

11226
2ej
225

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Jefatura de Enseñanza e Investigación
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ANALISIS DEL PROGRAMA DE DETECCION
OPORTUNA DE CANCER DE MAMA

- T E S I S -

Para Obtener el Postgrado en la Especialidad de Medicina Familiar

DR. ERNESTO PERA VALDIVIA
H.G.Z. III C-20 Tijuana B.C.
Febrero de 1985

FALLA DE OPINION



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 está 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.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
JUSTIFICACION	4
MATERIAL Y METODOS.....	5
RESULTADOS	7
CUADROS, TABLAS Y GRAFICAS	10
RESUMEN!	29
COMENTARIO	31
REFERENCIAS	33

I N T R O D U C C I O N

La más antigua descripción de cáncer de la mama y - quizá de cualquier forma de cáncer es la hecha por el mé dico egipcio Imhotep, 3 000 A.C., que está registrada en el Edwin Smith Surgical Papyrus con el nombre de caso -- No. 39, Bulging Tumor of the Breast. Cabe suponer que -- desde el año 1014 A.C. la anatomía de la glándula mama-- ria lactante ya era familiar al autor del canto de Salo-- món, quien la comparó con "un racimo de uvas". Sin embar-- go, aparte de la secreción de la leche que es evidente,-- poco se sabía acerca de la función de esta glándula, pu-- es en todas la épocas sólo había interesaso desde el pun to de vista estético y simbólico más bien que científi-- co, hasta que en 1845, Astley Cooper dio una descripción morfológica adecuada y sugirió su posible relación con - la disfunción menstrual. En la segunda mitad del siglo - XIX los investigadores alemanes descubrieron que el desa-- rrollo normal del órgano, en animales, dependía de la -- función ovárica normal, y en 1896, Sir George Beatson -- fue el primero en demostrar la inhibición del desarro-- llo del cáncer de mama, mediante ooforectomía, en los se-- res humanos. El papel del cuerpo lúteo y de la hipófisis en el desarrollo de la glándula se ha dilucidado en el - presente siglo, gracias a los estudios de L. Loeb, Gard-- ner, Riddle, Corner, Tuner y muchos otros (4).

El cáncer mamario es la segunda neoplasia, después del cáncer cervicouterino, que cobra más víctimas entre nuestras mujeres. Por lo que se considera como un grave problema de salud pública.

Las enfermedades neoplásicas, representan un reflejo de la atención médica de un país. A medida que los procesos infectocontagiosos se controlan, disminuye la mortalidad por esas causas y las enfermedades crónicas aumentan su frecuencia por el incremento de las tasas de sobrevivencia.

México, no escapa a este principio de salud, los niveles de atención médica y la racionalización de los recursos del sector salud señalados por el gobierno de la república e implementados por los diversos organismos de ese sector, permiten apreciar a la fecha que el cáncer como enfermedad crónica ocupa el cuarto lugar -- como causa de muerte en la población nacional actualmente útil.

La resistencia de las pacientes a participar en -- las medidas de carácter preventivo y a los tratamientos, en su caso, que reducen parte de la feminidad natural -- de la mujer, inhibe frecuentemente su acceso a ello. La ignorancia de un manejo adecuado y oportuno, circundado por supuestos paliativos tópicos agrava su situación, -- de aquí emana la importancia de la difusión de la historia natural de la enfermedad y de las opciones que ofrecen las distintas alternativas de tratamiento.

A la fecha, los métodos de detección temprana, el reconocimiento de la población femenina de alto riesgo de presentar cáncer mamario y la autoexploración mama--

ria, permiten identificar un número mayor de lesiones -- tempranas, lo que aunado al conocimiento de la historia-natural del padecimiento mamario y el tratamiento integral, permitirá, seguramente, una reducción importante - en la morbilidad y mortalidad (3).

J U S T I F I C A C I O N

El cáncer mamario es la neoplasia maligna mas frecuente despues del cáncer cervicouterino, en mujeres de 25 y más años. La frecuencia aumenta con la edad.

El desarrollo de este tipo de cáncer es lento, lo que permite descubrirlo en forma temprana mediante una exploración sistematizada y cuidadosa de la glándula.

El diagnóstico oportuno del padecimiento hace posible su curación en un 90% de los casos. Lo anterior justifica el programa de detección oportuna de cáncer de mama, derivandose de este hecho la importancia de analizar el programa para tener elementos de juicio que nos permitan la retroinformación indispensable para modificar o perfeccionar dicho programa, pues es obvio que la implementación de un buen programa de caracter preventivo minimiza el empleo de recursos económicos que implica la atención médica de segundo y tercer nivel de estas pacientes; asi mismo se evitan en gran medida los desajustes que conlleva la enfermedad en etapas avanzadas a nivel familiar, comunitario y social.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

El presente estudio se realizó en el H.G.Z. III,--- C-20 del IMSS en Tijuana B.C. Mex. Del 15 de febrero al 15 de diciembre de 1984.

El universo de trabajo fue tomado de todas las derechohabientes del sexo femenino de 30 años o más incluidas en el programa de detección oportuna de cáncer de mama - durante el año de 1983 que totalizan 1601.

El tamaño de la muestra lo representa la totalidad de los casos en el universo de trabajo.

Las variables que se tomaron en cuenta son las siguientes: Casos estudiados, Casos sospechosos, casos positivos de malignidad, Casos positivos de benignidad, manejo y control de estos dos últimos; Considerando como - sospechosos, los casos en que se observaron alteraciones en la forma, volúmen, coloración y aspecto de las mamas, así como cambios de temperatura, solución de continuidad y escurrimientos anormales.

En este estudio se utiliza terminología y nomenclatura de acuerdo a la O.M.S.

Este es un estudio de tipo descriptivo-retrospectivo.

Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: Derechohabientes, mujeres de 30 años en adelante, incluidas en el programa, con expediente adecuado.

Se utilizaron los siguientes criterios de No inclusión: No derechohabientes, No mujeres, No incluidas en el programa, No expediente adecuado.

Se utilizó el siguiente criterio de exclusión: Expedientes mal llenados.

La medición de variables se efectuó en percentiles.

El método estadístico se efectúa en gráficas y medidas de tendencia central y de dispersión.

El criterio de evaluación se efectuó con lógica científica.

Se tomaron como criterio de selección las formas -- DOCMA-1/80, 4-30-13a/82 y las hojas de registro del DOCMA, expedientes clínicos, archivo de patología y archivo de codificación.

