



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°. 21
“FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO”

EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION EN
MASTOPATÍA FIBROQUÍSTICA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

TESIS QUE PARA OBTENER
EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR:

P R E S E N T A

DRA. DIANA ELIZABETH GARCÍA GARCÍA
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE MEDICINA FAMILIAR

ASESORES:

DRA. ANA MARÍA MEZA FERNANDEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
DR. JOSÉ JESÚS ARIAS AGUILAR
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR



Registro número: R-2011-3703-5



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AUTORIZACIÓN

DR. JOSE LUIS ORTIZ FRIAS

Director de la UMF 21 IMSS

DRA. LEONOR CAMPOS ARAGÓN

Jefe de la Coordinación de Educación Médica UMF 21 IMSS

DR. JORGE MENESES GARDUÑO

Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar UMF 21 IMSS

DRA. MARÍA DE LOURDES GARCÍA ORTIZ

Profesor Adjunto de la Residencia de Medicina Familiar UMF 21 IMSS

ASESOR DE TESIS

DRA. ANA MARÍA MEZA FERNÁNDEZ

Especialista en Medicina Familiar

DR. JOSÉ JESÚS ARIAS AGUILAR

Especialista en Medicina Familiar

DEDICATORIA.

- ⇒ A mis papis Yuyes y Reni gracias a ustedes soy una persona íntegra y he llegado a este momento, sin su amor, confianza, apoyo incondicional y aliento a seguir adelante para buscar ser mejor profesionalista, mejor persona y tener armas con que defenderme no lo habría logrado. De quien más sino de ti papá aprendí el amor por la Medicina, la satisfacción de ver el cambio de una expresión de dolor a una expresión de agradecimiento en tus pacientes. Gracias mamá por enseñarme que la paciencia, humildad y sobre todo el amor son armas muy importantes en las relaciones humanas; estas palabras llanas y simples son poco para tratar de describir lo que significan en mi vida, Gracias por darme la vida y lo mejor de cada uno de ustedes, se que lo dan todo por sus hijos.
- ⇒ A mi hermano Augusto podemos imaginarlo, pero nadie puede saber con exactitud como los demás viven y superan las adversidades, así como tampoco nadie va a saber mejor que uno mismo como labrar su propio camino, hay que buscar muy dentro de nosotros para encontrar las herramientas que nos ayudarán a decidir y pulir nuestra vida.
- ⇒ A mi hermano Dago siempre me recuerdas que defender tus ideales significa preservar tu esencia; tu nobleza y frescura son únicas, no importa en donde estemos, ten la certeza de que te llevo en mi corazón. Los amo a los dos
- ⇒ A mis abuelitos Irene y Felipe, debido a las enseñanzas que ustedes le dieron a sus hijos tengo la fortuna de conocer la belleza de una sala de conciertos, y el deseo y la curiosidad de conocer cada día un lugar nuevo y diferente.
- ⇒ A mi abuelitos María (y) y Lorenzo son un gran ejemplo, pues aún en las condiciones mas precarias, el trabajo honesto y el deseo de perseverancia te pueden llevar a lograr tus metas no importa que tan lejos quieras llegar. Abuelita te extraño.

AGRADECIMIENTOS

- ⇒ A la enorme, versátil y divertida familia García Ibarra por brindarme momentos tan divertidos y amenos además de su apoyo en cualquier lugar del país, sus oraciones y buenos deseos siempre me acompañan.
- ⇒ A mis hermanos de crianza Gabriela y Alejandro cada momento vivido de nuestra infancia lo atesoro, Gaby gracias por demostrarme que el éxito profesional no se repele con el deseo de tener tu propia familia.
- ⇒ Por supuesto a mi amada Familia Punalúa: Aby, Emma, Irma, Marce, Anahi, Karlita (miba), Alets, More, dicen que la residencia te cambia la vida y es cierto pero jamás me imagine encontrarme amigos tan entrañables como ustedes, hemos compartido de todo alegrías y tristezas, enojos y felicidad etc, etc, no encuentro palabras para agradecer cruzarme con ustedes en esta aventura de la residencia; Miba te presto mi mitad de cerebro unos añitos mas. Los llevo siempre en mi corazón, los quiero mucho!!!
- ⇒ Gracias infinitas a mis asesores de tesis: Dra. Anita admiro su humanidad y paciencia hacia los pacientes y espero haber aprendido algo de ello; Dr. Jesús un excelente médico familiar con todas sus letras, afortunadas las generaciones posteriores que tendrán a la mano su profesionalismo y gusto por la medicina familiar, espero sepan aprovecharlo.
- ⇒ A tantas otras personas, Marianita Rodríguez, Dra. Leonor Campos, Dr. Jorge Meneses, Dra Paula Avalos es un gusto presenciar su forma de dar una consulta; Dr. Enrique Ascencio gracias por animarnos a aventurarnos en el mundo de las intervenciones al que tantos le temen. Muchos otros maestros que nos apoyan y comparten algo de su conocimiento solo por amor al arte, gracias por sus enseñanzas no solo de la Medicina, sino de vida.

INDICE

Resumen	8
Planteamiento del problema	9
Marco teórico	11
Objetivo general	29
Objetivos específicos	29
Hipótesis	30
Material y métodos	31
Diseño del proyecto	31
Tipo y características del estudio	31
Definición del universo de trabajo	31
Criterios de selección	32

Estrategia de muestreo	33
Definición de variables y unidad de medición	34
Metodología	40
Bioética	43
Resultados	44
Discusión	56
Conclusiones	60
Sugerencias	61
Anexos	62
Anexo 1. Carta de consentimiento informado	63
Anexo 2. Instrumento	65
Bibliografía	68

RESUMEN

EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN MASTOPATÍA FIBROQUÍSTICA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Dra. Ana María Meza Fernández*, Dr. José Jesús Arias Aguilar*, Dra. Diana Elizabeth García García **

Los trastornos mamarios no malignos, constituyen las lesiones benignas más frecuentes de la mama en la madurez sexual^(1,2,3). En la génesis de la patología mamaria existe un exceso relativo de estrógenos, o una respuesta tisular exagerada a un nivel normal. También incluye una deficiencia relativa de progesterona

Objetivo: Evaluar el proceso de atención de las pacientes con diagnóstico de mastopatía fibroquística en la Unidad de Medicina Familiar número 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, longitudinal, en el sexo femenino con diagnóstico de mastopatía fibroquística entre 20 a 59 años que acudan a la consulta externa de enero a agosto del 2010. La información se obtuvo del expediente.

Resultados: En el 56% no se registró antecedente heredofamiliar de patología mamaria, 95% no registra antecedente de lactancia, el 74% no registra antecedente de uso de hormonales, 77.5% se enviaron a segundo nivel y el 77% tuvo un proceso de atención no adecuado.

Conclusiones: Se encontró un subregistro de factores de riesgo para patología mamaria y en el 77% tuvo un proceso de atención no adecuado.

Palabras clave: Mastopatía fibroquística, proceso de atención

*Médico familiar adscrito a la unidad de Medicina Familiar No. 21, IMSS

**Médico Residente del tercer año de la Especialidad de Medicina Familiar, UMF 21, IMSS

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La patología mamaria benigna afecta a un porcentaje importante de mujeres en edad fértil, es una causa frecuente de consulta en el primer nivel de atención y motivo de preocupación para pacientes de todas las edades debido al miedo que genera entre la población tener cáncer y las consecuencias que esto trae a las pacientes⁽²⁾.

La mastopatía fibroquística es la lesión mamaria benigna más frecuente que se presenta en un 50 a un 90% de las mujeres; la causa común de consulta es por dolor mamario o bien por la presencia de tumor palpable ya sea por hallazgo de autoexploración o de manera fortuita⁽³⁾.

Es frecuente que el problema genere impacto importante en la calidad de vida de la paciente al causar sintomatología dolorosa difícil de controlar, lo que lleva a múltiples consultas por el mismo problema y deriva en interconsultas innecesarias.

El protocolo a realizar en toda paciente con presencia de tumor palpable incluye interrogatorio e historia clínica completa, exploración física e identificación de factores de riesgo en cada una de las pacientes, para llevar después a la conclusión de la necesidad de estudios complementarios e iniciar un tratamiento así como control de la patología una vez que se tiene el diagnóstico establecido.

Todo este proceso se debe llevar a cabo en el primer nivel de atención, por lo que el médico familiar debe estar capacitado para realizar este tamizaje y dar un seguimiento. Cabe mencionar la importancia en la frecuencia de esta patología, además que hay estudios que han asociado una baja incidencia con posterior desarrollo de cáncer de mama.

En nuestro país las investigaciones son escasas por lo que es necesario realizar un estudio que evalúe el proceso para la atención de las mujeres con esta patología para obtener el diagnóstico certero y así evitar envíos innecesarios que saturen los servicios especializados, por lo que de esta manera podremos tener disponibilidad de estos servicios para las pacientes que realmente requieren la atención. Para evaluar este proceso se utilizará una cédula de evaluación que se adaptó de la creada para la evaluación del proceso de atención del paciente diabético⁽²⁵⁾. La investigación que se propone, es posible realizarse en este primer nivel de atención pues es el primer contacto de solicitud de atención por las pacientes con dichas molestias y a demás se cuenta con los elementos e instrumentos necesarios para llevarlo a cabo.

Por todo esto nos realizamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo se está llevando a cabo el proceso de atención en las pacientes con diagnóstico de mastopatía fibroquística en la UMF 21?

MARCO TEORICO

La mama es una importante glándula accesoria del sistema reproductor femenino que interviene en la lactancia materna además de ser un órgano de la estética femenina. Es órgano blanco de las hormonas del ovario por lo que constituye, después de la pubertad una glándula con respuestas a las hormonas esteroideas periódicas de la gónada⁽¹⁾.

DEFINICIÓN.

La Mastopatía fibroquística o enfermedad fibroquística está incluida en un grupo de entidades que constituyen las lesiones benignas de la mama en la madurez sexual^(1,2,3). El polimorfismo y la heterogenicidad de esta afección en cuanto a su aspecto histológico y sintomatológico ha determinado que se le conozca con diversas denominaciones entre ellas displasia mamaria, enfermedad mamaria benigna, alteración fibroquística, *enfermedad proliferativa benigna* aunque este término se debe utilizar cuando aumenta el riesgo de carcinoma (en el caso de hiperplasia epitelial atípica, adenosis esclerosante y papilomas de conductos pequeños)⁽³⁾.

El diagnóstico más común en mastología es el de cambios fibroquísticos. La edad de presentación inicia alrededor de los 20 años, sin embargo los cuadros suelen ser mas floridos y severos en mujeres después de los 35 años, llegando a su pico máximo a los 40 años de edad⁽⁴⁾.

Mucho se ha discutido si se trata realmente de una enfermedad. Su gran frecuencia implica que podrían ser cambios normales de la mama como en el caso de Love quien en 1982 cuestiona si es una enfermedad un proceso que ocurre clínicamente en el 50% de las pacientes e histológicamente en el 90% de las muestras⁽³⁾, sin embargo la sintomatología y los cambios histológicos son la evidencia de que existen modificaciones asociadas a una clara línea patológica. También en forma excesiva se hace el diagnóstico de cambios fibroquísticos cuando existe dolor mamario asociado a nodularidad, debe considerarse que existen múltiples causas de mastalgia, algunas de ellas fisiológicas y que la mama “perse” es nodular debido a su conformación, mezcla de tejido glandular, conectivo y adiposo. “No todos los dolores mamarios son por cambios fibroquísticos” y “no hay glándulas mamarias lisas” son dos conceptos a recordar siempre al evaluar las glándulas mamarias⁽⁴⁾.

No se considera un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama, exceptuando a la enfermedad proliferativa benigna; sin embargo puede dificultar el diagnóstico de cáncer⁽³⁾.

EPIDEMIOLOGÍA

Desde la adolescencia hasta la vejez los problemas relacionados a las patologías de mama son una de las causas más frecuentes de consulta⁽⁵⁾. En un centro especializado en enfermedades de la glándula mamaria, el 90% de las consultas son derivadas de patologías benignas de la misma debido a la gran ansiedad y preocupación de la mujer ante signos relacionados con la glándula mamaria pues su diagnóstico diferencial será siempre el cáncer de mama⁽²⁾.

