



PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO

CÁNCER DE MAMA PRECOZ

SECA

Sociedad Española
de Calidad Asistencial



CÁNCER
DE MAMA
PRECOZ

Editor:

Fundación Española de Calidad Asistencial
Uria, 76, 3º Dcha., Oviedo, 33003, Asturias

ISBN: 978-84-09-71153-6

Diciembre 2025

EDITADO POR



CON EL AVAL CIENTÍFICO
DE LA FUNDACIÓN ECO Y ALIANZA



CON LA COLABORACIÓN DE



ÍNDICE

01. AUTORES Y COORDINADORES	06
02. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	10
03. DEFINICIÓN GLOBAL DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO (PAI) DE CÁNCER DE MAMA PRECOZ (CMP)	15
04. DEFINICIÓN FUNCIONAL DEL PAI CMP	22
05. LÍMITES DEL PAI CMP	24
06. PROVEEDORES DEL PAI CMP	27
07. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PAI CMP	29
08. VALOR Y EFICIENCIA EN PAI CMP	79
09. TABLA DE INDICADORES DEL PAI CMP	91
10. ABREVIATURAS	111
11. ANEXOS	114
12. REFERENCIAS	131

1

AUTORES Y COORDINADORES

↑
VOLVER AL ÍNDICE

1

AUTORES Y COORDINADORES

- **Dr. Manuel Algara**
Oncología Radioterápica | Hospital del Mar. Barcelona
- **Dr. Roberto Bernal**
Atención Primaria | Grupo de trabajo de Cáncer de SEMFYC
- **Dra. Rafaela Camacho**
Enfermería. Universidad de Huelva
- **María-Josep Carreras**
Farmacia Hospitalaria | Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona
- **Dra. Patricia Cobos**
Ginecología | Hospital Universitario de Cruces. Bilbao
- **Dra. Concepción Fernández**
SEDAP
- **Dra. Elena Galve**
Oncología Médica | Hospital Universitario de Basurto. Bilbao
- **Sonia González**
Farmacia Hospitalaria | Complejo Hospitalario de Vigo
- **Dr. Fernando Henao**
Oncología Médica | Hospital Universitario V, Macarena. Sevilla

↑
VOLVER AL ÍNDICE

- » **Dr. Guillermo Hernán**
*Cirugía Plástica | Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla".
Santander*
- » **Dr. Juan Antonio Marqués**
SEDISA
- » **Catiana Martínez**
FEMAC. Murcia
- » **Dra. Guillermina Montoliu**
Radiología | Hospital Universitario de la Fe. Valencia
- » **Dra. Montserrat Muñoz**
Oncología Médica | Hospital Universitario Clinic. Barcelona
- » **Dr. John Orozco**
Medicina nuclear | Hospital Universitario Peset de Valencia
- » **Dr. Jose Antonio Ortega**
Oncología Médica | Hospital Universitario Regional. Málaga
- » **Dra. Sonia Rivas**
Cirugía General | Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid
- » **Daniel Romero**
*Enfermería | Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau.
Barcelona*
- » **Dra. Lola Ruiz Iglesias**
Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS)

- » **Davinia Santana**
Enfermería Atención Primaria | CS de Puerto Real. Cádiz
- » **Dr. Pablo Tolosa**
Oncología Médica | Hospital Universitario 12 Octubre. Madrid
- » **Dr. Francesc Tresserra**
Anatomía Patológica | Hospital Universitari Dexeus. Barcelona
- » **Dra. Carolina Varela**
*Especialista de Área en la Unidad de Calidad | Hospital
Universitario 12 de Octubre. Madrid*
- » **Carmen Yélamos**
Psicooncología | AECC. Madrid

COORDINADORES SECA

- » **Dr. Antonio Torres**
Responsable metodológico del proyecto. SECA
- » **Dr. Emilio Ignacio García**
Equipo de proyectos SECA
- » **Dr. Jose J Mira**
Catedrático UMH. Elche | Equipo de proyectos SECA
- » **Dr. Manel Santiñà**
*Past President de la Sociedad Española de Calidad Asistencial |
Equipo de proyectos SECA*

2

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

2

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El cáncer de mama es la neoplasia más común entre las mujeres a nivel mundial y representa un desafío significativo en salud pública.

En **Europa**, se diagnostican aproximadamente **500.000 nuevos casos anuales**, lo que supone casi el **30 % de todos los cánceres en mujeres**.

En **España**, la incidencia anual es de alrededor de **36.000 nuevos casos** ⁽¹⁾, con una tasa de **supervivencia a 5 años que supera el 90 % cuando se diagnostica en etapas tempranas**, gracias a los avances en la detección precoz, programas de cribado y terapias personalizadas.

El cáncer de mama precoz (CMP) se caracteriza por la ausencia de metástasis a distancia y una extensión limitada a la mama o a los ganglios linfáticos axilares, lo que permite un enfoque terapéutico curativo ⁽²⁾. El tratamiento incluye una combinación de cirugía, radioterapia y terapias sistémicas como hormonoterapia o quimioterapia (QT) y terapias biológicas (anti HER2, inmunoterapia con fármacos anti-PD1 y anti-PDL o inhibidores de quinasas dependientes de ciclinas 4/6)) que se planifican de manera individualizada según las características del tumor y de la paciente.

⁽³⁾ ⁽⁴⁾ ⁽⁵⁾

La mortalidad en la patología se ha reducido en los últimos años en Europa y España, en gran parte gracias a los **programas de detección temprana implementados en mujeres entre los 45 y 74 años** según Comunidades Autónomas, y más recientemente en mujeres más jóvenes con factores de riesgo específicos (genéticos/hereditarios). No obstante, persisten retos relacionados con la equidad en el acceso a tratamientos innovadores, el manejo de efectos adversos a largo plazo y la implementación de biomarcadores que optimicen la personalización de las terapias.

En este contexto, la **investigación y los avances en diagnóstico molecular, terapias dirigidas y estrategias de preservación de la calidad de vida** se posicionan como áreas clave para mejorar, aún más, los resultados clínicos y el bienestar de las pacientes con CMP.

El enfoque más adecuado debe ser **multidisciplinario**, con énfasis en la detección temprana y en el aporte de valor a las pacientes, garantizando el apoyo psicológico desde el inicio del proceso. En este sentido, el tratamiento del cáncer de mama en unidades de mama especializadas donde participan equipos multidisciplinarios **hace que mejoren los resultados en el manejo de esta enfermedad**. Según este enfoque, la gestión por procesos se considera un abordaje adecuado para la **correcta atención del CMP** con el propósito de definir el recorrido de la paciente y mejorar la coordinación y la continuidad asistencial, favoreciendo que tanto profesionales como pacientes conozcan el itinerario asistencial, optimizando así los flujos.

La Gestión por Procesos se ha constituido como uno de los mejores sistemas de organización para conseguir unos buenos índices de calidad y desempeño. Aplicada a los servicios de salud tiene una larga tradición que se remonta a la década de finales de los 70 y los 80 y acumula un importante bagaje de conocimiento aplicado ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾, y ha demostrado que puede ser una herramienta de gestión valiosa para enfocar a las organizaciones sanitarias a la idea de **mejora continua y una orientación más nítida a su objetivo nuclear** que es la mejora en la atención a los ciudadanos. ⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾

Un Proceso Asistencial Integrado (PAI) se define como un conjunto coordinado de actividades de los proveedores de atención sanitaria que incluyen estrategias preventivas, pruebas diagnósticas, terapias y cuidados, y tiene como objetivo principal mejorar la salud y satisfacción de las pacientes.

Este enfoque facilita la estandarización de procedimientos clínicos, reduciendo la variabilidad en la atención y garantizando un acceso equitativo al proceso diagnóstico y a tratamientos de alta calidad. En el caso del CMP, el diseño de un PAI resulta especialmente relevante, ya que la naturaleza multidimensional de la enfermedad requiere una **atención coordinada y personalizada**. La implementación de un PAI específico para el CMP permite: Favorecer la detección y el tratamiento precoz, mejorar la coordinación multidisciplinaria en la toma de decisiones terapéuticas, asegurar el seguimiento continuo y la adaptación individualizada del tratamiento según el estado de la paciente y optimizar la eficiencia y seguridad de la atención sanitaria. ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾

En definitiva, el PAI para el Cáncer de Mama Precoz constituye una estrategia fundamental para garantizar una **atención integral, equitativa y de excelencia**, con un enfoque centrado en la paciente y basado en la mejor evidencia disponible. Como herramienta para la mejora continua y como garante de la equidad en la asistencia de las pacientes con cáncer de mama, el PAI se puede beneficiar de establecer sinergias posibles con el paradigma de la Asistencia Sanitaria Basada en Valor (ASBV) cuyas palancas de cambio se ponen al servicio de la mejora continua de los procesos y la satisfacción de las necesidades y, en la medida de lo posible, de las expectativas de las pacientes. ^(13, 14). Ambas propuestas de gestión comparten el objetivo de mejorar la calidad y eficiencia de la atención sanitaria, que, aunque tienen diferencias de alcance, enfoque y necesidades para su implementación, las hace enormemente atractivas como herramientas innovadoras en la gestión de los circuitos asistenciales y en este caso concreto en el manejo del CMP.

Por último, queremos destacar que la propuesta que presentamos pretende ser una herramienta dinámica y flexible, que debe ser adaptada a cada contexto y realidad asistencial sin que sea considerada un marco prescriptivo o un modelo inamovible, que sirva de referencia organizativa para el abordaje del CMP y que pueda ser actualizada incorporando las nuevas evidencias que se vayan generando. Esperamos que se convierta en un **documento útil que pueda ser utilizado por pacientes y profesionales**.

3

DEFINICIÓN GLOBAL DEL PROCESO

DEFINICIÓN GLOBAL DEL PROCESO

El PAI debe contemplar la **identificación, el registro y la atención de estas pacientes, el diagnóstico, seguimiento, cuidados individualizados y el plan terapéutico adecuado**. Además, deberá contemplar la definición de **indicadores de estructura, proceso y resultado** que aporten la información, necesaria y de valor, que permitan la monitorización y gestión de la transición de la paciente a través del proceso. Todo ello estará basado en la coordinación entre los diferentes profesionales y niveles asistenciales, estableciendo los consensos necesarios para disponer de un **documento de referencia para todos los Centros Sanitarios que permita una asistencia personalizada eficiente, efectiva y segura**, con el objetivo final de mejorar los resultados en salud y la satisfacción de las destinatarias del proceso.

3.1 OBJETIVO GENERAL

Adecuar la **atención de las pacientes con CMP** mediante la ordenación del conjunto de actividades que optimicen los resultados teniendo en cuenta las **necesidades y expectativas de las pacientes** que padecen esta enfermedad.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

› **Estandarizar el proceso diagnóstico**, definiendo pasos claros y protocolos específicos para la evaluación ante la sospecha

de CMP.

- › **Garantizar la aplicación de guías terapéuticas actualizadas**, incorporando tratamientos innovadores y personalizados.
- › **Potenciar el cuidado integral y la educación sanitaria**, proporcionando información accesible y de calidad a las pacientes, sus familias y cuidadores.
- › **Facilitar la toma de decisiones compartida**, promoviendo una comunicación efectiva entre profesionales sanitarios y pacientes.
- › **Mejorar la experiencia de las pacientes** y utilizarla para implementar mejoras en los circuitos.
- › **Mejorar la coordinación entre distintos especialistas** hospitalarios y de atención primaria en la atención de las pacientes con CMP.
- › **Mejorar la calidad de vida de las pacientes con CMP**, abordando de manera integral los aspectos físicos, emocionales y sociales de la enfermedad.
- › Ofrecer una **atención integral y multidisciplinar** a las pacientes.
- › Ofrecer un seguimiento personalizado que facilite un mejor control y adherencia
- › Optimizar y **hacer más eficiente el uso de recursos públicos**.

3.3 OBJETIVOS REFERIDOS A EXPECTATIVAS

Expectativas de los profesionales

- **Mejorar la calidad asistencial** minimizando la variabilidad injustificada de la práctica clínica.
- **Acceder a información precisa y estructurada**, facilitando la gestión de casos y la toma de decisiones basada en datos.
- **Ordenar la información clínica** de modo que pueda ser explotada y consultada con acceso sencillo incorporando alertas sobre puntos críticos de seguridad.
- Mejorar la **coordinación y comunicación entre los profesionales** implicados en el proceso.
- **Impulsar la mejora continua del conocimiento**, promoviendo la formación y actualización constante de los profesionales en torno al proceso asistencial.
- **Fomentar una comunicación efectiva y colaborativa**, fortaleciendo la relación entre los profesionales sanitarios, las pacientes y sus cuidadores, generando un entorno de trabajo más integrado y enriquecedor.
- **Disponer de indicadores de estructura, proceso y resultado** estableciendo métricas claras que permitan evaluar el impacto y la eficiencia de las estrategias implementadas.

Expectativas de las pacientes

Las pacientes afectadas por **Cáncer de Mama Precoz** y sus familias son el **eje central** que justifica el desarrollo de este PAI. Para garantizar una atención óptima, es fundamental partir del conocimiento de **sus necesidades y expectativas**.

Este proceso debe mantenerse dinámico, permitiendo la incorporación de nuevas expectativas derivadas de la evidencia científica emergente, así como de aquellas aportadas por asociaciones de pacientes y otros grupos de interés.

Incluimos, agrupadas en **4 grandes áreas**, las expectativas aportadas por las asociaciones de pacientes incluidas en este proyecto.

1 ACCESIBILIDAD Y RAPIDEZ DEL DIAGNÓSTICO

- Conseguir un **diagnóstico rápido, acertado y en la fase más precoz** posible de la enfermedad.
- **Evitar diagnósticos erróneos y retrasos** en los mismos.
- Hacer una **anamnesis completa y las exploraciones físicas** pertinentes.
- Indicación clara y justificada de las **pruebas diagnósticas necesarias**, evitando procedimientos innecesarios.

- » **Derivaciones oportunas y bien orientadas**, evitando problemas administrativos y demoras en la atención.

2 COORDINACIÓN Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

- » **Coordinación efectiva entre las distintas especialidades**, asegurando una atención integral y multidisciplinaria.
- » **Acceso a una enfermera de práctica avanzada o gestora de casos**, que facilite la coordinación y el acompañamiento del proceso.

3 TRATAMIENTO Y GESTIÓN CLÍNICA EFICIENTE

- » Indicación de un **tratamiento adecuado y personalizado**, basado en la mejor evidencia disponible.
- » **Sistema de comunicación directo con el equipo multidisciplinar**, que permita una relación más cercana y resolutiva.
- » **Información actualizada sobre innovaciones y nuevos tratamientos**, garantizando el acceso a las mejores opciones terapéuticas.
- » **Tratamiento integral** que aborde aspectos como la alimentación, la actividad física, la sexualidad, la maternidad, etc.

- » Obtener una **información completa y veraz** acerca de su proceso.
- » Facilitar la posibilidad de ejercer el **derecho a una segunda opinión**.
- » **Disponer de apoyo psicológico**, abordando el impacto emocional de la enfermedad.

4 RELACIÓN PROFESIONAL SANITARIO-PACIENTE Y HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

- » **Escucha activa y comunicación fluida**, garantizando que las preocupaciones y necesidades de la paciente sean atendidas.
- » **Trato humano y empático**, asegurando un acompañamiento respetuoso y cercano en todo el proceso asistencial.
- » Apoyo emocional y tranquilidad durante todas las fases del proceso asistencial, **minimizando la ansiedad y el estrés**.
- » **Asesoramiento y apoyo en la toma de decisiones**, con explicaciones claras y comprensibles sobre la enfermedad, el tratamiento y sus implicaciones, resolviendo dudas de manera efectiva.
- » **Consejo sobre medidas y hábitos saludables** que puedan contribuir a su bienestar.

4

DEFINICIÓN FUNCIONAL DEL PROCESO

VOLVER AL ÍNDICE ↑

4

DEFINICIÓN FUNCIONAL DEL PROCESO

El **Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Mama Precoz** se define como el conjunto de actuaciones coordinadas, dirigidas a realizar la identificación y abordaje temprano de las personas con signos sugestivos de Cáncer de Mama Precoz. Este proceso debe garantizar un **diagnóstico preciso, un tratamiento oportuno y un seguimiento continuo e integral**, todo ello basado en la mejor evidencia científica disponible y en los consensos profesionales. Su enfoque multidisciplinar y coordinado debe permitir optimizar la atención, mejorar los resultados clínicos y asegurar una experiencia asistencial eficiente, efectiva y centrada en la paciente.

VOLVER AL ÍNDICE ↑

5

LÍMITES DEL PROCESO

VOLVER AL ÍNDICE ↑

5

LÍMITES DEL PROCESO

5.1 LÍMITES DE ENTRADA

Lesión mamaria sospechosa que requiera evaluación diagnóstica y toda paciente con confirmación histológica de cáncer infiltrante o in situ, que se encuentre en un estadio localizado al diagnóstico, excluyendo a las pacientes con estadio IV (enfermedad metastásica de inicio), quienes seguirán un circuito asistencial específico.

5.2 LÍMITES DE SALIDA

Las pacientes serán dadas de alta del PAI en los siguientes casos:

1

Seguimiento especializado: 5-10 años, según duración de tratamientos. Seguimiento en Atención Primaria: a partir de los 10 años*.

*** Se garantizará una transición planificada y coordinada con Atención Primaria para el seguimiento posterior.**

↑ VOLVER AL ÍNDICE

2

Recaída con progresión a enfermedad metastásica, requiriendo un cambio en el abordaje terapéutico.

3

Fallecimiento de la paciente.

4

Traslado a otra comunidad autónoma, asegurando la coordinación interterritorial para la continuidad asistencial.

5

Traslado a otro país, facilitando la documentación clínica necesaria para garantizar la continuidad del tratamiento en el nuevo sistema sanitario.

Nota: En los casos de recaída o progresión a enfermedad metastásica, se priorizará la derivación rápida a las unidades especializadas para optimizar la estrategia terapéutica.

6

PROVEEDORES DEL PROCESO

6

PROVEEDORES DEL PROCESO

En este proceso intervienen fundamentalmente los profesionales de las siguientes especialidades o disciplinas:

Oncología médica.

Oncología radioterápica.

Cirugía.

Ginecología.

Cirugía Plástica.

Anestesia.

Rehabilitación.

Anatomía Patológica.

Biología Molecular.

Genética.

