

TIPO DOCUMENTO

PROTOCOLO

NOMBRE DEL DOCUMENTO

SUB PROCESO PUERTA DE ENTRADA

UNIDAD DE MAMA

HOSPITALES UNIVERSITARIOS
CARLOS HAYA Y VIRGEN DE LA VICTORIA
MALAGA

AGENCIA PÚBLICA EMPRESARIAL SANITARIA
COSTA DEL SOL



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

DATOS DE IDENTIFICACION DEL DOCUMENTO	
TITULO	Sub proceso puerta de entrada Unidad Mama
DISTRIBUCION	INTRANET
RESPONSABLES	Elaborado por: M. Mercedes Acebal Blanco Elena Pardo Susacasa Marta Ribeiro González Josefa Sánchez de la Fuente Enrique Sáez Lara Concepción Soler Blanca Miguel Ángel Villarejo Ordóñez
U.G.C.	Diagnostico por la Imagen Cirugía. Anatomía Patológico Ginecología Medicina Nuclear Oncología Medica Oncología Radioterapica
VERSION	1
FECHA VERSION	7 de mayo 2014
DOCUMENTOS VINCULADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Subproceso Comité de tumores, • Subproceso Ganglio Centinela, • Diagnostico, tratamiento y seguimiento del cáncer de mama temprano, • Vía Clínica tratamiento del cáncer de mama temprano, • Protocolo de tratamiento de CLIS, CDIS y enfermedad de Pager de la mama, • Subproceso hospitalización, • Subproceso seguimiento del paciente con cáncer de mama y postalta, • Protocolo de procedimientos para el consejo genético en cáncer de mama.

CONTROL DE LAS MODIFICACIONES DEL DOCUMENTO		
VERSION	FECHA VERSION	DESCRIPCION DE MODIFICACIONES
AMBITO DE APLICACION		
Profesionales de AP y de los Hospitales, Regional y Virgen de la Victoria de Málaga y APESCS		

Índice

1. Objeto

2. Términos y definiciones

- 2.1 Criterios de entrada en la Unidad de Mama
- 2.2 Puerta de entrada a la Unidad de Mama
- 2.3 Criterios de clasificación y priorización de las peticiones

3. Desarrollo

- 3.1 Puertas de entrada
- 3.2 Situaciones especiales

4. Anexos

- 4.1 Evaluación y tratamiento del dolor mamario
- 4.2 Formulario de solicitud normalizada

REVISION	APROBACION
Mercedes Acebal Blanco. Francisco Alguacil González José M ^a Azcoaga Blasco Manuel Benavides Orgaz Francisco Carabantes Ocón Isidro Garnica Cerezo Fabiola de Haro Guerrero Ismael Herruzo Cabrera José Manuel Jiménez-Hoyuela García José M ^a Mata Martín Elena Pardo Susacasa Carmen Puentes Zarzuela Marta Ribeiro González Nuria Ribelles Entrena José Manuel Rico Pérez Alejandro Rohde Calleja Antonio Rueda Domínguez Enrique Sáez Lara Mónica Salmerón Mochón Josefa Sánchez de la Fuente Victoria Scholz Gutiérrez Concepción Soler Blanca Luis Vicioso Recio Miguel Angel Villarejo Ordóñez Eva Capitán Narbona Ángeles Alba Casrmeiro M ^a Jose Bujalance Zafra Carmen Ramos González M ^a Ángeles Fernández Gomez M ^a del Mar Rodríguez Menvibre Antonio Vazquez Luque JC Maañón Di Leo, Coordinador	A rellenar por la Unidad Evaluación y resultados

1. OBJETO

1.1 Objetivo general

Este sub. proceso está diseñado para mejorar la accesibilidad a la Unidad de Mama de los Hospitales Regional y Virgen de la Victoria de Málaga y APESCS definiendo y normalizando:

1. las puertas de entrada a la misma.
2. los criterios de clasificación y priorización de los procesos susceptibles de atención por la Unidad de Mama
3. la documentación necesaria para garantizar el acceso a la Unidad con criterios de calidad (solicitud normalizada de atención Unidad de Mama)

2. Términos y definiciones

2.1 Criterios de Entrada a la Unidad de Mama

- Persona (hombre o mujer) que presenta síntomas/signos clínicos de sospecha, detectados en cualquier ámbito asistencial o hallazgos en prueba diagnósticas con técnica de imagen sospechosos de malignidad
- Consulta de una persona en cualquier punto del sistema sanitario por cualquier motivo, en la que de manera oportunista o casual se le detecta la existencia de riesgo alto de Cáncer (Ca) de Mama
- Sospecha de patología benigna no pactada su atención en la Unidad de Mama.

