

ESTRATEGIAS Y PROYECTOS DE ATENCIÓN ONCOLÓGICA EN ARAGÓN

2017



Siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud^{1,2}, para la atención a los problemas de salud que origina las enfermedades oncológicas, las estrategias y proyectos que se están desarrollando integran actuaciones de promoción, prevención, cribado, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Adaptando la oferta de servicios a las características demográficas y territoriales de Aragón al objeto de conjugar accesibilidad a la oferta con la máxima calidad de los servicios.

Las prioridades se han establecido contando con la opinión y conocimiento de los profesionales y siguiendo los criterios de la Estrategia del Cáncer del Sistema Nacional de Salud³, la European Partnership Action Against Cancer⁴ y la iniciativa Cáncer Control in Europe⁵.

1. Epidemiología del cáncer en Aragón

La comparación de frecuencia de cáncer en Aragón con respecto al resto de los registros españoles y europeos es en general intermedia en casi todas las localizaciones

El tumor más frecuente en mujeres es el cáncer de mama seguido del colorrectal y en hombres el cáncer de próstata seguido del de pulmón y colorrectal.

Los tumores que afectan a ambos sexos, se comportan de manera diferente en hombres y mujeres, tanto en incidencia como en mortalidad, presentando, en su mayoría, tasas superiores en hombres.

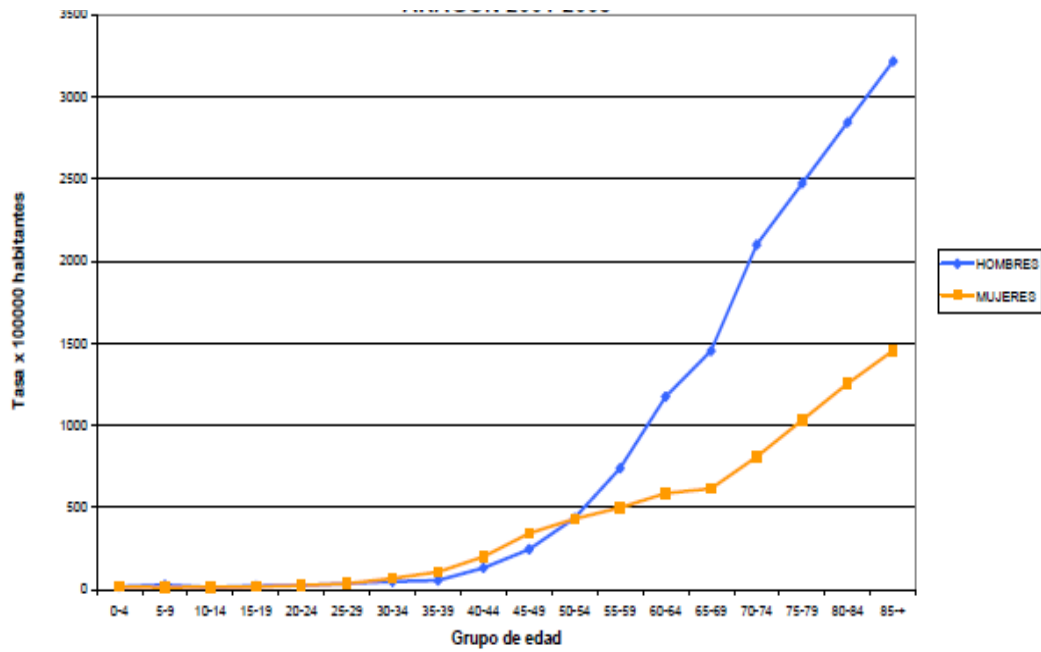
¹ Albreth, T.; Borràs, JM.; Fiona, C.; Dalmás, M.; Federici, A.; Gorgojo, L.; et al. Document: European Guide for Quality National Cancer Control Programmes. Ljubljana: EPAAC 2014.

² National Cancer Control Programmes: Policies and managerial guidelines. Geneve: WHO, 2002.

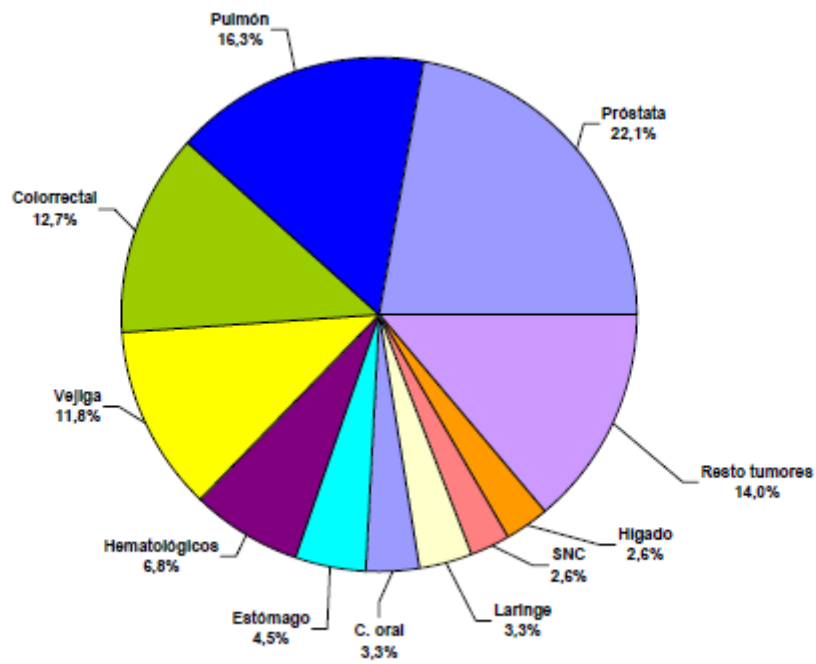
³ Borràs, JM. (Coordinador Científico). Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, 2009.

⁴ www.eppac.eu

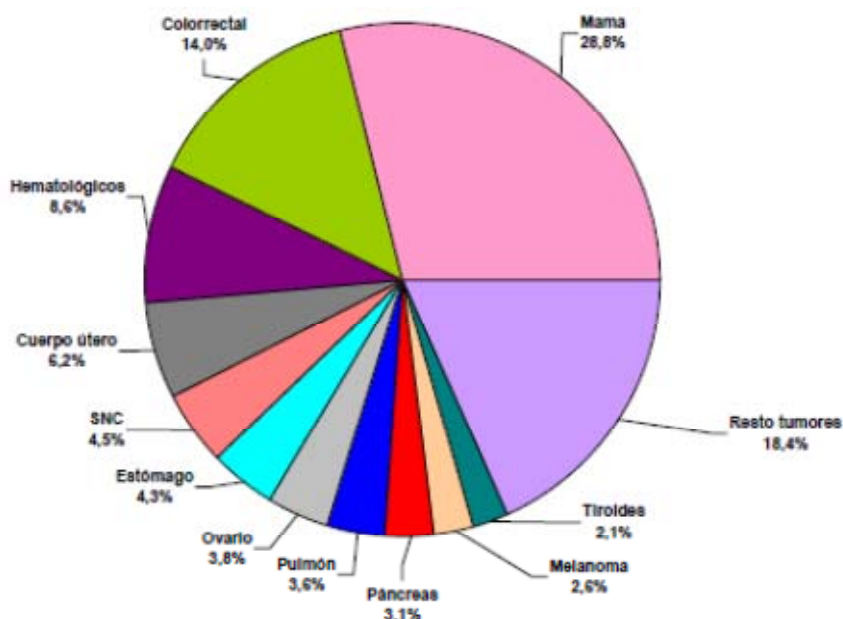
⁵ www.cancon.eu



Incidencia total tumores por edad y sexo (excepto piel no melanoma)



Distribución porcentual del total de tumores (excepto piel no melanoma). Hombres



Distribución porcentual del total de tumores (excepto piel no melanoma). Mujeres

En Aragón, la probabilidad de padecer un cáncer (excepto piel no melanoma) hasta los 64 años es elevada, siendo en las mujeres del 11% y en hombres del 14%. Hasta los 74 años, esta probabilidad aumenta a 17% en las mujeres y hasta un 28% en los hombres. El tumor de más probable aparición en mujeres es el de *mama* y en hombres el de *pulmón*.

En la incidencia por grupos de edad se observan igualmente diferencias. Así en niños **menores de 15 años**, los tumores más frecuentes son los *hematológicos* seguidos de tumores del sistema nervioso central (SNC) y en niñas los del *SNC*, seguidos de los hematológicos.

En jóvenes de 15 a 19 años, la localización más frecuente en ambos sexos es SNC.

En la edad adulta, de 40 a 60 años, en mujeres el tumor más frecuente es el cáncer de *mama* y en hombres el cáncer broncopulmonar.

En los mayores de 70 años, el cáncer de próstata es el más frecuente en los hombres y el cáncer de *mama* en las mujeres.

En Aragón, el cáncer representa la **primera causa de muerte** para los hombres y segunda para el conjunto de los sexos. Además son la **primera causa de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP)** para los hombres y mujeres.

Analizando la **mortalidad**, en hombres, el *cáncer broncopulmonar* es el que presenta la mayor tasa de mortalidad y en mujeres el *cáncer de mama*. Le sigue en ambos sexos el *cáncer colorrectal*. El tumor *broncopulmonar* en hombres, representa la primera causa de APVP y el de *mama* en mujeres.

La **mortalidad** por tumores en Aragón desde 1999 **ha disminuido** en ambos sexos, principalmente la mortalidad por *cáncer de estómago* (localización en la que también disminuía su incidencia), por *cáncer broncopulmonar y de próstata* en hombres y de *mama* en mujeres (desde el año 2005).

2. Actuaciones de promoción y prevención. Código Europeo contra el Cáncer.

Es conocido y suficientemente documentado en la literatura científica la relación entre morbilidad y mortalidad por tumores y la exposición o disposición frente a determinados factores como son el consumo de tabaco o alcohol, alimentación, actividad física o exposición a radiaciones UV.

- **Actividad física.** Un 13,4% de la mortalidad evitable se debe a la inactividad física. Existe una relación directa con las enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, cáncer de mama y cáncer de colon, entre otras.
- **Alimentación.** Existe una desviación hacia una dieta con exceso energético, en una situación declarada como de epidemia de la obesidad, con alto consumo de grasas saturadas, grasas trans, sal y azúcares refinados, así como un consumo mejorable de cereales, verduras, hortalizas y frutas. Hay una relación directa con enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, cáncer de mama, colon y pulmón, insuficiencia renal, etc.
- **Alcohol.** Primera causa de carga de enfermedad en el grupo de 15 a 49 años de edad. Hay relación directa con enfermedades cardiovasculares, cáncer de mama, colon e hígado, cirrosis hepática, lesiones no intencionales, etc.
- **Tabaco.** Representa la primera causa de mortalidad prevenible. Hay relación directa con enfermedad pulmonar, enfermedad cardiovascular, infarto agudo de miocardio, accidentes cerebrovasculares, cáncer de pulmón y de colon, diabetes, etc.

La intervención preventiva eficaz es un potente factor de protección poblacional y por ello las estrategias internacionales, estatales y de Aragón hacen hincapié en este aspecto.

En materia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad los objetivos básicos son la capacitación de las personas para poder mejorar sus habilidades y sus capacidades de elección, todo ello con un enfoque positivo, los llamados activos de salud y la acción pública y administrativa dirigida a que las decisiones, que como ciudadanos hemos de tomar, sean las más fáciles intentando reducir las desigualdades de renta, educación, género, origen, etc.

Los escenarios de intervención, en todos los casos, son compartidos por lo que en estas materias muchas intervenciones se entremezclan y se potencian. Estaríamos hablando de entornos educativo, laboral, población general o sanitario.

En 2015 se publicó la 4ª edición del Código Europeo contra el Cáncer⁶ incluyendo 12 recomendaciones encaminadas a evitar o reducir exposiciones carcinogénicas, asumir comportamientos que reducen el riesgo de cáncer y participar en programas organizados de intervenciones preventivas. Siguiendo estas recomendaciones se recogen las actuaciones y proyectos que se están desarrollando salvo en las recomendaciones 8 y 9 que corresponden al ámbito laboral y medioambiental.

1. No fume. No consuma ningún tipo de tabaco.

2. Haga de su casa un hogar sin humo. Apoye las políticas antitabaco en su lugar de trabajo

Las acciones se estructuran dentro del *Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas*.

- Observatorio de Adicciones, mantiene el sistema de información sobre consumos y hábitos tanto en población juvenil como o general.
- Intervenciones de deshabituación tabáquica en Aragón.

Atención Primaria

La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos.

Unidades Especializadas (CPC, UASA y ONG)

⁶ <http://cancer-code-europe.iarc.fr>

Los Centros de Prevención Comunitaria son recursos pertenecientes a las corporaciones locales que desarrollan funciones que tienen por objeto reducir o evitar el uso y/o abuso de drogas y los problemas asociados a éste, así como promover hábitos de vida saludables, entre ellos, realizan servicio de deshabituación tabáquica. Estos centros juegan un papel de dinamización de procesos, coordinación y desarrollo de las intervenciones que, ligadas al ámbito local (municipal/comarcal) se concretarán en los Planes Locales de Prevención de Drogodependencias y otras Adicciones.

Las Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones (UASAS) son unidades asistenciales especializadas en el tratamiento ambulatorio de los trastornos adictivos por consumo de sustancias. Atienden a pacientes que cumplan criterios de abuso o dependencia de sustancias y que sean mayores de edad. Dentro las actuaciones que realizan una de ellas es la deshabituación tabáquica.

- Control normativo del cumplimiento de la ley del 2015 sobre prevención de tabaquismo.

La intensificación de control llevada a cabo por parte de los inspectores de Salud Pública especialmente desde la entrada en vigor de la Ley 42/2010 de Medidas Sanitarias frente al Tabaquismo en enero de 2011, ha constatado el adecuado cumplimiento de la normativa del tabaco en nuestra Comunidad Autónoma, tal y como ocurre en el resto de España. Así mismo constata la elevada colaboración de la ciudadanía aragonesa tanto en el cumplimiento como en la denuncia de aquellas situaciones en las que se produce alguna infracción.

- Promoción de la salud y prevención escolar del consumo de tabaco.

La educación para la salud busca promover la responsabilidad personal, incorporando conocimientos, actitudes y hábitos saludables y desarrollar la capacidad crítica para tomar las decisiones que faciliten el cuidado de la propia salud y de los demás. Integrar la educación para la salud en el medio educativo es favorecer el crecimiento armónico de la personalidad del alumnado, desarrollando un proceso educativo (*desarrollo de competencias*), socio-cultural (*participación en iniciativas sociales*) y de promoción de la salud (*vivencia de experiencias coherentes con la salud*).

La finalidad de educación para la salud, a través de los recursos educativos disponibles, es acercar aspectos de la vida cotidiana al alumnado y plantear una reflexión y maduración que les permita tomar las decisiones más adecuadas relacionadas con su salud (*alimentación, sociabilidad, sexualidad, consumos de tabaco, alcohol y otras drogas, actividad física, relaciones y emociones, autoestima, autocuidados*), buscando fortalecer la tarea del

profesorado para promover las competencias básicas del alumnado promoviendo su desarrollo personal y social en las dimensiones personal, relacional y ambiental.

Entre los programas que se trabajan en Educación destacamos por estar más relacionadas con la prevención del consumo de tabaco ya que se aborda en todas las actividades relacionadas con hábitos saludables y prevención de adicciones: La Aventura de la Vida, Retomemos, Órdago, Cine y Salud.

Los Centros de Prevención Comunitaria realizan programas específicos y diferentes actuaciones tanto en la escuela como en espacios de ocio alternativo o en momentos puntuales en torno al Día Mundial sin Tabaco dirigidas especialmente a niños y jóvenes.

- Presencia en las redes sociales: blog “Aragón sin humo”, Facebook y Twitter.

La Dirección General de Salud Pública consciente del enorme uso e impacto que las redes sociales tienen en la sociedad actual especialmente entre los jóvenes y adolescentes de nuestra Comunidad Autónoma, ha apostado por tener presencia en facebook, tuenti, twitter y blog “Aragón sin humo”. Todas ellas se pusieron en marcha en junio de 2011

- Convocatoria de Subvenciones. Trabajo con entidades sociales

Se trabaja y financia proyectos de promoción de la salud y prevención de las adicciones de acuerdo con las líneas previstas en el II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras conductas adictivas:

- Proyectos de prevención de las adicciones en el ámbito educativo, comunitario, familiar o laboral.
- Proyectos de prevención selectiva de adicciones dirigidos a adolescentes y jóvenes.
- Proyectos de grupos de ayuda mutua de personas afectadas por conductas adictivas.
- Proyectos dirigidos a reducir los riesgos y los daños ocasionados a la salud de las personas consumidoras de drogas y con problemas de adicciones
- Colaboración con las estrategias realizadas desde los Hospitales Miguel Servet y Lozano Blesa en la difusión de la deshabituación tabáquica e información en los accesos.

3. Mantenga un peso saludable.

4. Haga ejercicio a diario. Límite o tempo que pasa sentado.

5. Coma saludablemente:

Las intervenciones están articuladas de acuerdo a las estrategias siguientes

Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (Estrategia NAOS), que a nivel nacional concreta diferentes actuaciones a desarrollar sobre los factores de la alimentación y la actividad física.

Estrategia de Promoción de Alimentación y Actividad Física Saludables en Aragón 2013-2018, que también concreta actuaciones a desarrollar en la C. A. de Aragón, así como un decálogo de recomendaciones, sobre los factores de la alimentación y la actividad física.

II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Conductas Adictivas 2010-2016, que aborda, entre otros, los factores de consumo de tabaco y alcohol.

Con base en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de la Salud así como en la Estrategia de Promoción de Alimentación y Actividad Física Saludables en Aragón 2013-2018, se establecen diferentes escenarios donde actuar prioritariamente y que son los siguientes:

- Intervenciones en el ámbito Sanitario o sociosanitario.

Se realizan actuaciones de formación y capacitación de profesionales a través de cursos on-line y de guías de intervención específicas, así como programas de actividades comunitarias en colaboración con instituciones principalmente de atención primaria de salud.

- Intervenciones en el espacio educativo.

Existen sucesivos niveles de implicación de los centros educativos en materia de educación y promoción de la salud:

- Todos los centros desarrollan obligatoriamente aspectos de salud en el curriculum educativo.
- En un segundo nivel están los centros que desarrollan a petición propia diferentes programas escolares de salud, ofertados por la Dirección General de Salud Pública.
- En un tercer nivel, se encuentran los centros que adoptan la educación y la promoción de la salud como señas de identidad propia, introduciendo estas materias en su propia organización y siendo acreditados como Escuelas Promotoras de Salud, si cumplen los criterios establecidos, e integrados en la Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud (RAEPS).

- En el más alto nivel está los centros que además desarrollan o están implicados en el desarrollo de otros programas de educación y promoción específicos en la comunidad, integrándose en la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS).

Hay una colaboración permanente entre el Departamento de Sanidad y del Departamento de Educación, Cultura y Deporte, a través de una comisión mixta, por la que se realizan múltiples actividades buscando fortalecer la tarea del profesorado para promover las competencias básicas para el desarrollo personal y social del alumnado en su dimensión personal, relacional y ambiental.

Entre los programas escolares de salud, mas relacionados con este tema cabe destacar los siguientes:

- Dientes sanos. Programa de higiene bucodental (educación primaria).
- Cine y Salud. Expresión de mensajes de estilos de vida saludables a través de formatos audiovisuales (educación secundaria).
- Pantallas sanas. Educación sobre el uso de medios audiovisuales (educación secundaria).
- La aventura de la vida. Aprendizaje de habilidades para la vida y hábitos de vida saludables (educación primaria).
- Otros recursos sobre salud emocional (primaria y secundaria).

Entre las diferentes actividades de sensibilización y formación del profesorado, destacan entre otras las jornadas anuales de la RAEPS y el certamen del programa Cine y Salud, con una alta participación de profesionales y alumnado.

- Control y vigilancia de menús.

En el ámbito educativo se supervisan y vigilan los menús que consumen niños y adolescentes de manera que se garantice el adecuado equilibrio nutricional de acuerdo a cada una de estas etapas vitales.

- Acciones en la comunidad.

Se realizan diferentes actuaciones especialmente con el tejido asociativo (organizaciones, asociaciones, etc.) así como con la propia Administración Local, estableciéndose el nivel comarcal como el más idóneo dada la alta dispersión poblacional existente en la C. A. de Aragón. También se desarrollan actuaciones por parte de instituciones y servicios sanitarios,

sociosanitarios, y de otros tipos. Determinados proyectos desarrollados a nivel comunitario se integran, si cumplen determinados requisitos, en la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS).

Si bien los documentos estratégicos marcan los tres escenarios descritos antes, en la C. A. de Aragón y con base en la Estrategia de Promoción de Alimentación y Actividad Física Saludables en Aragón 2013-2018, se incluyen también como prioritarios los dos siguientes:

- Intervenciones en el ámbito laboral.

La referencia de este escenario es principalmente los profesionales sanitarios de salud laboral de diferentes instituciones y empresas, y las actuaciones se dirigen a la mejora de las condiciones de salud de los puestos de trabajo y las ocupaciones de los trabajadores. Se desarrollan actuaciones en colaboración con servicios de salud laboral y prevención de riesgos laborales.

- Potenciando y colaborando con acciones empresariales responsables.

La referencia es el personal responsable de las propias empresas y las actuaciones se dirigen a la producción para un consumo saludable. Se desarrollan diferentes actuaciones, entre las que desatacan el acuerdo sobre la reducción de la concentración de sal en el pan y en productos cárnicos.

6. Limite consumo de alcohol, lo mejor para la prevención del cáncer es evitar las bebidas alcohólicas.

Muchas de las estrategias están compartidas en puntos ya comentados en el apartado anterior de tabaco y de hecho el marco estratégico de trabajo es el plan de *Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas*.

Son puntos a destacar,

- Sistemas de información

Recogida exhaustiva de información a través de diferentes informes sobre el consumo de alcohol en Aragón tanto en adultos como en jóvenes. Esta información se comparte en el observatorio de adicciones antes citado.

- Deshabitación desde el sistema público.

Atención Primaria

Participación en la Acción 8 del Plan Nacional Sobre Drogas de detección precoz e intervención breve en primaria, que incluye la formación de profesionales de Atención Primaria sobre alcohol y entrevista motivacional. El objetivo es pilotar en Aragón un modelo de buena práctica de intervención en atención primaria.

Unidades Especializadas (CPC, UASA y ONG)

Recordar que los Centros de Prevención Comunitaria son recursos pertenecientes a las corporaciones locales que desarrollan funciones que tienen por objeto reducir o evitar el uso y/o abuso de drogas y los problemas asociados a éste, así como promover hábitos de vida saludables ,entre ellos, realizan servicio de deshabituación frente al alcohol. Estos centros juegan un papel de dinamización de procesos, coordinación y desarrollo de las intervenciones que, ligadas al ámbito local (municipal/comarcal) se concretarán en los Planes Locales de Prevención de Drogodependencias y otras Adicciones.

Las Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones (UASAS) son unidades asistenciales especializadas en el tratamiento ambulatorio de los trastornos adictivos por consumo de sustancias. Atienden a pacientes que cumplan criterios de abuso o dependencia de sustancias y que sean mayores de edad. Dentro las actuaciones que realizan una de ellas es la deshabituación de alcohol.

- Programa “*si vamos de fiesta*” prevención de consumo de alcohol e información dirigida especialmente a jóvenes.
- Iniciativas en centros educativos.

Se comparten con los programas de tabaco citados antes. Volveríamos a citar programas como La Aventura de la Vida, Retomemos, Órdago, Cine y Salud.