R E S U L T A D O S

En este estudio realizado se encontró que el número de detecciones previstas, que era de 720 en todo el año, fue claramente superado con 1601. Sin embargo si tomamos en cuenta el total de población femenina susceptible de detección de acuerdo a la pirámide de población de la unidad, que es de 10,367 (total población femenina mayor de 30 años), resulta que solo el 15.44% se incluyó en el programa y un 84.56% quedó fuera (cuadro No. 1).

En cuanto a la cantidad de detecciones realizadas por mes, resultó que febrero, marzo y abril fueron, notablemente los de mayor número; 341, 355 y 243 respectivamente, después de lo cual decae ostensiblemente en los meses restantes. El número de pacientes que resultaron sospechosas en estos meses fue de 9, 29 y 32 con un porcentaje de 2.64, 8.17 y 13.17 respectivamente. Sin embargo, paradójicamente, algunos de los meses que se realizaron menos detecciones fueron los que produjeron mayor número de sospechosas porcentualmente: Julio 51 detecciones con 13 sospechosas, 25.50%. Agosto 50 detecciones con 12 sospechosas, 24.00%. Noviembre 59 detecciones con 15 sospechosas, 25.42%. Diciembre 46 detecciones con 12 sospechosas, 26.08% (cuadro No. 3). El total de detecciones fue de 1601 con 219 sospechosas que representan un 13.68% de estas últimas, resultaron con cáncer de mama el-

16.44% (36 pacientes) corroborado histopatológicamente y de las cuales ocurrieron 7 defunciones, con 5 dentro del rango de edad de 48-64 años y 2 de 30-47 años (gráficas-No. 5-8).

En cuanto al manejo y control de las pacientes que resultaron sospechosas pero no con cáncer de mama, que fueron 183 y que se enviaron a valoración al médico familiar, resultó que en casi la mitad de los casos, 45.90%, no se encontró nota médica en relación a las mamas aunque si, notas ajenas, y un 15.85% no acudieron al médico familiar, lo que arroja un 61.75% de ambos grupos de pacientes.

Un 38.22% si llegó a consulta con el médico familiar para valoración de las mamas, de donde el 13.66% se reportaron sanas, un 7.10% se diagnosticó fibroadenoma mamario y fueron enviadas a su vez al servicio de cirugía para valoración, de las cuales solo el 6.00% acudió y de éstas, al 3.82% se le practicó biopsia con diagnóstico histopatológico de fibroadenoma mamario y al resto se les consideró sanas. Las demás pacientes valoradas por el médico familiar se reportaron con diagnósticos de mastitis 5.46%, lipomas 3.82% y mastalgia premenstrual 2.18% (cuadro No. 4).

La década de la vida en que se encontró mayor incidencia de cáncer de mama fué de los 51-60 años con un 36.11%, después le siguen las décadas de los 61-70 y de los 30-40 con un porcentaje por igual de 22.22%. Por último, un 13.88% para las mujeres de 41-50 años y 5.55% para las de 71-80 (cuadro No. 5).

En relación al número de embarazos, la mayor inci--

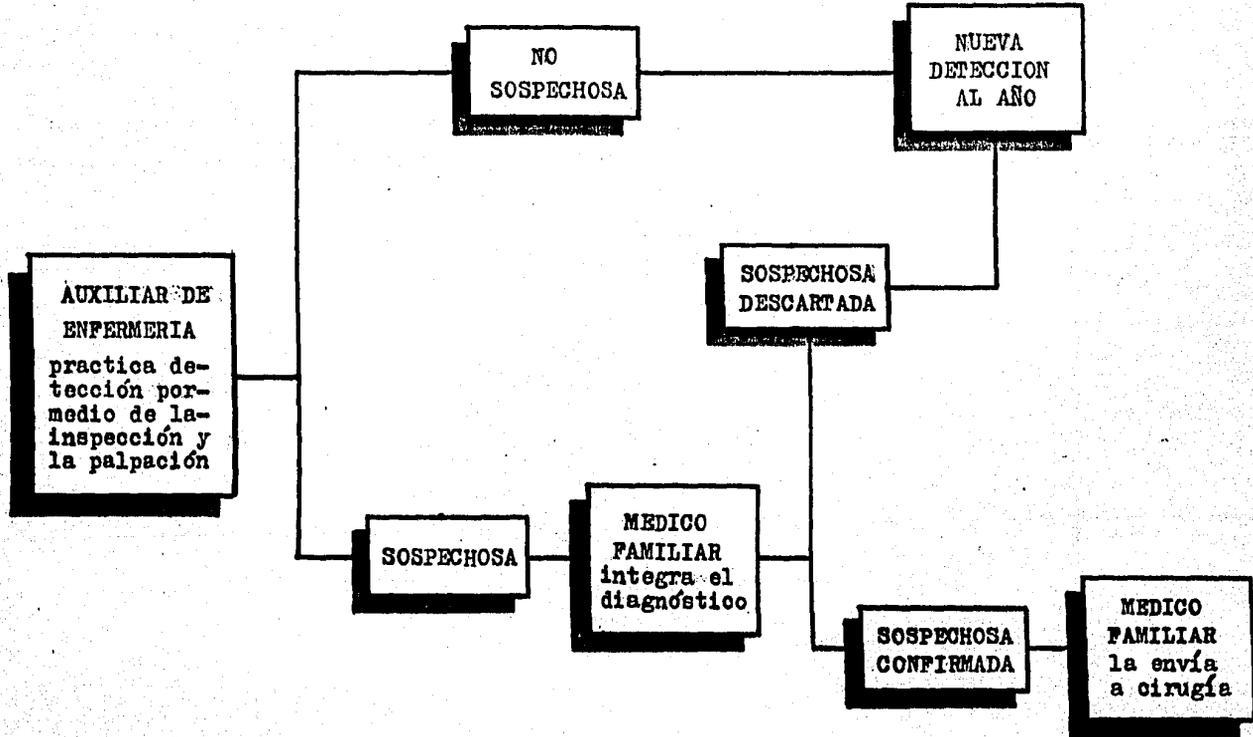
dencia de cancer de mama se observó en las pacientes con 4-6 gestas, 30.55%. Después las de 1-3 gestas con 25.00%, enseguida las de 10-12 gestas con 13.88%, luego las de 7-9, con un 11.11%; las de 13-15 y 16-18 gestas con 8.33 % cada grupo y por último, una paciente núbil y por lo tanto sin antecenete de embarazo, que representa un 2.77 % (cuadro No. 6).

Se encontró también que de las pacientes con cáncer de mama, un 83.33% no tenía antecedentes de uso de hormonales y un 16.66% si (gráfica y cuadro 11).

Los antecedentes heredofamiliares de cáncer de mama no se encontraban presentes en un 75.00% de los casos y fueron positivos en un 25.00% (gráfica y cuadro No. 12).