Radiología.

Medicina Nuclear.

Medicina de Familia.

Farmacia Hospitalaria.

Profesionales técnicos de radiología, oncología radioterápica, anatomía patológica, farmacia, laboratorio.

Física hospitalaria.

Enfermería Gestora de Casos.

Enfermería de Práctica Avanzada.

Enfermería Familiar y Comunitaria.

Psicología Clínica.

Psico Oncología.

Fisioterapia.

Nutrición.

Trabajo Social.

Trabajos Administrativos.

Especialistas en Sistemas de Información.

Auxiliares de enfermería.

Celadores.

Asociaciones de pacientes.

7

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROCESO

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROCESO

Para el desarrollo del PAI Cáncer de Mama Precoz se han identificado tres subprocesos. (Fig.1)

SUBPROCESO 1: DIAGNÓSTICO SUBPROCESO 2: PLAN TERAPÉUTICO SUBPROCESO 3: SEGUIMIENTO INTEGRAL

Fig. 1. Descripción general del PAI CMP



SUBPROCESO 1: DIAGNÓSTICO

Incluye la identificación temprana, la evaluación clínica y la confirmación histológica del CMP mediante las pruebas diagnósticas adecuadas.

SUBPROCESO 2: PLAN TERAPÉUTICO

Comprende la toma de decisiones terapéuticas basadas en un enfoque multidisciplinar, la personalización del tratamiento según las características de la paciente y el tipo de tumor, así como la planificación de las intervenciones necesarias.

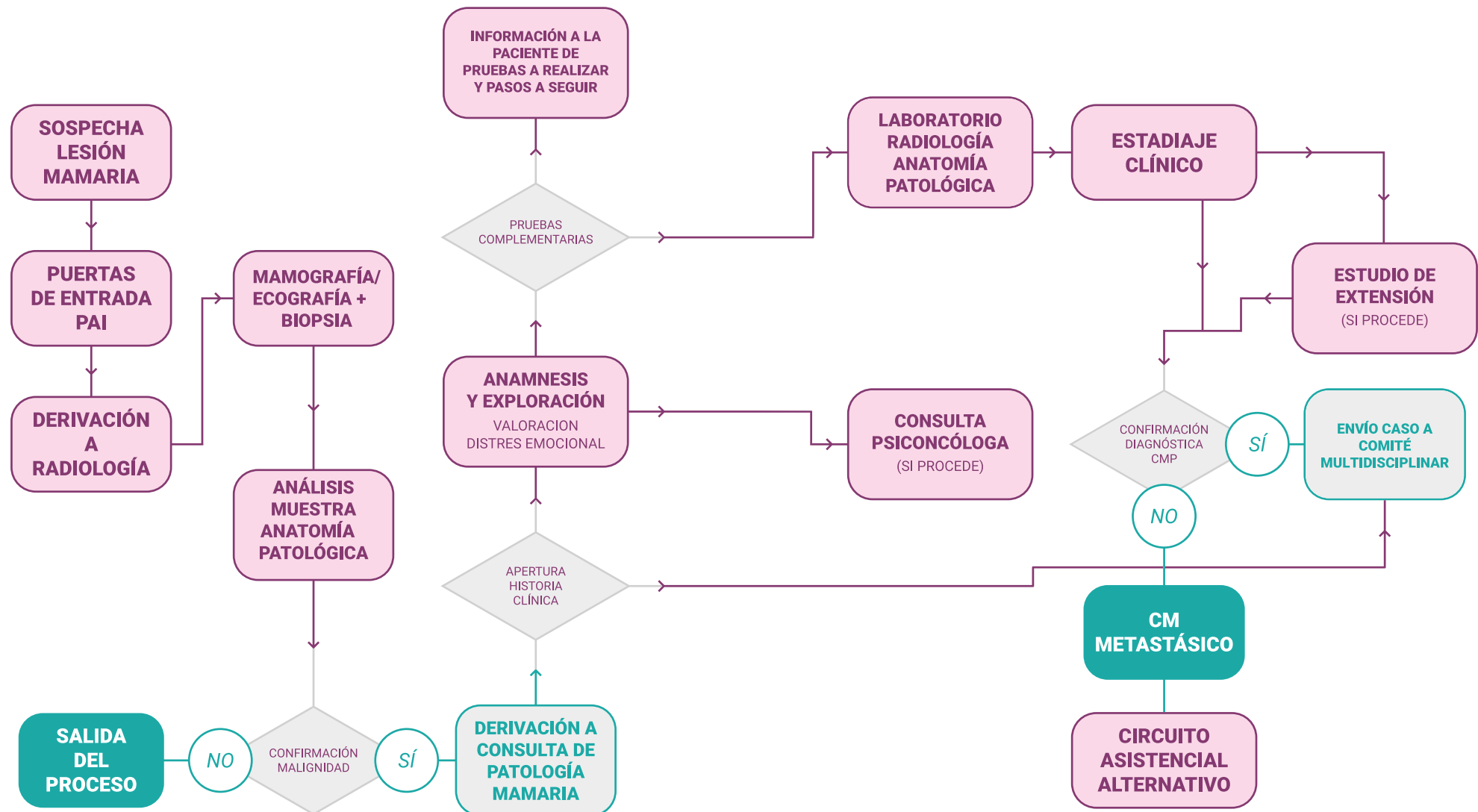
SUBPROCESO 3: SEGUIMIENTO INTEGRAL

Abarca la vigilancia activa tras el tratamiento, la detección precoz de recaídas o efectos adversos, la monitorización de la adherencia terapéutica y la gestión del impacto en la calidad de vida de la paciente.

Para la descripción del PAI, se han desarrollado los flujos de trabajo de cada subproceso, así como tablas de actividades específicas para cada una de las puertas de entrada establecidas. Estos elementos permiten una implementación clara, estructurada y eficiente del proceso, asegurando la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y la optimización de los recursos disponibles. (Fig. 2-3-4-5-6)

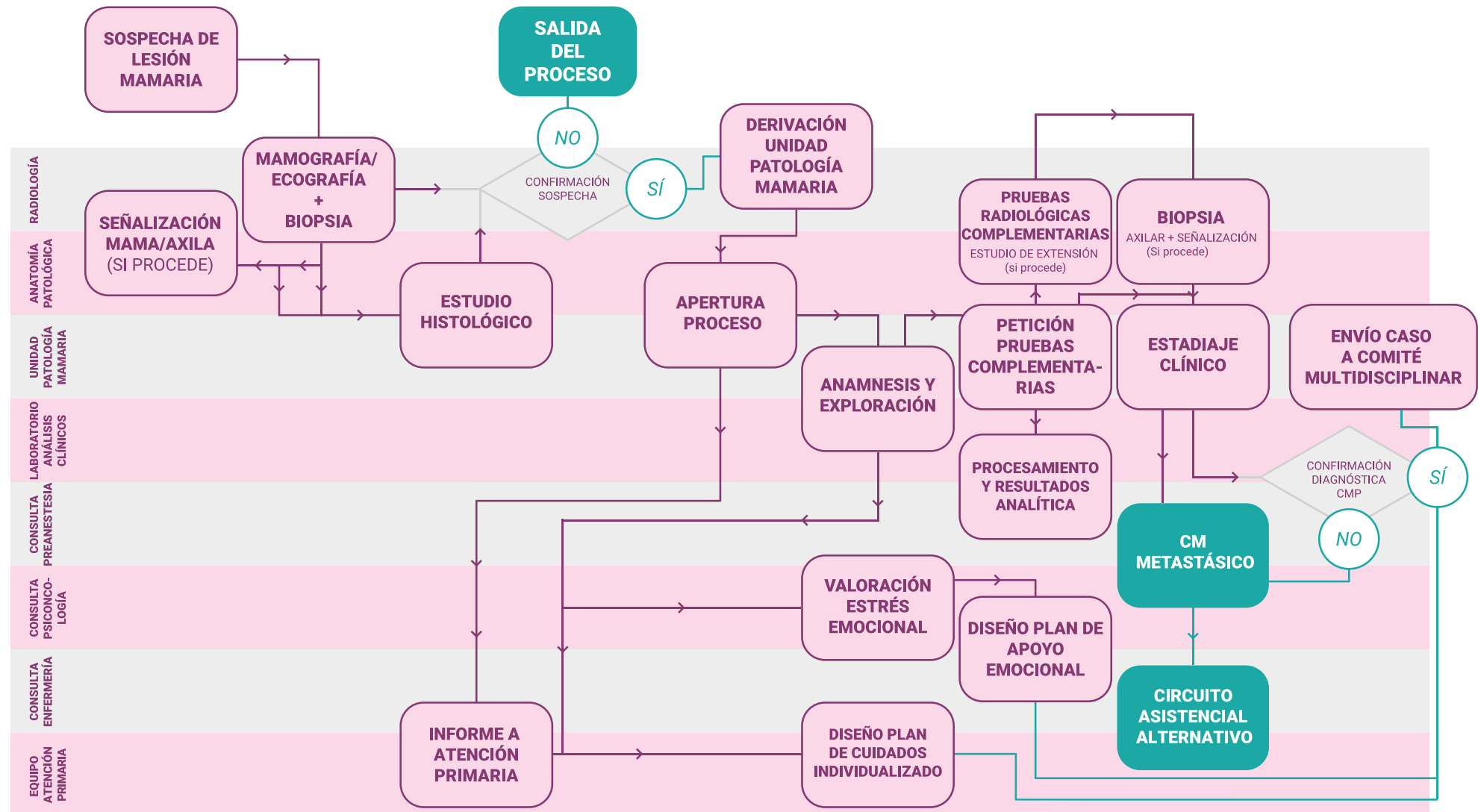
SUBPROCESO 1. DIAGNÓSTICO

Fig. 2. Diagrama de Flujos Subproceso 1 Diagnóstico. Ruta general



SUBPROCESO 1. DIAGNÓSTICO 2

Fig. 3. Diagrama de Flujos Subproceso 1 Diagnóstico. Ruta por servicios



6.1 TABLAS DE ACTIVIDADES SUBPROCESO 1 DIGNÓSTICO

PUERTAS DE ENTRADA DEL PROCESO	ACTIVIDADES	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
Programas de cribado Atención primaria Diferentes servicios de Atención Hospitalaria	1. Derivación a radiología para mamografías/ecografía de mama y axila, así como biopsia.	Ante la sospecha de lesión mamaria, se derivará a la paciente a radiología para mamografía y/o ecografía con biopsia. (17,18,19,20,21)
SERVICIOS	ACTIVIDADES	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
RADIOLOGÍA	2. Se realizará mamografía y/o ecografía y biopsia y enviará la muestra a Anatomía Patológica. El radiólogo efectuará la clasificación por BI-RADS después de interpretar la prueba de imagen mamaria.	Protocolos establecidos. Guías de Práctica Clínica de referencia.
ANATOMÍA PATOLÓGICA	3. Biopsia e informe inicial del carácter benigno o maligno de la lesión que será enviado a la Unidad de Patología Multidisciplinar Mamaria.	Protocolos establecidos análisis de biopsia. En caso de malignidad incluir factores pronósticos y predictivos (receptores hormonales, HER2 y Ki67) y grado histológico.
RADIOLOGÍA	4. En el caso de confirmación del carácter maligno de la lesión se derivará a la paciente a la Unidad Multidisciplinar de patología mamaria o estructura correspondiente.	Derivación en un tiempo inferior a 5 días (< 5 días).

SUBPROCESO 1: DIAGNÓSTICO

SERVICIOS	ACTIVIDADES	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
UNIDAD DE PATOLOGÍA MAMARIA/ GINECOLOGÍA/ CIRUGÍA	5. 1ª Consulta información y anamnesis. Recepción de la paciente y explicación del contenido de la primera consulta y anamnesis.	En la primera consulta del proceso, en la mayoría de los casos la paciente tendrá una anatomía patológica de malignidad, sin que todavía esté establecido el diagnóstico de certeza de CMP. El ginecólogo y/o cirujano o en su caso el oncólogo explicará a la paciente el contenido y objetivo de la consulta y abrirá en su historia episodio del proceso clínico. i Además de los datos clínicos habituales la HC debe incluir: • Evaluación psicosocial. • Antecedentes de cáncer de la familia (para detectar riesgo genómico). • Antecedentes médicos. • Medicación previa. • Evaluación del estrés. Antecedentes ginecológicos de la paciente. En mujeres premenopáusicas que no han cumplido deseo gestacional derivación a unidades de preservación de la función ovárica, preservación de ovocitos y corteza ovárica. (Anexo 1) (22,23)
UNIDAD DE PATOLOGÍA MAMARIA/ GINECOLOGÍA/ CIRUGÍA	6. Exploración	La exploración de la paciente debe incluir: la inspección y la palpación de ambas mamas y territorios ganglionares axilar, supraclavicular y arteria mamaria interna (se debe estimar posibilidad de cirugía conservadora o no según volumen mamario y relación del tumor con el complejo areola pezón).

SUBPROCESO 1: DIAGNÓSTICO

SERVICIOS	ACTIVIDADES	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
UNIDAD DE PATOLOGÍA MAMARIA/ GINECOLOGÍA/ CIRUGÍA	7. 1ª consulta: Información a la paciente pruebas complementarias	Se explicará a la paciente las pruebas prescritas y el objetivo de estas. Se dejará registro en la Historia Clínica de que se ha informado a la paciente. ⁱ Evaluación inicial del estrés emocional y en su caso derivación para valoración a Psicooncólogo o profesional con competencias.

SUBPROCESO 1: DIAGNÓSTICO

SERVICIOS	ACTIVIDADES	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
UNIDAD DE PATOLOGÍA MAMARIA/ GINECOLOGÍA/ CIRUGÍA	8. 1ª consulta: Petición de pruebas complementarias	En consulta se recopilarán todas las pruebas radiológicas realizadas, se revisará el informe de anatomía patológica y con todo se realiza un estadiaje preliminar. Se solicitarán las siguientes pruebas: Radiología: -RM de mama o mamografía con contraste (CEM) para descartar multifocalidad/multicentricidad -Ecografía dirigida "second look" cuando esté indicado con o sin biopsia. La Ecografía axilar se considera gold standard para el estadiaje axilar. -Biopsia o punción de axila si se sospecha de afectación ganglionar - Biopsia de mama asistidas por vacío (si procede) -Biopsia asistida por RM en caso de lesiones que no se identifican de otra forma. -Colocación de marcador en mama en caso de lesiones pequeñas no palpables o pacientes candidatas a inicio de tratamiento por QT. -Mamografía con contraste (CEM) Colocación de marcador en axila, en pacientes con 1-3 ganglios afectos candidatas a neoadyuvancia y posterior manejo conservador axilar con biopsia selectiva de ganglio centinela y disección axilar dirigida. Cirugía: -PUNCH cutáneo si hay sospecha de infiltración cutánea. -Biopsia selectiva de ganglio centinela y disección axilar dirigida. En caso de sospecha de carcinoma inflamatorio de mama: Medicina Nuclear: -Estudios Complementarios de Imagen Molecular y Medicina Nuclear. -Valoración de FEVI mediante medicina nuclear mediante Ventriculografía Isotópica de Equilibrio en Reposo (VIER). (24) Anestesia: -ECG para preanestesia Laboratorio: -Analítica general con coagulación para cirugía y marcadores tumorales.

SUBPROCESO 1: DIAGNÓSTICO

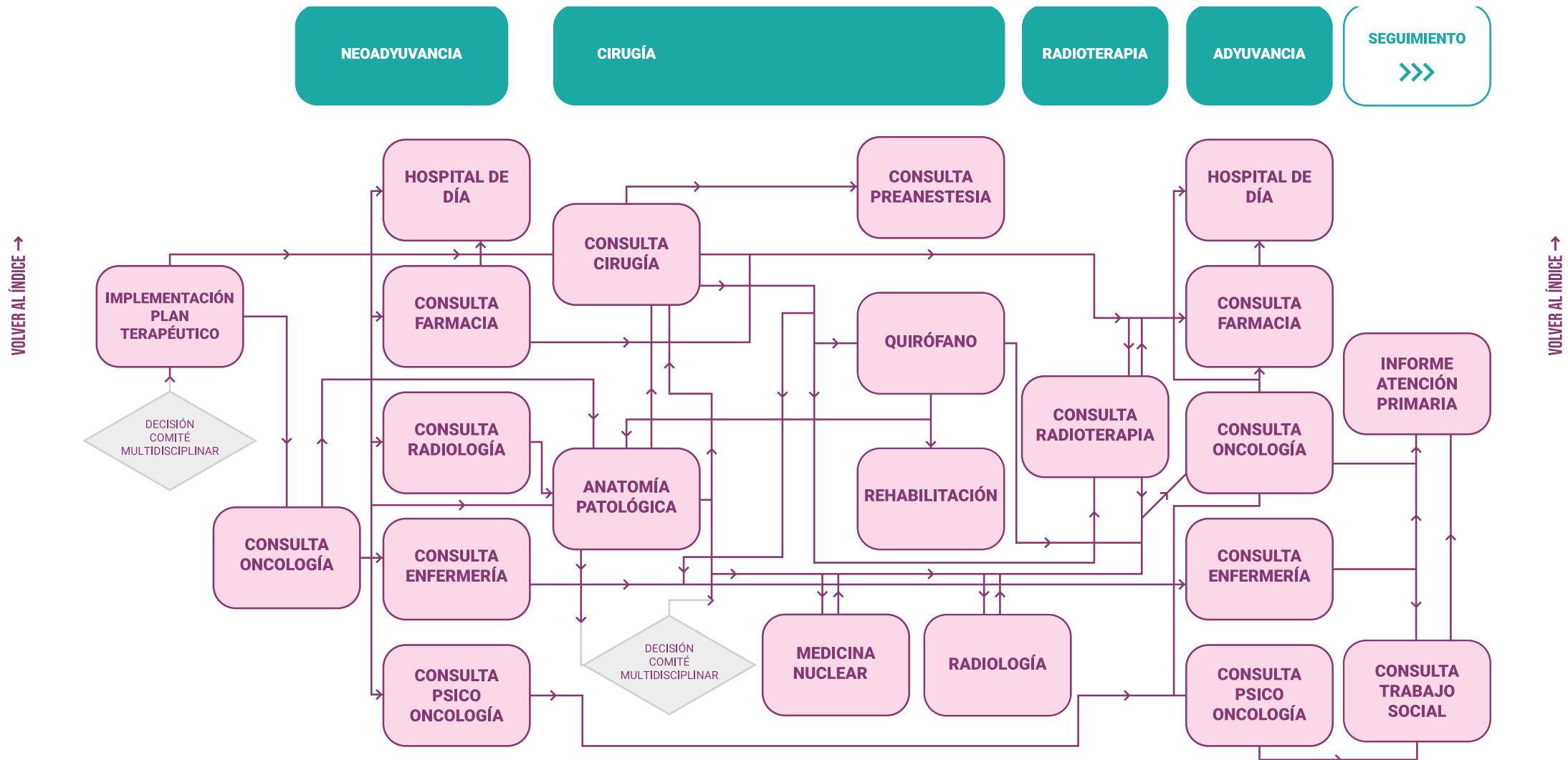
SERVICIOS	ACTIVIDADES	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
LABORATORIO CLÍNICO RADIOLOGÍA ANATOMÍA PATOLÓGICA BIÓLOGO MOLECULAR ANESTESIA MEDICINA NUCLEAR	9. Realización de Pruebas Complementarias	Las pruebas complementarias definidas en la consulta de Patología Mamaria se realizarán en los diferentes servicios del hospital implicados de forma coordinada y acordes con los protocolos clínicos establecidos. (Es importante crear circuitos rápidos de asistencia).
UNIDAD DE PATOLOGÍA MAMARIA/ GINECOLOGÍA/ CIRUGÍA	10. Análisis de resultados de pruebas complementaria y envío a Comité de Tumores Multidisciplinar	Una vez analizados los resultados de las pruebas, establecida la malignidad de la lesión y finalizado el estudio locoregional se plantea estudio de extensión para descartar M1. Se hace estadiaje y el caso se envía al Comité de tumores multidisciplinar . En el caso de confirmar el diagnóstico de CMP la paciente queda incluida en el PAI CMP y se informa al nivel de Atención Primaria de referencia para la paciente a través de la enfermera gestora de casos.
PSICOONCOLOGÍA	11. Primera visita en consulta de psicooncología	Se evalúa el Distrés emocional de la paciente mediante herramientas como la Escala de Distress Thermometer, HADS o escalas EORTC QLQ-C30/ BR23, ayudando a identificar y manejar síntomas de ansiedad, depresión o miedo relacionados con la enfermedad, así como dificultades de gestión emocional o de comunicación. En caso de que se identifiquen necesidades emocionales significativas, se ofrece apoyo psicológico continuo. Se recomienda a la paciente asociaciones para ofrecer soporte a las necesidades no cubiertas por el sistema sanitario.

