del 1 de enero al 31 de marzo, y que fueron clasificadas como sospechosas de patología, por presentar algún signo o síntoma mamario. Se obtuvo información de medicina preventiva y expedientes clínicos. Los datos fueron tabulados con ayuda de calculadora incluyendo edad, antecedente familiar de cáncer de mama, antecedente personal de patología benigna de mama, menarca, paridad, menopausia, uso de hormonales anticonceptivos y de reemplazo y lactancia, signos y síntomas más frecuentes, envíos a segundo nivel estudio de gabinete más usado y diagnóstico final. Los resultados se plasmaron en tablas y gráficas en números y porcentajes.

Resultados: El total de pacientes estudiadas fue de 178. El grupo de edad predominante fue el de 31-41 años (23%); el signo más referido fue la presencia de tumoración con un 75%, el 38 % fue enviada a valoración a segundo nivel; el diagnóstico final más reportado fue mastopatía fibroquistica en el 33% de los envíos a segundo nivel.

Conclusiones: Los signos y síntomas mamarios son frecuentes aun en mujeres jóvenes menores de 30 años. Los factores de riesgo más reportados fueron: antecedente de patología mamaria benigna, edad de menopausia mayor a 45 años, uso de hormonales anticonceptivos y como terapia de reemplazo. El signo predominante fue la presencia de tumoración. Del total de población estudiada solo la 5ª parte logró un diagnóstico final. No se documentó ningún caso de cáncer de mama.

AGRADECIMIENTOS

A Luis Gerardo, mi hijo, por ser mi sueño hecho realidad, por ser el alegre motorcito que diariamente me impulsa a mejorar, por darle el nuevo sentido a mi vida.



A mis padres, por que aun sin decirlo, han mostrado su cariño todos los días, por su apoyo incondicional y su ejemplo de honradez, tenacidad y bondad que los caracteriza.



A mis hermanos y cuñadas, por sus múltiples manifestaciones de apoyo durante todos estos años.



A mis sobrinas y sobrino, simplemente... por que los quiero.

**SIGNOS Y SINTOMAS MAMARIOS EN MUJERES SOSPECHOSAS
DE PATOLOGÍA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
“GABRIEL MANCERA” IMSS: EVALUACION Y SEGUIMIENTO**

I ANTECEDENTES.

El panorama demográfico de países como México, ha cambiado esencialmente en los últimos 50 años. La esperanza de vida se ha incrementado en la población, actualmente se estima en 80 años en promedio para la mujer. Estos hechos han tenido particular importancia en uno de los principales problemas de salud pública: el cáncer

Actualmente, el cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres en países desarrollados, en México ocupa el segundo lugar en frecuencia.⁽¹⁾ Estadísticamente, si una mujer vive hasta los 85 años, la probabilidad de tener cáncer de mama es una en nueve.⁽²⁾ En este contexto, uno de los principales retos en relación a este padecimiento , es la práctica de la salud pública con fundamento multidisciplinario.⁽³⁾

La propagación de la información sobre cáncer de mama y las formas de detectarlo en estadios tempranos, ha ocasionado que las manifestaciones a este nivel sean motivo de consulta médica, principalmente por temor.

Entre las manifestaciones más frecuentes se encuentran: la mastalgia, los nódulos palpables, la presencia de secreción a través del pezón y los cambios anatómicos en el pezón o la piel. Aunque el dolor no se ha relacionado con mayor riesgo de cáncer de mama⁽⁴⁾, existen estudios en donde se ha encontrado como síntoma único en el desarrollo de algún proceso maligno, aunque en muy baja proporción.

Por ejemplo, no se ha determinado exactamente el origen del dolor de mama, pero se asocia a una etiología hormonal, ya que se ha visto mayor frecuencia en la etapa premenopáusica, aún sin la presencia de nódulos palpables en esta glándula.⁽⁵⁾

Por otra parte, la detección de nódulos mamarios es más frecuente, aunque la mayoría de estos son benignos, la posibilidad de malignidad, obliga a muchas mujeres a consultar al médico. Algunas mujeres de países occidentales desarrollan quistes de mama que son del tipo benigno principalmente. La asociación entre quistes y cáncer no dan resultados claros, fundamentalmente por la falta de definición del término quiste.⁽⁶⁾

Es importante conocer las bases anatómicas y fisiológicas de la glándula mamaria ya que esto nos permitirá comprender los cambios que sufre a lo largo de la vida la mujer. Nuestro papel es, con estas bases detectar la patología que se pueda manifestar, diferenciarla correctamente y tranquilizar a la paciente, ya que

por tratarse de cambios benignos incluso variantes normales, su tratamiento podría traer una morbilidad innecesaria.

II. MARCO TEÓRICO

ANATOMÍA.

En la anatomía de la glándula mamaria se pueden señalar en forma resumida las siguientes estructuras.

- **Parénquima glandular.** Cada mama consta de 15 a 25 unidades glandulares independientes, llamadas lóbulos mamarios, cada uno consta a su vez de una glándula túbulo acinar compuesta. Los lóbulos están organizados radialmente en torno al pezón. Un conducto único de gran tamaño, el conducto galactóforo, drena a cada lóbulo a través de un orificio independiente sobre la superficie del pezón. Inmediatamente antes de la apertura a la superficie, el conducto forma una dilatación llamada seno lactífero. Cada lóbulo mamario está dividido en un número variable de lobulillos mamarios. Cada lobulillo consta de un sistema de conductos, los conductos alveolares, desde los cuales se desarrollan durante el embarazo un gran número de alvéolos.
- **Mamila o pezón.** Contiene haces de músculo liso orientados paralelos a los conductos lactíferos y circularmente cerca de la base; la contracción de éste músculo causa la erección del pezón. La punta del pezón incluye múltiples terminaciones de células nerviosas sensoriales así como también corpúsculos de Meissner. La inervación tiene una gran importancia

funcional porque la succión del lactante desencadena la expulsión de la leche a través de fenómenos neuro humorales.

