



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

TESIS

COMPETENCIA CLÍNICA POR PARTE DEL MÉDICO DE PRIMER CONTACTO HACIA LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 7 DEL IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES

PRESENTA

Lucía Guadalupe Vargas Gutiérrez

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

TUTOR

Dr. Jesús Martín Galaviz De Anda

COMITÉ TUTORAL

Dr. Benjamín Madrigal Alonso

Aguascalientes, Ags., Febrero del 2014



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



ANIVERSARIO
UAA

LUCÍA GUADALUPE VARGAS GUTIÉRREZ
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

“COMPETENCIA CLÍNICA POR PARTE DEL MÉDICO DE PRIMER CONTACTO HACIA LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 7 DEL IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

**ATENTAMENTE
“SE LUMEN PROFERRE”**

Aguascalientes, Ags., 19 de Febrero de 2014.

**DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

c.c.p. C. P. Ma. Esther Rangel Jiménez / Jefe de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo



AGUASCALIENTES, AGS., FEBRERO 2014

Dr. RAUL FRANCO DIAZ DE LEON
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que la residente de tercer año de la especialidad en Medicina Familiar del Hospital General de Zona número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

LUCÍA GUADALUPE VARGAS GUTIÉRREZ

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**"COMPETENCIA CLÍNICA POR PARTE DEL MÉDICO DE PRIMER CONTACTO HACIA
LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 7 DEL IMSS DELEGACIÓN
AGUASCALIENTES"**

Número de Registro: **R-2013-101-17** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

La Dra. Lucía Guadalupe Vargas Gutiérrez asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad en investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

ATENTAMENTE

Carlos A. Prado A.

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



AGUASCALIENTES, AGS., FEBRERO 2014

CARTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE TESIS

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACION EN SALUD
PRESENTE

Por medio de la presente le informo que la residente de la especialidad en Medicina Familiar del Hospital General de Zona número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

Dra. Lucía Guadalupe Vargas Gutiérrez

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

"COMPETENCIA CLÍNICA POR PARTE DEL MÉDICO DE PRIMER CONTACTO HACIA LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 7 DEL IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES"

Número de Registro: **R-2013-101-17** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El residente asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, quedando pendiente su titulación la cual depende de los tiempos y formas establecidas por la normatividad de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Sin más por el momento y quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE


DR. JESÚS MARTÍN GALAVIZ DE ANDA
ASESOR METODOLÓGICO Y CLÍNICO


DR. BENJAMÍN MADRIGAL ALONSO
COMITÉ TUTORAL

AGRADECIMIENTO

A MI ASESOR METODOLÓGICO DR. JESÚS MARTÍN GALAVIZ DE ANDA POR SU
TIEMPO Y PACIENCIA

A LA DRA. ANA HORTENSIA QUIEN LE DIO RUMBO A MI TESIS

A MIS COMPAÑEROS DE LA ESPECIALIDAD POR SU APOYO Y CONFIANZA

A MI AMIGA JANNETE OROPEZA POR SU GRAN APOYO EN LA REVISIÓN DE ESTE
TRABAJO

A MIS MÉDICOS ADSCRITOS DE LAS DIFERENTES ROTACIONES DE LA
ESPECIALIDAD POR CONTRIBUIR A MI FORMACIÓN COMO MÉDICO FAMILIAR

DEDICATORIA

A DIOS POR PERMITIRME VIVIR Y LLEGAR HASTA ESTE PUNTO DE MI VIDA.

A MIS PADRES ANGEL Y MA. GUADALUPE CON MUCHO CARIÑO, PORQUE SIEMPRE HAN ESTADO PRESENTES EN LOS MOMENTOS IMPORTANTES DE MI VIDA, GRACIAS POR SU SACRIFICIO, SU CONFIANZA Y APOYO INQUEBRANTABLE.

A MI HERMANO MIGUEL POR SER MI GRAN PILAR, AMIGO, CÓMPLICE, POR ESTAR CERCA, PORQUE NUNCA HA DEJADO DE CREER EN MÍ Y POR DEFENDER MIS SUEÑOS Y ASPIRACIONES COMO SI FUERAN PROPIAS.

A MI AMOR AMED TORRES QUE HA SIDO INCONDICIONAL EN TODO, PORQUE HA SIDO EL IMPULSO DURANTE LA ESPECIALIDAD Y POR QUIEN TENGO EL ANHELO DE SER CADA DÍA MEJOR.

POR USTEDES Y PARA USTEDES. LOS AMO

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL	1
ÍNDICE DE TABLAS	4
ÍNDICE DE GRÁFICAS	5
ÍNDICE DE FIGURAS	6
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
I. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	10
II. MARCO TEÓRICO	13
2.1. Definición competencia.....	13
2.2 Generalidades	13
2.3 Componentes de la competencia clínica.....	13
2.4 Evaluación de la competencia clínica	14
2.5 Tipos de evaluación	15
2.6 Instrumentos de medición.....	16
2.7 Teoría del conocimiento.....	17
2.8 Perfil del médico familiar	19
2.9 Guías de práctica clínica.....	21
2.10 Patología mamaria benigna	26
III. JUSTIFICACIÓN	29
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	30
4.1 Características socioeconómicas y culturales de la población en estudio	30
4.2 Panorama del estado de salud	31
4.3 Panorama del sistema de atención en salud.....	32
4.4 Distribución del problema.....	33
4.4 Gravedad del problema	35
4.4 Factores más importantes que pueden influir en el problema	36
4.5 Argumentos convenientes de que el conocimiento disponible para solucionar el problema no es suficiente para solucionarlo	37
4.6 Otros proyectos relacionados con el mismo problema	37

4.7 Información que se espera obtener.....	40
4.7 Naturaleza del problema	41
4.8 Pregunta de investigación.....	43
V. OBJETIVOS	44
5.1 Objetivo general.....	44
5.2 Objetivos específicos.....	44
VI. HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	45
VII. METODOLOGIA.....	46
7.1 Logística	46
7.2 Instrumento.....	46
7.3 plan de análisis	47
7.4 Tipo de diseño	47
7.5 Criterios para la selección de la población	48
7.6 Tipo de muestreo	48
7.7 Tamaño de la muestra	48
7.8 Definición de variables.....	49
7.9 Plan de recolección de información	49
7.9 Aspectos éticos.....	49
7.10 Carta de consentimiento informado	50
7.11 Técnica de recolección de datos.....	51
7.12 Productos esperados	51
7.13 Recursos	51
7.14 Cronograma.....	52
VIII. RESULTADOS	53
8.1 Variables sociodemográficas	53
8.2 Conocimientos por parte del médico hacia la guía de práctica clínica de patología mamaria benigna.....	57
8.3 Actitud de los médicos de primer contacto hacia la guía de práctica clínica en patología mamaria benigna	61
8.3 Habilidades de los médicos de primer contacto hacia la guía de práctica clínica en patología mamaria benigna	64
IX. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	68
CONCLUSIONES	70

RECOMENDACIONES71
GLOSARIO72
BIBLIOGRAFÍA73
ANEXOS81



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Perfil del médico familiar según su área.	20
Tabla 2. Perfil del médico familiar según su área.	21
Tabla 3. Variables Sociodemográficas.	56
Tabla 4. Conocimiento con respecto a la GPC.	59
Tabla 5. Actitudes sobre la competencia clínica.	62
Tabla 6. Habilidades con respecto a la GPC.	66



ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Edad.	53
Gráfica 2. Género.....	54
Gráfica 3. Estado civil.....	54
Gráfica 4. Años laborando en la institución.	54
Gráfica 5. Categoría.	55
Gráfica 6. Turno.	55
Gráfica 7. Nivel de conocimiento por parte del médico.	57
Gráfica 8. II. Dimensión cognitiva.	58
Gráfica 9. Porcentaje de respuestas incorrectas (dimensión cognitiva).	60
Gráfica 10. Nivel de Actitud por parte de los médicos.	61
Gráfica 11. Nivel de Habilidades por parte de los médicos.....	64
Gráfica 12. Dimensión de habilidades.	65
Gráfica 13. Porcentaje de respuestas incorrectas (Dimensión de habilidades).....	67

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de la concatenación ascendente..... 18



RESUMEN

COMPETENCIA CLÍNICA POR PARTE DEL MÉDICO DE PRIMER CONTACTO HACIA LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 7 DEL IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES

INTRODUCCIÓN. Las Guías de Práctica clínica están elaboradas para ayudar a los médicos para la atención óptima de sus pacientes. La patología benigna de la mama representa uno de los mayores motivos de consulta para el médico familiar, lo que la convierte en un importante problema de salud pública.

OBJETIVO. Determinar la competencia del médico de primer contacto hacia la guía de práctica clínica de patología mamaria benigna en la Unidad de Medicina Familiar No. 7 del IMSS, delegación Aguascalientes.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realiza un estudio observacional, descriptivo, transversal. Se utiliza la técnica de cuestionario auto aplicado como instrumento de evaluación para medir la competencia clínica del médico de primer contacto sobre la guía de práctica clínica en patología mamaria benigna, que consta de un apartado de ficha de identificación y datos sociodemográficos, seguido de 42 ítems compuesto de 3 dimensiones las cuales son: Cognoscitivo: 15 ítems, Actitud: 10 ítems y Habilidad: 17 ítems. Se aplica a todos los médicos de primer contacto de la UMF No. 7 que aceptan participar y que cumplen con los criterios de inclusión. Se entrega el cuestionario y se recaba el mismo día. Los datos obtenidos se analizan usando el paquete estadístico SPSS 21.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: La competencia clínica del médico de primer contacto con respecto al nivel de conocimiento es de 69%, se coloca en un nivel MEDIO. Actitud, promedio general de 93%, nivel ALTO. Habilidad, promedio general 59%, nivel BAJO. La competencia clínica por el médico es un elemento clave para la prevención, detección oportuna y tratamiento de la patología mamaria benigna, los resultados dejan en evidencia a manera descriptiva el área en la que se requiere mayor atención, con los resultados obtenidos podemos evidenciar que la variabilidad en cuanto a la aplicación de la Guía de Práctica Clínica se relaciona principalmente con el nivel bajo de habilidad por parte del médico.

PALABRAS CLAVE: Patología mamaria benigna, médicos de primer contacto, competencia clínica, guía de práctica clínica.

ABSTRACT

COMPETITION BY MEDICAL CLINIC FIRST CONTACT TO CLINICAL PRACTICE GUIDELINES IN BENIGN BREAST PATHOLOGY UNIT NO FAMILY MEDICINE. IMSS 7 OF DELEGATION AGUASCALIENTES

INTRODUCTION. Clinical Practice Guidelines are developed to assist physicians for optimal care for their patients. Benign breast disease is one of the biggest reasons for visits to the family physician, making it a major public health problem.

OBJECTIVE. Determine the competence of the primary care physician to the clinical practice guideline of benign breast disease in the Family Medicine Unit No. 7 IMSS delegation Aguascalientes.

MATERIALS AND METHODS. An observational, descriptive, cross-sectional study was performed. Applying the technique of self questionnaire used as an assessment tool to measure clinical competence of primary care physician on the clinical practice guideline on benign breast disease , consisting of a section of record identification and demographic data , followed by compound 42 items 3 dimensions which are: Cognitive : 15 items , Attitude 10 items and skill: 17 items . It applies to all primary care physicians in the UMF No. 7 which agree to participate and meet the inclusion criteria. The questionnaire and the request will be delivered the same day. The data were analyzed using SPSS program.

RESULTS AND CONCLUSIONS: The clinical competence of primary care physician found with respect to the knowledge level is 69 %, MEDIUM level. Attitude, overall average of 93 %, HIGH level. Skill, 59 % overall, LOW. Clinical competence by the doctor is a key to prevention, early detection and treatment of benign breast disease element, the results are evidence of a descriptive way the area where more attention is required, the results obtained, we can show that the variability in the application of Clinical Practice Guideline is mainly related to the low level of skill by the physician.

KEYWORDS: Breast pathology, primary care physicians, clinical competence, clinical practice guideline benign.

INTRODUCCIÓN

La competencia clínica, es una actividad compleja, ya que comprende un conjunto de atributos multidimensionales y no solo un aspecto unidimensional.

La medicina familiar reclama así del profesional su disposición para desempeñar un servicio con calidad y eficiencia, al realizar tareas educativas y de investigación bajo la observancia de actitudes.

El médico familiar es un elemento indispensable en el Sistema de Salud, tiene el compromiso moral de cumplir con deberes y responsabilidades con el individuo sano o enfermo, la familia y la sociedad. Además tiene el rol de proporcionar en un marco científico y humanístico las acciones de atención a la salud en la población.

El médico de familia ha sido entrenado para dar respuesta a las necesidades, expectativas y exigencias de la sociedad actual, se requiere que haya logrado un nivel de competencia clínica adecuado tanto en conocimientos, habilidades, desarrolla sus actividades en el primer nivel de atención, realiza actividades de prevención y promoción a la salud, acciones curativas y de rehabilitación.

Las enfermedades de la mama en la mujer deben ser conocidas por el médico familiar. Muchas veces es él el consultado por las mujeres al comienzo de sus molestias, he aquí una de las causas de muchos diagnósticos tardíos de las lesiones que debieron tratarse a tiempo.

Las guías clínicas tienen un papel relevante como herramienta de apoyo y mejora en la práctica clínica diaria.

I. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Vázquez-Cantú, et al. Realizan un estudio observacional, unicéntrico y transversal con el objetivo de identificar el conocimiento de estudiantes de medicina sobre las GPC del CENETEC México, en 150 alumnos de la Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP). Se aplica una encuesta orientada hacia el conocimiento acerca de la MBE y la existencia de las GPC, para favorecer la toma de decisiones clínicas. Encuentran que cuarenta y seis estudiantes (30.6%) tienen conocimiento sobre la existencia de GPC-CENETEC. De éstos, el 21.7% las conoce por medios de comunicación, el 50% por medio de un médico, el 10.8% por amigo/compañero y el 17.5% por familiares. El 58.7% piensa que las GPC son completas y orientan a un diagnóstico más preciso. El 43.4% considera que las GPC no pueden aplicarse a todo tipo de pacientes. El 67.5% las usa como único recurso para el tratamiento de enfermedades. El 87% sí las toma en cuenta para futuros diagnósticos. El 67.5% las considera porque aportan mayor confianza, y el 65.2% recomienda su utilización. Concluyen que el conocimiento por parte de los estudiantes de Medicina acerca de las GPC es limitado. ⁽¹⁾

Egocheaga Isabel, et al. Publican el estudio titulado Conocimiento y aplicación en la práctica real del Documento de consenso S.E.N.-semFYC sobre la enfermedad renal crónica; en el año 2007 realizan un documento de consenso para disminuir la variabilidad en la práctica clínica en la detección, tratamiento y derivación de la enfermedad renal crónica (ERC). Con el objeto de evaluar a los dos años de su publicación el conocimiento, difusión, grado de acuerdo y aplicación del Documento de consenso S.E.N.- semFYC sobre la enfermedad renal crónica. Se realiza un estudio transversal, descriptivo y observacional realizado en 476 médicos, incluyen médicos de Atención Primaria (AP) y nefrólogos, mediante encuesta de opinión. En los resultados se obtiene; de los 326 médicos de AP y 150 nefrólogos encuestados, 51,1 % y 89,6 % respectivamente conocen el Documento de consenso. El 70,8 % de los nefrólogos lo considera muy necesario, con alto grado de acuerdo con sus contenidos. Los médicos de AP valoran más su utilidad práctica (63,2 % AP vs. 52,1 % nefrólogos). El mayor grado de desconocimiento en AP (> 20 % de los encuestados) incluye recomendaciones sobre la idoneidad del estudio ecográfico en varones con ERC mayores de 60 años y sobre los criterios de derivación a

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Nefrología. El grado de aplicación de las recomendaciones entre ambos especialistas resulta muy variable, siendo superior en nefrólogos. ⁽²⁾

Nora Hilda Segura Méndez y col. Publican el estudio transversal para evaluar el conocimiento de médicos generales acerca de las actualizaciones más recientes de las guías GINA y ARIA 2006. Participan 69 médicos de primer contacto a los que se les aplica un cuestionario de evaluación de 30 preguntas: 20 sobre asma (GINA) y 10 sobre rinitis alérgica (ARIA) antes y al término del curso-taller. Se encuentra mejoría en la calificación después de la maniobra educativa en asma y rinitis alérgica con una $p = < 0.05$. ⁽⁴⁾

Cabrera Pivaral Carlos y col. Realizan un estudio transversal, descriptivo, de la aptitud clínica de 85 médicos familiares de la zona metropolitana de Guadalajara. La aptitud clínica se evalúa en relación con las variables: especialidad, género, tipo de contratación, antigüedad laboral, turno y unidad de adscripción. Se diseña, valida y utiliza un instrumento específico para evaluar cuatro indicadores de la aptitud clínica: 1) identificación de factores de riesgo de diabetes mellitus gestacional, 2) integración diagnóstica, 3) utilización de recursos terapéuticos y 4) utilización de recursos paraclínicos. El coeficiente de confiabilidad del instrumento de medición (fórmula 21 de Kuder-Richardson) fue de 0.92 para la calificación global. Cuyo resultados son; la calificación de la aptitud global en las cuatro unidades de medicina familiar estudiadas son menor a 21 puntos en 41% de la población y muy baja (22 a 40 puntos en 38%) en los médicos evaluados. Concluyen que la aptitud clínica del médico de primer contacto en relación con la diabetes gestacional es baja. ⁽⁵⁾

Martín Becerril Ángeles y col. Realizan un estudio con el objetivo de evaluar el grado de conocimiento que tiene de las guías de la GINA el personal médico del primero, segundo y tercer niveles de atención. Se incluyen médicos de los tres niveles de atención, tratantes de pacientes asmáticos, de las unidades de afluencia del Centro Médico Nacional La Raza. Se les aplica un cuestionario validado sobre conocimientos de la GINA. De los 179 médicos del estudio, de conocimiento de la GINA, según la especialidad, fue: 145.5 en alergia e inmunología clínica; 136.7 en neumología; 122.6 en pediatría; 81.19 en medicina familiar y 78.2 en medicina interna, con una diferencia significativa ($p < 0.01$). El tercero y el

segundo niveles de atención tienen un puntaje significativamente mayor que el primero ($p < 0.01$). Se encuentran diferencias del grado de conocimiento de la GINA entre médicos de diferentes especialidades y niveles de atención. ⁽⁷⁾

J. A. Divisón y col. Realizan un estudio epidemiológico, descriptivo y multicéntrico en Atención Primaria, para conocer el grado de conocimiento y aplicación de las guías de hipertensión en Atención Primaria y conocer la opinión del médico acerca del uso de la terapia combinada. Participaron 621 médicos. El grado de conocimiento y acuerdo con las recomendaciones de las guías era elevado y, sin embargo, el grado de aplicación es más bajo: un 30%-40% de los médicos las aplican ocasionalmente o casi nunca. Se concluye que la aplicación de las recomendaciones de las guías, en cuanto a uso de la terapia de combinación a dosis bajas, debe mejorar ya que parece demostrado que ésta es eficaz y bien tolerada, por lo que puede contribuir a un mejor control de la hipertensión arterial. ⁽⁸⁾

González-Juanatey José y col. (2006) realizan un estudio para analizar el grado de adecuación a las directrices de prevención por parte de un grupo de médicos de atención primaria y especialistas, así como sus resultados en los parámetros de riesgo cardiovascular. Se encuesta a los 384 médicos participantes acerca de su conocimiento y aplicación de las directrices. Los médicos conocen y aplican prioritariamente las directrices dictadas por las sociedades profesionales más afines. Se concluye que el 75% de los parámetros de riesgo en pacientes diabéticos o con cardiopatía isquémica no están adecuadamente controlados por los médicos de atención primaria y los especialistas de acuerdo con las guías de práctica clínica vigentes. ⁽⁹⁾

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Definición competencia

Se define competencia como “la capacidad de hacer una cosa o la capacidad de cumplir una tarea”. Schon en 1987, la define como “la capacidad de resolver problemas seleccionando, aplicando y ajustando los conocimientos para afrontar problemas en contextos estables”. La definición de Kane 1992 es “el grado de utilización de los conocimientos, las habilidades y el buen juicio asociados a la profesión, en todas las situaciones que se pueden confrontar en el ejercicio de la práctica profesional”. El buen juicio es la capacidad de razonar para tomar decisiones. ⁽³⁾

2.2 Generalidades

La competencia es un constructo complejo, multifacético, multivariado y multidimensional en relación con una situación multidisciplinaria en el campo de la medicina. La investigación sobre la evaluación de la Competencia clínica tiene dos elementos:

1. Sólo se puede evaluar lo que se puede observar
2. Hay que identificar y definir los objetivos que se deben alcanzar al final de una actividad de formación. (3)

2.3 Componentes de la competencia clínica

1.- CONOCIMIENTO: Es un conjunto de datos, hechos y verdades de información almacenada a través de experiencia o de aprendizaje, o a través de introspección. Significa, la posición de un modelo de la realidad en la mente.

2.- HABILIDAD: Es el grado de competencia, de un sujeto concreto frente a un objetivo determinado. Es la destreza para ejecutar una cosa o capacidad y disposición para negociar o conseguir objetivos a través de unos hechos en relación con las personas, individual o en grupo.

3.- ACTITUD: Rodríguez (1967) afirma que una actitud es una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objetivo social definido, que predispone a una acción coherente con la cognición y afectos relativos a dicho objeto. La actitud esta constituida por un triple componente: Cognitivo (las creencias, el conocimiento de los objetos, las experiencias previas que se almacenan en la memoria), conductuales (tendencia a la acción positiva o negativa) y Afectivo: (sentimientos y emociones evaluativos de agrado y desagrado).⁽³⁾

PIRÁMIDE DE MILLER

En 1990, Miller describió mediante una pirámide cuatro niveles de evaluación:

Nivel I. Saber: valora sobre todo los conocimientos, tanto teóricos como prácticos. Basado en la memoria.

Nivel II. Saber cómo: comprende también cómo se interrelacionan los conocimientos y la manera de integrarlos ante una situación concreta.

Nivel III. Demostrar cómo: valora también habilidades, el cómo se aplican las competencias que poseen ante una situación similar a la realidad.

Nivel IV. Hacer: evalúa el desempeño real de la práctica profesional.⁽⁶⁾

2.4 Evaluación de la competencia clínica

La competencia clínica es una actividad compleja que comprende un conjunto de atributos multidimensionales y no sólo un aspecto unidimensional.

Habilidades clínicas: Entendidas como la capacidad para adquirir información al interrogar y examinar pacientes e interpretar el significado de la información obtenida.

Conocimientos y comprensión: Como la capacidad para recordar conocimientos relevantes acerca de condiciones clínicas que lleven a proveer atención médica efectiva y eficiente para los pacientes.

Atributos interpersonales: Como la expresión de aquellos aspectos de carácter profesional y personal médico que son observables en las interacciones con los pacientes.

Solución de problemas y juicio clínico: Como la aplicación del conocimiento relevante, habilidades clínicas y atributos interpersonales para el diagnóstico y manejo de los problemas de un paciente dado.

Habilidades técnicas: Como la capacidad para usar procedimientos técnicas especiales en el estudio y manejo de pacientes. ⁽⁴³⁾

La evaluación por competencias (EC) debe ser entendida como un método de evaluación sistemático (meta-evaluación), periódico, de medición cuantitativa y cualitativa que evidencie el progreso y el mejoramiento del desempeño profesional, útil en contextos clínicos en salud. ⁽⁴⁴⁾

El modelo más popular y el mejor estudiado, utilizado para la evaluación de la competencia clínica al lado del enfermo es el examen clínico objetivo estructurado (ECO) o (OSCE) en ingles descrito por (Harden RM, Strevenson M. Downie W, Wilson GM, 1975) que ha demostrado valides y confiabilidad aceptable, se considera actualmente el estándar de oro para evaluar las habilidades clínicas competentes, consiste en hacer rotar al estudiante por una serie de estaciones dentro del hospital, que se ha aplicado tanto a nivel nacional como internacional. ⁽⁴⁵⁾

2.5 Tipos de evaluación

TEST: Es la observación de la ejecución o productos de una ejecución bajo circunstancias estandarizadas.

SIMULACION: Es la observación de la ejecución de una actividad o de sus productos, en circunstancias que representan alguno de los aspecto sobresalientes de un contexto real de ejecución: ensayos, pacientes tratados bajo supervisión casos clínicos, actividades de aprendizaje basado en problemas.