En el reino unido la mastalgia con masa palpable es un síntoma muy frecuente en mujeres que se presentan en consulta de médico general o en las clínicas especializadas en problemas de mama. En un estudio realizado en E.U. durante un periodo de 10 años, la mastalgia se presentó en un 47%; en un estudio similar en E.U. de 1171 mujeres atendidas en una clínica de ginecoobstetricia, 69% experimentaban molestias premenstruales y 11% dolor moderado o severo más de 7 días al mes⁽⁶⁾. En nuestro país la mastalgia se considera un síntoma común en las mujeres, ocurre en 70 a 90% en alguna etapa de su vida, además constituye el 50% del total de las consultas en las clínicas para atención de padecimientos mamarios⁽⁷⁾; algunos autores reportan la mastopatía fibroquística como una de las enfermedades más comunes de la mama en mujeres de 30 a 49 años, con una frecuencia aproximada de 60%⁽⁸⁾. En la UMF 21 se registró un total de 1050 mujeres con diagnóstico de mastopatía fibroquística en un periodo de 6 meses.

ETIOPATOGENIA

Durante la premenopausia los ovarios son la fuente predominante de estrógenos séricos, en la postmenopausia provienen fundamentalmente de andrógenos adrenales y ováricos en tejidos extra gonadales como grasa y músculo; sin embargo es importante saber que existe una tercera fuente de producción estrogénica que es en la propia glándula mamaria; la mayoría de los estrógenos presentes en los tumores mamarios derivan principalmente de las síntesis de novo en la propia glándula mamaria⁽⁹⁾.

El tejido mamario normal contiene receptores para estrógenos y progesterona, esto permite apoyar el mecanismo mediado por receptores como el responsable de la acción de las hormonas sobre el desarrollo mamario⁽⁹⁾.

El desequilibrio de las hormonas se ha asociado a desórdenes mamarios benignos (mastodinea y enfermedad mamaria fibroquística) y malignos⁽⁹⁾.

Para que se desarrolle la patología mamaria benigna es necesario que la mama se encuentre predispuesta biológica o genéticamente.

Se ha postulado que existe un exceso relativo de estrógenos, producción aumentada de estrógenos o una respuesta tisular exagerada a un nivel normal. También se asocia a una deficiencia relativa de progesterona. El 70% de las pacientes pueden tener deficiencia del cuerpo lúteo, irregularidad de la ovulación o anoovulación lo que provoca una marcada proliferación de los tejidos conectivo y epitelial⁽¹⁰⁾.

El papel de las metilxantinas es controversial pues éstas actúan como inhibidores competitivos de la enzima que rompe la adenosina monofosfato cíclica y guanosina monofosfato cíclica. Se cree que el aumento de los monofosfatos intracelulares estimulan a la proteína cinasa y ésta hace proliferar el tejido mamario quístico⁽¹⁰⁾.

Existen tres teorías para el desarrollo de la displasia.

- ⇒ Teoría Endócrina: se explica por alteración de la relación estrógeno-progesterona, sea por aumento real de los estrógenos o por una disminución de los valores circulantes de progesterona. Esta alteración al actuar sobre un lobulillo genéticamente predispuesto desencadena tanto los cambios histológicos como la sintomatología.
- ⇒ Teoría neuroendócrina: En esta teoría las situaciones crónicas de estrés producen un aumento de los péptidos opioides que provocan una disminución del tono dopaminérgico con la consiguiente elevación de

los niveles de prolactina; al aumentar esta última aumentan los niveles de progesterona, que a su vez causa mayor producción de estrógenos que aumentan la secreción de prolactina formando así un círculo vicioso.

⇒ Teoría bioquímica: El consumo exagerado de metilxantinas, te, café, chocolate, bebidas de cola, nicotina y de tiraminas (carnes procesadas, hongos, quesos fermentados, vino) produce un aumento de las catecolaminas circulantes, las que actúan directamente sobre los receptores beta de las células mamarias.⁽¹⁾

CLASIFICACION:

Existen múltiples clasificaciones de las displasias mamarias de acuerdo a su presentación clínica o características histopatológicas; por ejemplo para Miltenburg comprende tumores benignos, traumatismos, dolor, hipersensibilidad (mastalgia) e infección⁽¹¹⁾.

En México, en la guía Técnica para la Detección y Atención integral del cáncer de mama se consideran tres presentaciones clínicas de la patología mamaria benigna⁽⁴⁾:

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

- Mastalgia fisiológica: en la que no existe un sustento patológico (prepuberal, cíclica premenstrual, del embarazo, de la lactancia, posmenopáusica)
 - Mastalgia patológica: en la que existe un sustrato patológico demostrable (cambios fibroquísticos, tumoral benigna, tumoral maligna, infecciosa, traumática)
 - Mastalgia refleja: en la que el dolor es causado por patología no mamaria (patología neurológica cervico-dorsal, patología ósea cervico-dorsal, dolor muscular, osteocondritis)
- ⇒ Tumor mamario: En el 70-80% de los casos es detectado por la mujer, en este rubro están incluidos los cambios fibroquísticos y el fibroadenoma mamario. Histológicamente los cambios fibroquísticos pueden dividirse en proliferativos y no proliferativos. Los cambios proliferativos se asocian con mayor riesgo para desarrollar carcinoma; de ellos se asocia un riesgo leve a la hiperplasia moderada y severa, a la adenosis esclerosante y a los papilomas con 1.5 a 2 veces mayor riesgo que la población general y con un riesgo moderado a la hiperplasia ductal atípica y la hiperplasia lobulillar atípica con 4 a 5 veces mayor riesgo que la población general
- ⇒ Descarga por el pezón: ocurre de manera frecuente y significa un dato de alarma cuando se encuentra fuera del período de lactancia; incluye galactorrea, descargas serosas, descargas hemorrágicas y mastitis periductal⁽⁴⁾.

Otra clasificación clínica es la de Uriburu que divide a la mastopatía en dos grandes grupos⁽¹⁾:

- ⇒ Cíclicas: Afectan a mujeres entre los 20 y 50 años de edad en relación a sus ciclos menstruales, se ven afectadas ambas mamas y son influenciadas por las hormonas de manera que es plausible un tratamiento hormonal. Los estrógenos y la prolactina tienen efecto proliferativo. En este rubro se incluyen la mastodinia, la adenosis y la enfermedad fiboquística.
- ⇒ No cíclicas: pueden no afectar a mujeres que presenten ciclos menstruales, afectan a una sola mama sin una causa identificada y no sufren cambios cíclicos. Dentro de este grupo se incluyen el fibroadenoma, la hiperplasia lobulillar simple, la hipertrofia virginal, la ectasia ductal, la fibrosis, la papilomatosis displásica, el adenoma o papilomatosis florida del pezón⁽¹⁾.

MANIFESTACIONES CLINICAS

La mastopatía fibroquística está relacionada con trastornos menstruales, tensión premenstrual, senos pequeños y menopausia tardía⁽¹²⁾.

El síntoma principal es el dolor que característicamente inicia en la fase lútea y continúa hasta el inicio de la menstruación; el dolor está relacionado al edema que ocurre en el estroma mamario y el volumen mamario aumenta entre 10-15%. También se relaciona con irritación de las raíces nerviosas en el tejido conectivo edematoso por la presión de los ductos dilatados y los quistes adyacentes al tejido⁽¹⁰⁾. En algunas pacientes pueden referir el dolor irradiado

hacia axila⁽⁶⁾ Otro síntoma frecuente puede ser la sensibilidad exagerada, además de la referencia de una masa palpable y/o descarga por el pezón.

En la exploración física podemos encontrar nodularidad difusa frecuentemente localizada en el cuadrante superoexterno de la mama. La mastalgia no ciclica tiende a ser unilateral y localizada en un cuadrante de la mama⁽⁶⁾.

Debemos recordar que el mejor momento para explorar la mama es entre 7 y 9 días después del ciclo menstrual porque es cuando está menos congestionada⁽¹⁰⁾.

Se debe diferenciar el dolor de mama de dolor extramamario que puede ser generado por síndromes de compresión torácica o condiciones musculoesqueleticas que causan dolor en el pecho⁽⁶⁾.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se realiza por clinica y se puede complementar mediante mamografía y ecografía; también existe la opción de realizar punción de las lesiones para corroborar el diagnóstico.

La evaluación clínica a realizar incluye interrogatorio que debe ir dirigido a identificar y caracterizar los síntomas relacionados con la mama. Se debe identificar intensidad, localización, relación con actividad física, interferencia con las actividades de la vida diaria, masa palpable, inflamación o descarga por el pezón. Relacionar con ingesta de anticonceptivos o terapia hormonal, identificar otros medicamentos que puedan estar asociados con dolor de mama. Además de identificar factores de riesgo para cáncer de mama por medio de interrogatorio en historia reproductiva, médica y familiar⁽⁶⁾.

Hay estudios (Dupont, London y cols, Hartmann y cols¹³) que muestran riesgo de cancer de 1.5 a 1.6 para mujeres con enfermedad mamaria benigna en comparación con la población general⁽¹³⁾; además se ha observado en otros estudios que pacientes con enfermedad mamaria benigna y antecedente previo de cáncer en la familia presentan un aumento de riesgo de 1.54⁽¹⁴⁾.

Ante esta posibilidad se deben interrogar factores de riesgo para patología mamaria como mujer mayor de 40 años, historia personal o familiar de cáncer de mama, antecedentes de patología mamaria benigna, nuligesta, primer embarazo a término después de los 30 años de edad, no haber amamantado, vida menstrual mayor de 40 años (menarca antes de los 12, menopausia después de los 52 años), Uso de terapia hormonal de reemplazo por más de 5 años, obesidad o sobrepeso, consumo excesivo de alcohol, sedentarismo⁽¹⁵⁾ duración de lactancia materna, uso de anticonceptivos orales y tiempo de utilización, tabaquismo, frecuencia de autoexploración mamaria, consumo de metilxantinas, dieta con abundantes grasas⁽¹⁶⁾.

Otro rubro importante en la evaluación es el examen físico; este requiere inspección cuidadosa, y palpación de ambos senos, así como del complejo areola pezón y linfáticos regionales⁽⁶⁾.

La inspección se divide en estática y dinámica, se efectúa con la paciente sentada con el tórax y brazos descubiertos bajo una adecuada iluminación observando datos referentes a la forma, volumen, simetría, bultos, hundimientos o cambios de coloración de la piel, signos cutáneos retráctiles⁽¹⁵⁾

La palpación se realiza con la yema de los dedos en forma suave metódicamente con la búsqueda intencionada de lesiones existentes, se aprovecha la posición sentada de la paciente para iniciar la exploración de la

región axilar, mediante la presión firme sobre las costillas tratando de identificar los ganglios existentes y sus características⁽¹⁵⁾. Posteriormente se procede a la exploración de la glándula mamaria que debe llevarse a cabo como sigue:

- ⇒ Debe realizarse en forma suave, digital y metódicamente dirigida.
- ⇒ El explorador debe dividir la mama mentalmente en cuatro cuadrantes
- ⇒ La paciente en posición de decúbito dorsal con tórax descubierto, se coloca una almohada o toalla en el dorso de la paciente para una mejor exposición de los elementos anatómicos de la mama.
- ⇒ Los cuadrantes externos se deben explorar con la mano de la paciente sobre el abdomen, se inicia con el cuadrante inferior externo siguiendo una serie de líneas que pueden ser:
 - Paralelas: De la clavícula al surco submamario, en dirección céfalo-caudal.
 - Radiadas: Del borde del hemisferio mamario hasta el pezón.
 - Circulares: Desde el pezón hasta los bordes mamarios.
- ⇒ Los cuadrantes Internos se exploran con la misma técnica pero con los músculos pectorales contraídos lo cual se logra al elevar el brazo de la paciente formando un ángulo recto con el cuerpo.
- ⇒ La exploración del pezón debe realizarse cuidadosamente
- ⇒ Al final de la exploración debe realizarse presión sobre la mama hacia el pezón, en forma suave con la intención de detectar secreciones anormales, de las cuales se solicitará estudio citológico⁽¹⁵⁾.