SUBPROCESO 1: DIAGNÓSTICO

SERVICIOS	ACTIVIDADES	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
ENFERMERÍA	12. Primera visita en consulta de enfermería	En la primera visita se establecen las bases de relación terapéutica con la paciente y su entorno de apoyo. Información clara y comprensible sobre el diagnóstico, las opciones de tratamiento, y los servicios de apoyo disponibles. Escucha activa a la paciente y abordaje de sus inquietudes. Revisión del historial médico, con la identificación de factores de riesgo y comorbilidades. Aporte de la información que la paciente precise sobre el proceso. Utilizar lenguaje claro, evitando términos médicos complejos que asegure la comprensión del mensaje. Fomentar la participación de la paciente. Realizar un análisis conjunto de la situación, incluyendo técnicas de terapia cognitivo-conductual como la reestructuración cognitiva. Informar a la paciente sobre la existencia de grupos de apoyo para mujeres con cáncer de mama y asociaciones de ayuda mutua. Evaluar y priorizar las necesidades de apoyo que precisa la paciente. Identificar las necesidades físicas, emocionales y psicosociales de la paciente. Elaborar un Plan de cuidado personalizado Establecer un triaje psicológico de la paciente, identificando posibles signos de angustia, ansiedad o miedo relacionados con el diagnóstico y el tratamiento. Establecer frecuencia de seguimiento y coordinación con otros profesionales involucrados en el tratamiento de la paciente. (coordinación también con el nivel de Atención Primaria). (25,26,27,28)

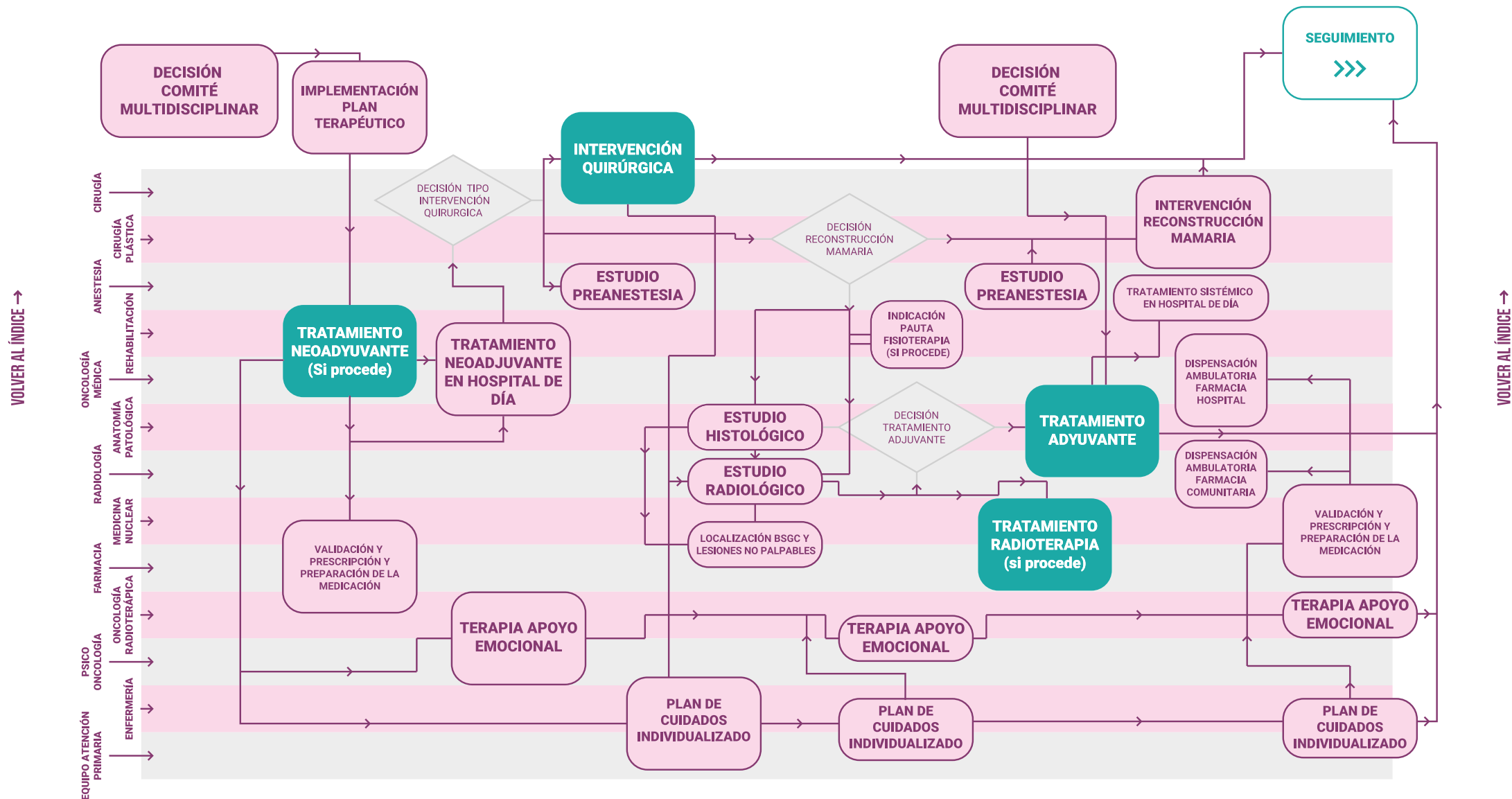
SUBPROCESO 2. PLAN TERAPÉUTICO

Fig. 4. Mapa de Relaciones entre servicios Subproceso 2. Plan Terapéutico. Ruta General



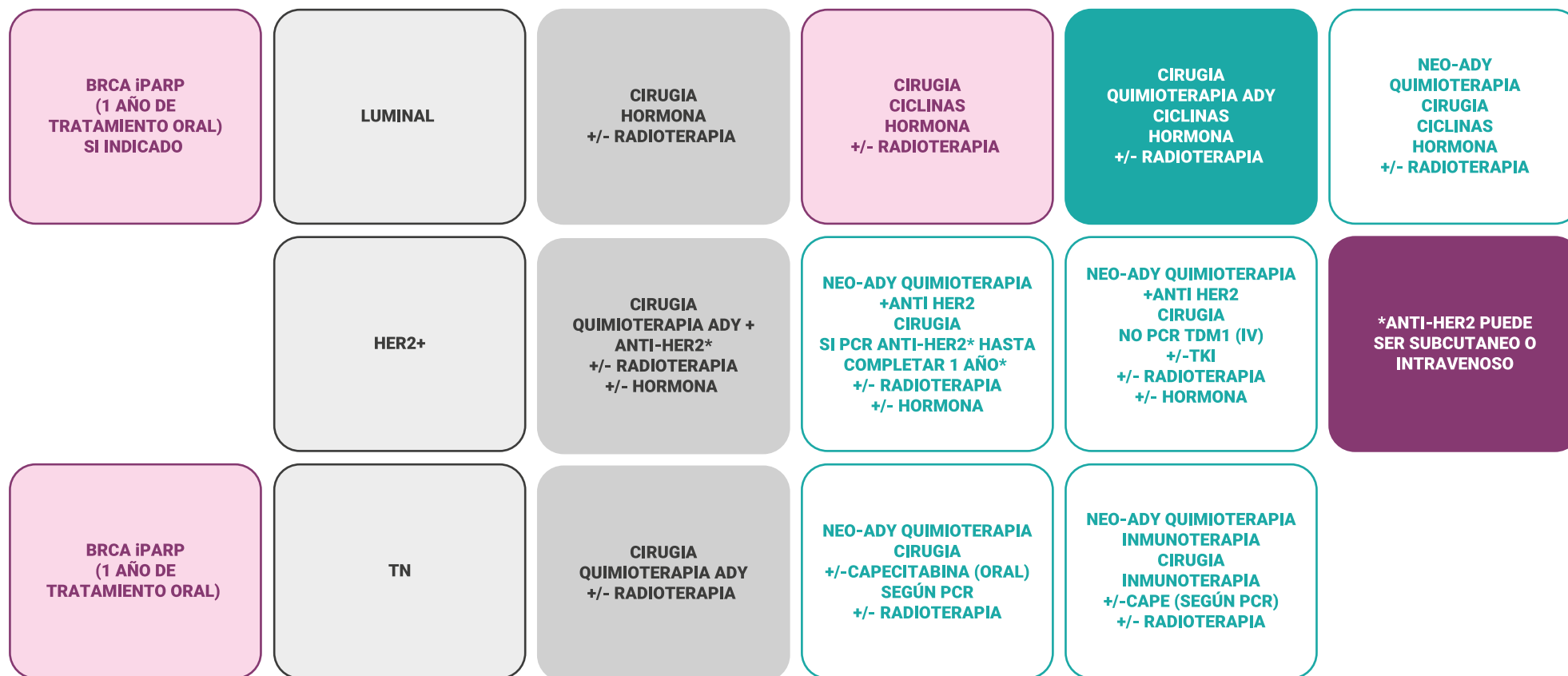
SUBPROCESO 2. PLAN TERAPÉUTICO 2

Fig. 5. Diagrama de Flujos Subproceso 2 Pan Terapéutico. Ruta por Servicios



SUBPROCESO 2. PLAN TERAPÉUTICO 3

Fig. 6. Diagrama de Flujos Subproceso 2 Plan Terapéutico. Resumen tratamiento



* El Plan Terapéutico está condicionado a los posibles cambios que se produzcan en las Guías de Práctica Clínica vigentes.

SUBPROCESO 2. PLAN TERAPÉUTICO 3

Fig. 6. Diagrama de Flujos Subproceso 2 Plan Terapéutico. Resumen tratamiento



* El Plan Terapéutico está condicionado a los posibles cambios que se produzcan en las Guías de Práctica Clínica vigentes.

6.2 TABLAS DE ACTIVIDADES SUBPROCESO 2: PLAN TERAPÉUTICO

COMITÉ DE TUMORES	ACTIVIDADES	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
Especialistas que intervienen en el proceso: CIRUGÍA, CIRUGÍA PLÁSTICA, ANATOMÍA PATOLÓGICA, GINECOLOGÍA, RADIOLOGÍA, ONCOLOGÍA, RADIOTERA- PICA, ONCOLOGÍA MÉDICA, FARMACIA HOSPITALARIA, ENFERMERÍA, PSICOLOGÍA CLÍNICA, REHABILITA- CIÓN, FISIOTERAPIA, NUTRICIÓN OTROS PERFILES SEGÚN LA COMPOSICIÓN DEL COMITÉ	1. Toma de decisiones para la implementación del Plan Terapéutico personalizado.	El plan terapéutico debe tener en cuenta: 1) Edad, comorbilidad y estado general de la paciente. 2) Informe anatomopatológico estandarizado que incluya: · Tipo histológico del carcinoma según la clasificación vigente de la OMS (por ejemplo, ductal, lobulillar, etc.). · Grado tumoral: grado nuclear y mitótico (usualmente mediante el sistema de Nottingham). · Tamaño tumoral: en sus tres dimensiones o, al menos, la mayor de ellas. · Márgenes quirúrgicos: distancia hasta los bordes quirúrgicos y si están libres o comprometidos por tumor. · Focalidad y multifocalidad: presencia de lesiones múltiples o discontinuas. · Invasión linfovascular: detección de embolias vasculares peritumorales y/o dérmicas. · Estado ganglionar: número de ganglios linfáticos examinados, cantidad comprometida, tamaño de metástasis, y presencia de invasión extracapsular. · Determinaciones inmunohistoquímicas: receptores hormonales (estrógeno y progesterona), HER2, Ki-67 y otros marcadores cuando sea relevante. Otros factores indicados dependiendo del caso de la paciente. 3) Los algoritmos propuestos a modo de recomendación y de manera simplificada aparecen en las Fig. 4. Diagrama de Flujos Subproceso 2 Plan Terapéutico. Ruta General. Fig. 5. Diagrama de Flujos Subproceso 2 Plan Terapéutico. Ruta por Servicios y Fig. 6. Diagrama de Flujos Subproceso 2 Plan Terapéutico. Resumen tratamiento. Se comunicará mediante informe la decisión del plan terapéutico del Comité de Tumores Multidisciplinar a su médico de familia de referencia de la paciente. (5,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40) Protocolos establecidos. Guías de práctica clínica de referencia.

SUBPROCESO 2: PLAN TERAPÉUTICO

SERVICIOS	ACTIVIDADES	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
Equipo multidisciplinar de la Unidad de Patología Mamaria: GINECOLOGÍA CIRUGÍA ONCOLOGÍA	2. Primera consulta para la información a la paciente y si procede a familiares y/o cuidadores sobre Plan Terapéutico establecido	En la primera consulta tras el diagnóstico de Cáncer de Mama Precoz, según pauta establecida (Consulta cirugía u oncología radioterápica ginecología y/u oncología médica) se proporcionará a la paciente y a sus familiares información detallada sobre: · Tipo de tumor. · Estadío de la enfermedad. · Opciones de tratamiento y siguientes pasos. Se sacarán fotos de ambas mamas a la paciente s que quedarán registradas en sus historias clínica de cara a realizar la planificación quirúrgica y el abordaje con técnicas oncoplásticas. Se explicará el plan terapéutico, así como las expectativas del tratamiento. Se abordará el impacto emocional del diagnóstico y se ofrecerá apoyo psicológico, recomendando la participación tanto de la paciente como de los familiares en el proceso. Se valorará la necesidad de plataforma génica para personalizar el tratamiento Si se establece tratamiento neoadyuvante se marca el tumor con un señalizador, y se hace una RM o mamografía con contraste basal (preQTNA) y al finalizar para valorar respuesta y planificar cirugía Si procede, se valorará deseo genésico de la paciente y medidas a adoptar (remisión Unidad de Reproducción). Se valorará la necesidad de estudio genético familiar. Anexo 1 Se establecerán recomendaciones de vida saludable: nutrición y actividad física, etc. según protocolos establecidos. Se orientará sobre recursos adicionales de apoyo como asociaciones para ayudar a la adaptación emocional y práctica. Se dará información proporcionada, adaptada a los deseos y necesidades de la paciente respetando el nivel de conocimiento que desea tener sobre su enfermedad. La información debe ser explicada a la paciente y si procede a familiares y/o cuidadores de forma oral y escrita y debe registrarse en la Historia Clínica. Una vez decidido el Plan Terapéutico a implementar se enviará un informe al equipo de Atención Primaria referente de la paciente.

SUBPROCESO 2: PLAN TERAPÉUTICO

SERVICIOS	ACTIVIDADES	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
CIRUGÍA, CIRUGÍA PLÁSTICA, GINECOLOGÍA, ANESTESIA, ENFERMERÍA, AUXILIARES ENFERMERÍA	3. Plan Terapéutico: Estudio preoperatorio e intervención quirúrgica.	Se explicará a la paciente el tipo de intervención que se realizará.  Se establecerá un espacio de decisiones compartidas entre la paciente y el equipo quirúrgico que ayudará a tomar la decisión sobre el alcance y modalidad de la intervención quirúrgica a realizar. Anexo 2 Si QT neoadyuvante se pautan visitas con analítica según esquema seleccionado con consulta y posterior tratamiento. Cuando se completa la QT neoadyuvante se realiza RMN de mama y ecografía de axila y se presenta en comité para ver respuesta y programar cirugía. Utilizar recursos gráficos para ajustar las expectativas de la paciente a la realidad. Se explica el consentimiento informado y se entrega para su firma a la paciente. Se deriva a consulta de anestesia para estudio preanestésico.  Se incorpora a la paciente a la lista quirúrgica con fecha (La recomendación es que tiempo hasta primer tratamiento menor a 6 semanas desde el diagnóstico en Anatomía patológica).  (41) Protocolos quirúrgicos establecidos. Tras la cirugía y cuando ya se dispone del informe anatomopatológico definitivo, se envía el caso de nuevo al Comité Multidisciplinar ya que es ese momento el que permite decidir el tratamiento adyuvante. Guías de práctica clínica de referencia (GUÍA SESPM)
ONCOLOGÍA, RADIOTERAPIA	4. Terapia radioterápica	Protocolo clínico de terapia radioterápica. Descritas en el Anexo 2. Se explicará a la paciente el tipo de actuación que se realizará y en caso de ser radioterapia externa se citará a la paciente a realizar una Tomografía Computarizada de simulación para delimitación de los volúmenes a tratar y dosimetría. Se establecerá un espacio de decisiones compartidas entre la paciente y el oncólogo radioterápico que ayudará a tomar la decisión sobre el alcance y modalidad de la intervención a realizar. Se explica el consentimiento informado y se entrega para su firma a la paciente.  Toda esta información debe ser explicada a la paciente y si procede a familiares y/o cuidadores de forma oral y escrita y debe registrarse en la Historia Clínica que se ha efectuado. 