EVALUACION AUTÉNTICA: Es la observación de la ejecución de una actividad o sus productos, en contextos que representan a los que encontrará en su práctica profesional. Es la mejor herramienta para evaluar la competencia. ⁽⁶⁸⁾

2.6 Instrumentos de medición

Para lograr desarrollar los instrumentos para evaluar el alcance de los objetivos, se deben utilizar los instrumentos pertinentes a la competencia que se desea evaluar. ⁽³⁾

Nos interesan instrumentos de evaluación que se asemejen a la práctica real, que permitan reflejar o predecir lo más fielmente posible que comportamiento profesional tiene o va a tener la persona que se evalúa. Por ello es importante que abarquen no sólo conocimientos, sino también habilidades y actitudes. ⁽⁶⁾

Las características indispensables de los instrumentos que se utilizan para medirla son: la confiabilidad, reproductibilidad o consistencia (se trata de una característica métrica del Test, de manera que vueltos a aplicar por observadores o en ocasiones diferentes, volverían a dar resultados iguales o similares). La validez o exactitud, (que deben medir aquello que quieren medir, es decir aquello que queremos obtener como resultado), el impacto educativo, la aceptabilidad por los distintos usuarios (toda prueba debe ser aceptada, no es aconsejable imponer los cambios en los procedimientos evaluativos. Tales cambios deben de nacer del consentimiento de los evaluados y los evaluadores) y los costos eventuales. ⁽³⁾

Objetividad (han de comportarse de manera homogénea y justa para que todo el mundo sea medido con igualdad de oportunidades). Universalidad (debe servir por igual a profesionales que trabajen en diferentes áreas o centros). Verosimilitud (han de tratar de reproducir la situación clínica lo más parecido posible a la realidad para permitir una credibilidad entre los participantes). Equilibrio (tienen que guardar una proporción ponderada de temas o áreas que se corresponde con el contenido del programa educativo).

Factibilidad (ha de ser posible realizarla organizativamente porque se dispone de recursos técnicos, humanos y económicos). ⁽⁶⁹⁾

2.7 Teoría del conocimiento

La teoría del conocimiento, es el resultado de las investigaciones acerca de la relación que existe entre el sujeto y el objeto, es el estudio sobre la posibilidad, el origen y la esencia del conocimiento, es la identificación de los elementos interactuantes en el proceso de conocimiento, en donde éste se concibe como un proceso, inicialmente individual y secuencialmente social que inicia desde el origen de los seres humanos y concluye con el fin de éstos, por tanto el conocimiento es la base para la reflexión y ha sido objeto de reflexión para poder explicar sus orígenes, su esencia, su función y sus posibilidades y esa reflexión lleva a proponer teoría sobre el conocimiento.

A partir de los problemas que se plantea la teoría del conocimiento se han derivado diferentes corrientes, entre las más importantes:

Racionalismo (sostiene que el conocimiento tiene su origen en el pensamiento) argumenta que el pensamiento es la gracia que da la divinidad para que el ser humano, por medio de los sentidos y la razón, pueda conocer.

Empirismo, afirma que la única causa que da origen al conocimiento es la experiencia, entendida como la relación que tiene el individuo con su entorno.

El proceso se inicia con la percepción sensorial de los objetos y la reflexión sobre lo asimilado, consolida el conocimiento.

Intelectualismo parte de la idea de que tanto la razón como la experiencia son fuente del conocimiento en forma conjunta, a través del siguiente proceso: Se perciben imágenes sensibles de cosas concretas de la realidad, el entendimiento se activa a través de la razón, separando lo esencial del complejo percibido y sobre ello se emiten juicios, formando los conceptos básicos particulares que después de hacer una serie de operaciones se formularán en conceptos generales, los cuales son la base para la formulación de leyes lógicas del pensamiento.

Apriorismo sostiene lo mismo que el intelectualismo, que la razón y la experiencia, son la fuente de conocimiento, sólo que esta corriente considera que en la razón se encuentra la base del conocimiento antes que en la experiencia.

La filosofía de la ciencia, reflexiona sobre los métodos y el lenguaje científico, las teorías y los hechos, los conceptos y las leyes científicas, la predicción y la explicación, la racionalidad y el realismo, además se ocupa de las relaciones entre la ciencia, la tecnología y la sociedad, la contraposición entre paradigmas opuestos, el progreso científico y su influencia sobre el entorno, las comunidades y las instituciones científicas, la construcción de los hechos y de las representaciones científicas. ⁽¹⁰⁾

Taxonomía de Bloom

Según Benjamín Bloom y colaboradores (1977), son tres los grandes dominios o las dimensiones que comprende la totalidad del desarrollo humano, más aún, cuando se pretende organizar la teoría y la praxis de la acción educativa. Tales dimensiones son:

- El dominio cognoscitivo (o cognitivo), como el asiento de la conducta racional y del desarrollo intelectual.
- El dominio afectivo, o el reino de lo axiológico y lo actitudinal
- El dominio psicomotor, o la dimensión del desarrollo físico o corporal (Coordinación neuro-muscular) ⁽¹¹⁾

El siguiente diagrama expresa un intento de visualizar la concatenación ascendente de los seis niveles de esta dimensión. ⁽¹²⁾



Figura 1. Diagrama de la concatenación ascendente.

Conocimiento capacidad de recordar o retener en la memoria un conjunto de hechos específicos y universales que es materia de aprendizaje en diversas asignaturas.

Comprensión se refiere a la capacidad del profesional para descifrar el significado de un mensaje y el poder transmitirlo con sus propias palabras; la comunicación puede darse en forma oral, escrita, mímica o gestual, o mediante otras señales extralingüísticas.

Aplicación es el tercer nivel ascendente en el dominio cognoscitivo que comprende o incluye a los niveles precedentes en una concatenación dialéctica, pues implica la presencia orgánica de los niveles inferiores ya examinados que constituyen premisas.

Análisis la capacidad de analizar comprende la habilidad para descomponer el todo en sus partes constitutivas, tratando de descubrir las relaciones entre sus elementos así como su organización.

Síntesis en este nivel la destreza intelectual se orienta a un proceso simétricamente inverso al análisis, pues se trata de unir los diversos elementos del conjunto en un todo coherente y orgánico.

Evaluación es el nivel más alto del dominio cognoscitivo y está referido a la formación del pensamiento crítico- reflexivo, a la capacidad de autocrítica, y para ello se tiene que emplear criterios y pautas para valorar los diversos elementos constitutivos y la totalidad del objeto evaluado. Implica la combinación de los demás elementos anteriormente considerados en los niveles precedentes; conocimientos, comprensión, aplicación, análisis y síntesis.⁽¹¹⁾

2.8 Perfil del médico familiar

La investigación en el primer nivel de atención puede definirse como un proceso intencional, que mejora la práctica médica al ser parte del ejercicio científico de la medicina familiar.

Los especialistas en medicina familiar que ejercen en un ámbito institucional frecuentemente olvidan que el sustento insustituible de su trabajo médico, docente y de investigación es el método científico. Esta ausencia se constituye en un factor que puede conducir a la obsolescencia del ejercicio médico en el primer nivel de atención y, en consecuencia limitar seriamente la posibilidad de contribuir a la resolución de esas necesidades sociales de salud. ⁽¹³⁾

Para definir el perfil del médico familiar se especifican las áreas en las que desempeña su ejercicio profesional, así como los conocimientos, habilidades, actitudes, valores y actividades que debe desarrollar en cada una de ellas. ^{(14), (15), (16)}.

Tabla 1. Perfil del médico familiar según su área.

Área	Conocimientos	Habilidades	Actitudes y valores	Actividades
Asistencial	<ul style="list-style-type: none"> • Atención primaria • Perfil epidemiológico • Los clínicos requeridos por las necesidades de atención relacionados con el perfil epidemiológico • Modelos de abordaje de la atención médica • Modelos de relación médico-paciente • Conocimientos bioéticos • De ciencias sociales • Estudio de salud familiar • Informática 	<ul style="list-style-type: none"> • Ser efectivo y eficiente • Orientador • Relación efectiva: médico-paciente-familia • Tomador de decisiones compartidas • Detección oportuna de enfermedades indiferenciadas • Usuario de modelos de abordaje de la atención médica más adecuada al problema de salud que enfrenta • Capacidad resolutoria y/o de referencia • Valorar con justicia los elementos subjetivos y objetivos durante la práctica médica • Capacidad empática 	<ul style="list-style-type: none"> • Respeto al individuo y su contexto (cultural) • Responsable • Humanista • Conciencia de sus alcances y limitaciones profesionales • Conciencia de su compromiso social • Respeto de normas éticas • Compromiso y solidaridad en el vínculo con el individuo y su familia • Compromiso de seguimiento del paciente durante su atención médica • Compasión • Sinceridad • Honestidad • Liderazgo 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención clínica continua e integral y trabajo con la comunidad • Orientar a la familia • Trabajar en equipo • Prevención, curación, rehabilitación y paliación • Atención de primer contacto • Atención centrada en la persona y la familia • Tomar decisiones compartidas • Detectar oportunamente • Manejar en forma integral padecimientos agudos y/o crónicos • Utilizar modelos de abordaje de la atención

Tabla 2. Perfil del médico familiar según su área.

Área	Conocimientos	Habilidades	Actitudes y valores	Actividades
				médica más adecuada al problema de salud que enfrente • Atención de los pacientes en diversos escenarios
Administrativa	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de los servicios • Economía y salud • Liderazgo • Informática • Leyes y reglamentos en materia de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestor en coordinación con el equipo de salud • Optimizador de los recursos 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio • Honradez • Respeto a los individuos e instituciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar al equipo de salud • Optimizar recursos • Promover el desarrollo organizacional en los diversos escenarios de trabajo
Educativa	<ul style="list-style-type: none"> • Educación médica • Lectura crítica • Lectura de textos médicos en inglés • Informática 	<ul style="list-style-type: none"> • Educación y promoción de la salud • Asesor • Evaluación de los programas educativos • Formador de nuevos recursos humanos 	<ul style="list-style-type: none"> • Compromiso con su desarrollo profesional • Compromiso y respeto con sus educandos 	<ul style="list-style-type: none"> • Educar • Promover la salud • Asesorar • Desarrollar y actualizar sus conocimientos y habilidades
Investigación	<ul style="list-style-type: none"> • Metodología de Investigación • Estadística • Informática 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de los resultados de la investigación y su aplicación práctica 	<ul style="list-style-type: none"> • Ética • Rigor metodológico 	<ul style="list-style-type: none"> • Planear, diseñar y conducir proyectos de investigación y difundirlos en los medios existentes

Vázquez CJ. Guía para desarrollar evaluación de competencias. Episteme 2005; 3⁽¹⁾

2.9 Guías de práctica clínica

Durante siglos la práctica médica se ha sustentado fundamentalmente en la experiencia y en el juicio personal. ⁽¹⁷⁾

El médico ha intentado desde siempre basar sus decisiones en el mejor conocimiento científico disponible en cada momento. Sin embargo, la “decisión clínica” no se toma sólo en base a la propia experiencia o a la información derivada de la evidencia científica. ⁽¹⁸⁾

La calidad del cuidado en salud es un tema relevante para la mayoría de los sistemas de salud en el mundo. ⁽¹⁹⁾

Los sistemas de salud a nivel mundial han incrementado significativamente el desarrollo de Guías de Práctica Clínica (GPC). ⁽²⁰⁾

En México con el deterioro de la salud de la población y al elevado gasto en la atención, se requieren nuevos modelos y estrategias para la atención de la salud, por lo que se han desarrollado diversos métodos que pretenden la actualización de los conocimientos.

Para facilitar este proceso se han desarrollado métodos consistentes, entre los cuales destacan las revisiones sistemáticas basadas en técnicas cuantitativas, que evalúan y sintetizan un tema de investigación.

Una de las estrategias más importantes de dicho proceso evolutivo de la medicina ha sido la elaboración de guías de práctica clínica.

En México se inició en 2008 la elaboración de guías de práctica clínica y a partir de 2010 se inició su implantación en todo el sector salud. ⁽¹⁷⁾

Desarrollar una GPC es un proceso complejo, en el que confluyen múltiples elementos, tales como los métodos de investigación en salud, el análisis crítico de los estudios clínicos, la correcta interpretación de sus resultados, la búsqueda de información en bases de datos electrónicas, la aplicación de métodos de consenso, las estrategias para la disseminación de la evidencia, y los procesos de mejoría de calidad en la gestión clínica, entre otros. ⁽²¹⁾

Resulta evidente que la utilización de las guías de práctica clínica (GPC) es una necesidad actual impostergable en la actuación médica para sintetizar el estado del conocimiento científico y establecer un equilibrio entre riesgos y beneficios, así como la posibilidad de tratamientos alternativos para cada paciente. ⁽²²⁾

Las guías de práctica clínica son documentos médico legales elaborados por un grupo interdisciplinario de expertos, que estandarizan, sistematizan, simplifican y vinculan sus experiencias médicas y las tecnologías, disponibles en la bibliografía médica, en dichas guías; su propósito es que éstas ayuden simultáneamente en lo preventivo y terapéutico, en la toma de decisiones y en la administración de recursos para proporcionar una atención médica integral, segura, eficaz, dinámica y acorde con la etapa de la historia natural en la que se encuentre la enfermedad del paciente. ⁽¹⁷⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere a que “son informes desarrollados sistemáticamente basados en la evidencia para los proveedores de asistencia, receptores y otras organizaciones para la toma de decisiones acerca de las intervenciones de salud más apropiadas. Las intervenciones de salud son definidas ampliamente por incluir no solo procedimientos clínicos, sino también acciones públicas de salud. Las guías son un informe consultivo formal, las cuales deben ser lo suficientemente robustas para ser útiles en circunstancias clínicas o en situaciones determinadas en la cual pueden ser aplicadas”.

El Institute of Medicine de los Estados Unidos (IOM), las define como un conjunto de "recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y seleccionan las opciones diagnósticas y/o terapéuticas más adecuadas en el abordaje de un problema de salud o una condición clínica específica" ^{(22) (23)}

Las GPC tienen por objetivo fundamental orientar las conductas clínicas, es decir, apoyar el proceso a través del cual los profesionales de salud toman la decisión de estudiar, tratar o intervenir sobre los pacientes de una determinada forma. El supuesto es que las GPC constituyen un patrón fundado en bases científicas hacia el cual debe aproximarse la conducta de los profesionales, y que si ello ocurre, los pacientes se verán beneficiados en términos sintomáticos, de calidad de vida, o pronóstico vital.

La elaboración de GPC cumple además un objetivo educativo, que permite la actualización de quienes participan en el proceso, y les proporciona una base científica de conocimientos altamente sólida. ⁽²¹⁾

En función del método utilizado para la elaboración de las GPC, éstas se pueden clasificar en tres tipos fundamentales:

- Basadas en la opinión de expertos.
- Basadas en el consenso, más o menos formal.
- Basadas en la evidencia. ⁽¹⁸⁾

Lo ideal es que las guías se elaboren con el método de la MBE. Pero como eso exige gran consumo de recursos, tiempo y significa cierto grado de complejidad, otra opción posible es la adaptación local de guías ya elaboradas con el método de MBE y validadas.
(23)

Hay problemas en la implantación de las guías clínicas a pesar del reconocimiento de su utilidad. El mero hecho de realizarlas y publicarlas no significa que se apliquen, es decir, no son autoimplantables.

Se han descrito múltiples impedimentos para que los médicos cumplan con las guías. Algunas de estas barreras se relacionan con el conocimiento, y en ocasiones son las que primero se justifican como causa. (24)

La adherencia a las GPC entre los profesionales depende de la existencia e intensidad de una serie de barreras que se oponen a ellas.

A partir de un modelo teórico sobre el mecanismo de acción de las guías, las barreras fueron divididas según afectaran los conocimientos, las actitudes o las conductas de los médicos, y fueron sintetizadas a su vez en 7 categorías principales:

Barreras del ámbito del conocimiento:

- Conciencia de la existencia de la GPC
- Familiaridad con la GPC

Barreras del ámbito de las actitudes:

- Conformidad con las recomendaciones de la GPC
- Percepción de autosuficiencia para llevar a cabo las recomendaciones de la GPC
- Expectativas sobre los resultados a los que conducirá el uso de la GPC
- Habilidad para contrarrestar la inercia de la práctica previa

Barreras del ámbito de las conductas:

- Barreras externas para seguir las recomendaciones de la GPC

Se asume que antes de que una GPC llegue a impactar sobre los pacientes, debe primero incidir sobre el conocimiento de los profesionales de salud, afectar luego sus actitudes, y modificar finalmente sus conductas.

Falta de conocimiento: Se refiere simplemente a la falta de conciencia sobre la existencia de la GPC. Esto tiene relación con la sobrecarga de información disponible hoy en día, que permite a los profesionales acceder a muchas fuentes de consulta alternativas, al tiempo destinado a la formación, y a las estrategias de disseminación que aplican a cada guía en particular sus autores o las instituciones de las cuales el profesional depende. Si bien existen guías que han alcanzado un conocimiento amplio entre los médicos, otras no llegan a ser conocidas por porcentajes importantes de los profesionales a las cuales se supone van dirigidas.

Falta de familiaridad: No es infrecuente que los profesionales desconozcan la estructura de las guías o el significado de nomenclaturas incluidas en ellas. Esto determina una menor comprensión de sus contenidos, y puede llevar a su vez a una menor adherencia a las recomendaciones o a menor habilidad para aplicarlas correctamente.

Desacuerdo: Por factores tales como, diferencias respecto a la interpretación de la evidencia, creencia de que los beneficios de una intervención no compensan los riesgos, incomodidades o costos para los pacientes, poca aplicabilidad de la GPC a una población concreta, que las GPC caían en un exceso de simplificación, que las GPC disminuían la autonomía profesional, la flexibilidad para manejar los casos clínicos.

Falta de autosuficiencia: La autosuficiencia es la creencia de que uno puede realmente desarrollar una conducta. La falta de autosuficiencia puede expresarse por una falta de confianza en las habilidades propias o por la falta de preparación personal, y ello puede llevar a una baja adherencia a las guías.

Falta de expectativas sobre los resultados: La expectativa sobre los resultados es la esperanza de que una determinada conducta llevará a un mejor desenlace en los pacientes. Como es obvio, si el médico no cree que la recomendación favorecerá a su paciente, o piensa que su impacto será muy bajo, es poco probable que la siga.

Inercia de la práctica previa: Menos estudiada que las otras, su análisis permanece por ahora en el plano de las teorías conductuales.

Barreras Externas: Aún con el conocimiento y la actitud adecuados, los profesionales todavía pueden enfrentar barreras que limiten su habilidad para seguir las recomendaciones por factores relacionados con el paciente, con la propia guía, u otros factores del entorno. Estos factores a su vez pueden hacer emerger barreras del ámbito de las actitudes, desencadenando una visión negativa sobre la utilidad de la guía (falta de expectativa sobre los resultados), sobre la factibilidad de aplicar sus recomendaciones (ej. falta de autosuficiencia), o en un sentido más amplio, pueden disminuir la motivación del profesional para modificar su conducta. ^{(21), (24)}

2.10 Patología mamaria benigna

La patología mamaria benigna es una entidad compleja con un rango de cambios fisiológicos y de manifestaciones clínicas que influyen en la salud de la mujer. ⁽²⁵⁾

Se entiende por patología benigna mamaria a un grupo de alteraciones en el tejido mamario las cuales no tienen la capacidad de diseminarse, que responden a mecanismos de tipo hormonal, factores externos como son los hábitos nutricionales y estilos de vida que interactúan entre si creando un grupo de signos y síntomas muy variados que se manifiestan por dolor mamario, masas, nodularidad, turgencia, irritabilidad, secreción y descarga por el pezón y/o inflamación e infección, que en algunos casos pueden elevar el riesgo de patología mamaria maligna. ⁽²⁶⁾

La patología benigna de la mama representa el mayor motivo de consulta. ⁽²⁷⁾

Síntomas benignos de mama son comunes y ocurren en aproximadamente el 50% de las mujeres, con una mayor incidencia en las mujeres más jóvenes. ^{(28), (29)}

En la actualidad se acepta el término de enfermedad benigna mamaria para cualquier cambio no proliferativo que puede encontrarse en 9 de cada 10 mujeres. ⁽³⁰⁾

Los factores de riesgo comunes para la enfermedad benigna de la mama y el cáncer de mama, incluyen la paridad y la edad al nacer del primer hijo, también puede contribuir la historia familiar. ^{(31), (32)}

Edad mayor de 40 años, nulíparas, primer parto después de los 30 años de edad, ausencia de lactancia materna, menarquía temprana (menor 10 años), menopausia tardía (mayor 55 años), obesidad posmenopáusica, tratamiento estrogénico prolongado en la posmenopausia, antecedente de hiperplasia atípica por adenosis mamaria, antecedente personal de cáncer de mama, endometrio u ovario. ^{(28), (33), (34), (35), (36), (37), (38), (39)}

La evaluación de un síntoma mamario de reciente aparición comienza con la valoración de los síntomas basada en una historia clínica exhaustiva, que debe incluir cuestiones sobre síntomas actuales, la duración de la patología, la fluctuación de los signos y los síntomas, y los factores que los agravan o alivian. La valoración de los problemas mamarios debe enfocarse hacia los siguientes puntos: ⁽⁴⁰⁾

Secreción por el pezón, características de la secreción, tumoración mamaria, dolor mamario, relación de los síntomas con el ciclo menstrual, cambios en la forma, tamaño o textura de la mama. ⁽²⁸⁾⁽³³⁾⁽²⁹⁾⁽⁴⁰⁾⁽⁴¹⁾⁽⁴²⁾

La definición, diagnóstico y tratamiento de la patología mamaria benigna se maneja en:

Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de la Patología Mamaria Benigna en primer y segundo nivel de atención. Evidencias y Recomendaciones. Número de registro: IMSS -238-09

La Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Patología Mamaria Benigna en Primer y Segundo Nivel de Atención, del Instituto Mexicano del Seguro Social 2009 maneja que el médico familiar dará seguimiento a aquella paciente donde no encuentre masa palpable y la nodularidad sea simétrica, pero si detecta un tumor mamario deberá enviar a la paciente a un segundo nivel.

En pacientes con mastalgia que no mostraron mejoría en 4-6 meses con medidas conservadoras deberá apoyarse en el segundo nivel.

Paciente con descarga del pezón independientemente de su edad y características deberá enviarla al segundo nivel para su estudio complementario, segundo nivel si una vez concluido los estudios no detectan tumor alguno regresará al primer nivel a la paciente. ⁽²⁶⁾



III. JUSTIFICACIÓN

La patología mamaria benigna representa un problema clínico en aproximadamente el 30% de la población femenina. A pesar de este alto porcentaje, el adecuado diagnóstico y tratamiento oportuno de la patología mamaria benigna se realiza en pocas ocasiones en primer nivel de atención, derivado probablemente del bajo conocimiento que tiene el médico de primer contacto sobre esta enfermedad, provocando verdaderos estados de ansiedad en las mujeres, los cuales pueden persistir hasta la visita al especialista y a veces, hasta el final de las investigaciones, necesarias para confirmar la naturaleza benigna. Algunos estudios ponen de manifiesto un nivel poco aceptable del médico de primer contacto al explorar otras áreas del conocimiento y en ocasiones son las que primero se justifican como causa.

Existe gran variabilidad de los tratamientos en algunas áreas de la ginecología, así como diversidad de criterios y cambio constante de los mismos, sin embargo el conocer adecuadamente este padecimiento permite su detección y manejo oportuno.

