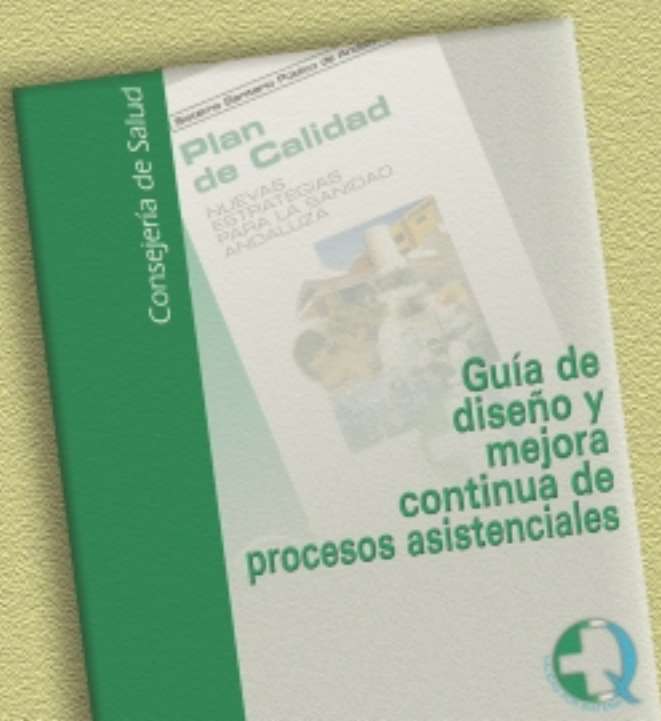


CONSEJERÍA DE SALUD

CÁNCER DE MAMA

DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA

2ª Edición



PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO

CÁNCER DE MAMA **DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA**

2ª Edición

CÁNCER DE MAMA. DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA

Edita: Consejería de Salud

Depósito Legal: S-927-2005

Maquetación: PDF-Sur s.c.a.

Coordinación y producción: Forma Animada

Presentación

Con la configuración del Mapa de Procesos Asistenciales Integrados del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y con el objetivo común de ofertar a los ciudadanos andaluces unos servicios sanitarios de alta calidad, hemos iniciado un camino que esperamos sea de estímulo para todos los profesionales implicados.

La Gestión por Procesos es una herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen los ciudadanos y profesionales, e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones de estos últimos hasta lograr un grado de homogeneidad razonable.

Se trata, pues, de impulsar un cambio en la organización basado en la fuerte implicación de los profesionales y en su capacidad de introducir la idea de mejora continua de la calidad, y de llevarlo a cabo desde un enfoque centrado en el usuario.

Cuando nos referimos a la Gestión por Procesos en Andalucía estamos aludiendo a un abordaje integral de cada uno de ellos –incluidos en el Mapa que se ha definido– y ello conlleva el reanálisis de las actuaciones desde que el paciente demanda una asistencia hasta que ésta termina. En este contexto, la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se convierten en elementos esenciales.

Cada uno de los libros que se presentan recoge el fruto del importante esfuerzo que ha realizado la organización sanitaria pública de Andalucía, y en especial los profesionales que prestan la asistencia, por analizar cómo se están haciendo las cosas y, sobre todo, cómo deberían hacerse, creando una propuesta de cambio razonable, coherente, innovadora y abierta para el Sistema Sanitario Público de nuestra comunidad autónoma.

Por todo ello, queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento al numeroso grupo de profesionales que han hecho posible que podamos contar con un Mapa de Procesos del Sistema Sanitario de Andalucía, que iremos desarrollando e implantando de forma progresiva, y que será, sin duda, el referente para instaurar una mejor práctica asistencial y avanzar en la idea de mejora continua de la calidad en nuestras organizaciones sanitarias.

Antonio Torres Olivera
Director General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento

EQUIPO DE TRABAJO

Carmen Escalera de Andrés (Coordinadora); Eloisa Bayo Lozano; José Manuel Fernández Temprano; Yolanda González Pérez; M^a Trinidad Granados Zapata; Carlos Iliá Herrainz Montalvo; Manuel La Calle Marcos; Javier Ruiz Moruno; Pilar Serrano Moya; Mercedes Torres Tabanera; Eduardo Villar Álvarez; Juan A. Virizuela Echaburu.

COLABORACIONES

Emilio Alba Conejo; Jaime Conde García; Adriana Escolar Bermejo; Rogelio Garrido Teruel; María Ángeles Hernández Molinero; José Luis Martínez Muro; José Andrés Moreno Nogueira; Amalia Palacios Eito.

GRUPO DE REFERENCIA

RESPONSABLE DE LA ACTUALIZACIÓN 2005

M^a Mercedes Acebal Blanco (Coordinadora); Marina Álvarez Benito; Eloisa Bayo Lozano; Jaime Conde García; Basilio Dueñas Rodríguez; Carmen Escalera de Andrés; Adriana Escolar Bermejo; Rosario Fernández Echegaray; José Manuel Fernández Temprano; Yolanda González Pérez; M^a Trinidad Granados Zapata; Carlos Iliá Herrainz Montalvo; Manuel La Calle Marcos; Francisco Luna Cabrera; Eduardo Villar Álvarez; Juan A. Virizuela Echaburu.

COLABORACIONES

María Ángeles Hernández Molinero; José Andrés Moreno Nogueira; Amalia Palacios Eito.

Índice

INTRODUCCIÓN	11
CÁNCER DE MAMA	
1. DEFINICIÓN GLOBAL	13
2. DESTINATARIOS Y OBJETIVOS	15
Destinatarios y expectativas	15
Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad	22
3. COMPONENTES	33
Descripción general	33
Profesionales. Actividades. Características de calidad	66
Competencias profesionales	77
Recursos. Características generales. Requisitos	85
Unidades de soporte.....	93
4. REPRESENTACIÓN GRÁFICA	
Diagramas de flujo	95
5. INDICADORES	119
ANEXOS	
- Anexo 1: Diagnóstico en acto único	123
- Anexo 2: Protocolos de tratamientos sistémico, radioterapia e indicaciones de cirugía conservadora	133
Protocolo de indicaciones y tratamiento de la cirugía reconstructora	146
- Anexo 3: Terapia hormonal sustitutiva y cáncer de mama	151

DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA

1. DEFINICIÓN GLOBAL	155
2. DESTINATARIOS Y OBJETIVOS	157
Destinatarios y expectativas	157
Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad	161
3. COMPONENTES	165
Descripción general	165
Profesionales. Actividades. Características de calidad	170
Recursos. Características de calidad. Requisitos	175
Unidades de soporte.....	177
4. REPRESENTACIÓN GRÁFICA	
Diagramas de flujo.....	179
5. INDICADORES	191
Normas y recomendaciones para prevenir el linfedema en mujeres operadas de mama.....	203
Abreviaturas	207
Bibliografía.....	209



INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama constituye un importante problema de salud siendo la primera causa de muerte por neoplasia en las mujeres de nuestra comunidad autónoma y el tumor más frecuente en las mismas.

La selección del cáncer de mama como uno de los 20 primeros problemas de salud cuya atención puede mejorarse, desde la óptica de la estructuración por procesos asistenciales integrados, está plenamente justificada, ya que su adecuada atención precisa de una secuencia ordenada de actividades que implican una oferta amplia y diversa de servicios y recorren el espectro completo de nuestro Sistema Sanitario Público.

Esfuerzos coordinados en la detección precoz, mediante la realización de estudios mamográficos periódicos, van a permitir disminuir la mortalidad por esta causa y deben ser ofertados a un número creciente de mujeres en toda Andalucía, con la garantía de una rápida respuesta en caso de detectarse alguna lesión sospechosa.

El cáncer de mama exige un abordaje multidisciplinar, tanto en las actividades de detección precoz como en el diagnóstico y tratamiento, al estar implicados una gran variedad de profesionales del ámbito de Atención Primaria y de Atención Especializada siendo, además, imprescindible una perfecta coordinación que garantice la continuidad asistencial.

Con la definición del Proceso Cáncer de Mama y del Programa de Detección Precoz, el grupo de trabajo ha pretendido, sobre todo, ordenar y asignar las actividades, racionalizar el uso de los recursos, establecer mecanismos de coordinación e integrar las actividades de forma que no exista variabilidad para el diagnóstico y el tratamiento en función de la

forma en que acceda la mujer a ellos, diseñando un circuito que permita obtener los mejores resultados con los recursos disponibles. Todo ello teniendo en cuenta las expectativas de las mujeres, los familiares, y todos y cada uno de los profesionales implicados en cada fase, intentando establecer los mecanismos para que se cumplan, y teniendo en cuenta las dificultades que pudieran existir para su posterior implantación cuya estrategia debe contemplar las distintas realidades existentes en nuestra comunidad autónoma.

1

DEFINICIÓN GLOBAL

Definición funcional: Conjunto de actividades destinadas a la confirmación diagnóstica y tratamiento integral (quirúrgico, médico y de apoyo) del cáncer de mama en pacientes que presentan signos/síntomas clínicos o hallazgos en pruebas diagnósticas con técnica de imágenes sospechosas de malignidad, procedente de cualquier nivel asistencial: Atención Primaria (AP); Atención Especializada (AE) (Centros Periféricos y de Especialidades, Hospitalización; Consultas Externas, Urgencias) o Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama.

Límite de entrada: Pacientes con síntomas/signos clínicos o hallazgos en prueba diagnóstica con técnica de imagen sospechosos de malignidad.

Se consideran síntomas/signos clínicos de sospecha: nódulo palpable, secreción patológica (unilateral, unipórica y espontánea), los cambios del complejo areola-pepón (inversión, retracción, ulceración, engrosamiento, edema, inflamación) y mastalgia no cíclica.

Se consideran hallazgos de sospecha en prueba diagnóstica con técnica de imagen todas aquellas lesiones palpables y no palpables con características encuadrables dentro de las categorías 3 (probablemente benigna), 4 y 5 (sospecha intermedia y alta) del sistema BI-RADS del Colegio Americano de Radiología.

Límite final: Si el diagnóstico es cáncer: Seguimiento o Proceso Cuidados Paliativos. Si el diagnóstico es distinto de cáncer de mama: Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama (si está en la franja de edad 50-65 años). Seguimiento especial:

antecedentes familiares de cáncer de mama, y lesiones histopatológicas de alto riesgo (hiperplasia ductal con atípicas, hiperplasia ductal sin atípicas en pacientes postmenopáusicas o con antecedentes familiares, neoplasia lobulillar o lesión papilar).

Límites marginales:

- Cáncer de mama masculino.
- Tumores no epiteliales de la mama (linfoma, sarcoma, melanoma).
- Tumores metastásicos en la mama.

2 DESTINATARIOS Y OBJETIVOS

Destinatarios y expectativas

PACIENTES

- Accesibilidad de todas las mujeres a la educación para la salud acerca de los factores de riesgo y medidas de detección precoz del cáncer de mama.
- Accesibilidad a medidas de detección específicas para la población de alto riesgo.
- Accesibilidad a la prueba diagnóstica o de detección precoz.
- Accesibilidad a su médico de referencia en cada momento.
- Acceso telefónico a la información tanto clínica como sobre gestión de citas y listas de espera.
- Accesibilidad a un tratamiento integral en caso de confirmación diagnóstica.
- Accesibilidad al asesoramiento en problemas de pareja y sexuales secundarios a la enfermedad.
- Accesibilidad a los recursos sociales, reinserción laboral y grupos de autoayuda.
- Comunicación clara y veraz con adaptación del lenguaje a las características socio-culturales de la mujer.

- Coordinación entre todos los profesionales para evitar información contradictoria.
- En cada una de las fases, la información solo debe darse a la paciente o a la persona que ella designe.
- Proporcionar por escrito la información relativa a autocuidados durante cada una de las fases.
- Capacitación de los profesionales relacionados con la detección, diagnóstico y tratamiento para que la sospecha, diagnóstico y tratamiento se realice correctamente y de forma integral.
- Capacidad administrativa para dar soluciones rápidas desde una “ventanilla única”.
- Rapidez de respuesta para completar el proceso de Detección Precoz y el estudio en caso de sospecha diagnóstica.
- Rapidez de respuesta para la instauración del tratamiento adecuado.
- Capacidad de respuesta ante una necesidad urgente en el servicio apropiado sin necesidad de ser derivada a urgencias.
- Tener la seguridad de que, en caso necesario, puede obtener una información adecuada en cada momento del proceso, incluso por vía telefónica.
- Tener la seguridad de que todos los profesionales implicados conocen los detalles de su historia clínica, están debidamente coordinados, evitando duplicidad de estudios y respondiendo para cada problema que pueda surgir con pautas claras de actuación conocidas por todos.
- Tener la seguridad de que se preservará la intimidad de la paciente en relación al diagnóstico, exploraciones y estudios diagnósticos.
- Tener la seguridad de que los profesionales van a ser personas conocidas por ella durante el proceso.
- Existencia de centros con la tecnología y recursos adecuados para confirmar el diagnóstico y realizar el tratamiento.
- Posibilidad de acompañamiento de una persona cercana durante la hospitalización y los tratamientos.

FAMILIARES

- Posibilidad de acompañamiento de la paciente durante todo el proceso diagnóstico y el tratamiento.
- Accesibilidad a los profesionales de referencia en cada momento del proceso para solicitar información en caso de que la paciente así lo hubiese manifestado, incluyendo la vía telefónica.
- Posibilidad de visitar a la paciente si esta hospitalizada con horario flexible, garantizando su descanso.

- Explicación, en lenguaje sencillo y entendible, de cada una de las fases del proceso.
- Asesoramiento sobre los problemas de pareja y sexuales.
- Establecer circuitos especiales con zonas reservadas de pacientes en situaciones vulnerables.
- Garantizar la intimidad durante la realización de estudios diagnósticos, exploración o actuaciones terapéuticas.

DE TODOS LOS PROFESIONALES

- Programas de formación continuada y actualización de conocimientos de todos los profesionales (personal facultativo y no facultativo) que participan en el abordaje multidisciplinar del cáncer de mama.
- Formación en habilidades y estrategias de acogida y comunicación para mejorar la interacción con pacientes y familiares.
- Entrenamiento en habilidades personales y de interacción para facilitar el apoyo emocional a la paciente/familiares así como para el manejo emocional personal.
- Recursos humanos y materiales así como medios técnicos adecuados que permitan la realización de todas las actividades que aseguren un diagnóstico y tratamiento adecuado de la paciente, así como para hacer educación sanitaria.
- Adecuación de los recursos materiales al desarrollo tecnológico. Existencia y aplicación de estrategias programadas de sustitución de equipos e inversiones de renovación.
- Disponibilidad del tiempo necesario para una atención correcta y personalizada.
- Aplicación de un programa de garantía de calidad que minimice los errores de la práctica clínica.
- Creación de Unidades Multidisciplinares de Patología Mamaria en todos los centros hospitalarios donde se atienda esta patología, con reuniones periódicas para elaboración de protocolos y planificación de tratamientos consensuados con la participación de los distintos profesionales implicados en el diagnóstico y tratamiento.
- Disponer de un circuito de comunicación fluido con la paciente y otros profesionales implicados en el diagnóstico y tratamiento sin demora en las peticiones de consulta.
- Disponibilidad de un sistema de información que permita el acceso a la historia clínica e informes previos para que todos los profesionales que atienden a la paciente conozcan su historia de manera integral y global y así coordinar las pruebas diagnósticas, los tratamientos y cuidados de enfermería.
- Asegurar los cuidados de enfermería en Atención Primaria.
- Garantizar la atención los fines de semana, estableciendo protocolos de actuación específicos, aquellos problemas más comunes que presenten estas pacientes con los servicios de urgencias hospitalarios y de Atención Primaria.

- Creación de un sistema de información específico que permita el cálculo de indicadores y evaluación del proceso.
- Creación de Registros de Cáncer en el ámbito hospitalario como elementos necesarios para la gestión y evaluación del proceso.
- Creación de Unidades de Consejo Genético para realizar estudios y consejo genético en aquellas pacientes que fuese necesario.

Profesionales de Atención Primaria

- Rapidez diagnóstica para disminuir la ansiedad innecesaria en las pacientes.
- Conocimiento de los circuitos de derivación de las mujeres con sospecha diagnóstica.
- Elaboración y difusión de protocolos para el abordaje de la patología mamaria en AP.
- Posibilidad de petición de pruebas diagnósticas (mamografía) desde AP para disminuir demoras innecesarias y mejorar la coordinación.
- Disponibilidad de comunicación fácil con las Unidades Multidisciplinares de Patología Mamaria.
- Recibir informes de AE referentes al diagnóstico y plan de actuación para facilitar el abordaje de la persona enferma y su familia.

Servicio de Radiodiagnóstico

- Información sobre la cita y los datos de la paciente y disponibilidad de todos los documentos necesarios para realizar la exploración.
- Entorno adecuado en las sala de exploración y espera para mantener la intimidad.
- Disponibilidad de la información clínica necesaria para la programación e interpretación de los estudios.
- Capacidad y autonomía para tomar decisiones sobre la técnica más adecuada en cada caso, tanto en tipo como secuencia.

Servicio de Anatomía Patológica

- Cumplimiento de los procedimientos normalizados de trabajo.
- Adaptación a calendarios y horarios.
- Identificación precisa y clara de la muestra y su localización.
- Información clínico–radiológica adecuada y suficiente.
- Orientación adecuada de la pieza quirúrgica.

Servicio quirúrgico

- Lugar físico amplio con una sala de curas.
- Conexión continua con alguno de los cirujanos de la Unidad de mama.
- Definición consensuada de las actividades a realizar por Enfermería.
- Posibilidad de consulta telefónica.

Servicio de Oncología Radioterápica

- Que la paciente con cáncer de mama pueda recibir un tratamiento radioterápico integral en su provincia.
- Que el tratamiento integral se pueda realizar sin demora.
- Que las pacientes puedan recibir los cuidados de enfermería necesarios durante la irradiación con objeto de reducir al mínimo la toxicidad previsible.
- Disponer de consentimiento informado adecuado a cada patología y estandarizado para todos los centros
- Si existen alternativas terapéuticas, hacer participe a la paciente de la toma de decisiones.
- Definir la intervención de enfermería en el área de Oncología Radioterápica con orientación hacia la valoración de los cuidados.
- Establecer objetivos terapéuticos teniendo en cuenta las características individuales de la paciente, otras patologías asociadas y sus sistemas de apoyo socio-familiar.
- Disponer de una alternativa al régimen de tratamiento ambulatorio cuando no exista la presencia de un familiar cuidador principal y este sea necesario para garantizar la asistencia en domicilio de necesidades vitales básicas.
- Tener acceso con carácter preferente y rápido a las consultas con Psicooncología, Psiquiatría, Odontología y tratamiento de adicciones (tabaco y alcohol) cuando estas inciden de manera significativa en el proceso a tratar.
- Coordinación con los servicios sociales municipales para resolver problemas de dependencia de los pacientes y que puedan ser cubiertos en este nivel de atención.

Servicio de Oncología Médica

- Tiempo suficiente en consultas para la adecuada atención a las pacientes. Tiempo medio de 45 minutos para la primera visita y de 15 minutos para las revisiones y controles del tratamiento.
- Participación en grupos de investigación clínica y grupos multidisciplinares de trabajo.
- Acceso a una información científica actualizada a través de bibliotecas, hemerotecas y redes informáticas.

Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama

- Existencia de una campaña institucional en medios de comunicación de masas sobre el programa.
- Que los profesionales sanitarios de AP y AE que intervienen en el diagnóstico y tratamiento de la patología de la mama estén informados de la existencia del programa y de sus características generales.
- Que las mujeres sanas y en la franja de edad que contempla el programa no reciban, por parte de los clínicos directamente implicados en el manejo de la patología de la mama, mensajes contrarios a los programas respecto a los criterios de seguimiento de las mujeres (ej. Intervalo entre estudios mamográficos).
- Que para la franja de edad que contempla el programa no se permita la realización de *screenings* encubiertos del Servicio de Radiología de los hospitales públicos de la Comunidad Autónoma ya que suponen un desaprovechamiento de los recursos del programa y la existencia de importantes listas de espera para mamografías en los hospitales.
- Que los profesionales directamente implicados en el manejo de la patología de la mama tengan una formación básica sobre las características de los programas de *screening* y las diferencias existentes entre éstos, y las mamografías diagnósticas que se realizan en los centros asistenciales.
- Que exista una implicación activa en el programa de los profesionales de AP para mejorar la participación, informar adecuadamente a las mujeres y apoyar a las que se encuentren en estudio diagnóstico en el Hospital.
- Que los hospitales integren las actividades generadas por el programa como una prestación más del Hospital, normalizando la atención a las mujeres del programa y no considerándola como algo ajeno a la actividad normal del Hospital.
- Que exista una implicación activa de las gerencias y direcciones médicas de los hospitales para garantizar tanto una atención ágil y de calidad a las mujeres, como la devolución al Distrito Sanitario de la información generada en el Hospital.
- Que en los hospitales que participan en el programa exista un “Coordinador Hospitalario” de todos los servicios implicados en la atención a estas mujeres, que sea el interlocutor para la coordinación del programa en el Distrito.
- Disponer de manera ágil de la información clínica generada por el Hospital respecto a las mujeres derivadas desde el programa.
- Que periódicamente se evalúen los circuitos y los resultados del programa con la participación de los profesionales implicados.
- Que exista una demora mínima para la obtención de cita en el Servicio de Radiodiagnóstico para las mujeres que son derivadas al Hospital tras la lectura de las mamografías.

- Disponer, de manera urgente, de una aplicación informática que permita la gestión de la información clínica y la elaboración de indicadores de gestión del programa y epidemiológicos.
- Recursos humanos suficientes, ampliando la dotación de auxiliares administrativos en las unidades de exploración y la dedicación del Coordinador del Programa en el Distrito Sanitario.
- Existencia de un Programa de Garantía de Calidad en el que se contemple el control de los equipos radiológicos.
- Que en las unidades de exploración con mamógrafo propio existan salas de lectura a las que se desplacen los Radiólogos, ya que esto facilita el trabajo de la Auxiliar del programa y se evita el extravío de historias.
- Que los archivos de las Unidades de exploración se ubiquen en dependencias adecuadas que reúnan unas condiciones básicas de confidencialidad y seguridad.
- Generalización del registro poblacional de cáncer de mama para conocer mejor la incidencia de cáncer de mama.
- Conocer la opinión de las mujeres participantes en el PDPCM respecto a su funcionamiento y grado de satisfacción con el mismo.

Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora

- Posibilidad de coordinar sus actuaciones con el resto de los profesionales implicados: Cirugía Oncológica, Oncología Médica y Oncología Radioterápica.
- Consensuar los protocolos reconstructivos con el resto de los miembros de la Unidad Multidisciplinar de Patología Mamaria.
- Disponer de una consulta específica para el seguimiento.
- Disponibilidad de quirófanos en lugar y tiempo adecuados para completar el tratamiento reconstructivo en el momento más idóneo, así como para tratar las complicaciones que puedan surgir.



Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad

DESTINATARIO: **PACIENTE**

FLUJOS DE SALIDA: **DISPENSACIÓN DE ASISTENCIA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Educación para la salud sobre factores de riesgo y detección precoz del cáncer de mama.
- Existencia de protocolos de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama con historia clínica común, y coordinación y cualificación de todos los profesionales implicados en el mismo.
- Existencia de Unidades Multidisciplinares de Patología Mamaria en todos los centros hospitalarios en los que se preste asistencia a pacientes con enfermedades mamarias o sean de referencia para el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama. Estas unidades se constituirán como unidades funcionales que integren a todos los profesionales relacionados con el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama (con independencia del nivel asistencial al que pertenezcan), con las siguientes características:
 - La estructura de unidad que se recomienda está formada por tres niveles: Equipo Básico (desarrolla las funciones propias de la unidad y coordina la atención con el resto de los niveles). Especialidades de apoyo en el tratamiento integral de pacientes con cáncer (formando parte de un segundo nivel de las unidades, como apoyo al tratamiento de pacientes oncológicas). Unidades y especialidades con las que es preciso establecer sistemas de coordinación.
 - Equipo Básico: anatomopatólogo, cirujano, ginecólogo, radiólogo y oncólogos (disponibles en el mismo centro hospitalario de referencia, en cuyo caso debería garantizarse la existencia de circuitos de comunicación fluidos). Aunque es deseable la dedicación exclusiva a patología mamaria de los especialistas que componen el equipo básico, no es un requisito imprescindible. Pueden ser profesionales con formación específica que sirvan de referencia al resto de especialidades de sus respectivos servicios que atiendan patología mamaria. El Equipo Básico deberá nombrar a un responsable entre todos sus componentes que asuma funciones de dirección, coordinación y representación.
 - Especialidades de apoyo para el tratamiento integral de pacientes con cáncer: cirugía plástica, medicina física y rehabilitación.
 - Unidades y especialidades con las que es preciso establecer sistemas de coordinación: AP, PDPCM, sistemas de información, registros de tumores, laboratorios, anestesia.
 - Como Unidad Funcional, las actividades de la Unidad de Mama pueden llevarse a cabo en distintos ámbitos:
 - Servicios diagnósticos: Radiodiagnóstico y Anatomía Patológica.

- Consultas específicas: Consultas Externas de Cirugía y Ginecología.
- Consultas Externas de Unidad de Mama Médica y Radioterápica.
- Quirófano.
- Hospitalización.
- Hospital de Día.
- Servicios de tratamiento (radioterapia, fisioterapia, apoyo psicológico).

Son funciones de la Unidad de Mama:

- Establecer circuitos de pacientes que garanticen una asistencia coordinada de la patología mamaria entre los distintos niveles que componen la Unidad de Mama.
 - Diseñar protocolos y clínicas de actuación en patología mamaria basados en los conocimientos y tecnologías más actuales y adaptados a la idiosincrasia propia de la red asistencial.
 - Realizar reuniones periódicas destinadas a la revisión de casos y toma de decisiones conjuntas, tanto en casos concretos como de discusión de criterios generales.
 - Asesorar, por parte de los especialistas que componen la unidad, a los facultativos de cada una de las áreas que, si bien no forman parte directa de la unidad, sí se ven implicadas en el manejo de la patología mamaria de forma rutinaria (diagnóstico, consultas externas y tratamiento).
 - Establecer y desarrollar circuitos de información que faciliten la comunicación entre distintos componentes con las pacientes, y la recogida de información de la actividad, resultado de técnicas diagnósticas y terapéuticas, y registro de tumores.
 - Establecer las medidas necesarias para garantizar la mejora continua de la calidad en todos los niveles y ámbitos de atención.
 - Desarrollar actividades de investigación sobre patología mamaria.
- * Realización de estudios diagnósticos iniciales con un intervalo de tiempo menor o igual a 20 días ante la sospecha de cáncer de mama sin demora y sin necesidad de acudir a diferentes profesionales, solicitados en petición específica diseñada a tal efecto, cuya idoneidad será evaluada por el Servicio de Radiodiagnóstico y/o Unidad de Atención al Usuario (UAU).
- Información de los resultados de los estudios diagnósticos iniciales en un periodo inferior o igual a los 10 días desde su realización sin necesidad de acudir a varios profesionales.
 - Posibilidad de acceso a un tratamiento integral de la enfermedad según el protocolo, incluyendo tratamiento reconstructivo y fisioterapia, en un periodo menor o igual a 15 días, desde la confirmación diagnóstica.
 - Desarrollo de un Programa de Garantía de Calidad que establezca las etapas del proceso y minimice los errores de la práctica asistencial.

- Existencia de circuitos administrativos ágiles para la obtención de citas y resultados, minimizando los tiempos de espera y a través de una ventanilla única.
- Utilización y mantenimiento de tecnología adecuada.
- Facilidad de acceso para ser atendida por el profesional encargado de cada fase del proceso (Médico de Familia, Cirujano, Oncólogo...).
- Existencia de atención domiciliaria en caso de necesidad (post-operatorio, cuidados paliativos).

FLUJOS DE SALIDA: SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Gestión de citas coordinada.
- Dotación de equipamiento actualizado y adecuado a las necesidades asistenciales.
- Disponibilidad de equipamiento básico para el estudio mamario (mamografía, ecografía e intervencionismo percutáneo *in situ* en los Servicios de Radiodiagnóstico), con organización que permita la actuación en acto único por el Radiólogo responsable de la patología mamaria.
- Disponibilidad de tecnologías complementarias para el estudio mamario (RM), estadificación, seguimiento e intervencionismo general.
- Programación de la actividad en función de estimación del tiempo necesario para el estudio diagnóstico (de imagen y correlación clínica y punción percutánea).
- Definición de criterios consensuados de los datos necesarios para la programación de estudios mamarios, con respecto tanto a la técnica inicial más apropiada, como a la prioridad requerida.
- Selección del tipo de exploración y la secuencia por el Radiólogo en función de los datos clínicos aportados en la solicitud de valoración diagnóstica mamaria.
- Mecanismos ágiles de recuperación de estudios mamarios previos para una comparación evolutiva.
- Establecimiento de circuitos de comunicación con las pacientes y otros profesionales implicados en el diagnóstico y tratamiento de la patología mamaria que incluyan tanto la AP como AE (intra y extrahospitalaria).
- Cumplimiento de la legislación vigente en materia de Radioprotección y existencia de programas de garantía de calidad en todos los Servicios de Radiodiagnóstico y Unidades de exploración mamográfica del Programa de Detección Precoz.

- Utilización de sistemas de información (hospitalario y radiológico) con disponibilidad de información en red (Intranet y con centros externos).
- Disponibilidad de protocolos consensuados sobre pruebas de imagen necesarias en la estadificación de carcinomas y seguimiento posterior al tratamiento.
- Disponibilidad de técnicas intervencionistas para la filiación de recidivas y metástasis a lo largo del seguimiento de cánceres tratados, así como de la colocación de catéteres de infusión para la quimioterapia.
- Cumplimiento de la legislación vigente en materia de Radioprotección y existencias de programas de garantía de calidad en todos los Servicios de Radiodiagnóstico y Unidades de exploración mamográfica del Programa de Detección Precoz.

FLUJOS DE SALIDA: **SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Establecimiento de circuitos entre Quirófano, Radiodiagnóstico y Anatomía Patológica para la confirmación de la extirpación de lesiones mamarias.
- Equipamiento técnico suficiente y adecuado: médico y administrativo.
- Espacio físico adecuado y dotado para la realización de punción aspiración aguja fina (PAAF).
- Programación y coordinación de la actividad: punciones PAAF y quirófano (biopsias intraoperatorias y piezas quirúrgicas).
- Protocolización de los estudios:
 - Citologías
 - Biopsias
 - Piezas quirúrgicas
- Protocolización de los informes.
- Tiempo de espera y respuesta acordes y adaptados a las necesidades del proceso.
- Integración del Patólogo en la Unidad Multidisciplinar de Patología Mamaria.

FLUJOS DE SALIDA: **SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Inicio de actividades de recuperación funcional y prevención de secuelas durante el post-operatorio de pacientes a las que se les ha practicado vaciamiento axilar.
- Higiene postural y programa de ejercicios adecuados a la evolución de la paciente para conseguir la normalización del tono muscular, la mejora del drenaje linfático y la completa movilidad del miembro superior.
- Enseñanza a la paciente de los cuidados de la cicatriz.
- Iniciación a la enseñanza de cuidados básicos y recomendaciones sobre las actividades de la vida diaria.
- Establecimiento de un protocolo de educación y prevención.
- Derivación al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación si persisten o aparecen signos de déficit funcional y/o signos de linfedema.

FLUJOS DE SALIDA: **SERVICIO DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Atención a la paciente en la consulta para una valoración inicial e indicación de radioterapia en un plazo inferior a una semana, si se trata de una petición normal, tres días si es preferente, y en el día si es urgente.
- Realización del tratamiento radioterápico sin demoras:
 - Menor o igual a cuatro semanas para el post-operatorio.
 - Demora técnica (únicamente la demora técnica que implica la preparación del tratamiento) para preoperatorios, radicales o paliativos.
 - Posibilidad de cumplir protocolos terapéuticos, igualmente sin demoras, en caso de tratamiento combinado con quimioterapia.
- Disponer de 45 minutos para la primera consulta y 20 minutos para la consulta de revisión.
- Puesta en marcha, de forma sistemática, de la consulta de Enfermería en todos los Servicios de Oncología Radioterápica.
- Actualización de los recursos materiales adecuados al desarrollo tecnológico.
- Programa de Formación Continuada para el personal facultativo y no facultativo.

- Cumplimiento de la legislación vigente en materia de radioprotección y existencia de programas de garantía de calidad en todos los Servicios de Oncología Radioterápica.
- Creación en el ámbito hospitalario de un Registro de Cáncer con implicaciones en control de calidad.
- Creación de Unidades de Consejo Genético para mujeres de alto riesgo de cáncer familiar.

FLUJOS DE SALIDA: **SERVICIO DE CIRUGÍA/GINECOLOGÍA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Posibilidad de cita telefónica.
- Atención de las pacientes en consultas específicas incluidas en Unidades Multidisciplinares de Patología Mamaria.
- Atención rápida por un Cirujano o Ginecólogo perteneciente a la Unidad Multidisciplinar de Patología Mamaria de las pacientes derivadas:
 - a) En un periodo de tiempo menor o igual a una semana, pacientes con un riesgo elevado o con diagnóstico anatomopatológico ya realizado.
 - b) Demora general de la consulta no superior a 15 días.
- Solicitud en una primera consulta de todos los estudios diagnósticos precisos para el diagnóstico.
- Realización, en una primera consulta de PAAF y biopsias percutáneas en tumoraciones palpables, en caso de que no exista posibilidad de Radiología Intervencionista, siempre que exista ya un estudio de imagen.
- Realización de biopsias abiertas con guía (arpón) para lesiones no palpables sospechosas de cáncer de mama con una demora máxima de 21 días para los casos probablemente benignos y de 10 días para los casos probablemente malignos y casos malignos.
- Demoras inferiores a 15 días en el tratamiento quirúrgico de los casos de cáncer de mama ya diagnosticados.
- Toma de decisiones sobre el tratamiento de todos los casos diagnosticados y consensuados con el resto de profesionales de la Unidad Multidisciplinar de Patología Mamaria.
- Derivación a Oncología Médica y/o Radioterápica en el post-operatorio inmediato para tratamientos adyuvantes.
- Derivación al Servicio de Oncología Médica/Radioterápica para tratamiento oncológico en los casos que no se consideren quirúrgicos inicialmente.

- Proporcionar prótesis de algodón al alta hospitalaria a aquellas mujeres a las que se les haya practicado una mastectomía o tumorectomía amplia.
- Establecimiento de medidas necesarias para evitar estancias innecesarias.
- Consulta postquirúrgica (en un periodo inferior a 10 días desde el alta).
 - Funciones:
 - Puntos de sutura.
 - Drenajes.
 - Derivaciones.
 - Educación para la recuperación de la movilidad en el miembro superior afectado y prevención del linfedema.
 - Dispensación de prótesis.
 - Información a la paciente y a los familiares.
 - Atención al día para la incidencia de las pacientes atendidas.
 - Entrega de los resultados de Anatomía Patológica.
 - Evaluación de la necesidad de apoyo psicológico o tratamiento fisioterápico.
- Atender puntualmente las posibles consultas sobre problemas y dudas derivadas del diagnóstico y tratamiento (facilitar teléfono de contacto).

FLUJOS DE SALIDA: **SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Primera visita con una duración de 45 minutos.
- Realización del estudio de extensión postcirugía.
- Segunda visita con una duración de 15 minutos.
- Evaluación multidisciplinar del tratamiento complementario o paliativo, en su caso, de un plan de seguimiento.
- Explicación adecuada del plan de tratamiento. Se le ofrecerá a la paciente un documento de consentimiento informado y una explicación detallada por escrito, que podrá valorar detenidamente y hacer, así, las preguntas pertinentes.
- Evaluación de las necesidades de apoyo psicológico de la paciente y la familia, así como de las necesidades de tratamiento rehabilitador.
- Posibilidad de coordinación con el Servicio de Radioterapia para planificar tratamientos multidisciplinarios.

- Accesibilidad a medicamentos aprobados y a aquéllos que, estando en fase de investigación, sean convenientes.
- Consulta de Enfermería con enfermeras que, preparadas para un seguimiento más específico de las pacientes, darán explicaciones más detalladas del tratamiento, su toxicidad, ... así como de las pautas de cuidados durante los tratamientos. Éstas realizarán parte del seguimiento y control de la toxicidad, así como la valoración de la paciente que acude a consulta por urgencia subjetiva u objetiva.

FLUJOS DE SALIDA: **SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Participación en el tratamiento desde el momento en que se decide la práctica de la mastectomía.
- Proporcionar los medios necesarios para el seguimiento de las pacientes mastectomizadas y reconstruidas.
- Proporcionar medios de hospitalización y tratamiento quirúrgico para completar la reconstrucción en el momento adecuado.
- Coordinación con los otros servicios implicados: Cirugía Oncológica, Cirugía Médica y Radioterápica.

FLUJOS DE SALIDA: **COMUNICACIÓN Y TRATO**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Trato amable y comprensivo por parte de todos los profesionales.
- Información clara y veraz, con un lenguaje comprensible y adecuado a las características socioculturales de la mujer, de forma que ella pueda participar en la toma de decisiones.
- Información unificada y coherente en todos los centros y por parte de todos los profesionales relacionados con el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama incluyendo la edición de folletos con información acerca de:
 - Riesgos y beneficios de los PDPCM.
 - Cada uno de los estudios diagnósticos.
 - Todos los tratamientos y efectos secundarios.
 - Cuidados y autocuidados durante el proceso.
 - Recursos sociales y asociaciones de autoayuda.

- Acceso a una información adecuada en cada fase del proceso incluso por teléfono.
- Mantener la intimidad en la fase de diagnóstico y tratamiento.
- Informar sólo a la paciente y a la persona que ella designe.
- Señalización adecuada en los centros.
- Identificación de los profesionales.
- Redacción del documento de Consentimiento Informado de forma clara, entendible y adecuada a las características de cada especialidad.

FLUJOS DE SALIDA: **ATENCIÓN HOTELERA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Cuidado del entorno en los centros diagnósticos y de tratamiento: comodidad, amplitud, mobiliario, luz natural, limpieza...
- Horario flexible tanto para las pruebas diagnósticas como para los tratamientos.
- Acompañamiento por parte de la persona que la paciente designe.
- Condiciones de hospitalización: las generales para cualquier proceso.
- Señalización clara de los distintos servicios a los que debe acudir la mujer.
- En la atención en periodos de hospitalización, y en caso de habitaciones compartidas, contar con un espacio alternativo en la planta para facilitar la intimidad de la entrevista/tratamiento.

DESTINATARIO: **FAMILIARES**

FLUJOS DE SALIDA: **DISPENSACIÓN DE ASISTENCIA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Funcionamiento coordinado de los distintos servicios implicados en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.
- Organización de horarios flexibles tanto para los estudios diagnósticos como para tratamientos y visitas en caso de hospitalización.
- Atención a domicilio en caso necesario.

FLUJOS DE SALIDA: **COMUNICACIÓN Y TRATO**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Trato amable y delicado.
- Explicación en un lenguaje sencillo y entendible de cada fase del proceso.
- Acceso a la información adecuada incluso por teléfono.
- Información acerca de recursos sociales.

FLUJOS DE SALIDA: **ATENCIÓN HOTELERA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Espacios cómodos/amplios/limpios/mobiliario, etc.
- En caso de hospitalización, las características comunes a cualquier proceso.

DESTINATARIO: **TODOS LOS PROFESIONALES**

FLUJOS DE SALIDA: **INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Desarrollo y aplicación de una guía terapéutica que permita el conocimiento, por parte de los profesionales implicados en el proceso, de cuál es el mejor tratamiento en cada momento y con qué nivel de evidencia.
- Formación en habilidades y estrategias de acogida y comunicación para mejorar la interacción con los pacientes y los familiares (entrevista clínica).
- Formación y entrenamiento en habilidades personales y de interacción para facilitar el apoyo emocional a la paciente/familiares así como el manejo emocional personal, evitando la sobreimplicación y el "burn out" (desgaste emocional).
- Información sobre los factores de riesgo y contraindicaciones existentes para una mujer con mastectomía más linfadenectomía, sobre todo aquéllas que tienen relación con la actuación del personal sanitario, por ejemplo, punciones, extracciones de sangre, tomas de PA, etc.
- Información por escrito al personal de Enfermería de las precauciones que deben tomarse con estas pacientes.

- Información/formación a los demás profesionales en aspectos psicológicos del cáncer de mama, objetivos y ámbitos de la actuación de la evaluación e intervención psicológica y criterios de derivación.
- Agilizar la petición de valoración/consulta psicológica en distintos momentos del proceso.

DESTINATARIO: MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

FLUJOS DE SALIDA: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Recepción de informes clínicos desde las Unidades Multidisciplinares de Patología Mamaria que recojan el diagnóstico y el tratamiento.
- Información acerca de los circuitos diagnósticos y terapéuticos hospitalarios de ambos procesos.

Cursos de formación específica en:

- Historia natural de la enfermedad.
- Diagnóstico de la enfermedad: cribaje poblacional y detección activa (*case finding*).

