

X. Feliu Palá*,
J. M.^a Abad Ribalta*,
E. Fernández Sallent*,
J. Verge Schulte**

Análisis de la patología mamaria en los hospitales comarcales

Actual state of breast disease in local hospitals

SUMMARY

Objective. *The aim of this study was to know the actual state of senology in local hospitals.*

Material and methods: *20 local hospitals have several answered a questionnaire previously sent, which contents aspects, such as type of hospital, structure of Breast Unit mammary surgery in 1994 and follow-up patient.*

Results. *70% of these hospitals have the necessary means to establish a diagnosis and treat surgically any mammary disease.*

14 out of 20 hospitals have a Breast Unit 623 mammary neoplasms were treated during 1994, 220 of which by conservative surgery but there were important differences in the use of this type of surgery correlated with the disponibility of mammograph and possibility of early diagnosis.

90% of these hospitals undertake postoperative follow-up in place.

*Servicio de Cirugía General.
Hospital General d'Igualada.
Igualada (Barcelona).
** Hospital General de Vic.

Palabras clave

Patología mamaria, Hospitales comarcales.

Correspondencia:

X. Feliu Palá.
Avda. Jacquard, 87-89, 5.º, 1.ª
08222 Terrassa (Barcelona).

Key words

Breast disease, Local hospitals.

INTRODUCCION

La neoplasia de mama es la primera causa de muerte por cáncer en los países desarrollados, con una incidencia creciente que en España se sitúa en 30-35 nuevos casos cada 100.000 mujeres/año.^{1, 2} Ello conlleva una sensibilización social que ha generado una creciente demanda de este tipo de patología en nuestros hospitales.

Por otra parte, la progresiva dotación técnica y mejora asistencial de los hospitales comarcales³ ha favorecido que esta patología pueda tratarse, en gran parte, en ellos.

A raíz de organizar la IX Reunión de Senología y Patología Mamaria en Hospitales Comarcales (Igualada, 28 de abril de 1995) nos planteamos, a parte

de los habituales temas científicos, intentar conocer la realidad de la patología mamaria dentro del contexto de los hospitales comarcales a fin de poder exponer sus déficit y peculiaridades.

MATERIAL Y METODOS

Remitimos a todos los hospitales comarcales de nuestro país una encuesta que incluía diversas cuestiones sobre el tipo de hospital (número de camas, área de influencia, disposición de medios diagnósticos), existencia y composición de una unidad de patología mamaria estructurada, realización de campañas de detección precoz en área de influencia, cirugía mamaria practicada durante el año 1994 (benigna/malig-

TABLA I
**NUMERO DE CAMAS DE LOS HOSPITALES
 COMARCALES**

Número de camas	Número de hospitales
Menos de 100	2
101-150	3
151-200	3
201-250	3
251-300	6
Más de 300	3

na, mastectomía conservadora) y seguimiento postoperatorio (quimioterapia, radioterapia, soporte psicológico). Obtuvimos 20 contestaciones, 17 de éstas son de hospitales comarcales de Catalunya, 2 pertenecen a la Comunidad Valenciana y otro a Andalucía.

RESULTADOS

De los 20 hospitales comarcales que respondieron la encuesta, 12 de ellos tenían entre 150-300 camas (tabla I).

En 15 de ellos su área de influencia se sitúa entre los 50-150.000 habitantes (tabla II).

Sólo en 3 centros la primera visita se realiza dentro de una unidad de patología mamaria (UPM) estructurada, mientras en el resto son los Servicios de Cirugía o Ginecología quienes la realizan. Sin embargo, esta UPM sí existe en 14 de los 20 hospitales, en los que está orientada hacia la decisión terapéutica una vez realizada la exploración física y radiológica. En cuanto al número de miembros que componen esta UPM, 6 centros disponen de cirujano, ginecólogo, oncólogo, radiólogo y patólogo, mientras en el resto carecen de estos 2 últimos, estando siempre presentes los 3 primeros.

TABLA II
**AREA DE INFLUENCIA DE LOS HOSPITALES
 COMARCALES**

Número de camas	Número de hospitales
Menos de 50.000	2
50-100.000	10
100-150.000	5
150-200.000	1
Más de 200.000	2

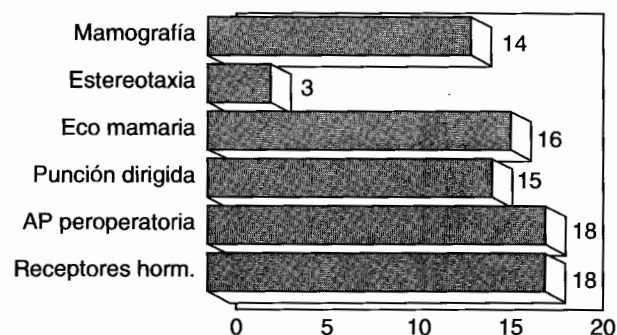


Fig. 1. Recursos disponibles en los hospitales comarcales.

