

Evaluación del proceso asistencial del cáncer de mama en el año 2004 en un distrito sanitario

D. Almagro^a, F. Palomares^b, M.J. Cabrera^c y A. Alonso^d

^aTécnico de Salud de Epidemiología y Programas. Distrito Metropolitano de Granada. Granada. España.

^bMédico de Familia. Centro de Salud de Fuente Vaqueros. Fuente Vaqueros. Granada. España.

^cDirectora de Salud del Distrito Metropolitano de Granada. Granada. España.

^dDirector Gerente del Distrito Metropolitano de Granada. Granada. España.

INTRODUCCIÓN. El modelo de gestión por procesos, implantado en Andalucía en el año 2001, incluye el proceso asistencial de cáncer de mama. Los objetivos del presente estudio son analizar el grado de implantación de dicho proceso en el año 2004, describir los antecedentes familiares, personales y de enfermedad actual, analizar el grado de cumplimentación del documento de solicitud de estudio de imagen (DSEI) y comparar el diagnóstico de presunción y certeza de las pacientes derivadas al hospital.

PACIENTES Y MÉTODOS. Se realiza un estudio descriptivo de 517 DSEI procedentes de 18 zonas. Se analiza la tasa de solicitudes por zonas básicas de salud, el grado de cumplimentación en el DSEI de las 20 variables que lo integran, los antecedentes o enfermedad actual y la concordancia entre Atención Primaria y especializada.

RESULTADOS. Las tasas de solicitud oscilaron entre 0,22 y 12,11 por 1.000 mujeres. Sólo en 38 casos (6,4%) se consideró que estaba bien cumplimentado el DSEI. El mayor número de DSEI se cumplimentaron entre los 40 y 49 años (45%). El 30% de las mujeres tenían antecedentes familiares. La presencia de un nódulo fue el motivo de consulta más solicitado (48,6%). Fueron derivadas a los hospitales 172 mujeres (33,26%), de las 122 estudiadas 16 (10,67%) fueron diagnosticadas de nódulos benignos y 12 casos (8%), como mamas patológicas.

CONCLUSIONES. Desigual implantación del proceso. El estudio es más solicitado entre los 30-40 años y en los casos con antecedentes familiares de riesgo. La tumoración mamaria y el dolor referido son los motivos de consulta más frecuentes. La concordancia entre Atención Primaria y especializada está entre la encontrada en la bibliografía.

Palabras clave: procesos asistenciales, cáncer de mama, Atención Primaria, atención especializada.

INTRODUCTION. The model for care management processes implanted in Andalusia since 2001 includes the care management process for breast cancer. This study has aimed to analyze the degree of implementation of this process in the year 2004, describing the family and personal backgrounds, and current disease, analyzing the degree in which the application document for the imaging study (ADIS) was filled out, and comparing the diagnostic presumption and certainty of the patients referred to the hospital.

PATIENTS AND METHODS. We conducted a descriptive study of 517 ADIS from 18 areas. The rate of applications for Basic Health Zone, degree in which the 20 variables of the ADIS were filled out, the backgrounds or current disease and agreement between the primary and specialized care.

RESULTS. The application rates ranged between 0.22 and 12, 11 per 1000 women. It was considered that the ADIS was well filled out in only 38 (6.4%). The largest numbers of ADIS were between 40 and 49 years (45%). A total of 30% of the women had a family background. The presence of a nodule was the most common reason for consultation (48.6%). A total of 172 women (33.26%) were referred to the hospital. Of the 122 studied, 16 (10.67%) were diagnosed with benign nodules and 12 cases (8%) has breast conditions.

CONCLUSIONS. The implantation of the process is unequal. There is increased application between 30-40 years and with those having a family background of risk. The breast tumor and pain reported are the most common reasons for consultation. The agreement between primary and specialized care coincides with that found in the literature.

Key words: care processes, breast cancer, Primary Care, specialized care.

Correspondencia: D. Almagro Nievas.
Distrito Metropolitano de Granada.
Plaza Clara Campoamor, 45.
18008 Granada. España
Correo electrónico: diego.almagro.ssa@juntadeandalucia.es

Recibido el 18-01-2008; aceptado para su publicación el 30-12-2008.

INTRODUCCIÓN

En España, durante el año 2001, el cáncer fue la primera causa de muerte (32,5% de todas las defunciones)¹. Sin tener en cuenta la edad, el tipo de cáncer más frecuente en la mujer fue el cáncer de mama (CM), seguido del colorrectal². La incidencia en España del CM se situó entre 50,9 casos por cada 100.000 mujeres³ y su mortalidad va descendiendo a un ritmo del 1,4% anual gracias a la detección precoz y a los avances terapéuticos⁴.