3

COMPONENTES

Descripción general

QUÉ	EDUCACIÓN PARA LA SALUD
QUIÉN	Todos los profesionales
CUÁNDO	Al inicio de los síntomas Al participar en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama A demanda de la mujer
DÓNDE	Centros de AP Centros de AE
CÓMO	Oral Escrita Protocolizada

QUÉ	VALORACIÓN CLÍNICA INICIAL DE PACIENTE CON SIGNOS/SÍNTOMAS DE PATOLOGÍA MAMARIA
QUIÉN	Médico de Familia Cirujano Ginecólogo Cualquier facultativo que, por práctica clínica, pueda detectar signos o síntomas de patología mamaria
CUÁNDO	Consulta al inicio de los síntomas
DÓNDE	Centros de AP Centros de AE
CÓMO	Historia clínica y exploración física orientada a la identificación de signos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> – Nódulo palpable – Secreción patológica – Anomalías del complejo areola-pezón – Mastalgia no cíclica

QUÉ	CAPTACIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE MUJERES CON ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER DE MAMA
QUIÉN	Médico de Familia Cirujano Ginecólogo Cualquier facultativo que, por práctica clínica, pueda detectar signos o síntomas de patología mamaria
CUÁNDO	Consulta al inicio de síntomas Consulta por otro motivo Examen de salud Programas de salud
DÓNDE	Centros de AP Centros de AE
CÓMO	Historia clínica: Clasificación en bajo, medio y alto riesgo: Medio: <ul style="list-style-type: none"> – Familias con 3 miembros afectados (uno de ellos con relación de primer grado)

- 2 miembros (también de segundo grado), cáncer de mama en menor de 60 años o cáncer de ovario de cualquier edad
- Un afectado varón de cualquier edad
- Una afectada menor de 40 años (primer grado)
- Una afectada de forma bilateral menor de 60 años (primer grado)
- Un afectado menor de 40 años (segundo grado vía paterna)
- Un familiar de segundo grado afectado de cáncer de mama y ovario

Alto:

- Familias con dos miembros afectos (relación de primer grado) y que uno de ellos cumpla alguno de los siguientes criterios: cáncer de mama bilateral, menor de 30 años, en varón, ambos en menor de 50 años, 2 o más casos de cáncer de ovario, un cáncer de mama y uno de ovario
- Familias con 3 o más miembros afectos de cáncer de mama (2 de ellos en relación de primer grado)

QUÉ	DERIVACIÓN DE LAS MUJERES PARA LA UNIDAD DE CONSEJO GENÉTICO
QUIÉN	<p>Médico de Familia Cirujano Ginecólogo Cualquier facultativo que, por práctica clínica, pueda detectar signos o síntomas de patología mamaria</p>
CUÁNDO	<p>En los casos de alto riesgo de cáncer de mama familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consulta al inicio de los síntomas - Consulta por otro motivo - Examen de salud - Programas de salud
DÓNDE	<p>Según posibilidades de cada centro</p>
CÓMO	<p>Documento de derivación</p>

QUÉ	SOLICITUD DE VALORACIÓN DIAGNÓSTICA POR LA UNIDAD MULTI-DISCIPLINAR DE PATOLOGÍA MAMARIA
QUIÉN	Médico de Familia Cirujano Ginecólogo Cualquier facultativo que, por práctica clínica, pueda detectar signos o síntomas de patología mamaria
CUÁNDO	Primera valoración en consulta
DÓNDE	Centros de AP Centros de AE
CÓMO	Documento de derivación específico

QUÉ	GESTIÓN DE CITAS PARA VALORACIÓN DIAGNÓSTICA
QUIÉN	Unidades de Atención al Usuario
CUÁNDO	Tras la recepción del documento de derivación específico
DÓNDE	Centros de AP Centros de AE
CÓMO	Enviando el documento por correo y/o por fax/Intranet/Web

QUÉ	VALORACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE LOS ESTUDIOS SOLICITADOS/CLASIFICACIÓN/PRIORIZACIÓN
QUIÉN	Responsable de Radiodiagnóstico o Coordinador de la Unidad de Mama
CUÁNDO	A la recepción de la solicitud de estudio de imagen
DÓNDE	En el servicio donde se vaya a realizar el estudio diagnóstico
CÓMO	Criterios de cumplimentación/aceptación de derivación Asignación de citas en agendas específicas

QUÉ	REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE IMAGEN EN ACTO ÚNICO (MAMOGRAFÍA/ECOGRAFÍA)
QUIÉN	Servicio de Radiodiagnóstico
CUÁNDO	En plazos definidos
DÓNDE	Servicio de Radiodiagnóstico
CÓMO	Criterios de indicación de exploraciones Acto único, mismo Radiólogo

QUÉ	INDICACIÓN DE PUNCIÓN PERCUTÁNEA
QUIÉN	Radiólogo Cirujano/Ginecólogo
CUÁNDO	Según protocolo de manejo de lesiones mamarias
DÓNDE	Servicio de Radiodiagnóstico Consultas Externas
CÓMO	Criterios de indicación de punción percutánea

QUÉ	REALIZACIÓN DE LA PUNCIÓN PERCUTÁNEA
QUIÉN	Radiólogo Cirujano/Ginecólogo Anatomopatólogo Médico de Familia
CUÁNDO	Tras completar el estudio de imagen
DÓNDE	Servicio de Radiodiagnóstico Consultas Externas Servicios de Anatomía Patológica
CÓMO	Según protocolo de manejo de lesiones mamarias

QUÉ	ENTREGA DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO CITO/HISTOPATOLÓGICO DE LAS PUNCIÓNES PERCUTÁNEAS
QUIÉN	Servicio de Anatomía Patológica
CUÁNDO	En los plazos que se definan por Anatomía Patológica
DÓNDE	En la correspondiente consulta
CÓMO	De forma oral y escrita e Intranet

QUÉ	REALIZACIÓN DE INFORME RADIOPATOLÓGICO
QUIÉN	Radiólogo Personal Administrativo
CUÁNDO	A la finalización de estudios de imagen y punción percutánea
DÓNDE	Servicio de Radiodiagnóstico
CÓMO	Según recomendaciones de informe radiopatológico

QUÉ	DERIVACIÓN A LA CONSULTA DE MAMA TRAS ESTUDIO DE IMAGEN/ PUNCIÓN PERCUTÁNEA
QUIÉN	Radiólogo UAU
CUÁNDO	Tras completar estudio de imagen/punción percutánea
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Criterios de derivación a consulta y gestión de citas

QUÉ	DEVOLUCIÓN DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN EL DOCUMENTO DE PETICIÓN DE VALORACIÓN DIAGNÓSTICA AL FACULTATIVO QUE LA SOLICITA: MÉDICO DE FAMILIA, CIRUJANO, OTRO PROFESIONAL
------------	--

QUIÉN	Servicio de Radiodiagnóstico Servicio Quirúrgico
CUÁNDO	Tras el diagnóstico (tanto si es benigno como si es maligno y sigue el proceso en el Hospital)
DÓNDE	Servicio correspondiente
CÓMO	Mediante informe enviado por correo o fax, Intranet/Web

QUÉ	RECEPCIÓN Y REGISTRO DEL ESPÉCIMEN EN SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
------------	--

QUIÉN	Técnico Especialista en Anatomía Patológica
CUÁNDO	Cuando llega el espécimen al Servicio (muestra de punción percutánea, extensión citológica o pieza quirúrgica)
DÓNDE	Servicio de Anatomía Patológica Consulta de origen
CÓMO	Automático o manual

QUÉ	DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA Y TALLADO
------------	---

QUIÉN	Anatomopatólogo
CUÁNDO	En las primeras 24 horas tras la llegada al Servicio de Anatomía Patológica
DÓNDE	Sala de tallado de Anatomía Patológica
CÓMO	Según protocolo o guía de práctica clínica

QUÉ	PROCESADO DEL TEJIDO
QUIÉN	Automático
CUÁNDO	En el día de su llegada o 24 horas después
DÓNDE	Servicio de Anatomía Patológica
CÓMO	Según plan normalizado de trabajo

QUÉ	REALIZACIÓN DE BLOQUES/CORTE/TINCIÓN
QUIÉN	Técnico Especialista en Anatomía Patológica
CUÁNDO	El día siguiente a su procesado
DÓNDE	Sala de corte del Servicio de Anatomía Patológica
CÓMO	Según guía de práctica clínica

QUÉ	REALIZACIÓN DE TÉCNICAS ESPECIALES
QUIÉN	Técnico Especialista de Anatomía Patológica
CUÁNDO	El día siguiente a su procesado
DÓNDE	Laboratorio de técnicas del Servicio de Anatomía Patológica
CÓMO	Según plan normalizado de trabajo

QUÉ	DIAGNÓSTICO Y REALIZACIÓN DEL INFORME
QUIÉN	Anatomopatólogo
CUÁNDO	El día de la recepción de los cortes y las técnicas
DÓNDE	Servicio de Anatomía Patológica
CÓMO	Según protocolo

QUÉ	TRANSCRIPCIÓN DEL INFORME
QUIÉN	Personal Administrativo
CUÁNDO	El mismo día que el patólogo realiza el informe
DÓNDE	Área administrativa del Servicio de Anatomía Patológica
CÓMO	Según protocolo

QUÉ	DISTRIBUCIÓN DE INFORMES
QUIÉN	Personal Administrativo o Celador (distribución automática o manual)
CUÁNDO	El mismo día en que el Patólogo firma el informe
DÓNDE	Desde el Servicio de Anatomía Patológica a los distintos servicios
CÓMO	Según procedimiento establecido

QUÉ	SEGUIMIENTO DE ESTABILIDAD DE LAS LESIONES PROBABLEMENTE BENIGNAS
QUIÉN	Radiólogo Médico de la consulta de origen
CUÁNDO	Tras el diagnóstico de lesión probablemente benigna en estudio radiopatológico
DÓNDE	Servicio de Radiodiagnóstico Consulta de origen
CÓMO	Según protocolo de manejo de lesiones mamarias

QUÉ	REALIZACIÓN DE ESTUDIO PREANESTÉSICO
QUIÉN	Personal de Laboratorio Radiólogo/Cardiólogo
CUÁNDO	Cuando se indique intervención quirúrgica (excepto cuando únicamente se va a utilizar anestesia local)
DÓNDE	Servicios diagnósticos
CÓMO	Según protocolo

QUÉ	VALORACIÓN PREANESTÉSICA
QUIÉN	Anestesiólogo
CUÁNDO	Cuando esté completo el estudio preanestésico
DÓNDE	Consulta de Anestesia
CÓMO	Historia clínica, exploración, valoración de resultado de pruebas y elaboración de informes específicos

QUÉ	REALIZACIÓN DE BIOPSIA ABIERTA CON GUÍA (ARPÓN) EN LESIONES NO PALPABLES
QUIÉN	Cirujano, Ginecólogo, Radiólogo, Técnico Especialista en Radiodiagnóstico (TER)
CUÁNDO	Según protocolo de manejo de lesiones mamarias
DÓNDE	Quirófano de Hospital Servicio de Radiodiagnóstico (colocación de arpón y control de la pieza)
CÓMO	Según protocolo de técnica quirúrgica

QUÉ	CONTROL RADIOLÓGICO DE LA PIEZA DE BIOPSIA
QUIÉN	Cirujano, Ginecólogo, Radiólogo, T.E.R.
CUÁNDO	Tras la biopsia quirúrgica en los casos de lesiones no palpables
DÓNDE	Servicio de Radiodiagnóstico
CÓMO	Según guía de actuación

QUÉ	BIOPSIA CUTÁNEA
QUIÉN	Cirujano, Ginecólogo
CUÁNDO	Lesiones cutáneas sospechosas de neoplasia Sospecha de cáncer inflamatorio de la mama
DÓNDE	Consulta de la Unidad Multidisciplinar de Patología Mamaria
CÓMO	Anestesia local <i>Punch</i> de biopsia dermatológica Incisión con bisturí

QUÉ	INFORMACIÓN A LA PACIENTE Y CUMPLIMENTACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO
QUIÉN	Cirujano, Ginecólogo
CUÁNDO	Primera consulta tras el diagnóstico histológico de cáncer de mama Cuando se indica una biopsia intraoperatoria
DÓNDE	Consulta de la Unidad Multidisciplinar de Patología Mamaria
CÓMO	Según técnica para comunicar malas noticias

QUÉ	VALORACIÓN DE LA PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA (ESTADIFICACIÓN CLÍNICA)
QUIÉN	Cirujano General, Ginecólogo
CUÁNDO	Se iniciará tras el resultado histológico de malignidad
DÓNDE	Consulta específica de patología mamaria
CÓMO	<ul style="list-style-type: none"> • Sólo en los tumores en los que se considere el tratamiento quirúrgico inicial: <ul style="list-style-type: none"> – Mamografía bilateral si no la hubiese – Hemograma – Bioquímica – Radiografía postero-anterior y lateral de tórax • Si existen síntomas sugestivos o analítica alterada: <ul style="list-style-type: none"> – Fosfatasa alcalina alterada: realizar gammagrafía ósea – Bioquímica hepática alterada: utilizar técnicas de imagen para valoración hepática

QUÉ	REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE ESTADIFICACIÓN
QUIÉN	Analista, Médico Nuclear, Radiólogo, Técnico Especialista en Medicina Nuclear, Técnico Especialista en Radiodiagnóstico
CUÁNDO	Tras la solicitud de las mismas
DÓNDE	Servicios diagnósticos hospitalarios
CÓMO	Según protocolo para cada técnica diagnóstica

QUÉ	DERIVACIÓN PARA TRATAMIENTO ONCOLÓGICO
QUIÉN	Cirujano General, Ginecólogo
CUÁNDO	Tras la evaluación de la paciente, cuando no se considere la posibilidad de tratamiento quirúrgico de inicio: neoadyuvancia (carcinomas en estadios localmente avanzados o para la reducción del tamaño tumoral con objeto de rescatar pacientes para la cirugía conservadora) y en tumores metastásicos
DÓNDE	Consulta de la Unidad Multidisciplinar de Patología Mamaria
CÓMO	Documento de interconsulta con informe clínico y diagnóstico

QUÉ	PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO
QUIÉN	Unidad Multidisciplinar de Patología Mamaria
CUÁNDO	Tras la evaluación de la paciente en la Consulta de la Unidad Multidisciplinar de Patología Mamaria y confirmación diagnóstica
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Según protocolo terapéutico

QUÉ	TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA SEGÚN ESTADIOS
QUIÉN	Cirujano General, Cirujano Plástico y Estético, Ginecólogo, Oncólogo Médico, Oncólogo Radioterápico.
CUÁNDO	Tras el resultado histológico de malignidad.
DÓNDE	Hospital
CÓMO	<ul style="list-style-type: none"> • Carcinoma lobulillar <i>in situ</i> (CLIS): Es una lesión que identifica a las mujeres que se enfrentan a un riesgo mayor de padecer con posterioridad un cáncer invasor, normalmente ductal. La mayoría de los casos de CLIS no necesitan terapia local adicional tras la biopsia quirúrgica. No existe evidencia de que requieran una nueva excisión para obtener márgenes no afectados. <ul style="list-style-type: none"> – Observación cercana y seguimiento. • Carcinoma ductal <i>in situ</i> (CDIS): <ul style="list-style-type: none"> – Mastectomía segmentaria y radioterapia. Se podría contemplar el tratamiento con hormonoterapia en caso de receptores hormonales positivos. 0 – Mastectomía simple con o sin reconstrucción mamaria. Se podría contemplar el tratamiento con hormonoterapia en caso de receptores hormonales positivos. • Estadio I: <ul style="list-style-type: none"> – Mastectomía segmentaria con bordes de resección negativos y técnica de linfadenectomía axilar convencional (nivel 1 y 2 al menos) o técnica del ganglio centinela. Radioterapia. Tratamiento sistémico si procede (Anexo 2). – Mastectomía radical modificada con o sin reconstrucción mamaria.

- Estadio IIA:
 - Mastectomía segmentaria con bordes de resección negativos y técnica de linfadenectomía axilar convencional (nivel 1 y 2 al menos) o técnica del ganglio centinela. Radioterapia. Tratamiento sistémico si procede (Anexo 2).
 - Mastectomía radical modificada con o sin reconstrucción mamaria. Tratamiento sistémico si procede (Anexo 2).
- Estadio IIB:
 - Mastectomía radical modificada y tratamiento sistémico si procede (Anexo 2).
 - Quimioterapia neoadyuvante y tratamiento conservador si cumple los criterios del mismo y tratamiento sistémico (Anexo 2).
- Estadio III:
 - Inicialmente, tratamiento neoadyuvante (quimioterapia, hormonoterapia) y/o radioterapia. Según el estado general y edad de la paciente, si existe buena respuesta, se valorará cirugía de rescate (mastectomía radical modificada o tratamiento conservador). Radioterapia según protocolo adjunto y tratamiento sistémico si procede (Anexo 2).
 - En caso de progresión de la enfermedad, radioterapia radical y posteriormente cirugía paliativa y tratamiento sistémico.
 - Excepcionalmente, tratamiento quirúrgico de inicio y tratamiento complementario y radioterapia radical (Anexo 2).

Carcinoma inflamatorio: Neoadyuvancia y, si existe buena respuesta, se realizará cirugía de rescate (mastectomía radical modificada). Radioterapia radical y tratamiento sistémico (Anexo 2).
- Estadio IV:
 - Tratamiento sistémico, y radioterapia y cirugía paliativa, si procede.

QUÉ	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA
QUIÉN	Equipo quirúrgico
CUÁNDO	En un plazo no superior a 15 días tras la primera evaluación en la Consulta de la Unidad Multidisciplinar de Patología Mamaria
DÓNDE	Quirófano del Hospital
CÓMO	Según indicación en función de las características del tumor

QUÉ	REALIZACIÓN DE BIOPSIAS INTRAOPERATORIAS
QUIÉN	Cirujano General, Ginecólogo, Patólogo, Técnico Especialista en Anatomía Patológica
CUÁNDO	En los casos de muy alta sospecha clínica y radiológica de cáncer de mama y no se disponga de diagnóstico histológico
DÓNDE	Quirófano del Hospital
CÓMO	Según guía de actuación del centro

QUÉ	CONTROL POST-OPERATORIO HOSPITALARIO
QUIÉN	Cirujano General, Ginecólogo, personal de Enfermería de hospitalización
CUÁNDO	Durante el tiempo de hospitalización
DÓNDE	Sala de hospitalización quirúrgica
CÓMO	Según guía de actuación del centro Según guía de cuidados de Enfermería

QUÉ	CONTROL AMBULATORIO POST-OPERATORIO (DRENAJES, PUNTOS DE SUTURA, COMPLICACIONES...)
QUIÉN	Cirujano General, Ginecólogo, personal de Enfermería
CUÁNDO	Desde el alta hospitalaria hasta el alta post-quirúrgica
DÓNDE	Consulta postquirúrgica
CÓMO	Según guía de actuación Según guía de cuidados de Enfermería

QUÉ	ELABORACIÓN Y ENTREGA DE INFORMES SOBRE RESULTADOS QUIRÚRGICOS
QUIÉN	Cirujano General, Ginecólogo
CUÁNDO	Al alta hospitalaria En el alta post-quirúrgica
DÓNDE	En la sala de hospitalización En la consulta post-quirúrgica
CÓMO	Según resultados quirúrgicos y anatomopatológicos

QUÉ	ENTREGA DE RESULTADOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA TRAS EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
QUIÉN	Cirujano General, Ginecólogo
CUÁNDO	Durante los controles post-quirúrgicos (en todo caso, antes de 8 días tras la cirugía)
DÓNDE	Consulta post-quirúrgica
CÓMO	Información oral y escrita

QUÉ	DERIVACIÓN PARA VALORAR EL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO ADYUVANTE (MÉDICO Y/O RADIOTERÁPICO) Y REALIZAR SEGUIMIENTO
QUIÉN	Cirujano General, Ginecólogo
CUÁNDO	Tras la confirmación diagnóstica por el informe de Anatomía Patológica
DÓNDE	Consulta post-quirúrgica
CÓMO	Según guía de actuación

QUÉ	EDUCACIÓN PARA LA REHABILITACIÓN Y PREVENCIÓN DEL LINFEDEMA
QUIÉN	Fisioterapeuta y/o personal de Enfermería Cirujano General, Ginecólogo, Rehabilitador
CUÁNDO	Durante el post-operatorio
DÓNDE	En la sala de hospitalización y en la consulta postquirúrgica
CÓMO	Información oral y escrita

QUÉ	DISPENSACIÓN Y/O PRESCRIPCIÓN DE MATERIAL ORTOPROTÉSICO
QUIÉN	Personal Médico y/o de Enfermería
CUÁNDO	Tras el tratamiento quirúrgico
DÓNDE	Hospitalización y/o consulta postquirúrgica
CÓMO	Entrega directa o prescripción

QUÉ	INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES
QUIÉN	Cirujano General, Ginecólogo
CUÁNDO	Al finalizar el tratamiento quirúrgico Durante todo el post-operatorio
DÓNDE	En la sala del Hospital En la consulta
CÓMO	Información oral y escrita

QUÉ	SOLICITUD DE CONSULTA AL SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DEL LINFEDEMA
QUIÉN	Cirujano General, Ginecólogo, Médico de Familia, Oncólogo
CUÁNDO	Aparezcan los signos o síntomas
DÓNDE	Consulta de la Unidad Multidisciplinar de Patología Mamaria
CÓMO	Documento de derivación/Interconsulta

QUÉ	CLASIFICACIÓN POR ESTADIOS PREVIA AL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO SI NO SE HA REALIZADO CON ANTERIORIDAD O COMPLETÁNDOLA
QUIÉN	Oncólogo Médico/Radioterápico
CUÁNDO	En la primera consulta
DÓNDE	Consulta de Oncología Médica/Radioterápica
CÓMO	<ul style="list-style-type: none"> • Estadios precoces IIB: <ul style="list-style-type: none"> – Hemograma – Perfil bioquímico – Rx de tórax: postero-anterior y lateral – Mamografía bilateral/ecografía si es necesario – Gammagrafía ósea: si existen síntomas o elevación de la fosfatasa alcalina – Técnicas de imagen para valoración hepática: si bioquímica hepática alterada – Otros estudios según sintomatología • Estadios avanzados IIIA y IIIB: <ul style="list-style-type: none"> – Todos los estudios anteriores y, sistemáticamente, gammagrafía ósea y técnicas de imagen para valoración hepática

QUÉ	SEGUIMIENTO
QUIÉN	Cirujano General, Ginecólogo, Oncólogo Médico, Oncólogo Radioterápico
CUÁNDO	<ul style="list-style-type: none"> • Dos primeros años desde el tratamiento: 3 – 6 meses • Tercer a quinto año desde el tratamiento: 6 – 12 meses • Posteriormente y hasta el alta: anualmente
DÓNDE	Consulta de la Unidad Multidisciplinar de Patología Mamaria
CÓMO	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis y exploración física • Mamografía: <ul style="list-style-type: none"> – Si cirugía conservadora: mamografía a los seis meses del tratamiento radioterápico y después anual – Si mastectomía: mamografía anual • Si tratamiento con hormonoterapia: <ul style="list-style-type: none"> – Requerirán valoración adicional, más allá de las revisiones habituales ginecológicas, las mujeres que presenten metrorragias ya sean pre o postmenopáusicas

QUÉ	SEGUIMIENTO DE LAS MUJERES CON ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER DE MAMA
QUIÉN	<p>Médico de Familia Cirujano Ginecólogo Cada facultativo que, por práctica clínica, pueda detectar signos o síntomas de patología mamaria Facultativo del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama</p>
CUÁNDO	Se iniciarán los estudios de mujeres con riesgo medio y bajo riesgo a los 35 años o 5 años antes de la edad en que se diagnosticó la mujer más joven afectada en la familia
DÓNDE	Centros de AP Centros de AE
CÓMO	<p>Hasta los 40 años: exploración física anual y mamografía cada dos años Entre 40 y 50 años: exploración física anual y mamografía anual Entre 50 y 65 años: exploración física anual y seguimiento en PDPCM</p>

QUÉ	SEGUIMIENTO DE LESIONES HISTOPATOLÓGICAS DE ALTO RIESGO: <ul style="list-style-type: none"> • Hiperplasia ductal con atipia, hiperplasia ductal sin atipia en pacientes postmenopáusicas o con antecedentes familiares, lesiones papilares y neoplasia lobulillar (hiperplasia lobulillar con atipia y carcinoma lobulillar <i>in situ</i>).
QUIÉN	Médico de Familia Ginecólogo/Cirujano
CUÁNDO	Tras el alta con dicho diagnóstico
DÓNDE	Centros de AP Centros de AE
CÓMO	Hasta los 40 años: exploración física anual y mamografía cada dos años Entre 40 y 50 años: exploración física anual y mamografía anual Entre 50 y 65 años: exploración física anual y mamografía en consulta especializada

QUÉ	SEGUIMIENTO DE MUJERES EN TRATAMIENTO CON TAMOXIFENO
QUIÉN	Ginecólogo
CUÁNDO	Cada 12 meses desde el inicio del tratamiento
DÓNDE	Consulta de Ginecología
CÓMO	Examen ginecológico que incluya valoración del endometrio mediante ecografía transvaginal La realización de una biopsia endometrial se reservará para los casos en los que aparezcan metrorragias

QUÉ	TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO
QUIÉN	Profesionales del Servicio de Oncología Radioterápica
CUÁNDO	En los plazos establecidos en los flujos de salida
DÓNDE	Servicio de Oncología Radioterápica
CÓMO	Indicaciones según protocolo

QUÉ	INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO QUE VA A RECIBIR: BENEFICIOS Y TOXICIDAD
QUIÉN	Oncólogo Radioterápico
CUÁNDO	1ª consulta en los plazos establecidos en los flujos de salida
DÓNDE	Servicio de Radioterapia
CÓMO	Explicación oral y presentación de documento de Consentimiento Informado

QUÉ	SIMULACIÓN DE TRATAMIENTO
QUIÉN	Oncólogo Radioterápico y TERT
CUÁNDO	Previo al inicio del tratamiento
DÓNDE	Servicio de Radioterapia
CÓMO	Protocolo establecido por el servicio que debe constar por escrito

QUÉ	PLANIFICACIÓN Y DOSIMETRÍA
QUIÉN	Servicio de Radiofísica
CUÁNDO	Previo al inicio del tratamiento
DÓNDE	Servicio de Radiofísica
CÓMO	Protocolo establecido por el servicio que debe constar por escrito

QUÉ	ANÁLISIS DE LA PLANIFICACIÓN Y DOSIMETRÍA
QUIÉN	Oncólogo Radioterápico
CUÁNDO	Previo al inicio del tratamiento
DÓNDE	Servicio de Radioterapia
CÓMO	Protocolo establecido por el servicio que debe constar por escrito

QUÉ	EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO
QUIÉN	Oncólogo Radioterápico y TERT
CUÁNDO	Según plazos especificados en los flujos de salida
DÓNDE	Servicio de Radioterapia
CÓMO	Protocolo de cuidados + atención personalizada

QUÉ	CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE EL TRATAMIENTO
QUIÉN	Personal de Enfermería
CUÁNDO	Semanal (más frecuente según toxicidad)
DÓNDE	Servicio de Radioterapia
CÓMO	Protocolo de cuidados + atención personalizada

QUÉ	CONTROL MÉDICO DURANTE EL TRATAMIENTO
QUIÉN	Oncólogo Radioterápico
CUÁNDO	Semanal (más frecuente según toxicidad)
DÓNDE	Servicio de Radioterapia
CÓMO	Protocolo de cuidados + atención personalizada

QUÉ	INFORME SOBRE EL TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO
QUIÉN	Oncólogo Radioterápico y Auxiliar Administrativo
CUÁNDO	Al finalizar el tratamiento
DÓNDE	Servicio de Radioterapia
CÓMO	Siguiendo el formato de un informe clínico habitual con apartado específico que contenga todos los detalles relativos al tratamiento radioterápico (si es posible siguiendo las recomendaciones ICRU-50 en cuanto a informes)

QUÉ	FILIACIÓN DE RECIDIVAS/METÁSTASIS EN SEGUIMIENTO
QUIÉN	Radiólogo General Radiólogo Intervencionista TER/Personal de Enfermería en Radiodiagnóstico
CUÁNDO	Cuando se detecten signos de recidiva/metástasis en seguimiento, que requiera confirmación citológica e histológica para establecer un tratamiento
DÓNDE	Servicio de Radiodiagnóstico
CÓMO	Indicaciones según tipo de lesión

QUÉ	COLOCACIÓN DE CATÉTERES DE INFUSIÓN PARA QUIMIOTERAPIA
QUIÉN	Radiólogo Intervencionista Anestesiólogo TER/Personal de Enfermería
CUÁNDO	Cuando se indique para tratamiento quimioterápico
DÓNDE	Servicio de Radiodiagnóstico Quirófano
CÓMO	Según técnica adecuada para cada caso

QUÉ	INCLUSIÓN DE PACIENTES EN ENSAYOS CLÍNICOS
QUIÉN	Cirujano, Ginecólogo Oncólogos/Comité de Ensayos Clínicos
CUÁNDO	Cuando una paciente sea subsidiaria de inclusión en ensayo clínico
DÓNDE	Consulta de Oncología
CÓMO	Cumplimiento del procedimiento de inclusión en ensayos clínicos y obtención de Consentimiento Informado de la paciente

QUÉ	EXPLICACIÓN DEL PAPEL DE ONCOLOGÍA MÉDICA
QUIÉN	Oncólogo Médico
CUÁNDO	En la primera consulta
DÓNDE	Planta o Consulta de Oncología Médica
CÓMO	Oral Escrita

QUÉ	REALIZACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA
QUIÉN	Oncólogo Médico
CUÁNDO	En la primera visita
DÓNDE	Planta o Consulta de Oncología
CÓMO	Oral Escrita

QUÉ	VALORACIÓN CLÍNICA DE LA PACIENTE CON ESPECIAL ATENCIÓN A LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS RELACIONADOS CON LA PATOLOGÍA MAMARIA
QUIÉN	Oncólogo Médico
CUÁNDO	En la primera visita
DÓNDE	Planta o Consulta de Oncología
CÓMO	Según guía de actuación

QUÉ	RECOGIDA Y EVALUACIÓN DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS APORTADAS HASTA ESE MOMENTO EN LA HISTORIA DE LAS PACIENTES
QUIÉN	Oncólogo Médico
CUÁNDO	En la primera visita
DÓNDE	Planta o Consulta de Oncología
CÓMO	Según guía de actuación

QUÉ	SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
QUIÉN	Oncólogo Médico
CUÁNDO	En la primera visita
DÓNDE	Planta o Consulta de Oncología
CÓMO	Según guía de actuación

QUÉ	COMPLETAR LA CLASIFICACIÓN POR ESTADIO
QUIÉN	Oncólogo Médico/Radioterápico
CUÁNDO	En la primera consulta
DÓNDE	Planta o Consulta de Oncología Médica
CÓMO	<p>Estadios precoces IIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma, bioquímica hepática, Rx tórax, mamografía bilateral. - Ecografía si es necesario - Gammagrafía ósea opcional si existen síntomas o elevación de la fosfatasa alcalina - Ecografía abdominal - RM opcional si hay síntomas o alteraciones de la bioquímica hepática. - Otros estudios según sintomatología: <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de los datos de la Anatomía Patológica - Receptores hormonales - Otros marcadores biológicos (Her-2neu) <p>Estadios avanzados IIIA y IIIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Todo lo anterior más Her-2neu si hay tejido tumoral disponible - Gammagrafía ósea y estudio abdominal de rutina

QUÉ	INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO QUE VA A RECIBIR EXPLICANDO DETALLADAMENTE LOS BENEFICIOS Y LA PRESUMIBLE TOXICIDAD
QUIÉN	Oncólogo Médico
CUÁNDO	Primera consulta y sucesivas
DÓNDE	Servicio de Oncología Médica
CÓMO	Explicación oral y presentación de documento de Consentimiento Informado

QUÉ	CUMPLIMIENTO DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS
QUIÉN	Oncólogo Médico Enfermero de Oncología Responsable de Ensayos Clínicos
CUÁNDO	Antes de los tratamientos
DÓNDE	Planta o Consulta de Oncología u Hospital de Día
CÓMO	Explicación oral y escrita

QUÉ	PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO
QUIÉN	Oncólogo Médico
CUÁNDO	Tras completar estudios
DÓNDE	Planta o Consulta de Oncología
CÓMO	Indicación de tratamiento según protocolo

QUÉ	TRATAMIENTO MÉDICO
QUIÉN	Oncólogo Médico
CUÁNDO	Durante el tiempo indicado
DÓNDE	Planta de Oncología Hospital de Día de Oncología
CÓMO	Según protocolo

QUÉ	CONTROL DE TOXICIDAD DE TRATAMIENTO MÉDICO
QUIÉN	Oncólogo Médico Enfermero
CUÁNDO	Durante el periodo de tratamiento
DÓNDE	Planta de Oncología Consulta de Oncología Consulta de Enfermería Hospital de Día Con control telefónico
CÓMO	Según pautas establecidas de acuerdo a cada tipo de tratamiento

QUÉ	ELABORACIÓN Y ENTREGA DE INFORMES
QUIÉN	Oncólogo Médico
CUÁNDO	Cuando se requiera
DÓNDE	Secretaría del Servicio Consulta de Oncología Consulta de Enfermería
CÓMO	Según requerimiento

QUÉ	SELECCIÓN DE CANDIDATAS PARA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA
QUIÉN	Cirujanos de mama (Cirujano Plástico, Cirujano General, Ginecólogo)
CUÁNDO	Indicación de mastectomía oncológica Reconstrucción de pared Cirugía plástica oncológica mastectomizadas
DÓNDE	Consulta de Unidad multidisciplinar de mama
CÓMO	Potencialmente cualquier mujer es candidata a reconstrucción mamaria tras mastectomía si la paciente lo desea. No forzar la indicación.

QUÉ	INFORMACIÓN SOBRE RECONSTRUCCIÓN PRIMARIA
QUIÉN	Cirujanos de mama (Cirujano Plástico, Cirujano General, Ginecólogo).
CUÁNDO	Cuando se informe a la paciente de la indicación de la mastectomía.
DÓNDE	Consulta de Unidad multidisciplinar de mama.
CÓMO	Explicación oral y presentación de consentimiento informado

QUÉ	INFORMACIÓN SOBRE RECONSTRUCCIÓN SECUNDARIA (EN ACTO QUIRÚRGICO SECUNDARIO A LA MASTECTOMÍA)
QUIÉN	Cirujanos de mama (Cirujano Plástico, Cirujano General, Ginecólogo).
CUÁNDO	Cuando se haya completado el tratamiento oncológico tras la mastectomía, excepto el tratamiento hormonal.
DÓNDE	Consulta de Unidad multidisciplinar de mama.
CÓMO	Explicación oral y presentación de consentimiento informado.

QUÉ	EJECUCIÓN DE LA RECONSTRUCCIÓN PRIMARIA EN UNO O VARIOS TIEMPOS
QUIÉN	Cirujanos de mama (Cirujano Plástico, Cirujano General, Ginecólogo).
CUÁNDO	A continuación de la mastectomía y en el mismo acto operatorio se inicia el primer y/o único acto operatorio.
DÓNDE	Quirófano de la Unidad multidisciplinar de mama.
CÓMO	Tratamiento según protocolo establecido convencional o propio de la Unidad multidisciplinar de mama.

QUÉ	EJECUCIÓN DE LA RECONSTRUCCIÓN DE PARED
QUIÉN	Cirujanos de mama (Cirujano Plástico, Cirujano General, Ginecólogo).
CUÁNDO	En el mismo acto de la mastectomía.
DÓNDE	Quirófano de la Unidad multidisciplinar de mama.
CÓMO	Tratamiento según protocolo establecido convencional o propio de la Unidad multidisciplinar de mama.

QUÉ	EJECUCIÓN DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA ONCOLÓGICA
QUIÉN	Cirujanos de mama (Cirujano Plástico, Cirujano General, Ginecólogo).
CUÁNDO	En el mismo acto de la mastectomía y/o en actos distintos.
DÓNDE	Quirófano de la Unidad multidisciplinar de mama.
CÓMO	Tratamiento según protocolo establecido convencional o propio de la Unidad multidisciplinar de mama.

QUÉ	EJECUCIÓN DE LA RECONSTRUCCIÓN SECUNDARIA
QUIÉN	Cirujanos de mama (Cirujano Plástico, Cirujano General, Ginecólogo).
CUÁNDO	Después de culminado el tratamiento oncológico excepto el tratamiento hormonal.
DÓNDE	Quirófano de la Unidad multidisciplinar de mama.
CÓMO	Tratamiento según protocolo establecido convencional o propio de la Unidad multidisciplinar de mama.

QUÉ	SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO
QUIÉN	Cirujanos de mama (Cirujano Plástico, Cirujano General, Ginecólogo).
CUÁNDO	Postoperatorio
DÓNDE	Sala de hospitalización. Consulta de Unidad multidisciplinar de mama.
CÓMO	Tratamiento según protocolo establecido convencional o propio de la Unidad multidisciplinar de mama.

QUÉ	EXPANSIÓN TISULAR (SI SE USAN EXPANSORES DE TEJIDOS)
QUIÉN	Cirujanos de mama (Cirujano Plástico, Cirujano General, Ginecólogo).
CUÁNDO	Postoperatorio de la primera intervención de reconstrucción primaria o secundaria.
DÓNDE	Quirófano de la Unidad multidisciplinar de mama.
CÓMO	Tratamiento según protocolo establecido convencional o propio de la Unidad multidisciplinar de mama.

QUÉ	SEGUNDO TIEMPO DE RECONSTRUCCIÓN PRIMARIA O SECUNDARIA
QUIÉN	Cirujanos de mama (Cirujano Plástico, Cirujano General, Ginecólogo).
CUÁNDO	Reconstrucción primaria: tras finalizar la expansión y tratamiento oncológico. Reconstrucción secundaria: tras finalizar la expansión.
DÓNDE	Quirófano de la Unidad multidisciplinar de mama.
CÓMO	Tratamiento según protocolo establecido convencional o propio de la Unidad multidisciplinar de mama.

QUÉ	RECONSTRUCCIÓN DEL COMPLEJO AREOLA-PEZÓN
QUIÉN	Cirujanos de mama (Cirujano Plástico, Cirujano General, Ginecólogo).
CUÁNDO	Varios meses después del segundo tiempo de reconstrucción con expansores, colgajo del dorsal ancho o colgajo miocutáneo del músculo transverso abdominal (TRAM)
DÓNDE	Quirófano de la Unidad multidisciplinar de mama.
CÓMO	Tratamiento según protocolo establecido convencional o propio de la Unidad multidisciplinar de mama.

QUÉ	TRATAMIENTO DE LA MAMA CONTRALATERAL
QUIÉN	Cirujanos de mama (Cirujano Plástico, Cirujano General, Ginecólogo).
CUÁNDO	En el segundo tiempo de la reconstrucción con expansor o en el primer tiempo del colgajo miocutáneo del músculo transverso abdominal (TRAM) o colgajo de dorsal.
DÓNDE	Quirófano de la Unidad multidisciplinar de mama.
CÓMO	Aumento, reducción o pexia mamaria según indicación personalizada de la paciente

QUÉ	TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES
QUIÉN	Cirujanos de mama (Cirujano Plástico, Cirujano General, Ginecólogo) y Cirujano de urgencia.
CUÁNDO	Cuando se produzcan.
DÓNDE	En la consulta, quirófano de la Unidad multidisciplinar de mama o urgencias.
CÓMO	Tratamiento según protocolo establecido convencional o propio de la Unidad multidisciplinar de mama.

QUÉ	INFORME SOBRE EL TRATAMIENTO RECONSTRUCTIVO
QUIÉN	Cirujanos de mama (Cirujano Plástico, Cirujano General, Ginecólogo). Auxiliar administrativo.
CUÁNDO	Después de cada intervención quirúrgica
DÓNDE	En la consulta de la Unidad multidisciplinar de mama.
CÓMO	Siguiendo el formato de un informe clínico habitual con apartado específico que contenga todos los detalles relativos al tratamiento reconstructivo, con especial mención de la técnica quirúrgica, complicaciones si ha habido y, sobre todo, tipo de prótesis, fabricante, posición y vías de abordaje.

QUÉ	INFORME SOBRE EL TRATAMIENTO RECONSTRUCTIVO
QUIÉN	Todos los profesionales implicados.
CUÁNDO	A lo largo de todo el proceso.
DÓNDE	Donde corresponda según el momento del proceso.
CÓMO	Según las directrices marcadas por el Plan Integral Oncológico Andaluz.

QUÉ	CONSIDERAR LAS NECESIDADES PSICOLÓGICAS, ATENDERLAS Y DAR SOPORTE PSICOLÓGICO
QUIÉN	Todos los profesionales implicados.
CUÁNDO	A lo largo de todo el proceso.
DÓNDE	Donde corresponda según el momento del proceso.
CÓMO	Según las directrices marcadas por el Plan Integral Oncológico Andaluz.



Profesionales. Actividades. Características de calidad

Unidad de Atención al Usuario de los Centros de Salud

Actividades	Características de calidad
<ul style="list-style-type: none">• Gestión de citas	<ul style="list-style-type: none">• Realizar sus tareas con educación y cortesía.• Gestionar las citas y registrar con agilidad y sin errores.• Manejar información actualizada.

Médicos de Familia

<ul style="list-style-type: none">• Realizar historia de exploración física y establecer sospecha diagnóstica.• Solicitud de estudios diagnósticos y/o derivación a la Unidad de Mama según protocolo.• Información al usuario de los procedimientos según el caso (Unidades de Mama, Unidades de Detección Precoz, etc).• Detección y seguimiento de las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama.• Seguimiento de mujeres con diagnóstico de hiperplasia epitelial intraductal con o sin atipia.	<ul style="list-style-type: none">• Registro de actividades realizadas en historia clínica.• Utilización de medios diagnósticos basados en la evidencia científica (GPC) y los protocolos establecidos.• Informes de derivación y/o solicitud de pruebas diagnósticas correctamente cumplimentadas.
---	---

Unidad de Trabajo Social en Atención Primaria

<ul style="list-style-type: none">• Recoger y analizar la información para facilitar la captación activa de las mujeres que no acuden a las Unidades de Detección Precoz.• Registro de nuevos domicilios.	<ul style="list-style-type: none">• Buena coordinación con las Unidades de Detección Precoz.• Buena coordinación con las Unidades Multidisciplinares de Patología Mamaria de su ámbito.
--	--

Enfermería de Atención Primaria

Actividades	Características de calidad
<ul style="list-style-type: none">• Información a mujeres en edad sobre la necesidad de estudio y de los procedimientos diagnósticos para la detección precoz.• Captación activa de las mujeres que no acuden al programa mediante contacto telefónico, en domicilio o en Consulta de Enfermería.	<ul style="list-style-type: none">• Información estandarizada y actualizada sobre beneficios de diagnóstico precoz.• Estrategias definidas y documentadas para la captación activa de mujeres que no participan en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama.

Servicio de Radiodiagnóstico

TER/Enfermería

<ul style="list-style-type: none">• Registro de pacientes.• Realización de estudios mamográficos diagnósticos y en localización con arpón.• Realización de estudios de imagen en valoración preanestésica, clasificación por estadio y seguimiento de cáncer de mama.• Realización de cuidados pre y post procedimientos intervencionistas mamarios y generales.	<ul style="list-style-type: none">• Manual de procedimientos disponible.• Según plan de cuidados estandarizado de Enfermería.
---	--

Radiólogos

<ul style="list-style-type: none">• Valoración e indicación de estudios diagnósticos.• Realización directa de técnicas diagnósticas complementarias (RM) cuando estén indicadas.• Elaboración de informes diagnósticos que integren los resultados de todas las pruebas diagnósticas efectuadas (según modelo de informe propuesto).• Gestión de seguimiento de estabilidad en lesiones probablemente benignas en colaboración con la Unidad de Atención al Usuario.• Lectura de mamografías del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama.	<ul style="list-style-type: none">• Correlación de clínica y exploración física con hallazgos en técnicas de imagen.• Supervisión de los estudios realizados por el personal técnico.• Realización e interpretación de estudios diagnósticos en acto único (mamografía y ecografía por el mismo Radiólogo).• Protocolo y evidencia científica, indicación y realización de técnicas de punción percutánea (con aguja fina o gruesa) y localizaciones con arpón.• Participación activa en la toma de decisiones dentro del equipo multidisciplinario de la Unidad de Mama.
---	---

Actividades	Características de calidad
<ul style="list-style-type: none"> • Priorización de las derivaciones hospitalarias del PDPCM. • Realización de estudios diagnósticos en mujeres derivadas del programa. • Cumplimentación de hoja de pruebas hospitalarias del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama. • Realización e interpretación de estudios de imagen en pruebas preanestésicas de clasificación por estadios y seguimiento. • Supervisión de técnicas intervencionistas generales e inserción de catéteres de infusión para tratamiento quimioterápico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento del protocolo específico para lecturas de mamografías. • Participación en la organización de las citas para derivación hospitalaria. • Colaboración con el Distrito de Atención Primaria en la gestión de comunicación de resultados a las mujeres estudiadas en el Hospital.

Personal Administrativo

<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de información generada en el Servicio (informes, citas, seguimientos, bases de datos, información a pacientes). 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilización de los sistemas de información hospitalarios y radiológicos de acuerdo a la disponibilidad. • Procedimientos documentados.
--	---

Servicio Quirúrgico

Ginecólogo/Cirujano

<ul style="list-style-type: none"> • Realización de historia clínica. • Valoración inicial de la paciente con signos y síntomas de patología mamaria. • Solicitud de estudios de imagen. • Indicación y realización de punción percutánea. • Entrega de resultados de Anatomía Patológica. • Clasificación prequirúrgico por estadio. • Planificación del tratamiento (como componente de la Unidad de Mama). • Realización de biopsia abierta con guía (arpon). • Realización de biopsia cutánea. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dar información clara, comprensible y precisa para las pacientes y sus familiares. • Gestionar citas y registrar con agilidad y sin errores. • Protocolo propio compartido por todos los profesionales de la Unidad de Mama y/o adaptación de guías de práctica clínica al medio en el que se trabaja. • Registro informatizado de las actividades que haga posible un acceso rápido a los datos necesarios o la reflexión sobre la marcha del proceso en general. • Cumplir con las demoras especificadas en los flujos de salida, tanto en la realización de las pruebas diagnósticas como en los tratamientos quirúrgicos.
---	---

Actividades	Características de calidad
<ul style="list-style-type: none"> • Información a la paciente sobre las posibilidades del tratamiento quirúrgico. • Cumplimentación del Consentimiento Informado. • Derivación para tratamientos adyuvantes. • Tratamiento quirúrgico del cáncer de mama. • Realización de biopsias intraoperatorias. • Control post-operatorio hospitalario. • Control post-operatorio ambulatorio. • Elaboración y entrega de informes sobre resultados del tratamiento quirúrgico. • Entrega de los resultados de Anatomía Patológica tras el tratamiento quirúrgico. • Derivación para valorar tratamiento adyuvante. • Educación sanitaria para la rehabilitación y prevención del linfedema. • Información a paciente y familiares de las incidencias del proceso. • Valoración de la necesidad de apoyo psicológico. • Valoración de la necesidad de consultar a Fisioterapia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de decisiones sobre el tratamiento en todos los casos en reuniones del Comité de Mama. • Realización de cirugía conservadora de la mama en relación con el estándar existente. • Complicaciones postquirúrgicas en relación con el estándar existente en otras unidades. • Disponer de información sobre la satisfacción de la paciente en todas las fases del proceso.

Enfermería	
<ul style="list-style-type: none"> • Control post-operatorio hospitalario. • Tratamiento quirúrgico del cáncer de mama (personal de Enfermería de Quirófano). • Control post-operatorio ambulatorio. • Educación para la rehabilitación y prevención del linfedema. • Valoración de la necesidad de apoyo psicológico de la paciente. • Dispensación de prótesis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de actividades realizadas. • Planes de cuidados estandarizados de Enfermería en los controles post-operatorios. • Información clara y comprensible.

Servicio de Anatomía Patológica

Actividades	Características de calidad
<ul style="list-style-type: none">• Recepción, identificación y registro del espécimen (biopsia, pieza quirúrgica, biopsia intraoperatoria, citología).• Estudio macroscópico y tallado.• Estudio microscópico.• Elaboración de informe anatomopatológico.	<ul style="list-style-type: none">• Cumplir criterios de aceptación y rechazo de estudios.• Cumplir normas de registro.• Seguimiento de protocolos de estudio macroscópico y tallado (en Protocolo de PDPCM).• Realizar el estudio microscópico y elaborar el informe anatomopatológico de acuerdo con los protocolos o guías establecidos (en Protocolo de PDPCM).