De acuerdo a lo determinado por el interrogatorio y los hallazgos de la exploración física, se debe determinar la necesidad de estudios complementarios como es el ultrasonido y la mastografía dependiendo de las condiciones de la paciente así como de la edad de la misma^(6,10,17). En la guía

técnica de detección y atención integral de cáncer de mama se consideran como criterios clínicos para el diagnóstico de los cambios fibroquísticos la mastalgia uni o bilateral persistente y repetida, nodularidad mamaria con áreas de sistematización (plastrones indurados que resaltan con respecto al resto de la glándula), hipersensibilidad mamaria, nódulos mamarios dominantes (quístico o sólido), descarga serosa por el pezón; todos estos datos en forma aislada o combinada en grado e intensidad variable⁽⁴⁾.

TRATAMIENTO

Cuantificar el dolor que presentan las pacientes resulta muy difícil por lo variable del cuadro. Algunas mujeres pueden no tener síntomas, otras los relacionan con ciertas actividades y otras con el ciclo menstrual. El manejo incluye tratamiento no farmacológico y farmacológico⁽⁶⁾.

Dentro del manejo no farmacológico se debe educar en cuanto a:

- ⇒ Factores psicológicos como estrés ansiedad elevada y depresión⁽¹⁸⁾
recomendar técnicas de relajación
- ⇒ Uso de sostén mamario adecuado^(6,18) utilizar brassiere de deportes durante el ejercicio, utilizar un brassiere de soporte mientras duerme
- ⇒ Cambios en la alimentación: restricción de metilxantinas⁽⁶⁾, reducción de grasa en la dieta (aunque aún no hay suficiente evidencia como tratamiento).
- ⇒ Aceite de onagra o prímula algunas pacientes con mastalgia cíclica han tenido una mejoría significativa con su uso por tres meses en dosis de 300mg por día dividido en dos dosis^(6,18)

- ⇒ Aceite de lino o linaza: con este tratamiento el dolor mamario disminuyó de manera significativa, por lo que se puede considerar una primera línea de tratamiento⁽¹⁸⁾.
- ⇒ Otras medidas de suplementos: Vitamina E: dosis de 400UI de vitamina E tres veces al día no resultaron tan efectivas como el manejo con danazol en el manejo inicial de la mastopatía fibroquística⁽¹⁹⁾; extracto de vitex agnus-castus, ginseng.
- ⇒ Analgésicos: hay poca investigación sobre el uso de analgésicos sin embargo los mas utilizados son los AINES que han demostrado disminuir el dolor en alrededor de 15 días. Se han utilizado en presentaciones tópicas (diclofenaco y piroxicam)^(6,18) con 81% de efectividad. En un estudio doble ciego que mide la eficacia de la nimesulida se encuentra que disminuye el dolor en un 94% de el grupo control⁽²⁰⁾.
- ⇒ Diuréticos: Su uso tiene aparentemente un feffecto puramente sintomático. Puede ser utilizado durante los dos o tres días previos al inicio de lamenstruación⁽¹⁰⁾.
- ⇒ Progestágenos: Se ha utilizado progesterona tópica aplicada sobre la glándula mamaria, o bien en crema vaginal tiene resultados variables aunque no hay suficiente evidencia para recomendar su uso⁽¹⁸⁾.
- ⇒ Danazol: algunos estudios demuestran que en dosis de 100 a 200mg cada 12horas resulta efectivo en el control de la mastalgia en un 74% de los casos; algunos otros autores recomiendan utilizar 200mg al día durante el primer mes y si se obtiene un buen control, disminuir la dosis a 100mg por día el siguiente mes⁽⁷⁾. Para disminuir sus efectos secundarios puede administrarse solo en la fase lútea⁽¹⁸⁾.

- ⇒ Tamoxifeno: administrado en dosis diarias de 20mg alivia el dolor; en dosis de 10mg elimina los síntomas; se ha visto hasta 70% de mejoría. Esta dosis de 10 mg se debe considerar cuando los tratamientos de primera línea no son efectivos^(10, 18).
- ⇒ Bromocriptina: utilizada en dosis de 5mg al día sin embargo se asocia con menos eficacia terapéutica que tamoxifeno o danazol⁽¹⁸⁾.
- ⇒ Alfa dihidroergocriptina: En un estudio realizado en Michoacán se analizó la dosis de 10mg comparado contra grupo placebo encontrando disminución en intensidad de mastodinea en un 100% de las pacientes, por lo que se considera como un tratamiento eficaz y con menos efectos adversos⁽⁸⁾.

EL PROCESO DE ATENCIÓN

El médico, al comenzar su práctica profesional, aplica sus conocimientos, habilidades y capacidades en el cumplimiento de cuatro funciones básicas: la asistencia, la docencia, la investigación y la administración. En la función asistencial son identificadas a su vez cuatro dimensiones o sentidos de la actividad del profesional, mismas que se interrelacionan en la práctica, aunque alguna de ellas puede predominar sobre las otras. Estas dimensiones son la promoción de salud, la prevención, la curación (o recuperación) y la rehabilitación⁽²¹⁾.

Precisamente la función asistencial a individuos en su dimensión básicamente curativa es efectuada a través de lo que se conoce como proceso de atención médica⁽²¹⁾.

Asumimos como proceso a la sucesión de estados de un objeto determinado; o sea, los cambios en el tiempo de los estados de un objeto. El concepto de

estado hace referencia al conjunto de características, cualidades y propiedades de un objeto en un momento dado⁽²¹⁾. El proceso de atención médica se define como la actividad mediante la cual paciente y médico establecen una relación dirigida a la identificación y solución de uno o más problemas de salud presentes en dicho paciente; es mediante este proceso que el médico lleva a cabo su función profesional de labor asistencial⁽²²⁾.

Cuando paciente y médico interactúan debido a la existencia de un problema de salud que significa una determinada situación no favorable en el estado de salud del enfermo, el estado de enfermedad se convierte entonces en el objeto que debe transformarse, cambiar sucesivamente con la interacción médico-paciente. En este objeto, sobre el que recae la interacción, se logra identificar un estado inicial y otro final, por lo que podemos hablar de un proceso⁽²¹⁾

Un proceso puede definirse como grandes conjuntos de actividades específicas que se desarrollan ordenada y secuencialmente, de acuerdo con sus fines particulares y que siempre entregan un producto o servicio con valor agregado a un beneficiario. El diseño de los procesos hace referencia a la manera como se organizan los distintos factores que conducen al logro de los resultados⁽²³⁾.

En el proceso de atención médica podemos identificar los siguientes componentes:

- ⇒ El objeto: es el hombre, y concretamente su estado de salud (campo).
- ⇒ Los sujetos: son el médico y el propio paciente.
- ⇒ El objetivo: es la solución del problema del paciente.
- ⇒ El problema: está dado por la contradicción entre el estado de salud percibido por el individuo (paciente) y el estado deseado; este problema

“general” se concreta, se individualiza, en uno o más problemas de salud específicos.

- ⇒ El método: es el método clínico.
- ⇒ Los medios: son los instrumentos, equipos, fármacos y otros insumos que pueden ser utilizados.
- ⇒ La forma: se refiere a la configuración temporo-espacial del proceso (atención de urgencia, consulta ambulatoria, ingreso hospitalario o domiciliario, situaciones fortuitas).
- ⇒ Los contenidos: son los conocimientos, habilidades y valores con los que opera el médico para, resolver el problema. También incluye las necesidades y expectativas de los pacientes y familiares.
- ⇒ El resultado: es el producto del proceso; la transformación lograda en el estado de salud del paciente; la superación o no del “problema”⁽²¹⁾

Algunos autores proponen un modelo simplificado del proceso de atención médica que incluye tres momentos o fases. 1) la obtención de la información, 2) la interpretación de la información y 3) la toma de decisiones. La obtención de información puede ser clínica o complementaria, si el caso se encuentra en estudio va dirigida a determinar el diagnóstico, si se trata de un caso en tratamiento se busca información que evalúe los cambios evolutivos o la aparición de nuevos problemas. En la interpretación ocurre lo mismo, la información será interpretada enfocándose a la determinación del diagnóstico o si está en etapa de tratamiento se busca precisar la evolución e inferir un pronóstico. En la toma de decisiones igualmente se realiza en dos sentidos, uno sobre la necesidad de la indicación de exámenes complementarios, el otro sobre las acciones dirigidas a la solución del problema⁽²²⁾.

El análisis de procesos es una metodología para examinar la dinámica de las organizaciones, teniendo como punto de partida el hecho de que éstas, se crean para llevar a cabo ciertos propósitos u objetivos perdurables, mediante la ejecución de una secuencia articulada de actividades; proyecta una visión sistémica de las organizaciones, en el continuo de un conjunto articulado de procesos, subprocesos y actividades, uno tiene carácter de dominante y los otros de subordinados. La misión institucional constituye el proceso dominante, da sentido a los demás y determina la pertinencia y coherencia en sus elementos; es decir los procesos y actividades que contribuyan al cumplimiento de la misión son imprescindibles, mientras que aquellos que no lo hagan son susceptibles de eliminación⁽²³⁾

El análisis de procesos hace énfasis en el desarrollo de la misión y en todo lo que le es pertinente; busca la coherencia entre lo que se enuncia, lo que se hace y lo que se obtiene (los resultados). En este orden de ideas la meta es reducir tiempos y movimientos en la ejecución de cualquier operación, es decir se pretende llevar la actividad laboral al máximo posible de eficacia⁽²³⁾.

Para jerarquizar el procedimiento a seguir durante el tratamiento y control de pacientes con diagnóstico de mastopatía fibroquística, se puede tomar como ejemplo la guía de practica clínica: Prevención y diagnóstico oportuno de Cáncer de mama, en el primer nivel de atención⁽¹⁷⁾; también se puede tomar en cuenta la guía Técnica en detección y atención integral del cáncer de mama del Instituto Mexicano del Seguro Social⁽⁴⁾. Estas guías nos hablan en primer lugar de la prevención primaria que es la tarea a realizar en el primer nivel de atención; ésta consiste en actividades que van encamidadas a conocer factores de riesgo y realizar promoción de la salud con actividades como

realizar ejercicio, mantener una adecuada alimentación, lograr un índice de masa corporal adecuado ⁽¹⁷⁾, antecedentes de patología mamaria benigna⁽²⁴⁾. A continuación mencionan la prevención secundaria que incluye realización de historia clínica en la que se indaguen factores de riesgo familiares, alentar y capacitar a la mujer para que realice autoexploración mamaria y de encontrar alguna alteración reportarlo a su Médico Familiar, realizar un examen clínico completo en todas las pacientes por parte del médico o enfermera capacitada para realizar dicho examen, utilización de métodos complementarios como es la mastografía o el ultrasonido mamario (en el caso de mujeres menores de 40 años; con respecto a la primera se recomienda realizar en mujeres de 40 a 49 años cada uno a dos años, en mujeres de 50 a 69 años con una frecuencia anual, y en mujeres mayores de 70 años de manera anual pero de acuerdo a criterios que se consideren de riesgo para la paciente ⁽¹⁷⁾).

Dichas guías también contemplan algoritmos que se pueden seguir en el tamizaje de una paciente que acude por patología mamaria, si bien estos no están hechos de manera específica para la mastopatía fibroquística, si consideran situaciones que incluyen patología mamaria benigna.⁽¹⁷⁾

Es importante hacer énfasis en el estudio y seguimiento de las pacientes con mastopatía fibroquística en el primer nivel de atención debido a que como ya se menciona es una causa muy frecuente de consulta; existen muchos mitos y temores populares que lleva a las pacientes a solicitar consultas innecesarias en las áreas de ginecología para atención de problemas benignos que se pueden manejar en el primer nivel, a esto debemos aunar la educación e información sobre el padecimiento que se le debe dar a la paciente con este tipo de patología, esto con la finalidad de modificar aquellos factores de riesgo

que sean susceptibles de cambiar, y dar un seguimiento correcto, para poder tomar decisiones adecuadas en cuanto a tratamiento que se pueda utilizar en el primer nivel, estudios complementarios que se deban solicitar y discernir entre pacientes que realmente requieren de atención en el segundo nivel de atención y aquellas que no lo requieren.