- **Piel.** La piel que rodea al pezón, la areola mamaria, está formada por epitelio escamoso estratificado queratinizado, al igual que el pezón. Esta piel está pigmentada y contiene glándulas accesorias conocidas como tubérculos de Montgomery. Las secreciones de estas glándulas ayudan a proteger el pezón y la areola durante la lactancia.
- **Tejido conjuntivo.** Los lobulillos están separados por un tejido interlobulillar de colágeno moderadamente denso. Igualmente un tabique fibroso de mayor densidad separa el territorio de cada lóbulo. La fascia que recubre la mama envía prolongaciones a la piel que, en el hemitórax superior, reciben el nombre de ligamento suspensor de Cooper.
- **Panículo adiposo.** Los lóbulos están incluidos en una masa abundante de tejido adiposo que está subdividido por tabiques de colágeno.
- **Vasos linfáticos.** La irrigación arterial de las mamas, está compuesta por ramas perforantes de la arteria mamaria, ramas externas de las arterias intercostales posteriores y ramas de la arteria axilar. El drenaje venoso correrá a cargo de ramas perforantes de la vena torácica interna, ramas de la vena axilar y ramas perforantes de las venas intercostales posteriores.

En cuanto al drenaje linfático, hay que destacar que este corre a cargo de dos grandes estaciones ganglionares:

- *Cadena axilar:* recoge el 25 % está formada por ganglios de la vena axilar (grupo más importante), ganglios mamarios externos, ganglios escapulares, ganglios centrales, ganglios inter pectorales o de *Rotter* y ganglios subclaviculares.
- *Cadena mamaria:* Recoge el 25 % del flujo que acompaña a los vasos perforantes de los espacios intercostales.

- **Relaciones anatómicas.** La mama se relaciona directamente con la axila y el tórax. La axila es el componente anatómico más importante relacionado con la cirugía de la mama. Es un comportamiento de forma piramidal cuyo vértice es el ligamento costo-clavicular, su base con la fascia axilar, la piel y las paredes están formadas por diversas estructuras torácicas y de miembro superior. El contenido de la axila son los vasos axilares, el plexo braquial. Los ganglios linfáticos y las respectivas ramas de todos ellos.

En cuanto al tórax óseo queda definido como una caja cuya pared anterior está formada por el esternón y los diez primeros pares de costillas. Las paredes laterales están formadas por las costillas y los espacios intercostales, mientras que la pared posterior lo está por las doce vértebras torácicas. La mama también se relaciona con elementos esqueléticos del tórax, tales como los músculos intercostales y subcostales, serrato anterior y pectorales mayor y menor.

EMBRIOLOGIA Y DESARROLLO.

En caso de desarrollo normal de las glándulas mamarias, éstas se originan en dos bandas engrosadas de ectodérmico epidérmico que aparece durante la sexta semana. Los rebordes se extienden desde las axilas hasta las regiones inguinales (líneas mamarias o línea láctea). Habitualmente estos pliegues bilaterales sufren atrofia subtotal, excepto en dos regiones simétricas situadas en el tórax en desarrollo. El fracaso de la involución programada es la responsable de anomalías congénitas, como pezones o mamas supernumerarias (politelia y polimastia respectivamente), en cualquier punto de la línea láctea. A medida que se produce el desarrollo de la mama, crecen de 15 a 20 cordones adyacentes de células del conducto sudoríparo desde la epidermis hacia el tejido fibroadiposo subcutáneo para posteriormente, mediante una serie de ramificaciones, producir los conductos y senos galactóforos para finalmente formar las unidades terminales, conducto-lobulillo.

Todos los segmentos del árbol conducto-lobulillo, están cubiertos por doble capa de epitelio; una superficial interna, que en el lobulillo tiene la capacidad para diferenciarse hacia las células secretoras y una capa celular o capa mioepitelial que tiene una función contráctil.

CAMBIOS CÍCLICOS.

La mama sufre cambios cíclicos según las distintas fases del ciclo menstrual. Durante el período ovulatorio, el aumento de estrógenos produce estimulación glandular y retención hídrica que hace que la mama se presente más tensa y voluminosa.

Durante el período premenstrual, se produce un aumento del volumen mamario por un incremento del tamaño de los lobulillos sin ninguna prueba de proliferación epitelial

En la pubertad, las glándulas mamarias femeninas se agrandan rápidamente, este desarrollo está inducido por hormonas después del cual alcanza una fase de "reposo", respondiendo al ambiente hormonal de incremento y remisión del ciclo menstrual.

Cuando se presenta la menstruación, con la caída brusca de los estrógenos la mama pasa de tener su forma cónica habitual a tener una forma hemisférica, por un depósito de tejido adiposo alrededor de la glándula.

Durante el embarazo, la mama sufre otra transformación desde su estado de reposo a uno diferenciado (lactación). Los lobulillos aumentan de tamaño con la consiguiente disminución del estroma interlobulillar. Las células lobulillares se cargan de vacuolas lipídicas y aparecen en el interior de los lobulillos, el calostro,

una secreción líquida serosa que contiene células epiteliales descamadas. Durante el 2º y 3º trimestre la actividad secretoria en los lobulillos mamarios va incrementándose.

Tras el parto, con la desaparición de los efectos inhibidores de la prolactina que tienen las hormonas luteínica y placentaria, se alcanza el estado lactacional completamente diferenciado. La mama alcanza mayores dimensiones por el acúmulo de leche, (efecto prolactina y progesterona) y por la hipertrofia glandular desarrollada durante la gestación, por ello aparece ingurgitada y muy tensa.