Servicio de Oncología Médica

Oncólogo Médico

<ul style="list-style-type: none">• Historia clínica completa que incluya exploración clínica actual, con especial detalle de los signos y síntomas relacionados con el proceso.• Recogida y valoración de los datos recibidos a través de la historia clínica o aportados por la paciente.• Solicitud de nuevas pruebas complementarias si fuera necesario para completar la clasificación por estadio.• Clasificación por estadio.• Planificación del tratamiento y su seguimiento.• Explicación detallada de las posibles toxicidades y aconsejar sobre la manera de minimizarlas.• Valoración de apoyo psicológico en el momento concreto del proceso.• Coordinación de actuación con Rehabilitación.• Orientar sobre la conveniencia de colaborar con grupos de autoayuda.• Derivación si procediera a otros servicios como Cirugía/Ginecología.• Coordinación con el Servicio de Radioterapia.• Derivación para tratamiento en Hospital de Día de Oncología.	<ul style="list-style-type: none">• Dar información adecuada a cada paciente en los diferentes momentos del proceso.• Registro informático de todas las actividades del proceso para mayor agilidad.• Valoración multidisciplinar del tratamiento.• Garantizar que la información facilitada a la paciente y su familia permita la toma de decisión sobre el tratamiento, de las diferentes posibilidades, así como de las toxicidades inmediatas y tardías.• Disponer de información escrita estandarizada.• Consentimiento Informado adecuadamente cumplimentado.
---	--

Enfermería

Actividades	Características de calidad
<ul style="list-style-type: none">• Seguimiento de la Consulta de Oncología.• Control de toxicidad de los tratamientos.• Informar a la paciente y sus familiares al inicio del tratamiento y durante el proceso de la enfermedad sobre:<ul style="list-style-type: none">- Trastornos y efectos secundarios de los tratamientos de quimioterapia, terapia hormonal, inmunoterapia y cirugía.• aconsejar sobre diferentes aspectos para mejorar la calidad de vida:<ul style="list-style-type: none">- Actividad física- Alimentación- Cuidados personales- Vestido y complementos- Ritmo de vida	<ul style="list-style-type: none">• Registro de actividades.• Procedimientos documentados.• Información escrita sobre consejos educativos, recursos sociales y grupos de autoayuda.

Auxiliar de Enfermería

<ul style="list-style-type: none">• Preparar la historia clínica y las pruebas complementarias de la paciente.• Atender y pasar a la paciente a la consulta.• Ayudar al médico, si fuera necesario, durante la exploración de la paciente.• Apoyar al médico en la petición y localización de las pruebas complementarias.• Coordinación con el Hospital de Día de Oncología.	<ul style="list-style-type: none">• Según manual de normas.
---	---

Secretaria o Auxiliar Administrativo

<ul style="list-style-type: none">• Gestionar las citas en Oncología y Hospital de Día.• Coordinar las citas con otros servicios.• Realización y control de los informes.• Control de documentación.• confección de estadística.	<ul style="list-style-type: none">• Según manual de normas.
--	---

Enfermera de Quimioterapia

Actividades	Características de calidad
<ul style="list-style-type: none">• Recepción de las pacientes enviadas a tratamiento.• Explicación general de los tratamientos y respuesta a las dudas de las pacientes.• Explicación específica del tratamiento de la paciente, los problemas que pudieran surgir de forma inmediata durante la administración del mismo, así como la toxicidad a corto y medio plazo.• Instauración de la vía periférica o central según se requiera.• Instauración del tratamiento antiemético y de soporte pautado.• Realización del tratamiento de acuerdo a la pauta instaurada por el médico.• Dar las orientaciones pertinentes para el control de la toxicidad hasta el siguiente tratamiento.	<ul style="list-style-type: none">• Plan de cuidados estandarizados de Enfermería.

Farmacéutico

<ul style="list-style-type: none">• Organización de la preparación y control de los citostáticos en hospitalización.	<ul style="list-style-type: none">• Control de calidad de las preparaciones.
--	--

Técnico en Farmacia

<ul style="list-style-type: none">• Preparación de los citostáticos acorde con las pautas de preparación habituales o indicadas expresamente por el médico.	<ul style="list-style-type: none">• Control de calidad de las indicaciones.
---	---

Servicio de Oncología Radioterápica

Oncólogo Radioterápico

<ul style="list-style-type: none">• Establecer indicación de tratamiento radioterápico.• Clasificación por estadio postquirúrgico.• Información a la paciente sobre el tratamiento.	<ul style="list-style-type: none">• Disponer de historia clínica común con registro de todos los criterios que justifican la indicación y su adecuación al protocolo consensuado.• Plan terapéutico (dosis total, fraccionamiento, técnica). Secuencia con tratamiento sistémico si lo hubiere.
---	--

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> • Los estudios complementarios se realizarán antes de comenzar el tratamiento radioterápico. • Información sencilla, comprensible y veraz sobre el tratamiento que va a recibir, los beneficios y la toxicidad tanto aguda como tardía. Esta información debe proporcionarse por escrito y la paciente debe dar su consentimiento, asimismo, por escrito.

Radiofísico y Oncólogo Radioterápico	
<ul style="list-style-type: none"> • Simulación y planificación del tratamiento. • Control durante el tratamiento. • Informe sobre el tratamiento radioterápico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar que el personal cuenta con el entrenamiento adecuado. • Coordinación formal con Radiofísico. • Garantizar un control mínimo semanal, o con más frecuencia, si la toxicidad del tratamiento o su propia enfermedad neoplásica así lo requiere. • Control radiográfico semanal para la correcta ejecución del tratamiento (imagen portal, cobaltografía). • Utilización de la Normativa ICRU-50.

Enfermera	
<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de Enfermería para el control del tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Control semanal o más frecuente en función de la toxicidad del tratamiento. • Disponer de un Programa de Calidad que incluya estándares e indicadores. • Plan de cuidados compartido con Atención Primaria que asegure la continuidad de los cuidados. • Garantizar la atención los fines de semana.

Técnicos

Actividades	Características de calidad
<ul style="list-style-type: none">• Ejecución del tratamiento.	<ul style="list-style-type: none">• El inicio será supervisado por el médico, así como los controles semanales.• Registro informatizado diario de las pacientes tratadas.• Aplicación de Programas de Garantía de Calidad.

Auxiliar de Enfermería

<ul style="list-style-type: none">• Recepción de la paciente.• Gestión de citas.• Mantenimiento de las consultas.• Apoyo al facultativo y/o Enfermería	<ul style="list-style-type: none">• Según manual de procedimientos.
---	---

Auxiliar Administrativo

<ul style="list-style-type: none">• Elaboración de informes clínicos.• Gestión de papelería, gestión de transportes, varios.	<ul style="list-style-type: none">• Registro informatizado.
---	---

Celador

<ul style="list-style-type: none">• Traslado de pacientes.• Traslado de documentación clínica.	<ul style="list-style-type: none">• Según manual de procedimientos.
---	---

Todos los profesionales: Médico de Familia, Ginecólogo, Cirujano, Oncólogo, Personal de Enfermería de (AP y AE)

Actividades	Características de calidad
<ul style="list-style-type: none">• Considerar las necesidades psicológicas, atenderlas y dar soporte psicológico.• Derivar al Psicólogo en caso de necesidad.• Educación para la salud sobre aspectos psicológicos y emocionales.	<ul style="list-style-type: none">• Interesarse por estas necesidades y favorecer el desahogo emocional.• Aplicación de técnicas de entrevista clínica.• Derivar precozmente ante la constatación de los primeros indicios.• Facilitar al Psicólogo información completa sobre el proceso de la enfermedad (diagnóstico y pronóstico, tipo de tratamiento que está recibiendo, motivos de derivación).• Coordinación formal con el Psicólogo.

Servicio de Medicina Física y Rehabilitación

Rehabilitador

Actividades	Características de calidad
<ol style="list-style-type: none">1. Elaboración de la historia clínica.2. Valoración inicial de la paciente.3. Solicitud de pruebas complementarias si se precisa.4. Establecimiento diagnóstico clínico de linfedema.5. Planificación y seguimiento del tratamiento si procede.6. Coordinación del tratamiento rehabilitador con otros profesionales o servicios.7. Información a pacientes, familiares, y/o cuidadores de las posibilidades terapéuticas y expectativas de las mismas.	<ul style="list-style-type: none">• Registro de actividades reflejadas en la historia clínica.• Utilización de métodos diagnósticos y tratamiento basados en la evidencia científica y/o protocolos establecidos.• Elaboración de protocolos de actuación terapéutica de consenso o guía de práctica clínica adecuada a los medios o recursos establecidos.• Facilitar información clara, comprensible y precisa para pacientes, familiares y/o cuidadores.• Cumplir con las demoras especificadas en los flujos de salida en la iniciación y aplicación del plan terapéutico de rehabilitación.

Fisioterapeuta

<ol style="list-style-type: none">1. Realización de la historia de fisioterapia.2. Prevención del linfedema:<ul style="list-style-type: none">– Educación sanitaria.– Recuperación funcional.– Cuidados de la cicatriz.	<ul style="list-style-type: none">• Programa de recuperación integral del miembro superior y del cuello.• Información clara y sencilla para pacientes, familiares y/o cuidadores.• Garantizar los tiempos de respuesta para el inicio de la rehabilitación y prevención del linfedema.
--	--

Servicio de Cirugía Plástica

Cirujano Plástico

Actividades	Características de calidad
<ul style="list-style-type: none">• Elaboración de la historia clínica.• Valoración inicial de la paciente que necesita reconstrucción.• Solicitud de pruebas complementarias si se precisa.• Planificación del tratamiento como componente de la Unidad de mama.	<ul style="list-style-type: none">• Facilitar información estandarizada, clara, comprensible y precisa para pacientes, familiares y/o cuidadores.• Elaboración de protocolos de actuación terapéutica de consenso o guía de práctica clínica adecuada a los medios o recursos establecidos en este proceso.

Actividades	Características de calidad
<ul style="list-style-type: none"> • Información a la paciente sobre posibilidades del tratamiento quirúrgico. • Cumplimentación del consentimiento informado. • Realización y coordinación del tratamiento reconstructivo con otros profesionales o servicios. • Control postoperatorio hospitalario y ambulatorio. • Elaboración y entrega de informes sobre resultados del tratamiento quirúrgico. • Información a pacientes, familiares, y/o cuidadores de las incidencias del Proceso. • Valoración de la necesidad de apoyo psicológico. • Valoración de la necesidad de consultar al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. • Educación para la prevención del linfedema. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilización de métodos diagnósticos y tratamiento basados en la evidencia científica y/o protocolos establecidos. • Participación en las decisiones del tratamiento en la Unidad de mama • Registro informatizado de las actividades que haga posible un acceso rápido a los datos necesarios o la reflexión sobre la marcha del proceso en general. • Cumplir con las demoras especificadas en los flujos de salida en la realización de las pruebas diagnósticas y en los tratamientos quirúrgicos. • Complicaciones posquirúrgicas adecuadas para el estándar existente en otras unidades. • Conocer la satisfacción de la paciente en todas las fases del proceso.

Competencias Profesionales

Competencias Generales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)

La competencia es un concepto que hace referencia a la capacidad necesaria que ha de tener un profesional para realizar un trabajo eficazmente, es decir, para producir los resultados deseados, y lograr los objetivos previstos por la organización en la que desarrolla su labor. Así entendida, la competencia es un valor susceptible de ser cuantificado.

Las competencias se pueden clasificar en tres áreas:

- Conocimientos: el conjunto de saberes teórico-prácticos y la experiencia adquirida a lo largo de la trayectoria profesional, necesarios para el desempeño del puesto de trabajo.
- Habilidades: capacidades y destrezas, tanto genéricas como específicas, que permiten garantizar el éxito en el desempeño del puesto de trabajo.
- Actitudes: características o rasgos de personalidad del profesional que determinan su correcta actuación en el puesto de trabajo.

El Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía incluye entre sus objetivos la puesta en marcha de un Sistema de Gestión Profesional por Competencias. Con esta finalidad, se ha constituido un grupo de trabajo central de Gestión por Competencias y, tras diversas reuniones con profesionales del SSPA, se ha generado, para cuatro grupos profesionales (médicos, enfermeras, matronas y fisioterapeutas), un Mapa General de Competencias tipo, en el que se han establecido las competencias que son nucleares para el desempeño y desarrollo exitoso de cada puesto de trabajo en la organización sanitaria actual, con independencia del nivel o proceso asistencial en el que se ubiquen los respectivos profesionales.

En una segunda fase, se han categorizado dichas competencias nucleares para cada nivel de exigencia (de selección, de experto o de excelencia), de acuerdo a dos categorías: imprescindible (I) y deseable (D).

En el nivel de excelencia, todas las competencias identificadas tienen el carácter de imprescindible. Sin embargo, no son entre sí de igual valor relativo. Para esta discriminación, se ha dado un valor relativo a cada competencia, siendo 1 el valor de menor prioridad y 4 el de la máxima. Se ha generado así el perfil relativo de competencias para el nivel de excelencia que, por término medio, se alcanza entre los 3 y 5 años de incorporación al puesto de trabajo.

Con toda esta información, se han construido los Mapas de Competencias tipo de los profesionales del SSPA, en los que no se incluyen las Competencias Específicas de cada proceso o nivel asistencial.

A partir de este punto, y para la adecuada puesta en marcha de la Gestión por Competencias, resulta necesario definir específicamente las competencias de los distintos niveles, tal y como se ha hecho, por ejemplo, para los profesionales de los servicios de urgencia, para los de las empresas públicas de reciente constitución, etc.

Competencias Específicas del Proceso

En el caso concreto del diseño de los procesos asistenciales, resulta también necesario definir las competencias que deben poseer los profesionales para el desempeño de su labor en el desarrollo de dichos procesos.

No obstante, no es pertinente detenerse en la definición de las Competencias Específicas de cada una de las especialidades o titulaciones, puesto que éstas se encuentran ya estandarizadas y definidas muy detalladamente en los planes específicos de formación correspondientes a cada una de las mismas.

Sin embargo, sí resulta de mucha mayor utilidad definir concretamente aquellas otras competencias que, si bien son consideradas necesarias para el desarrollo de los Procesos Asistenciales, no se incluyen habitualmente, o de manera estándar, en los planes de formación especializada, o bien, aún estando contempladas en éstos, requieren de un énfasis especial en su definición.

Esto, además, representa un desafío importante para el SSPA, pues debe diseñar y gestionar las actividades de formación adecuadas y necesarias para conseguir que los profesionales que participan en los procesos, que ya cuentan con determinados conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas durante su formación académica en orden a lograr su titulación, puedan incorporar ahora esas otras competencias que facilitarán que el desarrollo de los mismos se realice con el nivel de calidad que el SSPA quiere ofrecer al ciudadano, eje central del sistema.

De esta forma, y una vez definidos los Mapas de Competencias Generales (Competencias tipo) de médicos/as y enfermeros/as, se han establecido las Competencias Específicas por Procesos Asistenciales, focalizando la atención básicamente en las competencias que no están incluidas habitualmente (o no lo están con detalle) en la titulación oficial exigible para el desempeño profesional en cada uno de los niveles asistenciales. Para determinar estas competencias, se ha utilizado una metodología de paneles de expertos formados por algunos de los miembros de los grupos encargados de diseñar cada proceso asistencial, pues son ellos quienes más y mejor conocen los requisitos necesarios para su desarrollo. El trabajo final de elaboración global de los mapas ha sido desarrollado por el grupo central de competencias.

A continuación, se presenta el Mapa de Competencias para el proceso, que incluye tanto la relación de Competencias Generales para médicos/as y enfermeros/as del SSPA (Competencias tipo) como las Competencias Específicas de este proceso, las cuales, como ya se ha mencionado a lo largo de esta introducción, no están incluidas con el suficiente énfasis en los requisitos de titulación.

Así, los diferentes profesionales implicados en los procesos, junto con los correspondientes órganos de gestión y desarrollo de personas, podrán valorar, según su titulación específica y las competencias acreditadas, cuáles son las actividades de formación y de desarrollo profesional que les resultan necesarias para adquirir las nuevas competencias en aras de lograr un mayor nivel de éxito en el desarrollo de los procesos asistenciales.

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

CONOCIMIENTOS		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
C-0495	Protocolos y guías clínicas "oncológicas" de diagnóstico y tratamiento	I	I	I				
C-0540	Aspectos preventivos y de detección precoz	I	I	I				
C-0496	Conocimientos técnicos específicos de los procesos (radiólogos, patólogos, cirujanos, ginecólogos, oncólogos y paliativos)	I	I	I				
C-0498	Tecnología específica de los procesos	I	I	I				
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	I	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0184	Educación para la salud, consejo médico, estilos de vida	I	I	I				
C-0024	Informática, nivel usuario	I	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-0077	Soprote Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I				
C-0497	Conocimientos de sistemas de red social y recursos extrasanitarios (autoayuda)	D	I	I				
C-0499	Conocimientos epidemiológicos (curvas supervivencia, tasas de mortalidad, factores de riesgo, impacto...)	D	I	I				
C-0500	Conocimiento del Programa de Cuidados Paliativos del enfermo oncológico avanzado	D	I	I				
C-0501	Conocimiento del manejo, control y tratamiento del enfermo oncológico avanzado	D	I	I				
C-0169	Prestaciones del SNS y específicas de Andalucía	D	I	I				
C-0176	Cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía	D	I	I				
C-0175	Bioética de las decisiones clínicas y de la investigación	D	I	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I				
C-0167	Medicina basada en la evidencia: aplicabilidad	D	I	I				
C-0173	Metodología de calidad	D	I	I				
C-0168	Planificación, programación de actividad asistencial	D	I	I				
C-0180	Definición de objetivos y resultados: DPO	D	I	I				
C-0069	Metodología en gestión por procesos	D	I	I				
C-0082	Inglés, nivel básico	D	I	I				
C-0107	Sistemas de evaluación sanitaria	D	D	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	D	I				
C-0502	Conocimiento de la oferta formativa e integrada del entorno en programas y técnicas paliativas avanzadas	D	D	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

HABILIDADES		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
H-0296	Realización de técnicas quirúrgicas oncológicas	I	I	I				
H-0297	Realización de técnicas diagnósticas específicas y exploraciones complementarias	I	I	I				
H-0146	Exploración clínica	I	I	I				
H-0054	Informática, nivel usuario	I	I	I				
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones)	I	I	I				
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-0087	Entrevista clínica	I	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	I	I	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	I	I	I				
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	I	I	I				
H-0024	Capacidad para las relaciones interpersonales (empatizar con paciente oncológico y familia)	D	I	I				
H-0272	Capacidad para la comunicación (transmisión de malas noticias y pautas que se han de seguir)	D	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita	D	I	I				
H-0085	Dar apoyo	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-0042	Manejo de telemedicina	D	I	I				
H-0096	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	I	I				
H-0298	Capacidad de detección y gestión del síndrome de <i>burn out</i> derivado del contacto con la patología	D	D	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0025	Capacidad de liderazgo	D	D	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar, motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	D	D	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				
H-0078	Afrontamiento del estrés	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

ACTITUDES		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
A-0053	Orientación a satisfacer expectativas de pacientes y familiares (receptividad a inquietudes y necesidades del enfermo y familia)	I	I	I				
A-0054	Acogedor (atención especial al inicio del proceso, primer contacto)	I	I	I				
A-0055	Orientación a la cumplimentación específica de la documentación quirúrgica-oncológica del paciente	I	I	I				
A-0014	Facilitador	I	I	I				
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades, disponibilidad y accesibilidad	I	I	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				
A-0048	Talante positivo	I	I	I				
A-0051	Sensatez	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0009	Dialogante, negociador	I	I	I				
A-0024	Juicio crítico	I	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0075	Creatividad	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
A-0038	Resolutivo	D	I	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMERAS

CÓDIGO	CONOCIMIENTOS	GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
C-0504	Principios de Quimioterapia, Radioterapia y Cirugía del cáncer	I	I	I				
C-0505	Conocimiento del manejo de Quimioterapia	I	I	I				
C-0506	Conocimiento del manejo de vías de administración de fármacos (intravenosos, subcutáneos, travenol...)	I	I	I				
C-0507	Analgesia y medidas terapéuticas del dolor	I	I	I				
C-0508	Conocimiento de cuidados del enfermo vulnerable	I	I	I				
C-0509	Conocimiento de cuidados postquirúrgicos y ostomías	I	I	I				
C-0510	Conocimientos básicos de técnicas diagnósticas y terapéuticas	I	I	I				
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	I	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-0171	Promoción de la salud (educación para la salud, consejos sanitarios)	I	I	I				
C-0077	Soporte Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I				
C-0165	Metodología de cuidados (procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica, mapas de cuidados, planificación de alta y continuidad de cuidados)	I	I	I				
C-0500	Conocimiento del Programa de Cuidados Paliativos del enfermo oncológico avanzado	D	I	I				
C-0503	Oncología Clínica (historia natural de los tumores y su evolución)	D	I	I				
C-0538	Aspectos preventivos y de detección precoz	D	I	I				
C-0499	Conocimientos epidemiológicos	D	I	I				
C-0511	Conocimiento del funcionamiento del Hospital de Día oncológico	D	I	I				
C-0069	Metodología en gestión por procesos	D	I	I				
C-0004	Conocimientos básicos de calidad (indicadores, estándares, documentación clínica, acreditación, guías de práctica clínica)	D	I	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I				
C-0179	Conocimientos básicos de gestión de recursos (planificación, programación de actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control del gasto...)	D	I	I				
C-0174	Bioética	D	D	I				
C-0082	Inglés, nivel básico	D	D	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMERAS

HABILIDADES		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
H-0299	Capacidad de aplicar medidas de aislamiento	I	I	I				
H-0300	Capacidad de aplicar alimentación adecuada al paciente	I	I	I				
H-0301	Capacidad de preparación, administración y desecho de citostáticos	I	I	I				
H-0302	Capacidad de manejo (uso y mantenimiento) de reservorios y dispositivos mecánicos de infusión	I	I	I				
H-0303	Capacidad de manejo de sintomatología cambiante	I	I	I				
H-0305	Cuidados postquirúrgicos (curas, retirada de suturas, manejo de drenajes)	I	I	I				
H-0306	Comunicar al paciente de cuidados en su casa tras el alta hospitalaria (drenajes...)	I	I	I				
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-0089	Individualización de cuidados	I	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita	I	I	I				
H-0304	Cuidados en técnicas intervencionistas radiológicas	D	I	I				
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	D	I	I				
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones)	D	I	I				
H-0054	Informática, nivel usuario	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	D	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-0078	Afrontamiento del estrés	D	I	I				
H-0298	Capacidad de detección y gestión del síndrome de <i>burn out</i> derivado del contacto con la patología	D	D	I				
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	D	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar, motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	D	D	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				
H-0022	Resolución de problemas	D						

COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMERAS

ACTITUDES		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
A-0053	Orientación a satisfacer expectativas de pacientes y familiares	I	I	I				
A-0055	Orientación a la cumplimentación específica de la documentación quirúrgica-oncológica del paciente	I	I	I				
A-0054	Acogedor	I	I	I				
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades, disponibilidad y accesibilidad	I	I	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				
A-0048	Talante positivo	I	I	I				
A-0051	Sensatez	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0009	Dialogante, negociador	I	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0024	Juicio crítico	I	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0007	Creatividad	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
A-0038	Resolutivo	D	D	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				



Recursos. Características generales. Requisitos

Papelería

General

Recursos	Características de calidad. Requisitos
<ul style="list-style-type: none">• Historia clínica de AP y AE.• Documento de petición de mamografía• Documento de petición de citología–biopsia de Anatomía Patológica.• Documento de registro de Anatomía Patológica.• Documento de informe de la mamografía• Informe de alta.• Modelos de Consentimiento Informado.• Folletos informativos acerca de los estudios, tratamientos, autocuidados, prevención de linfedema, recursos sociales, asociaciones de autoayuda...• Cuestionarios para encuesta de satisfacción.	<ul style="list-style-type: none">• Sistemas de información hospitalarios y departamentales.• Historia clínica informatizada.• Homologación de la información recogida en todos los centros públicos de la Comunidad Autónoma.• Transmisión telemática de datos.

Servicio de Oncología Radioterápica

<ul style="list-style-type: none">• Historia clínica.• Carpeta de tratamiento.• Registro semanal de simulación y planificación.• Informe de fin de tratamiento.	<ul style="list-style-type: none">• Documento ajustado a la normativa ISO DIS 9000:2000 (AENOR).• Tal como se recogen en el Programa de Garantía de Calidad en Radioterapia.• Documentación hospitalaria.
--	---

Servicio de Anatomía Patológica

<ul style="list-style-type: none">• Manual de toma y remisión de muestras.• Formulario de solicitud de estudio.• Formulario de solicitud de estudio intraoperatorio.	<ul style="list-style-type: none">• Conforme circular 5/2000 de los Servicios Centrales del SAS.
--	--

Servicio de Oncología Médica

Recursos	Características de calidad. Requisitos
<ul style="list-style-type: none">• Historia clínica.• Carpeta de tratamiento.• Registro semanal de tratamiento.	<ul style="list-style-type: none">• Documento ajustado a la Normativa ISO DIS 9000:2000 (AENOR).• Tal como se recogen en el Programa de Garantía de Calidad en Documentación Hospitalaria.

Servicio de Medicina Física y Rehabilitación

<ul style="list-style-type: none">• Modelo de historia clínica de Medicina Física y Rehabilitación.• Escala de valoración funcional.• Documento con el plan terapéutico.• Modelo estandarizado de prescripción de material ortoprotésico.• Modelo estandarizado de prescripción de transporte sanitario.• Modelo de historia de Fisioterapia.• Documentación informativa sobre prevención del linfedema.• Documentación con programas de ejercicios.	<ul style="list-style-type: none">• Tal como se recoge en el Programa de Garantía de Calidad en Documentación Sanitaria.• Homogeneización y validación de los sistemas de información en todos los centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía.• Encuesta de satisfacción de pacientes.
---	--

Servicio Cirugía/Ginecología

<ul style="list-style-type: none">• Historia clínica especializada para patología mamaria.• Documentos informativos.	
---	--

Servicio de Cirugía Plástica

<ul style="list-style-type: none">• Modelo de historia clínica especializada y adaptada a la utilización de prótesis.• Informe de alta específico con mención del tipo de técnica ejecutada, utilización o no de prótesis y su tipo o fabricante.	<ul style="list-style-type: none">• Tal como se recoge en el programa de garantía de calidad en documentación sanitaria.• Homogeneización y validación de los sistemas de información en todos los centros.• Encuesta de satisfacción de pacientes.
--	---

Servicio de Radiodiagnóstico

Recursos	Características de calidad. Requisitos
<ul style="list-style-type: none">• Documento de petición de mamografía.• Documento de petición de imagen generales.• Documento de informe de la mamografía.• Documento de informe de estudios de imagen no mamográficos.• Sobres para estudios de imagen.• Documentos de Consentimiento Informado.• Sistema de información radiológico (general y mamario).	<ul style="list-style-type: none">• Los documentos de solicitud de exploraciones e informe deben cumplir los criterios establecidos.

Instrumental

Servicio de Oncología Radioterápica

<ul style="list-style-type: none">• Plano inclinado para posicionamiento adecuado de las pacientes.• Láseres de alineación en las unidades de tratamiento y simulación (incluido TC).• Taller de moldes.• Instrumental habitual en las consultas médicas y de Enfermería.	
--	--

Servicio de Radiodiagnóstico

<ul style="list-style-type: none">• Chasis específicos de mamografía (18x24 y 24x30).• Chasis para estudios radiológicos simples generales.• Dispositivos para la punción percutánea con aguja fina, gruesa y colocación de arpones.	<ul style="list-style-type: none">• Debe garantizar la mayor calidad diagnóstica con la menor dosis de radiación.
--	---

Servicio de Cirugía/Ginecología

<ul style="list-style-type: none">• Dispositivos para punciones percutáneas• Instrumental quirúrgico habitual para cirugía mamaria.	
--	--

Servicio de Cirugía Plástica	
Recursos	Características de calidad. Requisitos
<ul style="list-style-type: none"> • Instrumental básico (caja de mama). • Tijeras bipolares. • Dermotomo eléctrico. • Valvas de Doyen. • Mesa de quirófano que permita sentar a la paciente. • Separador Tebbet. • Fuente luz fría de xenón. • Puntas de bisturí eléctrico de tungsteno. 	<ul style="list-style-type: none"> • Actualización técnica y de protocolos terapéuticos según la evidencia científica. • Aplicar estrategias programadas de sustitución de equipos e inversiones de renovación.

Aparataje	
Servicio de Oncología Médica	
<ul style="list-style-type: none"> • Bombas de tratamiento fijas para Hospital de Día y planta, y portátiles para el tratamiento ambulatorio. • Específico de Oncología Médica (Hospital de Día), adecuado y coordinado con la zona de consultas. • Sala de espera de pacientes y familiares adecuada. 	

Servicio de Anatomía Patológica	
<ul style="list-style-type: none"> • El habitualmente utilizado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar estrategias de mantenimiento programado e inversiones de renovación.

Servicio de Radiodiagnóstico

Recursos	Características de calidad. Requisitos
<ul style="list-style-type: none">• Mamógrafos con posibilidad de realización de las proyecciones complementarias y colocación de arpones (compresor fenestrado).• Equipo de estereotaxia.• Equipos de revelado generales y específicos de mamografía.• Ecógrafo con sonda lineal de frecuencia no inferior a 7,5 MHz y sonda sectorial para estudio de abdomen.• Equipos de radiología convencional para el estudio preanestésico, de clasificación por estadio y de seguimiento.• TC para estudio de clasificación por estadio.• Resonancia magnética con antena específica para mama.	<ul style="list-style-type: none">• Mantenimiento preventivo reglado de todos los equipos.• Disponibilidad de asistencia técnica en caso de avería con respuesta no superior a las 24 horas tras la comunicación de la misma.• Renovación tecnológica de los equipos.

Servicio de Oncología Radioterápica

<ul style="list-style-type: none">• Simulador virtual (simulador físico opcional).• TC.• Planificador tridimensional.• Acelerador lineal de electrones (emisión de fotones y electrones).• Braquiterapia opcional.	<ul style="list-style-type: none">• Revisión y mantenimiento.• Actualización según los siguientes plazos: La sustitución de equipos debe establecerse sobre la base de dos criterios: a) Obsolescencia clínica:<ul style="list-style-type: none">- Por mejora técnica en las posibilidades de tratamiento.- Inefectividad demostrada. b) Obsolescencia técnica:<ul style="list-style-type: none">- Porcentaje de disponibilidad en función de tiempos de avería.- Costo de mantenimiento superior al precio de compra.- Vida media útil: 10 años (excepto <i>hardware</i> 5 años).
--	--

Servicio de Medicina Física y Rehabilitación

Recursos	Características de calidad. Requisitos
<ul style="list-style-type: none">• Espejo cuadrículado.• Camilla de fisioterapia.• Material auxiliar para la realización de ejercicios.	<ul style="list-style-type: none">• Actualización técnica y de protocolos terapéuticos según la evidencia científica.• Aplicar estrategias programadas de sustitución de equipos e inversiones de renovación

Material fungible

Servicio de Oncología Médica

- Acceso a fármacos aprobados por el Ministerio.
- Relativa facilidad para acceder a través de uso compasivo de los fármacos en avanzado estado de investigación o que incluso están aprobados en otros países.

Servicio de Anatomía Patológica

- Material para la realización de PAAF.
- Anticuerpos para la realización de estudio inmunohistoquímico de receptores de estrógeno y progesterona.

Servicio de Radiodiagnóstico

- Placas radiográficas para radiología convencional, TC, resonancia magnética y ECO.
- Película mamográfica.
- Medios de contraste.
- Líquidos de revelado.
- Agujas de punción.
- Arpones.
- Material para curas.
- Material de intervencionismo no mamario: catéter de infusión y material de punción percutánea no mamaria.
- Material para protección radiológica.

Servicio de Oncología Radioterápica

Recursos	Características de calidad. Requisitos
<ul style="list-style-type: none">• Material termoplástico para inmovilización.• Espumado para fabricación de colchones de inmovilización, aleación de bajo punto de fusión para protecciones.• Bandejas de metacrilato para colocación de moldes de protección en unidades de tratamiento.• Fungibles inespecíficos según protocolo de consumo de cada servicio.	<ul style="list-style-type: none">• Revisión y mantenimiento.• Actualización según los criterios mencionados.

Servicio de Cirugía/Ginecología

<ul style="list-style-type: none">• Agujas para PAAF.• Agujas para punciones de biopsia percutánea de los calibres 12,14,16.• <i>Punch</i> para biopsias cutáneas.	
--	--

Servicio de Cirugía Plástica

<ul style="list-style-type: none">• Expansores redondos, anatómicos y bio-dimensionales con válvula embutida o a distancia.• Prótesis de gel de silicona anatómica y redondas de alto y bajo perfil.• Prótesis de suero.• Fungible común a otros servicios quirúrgicos.	
--	--

Personal

Servicio de Anatomía Patológica

<ul style="list-style-type: none">• TEAP.• Citotécnico.• Anatomopatólogo.• Administrativo.• Celador.	
--	--

Servicio de Oncología Radioterápica

Recursos	Características de calidad. Requisitos
<ul style="list-style-type: none">• Oncólogo Radioterápico.• Radiofísico.• Enfermería.• TERT.• Auxiliar de Enfermería.• Auxiliar Administrativo.• Celador.	<ul style="list-style-type: none">• Personal con formación específica y programas de actualización de dicha formación.• Existen recomendaciones con relación a las necesidades de aparataje y personal realizadas por la AERO y que pueden ser tomadas como referencia.

Servicio de Medicina Física y Rehabilitación

<ul style="list-style-type: none">• Rehabilitador.• Fisioterapeuta.• Auxiliar de Enfermería.• Celador.• Auxiliar Administrativo.	
--	--

Servicio de Radiodiagnóstico

<ul style="list-style-type: none">• Radiólogo.• TER.• Personal de Enfermería.• Celador.• Personal Administrativo.• Radiofísico.	<ul style="list-style-type: none">• Personal facultativo con formación específica en patología mamaria integrado en las unidades multidisciplinarias.• Personal técnico con formación específica en mama para la realización de estudios diagnósticos mamarios.
--	--

Servicio de Cirugía Plástica

<ul style="list-style-type: none">• Cirujano Plástico• Personal de Enfermería y Auxiliar• Auxiliar Administrativo.	
--	--

Unidades de soporte

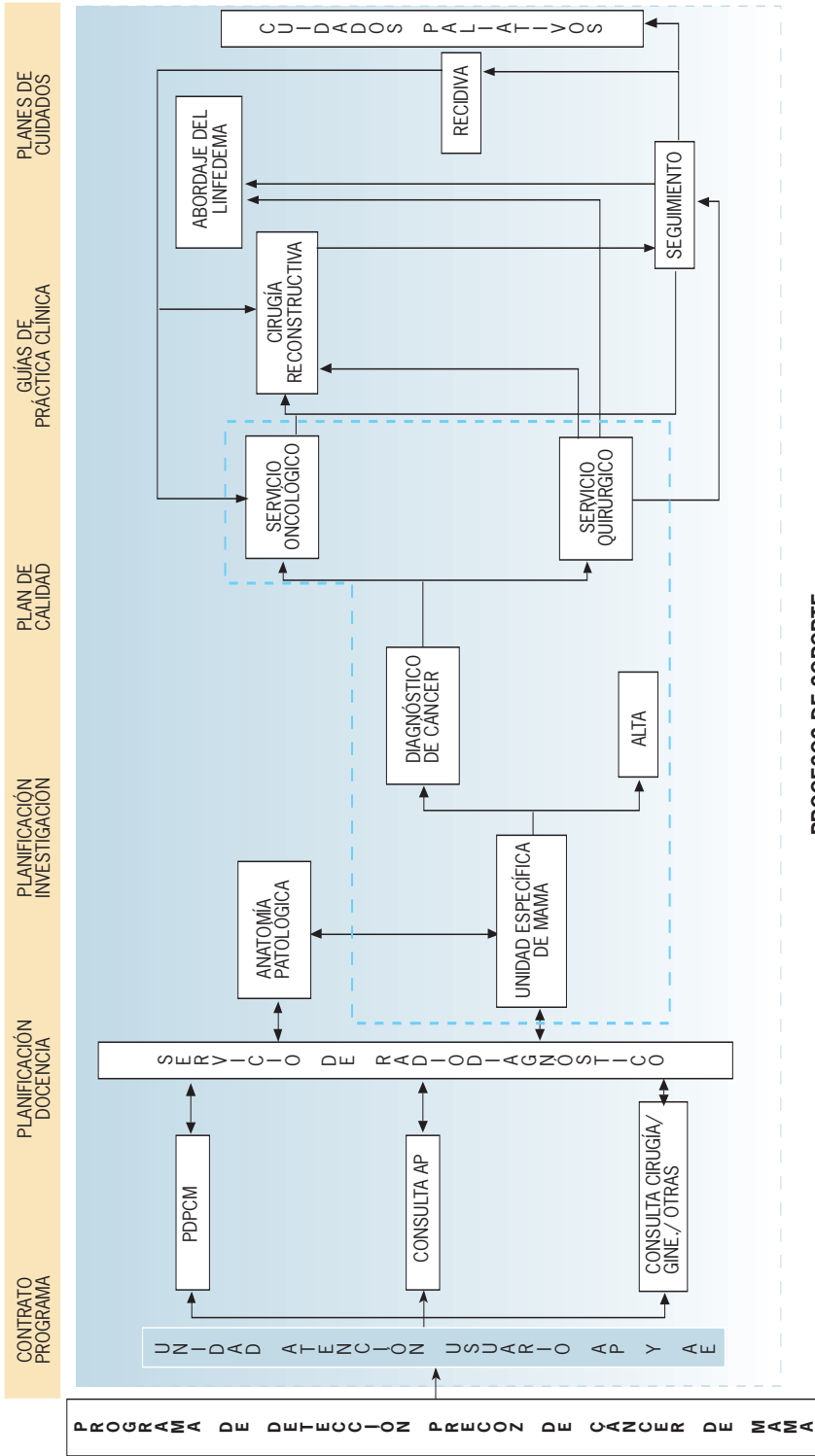
UNIDADES DE SOPORTE	ENTRADA
Servicio de Radiodiagnóstico	<p>Mamografía diagnóstica y de seguimiento.</p> <p>Ecografía diagnóstica y de seguimiento.</p> <p>Ecografía general, TC o resonancia magnética según datos clínicos.</p> <p>TC para simulación.</p> <p>Radiología intervencionista para filiación de posibles metástasis.</p> <p>Punción percutánea y colocación de arpones.</p> <p>Inserción de catéteres para quimioterapia.</p>
Servicio de Laboratorio	<p>Análítica necesaria para la clasificación por estadio.</p> <p>Análítica necesaria para el estudio preoperatorio.</p>
Servicio de Almacén	<p>Papelería y fungibles especificados.</p>
Sº de Anatomía Patológica	<p>PAAF.</p> <p>Citología.</p> <p>Biopsia.</p> <p>Pieza quirúrgica.</p> <p>Biopsia intraoperatoria.</p> <p>Casos consulta.</p>
Servicio de Anestesia	<p>Intervenciones quirúrgicas.</p> <p>Colocación de catéter de quimioterapia.</p>
Servicio de Medicina Nuclear	<p>Gammagrafía ósea.</p>
Sº de Gestión y Elaboración de la Información	<p>Elaboración de un registro hospitalario con implicaciones para la gestión y control de calidad.</p> <p>Ampliación del registro de cáncer de base poblacional.</p> <p>Informatización de datos.</p> <p>Obtención automática de indicadores de evaluación.</p>



4 REPRESENTACIÓN GRÁFICA

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 1. CÁNCER DE MAMA

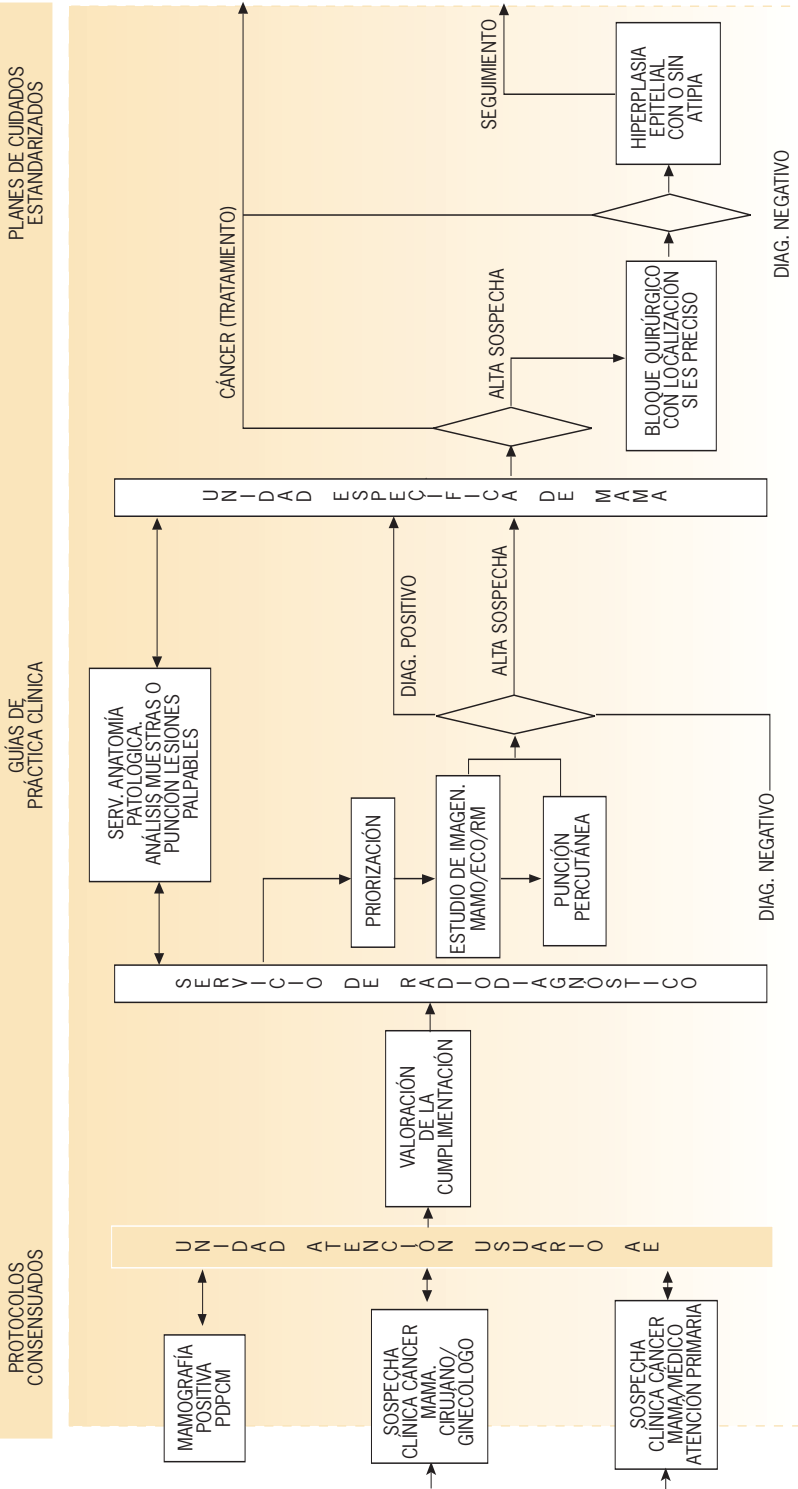
PROCESOS ESTRATÉGICOS



PROCESOS DE SOPORTE

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2. CÁNCER DE MAMA: DIAGNÓSTICO

PROCESOS ESTRATÉGICOS

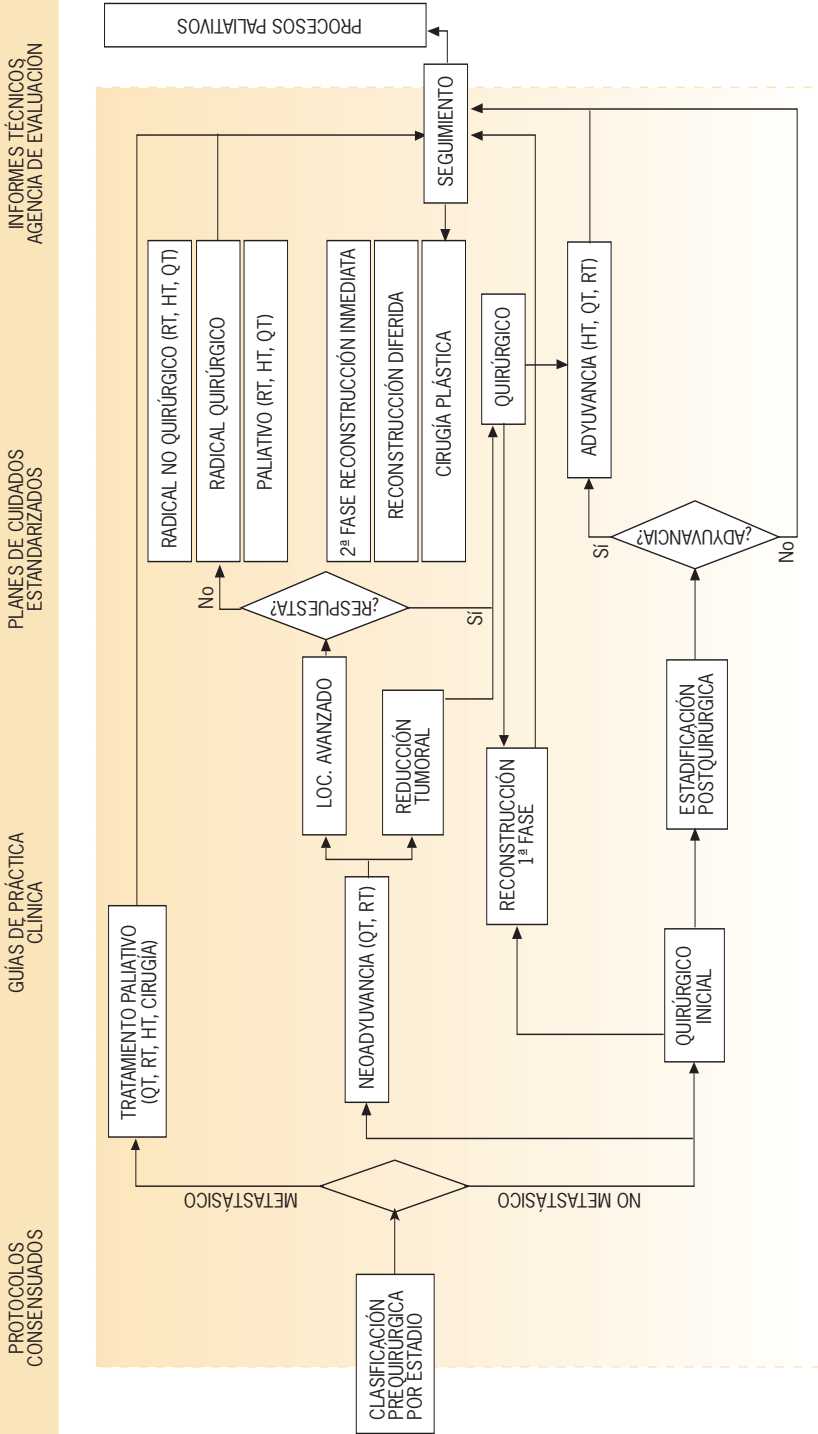


PROCESOS DE SOPORTE



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2: CÁNCER DE MAMA: RECIDIVA

PROCESOS ESTRATÉGICOS



PROCESOS DE SOPORTE

- LABORATORIO
- ANESTESIA
- SISTEMA DE INFORMACION
- RADIOLOGIA
- FISIOTERAPIA
- CIRUGIA PLASTICA
- MEDICINA NUCLEAR
- ANATOMIA PATOLOGICA

