

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20

**“APTITUD CLÍNICA DE RESIDENTES
Y MÉDICOS FAMILIARES
EN PATOLOGÍA MAMARIA,
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 20 IMSS MÉXICO D.F.”**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
MARIBEL RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ

TUTORA:
DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA

ASESOR CLÍNICO:
DR. ENRIQUE YESCAS GÓMEZ



MÉXICO D. F.

GENERACIÓN 2006-2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

El recorrido de estos años ha sido difícil, culmina con la presentación de este trabajo y acumula una importante deuda con numerosas personas que, de alguna forma, han contribuido al resultado que aquí se presenta. Agradezco:

A **Dios**, ante todas las cosas, porque ha sido, es y será mi guía.

A mis padres Gonzalo y María Concepción quienes me enseñaron a luchar para alcanzar mis metas.

A mis hermanos Araceli, Viridiana y Gonzalo por su cariño, apoyo y por compartir momentos significativos.

A la niña de mis ojos Rut Valeria, con su nacimiento ocurrido durante este tiempo le dio a mi vida una razón para amar.

Al guardián de mi corazón por encontrarlo y llevarse mi soledad.

A todos mis amigos en especial Angie, Óscar, Miguel, Sheyla, Marina, Ana Rosa, Liliana, Irán y Rosy.

Quisiera dejar también constancia de mi agradecimiento a todos aquellos que han colaborado, aunque un simple reconocimiento poco permite apreciar la importancia de las muchas ayudas recibidas.

A la Dra. Carmen Aguirre, su tutoría fue siempre acertada, disponible e hicieron posible la realización de esta tesis que en cierta medida también es suya.

Dr. Enrique Yescas, Dra. Santa Vega y la Dra. Victoria Pineda por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la concreción de este trabajo.

A mis profesores por compartir conmigo sus conocimientos y su amor por la especialidad.

RESUMEN

“APTITUD CLÍNICA DE RESIDENTES Y MÉDICOS FAMILIARES EN PATOLOGÍA MAMARIA, UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20. IMSS MÉXICO D.F”

Rodríguez-Hernández M¹; Aguirre-García M C²; Yescas-Gómez E³.

1. Alumna del tercer año del curso de especialización en medicina familiar
2. Profesor titular del curso de especialización en medicina familiar
3. Instructor de práctica clínica de Ginecología-Obstetricia

Introducción: La aptitud clínica constituye una parte trascendental del desempeño de los médicos y se expresa con el grado de pericia para afrontar con éxito problemas en las diferentes situaciones de la práctica clínica basándose en la reflexión y la crítica.

Objetivo: Evaluar la aptitud clínica residentes y médicos familiares en patología mamaria en la unidad de medicina familiar no. 20 IMSS México D.F.

Material y Métodos: Transversal comparativo.

Se elaboró y validó un instrumento de aptitud clínica con 5 casos clínicos reales con 176 ítems y consistencia de 0.80 por Kuder Richardson. Se estimó azar en 25 por la Fórmula Pérez-Padilla.

Previo consentimiento se aplicó el instrumento a 45 médicos residentes (R1n=23, R2 n=17 y R3n=6) y 29 médicos familiares ambos turnos, incluyendo cédula de variables sociodemográficas, educativas y laborales.

Resultados: El perfil de residentes fue: media de edad 29 años, femeninos 62.2%, solteros 51%. Promedio de la carrera 8.2, procedencia de UNAM 62.2%, primer año académico 51.1% , sin capacitación en patología mamaria en el 91.1% .

La aptitud clínica en patología mamaria fue bajo 51.1%, muy bajo 24.4%, medio 20% y al azar 4.4%.

El perfil de médicos familiares fue: media de edad 42 años, femenino 58.6%, casados 72.4%, con especialidad en medicina familiar 79.3%, con certificación 69% sin capacitación previa en patología mamaria 72.4% , del turno matutino 51.7%, antigüedad 1-5 años 31% .

La aptitud clínica en patología mamaria fue baja 58.6% , muy bajo 20.7% , medio 17.2% y al azar 3.4%

Sin diferencias significativas al comparar años académicos $p=0.90$ con Kruskal- Wallis. Residentes y médicos familiares con Mann- Whitney $p=0.6$.

Conclusiones El desarrollo de aptitud clínica en médicos familiares y residentes ante patología mamaria es bajo.

Palabras clave: Aptitud clínica, patología mamaria, médicos residentes, médicos familiares.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| MARCO TEÓRICO..... | 4 |
| JUSTIFICACIÓN..... | 20 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 22 |
| OBJETIVOS DEL ESTUDIO..... | 23 |
| HIPÓTESIS..... | 24 |
| SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS..... | 25 |
| RESULTADOS | 31 |
| DISCUSIÓN..... | 55 |
| CONCLUSIONES..... | 60 |
| RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS..... | 61 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 62 |
| ANEXOS..... | 65 |

INTRODUCCIÓN

La visión tradicional del médico, lo identifica como un clínico, es decir, como un profesional que atiende pacientes. La clínica se puede conceptualizar como la parte práctica de la medicina, la aplicación del conocimiento médico a la solución de los problemas de los pacientes.

La aptitud clínica constituye una parte trascendental en el desempeño de los médicos también es entendida como una determinante de este; se expresa en el grado de pericia de los médicos para afrontar con éxito problemas clínicos con base en la reflexión y la crítica aplicadas a distintas situaciones clínicas; es decir constituye el conjunto de capacidades involucradas con la detección y resolución de problemas, suscitados en la práctica cotidiana, en sus aspectos de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.¹

En la actualidad se enfatiza la necesidad de desarrollar la aptitud clínica en los médicos de primer nivel, ésta se define como la capacidad para afrontar y resolver problemas clínicos, lo que implica habilidades como la reflexión, donde se pone en juego el propio criterio.

La pericia es parte de las diferentes habilidades de la aptitud clínica, aquí se enfatiza a propósito de la habilidad para realizar procedimientos con fines diagnósticos o terapéuticos, siempre en un contexto donde se sustenten en la indicación, la oportunidad, la individualización y la priorización.²

Entendemos por aptitud clínica a esa cualidad en las acciones de diagnóstico y tratamiento que hace posible su perfeccionamiento ulterior (atributos metodológicos y procedimentales) con efectividad creciente, lo cual implica dotarse de pertinencia progresiva que enriquezca la experiencia clínica, facilite influir favorablemente en las situaciones cambiantes de la medicina y del paciente que conduzca a mejorar su calidad de vida.³

Se parte del principio de que los componentes de la aptitud clínica se relacionan con la habilidad para reconocer indicios clínicos, factores de riesgo, pronósticos o de gravedad del padecer del enfermo, habilidad en la apropiada selección y acertada interpretación de los procedimientos del laboratorio y gabinete, habilidad para seleccionar entre distintas posibilidades diagnósticas y terapéuticas, habilidad para decidir acciones preventivas o terapéuticas apropiadas encaminadas a conservar o recuperar la salud, disposición para propiciar la participación de otros colegas.

Desde la perspectiva de la crítica, el aprendizaje se mira como un proceso reflexivo, participativo, de esclarecimiento, que se sustenta en el cuestionamiento y el debate de los distintos hechos y realidades, donde la *verdad* no está dada ni acabada. La crítica es posible cuando se reflexiona sobre la experiencia, cuando meditamos sobre lo que hacemos, sobre el cómo y el porqué. La experiencia reflexiva es la condición para que la crítica surja y se desarrolle.⁴

Poco hemos avanzado en una concepción y en una práctica de la evaluación donde ésta se considere un medio para observar el desarrollo de las aptitudes que hacen del ejercicio profesional, una experiencia reflexiva en la cual progresivamente se aprende a

dudar, cuestionar, indagar, proponer, poner a prueba, es decir, que emprende un camino hacia la superación permanente.

El papel que desempeña la evaluación de los profesionales de la salud tiene implicaciones muy profundas; por esta razón, los instrumentos de evaluación deben ocupar un lugar privilegiado.

Podemos asegurar que no existe un instrumento de evaluación que dé cuenta de manera completa, integral y objetiva de la aptitud clínica de los individuos, pero es indispensable reconocer que es a través de la evaluación y de los instrumentos elaborados para ello como se hacen patentes los alcances y limitaciones de la práctica médica, para estar en posibilidades de propiciar la superación de dichas tareas.

Si bien es difícil examinar todos los componentes del quehacer clínico, el reto es buscar indicios que aporten una visión penetrante y esclarecedora de los acontecimientos, por lo que la manera de aproximarse a una evaluación de la aptitud clínica es mediante instrumentos sistematizados.

Las habilidades que se evalúan se desarrollan a través de la experiencia clínica, y que repercuten en la atención de los pacientes.

Para que la evaluación pueda cumplir adecuadamente su papel en el proceso educativo, debe orientarse a identificar aquellos indicadores más representativos y significativos del proceso educativo de que se trate. Ahora bien, la elección de los indicadores más apropiados es una cuestión compleja que depende de la concepción que se tenga de la formación.

Los instrumentos de aptitud clínica tipo verdadero, falso, no sé, potencialmente permiten explorar con mayor profundidad, ya que el alumno necesita recurrir a su experiencia para decidir sus respuestas, enjuiciando y proponiendo alternativas, además con dichos instrumentos se alcanza mayor índice de discriminación y se disminuyen las respuestas al azar.⁵

Desde el punto de vista de la calidad de la atención médica, se ha identificado que existen deficiencias y errores importantes en la atención médica, las cuales se reflejan en el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y referencia de pacientes. Por ejemplo, en el proceso diagnóstico destaca la falla médica en la clasificación del padecimiento y en la solicitud injustificada de exámenes de laboratorio y gabinete. En la prescripción de medicamentos ocurren errores por comisión o por omisión; en el primer caso, la justificación, elección, dosificación y duración del tratamiento son componentes del proceso prescriptivo en los que frecuentemente se cometen errores; la omisión consiste en no prescribir un medicamento cuando es necesario, lo cual también es un problema común.⁶

La atención integral en medicina familiar implica un enfoque hacia la prevención, hacia la modificación de riesgos para la salud. Este enfoque realiza en forma temprana las acciones de promoción y educación para la salud y protección específica, realizar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno; participan en la limitación del daño y procura la rehabilitación que estimule y ayude al incapacitado a recuperar su bienestar y capacidad. El enfoque preventivo significa llevar a cabo intervenciones en

cualquier momento del desarrollo de la historia natural de la enfermedad, desde el horizonte subclínico hasta clínico.

La enseñanza participativa, el punto de arranque lo constituye todo lo que el alumno hace, que conforma la parte medular de su experiencia y es determinante de su práctica profesional como especialista, es decir aquello que el alumno realmente conoce y sabrá resolver.

En la práctica clínica importa el criterio propio en la toma de decisiones en la atención de los pacientes, porque allí se expresa el tipo de experiencia a la que han estado expuestos los residentes, su indagación puede permitir clarificar los alcances del proceso educativo.⁵

En los programas de residencias médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) el sistema de evaluación tradicional, se basa en la exploración de información que el alumno es capaz de recordar, por lo tanto, se emplean pruebas escritas generalmente de opción múltiple que no logran trascender de la exploración del recuerdo de información, diseñadas en esta lógica de la educación tradicional, con base en objetivos y contenidos temáticos especificados en programas académicos que se no se articula con esta forma de mirar la educación.

La insatisfacción con la forma habitual de evaluar a los médicos residentes ha llevado a la búsqueda de alternativas más integradoras que nos permitan explorar capacidades relacionadas con su desempeño ante los pacientes⁶

Como respuesta a este reto y bajo el sustento teórico de la participación han realizado instrumentos de medición que han explorado el desarrollo de aptitudes clínicas, en diferentes espacios educativos.

Viniegra, Rivera estimó cualidades de la aptitud clínica que son efectos de la experiencia clínica que adquieren los médicos residentes de Medicina Física y rehabilitación.⁷

El trabajo de García-Mangas evaluó la aptitud clínica en el médico de primer nivel de atención en formación ante 12 casos reales de problemas de salud frecuentes. Realizó un estudio prospectivo con dos mediciones, al inicio y final de la especialización para evaluar el desarrollo de la aptitud clínica a través del tiempo, en 268 médicos residentes encontrando solo un avance en un 10% respecto a la situación inicial, lo que parece traducir que la experiencia en la residencia es mínima. Concluye que la estrategia de aprendizaje es la clave para el desarrollo de la aptitud clínica y de la forma en que lleva a cabo su práctica profesional, en situaciones cotidianas.⁹

MARCO TEÓRICO

La mama femenina ha sido siempre símbolo de la feminidad, de la fertilidad, del amor materno y de la atracción sexual, y su pérdida ocasiona trastornos psicológicos, emocionales y sociales.

Es un órgano complejo en el que participan el epitelio glandular, el tejido adiposo, el conectivo de sostén, músculo, vasos, nervios y el revestimiento cutáneo con sus anexos, estructuras todas el que pueden originar tumores.

La glándula mamaria es el único órgano que no está completamente desarrollado en el nacimiento, y sufre cambios espectaculares en tamaño, forma y función durante crecimiento, pubertad, embarazo y lactancia.¹⁴

La glándula mamaria está constituida por 10 a 15 folículos, cada uno de los cuales desemboca independientemente en el pezón por medio de un conducto propio.

Este conducto recibe la secreción láctea a través de un sistema tubular ramificado debido a esto, la glándula mamaria se clasifica como un conjunto glandular túbulo-alveolar. Estos lóbulos están compartimentados por hojas de tejido conjuntivo firme, la superolateral llamada ligamento suspensorio de Cooper, es responsable de dar sostén a la mama.

Todos esos elementos glandulares están entrelazados en una trama de tejido conectivo firme y tejido adiposo, que se conoce como estroma mamario.

La inervación es muy rica y la recibe de los nervios intercostales (probablemente el más importante es el cuarto nervio intercostal, ya que da inervación eferente y aferente al pezón). A través de ella se establecen los reflejos neurovegetativos que se originan en la estimulación sensorial de pezón y de la areola, la cual da lugar a descargas de prolactina y oxitocina.

Estas hormonas juegan papel muy importante en la lactogénesis y la lactopoyesis. La irrigación está dada en su mayor parte por la arteria mamaria lateral, la rama de la subclavia y en menor proporción de la mamaria interna, la rama de la epigástrica. El plexo linfático es abundante y desemboca en los conjuntos ganglionares de la axila y el cuello.

El pezón y la areola son constituidos por una condensación del epitelio escamoso, además de contener en su interior la porción terminal de los conductos galactóforos, tiene una inervación rica probada por los corpúsculos de los Meissner, terminaciones discoideas y terminales libres.¹⁵

EPIDEMIOLOGÍA

En México, a partir del 2006 el cáncer de mama es la segunda causa de muerte en la población femenina de 30 a 54 años, y se ubica como la primera causa de mortalidad por tumores malignos entre las mujeres. En 2006 murieron 4,451 mujeres mexicanas, lo cual implica un fallecimiento cada 2 horas.

La tasa de mortalidad por cáncer mamario en México ha registrado un aumento importante de 1950 a 2005, pasando de una tasa de 2 por 100,000 mujeres a 9 por 100,000 mujeres. La mortalidad por cáncer cérvico uterino ha ido descendiendo a partir de 1990 en México. Efecto contrario a la tasa por el cáncer mamario, que se incrementó 2.5 veces de 1992 al 2006 de tal forma que a partir del 2005 la tasa de mortalidad de cáncer de mama es superior a la de cáncer cérvico uterino.

En América Latina y el Caribe, aproximadamente 35 mil mujeres fallecen de cáncer de mama al año.

En el año 2001 se reportaron 3,971 casos (10.2 x 100,000 mujeres de 15 años o más) en México, y en el 2006 se elevó a 6,043 casos (15.6 por 100,000).

En México, se estima que la edad de ocurrencia se da una década antes que en las mujeres de EE.UU. y Europa, 4 de los 33,044 casos registrados durante el periodo 2000-2006, el 50% ocurrieron en personas menores de 50 años.

Se reporta más de 1 millón de casos de cáncer de mama en el mundo, de los cuales el 45% provienen de países de ingresos bajos o medios.

En América Latina se reportaron 96,561 nuevos casos a principios de la década actual. Como conjunto, esta región contribuye con 10% de los casos nuevos de cáncer de mama en el mundo.

En 1998 se realizaron 6.6 millones de exploraciones clínicas en el sector público mexicano. La cifra ascendió a 10.8 millones en el año 2000.

El IMSS contribuye con poco más del 40% de las detecciones seguido por la SSA con el 26%. El incremento en la incidencia también se refleja en el número de egresos hospitalarios por cáncer de mama en las instituciones públicas. En el IMSS, en el periodo 1986-2003 la tasa de crecimiento en el número de egresos por esta causa fue del 80% (tendencia de crecimiento mayor a la de la diabetes mellitus, la enfermedad isquémica del corazón y el cáncer cérvico uterino).

En México, en el año 2000, sólo se diagnosticaron entre el 5 y el 10% de los casos en estadios tempranos (etapas 0 ó 1). En los países desarrollados, aproximadamente el 50% de los casos se diagnostican en esos estadios.

En EE.UU. la tasa relativa de sobrevivida a cinco años de casos localizados es de 98% (etapas tempranas), 84% cuando la enfermedad es regional y sólo de 27% cuando hay metástasis. Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud del 2000 y la ENSANUT 2006, el porcentaje de mujeres de 40-69 años que acudieron, durante el año previo a cada encuesta, a módulos de medicina preventiva para detección de cáncer de mama subió de 12% al año a casi 22%.

Un estudio de la Secretaría de Salud, revela que en el caso de México hasta dos terceras partes de los fallecimientos en mujeres menores de 75 años por cáncer de mama se pueden evitar con detección temprana de la enfermedad y con la aplicación del conjunto de tratamientos médicos que existen para aliviarla.

Dada la falta de acceso y tratamiento en países en vías de desarrollo, un porcentaje más alto de las mujeres que padecen la enfermedad mueren a causa de ella. En Norteamérica la razón entre la tasa de mortalidad e incidencia es casi 0.25; en Latinoamérica y el Caribe es de alrededor de 0.3510 y en África casi 0.75. A nivel mundial los países en vías de desarrollo acumulan 45% de los nuevos casos y 55% de las muertes asociadas a cáncer de mama.¹⁶

PRINCIPALES PATOLOGÍAS DE LA GLÁNDULA MAMARIA

Malformaciones:

Se refieren al desarrollo defectuoso de la mama. Incluyen situaciones tales como la falta de la glándula mamaria (agenesia), la ubicación de la mama fuera de su lugar habitual (heterotopia) o la presencia de más glándulas mamarias (mamas extra numerarias).

En la mama pueden existir inflamaciones de diversa índole (de causa infecciosa, por alteraciones inmunitarias, por agentes mecánicos), que pueden evolucionar de manera aguda o crónica.

La mastalgia se ha descrito como evento presente en algún momento de la vida en 9 de cada 10 mujeres. Puede presentarse sola o asociada a tumor, descarga, cambios cutáneos o síntomas generales. También se relaciona a eventos fisiológicos como en la mastalgia cíclica premenstrual o asociada a embarazo, lactancia, telarquia, y a la fase de involución posmenopáusica.¹⁵

En el 70 – 80% de casos, el tumor es detectado por la misma paciente, una vez corroborado se deben buscar y evaluar las siguientes características: tamaño, tiempo de evolución, evidencia de crecimiento rápido o reciente, forma (redondo, ovoide, irregular, etc.), consistencia (duro, blando ahulado, gelatinoso) movilidad (móvil o fijo), adherencias, infiltración de piel o estructuras profundas, localización, cuadrante (superior externo o interno, inferior externo o interno o retroareolar), horario (tomando el pezón como centro), distancia del pezón en centímetros, profundidad (subcutáneo, intermedio, profundo).

Datos asociados (dolor, descarga por pezón, eritema, edema de piel, aumento de volumen, deformidad, aumento de vascularidad. Adicionalmente se realizará exploración de la región axilar y supraclavicular. Evaluación axilar. Implica el examen de las regiones musculares, de los tejidos blandos y del hueco axilar, en búsqueda de adenomegalias. En el caso de existir ganglios palpables debe reportarse el número, consistencia y movilidad. La búsqueda de adenomegalias en cuello, especialmente en la región supraclavicular es indispensable en casos de neoplasias malignas, es parte de la etapificación y su existencia implica un mal pronóstico.¹⁴

TUMORES BENIGNOS:

Entre ellos cabe destacar los diagnósticos de la hiperplasia (incremento del número de células) metaplasia (sustitución de células ya diferenciadas por otras también maduras pero fuera de su ubicación). Las alteraciones en el desarrollo, papilomas y adenomas, tumores phyllodes los cambios fibroquísticos y la ectasia ductal.

Los tumores benignos pueden clasificarse en epiteliales (fibroadenoma, phyllodes, tumor papilar, adenoma del pezón) y no epiteliales. La mama es asiento de diversidad de tumores benignos: son neoformaciones a expensas de "tejidos no propios" de la glándula; son tumores que pueden encontrarse tanto en la mama como en otras partes del cuerpo. Parte de ellos no se distinguen clínicamente comprenden, a los lipomas, fibromas, neurofibromas, histiocitomas, angiomas, linfangiomas, etc.