El Plan de Oncología de Andalucía⁵ aborda, con carácter integral, la situación del cáncer, y plantea una estrategia global de intervención en aspectos de prevención, diagnóstico precoz, atención sanitaria, cuidados paliativos, formación profesional e investigación clínica.

En Andalucía, se seleccionó el CM como uno de los 20 primeros problemas de salud cuya atención pudiese mejorar desde la óptica de la gestión por procesos⁶. Este novedoso modelo de gestión tiene a la prevención y al diagnóstico precoz como pilares básicos para el abordaje integral del cáncer con una atención específica que facilita la continuidad asistencial entre niveles⁷.

Dentro de las normas de calidad que competen a la Atención Primaria está la implantación del documento de solicitud de estudios de imagen (DSEI) como modelo de documento a utilizar por cualquier facultativo que en su práctica pueda detectar signos o síntomas de patología mamaria (Anexo 1). Los criterios de inclusión en el proceso de CM (Anexo 2) son mujeres con síntomas/signos de patología mamaria, hallazgos en pruebas diagnósticas con técnica de imagen sospechosa de malignidad y con antecedentes familiares de CM. Las mujeres entre 50-65 años están incluidas dentro de un subproceso de cribado de CM, y si no tienen motivos de consulta se exploran cada dos años.

Durante todo el año 2004, se implantó el DSEI en todas las zonas básicas de salud (ZBS) del distrito metropolitano de Granada con la peculiaridad de que tenían que pasar un "filtro" en distrito a efectos de cumplir las premisas de utilización del mismo (indicación pertinente, correcta cumplimentación, etc.).

Los objetivos de este estudio, referidos al año 2004, fueron: analizar el grado de implantación del proceso del CM por ZBS, describir los antecedentes familiares de CM, personales y de enfermedad actual, que llevaron al médico de familia a incluir a su paciente en el flujograma del proceso de CM, analizar el grado de cumplimentación del DSEI por ZBS y realizar un análisis comparativo del diagnóstico de presunción (médico de familia) y diagnóstico de certeza tras el estudio completo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los DSEI que se estudiaron fueron 592 cumplimentados por los 193 médicos de familia. Representaron un 4,98% de todas las mujeres mayores de 14 años residentes en el distrito metropolitano de Granada (11.874 en el padrón de 2006) y que acudieron durante el año 2004 a su médico de familia por presentar síntomas/signos clínicos de

sospecha o seguimiento por antecedentes familiares o personales de CM. El distrito consta de 18 ZBS.

Se procedió a informatizar todos los DSEI cumplimentados en una base de datos Excel 2000 y su posterior análisis descriptivo con SPSS vs 12.

Las variables de estudio fueron: ZBS, edad, antecedentes familiares y personales, tratamiento hormonal sustitutivo (THS), cáncer de ovario, cáncer de endometrio, CM, mamografía previa, punción, variables derivadas de la enfermedad actual (fecha de inicio de síntomas, nódulo, alteraciones en el pezón, estado de piel, mastalgia no cíclica y patología infeccioso-inflamatoria de la piel). Si el DSEI estaba bien cumplimentado en todas las variables, se daba por completo teniendo en cuenta también que en el apartado de observaciones se podían ampliar datos clínicos de la paciente y, si faltaban señalizaciones, se daba por incompleto. No se han tenido en cuenta para esta clasificación aquellos que no tenían indicación para la solicitud, su indicación era como cribado o había sido anulado. Para el último objetivo, se procedió al análisis de las historias clínicas facilitadas por el Servicio de Radiología del Hospital Universitario San Cecilio de Granada, revisando los informes donde constan los resultados diagnósticos de las pruebas realizadas (mamografías, ecografías, punción y estudio anatomopatológico) a las mujeres que se derivaban al hospital para completar el estudio. En el Hospital Universitario Virgen de las Nieves, se analizaron directamente los informes clínicos elaborados por los radiólogos de los resultados obtenidos en las pruebas realizadas. La variable de certeza se categorizó como normal (no confirmada la patología sospechada en Atención Primaria y, por tanto, ausencia de enfermedad), nódulo benigno (se confirmó la presencia del nódulo de naturaleza y características de benignidad), patología (presencia y confirmación de mama patológica por estudio mamográfico, ecográfico y/o histológico) y no estudiado (aquellos casos de mujeres que no acudieron a la cita y por tanto no fueron estudiados).

En el análisis de datos se presentó la tasa de petición de DSEI y por el total de mujeres mayores de 14 años en cada ZBS, proporción de peticiones por grupos y edad media, proporción de antecedentes y tipo de riesgo (moderado o alto) y resto de variables como porcentajes. Se realizó un estudio observacional transversal.