PROTOSCOLOS CONSENSUADOS

GUIAS DE PRACTICA CLINICA

PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS

INFORMES TECNICOS AGENCIA DE EVALUACION

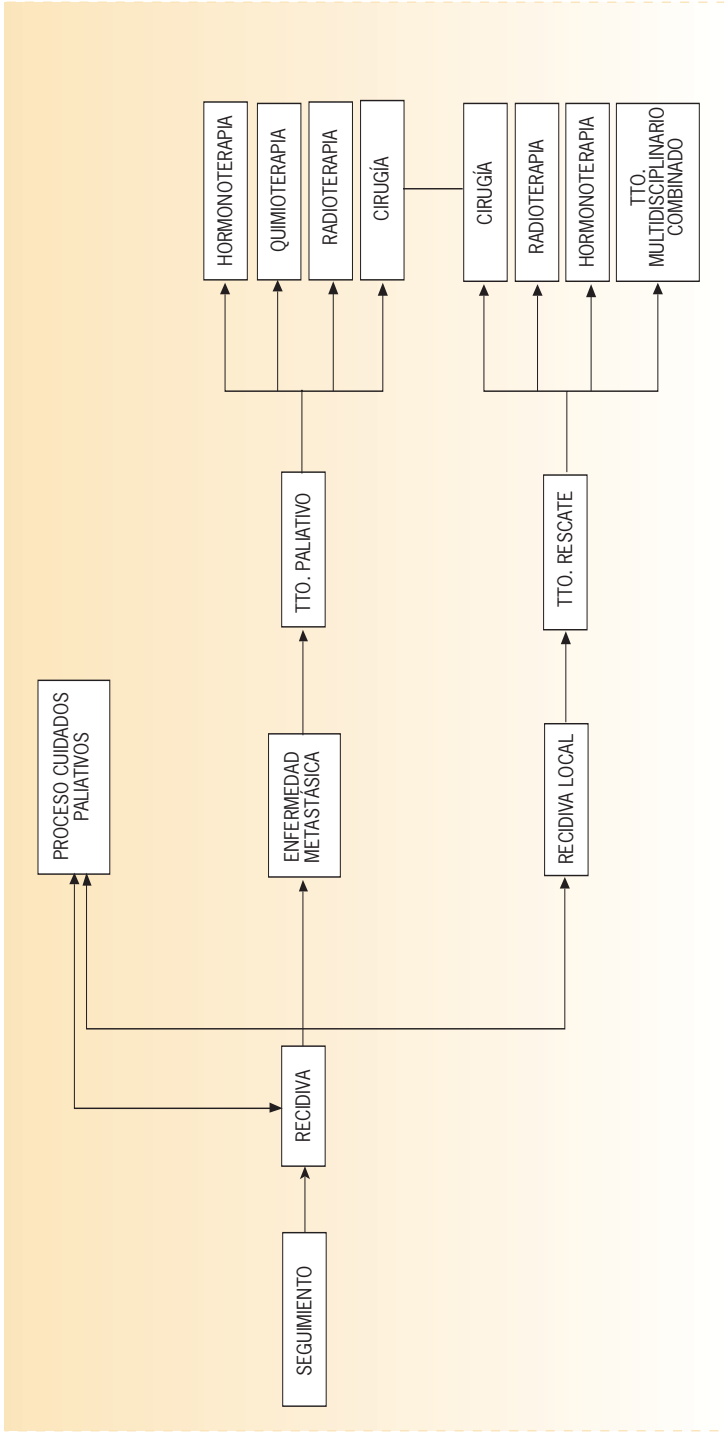
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2: CÁNCER DE MAMA: RECIDIVA

PROCESOS ESTRATÉGICOS

PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS

INFORMES TÉCNICOS AGENCIA DE EVALUACION

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA



PROCESOS DE SOPORTE

MEDICINA NUCLEAR

CIRUGÍA

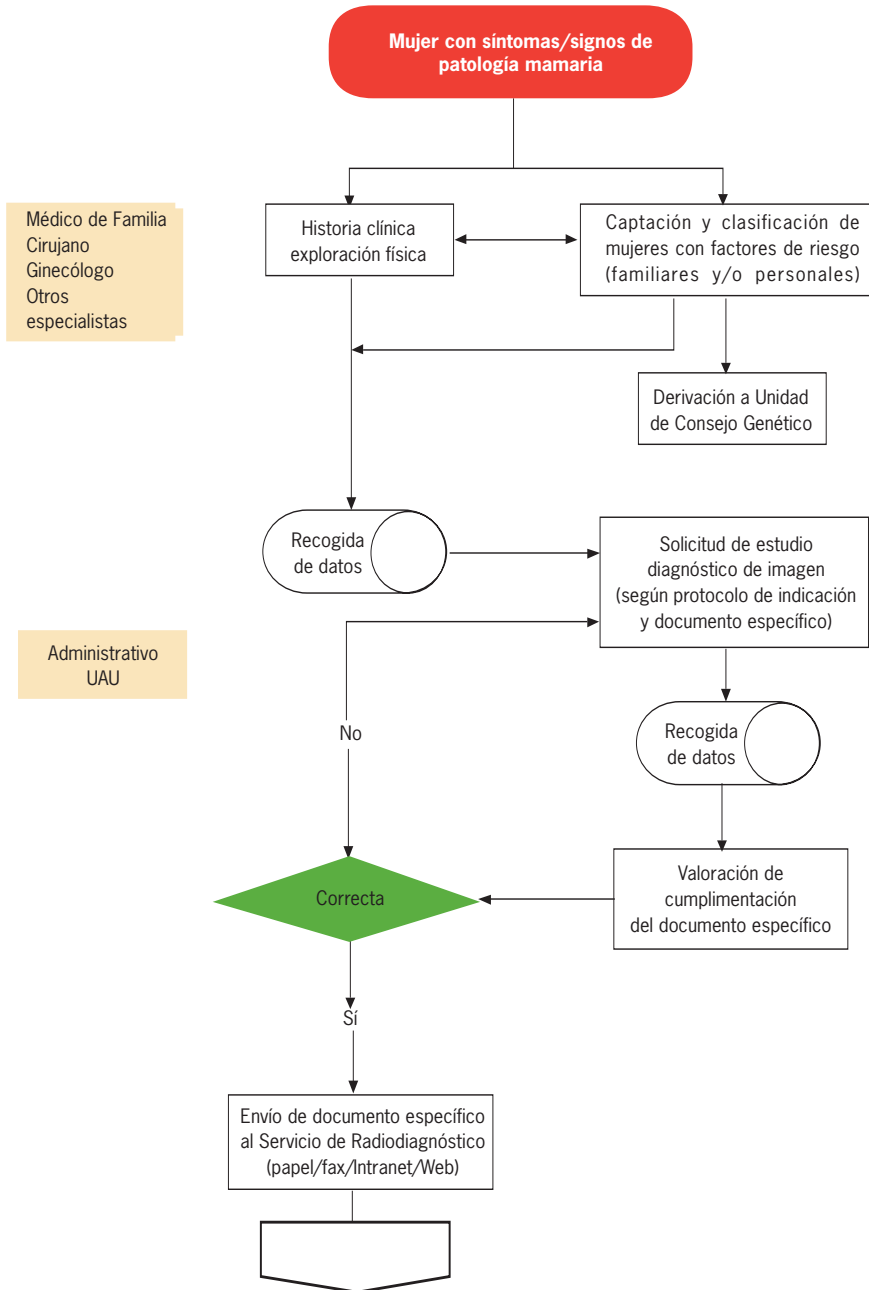
RADIOLOGÍA

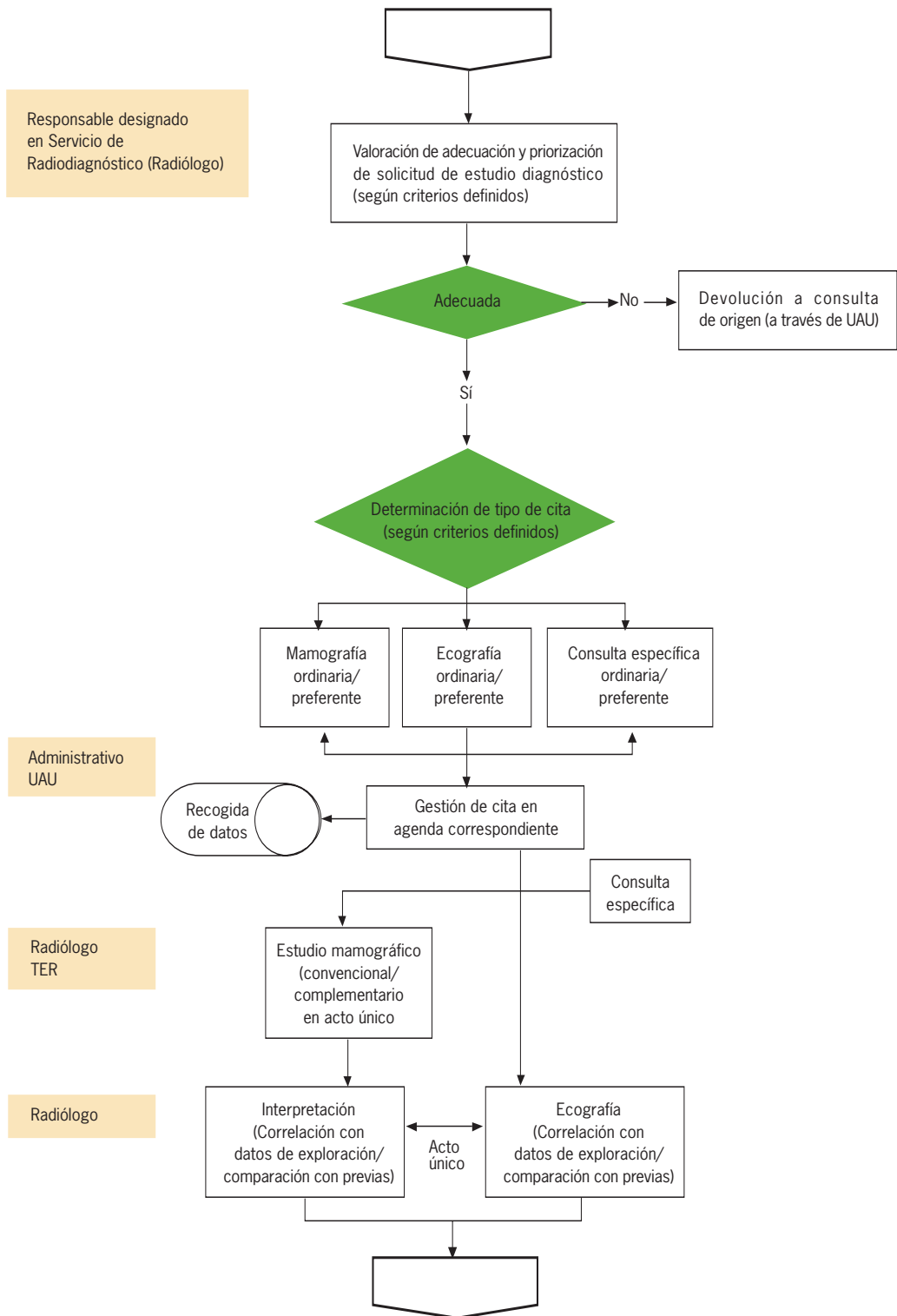
SISTEMA DE INFORMACION

ANESTESIA

LABORATORIO

ANATOMÍA PATOLÓGICA



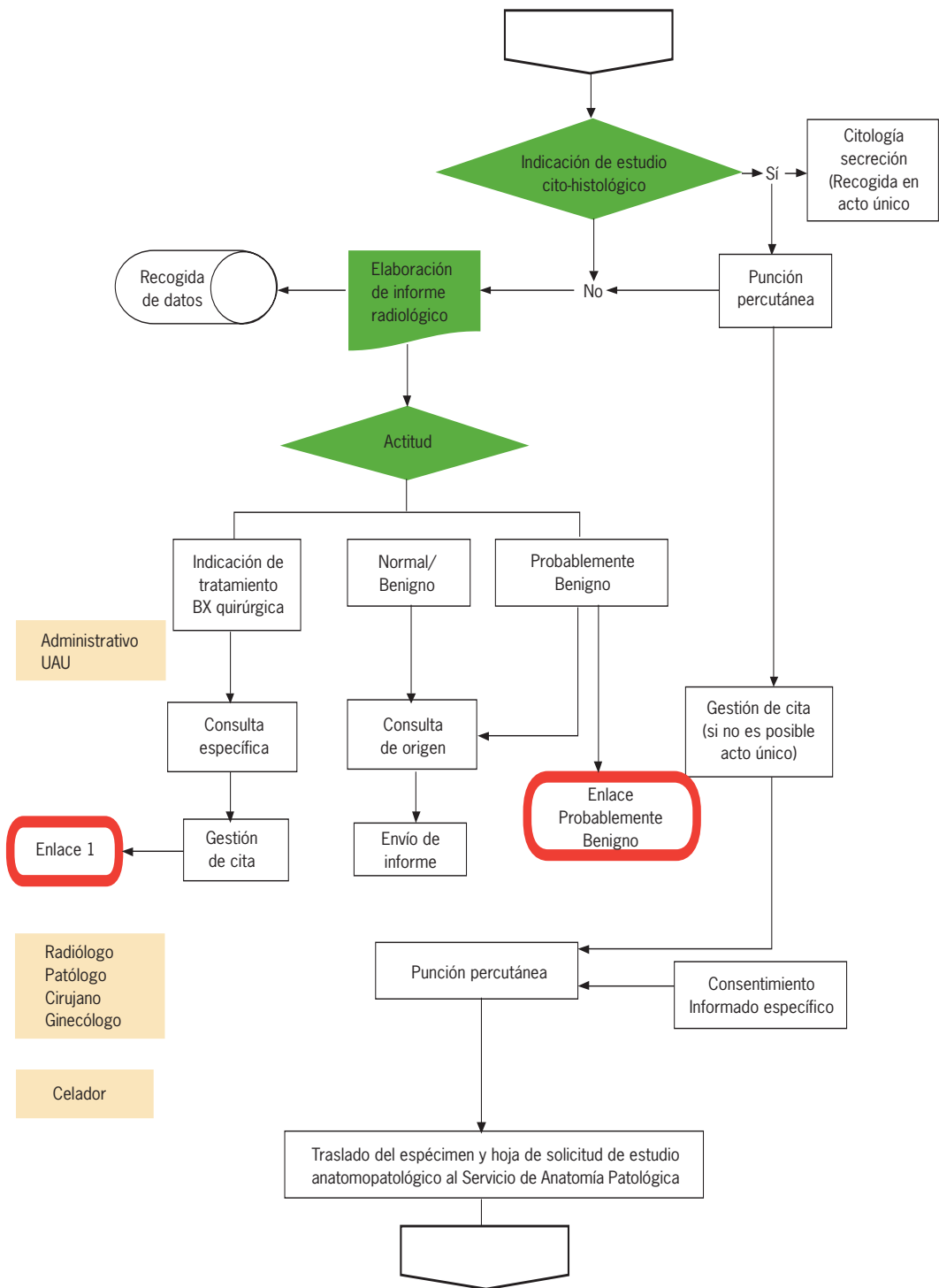


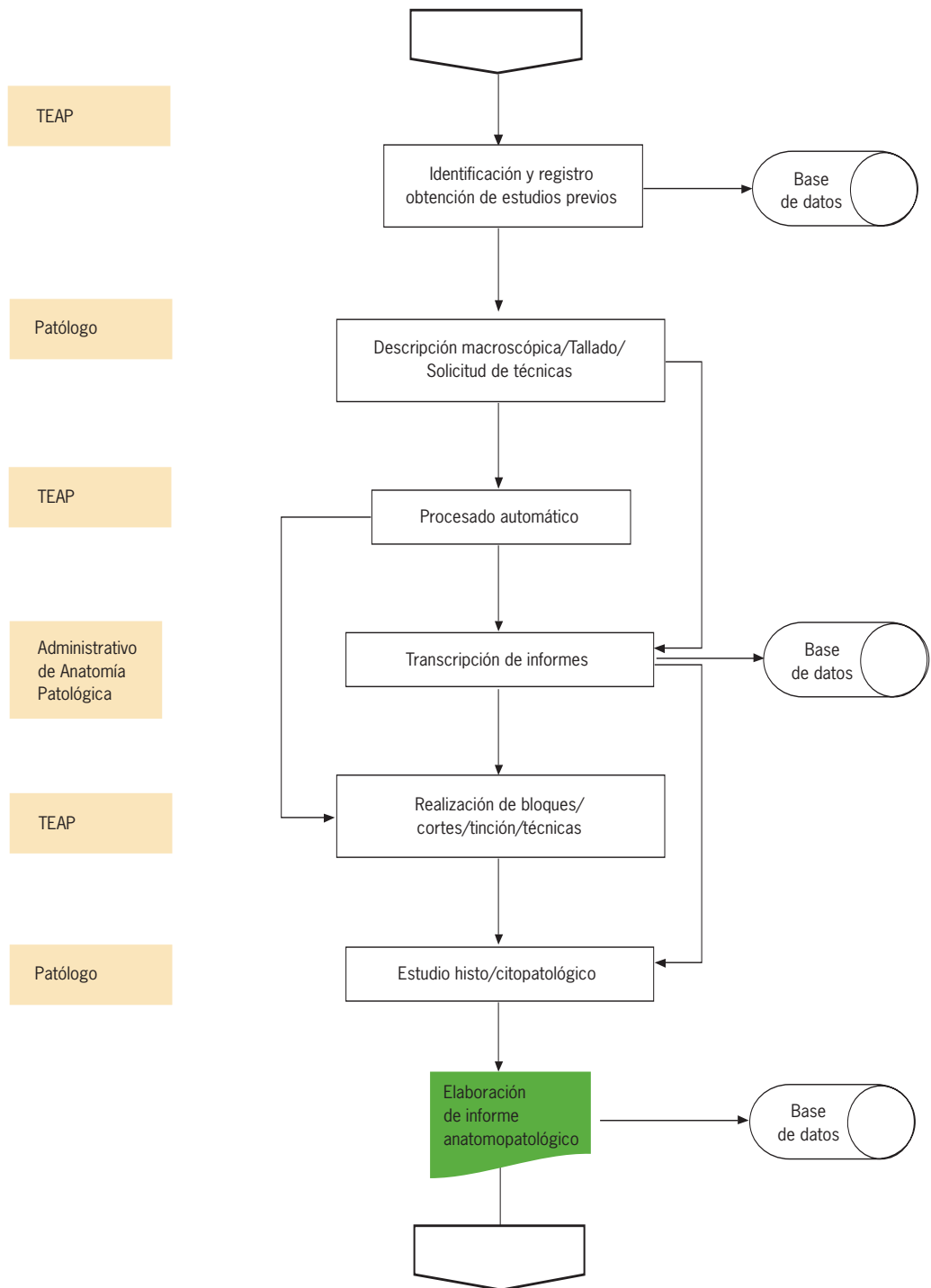
Responsable designado en Servicio de Radiodiagnóstico (Radiólogo)

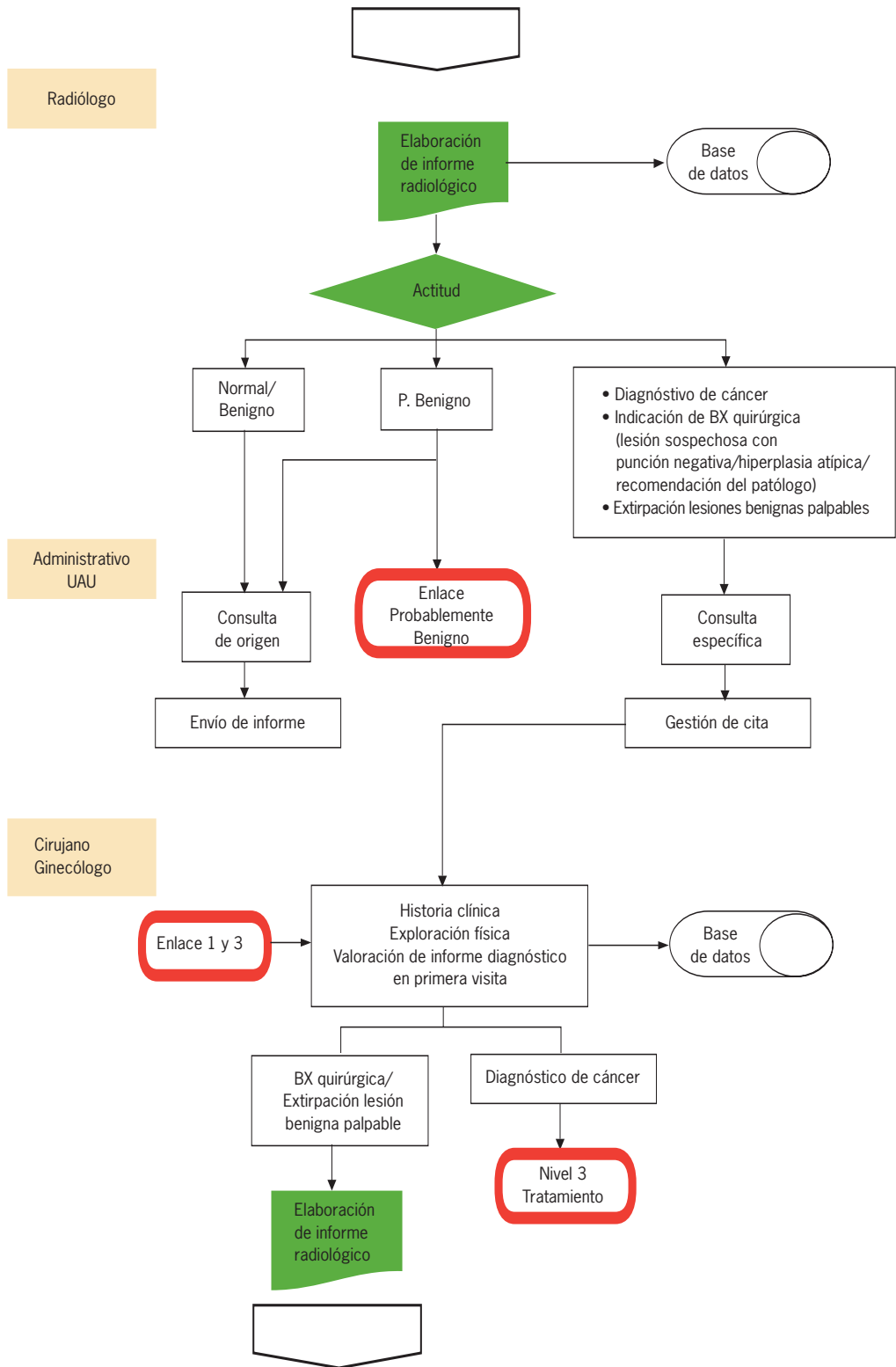
Administrativo UAU

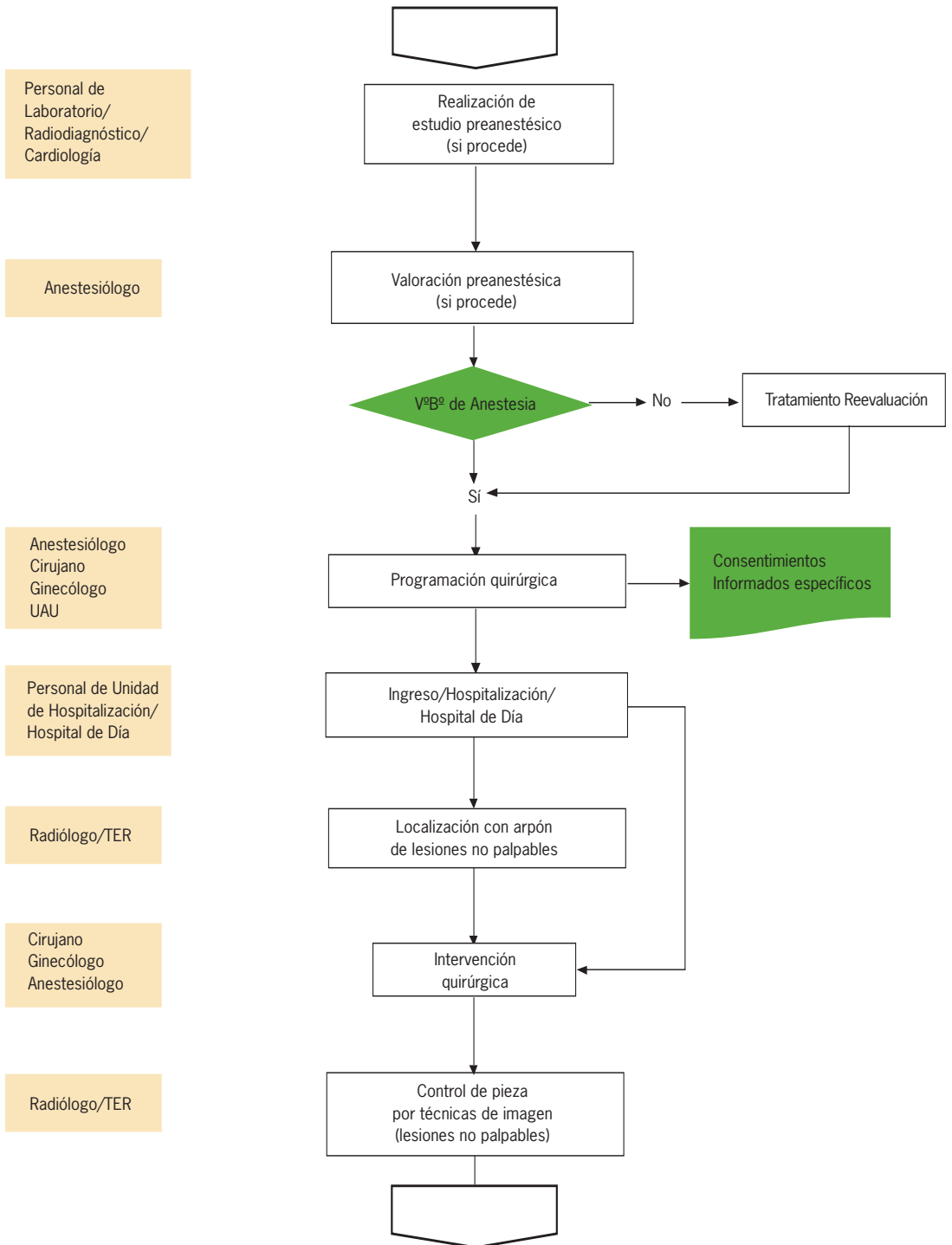
Radiólogo TER

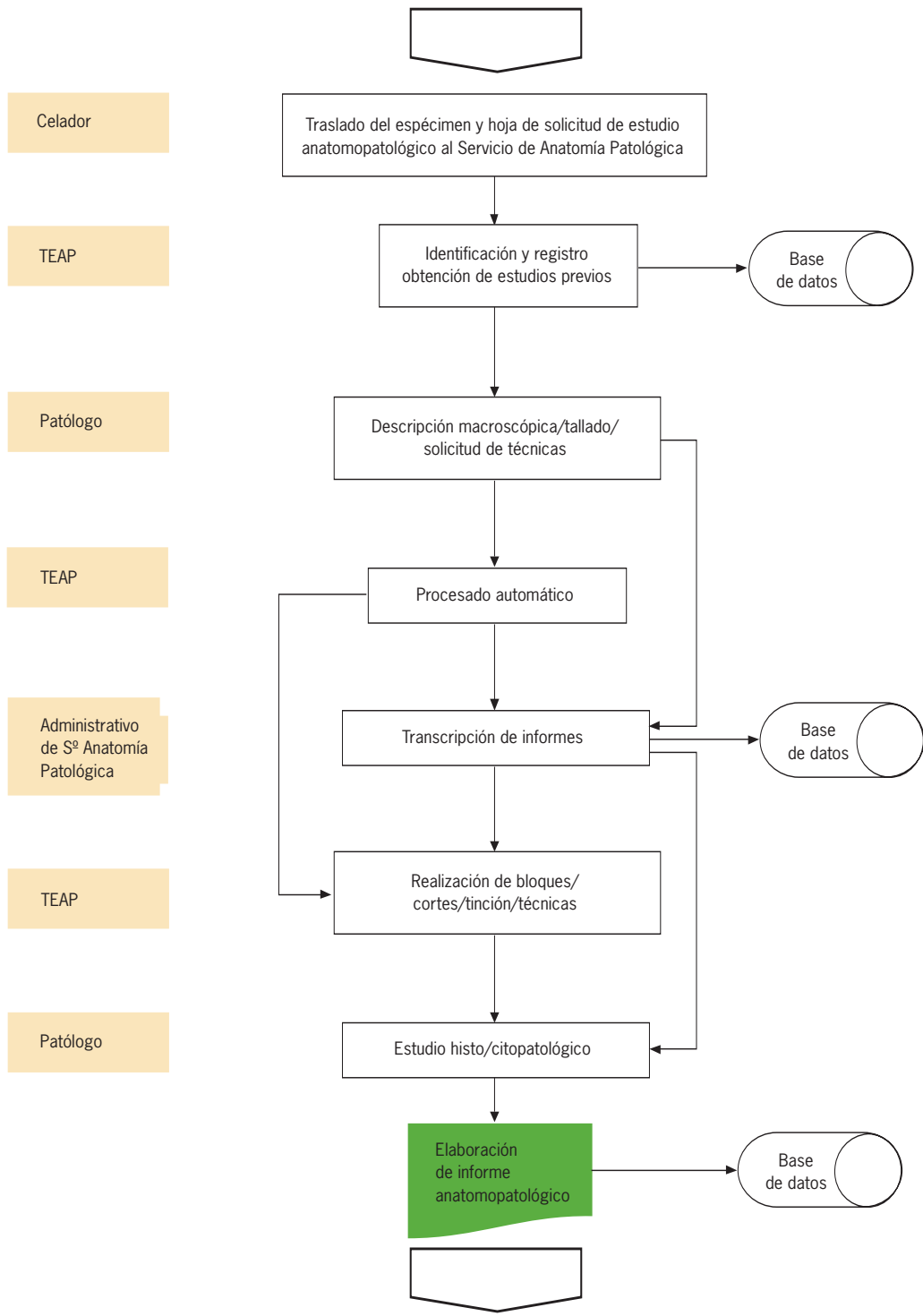
Radiólogo



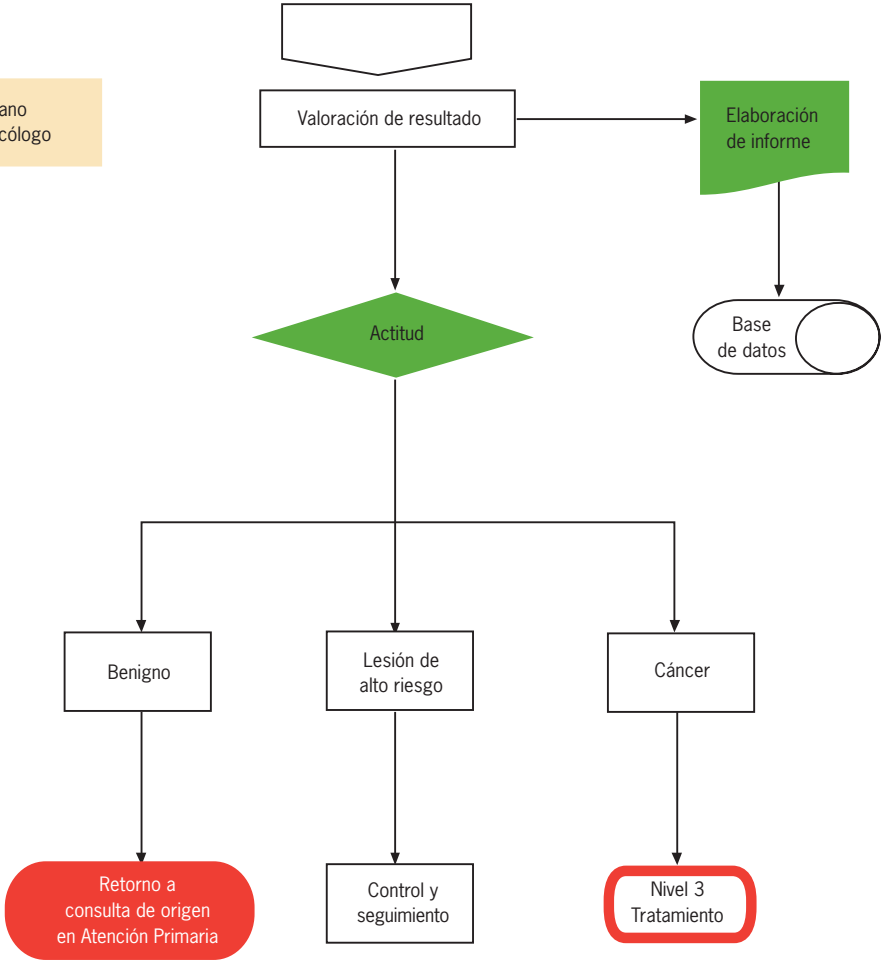




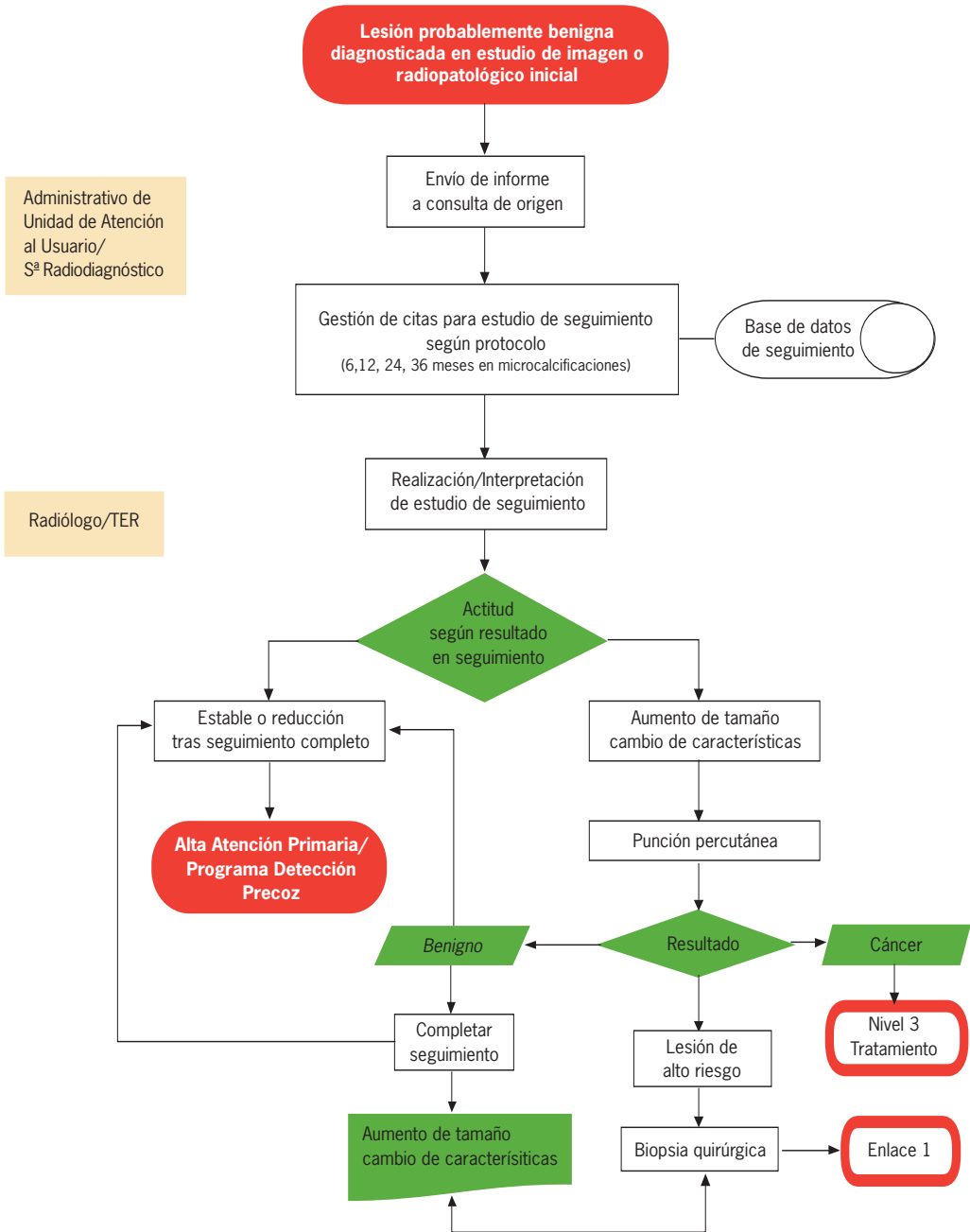




Cirujano
Ginecólogo



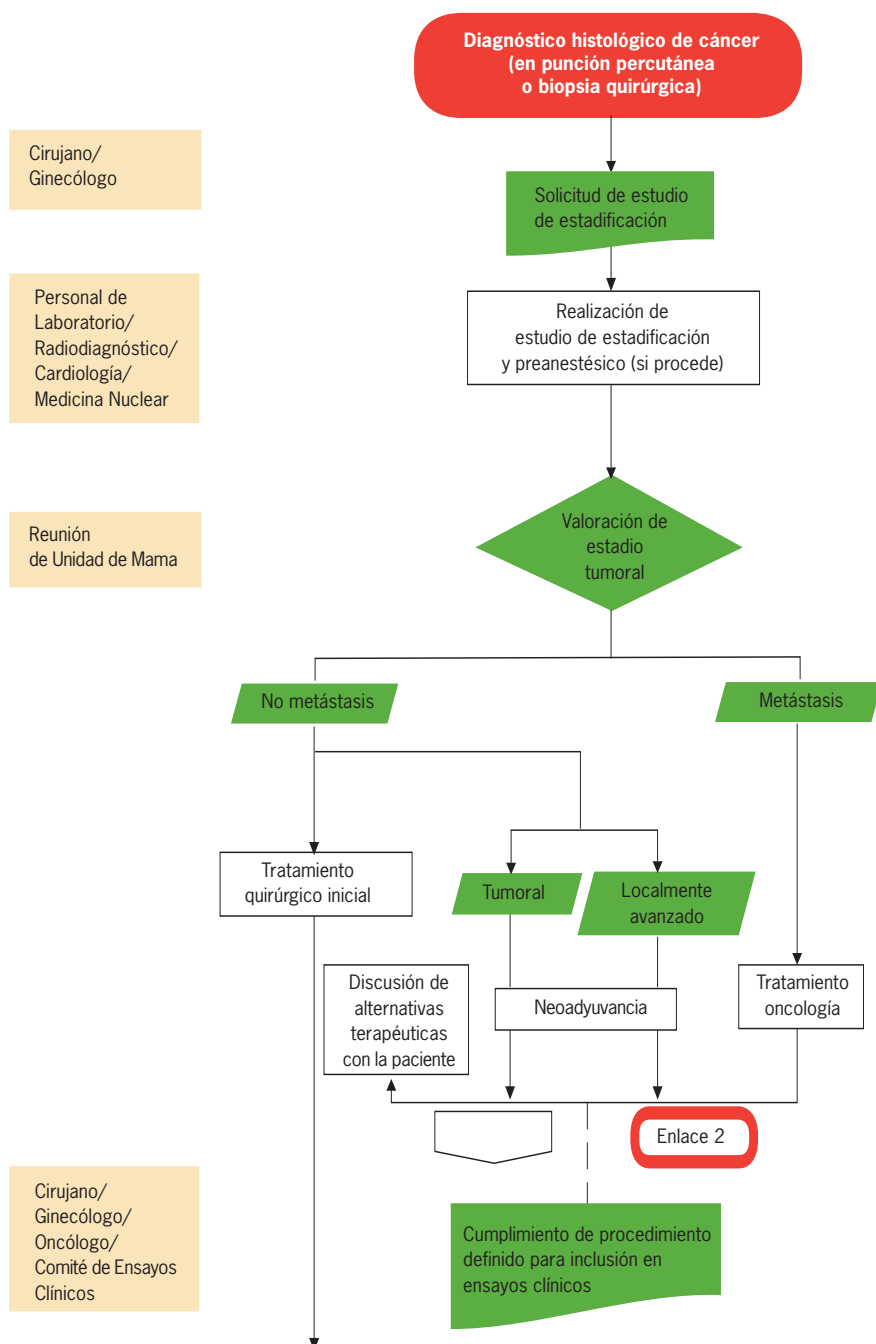
**ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3.
CÁNCER DE MAMA: LESIONES PROBABLEMENTE BENIGNAS**