Durante el período posmenopáusico, se produce una disminución de la secreción ovárica de estrógenos y progesterona, produciéndose una involución progresiva de los componentes ductal y glandular. Por ello la mama se reduce en volumen y consistencia, se aplasta progresivamente contra la pared torácica quedando flácida y péndula.

PATOLOGÍA BENIGNA DE LA MAMA

Esquema general:

- Mastopatía (generalidades)	- Lipoma
- Quistes	- Hemangioma, linfangioma, neurofibroma subcutáneo
- Adenomatosis y Adenosis esclerosante	- Mastitis aguda
- Fibroadenoma	- Mastitis crónica, mastitis de células plasmáticas
- Fibroadenoma gigante tumor filodes	- Tuberculosis
- Fibroadenolipoma	- Actinomicosis
- Papiloma intraductal P. intraquístico, papilomatosis.	- Hematoma y necrosis grasa.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Nódulo/ tumoración mamaria

- Tamaño
- Consistencia: las tumoraciones benignas son de consistencia gomosa o plástica mientras que las malignas son pétreas.
- Forma: si es benigna será lisa y ovidea y si es maligna será de bordes irregulares.

- Delimitación: Esto debe ser evaluado mediante la minuciosa palpación. Relacionado con la forma de la tumoración.
- Adherencia a planos: Esto es si hay movilidad dentro de la glándula o con la glándula. Si existe fijación o no a la piel y estructuras vecinas.
- Estabilidad clínica a la palpación, es decir que la masa será benigna si no cambia de tamaño con el tiempo.
- Cambios en piel: si al mover la tumoración se desplaza o aparecen retracciones, piel de naranja, sospechar patología maligna.
- Secreciones por pezón: telorrea sanguinolenta orienta hacia un carcinoma, mientras que la secreción purulenta o serosa es indicativa de procesos benignos.

CARACTERÍSTICA RADIOLÓGICAS.

Nódulo/ Tumoración.

- Tamaño
- Densidad. Cada estructura mamaria tiene una densidad. Estas determinan que en los estudios mamarios a mujeres < de 30 años se realice ultrasonido y a mujeres > de 30 años una mamografía.
- Forma
- Nitidez de imágenes
- Estabilidad radiológica.
- Asociación a tumoración: Las lesiones benignas no se asocian.

Distorsión de la arquitectura mamaria.

- Lesión estrellada
- Asimetría glandulares

Calcificaciones.

- Tamaño: Las micro calcificaciones (<0.5 mm) indican benignidad y las macro calcificaciones, malignidad.
- Morfología, las calcificaciones benignas son redondeadas y las malignas son espiculadas.
- Distribución: Las calcificaciones si son benignas se disponen de manera difusa, mientras que las malignas tienden a estar agrupadas.
- Variación en el tiempo: las lesiones benignas no cambian con el tiempo.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.

SIN RIESGO AUMENTADO	RIESGO LIGERAMENTE AUMENTADO	RIESGO MODERADAMENTE AUMENTADO	ALTO RIESGO
Cambio apócrino	Hiperplasia epitelial moderada o florida	Hiperplasia ductal atípica	Carcinoma ductal "in situ"
Ectasia ductal	Adenosis esclerosante	Hiperplasia lobulillar atípica	Carcinoma lobulillar "in situ"
Hiperplasia epitelial leve	Papiloma		

El factor que más incrementa el riesgo de carcinoma es el mayor grado de atipia de la hiperplasia.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CÁNCER DE MAMA.

Actualmente se considera al cáncer de mama como una enfermedad multifactorial, diversos autores han sugerido algunas teorías en torno a los factores etiológicos asociados, identificados mediante investigaciones epidemiológicas en los últimos años.⁽⁷⁾

FACTOR DE RIESGO	GRUPO DE ALTO RIESGO	GRUPO DE BAJO RIESGO
Edad	Mayor de 50 años	Menor de 40 años
País de residencia	Norteamérica	Asia y África
Antecedente cáncer de mama (madre hermana)	Si	No
Nivel socioeconómico	Alto	Bajo
Edad tardía primer embarazo	> 30	< 30
Historia de cáncer de mama	Si	No
Estado civil	Solteras	Casadas
Lugar de residencia	Urbana	Rural
Nulliparidad	Si	No
Edad de menarca	Temprana	Tardía
Edad de menopausia	Tardía	Temprana
Composición corporal posmenopáusica	Obesa	Delgada
Antecedente de cáncer primario de ovario y/o endometrio	Si	No

III. JUSTIFICACIÓN.

Es indudable que la sintomatología en la mama en la mujer es muy frecuente; una vez que ésta detecta la presencia de cualquier alteración, le genera por lo regular inquietud, lo que con lleva en la mayoría de las veces, acudir al médico.

Muy poco se sabe acerca de los signos y síntomas mamarios que pueden presentar las mujeres, principalmente en el primer nivel de atención de salud, quien debe estar alerta y tener el conocimiento en torno a este importante fenómeno, que aparece en la mayoría de las mujeres.

La función básica de la glándula mamaria es la lactancia; sin embargo la mayoría de las ovulaciones no terminan en gestación, y en consecuencia, los cambios preparatorios de la mama para conseguir la lactancia no se producen con la consiguiente involución del tejido. Este es básicamente el mecanismo de producción de la mayor parte de la patología mamaria benigna de la época de la madurez. Por otra parte es en la edad adulta cuando aparecerá con mayor frecuencia el cáncer de mama.

El cáncer de mama en las mujeres mexicanas representa el 10.8% de la población en general; el diagnóstico se hace tardíamente (etapas III y IV) con un promedio de edad de 51 años, el 45 % de ellas menores de 50 años ⁽¹⁾ Ello ha

generado la elaboración de programas de autoexploración, que ayuden a detectar la presencia de cambios de cualquier tipo a cualquier edad en las mamas.