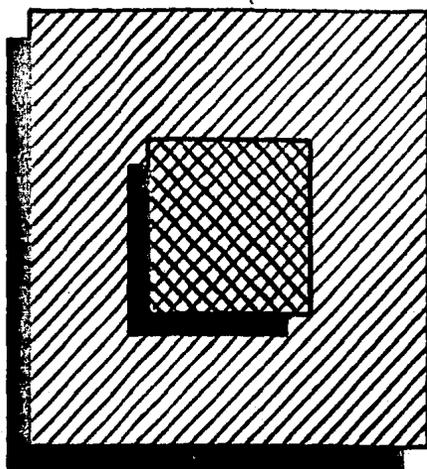
FLUJOGRAMA DE DETECCION OPORTUNA DEL CANCER DE MAMA

- 10 -



Fuentes: Archivo de medicina preventiva.

PORCENTAJE DE PACIENTES DETECTADAS DENTRO DEL
 PROGRAMA DURANTE EL AÑO DE 1983 DEL TOTAL DE CANDIDATAS
 SEGUN LA PIRAMIDE DE POBLACION DEL H.G.2. III C-20



	PACIENTES DETECTADAS DENTRO DEL PROGRAMA	1601	15.44%
	PACIENTES NO DETECTADAS DENTRO DEL PROGRAMA	8766	84.56%
	TOTAL POBLACION FEMENINA MAYOR DE 30 AÑOS	10367	100%

Gráfica y cuadro No. 1

Fuente: Archivo de medicina preventiva

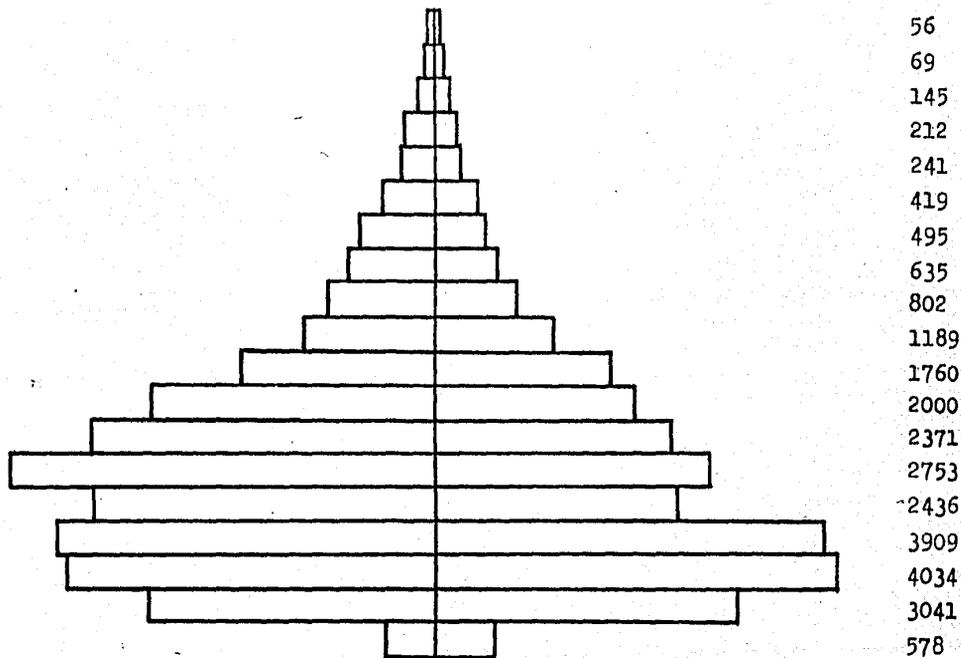
Archivo de codificación

PIRAMIDE DE POBLACION H.G.Z. III C-20 1983

EDAD MUJERES

HOMBRES

85-+ 74
 80-84 89
 75-79 156
 70-74 311
 65-69 340
 60-64 528
 55-59 760
 50-54 893
 45-49 1076
 40-44 1303
 35-39 1972
 30-34 2865
 25-29 3471
 20-24 4303
 15-19 3464
 10-14 3824
 5-9 3723
 1-4 2931
 0-1 503



TOTAL 32,596

27,145

Gráfica No. 2

Fuente: Archivo de medicina preventiva

DETECCIONES DE CANCER DE MAMA DURANTE 1983

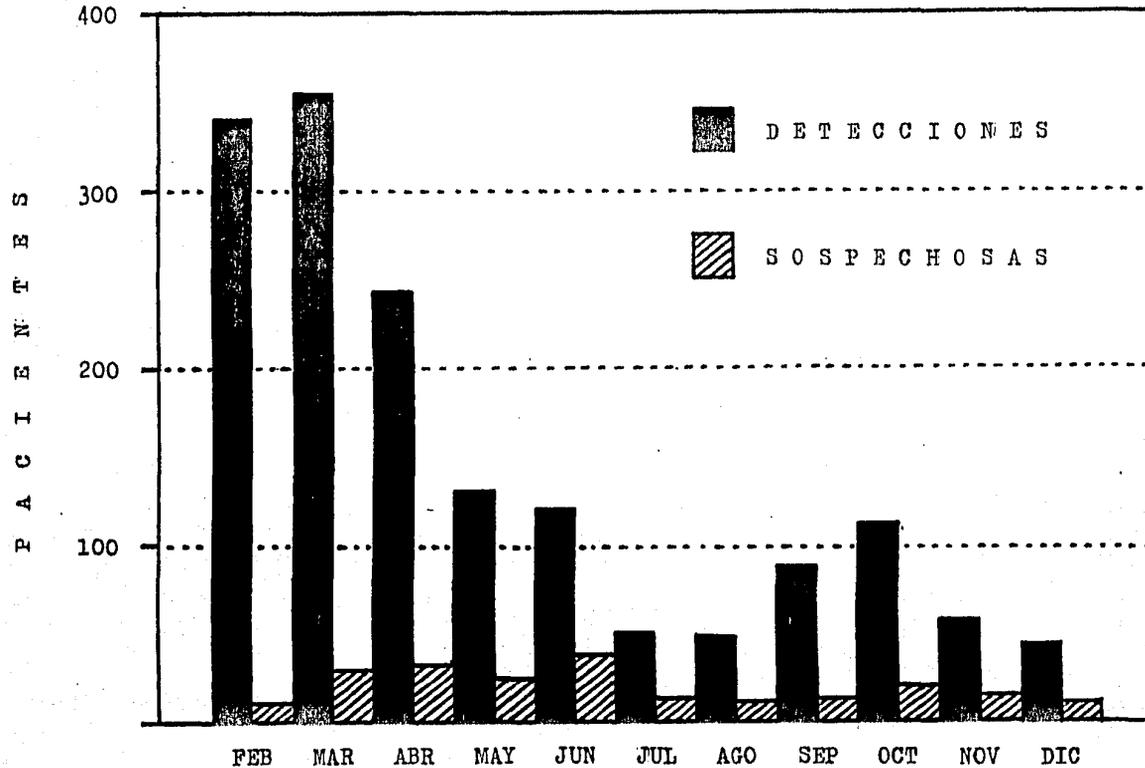
M E S	DETECCIONES	SOSPECHOSAS	%
FEBRERO	341	9	2.64
MARZO	355	29	8.17
ABRIL	243	32	13.17
MAYO	132	25	18.94
JUNIO	122	38	31.15
JULIO	51	13	25.50
AGOSTO	50	12	24.00
SEPTIEMBRE	89	13	14.60
OCTUBRE	113	21	18.58
NOVIEMBRE	59	15	25.42
DICIEMBRE	46	12	26.08
TOTAL	1601	219	13.68

