

Control de calidad asistencial en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama

P. Valenzuela Ruiz

Quality control in medical assistance when diagnosing and treating breast cancer

SUMMARY

We controlled the time needed in order to confirm a diagnosis of breast cancer and to perform first surgical treatment from the appearance of the first symptoms or after images of doubtful malignity in the mammography. 32 cancers have been operated in 12 months. An average of 71.2 days elapsed from the diagnostic suspicion to the surgical treatment. This period was of 117.7 days in the case of patients needing needle-directed biopsy and 55.7 days for the rest of cases. 34.3% of cancers were diagnosed through routine mammography. Though we don't have any programme for early diagnose yet, reality forces us to look for it.

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.

Palabras clave

Cáncer de mama, Tratamiento, Control de calidad.

Correspondencia:

P. Valenzuela.
Cardenal Tavera, 9.
28802 Alcalá de Henares (Madrid).

Key words

Breast cancer, Treatment, Quality control.

INTRODUCCION

Actualmente, la curación del cáncer se basa en una lucha contra el tiempo, una carrera contra el reloj. Si no es posible la prevención, tendremos que llegar al diagnóstico para aplicar los medios terapéuticos antes de que se produzca la diseminación.

Para la lucha contra el cáncer más frecuente del sexo femenino, el cáncer de mama,¹ se están poniendo en marcha programas de diagnóstico precoz mediante la práctica de mamografías seriadas a pacientes asintomáticas, con ello se llega a disminuir la mortalidad por ese cáncer en un 30-40%.²

Un caso vivido por nosotros, en el que una paciente durante el estudio preoperatorio para una biopsia de mama por una imagen radiológica sospechosa presentó un rápido crecimiento tumoral, nos ha venido a demostrar que el tiempo entre el diagnóstico y el tratamiento puede ser decisivo para el pronóstico.

En un trabajo previo³ valorábamos el tiempo que tardaba la paciente desde que presentaba el síntoma hasta que buscaba ayuda en el médico, concluyendo que el retraso por parte de la paciente empeoraba los factores pronósticos universalmente conocidos.

En este trabajo controlamos el tiempo que se emplea en confirmar el diagnóstico de malignidad y en aplicar el tratamiento quirúrgico primario del cáncer de mama, partiendo del momento en que se nos informa de los síntomas o descubrimos signos o pruebas complementarias sospechosas de malignidad.

MATERIAL Y METODO

Estudio retrospectivo sobre las pacientes operadas por el Servicio de Ginecología entre el 1 de octubre de 1993 y el 30 de septiembre de 1994 y que han tenido un diagnóstico anatomopatológico definitivo de cáncer de mama.

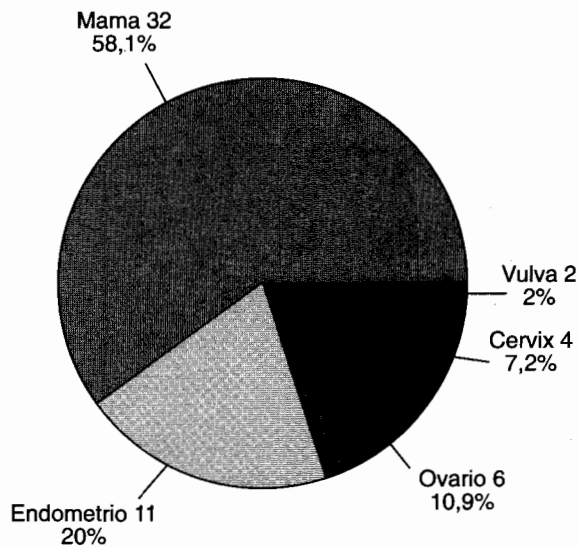


Fig. 1. Proporción de cánceres.

Treinta y nueve cánceres de mama han sido tratados con cirugía con fines curativos, siendo una misma paciente tratada de cáncer de mama y endometrio en ese período. Para el estudio hemos excluido 7 cánceres de mama localmente avanzado que han precisado varios ciclos de quimioterapia previamente a la cirugía.

Sobre los 32 casos de cáncer restantes hemos investigado los siguientes puntos:

1. Los síntomas que llevaron a la paciente a la consulta de ginecología del área o al servicio de urgencias del hospital. Si no existieron síntomas, los signos detectados por el médico o, en último extremo, el resultado patológico de la mamografía.
2. *Ambulatorio*. El tiempo, en días, que tardó en acceder a la consulta de área en el caso de pacientes sintomáticas. Cuando acudió directamente a urgencias del hospital lo consideramos como 0 días.
3. *Mamografía-punción*. El tiempo de espera para la realización de mamografías o citologías por punción de mama en el caso de sospecha de cáncer de mama. El tiempo de espera para la realización de mamografías en pacientes que no tenían síntomas ni signos clínicos sospechosos no se ha contabilizado.