De esta manera surge el interés por realizar el presente estudio para determinar, como paso inicial, la competencia que el médico de primer contacto tiene hacia la guía de práctica clínica de la patología mamaria benigna.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

4.1 Características socioeconómicas y culturales de la población en estudio

En el Censo de Población y Vivienda 2010, realizado por el INEGI, se contaron 112 millones 336 mil 538 habitantes en México. De los cuales 57, 481,307 corresponde a mujeres, de las cuales 52.9% de la población en edad reproductiva, entre 15 y 45 años. México está entre los once países más poblados del mundo. ⁽⁴⁶⁾

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010, dentro de la población residente en el estado de Aguascalientes en este año, se contabilizaron 608 mil 358 mujeres, ocupando el 52% de la población total. ⁽⁴⁶⁾

Los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID 2009) señalan que en Aguascalientes existen 309 369 mujeres en edad reproductiva. ^{(46) (47)}

Estado económico: En México, la población económicamente activa es de 50 273 465 personas, de las cuales 38.44% son mujeres, en el estado de Aguascalientes, es de 472 550 de los cuales el 36% son mujeres; en el área Metropolitana del estado de Aguascalientes es de 335 327, de los cuales el 42.41% son mujeres. La proporción de la población económicamente activa en México y el municipio de Aguascalientes es similar. ⁽⁴⁶⁾

En el estado de Aguascalientes en el 2010 las población de mujeres de 15 años y más económicamente activa ocupada es de 161 294 (35.18%), la población económicamente activa desocupada es de 6 532 (1.42%), la población económicamente no activa es de 289 267 (63.10%), y la población no especificada 1 331 (0.29%). ⁽⁴⁶⁾

Condición de alfabetismo: Población alfabeta de mujeres de 15 años y más en el estado de Aguascalientes es de 404 935 (95.91%), analfabeta es de 14 878 (3.52%), no especificado es de 2 388 (0.56%). ⁽⁴⁶⁾

Respecto al promedio en años de escolaridad de la población de 15 años y más en mujeres en el año 2010 a nivel Nacional es 8.48. ⁽⁴⁶⁾

El número de población de mujeres aseguradas en edad reproductiva 20-40 años en el IMSS en el estado de Aguascalientes en 2010 es de 175, 384. ⁽⁴⁸⁾

La población de mujeres en edad reproductiva en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) 7 es de 15, 573. Las características sociodemográficas de acuerdo al estado civil son el 80% casadas, el 10% solteras y el 10% restante se encuentra en unión libre, de acuerdo al número de hijos el 10% son primigestas, el 70% son secundigestas y el 20% tiene más de dos hijos vivos, referente a la escolaridad encontramos que presentan nivel primaria en un 60%, secundaria en un 30%, y licenciatura en un 10%. ^{(48) (49)}

4.2 Panorama del estado de salud

Más de la mitad de todas las mujeres desarrollarán alguna forma de enfermedad benigna después de los 20 años. ⁽²⁶⁾

La Organización Mundial de la Salud decidió denominarle displasia mamaria, con un significado más amplio, que incluye lesiones benignas y potencialmente malignas. 50% de mujeres en edad reproductiva tiene mastopatía fibroquística en forma clínica y en el 90% hay cambios histopatológicos. ⁽⁵⁰⁾

El Comité de Mastología del Instituto Universitario Dexeus reporta que en las pacientes operadas de mama la patología Benigna representa el 51.6 %. ⁽²⁶⁾

En México ocupa el primer lugar de enfermedades benignas y malignas de la mama. ⁽⁵¹⁾

Se acepta que el 90% de las mujeres experimentan alteraciones fibroquísticas y que estas resultan más acusadas en la edad fértil. ⁽⁵²⁾

Las lesiones benignas de la glándula mamaria son frecuentes y representan alrededor del 90% de las alteraciones vinculadas con la mama. ⁽⁵³⁾

El total nacional de atenciones de Enero a Diciembre del 2011 es de 124 126 862, en la Delegación Aguascalientes con un total de consultas otorgadas de 2 080 979. El total de consultas y distribución porcentual por servicio en la Delegación IMSS Aguascalientes para medicina familiar 1 401 925 (67.37) y para consulta de especialidades 276 556 (13.29) con respecto a intervenciones quirúrgicas 20 975 (35.6).⁽⁴⁸⁾

La población derechohabiente de la UMF 7 de la delegación Aguascalientes es de 29, 348 y beneficiarios 32, 926, en un día regular de consulta externa se atienden 288 usuarios por cada turno, con un total de 5,760 consultas por mes de medicina familiar en cada uno de los turnos matutino y vespertino promedio.^{(48) (54)}

En la UMF 7, en relación con la patología mamaria son en promedio 43 consultas por mes, de las cuales las más frecuentes son: fibroadenosis de mama, masa no especificada en la mama, fibroesclerosis de mama, trastornos inflamatorios de mama, tumor benigno de mama, hipertrofia de la mama.⁽⁵⁵⁾

4.3 Panorama del sistema de atención en salud

El IMSS cuenta en la ciudad de Aguascalientes en el primer nivel de atención con 11 unidades de Medicina familiar, las cuales están distribuidas seis en la capital del estado y cinco en las principales cabeceras municipales. Además de dos Hospitales Generales de Zona y una Unidad de Atención Médica Ambulatoria.

En las Unidades de Medicina familiar Urbana, existen 244 consultorios de primer nivel de atención, con horarios matutino, vespertino y nocturno, con jornadas habituales de 8 horas. El 57% cuenta con la especialidad en medicina familiar.

La Unidad de Medicina Familiar No. 7 cuenta con 24 consultorios repartidos en dos turnos, matutino y vespertino, que labora de lunes a viernes, con un médico de primer contacto atendiendo un promedio de 24 consultas por día/turno.

Nivel normativo: Norma oficial mexicana NOM-041-SSA2-2002, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. (56)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Nivel político: Plan nacional de desarrollo en la estrategia 16.4 habla sobre prevención a enfermedades de la mujer como el cáncer de mama. ⁽⁵⁷⁾

Programa de acción, tiene como objetivo la Acción para la Prevención y Control del Cáncer Mamario. ⁽⁵⁸⁾

Programa nacional de salud, fortalece el control de riesgos para la prevención de cáncer de mama. ⁽⁵⁹⁾

Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la Patología Mamaria Benigna en primer y segundo nivel de atención. Evidencias y Recomendaciones. Número de registro: IMSS -238-09. ⁽⁶⁰⁾

Guía de Referencia Rápida. Diagnóstico y Tratamiento de la Patología Mamaria Benigna en primer y segundo nivel de atención. Agosto 2009. Número de registro: IMSS -238-09. ⁽⁶⁰⁾

Guía de Procedimiento en patología mamaria para diagnóstico y Tratamiento. Instituto de Oncología Angel Roffo Universidad de Buenos Aires. Cretas Morgado, González Eduardo, Armanasco Eduardo, Azar Ma. Eugenia. ⁽⁶¹⁾

4.4 Distribución del problema

México cuenta con una población de 112 336 530 mil habitantes, de éstos 54 855 231 (48.83%) son hombres y 57 481 307 (51.16%) son mujeres. El estado de Aguascalientes, tiene una población de 1 184 996 habitantes, el 51.33% son mujeres y 48.77% son hombres. El municipio de Aguascalientes tiene una población de 797, 010 habitantes, de éstos el 51.51% son mujeres y el 48.49% son hombres. ⁽⁴⁶⁾

En el 2010 en el Estado de Aguascalientes viven: total 1, 184,996 habitantes, el 1.1% del total del país, de los cuales 608, 358 mujeres (51.4%) y 576,638 hombres (48.6%). Aguascalientes ocupa el lugar 27 a nivel nacional por su número de habitantes. ⁽⁴⁶⁾

En el estado de Aguascalientes el número de mujeres por grupo de edad es de 20-24 años 54 874, 25-29 años 49 036, 30-34 años 46 764, 35-39 años 45 685, 40-44 años 38 703, 45-49 años 31 778, 50-54 años 26 544, 55-59 años 19 583, 60-64 años 15 572, 65-69 años 11 109, 70-74 años 8 287, 75-79 años 5 811, 80-84 años 4 134, 85-89 años 2 281, 90-94 años 862, 95-99 años 322, 100 años y más 64. ⁽⁴⁶⁾

Situación conyugal: Mujeres de 12 años y más en el estado de Aguascalientes solteras 162 384 (35.42%), casadas al civil 29 973 (6.53%), casadas religiosamente 2 382 (0.51%), casadas al civil y religiosamente 172 421 (37.61%), en unión libre 39 127 (8.53%), separadas 15 659 (3.41%), divorciadas 11 095 (2.42%), viuda 24 818 (5.41%), no especificado 565 (0.12%). ⁽⁴⁶⁾

Religión: En el estado de Aguascalientes en el 2010 las población de mujeres católicas es 567 271 (93.24%), protestante y evangélicas 21 534 (3.53%), bíblicas diferente de evangélicas 5 943 (0.97%), judaica 62 (0.01%), otras religiones 341 (0.05%), sin religión 8 618 (1.41%), no especificado 4 589 (0.75%). ⁽⁴⁶⁾

En estudios realizados en México, la patología benigna mamaria, responden a mecanismos de tipo hormonal, factores externos como son los hábitos nutricionales y estilos de vida que interactúan entre sí creando un grupo de signos y síntomas muy variados. ⁽²⁶⁾

Los cambios en los valores hormonales durante los ciclos reproductivos de la mujer y a lo largo de su vida contribuyen a la diferenciación de la estructura y celularidad glandulares. En mujeres con antecedente de enfermedad benigna se eleva el riesgo, principalmente cuando el resultado histopatológico es de hiperplasia de células ductales o lobulillares. En pacientes con hiperplasia atípica aumenta de 4 a 5 veces el riesgo de padecer cáncer. ⁽⁶²⁾

Por eso, el riesgo de las EMB suele asociarse al estado menopaúsico y hormonal. Los siguientes pueden considerarse factores de riesgo con un grado diferente de asociación: anticonceptivos orales, edad a la que se tuvo el primer hijo nacido vivo, nuliparidad, lactancia materna, edad de la menopausia, estado socioeconómico, educación, raza y

antecedentes familiares de cáncer de mama. Estos cambios resultan normales para muchas mujeres, sin una causa identificable. ⁽⁵²⁾

4.4 Gravedad del problema

Hay un déficit de aplicación de las guías y, además, esta escasa implantación supone un efecto negativo en los pacientes. ⁽²⁴⁾

En muchas ocasiones, el primer médico al que la mujer acudirá para consultar acerca de síntomas mamarios o en busca de una primera orientación, será precisamente el médico de cabecera. ⁽⁶³⁾

Un factor trascendental que retrasa el diagnóstico de la patología, y que ha sido reportado reiteradamente en la literatura, es la falta de conocimientos, entrenamiento y actualización del personal de salud, particularmente los médicos de primer contacto, para detectar la patología mamaria.

Múltiples testimonios plantean que el médico al cual acudieron para la revisión anual de rutina o por sospecha de alguna anormalidad en el seno no tenía conocimientos precisos ni recientes sobre el diagnóstico y el procedimiento clínico. ^{(64) (65)}

Aunque el cáncer de mama es por su frecuencia y gravedad la patología a descartar, no por ello debe dejarse sin diagnosticar y tratar a la paciente que sufre un proceso mamario benigno.

La patología benigna es mucho más frecuente que la maligna en la mujer y normalmente se maneja mal, se diagnostica peor y raras veces se trata adecuadamente. Dicha patología puede causar grandes trastornos y malestar a quien la sufre. ⁽⁶³⁾

Diversos estudios han determinado la asociación entre los diferentes factores de riesgo y el cáncer de mama, entre los cuales se encuentran los hormonales, genéticos, ambientales y enfermedad benigna de la mama. ⁽⁶²⁾

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Es bien sabido que algunas patologías benignas de mama se relacionan a procesos malignos, tal es el caso de las lesiones proliferativas de la glándula mamaria son potenciales precursores de Cáncer de mama.

Las lesiones proliferativas sin atipia tienen un riesgo de 1.9 veces (rango de 1.5 a 2.0) para desarrollar cáncer de mama.

Las lesiones proliferativas con atipia tienen un riesgo de 5.3 veces (rango de 3.9 a 13) para desarrollar cáncer de mama. ⁽²⁶⁾

4.4 Factores más importantes que pueden influir en el problema

Aunque partimos de la premisa de que el uso de las guías es útil, hay limitaciones en su elaboración y su aplicación práctica.

Hay problemas en la implantación de las guías clínicas a pesar del reconocimiento de su utilidad. El mero hecho de realizarlas y publicarlas no significa que se apliquen.

Se han descrito múltiples impedimentos para que los médicos cumplan con las guías. Algunas de estas barreras se relacionan con el conocimiento, y en ocasiones son las que primero se justifican como causa. Los problemas que se relacionan con la ausencia de conocimiento o falta de familiaridad con la guía se refieren a la accesibilidad de éstas, el tiempo, la sobrecarga de información científica, etc.

Otro tipo de barreras se relaciona con el comportamiento del médico, ya sea por factores dependientes del paciente (preferencias, condicionantes culturales) o de la propia guía (complejas, recomendaciones discordantes) o los factores ambientales, como la ausencia de recursos (tiempo y sistemas de información), falta de incentivos o restricciones que emergen desde la organización a la que se pertenece.

Por último, se describen barreras a la implementación relacionadas con las actitudes, entre las que destacan situaciones como la falta de acuerdo con las guías en general o en particular; la ausencia de expectativas sobre el resultado final, la falta de confianza en la

capacidad de llevarlas a cabo, los hábitos y las rutinas o la propia experiencia acumulada pueden ser factores que determinen el incumplimiento. ⁽²⁴⁾

4.5 Argumentos convenientes de que el conocimiento disponible para solucionar el problema no es suficiente para solucionarlo

La patología benigna de la mama representa uno de los principales motivos de consulta, como se mencionó anteriormente representa el 51.6 %, a pesar de este alto porcentaje, la detección y tratamiento oportuno de la patología mamaria benigna, se realiza en muy pocas ocasiones en el primer nivel de atención, derivado probablemente del bajo conocimiento que tiene el médico familiar sobre esta enfermedad. Algunos estudios ponen de manifiesto un nivel poco aceptable del médico familiar al explorar otras áreas del conocimiento, motivo por el cual el médico familiar debe conocer adecuadamente este padecimiento.

No se tienen evidencias bibliográficas sobre el conocimiento que el médico familiar tiene sobre la patología mamaria benigna en esta delegación.

4.6 Otros proyectos relacionados con el mismo problema

Vázquez-Cantú, et al. Realizan un estudio observacional, unicéntrico y transversal con el objetivo de identificar el conocimiento de estudiantes de medicina sobre las GPC del CENETEC México, en 150 alumnos de la Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP). Se aplica una encuesta orientada hacia el conocimiento acerca de la MBE y la existencia de las GPC, para favorecer la toma de decisiones clínicas. Encuentran cuarenta y seis estudiantes (30.6%) tienen conocimiento sobre la existencia de GPC-CENETEC. De éstos, el 21.7% las conoce por medios de comunicación, el 50% por medio de un médico, el 10.8% por amigo/compañero y el 17.5% por familiares. El 58.7% piensa que las GPC son completas y orientan a un diagnóstico más preciso. El 43.4% considera que las GPC no pueden aplicarse a todo tipo de pacientes. El 67.5% las usa como único recurso para el tratamiento de enfermedades. El 87% sí las toma en cuenta para futuros diagnósticos. El 67.5% las considera porque

aportan mayor confianza, y el 65.2% recomienda su utilización. Concluyen que el conocimiento por parte de los estudiantes de Medicina acerca de las GPC es limitado. ⁽¹⁾

Egocheaga Isabel, et al. Publican el estudio titulado Conocimiento y aplicación en la práctica real del Documento de consenso S.E.N.-semFYC sobre la enfermedad renal crónica; en el año 2007 realizan un documento de consenso para disminuir la variabilidad en la práctica clínica en la detección, tratamiento y derivación de la enfermedad renal crónica (ERC). Con el objeto de evaluar a los dos años de su publicación el conocimiento, difusión, grado de acuerdo y aplicación del Documento de consenso S.E.N.- semFYC sobre la enfermedad renal crónica. Se realiza un estudio transversal, descriptivo y observacional realizado en 476 médicos, incluyen médicos de Atención Primaria (AP) y nefrólogos, mediante encuesta de opinión. En los resultados se obtiene; de los 326 médicos de AP y 150 nefrólogos encuestados, 51,1 % y 89,6 % respectivamente conocen el Documento de consenso. El 70,8 % de los nefrólogos lo considera muy necesario, con alto grado de acuerdo con sus contenidos. Los médicos de AP valoran más su utilidad práctica (63,2 % AP vs. 52,1 % nefrólogos). El mayor grado de desconocimiento en AP (> 20 % de los encuestados) incluye recomendaciones sobre la idoneidad del estudio ecográfico en varones con ERC mayores de 60 años y sobre los criterios de derivación a Nefrología. El grado de aplicación de las recomendaciones entre ambos especialistas resulta muy variable, siendo superior en nefrólogos. ⁽²⁾

Nora Hilda Segura Méndez y col. Publican el estudio transversal para evaluar el conocimiento de médicos generales acerca de las actualizaciones más recientes de las guías GINA y ARIA 2006. Participan 69 médicos de primer contacto a los que se les aplica un cuestionario de evaluación de 30 preguntas: 20 sobre asma (GINA) y 10 sobre rinitis alérgica (ARIA) antes y al término del curso-taller. Se encuentra mejoría en la calificación después de la maniobra educativa en asma y rinitis alérgica con una $p = < 0.05$. ⁽⁴⁾

J. A. Divisón y col. Realizan un estudio epidemiológico, descriptivo y multicéntrico en Atención Primaria, para conocer el grado de conocimiento y aplicación de las guías de hipertensión en Atención Primaria y conocer la opinión del médico acerca del uso de la terapia combinada. Participan 621 médicos. El grado de conocimiento y acuerdo con las

recomendaciones de las guías era elevado y, sin embargo, el grado de aplicación es más bajo: un 30%-40% de los médicos las aplican ocasionalmente o casi nunca. Se concluye que la aplicación de las recomendaciones de las guías, en cuanto a uso de la terapia de combinación a dosis bajas, debería mejorar ya que parece demostrado que ésta es eficaz y bien tolerada, por lo que puede contribuir a un mejor control de la hipertensión arterial. ⁽⁸⁾

A nivel local, Aguascalientes, con respecto a proyectos relacionados con patología de mama se encuentra las siguientes tesis:

Utilidad diagnóstica de la resonancia magnética en comparación con la mastografía y USG. Preciado Vargas, Jaqueline. 2011. Objetivo: Evaluar la sensibilidad y especificidad así como los valores predictivos positivos y negativos de la Resonancia Magnética, Mastografía y Ultrasonido, en pacientes con cáncer de mama tratadas con cirugía conservadora en la búsqueda de recidiva tumoral. Resultados: Se obtiene de los estudios de sospecha de recidiva en 2 pacientes, una vista por el ultrasonido que correspondía a una masa con elastografía positiva, no vista pos mastografía, y con curva ascendente por RM. Se realizó marcaje por US con reporte histopatológico de benignidad. Otra paciente con sospecha vista por RM con ganglio contralateral con pérdida del hilio graso así como reforzamiento tras el medio de contraste con una curva tipo III, que estas adenopatías son vistas por mastografía con pérdida del hilio graso. Reporte histopatológico de benignidad.

Funcionalidad Conyugal y cáncer de mama. Carranza Chávez, Liliana Del Rosario. 2010. Objetivo: Determinar la afectación de la funcionalidad Conyugal en mujeres con Cáncer de Mama en la Delegación IMSS Aguascalientes. Resultados: Se determinó la afectación de la funcionalidad conyugal en 100 mujeres con cáncer de mama en la delegación IMSS Aguascalientes, comparándolo con 6 meses previos al diagnóstico.

Factores asociados a recurrencia en cirugía conservadora de mama. Medina Ramírez, Carlos Gerardo. 2008. Objetivo: Analizar la experiencia en el tratamiento de las pacientes con cáncer de mama sometidas a cirugía conservadora de mama en el Centenario Hospital Miguel Hidalgo. Analizar los factores de riesgo para recurrencia de la enfermedad. Resultados: La influencia de cada una de las variables cualitativas independientes fueron analizadas en relación al evento final (recurrencia, complicaciones

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

y resultado quirúrgico) por medio de la prueba chi cuadrada. En el caso de las variables cuantitativas. Se consideró como significancia estadística cuando el valor de p fue menor a 0.05.

Marcadores clínicos, histopatológicos para el cáncer de mama. Ortiz Flores Claudia Carolina. 2007. Objetivo: Realizar un estudio bibliográfico sobre los avances en la utilización de marcadores clínicos, histopatológicos y moleculares para la detección y seguimiento del cáncer de mama.

Habilidades del médico familiar para la detección oportuna del cáncer de mama. Tiscareño Chávez, María Del Rosario. 2005. Objetivo: Describir las habilidades que tiene el médico familiar para la detección oportuna del cáncer de mama en las UMF No. 7,8 y 9 del IMSS de Aguascalientes. Resultados: Las habilidades fueron regulares en el 89.2% y malas en el 10.8% de los médicos, no se encontraron habilidades correspondientes al buen nivel de dominio.

Factores de riesgo que se asocian a cáncer de mama. Mireles Delgado Hernán. 2000. Objetivo: Medir la fuerza de asociación que existe entre los factores de riesgo y el cáncer de mama. Resultados: Pacientes con AHF positivos tienen 30 veces más posibilidades de presentar cáncer de mama, pacientes mayores de 40 años tienen 25 veces más posibilidades de presentar cáncer de mama, pacientes con una menarca precoz tienen 10.2 veces más posibilidades de presentar cáncer de mama. No se encontró fuerza de asociación con los siguientes factores de riesgo: estrato socioeconómico, urbanidad, paridad tardía, nuliparidad y ausencia de lactancia.

4.7 Información que se espera obtener

Los conocimientos adquiridos se convierten en absolutos debido al avance de la ciencia.

Hoy en día adquirir conocimientos, actitudes y habilidades permitirá al médico de primer contacto desempeñarse de manera competente en su vida profesional.

Ayudará a obtener mejores resultados ya que permitirá a los médicos a implementar un seguimiento individualizado de cada paciente, según lo amerite la sumatoria de sus factores de riesgo.

La información será muy útil para sensibilizar a los médicos de primer contacto a los cambios en la prevención, así como realizar un diagnóstico temprano que influya en la disminución de la ansiedad y la preocupación en las mujeres ante signos o síntomas relacionados con la glándula mamaria, ya que su diagnóstico diferencial siempre será el cáncer de mama.

Permitirá reforzar el conocimiento de los criterios clínicos para: estandarizar criterios unificados para un diagnóstico oportuno, tratamiento y disminuir la referencia de patología mamaria benigna al segundo nivel de atención, optimizar los recursos diagnósticos y de tratamiento en patología mamaria benigna.

Además la patología mamaria benigna representa un problema de salud de alto costo causada por el número de intervenciones quirúrgicas mamarias innecesarias, por ello la importancia de elevar el nivel de conocimiento del médico familiar en el diagnóstico de esta patología.

La competencia clínica por parte de los médicos de primer contacto influye en forma importante, en diversos aspectos sociales y de salud; desde la oportunidad de que la paciente cuente con un diagnóstico oportuno, lo que mejora en gran medida su pronóstico, hasta disminuir los costos en el sistema de salud y proporcionar una mejor calidad de vida de las pacientes.

4.7 Naturaleza del problema

El nivel observacional no se ha superado ya que no se cuenta con artículos de competencia clínica sobre la guía de práctica clínica de patología mamaria benigna por parte del médico de primer contacto al realizar una búsqueda exhaustiva.

La literatura publicada sólo evidencia obstáculos que hacen que las guías de práctica clínica no se lleven a cabo, entre los cuales se encuentran: desconocimiento de la existencia de la guía, falta de familiaridad con la guía, desacuerdo con las guías, falta de capacidad por parte del clínico, ausencia de resultados esperados, falta de motivación o inercia de la práctica clínica y barreras externas. ⁽²¹⁾

No cabe duda que la correcta preparación del médico, apoyándose en el indiscutible valor de la clínica, permite brindar una atención de calidad, pero no siempre es suficiente y se requiere de otros recursos para completar la asistencia que merece el paciente. ⁽⁶⁶⁾

La gran variabilidad de los tratamientos en algunas áreas de la ginecología, la diversidad de criterios y el cambio constante de los mismos, producen un vuelco de las normas rígidas a la flexibilidad de las guías o recomendaciones; adaptándose a las nuevas conductas sustentadas en la medicina basada en las evidencias. Es decir, tratar de mejorar las estrategias en la toma de decisiones, uniformar criterios, minimizar el error, disminuir la variabilidad interprofesional, orientar a los médicos en formación, aplicarla en la atención primaria, optimizar los recursos económicos, humanos y dar un respaldo médico-legal.