Cuadro No. 3

Fuente: Archivo de codificación H.G.Z. III C-20

Nota: El programa se hizo efectivo a partir del mes de febrero

DETECCIONES DE CANCER DE MAMA DURANTE 1983



- 14 -

Gráfica No. 3

Fuente: Archivo de codificación H.G.Z. III C-20

Nota: El programa se hizo efectivo a partir del mes de febrero

MANEJO Y CONTROL DE LAS PACIENTES CATALOGADAS COMO
SOSPECHOSAS DE CANCER DE MAMA DURANTE EL AÑO DE 1983

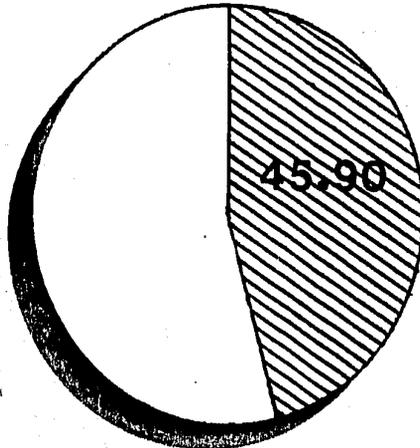
GRUPO	M A N E J O	PTES	%
A	NO NOTA DE MEDICO FAMILIAR AL RESPECTO	84	45.90
B	NO ACUDIERON AL MEDICO FAMILIAR	29	15.85
C	DIAGNOSTICO SANA POR MEDICO FAMILIAR	25	13.66
D	DIAGNOSTICO FIBROADENOMA MAMARIO POR MEDICO FAMILIAR	13	7.10
E	DIAGNOSTICO MASTITIS POR MEDICO FAMILIAR	10	5.46
F	BIOPSIA Y DIAGNOSTICO FIBRO- ADENOMA MAMARIO POR CIRUGIA	7	3.82
G	DIAGNOSTICO LIPOMA POR MEDICO FAMILIAR	7	3.82
H	DIAGNOSTICO SANA POR CIRUGIA	4	2.18
I	DIAGNOSTICO MASTALGIA PRE- MENSTRUAL POR MEDICO FAMILIAR	4	2.18
	T O T A L	183	99.97

Cuadro No. 4

Fuente: Archivo de medicina preventiva H.G.Z. III C-20
Expediente clínico

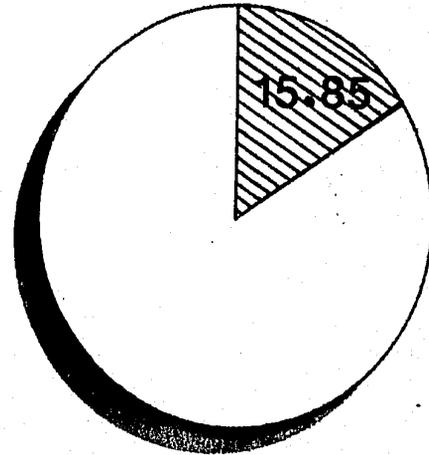
MANEJO Y CONTROL DE LAS PACIENTES CATALOGADAS COMO
SOSPECHOSAS DE CANCER DE MAMA DURANTE EL AÑO DE 1983

- 16 -



Gráfica No. 4-A

NO SE ENCONTRO NOTA DE
MEDICO FAMILIAR AL RESPECTO

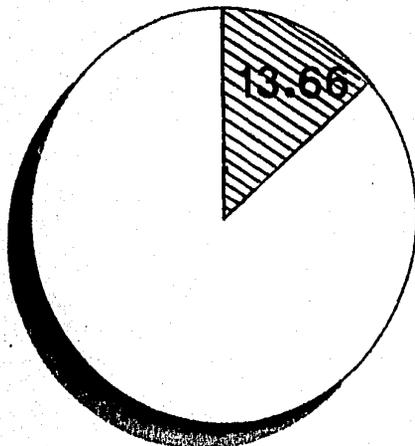


Gráfica No. 4-B

NO ACUDIERON A VALORACION
CON MEDICO FAMILIAR

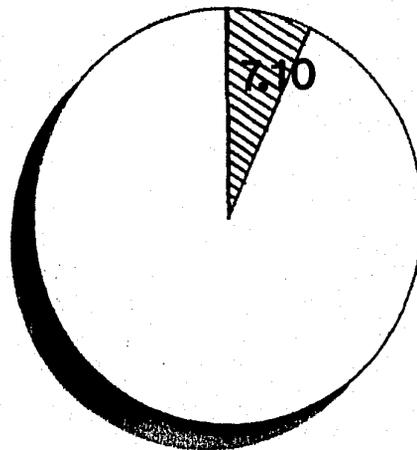
Cifras: por 100

Fuente: Archivo de medicina preventiva H.G.Z. III C-20
Expediente clínico



Gráfica No. 4-C

VALORADAS POR MEDICO
FAMILIAR Y REPORTADAS SANAS

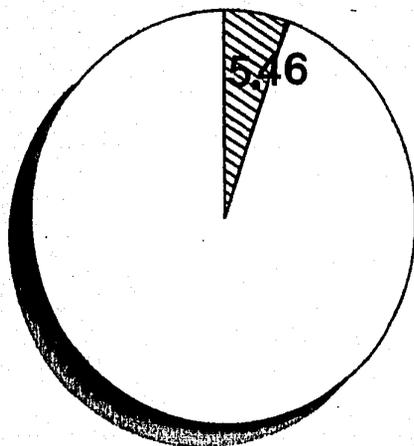


Gráfica No. 4-D

DIAGNOSTICO DE FIBROADENOMA MAMARIO POR MEDICO
FAMILIAR Y ENVIADAS A CIRUGIA PARA VALORACION

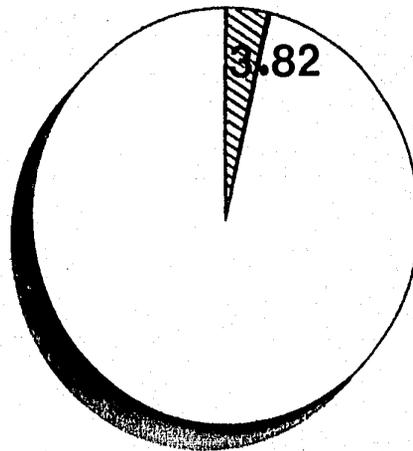
Cifras por 100.

