

## 5ª REUNIÓN DE LA SECCIÓN DE ENFERMERÍA Y TÉCNICOS EN SENOLOGÍA

### Resúmenes de Comunicaciones Pósters

#### ACTIVIDAD ENFERMERA EN LAS UNIDADES FUNCIONALES DE PATOLOGÍA MAMARIA EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE ANDALUCÍA

Cantero-Rodríguez M<sup>1</sup>; Galisteo-Domínguez R<sup>2</sup>; Chávez-Maya A<sup>1</sup>; Cantero-Montes A<sup>1</sup>; Fernández-Jiménez N<sup>1</sup>; Rodríguez-Amuedo M<sup>1</sup>; Rodríguez-Suárez C<sup>1</sup>; Romero-Hidalgo F<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Valme. Sevilla, Servicio de Ginecología; <sup>2</sup>Hospital Universitario de Valme. Sevilla, Servicio de Anestesia. España

**Introducción:** Con el fin de conocer más detalladamente la presencia de enfermeras especializadas y su actividad en el cuidado de la mujer con patología mamaria, sus funciones y relación con el equipo multidisciplinar en la Comunidad Autónoma de Andalucía y tomando como referente a los centros hospitalarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), presentamos un estudio, centro por centro, mediante un cuestionario estructurado del que podemos extraer algunas.

**Objetivo:** Conocer la presencia de enfermeras en las unidades de mama del SSPA. Conocer la actividad realizada por las enfermeras en las unidades de mama del SSPA. Establecer las bases para futuros estándares de calidad.

**Material y método:** Se ha realizado un cuestionario de 18 ítems, estructurado y de respuestas simples presentándose telefónicamente a las enfermeras de las unidades de mama o servicios que atienden a personas con patología de mama en cada uno de los 33 centros hospitalarios del SSPA. El cuestionario podemos agruparlo en tres grupos de cuestiones organizativas, recursos humanos y actividad enfermera.

**Resultado:** Tras el análisis de datos hemos podido constatar que en las unidades de mama, Existen: Pocas enfermeras a tiempo total. Modelo heterogéneo de formación. Diversos niveles de competencias. Roles enfermeros poco uniformes. No existen: Instrumentos para poder comparar. Consulta enfermera en todas la UPM.

**Conclusiones:** Aunque la presencia de enfermeras especializadas en las UPM está suficientemente avalada por las organizaciones y asociaciones científicas (EUSOMA, SEPM, AEC, ESM,...) no existe una presencia especializada en todos los centros hospitalarios estudiados ni los datos obtenidos (dada su disparidad) pueden ser objeto de comparación.

Como consecuencia indirecta, este estudio puede servir, en el futuro, para poder establecer estándares de calidad entre hospitales que dispongan o deseen formar una Unidad de Patología Mamaria (UPM) aumentando así el grado de co-

nocimiento para posteriores comparaciones y diseño de nuevas unidades.

#### ATYPICAL PRESENTATION OF OCCULT CARCINOMA

Masana-Gual M<sup>1</sup>; Vázquez-Macias S<sup>1</sup>; Pizarro-Litran M<sup>1</sup>; Tresserra-Casas F<sup>1</sup>; Martínez-Lanao M<sup>2</sup>; Navarro-Hurí B<sup>2</sup>; Fábregas-Xaudaró R<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Service of Pathology and Cytology; <sup>2</sup>Service of Imaging Diagnosis; <sup>3</sup>Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine. USP- Institut Universitari Dexeus. Barcelona. España

**Introduction:** In rare occasions, less than 1%, breast carcinoma presents with an axillary lymph node metastasis as the first clinical manifestation. In some of these patients it is not able to find the breast lesion even with imaging techniques or in pathologic study. We present a peculiar case of occult carcinoma.

**Case clinic:** A 68-year old female who was mammographically studied and diagnosed of suspicious grouped microcalcifications in the upper external quadrant of the right breast. Ultrasonography revealed two suspicious axillary lymph nodes of 14 and 16 mm. A core biopsy was performed in the mammary lesion showing an intraductal low grade carcinoma. Magnetic resonance did not show other lesions. The patient underwent to lumpectomy and sentinel lymph node biopsy. Intraoperative examination revealed a lesion with free resection margins and a metastatic sentinel lymph node. A total axillary lymphadenectomy was done in the same surgical act. Pathologic study evidenced a 0.6 cm lesion that was totally included, leaving a total of 13 paraffin blocks, and only intraductal low grade carcinoma was seen with a unique lymph vessel with tumoral emboli permeation. Invasive ductal carcinoma could not be demonstrated after an exhaustive pathological study that included the whole lesion. Eighteen lymph nodes were examined and metastases were seen in the sentinel and in other non-sentinel lymph nodes. Morphological features of these metastases were those of primary breast carcinoma. Hormone receptors were positive, Ki-67 lower than 5% and p53 and HER2/neu negative. The stage of the lesion was consulted to TNM board whose chairman stated that if invasive carcinoma could not be demonstrated even intraductal carcinoma and lymphovascular invasion are present, the tumor should be staged as pT0, pN1a. The patient was treated with chemotherapy, radiotherapy and hormone therapy and she is alive and without evidence of disease after 1 year.