Es importante resaltar que más del 80% del alumnado y profesorado participan en estos programas.

- Trabajo con entidades sociales.

Subvenciones y colaboraciones dirigidas a padres y familias que abordan el consumo de alcohol y tabaco, dentro de la convocatoria genera. Novedad la inclusión de subvención para reducción de daños de consumo de alcohol en entornos de ocio, fiestas, macroconciertos... además de para la entidad Dos dedos de frente, este tema se ha trabajado con Cruz Roja Zaragoza.

Participación en actividades formativas con entidades como FARA, el Instituto Aragonés de la Juventud o CCOO.

- Potenciación del trabajo en red.

Actualización de los recursos sobre atención al consumo excesivo de alcohol y de los grupos de ayuda mutua. Difusión de estos recursos entre los profesionales de los ámbitos sanitarios y sociales.

- Colaboraciones en materia de prevención en el marco de proyectos europeos.

Preparación del proyecto POCTEFA *Prevention OH* que irá dirigido a la prevención del consumo de alcohol en población joven y en espacios deportivos como pistas de esquí y en zonas de montaña transfronterizo.

7. Evite la exposición excesiva al sol, sobre todo en niños. Utilice protección solar. No use cabinas de rayos UVA.

- Intervenciones en el ámbito educativo.

La estrategia en este ámbito gira alrededor del programa *Solsano: una protección solar responsable*

Su objetivo es que niños y niñas comprendan los efectos beneficiosos y los efectos perjudiciales del sol en la salud, especialmente en la piel y adquieran hábitos para protegerse de estos últimos como base para la prevención del cáncer de piel y en edad adulta.

Sus destinatarios son el alumnado de Primer y Tercer Ciclo de Primaria e incluye como áreas de trabajo:

- La fotoprotección en la infancia.
- La piel y sus cuidados.
- La radiación ultravioleta y la capa de ozono.
- El medio ambiente y la protección.

El programa ha sido evaluado y se ha mostrado eficaz en la reducción de quemaduras y de exposiciones solares de riesgo.

- Intervenciones en ámbito poblacional y laboral.

Todos los años coincidiendo con el inicio de periodo primavera/verano se establece una estrategia informativa recordando los principios básicos de prevención frente a los rayos solares. Este elemento forma parte de una estrategia más amplia que es el *Plan de prevención*

de la población frente a temperaturas extremas que se activa desde el año 2014 entre junio y septiembre.

10: La lactancia materna reduce el riesgo de cáncer de la mama.

En todos los equipos de atención primaria la matronas ofrecen la asistencia a programas de fomento de la lactancia materna. En algunos de estos programas colaboran entidades sociales que fomentan la lactancia natural.

11 Asegúrese que sus hijos participan en programas de vacunación frente: A la hepatitis B (los bebés), al virus del papiloma humano (VPH) (las niñas).

La Comunidad Autónoma de Aragón, según datos del Ministerio de Sanidad, presenta coberturas superiores a la media del Sistema Nacional de Salud: 96.7% en el caso de la HVB y un 88,3% para el VPH.

12. Participe en programas organizados de cribado de cáncer: Colorrectal (hombres e mujeres), de mama (mujeres), cervicouterino (mujeres).

Programa de detección precoz del cáncer de mama

El programa se inició en 1996 y se extendió a todo el territorio en 1999

Hasta el año 2007 la población objetivo eran las mujeres de 50 a 64 años residentes en Aragón. La estimación de dicha población era de 112.369 mujeres. En el año 2008 se inició la ampliación gradual del grupo de edad a la que va dirigido el programa, siendo el objetivo la incorporación de las mujeres hasta los 69 años, alcanzando la cobertura total durante el año 2012.

La organización y gestión del programa, así como su evaluación se ha realizado siempre siguiendo las recomendaciones de las Guías Europeas para el Control de Calidad del Cribado (European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis).

El PDPCMA está integrado en la Red Española de Programas de Cribado a través de la que se consensuan protocolos de actuación, se realizan evaluaciones conjuntas y estudios de investigación multicéntricos...

Las características actuales del programa son las siguientes:

Población objetivo (PO): Mujeres de 50 a 69 años residentes en Aragón.

Prueba de cribado: Mamografía bilateral en doble proyección, cráneo-caudal y oblicua medio-lateral.

Periodicidad: Bienal.

Objetivo general: reducir la mortalidad por cáncer de mama en las mujeres participantes.

Objetivos específicos:

- Ofrecer a todas las mujeres de 50 a 69 años residentes en Aragón una mamografía gratuita cada 2 años.
- Conseguir una participación de, al menos, un 70% de las mujeres de la PO.
- Facilitar el acceso a medios diagnósticos y terapéuticos en un plazo adecuado a las mujeres participantes en el programa que lo precisen.
- Aumentar las lesiones diagnosticadas en estadios precoces.
- Garantizar una colaboración y coordinación adecuada entre instituciones, hospitales y servicios participantes.
- Asegurar un nivel de calidad óptimo de todos los aspectos del programa, realización e interpretación de mamografías, diagnóstico y tratamiento de los casos...

Las mamografías se realizan en las **cinco unidades de cribado** del programa:

- 3 unidades móviles (una por provincia), dónde se realizan las exploraciones de las mujeres residentes en las zonas de salud rurales. En el caso de Teruel, también se citan las zonas de salud urbanas.
- 2 unidades fijas, ubicadas una en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca (dotada con un mamógrafo usado a tiempo parcial por el programa) y otra en el Hospital Ntra. Sra. De Gracia de Zaragoza (dotada con 3 mamógrafos), dónde se efectúan las exploraciones de las mujeres de las zonas de salud urbanas.

Durante el periodo 1997-2015 la población invitada a participar en Aragón ha sido de 204.094 mujeres (pobl. elegible), emitiéndose 845.582 citas válidas para la realización de la prueba de cribado (una mujer tendrá tantas invitaciones como vueltas haya estado incluida en el programa). Se han realizado 593.358 exploraciones, de las que 122.166 corresponden a mujeres invitadas por primera vez y 471.192 a invitaciones sucesivas. La participación global es

del 70,2%, siendo en 1ª invitación del 60,1% y en invitaciones sucesivas del 73,5%. La participación es un factor fundamental a la hora de maximizar el impacto del programa.

En el año 2015, el número de mujeres citadas ha sido de 76.024 (11.897 en Huesca, 7.669 en Teruel y 56.458 en Zaragoza), realizándose 55.741 exploraciones (Hu: 9.439, Te: 6.421, Zgza: 39.881). La participación global es del 73,3% (Hu: 79,3%, Te: 83,7%, Zgza: 70,6%), superando la referencia establecida en la European guidelines for quality assurance in breast cancer screening⁷ and diagnosis del 70 % para predecir un impacto en mortalidad en la población. Del total de exploraciones, el 3,8% (2.123 mujeres) han requerido alguna prueba de imagen adicional, cifra que ha ido disminuyendo desde el inicio del programa hasta la actualidad, lo que traduce una mejora de calidad del programa y una significativa reducción en los efectos adversos producidos por resultados falso-positivos.

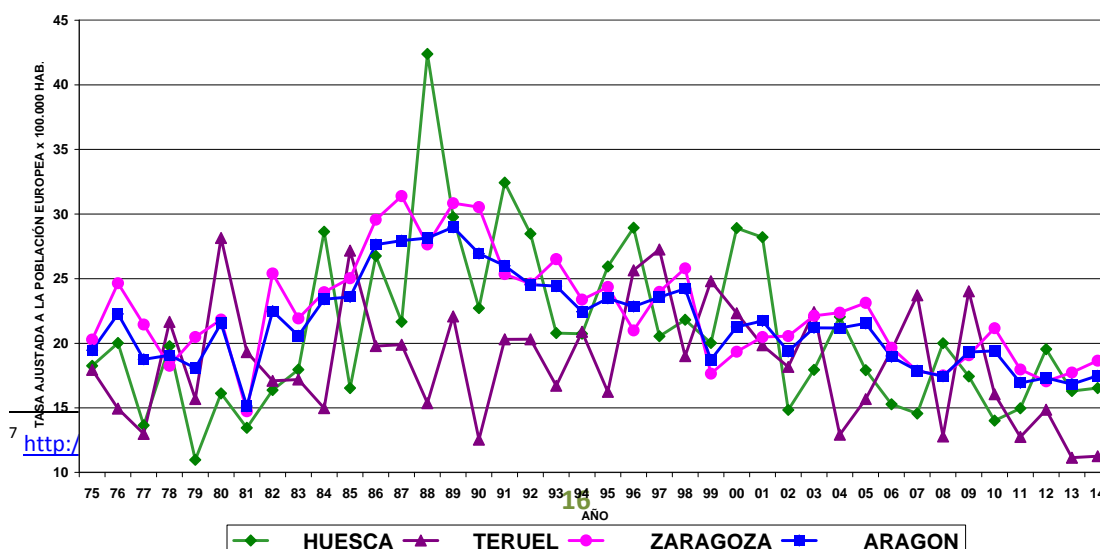
5,3 de cada 1.000 mujeres exploradas se han derivado a las unidades de mama hospitalarias para la realización de una prueba adicional de carácter invasivo para poder confirmar o descartar un diagnóstico de malignidad.

Desde el comienzo del programa y hasta el 31 de diciembre de 2015, el número de cánceres diagnosticados es de 2.345.

Actualmente, la Tasa de Detección Global se sitúa en 4,2 cánceres por 1000 mujeres exploradas, tasa que está dentro de lo esperado.

De los tumores detectados 12,6% son intraductales. De los invasivos, el 28,3% tienen un tamaño igual o inferior a 10 mm. Del total de tumores detectados el 70,3% no presenta invasión ganglionar, indicadores acordes con las recomendaciones de las guías europeas antes mencionadas.

EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR TUMOR MALIGNO DE MAMA EN LA MUJER.
ARAGÓN Y PROVINCIAS 1975-2014



Programa de detección precoz del cáncer colorrectal

El Programa de detección precoz del cáncer de colon y recto (PPCCR) de Aragón se pone en marcha en Diciembre de 2013 comenzando en las áreas de referencia del Hospital Clínico pero extendiéndose al resto de Aragón de manera progresiva.

En EE.UU., la mortalidad por CCR ha disminuido en casi un 35 % entre 1990 y 2007⁸ y un 47% en 2011⁹. Se ha sugerido que esta mejoría en la incidencia y la mortalidad por CCR son al menos en parte resultado de la prevención del cáncer y el diagnóstico precoz a través de la detección y mejores modalidades de tratamiento. El 63 % de las muertes de CRC suceden en individuos en los que no se ha realizado cribado¹⁰. La tasa de detección en individuos de 50 a 75 años ha aumentado de aproximadamente el 42 % en 2000 al 59% en 2010¹¹.

El objetivo principal es reducir la incidencia y la mortalidad por Cáncer de Colon y Recto en la Comunidad Autónoma de Aragón. Este objetivo se emplaza a través del diagnóstico del proceso en las fases más precoces posibles, bien sea en forma de lesiones precursoras o adenomas o bien mediante el diagnóstico del CCR en fases iniciales. Se realizará mediante el Cribado en personas de riesgo intermedio: cribado en población general mayor de 50 años de edad. Y los objetivos específicos:

- Aumentar los diagnósticos de lesiones en estadios subclínicos.
- Garantizar la equidad en el acceso a los recursos del programa.
- Facilitar a los participantes en el programa, el acceso a los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios, en función de las necesidades asistenciales concretas, en un plazo adecuado.
- Asegurar un nivel óptimo de calidad en los procesos del programa.
- Mejorar la eficiencia de los recursos asistenciales actuales.
- Asegurar que el proceso de cribado se realiza de forma completa, y especialmente que no se generan demoras excesivas entre la realización de los test de SOHi y la obtención de un diagnóstico colonoscópico definitivo.

⁸ Siegel R, Ward E, Brawley O, Jemal A. *Cancer statistics, 2011: the impact of eliminating socioeconomic and racial disparities on premature cancer deaths.* CA Cancer J Clin 2011;61:212–236

⁹ Siegel RL, Miller KD, Jemal A. *Cancer statistics, 2015.* CA Cancer J Clin 2015;65:5–29

¹⁰ Meester RG, Doubeni CA, Lansdorf-Vogelaar I, et al. *Colorectal cancer deaths attributable to nonuse of screening in the United States.* Ann Epidemiol 2015;25:208–213.e1

¹¹ *Cancer screening-United States, 2010.* MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2012;61:41–45

- Asegurar que más del 80% de los profesionales de la Atención Primaria y otros profesionales sanitarios y agentes de salud del SALUD conozcan el PDPCCR.
- Asegurar que más del 90% de la población diana conozca el PDPCCR.

La estrategia que recomienda el Consejo de la Unión Europea, en la que insta a todos los países miembros a implementar un programa de cribado poblacional para la detección precoz del cáncer de colon, es el análisis de sangre oculta en las heces (anual o bienal) y, si éste es positivo, la realización de una colonoscopia, adaptando el proceso en función de los recursos asistenciales disponibles.

Por lo tanto, y de acuerdo a las recomendaciones de diferentes guías, se dispone la realización del cribado poblacional basado en la detección de **Sangre Oculta en Heces por método inmunológico cuantitativo (SOHi)**, con punto de corte en 117 ngr/mL de buffer (equivalente a 20 mcgr (μg)/gr de heces), **bienal**, seguida de **colonoscopia** en los positivos.

La selección de la población se realiza con los siguientes criterios

La **Población** diana del programa es aquella población calificada como de “Riesgo medio” para Cáncer Colorrectal (CCR): población de ambos sexos, **de 50 a 69 años de edad**, sin otros factores de riesgo específicos conocidos para CCR. A priori, por cuestiones organizativas, accesibilidad a datos demográficos y calidad de los mismos, la base de datos poblacional elegida es la Base de Datos de Usuarios del Sistema Sanitario Público de Aragón (BDU).

Criterios de Inclusión: Inicialmente estarán limitados a entrar en el mismo en el rango de edad seleccionado de 60 a 69 años que residan en la Comunidad Autónoma de Aragón y que no cumplan ninguno de los criterios de exclusión. En 2017/2018 se extenderá a la población entre 50 y 59 años

Criterios de Exclusión: Se diferencian entre unos criterios permanentes (población que debe ser excluida de forma permanente del programa de cribado poblacional) y unos criterios transitorios (circunstancias que impiden la inclusión en el programa en un momento dado, pero no en el futuro).

Organizándose el proceso en los siguientes pasos:

- Invitación individualizada mediante carta a domicilio en el que se invita a acudir a la enfermera de su centro de salud para su inclusión en el programa.

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE COLON Y RECTO

SEPA QUE:

- El cáncer de colon es muy frecuente.
- Aproximadamente una persona de cada 50 desarrollará a lo largo de su vida un cáncer colorrectal y la mitad morirá por la enfermedad.
- Si se detecta a tiempo, es muy fácil de tratar y tiene muchas probabilidades de curarse.
- El cáncer colorrectal no suele causar ninguna molestia hasta que la enfermedad está muy avanzada. Por esta razón, es tan importante un diagnóstico precoz y detectarlo antes de que empiece a producir síntomas.

COMO PREVENIRLO:

- Lleve una dieta saludable y variada: tomar alimentos ricos en fibra (cereales, legumbres...).
- Coma fruta y verdura a diario (5 piezas); conservar los alimentos de forma adecuada.
- Modere el consumo de grasas, azúcares y alcohol; y no abuse de la sal.
- Mantenga un peso adecuado y haga ejercicio con regularidad.
- No fume.

Si desea más información puede dirigirse a su Centro de Salud o ponerse en contacto con la

UNIDAD CENTRAL DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE COLON Y RECTO

Teléfono: 976 76 57 86
prevenioonor@aragon.es

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE COLON Y RECTO

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE COLON Y RECTO

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

Uno de ellos puedes ser Tú
No te dejes ganar

Gobierno de Aragón
Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia

La población diana en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto incluye a hombres y mujeres de 50 a 69 años, en nuestra Comunidad Autónoma, este Programa se ha iniciado por edades comprendidas entre los 60 y los 69 años, ampliándose posteriormente a todo el grupo de edad.

INVITACIÓN AL PROGRAMA

Próximamente, recibirá una carta con las instrucciones que debe seguir para realizar la prueba.

Una vez que entregue la muestra en su Centro de Salud, se enviará al laboratorio y en unas semanas le comunicarán el resultado por correo o por teléfono.

PRUEBA DE SANGRE OCULTA EN HECES (SOH)

Consiste en hacerse cada dos años una sencilla prueba en casa para detectar si las deposiciones contienen pequeñas cantidades de sangre que no se ven a simple vista.

No debe realizar la prueba si presenta hemorroides sangrantes o menstruación hasta que no hayan pasado 3 días seguidos sin pérdida de sangre.

No es necesario estar en ayunas ni seguir ninguna dieta.

RESULTADO POSITIVO

Si en el resultado de la prueba hay indicios de sangre, es probable que tenga una lesión benigna (pólipos) y en algún caso se puede deber a un cáncer.

Ante esta posibilidad, le propondrán hacerse una **COLONOSCOPIA**, que es una exploración del interior del intestino que se realiza con sedación y que tiene un bajo riesgo de complicaciones.

La mayoría de los pólipos detectados son benignos, pero en un pequeño porcentaje se pueden convertir en cáncer. Por este motivo se extraen durante la colonoscopia.

Si el cáncer de colon se detecta en una fase inicial, hay más probabilidades de curarse. En este caso se puede ofrecer el tratamiento más adecuado y en el menor tiempo posible.

RESULTADO NEGATIVO

Si en el resultado de la prueba no hay indicios de sangre, es poco probable que tenga cáncer de colon. En este caso, pasados dos años, le volverán a proponer que se repita la prueba. Aun así, si tiene molestias debe consultar a su médico.

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE COLON Y RECTO

Información sobre el programa que acompaña a la invitación

- La enfermera de atención primaria informa al paciente del programa y suministra el material para la realización de SOH.
- En el caso de SOH positivo es citado por el médico de familia y se le aconseja la realización de colonoscopia.
- En su caso la colonoscopia se realiza en un plazo no superior a los 15 días desde la detección de sangre en heces.
- Al final del proceso y a través del médico de familia se le informa al paciente de los resultados de todos los procedimientos así como de la necesidad de seguimiento, riesgo...

- Toda la información queda recogida en una base de datos con información sobre resultado colonoscopia, anatomía patológica...

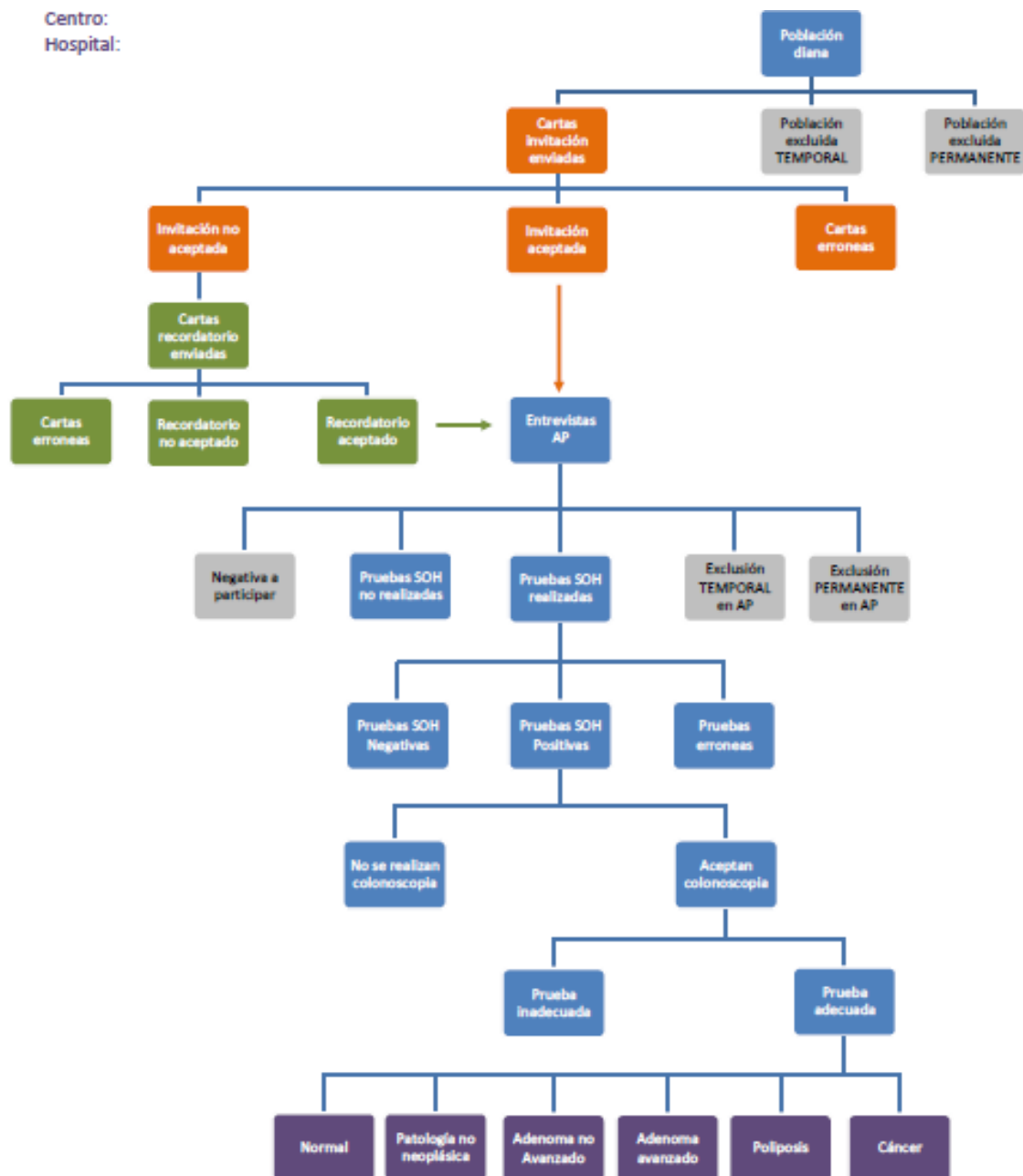
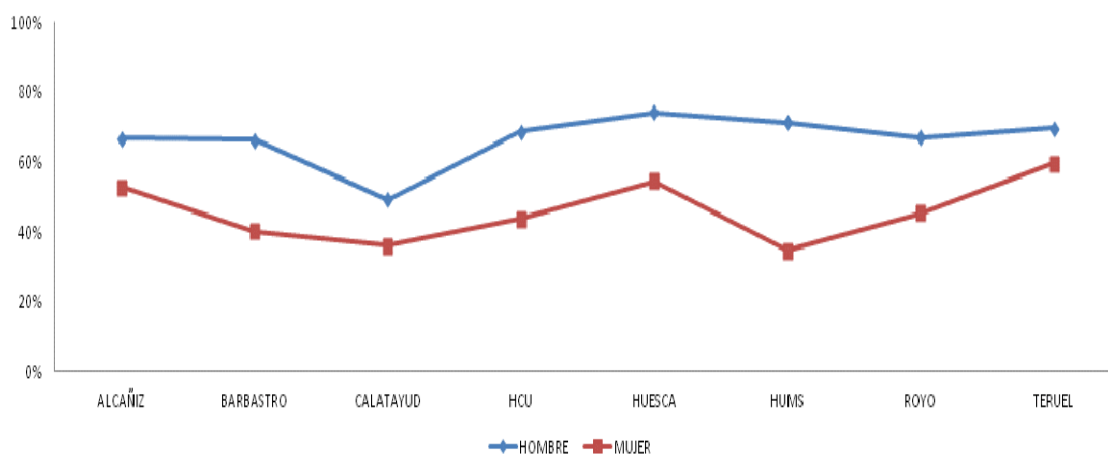


Diagrama de flujo del proceso del PPCCR

Desde el comienzo del programa 2015 hasta el primer semestre de 2017 está previsto invitar a 139.551 personas, estimándose en 5.779 las colonoscopias realizadas.