4. *Hospital*. Tiempo de espera para ser atendida en la consulta de ginecología del hospital.
5. *Preoperatorios*. Duración del estudio preoperatorio: abarca desde el primer día que accede la paciente a la consulta hasta el día que es atendida en la consulta de preanestesia. En este período se incluye el tiempo empleado para la realización de biopsias de mama dirigida por aguja para tumoraciones de mama no palpables. En las tumoraciones de mama palpables la biopsia se realizó intraoperatoria el día del tratamiento quirúrgico de la mama.
6. *Cirugía*. Tiempo de espera de cirugía: contabilizando desde el día que se da el visto bueno en preanestesia hasta el día de la cirugía.
7. *Total*. Valoración del tiempo global desde que aparece el síntoma, se detecta el signo o se informa una prueba complementaria como sospechosa hasta el día de la cirugía.

En una paciente no hemos contabilizado 63 días del tiempo global porque no fue posible localizarla ante una mamografía con una imagen sospechosa.

Los datos recogidos se han codificado en forma de fichero para su posterior análisis estadístico.

RESULTADOS

El cáncer más frecuentemente diagnosticado y tratado en este período de tiempo ha sido el cáncer de mama con 32 casos (58,1%), seguido por el de endometrio con 11 (20%) y ovario con 6 (10,9%) (fig. 1). El síntoma, signo o prueba complementaria a partir del cual ha surgido la sospecha de malignidad y desde el que hemos comenzado a cronometrar tiempos ha sido la palpación de un nódulo o zona densa en la mama en el 65,6% (21 casos), seguido por la existencia de una imagen radiológica de mama sospechosa en el 34,3% (11 casos).

El tiempo *ambulatorio* sólo es contabilizado para pacientes con síntomas (nódulo o zona densa). El tiempo mamografía-punción es contabilizado para pacientes con síntomas o signos (es decir, se incluyen los pacientes con nódulos o zonas densas detectadas por ellas o por el ginecólogo). En el tiempo *hospital* se incluyen todas las pacientes, señalando el límite inferior, el superior, la media y el percentil 75 (tabla I).

TABLA I

TIEMPOS DE ESPERA PARA LOS CANCERES DE MAMA. VEINTIUN NODULOS O AUMENTOS DE DENSIDAD Y 11 MAMOGRAFÍAS O CITOLOGÍAS POR PUNCIÓN POSITIVAS

Tiempos	Límites	Media	P75
Ambulatorio	0	0	0
Mx-PAAF	0-45	14,7	31
Hospital	0-50	6,8	8
Preoperatorios	11-135	43,2	54
Cirugía	4-15	8,3	11
Total	20-189	71,2	81

P75: Percentil 75. Ambulatorio: Días entre médico de cabecera y ginecólogo. Mx-PAAF: Días entre el ginecólogo y la mamografía y/o la citología por punción. Hospital: Días entre el ginecólogo de área y el hospital. Preoperatorios: Días entre el hospital y la preanestesia. Cirugía: Días entre la preanestesia y la operación.

En la tabla II se discrimina entre dos subgrupos de pacientes: las que necesitaron una biopsia de mama dirigida por agujas para el estudio de una imagen radiológica sospechosa no palpable (8 pacientes) y el resto de pacientes (24 pacientes). Valoramos el tiempo *preoperatorio* de ambos subgrupos y también contabilizamos un tiempo especial que es el que transcurre desde que la paciente llega a la consulta del hospital hasta que se le hace la biopsia de mama dirigida por agujas (tiempo *aguja*).

DISCUSION

El cáncer de mama es muy raro antes de los 25 años, pero a partir de los 30 comienza un incremento de la incidencia que se mantiene hasta la menopausia o incluso después.⁴ La edad es por tanto un factor reconocido de riesgo de cáncer de mama, hasta el punto de ser el dato limitante para incorporarse a un programa de diagnóstico precoz con mamografías.⁵

En el caso de pacientes sintomáticas, la presencia de un nódulo de mama en una paciente de más de 25 años nos debe obligar a descartar rápidamente un cáncer, aumentando la sospecha con la edad de la paciente. En el caso de una imagen radiológica con signos de malignidad en la que se indica una biopsia dirigida por aguja por no ser palpable, el porcentaje de confirmación de cáncer es de 10-30%.^{6, 7, 8}

A pesar de que se considera que la población española está desinformada respecto al cáncer de ma-

TABLA II

SUBGRUPOS DE PACIENTES DE CANCER DE MAMA. SE DISTINGUEN ENTRE LAS QUE NECESITAN BIOPSIA DIRIGIDA POR AGUJA Y LAS QUE SE REALIZA BIOPSIA INTRAOPERATORIA

Tiempos	Límites	Media	P75
Preop. aguja ⁹	21-35	82,8	123,5
Preop. no aguja ²⁴	11-86	30	35
Tiempo aguja	5-105	45,1	72,5
Total no aguja	20-98	55,7	
Total aguja	27-189	117,7	