Las guías de práctica clínica pretenden brindar al médico una herramienta, una síntesis de las patologías, su diagnóstico y tratamiento, con las conclusiones y recomendaciones basadas en las evidencias. ⁽⁶⁷⁾

Las guías clínicas tienen un papel relevante como herramienta de apoyo y mejora en nuestra práctica clínica diaria; el beneficio de su uso es indudable, ya que no aplicarlas se relaciona con una peor evolución y la realización de programas que mejoren su implantación reduce la morbimortalidad. ⁽²⁴⁾

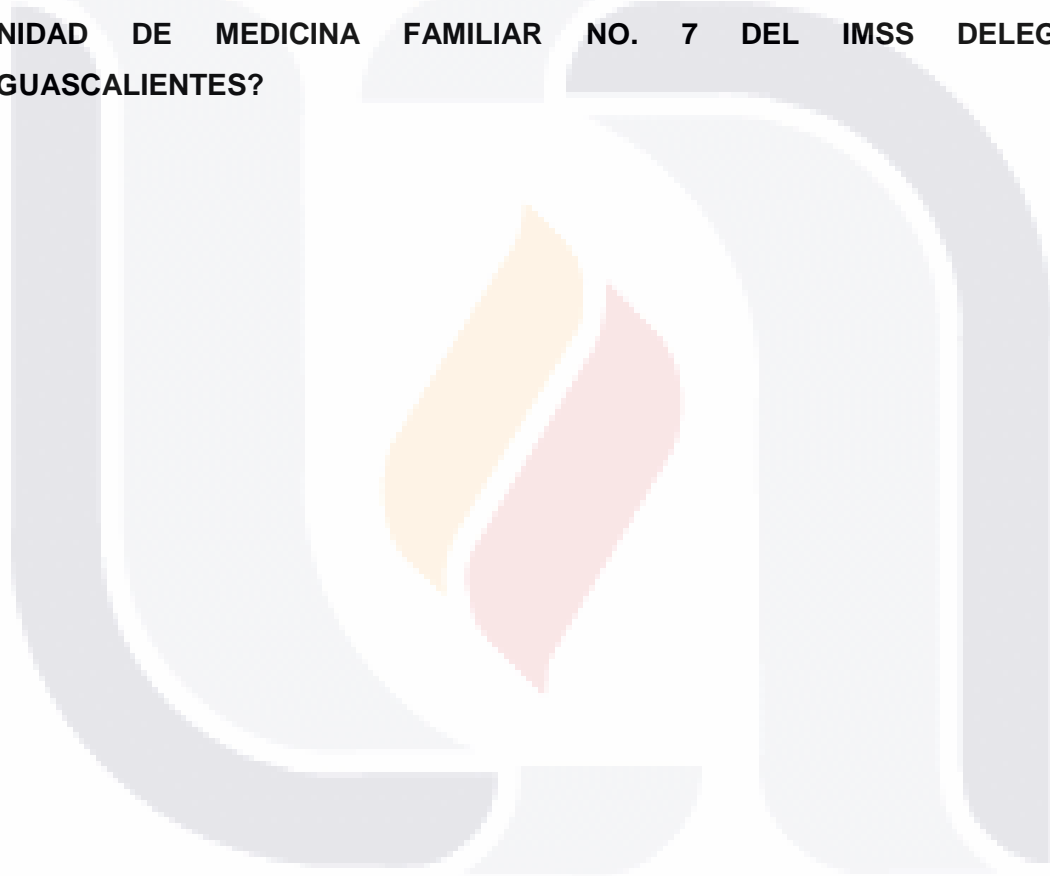
En la Delegación IMSS Aguascalientes

El problema se sitúa en un nivel observacional ya que no se tiene identificado cuál es la competencia clínica por parte del médico de primer contacto sobre la guía de práctica clínica de la patología benigna de mama.

A partir del planteamiento anterior se apoya la falta de información sobre la competencia clínica hacia la guía de práctica clínica de patología mamaria benigna y se desprende la pregunta del presente estudio.

4.8 Pregunta de investigación

¿CUÁL ES LA COMPETENCIA CLÍNICA DEL MÉDICO DE PRIMER CONTACTO HACIA LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 7 DEL IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES?



V. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

- Determinar la competencia clínica del médico de primer contacto hacia la guía de práctica clínica de patología mamaria benigna en la Unidad de Medicina Familiar No. 7 del IMSS, delegación Aguascalientes.

5.2 Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de los médicos de primer contacto en la Unidad de Medicina Familiar No. 7 del IMSS, delegación Aguascalientes.
- Identificar la competencia clínica en el nivel de conocimientos que el médico de primer contacto tiene hacia la guía de práctica clínica de la patología mamaria benigna.
- Identificar la competencia clínica en el nivel de habilidades que el médico de primer contacto tiene hacia la guía de práctica clínica de la patología mamaria benigna.
- Identificar la competencia clínica en el nivel de actitud que el médico de primer contacto tiene hacia la guía de práctica clínica de la patología mamaria benigna.

VI. HIPÓTESIS DE TRABAJO

No necesita hipótesis por ser un trabajo de tipo descriptivo. Cuando se tengan los resultados, se pondrán hacer conclusiones que generen una hipótesis de tipo explicativo.



VII. METODOLOGIA

7.1 Logística

Para realizar el presente trabajo de investigación, se comenzó con la validación del instrumento obteniendo ítems concordantes con los puntos clave para determinar la competencia clínica que deben tener los médicos de primer contacto sobre la guía de práctica clínica de Patología mamaria benigna.

Posterior a la validación del instrumento se contó con el permiso de los directivos de la UMF 7 junto con los delegados sindicales para la aplicación de dicho cuestionario, estableciéndose los tiempos adecuados para ingresar al campo de investigación sin interferir con las actividades de los médicos. Se inició con la aplicación de una prueba piloto a médicos de primer contacto, posteriormente se aplicó a los médicos de la UMF No. 7 de ambos turnos. Dicho cuestionario se basó en la guía de práctica clínica de patología mamaria benigna, se elaboró con 4 secciones: la primera sección constó de una ficha de identificación. La segunda sección constó de 15 preguntas de tipo cerradas con dos opciones de respuesta de tipo dicotómicas, de Falso y Verdadero. La tercera sección consistió en 10 preguntas basadas en la escala de Likert con cinco opciones de respuesta en la cual el 5 correspondió a completamente de acuerdo, 4; de acuerdo, 3; No se mi postura al respecto, 2; en desacuerdo, 1; Completamente en desacuerdo. La cuarta sección constó de un caso clínico con 17 preguntas de tipo cerradas con dos opciones de respuesta de tipo dicotómicas, de tipo Falso y Verdadero.

Dicho cuestionario abarcó lo correspondiente a definición, estadísticas, factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento de la patología mamaria benigna, basada en las competencias que refiere la guía de práctica clínica.

7.2 Instrumento

Se empleó la técnica de cuestionario auto aplicado para medir la competencia clínica del médico de primer contacto sobre la guía de práctica clínica de patología mamaria benigna, que constó de 42 ítems compuesto de 3 dimensiones las cuales fueron:

Cognoscitivo: 15 ítems, Actitud: 10 ítems y Habilidad: 17 ítems, las dimensiones cognoscitiva y de habilidad valorados por una escala dicotómica, de tipo falso y verdadero, para la validación del instrumento se utilizó la validez de contenido con los expertos y la validez aparente con la aplicación de los cuestionarios.

La dimensión correspondiente al área de actitud valorada por una escala de acuerdo o desacuerdo de 5 grados, tipo Likert que va de 5 (completamente de acuerdo) hasta 1 (completamente desacuerdo). **(ANEXO A)**

La validez aparente se llevó a cabo mediante un pilotaje en 46 médicos de primer contacto, en forma unidimensional. La validez de contenido se llevó a cabo por un grupo de expertos, los cuales refirieron que cada ítem corresponde al concepto y dimensión. La confiabilidad de acuerdo al método de Cronbach fue para para la actitud de 0.698 y una varianza explicada de 29.061%.

Una vez obtenida la información, se sometió al análisis estadístico correspondiente para obtener los resultados y se realizó el reporte escrito.

7.3 plan de análisis

La captura y análisis de los datos se llevó a cabo en el paquete estadístico SPSS 21, se obtuvo tablas de frecuencias y porcentajes para variables sociodemográficas y para su representación visual se utilizó gráficas de sectores, mientras que en las variables de estudio (Aspectos cognitivos, conductuales y habilidades), se utilizó gráficas de sectores y de barras, así como tablas de frecuencias y porcentajes.

7.4 Tipo de diseño

Observacional, descriptivo, transversal.

POBLACION DE ESTUDIO: Médicos de primer contacto de la UMF 7 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes.

UNIVERSO: Todos los médicos de primer contacto de la UMF 7 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes.

UNIDAD DE OBSERVACION: Médicos de primer contacto adscritos a la UMF 7 de los turnos matutinos y vespertino.

POBLACION BLANCO: Médicos de primer contacto de la UMF 7

UNIDAD DE ANALISIS: Médicos de primer contacto que contestaron el cuestionario basado en la guía de práctica clínica de patología mamaria benigna.

7.5 Criterios para la selección de la población

INCLUSION:

Todos los médicos de primer contacto de la UMF 7
Que aceptaron contestar el cuestionario
Que otorguen consulta en el primer nivel de atención

EXCLUSION

Aquellos médicos que rechazaron participar en la aplicación del cuestionario

7.6 Tipo de muestreo

Por conveniencia

7.7 Tamaño de la muestra

No se requirió calcular el tamaño de muestra porque se tomó todo el universo de médicos que laboran en las UMF 7.

7.8 Definición de variables

- A) Variable dependiente: competencia clínica de los médicos de primer contacto hacia la guía de práctica clínica de patología mamaria benigna.

Para determinar la competencia clínica se utilizarán tres dimensiones:

1. Conocimiento (Variable categórica nominal)
2. Actitud (Variable categórica nominal)
3. Habilidades (Variable categórica nominal)

- B) Variable independiente

Variables sociodemográficas:

1. Edad (Variable cualitativa ordinal)
2. Sexo (Variable cualitativa nominal)
3. Estado civil (Variable cualitativa nominal)
4. Años laborados (Variable cualitativa ordinal)
5. Categoría (Variable cualitativa nominal)
6. Turno (Variable cualitativa nominal)

7.9 Plan de recolección de información

Se empleó la técnica de cuestionario auto aplicado el cual fue entregado personalmente en cada uno de los consultorios y ambos turnos, la recolección de éste se realizó el mismo día para no interferir con su jornada laboral.

7.9 Aspectos éticos

De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de Investigación para la Salud, vigente en nuestro país, el presente trabajo se realizó conforme al Título segundo, capítulo 1, artículo 17 categoría "I" que dice: "Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que

participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta, lo cual no provoca ningún daño. Así mismo, la investigación no viola ninguna recomendación y está de acuerdo con éstas para guiar a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos contenida en la declaración de Helsinki, enmendada en la 41° Asamblea Médica Mundial en Hong Kong en Septiembre de 1989 y Edimburgo, Escocia, Octubre 2000 y la nota de Clarificación del párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002.

El proyecto se apegará a lo dispuesto en el reglamento de la Ley Federal de Salud en materia de investigación para la salud. El criterio que prevalecerá es el de respeto a la dignidad y protección de los derechos y el bienestar de los participantes, se evitará hacer juicios o comentarios acerca de las respuestas vertidas en los cuestionarios y se asegurará la confiabilidad de dichos datos (artículo 13). La participación será voluntaria y se protegerán los principios de individualidad y anonimato de los sujetos de investigación (artículo 14, fracción V). Esta investigación se considera sin riesgo para el sujeto de estudio, ya que no habrá procedimientos invasivos (artículo 17, fracción 11).

7.10 Carta de consentimiento informado

Se realizó una carta de consentimiento informado donde el médico aceptó participar de forma anónima, voluntaria y confidencial en la aplicación del cuestionario, donde se especificó que su participación no tiene repercusión en su actividad laboral, y no se evaluó su capacidad médica. **(ANEXO B)**

7.11 Operacionalización de variables

Se elaboraron cuadros de trabajo para las variables que se manejan en el estudio. **(ANEXO C)**

7.11 Técnica de recolección de datos

Se llevó a cabo un cuestionario de tipo auto aplicado.

Se abordó al médico de primer contacto de la UMF No. 7, se le explicó en que consiste el cuestionario, se le dio a conocer la carta de consentimiento informado y se le pidió que lo firmara si estaba de acuerdo en contestar el cuestionario.

Para mejorar la calidad de la recolección de datos se realizó un manual operacional donde se describió cada una de las dimensiones del instrumento ítem por ítem. **(ANEXO E)**

7.12 Productos esperados

Datos que apoyaron la competencia clínica hacia la Guía de práctica clínica de la patología mamaria benigna por médicos de primer contacto en la UMF 7 de la delegación IMSS Aguascalientes, que aportaron a la literatura y conocimiento médico áreas aún no explotadas y que ayudaron a mejorar diversos aspectos de una de las enfermedades más prevalentes en nuestro medio.

7.13 Recursos

Recursos humanos

Personal participante en la investigación: Investigador principal médico residente de Medicina Familiar ⁽¹⁾, investigador responsable metodológico y temático, perteneciente al área de Investigación de la Delegación IMSS Aguascalientes ⁽¹⁾.

Recursos materiales

Computadora para realización del protocolo y análisis estadístico de los datos SPSS 21, office ⁽¹⁾, material de oficina (Hojas, bolígrafos, fotocopias)

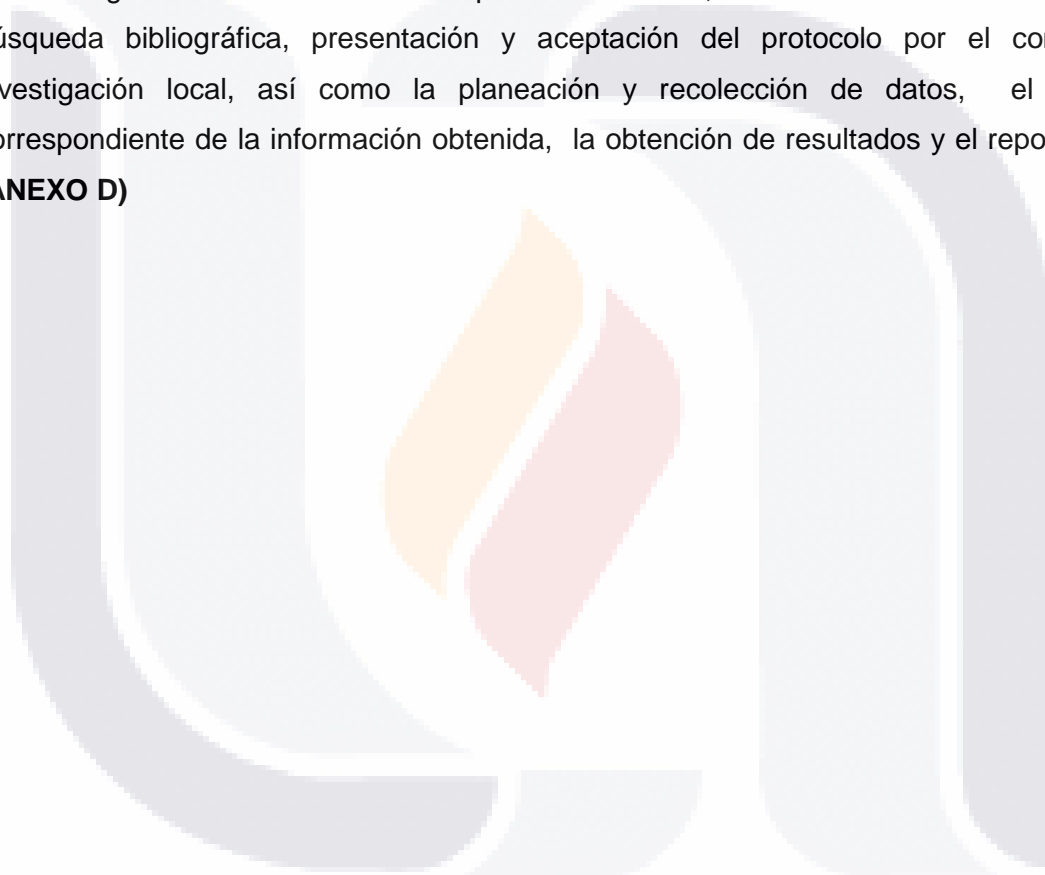
Recursos financieros

Fue cubierto por los investigadores participantes ya que no requirió de apoyo económico externo.

7.14 Cronograma

La investigación se realizó en un lapso de 6 meses, elección del tema a investigar, búsqueda bibliográfica, presentación y aceptación del protocolo por el comité de investigación local, así como la planeación y recolección de datos, el análisis correspondiente de la información obtenida, la obtención de resultados y el reporte final.

(ANEXO D)

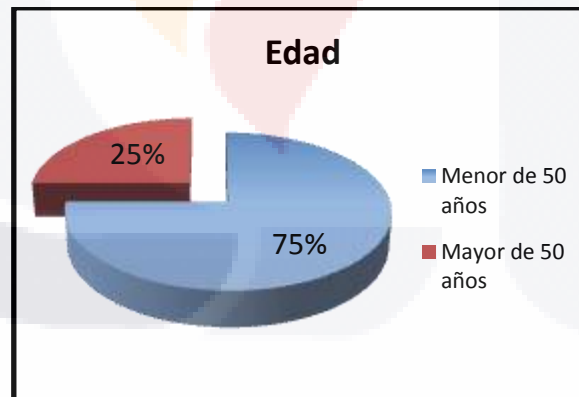


VIII. RESULTADOS

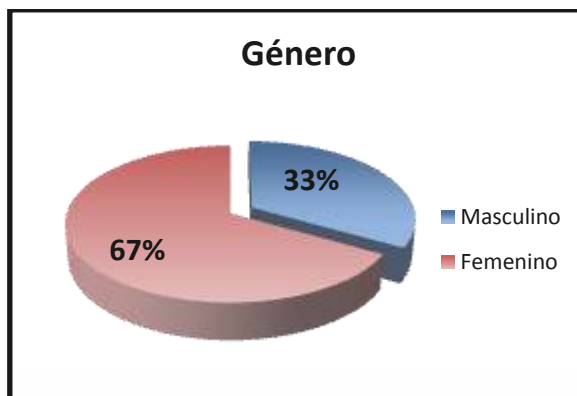
A continuación se describen los resultados de las variables sociodemográficas, las tres dimensiones que midieron la competencia del médico hacia la guía de práctica clínica de patología mamaria benigna las cuales fueron; conocimientos adecuados, las actitudes hacia la GPC y lo inherente a sus habilidades para aplicarla.

8.1 Variables sociodemográficas

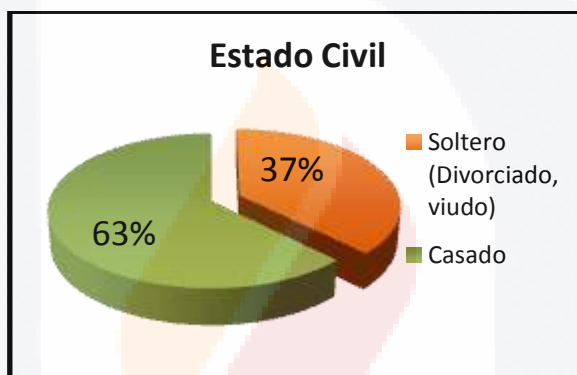
Con respecto a la edad, se categorizó de acuerdo con ser mayor o menor de 50 años, y se obtuvo que de los 24 médicos encuestados, el 75% fueron menores de 50 años, mientras que el restante 25% fueron mayores. **(Gráfica 1, Tabla 3)**; el 67% correspondió a mujeres y el 33% a hombres **(Gráfica 2, Tabla 3)**; con respecto al estado civil, el 37% asumió entrar sin pareja (soltero, divorciado o viudo) y el restante 63% fueron casados **(Gráfica 3, Tabla 3)**, en los años trabajando para el instituto se obtuvo que el 79% contó con menos de 15 años y el restante 21% con más de 15 años. **(Gráfica 4, Tabla 3)**



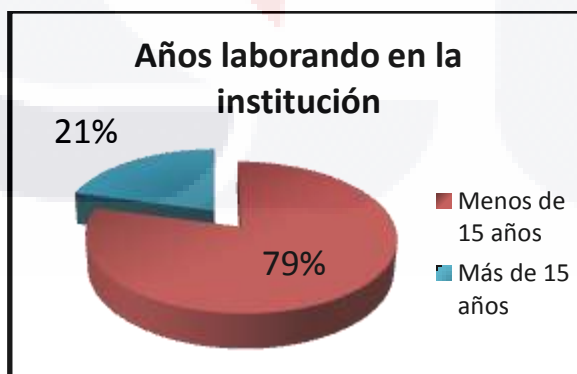
Gráfica 1. Edad.



Gráfica 2. Género.

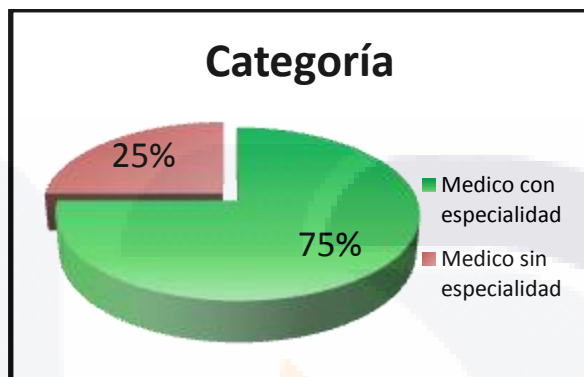


Gráfica 3. Estado civil.

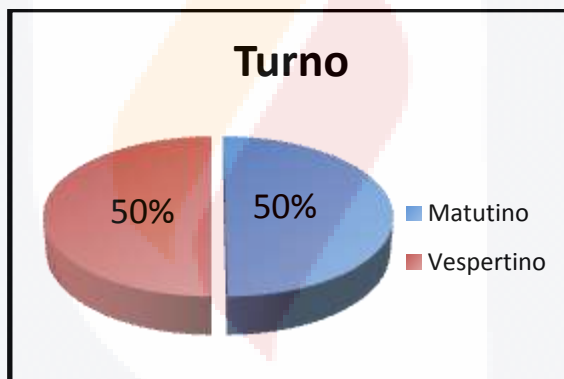


Gráfica 4. Años laborando en la institución.

Con respecto a la categoría se obtuvo que el 75% de los médicos encuestados contó con alguna especialidad y el restante 25% no contó con una (**Gráfica 5, Tabla 1**), finalmente en relación al turno, la muestra encuestada de 24 médicos se distribuyeron 50% respectivamente para cada turno. (**Gráfica 6, Tabla 1**)



Gráfica 5. Categoría.



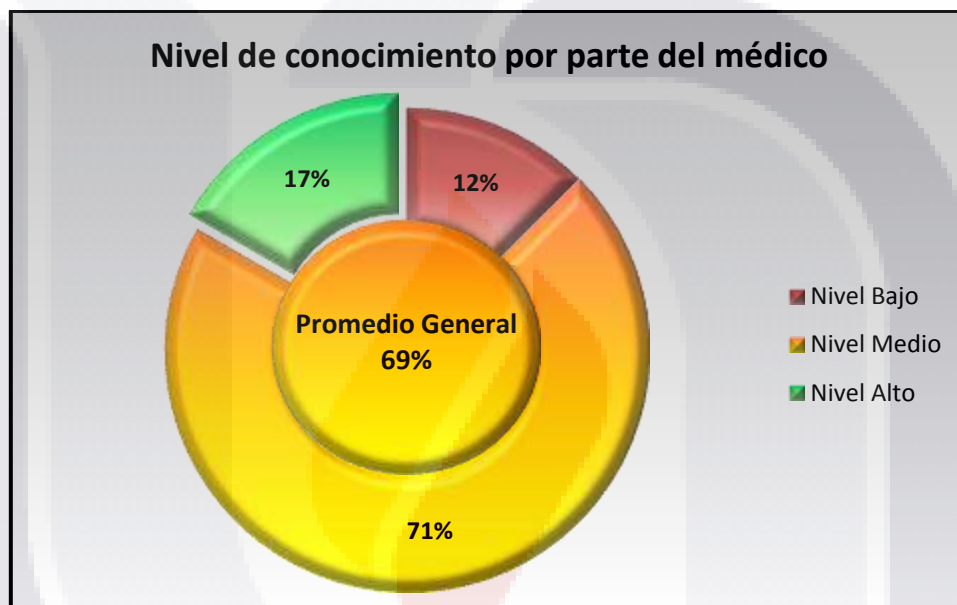
Gráfica 6. Turno.

Tabla 3. Variables Sociodemográficas.