Para poder realizar la evaluación de este proceso de atención que se debe de llevar a cabo en pacientes con mastopatía fibroquística, se toma como modelo la cédula de evaluación utilizada en la Unidad de Medicina Familiar 21 para la atención del paciente diabético⁽²⁵⁾, la cual fue realizada por personal calificado de la unidad y experto en el tema de Diabetes Mellitus; dicha cédula considera datos prioritarios que se deben de registrar en la nota de atención médica a pacientes con diabetes mellitus, con los cuales se da una atención completa de seguimiento de dicha enfermedad crónica; de este modelo se realiza una modificación y adaptación para evaluar el proceso de atención que se lleva a cabo en el caso que nos interesa en este estudio para las pacientes con mastopatía fibroquística.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el proceso de atención de las pacientes con diagnóstico de mastopatía fibroquística en la unidad de medicina familiar numero 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer el proceso de atención de la mastopatía fibroquística en el primer nivel de atención.
2. Conocer fortalezas y debilidades del proceso de atención de la mastopatía fibroquística en el primer nivel de atención.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

El proceso de atención de la mastopatía fibroquística en el primer nivel de atención se está llevando acabo adecuadamente en un 80% de los casos

MATERIAL Y MÉTODOS

A. DISEÑO DEL PROYECTO

⇒ TIPO Y CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO

Observacional, descriptivo, retrospectivo, longitudinal

- ✓ Observacional: Estudio en el cual el investigador solo puede describir o medir el fenómeno estudiado, por tanto no puede modificar a voluntad ninguno de los factores que intervienen en el proceso.
- ✓ Descriptivo: Estudio que solo cuenta con una población la cual se pretende describir en función de un grupo de variables.
- ✓ Retrospectivo: Estudio en el que se investiga la relación existente entre un fenómeno y otro ocurrido en el pasado.
- ✓ Longitudinal: Implica la recolección de datos en más de una medición en el tiempo.

⇒ DEFINICIÓN DEL UNIVERSO DE TRABAJO

- ✓ **Lugar del estudio:** Se realizará el estudio en la UMF 21 del IMSS ubicado en Francisco del Paso y Trocoso número 281, Colonia Jardín Balbuena, Código postal 15900, Delegación Venustiano Carranza, México D.F.
- ✓ **Población en estudio:** Pacientes del sexo femenino con diagnóstico de mastopatía fibroquística comprendidas entre la edad de 20 a 59 años que acudan a la consulta externa de la UMF No. 21 en el mes de enero a agosto del 2010
- ✓ **Periodo de estudio:** El estudio se llevará a cabo en el periodo comprendido del mes de enero al mes de agosto del 2010.

⇒ **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

Inclusión

- ✓ Expedientes de Mujeres con edades entre 20 a 59 años de edad,
- ✓ Expedientes de Mujeres diagnosticadas con mastopatía fibroquística
- ✓ Expedientes de Derechohabientes de la unidad de medicina familiar numero 21
- ✓ Expedientes de mujeres que al menos tengan 3 consultas en la UMF 21.

Exclusión:

- ✓ Expedientes de pacientes que tengan alguna otra patología mamaria agregada.

Eliminación:

- ✓ No se requieren

⇒ ESTRATEGIA DE MUESTREO

Para el cálculo de la muestra mínima representativa se utilizó la fórmula para población finita o sin reemplazo y de proporciones:

- ✓ Tamaño de la muestra
- ✓ Tipo de muestreo

$$n = \frac{NZ^2 pq}{d^2(N-1) + Z^2 pq}$$

en donde:

N = Total de individuos que comprende la población

z = Es el nivel de confianza requerido para generalizar los resultados hacia toda la población

p = Es la proporción de observación que se espera obtener en una categoría

q = Es la otra parte del porcentaje de observaciones en una categoría y es igual a 1-p

d = Error que se prevé cometer

N = 1.050 ⁽²⁶⁾

z = 1.96

$$p = 0.80$$

$$q = 0.20$$

$$d = 0.05$$

SUSTITUCIÓN DE FÓRMULA

$$n = \frac{(1.050) (1.96)^2 (0.80) (0.20)}{(0.05)^2 (1.050-1) + (1.96)^2 (0.80) (0.20)}$$

$$\text{Muestra} = 199.3690 = 200$$

$$n = 200$$

⇒ **DEFINICIÓN DE VARIABLES Y UNIDAD DE MEDICIÓN**

La principal variable de este estudio es el proceso de atención. El diagnóstico de mastopatía fibroquistica es una condición que deben tener como característica todas las pacientes estudiadas.

El resto de las variables son indicadores de la calidad con la que se esta llevando a cabo el proceso de atención y se definen a continuación:

Nombre de la variable	Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador (escala de medición)
Proceso de atención	Cualitativa nominal	Pasos a seguir en el estudio de pacientes que acuden por sintomatología mamaria de acuerdo a lo establecido en la guía de práctica clínica para cáncer de mama en el primer nivel de atención, y la Norma oficial Mexicana para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama	De acuerdo a la cédula de evaluación adaptada por los autores se contesta a las preguntas incluidas en la misma tomando los datos del expediente electrónico y se emite una calificación ponderada para evaluar el proceso de atención	<60 = No adecuado 60-70 = Regular 79-90 = Muy Bueno >90 = Excelente
Antecedente familiar de patología mamaria	Cualitativa nominal	Historia de patología mamaria benigna o maligna en familiares de primer grado (madre o hermanas)	Presencia o ausencia de antecedente familiar de patología mamaria benigna anotado en el expediente electrónico y que se evalúa como indicador del adecuado proceso de atención	1= Patología benigna 2= Patología maligna 3= Sin antecedente 9= No registrado
Antecedente personal de patología mamaria	Cualitativa nominal	Historia personal de patología mamaria benigna o maligna en la paciente que se está estudiando	Presencia o ausencia de antecedente personal de patología mamaria benigna anotado en el expediente electrónico evaluado como indicador del adecuado proceso de atención	1= Patología benigna 2= Patología maligna 3= Sin antecedente 9= No registrado

Edad de menarca	Cuantitativa discontinua	Edad en la que la mujer presenta menstruación por primera vez	Edad en años en la que presenta la primera menstruación anotado en el expediente electrónico y que se evalúa como indicador del adecuado proceso de atención	1= Si registrado. Edad en años 9= No registrado
Edad del primer embarazo a término	Cuantitativa discontinua	Edad en la que presenta primer embarazo a término	Edad en años en la que presenta el primer embarazo a término anotado en el expediente electrónico evaluado como indicador del adecuado proceso de atención	1= Si registrado Edad en años 9= No registrado
Lactancia	Cuantitativa discontinua	Alimentación a un neonato por parte de la madre con la leche producida por la glándula mamaria	Tiempo en meses, en el que realiza lactancia materna anotado en el expediente electrónico y que se evalúa como indicador del adecuado proceso de atención	1= Si registrado. Meses de lactancia 9= No registrado
Antecedente de Tabaquismo	Cuantitativa discontinua	Historia personal de consumo de tabaco	Tiempo en años en el que ha consumido tabaco anotado en el expediente electrónico tomado como indicador del adecuado proceso de atención	1= Sin antecedete 2= Con antecedente, anotar número de meses o años de consumo 9= No registrado
Cantidad de cigarrillos por día	Cuantitativa discontinua	Número de cigarrillos consumidos por día en una paciente con tabaquismo positivo	Registro en el expediente electrónico la especificación del número de cigarrillos que consume por día	1= Si registrado: Número de cigarros consumidos por día 9= No registrado

Uso de anticonceptivos orales o terapia de restitución hormonal	Cuantitativa discontinua	Historia personal de tratamientos hormonales ya sea por utilizarlo como método anticonceptivo, como terapia de restitución hormonal o cualquier otra indicación médica	Tiempo en años durante el cuál utilizó los hormonales anotado en el expediente electrónico y que se evalúa como indicador del adecuado proceso de atención	1= Sin antecedente 2= Con antecedente: meses o años de uso 9= No registrado
Autoexploración mamaria	Cualitativa nominal	Método de detección de lesiones o alteraciones en la mama realizada por cada mujer a si misma	Frecuencia de realización de autoexploración mamaria anotada en el expediente tomado en cuenta como indicador del adecuado proceso de atención	1= No realiza 2= Si realiza 9= No registrado
Presenta dolor	Cualitativa nominal	Estímulo transmitido mediante fibras nerviosas que se traduce en una sensación desagradable localizada en alguna parte del cuerpo	Presencia o ausencia de dolor en relación con el ciclo menstrual anotado en el expediente como indicador del adecuado proceso de atención	1= Relacionado con la menstruación 2= Sin relación con la menstruación 3= No presenta dolor 9= No registrado
Nódulo o masa palpable	Cualitativa nominal	Presencia a la palpación de una tumoración en alguno de los cuadrantes de la mama	Anoto en el expediente la presencia de nódulo o tumoración en alguno de los cuadrantes en los que se divide la mama al realizar la exploración física	1= Superior interno 2= Superior externo 3= Inferior interno 4= Inferior externo 5= No presenta nódulo o masa palpable 9= No registrado

Explica medidas higiénicas	Cualitativa nominal	Indicaciones sobre cuidados generales que se deben explicar a la paciente con patología mamaria benigna	Anoto en el expediente electrónico indicación de medidas higienico	1= Si indica 9= No registrado
Indica bajo consumo de metilxantinas	Cualitativa ordinal	Indicación médica de realizar bajo consumo de alimentos de grupo de metilxantinas en la dieta (jitomate, cacahuete, pepitas, semillas)	Anoto en el expediente indicación de consumo bajo o nulo de alimentos con metilxantinas	1= Si indica 9= No registrado
Dieta baja en grasas	Cualitativa ordinal	Indicación médica de dieta con consumo bajo en grasas	Anotó en el expediente indicación de no consumir una dieta rica en grasas	1= Si indica 9= No registrado
Medicamento indicado	Cualitativa nominal	Fármaco utilizado para reducir o eliminar las molestias ocasionadas por la patología mamaria	Anoto en el expediente qué tipo de medicamento se indica	1= Analgésico 2= Diurético 3= Otro 4= No indica medicamento
Solicita Mastografía	Cualitativa nominal	Método de gabinete utilizado como complemento y prevención en el estudio de mujeres con patología mamaria	Anotó en el expediente si se solicita o no mastografía	1= Si 2= No
Solicita USG	Cualitativa nominal	Método de gabinete utilizado como complemento en el estudio de patología mamaria	Anotó en el expediente si se solicita o no ultrasonido mamario	1= Si 2= No
Indicación de acuerdo a resultado de Mastografía	Cualitativa nominal	Conducta a seguir de acuerdo al resultado de la mastografía	Anota en el expediente la conducta a seguir con el resultado de la mastografía de acuerdo a la Guía Técnica de detección y atención	1= Solicita estudios complementarios ante BIRADS 0 2= Cita en uno a dos años ante BIRADS 1 y 2

			integral del cáncer de mama IMSS 2004	3= Envío a segundo nivel ante BIRADS 3, 4, y 5 4= Envío a segundo nivel ante BIRADS 0, 1 y 2 9= No registrado
Envío a ginecología	Cualitativa nominal	Derivación de la paciente a segundo nivel de atención	Anotó en el expediente si se realiza envío a segundo nivel	1= Si se envía 2= No se envía
Motivo del envío	Cualitativa nominal	Razón o justificación por la que se deriva a la paciente a segundo nivel de atención	Anotó en el expediente el motivo por el que se está realizando el envío a segundo nivel	1= Alteración en Exploración Física 2= Alteración en Ultrasonido 3= Alteración en Mastografía 4= Otro (especificar) 9= No registrado

METODOLOGÍA:

✓ Descripción del estudio:

La mastopatía fibroquística es un padecimiento benigno de la mama que se presenta en un 90% de la población femenina, la sintomatología causada por esta entidad es una causa frecuente de consulta en el primer nivel de atención que es el que le compete al médico familiar, me llama la atención que a pesar del conocimiento reportado en la literatura de el curso benigno de esta patología, se encuentra un alto porcentaje de interconsulta especializada es por ello que inicié búsqueda de información en cuanto al protocolo que se lleva a cabo, tratamiento y seguimietno que se le da a las pacientes con esta patología, encontrando que dentro del proceso de atención se encuentra la identificación de factores de riesgo para patología mamaria, semiología adecuada de los síntomas referidos, una exploración mamaria completa, se han investigado múltiples tratamientos ninguno de ellos reportado como específico, sin embargo si se reporta mejoría, determinación de necesidad de estudios complementarios; no se encontraron estudios específicos encaminados a analizar el proceso de atención de esta patología solamente las guías existentes para prevencion de Ca de mama por lo que considero de interés evaluar el proceso de atencón en el primer nivel de atención en pacientes con mastopatía fibroquística.