Fuentes: Archivo de medicina preventiva H.G.Z. III C-20
Expediente clínico



Gráfica No. 4-E

DIAGNOSTICO DE MASTITIS
POR MEDICO FAMILIAR

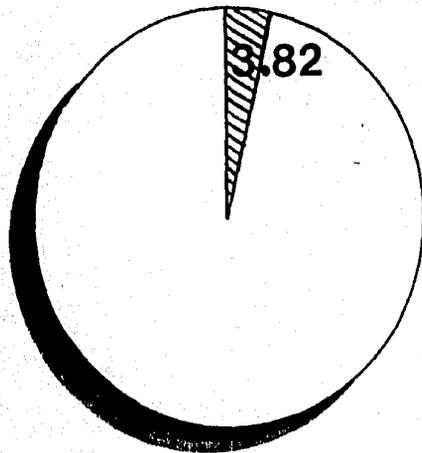


Gráfica No. 4-F

ENVIADAS A CIRUGIA POR MEDICO FAMILIAR. BIOPSIA Y
DIAGNOSTICO DE FIBROADENOMA MAMARIO POR ESE SERVICIO

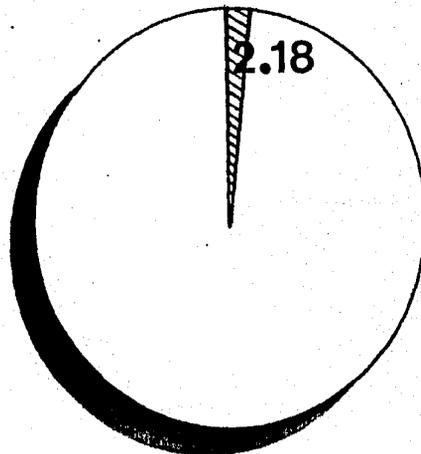
Cifras por 100

Fuente: Archivo de medicina preventiva H.G.Z. III C-20
Expediente clínico



Gráfica No. 4-G

DIAGNOSTICO DE LIPOMA
POR MEDICO FAMILIAR



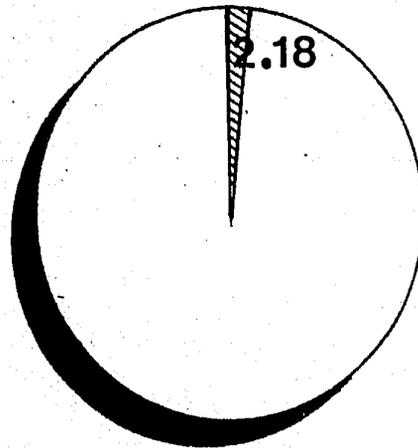
Gráfica No. 4-H

ENVIADAS A CIRUGIA POR MEDICO FAMILIAR
Y REPORTADAS SANAS POR ESE SERVICIO

Cifras por 100

Fuentes: Archivo de medicina preventiva H.G.Z. III C-20

Expediente: clínico



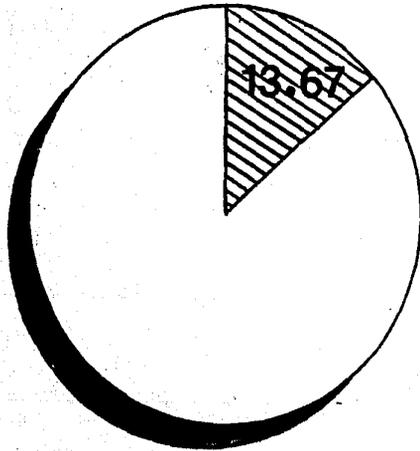
Gráfica No. 4-I

DIAGNOSTICO DE MASTALGIA PRE-
MENSTRUAL POR MEDICO FAMILIAR

Cifras por 100

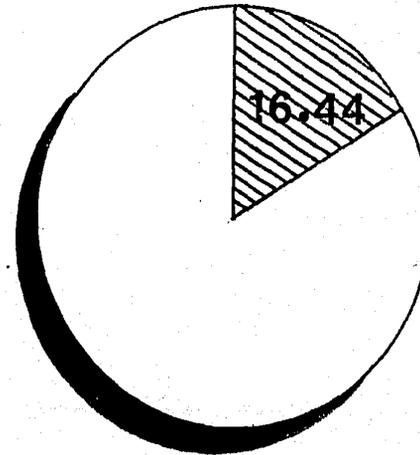
Fuente: Archivo de medicina preventiva H.G.Z. III C-20
Expediente clínico

MORBIMORTALIDAD DEL CANCER DE MAMA
DURANTE EL AÑO DE 1983



Gráfica No. 5

PACIENTES CATALOGADAS COMO SOSPE-
CHOSAS, DEL TOTAL DE DETECCIONES
(219 PACIENTES)



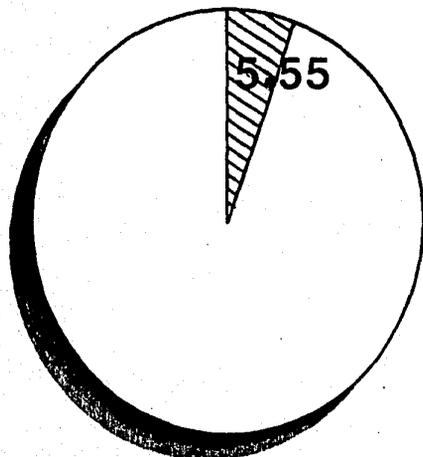
Gráfica No. 6

PACIENTES CON CANCER DE MAMA CON-
FIRMADO, DEL TOTAL DE SOSPECHOSAS
(36 PACIENTES)

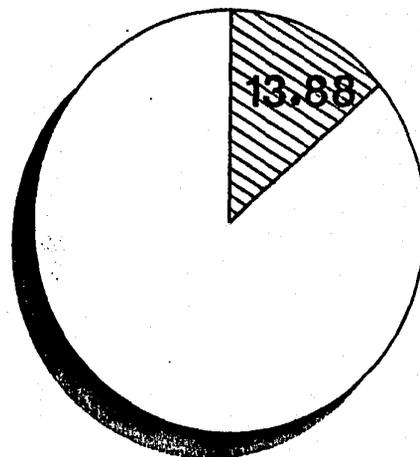
Cifras por 100

Fuente: Archivo de codificación H.G.Z. III G-20
Archivo de patología H.G.Z. III G-20