**Discussion:** As presented in this case, with confirmation of TNM board, the occult carcinoma is when we are not able to demonstrate the presence of invasive carcinoma in a pa-

tient with lymph node metastases morphologically consistent with a primary infiltrating breast tumor, even other pre-invasive lesions are present.

## CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA

Serra E, Quilis A, Sanjuán L

La Oncología Radioterápica es una especialidad médica dedicada a los cuidados clínicos y terapéuticos del enfermo oncológico, estando fundamentalmente orientada al empleo de los tratamientos con radiaciones ionizantes.

El tratamiento de radioterapia es locoregional; los efectos secundarios agudos del tratamiento pueden ser a nivel general (fatiga, astenia) y a nivel local en el área de tratamiento (radiodermatitis, esofagitis).

La Consulta de Enfermería de ORT del IVO, se creó con la finalidad de ofrecer al paciente oncológico una atención especializada para proporcionarle un servicio asistencial de calidad, personalizado, ágil y que de respuesta a sus necesidades de salud.

Las pacientes que reciben tratamiento con radioterapia en la zona mamaria son vistas en Consulta de Enfermería:

1. Una primera visita al inicio del tratamiento.
2. Consultas programadas y a demanda según las necesidades de cada paciente.
3. Después del alta se programan las visitas necesarias para poder garantizar la evaluación de los cuidados y la continuidad de los mismos.

Las principales intervenciones que se realizan en la Consulta van encaminadas:

1. Promoción de la salud reforzando mediante la educación sanitaria hábitos saludables dietéticos y conductuales.
2. Minimizar las toxicidades agudas del tratamiento mediante la prevención y la actuación de enfermería con curas protocolizadas según el grado de radiodermatitis.
3. Fomentar el autocuidado.
4. Apoyo emocional con el objetivo de disminuir la ansiedad.

## CORRELACIÓN RADIOLÓGICA-HISTOLÓGICA EN LOS TUMORES DIAGNOSTICADOS EN EL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA DEL HOSPITAL DEL MAR DURANTE 13 AÑOS

Ejarque B<sup>1</sup>; Arranz M<sup>1</sup>; de las Mulas S<sup>1</sup>; Miralles E<sup>1</sup>; Castillo C<sup>1</sup>; Esturí M<sup>2</sup>; Ferrer F<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Radiología; <sup>2</sup>Programa de detección precoz. Hospital del Mar. Barcelona. España

*Objetivo:* Analizar la relación entre los patrones radiológicos obtenidos en la mamografía con la histología tumoral, en pacientes diagnosticadas y tratadas de cáncer de mama del programa de cribado del Hospital del Mar.

*Material y método:* Se realiza un estudio retrospectivo con un periodo de inclusión de 13 años (desde enero de 1996 hasta diciembre de 2008). Los patrones mamográficos se clasificaron como: microcalcificaciones, fibroso/distorsionante, mixto y nodular. Las principales histologías fueron: carcinoma ductal infiltrante (CDI), carcinoma ductal in situ (CDiS), carcinoma lobular (CL), carcinoma no especificado (CNE), adenocarcinoma mucinoso (AM) y otros.

*Resultados:* El total de mujeres participantes fue 57.577, con un rango de edad 50-69 años, se diagnosticaron un total de 782 tumores (771 mujeres). En 573 se codificó directamente el patrón mamográfico. La proporción de patrones radiológicos fue: nodular 34,4%, microcalcificaciones 26,9%, mixto 21,8% y fibroso/distorsionante 16,9%. La distribución de los tipos histológicos fue: CDI 63,2%, CDiS 18,3%, CL 8%, CNE 3,5%, AM 1,7% y otros 5%. Se analiza la distribución de los hallazgos y se compara con la literatura.