Para evaluar¹² la implantación del programa se ha seleccionado las 29.768 personas que inicialmente se incorporaron al programa. Acudieron al centro de salud 19.251 personas (65% de los invitados). De ellos un 10% y un 2% se excluyeron por presentar criterios adicionales de exclusión o porque se negaron a participar respectivamente. Del total de personas con test SOHi correctamente realizadas (93%), 2024 (13%) resultaron positivos, con tasa posterior de aceptación de colonoscopia del 99%. De los resultados de colonoscopias disponibles (1741) en la fecha de corte, 1010 pacientes (58%) presentaron patología neoplásica. El 17,4% (284) de los pacientes presentaron adenomas de bajo riesgo, el 25,6% (416) adenomas de riesgo medio, el 11,2% (182) adenomas de alto riesgo y el 5,3% (87) carcinomas invasivos; en un 2,5% (41) no se dispone de este dato. La distribución de hallazgos endoscópicos fue similar en todos los sectores del territorio de la comunidad, con ligero predominio en la tasa de participación en las zonas rurales. Los varones presentaron un riesgo mayor de patología neoplásica (RR ajustado por edad: 2,86; 95% IC: 2,31-3,55). El 55 % de los canceres fueron diagnosticados en fase I-II y solo el 8,3% lo fueron en estadio IV. Conclusión: Los datos preliminares del programa de cribado poblacional de cáncer de colon en Aragón muestran una alta tasa de participación poblacional y alto valor predictivo positivo para neoplasia con el test empleado en la población de 60 a 69 años.



Porcentaje de colonoscopias con hallazgos por área de salud y sexo

¹² Lanas .A y al. Optima participación y alta tasa de patología neoplásica en el programa poblacional de prevención de cáncer de colon en la comunidad autónoma de Aragón. Datos preliminares. XIX reunión anual AEG. Marzo 2016.

Programa de detección precoz del cáncer cervicouterino

En Aragón el cáncer de útero afecta al año a 7 de cada 100.000 mujeres. El cribado se realiza en todos los Equipos de Atención Primaria por parte de las matronas. El 76,8% de las mujeres entre 25 y 64 años se habían realizado una citología vaginal en los últimos 5 años¹³.

Actualmente se está procediendo a los cambios aconsejados por la OMS respecto a periodicidad y pruebas.

Así, la citología la prueba validada hasta ahora para el diagnóstico, se está sustituyendo por el análisis de la presencia del virus del papiloma humano, que es el que determina, finalmente, esta patología.

La sustitución de la citología por la prueba del virus hará que aquellas mujeres que no lo presenten queden exentas de riesgo y, por tanto, no será necesario que sigan sometidas a control y se podrán concentrar los esfuerzos en las que sí lo presentan.

Otro cambio afecta a la edad de inicio de los chequeos. Las recomendaciones internacionales subrayan ahora que no hace falta el cribado antes de los 25 años puesto que a estas edades apenas hay incidencia de este cáncer. Por este motivo, este se realizará a partir de entonces, a través de la citología si la mujer tiene entre 25 y 30 años y mediante la prueba de detección del virus del papiloma si es mayor de esa edad.

3. Actuaciones respecto al diagnóstico y tratamiento

Garantía de Atención a tiempo

Desde el año 2003¹⁴ en el Sistema de Salud de Aragón están regulados los plazos máximos de atención quirúrgica para los pacientes oncológicos,

Neoplasia de laringe

-Código diagnóstico 161.0 a 161.9, o 231.0 o 235.6

-Código de procedimiento 30.09, o 30.1 o 30.2 o 30.3 o 30.4 o 31.43 o 31.45

-Intervención antes de 1 mes

Neoplasia de colon y recto

¹³ Encuesta Nacional de Salud. Informe Monográfico. Detección Precoz del Cáncer. Ministerio de Sanidad. 2015

¹⁴ DECRETO 83/2003, de 29 de abril, del Gobierno de Aragón, sobre garantía de plazo en la atención quirúrgica en el Sistema de Salud de Aragón

-Código diagnóstico 153 o 154 o 230.3 o 230.4 o 235.2

-Código de procedimiento 45.2 o 45.4 o 45.7 o 45.8 o 48.2 o 48.3 o 48.4 o 48.5 o 48.6

-Intervención antes de 1 mes

Neoplasia de mama

-Código diagnóstico 174 o 233.0 o 238.3 o 239.3

-Código de procedimiento 85

-Intervención antes de 1 mes

Neoplasia de vejiga

-Código diagnóstico 188 o 233.7 o 236.7 o 239.4

-Código de procedimiento 57

-Intervención antes de 1 mes

Neoplasia de próstata

-Código diagnóstico 233.4 o 236.5

-Código de procedimiento 60

-Intervención antes de 1 mes

Neoplasia de cervix uterino

-Código diagnóstico 180 o 233.1 o 236.0

-Código de procedimiento 67

-Intervención antes de 1 mes

Neoplasia de cuerpo de útero

-Código diagnóstico 179 o 182 o 233.2 o 236.0

-Código de procedimiento 68

-Intervención antes de 1 mes

Comités de Tumores

En todos los hospitales está constituido el Comité de Tumores con los siguientes Subcomités según las Unidades Clínica y de referencia con las que cuenten.

- Subcomité de Tumores de Patología Colorrectal.

- Subcomité de Tumores músculoesqueléticos y Sarcomas.
- Subcomité de Tumores esófagogastricos.
- Subcomité de Tumores Cerebrales.
- Subcomité de Tumores Hepatobiliopancreáticos.
- Subcomité de Tumores de Cabeza y Cuello.
- Subcomité de Melanomas.
- Subcomité de Tumores pediátricos.
- Subcomité de Tumores de Mama.
- Subcomité de Tumores Urológicos.
- Subcomité de Tumores Ginecológicos.
- Subcomité de Tumores de Pulmón.
- Subcomité de Tumores Endocrinos

Anualmente se realizan auditorias del funcionamiento de los subcomités con recomendaciones de mejora.

Diseño e Implantación de Gestión de Procesos

En colaboración con los profesionales implicados se ha revisado la atención a los pacientes que presentan cáncer de mama y colorrectal, diseñando posteriormente procedimientos unificados para todo el territorio de Aragón.

Proceso de Cáncer de Mama. Criterios de Implantación (ANEXO I)

Definiéndose los subprocesos con sus correspondientes criterios de buena práctica clínica

- Subproceso diagnóstico
 1. Los estudios realizados por radiología se realizarán en un acto único (todas las pruebas en el mismo día y en el mismo centro).
 2. Todos los hospitales que realicen intervenciones de cáncer de mama dispondrán de una Unidad de Patología Mamaria (Unidad de Mama).

En función de la complejidad y de la cartera de servicios de los hospitales, la Unidad de Mama podrá variar entre ser una unidad multidisciplinar integrada por todas las

especialidades implicadas en el proceso de atención al cáncer de mama, a ser una consulta de ginecología específica.

El periodo máximo que debe transcurrir desde el inicio del proceso hasta la confirmación del diagnóstico no debe ser superior a 14 días

- Subproceso estudio de extensión

1. En cada Sector Sanitario existirá un Comité de Tumores de Mama de acuerdo con la regulación realizada por el Departamento de Salud respecto a su composición, funciones y recogida de información.

La composición del Comité de Tumores de Mama variará en función de la complejidad y de la cartera de servicios de los hospitales existentes en los Sectores.

2. Todos los casos de tumores de mama serán revisados por el Comité de Tumores de Mama del Sector de que se trate.
3. El tiempo transcurrido desde la confirmación anatomopatológica del diagnóstico de cáncer hasta la evaluación por el Comité de Tumores de Mama no deberá superar los 7 días.

- Subproceso quirúrgico

1. Deberá realizarse biopsia de ganglio centinela en todos los casos de tumores en los que esté indicada.
2. Todos los casos serán revisados por el Comité de Tumores de Mama.
3. La realización de la primera consulta para tratamiento preventivo de linfedema deberá ser durante la hospitalización.
4. La reconstrucción mamaria se realizará en todas los casos en los que esté indicada.

El periodo de tiempo máximo que debe transcurrir desde la confirmación de un tumor maligno y la realización del primer acto terapéutico no deben superar los 30 días, siendo deseable que no supere los 21 días

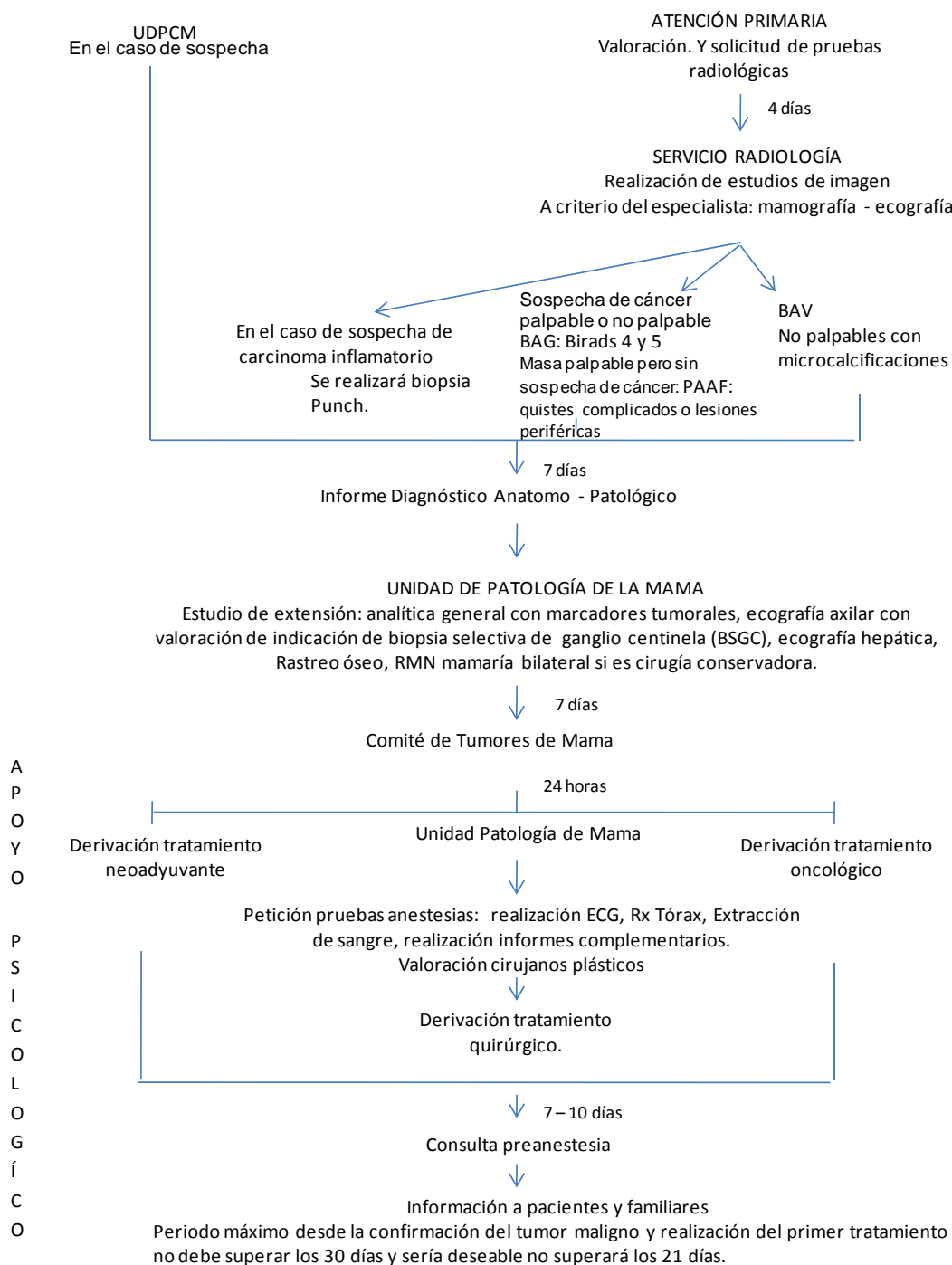
- Subproceso de tratamiento postquirúrgico

1. Todas las pacientes en las que esté indicado el tratamiento postquirúrgico con quimioterapia y/o radioterapia recibirán este tratamiento en un tiempo adecuado.
2. Existirá una consulta de enfermería específica para tratamiento quimioterápico.

- Subproceso de Rehabilitación
 1. A las mujeres a las que se les haya realizado linfadenectomía se les debe proporcionar formación en la prevención del linfedema y movilidad del hombro, durante el ingreso hospitalario
 2. Todas las pacientes con linfedema y/o sin recuperación de la movilidad del hombro tendrán acceso a rehabilitación.
- Subproceso reconstrucción mamaria
 1. A todas las mujeres en las que esté indicada la reconstrucción mamaria, ya sea inmediata o diferida, se les realizará la reconstrucción.
 2. La reconstrucción mamaria diferida se ha de ofrecer a toda paciente que haya sido sometida a una mastectomía y no se le haya realizado reconstrucción mamaria inmediata.
- Subproceso de atención psicológica

Toda paciente deberá tener asegurado el acceso inmediato al apoyo psicológico en el momento del diagnóstico y a lo largo de todo el proceso. Se realizará conforme al protocolo que elabore el Departamento de Salud y Consumo, en el que se definirá el proveedor que lo oferta y quién y dónde se realiza.
- Subproceso seguimiento
 1. Todo el proceso oncológico de la paciente estará recogido en una historia clínica única.
 2. Las pacientes recibirán un Informe final único con toda la estrategia que se ha seguido en su proceso.
 3. Las pacientes tendrán un seguimiento único y coordinado en el que todas las partes estén informadas de su situación.

Diagrama de flujos del proceso de atención cáncer de mama



A
P
O
Y
O
P
S
I
C
O
L
O
G
Í
C
O

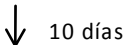
PREPARACIÓN PARA OPERACIÓN QUIRÚRGICA

Gestión de Ingreso por el Sº de Admisión
 Ingreso en Hospital , planta de la Unidad de Mama – ginecología – cirugía.
 Visita médico por el cirujano/ginecologo que va a realizar la intervención quirúrgica.
 Localización por arpón o ROLL en caso de lesión no palpable.
 Preparación para biopsia selectiva de Ganglio Centinela (Sº Medicina Nuclear).



INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:

Biopsia intraoperatoria en intervenciones con BSGC.
 Radiología intraoperatoria en piezas quirúrgicas con microcalcificaciones y arpón.



Estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica.



Cuidados postoperatorios (despertar)



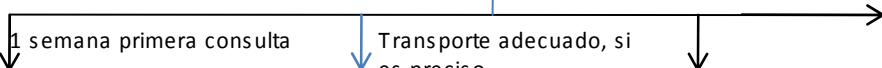
Dispensación de prótesis durante la hospitalización y/o consulta postquirúrgica.
 Alta hospitalaria



Comité de Tumores Mamaros – Decisión tratamiento
 Comunicación al paciente de los resultados
 Posibilidad consejo genético.



Unidad Patología de Mama



1 semana primera consulta

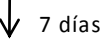
Transporte adecuado, si es preciso

ONCOLOGÍA MÉDICA
 Estadificación
 Solicitud estudios complementarios (TAC, análisis ecocardiograma si esta indicado).

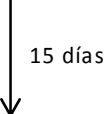
ONCOLOGÍA RADIOTERAPICA
 Estadificación previa.
 TAC de planificación y dosimetría clínica. Solicitud estudios complementarios, si esta indicado.

CIRUGÍA PLASTICA
 Inclusión lista de espera quirúrgica para reconstrucción diferida.

REHABILITACIÓN
 Valoración fisioterapeuta /RHB
 Directrices para la correcta cicatrización de la herida, recuperación de la movilidad del hombro, y la prevención del linfedema antes del alta médica.



Valoración e implantación catéter para infusión quimioterapia

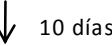


Inicio tratamiento radioterápico

Intervención Quirúrgica.

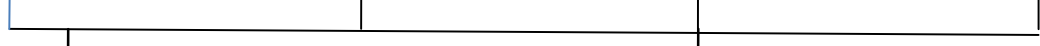


En caso de no recuperación de la movilidad del hombro y/o aparición linfedema tendrán acceso al Sº Rehabilitación.



Tratamiento sistémico

30 días Tratamiento de RHB



CUIDADOS PALIATIVOS

SEGUIMIENTO: historia clínica única con toda la estrategia seguida con la paciente. Seguimiento único y coordinado de todas las partes, incluida atención primaria.

Proceso de Cáncer Colorrectal. Criterios de Implantación (ANEXO II)

Definiéndose los subprocesos con sus correspondientes criterios de buena práctica clínica

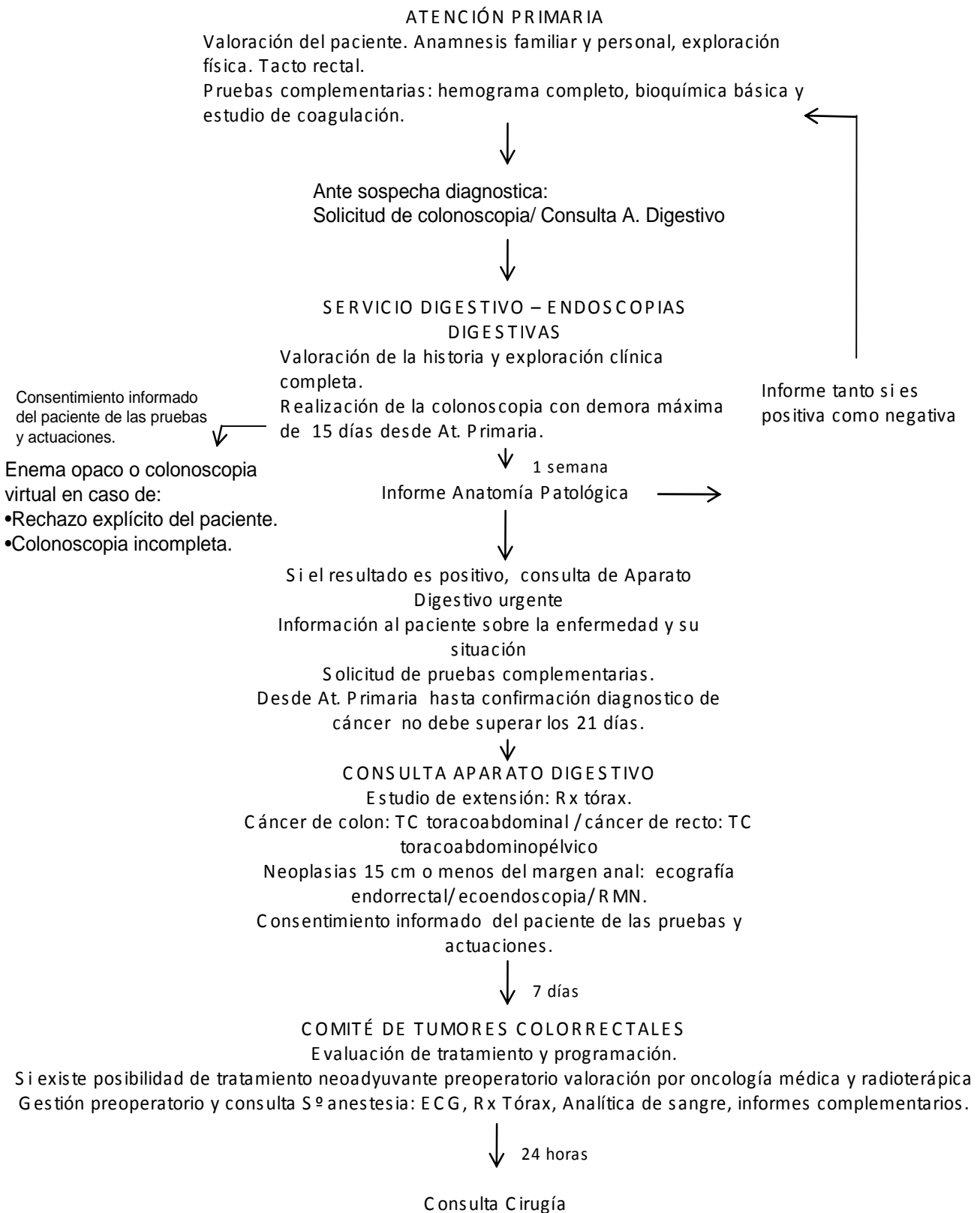
- Subproceso diagnóstico
 1. Los médicos de Atención Primaria podrán solicitar colonoscopias, tal y como se recoge en la Cartera de Servicios regulada por el Departamento de Salud.
 2. El tiempo transcurrido desde que el paciente acude al médico de Atención Primaria hasta la confirmación del diagnóstico de cáncer no debe superar los 21 días.
- Subproceso estudio de extensión
 1. En cada Sector Sanitario existirá un Comité de Tumores Colorrectales de acuerdo con la regulación realizada por el Departamento de Salud respecto a su composición, funciones y recogida de información.