Aunque existen estudios donde se dice que la mejor prueba de detección es la mamografía, en nuestro medio, muchos cánceres se han diagnosticado a partir de la autoexploración; pero desafortunadamente en estadios avanzados.⁽⁸⁾ Con todo, seguimos, dependiendo de esta sencilla prueba, puesto que es de bajo costo al alcance de cualquier mujer y básicamente en el primer nivel de atención

Ello hace que muchas mujeres acudan a la consulta por la presencia de alguna tumoración en la mama o de algún síntoma que la haga sospechar de patología. Por consiguiente en nuestro sistema de salud, el médico familiar es la primera línea tanto de medicina preventiva como de estudio para estas pacientes.

En la unidad de medicina familiar No. 28 del IMSS, se hacen constantes solicitudes de envío a valoración a segundo nivel para este tipo de problemas, pero por lo regular no se hace seguimiento de cuantas de éstos casos se detectaron como procesos malignos y que implicaron secuelas, extirpación, invalidez y otras. Es obligación del médico familiar, participar en la preservación de la salud, para que en forma conjunta se pueda dar una respuesta social organizada en la detección oportuna del cáncer de mama. De ahí la inquietud del presente estudio.

IV. OBJETIVO

Realizar el seguimiento de las pacientes que acudieron al servicio de medicina preventiva de la UMF 28 del IMSS, para un examen de mama y que son clasificadas como sospechosas de patología, por presentar algún signo o síntoma en mama.

IV. UNIVERSO DE TRABAJO.

- Mujeres que acudieron a valoración al servicio de medicina preventiva de la UMF 28 del IMSS de enero a marzo del 2001, y que fueron clasificadas como sospechosas, por presentar algún signo o síntoma mamario.

V. LIMITE DE ESPACIO.

- Recursos para la investigación:
 - Departamento de Medicina Preventiva
 - Expedientes clínicos
 - Archivo clínico de la unidad
 - Contrarreferencia de 2º nivel.
 - Archivo de HGO No. 4 Luis Castelazo Ayala
 - Biblioteca.

VI. LIMITE DE TIEMPO.

El trabajo se realizó del 1 de enero a 31 de marzo del 2001 en la Unidad No 28 del IMSS.

IV. UNIVERSO DE TRABAJO.

- Mujeres que acudieron a valoración al servicio de medicina preventiva de la UMF 28 del IMSS de enero a marzo del 2001, y que fueron clasificadas como sospechosas, por presentar algún signo o síntoma mamario.

V. LIMITE DE ESPACIO.

- Recursos para la investigación:
 - Departamento de Medicina Preventiva
 - Expedientes clínicos
 - Archivo clínico de la unidad
 - Contrarreferencia de 2º nivel.
 - Archivo de HGO No. 4 Luis Castelazo Ayala
 - Biblioteca.

VI. LIMITE DE TIEMPO.

El trabajo se realizó del 1 de enero a 31 de marzo del 2001 en la Unidad No 28 del IMSS.

IV. UNIVERSO DE TRABAJO.

- Mujeres que acudieron a valoración al servicio de medicina preventiva de la UMF 28 del IMSS de enero a marzo del 2001, y que fueron clasificadas como sospechosas, por presentar algún signo o síntoma mamario.

V. LIMITE DE ESPACIO.

- Recursos para la investigación:
 - Departamento de Medicina Preventiva
 - Expedientes clínicos
 - Archivo clínico de la unidad
 - Contrarreferencia de 2º nivel.
 - Archivo de HGO No. 4 Luis Castelazo Ayala
 - Biblioteca.

VI. LIMITE DE TIEMPO.

El trabajo se realizó del 1 de enero a 31 de marzo del 2001 en la Unidad No 28 del IMSS.

VII. METODOLOGÍA

1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

- Es un estudio transversal, retrospectivo, descriptivo y observacional.

2. POBLACIÓN UNIVERSO:

- Se realiza el estudio en la UMF No. 28 en todas aquellas mujeres que acudieron al servicio de medicina preventiva de 1 enero al 31 de marzo del 2001 y que fueron clasificadas como sospechosas

3. VARIABLES:

- Dolor mamario: Algunas veces el dolor mamario es referido. Se denomina mastodinia cuando el dolor aparece cíclicamente, en fase menstrual con duración entre dos y quince días previos al inicio de la menstruación. Mastalgia cuando el dolor es acíclico, está relacionado con mayor frecuencia con patología orgánica mamaria como quistes de crecimiento rápido y fibroadenomas.
- Tumoración: Es el síntoma primordial de la patología mamaria. La aparición de un relieve a la palpación denota patología. Se define como nódulo si es de manera independiente, placa si es engrosamiento de una zona sin delimitar bordes. Conviene describir las características de la piel adyacente

- Derrame del pezón: La presencia de secreción es un proceso fisiológico y normal en un periodo de la vida de la mujer como la lactancia. La presencia de derrame se le denomina telorrea; telorrea fuera del periodo de lactancia es galactorrea. Si este escurrimiento es hemático se le denomina telorragia. Si la secreción es bilateral, por varios conductos de color claro o lechoso, indican patología funcional. Si es unilateral, color obscuro o hemático orienta a patología orgánica.
- Cambios en la piel: Destacan la presencia de enrojecimiento, calor local y dolor. También las características del pezón como hundimiento, irritaciones, infecciones eccemas que sean recurrentes o no curen fácilmente

4 MUESTRA.

Se analizan todos los casos de mujeres encontradas con algún signo o sintoma en mama, clasificado como sospechoso, desde el 1º enero al 31 marzo del 2001. Por lo que el tipo de muestreo es por conveniencia.