Tienen las características clínicas comunes a todos los tumores benignos, con algunas peculiaridades a la palpación o a la mamografía.

Todos tienen el mismo tratamiento quirúrgico de los tumores benignos.

Tumores Benignos Epiteliales. (Fibroadenoma, phyllodes, tumor papilar, adenoma del pezón).

Fibroadenoma es una displasia selectiva o no cíclica, lo describiremos porque lo consideramos nódulo o tumor benigno desde el punto de vista semiológico, y además porque lo siguen considerando un tumor benigno desde el punto de vista histológico y fisiopatológico.¹⁴⁻²³

CONDICIÓN FIBROQUÍSTICA (ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA):

Bajo el encabezamiento de enfermedad fibroquística de la mama se incluyen diversas enfermedades histológicas. Desde el punto de vista anatomopatológico dicha entidad no existe. Histológicamente el término engloba un espectro de alteraciones, algunas de variaciones normales y algunos procesos anómalos. La mama es un órgano no homogéneo, estando compuesta principalmente la mama no lactante normal por tejido adiposo y fibroso cuya distribución no suele ser uniforme. Esta falta de distribución uniforme da lugar a una falta de homogeneidad, irregulares o formación de nódulos fisiológicos.

La edad de presentación inicia alrededor de los 20 años sin embargo los cuadros suelen ser más floridos y severos en mujeres después de los 35 años, llegando a su pico máximo a los 40 de edad.

La sintomatología y los cambios histológicos son la evidencia de que existen modificaciones asociadas a una clara línea patológica.

Los criterios clínicos para el diagnóstico son:

- Mastalgia uni o bilateral persistente y repetida.
- Nodularidad mamaria con áreas de sistematización (plastrones indurados que resaltan con respecto al resto la glándula)
- Hipersensibilidad mamaria
- Nódulos mamarios dominantes (quístico o sólido)
- Descarga serosa por el pezón.

Razones fundamentales para considerar el tratamiento:

1. Controlar los síntomas clínicos.
2. Reducir el riesgo de cáncer en pacientes con lesiones benignas que puedan tener un potencial maligno.

El tratamiento se puede dividir

- a. Dieta (sin metilxantinas), vitamina E y tratamiento sintomático.
- b. Manipulación hormonal.¹⁴

FIBROADENOMA (FAM):

Constituye en nuestra serie el 8.4% de todas las mastopatías benignas y malignas. Desde el punto de vista clínico, confirman la influencia de los estrógenos los siguientes datos:

El FAM aparece en mujeres jóvenes, en un período de gran dependencia hormonal. Sufre modificaciones de tamaño durante el embarazo (y durante el ciclo menstrual). Cuando se biopsia durante el embarazo se encuentran modificaciones del componente epitelial propios de una glándula mamaria gestante.

Muchas veces es múltiple o bilateral.

Nunca aparece después de la menopausia.

Se demostró la presencia de Receptores Estrogénicos en fibroadenomas.

Si bien se lo observa desde la pubertad cuando comienza el desarrollo mamario hasta las últimas décadas de la vida, en este período se trata de fibroadenomas que muchas veces están calcificados.¹⁵

TELORREA:

Son un evento frecuente y causa de alarma cuando suceden fuera del periodo de la lactancia. Los datos a evaluar en los casos de descarga son:

Unilateral o bilateral

De un solo ducto o de varios

Cantidad escasa o abundante.

Espontánea o inducida por manipulación presión de la mama o del pezón.

Tipo de descarga: serosa, láctea, purulenta, hemorrágica, pastosa, mixta, datos asociados, tumor, dolor, eritema.

Antecedentes de uso de medicamentos y hormonas.

La mayor parte de las secreciones por el pezón son el resultado de enfermedades benignas y no requieren intervención quirúrgica. Sin embargo el color y la consistencia de la secreción son importantes, y el estudio citológico de la secreción del pezón, y en ocasiones la mamografía también son importantes ayudas diagnósticas. Incluso la secreción sanguinolenta por el pezón va asociada al hallazgo de un proceso maligno sólo en 20-30% de las veces. Los tranquilizantes, especialmente las fenotiazinas pueden

provocar secreción por pezón bilateral, sobre todo porque disminuyen el factor inhibidor de la prolactina, elevando así los niveles de esta.¹⁴⁻²²

PAPILOMA INTRADUCTAL:

Se manifiesta por una secreción serosa serosanguinolenta o de tipo acuoso por el pezón, en ausencia de una masa, la causa más habitual de secreción sanguinolenta por el pezón es un papiloma intraductal. La secreción suele ser espontánea y de un solo conducto, por lo que casi siempre es unilateral. La presión sobre un área de la areola provocará la secreción, y por lo general, la lesión está contenida en dicha área de la areola provocara la secreción suele ser espontanea y de un solo conducto por lo que casi siempre es unilateral. La presión sobre un área de la areola provocará la secreción y, por lo general, la lesión estará contenida en dicha área. En general los papilomas intraductales tienen un diámetro inferior a 1 cm, habitualmente de 3 a 4 mm. En ocasiones estas lesiones pueden alcanzar tamaños de hasta 4 o 5 cm. La exploración macroscópica, los papilomas son tumores viables marrones o rosas que parecen en conductos dilatados o quistes. Microscópicamente el tumor está formado por múltiples ramificaciones y papilas anastomosantes, con un núcleo fibrovascular central en cada una de ellas y una capa de revestimiento de células epiteliales cuboideas a columnares.

ECTASIA DUCTAL:

- Proceso involutivo de los grandes conductos galactóforos: dilatación.
- Premenopáusica o menopáusica

También se suele manifestar por secreción por el pezón. Sin embargo la secreción suele ser de varios colores, pegajosa, bilateral y con afección de numerosos conductos. Es frecuente que la paciente experimente un dolor de tipo quemante, pruriginoso alrededor del pezón o de la areola, pudiéndose palpar inflamaciones tubulares tortuosas por debajo de ésta. Cuando la enfermedad está más avanzada, puede desarrollarse un nódulo que a veces recuerda a un carcinoma mamario en estadio III clínicamente avanzado a nivel local.

ADENOMA:

- Papiloma dentro del pezón
- Clínica: protrusión, erosión, secreción sanguinolenta
- Tratamiento quirúrgico

Es un tumor perfectamente delimitado formado por elementos epiteliales benignos con un estroma poco denso y poco llamativo. Esta última característica diferencia esta lesión del fibroadenoma. En el cual el estroma forma parte integral del tumor. Los adenomas tubulares en mujeres jóvenes son nódulos bien delimitados, móviles y que clínicamente recuerdan a los fibroadenomas. Los adenomas de la lactancia se manifiestan como una o más nódulos móviles durante el embarazo o el periodo del postparto. Macroscópicamente están bien delimitados y son lobulados, y en el corte su aspecto es marrón y más blando que los adenomas tubulares.²⁰

Aunque raro, el TUMOR PHYLLODES tiene características que le son muy propias, como que siendo esencialmente benigno tiene la posibilidad de transformación maligno, representa el 0,5 a 1% de todos los tumores mamarios, y el 1 a 2% de los tumores mamarios fibroepiteliales. Hay un phyllodes por cada 23 fibroadenomas (4,4%).

Cuando pequeño, clínicamente es parecido al fibroadenoma, que al principio crece lentamente y que, en determinado momento adquiere crecimiento rápido; A la palpación presenta lobulaciones y suele mostrar alternancia de zonas duras y blandas. En el phyllodes no hay retracción cutánea ni del pezón.

La úlcera en el phyllodes es por compresión e isquemia, pero no por infiltración como en el cáncer.

En el phyllodes benigno no hay adenopatía axilar También puede haberla (adenitis inflamatoria) en los phyllodes ulcerados e infectados.²⁰

CÁNCER DE MAMA

El cáncer es el crecimiento tisular patológico originado por una proliferación continua de células anormales que produce una enfermedad por su capacidad para elaborar sustancias con actividad biológica nociva, por su capacidad de expansión local o por su potencial de invasión y destrucción de los tejidos adyacentes o a distancia. Los carcinomas de mama se exhiben un amplio rango de fenotipos morfológicos y de tipo histológicos específicos que tienen unas características clínicas y un pronóstico en particular. Los más frecuentes son el carcinoma lobular y el carcinoma ductal, los cuales se originan en las unidades lobulares/ductales terminales.²⁴

EL DIAGNÓSTICO SE DEBE BASAR PARTICULARMENTE EN:

Historia clínica, Mastografía, Ultrasonido, Biopsia, y el estudio histopatológico.

A toda mujer con sospecha de patología mamaria se le debe realizar el siguiente procedimiento:

- > **Historia clínica completa enfocada a la búsqueda de factores de riesgo de cáncer de mama.**
- > **Examen clínico completo con énfasis en las glándulas mamarias y zonas linfoportadoras (ganglios axilares y supraclaviculares).**
- > **Mastografía y/o ultrasonido, según la edad, hallazgos y detección de factores de riesgo.**

Factores de riesgo para desarrollar cáncer de mama:

| FACTOR | RR | GRUPO DE ALTO RIESGO |
|-------------------------------------|-----------|--|
| Edad | 10 | Adultos mayores |
| Ubicación geográfica | 5 | Países desarrollados |
| Enfermedad benigna previa | 4-5 | Hiperplasia atípica |
| Cáncer de una mama | 4 | |
| Edad a la menarquía | 3 | Antes de los 11 años |
| Edad del 1er. Embarazo a término | 3 | Después de los 35 años |
| Historia familiar de cáncer de mama | 2 | En familiares en primer grado |
| Exposición a radiaciones ionizantes | 3 | Entre la pubertad y la edad reproductiva |
| Edad de la menopausia | 2 | Después de los 54 años |
| Dieta | 1.5 | Alta ingesta de grasas saturadas |
| Obesidad en posmenopáusicas | 2 | Mayor 35 *IMC |
| Consumó de alcohol | 1.3 | Ingesta excesiva |
| Terapia hormonal de reemplazo | 1.3 | Uso por más de 5 años |
| Uso de contraceptivos orales | 1.2 | Usuaría actual + de 5 años |

*RR: riesgo relativo

*IMC índice de masa corporal

La edad (riesgo progresivo), sexo femenino, familiar cercano que haya tenido cáncer de mama (madre, hermana), antecedentes de haber tenido con anterioridad un cáncer de mama, nuliparidad, menarquia precoz (antes de los 11) años), primer parto después de los 35 años, menopausia después de los 54.¹⁴⁻²²

Sólo el 15% de estos cánceres afectan a mujeres menores de 40 años.

Patologías previas, que aumentan la tasa de incidencia:

- > Cáncer de mama previo: en un 1% por cada año de sobrevida.
- > Algunas mastopatías: como las hiperplasias atípicas, etc.
- > Otros cánceres: endometrio, colon.

Antecedentes familiares, de cáncer en general y de cáncer mamario en particular.

Por mutaciones en uno o más genes críticos:

- > BRCA1 (17q21)
- > P53 (17p23)
- > BRCA2 (cromosoma 13)
- > Gen del receptor androgénico.²⁴

Factores que disminuyen el riesgo: ausencia de antecedentes familiares, menopausia temprana, multiparidad, lactancia prolongada, ooforectomía bilateral en edad fértil, primer embarazo en edad temprana.²⁰

En caso de sospecha de malignidad a la exploración clínica y/o estudio de imagen (mastografía), se envía al siguiente nivel de atención, en los casos necesarios.

Para establecer el diagnóstico, es necesaria la correlación entre hallazgos clínicos, mastográficos e histopatológicos.

Las actividades de detección incluyen tres tipos de intervención específica que van dirigidos a la población femenina de acuerdo con su grupo de edad y su vulnerabilidad e incluyen: 1) Autoexploración, 2) Examen clínico y 3) Mastografía.

La detección del cáncer de mama se efectúa a través de:

La autoexploración de mama, mensualmente a partir de los 20 años.

La exploración clínica de la mama, cada año a partir de los 25 años.

La mastografía, cada 2 años de los 50 a 69 años y de los 40 a 49 años a mujeres con antecedentes familiares directos con cáncer de mama.¹⁴

ULTRASONIDO MAMARIO

Diferencia con facilidad un quiste de un nódulo sólido. Con los transductores actuales y en manos expertas sirve para evaluar región axilar en búsqueda de ganglios y a realizar biopsia.

Indicaciones:

- > Presencia de masa palpable con una mamografía negativa o indeterminada.
- > Completar estudio en caso de alteración mamográfica.
- > Estudio complementario en pacientes con mamas mamográficamente densas (según criterios de Tabar).
- > Primera evaluación de pacientes jóvenes (< de 25 años), embarazadas o lactantes con sintomatología mamaria.
- > Realización de procedimientos percutáneos (biopsias, marcaciones preoperatorias).
- > Seguimiento de lesiones múltiples conocidas, de aspecto ecográfico benigno.
- > En algunos casos para excluir multicentricidad de un cáncer en el que se planea, tratamiento conservador.
- > Estudio de enfermedad metastásica en la que se piensa que el primario es de mama, aún con mamografía y palpación negativas.
- > Estudio complementario en “mama alterada” (post-cirugía, post-radioterapia).
- > Medición de respuesta tumoral a tratamiento preoperatorio.
- > Estudio de secreciones por el pezón.
- > Estudio de implantes y sus complicaciones¹⁹
- > Mujer menor de 35 años con sintomatología mamaria.
- > Mama densa.
- > Caracterización de un nódulo.
- > Densidad asimétrica.
- > Mastitis
- > Abscesos
- > Tumor quístico o sólido
- > Mama grasa²⁵

MASTOGRAFÍA

Es actualmente una herramienta para la detección temprana del cáncer de mama con una efectividad en la reducción en la mortalidad de 35% en mujeres de 50 a 69 años. Se estima que la sensibilidad es 75%, los falsos positivos son alrededor de 6% y la especificidad cercana 94%, sin embargo estas varían según la edad de la mujer y la habilidad del radiólogo en la interpretación.

La toma de mastografía se debe realizar anualmente o cada dos años, a las mujeres de 40 a 49 años con dos o más factores de riesgo y en forma anual a toda mujer de 50 años o más, por indicación médica y con autorización de la interesada, de existir el recurso.

A toda mujer que haya tenido un familiar (madre o hermana) con cáncer de mama antes de los 40 años; se le debe realizar un primer estudio de mastografía diez años antes de la edad en que se presentó el cáncer en el familiar y posteriormente de acuerdo a los hallazgos clínicos, el especialista determinará el seguimiento.

Indicaciones clínicas para la toma de mastografía diagnóstica:

- > Mujer con síntomas de patología mamaria a partir de los 35 años,
- > Mujer joven con sospecha de cáncer mamario independiente de la edad,
- > Búsqueda de tumor primario desconocido, o
- > Antecedente personal de cáncer mamario⁸

PROYECCIONES:

▲ OBLICUA MEDIOLATERAL A 45^a:

Permite visualizar la parte superior externa de la mama incluyendo el músculo pectoral.

- > Capa externa epidérmica
- > Bande de tejido adiposos subcutáneo
- > Tejido fibroglandular (estroma)
- > Vasos arteriales (arqueados y convergentes al pezón)
- > Conductos galactóforos (calcificados)

▲ CRANEOCAUDAL:

- > En la que la mama se comprime de arriba abajo.¹⁹

TÉCNICAS COMPLEMENTARIAS

- ▲ Galactografía: Consiste en la introducción de un contraste yodado hidrosoluble por vía intracanalicular para estudio de secreciones por el pezón.
- ▲ Neumoquistografía: Consiste en la insuflación de aire en la cavidad de un quiste después de la aspiración de su contenido.¹⁹

SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN BIRADS

Sistema de manejo de datos del reporte de imagen mamaria:

Fue diseñado en 1993 por el Colegio Americano de Radiología junto con otras instituciones importantes de salud en los Estados Unidos como el Instituto Nacional de Cáncer (NCI), el Colegio Americano de Cirugía, Colegio Americano de Patología entre otros. Con el propósito de estandarizar la terminología empleada en los reportes de los estudios de mastografía. Hasta 1997 se estandarizó su uso, requiriendo ya como norma el ser utilizado en todos los reportes mamográficos.

Esta terminología fue inicialmente descrita para mastografía. Sin embargo existen en desarrollo sistemas similares para ultrasonido y resonancia magnética.²⁶

La clasificación consta de 7 tipos:

- › **BIRADS 0:** Estudio NO concluyente, requiere estudios de imagen adicionales (proyecciones adicionales, ampliaciones, vistas especiales). Siempre que sean posibles las mastografías debe compararse con estudios previos.
- › **BIRADS 1:** Estudio negativo o normal, las mamas son simétricas, no hay masas disturbios arquitectónicos o calcificaciones sospechosas presentes.
- › **BIRADS 2:** Estudio negativo sin imágenes sugestivas de cáncer en las que se observa lesión o lesiones de naturaleza benigna específica como quistes, lipomas galactoceles, hamartomas, fibroadenomas, etc. Que requieren seguimiento o tratamiento ocasional según indica clínica.
- › **BIRADS 3:** Un resultado en esta categoría debe tener una alta probabilidad de ser benigno. Lo cual es cierto en el 97-100% de las ocasiones. No es un resultado concluyente, por lo que debe tener evaluación posterior.
- › **BIRADS 4** Estudio que presenta una imagen con apariencia de malignidad no contundente, debe tener evaluación posterior con biopsia para la confirmación cito histopatológica de la lesión detectada por imagen.
 - **4a** hallazgo que requiere biopsia pero con baja probabilidad de malignidad.
 - **4b** Probabilidad intermedia de malignidad.
 - **4c** Imagen preocupante pero no clásica de malignidad.
- › **BIRADS 5:** Estudio que presenta imágenes altamente sugestivas de malignidad (micro calcificaciones pleomórficas en un grupo mayor de 5, imagen irregular, distorsión de la arquitectura mamaria, etc.) En estos casos se recomienda la realización de una biopsia en forma inmediata para corroborar el diagnóstico y llevar a cabo el tratamiento oportuno.
- › **BIRADS 6:** Hallazgos de malignidad ya confirmados por biopsia (más no por procedimiento resectivo)²⁶

ANATOMÍA PATOLÓGICA

En el momento actual el examen anatómo-patológico de los tumores de mama debe proporcionar detalles que incluyan no sólo el tipo histológico del tumor, sino también el grado histológico y subtipo al igual que otros indicadores pronósticos y predicativos.

BIOPSIAS DIAGNÓSTICAS

- > Biopsia por aspiración con aguja fina
- > Trucut
- > Biopsia incisional
- > Biopsia excisional
- > Biopsia por estereotaxia

BIOPSIA POR ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA (BAAF)

- C1: Inadecuada o insatisfactoria
- C2: Benigna
- C3: Atipia probablemente benigna
- C4: Probablemente maligna
- C5: Maligna

BIOPSIA CON AGUJA DE CORTE

- B1: Tejido normal
- B2: Lesión benigna
- B3: Lesión potencialmente maligna
- B4: Probablemente maligna
- B5: Maligna ¹⁸

CLASIFICACION HISTOPATOLÓGICA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS): ¹⁷⁻²⁸

I. Tumores epiteliales:

- Benignos:
 - Papiloma intracanalicular.
 - Adenoma del pezón.
 - Adenoma:
 - a) Tubular
 - b) Lactante.
 - Otros
- Malignos:
 - A) No invasor.
 - Carcinoma intracanalicular.
 - Carcinoma lobulillar in situ
 - B) Invasor
 - Carcinoma canalicular invasor.
 - Carcinoma canalicular invasor con predominio del componente intracanalicular.
 - Carcinoma mucinoso.
 - Carcinoma medular.
 - Carcinoma papilar.

- Carcinoma tubular.
- Carcinoma adenoideo quístico.
- Carcinoma secretor (juvenil)
- Carcinoma apócrino.
- Carcinoma con metaplasia
- Tipo escamoso.
- Tipo fusocelular.
- Tipo mixto.
- Carcinoma lobulillar infiltrante.

C) Enfermedad de Paget.

II. Tumores mixtos de tejidos conjuntivos y epiteliales

- Fibroadenoma
- Tumor phyllodes
- Carcinosarcoma

III. Tumores varios

- Tumores de tejidos blandos.(incluye sarcomas)
- Tumores de piel.
- Tumores de los tejidos hematopoyéticos y linfoides

ESTADIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN CLÍNICA

Se establece considerando las características del tumor primario, la extensión a los ganglios linfáticos y la evidencia de metástasis a distancia.

Se emplea mundialmente la clasificación de la Unión Internacional Contra el Cáncer, basada en el sistema TNM, aprobada en 1987.