Variables Sociodemográficas			
Ítem	Respuestas	Recuento	%
Edad	Menor de 50 años	18	75%
	Mayor de 50 años	6	25%
Género	Masculino	8	33%
	Femenino	16	67%
Estado civil	Soltero (Divorciado, viudo)	9	38%
	Casado	15	63%
Años laborando en la institución	Menos de 15 años	19	79%
	Más de 15 años	5	21%
Categoría	Medico con especialidad	18	75%
	Medico sin especialidad	6	25%
Turno	Matutino	12	50%
	Vespertino	12	50%

8.2 Conocimientos por parte del médico hacia la guía de práctica clínica de patología mamaria benigna

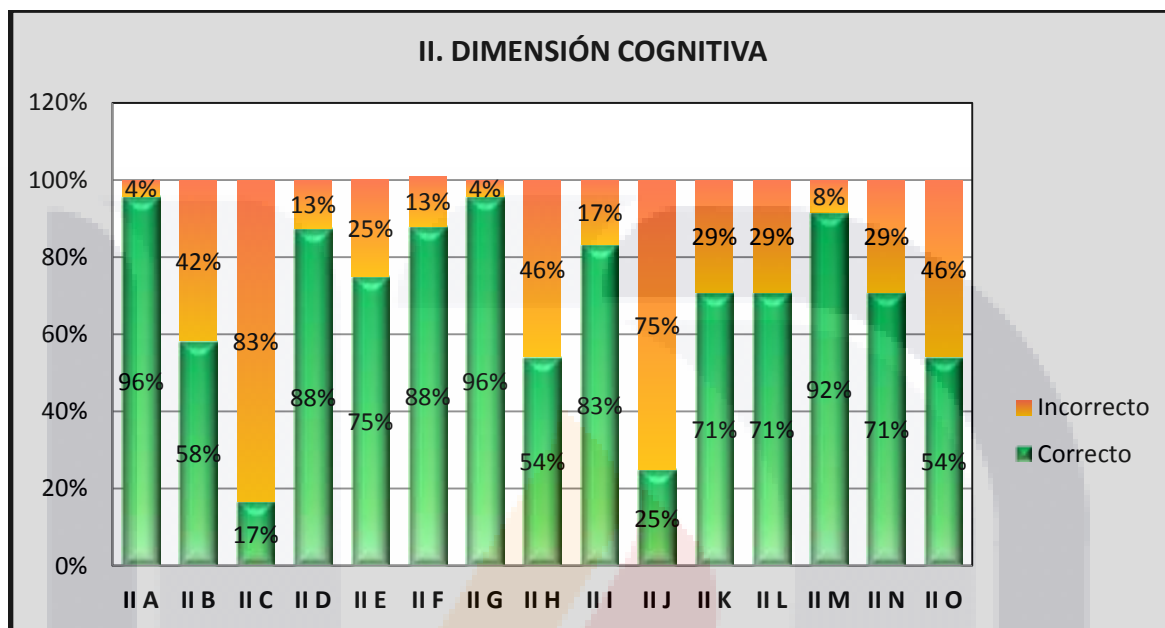
Con respecto a los médicos en promedio se encontró un nivel de conocimientos MEDIO ya que se obtuvo en general un 69% de aciertos, el 71% de los médicos se colocó en un nivel medio, seguidos por el 17% en un nivel de conocimientos alto y 12% se colocó en un nivel bajo. (Gráfica 7)



Gráfica 7. Nivel de conocimiento por parte del médico.

En cuanto a las preguntas de conocimientos sobre la GPC, se encontró mayor puntaje de aciertos fue en el ítem II A. (Tengo el conocimiento suficiente para detectar patología mamaria benigna en mi consulta diaria) en donde el 96% estuvo de acuerdo con esto, así como en el caso del ítem II G en donde el 96% conoció que las lesiones proliferativas de la mama son precursoras potenciales para cáncer de mama; la siguiente con más aciertos fue la pregunta II M son causas de descarga del pezón: fisiológica, traumática y patológica) en donde el 92% contestaron correctamente que esta afirmación es falsa; en seguida con 88% de respuestas acertadas por igual fueron las preguntas II D (El porcentaje de mujeres que presenta mastalgia a lo largo de su vida, sin patología subyacente, es del 5%.) y II F (La patología mamaria benigna de mayor frecuencia es el fibroadenoma mamario) y finalmente la 6ta que acertaron los médicos fue la pregunta II I.

(H De 20 a 40 años es el rango de edad de mayor presentación de fibroadenoma mamario) en donde el 83% contestó adecuadamente la respuesta “verdadero”. **(Gráfica 8, Tabla 4)**

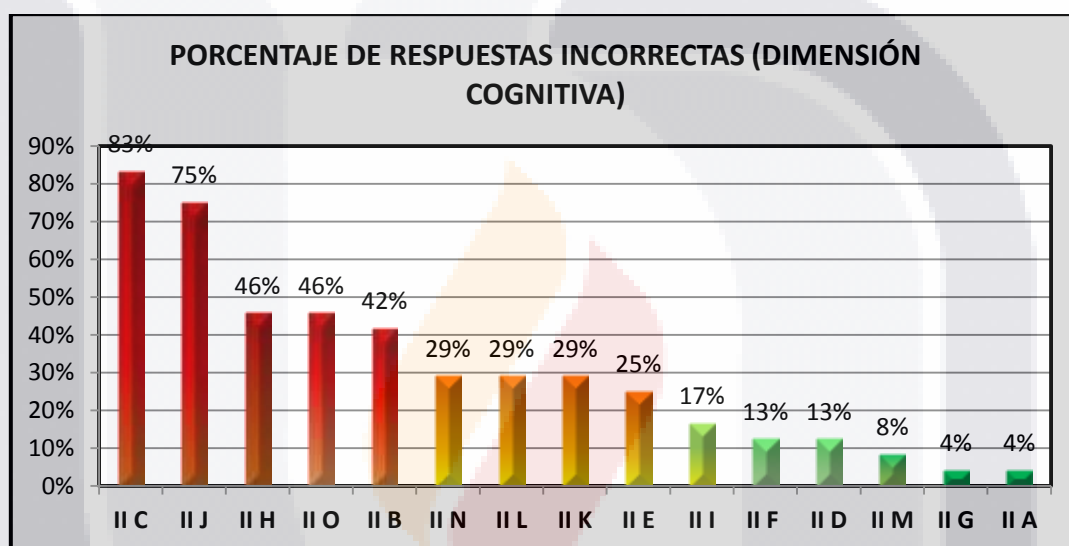


Gráfica 8. II. Dimensión cognitiva.

Tabla 4. Conocimiento con respecto a la GPC.
Conocimiento con respecto a la GPC

Ítem	Respuestas	Recuento	%
La patología mamaria benigna: Es un grupo de alteraciones en el tejido mamario las cuales no tienen la capacidad de diseminarse, que responden a mecanismos de tipo hormonal, factores externos como son los hábitos nutricionales y estilos de vida.	Incorrecto	1	4%
	Correcto	23	96%
La frecuencia de la patología mamaria benigna en nuestra población es del 50%.	Incorrecto	10	42%
	Correcto	14	58%
El porcentaje de mujeres que presenta mastalgia a lo largo de su vida, sin patología subyacente, es del 5%.	Incorrecto	20	83%
	Correcto	4	17%
El recurso diagnóstico de primera intención para la detección de patología mamaria benigna es el examen físico mamario.	Incorrecto	3	13%
	Correcto	21	88%
La patología mamaria benigna de mayor frecuencia es el fibroadenoma mamario.	Incorrecto	6	25%
	Correcto	18	75%
La patología benigna de mama potencialmente precursora de cáncer de mama son las lesiones proliferativas de la mama.	Incorrecto	3	13%
	Correcto	21	88%
De 20 a 40 años es el rango de edad de mayor presentación de fibroadenoma mamario.	Incorrecto	1	4%
	Correcto	23	96%
El objetivo de realizar historia clínica completa en pacientes con patología benigna de mama es el de tipificar la patología de mama.	Incorrecto	11	46%
	Correcto	13	54%
A partir de los 19 años es recomendable iniciar el examen médico mamario rutinario.	Incorrecto	4	17%
	Correcto	20	83%
La necrosis grasa es generalmente resultado de tuberculosis mamaria.	Incorrecto	18	75%
	Correcto	6	25%
La clasificación de la mastalgia de Cardiff incluye 3 tipos: cíclica, no cíclica y dolor en el tórax.	Incorrecto	7	29%
	Correcto	17	71%
Son causas de descarga del pezón: fisiológica, traumática y patológica.	Incorrecto	7	29%
	Correcto	17	71%
La mastitis infecciosa es la causa más común de absceso mamario.	Incorrecto	2	8%
	Correcto	22	92%
Amoxicilina con clavulanato es un antibiótico utilizado en mastitis puerperal.	Incorrecto	7	29%
	Correcto	17	71%
Uno de los criterios para iniciar antibioticoterapia en mastitis puerperal es el antecedente de mastitis infecciosa.	Incorrecto	11	46%
	Correcto	13	54%

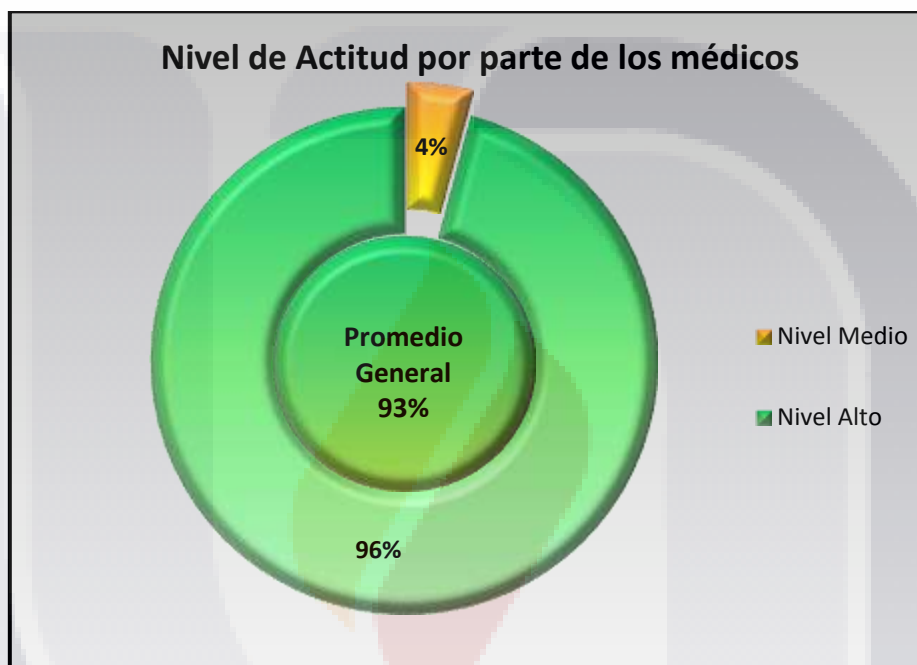
De las preguntas con mayor porcentaje de error, la más elevada fue la pregunta II C. (La frecuencia de la patología mamaria benigna en nuestra población es del 50%) en donde el 83% contestó equivocadamente que esta afirmación era cierta, la segunda más difícil fue la variable II J. (A partir de los 19 años es recomendable iniciar el examen médico mamario rutinario) con un 75% de equivocación; en tercer lugar se encontraron las variables II H. (De 20 a 40 años es el rango de edad de mayor presentación de fibroadenoma mamario) y II O. (Amoxicilina con clavulanato es un antibiótico utilizado en mastitis puerperal.), ambas con 46% de error. **(Gráfica 9)**



Gráfica 9. Porcentaje de respuestas incorrectas (dimensión cognitiva).

8.3 Actitud de los médicos de primer contacto hacia la guía de práctica clínica en patología mamaria benigna

Con respecto a los médicos en promedio general se obtuvo un nivel de competencia en actitud de 93% por lo que se clasificó en un nivel ALTO, ya que el 96% se colocó en un nivel de actitud ALTO mientras que el restante 4% en un nivel MEDIO. (Gráfica 10)



Gráfica 10. Nivel de Actitud por parte de los médicos.

Mientras que analizándolo por ítem, se encontraron resultados en su totalidad agrupados en un sentido favorable, aun así se obtuvo en la pregunta III E (El diagnosticar y tratar adecuadamente a mis pacientes es mi responsabilidad así como registrarlo en el expediente) en donde la totalidad afirmó estar totalmente de acuerdo; seguida por las preguntas III F (Me motiva saber que mis pacientes están contentas con la atención recibida) y III G (Me intereso por detectar factores de riesgo para patología mamaria benigna) ambos con un 92% de respuestas en “Totalmente de acuerdo”. **(Tabla 3)**

Tabla 5. . III. Actitudes sobre la competencia clínica.

III. Actitudes sobre la competencia clínica												
Ítem	Completamente en desacuerdo		En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo		Completamente de acuerdo		Total	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
III A. Me interesa conocer cómo se sienten mis pacientes al informarles que tienen patología mamaria benigna.	0	0%	0	0%	0	0%	4	17%	20	83%	24	100%
III B. Siento que necesito conocimientos, habilidades y actitud para diagnosticar y tratar pacientes con patología mamaria benigna.	0	0%	4	17%	0	0%	12	50%	8	33%	24	100%
III C. Al diagnosticar un caso de patología mamaria benigna es mi responsabilidad dar una atención integral.	0	0%	1	4%	0	0%	2	8%	21	88%	24	100%
III D. Frecuentemente tengo pacientes con patología mamaria benigna y siento que necesito herramientas que me ayuden para la toma de decisiones	0	0%	4	17%	4	17%	10	42%	6	25%	24	100%
III E. El diagnosticar y tratar adecuadamente a mis pacientes es mi responsabilidad así como registrarlo en el expediente.	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	24	100%	24	100%

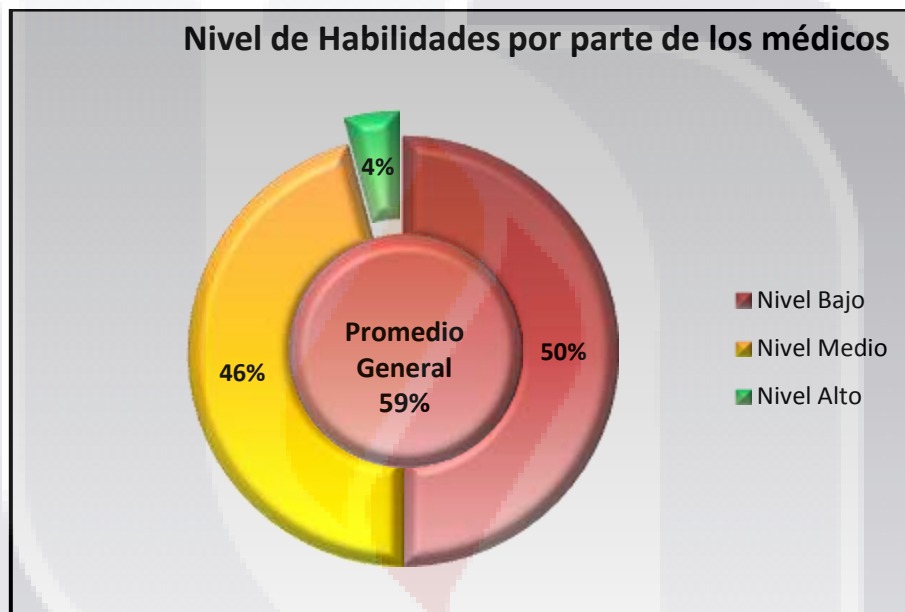
III F. Me motiva saber que mis pacientes están contentas con la atención recibida.	0	0%	0	0%	0	0%	2	8%	22	92%	24	100%
III G. Me intereso por detectar factores de riesgo para patología mamaria benigna.	0	0%	0	0%	0	0%	2	8%	22	92%	24	100%
III H. Me preocupa saber que las lesiones proliferativas de la mama es potencialmente precursora de cáncer de mama.	0	0%	0	0%	0	0%	3	13%	21	88%	24	100%
III I. Me agrada atender a pacientes con patología benigna de mama y pienso que puedo atenderlas adecuadamente.	0	0%	1	4%	1	4%	5	21%	17	71%	24	100%
III J. Me preocupo por atender a pacientes con patología benigna de mama y factores de riesgo para presentar cáncer de mama.	0	0%	0	0%	0	0%	4	17%	20	83%	24	100%

Sin embargo hubo algunos aspectos en los que no estuvieron de acuerdo algunos médicos como es el caso del **ítem III B** (Siento que necesito conocimientos, habilidades y actitud para diagnosticar y tratar pacientes con patología mamaria benigna.) y en el **ítem III D** (Frecuentemente tengo pacientes con patología mamaria benigna y siento que necesito herramientas que me ayuden para la toma de decisiones) en donde se encontró que el 67% sintieron que les faltan las herramientas que les ayuden para diagnosticar la patología mamaria benigna. **(Tabla 3)**

8.3 Habilidades de los médicos de primer contacto hacia la guía de práctica clínica en patología mamaria benigna

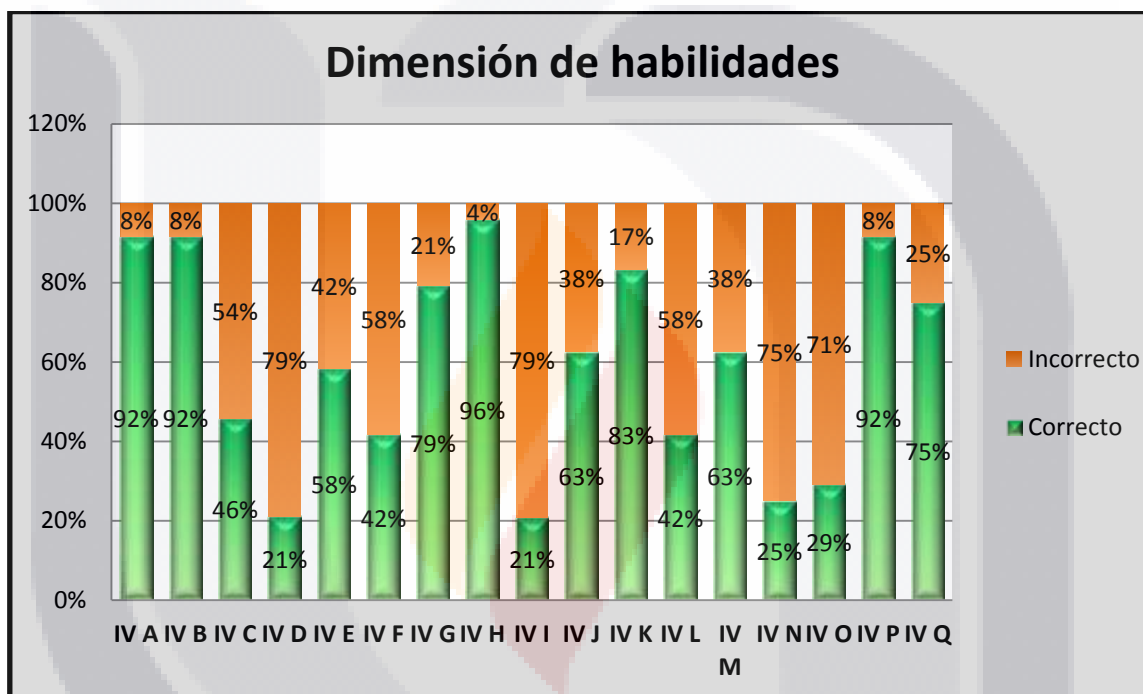
Con respecto a los médicos en promedio general se encontró un nivel de competencia en habilidad de 59% por lo que se clasificó en un nivel BAJO, ya que el 50% se colocó en un nivel de habilidad BAJO, seguido por el 46% que clasificó con un nivel MEDIO y el restante 4% con un nivel ALTO. (Gráfica 11)

Gráfica 11



Gráfica 11. Nivel de Habilidades por parte de los médicos.

La pregunta con mayor porcentaje de respuestas correcta fue la IV H (La realización de una resonancia magnética ayudaría a complementar el diagnóstico) con un 96% seguido por el ítem IV A (El uso del DIU es un factor de riesgo para desarrollar patología mamaria benigna), el ítem IV B (La edad se considera importante para definir grupos de riesgo) y el ítem IV P (Cuento con Guías de Práctica Clínica en mi área laboral que me apoyan en la toma de decisiones en caso de patología mamaria benigna) los 3 con un 92% de aciertos. (Gráfica 12, Tabla 6)



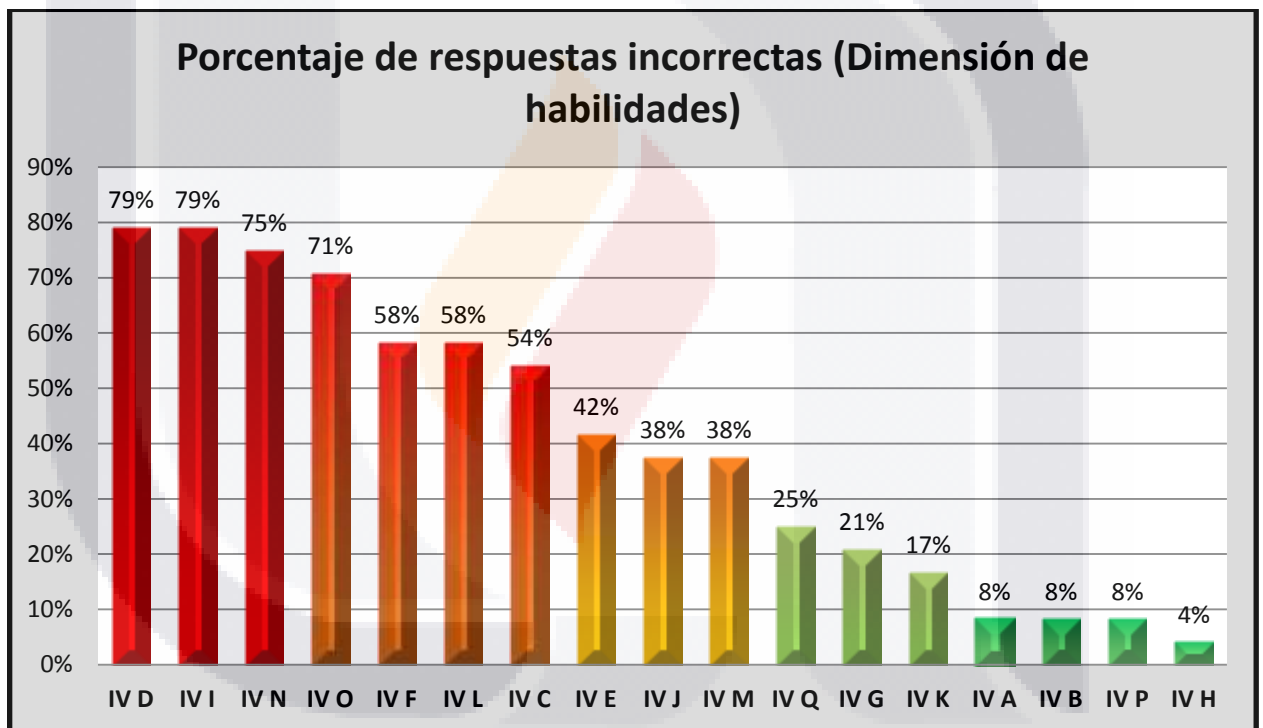
Gráfica 12. Dimensión de habilidades.

Tabla 6. Habilidades con respecto a la GPC.