5 FUENTES E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION:

- Hoja formato de exploración mamaria del departamento de medicina preventiva de pacientes enviadas a DOC mama, y a la que se le encontró que manifestó algún signo o síntoma en mama
- Hojas de concentrado
- Expedientes clínicos de consultorios de UMF 28

- Expedientes clínicos proporcionados por HGO No 4

6. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO Y ORGANIZACIÓN

- Recabar información en el departamento de medicina preventiva de todas aquellas pacientes que acudieron a exploración mamaria de acuerdo a la hoja de concentrado (anexo 1).
- Se revisaran todos aquellos expedientes de pacientes capturadas y clasificadas como sospechosas.
- Se anota información en hoja de concentrado (anexo 2).
- Se hace seguimiento de los casos que hayan sido remitidos a 2º nivel en HGO No. 4
- Se analizan expedientes de mismas pacientes identificando diagnóstico clínico histopatológico así como USG y Mamografía.
- Se hace localización vía telefónica cuando en su caso lo amerite.

7. RECURSOS

- a) Humanos: Residente de Medicina Familiar, Asesor de tesis.
- b) Materiales: hojas, lápiz, lápices de colores, calculadora, computadora pentium III, Programa Office 2000, Internet Explorer 5.0, impresora HP 810-C.
- c) Financieros: Por parte del investigador.

8. CONSIDERACIONES ETICAS

Por ser un trabajo de tipo observacional y descriptivo, no causa daño alguno a los casos estudiados, por lo que no viola el tratado de Helsinsky

VIII. RESULTADOS.

Se analizaron un total de 178 casos, los resultados se presentan en números y porcentajes, de acuerdo a grupos de edad, antecedente familiar de cáncer de mama, antecedente personal de patología benigna de mama, edad de menarca, uso de terapia hormonal de reemplazo, signos y síntomas más frecuentes, pacientes referidas a segundo nivel de atención, estudio de gabinete que más se utilizó y diagnóstico final.

1. La distribución por grupos de edad mostró predominio del grupo de 31-40 años con 41 pacientes (23%), seguida del grupo de 41-50 años con 35 pacientes (19.1%). El grupo con menor número de elementos fue el de menores de 20 años con 5 pacientes (2.8%). (cuadro 1).

Cuadro No.1 Distribución por edad, mujeres sospechosas de patología mamaria UMF 28, enero marzo 2001

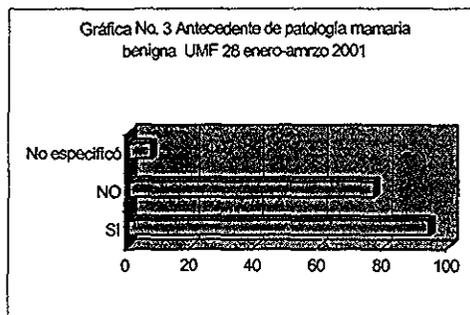
Grupo de edad	Número	Porcentaje
Menos de 20	5	2.8
21-30	34	19.1
31-40	41	23
41-50	35	19.6
51-60	28	15.8
61 y más	34	19.1
no específico	1	0.6
TOTAL	178	100

2. En el apartado de antecedente familiar de cáncer de mama, resultó que 19 personas (11%) cuentan con dicho antecedente en rama directa (madre o hermana), 11 personas no especificaron el dato (6%). (cuadro 2).

Cuadro 2
Antecedente familiar de Cáncer de mama, mujeres sospechosas de patología mamaria UMF 28 enero-marzo 2001

Antecedente	Número	Porcentaje
SI	19	11
NO	148	83
No respondió	11	6
TOTAL	178	100

3. En el caso del antecedente personal de patología mamaria benigna, 94 personas aceptaron tener alguna patología mamaria, esto es el 53%. 7 pacientes no reportaron el dato (4%) (gráfica 3).



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

4. El análisis de menarca destacó que 7 mujeres (4%), la presentaron antes de los 12 años y 32 (18%) después de los 15 años. (cuadro 4)

5. El factor paridad edad, mostró que 10 mujeres (6%), tuvieron su primer hijo después de los 30 años 15 mujeres (8%) mayores de 30 años son nulíparas. (cuadro 5).

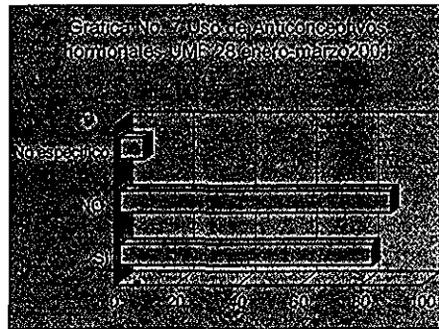
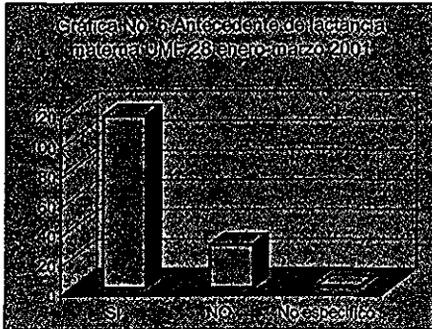
Cuadro No. 4 Edad de menarca UMF
28, enero-marzo 2001

Edad en años	Número	Porcentaje
11 y menos	7	4
12 a 14	137	77
15 y más	32	18
No especificó	2	1
TOTAL	178	100

Cuadro No. 5 Edad de paridad, UMF
28 enero- marzo 2001

Paridad/edad	Número	Porcentaje
Paridad >30	10	6
Paridad <30	136	76.5
Nuliparidad > 30	15	8
Nuliparidad < 30	17	9.5
TOTAL	178	100

6. En cuanto a la lactancia, se observó que el total de 146 pacientes con paridad, 116 mujeres (79.5%) si lactaron, aunque no se especificó el tiempo de lactancia. (gráfica 6).
7. En el rubro de uso de anticonceptivos hormonales, 82 mujeres, (46%) los usaron alguna vez. 8 (46%) no especificó el dato. (gráfica7)
8. La menopausia después de los 45 años, Se presentó en 15 mujeres (20.5%). De un total de 73 pacientes refieren tener la menopausia. (cuadro 8).