2.2 Puerta de entrada a la Unidad de Mama

El acceso a la UM se puede realizar desde cualquier ámbito de atención: AP, Urgencias y Atención Hospitalaria, siguiendo los criterios establecidos en el presente protocolo.

2.3 Criterios de clasificación y priorización de peticiones

ACCESO HOSPITAL	EDAD/Hº FAMILIAR	DATOS CLINICOS
CONSULTA EXTERNA UNIDAD DE MAMA (1)	No determinante	<ul style="list-style-type: none"> • Patología infeccioso - inflamatoria aguda, sin respuesta tras 7 días con tratamiento antibiótico. • Pacientes con diagnóstico de novo extrahospitalario de cáncer de mama (CM) BI-RADS5 (2) • Pacientes con estudios extrahospitalarios realizados en otro centro para información y valoración actitud o manejo lesiones. • Pacientes diagnosticada (dx) y tratadas de CM en otro centro sin criterio de seguimiento en Atención Primaria (menos de 5 años) : Derivar a consulta de Oncología. • Pacientes con riesgo incrementado de CM por antecedentes familiares de riesgo alto y no dx de CM (prueba de imagen negativa) (3). • Patología del pezón (descartar clínicamente ecema del pezón) • Pacientes derivadas del PDP-CM sintomáticas con lectura de programa de mamografía normal (4) • Mastoplastia de reducción (6) • Simetrización mamas no secundaria a tratamiento oncológico (6) • Ginecomastia • Pacientes asintomáticas con antecedentes de riesgo familiar o personal alto (3).
ESTUDIO DE IMAGEN CON PRIORIDAD ORDINARIO	<p>ECOGRAFÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> - <30 años con/sin Hº F. - 30-35 años sin Hº F. <p>MAMOGRAFÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> - >35 años con / sin Hº F. - 30-35 años con Hº F. 	<ul style="list-style-type: none"> • Control de patología ya conocida o tratada sin clínica de sospecha. • Derivaciones del PDP-CM BI-RADS3 • Biopsias derivadas de estudios externalizados desde AP y con criterio BI-RADS3 (5) • Sospecha complicación prótesis mamaria
ESTUDIO DE IMAGEN CON PRIORIDAD PREFERENTE	<p>ECOGRAFÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> - <30 años con/sin Hº F. - 30-35 años sin Hº F. <p>MAMOGRAFÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> - >35 años con / sin Hº F. - 30-35 años con Hº F. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesión/módulo palpable • Secreción patológica: unilateral, unipórica y espontánea, • Cambios del complejo areola-pezón: inversión, retracción, ulceración, engrosamiento, edema, inflamación • CM inflamatorio • Adenopatía axilar • Búsqueda de Ca primario no conocido • Derivaciones del PDP-CM BI-RADS 4 y 5 • Biopsias derivadas de estudios externalizados desde AP y con criterio BI-RADS 4 o 5 (5)

- (1): CCEE de la Unidad de Patología Mamaria
(2) Dx de CM en otro centro: si aporta resultado anatomopatológico de biopsia presentarlo en el Comité de Unidad de Mama y si no aporta derivar al Servicio de Radiodiagnóstico para su realización.
(3) Valorar con el resto de las especialidades circuito de Alto riesgo.
(4) Pacientes sintomáticas: nódulo palpable. Hacer circuito para derivación desde los programas a la consulta.
(5) Biopsias de pacientes que se han realizado el estudio en otro centro por externalización desde AP
(6) Valoración clínica previa para justificar el estudio de imagen y la derivación a cirugía plástica y reparadora.