*Conclusión:* Nuestros datos sugieren que el hallazgo de un patrón nodular, fibroso o mixto puede ser sugestivo de un CDI, mientras que la presencia exclusiva de microcalcificaciones es hasta dos veces más frecuente en el CDiS.

## CREACIÓN DE UNA UNIDAD DE MAMA INTERVENCIONISTA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO

Escobar E, Gomero M

Hospital Montserrat. Lleida

*Objetivo:* Creación de una Unidad intervencionista de Mama especializada en el Diagnóstico Rápido a pacientes que, a través de un hallazgo casual en la palpación o derivadas del especialista por presentar anomalías en las mamografías, precisan estudio y su diagnóstico en un mismo día.

*Material y método:* La Unidad de la Mama está dotada con tres salas ubicadas en la primera planta del Hospital Montserrat.

- La primera sala consta de:
  - Despacho donde se realiza la entrevista clínica (equipo médico y de enfermería).
  - La segunda sala consta de:
    - Ecógrafo y camilla (exploraciones, curas, ecografías e intervenciones eco-guiadas; PAAF<sup>1</sup>, PBAG<sup>2</sup>,
    - Aspiración de quistes y resección de nódulos benignos con sistema suros ecodirigido)
    - La tercera sala consta de:
      - Mesa prona de biopsia estereotáxica digital asistida por vacío.
      - Microscopio (Anatomía de las muestras).

En la planta baja se haya el servicio de diagnóstico por la imagen que dispone de:

- Mamógrafo.
- Reveladora convencional y digital.

El equipo de la unidad está formado por un senólogo y cirujano, dos radiólogos, un patólogo, un oncólogo, un cirujano plástico y por un equipo de tres enfermeras formadas para el funcionamiento de la unidad, bajo la supervisión de un Director Clínico con Master en Senología.

—*Prestaciones de la Unidad:*

- Mamografía y ecografía
- Visita por el Senólogo
- Punción-Biopsia y Anatomía Patológica si es necesario.
- Derivación al especialista o programación de otros tratamientos.

—*Competencias de la enfermería en una unidad de la mama intervencionista de diagnóstico rápido*

1. Entrevista/información sanitaria a la paciente.
2. Realización de la mamografía.
3. Soporte médico en la exploración mamaria y en la ecografía.
4. Soporte instrumentista en la realización de las punciones ecoguiadas-estereotáxicas.
5. Atención psicológica.

*Resultados:* Desde octubre de 2009 hasta la actualidad en nuestra unidad hemos realizado:

- PAAF mama → 16
- PBAG mama → 92
- ETX<sup>3</sup> mama → 57
- Diagnóstico rápido → 12

*Conclusiones:* La experiencia nos muestra un alto grado de satisfacción por parte de las pacientes puesto que:

1. Se reduce la ansiedad generada a las pacientes por inseguridad diagnóstica.
2. Evita los controles evolutivos cada 6 meses en las imágenes BI-RADS<sup>3</sup> durante un mínimo de 3 años.
3. Reduce el tiempo de espera.
4. Certeza diagnóstica que permite un diagnóstico y tratamiento precoz en el caso del cáncer de mama.
5. Menos agresivo que la biopsia quirúrgica. No precisa preparación, no deja cicatriz, no deforma la mama. Las pacientes pueden hacer vida totalmente normal al día siguiente.
6. La relación coste/eficiencia es muy favorable a este procedimiento si lo comparamos con la biopsia quirúrgica.

<sup>1</sup>PAAF: Punción Aspiración Aguja Fina

<sup>2</sup>PBAG: Punción-Biopsia Aguja Gruesa

<sup>3</sup>ETX: Estereotaxia

## DETECCIÓN DE LAS NECESIDADES DE LAS MUJERES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE MAMA DURANTE EL PROCESO PRE I POST-OPERATORIO

**Jurado-Pérez R; Esparch-Puig O; Mas-Cots B; Artero-Lopez A; Peinado-Castillo C; García-Cruz V; Godinho-Montero O; Marcos de León Bolarin I**

*Servicio de Ginecología. Hospital Santa Caterina. Girona, España*

*Introducción:* El cáncer de mama es la neoplasia que se diagnostica con mayor frecuencia a la mujer y la segunda causa de muerte por cáncer. La intervención en cáncer de mama es multidisciplinar. El papel de la enfermera se centra en ofrecer y garantizar que sean cubiertas todas las necesidades, proporcionando curas personalizadas, informando y acompañando a las mujeres en todo el proceso de la enfer-

medad. Las evaluaciones de las necesidades tanto física, psicosocial, educativa como espiritual son imprescindibles para proporcionar una atención integral.