Habilidades con respecto a la GPC			
Ítem	Respuestas	Recuento	%
El uso del DIU es un factor de riesgo para desarrollar patología mamaria benigna.	Falso	2	8%
	Verdadero	22	92%
La edad se considera importante para definir grupos de riesgo.	Falso	2	8%
	Verdadero	22	92%
La mastodinia es un dato patognomónico de la enfermedad en esta paciente.	Falso	13	54%
	Verdadero	11	46%
Los síntomas clínicos siempre se relacionan con el ciclo menstrual.	Falso	19	79%
	Verdadero	5	21%
La presencia de tumoración en cuadrante superoexterno es característico de la enfermedad mamaria benigna.	Falso	10	42%
	Verdadero	14	58%
La secreción serosa bilateral no es frecuente encontrarla en la patología mamaria benigna.	Falso	14	58%
	Verdadero	10	42%
Las características clínicas de la tumoración que presenta en la mama izquierda se relacionan con malignidad.	Falso	5	21%
	Verdadero	19	79%
La realización de una resonancia magnética ayudaría a complementar el diagnóstico.	Falso	1	4%
	Verdadero	23	96%
El USG mamario se recomienda como recurso diagnóstico de primera intención de acuerdo a la edad de la paciente.	Falso	19	79%
	Verdadero	5	21%
La conducta más adecuada para los quistes sintomáticos será la punción evacuación.	Falso	9	38%
	Verdadero	15	63%
No está recomendado en esta paciente solicitar niveles de prolactina sérica y hormona estimulante del tiroides para determinar un origen endocrinológico de la descarga bilateral del pezón.	Falso	4	17%
	Verdadero	20	83%
El alto contenido de metilxantinas en la dieta ayudaría a disminuir la sintomatología.	Falso	14	58%
	Verdadero	10	42%
El tratamiento farmacológico de la mastalgia es en base a antiinflamatorios esteroideos.	Falso	9	38%
	Verdadero	15	63%
De acuerdo a la edad y a los antecedentes familiares de cáncer de mama, es preciso llevar a cabo controles clínico-radiológicos cada 6 meses.	Falso	18	75%
	Verdadero	6	25%
El antecedente familiar de cáncer de mama es un criterio de referencia a segundo nivel ya que duplica el riesgo de que la paciente presente un carcinoma de mama.	Falso	17	71%
	Verdadero	7	29%
Cuento con guías de práctica clínica en mi área laboral que me apoyan en la toma de decisiones en caso de patología mamaria benigna.	Falso	2	8%
	Verdadero	22	92%
La patología benigna de mama está presente a diario en mi consulta y la atiengo integralmente.	Falso	6	25%
	Verdadero	18	75%

En cuanto a las preguntas con mayor grado de error, fueron la IV D (Los síntomas clínicos siempre se relacionan con el ciclo menstrual) y IV I (El USG mamario se recomienda como recurso diagnóstico de primera intención de acuerdo a la edad de la paciente) ambos con un 79% de equivocación, a estas le siguieron el ítem IV N (De acuerdo a la edad y a los antecedentes familiares de cáncer de mama es preciso llevar a cabo controles clínico-radiológicos cada 6 meses) con un 75% y finalmente el ítem IV O (El antecedente familiar de cáncer de mama es un criterio de referencia a segundo nivel ya que duplica el riesgo de que la paciente presente un carcinoma de mama) con un 71% de respuestas erróneas. **(Gráfica 13)**

Gráfica 13



Gráfica 13. Porcentaje de respuestas incorrectas (Dimensión de habilidades).

IX. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este estudio se logra caracterizar las dimensiones de la competencia clínica con respecto a la aplicación de la GPC para patología mamaria benigna en la unidad, obteniéndose así que las áreas de la guía que se desconocen más, son la distribución de esta patología en México, la edad de inicio del examen médico mamario, el rango de edad más propenso a padecer fibroadenoma mamario y el tratamiento farmacológico para mastitis puerperal, no obstante en general los conocimientos de los médicos clasifica en un nivel MEDIO.

En relación a las actitudes, en promedio clasifican con un nivel ALTO ya que la mayoría de los puntajes son positivos, lo que llama la atención es la actitud de algunos médicos que sienten que no necesitan mayor conocimiento del tema, pero si asumen necesitan más herramientas que le ayuden a tomar decisiones cuando tienen algún paciente con patología mamaria benigna.

Con respecto a las habilidades para aplicar la GPC, los médicos clasifican en un nivel BAJO debido a que en general no se sabe si se relacionan los síntomas clínicos con el periodo menstrual, tampoco si sugerir USG como recurso de primera intención de acuerdo a la edad de la paciente, llevar a cabo controles clínico-radiológicos cada 6 meses basándose en la edad y los antecedentes familiares; finalmente referir a segundo nivel pacientes con antecedentes de cáncer de mama.

Este problema lo han investigado previamente otros investigadores, como Vazquez-Cantú (1) con un estudio descriptivo transversal dirigido a 150 alumnos de medicina de la Universidad Autónoma de Puebla, también encuentran que su población de médicos carecen de conocimiento adecuado sobre la GPC, a pesar de que no mide la dimensión de actitudes ni habilidades como el actual estudio, sin embargo, mide algunas barreras que podrían estar influenciando su escaso nivel de conocimientos como la expectativa percibida que tienen con respecto a su aplicabilidad, resultados y utilidad. Por otra parte Egocheaga Isabel (2) en el año 2007 también mide el conocimiento y la aplicación de la GPC en un problema distinto, pero al igual que en este estudio, existe variabilidad en el grado de aplicación y conocimiento; igualmente Pivaral Carlos (5) en su estudio realizado

en Guadalajara en 85 médicos familiares encuentra resultados similares a los del presente estudio con respecto al nivel de habilidades bajo; mientras que J. A. Divisón y col. (8) en una población de 621 médicos encuentra un nivel de conocimiento elevado, a diferencia de nuestra población con un nivel medio, sin embargo, sus resultados con respecto al nivel de habilidades es consistente con el nuestro, finalmente, González José (9), en el año 2006 con una muestra de 384 médicos concluye al igual que el presente trabajo un nivel bajo para la dimensión de habilidades.

Desde el modelo de Bloom (1977), las tres dimensiones que componen principalmente la conducta racional son los conocimientos como primer nivel o base intelectual, las actitudes como parte de la dimensión afectiva que involucran un análisis y un juicio de valor y el dominio conductual que involucra un desarrollo psicomotor y la coordinación neuro-muscular. Estos elementos llevan un orden jerárquico y explican integralmente la conducta racional, por lo que la falta en una de estas en los primeros niveles, necesariamente generaran deficiencias en el siguiente nivel. Este aspecto no lo podemos saber en este estudio debido a que su diseño no lo permite, sin embargo, deja ver cuáles son las áreas de mayor necesidad con respecto a la GPC por parte del médico en términos de conocimientos, habilidades y actitudes.

Este estudio resulta útil porque aporta que en el primer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social, los médicos presentan dificultades en el área de habilidades a pesar de tener adecuada actitud y conocimiento con respecto a la guía de práctica clínica, con lo anterior propongo que se haga énfasis en realizar adiestramiento con diferentes técnicas educativas como cursos a distancia, cursos asistenciales, talleres para conocer las guías y ponerlas en práctica, que finalmente repercute en la mejora de la calidad de los servicios en salud, en este caso para las mujeres con patología de mama.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio permiten responder los objetivos específicos planteados y dejan en evidencia a manera descriptiva los aspectos de la GPC que requieren mayor capacitación, con la finalidad de reducir la variabilidad en cuanto a la aplicación de la GPC sobre la prevención, detección oportuna y tratamiento, a fin de reducir la morbilidad por esta causa en específico.

El nivel cognitivo es regular aunque superior que en otros estudios, pero en la práctica médica no es aceptable.

Los médicos muestran un nivel muy positivo en la dimensión de actitud pero ya analizado; si no se cuenta con conocimientos suficientes y habilidades, no podemos decir que sea en general un buen desempeño.

Las habilidades para la aplicación de la GPC de patología mamaria benigna en general son malas, lo cual es incongruente con respecto al nivel de actitud.

RECOMENDACIONES

Para estudios posteriores se recomienda elaborar un diseño de investigación que permita valorar la correlación para tener mayor evidencia sobre las causas que llevan a los médicos a no adherirse a las recomendaciones de la GPC, así como evaluar variables como aspectos externos ya que aún con el conocimiento y la actitud adecuados, los profesionales todavía enfrentan barreras que limitan su habilidad para seguir las recomendaciones por factores relacionados con el paciente, con la propia guía, u otros factores del entorno. Estos factores a su vez pueden hacer emerger barreras del ámbito de las actitudes, desencadenando una visión negativa sobre la utilidad de la guía (falta de expectativa sobre los resultados), sobre la factibilidad de aplicar sus recomendaciones, o en un sentido más amplio, pueden disminuir la motivación del profesional para modificar su conducta.

Posteriormente la implementación de una estrategia que integre los resultados de un nivel analítico para aumentar el nivel de competencia por parte de los médicos de primer nivel.

GLOSARIO

COMPETENCIA: Es el dominio del conocimiento básico necesario, para el logro del conocimiento integral con los tres saberes (poder saber, poder hacer, poder sentir) la habilidad y la actitud en utilizarlo para ofrecer una atención integral en patología mamaria benigna conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que presenta el médico de primer contacto para la atención integral de la patología mamaria benigna en el dominio del conocimiento básico necesario, la habilidad y la actitud en utilizarlo para ofrecer una asistencia médica eficaz.

CONOCIMIENTO: Es un conjunto de datos, hechos y verdades de información almacenada a través de experiencia o de aprendizaje o a través de introspección. Significa la posición de un modelo de la realidad en la mente.

ACTITUD: Es una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objetivo social definido, que predispone a una acción coherente con la cognición y afectos relativos a dicho objeto. La actitud está constituida por un triple componente. Cognitivo (las creencias, el conocimiento de los objetos, las experiencias previas que se almacenan en la memoria).

HABILIDAD: Es el grado de competencia de un sujeto concreto frente a un objetivo determinado. Es la destreza para ejecutar una cosa o capacidad y disposición para negociar o conseguir objetivos a través de unos hechos en relación con las personas, individual o en grupo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vázquez C. B, Muñoz Z.G. Conocimiento sobre el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC-México) en estudiantes de Medicina. Elsevier México. Inv Ed Med. 2012; 1(4):176-182.
2. Egocheaga M.I, Alcázar R, Lobos J.M, Górriz J.L, Martínez C. A, Pastor A, Martínez, Caballero F, Sánchez C.M. Conocimiento y aplicación en la práctica real del Documento de consenso S.E.N.-semFYC sobre la enfermedad renal crónica. Nefrología 2012; 32(6):797-808.
3. Brailovsky C.A, Grand M.P. Using evidence to improve evaluation: A comprehensive psychometric assessment of a SP- based OSCE licesing examination. Advances in Health Sciences Education. 2000; 5: 207-219.
4. Segura M. H, Velázquez A. C, Rivero H. L, Hernández V. L, Espinola R. G, Mondragón G.R. Incremento del conocimiento de las guías ARIA y GINA 2006 para médicos generales mediante una intervención educativa. Revista Alergia México. 2008; 55 (5): 201-205.
5. Cabrera P. C, Rivera C. E, Balderas P. L, Cabrera C. M, Reynoso C.A Aptitud clínica del médico familiar ante pacientes con diabetes gestacional. Ginecol Obstet Mex 2008; 76(2):97-106
6. Serdio R.E, ECOE: Evaluación clínica objetiva estructurada. Competencias y su evaluación. Medicina de Familia(And) 2002; 1: 49-52.
7. Becerril A. M, León A. F, Garay A. U. Evaluación del conocimiento de la GINA en médicos de diferentes niveles de atención. Revista Alergia México 2007; 54(2):29-33.
8. Divisón J. A, Barrios V, Medialdea F, Escobar C. Grado de conocimiento y aplicación en Atención Primaria de las guías de práctica clínica en hipertensión. *Hipertensión (Madr.)*. 2007; 24(5):194-200.

9. González- J. J, Alegría E. E, Joaquín Aznar C. J, Bertomeu M. V, Franch N. J, Palma G.J. Conocimiento y aplicación de las guías de práctica clínica sobre riesgo cardiovascular en las consultas generales y especializadas. Rev Esp Cardiol. 2006; 59(8):801-6
10. Cárdenas J. M. Algunas consideraciones sobre la epistemología. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 1999; 7(1-4): 81-82
11. Bustos R. P. Niveles de aprendizaje cognitivo programados y evaluados por los docentes de las Escuelas Académicas Profesionales de Obstetricia de las Universidades de Perú. 1997.
12. EDUTEKA: Fundación Gabriel Piedrahita Uribe. Taxonomía de Bloom <http://www.eduteka.org/TaxonomiaBloomCuadro.php3> [consultado 04/11/13].
13. Lazcano P. E, López C. A. La práctica de la investigación por médicos familiares ¿realidad o utopía? ArchMedFam. 2002; 4(4): 119-120.
14. IMSS. Elementos esenciales de la medicina familiar. Archivos de Medicina familiar. <http://www.mwdigraphic.com/pdfs/medfam/amf2005/amfs051b.pdf>, Medigraphic.com, México, 7(1)2005, 13-14 [consultado 06/11/13].
15. Vázquez C.J. Guía para desarrollar evaluación de competencias. Episteme 2005; 3(1).
16. Prado V. R. Generalidades sobre la evaluación de competencias clínicas. Rev Mex Pediatr 2000; 67(6); 278-283.
17. Torres F. A, Moctezuma P. E. Guías de práctica clínica: una estrategia para mejorar la calidad de la atención a la salud. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2010; 15(3):101-102
18. Muñoz P. M, Ruiz C. C, Guías de práctica clínica (I): conceptos básicos. Evid Pediatr. 2008; 4: 61

19. Pantoja T, Valenzuela L, Léniz J, Castañón C. Guías de Práctica Clínica en el Régimen de Garantías en Salud: una evaluación crítica de su calidad. Rev Med Chile 2012; 140: 1391-1400

20. Mosquera P. A, Reveiz L, Cattivera C, Guevara O. A. Procesos de incorporación de la perspectiva de los usuarios al desarrollo de guías de práctica clínica. Rev. Gerenc. Polit. Salud. 2011; 10 (21): 176-195.

21. Araujo M, Brenner P. Pauta para la Elaboración, Aplicación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. 2002.

22. Hernández R. A. Las guías de práctica clínica en la atención médica. Rev Cubana Ortop Traumatol. 2008; 22 (2).

23. Román A. Guías clínicas, vías clínicas y protocolos de atención. Medwave 2012 Jul; 12(6):e5436 doi: 10.5867/medwave.2012.06.5436

24. Gómez D. J. Implementación de guías clínicas. Rev Esp Cardiol. 2006; 59(3):29-35.

25. Berek Jonathan S. Wolters Kluwer/Lippincort Williams y Wilkins Health. España. 2008, 655-681.

26. Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Prestaciones Médicas. Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad. División de excelencia clínica. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA EN PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN. 2009. IMSS

27. Acevedo B. J, Aliaga M.N. Benigna de la Mama: Información para el médico general. Rev. Med. Clin. 2009; 20(1): 75-83.

28. Callahan T, Caughey A. Blueprints Obstetrics and Ginecology. Wolters Kluwer/Lippincort Williams y Wilkins Health.The point. Philadelphia. 2009, 339-347.

29. Yamamoto G.V, Pérez D.C. Patología Mamaria en la Unidad Oncológica del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, periodo 2004-2010. *Acta Cancerológica*. 2010; 2: 12-16.
30. Cantero R.A, Mederos C.O, Romero D.C, Barreras O. J, et al. Importancia de la información en el control de los síntomas de la displasia mamaria. 2007.
31. Bertelsen L, Mellekjaenr L, Balslev E, Olsen J. Benign Breast Disease among First-Degree Relatives of Young Breast Cancer Patients *American Journal of Epidemiology*. 2008; 168:261–26.
32. Kabalar M.E, Karaman A, Aylu B, Ozmen S. A, Erdem I. Genetic alterations in benign, preneoplastic and malignant breast lesions *Indian Journal of Pathology and Microbiology*. 2012; 55(3): 319-325.
33. Pearlman M.D, Griffin J.L. Benign Breast Disease. *Obstetrics and Gynecology*. 2010; 116: 747-758.
34. Mannello F, Tonti G. Benign Breast: Classification, Diagnosis, and Management. *The Oncologist*. 2006; 11: 1132-1134.
35. Galván P.M, Torres S.L, López C.L. Dietary and Reproductive Factors Associated With Benign Breast Disease in Mexican Women. *Nutrition and Cancer*. 2002; 43(2): 133–140.
36. Sardiñas Ponce, Raysy. Autoexamen de mama: un importante instrumento de prevención del cáncer de mama en la atención primaria de salud. *Revista Habanera de ciencias médicas de La Habana Cuba*. 2009; 8(3).
37. GPC Prevención, tamizaje y referencia oportuna de casos sospechosos de cáncer de mama en el primer nivel de atención.
38. Apodaca P.E. Enfoque comunitario y preventivo de las mastopatías. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2012; 28(1): 78-92.

39. Zhou W.B, Xue D.Q, Liu X.A, Ding Q, Wang S. The influence of family history and histological stratification on breast cancer risk in women with benign breast disease: a meta-analysis. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2011; 137:1053–1060.
40. Berek Jonathan S. Wolters Kluwer/Lippincort Williams y Wilkins Health. España. 2008, 655-681.
41. Pfeifer Samantha M. NMS Obstetricia y Ginecología. Wolters Kluwer/Lippincort Williams y Wilkins Health. España. 2009, 394-397.
42. Matorras R, Remohí J, Serra V. Casos clínicos de Ginecología y Obstetricia. Panamericana. España, Madrid. 2012, 504-511
43. Larios M.H. Evaluación de la competencia clínica en el área de Ginecología y Obstetricia en pregrado. *Ginecol Obstet Méx* . 2002; 70 (11): 558-565.
44. Martínez P, Martínez M, Muñoz J. “Formación basada en competencias en educación sanitaria: aproximaciones a enfoques y modelos de competencias. *Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*. 2008; 14(2)
45. Noriega S.M, Rivera M.N, Blanco H.F. Desarrollo de competencias para la gestión docente en la educación médica superior. *Rev Educ Med Super*. 2003; 17 (3) 1-4
46. Instituto Nacional de Estadística General e Informática (INEGI) [consultado 01/04/12]
<http://inegi.org.mx/población/habitantes.aspx?tema=P>
47. Consejo Nacional de Población (CONAPO-ENADID) [consultado 20/04/12]
<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/SaludReproductiva/2009/7.%20Salud>
48. Instituto Mexicano del Seguro Social. Memoria estadística 2010. [consultado 28/04/12]
<http://www.imss.gob.mx/estadisticas/financieras/Pages/memoriaestadistica.aspx>

49. Unidad de Medicina Familiar no.7 Delegación Aguascalientes [consultado 29/07/12]
http://www.imss.gob.mx/Delegaciones/Aguascalientes/umf7_imss.htm

50. Biblioteca Médica del Hospital General de Culiacán. **2008. [consultado 02/08/12]**

Disponible en:

<http://hgculiacan.com/biblioteca%20medica/ginecologia/glandula%20mamaria.htm>

51. Reforma.com 2012. [consultado 12/08/12] Disponible en:

<http://www.reforma.com/libre/online07/preacceso/articulos/default.aspx?plazaconsulta=refor&url>

52. Meisner A.L, Frkrazad M.H, Royce M.E. Enfermedades mamarias: benignas y malignas. Elsevier 2008; 92: 1115-1141.

53. Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes (ISEA). [consultado 28/08/12]

Disponible en:

[http://www.isea.gob.mx/formatos/Cancer%20de%20mama/CLINICA%20DE%20MAMAS%20\(web\).pdf](http://www.isea.gob.mx/formatos/Cancer%20de%20mama/CLINICA%20DE%20MAMAS%20(web).pdf)

54. Departamento de informática, archivos estadísticos del IMSS Aguascalientes. Sistema de información de atención integral de la salud.

55. Red local de consultas UMF 7. SIAIS.

56. NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. [consultado 09/09/12]

Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/041ssa202.html>

57. Plan Nacional de Desarrollo. 2007-2012. [consultado 18/11/12] Disponible en:

http://www.snieg.mx/contenidos/espanol/normatividad/marcojuridico/PND_2007-2012.pdf

58. Secretaria de Salud (SSA) 2002. [consultado 19/11/12] Disponible en:

http://www.cjs.com.mx/PDF/documentos/Programa_de_Accion_cancer_mama.pdf

59. Secretaría de Salud 2008. [consultado 19/11/12] Disponible en:

http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf

60. Instituto Mexicano del Seguro Social. GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA EN PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN. 2009. IMSS. [Consultado 07/05/12] Disponible en:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/240_GPC_Diagnostico_tratamiento_PATOLOGIA_MAMARIA_BENIGNA/RER_PATOLOGIA_MAMARIA_BENIGNA.pdf

61. Cresta M,C, Noblia C, González E, Armanasco E, Azar M, Montoya D. Guía de procedimientos en patología mamaria para Diagnóstico y Tratamiento. Departamento de Mastología, Instituto De Oncología. Buenos Aires. [consultado 07/05/12] Disponible en:

<http://www.scribd.com/doc/36277664/Guia-Mamas>

62. Romero F. M, Santillán A.L, Olvera H.P, Morales S, M. Ramírez M. V. Frecuencia de factores de riesgo de cáncer de mama. Ginecol Obstet Mex 2008; 76(11):667-72.

63. Prats P.M, Font S. J. La paciente sintomática: motivos de consulta en atención primaria. Medicina Integral. 2001; 38 (10): 437-453.

64. Wiesner C. Determinantes psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico temprano del cáncer de mama en Bogotá, Colombia. Rev Colomb Cancerol 2007; 11(1):13-22.

65. Nigenda G, Caballero M, González R. M. Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. Salud Publica Mex 2009; 51(2): 254- 262.

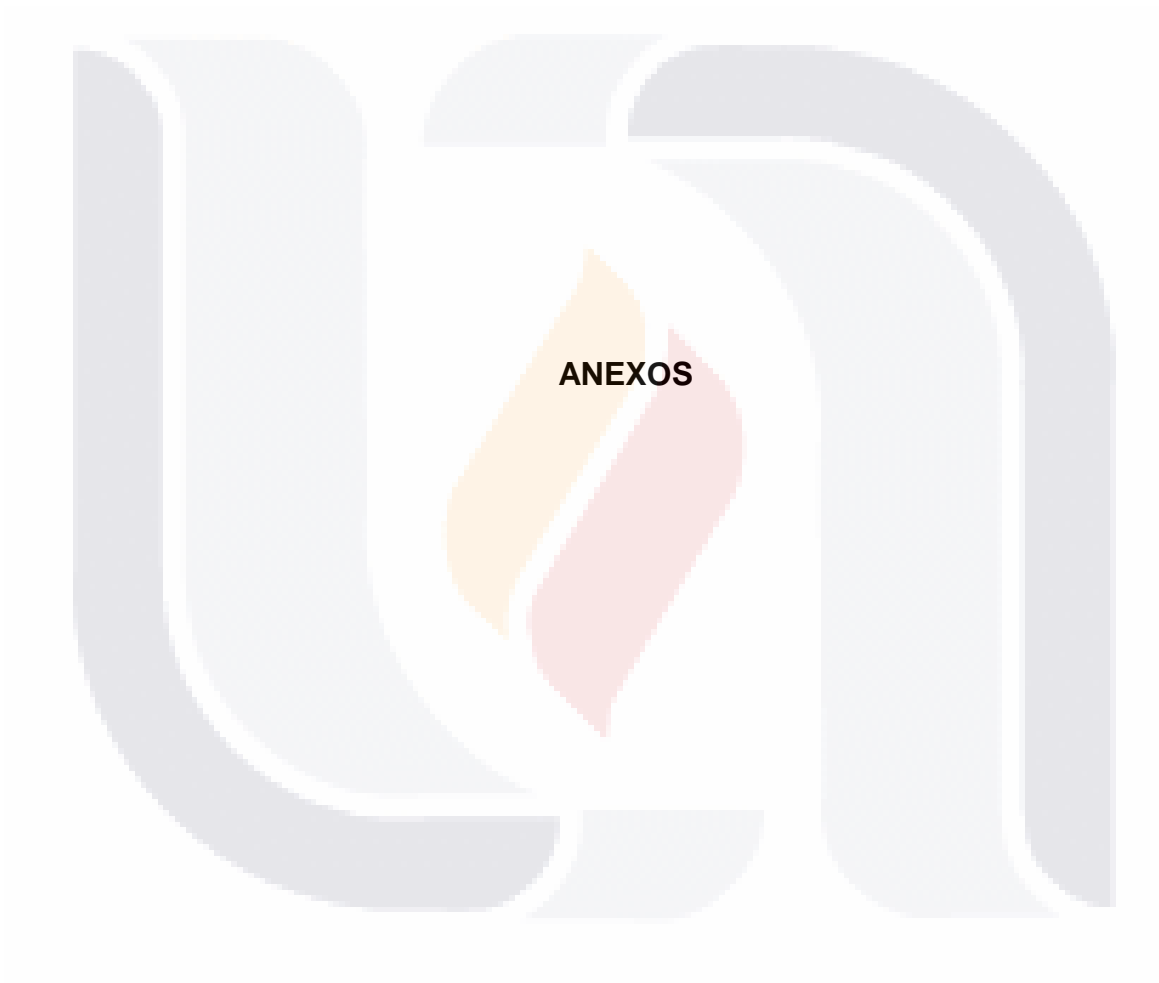
66. Sansó F.J, Batista M. R. HACIA UNA MAYOR CAPACIDAD RESOLUTIVA Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN NUESTRA MEDICINA FAMILIAR. Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17(3):213-5

67. Verger A. Guías de Procedimientos en Ginecología. Comisión Directiva del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires Distrito III. 2009

68. Vázquez CJ. Guía para desarrollar evaluación de competencias clínicas. 2005; 3 (1): 1-4

69. Donald G, Langsley M. Medical Competence and Performance Assessment. JAMA 1991; 266: 977-980.





Anexo A. Instrumento

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR**

ESTUDIO “COMPETENCIA CLÍNICA POR PARTE DEL MÉDICO DE PRIMER CONTACTO HACIA LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 7 DEL IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES.”.