En cuanto a los recursos hospitalarios, de los 20 hospitales encuestados, 14 (70%) disponen de mamógrafo y han realizado campañas de detección precoz en su área de influencia, pudiendo localizar preoperatoriamente lesiones no palpables. En 18 centros (90%) puede practicarse un estudio histológico preoperatorio y de receptores hormonales (fig. 1).

Durante 1994 estos 20 hospitales han diagnosticado y tratado 623 neoplasias mamarias. En 9 de ellos (45%) se intervienen entre 25-50 neoplasias anuales, mientras en otros 9 se operan menos de 25 casos anuales y sólo 2 centros tratan más de 50 casos anuales (fig. 2).

Relacionando la cirugía practicada por patología benigna frente a la maligna observamos una gran disparidad, oscilando entre 0,6-7, con una media de 1,9.

De las 623 neoplasias tratadas, en 220 casos se ha realizado cirugía conservadora frente a 403 mastectomías. Observamos una gran diferencia en el uso de la cirugía conservadora, de forma que mientras en algu-

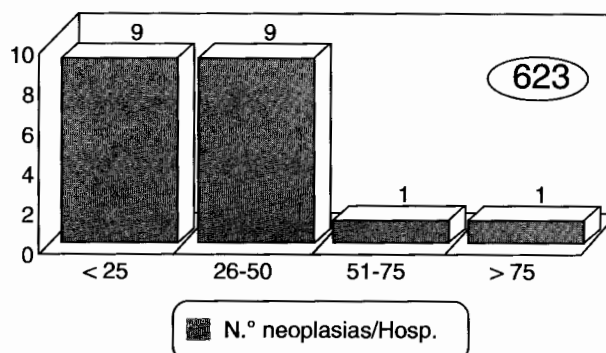


Fig. 2. Número de neoplasias mamarias intervenidas en cada uno de los 20 hospitales durante el año 1994.

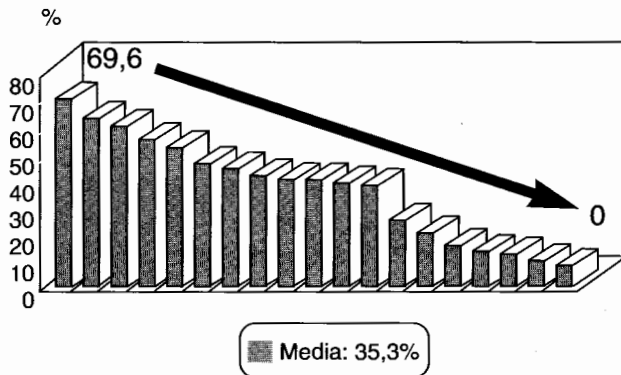


Fig. 3. Diferencias entre los diversos hospitales en el uso de la cirugía conservadora.

nos centros la usan mayoritariamente (69,6%) otros hospitales no la usan o lo hacen escasamente (fig. 3).

Intentando correlacionar la práctica de cirugía conservadora con alguno de los parámetros estudiados no observamos que influya el número de neoplasias tratadas por el centro, la realización de campañas de detección precoz ni la organización de la UPM. Sólo la disposición de mamógrafo y la consiguiente posibilidad de detectar lesiones no palpables es el único parámetro estudiado que influye en la realización de cirugía conservadora ($p < 0,02$) (tabla III).

En 9 hospitales (45%) estas neoplasias son intervenidas indistintamente por los Servicios de Cirugía y Ginecología, mientras en 8 centros las realiza uno u otro servicio, y solamente en 3 centros se realiza de forma conjunta.

La quimioterapia adyuvante se realiza en el propio hospital en 14 casos (70%), mientras en los otros 6 se remite a un centro oncológico de referencia.

Al 70% les resulta fácil practicar la radioterapia en su hospital de referencia, en un caso se practica en

TABLA III

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CIRUGIA CONSERVADORA DEL CANCER DE MAMA		
Neoplasias de mama intervenidas anualmente	< de 30: 65/201 (32,3%) > de 30: 155/422 (36,7%)	$p = NS$
Realización de campañas de detección precoz	Sí: 95/235 (40,4%) No: 125/388 (32,2%)	$p = NS$
Número de componentes de la UPM	< de 4: 101/276 (36,5%) 4 o >: 119/347 (34,3%)	$p = NS$
Mamógrafo en propio hospital	Sí: 199/533 (37,3%) No: 21/90 (23,3%)	$p < 0,02$

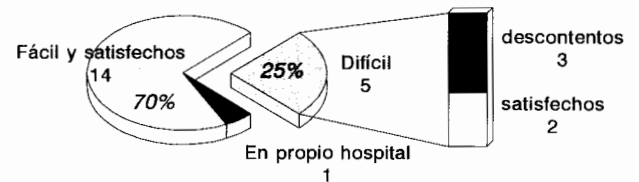


Fig. 4. Relación con hospital de referencia para realizar la radioterapia y grado de satisfacción.

el propio centro y un 25% manifiestan dificultades de concertación con diversos grados de satisfacción (fig. 4).