SUBPROCESO 2: PLAN TERAPÉUTICO

SERVICIOS	ACTIVIDADES	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
ONCOLOGÍA MÉDICA	5. Plan Terapéutico: según plan de atención individualizado	Previo al inicio de la terapia sistémica se explicará el consentimiento informado y se entrega a la paciente para su firma.  También se hará la valoración y actualización de calendario vacunal previo a tratamiento sistémico (Medicina Preventiva). Se aplicará tratamientos sistémicos individualizado indicado por oncología médica. Este podría ser: 1) Quimioterapia. 2) Hormonoterapia. 3) Terapias dirigidas. 4) Inmunoterapia. Ver Anexo 2 Consultar algoritmo. Plan terapéutico 3 (Fig.6). Guías de práctica clínica de referencia.
CIRUGÍA, CIRUGÍA PLÁSTICA, ONCOLOGÍA, RADIOTERAPIA, ONCOLOGÍA MÉDICA, FARMACIA HOSPITALARIA, ENFERMERÍA, REHABILITACIÓN, PSICOONCOLOGÍA FISIOTERAPIA	6. Derivación a consulta de farmacia, enfermería, gestor/a de casos y Psicooncología (si procede) Derivación a cirugía plástica Derivación a rehabilitación fisioterapia y nutricionista (si procede)	Si la paciente ha sido intervenida de linfadenectomía axilar será derivada precozmente a rehabilitación y fisioterapia. Protocolos clínicos establecidos.  En el caso de mastectomía, la paciente será derivada a cirugía plástica para el proceso de reconstrucción mamaria, si lo desea y no existe contraindicación. Protocolos quirúrgicos establecidos.  Se derivará a la paciente al Servicio de farmacia hospitalaria que coordinará con el equipo multidisciplinar la prescripción y administración de las terapias bien desde el hospital de día oncológico o desde la consulta de pacientes externos del servicio de farmacia hospitalaria.  Se derivará a la paciente a consulta de enfermería para establecer Plan de Cuidados y Seguimiento. Se derivará a psicooncología si se detecta necesidad de apoyo o gestión emocional: medición del distrés emocional de la paciente mediante herramientas como la Escala de Distress Thermometer. Protocolos clínicos establecidos. Guías de práctica clínica de referencia.

SUBPROCESO 2: PLAN TERAPÉUTICO

SERVICIOS	ACTIVIDADES	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
FARMACIA HOSPITALARIA	7. Validación de la prescripción	El fármaco oncológico realiza la validación de la prescripción siempre antes de la administración de todo tratamiento antineoplásico tanto intravenoso como oral: 1) Adecuación del tratamiento prescrito: PCS Protocolo del centro, fármacos antineoplásicos, fármacos concomitantes de soporte, días de tratamiento, duración, intervalo entre días del ciclo y entre ciclos, dosis, ajuste de dosis según parámetros analíticos y clínicos, redondeo de dosis a presentaciones orales disponibles, comprobar dosis acumuladas en fármacos con toxicidad limitante relacionada. 2) Adecuación de la paciente al tratamiento prescrito Indicación, estado mutacional, estado funcional de la paciente, capacidad de deglución en tratamientos orales, adecuada comprensión de la paciente que no comprometa la adherencia, presencia de alergias y/o intolerancias, comprobar historial previo de tratamiento antineoplásico, comprobar posibles insuficiencias orgánicas y/o comorbilidades que generen incompatibilidades o requieran precauciones especiales, comprobar condiciones especiales no patológicas (como embarazo o lactancia), garantizar acceso a uso de fármacos en condiciones especiales (como usos compasivos, indicaciones fuera de ficha técnica y no evaluados en nuestro entorno, accesos expandidos a la finalización de un ensayo clínico, entre otros. 3) Comprobación datos necesarios para validar la dosis datos antropométricos en cada ciclo y confirmando los valores extremos, parámetros de laboratorio (hematológicos, función renal, función hepática, parámetros específicos del fármaco prescrito como función tiroidea, magnesemia, etc.), antecedentes registrados en la historia clínica (alergias de la paciente a fármacos o a excipientes de las especialidades farmacéuticas, problemas relacionados con el medicamento, enfermedades autoinmunes concomitantes, pacientes monorrenos, enfermedad ...

SUBPROCESO 2: PLAN TERAPÉUTICO

SERVICIOS	ACTIVIDADES	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
FARMACIA HOSPITALARIA	7. Validación de la prescripción	... de Gilbert, visitas al servicio de urgencias entre ciclos, etc.), estado funcional de la paciente, dosis acumulada (en aquellos casos en que esté documentada una toxicidad importante asociada, como con antraciclinas), respuesta al tratamiento, plan terapéutico de la paciente. 4) Comprobación de condiciones específicas para el uso del medicamento prescrito, con frecuencia de monitorización de los parámetros a revisar consensuada en cada protocolo e incluyendo recomendaciones cuando proceda para ajuste de dosis, retrasos, etc.: fracción de eyección del ventrículo izquierdo (Ej con antraciclinas), pruebas de función respiratoria cuando proceda, déficit de UGT1A1*28, déficit de DPD para capecitabina, entre otros). 5) Comprobación de datos de toxicidad relacionados con la seguridad del tratamiento prescrito: datos registrados en la historia clínica u obtenidos mediante la entrevista con la paciente (Ej neurotoxicidad periférica, cansancio, síndrome mano-pie, etc.). 6) Adecuación de la medicación de soporte. Medidas de prevención de toxicidad general (hidratación, profilaxis y tratamiento antiemético, tratamiento laxante o antidiarreico, tratamiento antiinfeccioso, profilaxis y tratamiento de la neutropenia, premedicación para la prevención de reacciones de hipersensibilidad) y prevención de toxicidades específicas (Ej prevención de cistitis hemorrágica asociada a altas dosis de ciclofosfamida, prevención de enfermedad tromboembólica), prevención de condiciones específicas (Ej profilaxis antiviral en pacientes con infección crónica o previa del virus de la hepatitis B o C, revisión del riesgo del tratamiento antineoplásico o de soporte en pacientes embarazadas). 7) Conciliación de la medicación: prevención y manejo de posibles interacciones fármaco-fármaco, fármaco-terapia alternativa y fármaco-alimento que puedan afectar la eficacia o la seguridad del tratamiento. 8) Adecuación de la administración del tratamiento a las ...

SUBPROCESO 2: PLAN TERAPÉUTICO

SERVICIOS	ACTIVIDADES	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
FARMACIA HOSPITALARIA	7. Validación de la prescripción	... limitaciones/necesidades de la paciente: Recomendaciones para pacientes con dificultad de deglución para la administración oral, recomendaciones de correcta manipulación en portadores de sonda o de gastrostomía). PCS Anexo 3 (42,43,44,45,46) Protocolos clínicos establecidos. Guías de práctica clínica de referencia.
FARMACIA HOSPITALARIA	8. Preparación y dispensación tratamiento	Los procesos de preparación y dispensación deben incluir sistemas de trazabilidad y seguridad en todas sus fases: 1) Preparación del tratamiento en caso de tratarse de antineoplásico IV, en la Unidad Centralizada de Preparación de Quimioterapias del Servicio de Farmacia Hospitalaria. La unidad dispone de la estructura y sigue los procedimientos establecidos en las "Guías de buenas prácticas de preparación de medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria". Los procedimientos de preparación implican cálculos automatizados y varios controles de calidad cualitativos (verificación por sistemas tecnológicos de identificación) y cuantitativos (gravimetría de los volúmenes utilizados), para garantizar que la dosis preparada se corresponde con la dosis prescrita. PCS 2) Dispensación a paciente en caso de tratarse de tratamiento antineoplásico oral en la Unidad de Dispensación Ambulatoria o de Pacientes Externos del servicio de Farmacia Hospitalaria. La seguridad incluye verificación de paciente y fármaco prescrito y dispensado mediante sistemas tecnológicos de identificación. Los procedimientos son los establecidos en la 1ª visita y visitas de seguimiento de Atención Farmacéutica Oncológica. PCS Promover acto único para la paciente. Anexo 3 (47,48,49,50,51,52,53) Protocolos clínicos. Guías de práctica clínica de referencia.

SUBPROCESO 2: PLAN TERAPÉUTICO

SERVICIOS	ACTIVIDADES	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
FARMACIA HOSPITALARIA	9. Derivación a hospital de día o consultas de pacientes externos de Farmacia hospitalaria	Con el objetivo de alcanzar la máxima eficacia y seguridad en el tratamiento de las pacientes se recomienda llevar a cabo una entrevista clínica. Se realizan dos tipos de visitas de atención farmacéutica oncológica: 1) Primera visita: • Se establece el plan farmacoterapéutico individualizado. • Se dispensa el tratamiento cuando sea necesario. • Se informa a la paciente: educación sanitaria, promoción de conductas positivas, modificación de conductas negativas, información concreta sobre todos los aspectos relativos al tratamiento: i posología, descripción de formas farmacéuticas para la toma de la dosis prescrita, condiciones de conservación, forma de administración relacionada con ayunas o alimentos, manejo de efectos adversos, ajustes de dosis, actuaciones en caso de olvido de dosis o de vómitos de la dosis tomada, manipulación en caso de fármacos biopeligrosos, recomendaciones para la gestión de excretas y material contaminado, así como de restos de medicación sobrante. • Conciliación de medicación: se interroga activamente sobre medicación y terapias alternativas concomitantes, y sobre tipo de alimentación y suplementos nutricionales, para la detección de potenciales interacciones entre los medicamentos antineoplásicos o la terapia de soporte con los medicamentos, terapias alternativas y alimentos que pueda estar tomando la paciente (interacciones que afectan procesos farmacocinéticos, interacciones farmacológicas). PCS • Se entrega material de refuerzo de la información facilitada: plan terapéutico que integre toda la información de los medicamentos, con tabla horaria para registro de la administración, dípticos informativos con información del medicamento prescrito, documento dirigido al médico de atención primaria o al oncólogo con información sobre interacciones en caso de ser detectadas, datos de contacto de la Unidad de ...

SUBPROCESO 2: PLAN TERAPÉUTICO

SERVICIOS	ACTIVIDADES	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
FARMACIA HOSPITALARIA	9. Derivación a hospital de día o consultas de pacientes externos de Farmacia hospitalaria	... Atención Farmacéutica de pacientes externos, cita para la siguiente visita en la consulta de Atención Farmacéutica. Se aporta información sobre fuentes de información fiable y de calidad sobre la enfermedad y su tratamiento en internet (como la fuente de acceso rápido y de más amplia utilización por parte de pacientes).  Visita de seguimiento: la finalidad es el seguimiento farmacoterapéutico mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con la medicación, identificando posibles nuevas necesidades de la paciente: · Se revisa el tratamiento oncológico prescrito, se interroga sobre cambios en el tratamiento domiciliario concomitante con medicación y/o terapias alternativas. · Se monitorizan las toxicidades a partir de variables analíticas, pruebas complementarias, curso clínico y entrevista activa con la paciente. · Se analiza la adherencia al tratamiento evaluándola con métodos directos (recuento de medicación) o indirectos (registro de dispensación, cuestionarios o preguntando directamente a la paciente) y se refuerza en caso necesario. No existe un consenso acerca de cuál debe ser el nivel de adherencia para considerar a la paciente como buen adherente, pero todo porcentaje distinto al 100% debe interpretarse como una oportunidad de mejora en la que centrar nuestros esfuerzos. · Se dispensa tratamiento de continuación. (54,55,56,57,58)

SUBPROCESO 2: PLAN TERAPÉUTICO

SERVICIOS	ACTIVIDADES	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
ENFERMERÍA	10. Funciones en Hospital de Día Oncológico para administración de tratamiento intravenoso	Hospital de Día. La enfermera realizará las siguientes funciones: Una primera entrevista terapéutica, donde se haga una valoración del estado actual de la paciente comprobando que no ha surgido inconveniente para recibir la terapia. Solicitar la medicación al Servicio de Farmacia.  Toma de constantes habituales. Peso y talla. Evaluación del capital venoso de la paciente. Toma de una vía y extracción de analítica si precisa. Infusión de la medicación según protocolo. Monitorización de efectos adversos durante la infusión. Comprobar la finalización de la medicación.  Toma de constantes vitales tras finalizar la infusión. Asegurarse del buen estado de la paciente y la ausencia de reacciones a la medicación tras su finalización. Enseñanza de administración de fármacos Subcutáneos para autoadministración en el domicilio de la paciente si procede. Registro de actividades realizadas con nomenclatura NANDA. Plan de cuidados domiciliarios dado a la paciente. Seguimiento telefónico de las posibles reacciones al tratamiento de forma tardía. Vigilar la marcha de la paciente del hospital de día para asegurarse de la buena estado clínico de la paciente una vez autorizada el alta.  Protocolos clínicos establecidos.

SUBPROCESO 2: PLAN TERAPÉUTICO

SERVICIOS	ACTIVIDADES	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
PSICOLOGÍA CLÍNICA	11. Derivación en Consulta de Psicooncología	Además del tratamiento médico, el plan terapéutico debe contemplar la atención psicológica, que es fundamental para abordar el impacto emocional del diagnóstico y tratamiento. Evaluación del Distrés emocional de la paciente, ayudando a identificar y manejar síntomas de ansiedad, depresión o miedo relacionados con la enfermedad, así como dificultades de gestión emocional o de comunicación. En caso de identificación de necesidades emocionales significativas, se ofrece apoyo psicológico continuo y, si es necesario, derivación a otros profesionales. Protocolos clínicos establecidos.

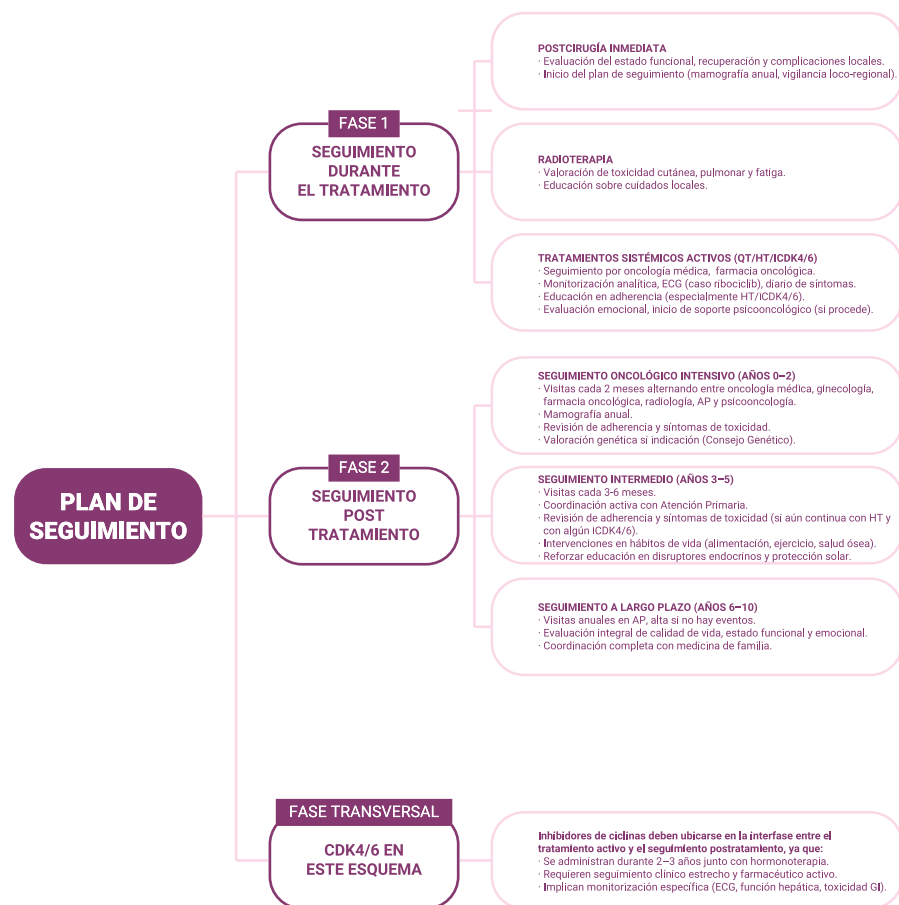
PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO



CÁNCER
DE MAMA
PRECOZ

SUBPROCESO 3. SEGUIMIENTO INTEGRAL

Fig. 7. Descripción Diagrama de Flujos Subproceso 3. Seguimiento integral



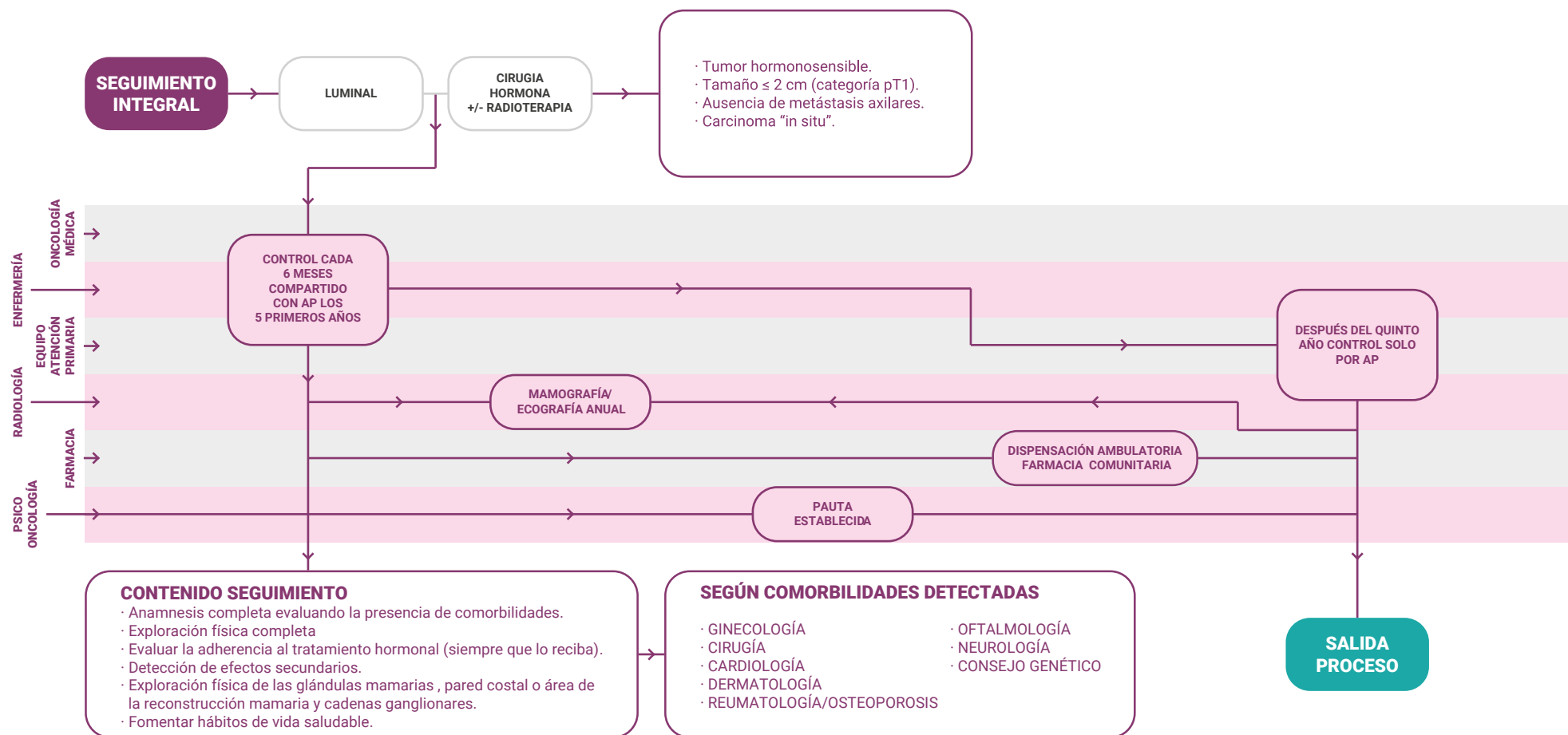
SUBPROCESO 3. SEGUIMIENTO INTEGRAL

Fig. 7. Descripción Diagrama de Flujos Subproceso 3. Seguimiento integral



SUBPROCESO 3. SEGUIMIENTO INTEGRAL

Fig. 8. Descripción Diagrama de Flujos Subproceso 3. Seguimiento integral según características del tumor y plan terapéutico asociado 1

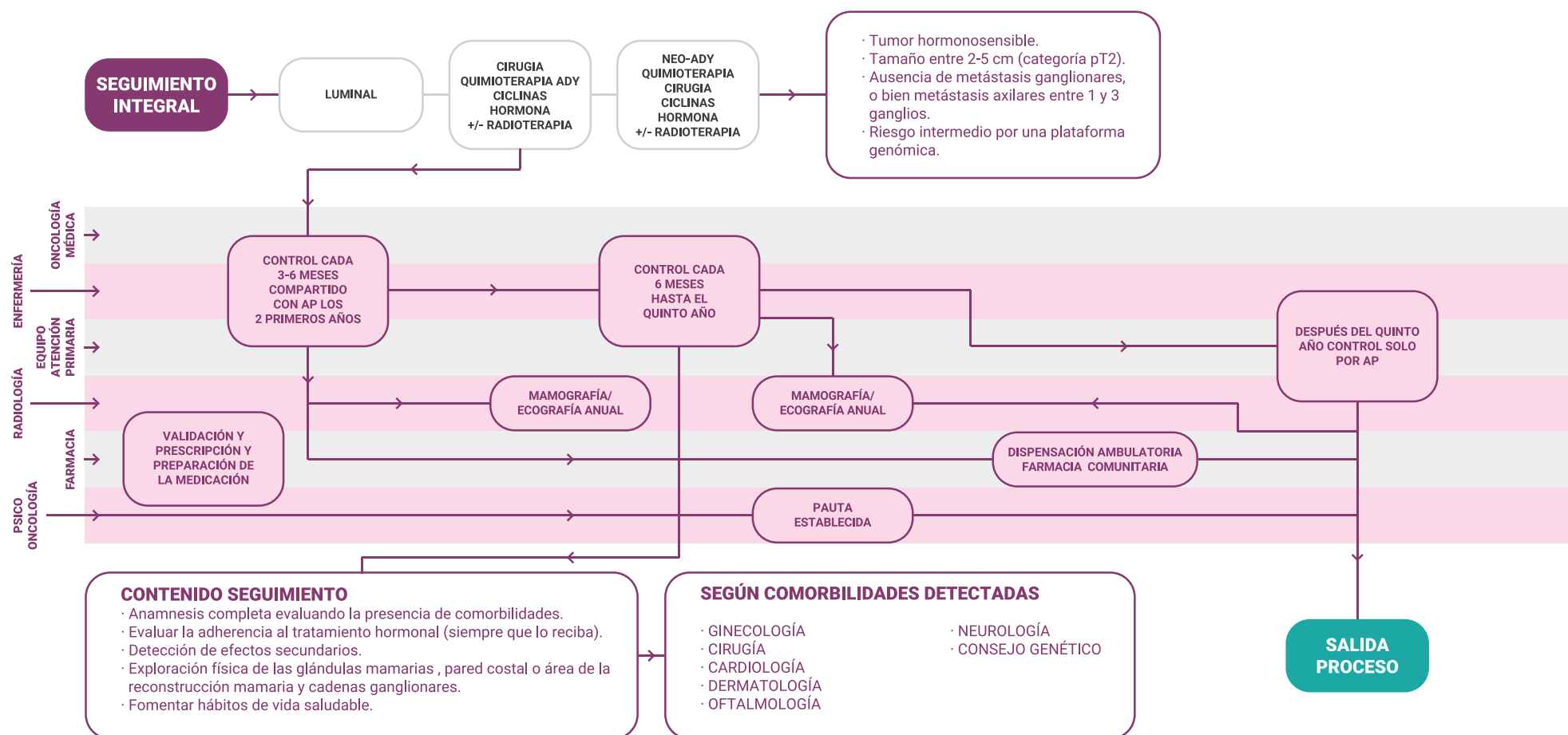


SUBPROCESO 3. SEGUIMIENTO INTEGRAL

Fig. 8. Descripción Diagrama de Flujos Subproceso 3. Seguimiento integral según características del tumor y plan terapéutico asociado 1

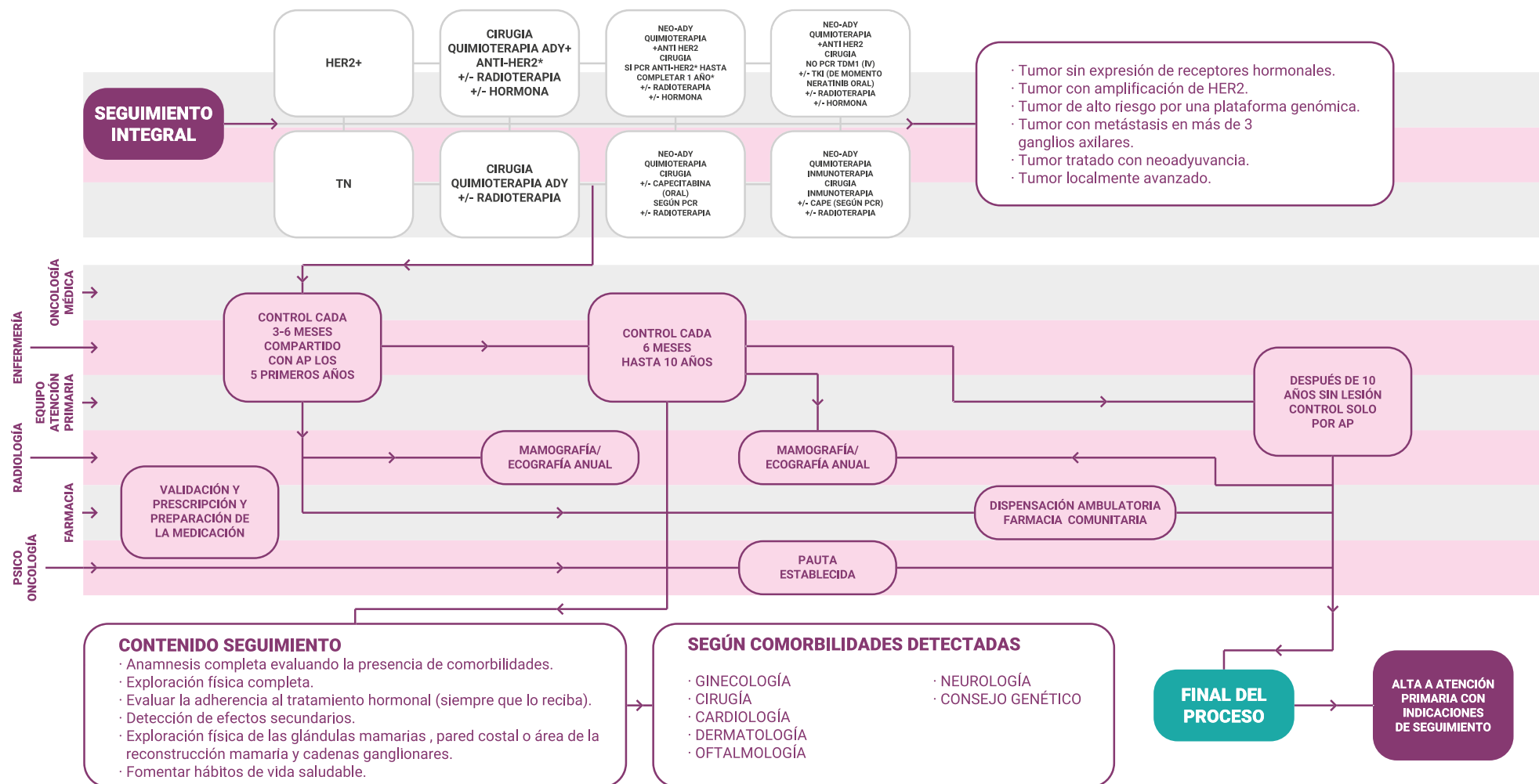
SUBPROCESO 3. SEGUIMIENTO INTEGRAL

Fig. 9. Descripción Diagrama de Flujos Subproceso 3. Seguimiento integral según características del tumor y plan terapéutico asociado 2



SUBPROCESO 3. SEGUIMIENTO INTEGRAL

Fig. 10. Descripción Diagrama de Flujos Subproceso 3. Seguimiento integral según características del tumor y plan terapéutico asociado 3



6.3 TABLAS DE ACTIVIDADES SUBPROCESO 3: SEGUIMIENTO INTEGRAL

SERVICIOS	ACTIVIDADES	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
ONCOLOGÍA MÉDICA, ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA, CIRUGÍA, GINECOLOGÍA, PSICOONCOLOGÍA, ENFERMERÍA	1. Plan de seguimiento de Oncología médica, Oncología radioterápica, cirugía y ginecología	Planificar las revisiones individualizadas en función del estado clínico de la paciente y las necesidades de tratamiento. Con carácter general se podría considerar: • Establecer una vía de consulta accesible y preferente. • Se recomienda la existencia de una figura de gestor/a de casos o profesional con las competencias para asegurar la coordinación entre las diferentes especialidades con una responsabilidad transversal en todo el proceso asistencial. PCS Según las opciones de tratamiento: • Si precisa radioterapia, requiere planificación y 5-15 sesiones diarias de tratamiento. • Si se pautan terapias adyuvantes (con Ciclinas) visitas cada 2 semanas los dos primeros meses y posterior mensual y o trimestral hasta completar los años de tratamiento. • Seguimiento loco regional, mamografía anual tras cirugía. La primera mamografía se ha de realizar a los 6 meses de finalizar la radioterapia ...

SUBPROCESO 3: SEGUIMIENTO INTEGRAL

SERVICIOS	ACTIVIDADES	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
ONCOLOGÍA MÉDICA, ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA, CIRUGÍA, GINECOLOGÍA, PSICOONCOLOGÍA, ENFERMERÍA	1. Plan de seguimiento de Oncología médica, cirugía y ginecología	... (en caso de que la haya recibido) o al año de la última prueba de imagen realizada • Durante el tratamiento y el seguimiento consultas en trabajo social o psicología clínica según necesidad. • Consulta con gestora de casos durante el seguimiento • Consulta de Psicooncología durante el seguimiento • Consulta con Enfermería de práctica avanzada durante tratamiento quimioterápico y posterior seguimiento hasta salida del proceso • Tras cirugía, valoración por medico rehabilitador, especialmente para prevenir y tratar linfedema, contractura pectoral, SDR de cordón linfático etc. • Consulta Atención Farmacéutica durante tratamiento antineoplásico y posterior seguimiento • Seguimiento multidisciplinar (Ginecología, Cirugía Radioterapia, Oncología) para valorar recaída, efectos secundarios de tratamientos, cumplimentación terapéutica etc. Es de gran importancia la exploración clínica. • La prueba de imagen en el seguimiento es la mamografía. En caso de lesiones palpables se solicitará una ecografía. Se puede añadir seguimiento con CEM o RMN en caso de mujeres jóvenes con mamas densas o portadoras de mutación de alto riesgo Al finalizar el tratamiento, el seguimiento podría fijarse cada 4 meses alternando los servicios que han participado en el tratamiento, ginecología, cirugía, oncología médica y oncología radioterápica los dos primeros años, cada 6 meses hasta el 5º año. Si ausencia de signos de enfermedad derivación a Atención primaria con revisión anual hasta el 10º año. * ...

SUBPROCESO 3: SEGUIMIENTO INTEGRAL

SERVICIOS	ACTIVIDADES	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
ONCOLOGÍA MÉDICA, ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA, CIRUGÍA, GINECOLOGÍA, PSICOONCOLOGÍA, ENFERMERÍA	1. Plan de seguimiento de Oncología médica, cirugía y ginecología	... *Valorar siempre riesgos de recaída y condiciones de la paciente En consultas de seguimiento se hará evaluación clínica, mamografía de control, y, si es necesario, ecografía o resonancia magnética para monitorizar cualquier signo de recurrencia. Protocolos establecidos Guías de práctica clínica
ONCOLOGÍA MÉDICA, CIRUGÍA, GINECOLOGÍA, FARMACIA HOSPITALARIA, PSICOLOGÍA CLÍNICA	2. Medición de PROMs y PREMs durante el seguimiento	Medir PROMs y PREMs durante el seguimiento de la paciente. Los resultados de las escalas se incorporarán al proceso de toma de decisiones compartidas. Entre otras se podrían utilizar escalas del tipo: EORTC, EORTC QLQ-BR23, BREAST-Q, PROMIS, NCPES, PREMs de la Picker Institute, Press Ganey Surveys, Cancer Care Survey, EuroQol-5D, SURE Test, PEF-Q y la Evaluación Terapéutica: basada en los Estándares ICHOM Utilización de nuevas tecnologías. Herramientas como las aplicaciones móviles (apps) para acceso a los resultados por parte de pacientes y profesionales, recomendaciones de autocuidados, alertas para pacientes y profesionales sanitarios. Incorporar el seguimiento en programas de continuidad asistencial con los diferentes niveles asistenciales e instituciones implicadas en el proceso asistencial. Documentar las actividades de seguimiento en la historia clínica de la paciente. PCS (59)

SUBPROCESO 3: SEGUIMIENTO INTEGRAL

SERVICIOS	ACTIVIDADES	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
ONCÓLOGÍA MÉDICA, ONCÓLOGÍA RADIOTERÁPICA, CIRUGÍA, RADIOLOGÍA	3. Plan de Seguimiento de Oncología Médica Oncólogo Radioterápico Cirujano Evaluación terapéutica	Para la evaluación terapéutica se tendrán en cuenta los siguientes elementos: Tras finalizar todos los tratamientos, generalmente las pacientes serán seguidas durante 2 años cada tres meses, alternándose los tres equipos: quirúrgico, oncología médica y oncología radioterápica. A partir del segundo año se espacian las visitas cada seis meses hasta el quinto año y posteriormente pasan a ser anuales. Estará definido un protocolo de seguimiento para solicitar las exploraciones complementarias. A partir del segundo año existe una alternancia de visitas presenciales con virtuales. Desde el punto de vista de la imagen si se ha realizado cirugía se realiza seguimiento con mamografía anual y se complementa ecografía a criterio del radiólogo y con otras exploraciones (TC, PET-TC, RM) si existe sospecha de afectación a distancia en algún momento. Los casos tratados con Neoadyuvancia se realiza RM o mamografía con contraste al diagnóstico y postratamiento, para evaluar respuesta. Si se sospecha recaída vuelve a iniciarse el proceso diagnóstico. En los casos de riesgo hereditario se siguen recomendaciones de consejo genético, pero en general requerirán mamografía y RM anual. Se añade ecografía o mamografía con contraste complementaria a criterio del radiólogo. En mama de alta densidad se recomienda RM cada 4 años. Se evaluará la seguridad de los tratamientos conjuntamente con el servicio de farmacia hospitalaria. PCS Se evalúa si la paciente experimenta efectos secundarios relacionados con los medicamentos utilizados en el tratamiento y se toman medidas para minimizarlos en cooperación con el servicio de farmacia hospitalaria. Se evalúa la percepción de la paciente sobre su calidad de vida y cómo se ve afectada por la enfermedad y el tratamiento. ...