- › Estadio 0 Carcinomas no invasores.
- › Estadio I Tumores pequeños (< 2 cm.) sin metástasis axilares.
- › Estadio II A Tumores pequeños con metástasis axilares simples. Tumores medianos (> 2 cm.; < 5 cm.) sin metástasis axilares.
- › Estadio II B Tumores medianos con metástasis axilares simples. Tumores grandes (> 5 cm.) sin metástasis axilares.
- › Estadio III A Tumores grandes con metástasis axilares simples. Cualquier tumor con metástasis axilares confluentes.
- › Estadio III B Cualquier tumor que invade estructuras vecinas. Cualquier tumor con metástasis en ganglios mamaros internos, Carcinoma inflamatorio.
- › Estadio IV Cualquier caso con metástasis a distancia.²¹⁻²³

Clasificación de los tumores mamaros, sus nódulos y metástasis¹⁸

| TUMOR | N 0 | N1 | N2 | N3 |
|-------|------|------|------|------|
| T1 | I | IIa | IIIa | IIIc |
| T2 | IIa | IIb | IIIa | IIIc |
| T3 | IIb | IIIa | IIIa | IIIc |
| T4 | IIIb | IIIb | IIIb | IIIc |

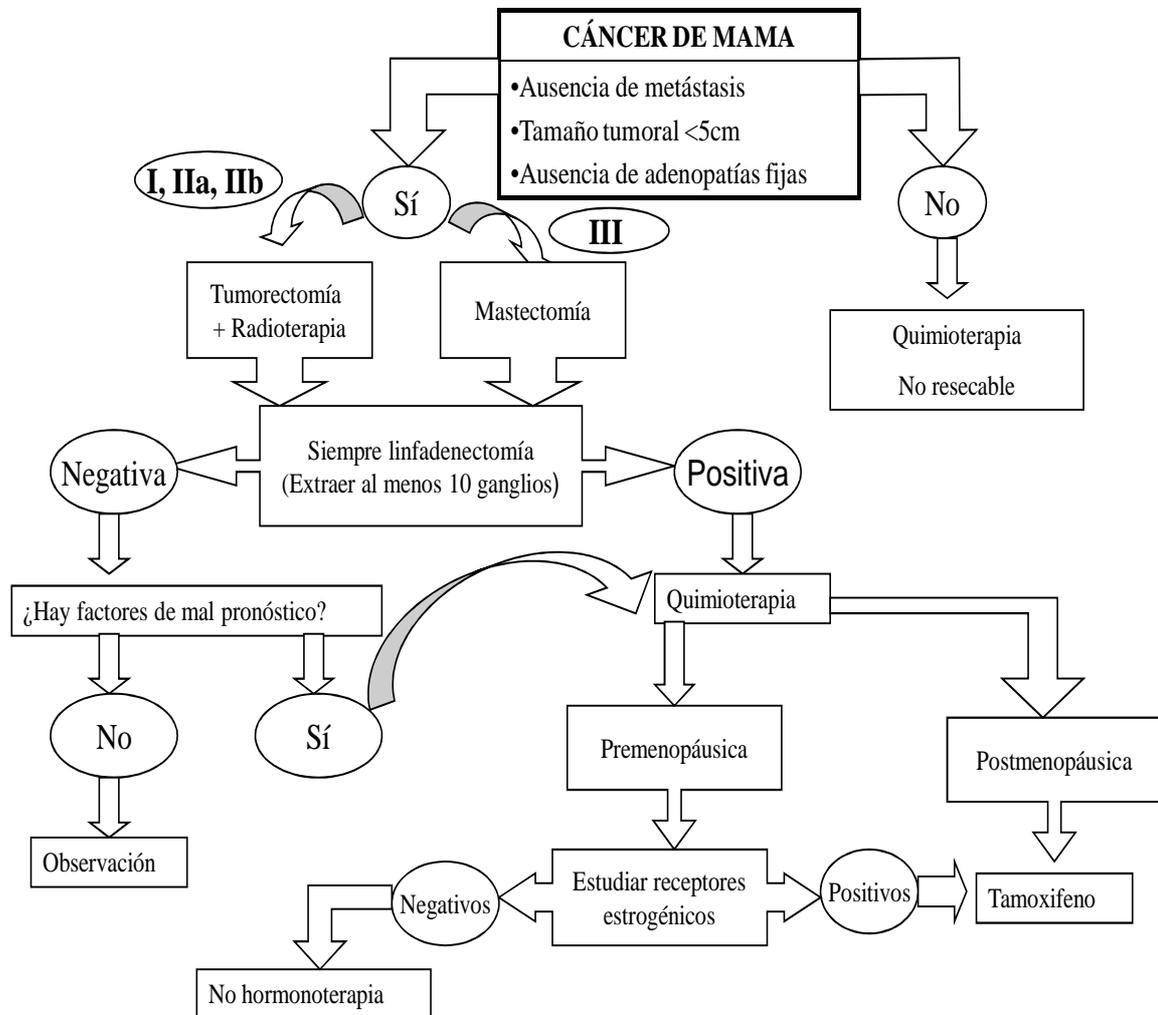
Agrupamiento por estadios ¹⁷

| ESTADIO | TUMOR | GANGLIO | METÁSTASIS |
|----------------|--------------|----------------|-------------------|
| 0 | T1S | NO | MO |
| I | T1 | NO | MO |
| IIA | TO | N1 | MO |
| | T1 | N1 | MO |
| | T2 | NO | MO |
| IIB | T2 | N1 | MO |
| | T3 | NO | MO |
| IIIA | TO | N2 | MO |
| | T1 | N2 | MO |
| | T2 | N2 | MO |
| | T3 | N1, N2 | MO |
| IIIB | T4 | Cualquier N | MO |
| | Cualquier T | N3 | MO |
| IV | Cualquier T | Cualquier N | M1 |

TRATAMIENTO

El tratamiento debe ser considerando como un componente de la detección y atención de cáncer de mama. Los objetivos principales el tratamiento de cáncer de mama son la curación la prolongación de la vida útil y el mejoramiento de la calidad de vida. Desde el punto de vista oncológico la curación se entiende como el alcance de la expectativa normal de vida con tres elementos importantes: la completa remisión de la enfermedad, riesgo mínimo o no riesgo de recurrencia y restauración de la salud funcional (física y psicosocial). Otros valores importantes de la atención a la salud son la autonomía, dignidad, prevención de complicaciones, acceso y equidad en la provisión de la atención.^{14, 21, 23}

ALGORITMO DE TRATAMIENTO¹⁷



JUSTIFICACIÓN

La glándula mamaria es un órgano sometido a múltiples cambios a lo largo de la vida de la mujer, la mayor parte de esa evolución genera alteraciones de carácter benigno pero también puede ocasionar un cáncer de mama.

La patología de la de la mama es un problema de salud en incremento y con alto impacto que requiere de una respuesta de la sociedad en su conjunto, por lo que es necesario reforzar la educación y la participación del médico en atención primaria para el diagnóstico oportuno y participar en su atención integral.

En los últimos años hemos vivido grandes avances relacionados con las enfermedades de la mama. Hay que destacar la conciencia adquirida por la mujer de que llegar a tiempo es lo más importante y de que disponemos de recursos diagnósticos y terapéuticos impensables hace poco tiempo y en continuo progreso.

Las causas más frecuentes de consulta por patología mamaria son de origen benigno. Sin embargo, el cáncer de mama es un problema de salud con alto impacto y representa la segunda neoplasia de importancia que afecta a las mujeres mexicanas por lo que siempre deberá ser realizado un diagnóstico que permita un tratamiento menos agresivo.

La patología mamaria requiere de una respuesta multidisciplinaria, por lo que es necesario reforzar la educación y la participación del residente en medicina familiar y de médicos familiares para el diagnóstico oportuno y su atención integral.

Los servicios de salud deben responder proporcionando una atención de calidad en la detección, el diagnóstico y el tratamiento. Lo anterior, involucra el criterio de manejo médico, actualizados, y acordes con el desarrollo tecnológico.

Al interior del IMSS constituye un enorme reto para la institución, de tal manera que es importante la evaluación de la aptitud clínica de los médicos en formación y de primer nivel de atención en patología mamaria y establecer estrategias para reducir la morbi-mortalidad de esta enorme carga para la salud pública.

Los componentes de la aptitud clínica se relacionan con la habilidad para reconocer indicios clínicos, factores de riesgo, pronósticos o de gravedad, habilidad en la apropiada selección y acertada interpretación de los procedimientos de laboratorio y gabinete, habilidad para seleccionar entre distintas posibilidad diagnósticas, terapéuticas, habilidad para decidir acciones preventivas o terapéuticas apropiadas encaminadas a conservar o recuperar la salud, disposición para propiciar la participación de otros colegas.

El interés por abordar la aptitud clínica en patología mamaria como eje de análisis en este trabajo, se debe a que su estudio dejar ver cómo es la práctica clínica, particularmente importa el criterio médico en la toma de decisiones en la atención de las pacientes, porque allí se expresa el tipo de experiencia a la que han estado expuestos los médicos de primer nivel y su indagación orienta a valorar el estado actual.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de algunas opiniones contrapuestas el médico familiar y residente en medicina familiar como médico de atención primaria para la mujer especialmente, en edad fértil y los años perimenopáusicos, el diagnóstico padecimientos benignos y del cáncer de mama en sus formas más curables se halla dentro de esta especialidad.

El cáncer de mama en nuestro país representa un grave problema de salud, La tasa de mortalidad ha registrado un aumento importante de 1950 a 2005, pasando de una tasa de 2 por 100,000 mujeres a 9 por 100,000 mujeres.

Es posible que parte de este aumento inicial, pero no en todo se deba a la detección de casos subclínicos en los programas de detección. Sin embargo las muertes originadas se producen a una velocidad de 1 cada 15 minutos en el mundo. En mujeres mexicanas un fallecimiento cada 2 horas.

Esta sobrecogedora estadística requiere claramente el diagnóstico en una fase temprana, cuando el pronóstico de curación con el tratamiento adecuado es posible.

Por lo anterior es importante determinar el nivel de desarrollo de aptitud clínica del médico de primer nivel mediante casos clínicos reales, para examinar su criterio en cada caso clínico, a fin de identificar elementos que permitan mejorar la educación médica, la actuación del médico familiar, del residente en medicina familiar y la calidad de atención del primer nivel.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿CUÁL ES EL DESARROLLO DE APTITUD CLÍNICA QUE EXISTE EN RESIDENTES Y MÉDICOS FAMILIARES EN PATOLOGÍA MAMARIA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20. IMSS MÉXICO D.F.?

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

GENERAL

Evaluar la aptitud clínica de los médicos residentes en la especialidad en medicina familiar y de los médicos familiares en patología mamaria en la unidad de medicina familiar no. 20 IMSS de la delegación norte del D.F.

ESPECÍFICOS:

- Elaborar y validar un instrumento para evaluar la aptitud clínica en médicos residentes del curso de especialización en medicina familiar y médicos familiares en patología mamaria
- Identificar el desarrollo de la aptitud clínica en médicos residentes del curso de especialización en medicina familiar
- Identificar el desarrollo de la aptitud clínica y médicos familiares en patología mamaria
- Identificar en médicos residentes factores sociodemográficos, (edad, sexo, estado civil), características escolares (escuela de procedencia, grado académico, capacitación previa).
- Identificar en médicos familiares factores sociodemográficos (edad, sexo, estado civil), características educativas (especialidad en medicina familiar, certificación, capacitación previa) y característica laborales (turno y antigüedad).
- Comparar la aptitud clínica de los médicos residentes de medicina familiar por año académico.
- Comparar la aptitud clínica de los médicos familiares de medicina familiar por turno.
- Comparar la aptitud clínica de los médicos familiares y residentes de medicina familiar adscritos en la delegación Norte DF. UMF 20.

HIPÓTESIS

La aptitud clínica para la atención de patología mamaria es baja en los residentes y médicos familiares.

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODO:

TIPO DE ESTUDIO:

Por el control de la maniobra experimental por el investigador: observacional.

Por la captación de la información: Prolectivo.

Por la medición del fenómeno en el tiempo: transversal.

Por la presencia de un grupo control: comparativo.

Por la ceguedad en la aplicación de las maniobras: abierta.

PROPOSITO DEL ESTUDIO:

Educativa.

SITIO DEL ESTUDIO

Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Norte D.F.

Ubicada en la Calzada Vallejo # 675, colonia Magdalena de las Salinas, Delegación
Gustavo A, Madero; México Distrito Federal.

POBLACIÓN DEL ESTUDIO:

Médicos familiares y residentes de medicina familiar que se encuentren adscritos en la
UMF No. 20.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Médicos familiares y residentes de medicina familiar que se encuentren adscritos en la
UMF 20, que deseen participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Médicos familiares y residentes de medicina familiar adscritos en la UMF 20, que se
encuentren ausentes por motivo de incapacidad, falta u otro motivo.

Médicos familiares, residentes de medicina familiar que no acepten participar en el
estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Médicos familiares y residentes de medicina familiar que por alguna razón no termine
de contestar el cuestionario.

TIPO DE MUESTREO:

No probabilístico por conveniencia.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Grupos naturales de médicos residentes y médicos familiares

VARIABLES DEL ESTUDIO

CONOCIMIENTOS PREVIOS:

DC: Son los conocimientos que existen durante su formación conformando puntos de vista que se traducen en contenidos de aprendizaje.

DO: Capacitación previa. Se determinará por medio del cuestionario.

Escala de medición: nominal.

APTITUD CLÍNICA:

DC: Se define como la habilidad compleja que favorece el desarrollo de puntos de vista propios tomando como referencia la problematización de la propia experiencia en situaciones clínicas reales a través de un discurso reflexivo y por lo tanto dialéctico.

La aptitud clínica se evaluará a través de indicadores:

1. Reconocimiento de factores de riesgo.
Definido como la habilidad para reconocer antecedentes o condiciones actuales en la paciente.
2. Reconocimiento de indicadores clínicos.
Definido como la capacidad de reconocer datos clínicos tanto de interrogatorio como de exploración física que forman parte y son base para el diagnóstico de cierta enfermedad.
3. Selección e Interpretación de auxiliares de diagnóstico.
Definido como la habilidad para la selección pertinente y análisis reflexivo de los auxiliares de diagnóstico - de datos de laboratorio y gabinete - en relación a cierta enfermedad.
4. Integración Diagnóstica.
Definido como la capacidad de integrar a través de hipótesis sindromáticas o nosológicas un diagnóstico o juicio congruente tomando como base el análisis crítico de los componentes de un resumen clínico.
5. Uso de recursos terapéuticos.
Definido como la habilidad y pertinencia en la selección de opciones terapéuticas indicadas en cierta enfermedad.
6. Interconsulta Especializada.
Definido como adecuar la intervención de otros colegas o especialistas de acuerdo a la patología del paciente.

7. Critica al colega.

Definido como la capacidad para reconocer si las acciones ejecutadas por un colega en un momento fueron pertinentes y adecuadas.

DO: Se determinará por medio de un instrumento de evaluación de 176 ítems de verdadero, falso y no sé, evaluando el conocimiento en:

| ÍTEMS | APTITUD |
|--------------|----------------|
| 0-25 | AZAR |
| 26-56 | MUY BAJO |
| 57-86 | BAJO |
| 87- 116 | MEDIO |
| 117- 146 | ALTO |
| 147- 176 | MUY ALTO |

Escala de medición: ordinal, nominal

EDAD:

DC: Tiempo que ha vivido con una persona.

DO: A través del interrogatorio.

Escala de medición: Cuantitativa de razón

SEXO:

DC: Condición orgánica que nos distingue entre hombres y mujeres.

DO: A través del interrogatorio.

Escala de medición: Nominal.

ESCUELA DE PROCEDENCIA:

DC: Instancia educativa donde se formo como médico general.

DO: A través del interrogatorio.

Escala de medición: Nominal.

PROMEDIO DE LA CARRERA

DC: Puntaje académico obtenido durante su formación como médico general.

DO: Pregunta directa del promedio obtenido

Escala de medición: cuantitativa de razón.

MÉDICO RESIDENTE EN MEDICINA FAMILIAR

DC: Medico en adiestramiento de un curso de especialización en medicina familiar por año académico

DO: A través del interrogatorio (primero, segundo y tercer año académico)

Escala de medición: Ordinal.

MÉDICO FAMILIAR

DC: Especialista que atiende los problemas relacionados con el proceso salud enfermedad en forma integral continua y bajo un enfoque de riesgo en el ámbito individual y familiar tomando en consideración el contexto biológico, social y psicológico.

DO: A través del interrogatorio.

Escala de medición: Nominal

ESTADO CIVIL

DC: Condición de cada persona con los derechos y obligaciones que marca cierto régimen

DO: Se clasificará en:

- Casado: cuando refiere estar unido a su pareja bajo la ley civil.
- Soltero: si niega algún tipo de unión.
- Unión libre: que es la unión en común acuerdo sin estar de por medio un régimen eclesiástico o civil.
- Divorciado: que es el estado posterior a la ruptura de la unión.
- Viudo: cuando exista pérdida de la pareja de unión con motivo de fallecimiento.

Escala de medición: Cualitativa nominal

ANTIGÜEDAD

DC: Tiempo que alguien ha permanecido en un cargo o empleo.

DO: A través del interrogatorio se cuestionará el tiempo que ha laborado como médico en el IMSS, al momento del estudio.

Escala de medición: Cuantitativa de intervalo.

CAPACITACIÓN PREVIA EN PATOLOGÍA MAMARIA

DC: En un proceso educativo previo en patología mamaria encaminadas a la mejora, incremento y desarrollo de la calidad de los conocimientos, habilidades y actitudes, con la finalidad de elevar el desempeño profesional.

DO: A través del interrogatorio.

Escala de medición: Cualitativa nominal dicotómica

CERTIFICACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

DC: La Certificación en medicina familiar es un proceso que garantiza estándares técnicos y socialmente aceptables de calidad de cuidados para los usuarios de los servicios de salud. DO: A través del interrogatorio.

Escala de medición: Cualitativa nominal dicotómica

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

DC: Especialidad médica y disciplina académica que estudia los procesos que inciden tanto en la salud como en la enfermedad del individuo y su familia.

DO: A través del interrogatorio.

Escala de medición: Cualitativa nominal dicotómica

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

Previa aprobación del protocolo por el comité de investigación se realizó un cuestionario que constaba de 193 ítems, tipo verdadero, falso, no sé, utilizado en el encabezado (tallo) los siguientes términos: Condiciones, A favor, Asociado, Compatible, Útil y Apropiado.

Dicho instrumento evaluó siete indicadores que son: Reconocimiento de factores de riesgo, Reconocimiento de indicadores clínicos, Selección e Interpretación de auxiliares de diagnóstico, Integración Diagnóstica, Uso de recursos Terapéuticos, Interconsulta Especializada y Crítica al colega.

El instrumento de aptitud clínica en patología mamaria fue validado por 6 expertos (2 especialistas en medicina familiar, 2 especialistas en ginecología, 2 médicos especialistas con formación docente) para alcanzar validez de contenido, validez relacionada con el criterio y de constructo.

Una vez culminado los procedimientos de validez y realizado los ajustes necesarios se llegó a un instrumento con 176 ítems.

Se hace prueba piloto en médicos residentes en medicina familiar adscritos en la UMF número 94 Delegación Norte del IMSS D.F.

Una vez aplicado el instrumento, los datos obtenidos fueron procesados y analizados con la prueba Kuder-Richardson para el establecimiento de coeficientes de confiabilidad.

Se realizó el estudio en la UMF 20 Delegación Norte aplicando el instrumento final a 29 médicos familiares de ambos turnos y sexos así como a 45 médicos residentes en medicina familiar en los tres grados académicos y ambos sexos, previa aprobación, aceptación de las autoridades de la unidad para la realización del estudio y consentimiento informado de los participantes.

Posteriormente terminado de aplicar el instrumento de evaluación en aptitud clínica en patología mamaria, se procedió al vaciado de los datos en una base de datos en el programa EXCEL, SPSS, llevados a cabo por el investigador, los datos se analizaron por el investigador guiado por sus asesores para obtener los resultados del estudio.

RESULTADOS

La versión final del instrumento quedó constituida por 176 ítems distribuidos en siete indicadores. Cuadro 1.

La validación del instrumento se realizó en UMF No.94, se aplicó la muestra piloto en 20 residentes del Curso de Especialización en Medicina Familiar obteniendo consistencia del instrumento por la prueba de Kuder Richardson de 0.80 de acuerdo a la fórmula Pérez-Padilla se estimó el azar en 25.

Se aplicó el instrumento a 45 médicos residentes del Curso de Especialización en Medicina Familiar de la UMF 20 con el siguiente perfil socio demográfico edad media de 29 años (rango 25-39) DE 2.8, sexo femenino 62.2% (n=28), estado civil soltero en 51% (n=23). Cuadro 2.

Las características escolares fueron: Promedio de la carrera de médico cirujano con una media de 8.2 (rango de 7-9), escuela de Procedencia la UNAM en el 62.2% (n=28), primer año académico en el 51.1% (n= 23), sin antecedentes de capacitación en patología mamaria en el 91.1% (n= 41). Cuadro 3.

En cuanto al desarrollo de la aptitud clínica en patología mamaria fue bajo en el 51.1% (n=23), muy bajo 24.4% (n=11), medio 20% (n=9) y al azar 4.4% (n=2). Cuadro 4, figura 1.

En las variables estudiadas, el desarrollo medio de aptitud clínica en patología mamaria encontramos que predomina el sexo femenino 66.7% (n=6), estado civil soltero 55-6 (n=5), egresados de la UNAM 66.7%(n=6), grado académico primer año 62-2% (n=6) Cuadro 5, figuras 2-6.

Al comparar el desarrollo de la aptitud clínica por año académico encontramos una mediana de: primero 67.50, segundo 69 y tercero de 73, sin diferencia estadísticamente significativa con Kruskal- Wallis 0.90. Cuadro 6.

