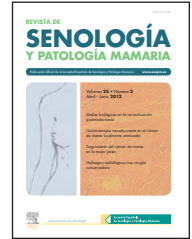


Revista de Senología y Patología Mamaria

www.elsevier.es/ senologia



REVISIONES Y ARTÍCULOS DOCENTES

Unidades multidisciplinarias de mama

Marina Álvarez Benito*, Ana Luz Santos Romero, Pilar Rioja Torres,
Inmaculada García Oliveros y Javier Ruiz Moruno

Unidad de Mama, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

Recibido el 12 de julio de 2012; aceptado el 27 de julio de 2012

PALABRAS CLAVE

Unidades de mama;
Equipos
multidisciplinarios;
Cáncer de mama;
Gestión sanitaria

KEYWORDS

Breast unit;
Multidisciplinary
teams;
Breast cancer;
Health management

Resumen

En los últimos años, los cambios en la demanda de asistencia sanitaria relacionada con la patología mamaria, y en concreto con el cáncer de mama, unidos a las nuevas tendencias diagnósticas y terapéuticas, han impulsado el desarrollo de equipos multidisciplinarios dedicados a esta enfermedad. En la mayoría de los centros sanitarios que atienden patología mamaria se han creado unidades multidisciplinarias de mama siguiendo las directrices de determinadas instituciones y sociedades científicas.

En el presente trabajo se revisan las recomendaciones más importantes al respecto, se valoran la experiencia y los aspectos organizativos que han permitido adaptarse a esta nueva situación, y se plantean estrategias futuras.

© 2012 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Multidisciplinary breast units

Abstract

In recent years, demand changes in health care related to breast disease, and in particular with breast cancer, together with new diagnostic and therapeutic trends, have driven the development of multidisciplinary teams dedicated to this condition. Multidisciplinary units for treating breast diseases have been established in most of health centers under the guidance of certain institutions and scientific societies.

This paper reviews the most important recommendations for these units, and evaluates the experience and organizational aspects that have allowed them to adapt to this new situation, and proposes future strategies.

© 2012 SESPM. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marinaalvarezbenito@telefonica.net (M. Álvarez Benito).

Introducción

En las últimas décadas se han producido cambios importantes en el tratamiento y la organización de la asistencia sanitaria relacionada con la patología mamaria, y en concreto con el cáncer de mama, con el fin de responder a la demanda actual de esta enfermedad.

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en la mujer, y la causa más frecuente de muerte por cáncer en este sexo. Dado que afecta a un grupo de mujeres en edad media de la vida, se acompaña de un gran impacto en el ámbito familiar, social, laboral y, por supuesto, personal.

La concienciación de la importancia del diagnóstico precoz ha impulsado la realización de mamografías en un número importante de mujeres sanas, bien dentro de programas poblacionales o de forma aislada en lo que se denomina "cribado oportunista", lo cual ha aumentado la demanda de pruebas de imagen de mama.

El acceso de la población a la información ha promovido su participación en las decisiones relacionadas con sus problemas de salud, y cada vez es más frecuente que las pacientes nos reclamen o soliciten pruebas diagnósticas o terapéuticas menos agresivas.

Por otra parte, la tendencia a un tratamiento individualizado en el cáncer de mama, basado en las características propias de cada paciente, motiva que múltiples profesionales de distintos perfiles, niveles asistenciales o especialidades deban intervenir en su atención, por lo que resulta necesaria su coordinación para conseguir una asistencia de calidad, integral y con continuidad.

Todo lo anterior ha preocupado a las autoridades sanitarias, y ha impulsado la creación de equipos multidisciplinarios de mama o unidades de mama en los centros sanitarios. La mayoría de los profesionales dedicados al diagnóstico y al tratamiento de la patología mamaria hemos vivido la creación en nuestros centros de una unidad de mama, utilizando como referencia las recomendaciones de determinadas sociedades científicas. Sin duda, esto ha sido una gran oportunidad para trabajar de forma conjunta con el resto de colegas dedicados a esta área y de responder a las expectativas de pacientes y profesionales.

Después de varios años de trabajo en equipos multidisciplinarios de mama, nos encontramos en una situación muy diferente de cuando comenzamos este recorrido. Probablemente la experiencia ha superado con creces nuestras expectativas, pero nos ha situado en otro escenario, en el que a su vez se generan nuevas expectativas para pacientes y profesionales.

El trabajo en equipo de profesionales de distintas disciplinas con dedicación específica a la patología mamaria ha impulsado el desarrollo de técnicas diagnósticas y terapéuticas mínimamente invasivas, con gran impacto en la calidad de vida de las pacientes. Ha permitido que todos los profesionales implicados en la patología mamaria tengamos una visión global de la enfermedad, más allá de nuestra propia parcela, una visión centrada en la paciente; nos ha obligado a ser imaginativos para responder a algunos de los requisitos que debe cumplir una unidad de mama, o cómo implantar técnicas multidisciplinarias complejas en centros más pequeños, etc.

De hecho, hemos podido comprobar que estos equipos multidisciplinarios, además de responder a la situación de partida, son la base perfecta para muchos pasos más, como

programas de seguridad específicos, trabajo cooperativo entre distintos centros, estudios de investigación multicéntricos, programas innovadores de gestión, etc.

Por lo tanto, estamos en el momento de compartir nuestras experiencias y marcar nuevos retos en este recorrido.

Antecedentes

Situación en Europa

En el Reino Unido, a partir del informe *A Policy Framework for Commissioning Cancer Services*, elaborado por un grupo de expertos en cáncer, se recomendó la creación de unidades de mama con profesionales con dedicación específica a esta área de conocimiento. Varias publicaciones de equipos dedicados a la patología mamaria defendieron este abordaje²⁻⁷. Los excelentes resultados obtenidos en este país en el tratamiento del cáncer de mama en los últimos 15 años se han acompañado de importantes cambios en la organización de unidades de mama británicas, y han sido el motor del trabajo multidisciplinario en Europa.