INTRODUCCIONES: Estimado Doctor, agradeciendo de antemano su participación en este estudio, recordándole que la información que nos proporcione será confidencial y con fines exclusivamente de investigación, por favor marque con una X el espacio correspondiente sin utilizar la columna.

Características Generales:

Codificar

- | | |
|---|-------|
| 1. ¿Qué edad tiene? | _____ |
| ___ a) Menor de 50 años | |
| ___ b) Mayor de 50 años | |
|
 | |
| 2. Sexo: | _____ |
| ___ a) Masculino | |
| ___ b) Femenino | |
|
 | |
| 3. ¿Cuál es su estado civil? | _____ |
| ___ a) Soltero (divorciado, viudo) | |
| ___ b) Casado | |
|
 | |
| 4. ¿Cuántos años tiene laborando en la institución? | _____ |
| ___ a) Menos de 15 años | |
| ___ b) Mas de 15 años | |
|
 | |
| 5. ¿Cuál es su categoría? | _____ |
| ___ a) Médico con especialidad | |
| ___ b) Médico sin especialidad | |
|
 | |
| 6. ¿Cuál es su turno laboral? | _____ |
| ___ a) Matutino | |
| ___ b) Vespertino | |

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR**

CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL AREA COGNITIVA DEL MEDICO DE PRIMER CONTACTO HACIA LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA.

INSTRUCCIONES: Por favor escriba en el espacio subrayado una **V** si considera que la aseveración es verdadera y una **F** si considera que es falsa.

- 1.- ____ La patología mamaria benigna: Es un grupo de alteraciones en el tejido mamario las cuales no tienen la capacidad de diseminarse, que responden a mecanismos de tipo hormonal, factores externos como son los hábitos nutricionales y estilos de vida.
- 2.- ____ La frecuencia de la patología mamaria benigna en nuestra población es del 50%.
- 3.- ____ El porcentaje de mujeres que presenta mastalgia a lo largo de su vida, sin patología subyacente, es del 5%.
- 4.- ____ El recurso diagnóstico de primera intención para la detección de patología mamaria benigna es el examen físico mamario.
- 5.- ____ La patología mamaria benigna de mayor frecuencia es el fibroadenoma mamario.
- 6.- ____ La patología benigna de mama potencialmente precursora de cáncer de mama son las lesiones proliferativas de la mama.
- 7.- ____ De 20 a 40 años es el rango de edad de mayor presentación de fibroadenoma mamario.
- 8.- ____ El objetivo de realizar historia clínica completa en pacientes con patología benigna de mama es el de tipificar la patología de mama.
- 9.- ____ A partir de los 19 años es recomendable iniciar el examen médico mamario rutinario.
- 10.- ____ La necrosis grasa es generalmente resultado de tuberculosis mamaria.
- 11.- ____ La clasificación de la mastalgia de Cardiff incluye 3 tipos: cíclica, no cíclica y dolor en el tórax.
- 12.- ____ Son causas de descarga del pezón: fisiológica, traumática y patológica.
- 13.- ____ La mastitis infecciosa es la causa más común de absceso mamario.

- 14.- ____ Amoxicilina con clavulanato es un antibiótico utilizado en mastitis puerperal.
- 15.- ____ Uno de los criterios para iniciar antibioticoterapia en mastitis puerperal es el antecedente de mastitis infecciosa.



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR**

CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA ACTITUD DE LA COMPETENCIA CLÍNICA DEL MEDICO DE PRIMER CONTACTO HACIA LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA.

INSTRUCCIONES: Por favor, marque con una X el grado de acuerdo o desacuerdo en los reactivos de la columna correspondiente, no utilice la columna de Cod.

REACTIVOS	COMPLETAMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	INDIFERENTE	DESACUERDO	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	COD.
1. Me interesa conocer cómo se sienten mis pacientes al informarles que tienen patología mamaria benigna.						
2. Siento que necesito conocimientos, habilidades y actitud para diagnosticar y tratar pacientes con patología mamaria benigna.						
3. Al diagnosticar un caso de patología mamaria benigna es mi responsabilidad dar una atención integral.						
4. Frecuentemente tengo pacientes con patología mamaria benigna y siento que necesito herramientas que me ayuden para la toma de						

decisiones						
5. El diagnosticar y tratar adecuadamente a mis pacientes es mi responsabilidad así como registrarlo en el expediente.						
6. Me motiva saber que mis pacientes están contentas con la atención recibida.						
7. Me intereso por detectar factores de riesgo para patología mamaria benigna.						
8. Me preocupa saber que las lesiones proliferativas de la mama es potencialmente precursora de cáncer de mama.						
9. Me agrada atender a pacientes con patología benigna de mama y pienso que puedo atenderlas adecuadamente.						
10. Me preocupo por atender a pacientes con patología benigna de mama y factores de riesgo para presentar cáncer de mama.						

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR**

CASO CLÍNICO PARA EVALUAR EL ÁREA DE HABILIDADES DEL MEDICO DE PRIMER CONTACTO HACIA LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA.

INSTRUCCIONES: Por favor conteste en el espacio vacío de la izquierda con F si considera que la aseveración es falsa o con V si es verdadera, según considere respecto al caso clínico que se presenta.

Mujer de 41 años acude a consulta por dolor y bulto en la mama izquierda. La paciente refiere que desde hace 5 meses observa un aumento de tamaño de ambas mamas y presenta dolor en cuadrante superoexterno, que no tiene relación con la regla. No ha utilizado ningún tratamiento analgésico. La paciente está asustada y tiene miedo de padecer un cáncer de mama.

AHF: padre fallecido por cáncer de pulmón, madre con cáncer de mama a los 65 años y hermana fallecida por un linfoma.

APP: a los 18 años se le diagnosticó una enfermedad fibroquística de la mama (mastodinia premenstrual bilateral). Hace 8 meses se realizó un estudio radiológico que fue normal.

AGO: menarquia a los 14 años, ciclos menstruales regulares, FUR hace 15 días. G1, P1 con lactancia artificial. Es portadora del DIU desde hace 4 años. Las revisiones ginecológicas que se han realizado son normales.

Hábitos nocivos: Es fumadora habitual.

En la exploración mamaria la inspección es normal, aunque se perciben unas mamas congestivas y sensibles. La mama izquierda presenta tumoración en el cuadrante superoexterno de 35x25 mm, regular, móvil, de una consistencia elástica y dolorosa sin signos inflamatorios asociados. La mama derecha presenta una induración en cuadrante

superoexterno-uni3n de cuadrantes externos de 20x20 mm, irregular m3vil, de consistencia intermedia y no dolorosa. Asimismo, se observa una secreci3n serosa provocada multiorifical bilateral. No se palpan adenopat3as en las cadenas ganglionares axilares, supra e infraclaviculares.

De acuerdo al caso anterior en la paciente referida:

1. ____ El uso del DIU es un factor de riesgo para desarrollar patolog3a mamaria benigna.
2. ____ La edad se considera importante para definir grupos de riesgo.
3. ____ La mastodinia es un dato patognom3nico de la enfermedad en esta paciente.
4. ____ Los s3ntomas cl3nicos siempre se relacionan con el ciclo menstrual.
5. ____ La presencia de tumoraci3n en cuadrante superoexterno es caracter3stico de la enfermedad mamaria benigna.
6. ____ La secreci3n serosa bilateral no es frecuente encontrarla en la patolog3a mamaria benigna.
7. ____ Las caracter3sticas cl3nicas de la tumoraci3n que presenta en la mama izquierda se relacionan con malignidad.
8. ____ La realizaci3n de una resonancia magn3tica ayudar3a complementar el diagn3stico.
9. ____ El USG mamario se recomienda como recurso diagn3stico de primera intenci3n de acuerdo a la edad de la paciente.
10. ____ La conducta m3s adecuada para los quistes sintom3ticos ser3 la punci3n evacuaci3n.
11. ____ No est3 recomendado en esta paciente solicitar niveles de prolactina s3rica y hormona estimulante del tiroides para determinar un origen endocrinol3gico de la descarga bilateral del pez3n.
12. ____ El alto contenido de metilxantinas en la dieta ayudar3a disminuir la sintomatolog3a.
13. ____ El tratamiento farmacol3gico de la mastalgia es en base a antiinflamatorios esteroideos.
14. ____ De acuerdo a la edad y a los antecedentes familiares de c3ncer de mama, es preciso llevar a cabo controles cl3nico-radiol3gicos cada 6 meses.

15. ____ El antecedente familiar de cáncer de mama es un criterio de referencia a segundo nivel ya que duplica el riesgo de que la paciente presente un carcinoma de mama.
16. ____ Cuento con guías de práctica clínica en mi área laboral que me apoyan en la toma de decisiones en caso de patología mamaria benigna.
17. ____ La patología benigna de mama está presente a diario en mi consulta y la atiendo integralmente.



Anexo B. Carta de consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA

Lugar y Fecha Aguascalientes, Ags.

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

COMPETENCIA CLÍNICA POR PARTE DEL MÉDICO DE PRIMER CONTACTO HACIA LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 7 DEL IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES.

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: ____

El objetivo del estudio es: Determinar la competencia del médico de primer contacto hacia la guía de práctica clínica de patología mamaria benigna en la Unidad de Medicina Familiar No. 7 del IMSS, delegación Aguascalientes.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio. El investigador responsable se ha comprometido responder cualquier pregunta y a aclarar cualquier duda que surja durante la realización del mismo.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi situación laboral en el Instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este cuestionario y que los datos relacionados con el estudio serán estrictamente confidenciales.

Nombre y firma del Médico entrevistado

Nombre y firma del investigador

Testigo

Testigo

Anexo C. Operacionalización

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS PARA LA COMPETENCIA CLINICA DEL MEDICO DE PRIMER CONTACTO EN LA UMF No. 7 DE LA DELEGACION IMSS AGUASCALIENTES

CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEM	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>Edad: Años de vida cumplidos al momento del cuestionario.</p>	Características sociodemográficas.	<p>-Menor a 50 años -Mayor a 50 años</p>	1	<p>Cualitativa Ordinal Dicotómica</p>
<p>Sexo Clasificación del sexo del médico escrito en el cuestionario</p>	Características sociodemográficas.	<p>-Masculino -Femenino</p>	2	<p>Cualitativa Nominal Dicotómica</p>
<p>Estado civil Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con personas del mismo u otro sexo.</p>	Características sociodemográficas	<p>-Soltero (se incluye divorciado, viudo) -Casado</p>	3	<p>Cualitativa Nominal Dicotómica</p>
<p>Años laborados: Años de vida laboral cumplidos al momento del cuestionario</p>	Características sociodemográficas	<p>-Menos de 15 años -Más de 15 años</p>	4	<p>Cualitativa Ordinal Dicotómica</p>
<p>Categoría: Grado del médico en el instituto</p>	Características sociodemográficas	<p>-Médico con especialidad -Médico sin especialidad</p>	5	<p>Cualitativa Nominal Dicotómica</p>
<p>Turno: Periodo en el cual desarrolla una actividad o se desempeña un cargo</p>	Características sociodemográficas	<p>-Matutino -Vespertino</p>	6	<p>Cualitativa Nominal Dicotómica</p>

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES PARA LA COMPETENCIA CLINICA DEL MEDICO DE PRIMER CONTACTO EN LA UMF No. 7 DE LA DELEGACION IMSS AGUASCALIENTES

OBJETIVO	DEFINICION	DIMENSIONES	DEFINICION DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	ITEMS	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR	INDICE
<p>Determinar cuál es el nivel de competencia clínica hacia la guía de práctica clínica de patología mamaria benigna por parte del médico de primer contacto en la UMF No. 7 del IMSS Delegación Aguascalientes.</p> <p>Determinar cuál es el nivel conocimiento hacia la guía de práctica clínica de patología mamaria benigna por parte del médico de primer contacto en la UMF No. 7 del</p>	<p>Teoría motivacional de Miller Competencia</p> <p>Es el dominio del conocimiento básico necesario, para el logro del conocimiento integral con los tres saberes (poder saber, poder hacer, poder sentir) la habilidad y la actitud en utilizarlo para ofrecer una atención</p>	<p>Conocimiento o Poder (saber) saber</p> <p>construcción abstracta legitimado académicamente</p>	<p>Es un conjunto de datos, hechos y verdades de información almacenada a través de experiencia o de aprendizaje o a través de introspección. Significa la posición de un modelo de la realidad en la mente.</p>	Nominal	Dicotómica	<p>La patología mamaria benigna: Es un grupo de alteraciones en el tejido mamario las cuales no tienen la capacidad de diseminarse, que responden a mecanismos de tipo hormonal, factores externos como son los hábitos nutricionales y estilos de vida</p> <p>La frecuencia de la patología mamaria benigna en nuestra población es del 50%.</p> <p>El porcentaje de mujeres que presenta mastalgia a lo largo de su vida, sin patología subyacente, es del 5%.</p>	<p>Preguntas con respuesta positiva (V)</p> <p>Preguntas con respuesta positiva (V)</p> <p>Preguntas con respuesta negativa (F)</p>	<p>VERDADERO</p> <p>VERDADERO</p> <p>FALSO</p>	<p>Nivel de competencia en el conocimiento:</p> <p>ALTO: Si el resultado de las aseveraciones contestadas correctamente sobre el total ideal es entre 80 y 100%</p> <p>MEDIO: Si el resultado de la suma de las aseveraciones contestadas correctamente sobre el total ideal es entre 60 y 79%</p>

<p>IMSS Delegación Aguascalientes.</p>	<p>integral en patología mamaria benigna conjunto de conocimientos , habilidades y actitudes que presenta el medico de primer contacto para la atención integral de la patología mamaria benigna en el dominio del conocimiento básico necesario, la habilidad y la actitud en utilizarlo para ofrecer una asistencia médica eficaz.</p>					<p>El recurso diagnóstico de primera intención para la detección de patología mamaria benigna es el examen físico mamario.</p> <p>La patología mamaria benigna de mayor frecuencia es el fibroadenoma mamario</p> <p>La patología benigna de mama potencialmente precursora de cáncer de mama son las lesiones proliferativas de la mama.</p> <p>De 20 a 40 años es el rango de edad de mayor presentación de fibroadenoma mamario.</p> <p>El objetivo de realizar historia clínica completa en pacientes con patología benigna de mama es el de tipificar la patología de mama.</p> <p>A partir de los 19 años es recomendable iniciar el</p>	<p>Preguntas con respuesta positiva (V)</p> <p>Preguntas con respuesta positiva (V)</p> <p>Preguntas con respuesta positiva (V)</p> <p>Preguntas con respuesta positiva (V)</p> <p>Preguntas con respuesta negativa (F)</p> <p>Preguntas con respuesta</p>	<p>VERDADERO</p> <p>VERDADERO</p> <p>VERDADERO</p> <p>VERDADERO</p> <p>FALSO</p> <p>VERDADERO</p>	<p>BAJO: Si el resultado de la suma de las aseveraciones contestadas correctamente sobre el total ideal es menor a 59%</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

					examen médico mamario rutinario.	positiva (V)		
					La necrosis grasa es generalmente resultado de tuberculosis mamaria.	Preguntas con respuesta negativa (F)	FALSO	
					La clasificación de la mastalgia de Cardiff incluye 3 tipos: cíclica, no cíclica y dolor en el tórax	Preguntas con respuesta positiva (V)	VERDADERO	
					Son causas de descarga del pezón: fisiológica, traumática y patológica.	Preguntas con respuesta negativa (F)	FALSO	
					La mastitis infecciosa es la causa más común de absceso mamario.	Preguntas con respuesta positiva (V)	VERDADERO	
					Amoxicilina con clavulanato es un antibiótico utilizado en mastitis puerperal.	Preguntas con respuesta positiva (V)	VERDADERO	
					Uno de los criterios para iniciar antibioticoterapia en mastitis puerperal es el antecedente de mastitis	Preguntas con respuesta negativa (F)	FALSO	

						infecciosa.			
Determinar el nivel de actitud hacia la guía de práctica clínica de patología mamaria benigna por parte del médico de primer contacto en la UMF No. 7 del IMSS Delegación Aguascalientes		Actitud Poder (saber) Sentir re significación de la experiencia para orientar la acción.	Es una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objetivo social definido, que predispone a una acción coherente con la cognición y afectos relativos a dicho objeto. La actitud está constituida por un triple componente. Cognitivo (las creencias, el conocimiento de los objetos,	Ordinal	Likert	Me interesa conocer cómo se sienten mis pacientes al informarles que tienen patología mamaria benigna. Siento que necesito conocimientos, habilidades y actitud para diagnosticar y tratar pacientes con patología mamaria benigna. Al diagnosticar un caso de patología mamaria benigna es mi responsabilidad dar una atención integral. Frecuentemente tengo pacientes con patología mamaria benigna y siento que necesito herramientas que me ayuden para la toma de decisiones	5..completamente de acuerdo 4.-de acuerdo 3.-No se mi postura al respecto 2.-en desacuerdo 1.Completamente en desacuerdo		Nivel de competencia en Actitud : ALTO: Si el resultado de las aseveraciones contestadas correctamente sobre el total ideal es entre 80 y 100% MEDIO: Si el resultado de la suma de las aseveraciones contestadas correctamente sobre el total ideal es entre 60 y 79% BAJO: Si el resultado de la suma de las aseveraciones contestadas

			<p>las experiencias previas que se almacenan en la memoria)</p>		<p>El diagnosticar y tratar adecuadamente a mis pacientes es mi responsabilidad así como registrarlo en el expediente.</p> <p>Me motiva saber que mis pacientes están contentas con la atención recibida.</p> <p>Me intereso por detectar factores de riesgo para patología mamaria benigna.</p> <p>Me preocupa saber que las lesiones proliferativas de la mama es potencialmente precursora de cáncer de mama.</p> <p>Me agrada atender a pacientes con patología benigna de mama y pienso que puedo atenderlas adecuadamente.</p>			<p>correctamente sobre el total ideal es menor a 59%</p>
--	--	--	---	--	--	--	--	--

						Me preocupo por atender a pacientes con patología benigna de mama y factores de riesgo para presentar cáncer de mama.			
Determinar las habilidades actitud hacia la guía de práctica clínica de patología mamaria benigna por parte del médico de primer contacto en la UMF No. 7 del IMSS Delegación Aguascalientes (Esta área se explora con un caso clínico)		Habilidad Poder (saber) Hacer saberes experienciales aplicables y demostrables	Es el grado de competencia de un sujeto concreto frente a un objetivo determinado. Es la destreza para ejecutar una cosa o capacidad y disposición para negociar o conseguir objetivos a través de unos hechos en relación con las personas,	Nominal	Dicotómica	El uso del DIU es un factor de riesgo para desarrollar patología mamaria benigna. La edad se considera importante para definir grupos de riesgo. La mastodinia es un dato patognomónico de esta enfermedad. Los síntomas clínicos siempre se relacionan con el ciclo menstrual.	Preguntas con respuesta negativa (F) Preguntas con respuesta positiva (V) Preguntas con respuesta negativa (F) Preguntas con respuesta negativa (F)	FALSO VERDADERO FALSO FALSO	Nivel de competencia en Habilidades ALTO: Si el resultado de la suma de las aseveraciones contestadas correctamente sobre el total ideal es entre 80 y 100% REGULAR: Si el resultado de la suma de las aseveraciones contestadas

			individual o en grupo		<p>La presencia de tumoración en cuadrante superoexterno es característico de la enfermedad.</p> <p>La secreción serosa bilateral no es frecuente encontrarla.</p> <p>Las características clínicas de la tumoración que presenta en la mama derecha se relacionan con malignidad.</p> <p>La realización de una resonancia magnética ayudaría a complementar el diagnóstico.</p> <p>El USG mamario se recomienda como recurso diagnóstico de primera intención de acuerdo a la edad de la paciente.</p> <p>La conducta más adecuada para los quistes sintomáticos será la punción evacuación.</p>	<p>Preguntas con respuesta positiva (V)</p> <p>Preguntas con respuesta negativa (F)</p> <p>Preguntas con respuesta negativa (F)</p> <p>Preguntas con respuesta negativa (F)</p> <p>Preguntas con respuesta negativa (F)</p> <p>Preguntas con respuesta negativa (F)</p> <p>Preguntas con respuesta positiva (V)</p>	<p>VERDADERO</p> <p>FALSO</p> <p>FALSO</p> <p>FALSO</p> <p>FALSO</p> <p>FALSO</p> <p>VERDADERO</p>	<p>correctamente sobre el total ideal es entre 60 y 79%</p> <p>BAJO: Si el resultado de la suma de las aseveraciones contestadas correctamente sobre el total ideal es menor a 59%</p> <p>Nivel de competencia global</p> <p>ALTO: Si el resultado de la suma de las aseveraciones contestadas correctamente en las tres dimensiones sobre el total ideal es entre 80 y 100%</p> <p>MEDIO: Si el resultado de la</p>
--	--	--	-----------------------	--	--	---	--	--

					<p>No está recomendado solicitar niveles de prolactina sérica y hormona estimulante del tiroides para determinar un origen endocrinológico de la descarga bilateral del pezón.</p>	Preguntas con respuesta negativa (F)	FALSO	<p>suma de las aseveraciones contestadas correctamente en las tres dimensiones sobre el total ideal es entre 60 y 79%</p>
					<p>El alto contenido de metilxantinas en la dieta ayudaría a disminuir la sintomatología.</p>	Preguntas con respuesta negativa (F)	FALSO	<p>BAJO: Si el resultado de la suma de las aseveraciones contestadas correctamente en las tres dimensiones sobre el total ideal es menor a 59%</p>
					<p>El tratamiento farmacológico de la mastalgia es en base a antiinflamatorios esteroideos.</p>	Preguntas con respuesta negativa (F)	FALSO	
					<p>De acuerdo a la edad y a los antecedentes familiares de cáncer de mama, es preciso llevar a cabo controles clínico-radiológicos cada 6 meses.</p>	Preguntas con respuesta negativa (F)	FALSO	
					<p>El antecedente familiar de cáncer de mama es un</p>	Preguntas con respuesta	FALSO	

					<p>criterio de referencia a segundo nivel ya que duplica el riesgo de que la paciente presente un carcinoma de mama.</p> <p>Cuento con guías de práctica clínica en mi área laboral que me apoyan en la toma de decisiones en caso de patología mamaria benigna.</p> <p>La patología benigna de mama está presente a diario en mi consulta y la atiengo integralmente.</p>	<p>negativa (F)</p> <p>Preguntas con respuesta positiva (V)</p> <p>Preguntas con respuesta positiva (V)</p>	<p>VERDADERO</p> <p>VERDADERO</p>	
--	--	--	--	--	--	---	-----------------------------------	--

Anexo D. Cronograma

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES						
	SEP 2013	OCT 2013	NOV 2013	DIC 2013	ENERO 2013	FEB 2013
Elección del tema	Xxx					
Acopio de bibliografía	Xxx					
Revisión de literatura	Xxx					
Diseño del protocolo		xxx				
Antecedentes			xxx			
Justificación			xxx			
Introducción			xxx			
Hipótesis			xxx			
Revisión del protocolo			xxx			
Registro del protocol ante comité local de Investigación			xxx			
Acopio de Información				xxx		
Captura y tabulación de datos				xxx		
Análisis de resultados					xxx	xxx
Autorización						xxx
Elaboración de tesis						xxx

Anexo E. Manual operacional

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA Y SERVICIOS DE SALUD**



COMPETENCIA CLÍNICA POR PARTE DEL MÉDICO DE PRIMER CONTACTO HACIA LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 7 DEL IMSS, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES.

Manual operacional

La competencia clínica es un constructo complejo, multifacético, multivariado y multidimensional en relación con una situación multidisciplinaria en el campo de la medicina, se define como la capacidad de hacer una cosa o la capacidad de cumplir una tarea, abarca las áreas de conocimiento, actitud y habilidad del médico de primer contacto hacia la guía de práctica clínica de patología benigna de mama ya que es un problema clínico que afecta aproximadamente al 30% de la población femenina y a pesar de este alto porcentaje, el adecuado diagnóstico y tratamiento oportuno se realiza en pocas ocasiones en el primer nivel de atención.