RESULTADOS

En la figura 1 se representan las peticiones por tasas y ZBS. Las tasas más elevadas se dieron en Albolote (12,11 casos por 1.000 mujeres) y las más bajas en Peligros (0,22 casos por 1.000 mujeres). En la tabla 1 se observan las peticiones del DSEI por grupos de edad. El grupo de mayor solicitud se dio entre mujeres de 40 y 49 años con un 45%, seguido del grupo de menores de 35 años con un 17,6% (edad mínima de 15 años) y mayores de 65 con un 12,7% (edad máxima de 94 años).

Los motivos por antecedentes familiares se representan en la tabla 2. Si tenemos en cuenta que cuando el motivo era desconocido es que no existen los antecedentes, podemos decir que el 30% de las mujeres tenía antecedentes

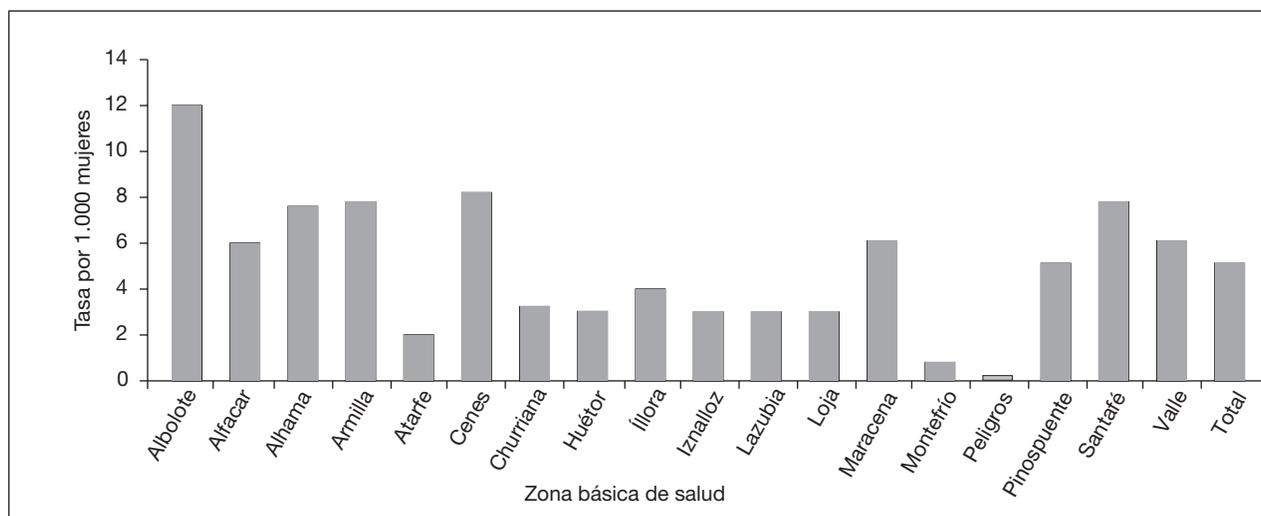


Figura 1. Tasa de petición de solicitudes del estudio de imagen por mujeres en edad fértil y mayores de 64 años durante el año 2004.

Tabla 1. Petición de solicitud del estudio de imagen por mujeres en edad fértil y mayores de 64 años durante el año 2004

Grupos de edad	Número	%
Menores de 35	104	17,6
35-39	87	14,7
40-49	266	44,9
50-65	60	10,1
Mayores de 65	75	12,7
Total	592	100

Tabla 3. Antecedentes de haber tenido tratamiento hormonal sustitutivo en forma de parches o por vía oral

Antecedentes de THS	Número	%
Sí	31	5,2
No	404	68,2
Desconocidos	157	26,5
Total	592	100

THS: tratamiento hormonal sustitutivo.

Tabla 2. Los motivos de antecedentes familiares para la solicitud del estudio de imagen

Antecedentes familiares	Número	%
Sí	177	29,9
No	340	57,4
Desconocidos	75	12,7
Total	592	100

familiares. Dentro de las mujeres que tenían antecedentes se encontró un riesgo moderado en un 78,2% y elevado en un 21,8%.

Un 5% tenía antecedentes personales de THS en forma de parches o por vía oral (tabla 3).

El número de mujeres que acudió por tener antecedentes de cáncer de ovario fue sólo de 2, otras 2 presentaban antecedentes de cáncer de endometrio y 14 (2,4) habían tenido ya CM.