En 1998 tuvo lugar en Florencia (Italia) la primera conferencia europea sobre el cáncer de mama (EBCC 1), organizada por el Breast Cancer Cooperative Group of The European Organization for the Research and Treatment of Cancer (EORTC-BCCG), la Sociedad Europea de Mastología (EUSOMA) y Europa Donna⁸. Entre las declaraciones de esta reunión destacan la solicitud de una sesión plenaria al Parlamento Europeo dedicada al cáncer de mama, estimular la participación en los ensayos clínicos, proteger la confidencialidad de los estudios genéticos y promover la creación de equipos multidisciplinarios y multiprofesionales dedicados al cáncer de mama.

La publicación en el año 2000 de los *Requisitos para una unidad especializada de mama*, por un grupo de expertos de la Sociedad Europea de Mastología (EUSOMA), proporcionó recomendaciones y orientaciones prácticas encaminadas a un objetivo principal: que todas las mujeres europeas dispongan de una unidad multidisciplinaria y especializada de mama de alta calidad. Se aconsejó incluir estas unidades en hospitales regionales con una población de referencia de 250.000-300.000 habitantes, y en estrecha colaboración con los programas de cribado⁹. En la tabla 1 se exponen las principales recomendaciones de esta guía, que ha sido bien aceptada en Europa y ha influido en la creación de unidades multidisciplinarias de mama en diversos países¹⁰.

En la segunda conferencia sobre cáncer de mama celebrada en Bruselas (EBCC 2), se demandó un proceso de acreditación para las unidades de mama implementadas, con el fin de que pacientes y profesionales pudiesen identificar unidades de mama de calidad¹¹.

En las siguientes conferencias europeas sobre cáncer de mama (EBCC 3 y 4) se insistió en la importancia de unidades multidisciplinarias de mama acreditadas, lo cual recibió el apoyo del parlamento europeo^{12,13}. Actualmente, la acreditación de estas unidades es voluntaria. Posteriormente, EUSOMA ha realizado recomendaciones y guías específicas en aspectos concretos relacionados con el cáncer de mama, como diagnóstico, tratamiento local de tumor primario, manejo de pacientes de riesgo y reconstrucción, tratamiento endocrino y radioterapia¹⁴⁻¹⁹.

Tabla 1 Recomendaciones de EUSOMA (Sociedad Europea de Mastología) para unidades multidisciplinarias de mama**Número crítico**

Al menos 150 casos nuevos por año

Protocolo escrito

Para el diagnóstico, el tratamiento del cáncer y su seguimiento

Base de datos propia

Gestor de casos

Reuniones multidisciplinarias

Periodicidad semanal, para discusión de casos

Tiempos

Primera consulta: 10 días

Comunicación diagnóstico: antes de 5 días laborables

Comienzo del tratamiento: 4 semanas desde el diagnóstico definitivo

Profesionales

Director/ coordinador

Cirujanos: al menos dos, con 50 intervenciones por año y cirujano, con experiencia en reconstrucción mamaria y cirugía oncológica

Radiólogos: al menos dos, con infraestructura necesaria para el diagnóstico

Técnicos de radiología (TER): especializados en la realización de mamografías

Patólogo

Oncólogo médico

Oncólogo radioterapeuta

Enfermeras: con experiencia en cuidados específicos para patología mamaria

Genetista clínico

Fisioterapeuta

Información a pacientes

Oral y escrita sobre opciones de diagnóstico y tratamiento

Consultas

Aproximadamente 30 pacientes nuevas a la semana

Orientación diagnóstica multidisciplinaria en la primera visita

Afección benigna

Tratamiento del cáncer de mama en todos sus estadios

Soporte psicológico

Consulta de riesgo genético

Cuidados paliativos

Tabla 2 Recomendaciones de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria (SESPM) para acreditar unidades de mama

Unidad de mama independiente con capacidad de autogestión

Antigüedad al menos de 3 años

Equipo multidisciplinario con todas las disciplinas.

Reuniones periódicas

Formación acreditada continuada de todos los especialistas

Protocolo de diagnóstico, tratamiento y seguimiento actualizado

Atención sanitaria: afección benigna, prevención, diagnóstico temprano y estudios genéticos

Ofrecer servicios de soporte a las pacientes

Disponer de una base de datos propia

Información a pacientes: sobre ensayos clínicos y nuevas opciones de tratamiento

Registro de la actividad asistencial de 3 años

Ser miembros de la SESP (al menos 1 miembro por cada especialidad)

organizada por la SESP y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con el objetivo de compartir experiencias e impulsar la acreditación de éstas.

Procesos asistenciales, planes integrales de oncología

En España la mayoría de las comunidades han trabajado en planes integrales y procesos asistenciales para la atención de pacientes con cáncer, donde se plantea el abordaje multidisciplinario y la coordinación de profesionales implicados. Si bien estos planes y procesos han sido muy parecidos en todas las comunidades, en el trabajo realizado en este sentido nos centraremos en Andalucía, donde hemos colaborado con la Consejería de Salud en la elaboración de un documento de referencia para el cáncer de mama, y en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba en su implantación²¹.

La gestión por procesos asistenciales es una de las estrategias del primer plan de calidad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Hay dos características importantes que se deben tener en cuenta en esta estrategia: a) por una parte, centrar las actuaciones en el paciente, teniendo en cuenta sus expectativas, y b) por otra, implicar a los profesionales en la organización de la asistencia sanitaria.

El Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Mama (PAICM) ha sido uno de los primeros procesos elaborados por esta Consejería, dada la frecuencia y la trascendencia de la enfermedad. En él han intervenido profesionales de la comunidad con actividad destacada en los distintos ámbitos del diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama. El Plan Integral Oncológico de Andalucía (PIOA) recomendó la implantación de este proceso en todos los centros de la comunidad en los cuales se atendiese el cáncer de mama.

Desde su publicación inicial en el año 2002, se han publicado ya dos actualizaciones del PAICM, la última en 2011. Esta

Recomendaciones de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria

En España, la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria (SESPM) ofrece un programa de acreditación para unidades de mama multidisciplinarias. Su comité de acreditación ha establecido los requisitos a cumplir por las unidades para acreditarse, los especialistas que deben integrarla, los servicios a proporcionar y las obligaciones que se deben cumplir por las unidades de mama acreditadas. En la tabla 2 se exponen los principales requisitos de la SESP para la acreditación de unidades de mama²⁰.

En marzo de 2012 se tuvo lugar en Madrid la primera reunión de coordinadores de unidades de patología mamaria,

última versión se ha simplificado, se ha actualizado incorporando los cambios introducidos en los últimos años relacionados con esta enfermedad y la experiencia de los distintos centros, y ha desarrollado aspectos importantes, como la seguridad del paciente, la información de pacientes, la hoja de ruta para la paciente, la evidencia en la que se basan sus recomendaciones, las competencias de los profesionales que intervienen, los cuidados de enfermería, etc. En aspectos asistenciales destaca la inclusión del manejo de pacientes con riesgo incrementado de cáncer de mama.

Los apartados que incluyen esta última versión son:

1. **Introducción.** En la que se realiza una breve descripción de la situación actual del cáncer de mama, la justificación de elaborar un proceso asistencial integrado sobre esta enfermedad, nuevos aspectos incluidos y la metodología utilizada en él.

2. **Definición.** Este apartado incluye la definición funcional del proceso, los límites de entrada y salida de éste y los límites marginales.

Funcionalmente, el proceso se define como el “conjunto de actividades preventivas, diagnósticas, terapéuticas, de seguimiento y cuidados, destinadas al manejo integral de personas que presentan signos/ síntomas clínicos o hallazgos en pruebas diagnósticas con técnicas de imagen sospechosas de malignidad, o en las que se detecta incremento del riesgo para cáncer de mama, procedentes de cualquier ámbito de actuación: atención primaria (AP), atención hospitalaria (AH) y/o del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama (PDPCM)”.

Los límites de entrada serán, por tanto, personas con síntomas clínicos de sospecha, con hallazgos en pruebas de imagen sospechosos para malignidad (BIRADS 3, 4 y 5), o personas en las que se detecta riesgo incrementado para cáncer de mama.

Los límites finales pueden ser: a) cáncer, en cuyo caso la paciente continúa en el proceso; b) no cáncer, sin factores de riesgo, en cuyo caso la paciente será dada de alta, recomendándose la participación en el PDPCM si su edad se encuentra comprendida entre los 50 y los 69 años, y c) ausencia de cáncer con factores de riesgo para cáncer de mama, en cuyo caso debe seguir seguimiento específico.

Se consideran límites marginales los tumores de mama no epiteliales, tumores metastásicos en la mama o cánceres de mama en los que no procede tratamiento oncológico activo.

3. **Expectativas.** Uno de los aspectos más relevantes de los procesos asistenciales integrados es conocer las expectativas y necesidades de pacientes, respondiendo a ellas. Se han explorado estas expectativas utilizando diferentes fuentes primarias de información, los resultados de las encuestas de satisfacción, los motivos más frecuentes de sugerencias y reclamaciones, grupos focales, información de la escuela de pacientes, etc.

Estas expectativas se han tenido en cuenta en la descripción de las actividades y sus características de calidad.

4. **Descripción general del proceso.** En un diagrama se incluye una descripción general del proceso siguiendo el recorrido del paciente, y representando gráficamente (quién), el ámbito de actuación (dónde), la actividad que realiza (qué), sus características de calidad (cómo), y la secuencia lógica

de actividades (cuándo). Existe una descripción del proceso específica para pacientes (hoja de ruta del paciente).

5. **Componentes:** profesionales, actividades, características de calidad. Este es un apartado amplio en el que se describen de manera secuencial y en forma de tablas las actividades del proceso, los profesionales que las realizan y sus características de calidad.

Al describir las actividades, se han considerado e integrado todos los elementos y las dimensiones de la calidad: la efectividad clínica; la seguridad del paciente señalando los potenciales puntos críticos; la información, señalando momentos especiales del proceso para informar a pacientes y familiares; los cuidados de enfermería, así como las recomendaciones del grupo de expertos.

6. **Competencias del equipo de profesionales.** Teniendo en cuenta las actividades que se deben realizar, y sus características de calidad, se señalan las competencias que deben estar presentes en los distintos profesionales implicados.

7. **Recursos y unidades de soporte.** Se especifican recursos y servicios de soporte necesarios para cumplir los objetivos del proceso, así como sus características.

8. **Representación gráfica.** Representación específica del proceso mediante diagramas de flujo, donde se permite desglosar las actividades en el quién, dónde, qué, cómo y cuándo. Incluye un diagrama global del proceso y varios específicos donde se van desglosando las actividades. Estos diagramas permiten visualizar la amplitud real del proceso. También, mediante marcas específicas, incluyen los puntos importantes para la seguridad del paciente y para la información de pacientes o familiares.

9. **Indicadores.** Incluye diferentes indicadores con valores de referencia para controlar la calidad de la asistencia prestada. Para la elección de estos indicadores se han tomado como partida los propuestos por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 2006 para la evaluación de la práctica asistencial oncológica en el cáncer de mama²².