DEFUNCIONES DEL TOTAL DE PACIENTES CON CA
DE MAMA CONFIRMADO (POR GRUPOS DE EDAD)



Gráfica No. 7
DE 30 A 47 AÑOS DE EDAD
(2 PACIENTES)



Gráfica No. 8
DE 48 A 64 AÑOS DE EDAD
(5 PACIENTES)

Cifras por 100

Fuente: Archivo de codificación H.G.Z. III C-20
Archivo de patología H.G.Z. III C-20

PACIENTES CON CANCER DE MAMA
EN RELACION A GRUPOS DE EDAD

AÑOS	PTES	%
30-40	8	22.22
41-50	5	13.88
51-60	13	36.11
61-70	8	22.22
71-80	2	5.55

Cuadro No. 5

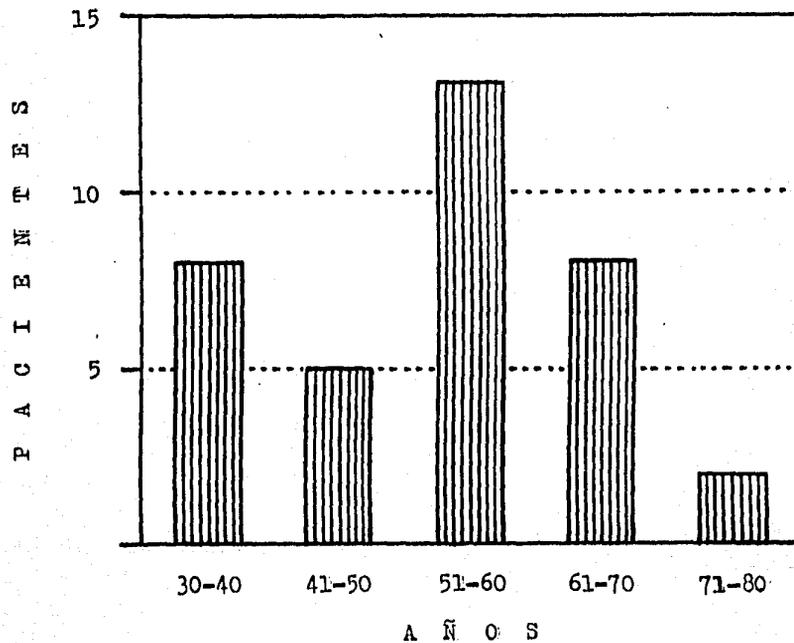
PACIENTES CON CANCER DE MAMA
EN RELACION AL NO. DE GESTAS

GESTAS	PTES	%
0	1	2.77
1-3	9	25.00
4-6	11	30.55
7-9	4	11.11
10-12	5	13.88
13-15	3	8.33
16-18	3	8.33

Cuadro No. 6

Fuente: Expediente clínico

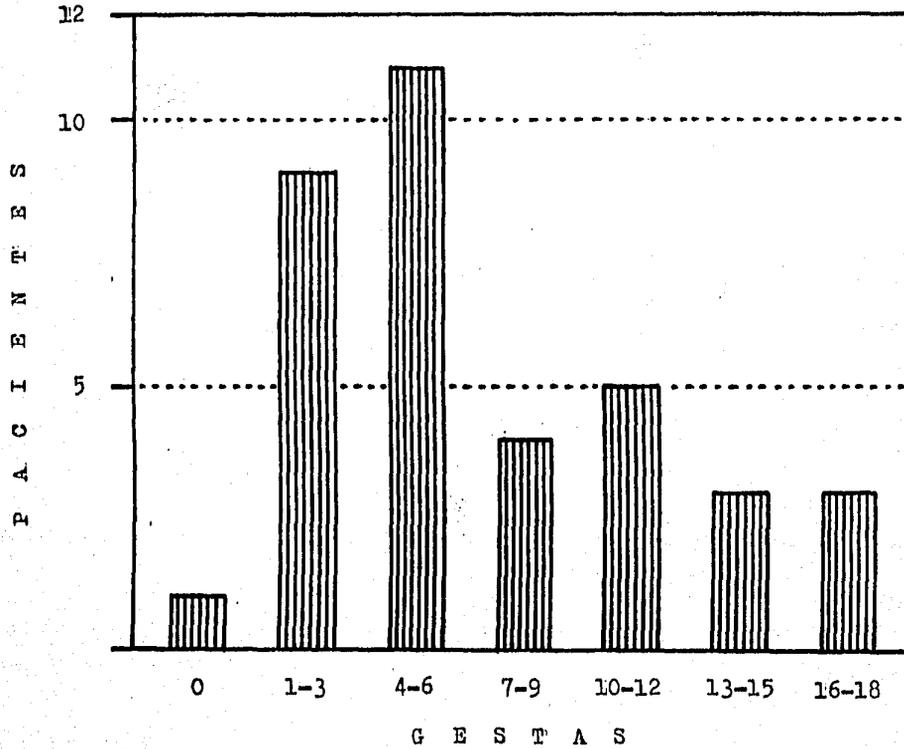
PACIENTES CON CANCER DE MAMA EN RELACION A GRUPOS DE EDAD



Gráfica No. 9

Fuente; Expediente clínico;

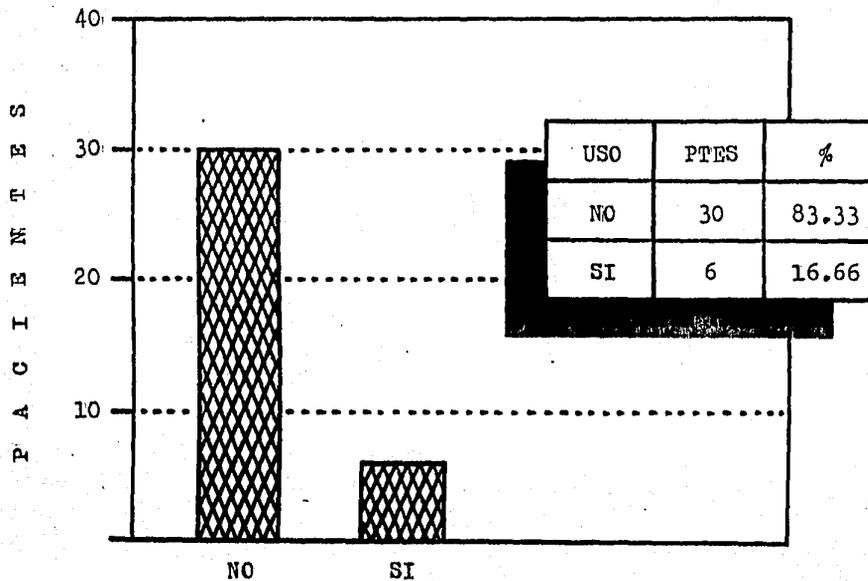
PACIENTES CON CANCER DE MAMA EN RELACION AL NO. DE GESTAS



Gráfica No. 10

Fuente: Expediente clínico.