Las peticiones previas de mamografía fueron importantes; pues un 45,8% se realizaron con anterioridad esta prueba. Un 54,2% realizó por primera vez la solicitud del estudio.

De las que se realizaron mamografía, 32 (5,4%) precisaron punción previa al DSEI actual para determinar si había o no CM.

En cuanto a los motivos de enfermedad actual que llevaron a cumplimentar el DSEI se describen a continuación. La presencia de un nódulo fue con mucho el motivo de consulta más solicitado, con un 48,6% (288/592) (intervalo de confianza [IC] del 95% 44,53; 52,76). Dentro de éste, su localización en la mama derecha fue la más frecuente con un 53,1%, frente a un 42% en la izquierda y un 4,9% en ambas mamas. La retracción del pezón fue descrita en sólo 21 casos (3,5%) (IC del 95% 1,97; 5,12). La secreción por el pezón fue señalada en 25 mujeres (4,2%) (IC del 95% 1,05; 3,67). No se analizó ni la mama ni el tipo de secreción. La presencia de ulceraciones o erosiones del pezón sólo fue señalada en 14 mujeres (2,4%). Se observaron alteraciones en la piel en 5 casos (0,8%). Después de la presencia de algún bulto como signo de cumplimentación del DSEI, la segunda causa fue la presencia de mastalgia no cíclica con un 37,7% (223/592) (IC del 95% 33,68; 41,66). La patología infecciosa sólo fue detectada en 7 mujeres (1,2%). No se notificó la presencia de adenopatías axilares. Todos estos son síntomas y signos a estudiar para la detección precoz de CM. Posiblemente haya otros factores de riesgo que están descritos en la bibliografía y no se han recogido en el DSEI.

En la tabla 4 se representa el nivel de cumplimentación del DSEI. Sólo en 38 casos (6,4%) se consideró que estaban con todas las casillas marcadas. Por ZBS, las que me-

Tabla 4. Nivel de cumplimentación de la solicitud del estudio de imagen

Nivel de cumplimentación	Número	%
Completa	38	6,4
Cribado	60	10,1
Desconocida	2	0,3
Incompleta	449	75,8
No indicada	41	6,9
Nula	2	0,3
Total	592	100

nos tuvieron los DSEI completos fueron: Alhama de Granada, Cenes de la Vega, el Valle de Lecrín, Churriana de la Vega y la Zubia y los que más fueron Maracena, Albolote, Huétor Tajar y Santa Fe.

De las que deberían haber estado en cribado (60) destacan los bajos antecedentes familiares (18,3%) en relación con el total (30%) y la subida de los antecedentes de THS (del 5,2 al 10%) y haberse realizado mamografías con anterioridad (del 45,8 al 75%). Las peticiones de estudio por la presencia de un nódulo o mastalgia no cíclica fueron prácticamente igual que el resto (43,3 y 36,7%, respectivamente).

En esta fase del estudio fueron derivadas a los hospitales 172 mujeres, de las cuales 22 no se prestaron a la prueba (12,79%). En 122 estudiadas (81,33%) el diagnóstico fue de mamas normales; 16 de ellas (10,67%) fueron diagnosticadas de nódulos benignos y 12 casos (8%) fueron tipificadas como mamas patológicas. Por grupos de edad, una mujer (58 años) estaba dentro de la edad del cribado, 4 eran menores de 50 años y el resto mayores de 65.

DISCUSIÓN

Con la utilización en todas las ZBS del DSEI podemos aventurar que fue aceptada la implantación del proceso, pero con una gran variabilidad en función de las tasas encontradas. Realizar un seguimiento de su utilidad en los años posteriores sería de suma importancia para comparar su rentabilidad frente al cuestionado cribado⁸. En el caso de las 60 mujeres que fueron vistas dentro de la edad de cribado, desconocemos si estaban o no captadas o acudieron por presentar algún motivo de consulta entre los dos años de intervalo.

El encontrar el mayor número de mujeres entre los dos extremos de edad del cribado nos puede indicar que si la efectividad del programa de detección precoz es alta se tendrían que ampliar los grupos de edad. Otra cosa es que la misma pueda cuestionarse como lo hacen otros autores⁹.