Cuadro No. 8 Edad de menopausia UMF 28
Enero-marzo 2001

Edad años	Número	Porcentaje
> 45	48	66.7
< 45	15	20.5
Histerectomía <45	8	11
No especificó	2	2.8
TOTAL	73	100

9. El uso de terapia hormonal de reemplazo, lo refirió 30 pacientes (41%), del total de pacientes menopausicas. El 4% no especificó el dato. (cuadro 9)

Cuadro No. 9 Uso de Terapia Hormonal
de Reemplazo UMF 28 enero-marzo
2001

Uso THR	Número	Porcentaje
SI	30	41
NO	40	55
No especificó	3	4
TOTAL	73	100

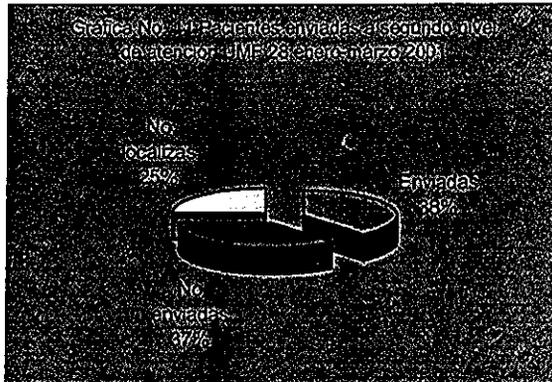
10. Los signos y síntomas más referidos fueron, tumoración en 134 caso (75%), seguido del dolor en 82 mujeres (46%). (cuadro 10)

Cuadro No. 10 Signo o Síntoma
Mamario más referido UMF 28 enero-marzo 2001

Signo o Síntoma	Número	Porcentaje
Dolor	82	46
Escurrecimiento	18	10
Tumoración	134	75
Ganglios	37	20
Cambios	22	12.3
Otros *	20	1.2

* Incluye: zona de induración, aumento de temperatura, aumento de volumen alteraciones de la forma, cicatrices y heridas.

11. Del total de los 178 casos revisados, se documentó que 69 pacientes (38%), fueron enviadas al segundo nivel de atención, para ser valoradas por Oncología. Así mismo 44 casos (25%), no pudieron ser localizadas vía telefónica, por no haber expediente, no ser derechohabiente o porque los datos en el expediente clínico eran insuficientes por lo que no hubo seguimiento de ellos. El resto de casos, no fue por no considerarse necesario (según lo referido en el expediente). (gráfica 11)



12. De las 69 pacientes enviadas a segundo nivel a valoración, se logró documentar que el estudio de gabinete más realizado fue la mamografía, en 30 de los casos, seguido de la biopsia por aspiración en 5 mujeres. (cuadro 12).

13 De estos mismos casos, el diagnóstico final obtenido fue mastopatía fibroquística en 23 casos (33.3%), 5 casos quedaron como normal (7.2%). Sin embargo 38 de los casos no fueron obtenidos (cuadro 13)

Cuadro No. 12 Tipo de estudio realizado en segundo nivel

Tipo de estudio	Número
Mamografía	30
Ultrasonido de mamas	2
Biopsia por aspiración	5
Biopsia escisional	3
Otros *	2

* Gamagrama, Galactografía

Cuadro No 13 Diagnóstico final de
pacientes enviadas a segundo nivel

Diagnóstico final	Número	Porcentaje
Mastopatía Fibroquística	23	33.3
Papilomatosis Intraductal	1	1.5
Galactorrea Idiopática	1	1.5
Fibroadenoma	1	1.5
Normal	5	7.2
No se documentó	38	55
TOTAL	69	100

IX DISCUSIÓN.

Al analizar los resultados, vemos que entre los casos estudiados, los grupos de edad no muestran diferencias importantes, llama la atención el porcentaje de mujeres menor de 30 años asciende al 22 %, lo que nos muestra que mujeres jóvenes presentan signos y síntomas mamarios que las obliga a solicitar consulta, al igual que lo reportado en otros estudios ^(9,10). En el grupo mayor de 50 años y considerado como de alto riesgo, abarca una tercera parte de la población estudiada.

De los factores de riesgo estudiados, el 11% tienen antecedentes familiar en primer grado de cáncer de mama; más de la mitad tienen o han tenido alguna patología mamaria benigna, 4% menarca temprana (< 11años) y 18% menarca tardía (> 15 años).

Se analiza también la paridad, donde destaca un 6% de mujeres en donde ocurrió después de los 30 años y nuliparidad de 30 años en el 8%, ambos factores considerados como de riesgo para cáncer de mama.

Aunque no se documentó el tiempo de lactancia, el 79.5 % aceptó haber lactado. Para el uso de hormonales 46% en el caso de anticonceptivos y el 41 % como terapia de reemplazo.

La edad de menopausia fue de mayor incidencia en las mujeres menores de 45 años, con un 65.5% de los casos.

El signo mayormente reportado fue la presencia de tumoración con un 75% de los casos, seguida del dolor con un 46 %, a diferencia de otros estudios donde el dolor fue el síntoma más referido ⁽¹⁰⁾.

Pudimos observar que el 39% de las pacientes fueron enviadas a segundo nivel de atención a valoración por el servicio de onco- mama y el 37% no lo requirió, en ambos casos, a criterio del Médico Familiar. En el 24 % de los casos, no se pudo documentar este dato, por no estar descrito en el expediente, por no haber encontrado expediente, no ser aseguradas o no ser posible la localización de la paciente, vía telefónica para obtener información.