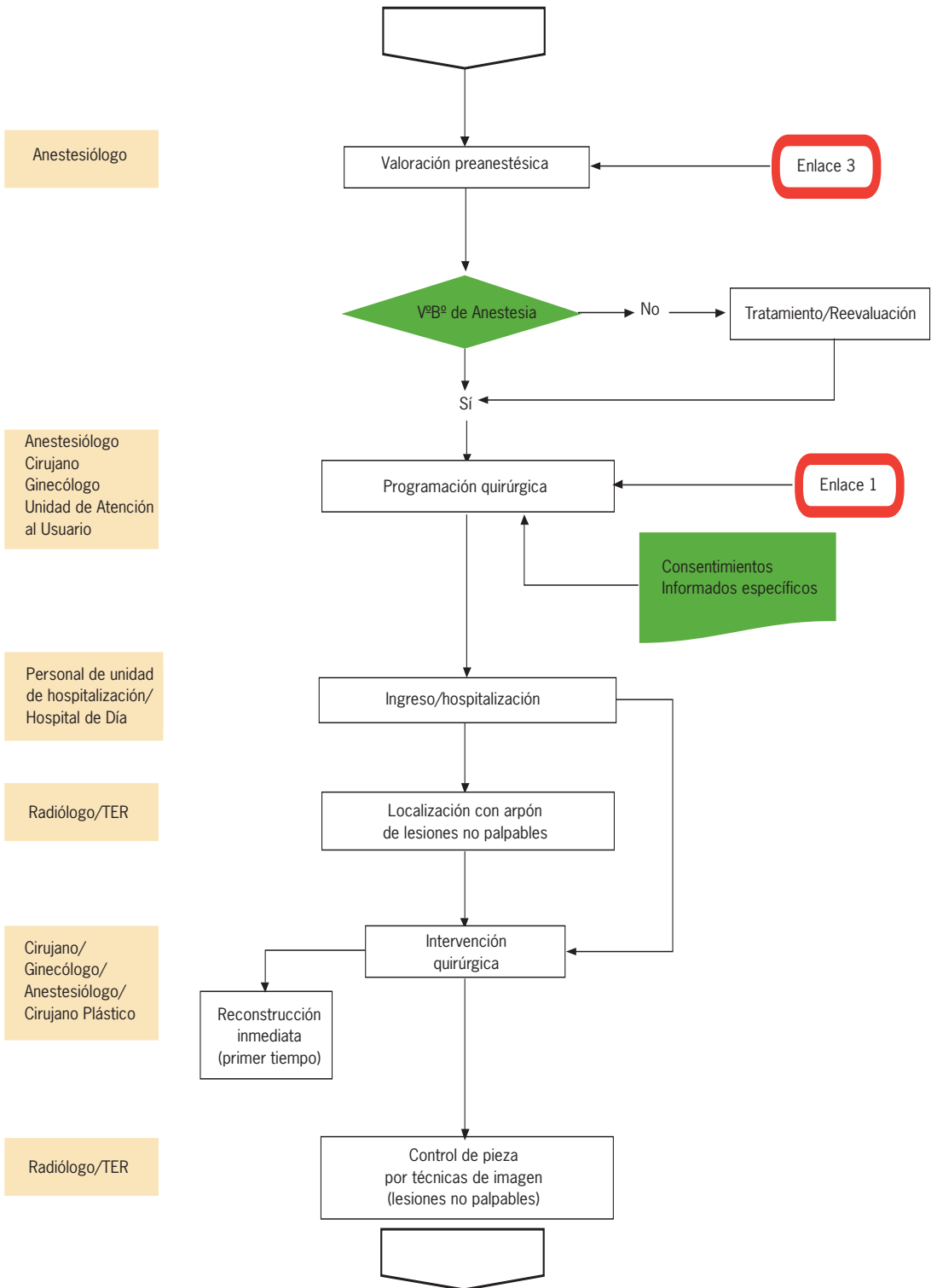


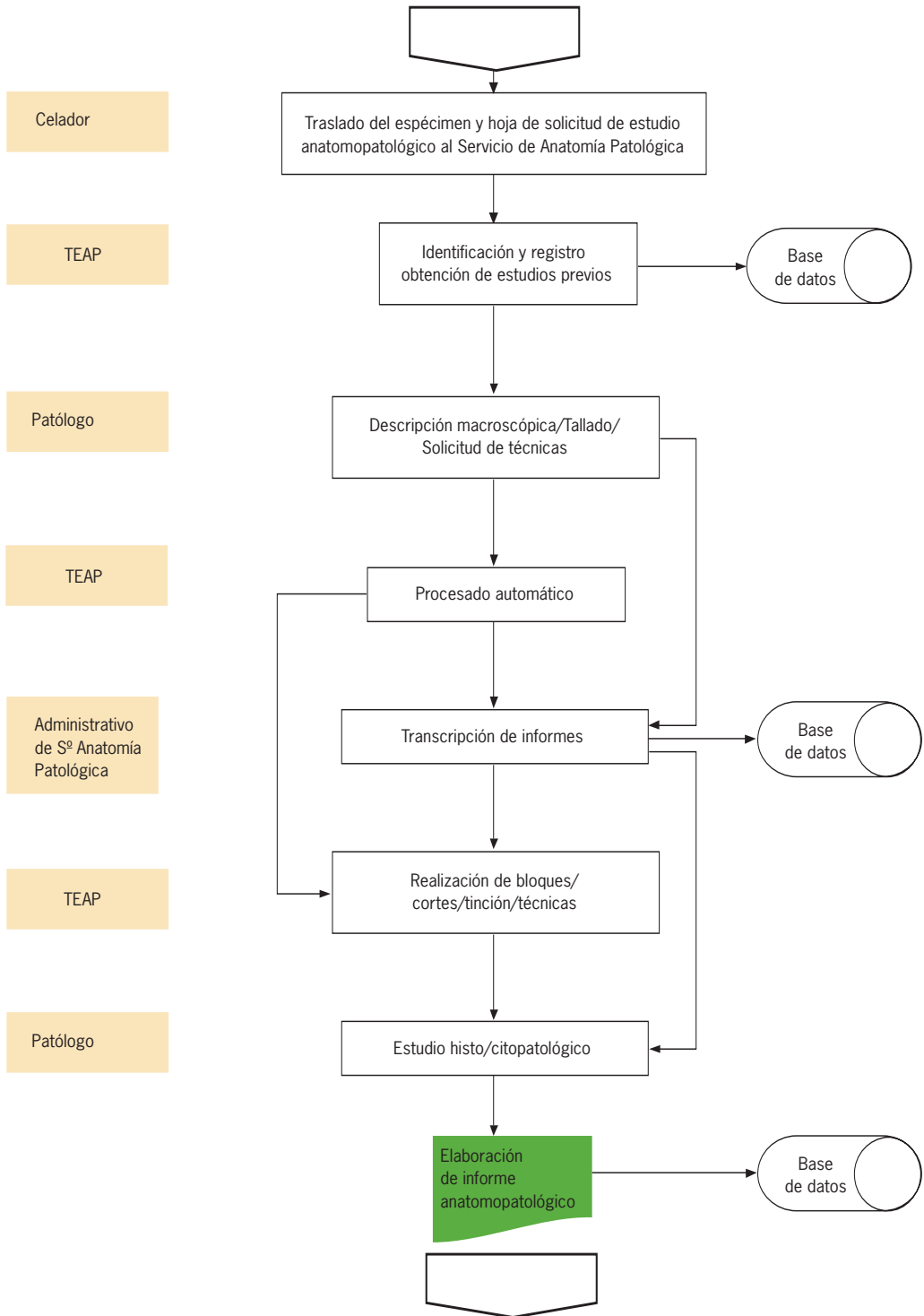
Administrativo de Unidad de Atención al Usuario/ Sª Radiodiagnóstico

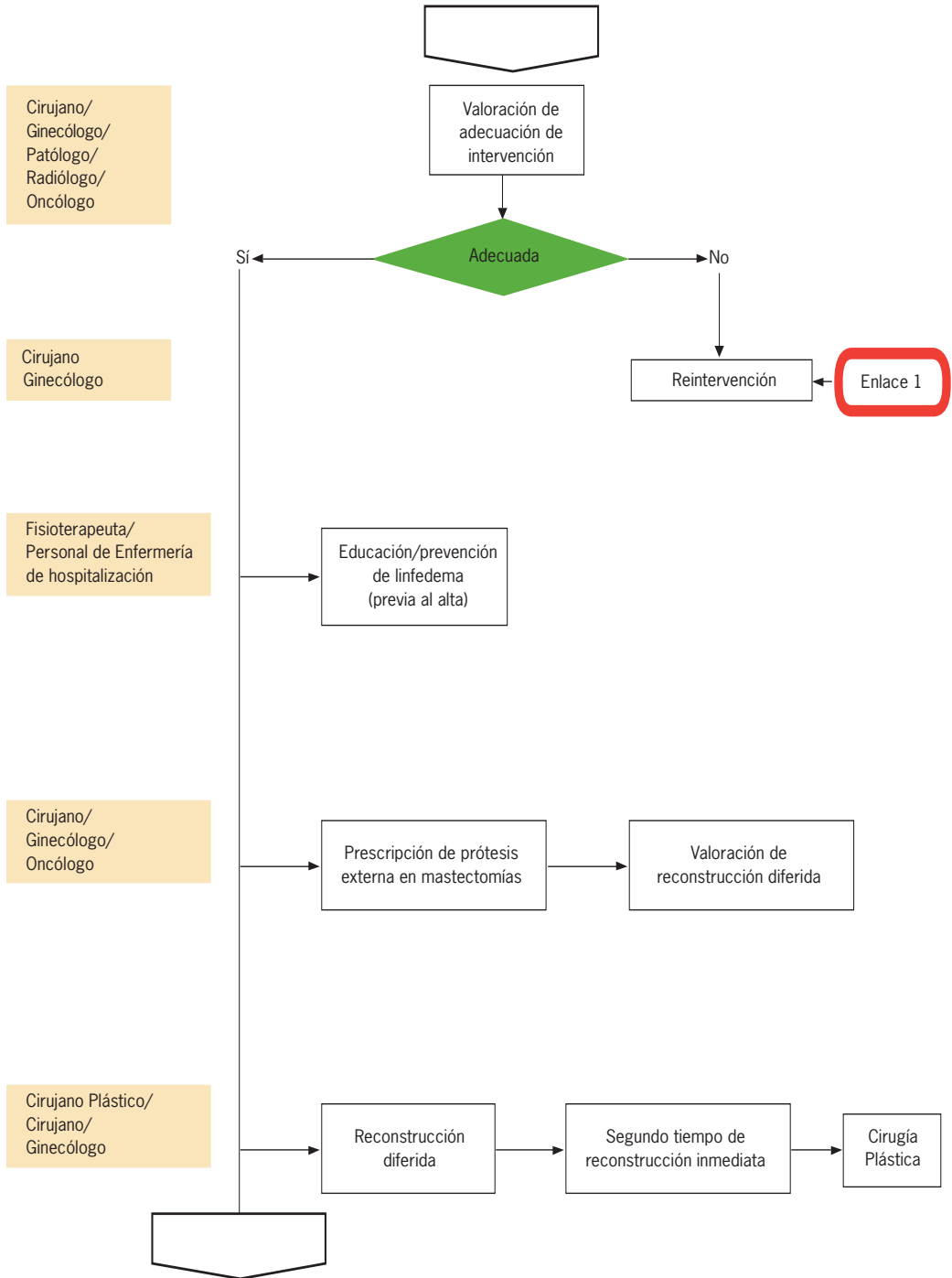
Radiólogo/TER

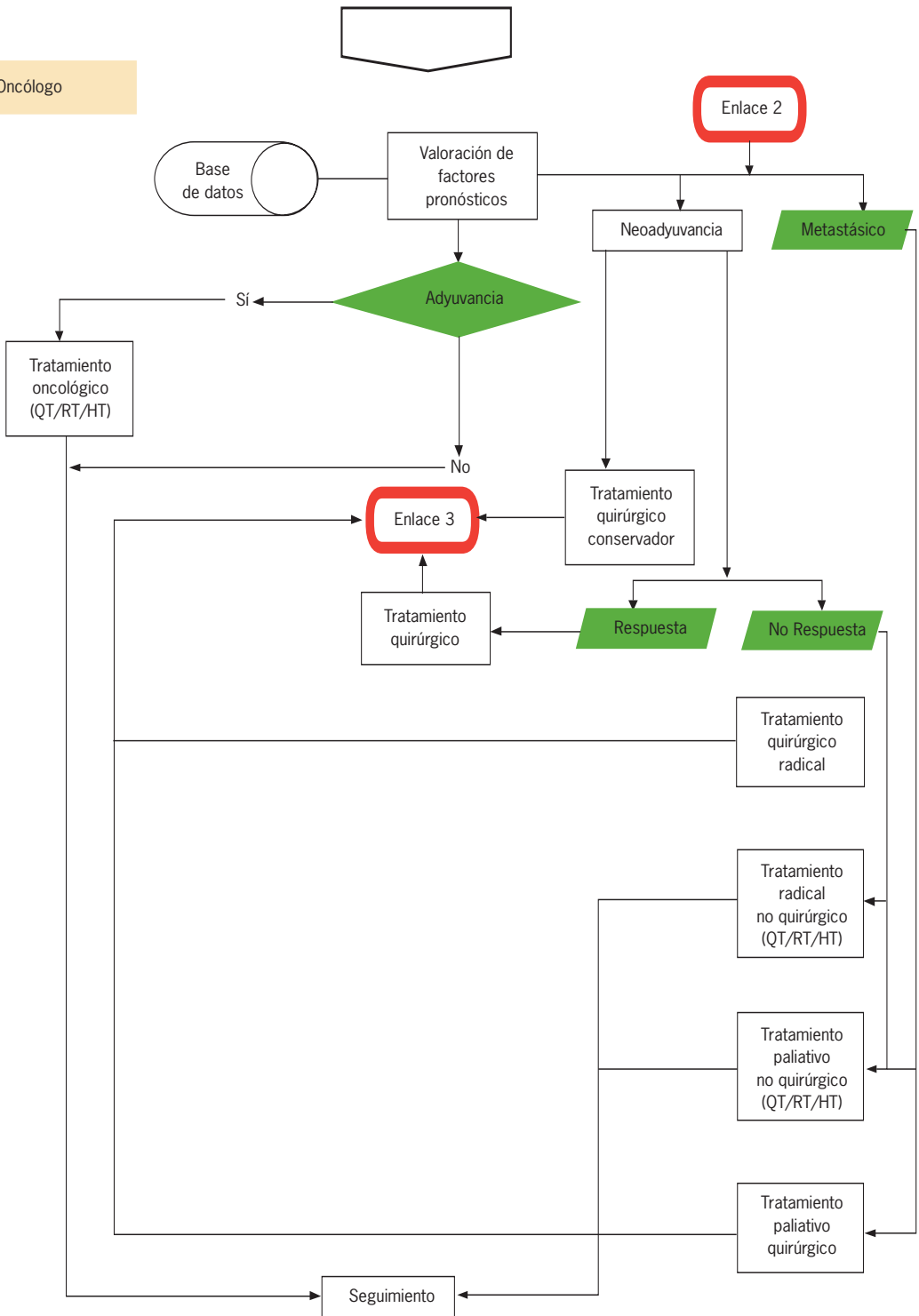
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3. CÁNCER DE MAMA: TRATAMIENTO



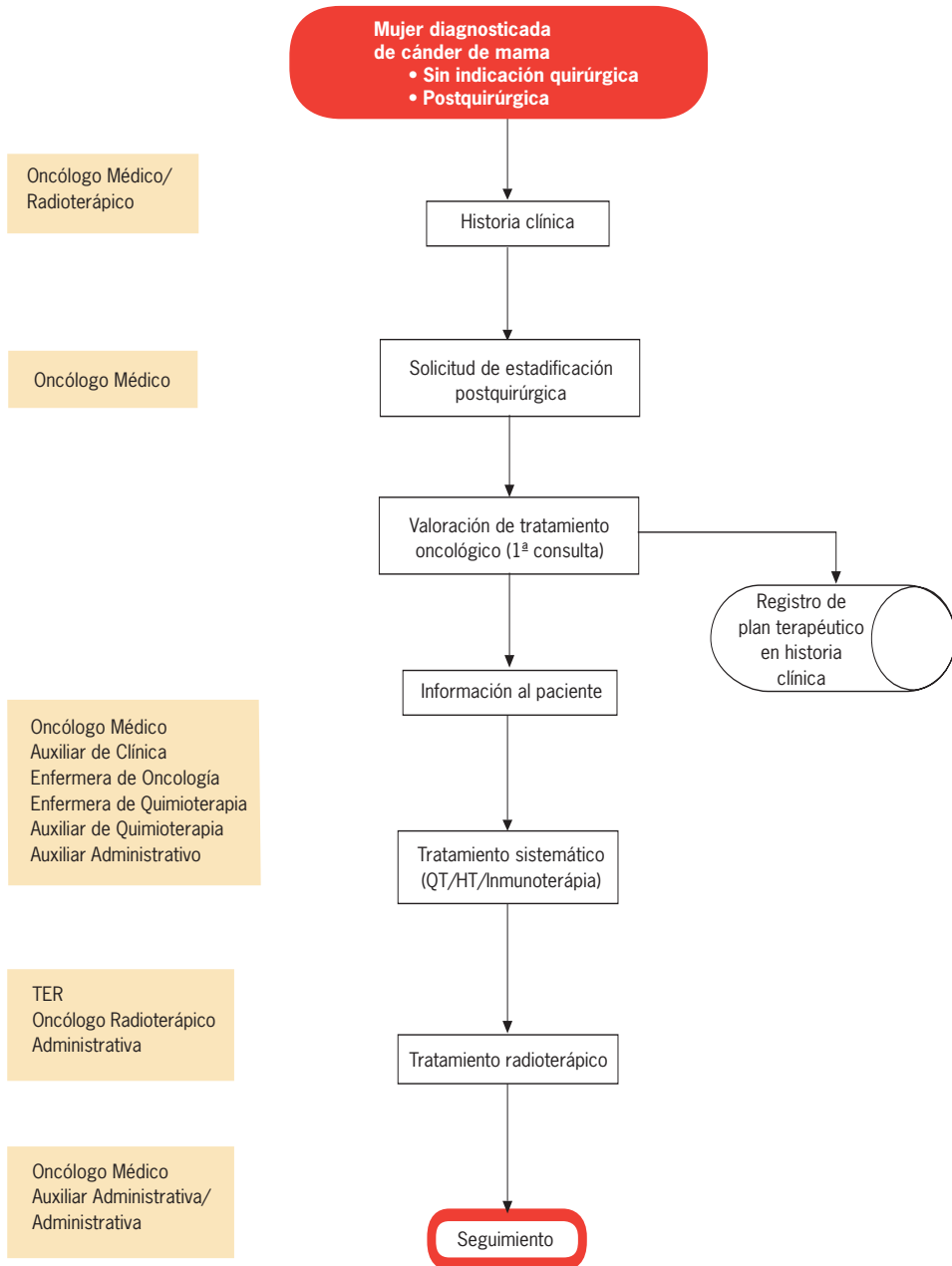




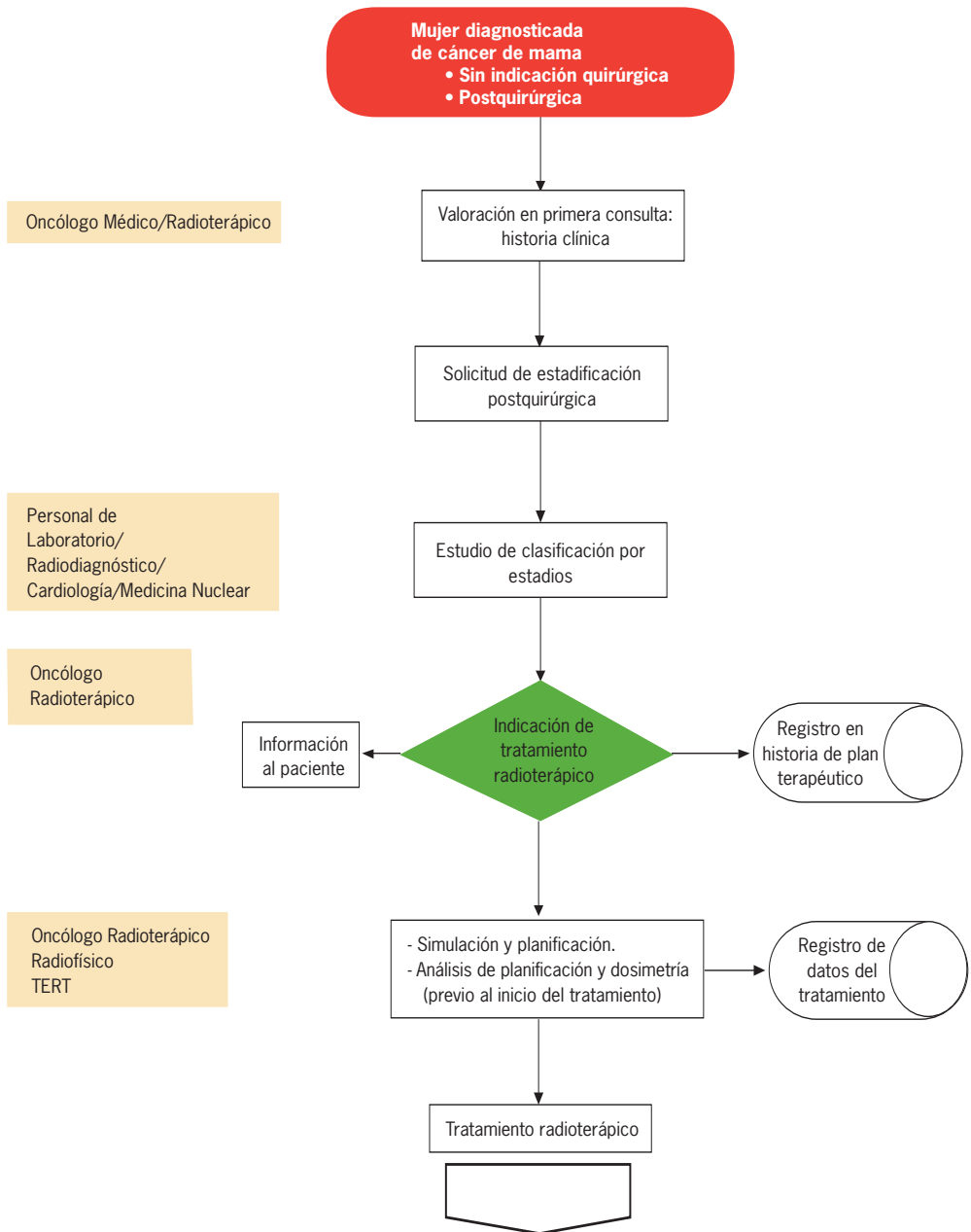




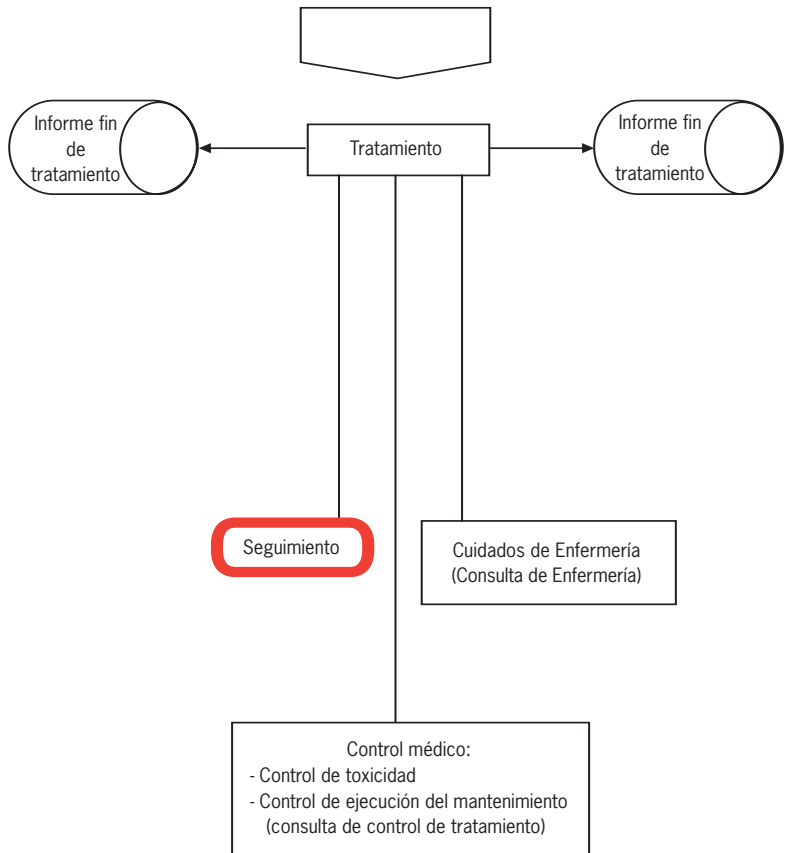
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3. CÁNCER DE MAMA: TRATAMIENTO ONCOLÓGICO



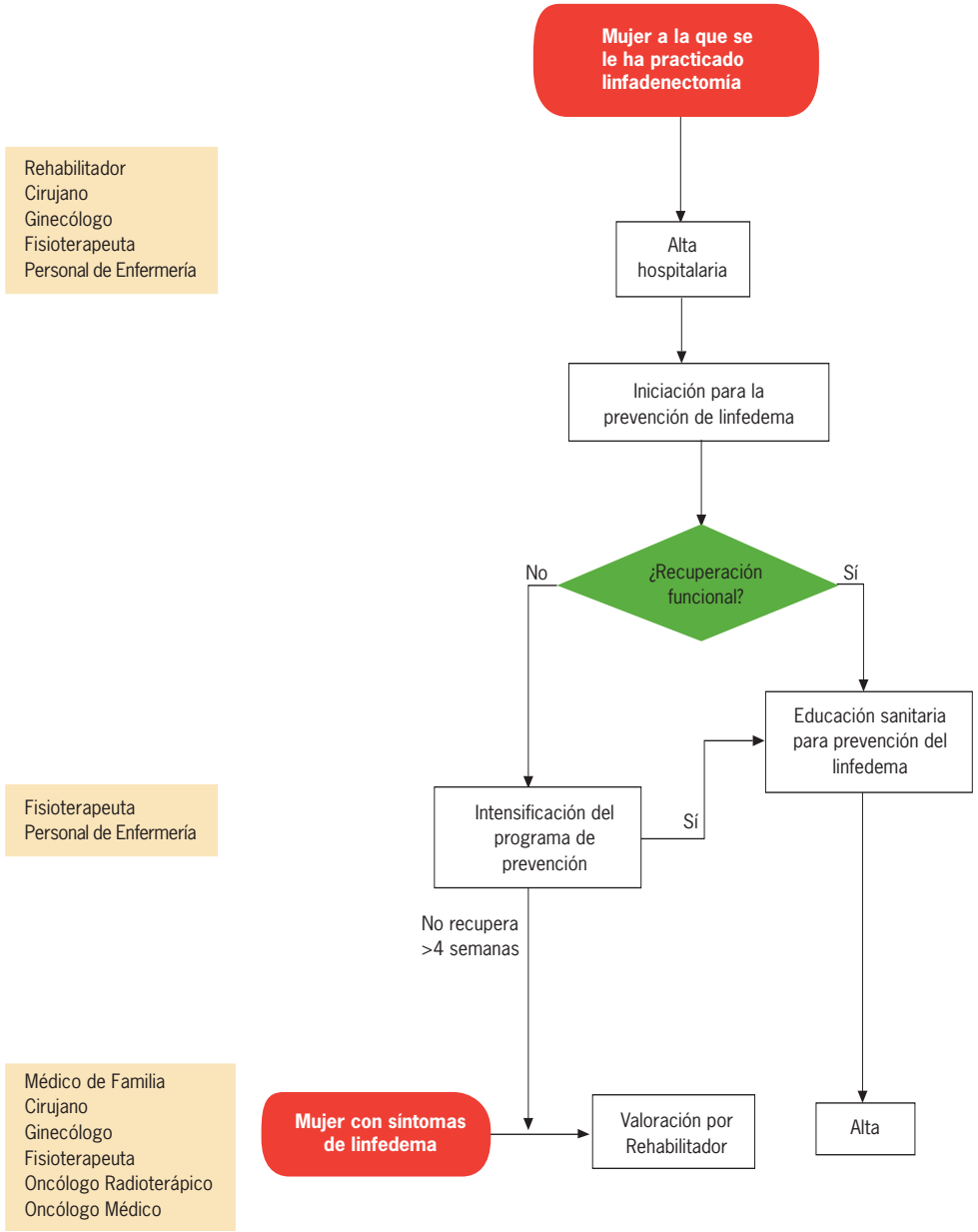
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3. CÁNCER DE MAMA: TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO



TERT
Oncólogo Radioterápico
Auxiliar Administrativo
Enfermera
Auxiliar de consulta



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3.
CÁNCER DE MAMA. FISIOTERAPIA POSTQUIRÚRGICA



5 INDICADORES

1. IMPLANTACIÓN Y UTILIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE SOLICITUD DE ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS DE IMAGEN

CONCEPTO:

La solicitud del estudio debe estar hecha en un documento normalizado con todos los datos que se describen en el manual del proceso y debidamente cumplimentados.

CÁLCULO:

$$\frac{\text{Nº de estudios de imagen mamaria citados en el periodo y cuyo documento de solicitud cumpla los criterios fijados en el proceso X 100}}{\text{Nº de estudios mamarios citados en el periodo}}$$

OBSERVACIONES:

- Incluye todos los estudios de imagen (radiológicos, ecográficos) de mama citados en el periodo de estudio.
- Incluye todas las citas, aunque la paciente no acuda.
- Incluye la peticiones tanto de Atención Primaria como de Especializada.
- La solicitud del estudio debe estar hecha en un documento normalizado con todos los datos que se describen en el manual del proceso y debidamente cumplimentados.

c) Datos que deben de estar cumplimentados:

- Filiación del paciente (incluido fecha de nacimiento)
- Medico solicitante
- Antecedentes familiares
- Antecedentes personales: THS, cirugía mamaria, cáncer de mama, fecha y resultado de mamografías previas
- Enfermedad actual y fecha de inicio de los síntomas

2. TIEMPOS

2.a) PROCESO DIAGNÓSTICO

CONCEPTO:

Tiempo transcurrido desde que se solicita estudio de imagen desde cualquier nivel asistencial (Atención Primaria o Especializada) o es derivada desde el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama hasta que se realiza un informe radiológico.

CÁLCULO:

Fecha del informe radiológico – Fecha de solicitud de pruebas de imagen por sospecha diagnóstica.

El resultado de este cálculo debe estar disponible en un plazo inferior a 20 días.

OBSERVACIONES:

- La fecha del informe radiológico es la de la mamografía y/o ecografía y/o resultado anatomopatológico, ya que el informe debe incluir la correlación radiopatológica si hubiese realizado caracterización percutánea de la lesión.
- El resultado del cálculo debe ser de ≤ 20 días para poder adaptarse al Decreto 96/2004 de 9 de marzo de 2004.

2.b) INDICACIÓN TERAPÉUTICA

CONCEPTO:

Tiempo transcurrido desde que se ha completado el estudio diagnóstico y se ha realizado el informe del estudio de imagen con correlación radiopatológica si existiese (fecha del informe) hasta la fecha de la cita en la consulta multidisciplinar de patología mamaria para información de los resultados e indicación terapéutica.

CÁLCULO:

Fecha de la cita en consulta de Unidad de Mama para indicación terapéutica – Fecha del informe radiológico.

El resultado de este cálculo debe ser de inferior a 10 días

OBSERVACIONES:

- a) El resultado del cálculo debe ser de ≤ 10 días para poder adaptarse al Decreto 96/2004 de 9 de marzo de 2004.

2.c) TRATAMIENTO

CONCEPTO:

Tiempo transcurrido desde la fecha de la cita en la consulta multidisciplinar de patología mamaria para información de los resultados e indicación terapéutica hasta que inicia el tratamiento (quirúrgico/sistémico/radioterapia).

CÁLCULO:

Fecha de inicio del tratamiento - Fecha de la cita en consulta de Unidad de Mama para indicación terapéutica.

El resultado de este cálculo debe ser de inferior a 15 días.

OBSERVACIONES:

- a) La fecha de inicio del tratamiento es independiente del tratamiento que se indique: quirúrgico, sistémico o radioterapia.

3. PROPORCIÓN DE TUMORES *IN SITU* EN RELACIÓN CON INVASIVOS; DESCONOCIDO/NO DISPONIBLE EN UN PERIODO EVALUADO

CÁLCULO:

$$\frac{\text{Tumores de mama } in \text{ situ diagnósticos durante el periodo evaluado} \times 100}{\text{Tumores } in \text{ situ} + \text{ tumores invasivos en el mismo periodo}}$$

OBSERVACIONES:

- a) Se incluyen como carcinomas *in situ* aquellos en los que en la descripción de anatomía patológica queden indicados como *in situ* o no infiltrante.
- b) Se excluyen aquellos casos en los que acompañen a carcinomas infiltrantes o los tumores de aquellas mujeres que se deriven sin intervención a oncología.

4. CONSULTAS EN ACTO ÚNICO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS

CÁLCULO:

$$\frac{\text{Nº de pacientes a las que se les ha realizado más de una prueba en una sola cita para obtener un diagnóstico durante el periodo evaluado} \times 100}{\text{Nº de pacientes que han necesitado más de una prueba para obtener un diagnóstico en el mismo periodo}}$$

OBSERVACIONES:

El radiólogo, en función de la clínica y antecedentes de la paciente debe realizar, de forma secuencial e integrada, todas las pruebas diagnósticas que considere necesarias para obtener un diagnóstico definitivo de la paciente: proyecciones mamográficas complementarias, ecografía mamaria, comparación con estudios previos incluso biopsia percutánea.

A ser posible las pruebas deben realizarse el mismo día, y de no ser así, el radiólogo debe responsabilizarse de la gestión de citas correspondientes.

Se elaborará un informe radiológico único, que incluya todos los métodos utilizados, y en el cual debe reflejarse el grado de sospecha o impresión diagnóstica, y una recomendación sobre el manejo de la paciente. En caso de haber realizado una biopsia percutánea, el informe debe incluir el resultado anatomopatológico, grado de correlación radiopatológica, y conducta a seguir.

5. REALIZACIÓN DE CIRUGÍA CONSERVADORA

CÁLCULO:

**Nº de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama intervenidas
con cirugía conservadora durante el periodo evaluado x 100**

**Nº de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama intervenidas
quirúrgicamente en el mismo periodo**

DIAGNÓSTICO EN ACTO ÚNICO

El Servicio de Radiodiagnóstico constituye la puerta de entrada al Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Mama, tanto para pacientes derivadas de Atención Primaria, como de Atención Especializada y del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama.

El Proceso contempla que en el Servicio de Radiodiagnóstico se trabaje en acto único. El Radiólogo, en función de la clínica y los antecedentes de la paciente, debe realizar, de forma secuencial e integrada, todas las pruebas diagnósticas que considere necesarias para obtener un diagnóstico definitivo de la paciente: proyecciones mamográficas complementarias, ecografía mamaria, comparación con estudios previos, incluso biopsia percutánea.

A ser posible las pruebas deben realizarse el mismo día y, de no ser así, el Radiólogo debe responsabilizarse de la gestión de citas correspondientes.

Se elaborará un informe radiológico único, que incluya todos los métodos utilizados, y en el cual debe reflejarse el grado de sospecha o impresión diagnóstica, y una recomendación sobre el manejo de la paciente.

En caso de haber realizado una biopsia percutánea, el informe debe incluir el resultado anatomopatológico, el grado de correlación radiopatológica, y la conducta que se ha de seguir.

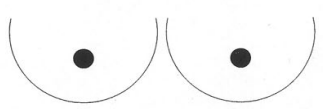
El objetivo del acto único es acortar el tiempo de diagnóstico de una mujer con sospecha de cáncer de mama, evitando o disminuyendo el número de interconsultas innecesarias, que no aportan valor añadido. Por otra parte, la utilización de métodos diagnósticos de forma racional e integrada por el mismo Radiólogo permitirá una mayor rentabilidad diagnóstica, con una orientación más precisa sobre el manejo de la paciente.

médico solicitante	CNP	nombre	
centro		dni	nº seguridad social
distrito		edad	teléfono
especialidad		dirección	

FECHA DE INICIO DE LA SINTOMATOLOGÍA _____	
NÓDULO PALPABLE	
MD <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> CSE <input type="checkbox"/> CSI <input type="checkbox"/> CIE <input type="checkbox"/> CII <input type="checkbox"/> retroareolar <input type="checkbox"/> tamaño (cm) _____	
adherido <input type="checkbox"/> móvil <input type="checkbox"/> duro <input type="checkbox"/> blando <input type="checkbox"/> contorno liso <input type="checkbox"/> contorno irregular <input type="checkbox"/>	
RETRACCIÓN DEL PEZÓN	MD <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> reciente <input type="checkbox"/>
ULCERACIÓN DEL PEZÓN	MD <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/>
SECRECIÓN POR EL PEZÓN	MD <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/>
unilateral sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> unipórica sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
espontánea sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sero-hemática sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
ENGROSAMIENTO / RETRACCIÓN CUTÁNEA	MD <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/>
PIEL DE NARANJA	MD <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/>
MASTALGIA NO CÍCLICA	MD <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/>
PATOLOGÍA INFECCIOSO-INFLAMATORIA	MD <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/>
TRATAMIENTO EFECTUADO	
OBSERVACIONES	
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	

ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER DE MAMA	
NO <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> hermana <input type="checkbox"/> hija <input type="checkbox"/> otros _____	

ANTECEDENTES PERSONALES	
THS sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> fecha inicio _____ fecha fin _____	
CIRUGÍA/BIOPSIA MAMARIA PREVIA sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/>	
fecha _____ resultado _____	
PRÓTESIS MAMARIA sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/>	
ANTECEDENTES CÁNCER DE MAMA sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/>	
fecha: cirugía conservadora MD <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> mastectomía MD <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/>	
quimioterapia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> radioterapia MD <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/>	
MAMOGRAFÍA PREVIA sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> fecha _____ lugar _____	
OTROS ANTECEDENTES PERSONALES:	

APARTADO RESERVADO PARA RADIOLOGÍA	
señalar cicatrices o lesiones cutáneas	OBSERVACIONES
	

CRITERIOS PARA CUMPLIMENTAR EL DOCUMENTO DE PETICIÓN DE PRUEBA DE IMAGEN DE MAMA

- El volante debe reflejar los datos de filiación de la paciente, así como la existencia de clínica o antecedentes que justifiquen la realización de una prueba diagnóstica de mama.
- El volante de petición de prueba de imagen de mama debe rellenarse después de realizar la exploración física e historia clínica orientadas a detectar síntomas o signos de patología mamaria, antecedentes familiares de cáncer de mama y antecedentes personales de patología mamaria.
- No es necesario especificar el tipo de prueba diagnóstica (mamografía, ecografía, etc). El Servicio de Radiodiagnóstico valorará, en función de la edad, la clínica y los antecedentes de la paciente, la indicación de la prueba, el tipo de prueba diagnóstica y la prioridad de la misma.
- El mismo Radiólogo realizará en acto único todas las pruebas que considere sean necesarias para un diagnóstico correcto de la paciente: mamografía, ecografía, proyecciones complementarias... incluso la biopsia percutánea.
- El Radiólogo realizará un informe conjunto de todas las pruebas realizadas, remitiéndolo al Médico solicitante.
- Los datos que aparezcan en blanco se considerará que han sido explorados y que son negativos.
- Aquellos volantes que no cumplan estos requisitos serán devueltos al Médico que solicite la exploración.

MD	mama derecha	MI	mama izquierda
CSI	cuadrante superior interno	CSE	cuadrante superior externo
CII	cuadrante inferior interno	CIE	cuadrante inferior externo

INFORME DE ESTUDIO DE IMAGEN

El informe diagnóstico estará estructurado en seis apartados:

1. DATOS DE FILIACIÓN

Los datos mínimos son:

- Apellidos y nombre de la paciente.
- Edad y/o fecha de nacimiento.
- Número de historia clínica.
- Consulta de procedencia.
- Médico peticionario.
- Motivo de consulta.
- Fecha del estudio.
- Centro en el que se realiza el estudio diagnóstico.

2. TÉCNICA

Se especificarán las técnicas diagnósticas realizadas, tanto de imagen como de punción percutánea, así como la mama estudiada:

- Proyecciones CC y OML (derecha, izquierda, bilateral).
- Proyecciones complementarias (derecha, izquierda, bilateral).
- Ecografía (derecha, izquierda, bilateral).
- Resonancia magnética (derecha, izquierda, bilateral).
- Punción citológica con guía ecográfica/estereotáxica (derecha, izquierda, bilateral)
- Punción biopsia con aguja gruesa con guía ecográfica/estereotáxica (derecha, izquierda, bilateral).
- Evacuación de quiste (derecha, izquierda, bilateral).
- Galactografía (derecha, izquierda, bilateral).

3. CUERPO DEL INFORME

En este apartado, se recogerán los siguientes datos:

- *Patrón glandular* según clasificación BI-RADS (del Colegio Americano de Radiología).
 - Mama de predominio graso.
 - Densidad media.
 - Heterogénea.
 - Densa.
 - Nódulos múltiples bilaterales.
- *Existencia de prótesis-tipo*, localización (retropectoral/retroglandular), mama derecha/izquierda/ambas.
- *Mastectomía previa/Cambios postcirugía* (especificando lateralidad y localización).
- *Hallazgos*

- Normalidad.
- Descripción de lesiones según criterios BI-RADS™
- Tipo de lesión-nódulo, distorsión arquitectural, microcalcificaciones, hallazgos especiales y asociados.
- Localización-lateralidad y localización por cuadrantes y/u horaria.
- Tamaño-expresado en centímetros o milímetros (unidades homogéneas para todas las lesiones).
- Características en las distintas técnicas de imagen.
- Correlación con hallazgos a la exploración física.
- Modificaciones respecto a estudios previos disponibles.
- Grado de sospecha según categorías BI-RADS™: normal (categoría 1), benigno (categoría 2), probablemente benigno (categoría 3), sospechoso de malignidad (categoría 4), maligno (categoría 5).
- Resultado de las técnicas de punción percutánea si se han efectuado.

4. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Se recogerá la impresión diagnóstica final en función del resultado de las técnicas de diagnóstico por imagen y la punción percutánea.

5. RECOMENDACIÓN

Actitud que seguir en función de la congruencia radio-patológica:

- Controles habituales para la edad de la paciente-normalidad/lesiones benignas.
- Seguimiento de estabilidad-lesiones probablemente benignas.
- Estadificación y tratamiento oncológico-carcinomas con confirmación histológica en punción percutánea.
- Biopsia quirúrgica-lesiones sospechosas (categorías 4 y 5) en las que no ha sido posible la filiación histológica por técnicas percutáneas y cuando se recomiende por el resultado de la punción.
- Valoración de extirpación o seguimiento (lesiones palpables con resultado radio-patológico de benignidad o probablemente benignas).

6. DATOS DEL RADIÓLOGO RESPONSABLE

- Nombre y apellidos del Radiólogo responsable del estudio.
- Firma del Radiólogo.
- Fecha del informe.
- Especificación de si se trata de un informe provisional o copia de informe (si procede).

INFORME DEL ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO DEL CARCINOMA DE MAMA INVASIVO

NOMBRE DE LA PACIENTE.....EDAD.....

HOSPITAL.....

SERVICIO/FACULTATIVO.....

BIOPSIA N°.....ESTUDIOS PREVIOS.....

• Diagnóstico

LATERALIDAD (Tipo de cirugía realizada). Ejemplo: Cáncer de mama derecha, infiltrante, con metástasis en ganglios regionales axilares.

• Parámetros que referir

1. Localización: Central
CSE
CSI
CIE
CII
UCC (marcar con un aspa) 1. CSI-CII
2. CII-CIE
3. CSE-CIE
4. CIE-CII

2. Tamaño (el del diámetro máximo):.....cm

- No especificado

- Cáncer múltiple (Especificar el tamaño del mayor tumor)

3. Tipo histológico:

- Ductal
- Lobular
- Medular
- Mucinoso
- Tubular
- Mixto
- Otro tumor primitivo (especificar)
- Otro tumor maligno (especificar)
- No especificado

4. Grado histológico del carcinoma ductal infiltrante

A) Formación tubular:	Puntuación
- Bien diferenciado (túbulos bien desarrollados) > 75%	1
- Moderadamente diferenciado (moderada formación de túbulos)	2
- Poco diferenciado (mínima o ausente formación de túbulos)	3
B) Grado nuclear:	
- Uniforme en tamaño	1
- Moderada variación en tamaño y forma	2
- Pleomorfismo y anaplasia marcados	3
C) Grado mitótico (número de mitosis por 10 campos de gran aumento microscópico):	
- Bajo: 0-10 mitosis/10 CGA	1
- Medio: 11-20 mitosis/10 CGA	2
- Alto: más de 21 mitosis/10 CGA	3

5. Grado cito-histológico global/final (I, II, III): grado histológico + grado nuclear + grado mitótico, valorando cada uno de ellos con 1 a 3 puntos (de menor a mayor grado).

Grado I	Grado II	Grado III
3-5 puntos	6-7 puntos	8-9 puntos
Bien diferenciado	Moderadamente diferenciado	Pobremente diferenciado

6. Necrosis en el componente infiltrativo:	presente	ausente
7. Invasión vascular	presente	ausente
8. Respuesta linfoplasmocitaria: ninguna/mínima	moderada	intensa
9. Componente intraductal (extensión):	más del 25%	menos del 25%
10. Microinfiltración		
11. Tipo de infiltración:	espiculado	expansivo
12. Borde de resección		
	Libre	
	Afectado	
	Cercano < 1 mm	

13. Afectación del pezón: presente ausente
14. Afectación de la piel: invasión de vasos ausente
15. Mama restante (no tumoral): normal atrófica
- Mastopatía no proliferativa (especificar tipo de lesiones)
- Mastopatía proliferativa (especificar tipo de lesión)
16. Microcalcificaciones: presentes ausentes
17. Ganglios axilares afectados: de _____ ganglios aislados, _____ contienen carcinoma, de los cuales _____ son micrometástasis (< 2 mm)
Invasión tejido adiposo periganglionar: presente ausente
18. Ganglios no axilares afectados: de _____ ganglios aislados _____ contienen carcinoma, de los cuales _____ son micrometástasis (< 2 mm).
19. Estadio tras estudio anatomopatológico: pT ----- pN -----
20. Receptores hormonales:
- Receptores estrogénicos
 - Receptores de progesterona
21. Otros hallazgos y comentarios

INFORME ANATOMOPATOLÓGICO DEL CARCINOMA *IN SITU*

NOMBRE DE LA PACIENTE EDAD

HOSPITAL CLÍNICO/SERVICIO

BIOPSIA Nº CITOLOGÍA Nº

• **Diagnóstico:**

• **Parámetros que referir:**

1. Tipo: CDIS CLIS Paget Papilar intraquístico

2. Localización: Central CSE CSI CIE CII UCC
CSI-CII
CII-CIE
CSE-CIE
CSI-CSE

3. Tamaño: (sólo para CDIS, diámetro máximo).....cm

- No especificado
- Múltiple

4. Grado cito-histológico (sólo para CDIS) Alto grado No alto grado

Necrosis: presente ausente

5. Patrón arquitectural (sólo para CDIS)

- Cribiforme
- Micropapilar
- Sólido (microacinar)
- Papilar

6. Márgenes de la biopsia (sólo CDIS)

- Libre
- Afectados
- Cercano (<1 mm)

7. Microcalcificaciones:

- Presentes
- Ausentes

8. Asociación con otras lesiones

9. Hallazgos y comentarios

CARCINOMA MICROINVASOR

Presente

Ausente

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO SISTÉMICO

Tabla 1. Definición de categorías de riesgo para pacientes con cáncer de mama con ganglios negativos.