Al interior del grupo por años académicos no se encontró diferencia estadísticamente significativa con Prueba de Mann- Whitney 1° y 2° (67.50)(69) $p=0.68$; 1°y3°(67.50)(73.00) $p=0.95$; 2°y3°(69)(73) $p=0.82$. Cuadro 7.

En el grupo de médicos familiares se encontró un perfil socio demográfico (n=23), edad 42 años, (rango de 30-39 años), DE 2.8, sexo femenino 58.6% (n=17), estado civil casado 72.4% (n=21). Cuadro 8.

Las características educativas de los médicos familiares encontradas fueron: tener Especialidad en Medicina Familiar en el 79.3% (n=23), con certificación en un 86.9% (n=20), sin capacitación previa en patología mamaria en un 72.4% (n=21). Cuadro 9.

Las características laborales predominantes fueron: el turno matutino en 51.7% (n=15), y la antigüedad 1-5 años 31% (n=23.5%). Cuadro 10.

El desarrollo de la aptitud clínica en patología mamaria fue bajo en el 58.6 % (n=17), muy bajo 20.7% (n=6), medio 17.2% (n=5) y al azar 3.4% (n=1) Cuadro 11, Figura 7

En cuanto a las variables estudiadas y el desarrollo medio de aptitud clínica en patología mamaria encontramos que predomina género masculino 60%(n=3) , estado civil casado 60% (n=3) , con especialidad en medicina familiar 100% , certificados 60% , sin capacitación previa 100%, turno matutino 60%(n=3), antigüedad de 1 a 5 años en 40% (n=2). Cuadro 12, figuras 8 -15.

Al comparar el desarrollo de la aptitud clínica en patología mamaria por jornada laboral encontramos mediana de: turno matutino de 31-94 (79) (n=15), turno vespertino 9-97 (67) (n=14). Sin diferencia significativa con la prueba de Mann- Whitney 0.20. Cuadro 13.

Al comparar al grupo de médicos residentes en medicina familiar y el grupo de médicos familiares no se encontró diferencia estadísticamente significativa con la prueba de Mann- Whitney residentes 24-93 (68) Médicos familiares 9-97 (75) P= 0.6%. Cuadro 14.

El desarrollo de la aptitud clínica en médicos residentes en comparación a los médicos familiares de acuerdo a los indicadores fue: indicador 1 reconocimiento de factores de riesgo bajo en médicos residentes 40% (n=18) y bajo-medio en médicos familiares 31% (n=9) respectivamente. Indicador 2 reconocimientos de indicadores clínicos muy bajo en médicos residentes 46.7% (n=21) y bajo en médicos familiares 41.4 % (n=12). Indicador 3 Selección e interpretación de auxiliares de diagnóstico, muy bajo en médicos residentes 35.6% (n=16) y bajo en médicos familiares 41.4 % (n=12). Indicador 4 Integración diagnóstica, muy bajo en médicos residentes 31.1% (n=14) y bajo en médicos familiares 34.5% (n=10)

Indicador 5 Uso de recursos terapéuticos, bajo en médicos residentes 33.3% (n=15) y bajo-medio en médicos familiares 34.5 % (n=10) respectivamente. Indicador 6 Interconsulta a especialidad, muy bajo en médicos residentes 48.9% (n=22) y medio en médicos familiares 34.5 % (n=10). Indicador 7 crítica al colega, muy bajo en médicos residentes 37.8% (n=17) y medio en médicos familiares 41.4 % (n=12). Cuadro 15, figura 16-22.

CUADROS Y FIGURAS

CUADRO I

INDICADORES DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN (n=176)

| INDICADORES | ITEMS |
|--|-------|
| 1. RECONOCIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO, | 27 |
| 2. RECONOCIMIENTO DE INDICADORES CLÍNICOS, | 33 |
| 3. SELECCIÓN E INTERPRETACIÓN DE AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO | 37 |
| 4. INTEGRACIÓN DIAGNÓSTICA | 29 |
| 5. USO DE RECURSOS TERAPÉUTICOS | 26 |
| 6. INTERCONSULTA ESPECIALIZADA | 7 |
| 7. CRITICA AL COLEGA. | 17 |

CUADRO 2

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR ESTUDIADOS DE LA UMF 20 EN PATOLOGÍA MAMARIA. (n=45)

| VARIABLE | | FRECUENCIA | % |
|-------------------|-------------|------------|------|
| INTERVALO DE EDAD | 25-30 | 35 | 77.8 |
| | 31-35 | 9 | 20.0 |
| | 36-40 | 1 | 2.2 |
| SEXO | FEMENINO | 28 | 62.2 |
| | MASCULINO | 17 | 37.8 |
| ESTADO CIVIL | SOLTERO | 23 | 51.1 |
| | CASADO | 18 | 40 |
| | DIVORCIADO | 1 | 2.2 |
| | UNIÓN LIBRE | 3 | 6.7 |

CUADRO 3

CARACTERÍSTICAS ESCOLARES DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR DE UMF 20. (n=45)

| VARIABLE | | FRECUENCIA | % |
|--|---------|------------|------|
| ESCUELA DE PROCEDENCIA | UNAM | 28 | 62.2 |
| | IPN | 8 | 17.8 |
| | OTRAS* | 9 | 20 |
| AÑO DE RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR | PRIMERO | 23 | 51.1 |
| | SEGUNDO | 17 | 37.8 |
| | TERCERO | 5 | 11.1 |
| CAPACITACIÓN PREVIA | SI | 4 | 8.9 |
| | NO | 41 | 91.1 |

*UAEH, UAEM, UAZ, UAP, UP.

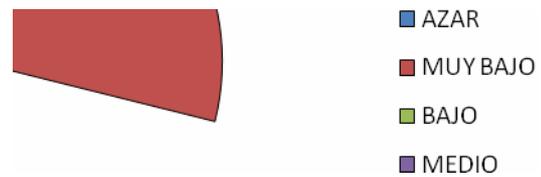
CUADRO 4

DESARROLLO DE LA APTITUD CLÍNICA DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR DE UMF 20. (n=45)

| VARIABLE | FRECUENCIA | % |
|-----------------|------------|------|
| AZAR 0-25 | 2 | 4.4 |
| MUY BAJOS 26-56 | 11 | 24.4 |
| BAJO 57-86 | 23 | 51.1 |
| MEDIO 87-117 | 9 | 20.0 |

FIGURA 1

APTITUD CLÍNICA DE LOS MÉDICOS RESIDENTES ESTUDIADOS (n=45)



CUADRO 5

VARIABLES ESTUDIADAS DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR DE UMF 20 EN RELACIÓN AL DESARROLLO DE LA APTITUD CLÍNICA EN PATOLOGÍA MAMARIA
(n=45)

| VARIABLE | | AZAR 0-25 | MUY BAJO 25-56 | BAJO 57-87 | MEDIO 87-116 |
|------------------------|-------------|--------------|-------------------|---------------|-----------------|
| EDAD | 25-30 | 2 100% | 6 54.5% | 20 87.0 | 7 77.8% |
| | 31-35 | 0 | 4 36.4 | 3 13.0% | 2 22.2% |
| | 36-40 | 0 | 1 9.1% | 0 | 0 |
| SEXO | FEMENINO | 1 50% | 3 27.3% | 18 78.3% | 6 66.7% |
| | MASCULINO | 1 50% | 8 72% | 5 21.7% | 3 33.3% |
| ESTADO CIVIL | SOLTERO | 0 | 5 45.5% | 13 56.6% | 5 55.6% |
| | CASADO | 2 100% | 5 45.5% | 8 34.8 | 3 33.3% |
| | DIVORCIADO | 0 | 1 9.0% | 0 | 0 |
| | UNIÓN LIBRE | 0 | 0 | 2 8.7% | 1 11.1% |
| ESCUELA DE PROCEDENCIA | UNAM | 2 100% | 5 45.5% | 15 65.2% | 6 66.7% |
| | IPN | 0 | 3 27.3% | 3 13.0% | 2 22.2% |
| | OTROS* | 0 | 3 27.3% | 5 21.7% | 1 11.1 |
| AÑO ACADÉMICO | PRIMERO | 1 50% | 5 45.5% | 15 65.2% | 6 62.2% |
| | SEGUNDO | 1 50% | 3 27.3% | 3 13.0% | 2 22.2% |
| | TERCERO | 0 | 3 27.3% | 5 21.7% | 1 11.1% |

*UAEH, UAEM, UAZ, UAP, UP

FIGURA 2

APTITUD CLÍNICA DE LOS MÉDICOS RESIDENTES ESTUDIADOS SEGÚN INTERVALO DE EDAD.
(n=45)

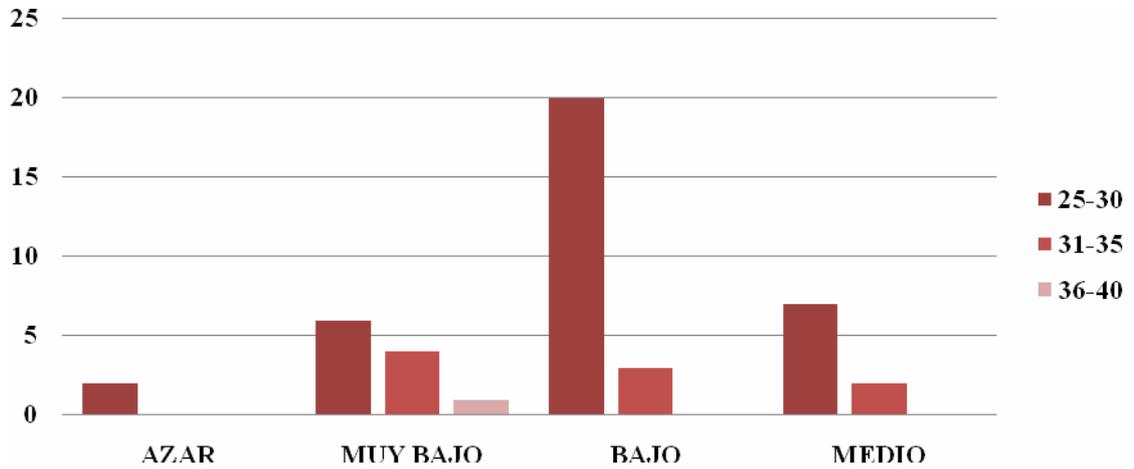


FIGURA 3

APTITUD CLÍNICA DE LOS MÉDICOS RESIDENTES ESTUDIADOS SEGÚN EL SEXO
(n=45)

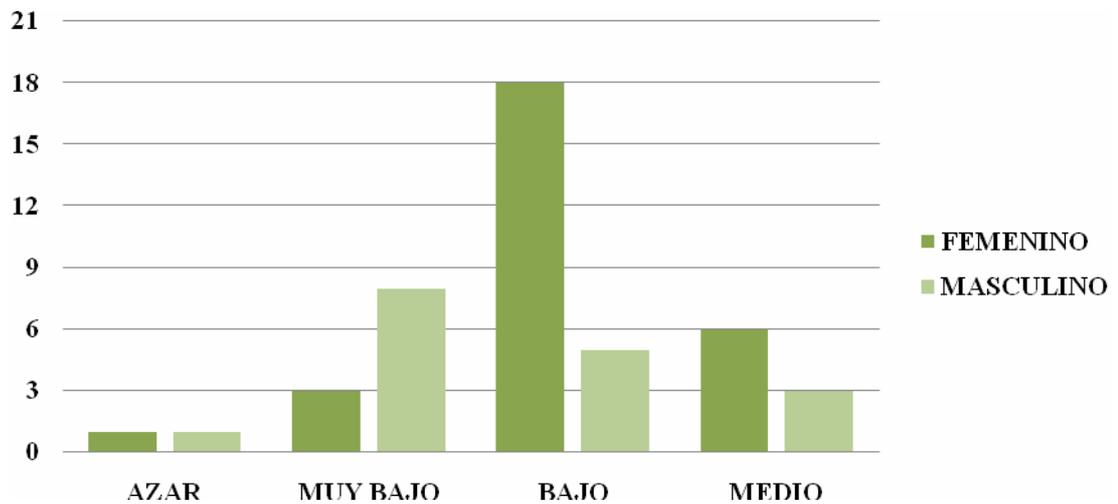


FIGURA 4

APTITUD CLÍNICA DE LOS MÉDICOS RESIDENTES ESTUDIADOS SEGÚN ESTADO CIVIL.
(n=45)

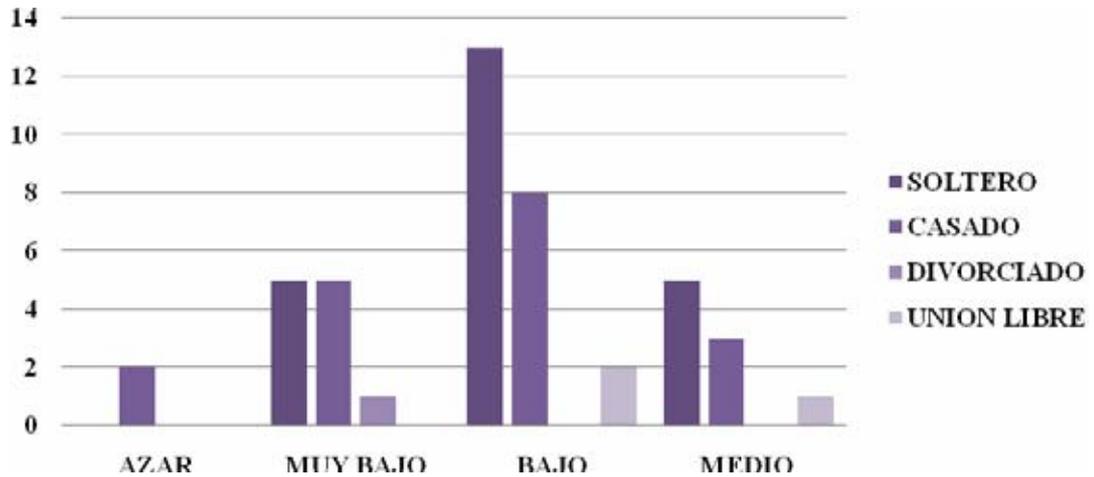


FIGURA 5

APTITUD CLÍNICA DE LOS MÉDICOS RESIDENTES ESTUDIADOS SEGÚN ESCUELA DE PROCEDENCIA.
(n=45)

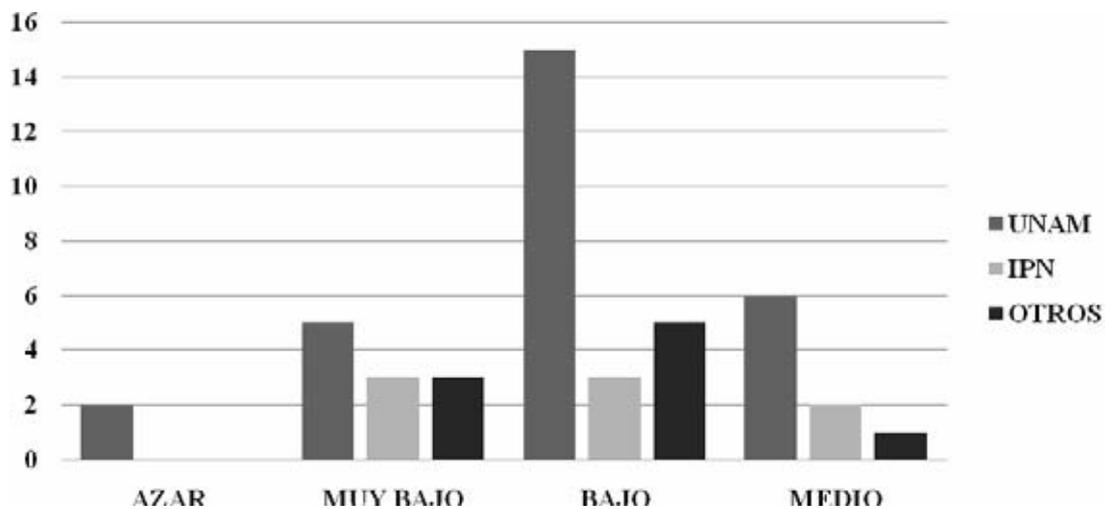
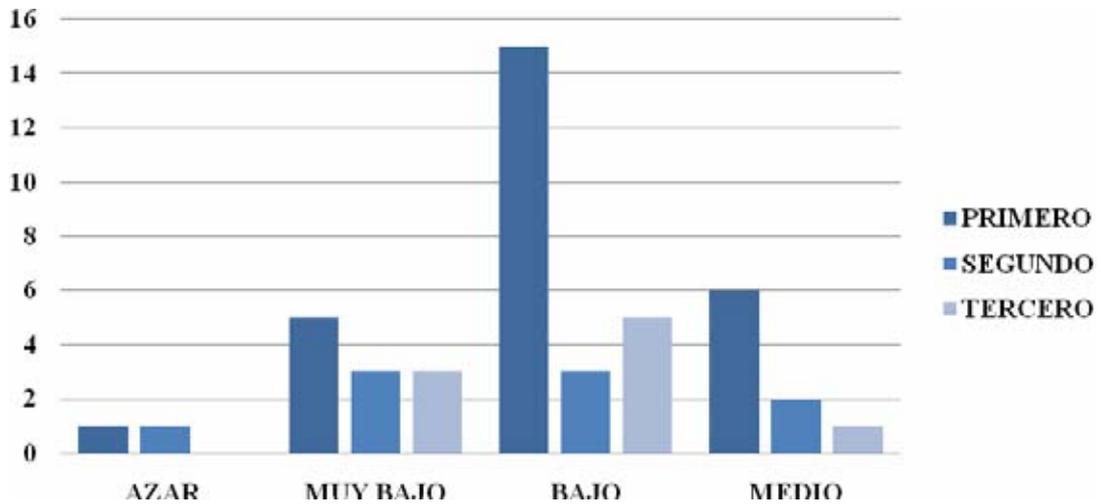


FIGURA 6

APTITUD CLÍNICA DE LOS MÉDICOS RESIDENTES ESTUDIADOS POR GRADO DE ESPECIALIDAD DE LA UMF NÚMERO 20 (n=45)



CUADRO 6

COMPARACIÓN DEL DESARROLLO DE LA APTITUD CLÍNICA ENTRE LOS TRES AÑOS DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR. (n=45)

| AÑO ACADÉMICO | FRECUENCIA | MEDIANA | p* |
|---------------|------------|----------------|------|
| PRIMERO | 23 | 25-90 (67.50) | 0.90 |
| SEGUNDO | 17 | 24-91 (69.00) | |
| TERCERO | 5 | 27-80 (73.00) | |

- Kruskal- Wallis

CUADRO 7

COMPARACIÓN DEL DESARROLLO DE LA APTITUD CLÍNICA EN EL INTERIOR DEL GRUPO ENTRE LOS AÑOS ACADÉMICOS. (n=45)

| AÑO ACADÉMICO | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 |
|---------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| MEDIANA | 25-90 (67.50) | 24-91 (69.00) | 25-90 (67.50) | 27-80 (73.00) | 24-91 (69.00) | 27-80 (73.00) |
| p* | 0.68 | | 0.95 | | 0.82 | |

Prueba de Mann-Whitney

CUADRO 8

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS MÉDICOS FAMILIARES ESTUDIADOS. (n= 29)

| VARIABLE | FRECUENCIA | % | |
|-------------------|-------------|----|------|
| INTERVALO DE EDAD | 25-29 | 1 | 3.4 |
| | 30-39 | 13 | 44.8 |
| | 40-49 | 7 | 24.1 |
| | 50-59 | 8 | 27.6 |
| SEXO | FEMENINO | 17 | 58.6 |
| | MASCULINO | 12 | 41.4 |
| ESTADO CIVIL | SOLTERO | 5 | 17.2 |
| | CASADO | 21 | 72.4 |
| | UNIÓN LIBRE | 3 | 10.3 |

CUADRO 9
CARACTERÍSTICAS EDUCATIVAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES DE
LA UMF 20.
(n=29)

| VARIABLE | | FRECUENCIA | % |
|--|----|------------|------|
| ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR | SI | 23 | 79.3 |
| | NO | 6 | 20.7 |
| CERTIFICACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR | SI | 20 | 86.9 |
| | NO | 3 | 13.0 |
| CAPACITACIÓN PREVIA EN PATOLOGÍA MAMARIA | SI | 8 | 27.6 |
| | NO | 21 | 72.4 |

CUADRO 10
CARACTERÍSTICAS LABORALES DE LOS MÉDICOS FAMILIARES
ADSCRITOS A LA UMF 20
(n= 29)

| VARIABLE | | FRECUENCIA | % |
|------------|------------|------------|------|
| TURNO | MATUTINO | 15 | 51.7 |
| | VESPERTINO | 14 | 48.3 |
| ANTIGÜEDAD | 1-5 | 9 | 31.0 |
| | 6-10 | 6 | 20.7 |
| | 11-15 | 5 | 17.2 |
| | 16-20 | 4 | 13.8 |
| | 21-25 | 2 | 6.9 |
| | 26-30 | 3 | 10.3 |