Una vez realizada la búsqueda bibliográfica se procedió a plantear una pregunta de investigación así como objetivos de la misma e hipótesis de trabajo; se determinó la metodología del estudio y criterios de selección. Se realizó la cédula de evaluación con la que se analizó el proceso de atención tomando como ejemplo la cédula para la evaluación de la atención del paciente

diabético, los datos que solicita la cédula de evaluación del proceso de atención de mastopatía fibroquística se obtuvieron de la Guía de Práctica Clínica de prevención y diagnóstico oportuno de cáncer de mama en el primer nivel de atención de la Secretaría de Salud⁽¹⁷⁾, la Guía Técnica en detección y atención integral del cáncer de mama del Instituto Mexicano del Seguro Social⁽⁴⁾ y la norma Oficial Mexicana para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama⁽²⁴⁾. Se solicitó en el servicio de ARIMAC los datos de pacientes que tienen diagnóstico de Mastopatía Fibroquística en el periodo comprendido de enero a agosto del 2010. Se seleccionó de manera alatoria los casos y se procede a la revisión del expediente electrónico de las pacientes con diagnóstico de Mastopatía Fibroquística UMF 21 del IMSS.

Una vez cubiertos los criterios de inclusión, el tiempo de evaluación fue de aproximadamente entre 15 a 20 min., se buscaron en las notas médicas los datos solicitados en la cédula para la evaluación del proceso de atención.

Para realizar la calificación de la cédula se dividió el cuestionario en seis puntos importantes para el proceso de atención de la mastopatía fibroquística que son el interrogatorio de factores de riesgo, el interrogatorio de la sintomatología, la exploración física, el tratamiento indicado, la solicitud de estudios complementarios y el envío o no a segundo nivel y se da una calificación en una escala de 0 a 100.

Para el interrogatorio de los factores de riesgo se podía obtener un total de 9 puntos (uno por cada factor de riesgo registrado en el expediente) si no se encuentra registrado se califica con cero; para el interrogatorio de la sintomatología un total de 1 punto si se encuentra registrada en el expediente de no ser así se califica con cero puntos; para la exploración física un total de 1

punto si se encuentra registrada en el expediente, de no ser así se califica con cero puntos; para el tratamiento un total de 4 puntos (uno por cada aspecto de tratamiento evaluado); en la solicitud de estudios complementarios se califica con un punto la congruencia de solicitar o no el estudio complementario de acuerdo a la edad, el factor de riesgo de antecedente heredofamiliar o personal de patología mamaria maligna y los hallazgos de exploración física, si no hay congruencia se califica con cero; en el motivo de envío se califica con un punto la congruencia en la justificación adecuada del envío de acuerdo a lo encontrado en la exploración física, los estudios complementarios u otros motivos como control indicado por Ginecología.

Ya con la información obtenida se procedió a vaciar la misma en una base de datos creada en el programa estadístico SPSS para realizar el análisis.

✓ **Análisis estadístico**

1. Univariado

Exploración de datos:

Se realizó una revisión de la base de datos para verificar su limpieza y la calidad.

Medidas de tendencia central:

Promedio aritmetico para todas las variables medidas en percentiles.

BIOÉTICA

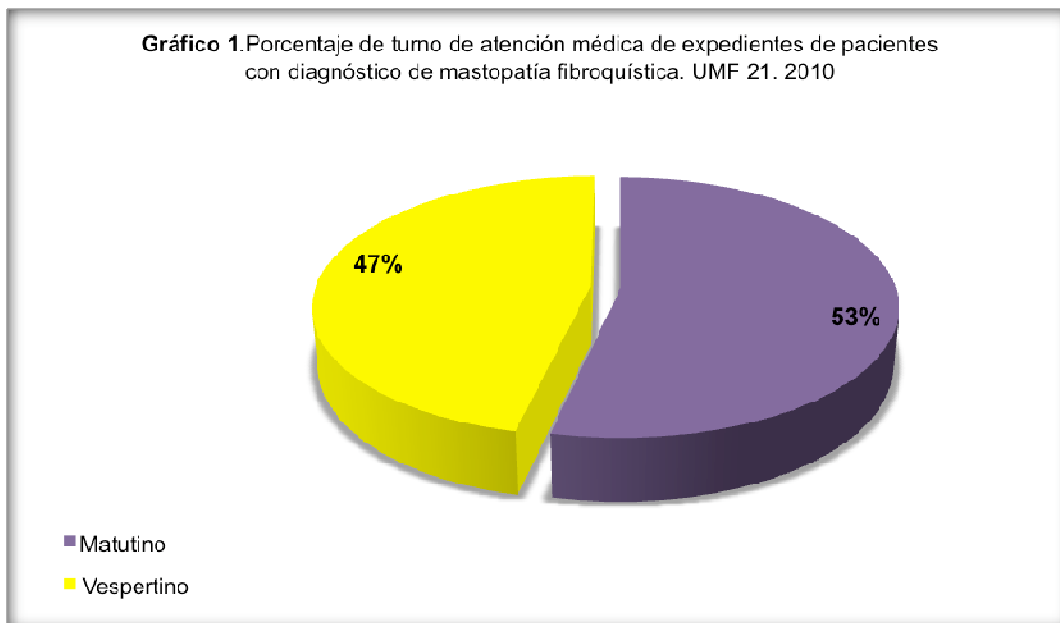
En esta investigación no se pone en peligro la vida, no se producen riesgos ni lesiones al ser humano, no existen intervenciones médicas invasivas, diagnosticas o terapéuticas, (no se toman muestras) y solo se realizaran preguntas a través de los instrumentos ya señalados.

La información recolectada se mantendrá estrictamente anónima, ya que solamente será conocida por los investigadores participantes.

En el presente estudio de investigación se realizara el consentimiento informado por escrito aunque no se esta atentando contra la integridad física o psicologica del paciente, es importante indicar que los procedimientos propuesto están de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 1989 y códigos y normas Internacionales vigentes de las buenas practicas de la y Investigación clínica. se apega, a las normas y reglamentos institucionales . Además la seguridad el bienestar de los pacientes se respeto cabalmente de acuerdo a los principios contenidos en el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el Informe Belmonte, el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos (Regla Común).

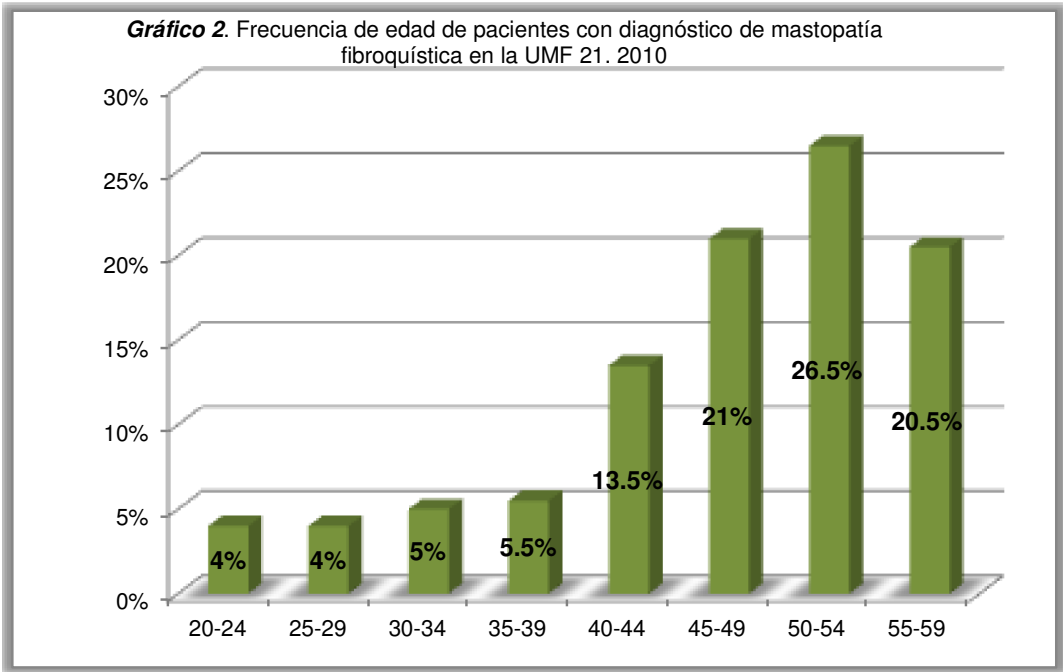
RESULTADOS

Se analizaron 200 expedientes de pacientes con diagnóstico de mastopatía fibroquística de los cuales 107 pertenecen al turno matutino(53.5%) y 93 al turno vespertino (46.5%) (gráfico 1).



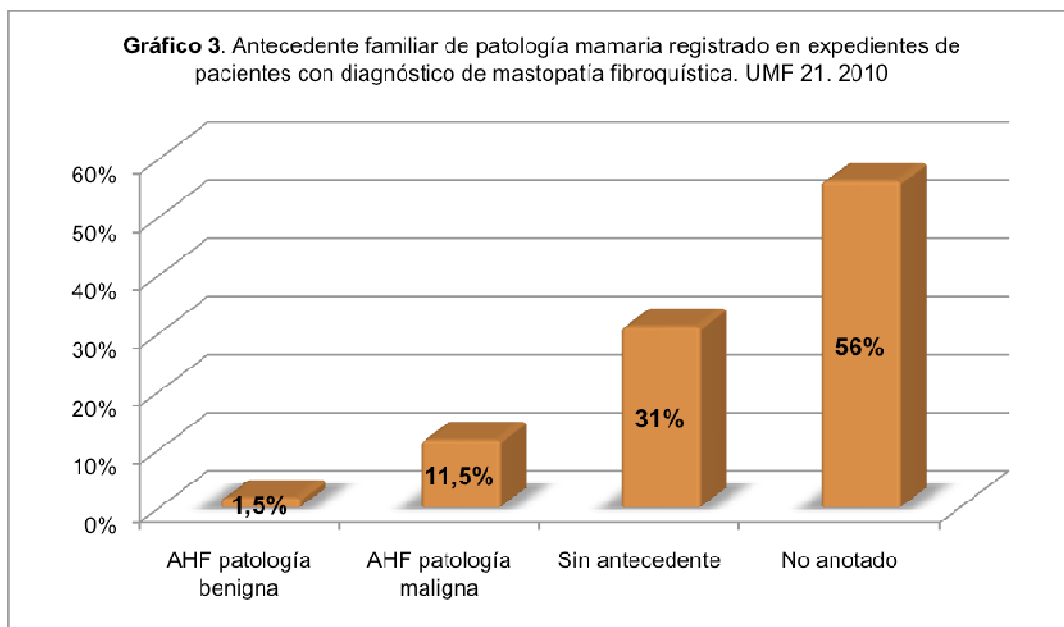
Fuente: Cédula de evaluación del proceso de atención en mastopatía fibroquística. UMF 21. Enero-Agosto 2010

La edad promedio de las pacientes fue de 52 años, con una mínima de 20 años y máxima de 59 años los grupos de edad que con mayor frecuencia se presentaron son de 40-44 años, 42 casos (21%) de 45-49 años, 53 (26.5%) de 50-54 años (gráfico 2).