Alrededor del 50% de las mujeres que desarrollan CM tienen antecedentes de factores de riesgo, y en su mayoría son no modificables¹⁰. Los antecedentes familiares encontrados en nuestro estudio estaban dentro del intervalo que nos da la bibliografía¹¹. El hecho de estar en el intervalo más alto puede ser debido a que nuestra población no fue representativa. La edad es el factor de riesgo más importante. Los casos que fueron confirmados lo hicieron en mujeres mayores, lo que confirma que se incrementa después de la meno-

pausia¹². La administración de hormonas exógenas como THS es considerada como factor de riesgo, y está directamente relacionado con el tiempo de consumo. De todos los factores de riesgo encontrados en la bibliografía, la toma de anticonceptivos es muy debatida y controvertida; no existe evidencia de que esté relacionado con el CM. Cuando hay otro tipo de cánceres, por ejemplo de ovario o de endometrio, también hay mayor riesgo. Las mujeres que han sido tratadas de un tumor primario de mama tienen un riesgo de desarrollar un segundo CM cinco veces superior. Es evidente que el hecho de haberse realizado una mamografía anterior significa que la paciente ya había sido estudiada por cualquier otra vía, y esto se convierte en un motivo para volver a revisar su proceso, pese a ser con toda seguridad benigno. Se tendría que haber analizado cuántas de las mujeres presentaron asociados varios antecedentes de riesgo y plantear un modelo de riesgo para las mujeres estudiadas en nuestro distrito.

La tumoración mamaria y el dolor referido a la mama son los motivos de consulta más frecuentes en patología mamaria, siendo este último más común en las mujeres jóvenes. La detección de un nódulo en la mama es el principal síntoma por el que la mujer acude a su médico de familia, aunque la mayoría de las veces es benigno¹³. Este hecho coincidió con lo encontrado en nuestro estudio. Aunque se diferencié el dolor, hay que hablar de mastalgia como la expresión del síndrome de dolor mamario, mientras que mastodinia se utiliza para referirnos al dolor de origen mamario funcional. Lo que sí se intentó fue incluir (como indica el proceso) todo aquel dolor que fuese por mastalgia no cíclica. En la mastalgia premenstrual (cíclica), que suele estar presente en entre un 40-50% de mujeres en edad fértil, la mamografía es poco eficaz como método diagnóstico¹³.

El porcentaje de casos de secreción por el pezón como motivo de la consulta encontrados (4,2%) se acercó al recogido en la bibliografía. Telorrea, derrame o secreción anómala por el pezón se denomina a la presencia de una secreción mamaria anormal espontánea o a la expresión fuera del periodo de embarazo o lactancia. Su frecuencia es del 3-10% de las consultas médicas por patología mamaria, coincidiendo con nuestros datos. La mayoría son debidas a lesiones benignas. Algunos tipos de derrame puede indicar la existencia de un cáncer subyacente antes de que sea patente la tumoración, pero sólo un 2% (10-15% si la telorrea es espontánea, unilateral y uniorificial) de las mujeres con CM presentaron este síntoma.

El motivo de consulta más frecuente de la patología mamaria es la aparición de una tumoración. La mayoría es descubierta por la mujer muchas veces de forma accidental en la autoexploración o cuando tiene molestias glandulares y se explora. En ocasiones se detecta tras el cribado. El CM es una enfermedad poco sintomática en sus inicios. Ante una paciente que presenta uno o varios nódulos mamaros, la base fundamental para el abordaje inicial está en la realización de una adecuada historia clínica: anamnesis y exploración física (número, localización, tamaño tumoral, forma del tumor, consistencia, delimitación, movili-

dad, aparición premenstrual y modificaciones con el ciclo y otros síntomas acompañantes).

La inversión del pezón no tiene significación patológica si es elástica y puede vencerse con las maniobras realizadas durante la exploración. En presencia de cáncer, el pezón está fijo y no puede ser evertido.

La retracción del pezón es común y suele deberse a lesiones benignas. Sin embargo, la aparición de la misma en una mujer que siempre ha tenido un pezón normal tiene que hacernos pensar en una posible lesión maligna, por lo que procede realizar un estudio exhaustivo.

Las alteraciones cutáneas más frecuentes en la mama son las de origen embriológico, malformativo y hormonal, alteración por agentes físicos, patomimias, zooparasitarias (sarna), infecciones (micóticas, bacterianas, víricas), tumores de la piel mamaria y otras alteraciones de consultas dermatológicas. Todas deben investigarse.

En cuanto a la cumplimentación del DSEI, habría que tener en cuenta las dificultades para rellenarlo. A favor de cumplimentar todas las casillas estaría el bajo número de solicitudes que se realizan por profesional a lo largo del año. Se dio como resultado desconocido cuando no se marcó la casilla correspondiente, pero se interpretó como que no tenía los factores de riesgo. Hay diferencias profesionales importantes que podrían hablar del trabajo realizado por el responsable del proceso. Si esas 99 solicitudes se hubieran canalizado por otra vía, el proceso habría ganado en eficiencia.