CUADRO 11

DESARROLLO DE LA APTITUD DE LOS MÉDICOS FAMILIARES ESTUDIADOS DE LA UMF NÚMERO 20 (n=29)

| VARIABLE | FRECUENCIA | % |
|-----------------|------------|------|
| AZAR 0-25 | 1 | 3.4 |
| MUY BAJOS 26-56 | 6 | 20.7 |
| BAJO 57-86 | 17 | 58.6 |
| MEDIO 87-117 | 5 | 17.2 |

FIGURA 7

DESARROLLO DE LA APTITUD DE LOS MÉDICOS FAMILIARES ESTUDIADOS. (n=29)



CUADRO 12

VARIABLES ESTUDIADAS DE LOS MÉDICOS FAMILIARES DE LA UMF NÚMERO 20 EN RELACIÓN AL DESARROLLO DE LA APTITUD CLÍNICA EN PATOLOGÍA MAMARIA (n=29)

| VARIABLE | | AZAR 0-25 | MUY BAJO 26-52 | BAJO 57-86 | MEDIO 87-116 |
|-----------------------------------|-------------|--------------|-------------------|---------------|-----------------|
| INTERVALO DE EDAD | 25-29 | 0 | 0 | 0 | 1 20% |
| | 30-39 | 1 100% | 3 50% | 8 47.1% | 1 20.0% |
| | 40-49 | 0 | 2 33.3% | 4 23.5% | 1 20% |
| | 50-59 | 0 | 1 16.7% | 5 29.4% | 2 40.0% |
| SEXO | FEMENINO | 1 100.0% | 3 50.0% | 11 64.7% | 2 40.0% |
| | MASCULINO | 0 | 3 50.0% | 6 37.5% | 3 60.0% |
| ESTADO CIVIL | SOLTERO | 0 | 1 16.7% | 2 11.8% | 2 40.0% |
| | CASADO | 0 | 4 66.7% | 14 82.4% | 3 60.0% |
| | UNIÓN LIBRE | 1 100.0% | 1 16.7% | 1 5.9% | 0 |
| ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR | SI | 1 100.0% | 3 50.0% | 14 81.3% | 5 100.0% |
| | NO | 0 | 3 50.0% | 3 17.6% | 0 |
| CERTIFICACIÓN (n=23) | SI | 1 100.0% | 2 66.6% | 12 85.71% | 3 60.0% |
| | NO | 0 | 1 33.4% | 2 14.28% | 2 40.0% |
| CAPACITACIÓN PREVIA | SI | 0 | 3 50.0% | 5 29.4% | 0 |
| | NO | 1 100.0% | 3 50.0% | 12 70.6% | 5 100.0% |
| TURNO | MATUTINO | 0 | 2 33.3% | 10 58.8% | 3 60.0% |
| | VESPERTINO | 1 100.0% | 4 66.7% | 7 41.2% | 2 40.0% |
| ANTIGÜEDAD | 1-5 | 0 | 3 50% | 4 23.5% | 2 40.0% |
| | 6-10 | 1 100% | 0 | 4 23.5% | 1 20% |
| | 11-15 | 0 | 1 16.7% | 4 23.5% | 0 |
| | 16-20 | 0 | 0 | 3 17.6% | 1 20% |
| | 21-25 | 0 | 2 33.35 | 0 | 0 |
| | 26-30 | 0 | 0 | 2 11.8% | 0 |

FIGURA 8

APTITUD CLÍNICA DE LOS MÉDICOS FAMILIARES ESTUDIADOS SEGÚN EL INTERVALO DE EDAD.
(n=29)

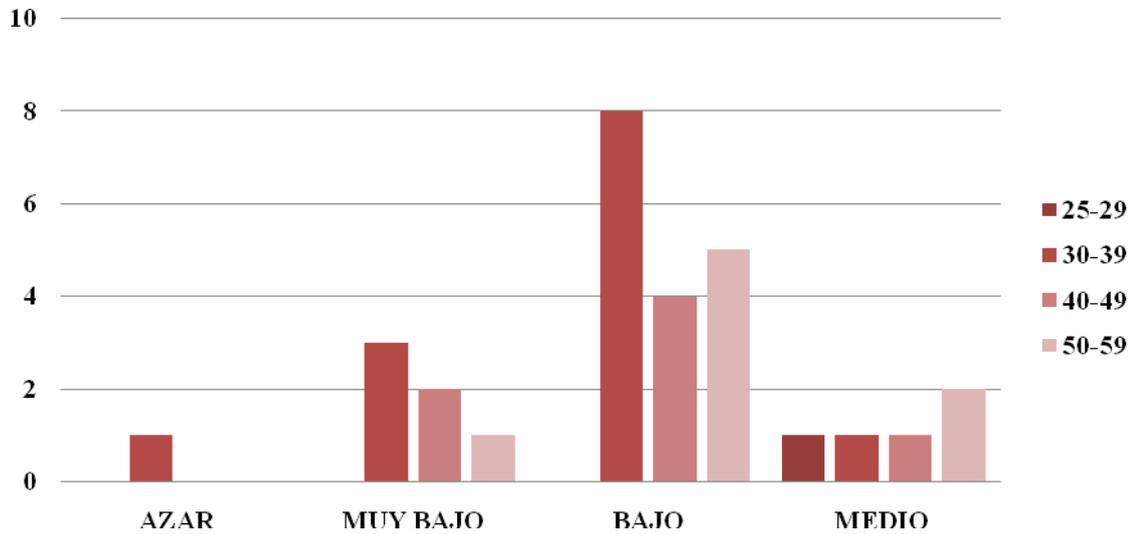


FIGURA 9

APTITUD CLÍNICA DE LOS MÉDICOS FAMILIARES ESTUDIADOS SEGÚN EL SEXO (n=29)

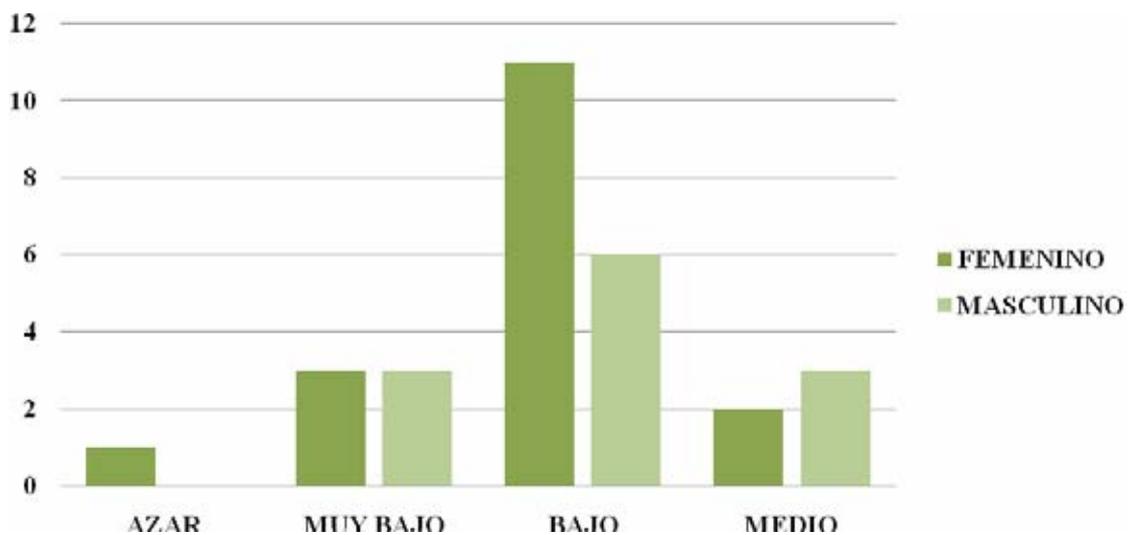


FIGURA 10

APTITUD CLÍNICA DE LOS MÉDICOS FAMILIARES ESTUDIADOS SEGÚN EL ESTADO CIVIL
(n=29)

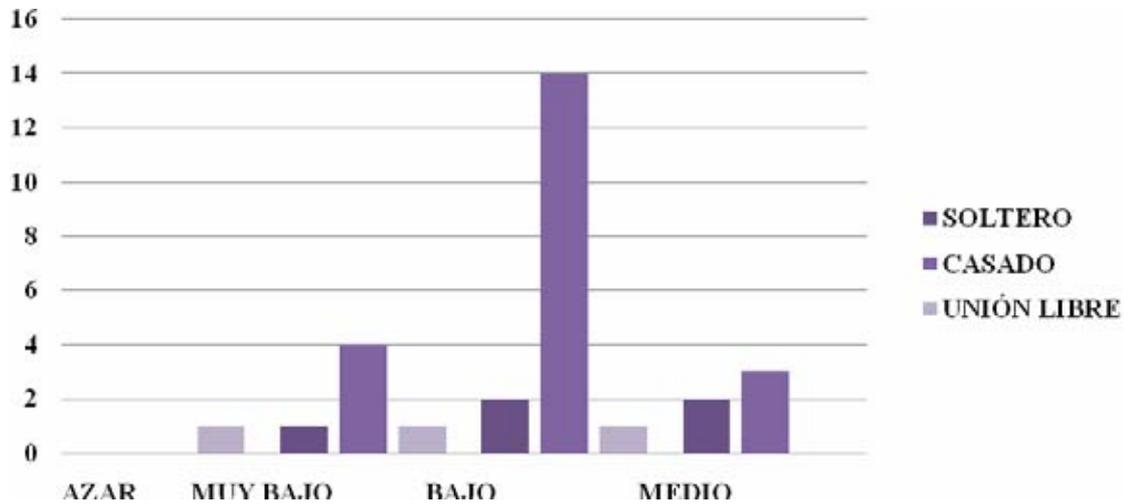


FIGURA 11

APTITUD CLÍNICA DE LOS MÉDICOS FAMILIARES ESTUDIADOS SEGÚN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
(n=29)

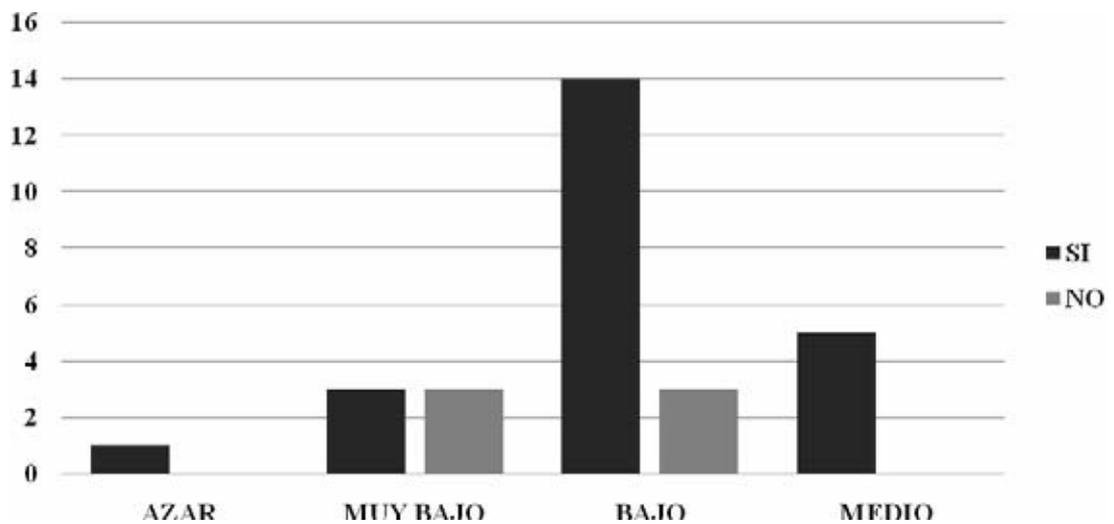


FIGURA 12

**APTITUD CLÍNICA DE LOS MÉDICOS FAMILIARES ESTUDIADOS SEGÚN
CERTIFICACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
(n=23)**

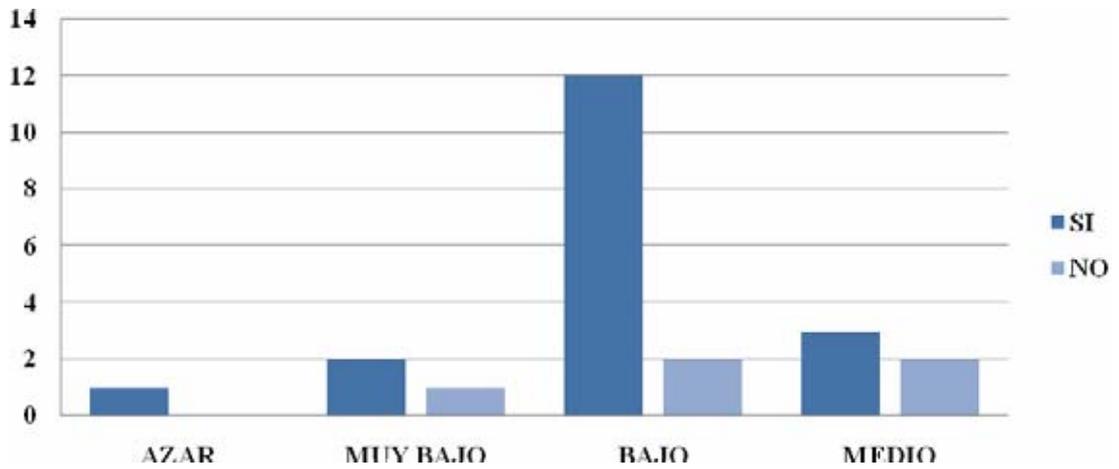


FIGURA 13

**APTITUD CLÍNICA DE LOS MÉDICOS FAMILIARES ESTUDIADOS SEGÚN
CAPACITACIÓN PREVIA EN PATOLOGÍA MAMARIA.
(n=29)**

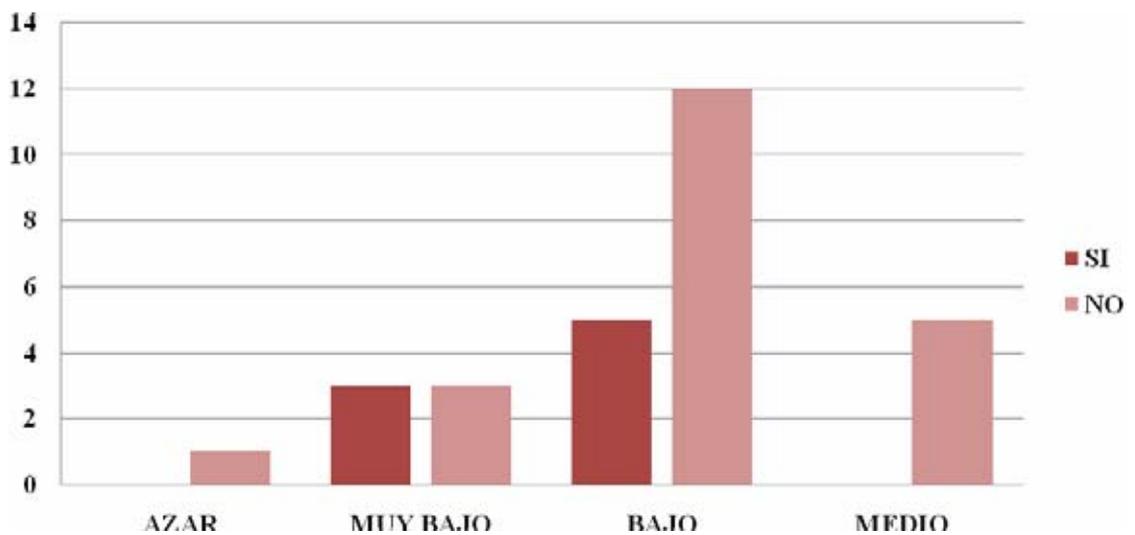


FIGURA 14

APTITUD CLÍNICA EN PATOLOGÍA MAMARIA DE MÉDICOS FAMILIARES ESTUDIADOS SEGUN EL TURNO LABORAL (n=29)

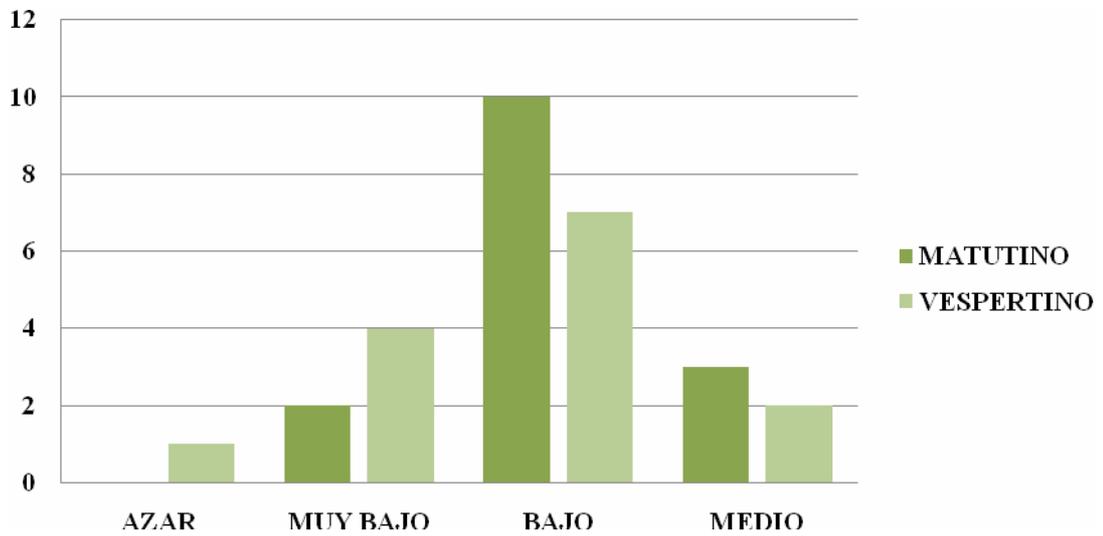
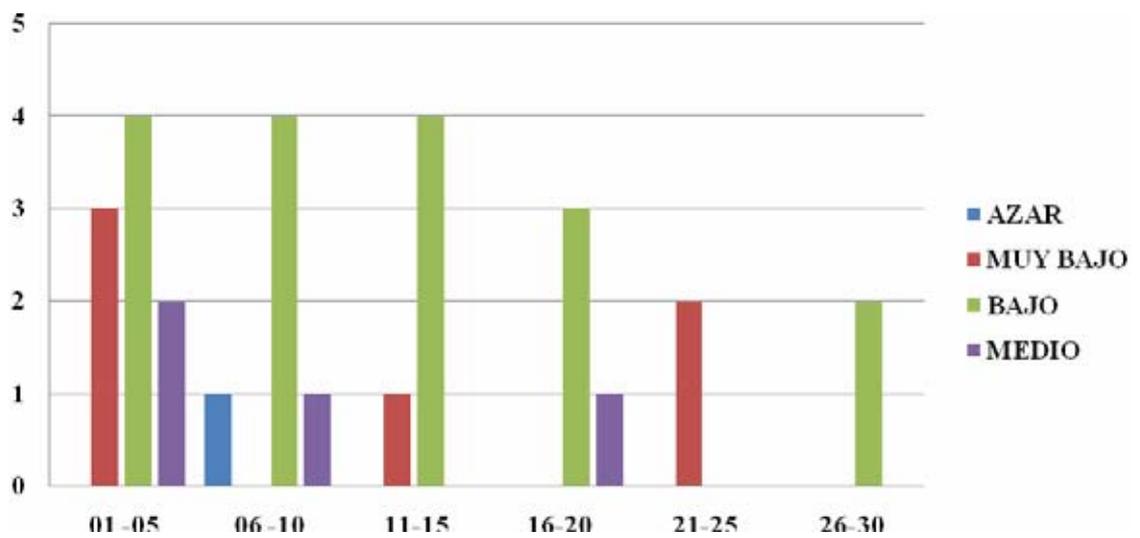


FIGURA 15

APTITUD CLÍNICA EN PATOLOGÍA MAMARIA DE MÉDICOS FAMILIARES ESTUDIADOS SEGUN LA ANTIGÜEDAD (n=29)



CUADRO 14

COMPARACIÓN DEL DESARROLLO DE LA APTITUD CLÍNICA ENTRE AMBOS TURNOS DE MÉDICOS FAMILIARES ESTUDIADOS n= 29

| TURNO | N = 29 | MEDIANA | P* |
|------------|--------|---------------|------|
| MATUTINO | 15 | 31-94 (79) | 0.20 |
| VESPERTINO | 14 | 9-97 (67) | |

Prueba de Mann-Whitney

CUADRO 15

COMPARACIÓN DEL DESARROLLO DE LA APTITUD CLÍNICA AL INTERIOR DEL GRUPO ENTRE LOS MÉDICOS RESIDENTES Y MÉDICOS FAMILIARES. (n= 29)

| | MÉDICOS FAMILIARES | MÉDICOS RESIDENTES | p |
|---------|--------------------|--------------------|-------|
| MEDIANA | 9-97 (75) | 24-93 (68) | *0.06 |