*Objetivos:* El objetivo principal de este estudio es identificar las necesidades que presentan las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama durante las etapas pre, intra y postoperatoria.

*Material y métodos:* Participantes: En este estudio han participado 31 mujeres de edades comprendidas entre 33 y 72 años (media de edad = 55,10; DT: 8,78), diagnosticadas de cáncer de mama (desde noviembre de 2009 hasta Junio de 2010) y a las que se ha intervenido con diferentes técnicas quirúrgicas según el criterio indicado por el Comité de Mama del Hospital Sta. Caterina de Salt. Instrumentos: Cuestionario de datos sociodemográficos Cuestionario elaborado específicamente para esta investigación y que tiene como objetivo recoger los datos correspondientes a las variables descriptivas generales (edad, país de origen, estructura familiar, tipo de ocupación, nivel de estudios, red social, tipo de intervención quirúrgica, etc.). Valoración de las necesidades Se han utilizado dos cuestionarios de elaboración propia que contienen preguntas abiertas y cerradas. Evaluación de las necesidades durante la etapa preoperatoria: información recibida sobre las pruebas realizadas, diagnóstico, proceso asistencial, proceso de hospitalización y estado emocional o la comunicación familiar, entre otros. Evaluación de las necesidades postoperatorias: proceso asistencial, información proporcionada en el momento del alta, apoyo familiar recibido, realización de la cura por la paciente, estado emocional, etc.

*Resultados:* Se presentan y se discuten los resultados de este estudio. Nota: El trabajo de campo acaba de finalizar y en estos momentos se esta procediendo a la entrada de datos en el paquete estadístico SPSS versión 15.0 para su análisis. Se prevé disponer de los resultados definitivos durante el mes de julio.

## DOLOR EN MUJERES QUE REALIZAN UNA MAMOGRAFÍA EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS

**Fernández-Feito A<sup>1</sup>; Mosteiro-Díaz M<sup>2</sup>; Baldonado-Cernuda R<sup>3</sup>; Franco-Correia S<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Universidad de Oviedo. Hospital Carmen y Severo Ochoa. Cangas del Narcea, Medicina; <sup>2</sup>Universidad de Oviedo, Medicina; <sup>3</sup>Universidad de Oviedo. Hospital Universitario Central de Asturias, Medicina; <sup>4</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Norte. Hospital Pulido Valente. Lisboa Portugal

*Introducción:* En la técnica de la mamografía es fundamental comprimir la mama para lograr una imagen de calidad y disminuir la dosis de radiación. Esta fuerza de compresión provoca dolor o malestar en algunas mujeres.

*Objetivo:* Conocer la prevalencia, características e intensidad del dolor en una muestra de mujeres que realizan una mamografía dentro del programa de detección precoz de cáncer de mama en el Principado de Asturias.

*Material y métodos:* Se realizó un estudio descriptivo transversal en una muestra de 352 mujeres que acudieron a

realizar una mamografía dentro del programa de diagnóstico precoz del Principado de Asturias entre enero y marzo de 2009. Mediante entrevista personal, se utilizó un cuestionario diseñado para el estudio sobre características del dolor aplicando una escala visual analógica.

**Resultados:** El 36,6 % de las mujeres que realizaron una mamografía presentaron dolor y en este grupo, fue calificado como leve (13,9%), moderado (70,5%) e intenso (15,5%). Sólo el 10% de estas mujeres continuaba sintiendo dolor a los 5 minutos tras la mamografía. El dolor fue descrito mayoritariamente como opresivo en el 93,8%, punzante en el 3,1% y quemante en el 3,1%. En el 21,8% de los casos el dolor fue asimétrico, siendo más intenso en la mama izquierda.

**Conclusiones:**

1. La prevalencia de dolor en la mamografía fue del 36,6%
2. El dolor fue caracterizado mayoritariamente de tipo opresivo (93,8%)
3. Un elevado porcentaje de las mujeres refirieron su dolor de intensidad moderada (70,5%)

## EFFECTIVIDAD DE LA PROYECCIÓN TARDÍA EN EL ESTUDIO DE LAS CALCIFICACIONES INTRAQUÍSTICAS

**García-Navarro L<sup>1</sup>; Aynes-Suárez C<sup>1</sup>; Pacifici S<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Udiat CD, Área de Radiología Mamaria y Ginecológica; <sup>2</sup>Gruppo Mediterraneo di Breast Imaging. Barcelona, España