PACIENTES CON CANCER DE MAMA
EN RELACION AL USO DE HORMONALES

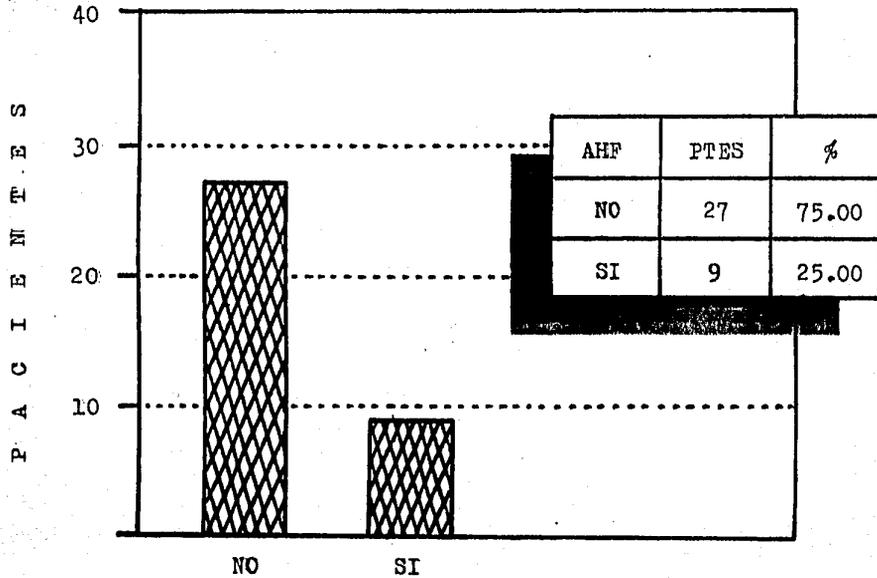


- 26 -

Gráfica y cuadro No. 11

Fuente: Expediente clínico

PACIENTES CON CANCER DE MAMA EN RELACION A ANTECEDENTES FAMILIARES DE LA MISMA ENFERMEDAD



- 27 -

Gráfica y cuadro No. 12

Fuente: Expediente clínico

Historia natural del cáncer mamario no tratado

Factores del huésped

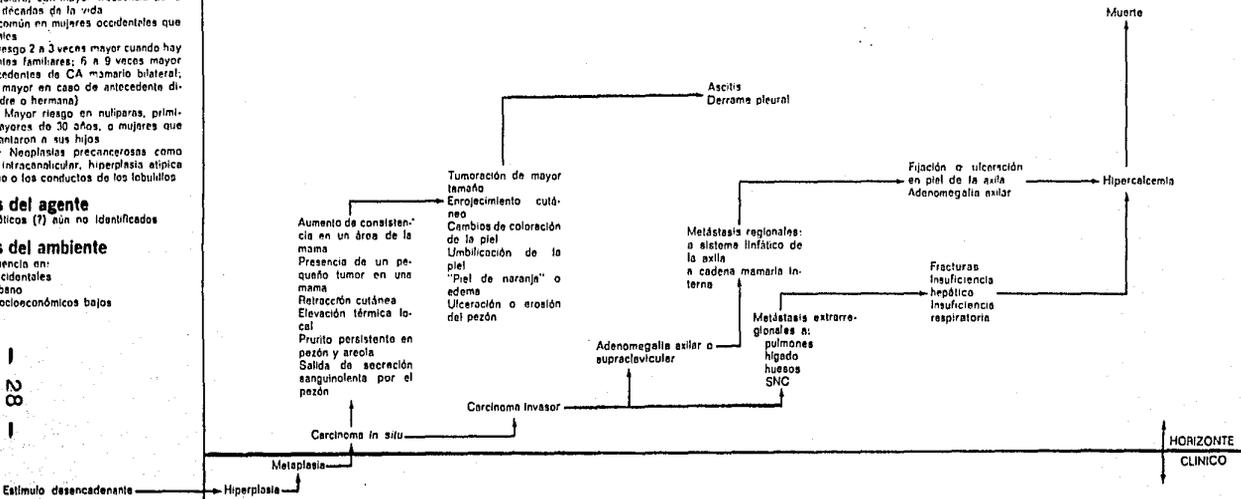
Sexo: Más frecuente en la mujer (60:1)
 Edad: Cualquiera, con mayor frecuencia de la 41 a las décadas de la vida
 Raza: Más común en mujeres occidentales que en orientales
 Herencia: Riesgo 2 a 3 veces mayor cuando hay antecedentes familiares; 6 a 9 veces mayor con antecedentes de CA mamario bilateral; 20 veces mayor en caso de antecedente directo (madre o hermana)
 Personales: Mayor riesgo en nulíparas, primigestas mayores de 30 años, o mujeres que no amamantaron a sus hijos
 Patológicos: Neoplasias precancerosas como papiloma intracanalicular, hiperplasia atípica del epitelio o los conductos de los lobulillos

Factores del agente

Carcinogénicos (?) aún no identificados

Factores del ambiente

Mayor frecuencia en:
 Países occidentales
 Medio urbano
 Niveles socioeconómicos bajos