Prueba de Mann-Whitney

CUADRO 16

**COMPARACIÓN DEL DESARROLLO DE LA APTITUD CLÍNICA SEGÚN INDICADORES ENTRE LOS MÉDICOS RESIDENTES Y MÉDICOS FAMILIARES
(n= 29)**

| INDICADORES | DESARROLLO DE APTITUD | RESIDENTES (n=45) | MÉDICOS FAMILIARES (n=29) |
|--|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| 1. RECONOCIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO. | AZAR 0-4 | 7 15.6% | 6 20.7% |
| | MUY BAJO 5-9 | 7 15.6% | 5 17.2% |
| | BAJO 10-14 | 18 40.0% | 9 31.0% |
| | MEDIO 15-19 | 12 26.7% | 9 31.0% |
| | ALTO 20-23 | 1 2.2% | 0 |
| 2. RECONOCIMIENTO DE INDICADORES CLÍNICOS. | AZAR 0-5 | 2 44.4% | 1 3.4% |
| | MUY BAJO 6-11 | 21 46.7% | 7 24.1% |
| | BAJO 12-17 | 16 35.6% | 12 41.4% |
| | MEDIO 18-23 | 6 13.3% | 9 31.0% |
| 3. SELECCIÓN E INTERPRETACIÓN DE AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO. | AZAR 0-5 | 8 17.8% | 3 10.3% |
| | MUY BAJO 6-11 | 16 35.6% | 9 31.0% |
| | BAJO 12-17 | 15 33.3% | 12 41.4% |
| | MEDIO 18-23 | 5 11.1% | 3 10.3% |
| | ALTO 24-30 | 1 2.2% | 2 6.9% |

| | | | |
|---|-------------------------|-------------|-------------|
| 4. INTEGRACIÓN DIAGNÓSTICA. | AZAR 0-4 | 8 17.8% | 7 24.1% |
| | MUY BAJO 5-10 | 14 31.1% | 8 27.6% |
| | BAJO 10-13 | 13 28.9 | 10 34.5% |
| | MEDIO 16-20 | 6 13.3% | 4 13.8% |
| | ALTO 21-25 | 4 8.9 | 0 |
| 5. USO DE RECURSOS TERAPÉUTICOS. | AZAR 0-4 | 5 11.1% | 2 6.9% |
| | MUY BAJO 5-9 | 12 26.7% | 4 13.8% |
| | BAJO 10-13 | 15 33.3% | 10 34.5% |
| | MEDIO 14-18 | 10 2.2% | 10 34.5% |
| | ALTO 19-22 | 3 6.7% | 3 20.3% |
| 6. INTERCONSULTA ESPECIALIZADA. | AZAR 0-1 | 8 17.8% | 3 10.3 |
| | MUY BAJO 2-3 | 22 48.9% | 1 3.4% |
| | BAJO 4 | 1 2.2 | 1 3.4% |
| | MEDIO 5 | 14 31.1% | 10 34.5% |
| | ALTO 6 | 0 | 2 6.9% |
| | MUY ALTO 7 | 0 | 12 41.4 |
| 7. CRÍTICA AL COLEGA. | AZAR 0-1 | 3 6.7% | 4 13.8 |
| | MUY BAJO 2-5 | 17 37.8% | 4 13.8 |
| | BAJO 6-8 | 12 26.7% | 8 27.6% |
| | MEDIO 9-11 | 12 26.7% | 12 41.4% |
| | ALTO 12-14 | 1 22.2% | 1 3.4% |

FIGURA 16

**COMPARACIÓN DE APTITUD CLÍNICA SEGÚN EL INDICADOR 1
RECONOCIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO.
(n= 74)**

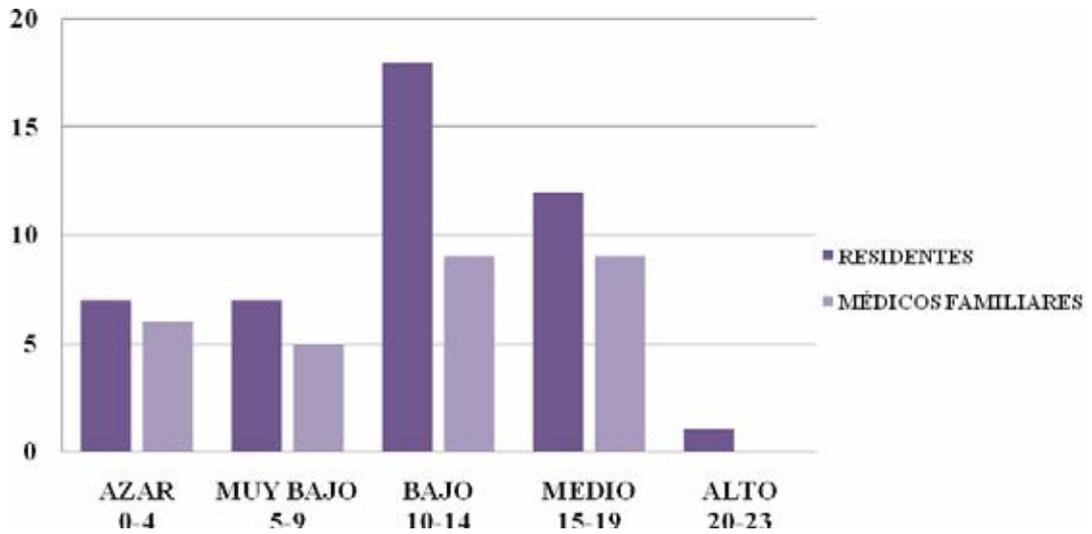


FIGURA 17

**COMPARACIÓN DE APTITUD CLÍNICA SEGÚN EL INDICADOR 2
RECONOCIMIENTO DE INDICADORES CLÍNICOS.
(n= 74)**

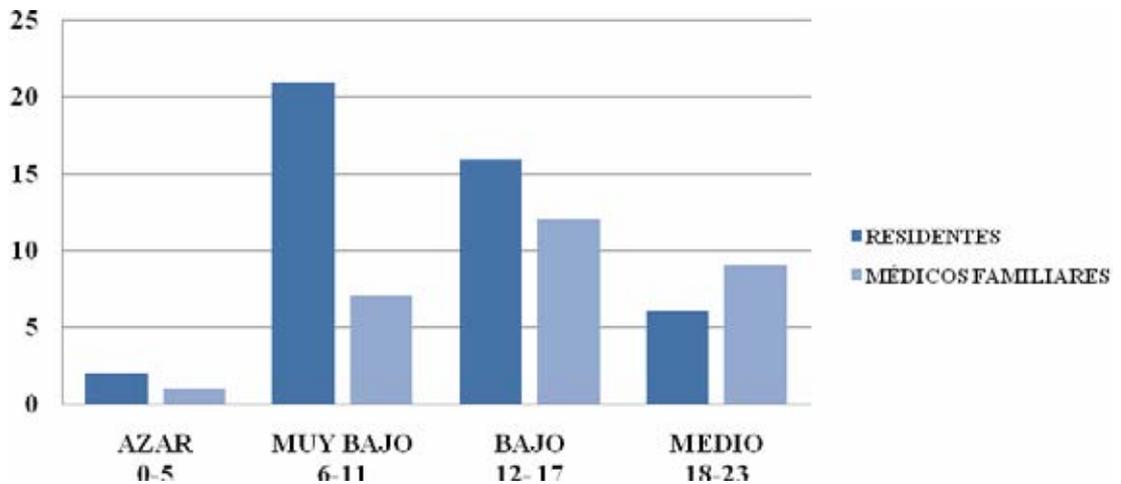


FIGURA 18

**COMPARACIÓN DE APTITUD CLÍNICA SEGÚN EL INDICADOR 3
SELECCIÓN E INTERPRETACIÓN DE AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO
(n= 74)**

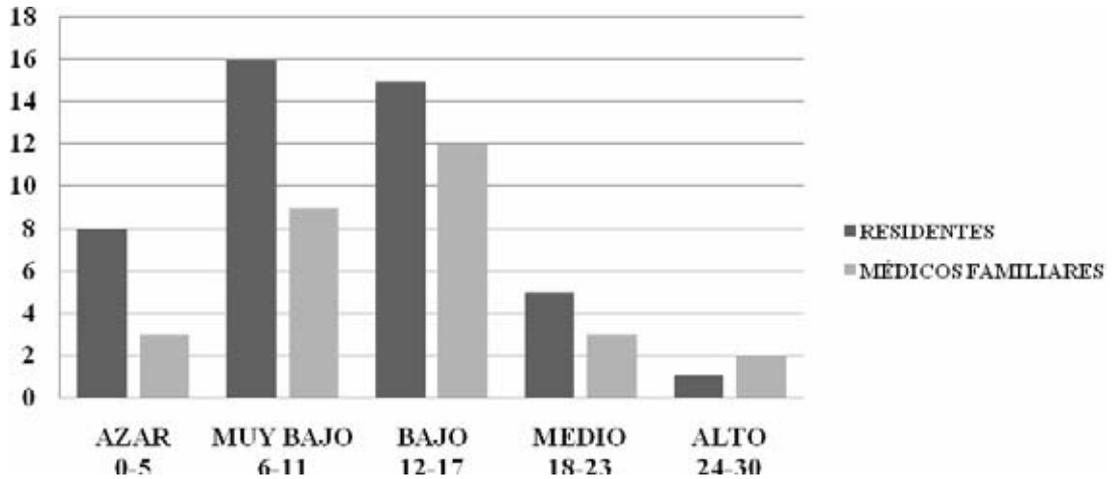


FIGURA 19

**COMPARACIÓN DE APTITUD CLÍNICA SEGÚN EL INDICADOR 4
INTEGRACIÓN DIAGNÓSTICA.
(n= 74)**

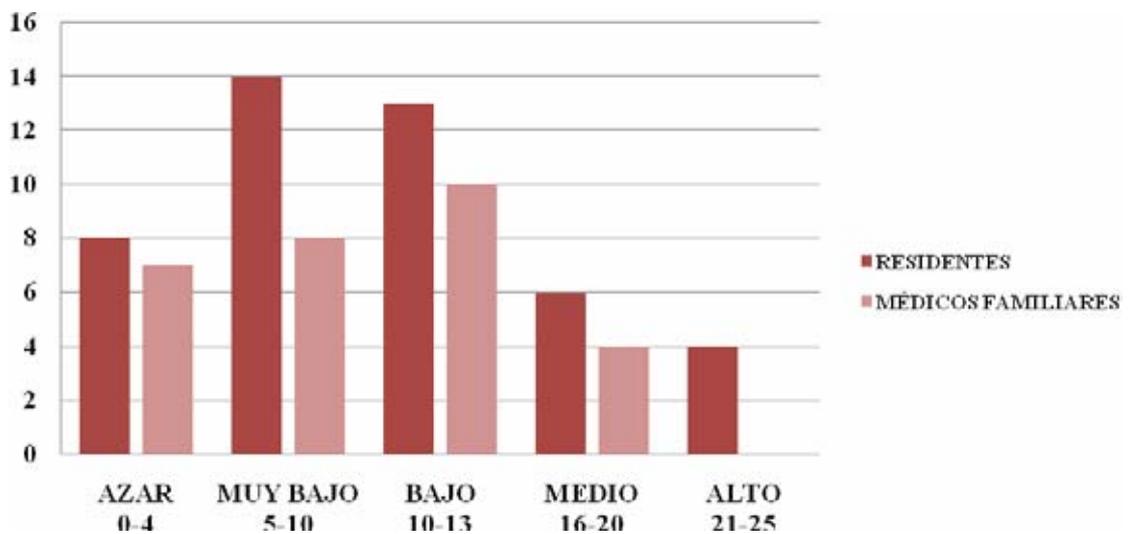


FIGURA 20

**COMPARACIÓN DE APTITUD CLÍNICA SEGÚN EL INDICADOR 5
USO DE RECURSOS TERAPÉUTICOS
(n= 74)**

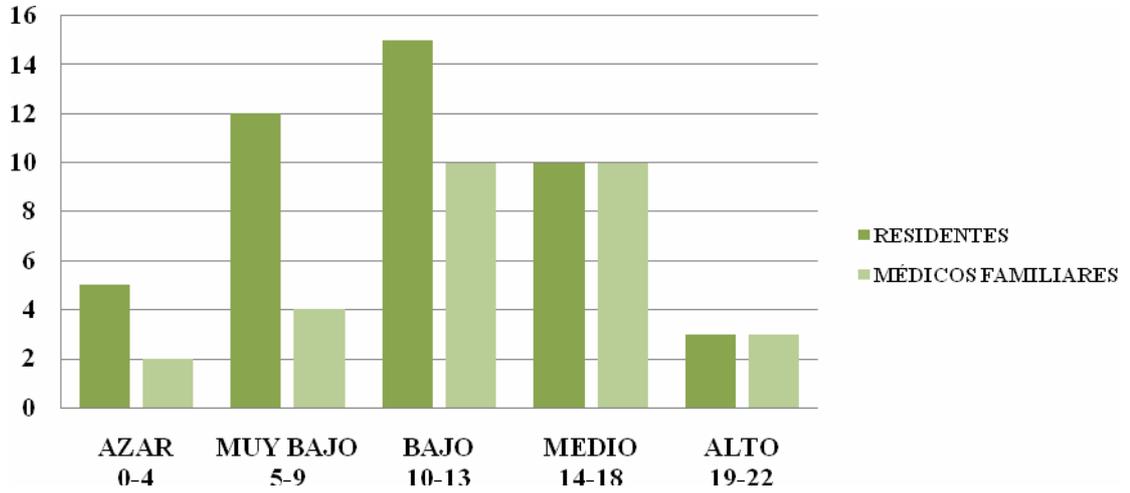


FIGURA 21

**COMPARACIÓN DE APTITUD CLÍNICA SEGÚN EL INDICADOR 6
INTERCONSULTA ESPECIALIZADA.
(n= 74)**

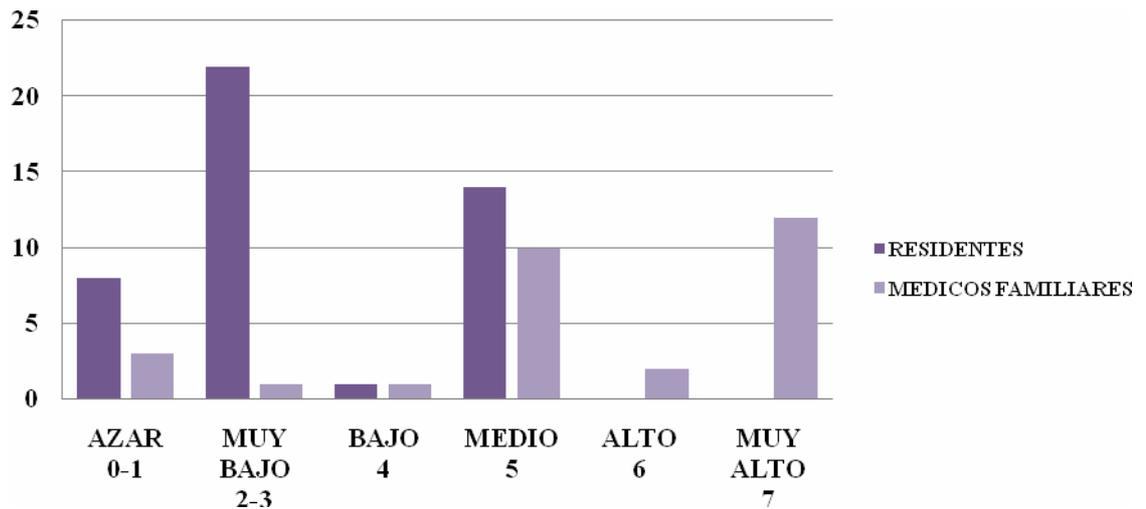
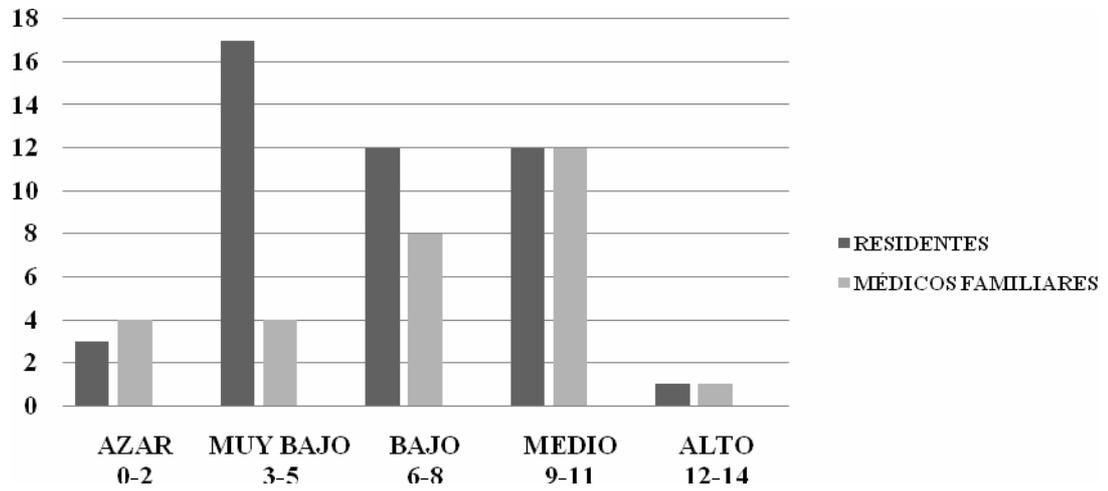


FIGURA 22

**COMPARACIÓN DE APTITUD CLÍNICA SEGÚN EL INDICADOR 7
CRÍTICA AL COLEGA
(n= 74)**



DISCUSIÓN

El estudio demostró un desarrollo de aptitud de los médicos residentes y médicos familiares ante patologías mamarias bajo en más de la mitad de ellos no encontrando diferencias estadísticas al compararse entre ellos ni al interior de los grupos.

La aptitud clínica y su evaluación son un problema vigente de la especialidad de medicina familiar y su preocupación de indagar el grado de desarrollo en la formación de pre y postgrado del médico ha sido una difícil labor docente de la última década, con el fin de cuestionar los alcances de la corriente educativa prevaleciente.

Diversos autores han tratado de evaluar la aptitud clínica en los padecimientos más frecuentes a los que se enfrenta el médico de primer nivel durante su práctica. Hasta el momento los resultados han sido poco alentadores.

García y Viniegra con el fin de valorar el desarrollo a través del tiempo, de la aptitud clínica de 298 residentes de medicina familiar, mediante un diseño longitudinal, comparando el mismo grupo de alumnos en dos situaciones al inicio del primer año (julio de 1999) y al terminar el tercer año (enero de 2002). Aplicaron un instrumento de aptitud clínica validado con 12 casos clínicos reales de problemas de salud frecuentes en la práctica del médico familia. Obteniendo como resultados al comparar las medias obtenidas por grado académico, se pudo apreciar que la aptitud clínica fue muy similar, la mayoría de los residentes mostró una aptitud superficial (68.8 versus 79.6 %), con escasa diferencias entre los grados que los autores proponen que al ahondar en cómo se lleva a cabo la formación del médico familiar, se requiere cuestionar los alcances de la educación y las condiciones del ambiente prevalecientes, de donde puedan surgir alternativas promisorias de superación. Para ello es necesario entender que existen diversos problemas de la educación médica, algunos derivan de los ambientes en donde se desarrolla la residencia y otros de la educación: su concepción, el papel que ha de cumplir el profesor y el alumno durante el proceso de aprendizaje. Los planes de estudio, las técnicas didácticas y la tecnología educativa son sólo complementos.⁸

Cobos-Aguilar realizaron un estudio analítico comparativo para medir el desarrollo de la lectura crítica en 70 alumnos durante el internado de pregrado aplicando un instrumento al inicio y final de este periodo de adiestramiento, llevando a cabo una estrategia educativa conformada por cuatro resúmenes de artículos previamente publicados recomendados por las guías de Mc. Master, obteniendo cambios en la puntuación de muy bajo y el porcentaje debido al azar en aquellos que llevaron actividades educativas participativas y compararlo con la estrategia tradicional demostraron un cambio significativo en el desarrollo de la aptitud clínica sugiriendo que el cambio de la estrategia permite un ambiente propicio para reflexionar más sobre el paciente pero también requiere de un cambio en la postura de los profesores realizaron.¹¹

Larios y cols bajo otra perspectiva educativa en competencias clínicas construyeron un instrumento (ECO) examen con objetivos estructurados para evaluar el grado de competencias en pregrado en el área de ginecología y obstetricia encontrando un

desarrollo deficiente en habilidades clínicas como fundamentar el diagnóstico y establecer medidas de manejo sugiriendo se debe a la falta de experiencia clínica reflexiva desde el inicio de su formación²⁷

Veloz y Uribe construyeron, validaron y aplicaron un instrumento que exploró el desarrollo de las aptitudes clínicas de los médicos residentes de diferentes grados de la especialidad de ginecología y obstetricia, conformado de cinco casos clínicos reales, representativos de las principales patologías asociadas a sangrado obstétrico con consistencia de 0.80 con la fórmula 21 de Kuder Richardson. Del total de los residentes 18 % se ubicaron en el nivel medio, 66 % en el nivel bajo y 15 % en el nivel muy bajo; no hubo residentes en el nivel de aptitudes alto ni muy alto o con respuestas en rangos esperados por azar. Al aplicar la prueba de Kruskal- Wallis no se encontró diferencia significativa entre los resultados de los tres grupos y con la prueba U de Mann-Whitney lo que parece estar asociado a los ambientes que propician poca reflexión sobre el quehacer profesional, que conduce a una práctica rutinaria que tiene su explicación en la orientación pasivo-receptiva que se asocia a la formación de médicos residentes y que se hereda por generaciones, y no promueve la reflexión ni la confrontación con las experiencias previas.²⁸

Bertha A, Pérez-Cervantes realizaron un estudio de Aptitud clínica en preeclampsia-eclampsia en una muestra no probabilística de 193 médicos familiares de 11 unidades de medicina familiar de una delegación del IMSS en el Distrito Federal. Se indagaron cinco indicadores de los médicos con las variables unidad de adscripción, turno laboral, antigüedad laboral, curso de especialización en medicina familiar, año de egreso de la licenciatura y capacitación en preeclampsia-eclampsia. La aptitud clínica en preeclampsia-eclampsia fue medida a través de un examen constituido por cuatro casos clínicos reales de, con 159 enunciados en total. Fue validado por cinco expertos hasta lograr un acuerdo de cuatro de ellos. Se obtuvo su confiabilidad con la prueba de semipartición, utilizando el coeficiente r de Spearman-Brown, el cual fue de 0.8072. Los resultados de este diagnóstico muestran un grado medio de desarrollo de aptitud clínica en preeclampsia-eclampsia en el grupo de médicos estudiados, más alto del que se planteó en la hipótesis (bajo), situación que puede explicarse por la inquietud que esta patología ha despertado en los individuos por el alto índice de morbilidad y mortalidad en la consulta prenatal cotidiana.²⁹

Otro estudio comparación entre médicos y residentes de gineco-obstetricia para evaluar aptitud ante casos clínicos reales que exploraban pérdida de la gestación fue realizado en 25 médicos residentes y 23 gineco-obstetras encontrando diferencia estadística significativa a favor de los médicos adscritos que a mayor antigüedad empieza a descender sus puntuaciones por lo que se sugiere el cambio de estrategia educativa tanto en los residentes como en los médicos que egresan romper con el paradigma de la educación tradicional.¹²

Los resultados obtenidos se asemejan a los nuestros en el presente estudio donde observamos un pobre desarrollo de aptitud clínica tanto por los médicos en formación como por el personal en actuación.