**Objetivos:** El estudio de calcificaciones con proyecciones magnificadas es una de las exploraciones adicionales más utilizadas habitualmente. Realizando un perfil estricto podemos diagnosticar calcificaciones intra-quísticas evitando una posible biopsia, cuando estas adoptan una morfología determinada. En este estudio se evalúa la efectividad de la proyección tardía comprimida durante un minuto a 90 grados magnificada en el estudio de calcificaciones intra-quísticas. Material Se realiza el estudio en el centro Udiat CD –Corporació Parc Taulí (Sabadell –Barcelona) junto con el centro Ecotomografia Medica Srl –Unità di Diagnostica Senologica (Roma, Italia). Se utiliza un mamógrafo de la casa comercial Lorad, digital de conversión directa y GE Senographe DMR+, CR Fuji Profect CS respectivamente.

**Métodos:** Para realizar este estudio seguiremos el protocolo estándar en nuestro centro para el estudio de posibles calcificaciones intraquísticas, cráneo caudal y 90 grados magnificadas, comparando esta última con una placa tardía, comprimiendo durante 1 minuto.

**Resultados:** Se evaluará el número total de pacientes y el resultado, exponiendo diversos casos.

**Conclusiones:** La proyección tardía con compresión de un minuto es una técnica óptima para el estudio de calcificaciones intraquísticas, asegurando que estas tienen características de benignidad, pudiendo evitar una posible biopsia.

## INTERVENCIÓN ENFERMERA EN UN PROGRAMA DE CIRUGÍA DE CORTA ESTANCIA PARA PACIENTES INTERVENIDAS DE CÁNCER DE MAMA

**Cantero Rodríguez M<sup>1</sup>; Iglesias Bravo E<sup>2</sup>; Cantero Montes A<sup>2</sup>; Fernández Jiménez N<sup>2</sup>; Rodríguez Amuedo M<sup>2</sup>; Rodríguez Martínez M<sup>2</sup>; Rodríguez Suárez C<sup>2</sup>; Romero Hidalgo F<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Valme. Sevilla, Servicio de Ginecología; <sup>2</sup>Hospital Universitario de Valme. Sevilla, Servicio de Ginecología. España

**Introducción:** Se ha realizado un ensayo clínico en el que se compara un grupo de pacientes con alta normal (tras la retirada de drenajes a los 5-7 días) con otro de alta precoz (2º día de postoperatorio sin la retirada de drenajes) al que se le han realizado intervenciones enfermeras sobre cuidados e información sanitaria a cerca de su proceso, durante su estancia en la planta de hospitalización y en la consulta de enfermería (Unidad de Mama) con soporte telefónico durante todo el postoperatorio.

**Objetivo:** Demostrar que la cirugía de corta estancia es segura mediante el control de tasas de reingresos y cuantificación de complicaciones. Comprobar la disminución de los costes sanitarios en función de los días de ingreso hospitalario. Mejorar la satisfacción de las pacientes evaluándose con encuestas de satisfacción.

**Material y método:** Ensayo clínico secuencial con aleatorización de pacientes en dos bloques. Grupo control: Alta normal tras la retirada de drenajes. Grupo experimental: Alta precoz al 2º día del postoperatorio con drenajes al que se realiza las intervenciones enfermeras y soporte telefónico. Población de estudio: Pacientes intervenidas de cáncer de mama con mastectomía + linfadenectomía axilar o bien cuadrantectomía + linfadenectomía axilar con / sin biopsia de ganglio centinela previa. Criterios de inclusión: Se valorará el riesgo anestésico (ASA I y II y ASA III estable durante los 3 meses anteriores), la presencia de un cuidador principal responsable, disponibilidad de teléfono domiciliario y distancia no superior a 60 minutos del hospital. Criterios de exclusión: ASA IV y V. No presencia de cuidador principal. Cirugía con complicaciones. Distancia superior a 60 minutos del hospital. Falta de comprensión del procedimiento y de los cuidados. Obesidad mórbida. Drogodependencias. Antecedentes de hipertermia maligna. Pacientes anticoagulados o con alteraciones psiquiátricas/psicológicas.

**Resultado:** Se incluyen 100 pacientes (52 de alta normal y 48 de alta precoz) objetivándose homogeneidad en edad, ASA y técnica quirúrgica. La morbilidad precoz y tardía fue similar en ambos grupos. Tampoco se contabilizaron reingresos. El nº de días hasta la retirada de los drenajes fue similar en ambos grupos existiendo un aumento de consultas de enfermería en el grupo experimental. Se evidencia la reducción de costes en 251.848 euros equivalentes a 622 estancias hospitalarias. Respecto a la satisfacción de las pacientes, existen diferencias significativas en la calidad de la información recibida, la accesibilidad y la opinión sobre personal sanitario.