10. **Anexos.** Dentro de los anexos se incluyen documentos elaborados por el grupo de referencia del proceso o por los diferentes centros de la comunidad, de gran ayuda en la atención de estas pacientes, como: hoja de ruta específica para la paciente; formato normalizado para la solicitud de pruebas de imagen; recomendaciones específicas para informar estudios de imagen de mama; la nueva clasificación TNM para el cáncer de mama, protocolo elaborado por el grupo de expertos para tratamiento del cáncer de mama en los diferentes estadios; recomendaciones para la prevención y el tratamiento del linfedema; seguimiento específico para pacientes con riesgo alto para cáncer de mama; cuidados de enfermería; herramientas que facilitan la participación de la paciente en la toma de decisiones, etc.

Requisitos de una unidad de mama

En este apartado se comentan los requisitos más relevantes para una unidad multidisciplinaria de mama, la mayoría de ellos propuestos por las diferentes sociedades científicas e instituciones (tablas 1 y 2).

Volumen

Para EUSOMA, es un requisito indispensable que la unidad tenga al menos 150 casos nuevos de cáncer de mama cada

año. El tratamiento primario debe realizarse en la unidad, y los tratamientos adyuvantes deben basarse en las recomendaciones del comité multidisciplinario.

El motivo de exigir un número mínimo de casos es garantizar una experiencia mínima en los profesionales del equipo y hacer que la unidad sea coste-efectiva. Sin embargo, para la SESPM no hay un número de casos recomendado, aunque reconoce que a mayor volumen, mayor nivel de especialización de sus profesionales.

Si bien este requisito puede ser una limitación para centros que pueden cumplir el resto de recomendaciones, debemos tener en cuenta que para garantizar el mantenimiento de las habilidades en determinadas técnicas —como la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC)—, se recomiendan al menos 50 casos por profesional cada año. Por otra parte, una unidad de mama exige contar con una dotación determinada en profesionales, estructura, equipamiento, etc., y estos recursos deben rentabilizarse atendiendo a un volumen importante de pacientes.

Profesionales

Tanto EUSOMA, como SESPM, en sus recomendaciones y requisitos para organizar y acreditar una unidad de mama, incluyen una relación de los profesionales con los cuales debe contar la unidad.

La ventaja de la implicación de un grupo de profesionales de distinta formación y áreas de conocimiento es garantizar la respuesta a todos los aspectos relacionados con la enfermedad y expectativas de la paciente.

Ambas sociedades coinciden en que las unidades especializadas de mama deben incluir cirujanos o ginecólogos dedicados a la cirugía mamaria; cirujanos plásticos o cirujanos con experiencia en reconstrucción mamaria y cirugía oncológica; radiólogos; técnicos especializados en realizar mamografías; oncólogos médicos, oncólogos radioterapeutas, enfermeras especialmente dedicadas a cuidados relacionados con el cáncer de mama y psicólogo especializado. EUSOMA considera obligatorio que la unidad cuente, además, con un genetista clínico y con fisioterapeutas especializados en la prevención y el tratamiento del linfedema.

Dada la inclusión de la BSGC como alternativa a la linfadenectomía axilar en el tratamiento de pacientes con cáncer de mama, la unidad debe contar con médicos nucleares validados en la técnica.

Se recomienda además que los profesionales tengan una dedicación, si no exclusiva, especialmente dedicada a la patología mamaria, con formación y experiencia específica, y que participen en las reuniones periódicas de la unidad para discutir los casos.

Si el centro o la unidad no dispone de alguno de estos especialistas —como oncólogo médico o radioterapeuta o cirujano plástico—, debe contar con un centro de referencia para ello.

Uno de los profesionales debe ser el coordinador o el director de la unidad.

Los profesionales de AP, si bien no forman parte de la propia unidad de mama especializada, sí deben conocer sus flujos de pacientes, los criterios y la forma de derivación, y participar en el seguimiento de determinados grupos de pacientes. Por lo tanto, deben estar coordinados con los profesionales de su unidad de mama de referencia.

Estructura

La unidad debe contar con un espacio físico o estructura que permita la relación, la coordinación y el trabajo en equipo de los profesionales implicados. Se ha demostrado que la proximidad física garantiza el trabajo en equipo y la comunicación de los profesionales, y hace posible la intervención de distintos profesionales en la misma visita de la paciente (acto único).

Cartera de servicios

La cartera de servicios de la unidad debe permitir: la prevención de la enfermedad; el diagnóstico y la estadificación de las pacientes; la atención de patología mamaria benigna; el tratamiento integral del cáncer de mama en estadios iniciales y avanzados, teniendo en cuenta todas sus facetas; el seguimiento de las pacientes, el apoyo psicológico y la educación sanitaria.

Los programas poblacionales de cribado deben depender de la unidad o estar en íntima relación con ella. De hecho, cada unidad de cribado debe contar con una unidad de mama especializada de referencia, y se recomienda que determinados profesionales, como los radiólogos, tengan experiencia y participen tanto en unidades de cribado, como en unidades especializadas de mama.

Protocolo

Es aconsejable que la unidad cuente por escrito con un protocolo basado en la evidencia científica disponible, que contemple todas las actuaciones de la unidad. Todos los miembros de la unidad deben participar en su elaboración. El protocolo debe actualizarse de forma periódica, y debe ser la base para las decisiones que debe tomar el equipo multidisciplinario.

El protocolo debe incluir aspectos diagnósticos, de tratamiento de cáncer de mama en todos sus estadios, de seguimiento de pacientes intervenidas de cáncer de mama, de criterios para consejo genético, de seguimiento específico para pacientes con incremento del riesgo para cáncer de mama, indicaciones para mastectomía profiláctica, etc.

Reuniones multidisciplinarias

Se recomienda que las unidades tengan reuniones periódicas para discutir los casos. Para éstas suele proponerse una periodicidad semanal. Se recomienda que asistan todos los profesionales implicados, y que se comenten los casos de diagnóstico nuevo percutáneo y aquéllos en los cuales deba decidirse su tratamiento inicial.