3. DESARROLLO

3.1 Puertas de entrada

Desde Urgencias, la entrada solo es posible en casos de sospecha de Ca de mama, y siempre mediante una evaluación del especialista en urgencias quien solicitará una cita preferente a la Unidad de Mama.

Los pacientes que siendo portadores de patología mamaria benigna ya diagnosticada y que deseen exéresis de la misma tendrán la misma entrada al proceso mediante solicitud normalizada.

Los pacientes pediátricos ingresarán al proceso mediante inter consulta solicitada a la Unidad de Mama desde Pediatría.

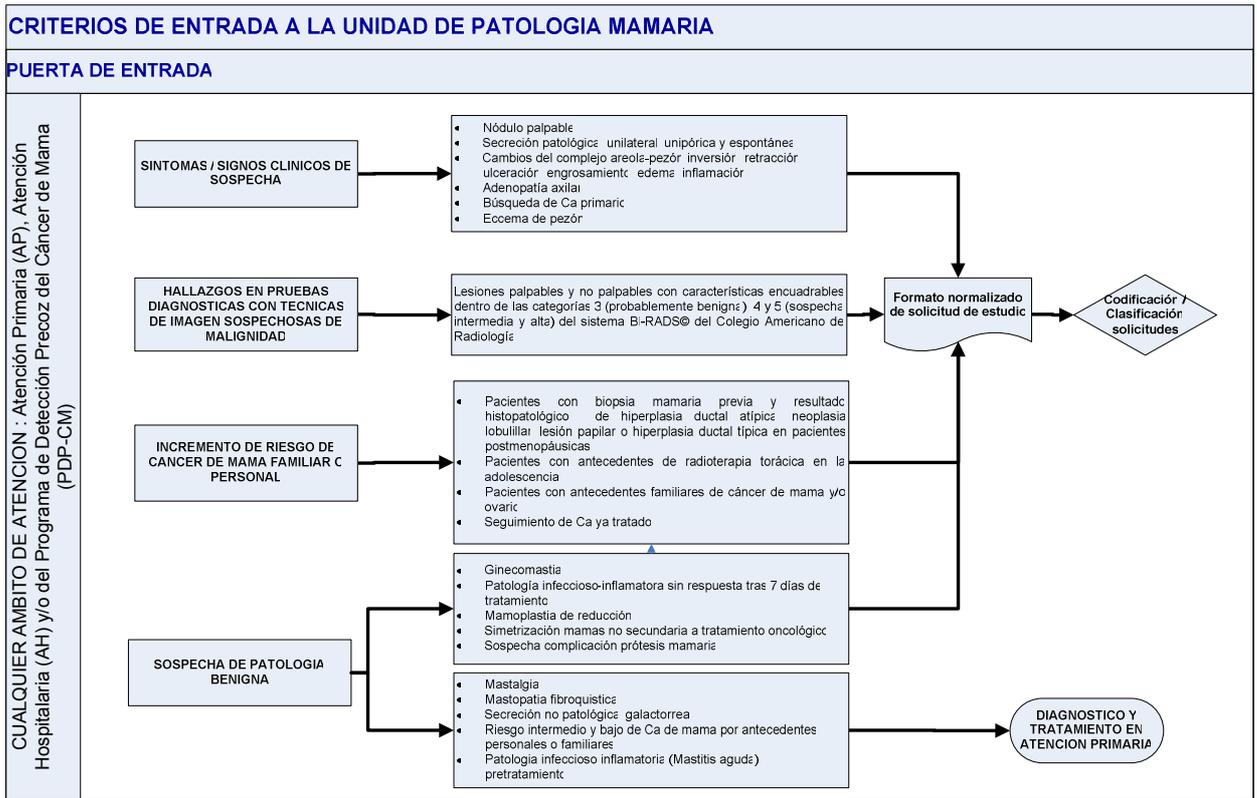
Cualquier nódulo palpable con clínica de sospecha, aun sin traducción radiológica debe ser visto por un especialista de la Unidad de Mama.