P75: Percentil 75. Preop. aguja: Días entre la primera visita a la consulta del hospital y la preanestesia en las pacientes que necesitaron biopsia por aguja. Preop. no aguja: Las que no necesitaron biopsia por aguja. Tiempo aguja: Días entre la primera consulta y la biopsia por agujas. Total no agujas y total aguja: Tiempo total de las que no necesitaron y las que necesitaron biopsia por aguja.

ma,⁹ ello parece ir cambiando. También la opinión y actitud del médico parece que se están modificando sustancialmente con respecto al uso de la mamografía con fines de diagnóstico precoz y no sólo de confirmación diagnóstica.¹⁰

No disponemos de un programa de diagnóstico precoz del cáncer de mama en nuestro área, pero la realidad nos arrastra y las pacientes y sus médicos demandan mamografías de *screening*; un 34,3% de los cánceres han sido detectados en pacientes sin nódulos palpables ni exploración física sospechosa. Las consecuencias positivas que se derivan de este rápido cambio de actitud son manifiestas: en 4 años, entre 1989 y 1992, habíamos diagnosticado 6 cánceres no palpables⁸ y ahora en tan sólo 12 meses hemos detectado 8. Las consecuencias negativas quedan de manifiesto en este trabajo, la espera.

De un sistema preparado para atender a la paciente sintomática estamos pasando a una detección precoz en masa sin la implantación de un programa específico ni su dotación de medios. La realidad exclusivamente nos deja la salida de poner en marcha un programa de diagnóstico precoz que resolverá la lista de espera.

Siguiendo las «directrices para la puesta en marcha y desarrollo de las campañas de detección precoz del cáncer de mama en España»¹¹ no sólo se resolverá el problema de la lista de espera, sino que permitirá un control de calidad constante, una participación del 70% de la población subsidiaria de ello y, en definitiva, nos asegurará una disminución de la mortalidad por cáncer de mama en nuestra área sanitaria.

Concluimos con una reflexión: la mortalidad por cáncer en los últimos 50 años ha disminuido gracias al diagnóstico precoz, por lo que no se puede renunciar a nuestra mejor arma terapéutica.

RESUMEN

En este trabajo controlamos el tiempo que se emplea en confirmar el diagnóstico y en aplicar el tratamiento quirúrgico primario del cáncer de mama a partir de síntomas o de imágenes mamográficas sospechosas de malignidad. Treinta y dos cánceres han sido operados en 12 meses. Desde la sospecha diagnóstica hasta el tratamiento quirúrgico han transcurrido 71,2 días de media, siendo de 117,7 días para los casos que precisaron biopsia dirigida por aguja y 55,7 para el resto. El 34,3% de los cánceres se diagnosticaron por mamografía de rutina. Aunque no disponemos de un programa de diagnóstico precoz, la realidad nos obliga a ello.

REFERENCIAS

1. Parkin DM, Laara E, Muir CS. Estimates of the worldwide frequency of sixteen major cancers in 1980. *Int J Cancer* 1988; 41: 184-187.
2. Tabar L, Gad A, Homberg LH. Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mamography. Randomized trial from the Swedish National Board of Health and Welfare. *Lancet* 1985; i: 829-832.
3. Valenzuela P, Nieto A, Aranz F, Andreu JL. Período de latencia entre el primer síntoma y la consulta médica en el cáncer de mama. *Rev Senología y Patol Mam* 1993; 6: 129-132.
4. Calero F. Cáncer de mama. En: Celorio JA, Calero F, Armas A. *Fundamentos de oncología ginecológica*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S. A., 1986; 625-733.
5. Silverstein MJ, Gamagami P, Colburn WJ, Gierson ED, Rosser RJ, Handel N, Waisman JR. Nonpalpable breast lesions: Diagnosis with slightly overpenetrated screen-film mammography and hook wire-directed biopsy in 1014 cases. *Radiology* 1989; 171: 633-638.
6. Homer MJ, Safaii H, Smith TJ, Marchant DJ. The relationship of mammographic microcalcification to histologic malignancy: Radiologic, pathologic correlation. *AJR* 1989; 153: 1187-1189.
7. Schwartz GF, Feig SA, Patchefsky AS. Significance and staging of nonpalpable carcinomas of the breast. *Surg Gynecol Obstet* 1988; 166: 6-10.
8. Valenzuela P, Fernández I, Rodríguez E, Nieto A. Valor predictivo positivo radiológico en el cáncer de mama no palpable. *Rev Senología y Patol Mam* 1993; 6: 125-128.
9. Levit M. El cáncer de mama y la mamografía como método de prevención y diagnóstico. Estudio entre mujeres. *Rev Senología y Patol Mam* 1990; 3: 61-72.
10. Levit M. El cáncer de mama y la mamografía como método de prevención y diagnóstico. Estudio entre médicos. *Rev Senología y Patol Mam* 1990; 3: 73-79.
11. Prats M. Directrices para la puesta en marcha y desarrollo de las campañas de detección precoz del cáncer de mama en España. *Rev Senología y Patol Mam* 1990; 3: 110-113.