Estas reuniones son una buena oportunidad para mejorar el conocimiento de los profesionales en campos diferentes de su especialidad y conseguir una visión global del cáncer de mama.

Circuito de pacientes

Los circuitos o flujos de pacientes y de información constituyen uno de los aspectos más importantes para conseguir una atención fluida en enfermedades en las cuales intervienen múltiples profesionales. De hecho, las demoras en la atención o los procesos diagnósticos largos han sido problemas frecuentes detectados en la atención de pacientes con patología mamaria.

Previamente al establecimiento de circuitos, deben tenerse en cuenta una serie de consideraciones:

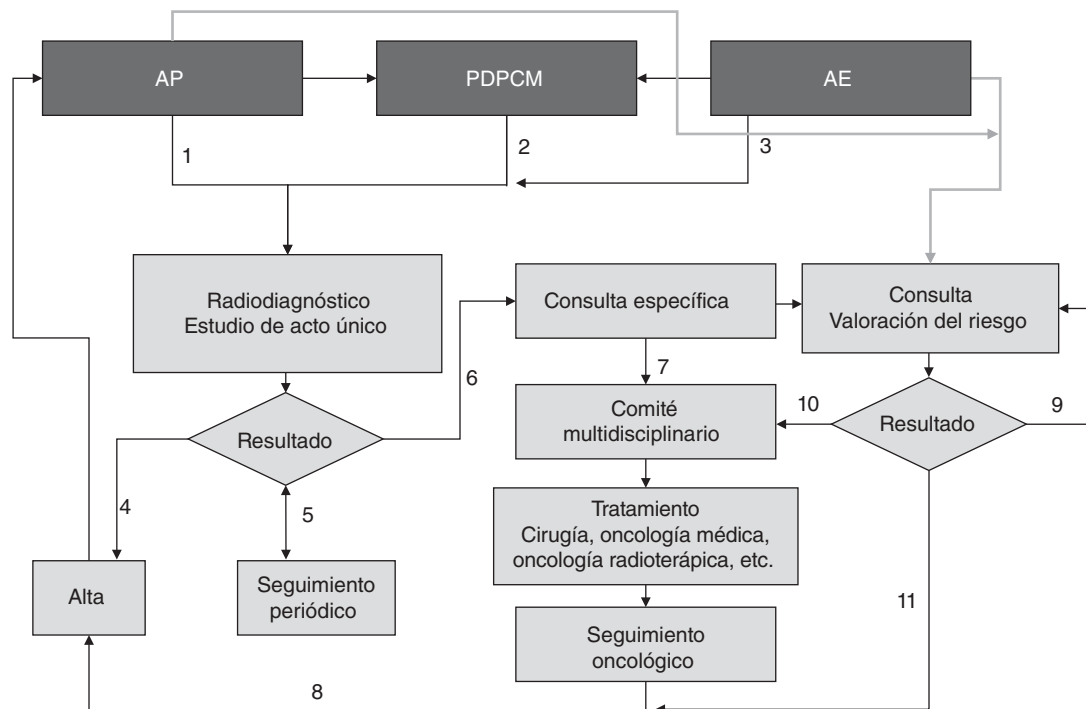


Figura 1 Resumen circuitos de pacientes. Unidad de Mama del Hospital Universitario Reina Sofía, recomendaciones del Programa de Atención Integral de Cáncer de Mama (PAICM).

Los recuadros claros representan actuaciones en la propia unidad de mama y los oscuros, actuaciones fuera de la unidad, coordinadas con ella.

Se contempla la entrada directa en radiodiagnóstico para pacientes con signos/ síntomas o hallazgos en pruebas de imagen sospechosos para malignidad procedentes de atención primaria (AP;1) o de atención especializada (AE;3), y de pacientes derivadas desde el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama (PDPCM) con hallazgos en pruebas de imagen sospechosos (2).

Una vez que la paciente es estudiada en radiodiagnóstico, será dada de alta y derivada a AP o PDPCM si no se detectan alteraciones o se detectan lesiones benignas (4); desde radiodiagnóstico se gestionarán directamente los seguimientos periódicos por la imagen si se detectan lesiones probablemente benignas (5), y se pasarán a consulta específica de mama si se ha diagnosticado una lesión maligna, ante la necesidad de biopsia quirúrgica o casos especiales (6).

Las pacientes en las cuales se ha detectado una lesión maligna son valoradas en el comité multidisciplinario para decidir el tratamiento (7). Una vez realizado el tratamiento por los servicios correspondientes, la paciente será controlada por los servicios de oncología de la unidad. Las pacientes diagnosticadas y tratadas de carcinoma de mama con bajo riesgo de recidiva son derivadas a AP para su seguimiento (8).

Las líneas naranjas representan la posibilidad de derivación para valoración del riesgo a una consulta especializada, tanto desde AP, como desde AE. En esta consulta se valora el riesgo de las pacientes para cáncer de mama y se seleccionan las pacientes candidatas de consejo genético. Tras su valoración, si la paciente tiene un riesgo alto, será controlada en esta consulta según protocolo específico del centro (9). Se pasarán para su discusión al comité multidisciplinario las pacientes en las que se plantee cirugía profiláctica (10), y serán derivadas a AP/ PDPCM las pacientes en las que se detecte riesgo moderado para cáncer de mama (11).