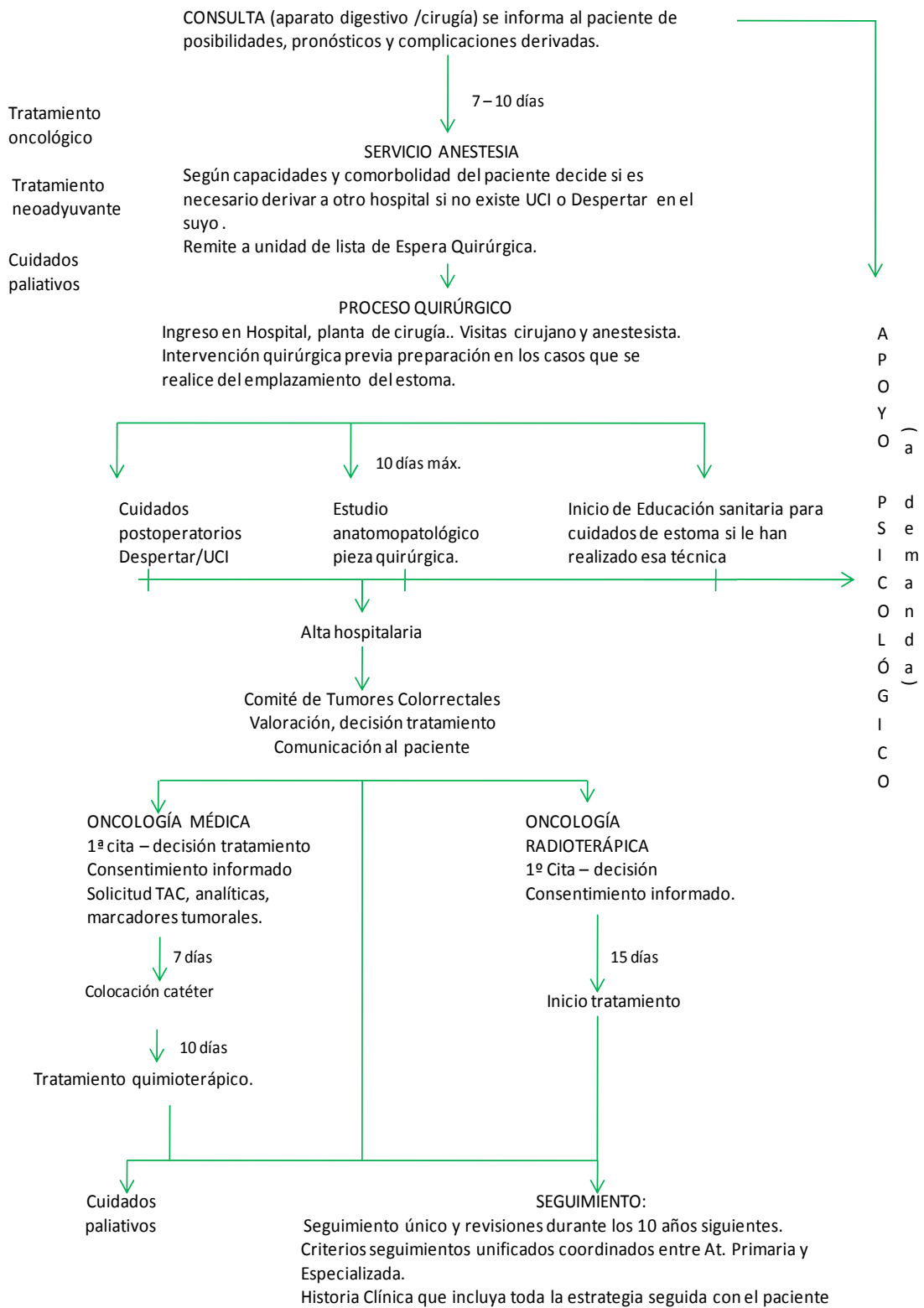
La composición del Comité de Tumores Colorrectales variará en función de la complejidad y de la cartera de servicios de los hospitales existentes en los Sectores.
 2. Todos los casos de tumores de colon y recto serán revisados por el Comité de Tumores Colorrectales del Sector de que se trate.
 3. El tiempo transcurrido desde la confirmación anatomopatológica del diagnóstico de cáncer hasta la evaluación por el Comité de Tumores Colorrectales no deberá superar los 7 días.
- Subproceso quirúrgico
 1. Todos los casos serán revisados por el Comité de Tumores Colorrectales.
 2. Todos los pacientes ostomizados deberán recibir educación sanitaria para cuidados de estoma a cargo de una enfermera especializada
 3. El periodo de tiempo máximo que debe transcurrir desde la confirmación del diagnóstico de cáncer y la realización del primer acto terapéutico no debe superar las 4 semanas
- Subproceso postquirúrgico
 1. Todos los pacientes en los que esté indicado el tratamiento postquirúrgico con quimioterapia y/o radioterapia recibirán este tratamiento en un tiempo adecuado.
 2. Existirá una consulta de enfermería específica para tratamiento quimioterápico.

- Subproceso apoyo psicológico
 1. Todo paciente deberá tener asegurado el acceso inmediato al apoyo psicológico en el momento del diagnóstico y a lo largo de todo el proceso, en especial en dos momentos clave: en la información del diagnóstico al paciente y tras la intervención quirúrgica.
 2. El apoyo psicológico se extenderá a los familiares directos o cuidadores del paciente que lo soliciten.
 3. En el apoyo psicológico se incorporará el/la Trabajador/a Social como refuerzo a todo el proceso.
 4. Todo paciente deberá tener asegurado el acceso inmediato al apoyo psicológico en el momento del diagnóstico y a lo largo de todo el proceso. Se realizará conforme al protocolo que elabore el Departamento de Salud y Consumo, en el que se definirá el proveedor que lo oferta y quién y dónde se realiza

- Subproceso Seguimiento
 1. Todo el proceso oncológico del paciente estará recogido en una historia clínica única.
 2. Los pacientes recibirán un Informe final único con toda la estrategia que se ha seguido en su proceso.
 3. Los pacientes tendrán un seguimiento único y coordinado en el que todas las partes estén informadas de su situación.

Diagrama de flujos del proceso de atención cáncer colorrectal





Cuidados Paliativos

En cada área de salud presta servicios una Unidad de Cuidados Paliativos a Domicilio con la siguiente actividad.

Episodios nuevos	1.645
Total Visitas ESAD	4.739
Atenciones telefónicas	7.214
Episodios Barthel <=60	69,70%
Episodios Pfeiffer >=3	7,39%
Índice de frecuentación	5,01
Derivaciones desde EAP	44,39%
Promedio visitas /alta	3,61
Intervalo entre visitas (días)	16,02
Promedio duración asistencia	57,83
Fallecimientos domicilio	94,63%
Altas a EAP	46,74%
Traslados a hospital agudos	36,25%

El índice más alto de frecuentación es en Huesca (8,23), teniendo un Barthel de 70,77%, dependencia moderada. Le sigue Teruel (6,75) y Calatayud (6,75) en cuanto a frecuentación. El Sector II es el que tiene más bajo el índice de Barthel, 84,78%, y de los que lógicamente tiene menos frecuentación y el que menor número de vistas por alta. En contra Teruel es el que mayor índice de Barthel, 54,55%, dependencia severa y mayor número de visitas por alta, 8,70, casi 6 puntos más que el de menor promedio, Alcañiz, 2,73 visita/alta.

El porcentaje de fallecimientos en domicilio es de 94,63, los mayores porcentajes corresponde a pacientes con domicilio en el medio rural.

4. Proyectos y avances 2017

Actualización del Registro de Cáncer de Aragón

El Registro de Cáncer Poblacional de Zaragoza inició su actividad en 1960 y fue el primero que se creó en España. Desde entonces viene proporcionando información ininterrumpidamente sobre la incidencia de cáncer en esta provincia.

En el año 2001 se crea el Registro de Cáncer de Aragón (RCA) por Orden de 3 de septiembre de 2001 del Departamento de sanidad, Consumo y Bienestar Social, ampliándose la recogida de casos de cáncer a toda la Comunidad Autónoma.

El RCA recoge información de todos los tumores malignos de cualquier localización y los tumores del sistema nervioso central cualquiera que sea su comportamiento: maligno, benigno o de naturaleza incierta, diagnosticados entre residentes en la comunidad autónoma.

Sus principales objetivos son:

1. Conocer la incidencia anual de los tumores por grupos de edad, sexo, localización anatómica y tipo histológico en la Comunidad Autónoma de Aragón. Igualmente realizar estadísticas de la distribución de los casos en función de las variables anteriormente mencionadas.
2. Estudiar las tendencias temporales y la distribución geográfica de la incidencia de los distintos tipos de tumores en Aragón.
3. Identificar los grupos de población con mayor riesgo de padecer la enfermedad y ayudar a planificar y evaluar las actividades de control de esta patología.
4. Fomentar y realizar investigación epidemiológica así como facilitar la investigación básica y clínica sobre cáncer.
5. Promover la difusión de la información epidemiológica, relevante para la prevención del cáncer, entre los profesionales sanitarios y la población general.

Durante el periodo 2011 – 2015 no se ha actualizado la información ni se han realizado las tareas necesarias para su continuidad. El propósito consiste en solucionar este paréntesis de información y sistematizar de nuevo la recogida de datos, explotaciones y difusión entre los profesionales.

Extensión del Programa de Prevención del Cáncer Colorrectal

Durante 2017 se extenderá a la población de Aragón con edades entre 50 y 59 años, con los mismos criterios y metodología con la que actualmente se realiza para la población entre 60 a 69 años.

Esto supone la invitación para participar en el programa a 178.913 personas y la realización de 10.315 colonoscopias.

Actualización del cribado del cáncer cervicouterino

Tradicionalmente el cribado del cáncer de cuello uterino se efectúa mediante el examen morfológico de las células de descamación del cuello uterino en mujeres adultas con una periodicidad variable de 1 a 3 o 5 años, entre pruebas. En líneas generales, la citología convencional ha sido la prueba de cribado primaria de elección, la cual debe repetirse frecuentemente en mujeres de 25 a 65 años¹⁵.

En la actualidad el cribado del CCU se complementa con la vacunación del VPH a niñas entre 12-14 años, edad en la que, en su gran mayoría, no estarán aun en contacto con el VPH.

Organismos como la OMS, guías europeas o sociedades científicas implicadas^{16,17} recomiendan la introducción de la detección del VPH como prueba primaria en las mujeres de 30 o más años, reservando la citología como triaje de las mujeres con VPH positivas o para las mujeres más jóvenes. Esta distinción, por edad, se realiza con el fin de separar las infecciones transitorias (mayormente en mujeres jóvenes) de las persistentes, dado que solo estas últimas se asocian a un mayor riesgo de cáncer. La posibilidad de ampliar los intervalos entre visitas si los resultados son negativos, manteniendo altísimos niveles de sensibilidad y especificidad, resulta en un balance coste-efectividad superior comparado con las recomendaciones tradicionales.

Diagnóstico de la sospecha de cáncer en 15 días

La implantación de la relación entre médicos de familia y médicos de hospital a través de la “interconsulta virtual” permite sustituir la derivación de pacientes por la colaboración entre

¹⁵ San Jose. S. Cambios en el cribado del cáncer de cuello uterino Aten Primaria. 2016;48(9):563---564

¹⁶ von Karsa L, Arbyn M, De Vuyst H, Dillner J, Dillner L, Franceschi S, et al. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Summary of the supplements on HPV screening and vaccination. Papillomavirus Res. 2015;1: 22---31.

¹⁷ Documento de Consenso Cribado Cáncer de Cérvix en el SNS. Ministerio de sanidad. 2016.

profesionales. Esta misma herramienta digital va a facilitar la implantación de un programa para diagnosticar la sospecha de pacientes con cáncer por parte de los médicos de familia.

Para su implantación se seguirán los criterios y metodología ya utilizada en otros países¹⁸:

- Proporcionar a los médicos de familia herramientas de consulta profesional para el diagnóstico de la sospecha de cáncer en 15 días.
- Establecer criterios sensibles y específicos para la sospecha de cáncer
- Establecer rutas de referencia de los médicos de familia y hospitales para la confirmación de la sospecha de diagnóstico.
- Establecer como referencia consulta de alta resolución que integren los procedimientos de diagnósticos necesarios.

El programa abarcará las siguientes sospechas de cáncer

- Cerebro y SNC
- Mama
- Cáncer colorrectal
- Cáncer ginecológico
- Cáncer hematológico
- Cáncer de cabeza y cuello
- Cáncer de pulmón
- Sarcoma
- Cáncer de piel
- Cáncer de tiroides
- Cáncer gastrointestinal superior
- Cáncer urológico
- Síndrome constitucional

Unidad cuidados paliativos infantil

Según los datos obtenidos mediante el programa estadístico del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad¹⁹, en el cual están recogidas por edades y por años todas las causas de defunción en España, y cruzando los códigos seleccionados como “causas de muerte susceptibles de recibir cuidados paliativos” con la edad en los últimos 10 años publicados, el

¹⁸ TWO WEEK WAIT CANCER REFERRAL PROCESS. GUIDANCE FOR GPs. NHS 2011

¹⁹ Documento de Cuidados Paliativos Pediátricos en el SNS: Criterios de Atención. Aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de junio de 2014

número de pacientes tributarios de recibir cuidados paliativos pediátricos en Aragón se estima entre 148-197 niños entre 0 y 18 años, con criterios de cuidados paliativos. De éstos, un 59% serían menores de 1 año y el resto precisarían cuidados durante varios años hasta los 18 años (un 20% del total precisarían cuidados durante más de 10 años).

Con la estimación de datos obtenidos el 42% de los niños lo serán por procesos oncológicos, seguidos por tres grupos de procesos más frecuentes como son las enfermedades neurológicas, las enfermedades por alteraciones metabólicas y las enfermedades cardíacas. El resto de enfermedades que oscila entre todas alrededor del 20% se reparte entre otros procesos.

Respecto a la distribución geográfica, se estima que el 70% corresponderán a Zaragoza, 20% a la provincia de Huesca y un 10% a Teruel aproximadamente.

Esta necesidad de atención específica a los niños con criterios de inclusión en un programa de paliativos, y de apoyo a sus familias, junto con las directrices establecidas en 2014 por el Ministerio, para el desarrollo en las C.C.A.A. de atención específica pediátrica de los cuidados paliativos, motivan que en 2016 se realice el documento autonómico de paliativos pediátricos en el que se definen las líneas estratégicas para la implantación de una red de paliativos en la comunidad.

A partir de este documento en 2017 entrará en funcionamiento una Unidad de CPP central en Aragón, con sede en el Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS), que trabajará coordinado con una Red Asistencial Periférica, para poder atender a todos los niños que lo precisen independiente de su lugar de residencia en Aragón.

Esta Unidad se conformará, siguiendo estas recomendaciones y las de “Estándares para Cuidados Paliativos Pediátricos en Europa” con un equipo interdisciplinar para garantizar la diversidad de perspectivas y valores necesarios para realizar una atención integral y la siguiente Cartera de Servicios:

1. Atención a pacientes ingresados en las distintas Unidades de Hospitalización del Hospital Materno infantil, incluyendo Cirugía Pediátrica, así como del Servicio de Pediatría del Hospital Clínico Universitario.
2. Atención a pacientes/familiares de forma ambulatoria en Consultas Externas
3. Atención domiciliaria directa a los pacientes que lo precisen en Zaragoza y alrededores (la capacidad de atención ambulatoria en una mañana se calcula en 5 visitas dentro de la ciudad de Zaragoza)

4. Elaboración del Plan de Intervención de los pacientes de la red periférica (a los pacientes en localizaciones alejadas, donde no sea posible una atención directa, esta UCPPA dirigirá la atención en Paliativos de estos pacientes que será llevada a cabo por los profesionales locales organizados en una Red (Pediatría y enfermería –tanto de AP como de AE-, MF, ESAD y 061), que será coordinada en cada uno de los Sectores, por un profesional sanitario del Hospital de Referencia.
5. Asistencia telefónica en horario de 8 a 15 de las llamadas de teléfono de los pacientes y de la red periférica así como de los profesionales de Zaragoza que requieran su asistencia.
6. Acompañamiento a la familia tras el fallecimiento
7. Coordinación con los profesionales de guardia de los hospitales para la atención telefónica de 15 a 8 y los fines de semana.
8. Formación de profesionales para cuidados de niveles 1 y 2 (primarios e intermedios) de cuidados paliativos.

Unificación servicios y unidades de referencia

Durante 2017 se unificarán los Servicios de Oncología Radioterápica y Medicina Nuclear teniendo en cuenta los siguientes criterios

- Estas unidades se caracterizan por requerir alta tecnología, atendiendo a su relación coste/efectividad y recursos disponibles, se hace aconsejable la concentración de un número mínimo de casos.
- Para prestar esta cartera es necesario contar con una dotación de tecnología, equipamientos y recursos humanos que garanticen una utilización segura, efectiva, eficiente y de calidad de la misma.
- Para la utilización de la tecnología es esencial la experiencia en su utilización, que sólo es posible alcanzar a través de determinados volúmenes de actividad asistencial capaces de garantizar un nivel adecuado de calidad y seguridad a los pacientes, por requerir una especial cualificación o especialización de los profesionales.
- La utilización conjunta de los recursos humanos y tecnológicos de las dos Unidades existentes hasta ahora incrementaría los niveles de eficiencia asistencial.
- Es necesaria la existencia de un sistema de información que permita el conocimiento de la actividad y la evaluación de la calidad de los servicios prestados, lo que resulta más sencillo con la gestión de una sola Unidad.

- La creación de la Unidad Clínica propuesta permitiría la gestión de una cartera de servicios común, aunque los diferentes servicios que la constituyan podrán ser ofertados en ambos hospitales, en función de los requerimientos que sean necesarios para su prestación.
- La distancia entre los dos centros que formarían parte de la Unidad Clínica propuesta (Hospitales Universitario Miguel Servet y Clínico Universitario Lozano Blesa) permite la prestación de su cartera de servicios en los dos hospitales y dirigido a toda la población aragonesa.
- La creación de la Unidad Clínica permitiría ofertar una formación especializada de mayor calidad.
- La creación de la Unidad Clínica permitiría disponer de capacidad de formación para otros profesionales.

Igualmente con el objetivo de garantizar la calidad y competencia en los procedimientos se establecerán unidades de referencia quirúrgica par oncología hepática pancreática y esófago.

Ampliación de la Cartera de Servicios

Actualmente, para su posterior evaluación por parte de la Comisión de Cartera de Servicios, se están monitorizando los dos siguientes procedimientos.

Radioterapia Intraoperatoria (RIO) que se prescribe como tratamiento único de RT o como complemento a la radioterapia externa (RTE) que se administrará posteriormente, si es preciso, permitiendo la protección de los tejidos normales.

Los objetivos que perseguimos con este tipo de tratamiento son:

1. Reducir el volumen mamario de tratamiento y por tanto disminuir la dosis en tejidos sanos.
2. Reducir el número de fracciones de tratamiento.
3. Reducir la toxicidad aguda y crónica, mejorando la cosmesis de la mama.
4. Mejorar la calidad de vida de la paciente.
5. Disminuir interferencias con el tratamiento sistémico que pueda precisar la paciente.
6. Disminuir lista de espera en ALE.

Gran parte de las pacientes con cáncer de mama en estadios precoces, (que son muchos gracias al Programa de Prevención del Cáncer de Mama), y con un perfil inmunohistoquímico favorable, podrían beneficiarse de un tratamiento local menos agresivo ya que las recidivas locales, si se producen, lo hacen en la mayoría de los casos en la vecindad del lecho tumoral.

Planteándose como líneas futuras

- Implementar otras localizaciones. Se están habilitando los permisos con el CSN (Consejo de Seguridad Nuclear) los quirófanos de Neurocirugía y Cirugía Hepatobiliar para realizar irradiación intraoperatoria en tumores cerebrales y en cáncer de páncreas.
- Realizar la técnica en casos seleccionados como CMA (cirugía mayor ambulatoria).

Biopsia líquida. Tecnología basada en PCR digital, que combina la PCR de la emulsión con partículas magnéticas y la citometría de flujo para lograr una detección y una cuantificación de alta sensibilidad de moléculas de ADN tumoral mutado. El procedimiento se basa en la transformación de una población de moléculas de ADN en una población de partículas, cada una de ellas recubierta con un millar de copias de secuencias idénticas. A partir de una reacción se pueden generar aproximadamente 300 millones de compartimentos de PCR. La tecnología tiene la capacidad de detectar y enumerar el ADN mutado y wild type cuando está presente en ratios superiores a 1:10.000 (0,01 %). La lectura se realiza mediante la citometría de flujo.

El objetivo es determinar el estado mutacional del gen RAS en sangre periférica de los pacientes con cáncer colorrectal metastásicos. El estado de RAS es un aspecto de gran trascendencia en el tratamiento del cáncer colorrectal metastásico, dado que si existe la mutación de RAS, estaría contraindicado el tratamiento con anticuerpos monoclonales anti-EGFR (cetuximab o panitumumab) en combinación con poliquimioterapia. Actualmente determinamos el estatus de RAS en tejido tumoral de forma sistemática en los pacientes con cáncer colorrectal metastásico que van a ser tratados por 1ª vez. Habitualmente utilizamos el tejido del tumor primario, que en muchas ocasiones hace años que se extirpó y que seguramente no represente la situación actual de la enfermedad, ya que el tiempo transcurrido, la selección natural de las propias células neoplásicas y los diferentes tratamientos recibidos, pueden haber influido en el fenotipo de RAS en la enfermedad metastásica actual. Con la nueva técnica el análisis del DNA circulante tumoral, nos proporciona una forma sencilla de conocer el estatus de RAS en tiempo real, en todos los

pacientes con cáncer colorrectal metastásicos subsidiarios de tratamiento de 1ª línea con quimioterapia y anti-EGFR.

Actualización y Suficiencia de la Tecnología de Diagnóstico y Tratamiento

Las necesidades de tecnología sanitaria se han estimado de forma paralela a la atención del proceso de cáncer de mama: cribado, diagnóstico y tratamiento y que implica a toda la red de hospitales públicos de Aragón. En el caso de que los recursos se utilicen para otros procesos su estimación se ha realizado para las necesidades globales de atención a pacientes oncológicos.

Cribado del Cáncer de Mama

- **Cribado en el medio rural**
 - Sustitución de 3 mamógrafos móviles utilizados en los centros de salud del medio rural al objeto de garantizar la accesibilidad de toda la población.
 - Sustitución de las estaciones específicas de trabajo de radiólogos para la valoración de las mamografías de cribado.
- **Cribado en los hospitales generales**
 - Sustitución de los mamógrafos que no sean digitales
 - Actualización de los mamógrafos digitales directo a tomosíntesis y estereotaxis digital
 - Adquisición de ecógrafos de alta prestaciones como complemento necesario a las mamografías.

Diagnóstico y seguimiento

- Adquisición de una nueva Resonancia Nuclear para el centro de especialidades Inocencio Jiménez.
- Actualización de una de las Resonancias Nucleares del Hospital Universitario Miguel Servet.
- Sustitución de las estaciones de trabajo de radiología específicas de mamografía de diagnóstico y seguimiento.

Actualmente está en proceso de adquisición de un PET-TAC con destino al Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” y una Gammacámara SPECT-TC con destino al Hospital Miguel Servet.

- Para completar el equipamiento del Servicio de Medicina Nuclear es necesario sustituir dos Gammacameras sin SPEC de más de 15 años de antigüedad en los Hospitales Clínico Lozano Blesa y Universitario Miguel Servet

Tratamiento

- Adquisición (Hospitales Clínico Lozano Blesa y Universitario Miguel Servet) de Sistema de Tomobiopsia de Mama.

Un 30 % de los pacientes con cáncer que necesitan radioterapia no pueden recibirla por falta de equipamiento, esta es una de las conclusiones del trabajo realizado por la Sociedad Española de Oncología Radioterápica.²⁰ Un 60 % de los pacientes requieren este tipo de tratamiento y en un 40 % condiciona la curación, aunque sólo represente el 5 % de los costes de todos los tratamientos.

La tasa media de equipos en Europa es de siete por millón de habitantes, mientras que en España es de 4,86²¹ (3,83 en hospitales públicos). En Aragón la tasa es de 2,77 (2,22 en hospitales públicos).

Actualmente se cuenta con dos aceleradores lineales en el Hospital Miguel Servet y de otros dos (con una antigüedad superior a 12 años) en el Hospital Clínico Lozano Blesa y únicamente otro en un centro privado.

Para paliar esta situación se está tramitando la adquisición la adquisición de 2 Aceleradores Lineales con destino al Hospital Miguel Servet y otro al Hospital Clínico Lozano Blesa para sustituir el más antiguo (16 años).

- Para dotarse de una oferta similar a la del resto del Sistema Nacional de Salud sería necesario la adquisición de un nuevo acelerador con sistema de Tomoterapia (tasa 3,53)

Almacenamiento y Distribución de Imágenes

- Ampliación de PACS

²⁰ *Inequidad en el tratamiento del Cáncer en España 2015. SEOR 2016*

²¹ *Indicadores Hospitalarios. Evolución. Ministerio de Sanidad 2016*

ANEXO I

PROCESO CÁNCER DE MAMA Criterios de implantación

RELACIÓN DE SUBPROCESOS

Subproceso diagnóstico

Subproceso consulta de cirugía - estudio de extensión

Subproceso quirúrgico – ingreso hospitalario

Subproceso de tratamiento postquirúrgico

Oncología médica

Oncología radioterápica

Subproceso de rehabilitación

Subproceso reconstrucción mamaria

Subproceso de apoyo psicológico

Subproceso de seguimiento

Los criterios que se recogen para la gestión de cada subproceso han sido establecidos por consenso en el Grupo de Expertos en Cáncer de Mama de la Comunidad Autónoma de Aragón constituido para la planificación y desarrollo del proceso asistencial del cáncer de mama y para su implantación en los Sectores Sanitarios.