SUBPROCESO 3: SEGUIMIENTO INTEGRAL

SERVICIOS	ACTIVIDADES	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
ONCÓLOGÍA MÉDICA, ONCÓLOGÍA RADIOTERÁ-PICA, CIRUGÍA, RADIOLOGÍA	3. Plan de Seguimiento de Oncología Médica Oncólogo Radioterápico Cirujano Evaluación terapéutica	... En pacientes no candidatas a cirugía u otras técnicas de control local, por elevado riesgo quirúrgico, se realiza en radiología técnicas percutáneas de ablación tumoral, térmicas (crioablación, microondas) o BAV u otras técnicas de control local solo a las pacientes no quirúrgicas por comorbilidad extrema con carácter excepcional). Protocolos clínicos establecidos Guías de práctica clínica de referencia
FARMACIA HOSPITALARIA	4. Plan de seguimiento Farmacia hospitalaria	Hospital de día y consulta de pacientes externos del servicio de farmacia hospitalaria. Validación farmacéutica y seguimiento de las modificaciones del tratamiento. Detección de interacciones clínicamente relevantes y toma de medidas para minimizar su impacto. PCS Revisión del tratamiento oncológico prescrito, se pregunta sobre cambios en el tratamiento domiciliario concomitante con medicación y/o terapias alternativas. Monitorización de las toxicidades a partir de variables analíticas, pruebas complementarias, curso clínico y entrevista con la paciente. PCS Monitorización de la adherencia al tratamiento farmacológico en función a los registros de dispensación del programa de prescripción electrónica y seguimiento de la asistencia de la paciente a las citas de hospital de día y/o consulta de dispensación a pacientes externos. Seguimiento y monitorización de la seguridad de los tratamientos (en cooperación con el servicio de oncología). Se evalúa si la paciente experimenta efectos secundarios relacionados con los medicamentos y se toman medidas para minimizarlos. Notificación de efectos adversos a los centros de farmacovigilancia de referencia. PCS Ajustes de dosis, en los casos que se requieran, en consenso con el servicio de oncología. ...

SUBPROCESO 3: SEGUIMIENTO INTEGRAL

SERVICIOS	ACTIVIDADES	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
FARMACIA HOSPITALARIA	4. Plan de seguimiento Farmacia hospitalaria	... Cooperación en la implementación, seguimiento y evaluación de las experiencias percibidas por las pacientes en su recorrido por la asistencia sanitaria (PREM) y recogida sistematizada de PROMs para el seguimiento de la calidad de vida y manejo temprano de efectos adversos. Resolución de problemas relacionados con la medicación (PRM). Evaluación del impacto económico de los tratamientos empleados en CMP. Las consultas de atención farmacéutica deben procurar acto único tras la consulta de oncología médica si ésta es presencial o telemática si es virtual. Valorar la atención telemática farmacéutica mediante el uso de tecnologías de la información y comunicación (TIC) y la dispensación y entrega informada de medicación a distancia como procesos clave. Incorporar al servicio de Farmacia Hospitalaria en los programas de evaluación de resultados de la terapia antineoplásica para conocer la efectividad, la seguridad y los resultados percibidos por la paciente. Realizar seguimiento farmacoterapéutico mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con la medicación, con objeto de identificar posibles nuevas necesidades de la paciente. (60) Protocolos clínicos establecidos. Guías de práctica clínica de referencia.
ENFERMERÍA	5. Plan de Seguimiento de Enfermería	En la primera consulta se realizará una valoración enfermera completa y del contexto social y personal de la paciente, de cara a valorar carencias de atención y necesidades no cubiertas. La valoración enfermera, previa al plan de cuidados, se centrará en la detección de necesidades de cuidados para: Mejorar, corregir o garantizar el adecuado manejo de su salud. Educación y seguimiento en la administración de fármacos vía subcutánea si procede. ...

SUBPROCESO 3: SEGUIMIENTO INTEGRAL

SERVICIOS	ACTIVIDADES	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
ENFERMERÍA	5. Plan de Seguimiento de Enfermería	... Conseguir su mayor grado de independencia en las áreas de: - Manejo de la enfermedad. - Manejo de dispositivos - Manejo de tratamiento farmacológico y no farmacológico. Ayudar a la persona a adaptarse a la nueva situación, a afrontar la enfermedad con el menor nivel posible de estrés. Detección de la necesidad de cuidados que requiera un abordaje o coordinación socio-sanitaria y aquellos cuidados precisen de un cuidador o agente de autonomía asistida. Información sobre la enfermedad, siendo el primer contacto en caso de empeoramiento clínico, seguimiento adherencia y efectos adversos, educación terapias subcutáneas. Revisión de controles analíticos que precisen algunos de los tratamientos pautados. Revisión del correcto cumplimiento terapéutico. Revisión de síntomas de alarma. Seguimiento de la adherencia. Monitorización de Síntomas; Educación sobre Medicación; Adaptación y Autocuidado; Apoyo Emocional; Coordinación con el Equipo de Salud; Educación y Recursos. Dar soporte en hospital de día. Protocolos clínicos establecidos.
ENFERMERÍA	6. Plan de Seguimiento de Enfermería Plan de cuidados	El Plan de Cuidados se enfocaría en: Identificar las necesidades específicas de la paciente y establecer un enfoque integral para su bienestar. Incluiría: • Educación sanitaria sobre el tratamiento (cirugía, quimioterapia, radioterapia y tratamiento sistémico oral con ciclinas.  • Orientaciones sobre cuidados postoperatorios, prevención y manejo de efectos secundarios, como el dolor, la fatiga o problemas dermatológicos.  • Apoyo emocional, con estrategias para manejar el estrés, la ansiedad y la adaptación psicológica al diagnóstico y tratamiento. ...

SUBPROCESO 3: SEGUIMIENTO INTEGRAL

SERVICIOS	ACTIVIDADES	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
ENFERMERÍA	6. Plan de Seguimiento de Enfermería Plan de cuidados	... • Adherencia al plan terapéutico: Los criterios que se emplean para evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes con Cáncer de Mama Precoz podrían ser: 1) Cumplimiento de las pautas de tratamiento: Evaluar si la paciente sigue correctamente las indicaciones médicas y asistencia a citas.  2) Manejo de efectos secundarios: evaluar si la paciente sigue las recomendaciones para mitigar los efectos secundarios y si informa al equipo médico sobre cualquier síntoma nuevo o problemático. 3) Comprensión del tratamiento: Valorar el nivel de comprensión de la paciente sobre el diagnóstico, el tratamiento y sus beneficios, asegurándose de que recibe la información adecuada.  4) Red de apoyo social y familiar: Evaluar el apoyo emocional y práctico que la paciente recibe de familiares, amigos y grupos de apoyo. 5) Valoración psicológica del Distrés: Utilizar herramientas como escalas de Distrés para identificar barreras emocionales que puedan afectar la adherencia y derivar a la paciente a servicios de psicooncología si es necesario. 6) Experiencia de la paciente. Recoger información directamente de la paciente sobre su experiencia con el tratamiento, posibles dificultades para seguir las pautas y su percepción de los beneficios del tratamiento.  7) Intervenciones dirigidas a educación de salud: Programas de ejercicio físico [fuerza máxima/resistencia cardiovascular], Curas para preservar la salud sexual e identificar la disfunción sexual, estrategias de afrontamiento [empoderamiento y locus interno], curas de la piel, curas para preservar la autoimagen. 8) Revisión de la historia médica: Revisar la documentación clínica para verificar la regularidad en la recepción de tratamientos, procedimientos y visitas a consulta. 9) Identificación recursos de apoyo, como servicios de psicooncología, trabajo social, grupos de ayuda y ...

SUBPROCESO 3: SEGUIMIENTO INTEGRAL

SERVICIOS	ACTIVIDADES	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
ENFERMERÍA	6. Plan de Seguimiento de Enfermería Plan de cuidados	... asesoramiento para la paciente y sus familiares. 10) Coordinación con enfermería gestora de casos y trabajo social y con la enfermera de atención primaria. 11) Coordinación con Asociaciones de Pacientes 12) Seguimiento calidad de vida mediante PROMs Protocolos clínicos establecidos
MÉDICO DE FAMILIA	7. Seguimiento en Atención Primaria	Recomendaciones de carácter general a las pacientes: Evitar sobrepeso, dieta saludable y ejercicio, evitar el consumo de tabaco, moderar el consumo de alcohol, apoyo y orientación a la paciente en caso de necesidades socioeconómicas y/o familiares derivar a trabajadora social.  Plan de seguimiento recomendado: Plan de detección de problemas de salud derivado de los tratamientos realizados como Linfedema, fallo ovárico y síntomas relacionados con la menopausia, la actividad sexual, clónica de sofocos, riesgo de patología endometrial por tratamiento con tamoxifeno, Salud ósea, sobrepeso, cardiotoxicidad, neurotoxicidad, toxicidad ocular, toxicidad renal, astenia, deterioro cognitivo, alteraciones cutáneas, riesgo de segundas neoplasias. Actividades recomendadas para hábitos de vida saludables. Recomendaciones de Consejo Genético.  Incluir informe de continuidad evolutiva en cada fase del tratamiento por parte del equipo multidisciplinar del hospital. Tratamiento del dolor causado por el tratamiento si procede.  Manejo clínico del insomnio. Inclusión de la paciente en Escuela de Pacientes y/o Grupos socioeducativos en AP. Valorar calidad de vida por Cuestionarios validados. Protocolos clínicos establecidos. Anexo 4

SUBPROCESO 3: SEGUIMIENTO INTEGRAL

SERVICIOS	ACTIVIDADES	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
ENFERMERA ATENCIÓN PRIMARIA	8. Seguimiento en Atención Primaria	Se establecen consultas de seguimiento de enfermería dependiendo de la evolución de la paciente al comienzo y durante la administración de los tratamientos para acompañar en los problemas asociados a los efectos de los fármacos quimioterápicos. Se establece una visita al inicio del tratamiento y luego cada 2 semanas para seguimiento. Una vez se inicia el tratamiento de quimioterapia y tratamiento sistémico oral con ciclinas, se diseñará un plan de cuidados y de seguimiento dirigido al manejo del estado de la paciente. Se realiza educación sobre hábitos de vida saludables que mejore la tolerancia a los tratamientos.  En cada consulta de seguimiento se evalúa la adherencia mediante el test de Morisky realizándole a la paciente preguntas sobre efectos secundarios, olvidos, problemas a la hora de la toma del tratamiento. Se refuerzan conceptos y se resuelven dudas, se dan pautas a la paciente para mejorar la toma del fármaco y disminuir efectos secundarios no deseados. Se refuerzan las conductas positivas y las estrategias de empoderamiento como el refuerzo sobre el camino ya conseguido. Se acompaña a la paciente en su proceso de salud. Se realiza formación en grupos reducidos en el centro de salud sobre el abordaje de los cuidados durante la enfermedad que sirve de punto de encuentro entre grupos de mujeres que están en la misma situación. Realización de talleres de maquillaje y cuidado de la piel. Una vez que han finalizado las terapias: Se continua con la educación en medidas de prevención y la modificación de factores de riesgo modificables y la adaptación a un modelo de vida saludable.  Se hará referencia a los buenos hábitos alimentarios y de ejercicio físico para reducir la masa grasa y mantener el peso, además de tener precaución con los hábitos tóxicos intentando reducirlos y eliminarlos. Se motiva para la inclusión de abandono de hábitos tóxicos ...

SUBPROCESO 3: SEGUIMIENTO INTEGRAL

SERVICIOS	ACTIVIDADES	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
ENFERMERA ATENCIÓN PRIMARIA	8. Seguimiento en Atención Primaria	... intentando reducirlos y eliminarlos. Se motiva para la inclusión de abandono de hábitos tóxicos integrándolas dentro de grupos de trabajo. i Informar sobre los disruptores endocrinos, la protección solar y la importancia de mantener un buen estado emocional. i Apoyo emocional. (61,62,63,64,65,66,67) Protocolos clínicos establecidos. Anexo 4

8

VALOR Y EFICIENCIA EN PAI DE CANCER DE MAMA PRECOZ

VALOR Y EFICIENCIA EN PAI DE CANCER DE MAMA PRECOZ

El sistema sanitario contemporáneo atraviesa un profundo proceso de transformación, impulsado por factores demográficos, sociales, clínicos y tecnológicos. El envejecimiento de la población, la creciente prevalencia de enfermedades crónicas y la multimorbilidad demandan modelos asistenciales más coordinados, efectivos y centrados en la persona [68-69].

La fragmentación asistencial y la falta de coordinación entre niveles y disciplinas clínicas son retos innegociables del sistema [70-71]. Además, la transformación tecnológica, incluyendo la digitalización, la inteligencia artificial y las herramientas móviles, está modificando la forma en que se accede, comparte y utiliza la información clínica, permitiendo una atención más personalizada y rápida, pero también planteando desafíos de equidad y alfabetización digital entre generaciones [72-73].

A su vez, la ciudadanía exige una mayor participación, transparencia, rapidez diagnóstica, seguridad clínica y una experiencia asistencial positiva. Por ello, y por su impacto positivo en resultados en salud, es necesario involucrar activamente a pacientes y familias en la toma de decisiones, mejorar la comunicación y garantizar el acceso a información comprensible y útil [74-75].

Frente a estos desafíos, diferentes marcos conceptuales han emergido como alternativas sólidas para orientar la evolución del

sistema sanitario [74]. Entre ellos destacan la Atención Sanitaria Basada en Valor (ASBV) [75-76-77], que prioriza los resultados relevantes para las pacientes; la asistencia sanitaria centrada en la persona (ASCP) [70;78]; el concepto integrado de Asistencia Sanitaria Basada en Valor y Centrada en la Persona (ASBVCP) [78]; la Asistencia Sanitaria Integrada (ASI), que actúa sobre la fragmentación del sistema y de los procesos asistenciales, incorporando como herramienta central los Procesos Asistenciales Integrados (PAI) [79-80], que estructuran de manera operativa los itinerarios de atención; y, a nivel asistencial práctico, una necesaria adecuación y actualización de roles profesionales.

Tradicionalmente, los sistemas sanitarios se han organizado y evaluado en función de la actividad realizada bajo el supuesto de que cuanto mayor fuese el volumen de actos clínicos, mejor o más adecuada era la respuesta del sistema a los problemas de salud de la población [81-82]. Este enfoque permitió crecer en capacidad y responder a una demanda creciente de atención, y contribuyó a un crecimiento exponencial del conocimiento en las ciencias de la salud. Pero implica, implícitamente, una limitación esencial, ya que mide lo que el sistema hace, no lo que el sistema consigue [83-84].

Con el tiempo, y especialmente con el desarrollo de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) y de los nuevos Sistemas de Información Sanitaria (SIS) y su potencial, surgió la necesidad (y la posibilidad) de ir más allá de medir solo el volumen para acercarnos a evaluar la efectividad real de la atención e incluso su eficiencia. Este momento y sus capacidades técnicas y metodológicas dieron lugar a un modelo centrado en los resultados clínicos, pero con un cambio de foco que pasó de “hacer más” a “hacer lo ade-

cuado” (efectividad). Sin embargo, de igual manera que la actividad no respondía a las necesidades más profundas de información, los resultados clínicos no captan toda la complejidad de la vivencia de la enfermedad ni reflejan plenamente el desempeño y la calidad de la atención sanitaria [85].

Entre 2006 y 2010 surge el concepto inicial de ASBV, que propone una transformación conceptual decisiva, donde el valor es aquello que se genera para un grupo de interés concreto, siendo el principal la persona atendida (la paciente y el valor para la paciente) y, por lo tanto, no puede definirse valor sin integrar la perspectiva directa, en este caso, de las pacientes. De manera que la ASBV propone como fundamental para evaluar el desempeño y la calidad incluir no solo los resultados clínicos (informados por profesionales), sino también el bienestar emocional, funcional y social de las pacientes, mensurables mediante herramientas como los PROM (Patient-Reported Outcome Measures) [82;85].

De manera paralela a esta evolución conceptual del foco de la asistencia desde la actividad realizada a las necesidades y expectativas de las pacientes, los modelos de gestión sanitaria han evolucionado hacia la gestión clínica por procesos integrados (PAI), centrada en la gestión por parte de los clínicos de los procesos asistenciales que se ofrecen en la organización, reorientando el sistema a priorizar la organización de la atención en torno a trayectorias asistenciales integradas y a los resultados relevantes para la paciente [69-70;75;86]. Este cambio responde a la mejora continua de la calidad, la eficiencia y la experiencia de las pacientes, especialmente en el manejo de enfermedades crónicas y multimorbilidad. Desde esta perspectiva, la continuidad asistencial, dando soporte a una atención coherente y personalizada a lo lar-

go del tiempo y entre diferentes profesionales, se ha convertido en un eje fundamental de la asistencia sanitaria contemporánea para mejorar la seguridad, la satisfacción de las pacientes y los resultados clínicos al igual que una consecuencia lógica de la misma, como es el enfoque multidisciplinar/interdisciplinar que se ha consolidado como pilar en la gestión clínica por procesos, donde los equipos profesionales de distintas disciplinas colaboran en dar una atención integral a la paciente.

Se puede concluir que la transición hacia la gestión clínica por procesos se ha impulsado por la búsqueda de mayor continuidad asistencial y de integración multidisciplinaria, lo que ha permitido avanzar hacia modelos más centrados en la paciente, eficientes y orientados a resultados [70-71;72-73;75;86;87-88]. En gran medida, la ASBVCP se sostiene en la gestión clínica por procesos y son las organizaciones “centradas en procesos” las que logran mejores resultados.

La Asistencia Sanitaria Basada en Valor (ASBV), como paradigma asistencial, prioriza maximizar los resultados de salud de las pacientes en relación con el coste de la atención proporcionada, con un fuerte énfasis en la atención centrada en la persona, la calidad y el coste-utilidad de la asistencia ofrecida. Los elementos clave para una implementación exitosa de ASBV incluyen el liderazgo, la organización de la atención y el cuidado en Unidades de Práctica Integradas (UPI), la estandarización de la medición de resultados en salud a nivel de paciente, incluyendo aquellos reportados por clínicos (CROM) y por pacientes (PROM) como una medida integradora de resultados centrados en las personas, y la incorporación de la perspectiva de las pacientes y su experiencia (PREM); asociar los resultados a los costes que la organización sanitaria

emplea para lograrlos [76-77;82-83;85] e integrar SIS en plataformas digitales adecuadas para garantizar la calidad del dato, la interoperabilidad, el buen gobierno y la comparabilidad entre organizaciones y dentro de cada una de ellas.