De esta manera surge el interés por realizar el presente estudio para determinar, como paso inicial, las competencias que el médico de primer contacto tiene sobre la patología benigna de mama.

En el IMSS del estado de Aguascalientes no se han realizado estudios que determinen las competencias de los médicos de primer contacto hacia la guía de práctica clínica de patología benigna de mama.

Criterios de inclusión:

- Médicos de primer contacto que laboren en la UMF 7 del IMSS, Delegación Aguascalientes.
- Médicos que dieron su consentimiento para participar en el estudio.

- Médicos que otorguen consulta en primer nivel de atención

2.-Se localizara al médico en su área de trabajo, se le dará una carta de consentimiento informado, se le explicará que se le entregará un cuestionario, el cual es auto administrado, consta en una primera parte, de la ficha de identificación, una segunda parte, una valoración enfocada en la valoración del área cognoscitiva, la tercer parte valorará actitud y la cuarta parte para valorar habilidad de los médicos de la guía de práctica clínica hacia patología benigna de mama. Con esta entrevista pretendemos identificar si el médico tiene competencias clínicas para identificar enfermedades relacionadas con patología benigna de mama, así como identificar factores de riesgo, cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento oportuno, así como derivación a un segundo nivel en caso de cumplir con los criterios de envío. Así mismo, se le informará que el cuestionario realizado que se llevará a cabo tendrá impacto sobre determinar la prevalencia del grado de competencia de los médicos de primer nivel de atención con patología benigna de mama.

3.-El cuestionario consta de 42 preguntas y la duración será de 30 minutos aproximadamente, la información que se maneja en esta entrevista será confidencial y no le afectará en su actividad laboral.

4.- Se le comunicará al entrevistado que en el momento en que él no quiera contestar una pregunta, o no quiera continuar con la entrevista se puede retirar.

Sección I CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES DE LOS MÉDICOS.

En esta sección la información se obtendrá por medio de los datos obtenidos del cuestionario.

Características demográficas.

En las características demográficas se obtendrán de una entrevista con el médico, incluyendo a los médicos que reúnan los siguientes criterios:

- Médicos que laboren en la UMF 7, Delegación Aguascalientes
- Médicos de base que se encuentren laborando en ese momento en la institución y que quieran participar de manera voluntaria.

I.1.- Datos personales

I.1.a.- ¿Qué edad tiene?

- Menor de 50 años
- Mayor de 50 años

I.1.b.- ¿Cuál es su género?

- Masculino
- Femenino

I.1.c.- ¿Cuál es su estado civil actual?

- Soltero (divorciado, viudo)
- Casado

I.1.d.- ¿Cuántos años tiene laborando en la institución?

- Menos de 15 años
- Más de 15 años

I.1.e.- ¿Cuál es su categoría?

- Médico con especialidad
- Médico sin especialidad

I.1.f. ¿Cuál es su turno laboral?

- Matutino
- Vespertino

CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL ÁREA COGNITIVA DEL MÉDICO DE PRIMER CONTACTO HACIA LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA.

Sección II. CONOCIMIENTO

Esta sección se hizo con la finalidad de determinar el conocimiento que tiene el médico de primer contacto para tomar decisiones en relación a identificación de factores de riesgo, cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento oportuno de patología benigna de mama.

Se le indicara al entrevistado las opciones que tiene para contestar, con un cuestionario con dos opciones de respuesta de tipo FALSO Y VERDADERO.

La respuesta del entrevistado será escribir la letra F o V de acuerdo si la aseveración es falsa o verdadero, cada pregunta tendrá la codificación asignada. El encargado del proyecto codificara de la siguiente manera:

Si la pregunta es positiva.

1. Verdadero

Si la pregunta es negativa

2. Falso

Ejemplo de la estructura de las preguntas para evaluar conocimiento.

II.A Tengo el conocimiento suficiente para detectar patología mamaria benigna en mi consulta diaria.

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el médico tiene el conocimiento de identificar pacientes con patología mamaria benigna.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste el médico de primer contacto, la cual será escrita la letra F o V de acuerdo si la aseveración es falsa o verdadero y será:

- FALSO
- VERDADERO

Como la pregunta es positiva, para el encargado del proyecto se codificara de la siguiente manera: si la respuesta es FALSO se codificará 2, si la respuesta es VERDADERO se codificará 1.

II.B. La patología mamaria benigna: es un grupo de alteraciones en el tejido mamario las cuales no tienen la capacidad de diseminarse, que responden a mecanismos de tipo hormonal, factores externos como son los hábitos nutricionales y estilos de vida.

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber si el médico conoce la definición de patología mamaria benigna.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Falso
- Verdadero

Esta pregunta es Verdadera

II.C La frecuencia de la patología mamaria benigna en nuestra población es del 50%.

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el médico conoce la frecuencia de patología mamaria benigna en las mujeres de nuestra población.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Falso
- Verdadero

Esta pregunta es Verdadera.

II.D El porcentaje de mujeres que presenta mastalgia a lo largo de su vida, sin patología subyacente, es del 5%.

Explicación

En esta pregunta se pretende conocer el conocimiento del médico del porcentaje de mujeres que presentan mastalgia en algún momento de su vida.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Falso
- Verdadero

Esta pregunta es Falsa.

II.E El recurso diagnóstico de primera intención para la detección de patología mamaria benigna es el examen físico mamario.

Explicación

Con esta cuestión se pretende saber si el médico conoce cuál es el primer recurso diagnóstico para patología mamaria benigna.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Falso
- Verdadero

Esta pregunta es Verdadera

II.F La patología mamaria benigna de mayor frecuencia es el fibroadenoma mamario.

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber si el médico tiene el conocimiento de cuál es la patología mamaria benigna más frecuente en nuestra población.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Falso
- Verdadero

Esta pregunta es Verdadera.

II.G La patología benigna de mama potencialmente precursora de cáncer de mama son las lesiones proliferativas de la mama.

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber si el médico tiene el conocimiento de cuáles son las lesiones potencialmente precursoras de cáncer de mama.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Falso
- Verdadero

Esta pregunta es Verdadera

II.H De 20 a 40 años es el rango de edad de mayor presentación de fibroadenoma mamario.

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber si el médico tiene el conocimiento del rango de edad de mayor presentación de fibroadenoma mamario.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Falso
- Verdadero

Esta pregunta es Verdadera

II.I El objetivo de realizar historia clínica completa en pacientes con patología benigna de mama es el de tipificar la patología de mama.

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber si el médico tiene el conocimiento del objetivo de la realización de la historia clínica.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Falso
- Verdadero

Esta pregunta es Falsa.

II.J A partir de los 19 años es recomendable iniciar el examen médico mamario rutinario.

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber si el médico conoce la edad recomendable iniciar el examen mamario rutinario.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Falso
- Verdadero

Esta respuesta es Verdadera.

II.K La necrosis grasa es generalmente resultado de tuberculosis mamaria.

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber el conocimiento del médico acerca de la causa de necrosis grasa.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Falso
- Verdadero

La respuesta es Falsa.

II.L La clasificación de la mastalgia de Cardiff incluye 3 tipos: cíclica, no cíclica y dolor en el tórax.

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber si el médico tiene el conocimiento de cuál es la clasificación de la mastalgia.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Falso
- Verdadero

La respuesta es Verdadera.

II.M Son causas de descarga del pezón: fisiológica, traumática y patológica.

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber si el médico tiene el conocimiento de las causas de descarga del pezón.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Falso
- Verdadero

La respuesta es Falsa.

II.N. La mastitis infecciosa es la causa más común de absceso mamario.

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber si el médico tiene el conocimiento de la causa más común de absceso mamario.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Falso
- Verdadero

La respuesta es Verdadera.

II.O. Amoxicilina con clavulanato es un antibiótico utilizado en mastitis puerperal.

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber si el médico tiene el conocimiento del tratamiento utilizado en mastitis puerperal.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Falso
- Verdadero

La respuesta es Verdadera.

II.P. Uno de los criterios para iniciar antibioticoterapia en mastitis puerperal es el antecedente de mastitis infecciosa.

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber si el médico tiene el conocimiento de cuando iniciar tratamiento antibiótico ante mastitis.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Falso
- Verdadero

La respuesta es Falsa

Sección III. ACTITUD

Esta sección tiene la finalidad de conocer la actitud de los médicos de primer contacto hacia la guía de práctica clínica en patología mamaria benigna, para tomar decisiones en relación a identificación de factores de riesgo, cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento oportuno.

Se le indicara al entrevistado las opciones que tiene para contestar, para esto se le presentaran las hojas con la escala de Likert, con las siguientes opciones: Completamente de acuerdo, de acuerdo, indiferente, desacuerdo y completamente en desacuerdo.

La respuesta del entrevistado será marcada con una **X**, de acuerdo a los reactivos de la columna correspondiente, cada pregunta tendrá la codificación asignada. El encargado del proyecto codificara de la siguiente manera:

Si la pregunta es positiva.

- 5. Completamente de acuerdo
- 4. De acuerdo

Si la pregunta es negativa

- 5. Completamente en desacuerdo
- 4. Desacuerdo

- 3. Indiferente
- 2. Desacuerdo
- 1. Completamente en desacuerdo

- 3. Indiferente
- 2. De acuerdo
- 1. Completamente de acuerdo

III.A Me interesa conocer cómo se sienten mis pacientes al informarles que tienen patología mamaria benigna.

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la actitud del médico de primer contacto con respecto al dar diagnóstico de patología mamaria benigna a sus pacientes.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Completamente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- Desacuerdo
- Completamente en desacuerdo

Como la pregunta es positiva, para el encargado del proyecto se codificara de la siguiente manera: si la respuesta es COMPLETAMENTE DE ACUERDO se codificará 5, si la respuesta es DE ACUERDO se codificará 4, si la respuesta es INDIFERETE se codificará 3, si la respuesta es DESACUERDO se codificará 2 y si la respuesta es COMPLETAMENTE EN DESACUERDO se codificará 1.

III.B. Siento que necesito conocimientos, habilidades y actitud para diagnosticar y tratar pacientes con patología mamaria benigna.

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el médico se siente capaz y qué actitud tiene para diagnosticar la patología mamaria benigna.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Completamente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- Desacuerdo
- Completamente en desacuerdo

Como la pregunta es positiva, para el encargado del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es COMPLETAMENTE DE ACUERDO se codificará 5, si la respuesta es DE ACUERDO se codificará 4, si la respuesta es INDIFERENTE se codificará 3, si la respuesta es DESACUERDO se codificará 2 y si la respuesta es COMPLETAMENTE EN DESACUERDO se codificará 1.

III.C. Al diagnosticar un caso de patología mamaria benigna es mi responsabilidad dar una atención integral.

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber la actitud del médico hacia la atención integral de las pacientes con patología mamaria benigna.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Completamente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- Desacuerdo
- Completamente en desacuerdo

Como la pregunta es positiva, para el encargado del proyecto se codificará de la siguiente manera: si la respuesta es COMPLETAMENTE DE ACUERDO se codificará 5,

si la respuesta es DE ACUERDO se codificará 4, si la respuesta es INDIFERETE se codificará 3, si la respuesta es DESACUERDO se codificará 2 y si la respuesta es COMPLETAMENTE EN DESACUERDO se codificará 1.

III.D. Frecuentemente tengo pacientes con patología mamaria benigna y siento que necesito herramientas que me ayuden para la toma de decisiones.

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la actitud del médico de primer contacto acerca de las herramientas que tiene para normar una conducta con pacientes que padecen patología mamaria benigna.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Completamente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- Desacuerdo
- Completamente en desacuerdo

Como la pregunta es positiva, para el encargado del proyecto se codificara de la siguiente manera: si la respuesta es COMPLETAMENTE DE ACUERDO se codificará 5, si la respuesta es DE ACUERDO se codificará 4, si la respuesta es INDIFERETE se codificará 3, si la respuesta es DESACUERDO se codificará 2 y si la respuesta es COMPLETAMENTE EN DESACUERDO se codificará 1.

III.E. El diagnosticar y tratar adecuadamente a mis pacientes es mi responsabilidad así como registrarlo en el expediente.

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la actitud del médico de primer contacto acerca del diagnóstico y tratamiento así como registro en el expediente de las pacientes con patología mamaria benigna.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Completamente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- Desacuerdo
- Completamente en desacuerdo

Como la pregunta es positiva, para el encargado del proyecto se codificara de la siguiente manera: si la respuesta es COMPLETAMENTE DE ACUERDO se codificará 5, si la respuesta es DE ACUERDO se codificará 4, si la respuesta es INDIFERETE se codificará 3, si la respuesta es DESACUERDO se codificará 2 y si la respuesta es COMPLETAMENTE EN DESACUERDO se codificará 1.

III.F. Me motiva saber que mis pacientes están contentas con la atención recibida.

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber si el médico de primer contacto se encuentra motivado al conocer que sus pacientes con patología mamaria benigna se encuentran contentas con la atención que les brinda.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Completamente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- Desacuerdo
- Completamente en desacuerdo

Como la pregunta es positiva, para el encargado del proyecto se codificara de la siguiente manera: si la respuesta es COMPLETAMENTE DE ACUERDO se codificará 5, si la respuesta es DE ACUERDO se codificará 4, si la respuesta es INDIFERETE se codificará 3, si la respuesta es DESACUERDO se codificará 2 y si la respuesta es COMPLETAMENTE EN DESACUERDO se codificará 1.

III.G. Me intereso por detectar factores de riesgo para patología mamaria benigna.

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la actitud del médico de primer contacto acerca de la identificación de factores de riesgo en pacientes con patología mamaria benigna.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Completamente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- Desacuerdo
- Completamente en desacuerdo

Como la pregunta es positiva, para el encargado del proyecto se codificara de la siguiente manera: si la respuesta es COMPLETAMENTE DE ACUERDO se codificará 5,

si la respuesta es DE ACUERDO se codificará 4, si la respuesta es INDIFERETE se codificará 3, si la respuesta es DESACUERDO se codificará 2 y si la respuesta es COMPLETAMENTE EN DESACUERDO se codificará 1.

III.H. Me preocupa saber que las lesiones proliferativas de la mama son potencialmente precursoras de cáncer de mama.

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber la actitud del médico de primer contacto acerca de las lesiones proliferativas, las cuales son precursoras de cáncer de mama.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Completamente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- Desacuerdo
- Completamente en desacuerdo

Como la pregunta es positiva, para el encargado del proyecto se codificara de la siguiente manera: si la respuesta es COMPLETAMENTE DE ACUERDO se codificará 5, si la respuesta es DE ACUERDO se codificará 4, si la respuesta es INDIFERETE se codificará 3, si la respuesta es DESACUERDO se codificará 2 y si la respuesta es COMPLETAMENTE EN DESACUERDO se codificará 1.

III.I. Me agrada atender a pacientes con patología benigna de mama y pienso que puedo atenderlas adecuadamente.

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber la actitud del médico de primer contacto hacia su capacidad para atender a pacientes con patología mamaria benigna.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Completamente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- Desacuerdo
- Completamente en desacuerdo

Como la pregunta es positiva, para el encargado del proyecto se codificara de la siguiente manera: si la respuesta es COMPLETAMENTE DE ACUERDO se codificará 5, si la respuesta es DE ACUERDO se codificará 4, si la respuesta es INDIFERETE se codificará 3, si la respuesta es DESACUERDO se codificará 2 y si la respuesta es COMPLETAMENTE EN DESACUERDO se codificará 1.

III.J. Me preocupo por atender a pacientes con patología benigna de mama y factores de riesgo para presentar cáncer de mama.

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la actitud del médico hacia las pacientes con patología benigna de mama y la identificación de factores de riesgo para presentar cáncer de mama.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Completamente de acuerdo
- De acuerdo
- Indiferente
- Desacuerdo
- Completamente en desacuerdo

Como la pregunta es positiva, para el encargado del proyecto se codificara de la siguiente manera: si la respuesta es COMPLETAMENTE DE ACUERDO se codificará 5, si la respuesta es DE ACUERDO se codificará 4, si la respuesta es INDIFERETE se codificará 3, si la respuesta es DESACUERDO se codificará 2 y si la respuesta es COMPLETAMENTE EN DESACUERDO se codificará 1.

Sección IV. HABILIDADES

Esta sección se hizo con la finalidad de determinar la habilidad que tiene el médico de primer contacto para tomar decisiones en relación a identificación de factores de riesgo, cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento oportuno de patología benigna de mama.

Se le indicara al entrevistado las opciones que tiene para contestar, con un caso clínico con dos opciones de respuesta de tipo FALSO Y VERDADERO.

La respuesta del entrevistado será escribir la letra F o V de acuerdo si la aseveración es falsa o verdadero, cada pregunta tendrá la codificación asignada. El encargado del proyecto codificara de la siguiente manera:

Si la pregunta es positiva.

1. Verdadero

Si la pregunta es negativa

2. Falso

CASO CLÍNICO

Mujer de 41 años acude a consulta por dolor y bulto en la mama izquierda. La paciente refiere que desde hace 5 meses observa un aumento de tamaño de ambas mamas y presenta dolor en cuadrante superoexterno, que no tiene relación con la regla. No ha utilizado ningún tratamiento analgésico. La paciente está asustada y tiene miedo de padecer un cáncer de mama.

AHF: padre fallecido por cáncer de pulmón, madre con cáncer de mama a los 65 años y hermana fallecida por un linfoma.

APP: a los 18 años se le diagnosticó una enfermedad fibroquística de la mama (mastodinia premenstrual bilateral). Hace 8 meses se realizó un estudio radiológico que fue normal.

AGO: menarquia a los 14 años, ciclos menstruales regulares, FUR hace 15 días. G1, P1 con lactancia artificial. Es portadora del DIU desde hace 4 años. Las revisiones ginecológicas que se han realizado son normales.

Hábitos nocivos: Es fumadora habitual.

En la exploración mamaria la inspección es normal, aunque se perciben unas mamas congestivas y sensibles. La mama izquierda presenta tumoración en el cuadrante superoexterno de 35x25 mm, regular, móvil, de una consistencia elástica y dolorosa sin signos inflamatorios asociados. La mama derecha presenta una induración en cuadrante superoexterno-uniión de cuadrantes externos de 20x20 mm, irregular móvil, de consistencia intermedia y no dolorosa. Asimismo, se observa una secreción serosa provocada multiorifical bilateral. No se palpan adenopatías en las cadenas ganglionares axilares, supra e infraclaviculares.

Explicación

Con este caso clínico se pretende determinar la habilidad del médico que tiene para realizar acciones y tomar decisiones en relación a identificación de factores de riesgo, cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento oportuno de patología benigna de mama. De este caso clínico se derivan las siguientes preguntas.

IV.A. El uso del DIU es un factor de riesgo para desarrollar patología mamaria benigna.

Explicación

Con esta pregunta se pretende determinar la habilidad del médico de primer contacto para identificar los factores de riesgo para presentar patología mamaria benigna.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Falso
- Verdadero

La respuesta es Falsa.

IV.B. La edad se considera importante para definir grupos de riesgo.

Explicación

Con esta pregunta se pretende determinar si el médico de primer contacto tiene habilidad para definir los grupos de riesgo para patología mamaria benigna por medio de la edad de las pacientes.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Falso
- Verdadero

La respuesta es Verdadera.

IV.C. La mastodinia es un dato patognomónico de esta enfermedad.

Explicación

Con esta pregunta se pretende determinar la habilidad del médico de primer contacto para identificar los síntomas que presentan las pacientes con patología mamaria benigna.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Falso
- Verdadero

La respuesta es Falsa.

IV.D. Los síntomas clínicos siempre se relacionan con el ciclo menstrual.

Explicación

Con esta pregunta se pretende determinar si el médico tiene habilidades para identificar la relación de los síntomas clínicos de patología mamaria benigna con el ciclo menstrual.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Falso
- Verdadero

La respuesta es Falsa.

IV.E. La presencia de tumoración en cuadrante superoexterno es característico de la enfermedad.

Explicación

Con esta pregunta se pretende determinar las habilidades que tiene el médico de primer contacto acerca de los signos de patología mamaria benigna.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Falso
- Verdadero

La respuesta es Verdadera.

IV.F. La secreción serosa bilateral no es frecuente encontrarla.

Explicación

Con esta pregunta se pretende determinar la habilidad del médico de primer contacto acerca de los signos como secreción serosa bilateral en pacientes con patología mamaria benigna.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Falso
- Verdadero

La respuesta es Falsa.

IV.G. Las características clínicas de la tumoración que presenta en la mama derecha se relacionan con malignidad.

Explicación

Con esta pregunta se pretende determinar la habilidad del médico de primer contacto hacia la identificación de las características clínicas de pacientes con patología mamaria benigna.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Falso
- Verdadero

La respuesta es Falsa.

IV.H. La realización de una resonancia magnética ayudaría a complementar el diagnóstico.

Explicación

Con esta pregunta se pretende determinar la habilidad del médico de primer contacto para la elección de métodos de gabinete para el diagnóstico de patología mamaria benigna.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Falso
- Verdadero

La respuesta es Falsa.

IV.I. El USG mamario se recomienda como recurso diagnóstico de primera intención de acuerdo a la edad de la paciente.

Explicación

Con esta pregunta se pretende determinar la habilidad del médico de primer contacto con respecto a la elección de USG como recurso diagnóstico de primera intención para patología mamaria benigna.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Falso
- Verdadero

La respuesta es Falsa.

IV.J. La conducta más adecuada para los quistes sintomáticos será la punción evacuación.

Explicación

En esta pregunta se pretende determinar la habilidad del médico de primer contacto acerca de la conducta más adecuada para el tratamiento de los quistes sintomáticos.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Falso
- Verdadero

La respuesta es Verdadera.

IV.K. No está recomendado solicitar niveles de prolactina sérica y hormona estimulante de tiroides para determinar un origen endocrinológico de la descarga bilateral de pezón.

Explicación

Con esta pregunta se pretende determinar la habilidad del médico de primer contacto para determinar si es necesaria la realización de laboratorios como prolactina sérica y hormona estimulante de tiroides para determinar un origen endocrinológico cuando hay descarga bilateral de pezón.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Falso
- Verdadero

La respuesta es Falsa.

IV.L El alto contenido de metilxantinas en la dieta ayudaría a disminuir la sintomatología.

Explicación

Con esta pregunta se pretende determinar la habilidad del médico de primer contacto para determinar la dieta adecuada para disminuir la sintomatología en pacientes con patología mamaria benigna.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Falso
- Verdadero

La respuesta es Falsa.

IV.M. El tratamiento farmacológico de la mastalgia es en base a antiinflamatorios esteroideos.

Explicación

Con esta pregunta se pretende determinar la habilidad del médico de primer contacto con respecto al tratamiento farmacológico en pacientes con mastalgia, con respecto al uso de antiinflamatorios esteroideos.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Falso
- Verdadero

La respuesta es Falsa.

IV.N. De acuerdo a la edad y a los antecedentes familiares de cáncer de mama es preciso llevar a cabo controles clínico-radiológicos cada 6 meses.

Explicación

Con esta pregunta se pretende determinar la habilidad del médico de primer contacto con respecto a realización de controles clínico-radiológicos en pacientes con antecedentes familiares de cáncer de mama cada 6 meses.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Falso
- Verdadero

La respuesta es Falsa.

IV.O. El antecedente familiar de cáncer de mama es un criterio de referencia a segundo nivel ya que duplica el riesgo de que la paciente presente un

Explicación

Con esta pregunta se pretende determinar si el médico tiene la habilidad para identificar los criterios de envío a segundo nivel en pacientes con factores de riesgo para carcinoma de mama.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Falso
- Verdadero

La respuesta es Falsa.

IV.P Cuento con Guías de Práctica Clínica en mi área laboral que me apoyan en la toma de decisiones en caso de patología mamaria benigna.

Explicación

Con esta pregunta se pretende determinar la habilidad del médico de primer contacto para la utilización de la Guía de Práctica Clínica para la toma de decisiones en pacientes con patología mamaria benigna.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Falso
- Verdadero

La respuesta es Verdadera.

IV.P La patología benigna de mama está presente a diario en mi consulta y la atiendo integralmente.

Explicación

Con esta pregunta se pretende determinar la habilidad del médico de primer contacto para el diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado en pacientes con patología mamaria benigna.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cual será identificada porque estará encerrada en un círculo, así como del sentido de la pregunta y será:

- Falso
- Verdadero

La respuesta es Verdadera.