Durante todo el proceso se garantizará la información a pacientes y familiares, con contenidos claros sobre diagnóstico, pronóstico y tratamiento, que les permita una toma de decisión informada.

Para cada acto diagnóstico o terapéutico a aplicar que lo requiera se deberá firmar un consentimiento informado específico.

Subproceso diagnóstico

Actuación en Atención Primaria

- El médico de Atención Primaria realizará una valoración de las mujeres que acuden con alguna sintomatología de patología mamaria mediante la anamnesis y la exploración física de la paciente.
- Ante sospecha de cáncer o masa palpable, el médico de Atención Primaria podrá solicitar estudio al Servicio de Radiodiagnóstico.
- Se informará a la paciente de los procedimientos a seguir según cada caso.

Actuación en las Unidades del Programa de Cribado del Cáncer de Mama

Ante sospecha de patología mamaria se remitirá a la paciente a la Unidad de Patología Mamaria (Unidad de Mama) de referencia correspondiente.

Actuación en Servicio de Radiodiagnóstico de referencia

La secuencia de actividades será la siguiente:

1. El médico especialista en radiodiagnóstico realizará una valoración inicial de la paciente.
2. Realización de estudios de imagen en acto único:
 - Mamografía (el médico especialista en radiodiagnóstico valorará la necesidad de mamografía bilateral).
 - Ecografía (a decisión de médico especialista en radiodiagnóstico).
3. A criterio del médico especialista en radiodiagnóstico que realiza la exploración, en caso necesario el estudio se completará con punción percutánea.

En el caso de sospecha de cáncer palpable o no palpable

- Se realizará la BAG, en BIRADS 4 y 5.
- La BAV está indicada en segundo término a indicación del médico especialista en radiodiagnóstico y en lesiones no palpables con microcalcificaciones.

En el caso de sospecha de carcinoma inflamatorio

- Se realizará biopsia Punch.

En el caso de masa palpable pero sin sospecha de cáncer

- Se utilizará la PAAF en el caso de quistes complicados o lesiones periféricas.

4. El médico especialista en radiodiagnóstico derivará a la paciente según resultados:
 - Con imagen de normalidad (no cáncer): la paciente será remitida al Médico de Familia con su informe en este sentido.
 - Con imagen sospechosa de patología (sospecha de cáncer):
 - Remitirá a la paciente a la Unidad de Patología Mamaria del hospital de referencia e informará al Médico de Familia de esta remisión.

- Solicitará diagnóstico anatomopatológico al Servicio de Anatomía Patológica indicando la remisión de resultados a la Unidad de Patología Mamaria del hospital de referencia.

Criterios de calidad del subproceso

3. Los estudios realizados por radiología se realizarán en un acto único (todas las pruebas en el mismo día y en el mismo centro).
4. Todos los hospitales que realicen intervenciones de cáncer de mama dispondrán de una Unidad de Patología Mamaria (Unidad de Mama).

En función de la complejidad y de la cartera de servicios de los hospitales, la Unidad de Mama podrá variar entre ser una unidad multidisciplinar integrada por todas las especialidades implicadas en el proceso de atención al cáncer de mama, a ser una consulta de ginecología específica.

Indicadores y estándares de calidad del subproceso

CRITERIO	ESTÁNDAR	INDICADOR
El tiempo transcurrido desde la derivación a la Unidad de Patología Mamaria hasta la realización de la consulta no será superior a 3 días	El 85% de las pacientes no superará los 3 días desde la solicitud a la realización de la consulta	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Pacientes derivadas a la Unidad de Patología Mamaria con demora superior a 3 días hasta la realización de la consulta}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes derivadas a la Unidad de Patología Mamaria}} \times 100$
El tiempo de demora desde la solicitud hasta realización de la mamografía, por sospecha, no será superior a 4 días	El 85% de las pacientes no superará los 4 días desde la solicitud a la realización de la mamografía	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Pacientes a las que se les realiza mamografía de sospecha con demora superior a 4 días}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes a las que se les realiza mamografía de sospecha}} \times 100$
El tiempo transcurrido desde la realización de la mamografía con toma de muestra para biopsia, hasta la confirmación diagnóstica por informe de Anatomía Patológica no debe ser superior a 7 días	El 85% de las pacientes no superará los 7 días desde la toma de la muestra para la biopsia hasta la recepción del informe.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de informes de biopsias recibidos después de una semana de la toma de la muestra.}}{\text{N}^\circ \text{ total de informes de A. Patológica de mamografía}} \times 100$

El periodo máximo que debe transcurrir desde el inicio del proceso hasta la confirmación del diagnóstico de cáncer de mama es de 14 días

Subproceso de Unidad de Mama - estudio de extensión

Unidad de Patología Mamaria (Unidad de Mama)

La Unidad de Patología Mamaria solicitará el estudio de extensión. La indicación de las pruebas se realizará en función de los hallazgos clínicos y/o anatomopatológicos:

- Analítica general (incluidas pruebas hepáticas) y marcadores tumorales.
- Ecografía axilar para valorar la indicación de Biopsia Selectiva de Ganglio Centinela (BSGC).
- Estudio de extensión: ecografía hepática, rastreo óseo.
- RMN mamaria bilateral si se plantea cirugía conservadora.

Comité de Tumores de Mama

La Unidad de Mama presentará en el Comité de Tumores de Mama del hospital todas las pruebas realizadas y el diagnóstico.

El Comité de Tumores de Mama, con la información aportada por la Unidad de Patología Mamaria, valorará y decidirá el tratamiento a efectuar.

Unidad de Patología Mamaria (Unidad de Mama)

En veinticuatro horas la Unidad de Mama operativizará la decisión tomada por el Comité de Tumores de Mama.

- En caso de decisión de intervención quirúrgica.
Se solicitarán las técnicas necesarias para el subproceso de anestesia en un solo día de citación y en el mismo centro sanitario (acto único).
 - Analítica preoperatoria complementaria, incluyendo pruebas de coagulación y colinesterasa.
 - Realización E.C.G.
 - Realización Rx Tórax, si no está realizada.
 - Realización de informes complementarios.
 - Valoración por los cirujanos plásticos en los casos que se requiera reconstrucción mamaria.
 - Una vez realizadas todas las pruebas que se consideren necesarias, desde la Unidad de Mama se remitirá a la paciente:
 - A la **Consulta de Preanestesia**.
 - A la **Unidad responsable de Lista de Espera Quirúrgica**.
- Derivación para tratamiento neoadyuvante cuando se precise tratamiento previo a cirugía:
 - En tumores localmente avanzados para reducción tumoral previa a cirugía.
 - Para rescatar pacientes para cirugía conservadora.
- Derivación para tratamiento oncológico en los casos en los que no se considere la posibilidad de tratamiento quirúrgico (tumores metastásicos).
- Derivación a Atención Primaria para cuidados paliativos en los casos de enfermedad avanzada e incurable.

Criterios de calidad del subproceso

1. En cada Sector Sanitario existirá un Comité de Tumores de Mama de acuerdo con la regulación realizada por el Departamento de Salud respecto a su composición, funciones y recogida de información.

La composición del Comité de Tumores de Mama variará en función de la complejidad y de la cartera de servicios de los hospitales existentes en los Sectores.

2. Todos los casos de tumores de mama serán revisados por el Comité de Tumores de Mama del Sector de que se trate.
3. El tiempo transcurrido desde la confirmación anatomopatológica del diagnóstico de cáncer hasta la evaluación por el Comité de Tumores de Mama no deberá superar los 7 días.

Indicadores y estándares de calidad del subproceso

CRITERIO	ESTANDAR	INDICADORES
El tiempo de demora desde que la paciente es remitida desde la Unidad de Mama a la Consulta de Preanestesia y es vista en esta consulta no superará los 7-10 días.	El 85% de las pacientes no superará los 7 - 10 días desde la solicitud a la realización de la consulta.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Pacientes derivadas a la Consulta de Preanestesia con demora superior a 7 - 10 días, hasta la realización de la consulta}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes derivadas a la Consulta de Preanestesia}} \times 100$
El tiempo transcurrido desde la confirmación anatomopatológica del diagnóstico de cáncer hasta la evaluación por el Comité de Tumores de Mama no superará los 7 días.	El 85% de las pacientes no superará los 7 días desde la confirmación anatomopatológica del diagnóstico de cáncer hasta la evaluación por el Comité de Tumores de Mama	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes evaluadas por el Comité de Tumores de Mama después de 7 días tras la confirmación anatomopatológica del diagnóstico de cáncer.}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes evaluadas por el Comité de Tumores de mama}} \times 100$

Subproceso quirúrgico

Unidad de Patología Mamaria

La secuencia de actividades será la siguiente:

1. La paciente ingresará en el hospital, en la planta de la Unidad de Mama/Ginecología/Cirugía.
2. La paciente recibirá la visita médica del cirujano/ginecólogo que vaya a realizar la intervención quirúrgica.
3. Cuando esté indicado, realización de BSGC (Ganglio Centinela).
4. En caso de lesión no palpable, localización con arpón o ROLL.
5. Intervención quirúrgica:
 - a. Biopsia intraoperatoria en las intervenciones quirúrgicas con BSGC.
 - b. En las piezas quirúrgicas con microcalcificaciones y/o localizadas con arpón se realizará radiología intraoperatoria.
 - c. Realización de la técnica quirúrgica:
 - o Cirugía de áreas ganglionares.
 - o Exéresis del tumor.
 - Tratamiento conservador.
 - Mastectomía.
 - d. Estudio de márgenes quirúrgicos.
6. Estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica con una demora máxima de 10 días.
7. Cuidados postoperatorios (Despertar)
8. En el caso de realización de linfadenectomía, valoración por médico especialista en medicina física y rehabilitación para el inicio de los cuidados de cicatriz, movilización del hombro y prevención de linfedema.
9. Dispensación de prótesis durante la hospitalización y/o consulta postquirúrgica, si no se ha realizado técnica de reconstrucción mamaria.
10. Alta hospitalaria.
11. Citación para consulta ambulatoria postoperatoria.

Comité de Tumores de Mama

Tras el diagnóstico histopatológico el Comité de Tumores de Mama valora el tratamiento postquirúrgico, decidiendo si éste es necesario y, en caso de ser necesario, realiza la estadificación previa a este tratamiento: valoración del tratamiento oncológico médico y/o radioterápico.

Unidad de Mama

La Unidad de Mama operativizará la decisión tomada por el Comité de Tumores de Mama.

- o Comunicación de los resultados y del plan terapéutico a la paciente.
- o Derivación a Atención Primaria para cuidados paliativos, si procede.

- o Derivación para tratamiento oncológico médico y/o radioterápico: cita para primera consulta en oncología médica y oncología radioterápica si procede.
- o Valoración de indicación de Consejo Genético de acuerdo a los criterios que establezca el Departamento de Salud y Consumo.

Criterios de calidad del subproceso

5. Deberá realizarse biopsia de ganglio centinela en todos los casos de tumores en los que esté indicada.
6. Todos los casos serán revisados por el Comité de Tumores de Mama.
7. La realización de la primera consulta para tratamiento preventivo de linfedema deberá ser durante la hospitalización.
8. La reconstrucción mamaria se realizará en todas los casos en los que esté indicada.

Indicadores y estándares de calidad del subproceso

CRITERIO	ESTANDAR	INDICADORES
El tiempo transcurrido desde la toma de la pieza quirúrgica para la biopsia hasta la recepción del informe de Anatomía Patológica será inferior a 10 días.	El 85% de las pacientes no superará los 10 días desde la toma de la muestra para la biopsia hasta la recepción del informe.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de informes de biopsias recibidos después de 10 días de la toma de la muestra.}}{\text{N}^\circ \text{ total de informes de A. Patológica de pieza quirúrgica}} \times 100$
El tiempo de demora desde la confirmación de un tumor maligno y la realización del primer acto terapéutico no superará los 30 días.	El 85% de las pacientes no superará los 30 días desde la confirmación de un tumor maligno y la realización del primer acto terapéutico	$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes con primer acto terapéutico realizado después de 30 días tras la confirmación del diagnóstico.}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes con confirmación de un tumor maligno a las que se les realiza un primer acto terapéutico}} \times 100$

El periodo de tiempo máximo que debe transcurrir desde la confirmación de un tumor maligno y la realización del primer acto terapéutico no debe superar los 30 días, siendo deseable que no supere los 21 días

Subproceso de tratamiento postquirúrgico

Unidad de Oncología Médica

La secuencia de actividades será la siguiente:

1. Cita para primera consulta en oncología médica con una demora máxima de una semana desde la decisión de tratamiento por el Comité de Tumores de Mama.
2. Solicitud de estudios complementarios necesarios: TAC y análisis (bioquímica y hemograma), valoración cardiológica (ecocardiograma) en caso de que esté indicado.
3. Valoración e implantación, en el caso de que sea necesario, de catéter para la infusión de quimioterapia, con una demora máxima de 7 días.
4. Aplicación de tratamiento sistémico (quimioterapia, hormonoterapia...). El tiempo de inicio de tratamiento no debe superar los 10 días.
5. Realización de informe de fin de tratamiento.
6. Envío a Atención Primaria para cuidados paliativos, si procede.

Unidad de Oncología Radioterápica

La secuencia de actividades será la siguiente:

1. Cita para primera consulta en oncología radioterápica con una demora máxima de una semana desde la decisión de tratamiento por el Comité de Tumores de Mama.
2. En el caso de recibir el tratamiento en un centro distinto al de su localidad el hospital de origen asegurará el transporte más adecuado para cada paciente.
3. TAC de planificación y dosimetría clínica.
4. Inicio tratamiento radioterápico con una demora máxima de 15 días.
5. Solicitud estudios complementarios: radiología, bioquímica y hemograma, en caso de que estén indicados.
6. Realización de informe de fin de tratamiento.
7. Envío a Atención Primaria para cuidados paliativos, si precisa.

Criterios de calidad del subproceso

1. Todas las pacientes en las que esté indicado el tratamiento postquirúrgico con quimioterapia y/o radioterapia recibirán este tratamiento en un tiempo adecuado.
2. Existirá una consulta de enfermería específica para tratamiento quimioterápico.

Indicadores y estándares de calidad del subproceso

CRITERIO	ESTANDAR	INDICADORES
El tiempo de demora desde la indicación del tratamiento quimioterápico/hormonal hasta su inicio será inferior a 10 días	El 85% de las pacientes no superará los 10 días desde la indicación del tratamiento quimioterápico/hormonal hasta su inicio	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con demora superior a 10 días para el comienzo del tratamiento quimioterápico/hormonal}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes con indicación del tratamiento quimioterápico/hormonal}} \times 100$
El tiempo de demora desde la decisión de colocar el catéter subcutáneo hasta colocación será inferior a 7 días	El 85% de las pacientes no superará los 7 días desde la decisión de colocar el catéter subcutáneo hasta su colocación	$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes cuya demora desde la decisión de colocar el catéter subcutáneo hasta su colocación ha sido superior a 7 días.}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes con decisión de colocación de catéter subcutáneo}} \times 100$
El tiempo de demora desde la indicación del tratamiento radioterápico hasta su inicio será inferior a 15 días	El 85% de las pacientes no superará los 15 días desde la indicación del tratamiento radioterápico hasta su inicio	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con demora superior a 15 días para el comienzo del tratamiento radioterápico}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes con indicación de tratamiento radioterápico}} \times 100$

Subproceso de rehabilitación

Unidad de rehabilitación

- Antes del alta del hospital todas las pacientes a las que se les haya realizado linfadenectomía recibirán las directrices necesarias para la correcta cicatrización de la herida, recuperación de la movilidad del hombro y la prevención del linfedema.
- En caso de la no recuperación de la movilidad del hombro y/o la aparición del linfedema las pacientes tendrán acceso a rehabilitación/fisioterapia²².

Criterios de calidad del subproceso

1. A las mujeres a las que se les haya realizado linfadenectomía se les debe proporcionar formación en la prevención del linfedema y movilidad del hombro, durante el ingreso hospitalario
2. Todas las pacientes con linfedema y/o sin recuperación de la movilidad del hombro tendrán acceso a rehabilitación.

Indicadores y estándares de calidad del subproceso

CRITERIO	ESTANDAR	INDICADOR
El tiempo de demora desde la indicación del tratamiento rehabilitador hasta su comienzo será inferior a 30 días	El 85% de las pacientes no superará los 30 días desde la indicación del tratamiento rehabilitador hasta su inicio	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres que reciben el tratamiento rehabilitador después de 30 días desde su indicación.}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes con indicación de tratamiento rehabilitador}} \times 100$

²² Se desarrollará un protocolo sobre el abordaje (valoración y tratamiento) del linfedema que, iniciándose en la unidad de rehabilitación del hospital en el que se realice la intervención, incluya la coordinación con las unidades de fisioterapia de atención primaria para la continuidad del tratamiento.

Subproceso de reconstrucción mamaria

Unidad Cirugía Plástica

La secuencia de actividades será la siguiente:

1. La reconstrucción mamaria en el mismo acto quirúrgico (intraoperatoria o inmediata) deberá ofertarse siempre que esté recomendada, conforme a criterios definidos.
2. A toda paciente sometida a mastectomía en la que no se haya practicado reconstrucción mamaria inmediata se le ofertará la reconstrucción mamaria diferida.
3. Intervención quirúrgica.
4. Revisiones.

Criterios de calidad del subproceso

1. **A todas las mujeres en las que esté indicada la reconstrucción mamaria, ya sea inmediata o diferida, se les realizará la reconstrucción.**
2. **La reconstrucción mamaria diferida se ha de ofrecer a toda paciente que haya sido sometida a una mastectomía y no se le haya realizado reconstrucción mamaria inmediata.**

Indicadores y estándares de calidad del subproceso

CRITERIO	ESTANDAR	INDICADOR
El tiempo de demora desde la indicación de la reconstrucción mamaria diferida hasta su realización será inferior a 9 meses	El 85% de las pacientes no superará los 9 meses desde la indicación de la reconstrucción mamaria diferida hasta su realización	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes a las que se les realiza la reconstrucción mamaria después de 9 meses tras su indicación}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes con indicación de reconstrucción mamaria diferida}} \times 100$
A todas las mujeres en las que esté indicada la reconstrucción mamaria intraoperatoria se les realizará la intervención quirúrgica en un hospital cuya cartera de servicios incluya esta técnica	Al 100% de las mujeres en las que esté indicado se les realizará la reconstrucción intraoperatoria	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes a las que se les realiza la reconstrucción intraoperatoria en un hospital cuya cartera de servicios incluya esta técnica}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes con indicación de reconstrucción mamaria intraoperatoria}} \times 100$

La reconstrucción mamaria diferida se ha de ofrecer a toda paciente que haya sido sometida a una mastectomía y no se la haya realizado la reconstrucción mamaria inmediata

Subproceso apoyo psicológico

1. Toda paciente deberá tener asegurado el acceso inmediato al apoyo psicológico en el momento del diagnóstico y a lo largo de todo el proceso, en especial en dos momentos clave: en la información del diagnóstico a la paciente y tras la intervención quirúrgica.
2. El apoyo psicológico se extenderá a los familiares directos o cuidadores de la paciente que lo soliciten.
3. En el apoyo psicológico se podrá incorporar el/la Trabajador/a Social como refuerzo a todo el proceso.

Toda paciente deberá tener asegurado el acceso inmediato al apoyo psicológico en el momento del diagnóstico y a lo largo de todo el proceso. Se realizará conforme al protocolo que elabore el Departamento de Salud y Consumo, en el que se definirá el proveedor que lo oferta y quién y dónde se realiza.

Subproceso de seguimiento

Unidad Patología Mamaria

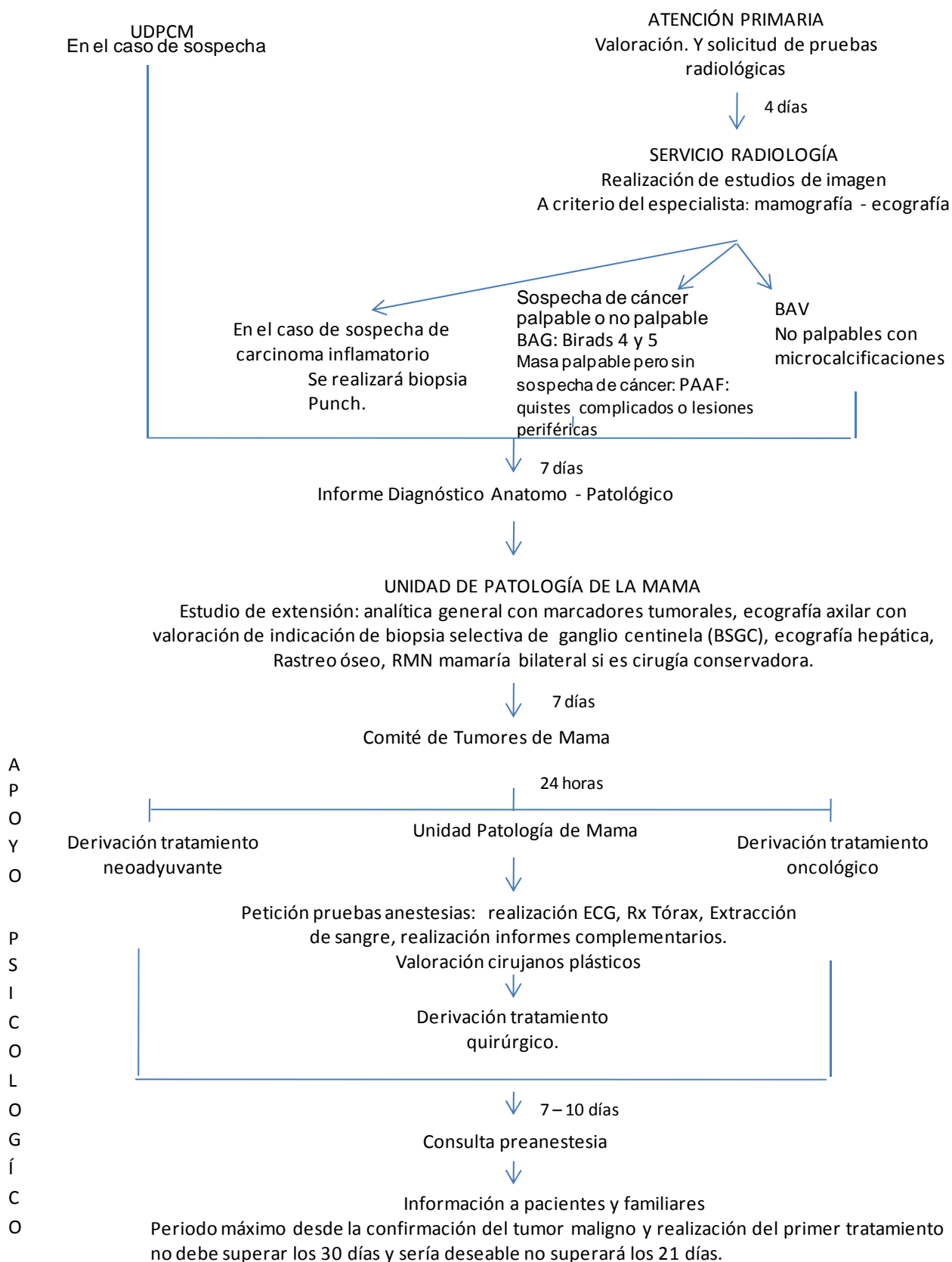
Características que debe tener este subproceso:

- El seguimiento de la paciente se realizará en la Unidad de Mama de acuerdo a criterios unificados para toda la Comunidad Autónoma.
- Una vez finalizado el seguimiento específico en la Unidad de Mama, en ésta se realizará un Informe final único con toda la estrategia que se ha seguido con la paciente.
- Desde la Unidad de Mama se garantizará la comunicación y coordinación con el Médico de Familia de la paciente para el seguimiento conjunto de la misma.