Un concepto más evolucionado son los modelos de asistencia integrada (ASI) que han demostrado que la integración de procesos y la ingeniería de sistemas pueden mejorar la calidad y aportar valor, pero que se necesita una integración clínica más amplia. Los ASI apuestan por la visión defendida por la OMS de servicios sanitarios que ofrezcan un acercamiento holístico a la persona, con su perspectiva a lo “largo de la vida” (lifespan perspective), a las pacientes, de manera holística, con una atención coordinada, continua y centrada en la persona. Su objetivo principal es garantizar que las pacientes, especialmente aquellos con enfermedades crónicas o condiciones complejas como el cáncer de mama, reciban una atención fluida a través de los distintos niveles asistenciales y disciplinas profesionales.

Los modelos de ASI se articulan en torno a cuatro pilares fundamentales: la coordinación entre niveles, la continuidad de cuidados, la interdisciplinariedad y el enfoque poblacional. A diferencia del modelo tradicional, en el que la atención primaria, hospitalaria y sociosanitaria operan de forma independiente, la ASI promueve la toma de decisiones compartida, la comunicación bidireccional y la planificación conjunta de cuidados a lo largo de todo el itinerario asistencial. En el ámbito oncológico, la ASI adquiere especial relevancia, dado que el proceso asistencial involucra múltiples especialidades, niveles asistenciales y servicios de apoyo. La coordinación efectiva entre unidades de cribado, diagnóstico, cirugía, oncología médica, radioterapia, psicooncología, rehabilitación y

otros servicios clínicos como, en el caso del cáncer de mama, ginecología y atención primaria, es esencial para garantizar tiempos adecuados, seguridad de las pacientes y una experiencia óptima. Así, resulta intuitivamente evidente que los PAI son fundamentales para garantizar una ASBVCP, ya que facilitan la colaboración multidisciplinar, la transparencia de datos y el uso de herramientas digitales para apoyar la prestación de cuidados y el seguimiento de resultados, su desarrollo responde a la necesidad de reforzar el liderazgo clínico, la coordinación interprofesional y la continuidad asistencial en procesos complejos, especialmente en áreas como la oncología, donde convergen múltiples especialidades y niveles asistenciales.

Otro elemento esencial de este modelo asistencial es la medición sistemática para la mejora continua y el aporte de valor y la toma de decisiones compartida, que constituyen el núcleo ético y operativo de los modelos de ASBVCP. La premisa fundamental es que no se puede mejorar lo que no se mide y, de igual forma, no puede considerarse éticamente aceptable un sistema sanitario que tome decisiones sin integrar la voz y las preferencias de la persona atendida.

La medición constituye el soporte técnico de los ciclos de mejora continua y del aprendizaje organizativo, ya que, al monitorizarse a sí mismos, los equipos asistenciales comparan, reflexionan y ajustan el proceso; es decir, evolucionan de forma consistente hacia una mejor satisfacción de las necesidades (y expectativas de las pacientes), resultando en mejores resultados individuales y poblacionales, mayor equidad y procesos más eficientes [85]. Esta medición sistemática es también una garantía de transparencia y rendición de cuentas, ya que permite comunicar resulta-

dos, justificar decisiones y sostener un modelo sanitario basado en evidencia y no en intuiciones o inercias organizativas [82].

En segundo lugar, la toma de decisiones compartida es el pilar ético fundamental del modelo; otra cosa es que las herramientas empleadas sean las más adecuadas para esta función. Representa la transición desde una relación clínica paternalista hacia una relación deliberativa, basada en información clara, accesible y honesta, pero respetando la voluntad de conocer de las pacientes tanto si es para saber cómo si es para no saber. La decisión compartida reconoce la autonomía de las personas, su derecho a participar en las decisiones que afectan a su salud y su capacidad para valorar qué resultados son realmente significativos en su contexto vital [78]. El modelo ético deliberativo no implica delegar la responsabilidad clínica, sino integrar el juicio profesional con los valores, expectativas y preferencias de la persona, lo que permite elecciones informadas, realistas y coherentes con los objetivos vitales.

Los PAI colaboran a estructurar el proceso de atención, vía o itinerario clínico de las pacientes, identificando los puntos críticos para la incorporación de momentos deliberativos en la toma de decisiones y para la incorporación de indicadores de medición para la mejora. Nuevamente, ejercen de columna vertebral del sistema, operativizando el paradigma de asistencia [79-80;87-88].

En oncología, esta toma de decisiones compartida es particularmente relevante, ya que debe realizarse una elección entre estrategias terapéuticas con gran impacto tanto en el pronóstico futuro de la persona como en la calidad de vida actual, derivada de los efectos adversos de muchos tratamientos. Por ello, es necesaria una comprensión del riesgo y de los efectos secundarios

por parte de las pacientes para decidir en la medida que estén dispuestos a hacerlo y para afrontar el proceso de tratamiento y recuperación. [89].

Medir para mejorar y decidir en conjunto son, por tanto, las bases éticas que permiten hablar de valor real. Sin medición no puede haber mejora; sin decisión compartida no puede haber cuidado centrado en la persona. Y sin ambas, la ASBV queda reducida a un marco conceptual sin impacto humano.

RECOMENDACIONES OPERATIVAS:

Con base en el análisis de los modelos ASBVCP, ASI y PAI se presentan las recomendaciones operativas para implantar un modelo de atención orientado al valor real, sostenible y escalable, integrando dichos aspectos. Estas recomendaciones se estructuran en cinco áreas clave: gobernanza y liderazgo, organización asistencial, medición, digitalización y desarrollo profesional.

GOBERNANZA Y LIDERAZGO:

1

Establecer una estructura de gobernanza compartida, por ejemplo, mediante un comité asistencial integrado por gestores, líderes clínicos, enfermería, analistas de datos y representantes de atención primaria y hospitalaria (y, en la medida de lo posible, de sociosanitaria). Su función es asegurar coherencia estratégica, seguimiento de resultados e impulso de la mejora continua.

2

Designar líder clínico del proceso asumiendo la rendición de cuentas sobre resultados y experiencia de paciente.

3

Impulsar una cultura organizativa basada en resultados mediante la transparencia interna, la comparación entre unidades y la toma de decisiones basada en evidencia, reduciendo variabilidad y reforzando el uso de datos.

ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL:

4

Organizar la atención en unidades multidisciplinarias (UPI), con dedicación estable, objetivos comunes y responsabilidad compartida sobre los resultados del proceso.

5

Escalar las UPI al territorio mediante PAI interniveles. Los PAI deben permitir transición fluida entre hospital, atención primaria, salud mental, rehabilitación y servicios sociales, garantizando continuidad clínica y organizativa.

6

Actualizar los PAI con enfoque ASBVCP incorporando la medición accionable de PROM/PREM, indicadores de tiempos y seguridad, junto a una definición clara de roles, criterios de derivación, puntos de control y estándares de comunicación internivel.

MEDICIÓN Y DIGITALIZACIÓN:

8

Implementar medición sistemática de resultados mediante un cuadro de indicadores con CROM, PROM, PREM, tiempos asistenciales y costes reales del proceso.

9

Hacer públicos los resultados internamente mediante informes periódicos con tendencias, benchmarking, alertas y análisis de variabilidad para impulsar la mejora continua.

10

Vincular indicadores ASBVCP a decisiones estratégicas que afecten a la asignación de recursos, la reorganización de servicios y la priorización de inversiones, que deben basarse en resultados reales y no en volumen de actividad. Valorar la inclusión como indicadores de contrato programa.

11

Crear y mantener infraestructura digital interoperable, con integración o interoperabilidad real de las historias clínicas entre niveles, plataformas PROM/PREM, costing por proceso y paciente, analítica avanzada y trazabilidad longitudinal.

12

Desarrollar cuadros de mando dinámicos en tiempo real para las UPI y equipos directivos, con visualización clara de resultados, tendencias y alertas en los diferentes servicios y unidades.

13

Incorporar telemedicina y rutas digitales, especialmente útiles para la mejora de la supervivencia, el postoperatorio, la monitorización de síntomas y el apoyo educativo, incluyendo roles como las enfermeras de telemonitorización].

DESARROLLO PROFESIONAL:

14

Implantar formación específica en ASBV, ASI y gestión clínica para los equipos clínicos, residentes, profesionales de calidad y de gestión, incluyendo evaluación de resultados, PROM/PREM, uso de los datos accionables, rediseño de procesos y liderazgo colaborativo.

15

Establecer incentivos alineados con el valor, reconociendo a los equipos de alto desempeño, promoviendo proyectos de mejora basados en resultados y en la generación de valor, y vinculando el desarrollo profesional al impacto real.

A modo de conclusión, la ASBV como modelo estratégico y los PAI con su capacidad de implementar innovaciones organizacionales conforman un eje central para transformar el sistema sanitario hacia una atención asistencial verdaderamente basada en valor y centrada en la persona.

La integración del modelo ASBV y los PAI no constituye una innovación incremental, sino un rediseño profundo de la lógica asistencial. Supone pasar de un sistema centrado en actividad y estructuras a un sistema centrado en personas, resultados y valor real donde los PAI se convierten en itinerarios realmente continuos y humanos, y que la medición sistemática se puede traducir en mejoras tangibles.

Para los Servicios de Salud, avanzar hacia este modelo no es solo una oportunidad, es una necesidad urgente para garantizar calidad, equidad y sostenibilidad en un entorno sanitario cada vez más complejo.

9

TABLA DE INDICADORES DEL PAI

TABLA DE INDICADORES DEL PAI

Propuesta inicial de indicadores alineados con el paradigma de la asistencia sanitaria basada en valor (Value-Based Healthcare, VBHC). Estos indicadores reflejan tanto los desenlaces clínicos que importan a la paciente como los recursos invertidos para alcanzarlos. Resultados esperados según expectativas:

EXPECTATIVAS DE LAS PACIENTES:

1. ACCESIBILIDAD Y RAPIDEZ DEL DIAGNÓSTICO

- *Conseguir un diagnóstico lo más precoz y rápido posible.*
- *Evitar diagnósticos erróneos.*
- *Hacer una anamnesis completa y las exploraciones físicas pertinentes.*
- *Indicar las pruebas diagnósticas que se deben realizar.*

2. COORDINACIÓN Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

- *Derivar al nivel asistencial adecuado y a los especialistas que necesite.*
- *Evitar problemas en las derivaciones y que éstas estén correctamente orientadas.*

- *Coordinación entre las diferentes especialidades.*
- *Disponer de una enfermera de práctica avanzada o gestora de casos.*

3. TRATAMIENTO Y GESTIÓN CLÍNICA EFICIENTE

- *Poner el tratamiento que verdaderamente necesito.*
- *Tener información de las innovaciones o nuevos tratamientos.*
- *Contar con un sistema de comunicación directo con el equipo multidisciplinar.*
- *Disponer de apoyo psicológico para casos necesarios.*
- *Evitar posibles recaídas*
- *Evitar exploraciones innecesarias*
- *Tener calidad de vida*

4. RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

- *Disponer de tiempo suficiente con el profesional sanitario.*
- *Recibir apoyo y tranquilidad.*
- *Ser escuchado.*
- *Recibir Trato humano.*
- *Dar explicaciones sobre el problema de salud y las dudas.*
- *Recibir consejo sobre lo que se puede hacer.*

A continuación, se aportan un conjunto de indicadores, clasificados en indicadores de estructura, proceso y resultado, que pueden servir de referencia para que sean utilizados o consultados

por los diferentes servicios implicados en el proceso.

INDICADORES DE ESTRUCTURA:

1. COBERTURA MULTIDISCIPLINAR

DEFINICIÓN/EXCLUSIONES / ACLARACIONES

% de pacientes discutidas en el Comité de Tumores.

FORMULA

(Pacientes discutidas en comité / Pacientes incluidas en el PAI) $\times$ 100.

TIPO	OBJETIVO
Estructura	Garantiza la personalización del tratamiento basado en un enfoque multidisciplinar.
Estándar de cumplimiento	$\geq 95\%$

2. DISPONIBILIDAD DE TERAPIAS INNOVADORAS

DEFINICIÓN/EXCLUSIONES / ACLARACIONES

% de tratamientos adyuvantes o neoadyuvantes ajustados a biomarcadores moleculares.

FORMULA

(Pacientes con biomarcadores tratados adecuadamente / Total de pacientes) $\times$ 100

3. MONITORIZACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA

DEFINICIÓN/EXCLUSIONES / ACLARACIONES

% de tratamientos adyuvantes o neoadyuvantes ajustados a biomarcadores moleculares.

FORMULA

% de pacientes con validación farmacéutica previa al tratamiento antineoplásico.

TIPO	OBJETIVO
Estructura	Reduce errores de medicación y mejora la seguridad del tratamiento.
Estándar de cumplimiento	100%

4. DETERMINACIÓN DE FACTORES PRONÓSTICOS Y PREDICTIVOS EN PACIENTES CON CARCINOMA INFILTRANTE (RRHH, HER2, KI67)

DEFINICIÓN/EXCLUSIONES / ACLARACIONES

Disponer de inmunohistoquímica (IHC) validada y patología molecular que incluya al menos determinación de receptores hormonales, HER2 y Ki67 en el cáncer infiltrante de la mama.

FORMULA

Existencia de informes de anatomía patológica con los resultados de las determinaciones de receptores hormonales, HER2 y Ki67.

TIPO	OBJETIVO
Estructura	Es de vital importancia para la prescripción de tratamiento médico de acuerdo con el perfil molecular subrogado de la lesión.
Estándar de cumplimiento	100%

INDICADORES DE PROCESO:

5. TIEMPO DESDE SOSPECHA HASTA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA

DEFINICIÓN/EXCLUSIONES / ACLARACIONES

Tiempo medio desde la sospecha hasta la confirmación diagnóstica (en días).

FORMULA

Suma de días desde la sospecha hasta la confirmación diagnóstica / Número de pacientes.

6. CUMPLIMIENTO DEL PLAN TERAPÉUTICO

TIPO	OBJETIVO
Proceso	Minimiza la ansiedad de las pacientes y mejora el pronóstico al iniciar tratamientos rápidamente.
Estándar de cumplimiento	≤30 días

DEFINICIÓN/EXCLUSIONES / ACLARACIONES

% de pacientes que completan el tratamiento planificado sin modificaciones mayores.

FORMULA

(Pacientes que completaron el plan / Pacientes con tratamiento indicado) × 100.

TIPO	OBJETIVO
Proceso	Refleja adherencia y tolerabilidad del tratamiento, mejorando los resultados terapéuticos.
Estándar de cumplimiento	≥ 85%.

7. EVALUACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

DEFINICIÓN/EXCLUSIONES / ACLARACIONES

% de pacientes con respuesta completa patológica (pCR) tras

8. SEGUIMIENTO DE EFECTOS ADVERSOS

tratamiento neoadyuvante.

FORMULA

(Pacientes con pCR / Total de pacientes tratadas con neoadyuvancia) × 100

TIPO	OBJETIVO
Proceso	Indicador de buen pronóstico en pacientes con terapias neoadyuvantes.
Estándar de cumplimiento	≥ 50% en HER2+ o triple negativo

DEFINICIÓN/EXCLUSIONES / ACLARACIONES

% de pacientes con toxicidades grado ≥3 registradas y manejadas adecuadamente.

FORMULA

(Pacientes con toxicidades manejadas / Total con toxicidades grado ≥3) × 100

TIPO	OBJETIVO
Proceso	Asegura una gestión eficaz de los efectos adversos, reduciendo hospitalizaciones y mejorando la calidad de vida.
Estándar de cumplimiento	≥ 90%

9. TIEMPO MEDIO ENTRE DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO Y COMIENZO DEL TRATAMIENTO

DEFINICIÓN/EXCLUSIONES / ACLARACIONES

Tiempo medio (o porcentaje de casos) entre diagnóstico anatomopatológico definitivo y primer tratamiento.

FORMULA

Días entre diagnóstico anatomopatológico definitivo e inicio de primer tratamiento.

TIPO	OBJETIVO
Proceso	Muy útil para medir accesibilidad y eficiencia del circuito
Estándar de cumplimiento	<28 días

10. CUMPLIMIENTO DE PLAZOS TERAPÉUTICOS

DEFINICIÓN/EXCLUSIONES / ACLARACIONES

Cumplimiento del plan terapéutico en pacientes que inician QT adyuvante y cirugía post neoadyuvancia.

FORMULA

1. Quimioterapia adyuvante: Porcentaje de pacientes que inician QT adyuvante dentro de 2-6 semanas postcirugía.
2. Cirugía post-QT neoadyuvante: Porcentaje de pacientes que se intervienen en las 4-6 semanas tras finalizar QT.

11. TIEMPO DESDE LA RECEPCIÓN DE LA MUESTRA HASTA LA EMISIÓN DE LOS RESULTADOS PARA BIOPSIAS NO QUIRÚRGICAS Y MUESTRAS QUIRÚRGICAS

TIPO	OBJETIVO
Proceso	Cumplimiento plan terapéutico establecido
Estándar de cumplimiento	≥ 90%

DEFINICIÓN/EXCLUSIONES / ACLARACIONES

Tiempo máximo desde la recepción de una muestra mamaria por parte del servicio de patología hasta la publicación de los resultados patológicos, incluyendo la IHC.

FORMULA

1. Número de resultados patológicos de biopsias no quirúrgicas emitidos por el servicio de patología en un plazo de 5 días laborables (7 días naturales) tras la recepción de la muestra mamaria por parte del servicio de patología / número total de resultados de biopsias no quirúrgicas.
2. Número de resultados patológicos de biopsias no quirúrgicas emitidos por el servicio de patología en un plazo de 10 días laborables (14 días naturales) tras la recepción de la muestra mamaria por parte del servicio de patología / número total de resultados de biopsias no quirúrgicas.

TIPO	OBJETIVO
Proceso	El disponer de un informe anatomopatológico completo y a tiempo es crucial para determinar el manejo de la lesión e iniciar el tratamiento
Estándar de cumplimiento	5 días laborables para las biopsias no quirúrgicas y de 10 días laborables para las muestras quirúrgicas (80% par ambos casos)

INDICADORES DE RESULTADOS DE SALUD (OUTCOMES)

Desenlaces clínicos a corto y largo plazo:

Tasa de supervivencia de la cohorte de pacientes:

12. TASA DE SUPERVIVENCIA ESPECÍFICA POR CÁNCER DE MAMA A 1, 3 Y 5 AÑOS

DEFINICIÓN/EXCLUSIONES / ACLARACIONES

Porcentaje de pacientes que sobreviven a 1, 3 y 5 años desde el diagnóstico inicial, considerando solo la mortalidad debida a la enfermedad.