El estudio de gabinete al que más se recurrió en el segundo nivel de atención, fue la mamografía, seguido de la biopsia por aspiración. Cabe mencionar que hubo casos en los que a una sola persona le fueron realizados varios estudios, entre ellos gammagrama mamario y galactografía.

Como diagnóstico final, el más frecuente fue la mastopatía fibroquistica, en una tercera parte de los casos. En este aspecto destaca en forma importante que el 55% del total de los casos referidos a segundo nivel de atención, no hubo hoja de contra referencia del especialista en mama o al intentar localizar a la paciente vía telefónica esto no se logró

Nos preocupa mucho el hecho que, del total de pacientes evaluadas, 178, el 46% (82), se perdieron y no se pudo hacer seguimiento. Concluimos básicamente, que esto es porque durante el proceso de evaluación: medicina preventiva → medicina familiar → onco mama → medicina familiar, hay pacientes que abandonan el proceso o no son informadas de cómo debe seguirse, para así realizar una verdadera tarea de prevención y detección oportuna.

Notamos que un número importante de pacientes cuentan con uno o varios factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama de acuerdo a los referido en algunas citas bibliográficas⁽¹¹⁾, tales como: nuliparidad (RR 1.9), uso de terapia hormonal de reemplazo (RR 1.5), edad de menopausia mayor de 55 años (RR 1.5) y antecedente familiar en primer grado de cáncer de mama (RR 1.7), por mencionar algunos.

Así, la población femenina a nivel mundial, presenta un aumento del riesgo de presentar cáncer de mama. ⁽¹²⁾ Esto debe sugiere que los médicos, principalmente los de primer contacto, deben realizar su mejor esfuerzo para educar, brindar consejo y vigilar estrechamente a las mujeres con riesgo aumentado.

X. CONCLUSIONES.

- Los signos y síntomas mamarios son frecuentes aun en mujeres jóvenes menores de 30 años.
- Los factores de riesgo más reportados fueron: antecedente de patología mamaria benigna, edad de menopausia mayor de 45 años, uso de hormonales como anticonceptivos y como THR.
- El signo predominante fue la presencia de tumoración
- Del total de población estudiada, 178 pacientes, sólo el 17% logró obtener diagnóstico final
- No se documentó ningún caso de cáncer de mama detectado por este proceso

XI. RECOMENDACIONES

- Los Médicos Familiares y todo el equipo de salud deben promover la detección oportuna de cáncer de mama en todas las mujeres en riesgo.
- En Medicina Preventiva llenar en forma clara, completa y fidedigna, los formatos de detección oportuna de cáncer de mama, para contar con una base confiable y de fácil acceso a la información.
- Siempre Informar a la paciente el resultado de su exploración mamaria y el siguiente paso a seguir
- Todos los expedientes deben contar con historia clínica completa y actualizada.
- El Médico Familiar, cuando envíe a una paciente a valoración a segundo nivel, debe anexar copia del pase al expediente, con fecha de envío y diagnóstico presuntivo.
- El Médico familiar debe explicar a la paciente la importancia del seguimiento de su estudio y tratamiento en caso de ser sospechosa de patología mamaria, así como de contar con información completa y un diagnóstico definitivo.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SUBDIRECCION GENERAL MEDICA

JEFATURA DE SERVICIOS DE MEDICINA PREVENTIVA

DETECCION OPORTUNA DE CANCER MAMARIO

NOMBRE _____ No. AFILIACION _____	
DOMICILIO _____ TELEFONO _____	
DELEGACION _____ LOCALIDAD _____ CLINICA _____ CONSULTORIO _____	
DATOS DE INTERROGATORIO	
ANTECEDENTES FAMILIARES DE CANCER MAMARIO	
MADRE <input type="checkbox"/>	HERMANA <input type="checkbox"/>
TIA <input type="checkbox"/>	ABUELA <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
ANTECEDENTES PERSONALES	
EDAD <input type="checkbox"/> AÑOS	
MENARCA A LOS <input type="checkbox"/> AÑOS ANTES DE LOS 13	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
PRIMER EMBARAZO A LOS <input type="checkbox"/> AÑOS DESPUES DE LOS 30	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
ANTICONCEPTIVOS HORMONALES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
QUISTES MAMARIOS	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
OBESIDAD	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
MENOPAUSIA A LOS <input type="checkbox"/> AÑOS DESPUES DE LOS 45	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
HORMONALES POST MENOPAUSIA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
NUMERO DE EMBARAZOS <input type="checkbox"/>	
EMBARAZO ACTUAL <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
LACTANCIA A LOS HIJOS <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
DATOS DE EXPLORACION	ANORMALIDADES DETECTADAS
AUMENTO DE VOLUMEN <input type="checkbox"/> ALTERACIONES EN LA FORMA <input type="checkbox"/> ALTERACIONES EN EL COLOR <input type="checkbox"/> CICATRICES, FISTULAS O HERIDAS <input type="checkbox"/> AUMENTO DE TEMPERATURA <input type="checkbox"/> ALTERACIONES EN EL PEZON <input type="checkbox"/> RETRACCIONES O HUNDIMIENTOS <input type="checkbox"/> EROSIONES O COSTRAS <input type="checkbox"/> ESCURRIMIENTO <input type="checkbox"/> TUMORACION PALPABLE <input type="checkbox"/> GANGLIOS PALPABLES <input type="checkbox"/> OTROS DATOS _____ _____ _____	<p>LADO DERECHO LADO IZQUIERDO</p>
SE PROPORCIONO	SEÑORA EL RESULTADO DE SU ESTUDIO FUE:
FOLLETO ILUSTRADO <input type="checkbox"/>	- NORMAL <input type="checkbox"/>
ORIENTACION PARA AUTOEXAMEN <input type="checkbox"/>	DEBE USTED PRACTICARSE EL AUTOEXAMEN UNA VEZ AL MES Y ACUDIR A ESTA CLINICA EN UN AÑO PARA NUEVO ESTUDIO.
FECHA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	- SOSPECHOSO <input type="checkbox"/>
AUX ENF _____	SOLICITAR DE INMEDIATO CONSULTA CON SU MEDICO FAMILIAR

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ANEXO 2

HOJA DE CONCENTRADO.