Criterios de calidad del subproceso

1. **Todo el proceso oncológico de la paciente estará recogido en una historia clínica única.**
2. **Las pacientes recibirán un Informe final único con toda la estrategia que se ha seguido en su proceso.**
3. **Las pacientes tendrán un seguimiento único y coordinado en el que todas las partes estén informadas de su situación.**

PROCESO CÁNCER DE MAMA



A
P
O
Y
O

P
S
I
C
O
L
O
G
Í
C
O

A
P
C
Y
C
P
S
I
C
C
L
C
G
Í
C
C

PREPARACIÓN PARA OPERACIÓN QUIRÚRGICA

Gestión de Ingreso por el Sº de Admisión
 Ingreso en Hospital , planta de la Unidad de Mama – ginecología – cirugía.
 Visita médico por el cirujano/ginecologo que va a realizar la intervención quirúrgica.
 Localización por arpón o ROLL en caso de lesión no palpable.
 Preparación para biopsia selectiva de Ganglio Centinela (Sº Medicina Nuclear).

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:

Biopsia intraoperatoria en intervenciones con BSGC.
 Radiología intraoperatoria en piezas quirúrgicas con microcalcificaciones y arpón.

↓ 10 días

Estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica.

↓

Cuidados postoperatorios (despertar)

↓

Dispensación de prótesis durante la hospitalización y/o consulta postquirúrgica.
 Alta hospitalaria

↓

Comité de Tumores Mamaros – Decisión tratamiento
 Comunicación al paciente de los resultados
 Posibilidad consejo genético.

↓

Unidad Patología de Mama

↓ 1 semana primera consulta

ONCOLOGÍA MÉDICA
 Estadificación
 Solicitud estudios complementarios (TAC, análisis ecocardiograma si esta indicado).

↓ 7 días

Valoración e implantación catéter para infusión quimioterapia

↓ 10 días

Tratamiento sistémico

↓
CUIDADOS PALIATIVOS

↓ Transporte adecuado, si es preciso

ONCOLOGÍA RADIOTERAPICA
 Estadificación previa.
 TAC de planificación y dosimetría clínica. Solicitud estudios complementarios, si esta indicado.

↓ 15 días

Inicio tratamiento radioterápico

↓
SEGUIMIENTO: historia clínica única con toda la estrategia seguida con la paciente. Seguimiento único y coordinado de todas las partes, incluida atención primaria.

CIRUGÍA PLASTICA
 Inclusión lista de espera quirúrgica para reconstrucción diferida.

↓
 Intervención Quirúrgica.

REHABILITACIÓN

Valoración fisioterapeuta /RHB
 Directrices para la correcta cicatrización de la herida, recuperación de la movilidad del hombro, y la prevención del linfedema antes del alta médica.

↓

En caso de no recuperación de la movilidad del hombro y/o aparición linfedema tendrán acceso al Sº Rehabilitación.

↓ 30 días
 Tratamiento de RHB

Acciones a realizar en los Sectores Sanitarios

Las Gerencias de Sector y Directores de Atención Especializada se **RESPONSABILIZAN en los tres próximos meses a:**

1. La constitución de una **Unidad de Patología Mamaria** en su Sector.

En función de la complejidad y de la cartera de servicios de los hospitales, la Unidad de Mama podrá variar entre ser una unidad multidisciplinar integrada por todas las especialidades implicadas en el proceso de atención al cáncer de mama, a ser una consulta de ginecología específica.

2. Ofertar, con la competencia profesional y calidad necesaria, en su **Servicio de Radiodiagnóstico una consulta de acto único** para el diagnóstico y confirmación del cáncer de mama.

3. La creación de un **Comité de Tumores de Mama** en todos los hospitales. Al margen de la regulación que se realice, el Comité estará presidido por el Director o un Subdirector del Centro. De forma operativa las actividades del Comité serán responsabilidad del Gestor del Proceso, recomendándose que coincida con el responsable de la Unidad de Patología Mamaria.

Los Comités estarán compuestos por un determinado número de profesionales de distintas especialidades y su composición será homogénea para todos los hospitales de la Comunidad Autónoma. Se diseñará un modelo de documento de registro de actividades y decisiones terapéuticas que será el mismo para todos los Comités de Tumores de Mama de la Comunidad Autónoma, que proporcionará información sobre el cumplimiento de los criterios e indicadores establecidos en este documento.

4. Diseñar una oferta en Atención Especializada y Atención Primaria para la prevención y rehabilitación del **linfedema**.

5. Garantizar un **transporte personalizado** a las pacientes que tengan que trasladarse de su localidad para la aplicación de radioterapia.

Las Gerencias de Sector y Directores de Atención Especializada se **RESPONSABILIZAN antes del 1 de Octubre a:**

Remitir, para su valoración por parte de la Comisión de Evaluación de la Cartera de Servicios, los procedimientos, técnicas y actividades que van a ofertar en el proceso de Cáncer de Mama, organizados por subprocesos y unidad responsable, e indicando si son de nueva creación.

Anexo I. Procedimientos quirúrgicos sobre cáncer de mama

- Cirugía de las lesiones mamarias malignas no palpables
- Segmentectomía para tratamiento del cáncer de mama
- Tumorectomía para tratamiento del cáncer de mama
- Mastectomía simple para tratamiento del cáncer de mama
- Mastectomía subcutánea más prótesis inmediata simple para tratamiento del cáncer de mama
- Mastectomía más estudio de ganglio centinela para tratamiento del cáncer de mama
- Mastectomía radical modificada para tratamiento del cáncer de mama
- Mastectomía radical clásica para tratamiento del cáncer de mama
- Mastectomía radical ampliada para tratamiento del cáncer de mama
- Linfadenectomía axilar para tratamiento del cáncer de mama
- Exploración de la mamaria interna para tratamiento del cáncer de mama
- Reconstrucción inmediata postmastectomía para tratamiento del cáncer de mama
- Reconstrucción diferida postmastectomía para tratamiento del cáncer de mama
- Reconstrucción postmastectomía con expansores para tratamiento del cáncer de mama
- Reconstrucción postmastectomía con prótesis para tratamiento del cáncer de mama
- Reconstrucción postmastectomía con expansor-prótesis para tratamiento del cáncer de mama
- Reconstrucción postmastectomía con tejidos autólogos (dorsal ancho, TRAM) para tratamiento del cáncer de mama
- Implante mamario unilateral
- Implante mamario bilateral
- Mastopexia
- Trasposición de pezón
- Otra reparación o reconstrucción de pezón
- Otra Mamoplastia

- Revisión de implante de mama
- Extracción de implante de mama
- Capsulotomía de implante mamario
- Capsulectomía de implante mamario
- Escisión o destrucción de tejido de mama, N.E.O.M.
- Escisión local de lesión de mama
- Resección de cuadrante de la mama
- Mastectomía subtotal
- Escisión de tejido mamario ectópico
- Escisión de pezón
- Corrección asimétrica AP por desplazamiento
- Corrección de asimetría de tamaño del complejo AP
- Corrección del pezón invaginado
- Mastectomía subcutánea unilateral con implantación simultánea
- Otra mastectomía subcutánea unilateral
- Mastectomía subcutánea bilateral con implantación simultánea
- Otra mastectomía subcutánea bilateral
- Mastectomía unilateral endoscópica
- Mastectomía bilateral endoscópica

Anexo II. Técnica Ganglio Centinela

Reunión de consenso sobre la biopsia selectiva del ganglio centinela en el cáncer de mama. Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria*

Criterios de indicación

- Se recomienda en carcinomas infiltrantes de hasta 3 cm de diámetro máximo y es aceptable en pacientes T2 con axila negativa (clínica y ecográficamente ± punción aspiración con aguja fina).
- En los casos de tumores multifocales es posible realizar la BSGC y en los multicéntricos sería aceptable aunque con evidencia limitada.
- En los casos de carcinoma intraductal extenso (mayores de 4 cm de diámetro) y de alto grado y/o con comedonecrosis y/o en los que vayan a tratarse con mastectomía.
- En el carcinoma de mama en el varón se podrá aplicar siguiendo las mismas indicaciones que en la mujer.
- La realización de una biopsia escisional previa no contraindica la realización de la BSGC siempre que no aparezcan criterios de exclusión y se realice antes de un mes.
- Es aceptable, con buen nivel de evidencia, la BSGC previa a tratamiento sistémico primario con fines de rescate para cirugía conservadora. No está indicada antes de terapia sistémica primaria en carcinoma localmente avanzado con intención terapéutica, ni después de terapia sistémica primaria, salvo en caso de ensayo clínico específico para el estudio y validación de la técnica.
- No existe evidencia para recomendar la BSGC en mujeres gestantes.
- En los casos de cirugía mamaria plástica de aumento o reducción previa no existe evidencia para recomendar la BSGC.
- En pacientes con cirugía conservadora con BSGC previa por carcinoma no hay evidencia para recomendar una nueva BSGC.

Criterios de exclusión o contraindicación

- La verificación preoperatoria de afectación ganglionar mediante pruebas de imagen (ecografía) y, al menos, citología compatible con metástasis de carcinoma de las adenopatías sospechosas.
- La existencia de cirugía y/o radioterapia axilar previa.
- Carcinoma inflamatorio.

Aspectos de Medicina Nuclear

La técnica imprescindible incluye el uso de trazador isotópico como marcador del ganglio.

Es aceptable utilizar la técnica mixta (trazador isotópico más colorante), sobre todo, en período de aprendizaje y en aquellos casos con dificultades de visualización en la linfogamagrafía preoperatorias.

Se desaconseja la técnica con el uso exclusivo de colorante.

Los trazadores isotópicos recomendables son la albúmina nanocoloide, el coloide de estaño y el sulfuro de renio, personalizando en cada paciente y citándolo en el consentimiento informado específicamente si el producto no estuviese autorizado para esta indicación clínica.

La actividad total administrada oscilará entre 0,5 y 3 mCi, inyectados entre las 2 y 24 horas antes de la cirugía.

La localización anatómica de la inyección del trazador isotópico será, preferiblemente intra-peritumoral. La inyección periareolar y/o subdérmica, también serían una opción de inicio.

Sería recomendable, e imprescindible en las lesiones no palpables y en la técnica de SNOLL (**s**entinel **n**ode and **o**ccult **l**esion **l**ocalization), tratar de realizar la inyección intra-peritumoral del trazador de forma asistida por métodos de imagen (ecografía o estereotaxia). En los casos de lesiones no palpables sin posibilidad de asistencia con métodos de imagen, lesiones ya extirpadas o lesiones cercanas anatómicamente a la región axilar, sería posible y recomendable la inyección periareolar del trazador.

Es imprescindible la realización preoperatoria de una linfogammagrafía en el periodo postinyección del trazador isotópico, con la finalidad de confirmar la migración y evidenciar drenajes extraaxilares. Se debe realizar lo más cerca posible al momento de la intervención. En caso de no migración y no visualizar el drenaje, se recomienda la reinyección del trazador, el mismo día, con cualquiera de las técnicas citadas a tal efecto.

Aunque no es imprescindible para la realización de la técnica, es muy recomendable la asistencia en el quirófano de un médico nuclear con experiencia, y a ser posible, específicamente aquel que se haya encargado de la inyección del radiotrazador y la obtención de las imágenes gammagráficas.

Aspectos técnicos quirúrgicos

Cuando se utilice el colorante se recomienda el uso de azul de isosulfán, azul patente o azul de metileno, aunque con las pertinentes autorizaciones administrativas.

La dosis recomendada es de 2 ml y el momento de su inyección de 10 a 15 minutos antes de comenzar la intervención. La localización anatómica de la inyección del colorante seguirá los patrones descritos para el trazador isotópico. Es recomendable la aplicación de masaje tras la inyección del colorante.

La intervención de BSGC puede realizarse mediante anestesia general o bien bajo anestesia local o locorregional con sedación, como gesto quirúrgico independiente o de forma simultánea al tratamiento del tumor.

En el uso del colorante, éste se debería inyectar con los pacientes bajo control anestésico y es recomendable la administración de antihistamínicos y corticoides como profilaxis de reacciones alérgicas.

La secuencia temporal de la BSGC y el tratamiento del tumor es indiferente.

Se recomienda concluir la intervención de la BSGC con una exploración digital de la axila para descartar la existencia de adenopatías sospechosas palpables susceptibles de ser biopsiadas.

La detección gammagráfica de ganglio(s) centinela(s) en la cadena mamaria interna debe conllevar su biopsia, siempre que técnicamente sea factible.

Ante la no migración del trazador a la axila, y sólo hacia la mamaria interna, se puede realizar la inyección con colorante, recomendando seguir la misma metodología de la inyección del isótopo; también es posible la realización de reinyección de trazador isotópico o el seguimiento clínico y con técnicas de imagen. Es obligatoria la obtención de un consentimiento informado específico para el procedimiento en todos los casos.

Aspectos relacionados con el procesamiento y análisis de la pieza quirúrgica

Es aconsejable el análisis intraoperatorio del o los ganglios identificados como centinelas con la intención de aumentar la eficiencia de la técnica, realizando la linfadenectomía axilar en caso de ganglio axilar afecto y evitando, de esta forma, reintervenciones. Las implicaciones en el manejo de estos pacientes, que se verán más adelante, excluyen de lo anterior a los ganglios biopsiados de la cadena mamaria interna y, por tanto, la biopsia intraoperatoria del ganglio de la mamaria interna no es necesaria porque no entraña ningún gesto quirúrgico adicional.

Las técnicas más aconsejables para analizar de forma intraoperatoria el o los GC son mediante cortes por congelación, citología por raspado o impronta citológica. La inmunohistoquímica (IHQ) intraoperatoria es una técnica óptima pero no accesible o disponible en todos los centros.

El procesamiento intraoperatorio de la muestra implica realizar secciones a distintos niveles que permitan detectar metástasis de más de 2 mm.

En el análisis definitivo, postoperatorio, de las muestras se debe completar el estudio del GC mediante secciones, al menos cada 200 micras, realizando inmunohistoquímica si la técnica de hematoxilina-eosina (H&E) es negativa para detectar enfermedad.

Se define como ganglio positivo o afectado aquel que presenta células de características histopatológicas o inmunohistoquímicas de malignidad, matizando como:

- Metástasis: tamaño de más de 2 mm.
- Micrometástasis: tamaño de entre 0,2 a 2 mm.
- Células tumorales aisladas: tamaño de 0,2 mm o menos.

Conducta a seguir en caso de GC positivo

La confirmación de metástasis en GC axilares implica la linfadenectomía reglada axilar, con la terapia adyuvante posterior (quimioterapia, radioterapia y/u hormonoterapia) que se indique en función de las características de tumor primario, el tipo de cirugía realizada (conservadora o radical) y el análisis definitivo del material de linfadenectomía.

La confirmación de micrometástasis en el/los ganglio(s) centinela(s) axilar(es) implica igualmente la linfadenectomía, salvo en aquellos casos que se considere que pueden ser incluidos en ensayos clínicos específicos para el estudio de esta

circunstancia. La aplicación de terapias adyuvantes (quimioterapia, radioterapia y/u hormonoterapia) vendrá dictada, fundamentalmente, por las características tumorales del tipo de cirugía realizada (conservadora o radical) y del resultado de la linfadenectomía en el caso de llevarse a cabo. No existe evidencia suficiente para el tratamiento sistémico de las pacientes con micrometástasis (H&E o IHQ).

Ante la afectación de ganglio centinela (GC) de la mamaria interna y no afectación de GC axilar, se recomienda tratamiento adyuvante de la cadena mamaria interna (radioterapia), sin completar la linfadenectomía axilar. Ante la afectación del GC de la mamaria interna (en estudio diferido), sin haber drenaje axilar, se recomienda la posibilidad de seguimiento clínico y con técnicas de imagen, sin cirugía axilar.

La existencia de células tumorales aisladas no implica la realización de ningún gesto añadido.

En la actualidad la aplicación de técnicas de biología molecular (PCR –polymerase chain reaction–) debe realizarse sólo en el marco de la investigación.

Aspectos relacionados con la validación de la técnica

La BSGC es una técnica diagnóstica multidisciplinar, que implica la interrelación entre diferentes especialidades médicas y quirúrgicas.

Tradicionalmente, ha sido precisa una validación técnica de la BSGC tanto a nivel del equipo como de cada uno de los especialistas implicados. Esta validación, dada la experiencia de múltiples grupos aplicando clínicamente la técnica, es aconsejable que, progresivamente, sea sustituida por un proceso de aprendizaje supervisado en el contexto de un grupo con experiencia.

Este aprendizaje debería llevarse a cabo con grupos que hayan realizado más de 300 casos de BSGC en fase de aplicación clínica (con parámetros de validación definidos en los consensos previos: al menos un 95% de tasa de identificación del o los GC, con una tasa falsos negativos del 5% o menos).

* Murcia, 24 de Noviembre del 2006 (*Rev Esp Patol* 2007; Vol 40, n.º 2: 91-9)5

Anexo III. Reconstrucción mamaria

II Conferencia de consenso "Reconstrucción mamaria" Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria

Introducción

La reconstrucción mamaria es parte integral en el tratamiento del cáncer de mama con indicación de mastectomía. Las pacientes deben recibir una información adecuada que incluya la elección de la técnica y su descripción, los tiempos quirúrgicos necesarios, el momento más adecuado, los posibles resultados estéticos y las complicaciones, así como las eventuales soluciones que se deberán aportar en caso de que éstas aparezcan.

Para un planteamiento correcto de la reconstrucción postmastectomía (RPM) es necesaria una estadificación prequirúrgica de la enfermedad, un conocimiento teórico y práctico de las técnicas quirúrgicas que se deben ofrecer, la integración del tratamiento radioterápico en la paciente reconstruida, saber en qué grado pueden estar implicados los tratamientos sistémicos aplicados antes o después de la misma y una óptima experiencia 'en el seguimiento, especialmente de la zona reconstruida.

Se deduce que la reconstrucción, como toda la cirugía del cáncer de mama, debe tener un enfoque multidisciplinar que englobe las especialidades de cirugía general, ginecología, cirugía plástica, radiología, oncología radioterápica, oncología médica y psicología.

La RPM está incluida en el tratamiento de las pacientes con indicación de mastectomía en la mayoría de los documentos, de directrices y recomendaciones sobre la terapia del cáncer de mama.v- En agosto de 2007 se publicó una "Guía de buena práctica en cirugía oncoplástica de la mama" que recoge de manera amplia los distintos aspectos de la RPM, pero, hasta ahora, no ha habido en ningún país, ninguna Reunión de Consenso con la participación de todas las especialidades implicadas. Es, pues, el momento de sentar las bases para la elaboración de un documento que unifique criterios y que sirva de guía para todos los profesionales.

CONCEPTOS

Cirugía oncoplástica

Conjunto de soluciones quirúrgicas que permiten la restitución estética de la mama tras una mastectomía o cirugía conservadora, así como la corrección de las secuelas de otros tratamientos. Por tanto, este concepto incluye diversas técnicas de mamoplastia, estrumoplastias, reconstrucciones mamarias y la cirugía de la prevención.

Reconstrucción postmastectomía

Conjunto de técnicas quirúrgicas para la restitución de la mama.

Tipos de reconstrucción

- Autólogas: Son las que se realizan con tejidos de la propia paciente.

- Heterólogas: Son las que precisan de expansores o prótesis.
- Mixtas: Combinan ambas técnicas

MOMENTO DE LA RPM

Inmediata

Es la que se realiza en el mismo momento de la intervención de resección oncológica.

RPM diferida

Es la que se realiza transcurrido un periodo de tiempo variable tras la intervención. Si se ha realizado tratamiento complementario, es aconsejable esperar un mínimo de 1 año tras finalizar el tratamiento con radioterapia y un periodo aproximado de unos 6 meses tras la quimioterapia.

El factor limitante más importante a la hora de decidir el momento de la reconstrucción sería la necesidad de aplicar radioterapia adyuvante. En caso de necesidad de radioterapia, conocida antes de la intervención, es aconsejable la reconstrucción autóloga o mixta. En caso de no conocer la necesidad de radioterapia y haber realizado la reconstrucción con un expansor, se debe tomar una decisión consensuada con la paciente de si se retira o no el expansor antes de comenzar la radioterapia, aunque no es imprescindible la retirada del mismo para un adecuado tratamiento oncológico. Cuando se vaya a necesitar quimioterapia adyuvante, con radioterapia posterior y se haya colocado un expansor, debería procederse a la sustitución del mismo por una prótesis definitiva antes de iniciar el tratamiento radioterápico.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Las indicaciones se enumerarán con la descripción de cada técnica.

Contraindicaciones absolutas:

- La decisión de la paciente de no reconstruirse.
- Condicionamientos psicológicos del orden de alteración de la consciencia de la realidad, psicopatología grave que impida el ejercicio de la voluntad o sospecha de síndrome dismorfofóbico.
- Imposibilidad de lograr márgenes oncológicamente adecuados tras la aplicación de terapia sistémica primaria y radioterapia.
- Enfermedad sistémica grave concomitante que implique contraindicaciones anestésicas.

TÉCNICAS DE RECONSTRUCCIÓN E INDICACIONES ESPECÍFICAS

Independientemente del momento de realizar la reconstrucción respecto a la cirugía oncológica (inmediata o diferida) es posible utilizar cualquiera de las técnicas que a continuación se enumeran, con las peculiaridades, ventajas y desventajas que se citan en cada caso.

Técnicas de RPM mediante expansores tisulares prótesis

Es la inserción de un implante protésico en la zona de mastectomía, ubicado en el área retropectoral. La elección de expansor tisular o prótesis dependerá de las características de cada paciente.

Indicaciones

- Paciente con índice de masa corporal normal.

- El tamaño de la segunda mama debe ser de pequeño a moderado y con poca ptosis, de lo contrario precisará de simetrización.
- Buena calidad de la piel de cobertura y del tejido celular subcutáneo (TCS).
- Integridad de la musculatura pectoral.
- La reconstrucción se podrá realizar en un solo tiempo mediante prótesis-expansora con la finalidad de evitar reintervenciones, aunque la necesidad de cirugía de remodelación hace que frecuentemente deba cambiarse por implantes definitivos.

Contraindicaciones

- Negativa de la paciente al uso de implantes.
- Radioterapia previa con mala calidad de la piel de la zona a expandir.
- Colgajos de piel muy fina o a tensión.
- Enfermedades del colágeno.
- Pérdida de la integridad del músculo pectoral mayor por su extirpación en el caso de mastectomía radical convencional, o su atrofia post-radioterapia o por lesión del pedículo vascular-nervioso, lo que impedirá cubrir a la prótesis adecuadamente.
- Es una contraindicación relativa la negativa de la paciente a la reducción de la mama contralateral grande, porque los expansores o prótesis tienen una limitación en su volumen, forma y proyección para conseguir la simetría.

Complicaciones.

- Deflación
- Malposición.
- Contractura capsular.
- Infección.
- Extrusión.

Inconvenientes

- Frialdad de la piel.

Técnicas de RPM mediante expansores tisulares prótesis

Es la inserción de un implante protésico en la zona de mastectomía, ubicado en el área retropectoral. La elección de expansor tisular o prótesis dependerá de las características de cada paciente.