Estimamos como punto débil del trabajo el escaso número de mujeres estudiadas. No obstante, al realizarse la implantación del proceso durante el año del estudio, estos resultados pueden permitir realizar una comparación con los años siguientes.

En otros estudios se ha observado una tasa de no estudiadas respecto al número de citadas de un 46,21%, muy por encima de los datos de este estudio¹³. Asimismo, puede considerarse óptima la participación de nuestras mujeres si se compara con la de otras descritas en la literatura (72,1% en Bélgica; 65,1% en Portugal; 50,3% en Francia; 48,6% en Grecia; 41,1% en Italia; 38,5% en Irlanda; y 15,4% en Navarra)¹⁴. Nuestra tasa de participación puede considerarse altamente satisfactoria, ya que suele fijarse como meta alcanzar un mínimo de participación en torno al 75% (87,21% en nuestro caso).

En otro estudio, pero con mayor grado de filtración por parte de atención especializada, tuvieron una tasa de participación del 72,2% y fueron diagnosticadas 14 mujeres de neoplasias malignas, lo que supone una tasa de detección de 5,46 por 1.000 mujeres¹⁵. En nuestro caso, la detección de patología fue mucho más elevada (8%). También con un programa de intervención activa para la captación obtuvieron una tasa de participación del 72,78%, aunque no hace referencia a resultados diagnósticos¹⁶.

Otra dificultad de nuestro estudio es que hemos encontrado pocos trabajos con la metodología y objetivos aquí planteados, lo que impide una comparación más amplia de los resultados del mismo. Esto nos sugiere la necesidad de, en un futuro inmediato, seguir analizando y estudian-

do un número mayor de casos para observar si se sigue observando una correlación similar.

Como conclusión podemos decir que hubo una desigual implantación del proceso. Se produjo una mayor solicitud entre los 30-40 años de edad y en mujeres con antecedentes familiares de riesgo. La tumoración mamaria y el dolor referido fueron los motivos de consulta más frecuentes. La concordancia entre Atención Primaria y especializada es similar a la encontrada en la bibliografía.

AGRADECIMIENTOS

A los doctores D. José Luis García Espona y D. Andrés Busquet y su personal administrativo por su amabilidad y diligencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Carlos III. Mortalidad. España y Comunidades Autónomas. Año 2001. Disponible en: <http://cne.isciii.es/htdocs/mortal/mortal2001/web01.htm>
2. Asociación Española Contra el Cáncer. Información sobre el Cáncer. Año 2007. Disponible en: <http://www.todocancer.com/ESP/Informacion+Cancer/Canceres+por+localizaciones/>
3. Asociación Española Contra el Cáncer. El cáncer de mama en cifras. Año 2007. Disponible en: <http://www.muchoxvivir.org/index.jsp?seccion=37>
4. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Carlos III. Mortalidad por cáncer y otras causas. Tendencia temporal. Año 2001. Disponible en: <http://193.146.50.130/morta/xls.php>
5. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Plan Oncológico de Andalucía. Año 2007. Disponible en: http://www.csalud.junta-andalucia.es/principal/documentos.asp?pagina=Plan_Integral_Oncologia
6. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. I Plan de Calidad. Consejería de Salud. Año 2002. Disponible en: <http://www.csalud.junta-andalucia.es>
7. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Cáncer de mama: diagnóstico precoz del cáncer de mama: procesos asistenciales integrados. Año 2005. Disponible en: <http://www.csalud.junta-andalucia.es/procesos/procesos.asp>
8. Segura A. Inducción sanitaria de los programas de cribado. Impacto y consecuencias. Aspectos éticos. *Gac Sanit.* 2006;20Suppl:188-95.
9. Cesáreo J, Peral A, Flores L, Burón JL. Cáncer de mama diagnosticado mediante un programa de detección precoz. ¿Difiere del diagnosticado en el marco asistencial habitual? *Med Clin (Barc).* 2007;128(1):18-20.
10. Cameselle JF, Cortizo ME, López A, Gómez M, Pousa L, Serna A. Prevención del cáncer de mama en Atención Primaria. Formación Continuada. *Aten Primaria.* 2000;26(6):419-27.
11. Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU. y los Institutos Nacionales de Salud MedlinePlus. Cáncer de mama. Año 2007. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000913.htm>
12. Instituto Nacional sobre el Cáncer. Institutos Nacionales de Salud de EE. UU. Información general sobre el Cáncer de mama. Disponible en: Año 2007. <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno>
13. Casamitjana M. Diagnóstico precoz. Campañas de detección. Papel de la Atención Primaria. *Jano.* 1999;1284:49-54.
14. Instituto Nacional de Salud. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Área de estudios. Documentación y Coordinación Normativa. Plan integral de atención a la mujer. Madrid: INS; 1998.
15. Fernández JM, López C, Ponomar E, Olmo T. Relación de la atención primaria con la especializada en un programa de detección precoz del cáncer de mama realizado desde un hospital comarcal. *Radiología.* 1998;40(9):599-605.
16. Cervantes A, Blanca FJ, Martín ML, Muñoz F, Khun M, Trigueros E. Evaluación del impacto de la intervención de un equipo de Atención Primaria en la cobertura del programa de detección precoz del cáncer de mama. *Revista Medicina de Familia (Andalucía).* 2000;1:31-5.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