Con lo anterior podemos señalar que existe una educación deficiente desde pregrado y en las diferentes especialidades médicas debiendo ser un punto de partida para

reorientar y adecuar las acciones educativas que permitan mejorar los procesos formativos.

Viniegra menciona que múltiples acciones educativas se llevan a cabo en el IMSS con el propósito de aprendizaje entre ellas se encuentran: la capacitación en nuevas tecnologías, actualización en nuevas ideas y avances en el campo de actividad profesional y la formación en fundamentos destrezas, habilidades, actitudes y valores propios de una actividad profesional. Sin dejar de reconocer que los efectos de la educación no suelen ser de corto plazo, se ha observado que la difusión de cursos en las diferentes modalidades no logra la repercusión que se espera en el logro de los servicios de salud de creciente efectividad y de alcance.

En la explicación de esa insuficiente repercusión de la educación en el desempeño profesional se consideran dos vertientes: la primera las características de la institución reflejadas en ambientes laborales donde se promueve una gestión centrada en el control lo que conlleva a un clima de imposición, rigidez, inmovilismo y rutinario creando en los actores involucrados falta de desafíos ante la superación. La segunda vertiente se refiere al campo educativo en donde existe predominio de una educación pasiva que no estimula al alumno cuestionar indagar y desarrollar un punto de vista propio que propicie el aprendizaje fuera del contexto de su uso habitual.

Se consideran como propuestas de fondo para el cambio en el impacto de la educación en la actuación médica: en el nivel global, promover la participación entendida como el desarrollo de aptitudes cognitivas de las colectividades implica la progresión hacia un pluricentrismo opuesto al centralismo; hacia la horizontalidad del flujo que facilita la comunicación bidireccional entre lo que suele estar aislado; hacia una “verticalidad ascendente” que vigore la repercusión de los niveles subordinados en las políticas y directrices, y la presencia de una regulación facilitadora que se origine de la necesidad de dar cuerpo a nuevas formas de organización y convivencia que ya han surgido como efecto de la participación de los grupos.

En el plano de los ambientes, la participación supone la emergencia de condiciones de flexibilidad y apertura para las acciones grupales, propicias para la reflexión sobre la experiencia colectiva. Los usos y costumbres se encuentran en perpetuo cuestionamiento en la búsqueda de formas superiores de la acción colectiva; las actividades se convierten en desafíos hacia la superación. En tales circunstancias de atmósferas estimulantes, adquieren primacía las acciones sustantivas sobre las regulatorias, y no a la inversa como en la gestión centrada en el control.

Las relaciones al interior de los grupos involucrados en una aventura compartida de conocimiento tienen como fundamento el respeto a las atribuciones y aportaciones de cada quien, surge así la genuina cooperación del trabajo en equipo, la sinergia en las acciones colectivas que potencian su efectividad y alcance; consecuentemente, los vínculos que se establecen tienen componentes de fraternidad, compañerismo y solidaridad. En virtud de que los ambientes estimulantes “apelan” a lo mejor de las personas, el clima de convivencia está impregnado de actitudes responsables, de entrega, constructivas y altruistas; de sentimientos de satisfacción y de empatía.

A nivel individual se despliega la experiencia reflexiva, que en su aventura de conocimiento aprende a cuestionar, a buscar, a indagar, a idear alternativas de superación a los usos y costumbres o para superar los problemas que se presentan; a poner a prueba las alternativas más promisorias, desarrollando recursos metódicos; a proponer las alternativas seleccionadas por su mayor alcance; a convencer o concertar con los pares hacia nuevas acciones colectivas; a cuestionar sus efectos y así sucesivamente. La experiencia reflexiva tiene como premisa un interés genuino y vigoroso por el conocimiento, de donde deriva una poderosa motivación que desencadena la iniciativa, encauzada por la crítica y la autocrítica.

Las actividades propias de la experiencia reflexiva, al ser expresión del desarrollo de habilidades cognitivas, se encuentran en permanente superación, se van depurando y adquieren efectividad creciente, alcance progresivo y pertinencia cada vez mayor a las circunstancias donde se actúa, lo cual implica versatilidad ante las situaciones cambiantes que se viven.

La perspectiva participativa de la educación tiene como condición de posibilidad la reflexión sobre la experiencia vital de quien aprende; es así como puede emprenderse una aventura de conocimiento que diverge de la pasividad.

La propuesta pedagógica estrategia educativa promotora de la participación cuyo propósito es motivar, encauzar y orientar la experiencia reflexiva de los alumnos para que incursionen en la elaboración de su propio conocimiento, desarrollando aptitudes cognitivas que hacen posible la profundización de dicha elaboración.

Dentro de las aptitudes propias de la elaboración del conocimiento distinguimos las metodológicas y las prácticas. Las primeras son generales, propias de cualquier ámbito de la experiencia, tienen un carácter lógico racional predominante ya que se ejercen sobre objetos teóricos o empíricos. Las segundas son específicas, propias de cierto ámbito de la experiencia, tienen un carácter estratégico ya que implican la interacción e influencia deliberada sobre otras personas cierta amplitud en otras comunicaciones.³⁰

La aptitud docente, en la perspectiva de la educación participativa, representa la clave para el avance de la participación colectiva. Supone la conjunción de habilidades cognitivas para reconocer “situaciones vulnerables” que permitan abrir o ampliar espacios propicios para la experiencia reflexiva, así como motivar, encauzar y orientar en la elaboración del conocimiento a los participantes; dicho en otros términos, la aptitud docente es la creación de ambientes propicios para la crítica y la autocrítica que amplían progresivamente su radio de influencia.

El problema es que la formación de directivos no considera la gestión como un camino de conocimiento, sino de control; mucho menos que su papel consista en motivar y encauzar la iniciativa de sus subordinados en los diferentes niveles de la organización. La aptitud docente sí puede desplegarse dentro del contexto de la educación formal con el grupo de alumnos y hasta dispone de un espacio físico —el aula—, que puede hacerse progresivamente propicio para el intercambio de opiniones y puntos de vista, derivados de la reflexión sobre la experiencia individual.

En conclusión el desarrollo de aptitud tanto de los médicos familiares como del médico en formación es baja, es imperante dada la alta morbi-mortalidad por patología de mama en las familias que atendemos el estar adecuadamente capacitado en el desempeño de actividades de prevención, por otra parte debemos de indagar otros factores que influyen en el impacto de la educación como son los ambientes laborales, la postura educativa, la percepción de los médicos hacia la educación médica continua, motivos de no certificación o no capacitación , valoración de destrezas clínicas en exploración de mama, habilidad en lectura crítica y textos de investigación , formación y realización de actividades docentes, participación en sociedades médicas, entre otras.

Cabe aclarar como limitaciones en este trabajo fue el contar con un solo grupo de médicos residentes y una muestra pequeña de médicos familiares en una sola unidad de medicina familiar por lo que se sugiere ampliar la aplicación a otras unidades de atención familiar y en otras sedes receptoras de residencia, implementando estrategias educativas que unan esfuerzos para mejorar el desarrollo de la aptitud clínica.

CONCLUSIONES

Se elaboró instrumento validado y confiable para estimar la aptitud clínica en médicos residentes del curso de especialización en medicina familiar y médicos familiares en patología mamaria que constó de 5 casos clínicos reales, 176 ítems con validez de contenido por 6 expertos (2 con formación docente, 2 especialistas de medicina familiar y 2 especialistas en gineco-obstetricia) con una consistencia interna de 0.80 por Kuder Richarson.

Se identificó un nivel de desarrollo bajo en aptitud clínica en patologías de mama en médicos residentes del Curso de Especialización en Medicina Familiar.

Se identificaron los factores sociodemográficos en médicos residentes predominando el intervalo de edad de 25-30, el sexo femenino, estado civil soltero. Las características escolares prevalece UNAM como escuela de procedencia el primer año sin capacitación previa

En médicos familiares se encontró que el desarrollo de aptitud es bajo sobre patologías mamarias frecuentes.

Los factores sociodemográficos fueron los siguientes intervalos de edad de 30-39, sexo femenino, estado civil casado.

Las características educativas en su mayoría cuentan con especialidad en medicina familiar, certificados, sin capacitación previa en patología mamaria.

Las características laborales predominante son del turno matutino y con 1 a 5 años de antigüedad

No existieron diferencias en el desarrollo de aptitud clínica entre ambos turnos.

No encontramos diferencias al comparar el desarrollo de la aptitud clínica de los médicos residentes de medicina familiar y médicos familiares al igual que al interior del grupo de médicos residentes en los tres años académicos y turnos laborales en el grupo de médicos familiares.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

Es indispensable implementar estrategias educativas para mejorar, teniendo presente las mejores formas de aprendizaje tratando de que el médico reflexione en su actuar diario en la consulta.

Desarrollar métodos de enseñanza-aprendizaje promuevan la participación, vincular teoría práctica- clínica, desarrollen la crítica como eje de las decisiones orientadas a su práctica médica.

Desarrollar estrategias educativas participativas de ambientes académicos favorables para profundizar en el conocimiento.

Es importante hacer conciencia de lo que se ignora y los errores que se comenten mediante la autocrítica para elaborar su propio conocimiento.

El desarrollo de la aptitud clínica es la clave del crecimiento profesional de todo médico o especialista. El pleno desarrollo de la aptitud clínica es un proyecto de vida que no culmina con un proceso educativo formal, aunque puede y debe ser encauzado de manera deliberada y firme.

EN INVESTIGACIONES FUTURAS SE REQUIERE:

- › Con respecto al instrumento continuar validándolo, procurando su actualización.
- › Valorar la influencia del empleo
- › Perspectivas de educación
- › Los factores que limitan la educación médica continua.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez López VM. Aptitud clínica del Médico en atención primaria. Rev Mex IMSS. 2006 marzo; 9(1) 35-9.
2. Soler E. Confiabilidad de un instrumento para evaluar la aptitud clínica en los residentes de medicina familiar. Archivos de medicina familiar 2005; 7(1):14-7.
3. Viniegra LV. La formación de especialistas en el Instituto Mexicano del Seguro Social; Hacia un nuevo sistema de evaluación. Rev Mex IMSS 2005; 43(2): 141-53.
4. Soler-Huerta E, Sabido-Sighler. Confiabilidad de un instrumento para evaluar la aptitud clínica en residentes de medicina familiar. Archivos en Medicina Familiar. Vol. 7 Núm. 1 enero-abril. 2005. p 14-7.
5. Viniegra L. Educación y crítica. Ed Paidós México 2002 Capitulo 4 Replanteamiento de la función de la escuela 107-46.
6. García JA, Viniegra LV, Arellano LJ. Evaluación de la aptitud clínica en médicos de primer nivel de atención. Rev Med IMSS 2005; 43 (6): 465-472
7. Rivera I. Evaluación de la aptitud clínica de los médicos residentes de medicina física y rehabilitación. Rev Med IMSS 1998 50(4):341-5.
8. García J. Evaluación de la aptitud clínica en residentes de medicina familiar. Rev Med IMSS 2003; 41(6): 487-94.
9. García, Mangas JA. Viniera LV. La formación de médicos familiares y el desarrollo de la aptitud clínica. Rev Med IMSS 2004; 42(4) 309-20.
10. Chavez V. Aptitud clínica en el manejo de la familia en residentes de medicina familiar. Rev. Med IMSS 2002; 40(6):477-481.
11. Cobos H. Aptitud clínica durante el internado de pregrado en hospitales generales. Rev Med IMSS 2004; 42(6):469-76.
12. Cortés R. Aptitud clínica en una muestra entre médicos y residentes de ginecoobstetricia ¿Existen diferencias? Anales médicos 2005; 50(4):150-5.

13. Fernández Cantón S. Motivos de consulta en medicina familiar en el IMSS 1991-2002, División Técnica de Información Estadística en Salud. Rev Med IMSS 2003; 41 (5): p 441-48.
14. Martínez MO, Mainero RF, Barroso BS, Andrade FA, Cisneros MA, Stanislawski ME. Detección y atención integral del cáncer de mama, Guía técnica 2004: p. 7-48.
15. Micheael Dixo. ABC de enfermedades del seno 2da. ed. BMJ Legis; 2004 p. 20-46.
16. Lozano, Knaul, Gómez D, Arreola O, Méndez, 2008. "Tendencias en la mortalidad por cáncer de mama en México, 1979-2006.
17. NORMA oficial mexicana NOM-041SSA2-2002. Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Con fecha de publicación 23 de abril de 2001.
18. American Cancer Society. Atlas de Oncología Mama Clínica, Winchester Winchester
19. Philip J. Di Sala. Oncología Ginecológica Clínica. Ed. Elsevier Science. Barcelona. 2007. p.385-17.
20. Romero RJ, Martínez BD, Mainero F. Enfermedad benignas de la glándula mamaria. Asoc Mex de Ginecología y obstetricia. 2004.
21. Kirby IB, Edward M, Copeland III. La mama manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas. 2da ed. Panamericana. 2000. p 358-59.
22. Torres TR. Glándula mamaria Detección y diagnóstico oportuno de los tumores benignos de la mama. Anuario de actualización en medicina IMSS 1972.
23. Ramón TT. Tumores de mama, diagnóstico y tratamiento. 2da ed México Mc Graw-Hill Interamericana.
24. Obeid_Layón J. Patología mamaria maligna. Rev. Ginecología y obstetricia. 2004; 4: 12-7.
25. Fred Mettler. Radiología de atención primaria. 1ª.ed. México: McGraw-Hill Companies.
26. Ortiz IC. El informe radiológico según el sistema BI-RADS. Anales de Radiología México 2002; 4: 573-76.
27. Larios MH, Trejo MJ, Gaviño AS, Cortez GM. Evaluación de la aptitud clínica en el área de ginecología y obstetricia en pregrado. Rev ginecología y obstetricia de México. 2002; 70: 558-65.

28. Veloz MM, Uribe RJ. Aptitud clínica de médicos residentes en el tratamiento del sangrado en la segunda mitad del embarazo. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2007. 45 (5) 454-462.
29. Pérez CB; García HM, Alfaro A. aptitud clínica de los médicos familiares en preclampsia- eclampsia. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44:39-44.
30. Viniegra VL. La crítica y el conocimiento. Rev Invest Clin 2001; 53(2):181-192.

ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE
INVESTIGACIÓN CLÍNICA**

LUGAR: _____ FECHA: _____

POR MEDIO DE LA PRESENTE ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACION TITULADO:
“APTITUD CLÍNICA EN RESIDENTES Y MEDICOS FAMILIARES EN PATOLOGIA MAMARIA EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20. IMSS MEXICO D.F”

REGISTRADO ANTE EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 3404

EL OBJETIVO DE MI ESTUDIO ES: **INDAGAR EL DESARROLLO DE LA APTITUD CLÍNICA EN LA
ATENCIÓN DE PACIENTES CON PATOLOGÍA MAMARIA EN RESIDENTES Y MÉDICOS FAMILIARES.**

SE ME HA EXPLICADO QUE MI PARTICIPACIÓN CONSISTIRÁ EN: **RESPONDER DE FORMA LIBRE Y SIN
PRESION ALGUNA, UN CUESTIONARIO DE VERDADERO, FALSO Y NO SE.**

DECLARO QUE SE ME HA INFORMADO AMPLIAMENTE QUE NO SE TIENEN RIESGOS, INCONVENIENTES
NI MOLESTIAS, Y SI BENEFICIOS DERIVADOS DE MI PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL, SE HA COMPROMETIDO A RESPONDER CUALQUIER PREGUNTA Y
ACLARAR CUALQUIER DUDA QUE LE PLANTEE ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE LLEVARAN
A CABO, LOS RIESGOS, BENEFICIOS O CUALQUIER OTRO ASUNTO RELACIONADO CON LA
INVESTIGACIÓN.

ENTIENDO QUE CONSERVO EL DERECHO DE RETIRARME DEL ESTUDIO EN CUALQUIER MOMENTO EN
QUE LO CONSIDERE CONVENIENTE.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL, ME HA DADO SEGURIDAD DE QUE NO SE ME IDENTIFICARA EN LAS
PRESENTACIONES O PUBLICACIONES QUE DERIVEN DE ESTE ESTUDIO; Y LOS DATOS RELACIONADOS
CON MI PRIVACIDAD SERÁN MANEJADOS EN FORMA CONFIDENCIAL. TAMBIÉN SE HA
COMPROMETIDO HA PROPORCIONARME LA INFORMACIÓN ACTUALIZADA QUE SE OBTENGA
DURANTE EL ESTUDIO, AUNQUE ESTE PUDIERA CAMBIAR MI PARECER RESPECTO A MI PERMANENCIA
EN EL MISMO

FIRMA DEL MÉDICO

NOMBRE, FIRMA, MATRICULA DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL

NUMERO TELEFÓNICO AL CUAL PUEDE COMUNICARSE EN CASO DE EMERGENCIA, DUDAS O
PREGUNTAS RELACIONADAS CON EL ESTUDIO

TESTIGO: _____ TESTIGO: _____

INSTRUMENTO VALIDADO

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará CINCO casos clínicos que tratan sobre las principales causas de patología mamaria en la consulta externa de primer nivel de atención y algunas de sus complicaciones. Cada caso está dividido en varios fragmentos. A su vez cada sección es seguido por una serie de enunciados que se refieren en casi todos los casos al fragmento que lo antecede. Estos enunciados están agrupados debajo de un encabezado (tallo). Lea detenidamente cada fragmento y valore cada enunciado de acuerdo a las siguientes opciones de respuesta:

Verdadero (V): Si se considera que el enunciado corresponde a lo que explícitamente se afirma o se niega en el caso; o bien de acuerdo a su criterio se llega a una conclusión apropiada.

Falso (F): Sí se considera que el enunciado no corresponde a lo que explícitamente se afirma o se niega en el caso, o bien de acuerdo a su criterio se llega a una conclusión inapropiada.

No sé (NS): Sí no puede decidir si el enunciado es verdadero o falso o no puede emitir un juicio o conclusión.

Tome en cuenta que:

- › Una respuesta correcta le suma un punto (+1) Ya sea porque contestó falso a un enunciado que es falso, o contestó verdadero a un enunciado que es verdadero.
- › Una respuesta incorrecta le resta un punto (-1). Ya sea porque contestó falso a un enunciado que es verdadero, o contestó verdadero a un enunciado que es falso.
- › Una respuesta “no se” no se le suma ni le resta puntos.
- › Un enunciado no contestado le resta un punto (-1). Por lo que es importante que no deje sin respuesta ningún enunciado.

GLOSARIO

Cada encabezado (tallo) guía posee una palabra clave, que está subrayada y que orienta el sentido de las respuestas por lo que debe considerar los siguientes conceptos.

- › **Condiciones:** Presencia de antecedentes o datos actuales en la paciente o familia que sin formar parte del padecimiento actual se asocian a la presentación o evolución desfavorable de la enfermedad.