- Deben contemplar todos los contextos clínicos o situaciones que generan atención sanitaria en la patología mamaria: cribado poblacional, pacientes derivadas desde el cribado para pruebas complementarias, pacientes con signos/ síntomas de sospecha para cáncer de mama, pacientes con riesgo incrementado para cáncer de mama. Todas estas situaciones serían los límites de entrada.
- En pacientes con cáncer deben conseguir un tratamiento ágil, integral y con continuidad en la asistencia.
- Deben permitir una atención fluida, sin “cuellos de botella”. Especialmente, deben permitir una atención ágil de pacientes con signos y/o síntomas de sospecha para cáncer de mama.
- Debe contemplar las posibles salidas y el manejo de éstas.

- Debe permitir un equilibrio entre entradas y salidas. Debe estar bien definido qué pacientes deben permanecer en la unidad y durante cuánto tiempo. De lo contrario, no se podrá prestar atención adecuada a las pacientes que permanecen en la unidad por estar saturada.

EUSOMA recomienda que las pacientes que consulten por sintomatología mamaria sean atendidas con fluidez en la unidad de mama por un facultativo, que a ser posible realice todas las pruebas en una única visita.

En la figura 1 se recogen de forma global los circuitos de pacientes establecidos en nuestra unidad, siguiendo como referencia las propuestas del grupo de referencia del PAICM³.

En esta figura podemos apreciar que, en nuestro centro, la unidad diagnóstica se convierte en la puerta de entrada a la unidad para pacientes derivadas de cualquier nivel asistencial que presenten signos o síntomas sospechosos para malignidad, o para hallazgos sospechosos para malignidad en pruebas de imagen realizadas en el cribado o en otro centro.

Asimismo, se propone el trabajo en "acto único" en la unidad diagnóstica, es decir, el mismo radiólogo realiza de forma secuencial e integrada, y a ser posible el mismo día, todas las pruebas que considera oportunas para llegar a un diagnóstico definitivo de la paciente (mamografía, ecografía, biopsia percutánea, resonancia de mama, etc.), con un informe único.

La posibilidad de solicitar pruebas de imagen desde AP en casos de sospecha, unido al diagnóstico en "acto único" en radiodiagnóstico, permite una atención ágil y un diagnóstico rápido en pacientes con probable cáncer de mama. Esta vía de derivación ha evitado pasos que no aportan valor y que alargan el proceso diagnóstico.

Cabe destacar el papel de los facultativos de AP en este sentido, ya que son muy accesibles para sus pacientes y desempeñan un papel muy importante en este proceso en el que, hoy por hoy, la precocidad en el diagnóstico es clave para un desenlace favorable de la enfermedad. Por este motivo, deben coordinarse con el resto de profesionales de la unidad de mama.

En nuestro centro, a medida que empezamos a trabajar con este circuito, fuimos conscientes del papel tan importante de la AP, y nos hemos apoyado en ellos para responder a otros contextos, como captación de pacientes con riesgo aumentado, seguimiento de pacientes con riesgo moderado, o seguimiento de pacientes diagnosticadas y tratadas de cáncer de mama y dadas de alta en oncología. Esto nos ha permitido descongestionar la propia unidad de mama, y que la paciente vea a su médico referente de AP implicado en su propio proceso, con lo que así se mejora la continuidad en la asistencia.

Los hallazgos detectados en las pruebas de imagen realizadas son los que deciden el manejo posterior de la paciente. En nuestra unidad, sólo pasamos a consulta de mama especializada a pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, pacientes con riesgo alto para cáncer de mama, pacientes con indicación de biopsia quirúrgica o casos especiales.

Las pacientes en las cuales no se detecta anormalidad, se detectan lesiones benignas, o se detecta aumento moderado del riesgo para cáncer de mama, son dadas de alta y derivadas a AP para su seguimiento. Si la paciente cumple estos requisitos, pero se encuentra dentro de la población diana de nuestro PDPCM, son derivadas a éste.

En pacientes con lesiones mamarias probablemente benignas, sus seguimientos se gestionan directamente desde radiodiagnóstico.

Otro aspecto de gran utilidad en nuestra unidad fue el establecimiento de una consulta específica para valorar el riesgo y el seguimiento de pacientes con riesgo alto para cáncer de mama. Esta consulta la realiza una ginecóloga integrada en el equipo quirúrgico de la unidad. En ella se valora el riesgo individualizado de las pacientes atendidas, se le proponen medidas de profilaxis y seguimiento adecua-

das a éste para la paciente y los familiares, y se selecciona a las pacientes candidatas de consejo genético. En esta consulta sólo permanecen para seguimiento específico las pacientes con riesgo alto para cáncer de mama. Las pacientes con riesgo habitual o moderado son derivadas a AP para su seguimiento.

Información a pacientes

La información a pacientes y familiares es un elemento nuclear en el PAICM. Debe aportarse información básica y comprensible, adaptada a la paciente, que le permitan no sólo estar informada, sino también participar de forma activa en los puntos donde haya alternativas.

En la última edición del PAICM, se han incluido marcas en todos los puntos donde se considera importante la información a pacientes y familiares. También se ha trabajado en la elaboración de herramientas que faciliten la toma de decisiones por la paciente; en concreto, se ha elaborado una herramienta que permite a pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en estadio inicial elegir entre tratamiento conservador o mastectomía²⁴.

Este es un tema en el que nos queda mucho por hacer. Si queremos responder a las expectativas de la paciente, necesitamos conocer cómo la paciente vive la enfermedad, cuáles son sus miedos, sus preferencias, sus valores y, sobre todo: ¿cómo estamos seguros de que el mejor tratamiento que elige un equipo multidisciplinario es el mejor tratamiento para una paciente concreta?

En este sentido, es clave el papel del profesional que habla con la paciente y le transmite la decisión o las decisiones del equipo multidisciplinario, ya que en las reuniones multidisciplinarias se proponen las diferentes alternativas para cada caso concreto con sus ventajas e inconvenientes. El profesional que lo traslada a la paciente, con independencia de su especialidad, debe tener una visión global y ser capaz de transmitir las opiniones de todo el equipo con el fin de que la paciente pueda elegir una decisión basada en sus preferencias.