La aparición de nueva sintomatología es un nuevo episodio y corresponde a una nueva entrada al proceso o Unidad de Mama.

Derivación hospitalaria de mujeres participantes en PDP-CM sintomáticas y con mamografía de programa normal: En algunos casos las pacientes refieren en la anamnesis realizada en el momento de la exploración mamográfica síntomas o signos de patología mamaria (tanto si son referidos por la paciente como detectados por el personal técnico en el momento de realizar la exploración).

En estos casos se indicará según el protocolo establecido por el PDP-CM derivación hospitalaria con independencia de los hallazgos mamográficos. En el caso que la mamografía sea normal, no se benefician en primera instancia de más estudios de imagen sino de valoración clínica. Por este motivo y para evitar retrasos diagnósticos y citas innecesarias en las UCG de Radiodiagnóstico deben ser evaluadas por un clínico de la Unidad de Mama del Centro que valorará la pertinencia o no de más estudios de imagen u otro tipo.

En caso de lesiones benignas, después de la consulta en la Unidad de Mama, se emitirá un informe de alta al médico solicitante, especificando diagnóstico, tratamiento si procede y/o la no indicación de seguimiento. Informe de alta en Diraya y/o en físico) . La patología benigna de mama (con tratamiento anterior o no) no requiere ningún seguimiento en Atención especializada ni en Atención Primaria.



3.2 Situaciones especiales

Las pacientes con mastalgia cíclica, uni o bilateral, (Anexo 1)

4. ANEXOS

4.1 Evaluación y tratamiento del dolor mamario

La información recopilada en la anamnesis debe incluir la ubicación y la gravedad del dolor, la relación con el ciclo menstrual o la actividad física y las influencias hormonales.

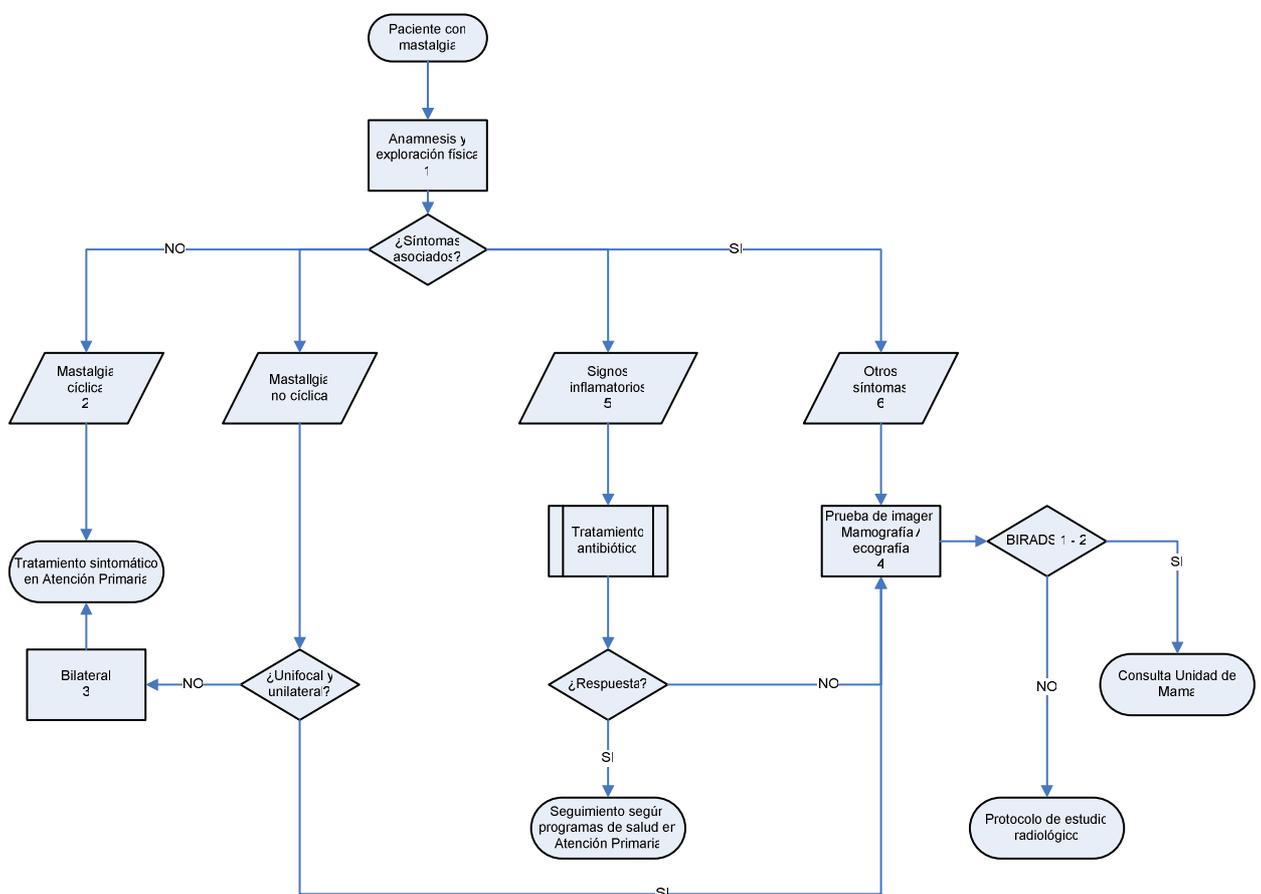
En su caso, un examen dirigido a la columna cervical y torácica, la pared torácica y las extremidades superiores puede ser útil para evaluar otras causas de dolor. El dolor de mama es uno de los síntomas más comunes evaluados en atención primaria, cirugía o consultas de la especialidad. Aproximadamente el 41-69 % de las mujeres reportan haber experimentado el dolor de mamas (Ader, 1997).