Indicaciones

- Paciente con índice de masa corporal normal.
- El tamaño de la segunda mama debe ser de pequeño a moderado y con poca ptosis, de lo contrario precisará de simetrización.
- Buena calidad de la piel de cobertura y del tejido celular subcutáneo (TCS).
- Integridad de la musculatura pectoral.
- La reconstrucción se podrá realizar en un solo tiempo mediante prótesis-expansora con la finalidad de evitar reintervenciones, aunque la necesidad de cirugía de remodelación hace que frecuentemente deba cambiarse por implantes definitivos.

Contraindicaciones

- Negativa de la paciente al uso de implantes.
- Radioterapia previa con mala calidad de la piel de la zona a expandir.
- Colgajos de piel muy fina o a tensión.
- Enfermedades del colágeno.
- Pérdida de la integridad del músculo pectoral mayor por su extirpación en el caso de mastectomía radical convencional, o su atrofia post-radioterapia o por lesión del pedículo vásculo-nervioso, lo que impedirá cubrir a la prótesis adecuadamente.
- Es una contraindicación relativa la negativa de la paciente a la reducción de la mama contralateral grande, porque los expansores o prótesis tienen una limitación en su volumen, forma y proyección para conseguir la simetría.

Complicaciones.

- Deflación.
- Malposición.
- Contractura capsular.
- Infección.
- Extrusión.

Inconvenientes

- Frialdad de la piel.

Técnicas de RPM mediante expansores tisulares prótesis

Es la inserción de un implante protésico en la zona de mastectomía, ubicado en el área retropectoral. La elección de expansor tisular o prótesis dependerá de las características de cada paciente

Indicaciones

- Paciente con índice de masa corporal normal.
- El tamaño de la segunda mama debe ser de pequeño a moderado y con poca ptosis, de lo contrario precisará de simetrización.
- Buena calidad de la piel de cobertura y del tejido celular subcutáneo (TCS).
- Integridad de la musculatura pectoral.
- La reconstrucción se podrá realizar en un solo tiempo mediante prótesis-expansora con la finalidad de evitar reintervenciones, aunque la necesidad de cirugía de remodelación hace que frecuentemente deba cambiarse por implantes definitivos.

Contraindicaciones

- Negativa de la paciente al uso de implantes.
- Radioterapia previa con mala calidad de la piel de la zona a expandir.
- Colgajos de piel muy fina o a tensión.
- Enfermedades del colágeno.
- Pérdida de la integridad del músculo pectoral mayor por su extirpación en el caso de mastectomía radical convencional, o su atrofia post-radioterapia o por lesión del pedículo

vásculo-nervioso, lo que impedirá cubrir a la prótesis adecuadamente.

- Es una contraindicación relativa la negativa de la paciente a la reducción de la mama contralateral grande, porque los expansores o prótesis tienen una limitación en su volumen, forma y proyección para conseguir la simetría.
- Complicaciones.
- Deflación.
- Malposición.
- Contractura capsular.
- Infección.
- Extrusión.

Inconvenientes

- Frialdad de la piel.
- Falta de evolución armónica con los cambios corporales a lo largo del tiempo.
- Dificultad en obtener una mama con ptosis suficiente.

Técnicas de RPM mediante colgajos autólogos

Transposición del músculo gran dorsal

Supone la traslación al tórax de la totalidad o parte del músculo *latissimus dorsi* con una isla de piel y tejido celular subcutáneo de una dimensión adecuada. Precisa habitualmente de la colocación de una prótesis o expansor tisular de forma simultánea o diferida para obtener un volumen adecuado. En ocasiones requiere exploraciones complementarias para asegurar la integridad del pedículo vasculonervioso toracodorsal.

Indicaciones

- Pacientes que precisen aporte de tejidos con buena vitalidad a la zona tratada, hayan recibido radioterapia o no, y que, conociendo las otras posibilidades de reconstrucción con tejido autólogo, prefieran la espalda como zona dadora.
- También es útil en cirugías conservadoras, para alcanzar una buena estética, y como relleno volumétrico en mastectomías ahorradoras de piel.

Tipos e indicaciones específicas

- *Asistido por prótesis*: en pacientes delgadas, jóvenes, con músculo dorsal de buena calidad, en la paciente que desea incremento del volumen mamario, con buena posibilidad de simetrizar la mama contralateral con prótesis.
- *Técnica de dorsal ancho ampliada*: cuando hay un gran panículo adiposo, siempre que no produzca gran asimetría en espalda, y en las pacientes mayores que hayan recibido radioterapia.
- Como técnica de rescate tras resección de recidivas locales tras mastectomías y que precisen resección total del espesor de la pared torácica.

Contraindicaciones

- Lesión del pedículo del músculo dorsal ancho.
- Toracotomía previa homolateral.

Complicaciones

- Pérdida del colgajo por trombosis del pedículo.
- Extrusión de la prótesis.
- Malposición de la isla cutánea.
- Infección seroma, hematoma.
- Retracción capsular periprotésica.

Desventajas

- Cicatriz en la espalda.
- Pérdida de volumen, fundamentalmente por atrofia de su porción muscular.
- Aporta poco volumen a la zona tratada, por lo que suele ser necesaria la colocación de un implante submuscular.
- Discromía de la isla de la zona donante en relación al color de la piel del tórax.
- Asimetría del contorno dorsal.
- Eventual limitación funcional de la cintura escapular, estaría desaconsejada en pacientes que practican deportes como el golf, tenis o esquí de fondo.
- Posible necesidad de injerto libre de piel en zona dadora, si por las dimensiones de la isla no es posible el cierre primario.

Transposición del músculo recto anterior del abdomen (TRAM pediculado)

Permite la traslación de piel, grasa y masa muscular abdominal al tórax, utilizando el pedículo arteriovenoso epigástrico superior que discurre en el espesor de los músculos rectos anteriores del abdomen. Para aumentar su flujo existe la posibilidad técnica de diferirlo tras la sección del pedículo epigástrico inferior para tratar de aumentar el aporte sanguíneo desde la epigástrica superior. No obstante, esta variación técnica está en desuso.

Indicaciones

- Paciente con suficiente volumen tisular abdominal, conocedora de las limitaciones funcionales y estructurales que conlleva.
- Especialmente indicada cuando la mama contra lateral es voluminosa y ptósica.
- Como técnica de rescate: cuando la colocación previa de un implante ha ocasionado la retracción o encapsulamiento y dolor.
- En pacientes que han recibido tratamiento radioterápico.
- Disponibilidad de zona dadora por buena adiposidad abdominal.
- No posibilidad de microcirugía o cuando la paciente la rechaza.
- Recidivas locales tras mastectomía o tratamiento conservador que precise de una amplia extensión de piel para cobertura.

Contraindicaciones

- Abdominoplastias.
- En caso de antecedente de colecistectomía laparotómica, está indicado el TRAM contralateral. Ante laparotomías medias supra o infraumbilicales, se puede plantear la realización de un TRAM bipediculado, debiéndose valorar muy cuidadosamente la extensión de la isla cutánea, en el caso de existir otras cicatrices.

Factores de riesgo

- Gran obesidad.
- Cicatrices abdominales que comprometan la vascularización que depende de la epigástrica superior.
- Enfermedades sistémicas como diabetes e hipertensión, esclerodermia.
- Fumadoras.

Complicaciones

- Necrosis total o parcial del colgajo.
- Hernia abdominal.
- Necrosis grasa o dehiscencia de los bordes de la herida.
- Necrosis o malposición del ombligo .
- Intolerancia a la malla de refuerzo (en caso de haberla empleado para la reconstrucción de la pared abdominal) .
- Infección, seroma, hematoma ...

Desventajas

- Con elevada frecuencia es preciso colocar una malla de refuerzo especialmente desde el arco de Douglas. Por tanto, provoca un déficit estructural de la pared abdominal que se puede traducir en debilidad abdominal y un mayor riesgo de hernias.
- Provoca un déficit funcional considerable al eliminar parte de la musculatura abdominal, especialmente si es bipediculado.

Técnicas de microcirugía (DIEP / SIEA / TRAM libre)

Son las técnicas que se basan en la transferencia microquirúrgica únicamente de piel y grasa de la zona dadora, generalmente del abdomen, sin precisar de un sacrificio muscular (DIEP / SIEA) o con un sacrificio parcial (TRAM libre) para conseguir una vascularización adecuada. Existen otras zonas dadoras menos utilizadas como la zona glútea (SGAP-IGAP) o la cara interna de los muslos (TUGF). En pacientes con afectación importante de la piel del tórax por la radioterapia previa y con posible alteración axilar son de gran utilidad, siendo recomendable la utilización de los vasos de la mamaria interna como vasos receptores.

Indicaciones

- Toda paciente que tenga tejido abdominal suficiente y que desee una reconstrucción definitiva y natural. Ofrece una mayor especificidad reconstructiva y con una menor morbilidad (DIEP/SIEA).
- Fallo de otras técnicas reconstructivas.
- Presencia de severas secuelas tras tratamiento con radioterapia (grado 111-IV de la escala de la RTOG).

Contraindicaciones

- Tabaquismo activo (contraindicación relativa si se suspende al menos 6 semanas antes).
- Se consideran contraindicaciones absolutas la dermolipectomía previa o cualquier destrucción importante de la pared abdominal que pueda comprometer la vascularización de la pared abdominal a través del sistema epigástrico inferior.

- Puede ser una contraindicación relativa la radioterapia previa de la cadena mamaria interna.

Complicaciones

- Necrosis total o parcial del colgajo.
- Infección, seroma, hematoma ...

Ventajas

o Preservación funcional y estructural total de la pared abdominal (DIEP, SIEA) o parcialmente (TRAM libre).

Desventajas

- Para el equipo quirúrgico comporta una mayor especialización y una curva de aprendizaje más larga. Únicamente lo pueden realizar con garantías de éxito cirujanos con una experiencia y formación microquirúrgica en colgajos de perforantes.
- Para las pacientes supone un incremento del tiempo operatorio (tiempo medio de intervención quirúrgica: 6 horas). • No está al alcance de todos los hospitales.

Existen diversas variantes técnicas:

- TRAM libre (MS2).
- DIEP (free deep inferior epigastric perforator flap).
- SIEA (free superficial inferior epigastric artery flap).

Reconstrucción parcial de la mama. Cirugía oncoplástica

El tratamiento inicial de elección de los tumores mayores de 3 cm. o localmente avanzados es la terapia sistémica primaria. Es imprescindible el marcaje de la zona donde se encontraba el tumor antes de iniciar el tratamiento.

Indicaciones

Cirugía conservadora, que ya sea por el volumen del tejido resecado o porque el tamaño de la mama es pequeño, comporte una deformidad estética de la misma con la correspondiente secuela física y/o psíquica para la paciente. Por tanto, no debería estar indicada la estrumoplastia sin ir acompañada de la posibilidad electiva de una reconstrucción parcial.

Contraindicaciones (las mismas de la cirugía conservadora e indicación de mastectomía)

- Carcinoma inflamatorio.
- Tumores T3-T4 tras tratamiento sistémico primario.
- Tumor multicéntrico.
- Microcalcificaciones extensas en la mamografía.
- Márgenes quirúrgicos afectos tras repetidas cirugías oncológicas.
- Mala relación entre volumen tumoral y volumen mama que permitan una buena estética residual.

Variantes técnicas

- Técnicas de remodelación del propio tejido glandular siguiendo patrones clásicos o modificaciones individualizadas de los mismos.
- Colocación de prótesis de sustitución

- Transposición de colgajos autólogos para reposición de volumen: - Toraco-epigástrico.
 - Variante Holstrom: ramas perforantes de mamaria interna y epigástrica superior.
 - Colgajos de perforantes locales (ICPF, TDAPF).

Técnicas para la reconstrucción del complejoaréola-pezón

Reconstrucción de aréola:

Es recomendable diferirla hasta que la mama reconstruida ha alcanzado su forma y posición final y presenta el mayor grado de simetría posible respecto a la mama contralateral (en torno a 6 meses). El objetivo es conseguir una estructura que proyecte de forma similar en volumen y posición al pezón contralateral, así como una zona pigmentada de configuración, ubicación y color lo más parecida a la areola contralateral.

Existen diversas posibilidades para reconstruir la aréola, entre otras:

- Autoinjerto de piel de pliegue inguinoperineal.
- Autoinjerto de aréola contralateral. o Autoinjerto de piel mallado.
- Tatuaje.

Reconstrucción de pezón:

Se puede realizar mediante distintas técnicas, entre otras:

- Autoinjerto de pezón contra lateral.
- Colgajos locales (distintas técnicas).

Es deseable que esta fase de la RPM pueda desarrollarse en un solo tiempo, efectuándolo bajo anestesia local y en régimen ambulatorio, sin ingreso hospitalario.

INTEGRACIÓN DEL TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO EN LA RPM

Premisas que hay que tener en cuenta cuando es necesaria la radioterapia en una paciente con RPM:

1. La irradiación tras cirugía reconstructora/reparadora de la mama ha experimentado un aumento progresivo en la práctica clínica.
2. En previsión de una irradiación adyuvante es mejor la reconstrucción con tejido autólogo.
3. La irradiación de prótesis mamaria empeora discretamente la cosmética, especialmente por la contractura capsular. También puede producirse radiodermitis con pérdida de elasticidad de la piel.
4. La eficacia de la irradiación no se ve alterada por la prótesis o el expansor.
5. La dosimetría debe estar basada en imágenes de TC y ser tridimensional.
6. Los estudios con dosimetrías repetidas *in vivo* no revelan cambios significativos con la dosis prescrita.
7. Las variaciones de dosis disminuyen con el aumento de la energía utilizada, por tanto la irradiación debe hacerse con altas energías. Se desaconseja la técnica con cobalto.
8. El volumen mamario afectado por estas variaciones es muy pequeño.
9. La irradiación de expansores tisulares debe iniciarse cuando el periodo de expansión ha finalizado, aunque por razones cosméticas es preferible el cambio del expansor a prótesis definitiva, antes de comenzar la irradiación.
10. Los estudios dosimétricos de expansores revelan un aumento discreto de la dosis alrededor de la parte metálica (radiación dispersa), que no parece contribuir de forma

significativa en la alteración de la cosmética.

IMPLICACIONES DE LOS TRATAMIENTOS SISTÉMICOS

1. Antes de recomendar una reconstrucción mamaria inmediata, se deben considerar los factores de riesgo individuales y sus repercusiones en la morbilidad quirúrgica, para no retrasar el inicio de la quimioterapia.
2. La reconstrucción mamaria inmediata no retrasa el inicio de la quimioterapia adyuvante en la mayoría de enfermas, ni interfiere con las dosis totales de quimioterapia, número de ciclos, espacio entre los ciclos y uso de antibióticos y factores de crecimiento hematopoyético.
3. El tratamiento sistémico con hormonoterapia no comporta ninguna contraindicación para la reconstrucción mamaria diferida o inmediata.
4. La administración de trastuzumab (Herceptin ®) de forma concomitante o secuencial a la quimioterapia, ya sea en adyuvancia o neoadyuvancia, no condiciona efectos adversos que contraindiquen una reconstrucción mamaria inmediata.
5. Las pacientes que reciben quimioterapia primaria o neoadyuvante, independientemente de su respuesta, si son candidatas a mastectomía, pueden beneficiarse de una reconstrucción mamaria si no existe ninguna otra contraindicación.
6. Cuando se esté administrando quimioterapia es recomendable hacer coincidir las infiltraciones del expansor con criterios hematológicos de más de 1.000 neutrófilos y más de 100.000 plaquetas).

TÉCNICAS DE RPM SEGÚN ESTADIOS

La irradiación previa o la necesidad de radioterapia adyuvante posterior serán determinantes a la hora de la elección de la técnica en los distintos estadios.

Paciente que ha recibido radioterapia

- Si hay lesiones postradioterapia: se recomienda utilizar, en primer lugar, técnicas autólogas, siendo también posible la RPM con técnicas mixtas.
- Si no hay lesiones postradioterapia se recomienda RPM con técnicas autólogas o mixtas, aunque la utilización de expansores no está totalmente contraindicada.

Posibilidad de radioterapia adyuvante

- Recomendable diferir la RPM hasta pasados unos meses del fin de la radioterapia.
- Las mejores opciones son las técnicas autólogas o mixtas.

SIMETRÍA DE LA SEGUNDA MAMA

La finalidad última de la reconstrucción mamaria tras mastectomía por cáncer es recuperar la imagen corporal de la mujer, pero muy especialmente la percepción que de ella tiene la paciente. La reconstrucción del seno amputado no asegura por sí mismo la consecución de dicho fin y en muchos casos hay que lograr la simetría mamaria mediante técnicas complementarias.

Los principios generales de la simetría mamaria son:

- El diseño de la resección oncológica debe incluir el de la reconstrucción y simetrización, buscando siempre la excelencia en el resultado.
- Establecer de forma clara e informada con la paciente si prefiere una ligera asimetría de forma o volumen, o nuevas cicatrices.

- Se valorará la simetrización de la mama contralateral en el mismo acto de la reconstrucción mamaria, sobre todo cuando se realice exéresis completa de la glándula mamaria. En cirugías parciales de la misma es preferible diferir la simetrización.

Para conseguir la simetría de ambas mamas se puede recurrir a:

- Aumento de proyección de la mama (mamoplastias de aumento).
- Ascenso del complejo aréola-pezones (dermopexias circunareolares).
- Reducción o aumento mamario (mamoplastias de reducción/mastopexias).

Para lograr estos fines hay una variedad de técnicas disponibles que el cirujano debe conocer y poder ofertar a la paciente desde el primer momento, en aras del principio de igualdad de opciones terapéuticas para todas las pacientes.

Dentro de la simetrización es importante considerar el riesgo de la mama contralateral para decidir si es candidata a cirugía de reducción de riesgo (mastectomía profiláctica).

En caso de cáncer familiar hereditario, la mastectomía de la mama contralateral es una alternativa a recomendar a nuestras pacientes (nivel IB). En caso de ser aceptada la opción, se harán cualquiera de las técnicas de mastectomía (simple o subcutánea con reconstrucción inmediata) y reconstrucción en espejo.

SITUACIONES ESPECIALES EN RPM

En algunas situaciones se debe valorar muy cuidadosamente la posibilidad de la RPM y la mejor técnica a realizar:

- Tratamiento conservador previo con mal resultado o recaída.
- RT torácica previa por otras patologías especialmente en el Mantle supradiagramático en linfomas.
- Cirugía y/o RT axilar previa.
- Reconstrucción inmediata previa fallida.
- Esclerodermia (igual consideración a haber recibido radioterapia).
- Enfermedades autoinmunes (control de la enfermedad antes de proceder a la reconstrucción).

PROTOCOLO Radiológico DE LA RPM

Evaluación prequirúrgica

Estadificación loco-regional

- Mamografía.
- Proyecciones complementarias, si procede.
- Ecografía mamaria.
- Ecografía ganglionar regional.
- Resonancia nuclear magnética.
- Debe hacerse hincapié en la complementariedad de las exploraciones.

Evaluación de la zona donante (si reconstrucción autóloga micro quirúrgica)

- Ecografía dúplex-doppler.
- Angio-Tc.

• Seguimiento

Paciente con implante (controles anuales)

- Mamografía de la mama contralateral.
- Ecografía axilar (en caso de no haber realizado linfadenectomía).
- Resonancia magnética de la mama contralateral si riesgo genético significativo.
- Ecografía del área reconstruida y RNM si sospecha de rotura del implante o recidiva).

- Ante hallazgos sospechosos: análisis histológico.

Paciente con reconstrucción con tejido autólogo (controles anuales)

- Mamografía.
- Ecografía axilar (en caso de no haber realizado linfadenectomía).
- Resonancia magnética (si riesgo genético significativo o sospecha de recidiva locorregional).
- Evaluación zona donante: ecografía, TAC/RNM (si sintomatología).
- Ante hallazgos sospechosos: estudio histológico.

VALORACIÓN PSICOLÓGICA DE LAS PACIENTES

Se recomiendan distintos momentos de medida psicológica: prequirúrgica y a los 3, 6 Y 12 meses tras la cirugía.

Los instrumentos de evaluación deben cumplir con criterios psicométricos. Es aconsejable que estén adaptados a la población española y deben ser aplicados por especialistas expertos en el manejo de estas técnicas.

Se recomiendan los siguientes campos de valoración:

- Razones/expectativas realistas por las que la paciente decide realizarla cirugía.
- Satisfacción con el proceso quirúrgico y la información recibida.
- Variables psicológicas:
 - cribado psicopatológico (entrevista clínica, MINI, BSI),
 - imagen corporal (BIS),
 - ansiedad (BAI, HARS, HAOS),
 - depresión (BOI, HAM-O, HAOS),
 - calidad de vida (RSCL, EORTC QLQ-30, QLQ-BR23, FACT-B+4, SF36).

Áreas: momento de tratamiento quirúrgico (cirugía inmediata/demorada) y satisfacción con el tipo de técnica quirúrgica realizada.

ANEXO II

PROCESO CÁNCER COLORRECTAL

Criterios de implantación

RELACIÓN DE SUBPROCESOS

Subproceso diagnóstico

Subproceso consulta de aparato digestivo/ Cirugía - estudio de extensión

Subproceso quirúrgico – ingreso hospitalario

Subproceso de tratamiento postquirúrgico

Oncología médica

Oncología radioterápica

Subproceso de apoyo psicológico

Subproceso de seguimiento

Los criterios que se recogen para la gestión de cada subproceso han sido establecidos por consenso en el Grupo de Expertos en Cáncer Colorrectal de la Comunidad Autónoma de Aragón constituido para la planificación y desarrollo del proceso asistencial del cáncer colorrectal y para su implantación en los Sectores Sanitarios.

Durante todo el proceso se garantizará la información a pacientes y familiares, con contenidos claros sobre diagnóstico, pronóstico y tratamiento, que les permita una toma de decisión informada.

Para cada acto diagnóstico o terapéutico a aplicar que lo requiera se deberá firmar un consentimiento informado específico.

Actuación en Atención Primaria

- El médico de familia realizará una valoración del paciente en la que se incluirá:
 - Anamnesis familiar y personal.
 - Exploración física. Realización de tacto rectal.
 - Pruebas complementarias básicas: hemograma completo, bioquímica básica y estudio de coagulación.
- Ante un caso con sospecha el médico de familia podrá:
 - Solicitar colonoscopia.
 - Derivar al paciente con sospecha diagnóstica a la consulta del médico especialista en Aparato Digestivo.

En Hospital de referencia: Servicio Aparato Digestivo / Endoscopias Digestivas

La secuencia de actividades será la siguiente:

1. Solicitud de colonoscopia en el caso de que no haya sido solicitada por el médico de familia.
2. Estudio y valoración de la colonoscopia:
 - Se realizará enema opaco o colonoscopia virtual en caso de:
 - Rechazo explícito del paciente.
 - Colonoscopia incompleta.
 - Estudio y confirmación diagnóstica con la biopsia.
 - Tanto si el resultado es positivo como negativo, se enviará un informe al médico de familia del paciente.
 - En caso de que la colonoscopia sea positiva, desde la misma unidad de endoscopias se programará de manera automática y con carácter urgente la consulta con el médico especialista en aparato digestivo.
 - Tanto si el resultado es positivo como negativo, se enviará un informe al médico de familia del paciente.
3. Consulta por médico especialista de aparato digestivo
 - Por parte del médico especialista en aparato digestivo se realizará una valoración de la historia clínica y una exploración clínica completa del paciente, incluyendo petición de las pruebas complementarias si no han sido solicitadas por el médico de familia.
 - Estudio y diagnóstico por colonoscopia del paciente.
4. En caso de que el resultado de anatomía patológica sea positivo, el paciente será citado de nuevo en consulta de aparato digestivo.