**Conclusiones:** El alta precoz es segura y no supone un aumento de la morbilidad del proceso. La cirugía de corta

estancia supone un ahorro en el gasto sanitario. La satisfacción de las pacientes dadas de alta precozmente es mayor.

## LAS MASTECTOMIZADAS Y SU SEXUALIDAD

**Juan-Torres M<sup>1</sup>; Cano C<sup>1</sup>; Barez M<sup>2</sup>; Codes E<sup>3</sup>; Molina C<sup>4</sup>; García L<sup>4</sup>; Ribas J<sup>5</sup>; Janer J<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Enfermería Unidad de Mama; <sup>2</sup>Psicooncología; <sup>3</sup>Cribaje Unidad de mama; <sup>4</sup>Ginecología; <sup>5</sup>Cirugía General. Fundació Hospital de l'Esperit Sant, Barcelona. España

**Introducción:** La OMS reconoce que la sexualidad es una fuente de placer, salud y bienestar y que vivida satisfactoriamente es también fuente de comprensión con los demás y un principio de armonía y equilibrio.

**Material y método:** Se describen las fases de situación que vive la mujer a quien se le ha practicado una mastectomía (shock, reacción, reparación y nueva orientación).

**Objetivo:** Se plantea el protocolo de actuación delante de estas pacientes en una consulta de enfermería, con especial importancia en la información sobre la autoestima y la relación sexual en dichas pacientes y sus parejas.

## MARCADORES DE NEOADYUVANCIA COLOCADOS POR GUÍA ECOGRÁFICA

**Padrón Pérez C<sup>1</sup>; Gaitán Fernández M<sup>1</sup>; Álvarez Alriols A<sup>1</sup>; Cobos Moncayo M<sup>2</sup>; García Conde J<sup>2</sup>; Cordero Carrera J<sup>2</sup>; Romo García R<sup>5</sup>; Gómez Arcas M<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>Hospital de Alta Resolución de Benalmádena, Radiodiagnóstico; <sup>2</sup>Hospital Materno Infantil de Málaga, Radiodiagnóstico; <sup>3</sup>Hospital de Ronda, Málaga, Radiodiagnóstico; <sup>4</sup>Hospital de Jerez de la Frontera, Radiodiagnóstico; <sup>5</sup>Hospital de Benalmádena. EPHCS, Radiodiagnóstico; <sup>6</sup>Hospital de la Línea de la Concepción, Dirección de Enfermería

**Introducción:** En la radiología intervencionista de mama, una de las razones por las que se necesita colocar un marcador es en la aplicación de los tratamientos neoadyuvantes. Con ello se pretende indicar la localización de una lesión cancerosa antes de la quimioterapia y así evitar que con la reducción del volumen tumoral ocasionado por la quimioterapia no se pueda localizar la lesión para extirparla quirúrgicamente.

**Objetivos:** Mostrar cuales son los pasos para colocar los marcadores de neoadyuvancia guiados por ecografía.

**Material y métodos:** Marcadores de neoadyuvancia ecográfico con sonda lineal material estéril variado (anestésico local, agujas, jeringas, etc.). Guía paso a paso de cómo se colocan.

**Resultados:** El lecho tumoral queda marcado y la paciente puede marcharse para continuar con el resto del procedimiento, en este caso, seguir el tratamiento de quimioterapia.

**Conclusiones:** La ecografía es un método seguro, fiable, rápido y económico para colocar los marcadores de neoadyuvancia.

## PARÁMETROS DE CALIDAD DE LA IMAGEN MAMOGRÁFICA

**Padrón Pérez C<sup>1</sup>; Gaitán Fernández M<sup>1</sup>; Álvarez Alriols A<sup>1</sup>; Cobos Moncayo M<sup>2</sup>; García Conde J<sup>2</sup>; Cordero Carrera J<sup>2</sup>; Romo García R<sup>5</sup>; Gómez Arcas M<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>Hospital de Alta Resolución de Benalmádena, Radiodiagnóstico; <sup>2</sup>Hospital Materno Infantil de Málaga, Radiodiagnóstico; <sup>3</sup>Hospital de Ronda, Málaga, Radiodiagnóstico; <sup>4</sup>Hospital de Jerez de la Frontera, Radiodiagnóstico; <sup>5</sup>Hospital de Benalmádena. EPHCS, Radiodiagnóstico; <sup>6</sup>Hospital de la Línea de la Concepción, Dirección de Enfermería. España

**Introducción:** Para un correcto diagnóstico son imprescindibles mamografías que cumplan los estándares de calidad.

**Objetivos:** Mostrar cuáles son los parámetros de calidad de la imagen mamográfica en sus proyecciones estándar para un estudio de cribado mamográfico, eso es, cráneo caudal y oblicua medio lateral.