Categoría de riesgo	Enfermedad hormono-sensible	Enfermedad hormono-resistente
Riesgo mínimo	RE y/o RP + y todo lo siguiente: pT ≤ 2 cm, grado 1, ≥ 35 años	No aplicable
Riesgo alto	RE y/o RP + y al menos uno de los siguientes hallazgos: pT > 2 cm, grado 2-3,	RE y RP negativos edad < 35 años

Abreviaturas: RE: receptor estrógeno; RP: receptor de progesterona; pT: tamaño del tumor post-cirugía.

Tabla 2. Tratamiento sistémico adyuvante para pacientes con carcinoma de mama operable.

	Premenopáusica hormono-sensible	Postmenopáusica hormono-sensible	Premenopáusica hormono-resistente	Postmenopáusica hormono-resistente
Ganglios negativos (Bajo riesgo)	HT o nada	HT o nada	No aplicable	No aplicable
Ganglios negativos (Alto riesgo)	AO + HT (±QT) o QT + HT(±AO) o HT o AO	HT o QT + HT	QT	QT
Ganglios positivos	QT + HT(±AO) o AO + HT (±QT)	QT + HT o HT	QT	QT

Abreviaturas: AO: ablación ovárica; QT: quimioterapia; HT: hormonoterapia.

Goldhirsch A, Wood WC, Gelber RD, Coates AS, Thurlimann B, Senn HJ: Meeting Highlights: Update International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer. JCO, 21,17, 2003.

PROTOCOLO DE RADIOTERAPIA EN CÁNCER DE MAMA

El carcinoma de mama es el tumor maligno más frecuente entre las mujeres occidentales y la primera causa de muerte entre los 35 y 55 años¹. La incidencia de esta enfermedad se ha incrementado más de un 3% por año en la década de los 80, si bien ha habido una tendencia a la estabilización en los 90. La probabilidad de tener un cáncer de mama alcanza en la actualidad a 1 de cada 9 mujeres. No obstante, la mortalidad ha permanecido invariable e incluso parece haber disminuido, al menos en las mujeres de raza blanca². La mejora en la detección precoz y los avances terapéuticos son, sin duda, los responsables de esta modesta ganancia en la supervivencia pero, sobre todo, de un significativo incremento en la calidad de vida de las pacientes.

La radioterapia ha jugado un papel fundamental en ambos aspectos. Por un lado, se ha convertido en un pilar fundamental en el tratamiento conservador y, por otro, ha demostrado que su beneficio se mide en términos de incremento de supervivencia en el caso de la radioterapia postmastectomía^{3, 4}. Sin embargo, varios aspectos permanecen aún bastante controvertidos, sobre todo en lo que se refiere a la irradiación de cadenas ganglionares y, especialmente, la cadena mamaria interna, o la irradiación postmastectomía en pacientes con menos de 4 ganglios axilares positivos.

Un reto para el futuro será resolver estas controversias pero sin perder de vista los cambios fundamentales que se han producido en la pasada década desde el punto de vista tecnológico. La transición de una radioterapia estándar a una radioterapia conformada o de intensidad modulada van a permitir, en el caso del cáncer de mama, una mejor distribución de la dosis en todo el órgano y cadenas ganglionares y, probablemente, un mejor control local, pero fundamentalmente una disminución de la toxicidad tardía, hasta ahora la principal responsable de la ausencia de beneficios en términos de supervivencia⁵.

Conceptualmente, el tratamiento del cáncer de mama incluye el tratamiento de la enfermedad locorregional con cirugía y/o radioterapia y el tratamiento de la enfermedad sistémica. La elección de la terapia local y sistémica está basada en factores pronósticos y predictivos que incluyen: histología tumoral, características clínicas y patológicas del tumor primario, estado de los ganglios axilares, receptores hormonales, nivel de expresión de HER-2/neu, presencia o ausencia de metástasis a distancia, comorbilidad y edad de la paciente.

Este protocolo de tratamiento radioterápico pretende establecer unas pautas generales de actuación, basadas en la evidencia científica^{6, 7, 8, 9}, que aplican a una gran mayoría de pacientes, sin olvidar que cada caso debe ser individualizado.

1 Greenlee RT, Murray T, Bolden S, et al: Cancer Statistics, 2000. *CA Cancer J Clin* 2000; 50:7.

2 Gloeckler Ries LA: Rates. In: Harris A, Edwards BK, Blot WJ, et al (eds): *Cancer Rates and Risks*, 4th ed, pp 42–43. Bethesda, National Institutes of Health Publication No 96-691, 1996.

3 Treatment of early stage breast cancer. NIH Consensus Statement. 1990; June 18-21; 8

4 Whelan TJ, Julian J, Wright J, et al.: Does locoregional radiation therapy improve survival in breast cancer? A meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology* 18 (6): 1220-1229, 2000.

5 Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Effects of radiotherapy and surgery in early breast cancer: an overview of the randomized trials. *N Engl J Med* 1995; 333:1444-1455.

6 Timothy Whelan, Ivo Olivetto, Mark Levine, for the Steering Committee on Clinical Practice Guidelines for the Care and Treatment of Breast Cancer. © 1998, 2001 Canadian Medical Association.

7 Breast Cancer in Women. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Last modified 21/1/02. SIGN publication no. 29 (QRG)

8 Cancer. gov - Breast Cancer (PDQ®): Treatment

9 Postmastectomy Radiotherapy: Guidelines of the American Society of Clinical Oncology. *J. Clin. Oncol*, vol 19, No 5, 2001:1539-69.

CARCINOMA IN SITU:

1. Carcinoma lobulillar *in situ*:

No se contempla actualmente la radioterapia en el tratamiento de esta patología.

2. Carcinoma ductal *in situ*:

2.1. Radioterapia tras cirugía conservadora:

Se realizará siempre radioterapia como parte del tratamiento conservador.

Dosis: 45-50 Gy a todo el volumen mamario.

Fraccionamiento: 1.8-2.0 Gy/fr, 5 fr/s.

Inicio: Se recomienda de 4 a 6 semanas tras la cirugía. En cualquier caso no más de 12 semanas.

No existe evidencia de que sea necesaria una dosis de sobreimpresión en el caso del carcinoma *in situ*.

2.2. Radioterapia tras mastectomía:

No se recomienda radioterapia en el carcinoma *in situ* tras una mastectomía.

CARCINOMA INFILTRANTE:

1. Cirugía conservadora. Ganglios axilares negativos.

1.1. Mama:

Se realizará siempre radioterapia de la mama como parte del tratamiento conservador.

Dosis: 45-50 Gy a todo el volumen mamario.

Fraccionamiento: 1.8-2.0 Gy/fr, 5 fr/s.

Inicio: Se recomienda de 4 a 6 semanas tras la cirugía. En cualquier caso no más de 12 semanas (estos tiempos no se aplican en aquellos casos en los que se administre QT adyuvante).

1.2. Sobreimpresión del lecho tumoral:

Se recomienda sistemáticamente en pacientes de alto riesgo (edad inferior a 50 años y márgenes estrechos o focalmente afectados son los más importantes factores de riesgo de recurrencia local).

Dosis: 10-16 Gy al lecho quirúrgico. Si existe afectación focal del margen, se recomienda una dosis de 20 Gy o superior.

Técnica: electrones o braquiterapia ofrecen los mismos resultados en control local y cosmesis.

1.3. Cadenas ganglionares:

No está indicada la irradiación de las cadenas ganglionares en pacientes con una correcta disección axilar en caso de ganglios negativos. El número mínimo de ganglios extirpados para considerar una axila negativa es de 6.

2. Cirugía conservadora. Ganglios axilares positivos:

2.1. Mama:

Se realizará siempre radioterapia de la mama como parte del tratamiento conservador, aplicándose los mismos criterios que en el apartado anterior.

2.2. Cadenas ganglionares:

2.2.1. Fosa supraclavicular y el apex axilar:

Se irradiarán cuando existe afectación tumoral en 4 o más ganglios axilares. No hay suficiente evidencia para recomendar la irradiación sistemática de pacientes con 1 a 3 ganglios axilares positivos. El número mínimo de ganglios axilares extirpados para poder aplicar estos criterios será 10.

Dosis: 45-50 Gy

Fraccionamiento: 1.8-2.0 Gy/fr, 5 fr/s.

2.2.2. Axila completa y fosa supraclavicular:

Se irradiará en caso de vaciamiento incompleto o ausente o en caso de presencia de enfermedad residual.

2.2.3. Cadena mamaria interna:

No existe suficiente evidencia.

3. Mastectomía radical modificada:

3.1. Pared torácica:

Está indicada la irradiación de la pared torácica en pacientes que reúnan alguna de las siguientes características: tumores mayores de 5 cm de diámetro, todos los casos con estadio T4, afectación axilar de 4 o más ganglios o borde de resección afecto.

No hay clara evidencia de que todas las pacientes premenopáusicas con afectación de 1 a 3 ganglios axilares deban recibir radioterapia de la pared torácica.

No hay clara evidencia de que todas las pacientes con afectación axilar extracapsular deban recibir radioterapia de la pared torácica.

Dosis: 45-50 Gy a la pared torácica, excepto en el caso de carcinoma inflamatorio o localmente avanzado o margen de resección afectado en que la dosis será de 60-70 Gy. Fraccionamiento: 1.8-2.0 Gy/fr, 5 fr/s.

Inicio: Se recomienda de 4 a 6 semanas tras la cirugía. En cualquier caso no más de 12 semanas (estos tiempos no se aplican en aquellos casos en los que se administren QT adyuvante).

3.2. Cadenas ganglionares:

Para la irradiación de las cadenas ganglionares se aplican los mismos principios que en el caso de la cirugía conservadora.

4. Radioterapia radical:

Está indicada en todos los casos de tumores no metastásicos, irresecables por motivos médicos o quirúrgicos o en caso de tumor residual macroscópico.

Dosis: 70 Gy a la mama y afectación ganglionar macroscópica. 50 Gy a las áreas ganglionares profilácticas.

Fraccionamiento: 1.8-2.0 Gy/fr, 5 fr/s.

5. Contraindicaciones para administrar radioterapia:

Primer y segundo trimestre del embarazo.

RT previa en el tórax, incluyendo irradiación tipo *mantle* por enfermedad de Hodgkin.

Incapacidad para permanecer acostada, sola e inmóvil en el interior de la sala de tratamiento o para la abducción suficiente del brazo.

Esclerodermia y lupus eritematoso sistémico (contraindicación relativa).

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO ADYUVANTE

Se iniciará preferiblemente dentro de las 6 semanas siguientes a la cirugía, manteniéndose para la QT una intensidad de dosis cercana al 100%, evitando retrasos y reducciones.

Se define como *premenopáusica* a una paciente si presentó menstruación en los últimos 12 meses, y *postmenopáusica* si hace más de 12 meses. En caso de histerectomía o ingesta de anticonceptivos, estudiar estradiol y FSH-LH, considerándose, en caso de duda, premenopáusica si es menor de 50 años, y postmenopáusica si es mayor de 50 años.

Se recomienda *individualizar* el tratamiento *según cada situación clínica (riesgo estimado, edad y esperanza de vida, comorbilidad, estado general)*, discutiendo riesgos y beneficios.

• Premenopáusicas N-:

- Pacientes con menos de 35 años →	QT ± Ht (elección según características)
- RH+ / T < 1 cm / Grado 1 →	No tratamiento TAM± castración
- RH+ / T 1-2 cm / Grado 1 →	TAM± castración QT→ TAM ± castración
- RH+ / T ≥ 2 cm / Cualquier grado →	QT→ TAM ± castración
- RH+ / Grado 2-3 / Cualquier T →	QT→ TAM ± castración
- RH- / Cualquier T, cualquier grado →	QT

Premenopáusicas N+:

- RH+ →	QT → TAM± castración química o con RT
- RH- →	QT

Postmenopáusicas N-:

- RH+ / T < 1 cm / Grado 1 →	No tratamiento
- RH+ / T 1-2 cm / Grado 1 →	Ht
- RH+ / T ≥ 2 cm / Cualquier grado →	QT → Ht
- RH+ / Grado 2-3 / Cualquier T →	QT → Ht
- RH- / Cualquier T, cualquier grado →	QT

Postmenopáusicas N+:

RH+ →	QT → Ht
RH- →	QT

Ancianas (> 75 años):

N+ RH- →	QT?
N+ RH+ →	Ht o Qt?
N- RH- →	QT?
N- RH+ →	Ht

- **Casos límite/dudosos.** En casos de dudas sobre administración o no de tratamiento adyuvante (QT), considerar como ayuda a la toma de decisiones:
 - *Pacientes RH – con tumores < 1 cm y sin otros datos de mal pronóstico:* puede valorarse no tratamiento.
 - *Pacientes > 70 - 75 años, con comorbilidad importante y expectativa de vida < 5-10 años,* valorar especialmente tratamiento hormonal si RH+, independientemente del resto de factores.
 - *Histologías de buen pronóstico (si no > 2 cm):* tubular, mucinoso o coloide, cribiforme, medular, apocrino, adenoide quístico.

- **Hormonal:**

- *Momento:* Tras finalizar la QT
- *TAM:* 20 mg/día x 5 años, en RH+
- *Premenopáusicas:* *Castración química o radioterápica y posterior tratamiento con tamoxifeno.* GnRH: añadir si persiste la menstruación o niveles de estradiol elevados tras QT y/o TAM. Se considera también aceptable la asociación de inicio GnRH + TAM. Dosis: goserelina 10.8 trimestral x 3 años al menos (posible entre 2 y 5 años, comentar con la paciente).
- *Anastrozol* → opción en postmenopausia con riesgo TAM. Dosis 1 mg/día x 5 años, con vigilancia de la densidad ósea y tratamiento si es preciso (→ REUMATOLOGÍA).
- *Letrozol* → posible opción en postmenopausia o pacientes que dejan de reglar: TAM x 5 años seguido de Letrozol x 2-3 años, junto con suplemento calcio + vitamina D y vigilancia de la densidad ósea (→ REUMATOLOGÍA).

- **QT recomendada (individualizar*):**

- **“Bajo riesgo”,** *contraindicación antraciclinas*→: CMF clásico/*i.v.* 1 y 8 x 6.
- **“Alto riesgo”** → AC x 4-6 o CAF/CEF x 6.
 Valorar si presenta *dos o más* de estos datos: <35 años, T > 2 cm, grado III, RH-; o 1 de ellos y *dos* de los siguientes: erbB2+, invasión vascular y linfática, índice proliferativo elevado.
 N+ → CEF; AC → P, TAC, CEF, otros.
 N+, *contraindicación antraciclinas* → TC x 4-6.
- *Neoadyuvancia* → Esquema con antraciclinas x 4 → *Taxanos* x 4 o esquema con antraciclinas x 4 → CMF u otras pautas alternativas.

* Se recomienda analizar cada caso individualmente, considerando para elegir esquema QT cada situación clínica: riesgo estimado, edad (< 70 años para esquemas “agresivos”), comorbilidad y PS (0 y 1 para QT “agresiva”), y valorando siempre riesgos y beneficios.

Tratamiento del carcinoma localmente avanzado e inflamatorio

- **Cáncer de mama localmente avanzado.** Referido a estadios IIIA y IIIB. La QT neoadyuvante puede indicarse más generalmente en todos aquellos casos no susceptibles inicialmente de cirugía conservadora sólo por el tamaño. De forma general, tras el diag-

nóstico de naturaleza (biopsia aguja gruesa como método ideal), se aplicará QT de inducción (ver esquema Neoadyuvancia) y, posteriormente, Cirugía y Radioterapia, y Hormonoterapia en caso de RH+. En casos seleccionados, tras la obtención de una respuesta clínica completa, puede considerarse RT como único tratamiento local. Asimismo, si se logra una buena respuesta y se opta por una cirugía conservadora, debe asumirse que, según algún estudio, es posible que exista más riesgo de fallo local posterior. La decisión de continuar o no QT según respuesta obtenida con el uso de esquemas de inducción largos y que incluyen taxanos no está resuelta.

- **Cáncer de mama inflamatorio.** Definido como enrojecimiento y edema en más de 1/3 de la superficie de la mama, aumento local de temperatura (detectable al tacto) y aumento del volumen global mamario. Se trata de un concepto clínico, que precisa de la demostración de embolización tumoral en linfáticos subdérmicos (biopsia cutánea). En general, se trata de forma similar al carcinoma localmente avanzado (QT→ cirugía, → radioterapia y hormonoterapia si RH+).

Recurrencias locorregionales:

- **Generalidades.** Recurrencia local (RL) es la que ocurre en la mama conservada (en lecho tumoral o en su cercanía) o en la pared torácica (si ha habido mastectomía). La recurrencia regional (RR) o locorregional (RLR) es la que ocurre independientemente de la local en ganglios regionales (axila, mamaria interna, infraclavicular, interpectoral de Rotter y supraclavicular). En general, son factores de riesgo de RL la presencia de componente intraductal extenso, edad < 35-40 años, presencia de márgenes positivos, invasión vascular y linfática, grado III SBR, multiplicidad tumoral → 2 lesiones y tamaño > 2 cm. Ante la presencia de una recurrencia, en primer lugar se efectuará un estudio de extensión.
- **Tratamiento de recurrencias tras cirugía conservadora.** En RL el manejo habitual es la mastectomía, aunque en casos muy seleccionados podría valorarse un nuevo intento conservador. Si la RL es un cáncer infiltrante, algunos autores valoran también un tratamiento sistémico, pero su beneficio no está claramente demostrado. En caso de RR o RLR hay indicación clara de tratamiento sistémico.
- **Tratamiento de recurrencias tras mastectomía.** Raramente, es un problema aislado sólo local, y suele coexistir con RR o a distancia. Tanto en RL como en RLR si es posible, el tratamiento de elección es la excisión con margen de al menos 1 cm y RT posterior si no se ha realizado previamente. Si no es posible la cirugía, se aplicará RT, en el caso de no haberse realizado con anterioridad. Si no es quirúrgica de inicio puede plantearse un tratamiento de inducción. En todo caso, el tratamiento sistémico siempre estará indicado en esta situación.
- **Tratamiento de elección:** $Ht + Qt + Rt$

Enfermedad avanzada

- **Generalidades.** Término referido a una enfermedad metastásica, y en el que pueden incluirse también recurrencias LR no rescatables. Para su diagnóstico no es obligatoria la obtención de material histo o citológico, salvo en caso de que pueda haber

dudas sobre la posibilidad de que se trate de otro tumor o de una metástasis única sobre la que se plantee una resección. Aunque habitualmente, salvo en caso de duda sobre un nuevo primario, no se indica repetir estudio de receptores hormonales ni erbB2 si se dispone de ellos previamente (en el primario), debe considerarse que es posible el cambio de estos parámetros en un porcentaje no despreciable de casos, por lo que puede recomendarse su repetición si la evolución clínica no resulta la esperada. El cáncer de mama avanzado es incurable, con lo que el objetivo del tratamiento es paliativo, buscándose una mejoría sintomática y de calidad de vida, aunque también, en caso de respuesta al tratamiento (especialmente si es completa), es posible prolongar la supervivencia. La base del tratamiento es el tratamiento sistémico, al que deben añadirse, en su caso, las medidas de soporte, y, en ocasiones, la Radioterapia y la Cirugía.

- **Elección del tratamiento.** Deben considerarse: edad, estado menstrual, estado general, RH, erbB2 (Hercep-test y/o FISH), síntomas y alteraciones analíticas, urgencia o riesgo vital, intervalo libre de enfermedad y tiempo transcurrido tras adyuvancia, tratamientos previos recibidos y respuesta a ellos, toxicidades previstas (en relación con beneficio), número/extensión y localización de metástasis, y enfermedad dominante en caso de que éstas sean múltiples.

En general (aunque cada caso debe individualizarse), es preferible comenzar por un tratamiento hormonal, empleándose la QT de inicio en tumores RH – o en situación de riesgo vital y, más tarde, tras progresión a un tratamiento hormonal. Se consideran *situaciones de riesgo vital* e indicación de poliquimioterapia de inicio: progresión rápida, linfangitis pulmonar, afectación hepática o pulmonar múltiple o de médula ósea, y cualquier situación de urgencia terapéutica a criterio médico. En la tabla anterior se resumen estos criterios de elección de tratamiento a modo de guía.

- **Hormonoterapia.** El tratamiento hormonal es de elección en los pacientes con RH+ o en las pacientes postmenopáusicas RH desconocidas, con características favorables (ver tabla). En pacientes RH– se han señalado hasta un 10-15% de respuestas, probablemente por falsos negativos a la hora de la determinación de los receptores. La hormonoterapia debe mantenerse hasta la progresión o toxicidad severa.

Con el tratamiento hormonal se obtienen en primera línea un 50-60% de respuestas en RE y RP positivos; 30-40% en segunda línea; 20-30% en tercera línea e incluso 15% en cuarta, siempre que haya habido respuesta a la línea anterior. En primera línea la respuesta presenta una duración de 8-24 meses, siendo los intervalos libres de progresión cada vez más cortos con las líneas siguientes. En un 5-10% de pacientes al inicio del tratamiento puede empeorar la sintomatología dolorosa ósea, con elevación en ocasiones del calcio y riesgo de compresión medular si existe una metástasis en esa localización. Es lo que se conoce como efecto *flare*, descrito con tamoxifeno pero no con inhibidores de la aromatasas.

- **Métodos de tratamiento hormonal.** Existe la posibilidad de realizar una ablación ovárica quirúrgica o radioterápica. Además, disponemos de una serie de fármacos entre los que están:

- Antiestrógenos: tamoxifeno, 20 mg/día v.o. fulvestrant inhibidores aromatasa no esteroideos (IANE): letrozol 2,5 mg/día o anastrozol, 1 mg/día, ambos vía oral.
 - Inhibidores aromatasa esteroideos (IAE): Exemestano 25 mg/día v.o.; formestano 250 mg cada 15 días i.m.
 - Progestágenos: acetato de megestrol 160 mg/día v.o.; o medroxiprogesterona 500 mg.
 - Agonistas LHRH: el más utilizado es goserelina a dosis de 3,6 mg s.c. cada 28 días o 10,8 mg cada 3 meses.
 - Otros drogas: andrógenos (fluoximesterona 5 mg/día v.o.), estrógenos (DES 5 mg cada 8 horas v.o.).
- *Quimioterapia y otros tratamientos.* Se utilizará tratamiento con quimioterapia en donde esté indicada con protocolos de tratamiento consolidados o protocolos de tratamiento investigacionales dentro de ensayos clínicos aprobados.

En pacientes con afectación metastásica ósea y/o hipercalcemia, está indicado asociar al tratamiento hormonal o citotóxico un bifosfonato, (ej. *ácido zoledrónico*, 4 mg i.v. cada 21-28 días, + suplemento de calcio y vitamina D en ausencia de hipercalcemia).

Esquemas de quimioterapia en adyuvancia/neoadyuvancia

CMF clásico x 6 • cada 28 días (duración 20 s)	CTX 100 mg/m ² v.o. días 1 a 14 MTX 40 mg/m ² i.v. días 1 y 8 5-FU 600 mg/m ² i.v. días 1 y 8
CMF i.v. 1 y 8 x 6 • cada 28 días (duración 20 s)	CTX 600 mg/m ² i.v. días 1 y 8 MTX 40 mg/m ² i.v. días 1 y 8 5-FU 600 mg/m ² i.v. días 1 y 8
AC o CA x 4 • cada 21 días (duración 9 s)	ADR 60 mg/m ² i.v. día 1 CTX 600 mg/m ² i.v. día 1 CEF₁₀₀ x 6
• cada 21 días (duración 15 s)	CTX 500 mg/m ² i.v. día 1 EPI 100 mg/m ² i.v. día 1 5-FU 500 mg/m ² i.v. día 1 + valorar de inicio G-CSF 30/48 x 8-10 días
ACx4→Px4 • cada 15 días (duración 14 s)	ADR 60 mg/m ² i.v. día 1 CTX 600 mg/m ² i.v. día 1 PCX 175 mg/m ² i.v. en 3 horas día 1 + G-CSF 30/48 días 3 a 10 (8 días)

ACx4→Dx x 4 <ul style="list-style-type: none"> • cada 21 días (duración 21 s) 	ADR 60 mg/m ² i.v. día 1 CTX 600 mg/m ² i.v. día 1 DCX 100 mg/m ² i.v. en 1 hora día 1
ADx x 4 <ul style="list-style-type: none"> • cada 21 días (duración 9 s) ADR 	50 mg/m ² i.v. día 1 DCX 75 mg/m ² i.v. en 1 hora día 1
TC x 4-6 <ul style="list-style-type: none"> • cada 21 días (duración 9-15 s) 	DCX 75 mg/m ² i.v. en 1 hora día 1 CTX 600 mg/m ² i.v. día 1
TAC x 6 <ul style="list-style-type: none"> • cada 21 días (duración 15 s) 	DCX 75 mg/m ² i.v. en 1 hora día 1 ADR 50 mg/m ² i.v. día 1 CTX 500 mg/m ² i.v. día 1 +G-CSF 30/48 x 8-10 días

Esquemas de quimioterapia en enfermedad avanzada

CMF <ul style="list-style-type: none"> • cada 28 días 	CTX 100 mg/m ² v.o. días 1 a 14 o 600 mg/m ² i.v. días 1 y 8 MTX 40 mg/m ² i.v. días 1 y 8 5-FU 600 mg/m ² i.v. días 1 y 8
CEF <ul style="list-style-type: none"> • cada 21 días 	CTX 600 mg/m ² i.v. día 1 EPI 60 mg/m ² i.v. día 1 5-FU 600 mg/m ² i.v. día 1
CAF <ul style="list-style-type: none"> • cada 21 días 	CTX 500 mg/m ² i.v. día 1 ADR 50 mg/m ² i.v. día 1 5-FU 500 mg/m ² i.v. día 1
A/E → Px/Dx Px/Dx → A/E <ul style="list-style-type: none"> • cada 21 días 	ADR 75 o EPI 90 mg/m ² día 1 PCX 175 mg/m ² i.v. en 3 horas o DCX 100 mg/m ² día 1 <i>(tratamiento secuencial, el 2º a la progresión o dosis tope del 1º)</i>
APx/EPx <ul style="list-style-type: none"> • cada 21 días 	ADR 50 o EPI 75 mg/m ² i.v. día 1 PCX 175 mg/m ² i.v. en 3 horas hora día 1
ADx/EDx <ul style="list-style-type: none"> • cada 21 días 	ADR 50 o EPI 75 mg/m ² i.v. día 1 DCX 75 mg/m ² i.v. en 1 hora día 1
Px/Dx <ul style="list-style-type: none"> • semanal 	PCX 80-100 mg/m ² i.v. en 1 hora DCX 35 mg/m ² i.v. en 1 hora

HERw-Px • semanal	Herceptin, 4 mg/kg/i.v. d1, después 2 mg/kg. PCX 175 mg/m ² i.v. en 3 horas día 1 cada 3 semanas, o 80-100 mg/m ² i.v. en 1 hora semanal.
HER-Px • cada 21 días	Herceptin, 8 mg/kg/i.v. d1, <i>primer ciclo</i> PCX 175 mg/m ² i.v. en 3 horas día 0, <i>primer ciclo</i> *en ciclos sucesivos, QT y HER (4 mg/kg/i.v.) el mismo día.
HERw-Dx	Herceptin, 4 mg/kg/i.v. d1, después 2 mg/kg semanal. DCX 100 mg/m ² i.v. en 1 hora día 1 cada 3 semanas, 35 mg/m ² i.v. en 1 hora semanal.
HER-VNR • semanal	Herceptin, 4 mg/kg d1, después 2 mg/kg semanal. VNR 25-30 mg/m ² i.v. semanal.
Dx-Capecitabina • cada 21 días	DCX 75 mg/m ² i.v. en 1 hora día 1. Capecitabina 1.250 mg/m ² 2 veces/día vo x 14 días.
VNR • semanal	VNR 30 mg/m ² i.v. semanal.
Capecitabina • cada 21 días	Capecitabina 1.250 mg/m ² 2 veces/día vo x 14 días.
ADR liposomales • cada 21 días	Myocet® 60-75 mg/m ² i.v. Caelyx® 50 mg/m ² i.v.

INDICACIONES DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CONSERVADOR

- Tamaño igual o menor a 3 cm.
- Consentimiento de la paciente.
- No multicentricidad.
- No microcalcificaciones difusas.
- Buen resultado estético con seguridad de márgenes.
- No existan contraindicaciones para radioterapia.

INDICACIONES DEL GANGLIO CENTINELA

- **Criterios de inclusión:**
 - Tumores menores de 2-3 cms.
 - No adenopatías palpables.
 - Carcinoma in situ de alto grado y/o extenso.

• **Criterios de exclusión:**

- Multicentricidad
- Tumores mayores de 5cms
- Adenopatías palpables sospechosas.
- Cirugía previa de la mama (criterio relativo)
- Quimioterapia previa.
- Radioterapia previa.

PROTOCOLO DE INDICACIONES Y TRATAMIENTO DE LA CIRUGÍA RECONSTRUCTORA

RECOMENDACIÓN DE TÉCNICA A UTILIZAR

UTILIZACIÓN DE IMPLANTES	<ul style="list-style-type: none">• Pacientes con mamas de tamaño pequeño o moderado, en las que se presume utilización de volúmenes de implante entre 200 y 400 cc se consigue buena simetría.• En pacientes con mamas mas grandes, o más pequeñas o cuando existe ptosis, la simetrización se consigue aumentando, reduciendo, aumentando o elevando (pexia) la mama contra lateral <p>Contraindicados en:</p> <ul style="list-style-type: none">• Mujeres que han sido radiadas previamente.• Mujeres con piel torácica delgada, lesionada o inelástica.• Mujeres con deformidad infraclavicular.
UTILIZACIÓN DE EXPANSORES	<ul style="list-style-type: none">• Mujeres que no desean someterse a reconstrucción con colgajos (colgajo miocutáneo del músculo transverso abdominal (TRAM) y/o dorsal ancho).• Mujeres delgadas sin tejido excesivo (en el abdomen) para realizar un colgajo.• En aquellas que la reconstrucción con colgajo no es posible por razones técnicas o por edad avanzada o enfermedades concomitantes.• Mujeres con mastectomías bilaterales.• Mismas indicaciones que los implantes, y como paso previo a los mismos, cuando se prevean alto riesgo de dehiscencia de herida utilizando únicamente éstos.• Mujeres a las que se planifica una reconstrucción inmediata. <p>Contraindicados en:</p> <ul style="list-style-type: none">• Mujeres que han sido radiadas previamente.• Mujeres con piel torácica delgada, lesionada o inelástica.• Mujeres con deformidad infraclavicular.

<p>COLGAJO TRAM (COLGAJO MÍO CUTÁNEO DEL MÚSCULO TRANSVERSO ABDOMINAL):</p> <p>Pediculado: Utiliza como pedículo uno solo o los dos músculos rectos anteriores del abdomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unipediculado: utiliza un solo músculo recto anterior. - Bipediculado: utiliza los dos músculos rectos anteriores <p>Libre: Se separa una isla de piel y parte del músculo recto del abdomen, así como el pedículo vascular (arteria epigástrica) que se anastomosa con los vasos axilares</p>	<p>Esta indicado en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mujeres que solicitan reconstrucción de mama con tejido autólogo. • Mujeres candidatas a reconstrucción inmediata después de una mastectomía conservadora de piel. • Mujeres en las que la reconstrucción con implantes o expansores no esta indicada. • Mujeres obesas, con redundancia de tejidos (piel y grasa) en región subumbilical, en las que esta indicada (reconstrucción primaria) o son portadoras (reconstrucción secundaria) de una mastectomía. • Mujeres que son candidatas a reconstrucción mamaria y abdominoplastia. • Mujeres con sobrepeso y mamas contrarias voluminosas. • Mujeres en las que esta indicada mastectomía de rescate tras cuadrantectomía e irradiación. <p>Esta contraindicado cuando la paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ha sido sometida previamente a abdominoplastia • Presenta una incisión subcostal o abdominal que haya podido seccionar lo vasos epigástricos <p>Son malas candidatas, aunque no es criterio de contraindicación, las pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demasiado obesas • Fumadoras • Con cicatrices en pared abdominal • Radiadas en la región abdominal • Portadoras de enfermedad autoinmune, diabetes mellitus, cardiópatas o enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
<p>COLGAJO DEL MÚSCULO DORSAL ANCHO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pediculado • Libre 	<p>Esta indicado, en general, en aquellas mujeres que son moderadamente obesas o delgadas que son malas candidatas a la realización de un TRAM como técnica autóloga, y mas concretamente en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mujeres no candidatas a un colgajo TRAM y en las que la expansión no va a proporcionar presumiblemente un contorno apropiado.

	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres a las que una cuadrantectomía va a producir deformidad. • Mujeres que requieren llenado mamario superior (infraclavicular) • Mujeres de piel delgada que requieren cobertura adicional de tejidos para la colocación de un implante o un expansor. • Mujeres con exceso de tejido en la región lateral de la espalda (cola de la mama), que desean una reconstrucción antóloga y que no son candidatas a TRAM. <p>Contraindicado en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mujeres con gran defecto en la pared anterior del tórax. • Cuando el músculo dorsal ancho tiene signos de parálisis o paresia.
<p>COLGAJO LIBRE DEL MÚSCULO GLÚTEO</p> <p>Consiste en el transporte del músculo glúteo mayor con un pedículo vascular, que se separa de su lecho original, hasta el tórax donde se anastomosa micro quirúrgicamente con los vasos axilares.</p>	<p>Esta indicado, si existe ausencia de músculos pectorales.</p>
<p>RECONSTRUCCIÓN DEL COMPLEJO AREOLA-PEZÓN</p>	<p>Aunque se puede realizar en el mismo acto de la reconstrucción primaria o secundaria, se puede realizar en un segundo o tercer tiempo bajo anestesia local.</p> <p>Para la reconstrucción del pezón las técnicas a utilizar son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colgajos locales. • Autoinjerto de pezón. <p>Para la reconstrucción de la areola:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Injertos antólogos de pliegue inguinal o labio menor. • Pigmentos intradérmicos.

TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES

1. Complicaciones de los implantes y/o expansores:

- La mas común es la perdida del implante o expansor por dehiscencia de sutura o infección. Se debe retirar y volver a iniciar la reconstrucción pasado 2-3 meses.
- Otra complicación es el encapsulamiento de la prótesis que obliga a sustituir el implante.

2. Complicaciones del TRAM (Colgajo mio cutáneo del músculo transvers abdominal):

- Necrosis parcial del colgajo: se trata mediante curas locales o cierre retardado secundario.
- Necrosis total del colgajo: requiere reiniciar el procedimiento con otra técnica.
- Necrosis grasa del colgajo: produce la formación de placas o nódulos fibrosos que se pueden tratar mediante exéresis local o lipoaspiración.
- Perdida piel abdominal inferior: se trata con curas locales o cierre secundario retardado.
- Hernia de la pared abdominal: Su tratamiento es el de cualquier otra hernia de pared, siendo el procedimiento mas indicado la utilización de mallas.

3. Complicaciones del colgajo del músculo Dorsal Ancho:

- Necrosis parcial o total del colgajo: La necrosis total es rarísima y es el resultado de transgredir las contraindicaciones (lesión del pedículo neurovascular del músculo por cirugía o radioterapia). Su tratamiento son las curas locales y/o sutura secundaria retardada.
- Serosa de la zona donante que se trata mediante punción aspiración y vendaje compresivo. Es autolimitado en el tiempo (4-6 semanas después de la cirugía).
- Cicatrices hipertróficas que se tratan del mismo modo que estos procesos (rectificación, inyección de corticoides intracicatriciales, presoterapia).

TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA Y CÁNCER DE MAMA

Aunque la relación entre el cáncer de mama y la terapia hormonal sustitutiva (THS) está pendiente de una aclaración definitiva, debido a la ausencia de ensayos randomizados, en general se considera que existe un mínimo aumento del riesgo. Un análisis conjunto de los estudios observacionales existentes¹, que incluye a 52.705 mujeres con cáncer de mama, concluye que el riesgo relativo por cada año de uso es de 1.023, y de 1.350 para 5 años de uso o más. El mismo estudio asegura que para mujeres de menos de 50 años el riesgo que entraña la THS es el equivalente al haber continuado con los ciclos ováricos, no considerándose que exista un aumento del riesgo.

Basándose en los datos existentes, en general se considera que las mujeres que tienen THS no necesitan una mayor vigilancia mamográfica que el resto de las mujeres², ni adelantar la edad del primer estudio mamográfico a la que se considere adecuada para la población general, y tampoco una mamografía basal antes del comienzo del tratamiento³, ya que las modificaciones descritas en los patrones mamográficos no se han relacionado nunca con un aumento del riesgo de padecer un cáncer de mama.

¹ Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer and Hormone Replacement Therapy: collaborative re-analysis of data from 5 epidemiological studies of 52.705 women with Breast Cancer and 108.411 women without Breast Cancer. *Lancet* 1997; 350: 1.047-59.

² Conferencia de Consenso convocada por la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia: Criterios de administración de la Terapia Hormonal Sustitutiva en la Menopausia, 1994, pág. 93.

³ Scottish Intercollegiate Guidelines Network: Breast Cancer in Women (A National Clinical Guideline), 1998, pág. 2.

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO

DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA

2ª Edición

1

DEFINICIÓN GLOBAL

Definición funcional: Conjunto de actividades encaminadas a conseguir los siguientes objetivos en las mujeres entre 50 y 65 años residentes en la Comunidad Autónoma de Andalucía:

- Disminución de la mortalidad por cáncer de mama.
- Detección de tumores en estadios precoces.
- Mejora de la calidad de vida mediante la aplicación de tratamientos de menor agresividad que permitan la conservación de la mama.

Para ello, se realiza una mamografía bienal en doble proyección y con doble lectura en unidades de exploración mamográfica específicas. Las mujeres con sospecha diagnóstica de cáncer de mama son derivadas para su estudio y/o tratamiento al Hospital de referencia, constituyendo un límite de entrada al Proceso Cáncer de Mama.

Límite de entrada: Mujer entre 50 y 65 años residente en la Comunidad Autónoma incluida en la base de datos de la Unidad de Exploración Mamográfica/Mujer no incluida en la base de datos de la unidad de exploración pero que demuestra residir en la zona a la que da cobertura dicha unidad, y a la que se ofrece la participación en el programa, mediante cita personalizada.

* En las unidades de Almería, Jaén, Cádiz y Huelva la franja de edad es de 45-65 años.

Límite final:

- Límite superior de edad: salida del programa al cumplir los 66 años si ha concluido el circuito diagnóstico.
- Diagnóstico de cáncer: en cuyo caso entra en el Proceso Cáncer de Mama
- Solicitud de baja y/o abandono del programa por parte de la mujer.

Límites marginales: Durante la fase de estudio diagnóstico la mujer está dentro del Proceso Cáncer de Mama, entrando de nuevo en este proceso si el diagnóstico no es de malignidad y continúa en la franja de edad.

2 DESTINATARIOS Y OBJETIVOS

Destinatarios y expectativas

MUJERES

- Información asequible, correcta y completa sobre el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama (PDPCM).
- Accesibilidad a la participación en el programa.
- Accesibilidad geográfica a las unidades de exploración.
- Oferta amplia de horario con posibilidad de cambio de cita.
- Ampliación de la franja de edad de cobertura del programa.
- Agilidad en la obtención de cita el Hospital para estudio diagnóstico cuando sea preciso.
- Trato correcto y amable, respetando la intimidad en todos los pasos del subproceso.
- Puntualidad.
- Comunicación rápida de resultados del estudio de *screening*.
- Tratamiento confidencial de la información contenida en la historia clínica del PDPCM.

- Accesibilidad a información directa por el responsable del programa, cuando lo solicite la mujer.
- Realización de la mamografía con la técnica correcta, evitando repeticiones y molestias innecesarias.
- Habilidad de los profesionales que interpretan la mamografía en la identificación de signos de sospecha de cáncer.
- Atención rápida, correcta y de calidad en caso de detectar signos de sospecha en la mamografía.
- Existencia de un profesional médico de referencia a lo largo del proceso de diagnóstico en caso de sospecha mamográfica.
- Instalaciones agradables, cómodas y que preserven la intimidad.
- El resto de las expectativas de las mujeres y de los familiares son comunes a las del Proceso Cáncer de Mama.

PROFESIONALES:

De Atención Primaria

- Información correcta y amplia del PDPCM: características generales, estrategias de implantación y desarrollo de las actividades, circuitos de mujeres, sistemática de actuación, etc.
- Conocimiento de los posibles circuitos que va a seguir la mujer tras su derivación para un estudio hospitalario.
- Disponibilidad de informes diagnósticos tras completar el estudio hospitalario en las mujeres derivadas al Hospital.
- Conocimiento de resultados del programa en su zona básica: participación, tasa de detección, características de los tumores diagnosticados, etc.
- Accesibilidad a la información individualizada disponible en la historia clínica del programa, cuando sea requerida.
- Facilidad para la derivación de mujeres al programa.
- Facilidad para la comunicación con las unidades de gestión y/o exploración mamográfica.

De Atención Especializada

- Información correcta y amplia del PDPCM: características generales, estrategias de implantación y desarrollo de las actividades, circuitos de mujeres, sistemática de actuación, etc.
- Cirujanos y/o ginecólogos: disponibilidad de los resultados de las lecturas de mamografías de detección precoz, así como de los informes diagnósticos en mujeres derivadas para estudio hospitalario, cuando sean requeridos en la práctica asistencial habitual.

- Facilidad para la derivación de mujeres al programa.
- Conocimiento de resultados del programa en su área de referencia.
- Facilidad para la comunicación y coordinación con las unidades de gestión y/o exploración mamográfica.

Gestión de programa

- Existencia de una campaña institucional en medios de comunicación de masas sobre el programa.
- Que los profesionales sanitarios de AP y los de AE que intervienen en el diagnóstico y tratamiento de la patología de la mama estén informados de la existencia del programa y de sus principales características.
- Que los profesionales directamente implicados en el manejo de la patología de la mama tengan una formación básica sobre las características de los programas de *screening* poblacional y las diferencias existentes entre éstos y los estudios diagnósticos que se realizan en los centros asistenciales.
- Que los profesionales implicados en el manejo de la patología de la mama incorporen los criterios del PDPCM en su práctica asistencial habitual.
- Que para la franja de edad que contempla el programa no se realice un *screening* encubierto en los Servicios de Radiodiagnóstico de los hospitales públicos de la Comunidad Autónoma, ya que esto supone un desaprovechamiento de los recursos del programa y la existencia de importantes listas de espera para mamografía en los hospitales.
- Que exista una implicación activa en el programa de los profesionales de AP para mejorar la participación, informar adecuadamente a las mujeres y apoyar a las que se encuentren en estudio diagnóstico en el Hospital.
- Que los profesionales de los Servicios de Ginecología de los hospitales públicos contribuyan a mejorar la participación en el programa, derivando activamente a éste a las mujeres de la franja de edad determinada.
- Que los hospitales asuman la atención a las mujeres derivadas desde el programa como una prestación más, normalizando esta asistencia en los distintos servicios implicados.
- Existencia de Unidades de Mama en los hospitales.
- Que exista una implicación activa de las gerencias y direcciones médicas de los hospitales para garantizar una atención ágil y de calidad a las mujeres, así como la devolución al Distrito Sanitario de la información generada en el Hospital.
- Que en los hospitales que participan en el programa exista la figura del Coordinador Hospitalario del Programa con la función de coordinar la atención a estas mujeres entre los distintos servicios implicados, garantizar la devolución de la información generada en el Hospital, y servir como interlocutor al distrito para la coordinación y evaluación del programa.

- Disponer de manera ágil de la información clínica generada por el Hospital respecto a las mujeres derivadas desde el programa.
- Que periódicamente se evalúen los circuitos y los resultados del programa con la participación de los profesionales implicados.
- Disponer de los estudios diagnósticos hospitalarios de los cánceres de mama de mujeres participantes en el PDPCM cuando sean requeridos para estudios de carcinomas de intervalo y de falsos negativos.
- Que exista una demora mínima en el Servicio de Radiodiagnóstico para la obtención de cita para las mujeres que son derivadas al Hospital tras la lectura de las mamografías.
- Disponer de una aplicación informática que permita la gestión integral de la información clínica y la obtención de indicadores de gestión del programa y epidemiológicos.
- Recursos humanos suficientes ampliando la dotación de auxiliares administrativos en las unidades de exploración y la dedicación del Coordinador del Programa en el Distrito Sanitario en función de la población diana que cubre cada unidad y el número de unidades que dependen de cada Distrito.
- Existencia de un Programa de Garantía de Calidad en el que se contemple el control de los equipos radiológicos.
- Que en las unidades de exploración con mamógrafo propio existan salas de lectura a las que se desplacen los Radiólogos, ya que esto garantiza la doble lectura sin consenso, evita cargas de trabajo a la Auxiliar Administrativa del programa y a los celadores del Distrito y se evita el extravío de historias.
- Que los archivos de las unidades de exploración se ubiquen en dependencias adecuadas que reúnan unas condiciones básicas de confort e higiene.
- Ampliación del Registro Poblacional de Cáncer a alguna otra provincia de la Comunidad Autónoma para conocer mejor la incidencia del cáncer de mama.
- Existencia de Registros de Cáncer en los principales hospitales de Andalucía para facilitar el control de calidad del diagnóstico y tratamiento de la patología tumoral y la gestión asistencial de estos procesos.
- Conocer la opinión de las mujeres participantes en el PDPCM respecto a su funcionamiento y grado de satisfacción con el mismo.



Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad

DESTINATARIO: **MUJER**

FLUJOS DE SALIDA: **DISPENSACIÓN DE ASISTENCIA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama para todas las mujeres en la franja de edad que aconseje la evidencia científica, garantizando accesibilidad geográfica y horaria.
- Información a través de los medios de comunicación y profesionales sanitarios de los riesgos y beneficios de los PDPCM.
- Información de las principales características del PDPCM en Andalucía:
 - Grupo de edad cubierto por el programa.
 - Sistemática de citación.
 - Periodicidad de la prueba de *screening*.
 - Sistema de comunicación de resultados.
- Existencia de circuitos ágiles que permitan tiempos de respuesta adecuados en las principales etapas del programa:
 - Recepción de resultados de mamografía de *screening*.
 - Envío de resultados del estudio a las mujeres.
 - Obtención de cita en el Hospital cuando sea necesario.
 - Recepción de resultados del estudio hospitalario.
 - Inicio del tratamiento que se indique.
- Dotar al programa de recursos humanos con una cualificación adecuada y realización periódica de actividades de formación continuada y actualización de conocimientos.
- Mantener informado correctamente al Médico de Familia, para que actúe como profesional de referencia de la mujer durante el estudio diagnóstico.
- Establecimiento de mecanismos que permitan a las mujeres que lo demanden la obtención de una cita con el responsable del programa.

FLUJOS DE SALIDA: **COMUNICACIÓN Y TRATO**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Trato amable y comprensivo por parte de todos los profesionales.
- Mantener la intimidad en todas las fases del proceso.
- Mantener la confidencialidad de la historia clínica del PDPCM restringiendo el acceso a los profesionales del PDP y a aquellos otros profesionales sanitarios que la requieran para el seguimiento clínico de la mujer.
- Señalización adecuada de las unidades de exploración.
- Identificación de los profesionales.

FLUJOS DE SALIDA: **ATENCIÓN HOTELERA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Existencia de unidades de exploración amplias, cómodas, agradables y que preserven la intimidad.

DESTINATARIO: **PROFESIONALES**

FLUJOS DE SALIDA: **DISPENSACIÓN DE ASISTENCIA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Información a los EBAP y a los profesionales de Atención Especializada implicados de las características, circuitos, sistemática de actuación, etc. del PDPCM.
- Facilitar desde el PDPCM y/u Hospital, los informes diagnósticos de las mujeres derivadas que han completado el estudio.
- Facilitar a cirujanos/ginecólogos los resultados de las lecturas de mamografía del PDPCM cuando lo requieran.
- Establecimiento de mecanismos de derivación al PDPCM desde los EBAP, y los Servicios de Ginecología y Cirugía para aquellas mujeres en la franja de edad determinada.
- Remisión de información a los EBAP y a los profesionales de Atención Especializada implicados de los resultados globales del PDPCM y de su ámbito de referencia.
- Realización de reuniones de seguimiento y evaluación entre el Coordinador del PDPCM en el Distrito y los distintos profesionales implicados.

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Difusión del PDPCM a la población a través de una campaña institucional en los grandes medios de comunicación.
- Información adecuada del PDPCM a profesionales de AP y de AE relacionados con la patología de la mama, formándoles en aspectos básicos de los programas de cribado y/o *screening*.
- Implicar activamente a los profesionales de AP mediante su participación en determinadas fases del proceso (difusión del PDPCM, captación de mujeres, comunicación de resultados patológicos...).
- Creación de Unidades de Mama en los hospitales públicos de Andalucía.
- Existencia de circuitos ágiles que permitan tiempos de respuesta adecuados en las principales etapas del programa:
 - *Tiempo para la lectura de mamografías: 15 días desde la realización.*
 - *Tiempo de comunicación de resultados: ≤ a 30 días desde la realización.*
 - *Tiempo para la valoración adicional:*
 - *15 días desde la comunicación de resultados para las categorías BI-RADS 4 y 5.*
 - *30 días para la categoría BI-RADS 3.*
 - *Tiempo para el inicio del tratamiento: ≤ a 21 días desde la confirmación diagnóstica.*
- Existencia de circuitos ágiles para la devolución activa desde el Hospital de la información del proceso diagnóstico y/o terapéutico de las mujeres derivadas, respetando para su recepción en el Distrito los siguientes plazos:
 - *15 días para todas las pruebas diagnósticas excepto la biopsia quirúrgica.*
 - *15 días desde la biopsia quirúrgica.*
 - *En cánceres: 15 días desde la finalización del tratamiento oncológico (quirúrgico y adyuvante si procede).*
- Implicación de las gerencias y direcciones médicas de los hospitales en la gestión de los aspectos asistenciales del programa para integrar la atención a estas mujeres como una actividad más de los servicios implicados.
- Existencia en todos los hospitales de un Coordinador hospitalario del programa designado por la dirección del Hospital, con la función de coordinar dentro del mismo la atención a estas mujeres, garantizar la devolución de la información generada en los distintos servicios implicados y ser interlocutor del Coordinador del PDPCM en el Distrito.
- Establecimiento de mecanismos de coordinación y de evaluación del funcionamiento y de los resultados del PDPCM entre el Distrito Sanitario, la Gerencia del Hospital, los servicios clínicos directamente implicados (Radiodiagnóstico, Ginecología, Cirugía, Anatomía Patológica y Oncología) y los centros de AP.

- Garantizar desde las gerencias hospitalarias la disponibilidad de los estudios diagnósticos hospitalarios de los cánceres de mama de mujeres participantes en el PDPCM cuando sean requeridos para estudios de carcinomas de intervalo y de falsos negativos.
- Existencia de una aplicación informática que permita la gestión de la información clínica y la elaboración de indicadores de gestión del programa y epidemiológicos.
- Dimensionar adecuadamente las unidades de exploración en lo referente a personal administrativo, TER y disponibilidad del Coordinador del programa del distrito en función de la población diana que debe cubrir cada unidad y en el caso del Coordinador también según el número de unidades que gestionar.
- Desarrollo de un Programa de Garantía de Calidad en el que se contemple el control de los equipos radiológicos.
- Extensión de los Registros Poblacionales de Cáncer a otros puntos de la Comunidad Autónoma.
- Creación de Registros Hospitalarios de Cáncer en los principales hospitales de la comunidad autónoma para el control de calidad del diagnóstico y tratamiento de los cánceres y la gestión asistencial de estos procesos.
- Realización de encuestas de satisfacción a las usuarias del PDPCM sobre las principales fases del mismo.

3

COMPONENTES

Descripción general

QUÉ	INFORMACIÓN Y DIFUSIÓN DEL PDP
QUIÉN	Profesionales del Distrito Sanitario Personal del EBAP Profesionales hospitalarios implicados Asociación Española contra el Cáncer (AECC)
CUÁNDO	De manera permanente De forma más intensa antes y durante la puesta en marcha
DÓNDE	Centros de salud Hospitales Centros de especialidades Asociaciones de vecinos, de amas de casa, grupos de mujeres ... Escuela de adulto Ayuntamientos Etc.
CÓMO	Material divulgativo del programa (póster, folletos, vídeos) Prensa escrita, radio y TV Vídeos locales Charlas

QUÉ	ESTABLECIMIENTO DE LOS CIRCUITOS DE LECTURA Y DE DERIVACIÓN AL HOSPITAL
QUIÉN	Profesionales del Distrito Sanitario y Hospital Radiólogos lectores AECC
CUÁNDO	Previo a iniciarse el programa
DÓNDE	Distrito Sanitario Hospital AECC
CÓMO	Mediante reuniones de trabajo conjuntas

QUÉ	CITACIÓN DE MUJERES
QUIÉN	Profesionales del Distrito Sanitario
CUÁNDO	Edad: 50-65 años y cada dos años
DÓNDE	Distrito Sanitario
CÓMO	Carta personalizada (censo proporcionado por los ayuntamientos)

QUÉ	APERTURA DE ANAMNESIS DEL PDPCM
QUIÉN	Auxiliar Administrativo TER
CUÁNDO	Cuando la mujer acude a realizarse la mamografía
DÓNDE	Unidad de Exploración Mamográfica
CÓMO	Cumplimentación de anamnesis propia del PDPCM y mecanización en la aplicación informática

QUÉ	REALIZACIÓN DE MAMOGRAFÍAS
------------	-----------------------------------

QUIÉN	TER AECC TER de la Unidad de Exploración del PDPCM
CUÁNDO	Cuando acude tras citación o por iniciativa propia
DÓNDE	AECC y/o Unidad de Exploración del PDPCM (fija, móvil, hospitalaria)
CÓMO	En doble proyección: cráneo-caudal y oblicuo-lateral

QUÉ	LECTURA DE MAMOGRAFÍAS
------------	-------------------------------

QUIÉN	Radiólogos lectores del PDPCM: del SAS y/o AECC
CUÁNDO	Semanalmente
DÓNDE	AECC, Unidad de Exploración, Hospital
CÓMO	Doble lectura sin consenso. De acuerdo a los plazos y circuitos establecidos

QUÉ	COMUNICACIÓN DE RESULTADOS A LAS MUJERES
------------	---

QUIÉN	Auxiliar Administrativo del PDPCM
CUÁNDO	Tras realizar la concordancia de las lecturas de los Radiólogos
DÓNDE	Distrito Sanitario
CÓMO	Carta personalizada con la conducta indicada

QUÉ	DERIVACIÓN AL HOSPITAL DE MUJERES EN CUYAS LECTURAS SE INDIQUE ESTA CONDUCTA
------------	---

QUIÉN	Distrito Sanitario Auxiliar Administrativo del PDPCM
CUÁNDO	Cuando se indique por algún Radiólogo en las lecturas
DÓNDE	Distrito Sanitario
CÓMO	Carta personalizada indicándole el Hospital y el Servicio al que se la deriva con día y hora de la cita

QUÉ	MECANIZACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS REALIZADOS EN EL HOSPITAL
QUIÉN	Auxiliar Administrativo del PDPCM
CUÁNDO	Tras recibir la hoja de pruebas del Hospital con los resultados de las pruebas realizadas
DÓNDE	Distrito Sanitario
CÓMO	Mediante la aplicación informática del PDPCM, incorporándolos a la historia clínica de las mujeres

QUÉ	MECANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LOS TUMORES DETECTADOS
QUIÉN	Profesionales del Distrito Sanitario Auxiliar Administrativo del PDPCM
CUÁNDO	Tras recibir del Hospital la hoja de registro de tumores que se envía después del tratamiento quirúrgico y/u oncológico
DÓNDE	Distrito Sanitario
CÓMO	Mediante la aplicación informática del PDPCM, incorporándolos a la historia clínica de las mujeres

QUÉ	EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL PDP
QUIÉN	Profesionales del Distrito Sanitario Personal del EBAP y del Hospital (Gerencia y servicios implicados)
CUÁNDO	Periódica
DÓNDE	Distrito Sanitario
CÓMO	Analizando los indicadores obtenidos a través de la aplicación informática del PDP, las historias clínicas de las mujeres así como otra información de interés (plazos de tiempo de los circuitos, calidad de cumplimiento de los registros, reclamaciones de las mujeres...)

QUÉ	INFORMACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL PDPCM A LOS PROFESIONALES IMPLICADOS
QUIÉN	Profesionales del Distrito Sanitario
CUÁNDO	Periódicamente
DÓNDE	Distrito Sanitario EBAP Hospital AECC Medios de comunicación
CÓMO	Realizando reuniones con la AECC, los EBAP, las gerencias de hospitales y los servicios hospitalarios implicados



Profesionales. Actividades. Características de calidad

Servicios Centrales del SAS	
Actividades	Características de calidad
<ul style="list-style-type: none">- Estrategia de implantación y desarrollo del PDPCM en la Comunidad Autónoma.- Organización de la puesta en marcha del programa.- Elaboración y edición de material divulgativo.- Desarrollar actividades de difusión.- Equipamiento de unidades de exploración.- Información a los profesionales de las actividades.- Creación y reunión de comisiones asesoras.- Organización de reuniones de consenso.- Coordinación interniveles.- Asesorar a los responsables del programa en los distritos de AP.- Evaluación y difusión de resultados.- Participación en foros científicos y técnicos en el nivel de la Comunidad Autónoma y nacionales.	<ul style="list-style-type: none">- Edición de un documento explicativo del programa.- Adecuado a la población diana y población general.- Con la periodicidad convenida o según necesidades.- Puesta en práctica de las conclusiones de las reuniones de consenso.- Reuniones periódicas de seguimiento con los coordinadores del PDPCM en los distritos.

Servicio de Gestión de la Información	
<ul style="list-style-type: none">- Depuración de la base de datos.- Diseño de aplicación informática específica.- Instalación y mantenimiento de dicha aplicación en las distintas unidades de gestión.- Formación del personal que maneja dicha aplicación.- Obtención y depuración de base de datos.	<ul style="list-style-type: none">- Edición de manual de manejo de la aplicación.- Manteniendo actualizada la base de datos.

Coordinador extrahospitalario

Actividades	Características de calidad
<ul style="list-style-type: none">- Difusión de las actividades del proceso a población general, población diana y profesionales tanto de AP como de AE.- Coordinación con AECC, EBAP y Hospital de referencia.- Planificar y coordinar el circuito de lectura de mamografías.- Establecer y revisar periódicamente los circuitos de derivación de las mujeres al Hospital.- Planificar y controlar las actividades de citación y re-citación.- Supervisar la totalidad de la actividad de las unidades de gestión y exploración.- Búsqueda activa de información y recuperación de informes de Hospital.- Coordinación con AECC y/u Hospital de referencia.- Evaluación del PDPCM.- Realización de informes a petición de las mujeres.- Entrevistas con las mujeres que lo demanden.- Información de resultados a los profesionales implicados.- Responder reclamaciones sobre el PDPCM.- Certificación de lecturas para el pago de Radiólogos y remisión a Hospital de referencia.	<ul style="list-style-type: none">- Reuniones de coordinación previas a la puesta en marcha y tras el inicio.- Relación dinámica con el Hospital de referencia.- Elaboración periódica de indicadores y análisis de resultados.- Trato amable y correcto.- Reuniones anuales de evaluación de resultados.- Individualizadamente y en los plazos previstos.- Realizar mensualmente.

Personal Administrativo

Actividades	Características de calidad
<ul style="list-style-type: none">- Citación y re-citación de mujeres.- Remisión de mamografías a los Radiólogos para lectura.- Realización de anamnesis.- Mecanización de anamnesis.- Mecanización hojas de lectura.- Mecanización de resultados del Hospital.- Comunicación de resultados.- Gestión de citas para Hospital.- Atención telefónica.- Archivo de historias.	<ul style="list-style-type: none">- Trato correcto y amable.- Manejo adecuado de la aplicación informática.- Correcta cumplimentación.- Mantener ordenado y actualizado el archivo de historias.

Profesionales de Atención Primaria

Actividades	Características de calidad
<ul style="list-style-type: none">- Información a la población diana y general de las actividades que se ponen en marcha.- Animar a la participación a las mujeres de la población diana.- Colaboración en la depuración de la base de datos.- Captar a las mujeres de la población diana no incluidas en la base de datos.- Tranquilizar a aquellas mujeres que no pertenezcan a la población diana.- Informar a las mujeres de la población diana de todas las fases del proceso.- Participar en actividades de sensibilización y captación activa.- Participar en cursos de formación en patología mamaria.- Formación en la exploración física de la mama.- Elaboración de un protocolo de manejo de la patología mamaria.- Seguimiento de las mujeres que están siendo estudiadas.- Informar acerca del tipo de pruebas complementarias que van a realizarse.- Coordinación con los responsables del Distrito.- Vigilancia clínica regular encaminada al diagnóstico precoz de los cánceres de intervalo.- Detección de cánceres de intervalo.	<ul style="list-style-type: none">- Estar correctamente informado sobre el PDPCM.- En coordinación con Atención Especializada.

Coordinador hospitalario

Actividades	Características de calidad
<ul style="list-style-type: none">- Organización de un circuito de doble lectura.- Depuración de la base de datos.- Asegurar la formación de los TER.- Organizar la Unidad Multidisciplinar de Patología Mamaria.- Organizar la puerta de entrada en el Hospital para las mujeres que hayan sido derivadas.- Organizar correctamente el circuito para garantizar la recuperación de la información.- Consensuar los protocolos de diagnóstico y tratamiento.- Colaborar con el Distrito de Atención Primaria en la formación de los profesionales.- Protocolizar con Atención Primaria el seguimiento de la patología benigna.- Difusión de las actividades a todos los profesionales hospitalarios implicados.- Garantizar que no exista demora.- Asegurar que la información que se está generando puede localizarse fácilmente y se envía periódicamente al Distrito.	<ul style="list-style-type: none">- En coordinación con el responsable del Programa en el Distrito.- Reuniones periódicas con los servicios implicados.

Radiólogos

<ul style="list-style-type: none">- Formación de los TER.- Supervisión del trabajo de los TER.- Control de calidad de imagen mamográfica.- Lectura de mamografías del Programa.- Valoración de las mujeres derivadas al Hospital.- Decisión de técnica adecuada para el diagnóstico.- Complimentación de sistema de registro.	<ul style="list-style-type: none">- Leer en plazos previstos.- Tasas de derivación a Hospital dentro de los estándares de calidad del PDPCM.- Adecuada cumplimentación.
---	---

Actividades	Características de calidad
<ul style="list-style-type: none"> - Realización de mamografías. - Cumplimentación de anamnesis con recogida de datos de importancia para la lectura de las mamografías. - Control de calidad de imagen de las distintas fases del proceso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mamografía no dolorosa. - Bajo porcentaje de repetición de mamografías. - Trato correcto y amable.

Recursos. Características de calidad. Requisitos

RECURSOS	NECESIDADES	REQUISITOS
<p>Papelería y otros</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Material divulgativo: carteles, dípticos, tarjetas y material audiovisual. - Cartas del programa: de aviso, de cita, de re-cita, de repetición de mamografía, de comunicación de resultados, de derivación hospitalaria... - Carta de baja en el programa. - Historia clínica. - Hojas de lectura. - Hoja de pruebas de Hospital. - Registro de tumores. - Sobres para remisión y archivo de historias clínicas. - Etiquetas para nombre y dirección de las mujeres. - Carpetas colgantes para archivar historias clínicas. - Aplicación informática del PDPCM. 	<ul style="list-style-type: none"> - Material divulgativo y cartas específicas del PDPCM. - Sistema de Registro Oficial consensuado por los distintos profesionales implicados en el programa.

RECURSOS	NECESIDADES	REQUISITOS
Infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> - Unidad móvil. - Unidades fijas: <ul style="list-style-type: none"> - Secretaría del programa. - Sala de espera. - Vestidores. - Sala de exploración mamográfica. - Cuarto oscuro. - Sala para lectura de mamografías. - Archivo de historias clínicas. - Línea de teléfono. - Contestador automático. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cumplir requisitos básicos de tamaño, habitabilidad, limpieza... - Locales agradables y que preserven la intimidad de las mujeres. - Línea de teléfono directa.
Aparataje	<ul style="list-style-type: none"> - Mamógrafo - Reveladora - Chasis - Etiquetadora - Copiadora de mamografías - Negatoscopios - Lupas - Ordenador - Impresora - Módem - Densitómetro - Sensitómetro - Termómetro 	<ul style="list-style-type: none"> - Mamógrafo de rendimiento adecuado a <i>screening</i>. - Chasis de 18 x 24 y de 24 x 30. - Reveladora luz día. - Negatoscopio normal y específico de mamografías. - Revisiones reglamentarias realizadas - Ordenador que permita un rendimiento adecuado de la aplicación. - Impresora láser.
Fungibles	<ul style="list-style-type: none"> - Placas para mamografía - Líquidos para reveladora - Líquido fijador 	<ul style="list-style-type: none"> - Placas de tamaños 18 x 24 y 24 x 30
Personal	<ul style="list-style-type: none"> - TER - Auxiliares administrativos - Celadores - Radiólogos - Responsable extrahospitalario - Responsable hospitalario - Servicio de Radiodiagnóstico - Unidad de Mama de referencia - Unidad de Protección Radiológica 	<ul style="list-style-type: none"> - Personal con formación específica y programas de actualización de dicha formación.

Unidades de soporte

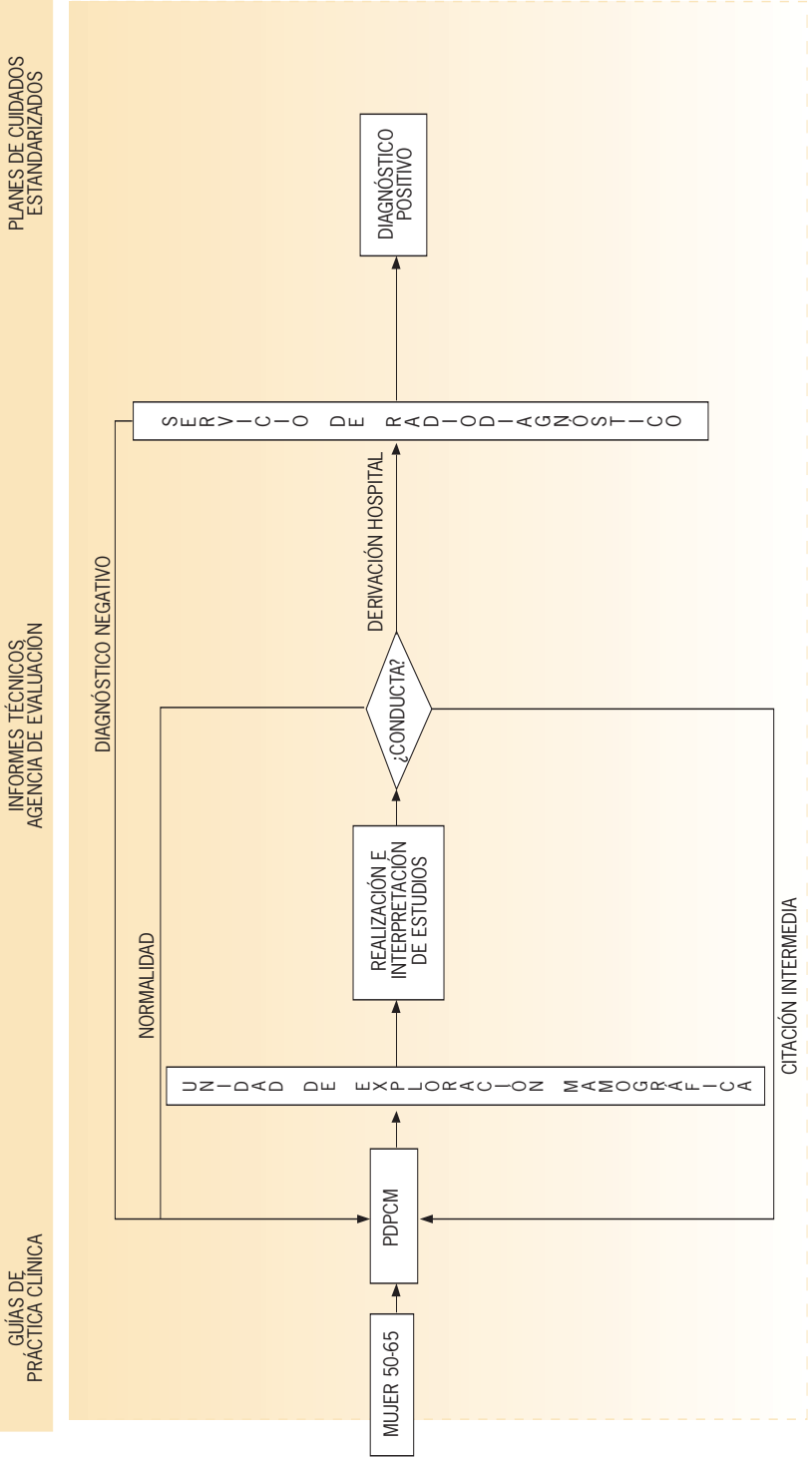
UNIDADES DE SOPORTE	ENTRADAS
Sº de Radiodiagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> – Radiología simple, ecografía general, TC o resonancia magnética en estudios preanestésicos, de estadificación y de seguimiento tras tratamiento. – TC para simulación. – Radiología intervencionista para filiación de posibles metástasis. – Inserción de catéteres para quimioterapia.
Servicio de Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> – Analítica necesaria para la clasificación por estadios. – Analítica necesaria para el estudio preoperatorio.
Servicio de Almacén	<ul style="list-style-type: none"> – Papelería y fungibles especificados.
Sº de Anatomía Patológica	<ul style="list-style-type: none"> – PAAF. – Biopsia. – Pieza quirúrgica. – Biopsia intraoperatoria. – Casos consulta.
Servicio de Anestesia	<ul style="list-style-type: none"> – Intervenciones quirúrgicas. – Colocación de catéter de quimioterapia. – Unidad del dolor.
Servicio de Medicina Nuclear	<ul style="list-style-type: none"> – Gammagrafía ósea.
Servicio de Gestión y Elaboración de la Información	<ul style="list-style-type: none"> – Elaboración de un registro hospitalario con implicaciones para la gestión, control de calidad y gestión. – Ampliación del Registro de Cáncer de base poblacional. – Informatización de datos. – Obtención automática de indicadores de evaluación.



4 REPRESENTACIÓN GRÁFICA

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2. CÁNCER DE MAMA: PDPCM

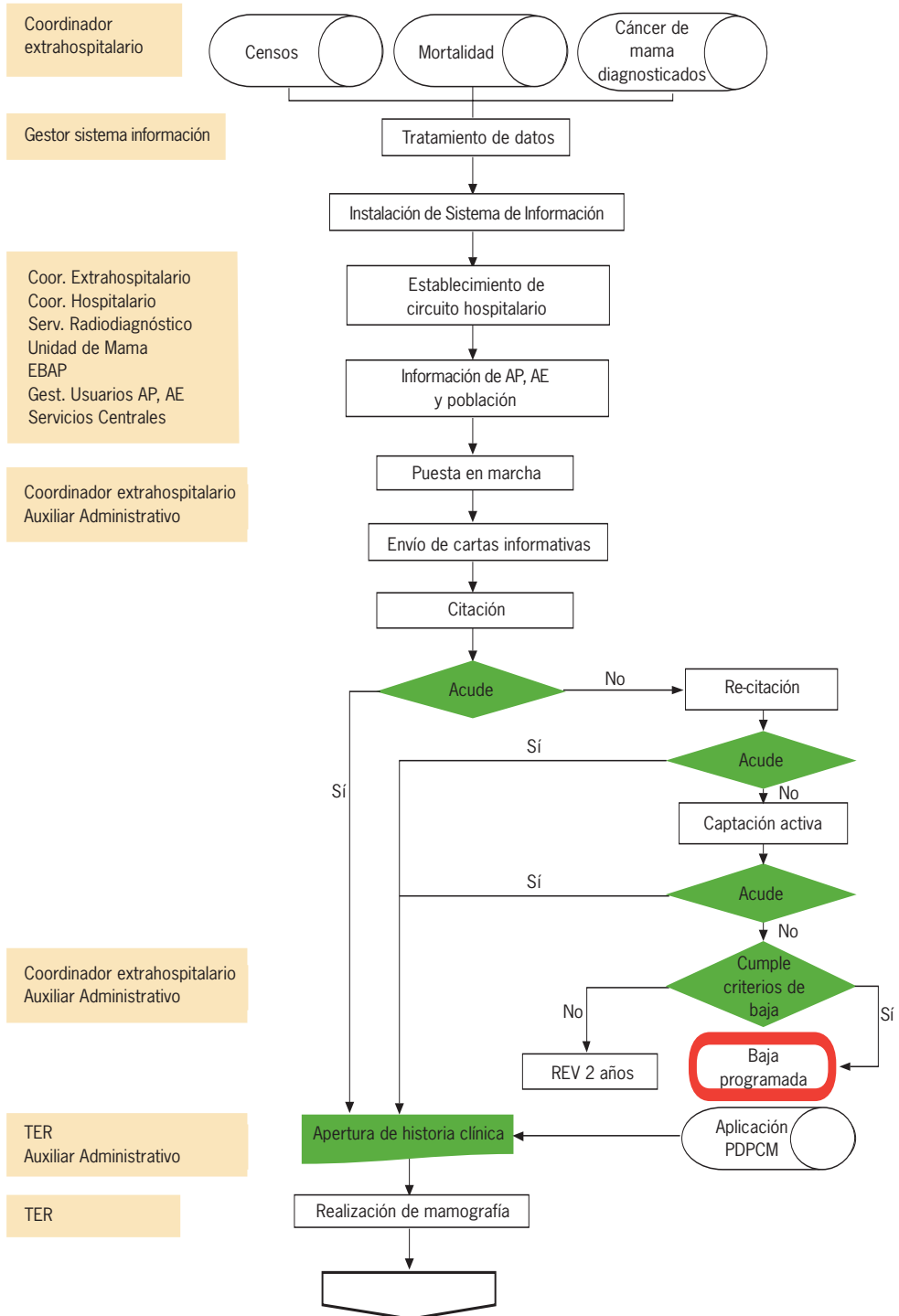
PROCESOS ESTRATÉGICOS

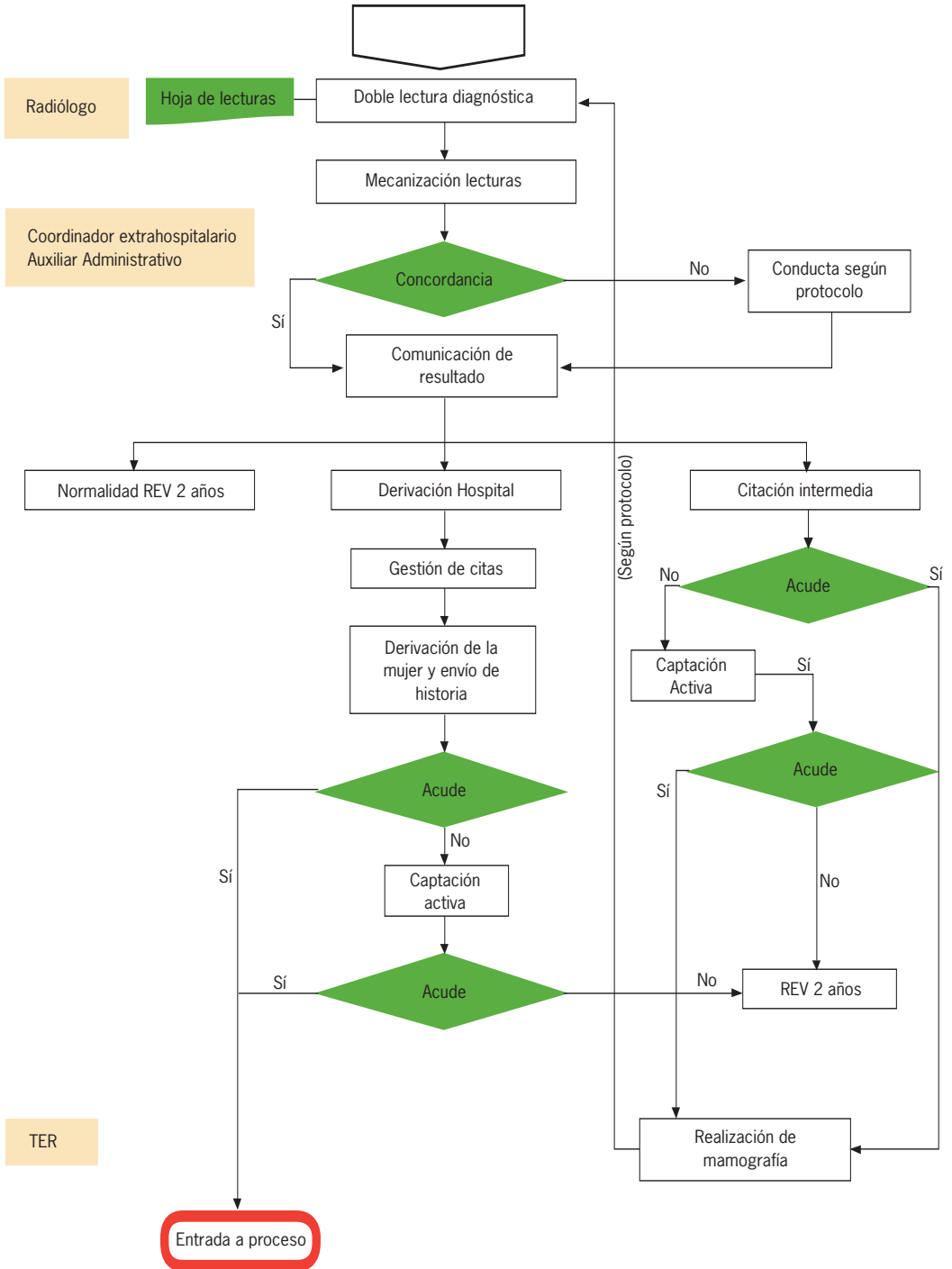


PROCESOS DE SOPORTE

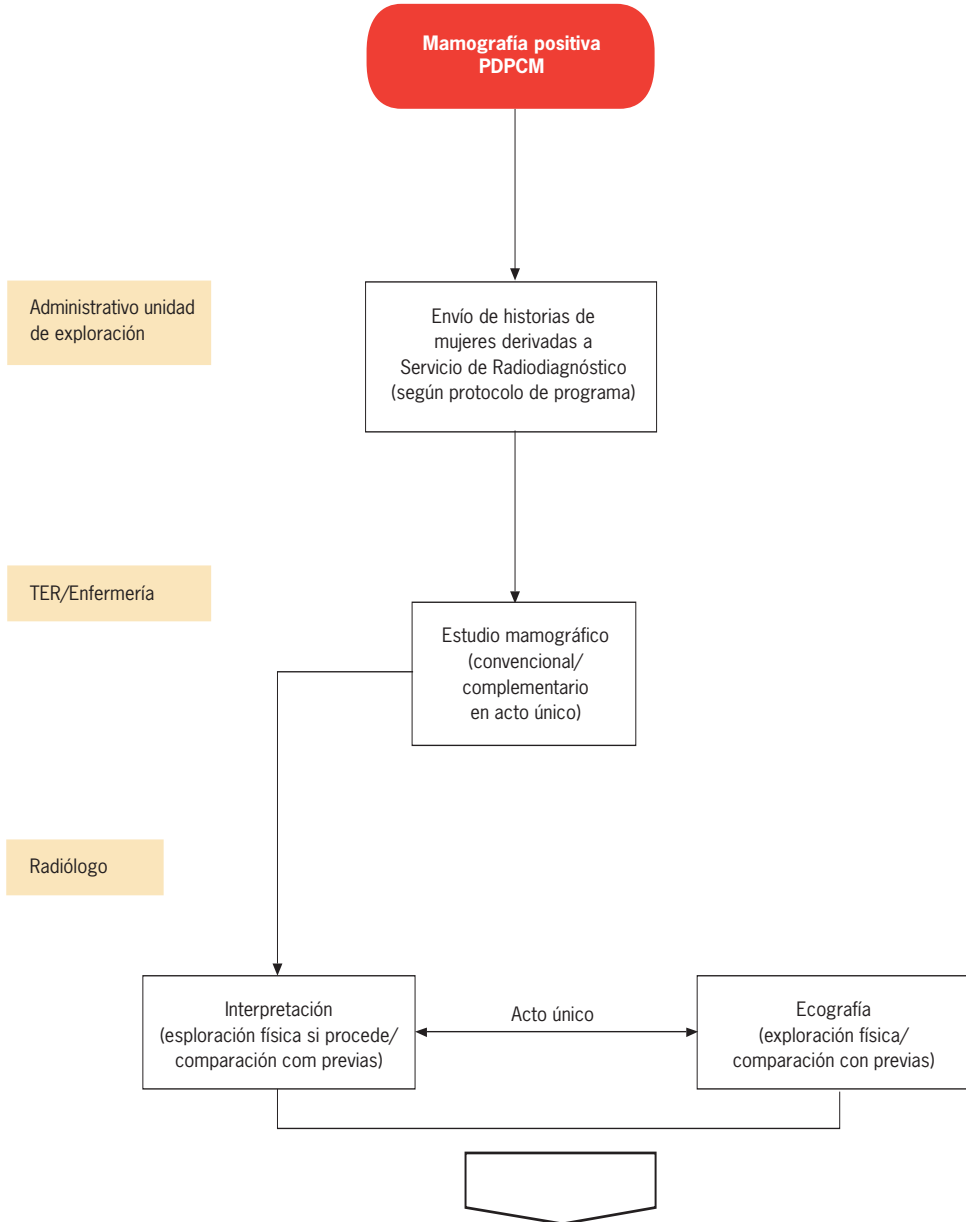


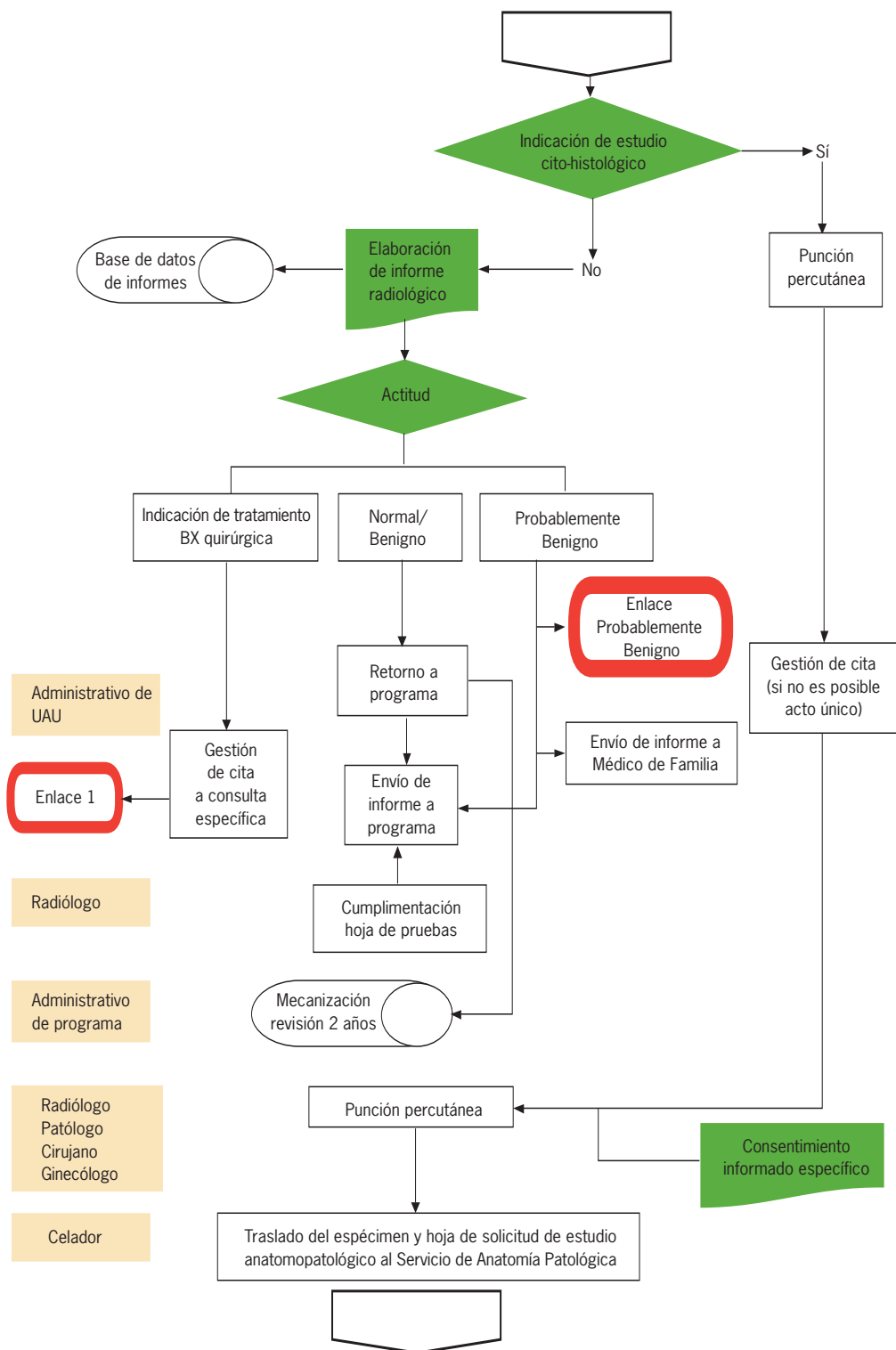
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3. DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA: DIAGNÓSTICO 1

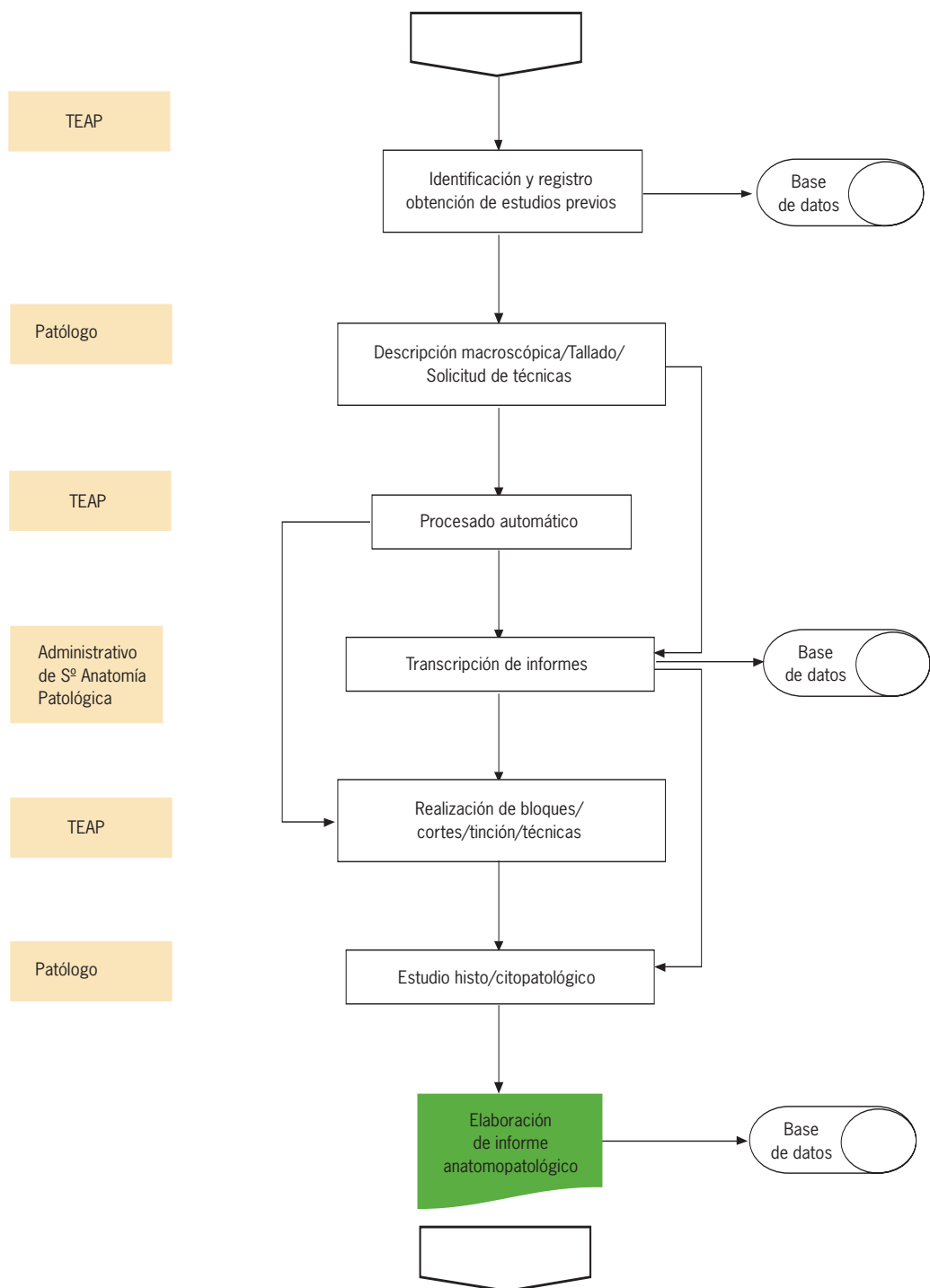


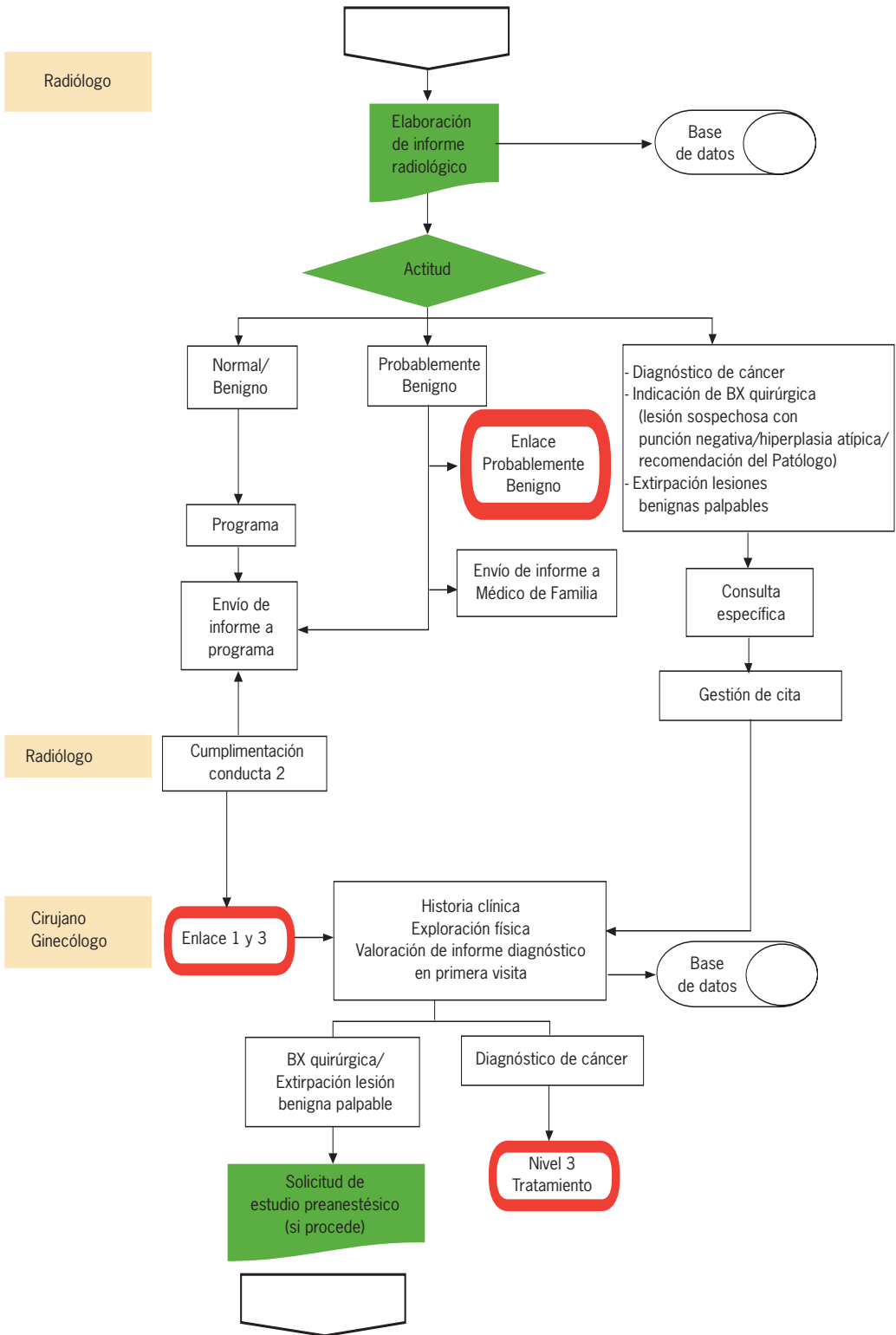


ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3.
DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA: DIAGNÓSTICO 2