Criterios de calidad del subproceso

5. Los médicos de Atención Primaria podrán solicitar colonoscopias, tal y como se recoge en la Cartera de Servicios regulada por el Departamento de Salud.

Indicadores y estándares de calidad del subproceso

CRITERIOS	ESTANDAR	INDICADORES
El tiempo de demora desde solicitud hasta realización de colonoscopia será menor a 15 días	El 85% de los pacientes no superará los 15 días desde la solicitud a la realización de colonoscopia	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Pacientes de colonoscopia de sospecha con demora superior a 15 días}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes de colonoscopia de sospecha}} \times 100$
El tiempo transcurrido desde la toma de la muestra para la biopsia hasta la recepción del informe de Anatomía Patológica por el servicio peticionario no debe superar los 7 días.	El 85% de los pacientes no superará los 7 días desde la toma de la muestra para la biopsia hasta la recepción del informe.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de informes de biopsias recibidos después de una semana de la toma de la muestra.}}{\text{Número total de informes de colonoscopia de A.Patol.}} \times 100$
El tiempo transcurrido desde que el paciente acude por primera vez a Atención Primaria hasta el momento de confirmación del diagnóstico de cáncer no debe superar a 21 días.	El 85% de los pacientes no superará los 21 días desde que el paciente va a Atención Primaria hasta confirmación del diagnóstico de cáncer	$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes cuya demora desde Atención Primaria hasta confirmación del diagnóstico de cáncer ha sido superior a 21 días.}}{\text{Total de pacientes enviados, a los que se les diagnostica cáncer}} \times 100$

El tiempo transcurrido desde que el paciente acude al médico de Atención Primaria hasta la confirmación del diagnóstico de cáncer no debe superar los 21 días.

Consulta de Aparato Digestivo

- En la consulta de aparato digestivo se informará al paciente sobre la enfermedad y su situación. Además se cumplimentará la solicitud de las pruebas complementarias necesarias no solicitadas previamente.
- Estadificación preoperatoria con la realización de:
 - Rx. tórax.
 - TAC toracoabdominal (cáncer de colon) o TAC toracoabdominopélvico (cáncer rectal)
 - Neoplasias a 15 cm o menos del margen anal: Ecografía Endorrectal (candidatas a radioterapia preoperatoria). Esta prueba será sustituida por la Ecoendoscopia en los centros que dispongan de esta técnica. En los centros donde no existan estas técnicas se sustituirán por una RMN pélvica.

Comité de Tumores Colorrectales

Desde la consulta de aparato digestivo se presentará en el Comité de Tumores Colorrectales del hospital todas las pruebas realizadas y el diagnóstico.

El Comité de Tumores Colorrectales, con la información aportada por la consulta de aparato digestivo y el informe de anatomía patológica, valorará y decidirá el tratamiento a efectuar.

Consulta de Cirugía General

En veinticuatro horas en la consulta de Cirugía se operativizará la decisión tomada por el Comité de Tumores Colorrectales.

En caso de decisión de intervención quirúrgica.

- Se solicitarán las técnicas necesarias para el subproceso de anestesia en un solo día de citación y en el mismo centro sanitario (acto único).
 - Realización E.C.G.
 - Realización Rx Tórax, si no está realizada. No es necesaria en caso de haberse realizado TAC.
 - Analítica de sangre.
 - Informes complementarios.
 - Una vez realizadas todas las pruebas que se consideren necesarias, desde la consulta de Aparato Digestivo se remitirá al paciente:

- A la **Consulta de Preanestesia**: el anestesista, en función de las capacidades y comorbilidad del paciente, decidirá la necesidad de uso UCI o Despestar en el hospital, y por tanto, si es necesario la derivación a otro hospital que disponga de una de estas unidades en su cartera de servicios caso de no existir en el suyo.
 - A la **Unidad responsable de Lista de Espera Quirúrgica**.
- Derivación a consulta de Oncología Médica y Oncología Radioterápica en caso de posibilidad de necesidad de tratamiento neoadyuvante y/o tratamiento adyuvante.
 - Derivación para tratamiento oncológico en los casos en los que no se considere la posibilidad de tratamiento quirúrgico (tumores metastásicos).
 - Derivación a Atención Primaria para cuidados paliativos en los casos de enfermedad avanzada e incurable.

Criterios de calidad del subproceso

4. **En cada Sector Sanitario existirá un Comité de Tumores Colorrectales de acuerdo con la regulación realizada por el Departamento de Salud respecto a su composición, funciones y recogida de información.**

La composición del Comité de Tumores Colorrectales variará en función de la complejidad y de la cartera de servicios de los hospitales existentes en los Sectores.

5. **Todos los casos de tumores de colon y recto serán revisados por el Comité de Tumores Colorrectales del Sector de que se trate.**
6. **El tiempo transcurrido desde la confirmación anatomopatológica del diagnóstico de cáncer hasta la evaluación por el Comité de Tumores Colorrectales no deberá superar los 7 días.**

Indicadores y estándares de calidad del subproceso

CRITERIO	ESTANDAR	INDICADORES
El Tiempo de demora desde que el paciente es remitido desde la consulta de Cirugía hasta que es visto en la Consulta de Preanestesia será menor de 10 días.	El 85% de los pacientes no superará los 10 días desde la solicitud a la realización de la consulta	<p style="text-align: center;">Nº de Pacientes de cáncer colorrectal con una demora superior a 10 días desde solicitud a realización de consulta</p> <p style="text-align: center;">_____ X 100</p> <p>Nº total de pacientes de cáncer enviados desde Consulta de digestivo a consulta de preanestesia</p>
El Tiempo transcurrido desde la confirmación anatomopatológica del diagnóstico de cáncer hasta la evaluación por el Comité de Tumores Colorrectales no superará los 7 días	El 85% de los pacientes no superará los 7 días desde la confirmación anatomopatológica del diagnóstico de cáncer hasta la evaluación por el Comité de Tumores	<p style="text-align: center;">Nº de pacientes evaluados por el Comité de Tumores Colorrectales después de 7 días tras la confirmación anatomopatológica del diagnóstico de cáncer</p> <p style="text-align: center;">_____ X100</p> <p>Nº total de pacientes de cáncer colorrectal evaluados por el Comité de Tumores</p>
Las neoplasias a 15 cm o menos del margen anal serán candidatas a radioterapia preoperatoria con una demora máxima de 7 días.	El 85% de las neoplasias a 15 cm o menos del margen anal serán candidatas a radioterapia preoperatoria con una demora máxima de 7 días.	<p style="text-align: center;">Nº de pacientes candidatos a radioterapia preoperatoria irradiados después de 7 días desde que se realiza la indicación</p> <p style="text-align: center;">_____ X100</p> <p>Nº total de pacientes irradiados con radioterapia preoperatoria</p>

Unidad de Cirugía

La secuencia de actividades será la siguiente:

12. El paciente ingresará en el hospital, en la planta de la Unidad de Cirugía.
13. El paciente recibirá la visita médica del cirujano que vaya a realizar la intervención quirúrgica.
14. Valoración de indicación de estoma. En los casos en los que su realización esté indicada, previamente a la intervención se preparará el emplazamiento del estoma, según las características personales del paciente.
15. Intervención quirúrgica.
16. Anatomía Patológica: el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica y la realización del informe no deberá superar los 10 días.
17. Cuidados postoperatorios (Despestar/UCI): UCI solo imprescindible en caso de patología asociada y por indicación del anestesista
18. Inicio de actividades de educación sanitaria para cuidados de estoma a cargo de una enfermera preparada para esta actividad, si le han realizado esa técnica.
19. Alta hospitalaria.
20. Citación para consulta ambulatoria postoperatoria.

Comité de Tumores Colorrectales

Tras el diagnóstico histopatológico el Comité de Tumores Colorrectales valora el tratamiento postquirúrgico, decidiendo si éste es necesario y, en caso de ser necesario, realiza la estadificación previa a este tratamiento: valoración del tratamiento oncológico médico y/o radioterápico.

Unidad de Cirugía

La Unidad de Cirugía operativizará la decisión tomada por el Comité de Tumores Colorrectales.

- Comunicación de los resultados y del plan terapéutico al paciente.
- Derivación a Atención Primaria para cuidados paliativos, si procede.
- Derivación para tratamiento oncológico médico y/o radioterápico: cita para primera consulta en oncología médica y oncología radioterápica si procede.
- Valoración de indicación de Consejo Genético de acuerdo a los criterios que establezca el Departamento de Salud y Consumo.

Criterios de calidad del subproceso

9. Todos los casos serán revisados por el Comité de Tumores Colorrectales.
10. Todos los pacientes ostomizados deberán recibir educación sanitaria para cuidados de estoma a cargo de una enfermera especializada

Indicadores y estándares de calidad del subproceso

CRITERIO	ESTANDAR	INDICADORES
El Tiempo transcurrido desde la toma de la pieza quirúrgica para la biopsia hasta la recepción del informe de Anatomía Patológica no será superior a 10 días.	El 85% de los informes de Anat Patol no superarán los 10 días de demora desde la biopsia hasta la recepción del informe	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de informes con mas de 10 días de demora desde la biopsia hasta la recepción del informe}}{\text{N}^\circ \text{ total de informes de Anat Patol de cáncer colorrectal}} \times 100$
El Tiempo de demora desde la confirmación del diagnóstico de cáncer hasta la realización del primer tratamiento no superará las 4 semanas.	El 85% de los pacientes tendrán una demora máxima de 4 semanas desde la confirmación del diagnóstico al 1er tratamiento	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con mas de 4 semanas de demora desde el diagnóstico al 1er tratamiento}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes de cáncer colorrectal en tratamiento}} \times 100$

El periodo de tiempo máximo que debe transcurrir desde la confirmación del diagnóstico de cáncer y la realización del primer acto terapéutico no debe superar las 4 semanas

Subproceso de tratamiento postquirúrgico

Unidad de Oncología Médica

La secuencia de actividades será la siguiente:

7. Cita para primera consulta en oncología médica con una demora máxima de una semana desde la decisión de tratamiento por el Comité de Tumores Colorrectales.
8. Solicitud de estudios complementarios necesarios: TAC y análisis con marcadores tumorales.
9. Valoración e implantación, en el caso de que sea necesario, de catéter para la infusión de quimioterapia, con una demora máxima de 7 días.
10. Aplicación de tratamiento sistémico (quimioterapia...). El tiempo de inicio de tratamiento no debe superar los 10 días.
11. Realización de informe de fin de tratamiento.
12. Envío a Atención Primaria para cuidados paliativos, si procede.

Unidad de Oncología Radioterápica

La secuencia de actividades será la siguiente:

8. Cita para primera consulta en oncología radioterápica con una demora máxima de una semana desde la decisión de tratamiento por el Comité de Tumores Colorrectales.
9. TAC de planificación y dosimetría clínica.
10. Inicio tratamiento radioterápico con una demora máxima de 15 días.
11. Solicitud estudios complementarios: radiología, bioquímica y hemograma, en caso de que estén indicados.
12. Realización de informe de fin de tratamiento.
13. Envío a Atención Primaria para cuidados paliativos, si precisa.

Criterios de calidad del subproceso

3. Todos los pacientes en los que esté indicado el tratamiento postquirúrgico con quimioterapia y/o radioterapia recibirán este tratamiento en un tiempo adecuado.
4. Existirá una consulta de enfermería específica para tratamiento quimioterápico.

Indicadores y estándares de calidad del subproceso

CRITERIO	ESTANDAR	INDICADORES
El Tiempo de demora desde la indicación del tratamiento quimioterápico hasta su inicio será inferior a 10 días	El 85% de los pacientes con indicación de tratamiento quimioterápico lo iniciarán antes de 10 días	<p>Nº de pacientes con demora superior a 10 días para el comienzo del tratamiento quimioterápico</p> <p style="text-align: right;">_____ X100</p> <p>Nº total de pacientes con ca. Colorrectal en trat. quimioterápico</p>
El Tiempo de demora desde la decisión de colocar el catéter subcutáneo hasta colocación no superará los 7 días	El 85% de los pacientes con indicación de catéter, lo tendrán colocado antes de 7 días	<p>Nº de pacientes con demora superior a 7 días para la colocación del catéter subcutáneo</p> <p style="text-align: right;">_____X100</p> <p>Nº total de pacientes de ca Colorrectal con catéter subcutáneo colocado</p>
El Tiempo de demora desde la indicación del tratamiento radioterápico hasta su inicio será inferior a los 15 días	El 85% de los pacientes con indicación de tratamiento radioterápico lo iniciarán antes de 15 días	<p>Nº de pacientes con demora superior a 15 días para el comienzo del tratamiento radioterápico</p> <p style="text-align: right;">_____ X100</p> <p>Nº total de pacientes de ca. Colorrectal en trat. radioterápico</p>

Subproceso apoyo psicológico

4. Todo paciente deberá tener asegurado el acceso inmediato al apoyo psicológico en el momento del diagnóstico y a lo largo de todo el proceso, en especial en dos momentos clave: en la información del diagnóstico al paciente y tras la intervención quirúrgica.
5. El apoyo psicológico se extenderá a los familiares directos o cuidadores del paciente que lo soliciten.
6. En el apoyo psicológico se incorporará el/la Trabajador/a Social como refuerzo a todo el proceso.

Todo paciente deberá tener asegurado el acceso inmediato al apoyo psicológico en el momento del diagnóstico y a lo largo de todo el proceso. Se realizará conforme al protocolo que elabore el Departamento de Salud y Consumo, en el que se definirá el proveedor que lo oferta y quién y dónde se realiza

Subproceso de seguimiento

Características que debe tener este subproceso:

- El seguimiento del paciente se realizará de acuerdo a criterios unificados para toda la Comunidad Autónoma.
- Se realizará un Informe final único con toda la estrategia que se ha seguido con el paciente.
- Se garantizará la comunicación y coordinación con el Médico de Familia del paciente para el seguimiento conjunto del mismo.

Criterios de calidad del subproceso

4. **Todo el proceso oncológico del paciente estará recogido en una historia clínica única.**
5. **Los pacientes recibirán un Informe final único con toda la estrategia que se ha seguido en su proceso.**
6. **Los pacientes tendrán un seguimiento único y coordinado en el que todas las partes estén informadas de su situación.**

PROCESO DE CÁNCER COLORRECTAL

ATENCIÓN PRIMARIA

Valoración del paciente. Anamnesis familiar y personal, exploración física. Tacto rectal.

Pruebas complementarias: hemograma completo, bioquímica básica y estudio de coagulación.



Ante sospecha diagnóstica:
Solicitud de colonoscopia/ Consulta A. Digestivo



SERVICIO DIGESTIVO – ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS

Valoración de la historia y exploración clínica completa.

Realización de la colonoscopia con demora máxima de 15 días desde At. Primaria.

Consentimiento informado del paciente de las pruebas y actuaciones.

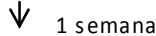


Informe tanto si es positiva como negativa



Enema opaco o colonoscopia virtual en caso de:

- Rechazo explícito del paciente.
- Colonoscopia incompleta.



Informe Anatomía Patológica →



Si el resultado es positivo, consulta de Aparato Digestivo urgente

Información al paciente sobre la enfermedad y su situación

Solicitud de pruebas complementarias.

Desde At. Primaria hasta confirmación diagnóstica de cáncer no debe superar los 21 días.



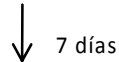
CONSULTA APARATO DIGESTIVO

Estudio de extensión: Rx tórax.

Cáncer de colon: TC toracoabdominal / cáncer de recto: TC toracoabdominopélvico

Neoplasias 15 cm o menos del margen anal: ecografía endorrectal/ecoendoscopia/RMN.

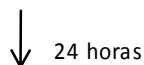
Consentimiento informado del paciente de las pruebas y actuaciones.



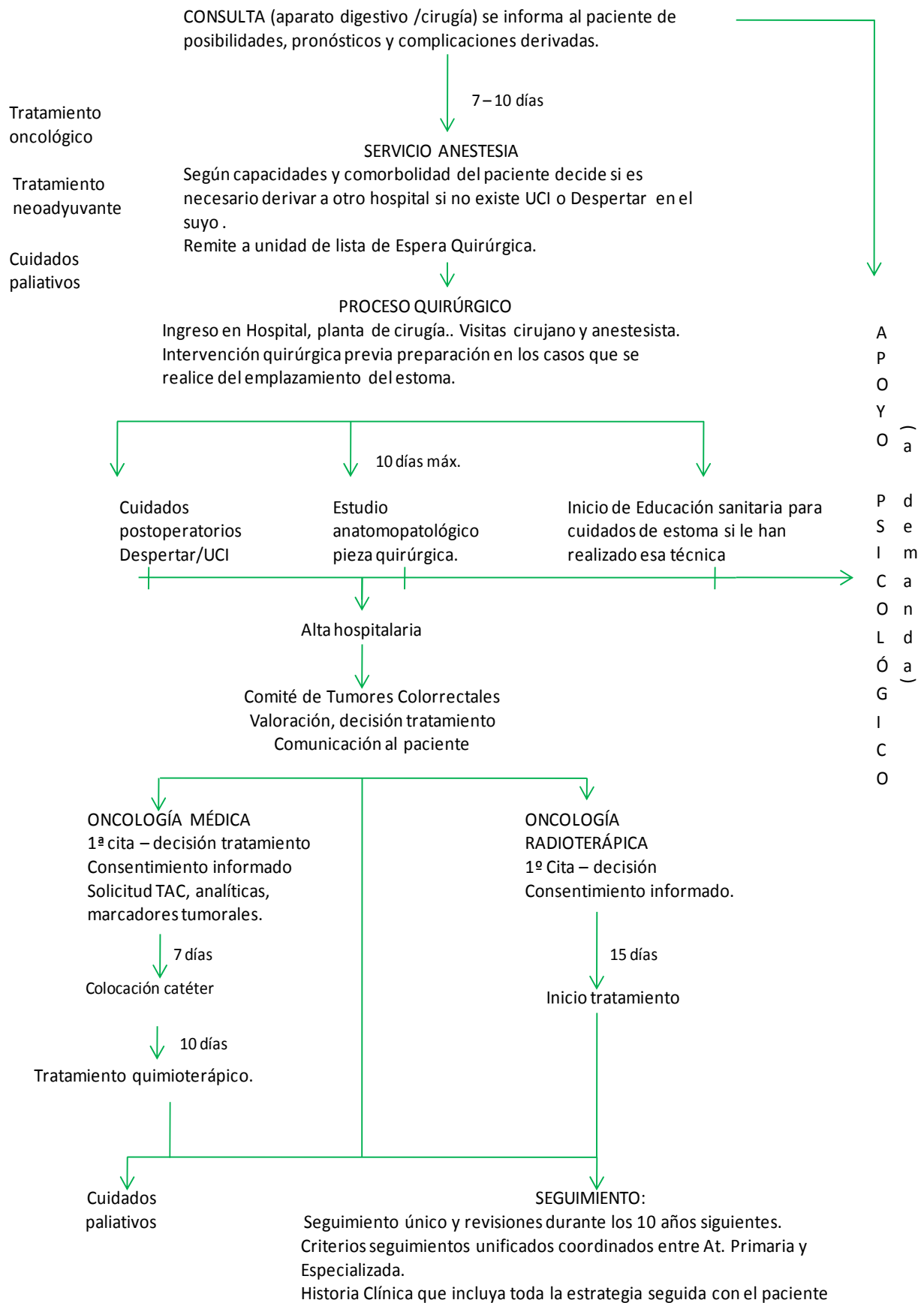
COMITÉ DE TUMORES COLORRECTALES

Evaluación de tratamiento y programación.

Si existe posibilidad de tratamiento neoadyuvante preoperatorio valoración por oncología médica y radioterápica
Gestión preoperatorio y consulta S^º anestesia: ECG, Rx Tórax, Analítica de sangre, informes complementarios.



Consulta Cirugía



Acciones a realizar en los Sectores Sanitarios

Las Gerencias de Sector y Directores de Atención Especializada se **RESPONSABILIZAN** en los tres próximos meses a:

6. Disponer de una oferta de colonoscopia que asegure los tiempos de diagnóstico en su Sector.
7. Disponer de una oferta de consultas de Aparato Digestivo que asegure los tiempos de diagnóstico en su Sector.
8. La creación de un **Comité de Tumores Colorrectales** en todos los hospitales. Al margen de la regulación que se realice, el Comité estará presidido por el Director o un Subdirector del Centro. De forma operativa las actividades del Comité serán responsabilidad del Gestor del Proceso.

Los Comités estarán compuestos por un determinado número de profesionales de distintas especialidades y su composición será homogénea para todos los hospitales de la Comunidad Autónoma. Se diseñará un modelo de documento de registro de actividades y decisiones terapéuticas que será el mismo para todos los Comités de Tumores Colorrectales de la Comunidad Autónoma, que proporcionará información sobre el cumplimiento de los criterios e indicadores establecidos en este documento.

9. Garantizar un **transporte personalizado** a los pacientes que tengan que trasladarse de su localidad para la aplicación de radioterapia.

Las Gerencias de Sector y Directores de Atención Especializada se **RESPONSABILIZAN** antes del 1 de Octubre a:

Remitir, para su valoración por parte de la Comisión de Evaluación de la Cartera de Servicios, los procedimientos, técnicas y actividades que van a ofertar en el proceso de Cáncer de Colon, organizados por subprocesos y unidad responsable, e indicando si son de nueva creación.

Anexo I. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS SOBRE CÁNCER COLORRECTAL

- Resección segmentaria de colon para tratamiento del cáncer colorrectal y del canal anal
- Hemicolectomía para tratamiento del cáncer colorrectal y del canal anal
- Hemicolectomía para tratamiento del cáncer colorrectal y del canal anal por laparoscopia
- Resección colorrectal anterior para tratamiento del cáncer colorrectal y del canal anal
- Resección colorrectal anterior para tratamiento del cáncer colorrectal y del canal anal por laparoscopia
- Resección colorrectal anterior baja para tratamiento del cáncer colorrectal y del canal anal
- Resección colorrectal anterior baja para tratamiento del cáncer colorrectal y del canal anal por laparoscopia
- Amputación colorrectal abdominoperineal para tratamiento del cáncer colorrectal y del canal anal
- Amputación colorrectal abdominoperineal para tratamiento del cáncer colorrectal y del canal anal por laparoscopia
- Excisión local por electrofulguración para tratamiento del cáncer colorrectal y del canal anal
- Excisión local por crioterapia (nitrógeno líquido) para tratamiento del cáncer colorrectal y del canal anal
- Excisión local por vaporización con láser para tratamiento del cáncer colorrectal y del canal anal
- Resección colorrectal ampliada a órganos vecinos
- Resección colorrectal ampliada: exenteración pelviana
- Resección colorrectal ampliada: extirpación de sacro
- Tratamiento de Metástasis hepáticas del Cáncer colorrectal
- Tratamiento de Metástasis pulmonares del Cáncer colorrectal
- Tratamiento de las situaciones urgentes del cáncer colorrectal (Obstrucción, perforación, hemorragia...): operación de Hartmann

- Tratamiento de las situaciones urgentes del cáncer colorrectal (Obstrucción, perforación, hemorragia...): operaciones asociadas: ileostomía
- Tratamiento de las situaciones urgentes del cáncer colorrectal (Obstrucción, perforación, hemorragia...): operaciones asociadas: cecostomía

Tratamiento de las situaciones urgentes del cáncer colorrectal (Obstrucción, perforación, hemorragia...): operac