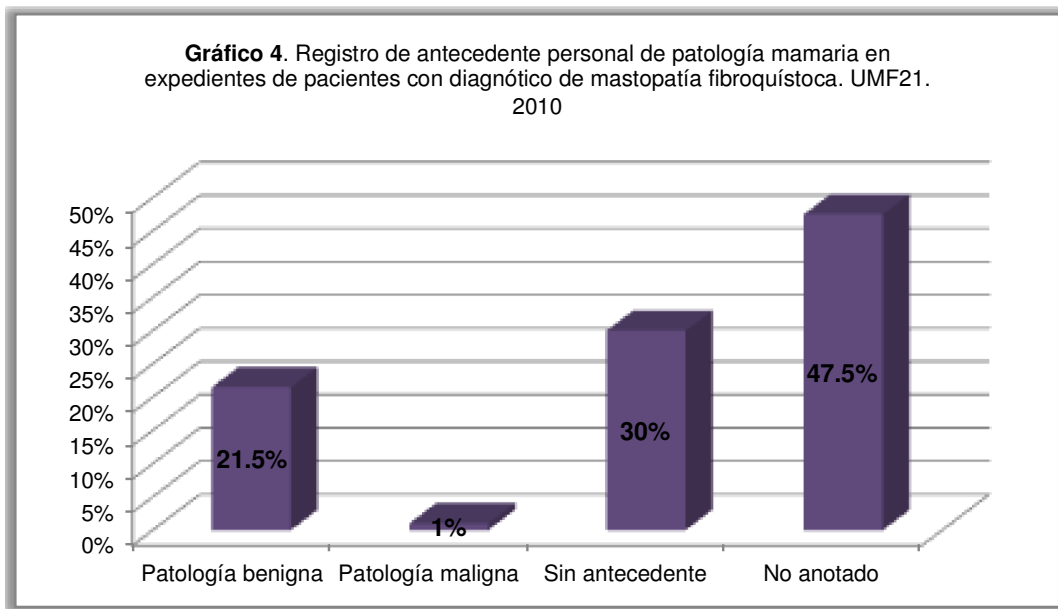
Fuente: Cédula de evaluación del proceso de atención en mastopatía fibroquística. UMF 21. Enero-Agosto 2010

En lo referente al antecedentes familiares de patología mamaria se encontró que en el 56% de los expedientes revisados (112 casos) no se registra dicho antecedente. En el 44% si se registro el antecedente encontrando lo siguientes: 3 pacientes con antecedente familiar de patología mamaria benigna, 23 con antecedente de patología maligna y 62 reportadas sin antecedente familiar de patología mamaria (gráfico3).



Fuente: Cédula de evaluación del proceso de atención en mastopatía fibroquística. UMF 21. Enero – Agosto 2010

En el antecedente personal de patología mamaria se encontró que en el 52.5% de los expedientes si se registró si tenían o no antecedente dividiéndose en antecedente de patología benigna 43 pacientes, patología maligna 2 y 60 pacientes sin antecedente personal de patología mamaria, en el restante 47.5% (94 casos) no se registra este dato (gráfico 4).



Fuente: Cédula de evaluación del proceso de atención en mastopatía fibroquistosa. UMF 21. Enero-Agosto 2010

En el antecedente de edad de la menarca, se encontró que en el 59% de los casos no se registra este dato. La edad del primer embarazo no se registra en el 98.5% de los casos. En lo referente al antecedente de lactancia se reporta un 95% en los que no se registra. El antecedente de tabaquismo en el 75% no se registra. Con respecto al número de cigarrillos consumidos por día en el 21.5% de los casos positivos para tabaquismo no se registra cuántos cigarrillos consumen por día.

Para antecedente de uso de anticonceptivos hormonales se encontró que en el 74% no se registra. En el antecedente de realizar o no autoexploración mamaria en el 86.5% no se registra este dato.

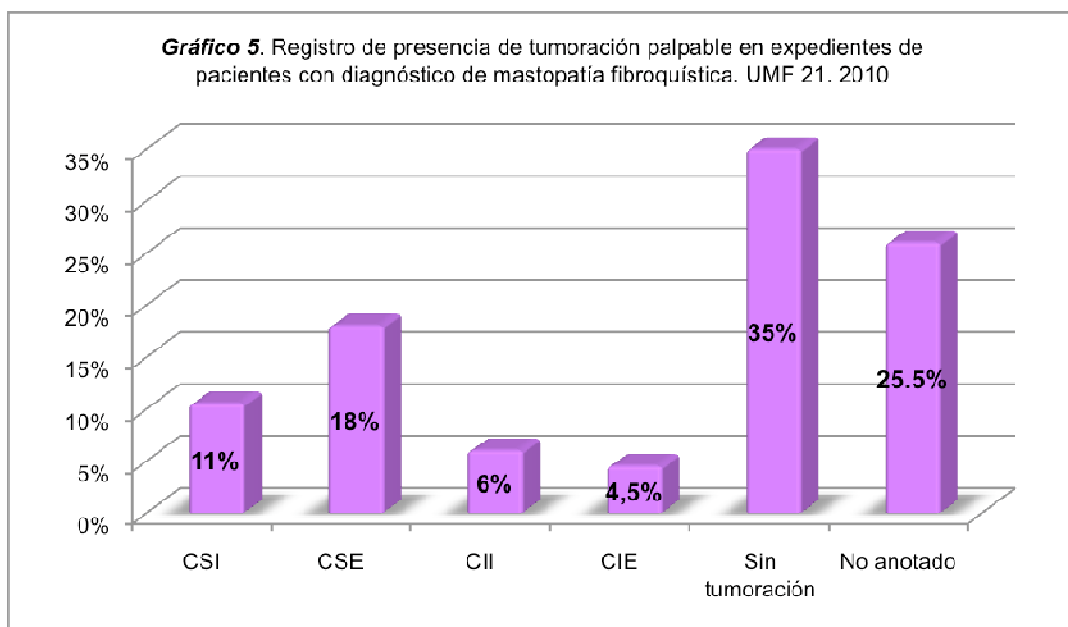
El 43% se reporta con dolor mamario sin relación con la menstruación, y en el 6.5% se relaciona con la menstruación. (tabla 1).

Tabla 1. Registro de antecedente de dolor en expedientes de pacientes con diagnóstico de mastopatía fibroquística. UMF 21. 2010

DOLOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Relacionado con la menstruación	13	6.5%
Sin relación con la menstruación	86	43.0%
No presenta dolor	65	32.5%
No anotado	36	18.0%
TOTAL	200	100%

Fuente: Cédula de evaluación del proceso de atención en mastopatía fibroquística. UMF 21 enero-agosto. 2010

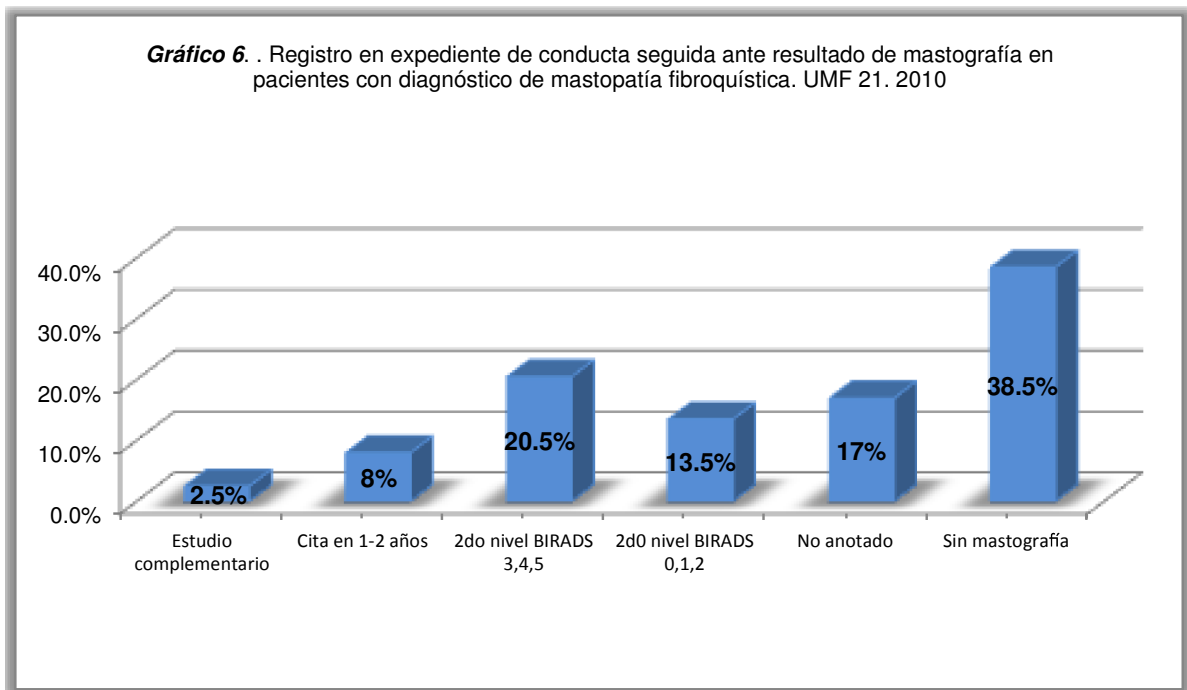
En la exploración física se encuentra en el 39.5% de los casos tumoración palpable , el 35% no presenta masa palpable y el 25.5% no se reporta este dato en la exploración física (gráfico 5)



Fuente: Cédula de evaluación del proceso de atención en mastopatía fibroquística. UMF 21. Enero-Agosto 2010

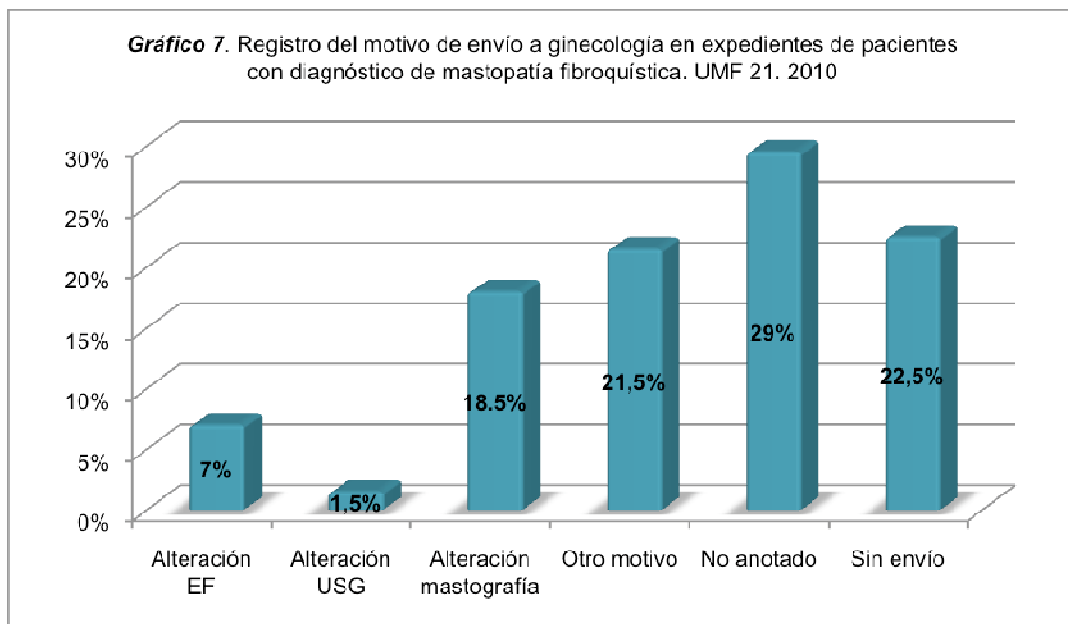
En lo relacionado al tratamiento no farmacológico en el 51.5% se registra indicación de medidas higiénicas. La indicación de no consumir alimentos ricos en metilxantinas reporta que en el 49% si se registra en el expediente. La indicación de dieta con bajo consumo de grasas se encontró que en el 46.5% si se registra. La terapia farmacológica utilizada en el 38.5% se indica analgésico o AINE.