El dolor mamario puede interferir con las actividades diarias, las relaciones y la calidad de vida

1-Anamnesis/Exploración física: La evaluación de la paciente con mastalgia debe ir encaminada a una correcta anamnesis que incluya localización (mamaria o extramamaria), intensidad y relación o no del dolor con el ciclo menstrual, uso de anticonceptivos orales o presencia de antecedentes personales o familiares de cáncer de mama.

La exploración física debe ir dirigida a buscar síntomas asociados sugestivos de neoplasia (masa palpable, secreciones patológicas (unilateral, uniporo, espontánea, sanguinolenta), alteraciones cutáneas o del complejo areola-pezones (eczema, inversión, retracción, ulceración, inflamación) o bien signos de mastitis (rubor, calor).

Raramente la mastalgia es el único síntoma del cáncer y se presenta del 5 al 18% de los cánceres.



2-La mastalgia cíclica, uni o bilateral, puede ser muy intensa en algunas ocasiones interfiriendo incluso las actividades diarias. Esto conlleva a un aumento de las consultas por esta causa y a un número elevado de solicitud de pruebas de imagen, fundamentalmente en mujeres jóvenes, convirtiéndose en un mero instrumento para tranquilizar a las pacientes. Sin embargo, no se ha observado mayor prevalencia de cáncer de mama en estas mujeres. En la mayoría de los estudios radiológicos realizados a mujeres con mastodinia cíclica como única sintomatología no se observa ningún hallazgo patológico.

3-Según las Guías Prácticas del Colegio Americano de Radiología (ACR) la mastodinia bilateral, sin otros síntomas asociados, no es indicación para la realización de una mamografía.

4-El valor de la mamografía para la evaluación de mastalgia es bajo si el examen físico es normal. La mamografía debe ser considerada sólo en pacientes con mastalgia no cíclica mayores de 40 años, con historia familiar de cáncer de mama o factores de riesgo para cáncer de mama o que presenten alteraciones en la exploración física: (masa palpable, secreciones patológicas (unilateral, uniporo, espontánea, sanguinolenta), alteraciones cutáneas o del complejo areola-pezones (eczema, inversión, retracción, ulceración, inflamación) o bien signos de mastitis (rubor, calor). La ecografía estaría indicada como prueba de inicio en mujeres menores de 40 años con mastalgia no cíclica localizada o que no cede al tratamiento inicial.

5- Signos de mastitis: rubor y calor.