Periodo prepatogénico

Periodo patogénico

Prevención primaria

Prevención secundaria

Prevención terciaria

Promoción de la salud	Protección específica	Diagnóstico temprano	Tratamiento oportuno	Limitación de la incapacidad	Rehabilitación	
<p>Campañas a nivel nacional a favor de que las madres amamanten a sus hijos. Información a la población sobre el mayor riesgo que representan el primer embarazo tardío y los antecedentes familiares. Divulgación del método de autoexamen de las mamas.</p>	<p>Amamantar a los hijos Planear su familia con embarazos antes de los 30 años</p>	<p>Examen de las mamas por los médicos generales a todas sus pacientes mayores de 30 años. Autoexamen de las mamas Mastografía Termografía Biopsia: por aspiración por punción directa por escisión por incisión Medición del factor estrogénico</p>	<p>Curativo (en etapas I y II) Cirugía: mastectomía simple o radical Radioterapia Quimioterapia profiláctica Inmunoterapia Paliativo (en etapas III y IV) » Medidas regionales: mastectomía simple o modificada Radioterapia » Medidas sistémicas</p>	<p>Hormonales: cirugía supraductiva (escleroductectomía, suprarralectomía, hipofisectomía) y terapia hormonal aditiva (andrógenos, estrógenos, antiestrógenos, corticosteroides). No hormonales: quimioterapia (alquerán, metotrexato, ciclofosfamida, fluorouracilo, adriamicina).</p>	<p>Radioterapia postoperatoria para disminuir las recurrencias y las metástasis ganglionares regionales. Vigilancia médica para descubrir tempranamente recidivas locales o a distancia. Quimioterapia para prolongar la sobrevida y mejorar su calidad. Inmunoterapia para evitar recurrencias del primario.</p>	<p>Fisica inmediata para evitar empiezo del brazo correspondiente al lado operado. Instrucciones para el uso de prótesis y ropa adecuada. Consejo y apoyo moral por parte de otras pacientes que se han sometido a mastectomía. Para lograr la reintegración a la vida normal (familiar, social y laboral) lo más pronto y en las mejores condiciones posibles.</p>

Niveles de prevención

R E S U M E N

Se realizó un estudio del programa de detección oportuna del cáncer de mama en el H.G.Z. III, C-20 del año de 1983.

En este estudio se ha pretendido analizar los procedimientos aplicados durante el programa, la efectividad de los mismos, los resultados obtenidos e identificar posibles deficiencias con el fin de tratar de corregirlas, en su caso. Las metas del programa en cuestión fueron de 720 detecciones en todo el año, las cuales se superaron ampliamente, sin embargo en relación a la población femenina susceptible de detección, según la pirámide de población de la unidad, poco menos de la quinta parte fue incluida dentro del mismo. Los primeros meses del año fueron los que registraron mayor cantidad de detecciones con menor número de sospechosas. Los últimos meses las proporciones se invirtieron. Fue notable que más de la mitad de las pacientes catalogadas como sospechosas en medicina preventiva, no fueron valoradas por el médico familiar por causas no precisadas. El resto si lo fue, resultando la mayoría con padecimientos benignos que no requirieron de la intervención del segundo nivel de atención. Hubo un grupo pequeño que requirió biopsia con resultados benignos y solo un 16.44% del total de sospechosas resultaron con cáncer de mama. De éstas, hubo 7 de-

funciones.

La década de la vida en la que se encontró mayor incidencia de cáncer de mama fué la de los 50s; en rela---ción al número de gestas, fue en el rango de 4-6.

La mayoría de estas pacientes no tenían anteceden--tes de uso de hormonales ni antecedentes heredofamilia--res de cáncer de mama, aunque cabe mencionar que su número total fué de 36, cifra probablemente insuficiente desde el punto de vista estadístico. Hubo una paciente nú--bil en este grupo.

C O M E N T A R I O

Dentro de los resultados obtenidos, llama la atención la cantidad de pacientes sospechosas que fueron enviadas por medicina preventiva al médico familiar y que no llegaron a ser valoradas al respecto por el mismo.

¿Cuál es la razón o razones a las que se debe dicha situación? para pretender formular una posible explicación, considero conveniente antes, hacer una breve revisión de los procedimientos que se llevan a cabo dentro del programa.

En el H.G.Z. III, C-20 se imparten diariamente de lunes a viernes pláticas de persuasión a las pacientes candidatas que se encuentran en las salas de espera para consulta con el médico familiar, para que acudan a detección oportuna de cáncer de mama al servicio de medicina preventiva lo antes posible si no es que en ese mismo momento. Estas pláticas se dan por la mañana y por la tarde.

La paciente que acude a detección es explorada por la auxiliar de enfermería quien anota los hallazgos en la forma de pesquisa (DOCMA-1-80) misma que en caso de resultar sospechosa, la entrega a la paciente y se le indica acudir a consulta con su médico familiar lo más pronto posible para valoración integral. El médico familiar recibe y valora a la paciente, hace las anotaciones

pertinentes en el expediente clínico y en caso de confirmarla como sospechosa la deriva al servicio de cirugía -- hasta llegar al diagnóstico definitivo y a su tratamiento adecuado.

Ante esta panorámica parece razonable formularse -- las siguientes preguntas: ¿no acude la paciente con el -- médico familiar por temor a encontrarse conque padece -- una enfermedad "vergonzosa" e incurable? o las pacientes que acudieron pero por otros motivos ajenos, ocultaron-- al médico que habían sido enviadas a él, para valoración por posible cáncer de mama?.

Como posible solución, podría ser que se acuda al -- domicilio de estas pacientes para realizar un seguimien-- to más efectivo, aunque cabe mencionar que esto implica-- ría la demanda de recursos económicos adicionales, por -- lo que la factibilidad de esta alternativa es poca, dada la situación económica actual.

O ¿acaso sea necesario que en el momento de identi-- ficarse como sospechosa a una paciente, ésta sea acompa-- ñada a su médico familiar por una enfermera para asegu-- rarse de que sea valorada por el?.

Por el momento las preguntas y las posibles alterna-- tivas quedan formuladas a manera de pauta para precisar-- posibles soluciones que lleven a modificar o perfeccio-- nar, como se planteó en la justificación de este estudio, el programa de detección oportuna de cáncer de mama.

REFERENCIAS

- 1.- Britton AL, Hoover R, Fraumeni FJJr, Epidemiology of Minimal Breast Cancer. JAMA 1983; Vol. 249: Págs. --- 483-87.
- 2.- Crile GJr, The Incidence of Local Recurrence of Carcinoma of the Breast. Surgery Gin. & Obs. 1983; Vol. 156: Págs. 497-98.
- 3.- Fuentes AR., de la Huerta SR. Cáncer Mamario. México, D.F.: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 1982; Págs. 3-4.
- 4.- Harrison TR. Principles of Internal Medicine. México, D.F.: Editorial Fournier, S.A., 1980; Pág. 634.
- 5.- Miller AB, Bulbrook RD, Screening For Breast Cancer. The Lancet 1982; Vol. 1: Págs. 1103-104.
- 6.- Scanlon FE, The Early Diagnosis of Breast Cancer. -- CANCER 1981; Vol. 48: Págs. 523-26.
- 7.- Strax P, Strategy (Motivation) For Detection of Early Breast Cancer. CANCER 1980; Vol. 46: Págs. 126-29.
- 8.- Winchester PD, Sener S, Inmerman S, Blum M, A Systematic Approach to the Evaluation and Management of - Breast Masses. CANCER 1983; Vol. 51: Págs. 2535-539.