Se solicitó mastografía en el 47.5% de los casos. Se solicita estudio de ultrasonido al 9.5% de los casos. En el resultado obtenido en la mastografía en 2.5% de los casos se solicita estudio complementario ante resultado de BIRADS 0, en el 8% se deja con cita en uno a dos años ante resultado de BIRADS 1 y 2, en el 20.5% casos se realiza envío a segundo nivel ante resultado de BIRADS 3, 4 y 5, en el 13.5% se realiza envío a segundo nivel ante resultado de BIRADS 1 y 2, en el 17% no se registra la conducta a seguir ante el resultado de la mastografía (Gráfico 6)



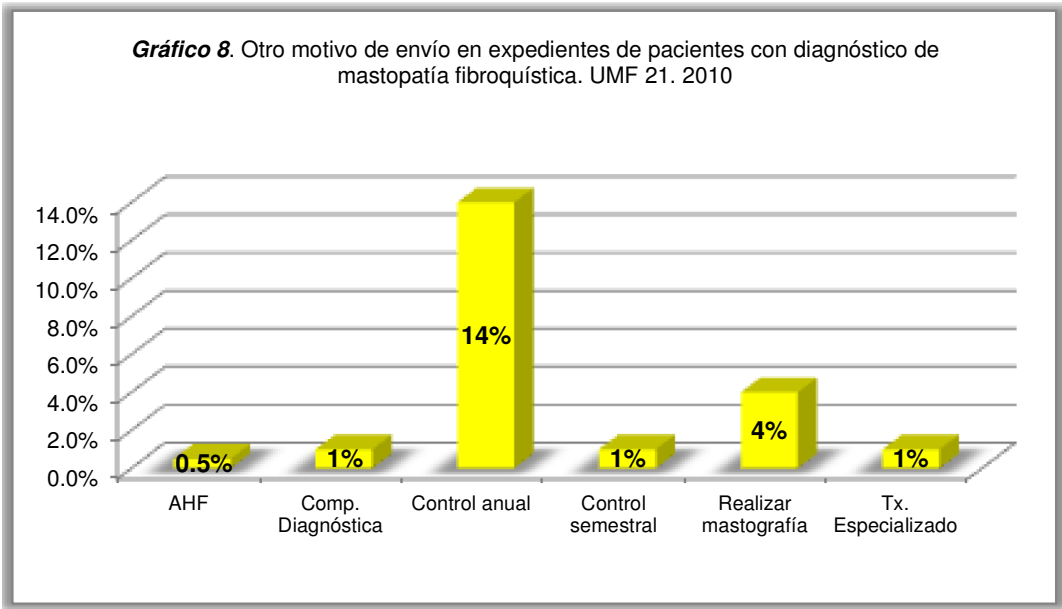
Fuente: Cédula de evaluación del proceso de atención en mastopatía fibroquística . UMF 21. Enero-Agosto 2010

En 77.5% de los casos se realiza envío a ginecología. En cuanto al motivo del envío a segundo nivel, el 7% de los casos se envían por alteración en la exploración física, 1.5% por alteración en el resultado del ultrasonido, 18.5% de los casos por resultado de la mastografía alterado, 21.5% casos por algún otro motivo, y en 29% de los casos no se registra el motivo del envío, 22.5% de los casos no se envían a segundo nivel (gráfico 7).



Fuente: Cédula de evaluación del proceso de atención en mastopatía fibroquistica. UMF 21. Enero-Agosto 2010

De los 43 casos enviados por otros motivos se encontró que uno se envió por tener antecedente familiar de patología mamaria maligna, 2 casos para realizar complementación diagnóstica, 28 con motivo de realizar control anual, 2 casos para control semestral, 8 para realizar mastografía y 2 casos con motivo de indicar tratamiento especializado (gráfico 8).



Fuente: Cédula de evaluación del proceso de atención en mastopatía fibroquística. UMF 21. Enero-Agosto 2010

En la evaluación del interrogatorio de factores de riesgo se encuentra que de un total de 9 puntos posibles, el puntaje mayor fue de 7 encontrado en 4 expedientes, el puntaje menor fue de 0 encontrado en 47 expedientes (tabla 2)

Tabla 2. Puntaje obtenido en el interrogatorio de Factores de Riesgo de expedientes de pacientes con diagnóstico de mastopatía fibroquística. UMF 21. 2010

PUNTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	47	23.5%
1	34	17.0%
2	42	21.0%
3	28	14.0%
4	25	12.5%
5	8	4.0%
6	12	6.0%
7	4	2.0%
TOTAL	200	100%

Fuente: Cédula de evaluación del proceso de atención en mastopatía fibroquística. UMF 21 enero-agosto. 2010

En el interrogatorio de la sintomatología de un total de un punto posible, se obtiene que el 82% de los casos tiene un punto.

En la exploración física, de un total de un punto posible, se encontró que 74.5% obtiene un punto.

En el tratamiento de un total de 4 puntos posibles, se encuentra que el 41.5% obtiene 4 puntos.

En la solicitud de mastografía se califica con un punto si se encuentra correcto que se solicite o no mastografía, de ello se encontró que el 76% de los casos es correcta la conducta en cuanto a solicitar o no este estudio.

En la solicitud de estudio ultrasonográfico se califica con un punto si se encuentra correcto que se haya solicitado o no dicho estudio se reporta que el 91% de los casos es correcta la conducta en cuanto a solicitar o no este estudio.

En cuanto al envío a segundo nivel, se calificó si es correcto o no el envío de acuerdo a hallazgos de factores de riesgo, exploración física, resultado de mastografía o ultrasonido, se encuentra que la conducta seguida es correcta en el 91% de los casos.

En cuanto al motivo de envío se califica si éste está justificado el mismo, se encontró que el 71% de los casos tiene una justificación del envío.

El puntaje total de una calificación posible de 20 puntos se encontró que el 77% obtiene un puntaje menor de 12 lo que lo coloca en un proceso de atención no adecuado (tabla 3).

Tabla 3. Puntaje total obtenido en la evaluación del proceso de atención de mastopatía fibroquística. UMF 21. 2010

EVALUCACIÓN DEL PROCESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No adecuado = menor de 60 (12 puntos o menos)	154	77.0%
Regular = 60 a 70 puntos (13-15 puntos)	36	18.0%
Muy bueno = mayor de 70 hasta 80 puntos (16-18 puntos)	10	5.0%
Excelente = 90 o más puntos (19 o más puntos)	0	0%
TOTAL	200	100%

DISCUSIÓN.

Existen tres guías que se pueden tomar como referente para determinar los pasos que se deben de seguir en el estudio de una paciente con sintomatología mamaria, éstas son la Guía de Práctica Clínica de prevención y diagnóstico oportuno de cáncer de mama en el primer nivel de atención de la Secretaría de Salud ⁽¹⁷⁾, la Guía Técnica en detección y atención integral del cáncer de mama del Instituto Mexicano del Seguro Social ⁽⁴⁾ y la norma Oficial Mexicana para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama ⁽²⁴⁾

En la Guía de Práctica Clínica (GPC) de prevención y diagnóstico oportuno de cáncer de mama en el primer nivel de atención de la Secretaría de Salud ⁽¹⁷⁾ así como en la Guía Técnica en detección y atención integral del cáncer de mama del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2004 ⁽⁴⁾ se especifica que a toda mujer menor de 40 años a quien se le realice tamizaje para patología mamaria se debe considerar factores hereditarios claramente identificados, en este estudio de las 37 pacientes registradas menores de 40 años a 49% (18 casos) si se registra antecedente heredofamiliar, el restante 51% (19 casos) no se registra este antecedente. La norma oficial Mexicana para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama ⁽²⁴⁾ en su rubro 7.1.1.5 de consejería a la paciente especifica conocer y educar sobre antecedentes de patología mamaria, en este estudio se encontró que en el 52.5% de los expedientes revisados si se registra este antecedente personal patológico. En este estudio se encontró que en el 59% de los expedientes revisados no se especifica la edad de la menarca rubro que se debe registrar según lo marca tanto la Guía Técnica del IMSS. 2004 ⁽⁴⁾ como la

GPC de la Secretaría de Salud ⁽¹⁷⁾. En lo referente al registro de la edad de primer embarazo, en la Guía Técnica del IMSS ⁽⁴⁾ así como en la GPC ⁽¹⁷⁾ se refiere que se debe registrar este dato, la primera especifica primer embarazo a término después de los 40 años y la segunda lo especifica a los 35 años, en este estudio se encontró que en el 98.5% de los casos no se registra la edad del primer embarazo a término. Además la segunda guía determina como factor que disminuye riesgos edad de primer embarazo menor a los 20 años, lo que es otro motivo mas por el que es importante registrar este dato. En cuanto a la lactancia en la GPC⁽¹⁷⁾ se menciona como factor que disminuye riesgos de patología mamaria a este factor con una disminución de riesgo de patología maligna del 4% por año de lactancia, en este estudio se encontró que solo en el 5% de los casos se registra este dato en el expediente, en el restante 95% no se anota. El antecedente de tabaquismo es un tanto controversial, pues mientras en la GPC se⁽¹⁷⁾ pone como factor no asociado, en la guía Técnica del IMSS ⁽⁴⁾ si se menciona dentro de los antecedentes debemos considerar en este punto que ésta última guía considera a la patología mamaria benigna dentro del protocolo a seguir para la detección de cáncer de mama, en este estudio se encontró que en el 75% de los expedientes no se registra este dato. En la Guía Técnica IMSS ⁽⁴⁾ se menciona dentro de los antecedentes de importancia el uso de anticonceptivos orales así como el uso de terapia de reemplazo hormonal, en el presente análisis se reporta que en el 74% de los casos no se registra este antecedente en el expediente, en la GPC⁽¹⁷⁾ solamente se menciona como factor de riesgo el antecedente de uso de terapia de restitución hormonal por más de cinco años, lo que difiere de la guía editada por del IMSS en la que ambos datos se consideran factor de riesgo. En la NOM de cáncer de mama se recomienda como medida de prevención secundaria la

autoexploración mamaria mensual, en el presente estudio se encontró que sólo en el 13.5% de los expedientes se registra si la paciente realiza o no dicho procedimiento, en el restante 86.5% no se anota este dato.

En el 18% de los expedientes no se registra si la paciente presenta dolor, del otro 82% se encontró que el 6.5% es un dolor que se presenta cíclico, el 43% se presenta no cíclico y el 32.5% de las pacientes no presenta dolor. Esto es contrario a lo reportado en la Guía del IMSS⁽⁴⁾ que refiere que el 25% de los casos presenta mastalgia no cíclica y el 75% mastalgia cíclica. En las tres guías se menciona que es necesario realizar una exploración física detallada de la glándula mamaria, en la Guía Técnica IMSS ⁽⁴⁾ se especifica que se debe determinar el cuadrante en el que se encuentra la tumoración palpable, en este estudio se encontró que en el 25.5% de los expedientes revisados no se especifica en la exploración física la presencia y localización de tumoración palpable, en el restante 74.5% si se registra este dato. En el reporte de Tserotas sobre trastornos fibroquísticos de la mama ⁽¹⁰⁾ así como en la revisión de Mainero sobre el tratamiento de la mastalgia ⁽¹⁸⁾ se recomienda educación de la mujer con patología mamaria benigna así como indicación de medidas higiénicas, en esta evaluación de expedientes se encontró que en el 51.5% de los expedientes se registra la indicación de medidas higiénicas; Estos dos autores al igual que Smith en su revisión titulada Evaluation and Management of Breast pain ⁽⁶⁾ recomiendan indicar una dieta con bajo consumo de metilxantinas, dato que si se está registrando en el expediente en un 49% de los expedientes revisados. Tserotas ⁽¹⁰⁾ y Mainero ⁽¹⁸⁾ recomiendan disminuir consumote grasas, en este estudio se reporta que el 46.5% de los expedientes revisados si se está anotando esta indicación.