**Material y métodos:** Mamografo Senographe 2000 de General Electric Criterios de la SEDIM para el control de las mamografías Procedimiento específico del área.

**Resultados:** Obtener imágenes de calidad para un correcto diagnóstico.

**Conclusiones:** Con el procedimiento específico para el control de calidad de las imágenes aseguramos que trabajamos de manera óptima y que todos los técnicos de la plantilla que pasan por la mama lo aplican.

## RESULTS OF FINE NEEDLE ASPIRATION AND PUNCTURE BIOPSY WITH DEFINITIVE PATHOLOGIC STUDY IN BREAST LESIONS

**Vázquez S<sup>1</sup>; Fabra G<sup>1</sup>; Trave J<sup>2</sup>; Domínguez M<sup>1</sup>; Fernández-Cid C<sup>1</sup>; Masana M<sup>1</sup>; Pizarro M<sup>1</sup>; Ramos C<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>USP- Institut Universitari Dexeus, Service of Pathology and Cytology; <sup>2</sup>USP- Institut Universitari Dexeus, Imaging Diagnosis. Barcelona, España

**Introduction:** Pre-surgical diagnosis of breast lesions requires such as fine needle aspiration (FNA) and puncture biopsy (PB), ultrasonographically or radiologically guided.

**Material and methods:** This is a retrospective and observational study of 266 PB ultrasonographically guided performed in two years in 249 patients, all of them with previous FNA study. In 144 patients surgical treatment was done with a definitive pathology (DP).

**Results:** of according each technique were categorized as follows: Absence of material (FNA), Suspicious of malignancy (FNA), Benign (FNA, PB, DP), Hyperplasia (FNA, PB, DP), Intraductal carcinoma (PB, DP), and Carcinoma (FNA, PB, DP). The diagnosis of FNA and PB has been compared with those of DP. RESULTS: The DP of 144 cases was: 17 benign, 10 hyperplasia, 7 intraductal carcinoma and 108 carcinomas. In 2 of the 17 DP benign cases the FNA and PB diagnostic was of carcinoma. Both cases were patients who underwent to primary chemotherapy treatment with a total relapse. Other case was diagnosed by FNA of hyperplasia and

of carcinoma by PB, but this latter technique excised the whole lesion. There were also two false positive lesions only in FNA study. In 10 DP lesion of hyperplasia, PB diagnosis was of benign in 6. Three of these cases were diagnosed of hyperplasia by FNA, 1 of carcinoma, 1 of benign and 1 of absence of material. FNA diagnosed benignity in 1 case that was also diagnosed of benign by PB. In 1 of the cases diagnosed of carcinoma in situ, the result of PB was benign and suspicious of malignancy by FNA. Eight of 108 DP carcinomas were false positives by PB. In 4 cases FNA showed a carcinoma, 2 were suspicious of malignancy, 1 benign and other was absence of material. In FNA 3 false negative were detected. In 2 of them PB diagnosed carcinoma and benignity in other, lesion that was diagnosed as benign by FNA as well as by PB and was proven to be a carcinoma in an axillary accessory breast tissue.

*Conclusions:* In the cases analyzed, FNA and PB are complementary techniques in the breast lesions diagnosis.

### **TERAPIA POR PRESIÓN NEGATIVA (V.A.C. THERAPY): APLICACIÓN ANTE NECROSIS DE COLGAJO MICROVASCULAR EN UNA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA TIPO TRAM**

**Herrero Clemente M; Sampedro Martínez A; Juárez Martí C; Bakalian Asfar J; Martín Utrilla S; Soriano Teruel V**  
*Unidad de Hospitalización Domiciliaria. Fundación Instituto Valenciano de Oncología. España*

*Objetivo:* Descripción de un caso clínico en el cual se aplica la terapia por presión negativa ante las complicaciones de una reconstrucción con colgajo microvascular en zona de mastectomía con secuelas de radioterapia.