El seguimiento postoperatorio de la paciente se realiza de forma protocolizada por parte de cirujano/ginecólogo y oncólogo en 16 centros (80%). Dos centros los remiten a hospital de referencia y en los otros 2 hospitales son controlados exclusivamente por oncología. Sólo 8 centros disponen de un programa de soporte psicológico.

DISCUSION

Presumiblemente haría falta haber tenido una respuesta muy superior de hospitales comarcales para conocer la realidad concreta de la patología mamaria tratada en este tipo de instituciones. Sin embargo, estos 20 hospitales que han contestado representan una muestra muy significativa y el análisis de sus respuestas permiten diversas reflexiones.

El hospital comarcal «tipo» de este estudio tiene entre 100-300 camas, cubre un área de influencia que se sitúa en 50-150.000 habitantes y un 70% disponen de recursos radiológicos y anatomopatológicos suficientes para diagnosticar y tratar quirúrgicamente la patología mamaria que presentan, habiendo realizado campañas de detección precoz en su medio de forma más o menos reglada. El resto de centros cubren sus déficit con recursos externos, habitualmente de sus hospitales de referencia.

Sólo 3 hospitales disponen de tecnología sofisticada como la estereotaxia (fig. 1).

Existe UPM en 14 de los 20 hospitales. Llama la atención que en su mayoría no realizan la primera visita de la paciente en ella, siendo ésta practicada por un cirujano o ginecólogo que practica las exploraciones pertinentes para una posterior discusión y decisión en la UPM, cuya constitución y número de miembros está íntimamente relacionado con los re-

cursos del centro, de manera que a partir de un núcleo formado por cirujano/ginecólogo y oncólogo crece el número de miembros, añadiéndose radiólogo y patólogo. Sólo 6 centros disponen de una UPM con estas 5 especialidades y únicamente en 3 de ellos la paciente es visitada inicialmente, tratada y controlada íntegramente en la UPM.

Durante el año 1994 se han practicado 1.911 intervenciones por patología mamaria en estos 20 hospitales comarcales. Si establecemos la relación entre cirugía benigna/maligna, obtenemos una media muy baja (1,9), probablemente sesgada a la baja por el hecho constatado de que mucha patología benigna se realiza al margen de la UPM y en realidad este porcentaje debe ser más elevado.

En cuanto al número de neoplasias intervenidas anualmente, la mayoría se sitúa entre las 15-50. Únicamente 2 centros refieren más de 50 neoplasias intervenidas/año.

La cirugía conservadora presenta unos resultados equiparables a la mastectomía cuando está indicada y realizada correctamente.^{4, 5, 6, 7} Sin embargo, hemos observado grandes diferencias entre los diversos hospitales de este estudio. Mientras algunos de ellos la practican en un porcentaje superior al 60%, un grupo importante se sitúa en cifras inferiores al 20%. Al intentar profundizar en la causa de estas diferencias correlacionamos la cirugía conservadora realizada con el volumen de neoplasias mamarias, la existencia de campañas de detección precoz o el tipo de UPM de cada centro sin obtener diferencias estadísticamente significativas. En cambio sí las obtuvimos al relacionarla con la disposición de mamógrafo ($p < 0,02$), siendo éste el único factor que se muestra influyente en la realización de cirugía conservadora. Probablemente su disposición conlleva el diagnóstico y manejo de lesiones no palpables o en estadios iniciales, mientras aquellos centros sin mamógrafo se limitan a practicar cirugía de tumores palpables, lo que disminuye notoriamente las posibilidades de practicar cirugía conservadora.

¿Deben operar el cáncer de mama los ginecólogos o los cirujanos? Esta es una cuestión antigua que ha generado enormes controversias y conflicto de intereses, causando, a menudo, roces entre ginecólogos y cirujanos. En casi la mitad de los centros (45%) se ha llegado a una solución salomónica y ambos colectivos, separada e indistintamente, tratan la patología mamaria maligna. En 8 centros esta patología se

encuentra «monopolizada» por uno sólo de ellos. En 3 hospitales, cirujanos y ginecólogos intervienen de forma conjunta, lo que nos parece un ejemplo a seguir.

El seguimiento postoperatorio y tratamiento coadyuvante ha sido, históricamente, una de las asignaturas pendientes de los hospitales comarcales en esta patología. La progresiva integración de oncólogos y la mejor dotación de estos centros ha mejorado la situación, y actualmente el 90% responden que el seguimiento postoperatorio se realiza de forma protocolizada por cirujano/ginecólogo y oncólogo en el propio centro, remitiéndose a hospital de referencia sólo en un 10% de casos.