6- Dentro de otros síntomas se incluirían: nódulo palpable, alteraciones cutáneas (retracción, piel de naranja, eczema), secreciones patológicas por pezón y alteraciones del complejo areola-pezones (inversión, eczema, retracción, ulceración).

7- Tratamiento:

Toma de decisiones compartida sobre tratamiento no farmacológico

La primera línea de tratamiento para el dolor de mama es tranquilizar a la paciente que no tiene cáncer de mama. El riesgo de malignidad después de un examen negativo se ha estimado que sólo el 0,5%, (Smith, 2004). Aproximadamente el 15% de las mujeres eligen un tratamiento para reducir los síntomas de dolor. Pocas mujeres requerirán tratamiento algo más que el aceite de onagra, muy bien tolerado.

Para las que tienen dolor de mama refractario y grave, los efectos secundarios significativos de algunos tratamientos deben sopesarse con el beneficio potencial en el mejoramiento de molestias en las mamas y el dolor. Las intervenciones no farmacológicas para el dolor de mama son apropiadas, aunque ha habido poca investigación científica sobre la eficacia de estos enfoques no farmacológicos, y con frecuencia resultan útiles en la práctica clínica para mejorar los síntomas de dolor de mama, son de bajo riesgo y coste para el paciente.

Posibles tratamientos no-farmacológicos. Apoyo mecánico

El uso de Un sujetador deportivo, con independencia de la paciente su edad, se ha demostrado útil para aliviar el dolor de mama, incluso en pacientes que no han respondido a los tratamientos hormonales. Se recomienda el uso de estos sujetadores para el ejercicio físico. Un sostén suave durante el sueño también puede mejorar los síntomas.

Cambios en la dieta

Cambios en la dieta, tales como dejar de fumar pueden ser posibles intervenciones de bajo riesgo. Paños calientes, compresas frías y masajes también pueden aliviar los síntomas.

La eficacia de las medidas dietéticas no está clara. Los estudios han demostrado una mejoría en los síntomas de dolor mamario después de la reducción en la dieta de grasas saturadas. La reducción o eliminación de la cafeína ha demostrado para

ser útil en algunas pacientes, especialmente aquellos que consumen grandes cantidades de cafeína.

Tratamiento alternativo y complementario

El aceite de onagra

El aceite de onagra se utiliza a menudo como un tratamiento inicial para el dolor mamario debido a su baja incidencia de efectos secundarios y las tasas de respuesta positiva para el dolor cíclico y no cíclico . Es rico en ácido gamma - linolénico y se cree que alterar el equilibrio de grasa saturada / poliinsaturados y disminuir la sensibilidad a las influencias hormonales .

Intervenciones farmacológicas

La decisión de tratar el dolor mamario, junto con la selección de un agente en particular requiere equilibrar la necesidad de alivio de los síntomas frente a la probabilidad de efectos secundarios de la medicación . Intervenciones farmacológicas pueden incluir el ajuste de los medicamentos que pueden estar contribuyendo al dolor mamario , como los anticonceptivos orales, terapia hormonal, la espironolactona y otros. La eliminación o disminución de la dosis de estrógeno en un anticonceptivo oral.

Analgésicos

Los analgésicos, como el ibuprofeno, pueden aliviar el dolor de mama .

Bibliografía

1 CÁNCER de mama : proceso asistencial integrado / [autoría, Acebal Blanco, María Mercedes (coord.) ; Alba Conejo, Emilio... et al.]. -- 3ª ed. -- [Sevilla] : Consejería de Salud, 2011 175 p. ; 24 cm1. Neoplasias de la mama 2. Calidad de la atención de salud 3. Guía de práctica clínica 4. Andalucía I. Acebal Blanco, María Mercedes II. Alba Conejo, Emilio III. Andalucía. Consejería de Salud WP 870.

2 Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline: Diagnosis of Breast Disease. Fourteenth Edition January 2012. En línea. Consultado 6 de nov 2013.

4.2 Formulario de solicitud normalizada

Hospitales Universitarios Regional y
Virgen de la Victoria de Málaga
Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa
de Sol.