*Material y métodos:* Mujer de 38 años diagnosticada de carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda en septiembre de 2006, recibió tratamiento neoadyuvante con adriamicina y taxol más radioterapia neoadyuvante. En abril de 2007 se realiza mastectomía radical modificada, resultando en la anatomía patológica ausencia de neoplasia residual y diecinueve ganglios axilares resecaados libres de tumor (respuesta completa patológica). Tras la cirugía recibe radioterapia locoregional en pared costal, fosa supraclavicular y mamaria interna 50 Gy en acelerador lineal con fotones de 6 MV, administrándose 200 cGy por sesión cinco veces por semana y hormonoterapia con tamoxifeno durante cinco años. En mayo de 2009 se realizó la reconstrucción con colgajo microvascular, apreciándose a los diez días necrosis de origen vascular, que obliga a desbridamiento estratificado continuado por enzimático. Se traslada la paciente a su domicilio para proseguir las curas por parte de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria. Se desbrida el resto del lecho de la herida, y se aplica apósito de Ag durante 48 horas. Ante la evolución de la herida se plantea la utilización de la terapia por presión negativa, la cual se mantiene durante 70 días. Se utilizó unidad de tratamiento configurada con presión de 125 mmHg, con un ciclo continuo, conductos integrados (TRAC) y contenedor de 300 ml. El cambio de apósito se realizó cada 48 horas.

*Resultados:* Se obtiene una disminución rápida del tamaño de la herida, un control adecuado del exudado (aspecto y cantidad), rápida formación de tejido de granulación, ausencia de dolor ni complicaciones y facilidad para el cambio del apósito.

*Conclusiones:* Concluimos que ha sido beneficiosa, ya que se obtiene una disminución rápida del tamaño de la herida, permitiendo al paciente moverse libremente, manteniendo su autoestima y su independencia para realizar autocuidados básicos de su vida diaria, regresando a su domicilio y reincorporándose a su entorno sociofamiliar. Por otro lado, no precisa curas diarias, reduciendo el número de visitas de enfermería.

### **ÚLCERAS TUMORALES: VALORACIÓN DE UN APÓSITO ANTIMICROBIANO COMPUESTO POR CARBÓN ACTIVADO Y PLATA**

**Costa-Moreno M<sup>1</sup>; Landete-Ballester A<sup>2</sup>; Oliete-Ramírez E<sup>3</sup>; Soriano-Teruel V<sup>3</sup>; Atance I<sup>3</sup>; Romero E<sup>3</sup>; Juárez C<sup>4</sup>**  
*Unidad de Hospitalización Domiciliaria. Fundación Instituto Valenciano de Oncología. España*

*Introducción:* Las heridas tumorales presentan en la mayoría de los casos úlceras con esfacelos y tejido necrótico, sangrado fácil, desprendiendo generalmente un olor desagradable. Por lo tanto basará los cuidados: - Mantener la herida limpia. - Evitar infecciones. - Eliminar el olor desagradable. - Utilizar apósitos flexibles que faciliten la movilidad del paciente. - Utilizar un método de cura sencillo que el cuidador pueda realizar. - Disminuir el dolor. Todas estas actuaciones se realizan conjuntamente con la administración de otros tratamientos: quimioterapia, radioterapia, cirugía y antibioterapia por vía sistémica.

*Objetivos:* El objetivo de este trabajo es valorar si con la utilización de apósitos de espuma de poliuretano antimicrobiano que contiene carbón activado y plata conseguimos el óptimo control sobre el exudado, sangrado, infecciones y el olor desagradable en las úlceras tumorales.

*Material y métodos:* El material utilizado para realizar las curas es: Suero Fisiológico para limpiar, gasas, el apósito citado, y sujeción. La frecuencia de las curas se realizó dependiendo de las necesidades, siendo más frecuentes al principio (cada 24 horas) y espaciándose en el tiempo por la buena evolución de la úlcera. Descripción de la paciente: mujer de 73 años, que presenta carcinoma localmente avanzado de mama, tratada con quimioterapia y radioterapia sobre pared costal.

*Resultados:* Control sobre el exudado. Disminución de dolor tanto en la retirada como en la colocación de apósitos. Control sobre la carga de bacterias durante el tratamiento con quimio/radioterapia. Permite espaciar el tiempo entre curas. Control sobre el olor desagradable. Disminución de maceración sobre tejido adyacente.

*Conclusiones:* La valoración es buena, el método es válido y eficaz, ya que: proporciona el cuidado adecuado a la herida; aumenta el confort en el paciente; es sencillo para educar al cuidador para realizar las curas, bajo nuestra supervisión.