Personal de Laboratorio/
Radiodiagnóstico/
Cardiología

Anestesiólogo

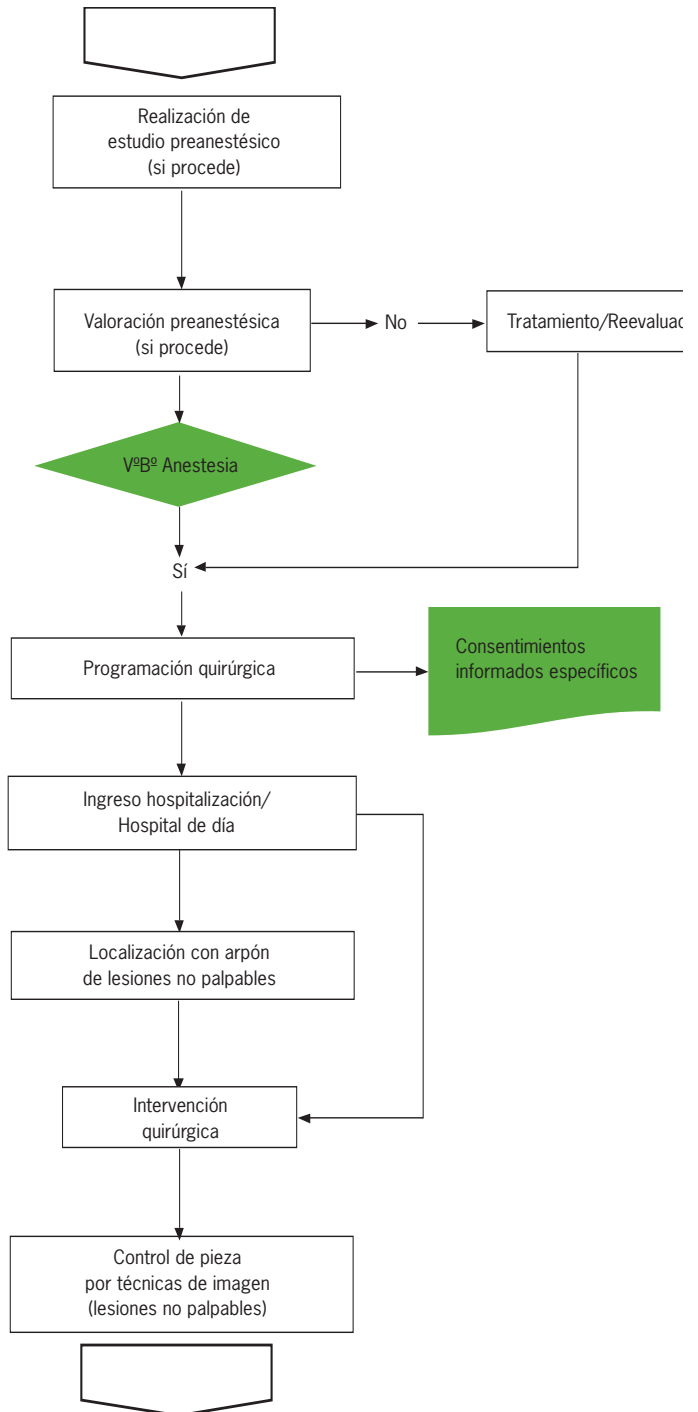
Anestesiólogo
Cirujano
Ginecólogo
UAU

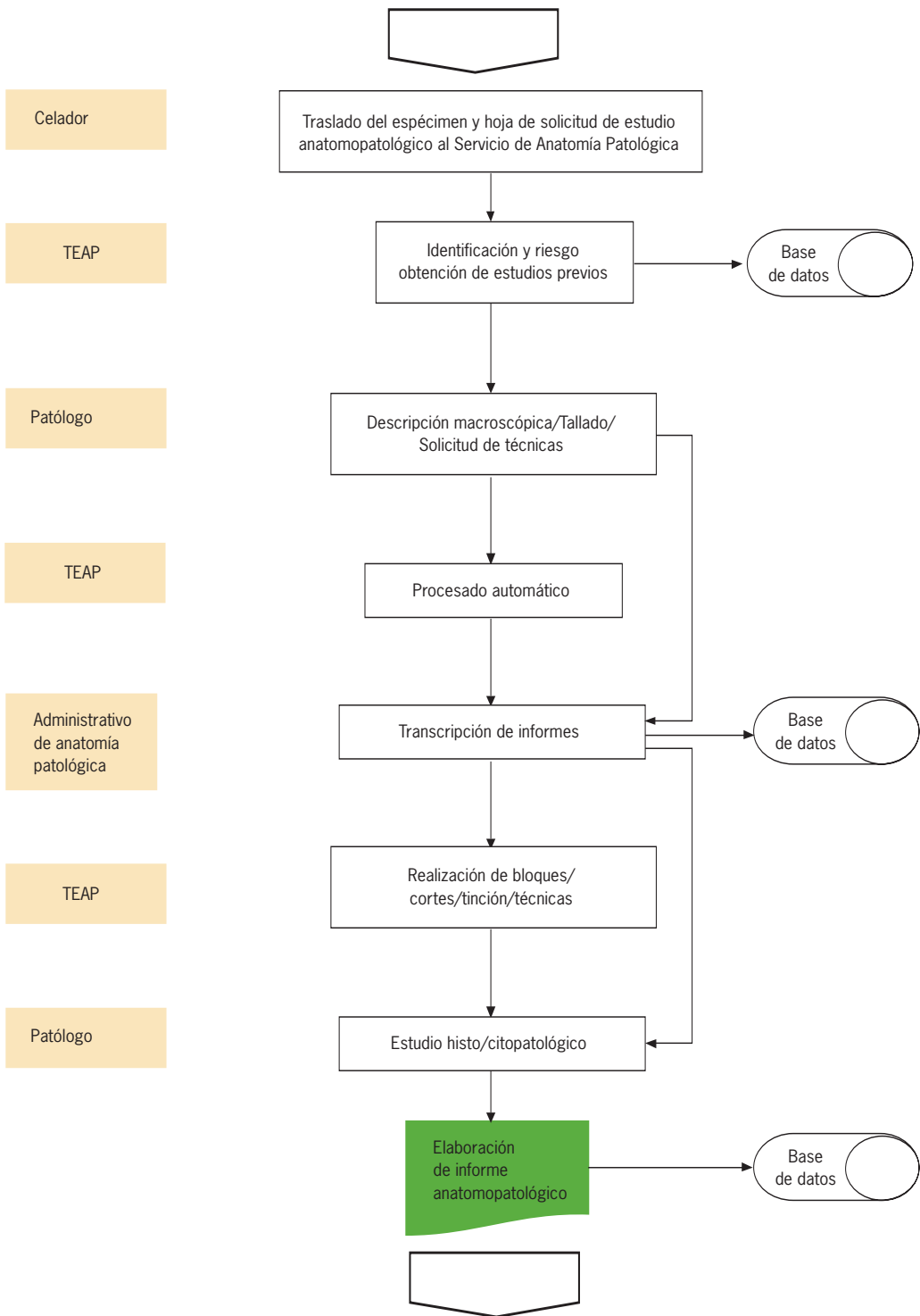
Personal de unidad de hospitalización/
Hospital de Día

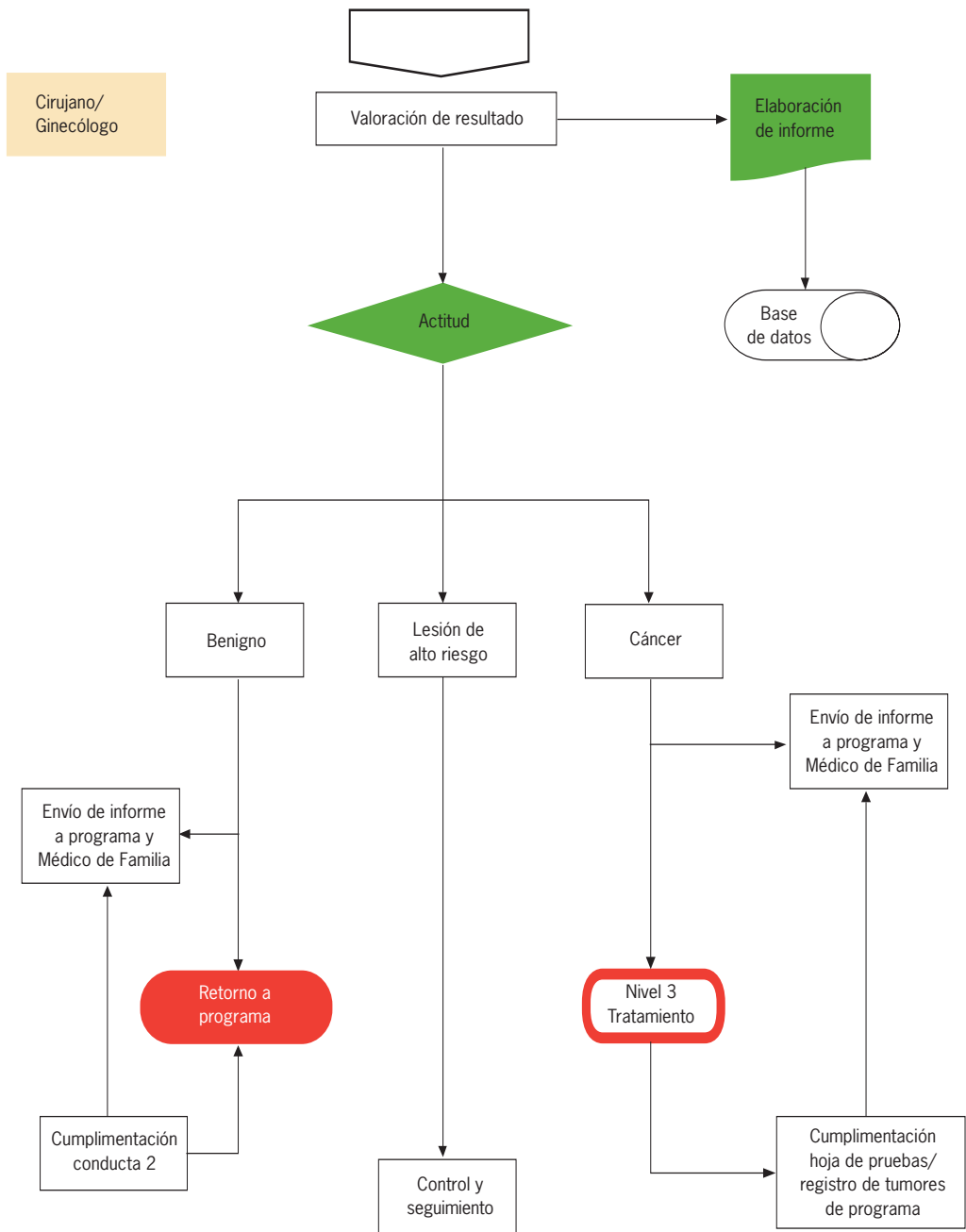
Radiólogo/TER

Cirujano
Ginecólogo
Anestesiólogo

Radiólogo/TER









5 INDICADORES

DetECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA

TASA DE CAPTACIÓN	
Descripción	Proporción de mujeres con las que se ha contactado respecto a población elegible.
Numerador	<p>Nº de mujeres captadas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mujeres a las que se les realiza el estudio mamográfico de cribado (test de <i>screening</i>). 2. Número de mujeres a las que se cumplimenta la anamnesis pero no se realizan mamografía por que tienen una reciente, no la aportan y se niegan a la repetición. 3. Número de mujeres con las que se ha contactado, no tienen cumplimentados los datos de la anamnesis pero sí el motivo por el que no acuden al programa.
Denominador	<p>Población elegible: Mujeres de la población diana, a las que se ha ofrecido la realización de la exploración de cribado en el periodo evaluado (son las mujeres invitadas).</p> <p>Población diana: Mujeres susceptibles de ser incluidas en el programa de cribado según los criterios de edad y residencia.</p> <p>Criterios de exclusión de la población elegible: Cáncer de mama previo o mastectomía bilateral, fallecimiento, cambio de residencia (fuera del municipio).</p>
Cálculo	$\frac{\text{Nº de mujeres captadas}}{\text{Población elegible}} \times 100$
Observaciones	<p>Se considera población diana la actualizada al final del periodo de evaluación.</p> <p>Se excluyen, tanto de la población diana como de la elegible, en cualquier momento, las censadas ya no residentes, los fallos de identificación de edad o sexo, las duplicidades de datos y los fallecimientos.</p>

TASA DE PARTICIPACIÓN GLOBAL

Descripción	Calcula, independientemente del número de citas, el porcentaje de mujeres que han sido exploradas al menos una vez.
Numerador	Número de mujeres exploradas al menos una vez en el periodo de estudio. 1. Mujeres a las que se les realiza el estudio mamográfico de cribado (<i>test de screening</i>). 2. Número de mujeres que aportan una mamografía realizada como máximo 6 meses antes de la cita, que cumpla los criterios metodológicos del programa en cuanto a proyecciones, que es interpretada y sigue el mismo proceso de las que se realizan en la propia unidad.
Denominador	Población elegible: Mujeres a las que se les ha ofrecido la participación, al menos una vez, en el periodo evaluado.
Cálculo	$\frac{\text{Nº de mujeres exploradas}}{\text{Población elegible}} \times 100$
Observaciones	<p>Se calculará el porcentaje de mujeres exploradas por cada una de las modalidades de participación (inicial, sucesiva regular y sucesiva irregular) respecto al total de las exploradas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicial: La mujer acude por primera vez al programa, independientemente del número de citas que haya tenido. • Sucesiva regular: Mujeres que han acudido a 2 o más citas sucesivas. • Sucesiva irregular: Mujeres que han acudido a más de dos citas pero NO de forma sucesiva. <p>1.- Exploradas iniciales/total de exploradas x 100 2.- Exploradas sucesiva regular/total exploradas x 100 3.- Exploradas sucesiva irregular/total exploradas x 100</p>

TASA DE PARTICIPACIÓN POR AÑO:

1. Tasa de participación en el cribado inicial

Descripción	Mujeres que han sido exploradas por primera vez en el programa (independientemente del número de citaciones que hayan recibido) del total de mujeres citadas por primera vez o que nunca acudieron a citas anteriores. Son mujeres NUEVAS.
Numerador	Nº de mujeres que han sido exploradas por primera vez en el programa (independientemente del número de citaciones que hayan recibido).
Denominador	Mujeres citadas por primera vez o que no acudieron a ninguna cita anterior.
Cálculo	$\frac{\text{Nº de mujeres exploradas por primera vez}}{\text{Total de mujeres citadas por primera vez o que no acudieron a ninguna cita anterior}} \times 100$
Observaciones	Se entiende por exploradas también aquellas que aporten mamografía reciente.

2. Tasa de participación de cribado sucesivo regular

Descripción	Mujeres que participan en el programa regularmente.
Numerador	Nº de mujeres que han sido exploradas en el periodo analizado y en la cita anterior y que continúan siendo población elegible.
Denominador	Mujeres exploradas en la cita anterior y que continúan siendo población elegible en el periodo analizado.
Cálculo	$\frac{\text{Nº de mujeres exploradas en el periodo analizado y en la cita anterior y que continúan como población elegible}}{\text{Total de mujeres exploradas en la cita anterior, y que continúan como población elegible en un periodo analizado}} \times 100$
Observaciones	A efectos de tabulación por edad se considerará la edad que tenían en el momento de la exploración en el periodo analizado.

3. Tasa de participación en el cribado sucesivo irregular

Descripción	Mujeres que participan en el programa pero no acuden a sus citas regularmente.
Numerador	Nº de mujeres que han sido exploradas en el periodo analizado pero no en la cita inmediatamente anterior y que continúan como población elegible.
Denominador	Mujeres exploradas con anterioridad en el programa pero no en la cita inmediatamente anterior y que continúan como población elegible.
Cálculo	$\frac{\text{Nº de mujeres exploradas en el periodo analizado, pero no en la cita inmediatamente anterior y que continúan como población elegible}}{\text{Mujeres exploradas con anterioridad en el programa pero no en la cita inmediatamente anterior y que continúan como población elegible}} \times 100$
Observaciones	A efectos de tabulación por edad se considerará la edad que tenían en el momento de la exploración en la vuelta analizada.

RESULTADOS DEL TEST DE SCREENING: DERIVACIÓN HOSPITALARIA

Descripción	Proporción de mujeres que, tras la prueba de cribado, son derivadas al Hospital.
Numerador	Nº de mujeres que, tras la lectura del test de <i>screening</i> , obtienen un resultado de derivación al Hospital.
Denominador	Total de mujeres exploradas.
Cálculo	$\frac{\text{Nº de mujeres con resultado}_i \text{ de derivación hospitalaria}}{\text{Nº de mujeres exploradas}} \times 100$

TASA DE DETECCIÓN GLOBAL

Descripción	Mujeres a las que se diagnostica un tumor maligno de mama entre las exploradas.
Numerador	Nº de mujeres en las que se demuestra una lesión maligna por estudio anatomopatológico (ductal <i>in situ</i> y/o invasiva) No se incluyen los lobulillares <i>in situ</i> .
Denominador	Total de mujeres exploradas.
Cálculo	$\frac{\text{Nº de mujeres con tumor maligno}}{\text{Nº total de mujeres exploradas}} \times 1.000$

TASA DE DETECCIÓN INICIAL

Descripción	Proporción de mujeres a las que se diagnostica un tumor maligno de mama, entre todas las mujeres exploradas inicialmente.
Numerador	Nº de mujeres en las que se demuestra una lesión maligna por estudio anatomopatológico (ductal <i>in situ</i> y/o invasiva). No se incluyen los lobulillares <i>in situ</i> .
Denominador	Total de mujeres en exploración inicial.
Cálculo	$\frac{\text{Nº de mujeres con tumores malignos}}{\text{Mujeres exploradas por primera vez}} \times 1.000$
Observaciones	Mujeres en exploración inicial son las exploradas por primera vez en el programa (independientemente del número de citaciones que hayan recibido).

TASA DE DETECCIÓN SUCESIVO REGULAR

Numerador	Nº de mujeres en las que se demuestra una lesión maligna por estudio anatomopatológico (ductal <i>in situ</i> y/o invasiva) No se incluyen los lobulillares <i>in situ</i> .
Denominador	Nº de mujeres que han sido exploradas en el periodo analizado y en la cita anterior.
Cálculo	$\frac{\text{Nº de mujeres con tumores malignos}}{\text{Mujeres exploradas en el periodo analizado y en la cita anterior}} \times 1.000$

TASA DE DETECCIÓN SUCESIVO IRREGULAR

Numerador	Nº de mujeres en las que se demuestra una lesión maligna por estudio anatomopatológico (ductal <i>in situ</i> y/o invasiva) No se incluyen los lobulillares <i>in situ</i> .
Denominador	Nº de mujeres que han sido exploradas en el periodo analizado pero no en la cita inmediatamente anterior.
Cálculo	$\frac{\text{Nº de mujeres con tumores malignos}}{\text{Mujeres exploradas en el periodo analizado pero no en la cita inmediatamente anterior}} \times 1.000$

TASA DE RECUPERACIÓN DE INFORMACIÓN

Descripción	Proporción de mujeres con información remitida por el Hospital y mecanizada en la aplicación de todas las mujeres derivadas al Hospital.
Numerador	Nº de mujeres con información remitida por el Hospital y mecanizada en la aplicación.
Denominador	Total de mujeres derivadas al Hospital.
Cálculo	$\frac{\text{Nº de mujeres con información hospitalaria}}{\text{Total de mujeres derivadas al Hospital}} \times 100$

Características de los tumores detectados

Todos estos indicadores se calcularán para los distintos grupos de mujeres según: cribado inicial, cribado sucesivo regular, cribado sucesivo irregular y total.

INVASIÓN	
Descripción	Proporción de tumores según sus características.
Numerador	Nº de mujeres con diagnóstico de tumor de tipo: <ul style="list-style-type: none"> • <i>In situ</i>. • Invasivo. • Desconocido/no disponible.
Denominador	Total de tumores. Total de mujeres exploradas.
Cálculo	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> $\frac{\text{Nº de mujeres con tumor}_i}{\text{Nº de mujeres exploradas}} \times 1.000$ $\frac{\text{Nº de mujeres con tumor}_i}{\text{Nº de tumores}} \times 100$ </div> <p>El subíndice <i>i</i> indica cada uno de los subgrupos de tumores (<i>in situ</i>, invasivo, desconocido/no disponible).</p>

TAMAÑO (T)

Descripción	Proporción de tumores según tamaño (T).
Numerador	Nº de mujeres con diagnóstico de tumor de tipo: <ul style="list-style-type: none">• Tx• T0• Tis• T1ab• T1c• T2• T3• T4• Desconocido/no disponible
Denominador	Total de tumores. Total de mujeres exploradas.
Cálculo	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; background-color: #e0f2f1;">$\frac{\text{Nº de mujeres con tumor}_i}{\text{Nº de mujeres exploradas}} \times 1.000$$\frac{\text{Nº de mujeres con tumor}_i}{\text{Nº de tumores}} \times 100$</div> <p>El subíndice <i>i</i> indica cada uno de los subgrupos de tumores. Los tumores <i>in situ</i> son siempre Tis independientemente del tamaño.</p>

AFECTACIÓN GANGLIONAR (N)

Descripción	Proporción de tumores según (N).
Numerador	Nº de mujeres con diagnóstico de tumor de tipo: <ul style="list-style-type: none">• Nx• N0• N1-2-3 Desconocido/no disponible.
Denominador	Total de tumores invasivos.
Cálculo	$\frac{\text{Nº de mujeres con tumor}_i}{\text{Nº de tumores invasivos}} \times 100$ <p>El subíndice <i>i</i> indica cada uno de los subgrupos de tumores Hay que sacar del numerador un total de N0 igual al número de cáncer <i>in situ</i>.</p>

METÁSTASIS (M)

Descripción	Proporción de tumores según (M)
Numerador	Nº de mujeres con diagnóstico de tumor de tipo: <ul style="list-style-type: none">• Mx• M0• M1 Desconocido/no disponible
Denominador	Total de tumores invasivos
Cálculo	$\frac{\text{Nº de mujeres con tumor}_i}{\text{Nº de tumores invasivos}} \times 100$ <p>El subíndice <i>i</i> indica cada uno de los subgrupos de tumores</p>

ESTADIO

Descripción	Proporción de tumores según estadio
Numerador	Nº de mujeres con diagnóstico de tumor en estadio: <ul style="list-style-type: none">• 0• I• IIA• IIB• IIIA• IIIB• IV Desconocido/no disponible.
Denominador	Total de tumores.
Cálculo	$\frac{\text{Nº de mujeres con tumor}_i}{\text{Nº de tumores}} \times 100$ <p>El subíndice <i>i</i> indica cada uno de los subgrupos de tumores.</p>

TRATAMIENTO

Descripción	Proporción de mujeres a las que se realiza cada tipo de tratamiento quirúrgico respecto a los tumores diagnosticados.
Numerador	Nº de mujeres a las que se realiza cada uno de los tipos de tratamiento: <ul style="list-style-type: none">• Conservador (tumorectomía/cuadrantectomía).• Radical (incluye la reconstrucción inmediata).• Desconocido/no disponible.
Denominador	Total de tumores
Cálculo	$\frac{\text{Nº de mujeres con tumor}_i}{\text{Nº de tumores}} \times 100$ <p>El subíndice <i>i</i> indica cada uno de los tipos de tratamiento</p>

DEMORA

Descripción	Periodo de tiempo transcurrido entre la realización de la última mamografía de cribado y la realización del tratamiento quirúrgico (si no se hace tratamiento quirúrgico se utilizará la fecha de la biopsia).
Numerador	Nº de mujeres con demora en cada periodo: <ul style="list-style-type: none">• < 1 mes.• de 1 a 2 meses.• de 2 a 3 meses.• de 3 a 6 meses.• más de 6 meses.• desconocido no disponible.
Denominador	Nº de mujeres con diagnóstico de tumor
Cálculo	$\frac{\text{Nº de mujeres con demora}_i}{\text{Total de mujeres con diagnóstico de tumor}} \times 100$ <p>El subíndice <i>i</i> indica cada uno de los periodos de tiempo.</p>

DESPUÉS DE SER OPERADAS DE MAMA, PODEMOS SEGUIR HACIENDO UNA VIDA NORMAL

- Solamente es necesario tener unas precauciones mínimas, que permitirán prevenir complicaciones después del tratamiento quirúrgico.
- Muchas de estas recomendaciones no distan de las que deberíamos tomar todos para tener una mejor calidad de vida.
- No son normas complicadas, ni difíciles de llevar a cabo; sólo debemos estar pendientes y recordarlas.
- Nuestros familiares o personas cercanas también deberían conocerlas para que nos ayuden a recordarlas y nos faciliten determinadas tareas.

VESTIDO

La ropa no debe de apretar ni ejercer presión

- Es mejor el sujetador sin aro. Los tirantes deben ser anchos y no deben clavarse.
- Es preferible no llevar el reloj, pulseras o anillos en el brazo afectado.



CUIDADOS COSMÉTICOS CORPORALES Y DE PELUQUERÍA

Máxima limpieza y cuidado meticuloso de la piel

- Tener cuidado al cortarse las uñas. No cortarse la cutículas para evitar heridas.
- Cuidar la piel con crema hidratante. Depilarse con crema.
- Protegerse del calor excesivo:
 - Evite la sauna.
 - Evite los rayos U.V.A.
 - En la peluquería, proteja los hombros y los brazos de la acción del calor del casco del secador.
 - Los baños y duchas, mejor templadas.
 - Cuidado con los baños de sol. EVITAR las quemaduras.



EN CASA Y EN EL TRABAJO

Evitar heridas, sobreesfuerzos, y el calor y el frío excesivos

- Trabajos ligeros, de pequeños movimientos. Descansar con frecuencia.
- No transportar cestas de la compra pesadas.
- En los trabajos caseros, llevar guantes.
- Tener cuidado con los objetos punzantes: cuchillos, agujas, etc.
- No lavar, ni fregar con agua muy caliente.
- No tocar ni manejar hornos calientes sin manoplas. Al freír cubrir el lado afectado.
- Al planchar, evitar quemaduras. No permanecer mucho tiempo planchando.
- No fumar. La nicotina afecta a los vasos.



ALIMENTACIÓN

Evitar el sobrepeso

- Mantener el peso adecuado. En caso de engordar, realizar dieta o ejercicio.
- Evitar mucha sal en las comidas.
- Beber abundante líquido.



EN EL JARDÍN Y EN EL CAMPO

Evitar heridas

- Utilizar guantes para el cuidado de las plantas. Evitar las héridas (espinas, púas, tijeras...).
- Evitar las picaduras de insectos (utilizar repelentes). En vacaciones, evitar las regiones infectadas de insectos.
- EVITAR LOS ARAÑAZOS DE GATO.



DEPORTE

Hacer natación

- Realizar gimnasia de mantenimiento sin hacer ejercicios bruscos con el brazo afectado.
- Caminar es muy saludable.



PRÁCTICA SANITARIA

Cuidar la cicatriz y el brazo del lado operado

- Tener precaución con los masajes no especializados y sin indicación médica.
- NO debe extraerse sangre del lado operado.
- NO permitir que le midan la presión arterial en el lado operado.
- NO dejar que le pongan inyecciones ni vacunarse en el lado operado.
- Si el brazo está rojo o caliente, acudir al médico.



PREVENCIÓN DEL LINFEDEMA

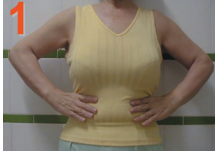
- Realización de ejercicios respiratorios como relajación y para favorecer la circulación linfática.
- Los ejercicios de hombro no provocarán dolor.
- Automasaje SIN APRETAR desde la mano hacia el hombro.
- NO darse frías.
- Siempre que las ocupaciones lo permitan, reposar con el brazo en alto apoyado en el brazo de sofá o sillón sobre un cojín.
- Descanso nocturno:
Brazo flexionado, unos 45º con ayuda de la almohada.



EJERCICIOS POSTQUIRÚRGICOS:

- Los ejercicios se realizarán con la mayor relajación posible, regularmente, dos o tres veces al día.

EJERCICIOS RESPIRATORIOS



En la inspiración (tomar aire) sacar la barriga y en la inspiración (soltarlo) meter la barriga.

- a) Subir brazos y tomar aire por la nariz.
b) Bajar brazos y expulsar aire por la boca.

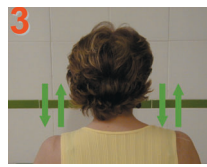
- a) Extender brazos y tomar aire.
b) Recoger brazos y expulsar aire.

EJERCICIOS DE CUELLO



Mover el cuello de un lado a otro pasando por el centro.

EJERCICIOS DE HOMBRO

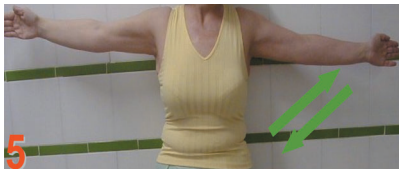


Llevar la mano a la nuca.

Llevar la mano a la cabeza y a la oreja contraria.

Elevar y bajar los hombros.

Hacer círculos con los hombros.



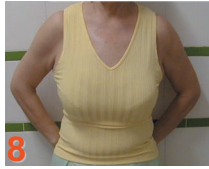
Brazos en cruz de forma suave.



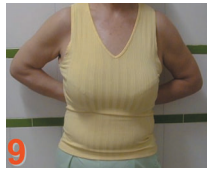
Brazos en cruz en la nuca.



Brazos en cruz al lado contrario.



Intención de abrocharse la falda.



Intención de abrocharse el sujetador.



Contar baldosas de frente y de perfil.



12. Elevación y separación de los brazos con ayuda de un bastón.



13. Realizar un balanceo suave del brazo hacia los lados.



Hacer círculos hacia dentro y hacia fuera, apoyando los brazos sobre una pared.



Empujar una mano contra la otra 10 segundos por delante del pecho.

AUTOMASAJE



Desplazar la mano desde el lado operado hacia el otro.



Desplazar la mano por la zona inferior desde el lado operado hacia el otro.



Desplazar la mano por el lado operado, desde la mano hacia el hombro por arriba y por abajo.

Se realizará suavemente SIN APRETAR desde la mano hacia el hombro. NO DARSE FRIEGAS.

REFERENCIAS:

- NORMAS Y RECOMENDACIONES PARA PREVENIR EL LINFEDEMA EN MUJERES OPERADAS DE MAMA. Unidad de Linfedema. Servicio de Rehabilitación. Hospital Virgen del Camino (Pamplona).
- EJERCICIOS ORIENTADOS PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL LINFEDEMA DE MIEMBRO SUPERIOR. Servicio de Rehabilitación. Hospital Virgen del Rocío (Sevilla).
- RECOMENDACIONES GENERALES POSTMASTECTOMÍA. SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL. Unidad de Patología Mamaria. Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba).
- NORMAS Y RECOMENDACIONES PARA MUJERES OPERADAS DE MAMA. Unidad de Linfedema. Servicio de Rehabilitación. Complejo hospitalario Carlos Haya (Málaga).
- GUÍA DE CUIDADOS DEL MIEMBRO SUPERIOR PARA PREVENIR EL LINFEDEMA. Unidad de Linfedema. Fundación Rioja Salud (Logroño).

ABREVIATURAS

AE:	Atención Especializada.
AECC:	Asociación Española Contra el Cáncer.
AP:	Atención Primaria.
EBAP:	Equipo Básico de Atención Primaria.
PAAF:	Punción aspiración con aguja fina.
PDPCM:	Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama.
SAS:	Sistema Sanitario Público de Andalucía.
TC:	Tomografía computerizada.
TEAP:	Técnico especialista en Anatomía Patológica.
TEMN:	Técnico especialista de Medicina Nuclear.
TER:	Técnico especialista en Radiodiagnóstico.
UAU:	Unidad de Atención al Usuario.

1. Temple LK, Wang EE, McLeod RS: preventive health care, 1999 update. 3. Follow up after breast cancer. Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ 161: 1001-1008, 1999.
2. Smith TJ, Davidson NE, Schapira DV et al: American Society of Clinical Oncology 1998 update of recommended breast cancer surveillance guidelines. J. Clin Oncol 17: 1080-1082, 1999.
3. ASCO Recommended Breast Cancer Surveillance. 2001.
4. ASCO Follow up Care of Breast Cancer. ASCO patient guide. 2001.
5. ASCO Special article. 2000 update of recommendations for the use of tumor markers in breast and colorectal cancer: Clinical practice guidelines of the American Society of Clinical Oncology. J Clin Oncol 19 (6) 1865-1878, 2001.
6. GUÍA ESMO Ann. Oncol 2001; 12: 1047-1048.
7. Update: NCCN practice guidelines for the treatment of breast cancer – NCCN Oncology (Hunting) 13: 41-66, 1999.
8. Love R, Duc NB, Havighurst TC et al: Her-2/neu overexpression and response to oophorectomy plus tamoxifeno adjuvant therapy in estrogen Receptor-positive Premenopausal women with operable breast cancer. J Clin Oncol 21: 453-457, 2003.
9. Rojas MP, Telaro E, Russo A, Fossati R, Palli D, Rosselli Del Turco M, Confalonieri C, Liberati A. Follow-up strategies for women treated for early breast cancer (Cochrane Review).
10. Morrow M, Strom EA, Basett LW et al: Standard for the management of ductal carcinoma in situ of the breast (DCIS). Cancer J Clin 2002; 2: 256-276.
11. Goldhirsch A, Wood WC, Gelber RD, Coates AS, Thurlimann B, Senn HJ: Meeting Highlights: Update International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer. JCO, 21, 17, 2003.
12. Fisher B, Costantino JP, Wickerham DL, et al.: Tamoxifen for prevention of breast cancer: report of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 Study. J Natl Cancer Inst 90 (18): 1371-88, 1998.
13. Díaz-Faes J, Fuster CA, Fliquete V, et al: Conferencia de consenso sobre el ganglio centinela en el cáncer de mama. Rev Oncol 4(3): 154-6, 2002.
14. Aymerich M, Espallargues M, Sánchez E, Sánchez I. Fisioterapia en el linfedema postmastectomía. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. 2002.
15. Linfedema. Métodos de tratamiento aplicados al edema del miembro superior postmastectomía. Serra Escorihuela, M. Valencia, Editorial FAES, SA 1994.

16. Klose, G. Vendaje de linfedema. Instrucciones prácticas de vendaje para pacientes con linfedema y terapeutas. Lohmann GMBH&Co KG Postfach 2343 D-56513 Neuwied. Alemania.
17. Runowicz, CD; Passik, SD.; Hann,D. et al. Patient education –pre and posttreatment 1998 American Cancer Society Supplement to cancer.
18. Saskia RJ; Thiadens, RN. Current status of education and treatment resources for lymphedema. 1998 American Cancer Society supplement to cancer.
19. González Viaje, MA. Definición y diagnóstico del linfedema postmastectomía. En: Rehabilitación del infedema postmastectomía. XVIII Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Rehabilitación. 21-23 de Mayo 1997. Tenerife (España). Madrid: Editorial Científica FAES, 1997.
20. Greenlee RT, Murray T, Bolden S, et al: Cancer Statistics, 2000. CA Cancer J Clin 2000; 50: 7.
21. Gloeckler Ries LA: Rates. In: Harris A, Edwards BK, Blot WJ, et al (eds): Cancer Rates and Risks, 4th ed, pp 42–43. Bethesda, National Institutes of Health Publication No 96–691, 1996.
22. Treatment of early stage breast cancer. NIH Consensus Statement. 1990; June 18–21; 8.
23. Whelan TJ, Julian J, Wright J, et al.: Does locoregional radiation therapy improve survival in breast cancer? A meta-analysis. Journal of Clinical Oncology 18 (6): 1.220-1.229, 2000.
24. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Effects of radiotherapy and surgery in early breast cancer: an overview of the randomized trials. N Engl J Med 1995; 333: 1.444–1.455.
25. Timothy Whelan, Ivo Olivotto, Mark Levine, for the Steering Committee on Clinical Practice Guidelines for the Care and Treatment of Breast Cancer. © 1998, 2001 Canadian Medical Association.
26. Breast Cancer in Women. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Last modified 21/1/02. SIGN publication no. 29 (QRG).
27. Cancer. gov - Breast Cancer (PDQ®): Treatment.
28. Posmastectomy Radiotherapy: Guidelines of the American Society of Clinical Oncology. J.Clin. Oncol, vol 19, No 5, 2001: 1.539-69.
29. Posmastectomy Radiotherapy: Guidelines of the American Society of Clinical Oncology. J.Clin. Oncol, vol 19, No 5, 2001: 1.539-69.
30. Hormonal Therapy in Advanced Breast Cancer. E. Lonning. Dept of Oncology. Haukeland University Hospital, Bergen, Norway.
31. AC. Wolf, NE. Davidson. Primary systemic therapy in operable breast cancer. Journal of clinical oncology, vol 18, 7 (april) 2000: 1.558-1.569.

32. A. Makris, T.J. Powels, SE Ashley, J. Chang, T. Hickish, et al. A reduction in the requirements for mastectomy in a randomized trial of neoadjuvant chemoendocrine therapy in primary breast cancer. *Annals of oncology* 1998; 9: 1.179-1.184.
33. Primary chemotherapy. IE. Smith, PN Mainwaring. *Text Book of Breast cancer*. 95-109.
34. G. Bonnadona Primary Chemotherapy in operable breast cancer: eight-year experience at the Milan Cancer Institute. *Journal of clinical Oncology*, Vol 16, N 1, 1998: 93-100.
35. B. Fisher .Effect of preoperative chemotherapy on local-regional disease in women with operable breast cancer: Findings from National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-18. *Journal of clinical Oncology*, Vol 15 N7, 1997: 2.483-2.493.
36. S. Merajver, B. Weber, R. Cody et al. Breast conservation and prolonged chemotherapy for locally advanced breast cancer: The University of Michigan experience. *Journal of clinical Oncology* vol 15 N 8, 1997: 2873-2881.
37. Zimmerman P., Lu DSK., Yang LY., et al. Hepatic metastases from breast carcinoma: comparison of noncontrast, arterial-dominant, and portal-dominant phase spiral CT. *J. Comput Assist Tomogr*, Vol 24, No. 2, 2000.
38. Sheafor, DH., Frederick MG., Paulson EK., et al. Comparison of unenhanced, hepatic arterial-dominant, and portal venous-dominant phase helical CT for the detection of liver metastases in women with breast carcinoma. *AJR* 1999; 172: 961:968.
39. Sheafor, DH., Killius JS., Paulson EK., et al. Hepatic parenchymal enhancement during triple-phase helical CT: can it be used to predict which patients with breast cancer will develop hepatic metastases?. *Radiology* 2000; 214: 875-880.
40. Bast RC., Ravdin P., Hayes DF., et al. 2000 update of recommendations for the use of tumor markers in breast and colorectal cancer: clinical practice guidelines of the American Society of Clinical Oncology. *JOC* 2001; 19: 1.865-1.878.
41. Morrow m., Strom EA., Bassett L., et al. Standard or the management of ductal carcinoma in situ of the breast (DCIS). *CA Cancer J Clin* 2002; 52: 256-276.
42. Scottish intercollegiate Guidelines Network. Sign. Breast Cancer in women. A national clinical guideline. October 1998.
43. U.S. PUBLIC HEALTH SERVICE. Washington D.C. Detección del cáncer en adultos mediante la exploración física. *Am Fam Physician* 1996. 3: 42-52.
44. Ruiz Moruno FJ, Ruiz Torres E, Crespo Anguita N, Rodríguez Molina ML, Prada Vigil A. Diagnóstico precoz del cáncer de mama en medicina familiar. Ed: SAMFYC. Granada 1997.
45. Rull M, Julian JF, Guerrero y. Patología benigna de la mama. *F.M.C.* 2000. 7 (8): 502-511.
46. Fandos A, Doménech E. Patología Mamaria: del síntoma al diagnóstico. Uso racional de los métodos de exploración. *Med Integ* 1994; 24 (10) 1.512-1.519.

47. Alonso Gordo JM, Bellas Beceiro B, Cierco Peguera P, Gálvez Ibáñez M, González Enríquez J, Martín Blanco N, Medina C. Algunos aspectos sobre cribado de cáncer de mama y el posible papel del médico de Atención Primaria. F.M.C. 1995; 3 (2): 119-128.
48. Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama en Andalucía. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Enero 1995.
49. Mortobagyi GN, Mclelland, Reed FM. Atención Primaria. Detección del cáncer de mama. Atención Med 1993; 20-41.
50. Majeed FA, Cook DG, Given-Wilson R, Vechi P, Polontecki J. Do general practitioners influence the uptake of breast cancer screening? J. Med Screen 1995; 2 (3): 119-24.
51. Ciurana Misol R, Avellana Revuelta E, Martín Montesa J. Prevención del cáncer de mama: Situación actual de cribaje. Atención Primaria 1991. 11: 966-975.
52. Ascunce N, del Moral A. Programa de detección precoz del cáncer de mama en Navarra. Departamento de Salud, Gobierno de Navarra 1991.
53. Ciurana M. Los cribados en atención primaria. Editorial. F.M.C. 1995. 2 (3): 57-58.
54. Subias Loren PJ, Ginés García MC. Aspectos generales del cribado del cáncer. F.M.C. 1995. 2 (2): 61-67.
55. Borrás JM, Ciurana R, Marzo M. Cribado del cáncer de mama. Med Clin (Barc) 1994, 102 (1): 75-79.
56. Gatzsche PC, Olsen O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable? Lancet 200. 355: 129-34.
57. Fisherl B, Constantino JP, Wickerham DL et al. Tamoxifen for prevention of breast cancer: report of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project p-1 Study. J Nat Cancer 1998. 90: 1.371-1.388.
58. Morris AD, Morris RD, Wilson JF, White J., Steinberg S., Okunieff P, Arraigada R., Van Dongen Ja., Breast Conserving Therapy vs mastectomy in early-stage breast cancer: a meta analysis of 20 years survival. Cancer Journal from Scientific American, 1997; 3(1): 6-12
59. Breast Cancer in woman: A National Clinical Guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network 1998.
60. Cancer.gov. Cáncer del seno (mama) (PDQ): Tratamiento 2003.
61. Guides de Pratique Clinique: Association Medicale Canadienne. 1998.
62. Schwartz GF, Giuliano AE, Veronesi U. Proceedings of the Consensus Conference on the role of Sentinel Node Biopsy in carcinoma of the breast. April 19-22, 2001, Philadelphia, USA. The Breast Journal 2002; 8:126-138.
63. Ganglio centinela y cáncer de mama. Reunión nacional de consenso de Salamanca. Rev. Senología y Pat Mam. 2002; 15 (1):49-50
64. European guidelines for quality assurance in mammography Screening. Third edition. January 2001.