DISTRITO GRANADA Y METROPOLITANO
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO

DOCUMENTO DE SOLICITUD DE ESTUDIO DE IMAGEN (proceso de Ca MAMA)

Solicitante

Facultativo/sello: _____ Servicio/ZBS/UC: _____ Centro _____ nº de Consulta _____

Usuaría

Nombre y apellidos: _____ F. Nacimiento: ___/___/___

DNI _____ NUSS: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Localidad: _____ CP _____

Antecedentes Familiares de Cáncer de Mama * (ver reverso): Sí No **Riesgo:** Moderado Alto

Antecedentes Personales (ver reverso):

1) THS (en forma de parches o por vía oral): Sí No Fecha inicio ___/___/___ Fecha fin ___/___/___

2) Antecedentes de **Cáncer de Ovario**: Sí No , Antecedentes de **Cáncer de Endometrio**: Sí No

3) Antecedentes personales de **Cáncer de Mama**: Sí No ** (ver reverso) Mama D I Fecha ___/___/___

4) Cirugía mamaria previa: Sí No Fecha ___/___/___ Mama D I

Prótesis: Sí No Mama: D I Tipo: silicona salina Localiz.: retroglándular retropectoral

5) Mamografía previa (tanto en sanidad pública como privada): Sí No

Tiempo desde la última mamografía: 6 meses 6-12 meses > 12 meses > 24 meses

¿Realizada en el **Programa de DPC Mama de la Junta**? Sí No Fecha ___/___/___

Unidad de Exploración _____ Resultado de Mamografía _____

6) Punción previa al estudio de imagen: Sí No Resultado _____

Enfermedad Actual : Fecha de inicio de la sintomatología: ___/___/___ Mastalgia no cíclica ***: Mama D I

Secreción por el pezón: Mama D I , un solo poro: Sí No Serohemática: Sí No

Nódulo palpable Sí No Localización**** Mama D I , CSE CSI CIE CII Retroareolar

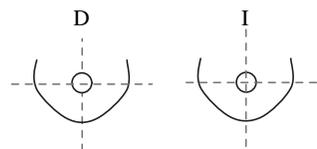
Tamaño en cm: _____ Retracción del pezón: Mama D I

Ulceraciones o erosiones del pezón: Mama D I

Engrosamiento/retracción cutánea/Piel de naranja: Mama D I

Adenopatías Axilares: D I

Patología infeccioso-Inflamatoria: Mama D I Tratamientos efectuados: _____



Observaciones:

* si Ca de mama previo anamnesis sobre Tratamiento (cirugía, quimioterapia, radioterapia...)

Fecha ___/___/___ Firma: _____

Continúa

Continuación anexo 1

- Marcar con una X la casilla correspondiente
- Sin la correcta cumplimentación del documento este será devuelto al médico peticionario

*** Valoración de antecedentes familiares de Cáncer de Mama:**

- **Riesgo moderado.** Se considerará éste grado de riesgo ante la presencia de al menos uno de los siguientes:
 - Familias con tres miembros afectados de Cáncer de Mama (CM) (uno de ellos con relación de primer grado)
 - Familias con dos miembros afectados de CM (en segundo grado) y uno de ellos de edad menor de 60 años o Cáncer de Ovario de cualquier edad.
 - En familiar varón afecto de CM.
 - Un familiar afecto de CM menor de 40 años (primer grado).
 - Un familiar afecto de CM de forma bilateral menor de 60 años (primer grado)
 - Un familiar afecto de CM menor de 40 años (segundo grado y vía paterna)
 - Un familiar afecto de CM y Ovario (segundo grado)
- **Riesgo alto.** Se considerará éste grado de riesgo ante la presencia de al menos uno de los siguientes:
 - Familiares con 2 miembros afectados (en primer grado) y además alguno de los siguientes criterios: CM bilateral, menos de 30 años, Varón, Ambos con menos de 50 años, 2 o más casos de Cáncer de Ovario, 1 caso de CM y otro de Ovario.
 - Familias con tres ó más miembros afectados con CM (2 de ellos en primer grado).