El tratamiento quimioterápico se administra en el propio hospital comarcal en un 70% de casos, lo que hace más confortable para el paciente dicho tratamiento. No ocurre lo mismo con la radioterapia, que, a excepción de un centro, la mayoría depende de un hospital de referencia con el cual la relación es fluida en un 70% de casos, mientras manifiestan dificultades de coordinación un 25%.

Ocho centros ofrecen, de forma más o menos elaborada, soporte psicológico a la paciente con cáncer de mama. Pensamos que en un futuro es un aspecto a desarrollar a fin de poder ofrecer un tratamiento lo más completo posible.

Queremos finalizar destacando el papel relevante de nuestros hospitales comarcales en el tratamiento de la patología mamaria, si bien todavía existen diferencias sustanciales en cuanto a medios diagnósticos y terapéuticos que en un futuro deseamos sean solventados al aumentar sus recursos.

RESUMEN

Objetivo. Conocer el estado actual de la patología mamaria en los hospitales comarcales.

Material y métodos. Participan 20 hospitales comarcales que responden a una encuesta remitida previamente que recoge diversos aspectos relacionados con el tipo de hospital, estructuración de la Unidad de Patología Mamaria, cirugía mamaria realizada durante el año 1994 y seguimiento postoperatorio de estos pacientes.

Resultados. El 70% de estos hospitales disponen de los recursos suficientes para diagnosticar y tratar quirúrgicamente la patología mamaria que generan.

Existe una Unidad de Patología Mamaria estructurada en 14 de los 20 centros.

Se han tratado 623 neoplasias mamarias durante 1994. En 220 casos se ha realizado cirugía conservadora, si bien se objetivan grandes diferencias en su utilización, correlacionadas con la disposición de mamógrafo y la consiguiente posibilidad de diagnosticar y tratar estadios más iniciales.

El 90% de estos hospitales realizan el seguimiento postoperatorio de forma protocolizada en el propio centro.

RELACION DE COAUTORES Y HOSPITALES COMARCALES PARTICIPANTES EN ESTE ESTUDIO

Hospital Sant Camil. Garraf: Dr. X. Encinas.
Hospital de la Seu d'Urgell: Dr. J. Aixàs.
Hospital de Terrassa: Dr. J. Sala.
Hospital General de Manresa: Dr. M. Fernández-Layos.
Hospital de Mora d'Ebre: Dr. E. Bosch.
Centre Hospitalari de Manresa: Dr. J. Solernou.
Hospital Provincial de Lleida: Dr. X. Rodamilans.
Pius Hospital de Valls: Dr. R. Pla.
Consorti Sanitari de Mataró: Dra. I. Nieto.
Hospital de Martorell: Dr. C. Quintana.
Hospital de Palamós: Dr. J. Ruiz.
Hospital de Calella: Dr. P. Puig.

Hospital Universitario Sant Joan de Reus: Dr. P. Cavallé.

Hospital General de Granollers: Dr. J. M. Campos.

Hospital Parc Taulí de Sabadell: Dra. L. Costa.

Hospital San Agustín. Linares (Jaén): Dr. F. Valdivieso.

Hospital Lluís Alcanyis. Xàtiva: Dr. J. Torró.

Hospital de Vinarós: Dr. E. Marcote.

REFERENCIAS

1. Viladiu P, Izquierdo A. Epidemiología y perspectivas etiológicas del cáncer de mama. *Monogr Diag Imag.* 1992;1:1-10.
2. Sánchez V, Borràs JM, Mingot M. Evolución de la mortalidad por cáncer en Cataluña: 1975-1990. *Med Clin (Barc).* 1994;102:606-612.
3. Aixàs Obiols J, Colomer O, Gil A, Masferrer LL, Puig P. La cirugía en els hospitals comarcals de Catalunya. Una reflexió crítica. *Salut Catalunya.* 1995;9(1):3-7.
4. Veronessi U, Saccozzi R, Del Vecchio M et al. Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection, and radiotherapy in patients with small cancers of the breast. *N Engl J Med.* 1981;305:6-11.
5. Fisher B, Bauer M, Margolese R. Five-year results of a randomized clinical trial comparing total mastectomy and segmental mastectomy with or without radiation in the treatment of breast cancer. *N Engl J Med.* 1985;312:665-673.
6. Eberlein TJ. Current management of carcinoma of the breast. *Ann Surg.* 1994;220:121-136.
7. Torramadé J, Martínez-Regueira F, Díez-Caballero A, Pardo F, Hernández JL, Zornoza G. Tratamiento conservador en el cáncer de mama: resultados a 5 años. *Rev Senología y Patol Mam.* 1995;8(1):28-32.