Hoja número _____

Nombre: _____ Consultorio _____

Número de afiliación: _____ Teléfono: _____

Edad: _____ años Ocupación _____

Escolaridad: _____ Estado Civil: _____

Peso: _____ Talla _____

Antecedentes de Cáncer familiar (madre, hermana): si () no ()

Antecedente de patología benigna familiar: si () no ()

Tabaquismo: si () no ()

Alcoholismo: si () no ()

Cirugía mamaria previa: si () no () que tipo _____

Historia de patología benigna mamaria si () no ()

Menarca: _____ IVSA _____

Paridad: < 30 años > 30 años Nuliparidad. < 30 años >30 años

G _____ P _____ A _____ C _____

Lactancia materna: si () no () tiempo _____

Ingesta de hormonales: si () no () tiempo _____ Tipo _____

Menopausia _____ edad en años

Terapia hormonal de reemplazo si () no () tiempo _____

Sintomatología _____

Tiempo de evolución _____

Dx envió: _____

Dx onco / mama: _____

Estudios complementarios: Mastografía () USG () Biopsia por aspiración ()

Biopsia escisional () otros ()

Dx Histopatológico: _____

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez S, Macías CG, Labastida S. Cáncer de mama en México ¿enfermedad de mujeres jóvenes?. *Ginecología y Obstetricia de México* 2000; 68: 185-90.
2. S Hollis R. Preocupaciones que las mujeres tienen y deben tener al vigilar su salud. *Ginecología y Obstetricia de México*. 1997;65:243-46
3. Lazcano CE, Tovar V, Alonso P, Romieu I, López L. Cáncer de mama, un hilo conductor histórico, presente y futuro *Salud Pública de México* 1996;38:2: 139-51.
4. Duji LEM, Guit GL, Hendridks JHCL, Zaat JOM, Mali WPTM. Value of breast imaging in women whit painful breast: observacional folow up study. *BMJ* 1998; 317:492-5.
5. Morrow M The evaluation of common breast problems. *American Family Physician*. 2000;61 2371-78.
6. Dixon JM, Mc Donald C, Elton RA, Miller WR. Risk of breast imagining in women whit palpable breast cyst: a prospective study. *Edinburg breast group. Lancet* 1999;353:1742-45.
7. Harvey BJ, Miller AB, Baines CJ, Corey PN Effect the breast self-examination techniques on the risk of death breast cancer. *Can Med Assoc J*. 1997; 157: 1205-2.
8. The steering committee on clinical practice guidelines for breast lump: information y recommendations to assit decision –making when a breast lump is detected. *Can Med Assoc J*, 1988;158; 3-8 (3 suppl).
9. Mary Barton, Joann G. Elmore, Suzanne W Fletcher. Breast Symptoms among Women Enrolled in a Health Maintenance Organization: Frequency, evaluation and Outcome. *Annals of Internal Medicine*. Vol. 130, Num. 8. 20 April 1999.
10. Bayamo- Ganma. Atención especializada a los síntomas mamarios. Hospital Provincial General Docente “Carlos Manuel Céspedes”: <http://www.ciugest.com/Revisiones/Cir09-06/09-06-05.htm>

11. Vogel VG. Counseling the risk women In : Stol BA, ed. Reducing Breast cancer risk in women. Boston, MA Kluwer Academic Publishers; 1995 69-80
12. Vogel VG. El cáncer de mama en mujeres jóvenes, evaluación de riesgo y manejo. Kluwer Academic Publishers; 1995 99-104.
13. Page David L. Dupont, William. Histologic indicators of Breast cancer Risk: American College of Surgeons Bulletin. Vol. 76, Num 9. Sep. 1991.
14. Montero Ruiz Juan; Cáncer de mama: generalidades, epidemiología, factores de riesgo: <http://www.unite.edu>
15. Elmore Joann G, Barton Mary B, Mocerri Victoria M, Polk Sarah, Arena Philip J, Fletcher Suzanne W. Ten year risk of false positive screening mammograms and clinical breast examinations: The New England Journal of Medicine. Vol. 338, Num 16 April 1998.
16. Dupont William, Page David L, Risk factor for breast cancer in women whit proliferative breast disease. The New England Journal of Medicine. Vol. 312 Num 3 Jan 1985.
17. Aptaku Lecia M. Breast Cancer Diagnosis and screening: American Family Physician. Vol. 62 Num 3 August 2000.
18. The Steering Committee on Clinical Guidelines for the care an treatment of breast cancer; Investigation of lesions detected by mammography. Can Med Assoc J, Vol. 158 suppl. 3 1988.
19. López Ríos Olga, Lazcano Ponce Eduardo, Tovar Guzmán Víctor, Hernández Avila Mauricio. La epidemia de cáncer de mama en México ¿consecuencia de la transición demográfica? Salud Pública de México, Vol. 39 No. 4, julio-agosto 1997.
20. Escribano Hernández A, Domínguez Brigador J., Ferándiz Santos J. Análisis de un programa de detección precoz de cáncer de mama en una zona rural. Atención primaria Vol. 25. Num 5. marzo 2001.