EUSOMA recomienda que, si bien cada profesional debe aportar información puntual en cada momento relacionada con sus actuaciones, un único profesional debe transmitir la decisión tomada por el equipo multidisciplinario. Asimismo, se recomienda contar con espacio físico adecuado para facilitar información y contar con apoyo psicológico para situaciones especiales.

Base de datos/auditoría

La unidad debe contar con una base de datos donde se incluya a todas las pacientes tratadas en ella, con el fin de poder realizar auditorías. Éste es un requisito tanto para EUSOMA, como para SESPM.

Dado que es necesario incluir datos que afectan a diferentes especialidades, se recomienda contar con un *data manager* o gestor de casos que asegure la inclusión de todos los datos necesarios: procedencia de la paciente (cribado poblacional, cribado oportunista, síntomas, etc.), diagnóstico, resultado patológico, tratamiento inicial y evolución.

Indicadores

Las diferentes sociedades científicas e instituciones proponen una serie de indicadores, con valores de referencia,

que permitan realizar el seguimiento de los resultados de forma periódica, conocer la evolución de la unidad y los aspectos en los cuales es necesario mejorar.

EUSOMA y SESPM proponen unos indicadores mínimos para conseguir la acreditación de la unidad. Los indicadores incluidos en el PAICM, elaborado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, se basan en los indicadores propuestos por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el 2006 para evaluar la práctica asistencial oncológica²².

Los resultados de estos indicadores deben discutirse con el equipo multidisciplinario de forma periódica, con el fin de analizar los posibles problemas y proponer mejoras.

La utilización de indicadores comunes permite la comparación entre distintas unidades.

Plan de comunicación

Un aspecto importante que se debe tener en cuenta en equipos en los cuales participan múltiples profesionales de diferentes especialidades, centros o niveles, es asegurar de forma permanente que se comparte la información necesaria. En este sentido, se debe contar con un plan de comunicación que permita que cualquier cambio introducido sea conocido por las profesiones, que se conozcan los resultados de la unidad, que los profesionales tengan *feed-back* de sus actuaciones, que se difundan los protocolos, etc.

Las reuniones periódicas de los profesionales implicados, con independencia de las reuniones semanales para discusión de casos, son clave para compartir información, detectar problemas y proponer soluciones a ellos.

Aspectos organizativos

Realmente, trabajar en equipos multidisciplinarios en los que participan profesionales de distintos perfiles, niveles y especialidades, ha supuesto un gran esfuerzo organizativo y un reto para las organizaciones sanitarias. El trabajo en estos equipos exige un abordaje transversal, frente a la organización clásicamente vertical de nuestros centros sanitarios.

Ha sido necesario romper barreras entre AP y AE, entre médicos y personal de enfermería, entre diferentes especialidades, etc.

La recomendación de una dedicación exclusiva o especialmente orientada a la patología mamaria, así como de ubicación próxima con otros profesionales implicados en la mama, también ha supuesto un reto para servicios verticales. Ha sido necesario planificar los cambios organizativos de forma cuidadosa para que no se vean como "una amenaza" y ello suponga un impedimento al trabajo en equipos multidisciplinarios. Los buenos resultados obtenidos por estos equipos multidisciplinarios han sido los que han avalado y dado solidez a esta forma de trabajo.

En este sentido, el tratamiento de la patología mamaria ha supuesto un ejemplo para otras enfermedades por la forma como se puede mejorar la atención sanitaria con formación y dedicación específica, trabajando en equipo, con objetivos comunes, y de hecho el modelo ha sido copiado para otros procesos.

La experiencia adquirida nos permite y anima a seguir avanzando, y ya no sólo rompemos barreras entre servicios,

perfiles o niveles, sino que en algunos casos lo hacemos entre centros separados entre sí, y actualmente el trabajo cooperativo entre centros o las unidades multidisciplinares de mama multicéntricas ya son una realidad en varios hospitales de España.

Verdaderamente, las unidades de mama que incluyen múltiples centros son una solución para solventar algunos de los requisitos de una unidad de mama que de otra forma no serían posibles o no serían eficientes. Como ejemplo, podríamos citar el hecho de compartir tecnología más sofisticada que no podría estar en todos los centros o compartir especialistas. Por otra parte, nos permite conseguir de forma global un número suficiente de casos para mantener la experiencia de determinados profesionales, y lo que es más importante, nos permite compartir conocimiento.

Otro aspecto que se debe tener en cuenta es la dependencia de la unidad de mama. Algunas sociedades recomiendan que la unidad tenga un presupuesto independiente. En otros casos, la unidad es funcional y sus componentes dependen de los servicios de procedencia.

La experiencia de los últimos años también nos ha ayudado en este sentido y nos ha obligado a ser imaginativos para que estas unidades sean compatibles con otras estrategias de gestión, como unidades de gestión clínica, etc. En nuestra comunidad, donde la forma de organización de los centros sanitarios es a través de unidades de gestión clínica, hay algunas unidades multidisciplinares de mama organizadas como una única unidad de gestión clínica, con presupuesto y objetivos específicos, y otras unidades multidisciplinares de mama donde los objetivos son compartidos por diferentes unidades de gestión clínica implicadas en la patología mamaria. Ambas soluciones han demostrado una mejora continua de los resultados obtenidos.

Discusión: más allá de las unidades de mama

Las unidades multidisciplinares de mama se han extendido en los últimos años en Europa y en España, mejorando de forma importante la atención de pacientes con cáncer de mama.