Primer grado de parentesco consanguíneo: Padre, Madre, Hijos/as y Hermanos/as

Segundo grado de parentesco consanguíneo: Tíos/as, Primos/as, Sobrinos/as y Abuelos/as

Antecedentes personales de Cáncer de Mama ** (sólo en caso de ser positivos):

- Se indicará la fecha en la que la paciente fue diagnosticada de Cáncer de Mama...
- Mama D es derecha y Mama I es izquierda
- Se marcará con una X la casilla correspondiente a Radioterapia ó Quimioterapia. Si no ha recibido tratamiento, la casilla se dejará en blanco.
- Tipo de prótesis (de silicona o salina). Localización (retroglandular o retropectoral)

Otros antecedentes personales:

- En el caso de existir riesgo, definir siembre el grado.
- THS equivale a Tratamiento Hormonal Sustitutivo en forma de parches ó por vía oral. Se indicará la fecha de inicio y en su caso de finalización.
- Se indicará la fecha de la última mamografía realizada, ya sea en el ámbito de la Sanidad Pública como en la privada, así como su resultado (normal ó anormal). En caso de anormalidad, si se dispone de información se especificarán los hallazgos mamográficos encontrados y la periodicidad de seguimiento recomendado.
- Se cumplimentará de forma obligada la fecha de inicio de los síntomas. Se marcará con una X los síntomas y signos explorados en el momento actual.

Enfermedad actual:

1. La fecha de inicio de síntomas es imprescindible para poder realizar la priorización
2. *** Mastalgia no cíclica, se refiere al dolor mamario no relacionado en el ciclo menstrual.
3. ****Localización: CSE: cuadrante superior externo; CSI: Cuadrante superior interno; CIE: cuadrante inferior externo; CII: cuadrante inferior interno.

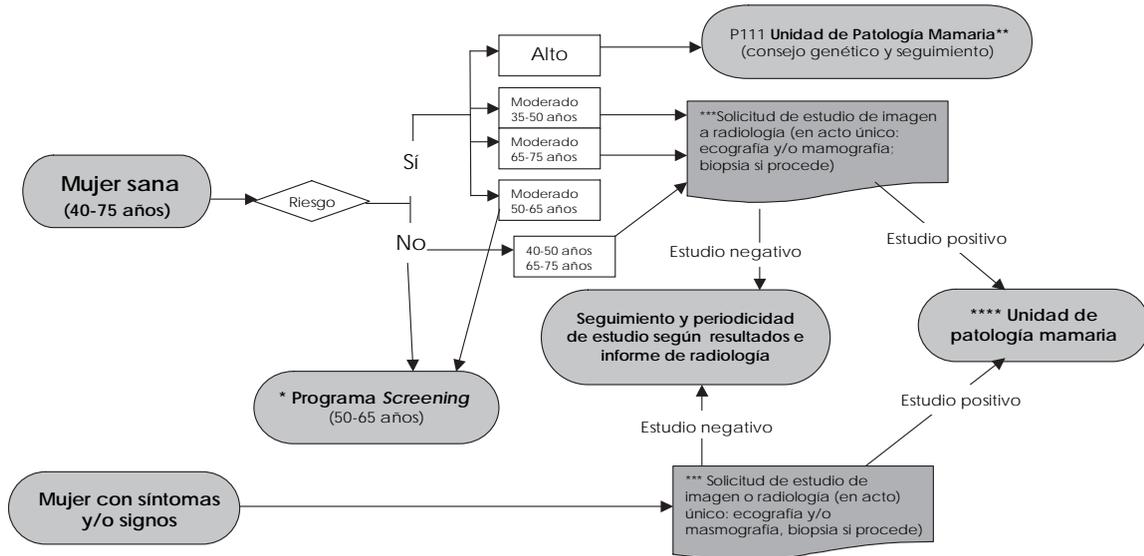


Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Anexo 2

Hospital Universitario S. Cecilio
Distritos Granada y Metropolitano

Flujograma de proceso de cáncer de mama



* En mujeres de entre 50-65 años: información sobre prueba de cribado y captación activa de las que no acuden a control (teléfono, consulta de enfermería, domicilio...).

** Servicio de Cirugía General (a través de distrito).

*** Solicitud en documento específico para estudio de imagen con circuito a través de distrito (AP).

Tras el estudio:

- Si es negativo para cáncer de mama, informe y recomendaciones sobre el seguimiento al facultativo solicitante.
- **** Si es positivo, desde el servicio de radiología se remitirá a la paciente a la unidad de mama, y, a su vez, se emitirá informe al facultativo solicitante.