- › **A favor:** Presencia de un dato clínico, de laboratorio y/o gabinete que forma parte y es base importante en el diagnóstico de la enfermedad en cuestión.
- › **Asociado:** Se refiere a la coexistencia demostrada de dos o más hechos o fenómenos (signos, síntomas, modificaciones de laboratorio o gabinete, enfermedades, antecedentes...etc.) Sin afirmar o negar relaciones de causa-efecto.
- › **Compatible:** Alude el hecho de que la totalidad o parte de los elementos de un caso clínico concuerdan con el cuadro propio de la entidad nosológica propuesta como diagnóstico.
- › **Útil:** Hace referencia a ciertos procedimientos o medidas de diagnóstico y/o tratamiento que representan claramente *más beneficios* (precisión diagnóstica, eficacia, terapéutica, etc.) *que perjuicios* (molestias innecesarias, efectos nocivos, etc.) en la situación clínica descrita.
- › **Apropiado:** Hace referencia a ciertas medidas o recomendaciones diagnósticas, terapéuticas, preventivas o de seguimiento, *más efectivas* en la situación clínica descrita, con escasos efectos indeseables, y con claros beneficios para el paciente.

CASO CLÍNICO I.

Paciente Femenino de 69 años de edad acude a su unidad médica el día 12 /04/08; Cuenta con los siguientes datos: AHF: Negados para cáncer de mama, ovario, HAS carga positiva. APP: Hipertensión arterial desde hace 5 años tratada con nifedipino 30 mgs. al día; insuficiencia venosa periférica, en tratamiento con indometacina; apendicetomía, hernio plastia inguinal derecha en 5 ocasiones, con colocación de malla, safenectomía derecha. Antecedentes Gineco- obstétricos: Menarca: 12 años; Gesta: III; Partos: III; Ritmo Menstrual 30x3; niega lactancia; Menopausia a los 52 años. PPF: nunca, PAP: último hace 1 año lo refiere negativo a cáncer. PADECIMIENTO ACTUAL: Asintomática; en su UMF se realiza mastografía de tamizaje en febrero 2008 reporta BI-RADS 3. Plan: Se envía para tratamiento especializado al servicio ginecología con diagnóstico de Mastopatía Fibroquística.

Talla 1. 50 mts, Peso 81 Kg, TA 130/80, FC 70 x´, FR 20 x´.

A la exploración física se encuentra paciente: Alerta, consciente, palidez de tegumentos, ruidos cardiacos rítmicos, campos pulmonares ventilados. Mamas simétricas; Mama izquierda con nodulación de 2x2 cm en cuadrante inferior externo, pezón umbilicado, sin descarga; Mama derecha con aumento de nodularidad, pezón normal, secreción serosa a la digito presión. El abdomen blando depreciable, peristalsis presente, no edemas de miembros inferiores.

**En esta paciente son CONDICIONES para cáncer de mama:
(Explora el indicador 1)**

1. () La edad de la paciente.
2. () Los antecedentes familiares.
3. () Los antecedentes personales patológicos
4. () Menopausia.
5. () El número de embarazos.

Son datos clínicos A FAVOR de mastopatía fibroquística: (explora el indicador 2)

6. () La presencia de nodulación de 2x2 cm. Inferior externo
7. () Las características del pezón izquierdo
8. () El aumento de nodularidad de mama derecha.
9. () Descarga serosa del pezón

**Son procedimientos clínicos ÚTILES para realizar el diagnóstico en esta paciente
(explora el indicador 2)**

10. () Exploración zonas linfoproliferativas.
11. () Examen sistemática del tórax
12. () Autoexploración

**Son procedimientos paraclínicos ÚTILES para realizar el diagnóstico en esta
paciente: (Explora el Indicador 3).**

13. () Mastografía con proyecciones accesorias (lateral, conos de compresión y magnificación).
14. () Ultrasonido mamario
15. () Biopsia quirúrgica
16. () Aspiración con aguja fina (BAAF)
17. () Trucut
18. () Tomografía axial computarizada

En esta paciente el cuadro clínico es COMPATIBLE con: (explora el indicador 4).

19. () Nódulo mama izquierda
20. () Adenoma del pezón
21. () Ectasia ductal
22. () Tumor phyllodes
23. () Cáncer de mama
24. () Fibroadenoma mamario

Son indicaciones terapéuticas APROPIADAS para mastopatía fibroquística de mama derecha en ese momento para la paciente: (explora el indicador 5).

- 25. () Tranquilizar a la paciente.
- 26. () Diuréticos a dosis bajas.
- 27. () Disminución de metilxantinas en la dieta
- 28. () Uso de antiinflamatorio no esteroideos
- 29. () Bromocriptina 2.5 mgs día.
- 30. () Progesterona local

Son acciones APROPIADAS por el médico familiar en esta paciente. (Explora el Indicador 6 y 7)

- 31. () Vigilancia clínica en el primer nivel de atención.
- 32. () Enviar Ginecología para tratamiento especializado.
- 33. () Mastografía de tamizaje

CASO CLÍNICO II

Se trata de femenino de 67 años de edad acude a la consulta 13/03/2008 con envío urgente de su Unidad de Medicina Familiar para valoración mamaria izquierda. Tiene los siguientes antecedentes: Madre finada por cáncer de mama, 1 hermana finada con cáncer de mama. APP: Diabetes Mellitus de 11 años de diagnóstico, es hipertensa desde hace 8 años; Cáncer de mama derecha hace 27 años y fue tratada con mastectomía ipsilateral, alérgicos: negativo, transfusionales positivo.

AGO: Menarca 13 años, Ciclo menstrual 30x3, eumenorreica, Inicio de vida sexual activa a los 26 años; Parejas Sexuales 1, Gesta, IV, Para, 0, Cesárea, IV, Lactancia 1 mes en cada gestación, primer embarazo a los 27 años, Menopausia a los 57, Detección oportuna de cáncer (DOC) hace 1 año normal, Programa de planificación familiar hormonales orales en promedio 5 años.

PADECIMIENTO ACTUAL: Recibió golpe contuso en mama izquierda en febrero 2008, refiere que presentó dolor y endurecimiento desde entonces.

Peso: 69.5; TA: 160/100, FC 72x'; FR 20, temp. 36.5

Exploración Física: Buen estado general, tranquila, hidratada, consciente. Con ausencia de mama derecha y la izquierda con pezón umbilicado, la piel es eritematosa, "piel de naranja", Tumor de mama izquierda que abarca prácticamente el 50% de la mama, es duro y esta adherido a planos profundos, ganglio axilar de aproximadamente 4 cms, no ganglios supraclaviculares o cervicales

Laboratorio: glucosa 167; hemoglobina: 13.5; hematocrito: 42; examen general de orina: normal.

BAFF 18 03 08: FOLIO b 58808 reporta: carcinoma ductal infiltrante (maligno)

Mastografía unilateral 15/03/2008: BIRADS 5

Nódulo denso de borde irregular, Con micro calcificaciones en el interior:

Plan: Se envía a Oncología de Mama por ginecología.

En esta paciente son CONDICIONES para cáncer de mama: (explora el indicador 1)

- 34. () Edad de la paciente
- 35. () Antecedente de Cáncer de mama derecha.
- 36. () Edad del primer embarazo.
- 37. () Menarca.
- 38. () Uso de contraceptivos orales
- 39. () Historia familiar de cáncer de mama
- 40. () Menopausia

Son datos clínicos y para clínicos A FAVOR de cáncer de mama contralateral; (explora el indicador 2 y 3)

- 41. () El endurecimiento de la glándula mamaria posterior al traumatismo
- 42. () Ausencia quirúrgica de mama derecha
- 43. () El pezón umbilicado mama izquierda
- 44. () Los hallazgos de la exploración de la glándula mamaria izquierda
- 45. () Las características de la cadena ganglionar cervical y supraclavicular
- 46. () Los datos reportados en la mastografía

Son procedimientos paraclínicos ÚTILES para realizar el diagnóstico de cáncer de mama en esta paciente: (Explora Indicador 3)

- 47. () Solicitar tele de tórax
- 48. () Biopsia por aspiración con aguja fina
- 49. () Marcadores de reacción inflamatoria
- 50. () Estudios cito/ patológicos
- 51. () Gamagrama óseo, BH, perfil hepático
- 52. () Biopsia incisional y/o trucut

Este cuadro clínico es COMPATIBLE con: (explora el indicador 4)

- 53. () Tumor phyllodes
- 54. () Cáncer de mama metastásico
- 55. () Enfermedad de Paget
- 56. () Carcinoma inflamatorio
- 57. () Absceso mamario

Serían indicaciones terapéuticas APROPIADAS en este momento en la paciente: (explora el indicador 5)

- 58. () Analgesia
- 59. () Nutrición
- 60. () Intervención familiar
- 61. () Iniciar Tamoxifeno

Fueron acciones APROPIADAS en esta paciente: (explora el indicador 6 y 7)

- 62. () Valoración por ginecología
- 63. () Envío urgente oncología
- 64. () Mastografía con proyecciones accesorias
- 65. () Biopsia excisional
- 66. () Biopsia de ganglio axilar
- 67. () Solicitar estudios de extensión (tele tórax, USG hepático)

CASO CLÍNICO III

Se trata femenino de 49 años valorada por ginecología; fue referida de su Unidad de Medicina Familiar con diagnóstico de tumor mamario izquierdo. Tiene los siguientes antecedentes: Padre finado a los 80 años desconoce motivo. APNP: estado civil casada, familia nuclear simple, trabajo desde los 21 años como secretaria por 20 años, tabaquismo desde los 17 años a los 27 años 5 cigarrillos por día. APP: Niega alergias, Quirúrgicos positivos 2 cesáreas más 1 LUI, Niega crónico degenerativos. AGO: Menarca 13 años, ciclos 25 x 6, Inicio de vida sexual activa a los 25 años, 1 pareja sexual, Gesta III, Para 0, cesáreas II, Abortos I, Menopausia a los 43 años, utilización de DIU por 3 años, uso hormonales orales por 13 años, No lactancia.

Padecimiento actual: Refiere desde hace 6 meses la presencia de una bolita, de forma irregular en mama izquierda. Pérdida de peso aproximadamente 2 Kg. Y fatiga desde hace 4 meses.

Exploración Física: Alerta, palidez de tegumentos, hidratada, en tórax estado de superficie con zona eritematosa en glándula mamaria izquierda; en cuadrante superior externo se encuentra tumoración irregular en el horario de las 9 hrs. La distancia con el pezón es de 3 cms. profundo, sin deformidad mamaria, con aumento de la vascularidad; evaluación axilar con adenomegalias en el hueco axilar izquierda de consistencia dura e inmóvil. Evaluación supraxilar sin adenomegalias, y ambos pezones normales.

Mastografía: marzo 2008: BIRADS 4. Microcalcificaciones agrupadas pleomórficas múltiples.

Plan: Se realiza Biopsia por aspiración por aguja fina. Cita urgente subsecuente con resultados.

En esta paciente son **CONDICIONES** para cáncer de mama: (explora el indicador 1)

- 68. () Edad
- 69. () Tabaquismo
- 70. () Los antecedentes Patologicos
- 71. () Edad de la menarquía
- 72. () Edad de la menopausia
- 73. () Uso de contraceptivos orales

Son datos **A FAVOR** de patología mamaria maligna en esta paciente: (explora el indicador 2)

- 74. () Las Características del pezón
- 75. () Los datos de la inspección de la mama
- 76. () Lesión unilateral
- 77. () Los hallazgos de los ganglios linfáticos regionales
- 78. () Pérdida de peso

Son procedimientos paraclínicos **ÚTILES** para realizar el diagnóstico en esta paciente: (explora el indicador 3)

- 79. () Mastografía
- 80. () Ultrasonido mamario
- 81. () Planear una Biopsia
- 82. () Realizar estudios cito/patológicos
- 83. () Tomografía axial computarizada
- 84. () Biopsia por aspiración con aguja fina
- 85. () Radiografía posteroanterior de tórax

Este cuadro clínico es **COMPATIBLE** con: (Explora el indicador 4).

- 86. () Fibroadenoma
- 87. () Cáncer inflamatorio
- 88. () Carcinoma lobulillar
- 89. () Cáncer de mama
- 90. () Hamartoma
- 91. () Tumor phylloides

Son indicaciones terapéuticas **APROPIADAS** en este momento en la paciente: (explora el indicador 5).

- 92. () Extirpación completa de la lesión
- 93. () Tamoxifen a dosis de 20 mgs. Por 5 años.
- 94. () Antiinflamatorios y antibióticos

95. () continuar con protocolo de estudio.

Fueron acciones **APROPIADAS** en esta paciente: (explora el Indicador 6 y 7).

- 96. () Valoración por médico ginecólogo
- 97. () Mastografía
- 98. () Biopsia por aspiración con aguja fina
- 99. () Cita urgente subsecuente con resultados.

CASO CLÍNICO IV.

Femenino de 52 años de edad que se presenta a su Unidad de Medicina Familiar el día 19 de abril del 2007, por aumento de volumen de mama derecha de 2 meses evolución, que se acompaña de dolor de la misma, niega secreción por el pezón. Sin antecedentes familiares de cáncer mama. Es diabética de 11 años de evolución en tratamiento con bi-eglucon 1 cada 12 horas; Hipertensión arterial hace 2ª en tratamiento con nifedipino 1 cada 24 horas. AGO: Menarca a los 13ª, ritmo irregular x 8, Inicio de vida sexual, a los 24ª, Parejas sexuales 1, Gesta 4, Para 3, Abortos 1, Método de planificación: ninguno, lactancia positiva, menopausia a los 49 años.

Estatura 1.59 Peso 80 Kgs. Tensión Arterial 120/80 FC 70x' FR 20 x'

La exploración de las mamas son simétricas, péndulas, hipotróficas, se palpan pequeñas nodulaciones en ambas mamas menores de 1 cm de diámetro, dolorosas. Se realizó mastografía en medio privado hace 2 meses y no trae resultado. Se envía a segundo nivel, con el diagnóstico de mastopatía fibroquística. Para complementación diagnóstica.

Acude por primera vez a la consulta externa de ginecología e día 27/04/07.

Con estudios privados de mastografía y USG de mamas de febrero 2007. Ambos reportan cambios fibroquísticos, BIRADS II, hallazgos benignos.

Se encuentran los siguientes hallazgos a la exploración: mamas hipotróficas sin alteraciones en la piel, nodularidad difusa, sin tumor a la palpación, axila negativa, pezón derecho umbilicado no secreción.

PLAN: Control UMF/ dieta baja en grasas y libre de xantinas; crioterapia, autoexploración mamaria mensual/ mastografía anual.

En esta paciente son CONDICIONES para cambios fibroquísticos (explora el Indicador 1).

- 100.() Edad de la paciente
- 101.() Edad de la menarquia

- 102.() El Ciclo menstrual
- 103.() Índice de masa corporal 32

Son datos A FAVOR de cambios fibroquísticos en la paciente (explora el Indicador 2).

- 104.() Mastodinea
- 105.() Presencia de nodulaciones bilaterales de 1 cm.
- 106.() Morfología del pezón
- 107.() Las características de los ganglios linfáticos la axila
- 108.() Ausencia de tumor dominante

Son procedimientos clínicos y paraclínicos ÚTILES para realizar el diagnóstico en esta paciente (explora el Indicador 2 y 3).

- 109.() Historia clínica
- 110.() Autoexploración de mama
- 111.() Mastografía
- 112.() Ultrasonido de glándulas mamarias
- 113.() Biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF)
- 114.() Biopsia central con aguja de corte

Son indicaciones terapéuticas APROPIADAS en este momento para la paciente: (Explora indicador 5)

- 115.() Disminución de metilxantinas de la dieta
- 116.() Ejercicio
- 117.() Hielo local
- 118.() Antiinflamatorio no esteroideo
- 119.() Complejo B
- 120.() Bromocriptina a dosis de 2.5 mgs. día por 3 a 8 semanas
- 121.() Danazol de 200 a 400 mgs. por día por 3 a 8 semanas
- 122.() Cabergolida 2.5 a 7.5 mgs. por día por 4 a 6 semanas

Fueron acciones APROPIADAS en esta paciente. (explora el Indicador 6 y7).

- 123.() Control subsecuente en su unidad de medicina familiar
- 124.() Mastografía anual
- 125.() Autoexploración mamaria mensual
- 126.() Envío a segundo nivel
- 127.() Integrar el diagnóstico de mastopatía fibroquística

La misma paciente, se presenta el día 06/03/2008 a ginecología refiere pezón derecho con retracción y tendinitis axilar izquierda. Así como presencia nódulo de axila derecha.

A la exploración se encuentra con nódulo de 2 por 2 cm. redondo regular móvil duro en cuadrante superior externo de mama derecha radio de la 1-2, Con ganglio axilar duro de 2 x 1 cm; doloroso ipsilateral, resto de tejido de la mama sin alteraciones; mama izquierda sin alteraciones, no retracciones complejo areola/ pezón sin alteraciones, no descarga.

BAFF: C4: Laminilla se observan grupos de células ductales sugestivas de malignidad, se sugiere biopsia.

BIRADS 0 con imagen nodular de baja densidad de bordes lobulados en cuadrante superior externa, mama derecha.

Este cuadro clínico es COMPATIBLE con: (explora el Indicador 4)

- 128.() Mastopatía fibroquística
- 129.() Fibroadenoma
- 130.() Tumor phyllodes
- 131.() Cancer de mama
- 132.() Adenomegalias inflamatoria
- 133.() Quiste mamario

Son datos A FAVOR de patología mamaria maligna en la paciente: (explora el Indicador 2)

- 134.() Consistencia del tumor
- 135.() Dolor mamario
- 136.() Distorsión de la arquitectura de la glándula mamaria
- 137.() Ganglio axilar duro de 2 x 1 cms.

Son procedimientos paraclínicos ÚTILES para realizar el diagnóstico en esta paciente: (explora el Indicador 3)

- 138.() Ultrasonido mamario
- 139.() Resonancia magnética nuclear (RMN)
- 140.() Tomografía axial computadorizada (TAC)
- 141.() Trucut
- 142.() Biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF)
- 143.() Biopsia ganglio axilar

Fueron acciones realizadas APROPIADAS en la paciente. Explora indicador 6 y 7)

- 144.() Exploración clínica anual
- 145.() Mastografía
- 146.() Biopsia por aspiración con aguja fina BAAF
- 147.() Interconsulta a ginecología

CASO CLÍNICO V

El día 10/03/08 acude paciente femenino de 29 años de edad, referida de su unidad de medicina familiar con diagnóstico de galactorrea no asociada al parto para tratamiento especializado. Tiene los siguientes antecedentes: Heredo-familiares: preguntados y negados para cáncer. Personales no patológicos: tabaquismo negado y alcoholismo ocasional. Personales patológicos: no uso de medicamentos. Gineco-obstetricos: Menarca: 10 años, ritmo menstrual irregular, Gesta II, Para II, Fecha de último parto 20 de noviembre del 2006, Fecha de última menstruación 26/02/08, Planificación Familiar, oclusión tubarica bilateral, Papanicolaou, noviembre 07 negativo a cáncer, No uso de hormonales orales, alimento al seno materno durante 6 meses, en cada embarazo.

Inicia su padecimiento actual hace aproximadamente 45 días con presencia de secreción bilateral por pezones ocasionalmente, espontaneo y otras a la digito presión hialino y posteriormente blanco. Prurito en pezón, sensación de tiramiento.

Peso 87 talla 1.55 TA 120/80 FC 70 FR 20 temp 36.5

Exploración Física: Consciente, mamas simétricas relación pezón areola adecuada, secreción lechosa a la digito presión, en mama izquierda en radio de las 2 se encuentra tumor delimitado, tamaño de aproximadamente 1x1 cms. blando depresible no adherido a planos profundos. Zonas linfoproliferativas negativos.

Prolactina: 20 ng/mL

Plan: BAFF; Ultrasonido mamario; dieta libre de xantinas; autoexploración mensual; cita con resultados.

En esta paciente son CONDICIONES para carcinoma de mama (explora el indicador 1)

- 148.() Edad de la paciente
- 149.() Edad de la menarquía
- 150.() Factor Genético
- 151.() Consumo de alcohol
- 152.() Fecha del último parto

Son datos A FAVOR de patología mamaria benigna: (explora el indicador 2)

- 153.() Las características de la descarga del pezón
- 154.() Prurito en pezón, sensación de tiramiento
- 155.() Relación pezón areola
- 156.() El tamaño del nódulo

Son procedimientos paraclínicos ÚTILES para realizar el diagnóstico de certeza en esta paciente: (Explora Indicador 3)

- 157. () Determinación de niveles de TSH
- 158. () Prueba de embarazo
- 159. () USG mamario
- 160. () Mastografía de tamizaje
- 161. () Galactografía
- 162. () Tomografía axial computarizada de cráneo con foco en silla turca
- 163. () Medir Prolactina
- 164. () Estudio citológico

En este momento el cuadro clínico es COMPATIBLE con: (Explora indicador 4)

- 165. () Cambios fibroquísticos
- 166. () Fibroadenoma
- 167. () Cáncer de mama
- 168. () Galactorrea
- 169. () Ectasia ductal
- 170. () Papilomatosis

Son indicaciones terapéuticas APROPIADAS en este momento para la paciente: (Explora indicador 5)

- 171. () Bromocriptina
- 172. () Intervención quirúrgica
- 173. () Excisión del conducto
- 174. () Ninguno, hasta determinar su etiología

Fueron acciones APROPIADAS realizadas por el médico Familiar a la paciente: (Explora Indicador 6 y 7)

- 175. () Referencia con el ginecólogo
- 176. () exploración de mama