Con independencia de la aportación en infraestructuras, dotación tecnológica y otros recursos, el cambio verdadero en la asistencia sanitaria relacionada con el cáncer de mama ha sido el cambio de filosofía de los profesionales implicados, como consecuencia de trabajar en equipos multidisciplinarios, y de implicarse en la organización de la asistencia sanitaria. Ello nos ha permitido tener una visión global de la enfermedad, ser imaginativos, plantear soluciones a problemas concretos, y ser conscientes de que en gran parte las cosas dependen de nosotros.

Sin duda, han sido muy valiosos e indispensables los requisitos y las referencias que determinadas sociedades e instituciones nos han proporcionado para organizar nuestras unidades de mama. Ahora tenemos experiencia en el tratamiento de la patología mamaria en las unidades multidisciplinares, hemos trabajado diferentes formas de organización y soluciones para responder a requisitos concretos de éstas, e incluso hemos aprovechado esta estructura para otros proyectos más complejos. En este sentido, podríamos citar la elaboración de programas específicos de seguridad,

el trabajo en grupos cooperativos multicéntricos, estudios de investigación multicéntricos, etc.

Por tanto, es el momento de que esta experiencia se comparta y sirva para completar y mejorar las recomendaciones sobre cómo organizar una unidad de mama y, con independencia de requisitos u objetivos a cumplir, se puedan aportar diferentes estrategias, fórmulas o herramientas de cómo conseguirlos.

Y sobre todo, es el momento de que trabajemos en otras cosas que nos permiten las unidades de mama.

Conclusiones

Las unidades de mama han permitido mejorar la atención de pacientes con patología mamaria, responder a las expectativas de pacientes, así como de profesionales, y, por tanto, mejorar su satisfacción, pero esto es sólo el comienzo de un largo recorrido.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. A Policy Framework for Commissioning Cancer Services: a report by expert advisory group on cancer to the chief Medical Officers of England and Wales. Department of Health Publication; 1995.
2. Richards MA, Baum M, Dowsett M, et al. Provision of breast services in UK; the advantages of specialist breast units. Report of a Working Party of the British Breast Groups. Breast Supplement; 1994.
3. Sibberting M, Watkins R, Winstanley, Patnick J, editors. Quality assurance guidelines for surgeons in breast cancer screening. 4th ed. NHSBSP Publication; March 2009. N.º 20.
4. Association of Breast Surgery at BASO. Surgical Guidelines for the management of breast cancer. EJSO (en prensa).
5. Guidance for Purchasers. Improving Outcomes in Breast Cancer – The Manual. NHS Executive Publication; 1996.
6. Blichert-Toft M, Smola MG, Cataliotti L, O'Higgins N. Principles and guidelines for surgeons management of symptomatic breast cancer. Eur Surg Oncol. 1997;23:101-9.
7. Perry N, Broeders M, De Wolf C, Törnberg S, Holland R, Von Karsa L. European Guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. 4th ed. European Commission; 2006.
8. Cataliotti L, Costa A, Daly PA, Fallowfield L, Freilich G, Holmberg L, et al. Florence Statement on breast cancer, 1998. Forging the way ahead for more research on and better care in breast cancer. Eur J Cancer. 1999;35:14-5.
9. Eusoma The requirement of a specialist breast unit. Eur J Cancer. 2000;36:2288-93.
10. Merck B, Cansado P, Fernández Frías A, Rodríguez Lescure A, Costa D, Lacueva FJ, et al. Aplicación de los criterios EUSOMA en las unidades funcionales de mama de los países miembros de la unión europea. Cir Esp. 2005;77:65-9.
11. Ficcari M, Blamey R, Buchanan M, Cataliotti L, Costa A, Quzick J, et al. Brussels Statement on Breast Cancer. Eur J Cancer. 2001;37:1335-7.
12. Jassem J, Buchanan M, Jänicke F, Baum M, Cataliotti L, Kyriakides S, et al. The Hamburg statement: the partnership driving the European agenda on breast cancer. Eur J Cancer. 2004;40:1810-1.
13. CJ C 68 E (18.03.2004), p.611
14. Perry N. Multidisciplinary aspects of quality assurance in the diagnosis of breast disease. Eusoma. En: European Guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. 4th ed. European Commission; 2006.
15. Rutgers EJTh, for the Eusoma Consensus Group. Quality Control in the loco-regional treatment of breast cancer. En: European Guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. 4th ed. European Commission; 2006.
16. Petit JY, Greco M, on behalf of Eusoma. Quality Control in prophylactic mastectomy for women at high risk of breast cancer. Eur J Cancer. 2002;38:23-6.
17. Blamey R. Endocrine Therapy of breast cancer. Eusoma. Eur J Cancer. 2002;38:615-34.
18. Kurtz J, for the Eusoma Working Party. The curative role of radiotherapy in the treatment of operable breast cancer. Eur J Cancer. 2002;38:1961-74.
19. Lakhani SR, Audretsch W, Cleton-Jensen AM, Cutuli B, Ellis I, Eusebi V, et al. The management of lobular carcinoma in situ (LCIS). Is LCIS the same as ductal carcinoma in situ (DCIS)? Eur J Cancer. 2006;42:2205-11.
20. Disponible en: <http://www.sespm.es/secciones/acreditación/solicitar>.
21. Acebal Blanco M, Alba Conejo E, Álvarez Benito M, et al. Proceso asistencial integrado cáncer de mama. 3.ª ed. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2011.
22. Desarrollo de indicadores de proceso y resultado y evaluación de la práctica asistencial oncológica. Informa de evaluación de tecnologías sanitarias. AATRM 2006/ 02. Ministerio de Sanidad y Consumo.
23. Álvarez Benito M, García Ortega MJ, Cara García M. Organización de una Unidad de Radiología de Mama. Radiología. 2010;52:36-40.
24. Acebal Blanco M, Álvarez Benito M, Dueñas B, et al. Alternativas de tratamiento para el cáncer de mama ¿Qué opción prefiero? Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla, 2006.