Tanto Mainero ⁽¹⁸⁾ como Smith ⁽⁵⁾ refieren que existe poca investigación en el uso de analgésicos o AINES sin embargo recomiendan su utilización pues se reporta cierta mejoría sintomática, Tserotas ⁽¹⁰⁾ reporta el uso de diuréticos como una opción terapéutica dos o tres días previos a la menstruación, los tres autores mencionan también el uso de otros medicamentos no disponibles en nuestro medio como el Danazol o la Bromocriptina, en esta evaluación se encontró que se usa frecuentemente la terapia analgésica con un porcentaje de 38.5%, y en más del 50% de los casos no se indica medicamento alguno.

La GPC cuenta con algoritmos de decisión para la indicación de mastografía de acuerdo a la edad de la paciente y los antecedentes, lo mismo sucede con el ultrasonido en este estudio se reporta que a 47.5% de las pacientes se les registró solicitud de mastografía, y a 9.5% pacientes se les solicita estudio de ultrasonido como método diagnóstico o complementario. La guía Técnica del IMSS tiene especificado los criterios para la derivación de pacientes a un segundo nivel dependiendo del resultado de la mastografía, en este estudio se encontró que al 37% de las pacientes a quienes se les solicitó estudio de mastografía, se envía a segundo nivel de ellos 28 casos por resultado de mastografía 0, 1 y 2 en la mastografía.

Tanto en la GPC como en la Guía Técnica del IMSS se describen los criterios para realizar envío a segundo nivel, en el presente estudio se encontró que a 77.5% de las pacientes se les envía a segundo nivel, dentro de los motivos de envío algunos tienen justificación de acuerdo a las guías como alteración en exploración física con tumoración mamaria o resultado de BIRADS 3, 4 y 5.

CONCLUSIONES

En el estudio se encontró subregistro de los factores de riesgo en contraste con la exploración física que es lo que se registra más.

En lo referente al tratamiento hay una deficiencia en el registro adecuado de las medidas higiénico-dietéticas indicadas a las pacientes que tienen este diagnóstico.

Se encuentra un 77,5% de envíos a segundo nivel por esta patología benigna que de acuerdo a la literatura se puede manejar en el primer nivel de atención sin embargo se encuentra que el 14% de los envíos se encuentran justificados por realizar un control anual el cuál se indica por el especialista en Ginecología, en algunos otros casos se justifica el envío para realizar estudios complementarios como mastografía o ultrasonido por no contar con dichos recursos en la unidad.

Durante el proceso de atención hay una baja incidencia en el reporte de los factores de riesgo en mastopatía fibroquística, así como en el seguimiento, en la agilidad para la cita a mastografía y el envío a segundo nivel.

Se encuentra que en el 77% de los casos el proceso de atención no es adecuado

SUGERENCIAS.

- ⇒ Realizar difusión de este estudio en la sesión general en el turno matutino y vespertino.
- ⇒ Reafirmar la importancia del registro en el expediente de todas y cada una de las acciones y procedimientos realizados durante la consulta pues se trata de un documento legal que demuestra lo que se hace durante una consulta.
- ⇒ Invitar a expertos en el tema a realizar revisión y actualización sobre mastopatía fibroquística.
- ⇒ Contar en la unidad con el recurso tanto material como el personal calificado para realizar ultrasonido mamario.

ANEXOS

ANEXO 1.



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Soy Diana Elizabeth García García Médico Residente de segundo año de la especialidad en Medicina Familiar con matricula 99389374.

Estoy realizando el estudio de investigación sobre “Evaluación del proceso de atención en mastopatía fibroquística en el primer nivel de atención” el cual consiste en analizar mediante expediente electrónico que proceso de atención tienen pacientes con este diagnóstico pues se ha observado en diversos estudios que hasta el 90% de las mujeres pueden presentar esta patología benigna de la mama, lo que genera una demanda importante de consulta por la sintomatología que presentan, a esto se agrega la dificultad para tratarla y en consecuencia terminar envíos a segundo nivel no justificados lo que satura los servicios del segundo nivel.

El objetivo es evaluar el o los procesos que están llevando a cabo en el primer nivel de atención para las pacientes con mastopatía fibroquística en la UMF 21

Los beneficios son determinar que proceso se sigue en la atención de las pacientes con esta patología así como evitar envíos innecesarios a segundo nivel.

No existen riesgos de ningún tipo en esta investigación

En este estudio se utilizará una cédula de evaluación la cual contiene rubros específicos que se deben llevar a cabo en la atención de pacientes con mastopatía fibroquística misma que se realizó en base a la cédula de evaluación para el paciente diabético. Esta cédula nos permitira evaluar de que manera se esta realizando la atención de estas pacientes.

El tiempo que durara la revisión de expedientes será de 15 a 20 minutos en promedio.

La información que se obtendrá de los expedientes es unica y exclusivamente con fines de investigación por lo que se manejara de manera confidencial.

Nombre y firma del Participante

Nombre y firma del investigador

Nombre y firma del testigo



ANEXO 2.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 21

CÉDULA DE EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN MASTOPATÍA FIBROQUÍSTICA

Haciendo revisión de expedientes de pacientes con diagnóstico de mastopatía fibroquística anotar si se encuentran registrados en el expediente los siguientes datos:

Folio: _____

Nombre: _____

NSS: _____

Consultorio: _____

Turno: _____

Edad: _____

1. Antecedente familiar de patología mamaria:

- 1) Patología benigna
- 2) Patología maligna
- 3) Sin antecedente
- 9) No registrado

2. Antecedente personal de patología mamaria:

- 1) Patología benigna
- 2) Patología maligna
- 3) Sin antecedente
- 9) No registrado

3. Edad de menarca en años

- 1) Si registrado: _____ años
- 9) No registrado

4. Edad del primer embarazo en años

- 1) Si registrado: _____ años
- 9) No registrado

5. Lactancia: Tiempo en meses

- 1) Si registrado: _____ meses

9) No registrado

6. Antecedente de tabaquismo

1) Sin antecedente

2) Con antecedente: _____ años

9) No registrado

7. ¿Cuántos cigarrillos por día?

1) Si registrado: _____

9) No registrado

8. Uso de anticonceptivos orales o Terapia de restitución hormonal

1) Sin antecedente

2) Con antecedente: años o meses _____

9) No registrado

9. ¿Realiza autoexploración mamaria?

1) No realiza

2) Si realiza

9) No registrado

10. ¿Presenta dolor?

1) Relacionado con la menstruación

2) Sin relación con la menstruación

3) No presenta dolor

9) No registrado

11. Nódulo o masa palpable

1) Cuadrante superior interno

2) Cuadrante superior externo

3) Cuadrante inferior interno

4) Cuadrante inferior externo

5) No presenta nódulo o masa palpable

9) No registrado

12. Explica medidas higienico-dietéticas

1) Si explica

9) No registrado

13. Indica bajo consumo de Metilxantinas

1) Si indica

9) No registrado

14. Indica dieta baja en grasas

1) Si indica

9) No registrado

15. ¿Qué Medicamento indica?

- 1) Analgésico
- 2) Diurético
- 3) Otro Cuál _____
- 4) No indica medicamento

16. ¿Solicita Mastografía

- 1) Si
- 2) No

17. Solicita USG

- 1) Si
- 2) No

18. ¿Qué conducta siguió de acuerdo a resultado de mastografía?

- 1) Solicita estudios complementarios ante BIRADS 0
- 2) Cita en uno a dos años ante BIRADS 1 y 2
- 3) Envío a segundo nivel ante BIRADS 3, 4, y 5
- 4) Envío a segundo nivel ante BIRADS 0, 1 y 2
- 9) No registrado

19. Envío a Ginecología

- 1) Si
- 2) No

20. Motivo del envío

- 1) Alteración en Exploración Física
- 2) Alteración en Ultrasonido
- 3) Alteración en Mastografía
- 4) Otro ¿Cuál?

Especificar _____

- 9) No registrado

BIBLIOGRAFÍA

1. Mur EV, Cocco JE, Tost RK, Alderete JR, Benitez de Mozzatti A. Displasia mamaria, revisión. Revista de posgrado de la Vía Catedra de Medicina 2003;133:12-15
2. Acevedo BJC, Aliaga MN. Patología benigna de la mama: Información para el médico general. Rev Méd Clín Condes 2009;20(1):75-83
3. Cantero RA, Mederos CO, Romero DC, Carreras OC, Peralta HA, Gómez CE, Díaz CY, García EL. Importancia de la información en el control de los síntomas de la displasia mamaria. Rev cubana cir 2008; 47(2): disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932008000200003&lng=es.
4. Martínez MO, Mainero RF, Barroso BS, et al. Guía Técnica en detección y atención integral del cáncer de mama del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2004
5. Rubiano VJ, Trujillo D. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Condición fibroquística de la mama. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.
6. Smith RL, Pruthi S, Fitzpatrick LA. Evaluation and management of breast pain. Mayo Clin Proc 2004;79:353-372
7. Ortiz MC, Olvera MM. Efectividad del danazol en el control de la mastalgia moderada a severa.

8. Castillo E, Garibay M, Mirabent Felio. Efecto del alfa dihidroergocriptina en pacientes con mastopatía fibroquística. *Ginecol Obstet Mex* 2006;74:580-584
9. Hómez DB. Hormonas en la mama: de la fisiología a la enfermedad. Revisión. *Rev Venez Endocrinol Metabol* 2008;6(2):9-14
10. Tserotas K, Morán VC. Trastornos fibroquísticos de la mama. *Ginec Obst Mex* 1998;66:362-366
11. Miltenburg DM, Speights VO. Enfermedad mamaria benigna. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2008;35:285-300
12. Romero JR, Martínez BD, Mainero RF. Mastalgia y nódulo. Disponible en http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/C2C5B196-3C3F-4E6C-A4C8-D336D6A79C3E/0/mastalgia_CS57.pdf
13. Hartmann CL, Sellers AT, Frost HM, Lingle LW, Degnim CA, Gosh K, et al. Benign breast disease and the risk of breast cancer. *N Engl J Med* 2005;353:229-237
14. Bertelsen L, Mellekjaer L, Balslev E, Olsen JH. Benign breast disease among first-degree relatives of young breast cancer patients. *Am J Epidemiol* 2008;168:261-267
15. Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Programa de Cáncer de la Mujer, Manual de exploración clínica de las mamas, D.F. SS-CNEGySR, 2007

16. Wu C, Ray MR, Gang LM, Li GD, Horner KN, Nelson CZ. A case control study of risk factors for fibrocystic breast conditions. *Am J Epidemiol* 2004;160:945-960
17. Guía de Práctica Clínica Prevención y diagnóstico oportuno de cáncer de mama en el primer nivel de atención. México. Secretaria de Salud 2008
18. Mainero RF, Aguilar GU. Tratamiento de la mastalgia. *Ginecol Obstet Mex* 2009; 77 (12): S371-S390
19. Valencia LI, Valencia LP. Estudio comparativo del uso de vitamina E versus medicamentos hormonales en el manejo inicial de los cambios fibroquísticos mamarios. *Rev Sanid Milit Mex* 1996; 50(6):220-223
20. Piérart PJ, Piérart C, Schalper k. Eficacia de la nimesulida en el tratamiento de la mastalgia. *Rev. Chilena de cirugía* 2003; 55(4):326-334
21. Corona ML. La atención Médica como proceso. Aplicación del enfoque sistémico a estudio de la asistencia médica. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. Medsur* 2005;3(2):31-33
22. Corona ML, Fonseca HM. Un modelo simplificado del proceso de atención médica. Implicaciones asistenciales, docentes e investigativas. *Medisur* 2010; 8 (2)
23. Navarro RF, Hernández LH, Robledo GH, Gabino RP. Mejora de proceso de consulta externa, a través de la metodología de análisis de recorrido, en un Hospital General de la Ciudad de México. *Revista conamed* 2008; vol 13:29-38

24. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002 Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Diario oficial de la federación.
25. Hoja de evaluación bimestral de la calidad de la atención médica en el paciente con diabetes mellitus tipo 2. IMSS 2005. Delegación Sur, UMF 21
26. Información ARIMAC UMF 21. 2010
27. Aguirre GH. Administración de la calidad de la atención médica. Rev Med IMSS. 1997; 35 (4):257-264
28. Poveda SC. Sistema BIRADS descifrando el informe mamográfico. Repert.med.cir; 2010; 19 (1): 18-27