FORMULA

Cociente entre supervivientes al final del intervalo y el promedio de supervivientes durante dicho intervalo.

13. TASA DE REINGRESOS NO PLANIFICADOS

DEFINICIÓN/EXCLUSIONES / ACLARACIONES

Proporción de pacientes que requieren una nueva hospitalización (o cirugía) por complicaciones potencialmente evitables.

FORMULA

Cociente entre el número de pacientes que reingresan entre el número de altas durante el intervalo.

TIPO	OBJETIVO
Resultado	El índice de reingresos indica problemas de calidad en la primera intervención o en los cuidados posoperatorios, aumentando costes y empeorando resultados
Estándar de cumplimiento	Consenso entre sociedades científicas implicadas

TIPO	OBJETIVO
Resultado	El disponer de un informe anatomopatológico completo y a tiempo es crucial para determinar el manejo de la lesión e iniciar el tratamiento
Estándar de cumplimiento	Consenso entre sociedades científicas implicadas

14. PORCENTAJE DE REINTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (NO PLANIFICADAS) TRAS LA CIRUGÍA INICIAL

DEFINICIÓN/EXCLUSIONES / ACLARACIONES

Proporción de pacientes que requieren una segunda intervención por márgenes quirúrgicos positivos, complicaciones postoperatorias, etc.

FORMULA

$$\frac{\text{N.º de pacientes con reintervención}}{\text{N.º total de pacientes operados}} \times 100.$$

TIPO	OBJETIVO
Resultado	El índice de reintervenciones no planificadas indica problemas de calidad en la primera intervención o en los cuidados posoperatorios, aumentando costes y empeorando resultados
Estándar de cumplimiento	< 10% Adaptable al consenso entre sociedades científicas implicadas

15. PORCENTAJE DE COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS TRAS CIRUGÍA PRIMARIA

DEFINICIÓN/EXCLUSIONES / ACLARACIONES

Proporción de pacientes que presentan complicaciones

16. PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y EN LA SINTOMATOLOGÍA

postoperatorias (infección de herida, seroma, linfedema, etc.) tras la cirugía de mama.

FORMULA

$(N.º \text{ de pacientes con complicaciones postquirúrgicas}) \setminus (N.º \text{ total de pacientes intervenidos}) \times 100.$

TIPO	OBJETIVO
Resultado	El índice de complicaciones indica problemas de calidad en la primera intervención o en los cuidados postoperatorios, aumentando costes y empeorando resultados
Estándar de cumplimiento	< 5% Adaptable al consenso entre sociedades científicas implicadas

DEFINICIÓN/EXCLUSIONES / ACLARACIONES

Cambio promedio en la puntuación de cuestionarios de calidad de vida o de síntomas, entre el inicio del tratamiento y a los 3, 6, 9, 12 meses y anualmente. Uso de cuestionarios validados como EORTC QLQ-C30 o QLQ-BR23.

FORMULA

Cálculo de la puntuación de los cuestionarios PROM, generalmente una escala Likert.

TIPO	OBJETIVO
Resultado	Mide el impacto del tratamiento en la vida diaria de la paciente y su bienestar global
Estándar de cumplimiento	Medir y analizar los resultados

RESULTADOS FUNCIONALES Y DE CAPACIDAD

17. GRADO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL DEL MIEMBRO SUPERIOR (EN CASO DE LINFADENECTOMÍA AXILAR)

DEFINICIÓN/EXCLUSIONES / ACLARACIONES

Porcentaje de pacientes que mantienen o recuperan un nivel funcional "aceptable" según parámetros establecidos, a 3-6 meses postcirugía. Evaluado con escalas como QuickDASH o similar.

FORMULA

Cálculo de la puntuación de las escalas.

TIPO	OBJETIVO
Resultado	Captura la repercusión funcional del tratamiento y su efecto en la autonomía de la paciente.
Estándar de cumplimiento	Medir y analizar los resultados

SATISFACCIÓN DE LA PACIENTE CON LA ATENCIÓN RECIBIDA

18. ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DE LA PACIENTE

DEFINICIÓN/EXCLUSIONES / ACLARACIONES

Percepción global de la paciente sobre la atención recibida, utilizando encuestas específicas tipo PREM (Patient-Reported Experience Measures).

FORMULA

$$\frac{N.^{\circ} \text{ de pacientes con un nivel de satisfacción alto o muy alto}}{(N.^{\circ} \text{ total de encuestas respondidas})} \times 100.$$

TIPO	OBJETIVO
Resultado	Permite redefinir las prioridades del proceso para atender a las necesidades y expectativas de las pacientes
Estándar de cumplimiento	≥ 90%

EXPERIENCIA DE LA PACIENTE CON LA ATENCIÓN RECIBIDA

19. EXPERIENCIA DE LA PACIENTE

DEFINICIÓN/EXCLUSIONES / ACLARACIONES

Identificación de los puntos críticos del proceso mediante las respuestas a los cuestionarios PREM.

FORMULA

Puntuación de los cuestionarios PREM.

TIPO	OBJETIVO
Resultado	Permite redefinir las prioridades del proceso para atender a las necesidades y expectativas de las pacientes
Estándar de cumplimiento	Medir y analizar los resultados

INDICADORES DE COSTE Y EFICIENCIA

Desenlaces clínicos a corto y largo plazo:

20. COSTE MEDIO POR PACIENTE PARA EL EPISODIO COMPLETO DE TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA

DEFINICIÓN/EXCLUSIONES / ACLARACIONES

Suma de costes directos (cirugía tratamiento sistémico, radioterapia, consultas, fármacos, etc.) e indirectos (bajas laborales, traslados, etc.) relacionados con el proceso de atención.

FORMULA

Suma de costes directos e indirectos.

21. COSTE INCREMENTAL POR PUNTO DE MEJORA EN LA ESCALA DE PROM

COSTE POR MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA

DEFINICIÓN/EXCLUSIONES / ACLARACIONES

Diferencia en costes totales entre dos estrategias de tratamiento, dividida por la diferencia en puntos obtenidos en los PROM.

FORMULA

$$\frac{(\text{Diferencia de los costes de los dos tratamientos})}{(\text{Diferencia de puntos de calidad de vida de los PROM})} \times 100 \left(\frac{\text{N.º total de encuestas respondidas}}{\text{N.º total de encuestas respondidas}} \right) \times 100.$$

TIPO	OBJETIVO
Resultado	Ofrece una visión de costo-efectividad basada en lo que de verdad importa a la paciente (sus resultados percibidos)
Estándar de cumplimiento	Medir y analizar los resultados

TIPO	OBJETIVO
Resultado	Permite comparar la eficiencia de diferentes rutas asistenciales y centros, de cara a maximizar el cociente entre resultados obtenidos y costes
Estándar de cumplimiento	Medir y analizar los resultados

PARTICIPACIÓN DE LA PACIENTE EN LA TOMA DE DECISIONES (SDM)

22. PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN MEDIANTE LA HERRAMIENTA DE DECISIONES COMPARTIDAS

DEFINICIÓN/EXCLUSIONES / ACLARACIONES

Porcentaje de pacientes a los que se ofrece la herramienta de decisiones compartidas y la usan.

FORMULA

$$\frac{(\text{N.º de pacientes a los que se ofreció la herramienta y la han usado})}{\{ \text{N.º total de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama o total de pacientes a los que se ofrece la herramienta} \}} \times 100.$$

TIPO	OBJETIVO
Resultado	La toma de decisiones compartida favorece la alineación de los resultados obtenidos con las preferencias de la paciente y puede mejorar la adherencia y la satisfacción
Estándar de cumplimiento	Medir y analizar los resultados

COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO INTEGRAL

23. PORCENTAJE DE PACIENTES CON PLAN DE CUIDADOS INTEGRADO Y TRANSICIONES DOCUMENTADAS

DEFINICIÓN/EXCLUSIONES / ACLARACIONES

Proporción de pacientes que disponen de un plan individualizado al alta.

FORMULA

Pacientes con plan individualizado al alta) / (Total de pacientes) x 100.

TIPO	OBJETIVO
Resultado	Mejora la experiencia de la paciente, previene duplicidades en el gasto y reduce errores o retrasos que puedan afectar a los resultados
Estándar de cumplimiento	≥ 90%

En el **anexo 5** aparecen otros indicadores que podrán ser consultados por los servicios clínicos implicados.

10

ABREVIATURAS

ABREVIATURAS

- **AP:** Atención Primaria.
- **ASBV:** Asistencia Sanitaria Basada en Valor.
- **ASCP:** Asistencia Sanitaria centrada en la persona.
- **BAV:** Bloqueo Auriculoventricular.
- **BBDD:** Bases de datos.
- **CM:** Cáncer mama.
- **CMP:** Cáncer mama precoz.
- **CROM:** Clinician-Reported Outcome Measures).
- **FDG:** Fluorodesoxiglucosa.
- **ECG:** Electrocardiograma.
- **FEVI:** Ventriculografía radioisotópica.
- **HC:** Historia Clínica.
- **HCE:** Historia Clínica Electrónica.
- **HER2:** Tipo de cáncer que da un resultado positivo para una proteína llamada receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2).
- **i** Punto de Información.
- **M1:** Metástasis a distancia.
- **MBE:** Medicina Basada en la Evidencia.
- **PAI:** Proceso Asistencial Integrado.
- **pCR:** Respuesta patológica completa.
- **PCS** Punto Crítico de Seguridad.
- **PET-TC:** Tomografía Computarizada combinada con Tomografía por Emisión de Positrones.
- **PREM:** Medida de la Experiencia Reportada por la paciente (Patient-Reported Experience Measure).
- **PRM:** Problemas relacionados con la medicación.

- **PROM:** (Medida de Resultado Reportada por la paciente) (Patient-Reported Outcome Measure).
- **RM:** Resonancia Magnética.
- **PT1c:** Tumor de 1 a 2 cm, evaluado patológicamente.
- **QT:** Quimioterapia.
- **SDR:** Síndrome de Distrés Respiratorio.
- **SIS:** Sistema de Información Sanitaria
- **T-DM1:** Tratamiento combinado con trastuzumab y quimioterapia dirigida para cáncer de mama HER2 positivo.
- **T1b:** Tumor de 0.5 a 1 cm.
- **T1cN0:** Tumor de 1 a 2 cm, sin afectación ganglionar.
- **T2NX:** Tumor de 2 a 5 cm, con afectación ganglionar no evaluada.
- **TAC:** Tomografía axial computarizada.
- **TC:** Tomografía Computarizada.
- **TIC:** Tecnologías de la Información y Comunicación.
- **VIER:** Ventriculografía Isotópica de Equilibrio en Reposo.

11

ANEXOS

↑
VOLVER AL ÍNDICE

11

ANEXOS

ANEXO 1

ESTUDIO GENÉTICO FAMILIAR

Estudio de SCMOH si cumple criterios:

- A** Tres o más familiares directos (de primer-segundo grado) afectados de cáncer de mama (al menos uno de ellos premenopáusico) y/u ovario/páncreas/próstata Gleason ≥ 7 en la misma rama familiar. Uno de los casos debe ser familiar en primer grado de los otros dos.
- B** Dos casos entre familiares de primer grado (*).
- Los dos son cáncer de ovario.
 - Dos casos de cáncer de mama ≤ 50 años.
 - Un caso de cáncer de mama y otro de ovario.
 - Un caso de cáncer de mama bilateral y un caso de cáncer de mama con ≤ 60 años.
 - Cáncer de mama ≤ 50 años y otro de páncreas/próstata con ≤ 60 años.
 - Uno de los casos de cáncer de mama es triple negativo.
 - Uno de los casos es un cáncer de mama en el varón.

() Si el caso adicional es en la línea paterna (y padre no afecto de cáncer relacionado), se asume como criterio de derivación dos casos entre familiares de segundo grado.*

↑
VOLVER AL ÍNDICE

ANEXO 2

TRATAMIENTO

A TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

El objetivo de la cirugía es extirpar el tumor y analizar los ganglios de la axila.

Existen dos opciones de cirugía en las mujeres con un cáncer de mama precoz y un tercer elemento complementario:

1. Cirugía conservadora. Protocolo clínico establecido.

La posibilidad de realizar una cirugía conservadora depende de varios factores como la localización del tumor, el tamaño del tumor y de la mama o los deseos de la paciente.

2. Mastectomía. Las pacientes que se someten a una mastectomía pueden reconstruirse la mama. La reconstrucción puede hacerse en el momento de la mastectomía (reconstrucción inmediata) o después de finalizar todos los tratamientos (reconstrucción diferida). Para decidir el momento ideal de la reconstrucción deben valorarse muchos factores relacionados con el tratamiento (si va a recibir radioterapia, que tipo de reconstrucción se va a hacer), además de factores intrínsecos de la paciente como comorbilidades que pueden afectar a la técnica reconstructiva: diabetes, tabaco, hipertensión, etc., y por supuesto de las preferencias de la paciente.

Se debe valorar también si se puede preservar el Complejo areola/pezón, en base a la localización del tumor respecto al mismo y

teniendo en cuenta factores de riesgo.

3. Estadía axilar

3.1 Biopsia Selectiva del Ganglio Centinela (BSGC).

Según el último consenso de la SESPM para la BSGC en cáncer de mama las contraindicaciones absolutas son:

- Carcinoma inflamatorio: evidencia moderada, recomendación fuerte 1B.
- Infiltración axilar en ausencia de tratamiento sistémico primario (TSP).

No constituyen criterios de contraindicación:

- Biopsia escisional previa: siempre que no aparezcan criterios de exclusión (evidencia baja, recomendación fuerte 1C).
- Cirugía plástica mamaria de aumento o reducción previa.
- Tumores multifocales y multicéntricos (evidencia 1).
- Radioterapia previa de mama y/o axila.
- BSGC previa por carcinoma.
- Mujeres gestantes o puérperas lactantes, previa retirada de la lactancia 24 h, utilizar la mínima dosis posible de radiotrazador, y aplicando «protocolo 1 día» (BSGC en el mismo día de la inyección). Contraindicación absoluta del uso de colorante.
- TSP siempre que se cumplan las condiciones que se explican más adelante.

4. Manejo de los Resultados y Linfadenectomía Axilar

La indicación de la linfadenectomía axilar debe basarse en los resultados de anatomía patológica intraoperatoria o diferida. En caso de positividad confirmada, se recomienda realizar la linfadenectomía en el mismo acto quirúrgico siempre que sea posible. Tras la linfadenectomía introducir precozmente la rehabilitación y fisioterapia.

B TRATAMIENTO RADIOTERAPIA

Se basa en el uso de rayos X de alta energía u otros tipos de radiación para destruir células tumorales o impedir que crezcan y así disminuir la posibilidad de recaída local o de metástasis a distancia.

Tipos de radioterapia:

- 1. Radioterapia intraoperatoria.** Es aquella que se realiza en el mismo quirófano tras extirpar el tumor.
- 2. Braquiterapia.** Consiste en la inserción temporal de una pequeña fuente radiactiva en la zona tumoral.
- 3. Radioterapia Externa.** Una máquina similar a las máquinas de las radiografías o al TAC dirige la radiación de forma muy precisa a la zona donde estaba el tumor.

C TRATAMIENTO SISTÉMICO

Existen diferentes tipos de tratamientos sistémicos, que son:

- 1. Quimioterapia:** Es el tratamiento que utiliza fármacos para parar el crecimiento de las células tumorales.
- 2. Hormonoterapia:** Anula las hormonas directamente o bloquea su acción haciendo que se detenga el crecimiento del tumor.
- 3. Terapias dirigidas.** Las terapias dirigidas son aquellos fármacos que identifican y atacan específicamente células tumorales sin dañar las células normales porque bloquean vías específicas de señalización de las células tumorales.
- A Anticuerpos monoclonales.** Identifican sustancias que están en las células tumorales que hacen que las células crezcan.
- B Anticuerpos Conjugados con Medicamentos (Antibody Drug Conjugated)(ADCs).** Son terapias que conjugan anticuerpos monoclonales con agentes quimioterápicos.
- C Inhibidores de las ciclinas dependientes de kinasas (CDKIs ó iCDK4/6).** Son fármacos que bloquean unas proteínas que se llaman ciclinas dependientes de kinasas que son responsables del crecimiento de las células tumorales y que están implicadas en la resistencia a la hormonoterapia.
- D Grupo de fármacos que bloquean la vía de señalización intracelular PI3K/AKT/mTOR, la cual regula procesos celulares como el crecimiento, la proliferación, la supervivencia y el metabolismo de las células.**
- E Inhibidores de PARP.** Son terapias dirigidas que bloquean la reparación del DNA haciendo que las células tumorales mueran al no poder reparar sus errores.
- 4. Inmunoterapia:** La inmunoterapia aprovecha el sistema inmune del propio paciente para luchar contra el cáncer utilizando sustancias del propio organismo o creadas en el laboratorio para restaurar el sistema inmune de la paciente.

▶ PLAN TERAPÉUTICO EN ESTADIOS INICIALES:

- Actualmente suele considerarse tratamiento neoadyuvante previamente a la cirugía en tumores mayores de 2 cm o con o con afectación ganglionar.
- Cirugía conservadora o mastectomía con ganglio centinela o linfadenectomía si es necesaria.
- Quimioterapia adyuvante si los factores de riesgo lo aconsejan. Habitualmente la quimioterapia adyuvante se da de forma intravenosa en ciclos y dura entre 4-6 meses, dependiendo del esquema elegido. Los esquemas más comunes incluyen antraciclinas (doxorrubicina o epirubicina) y taxanos (paclitaxel o docetaxel).
- Radioterapia adyuvante siempre que se haga cirugía conservadora o las características del tumor así lo aconsejen.
- Hormonoterapia adyuvante si el tumor tenía receptores hormonales positivos.

Habitualmente el tratamiento dura entre 5 y 10 años y es oral. En las mujeres premenopáusicas muy jóvenes o que sigue reglando tras la quimioterapia puede indicarse suprimir la función ovárica durante un tiempo mediante análogos de la GnRH.

ANEXO 3

| ATENCIÓN FARMACÉUTICA

A VALIDACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN

1. Adecuación del tratamiento prescrito.
2. Adecuación de la paciente al tratamiento prescrito.
3. Comprobación datos necesarios para validar la dosis.
4. Comprobación de condiciones específicas para el uso del medicamento prescrito.
5. Comprobación de datos de toxicidad relacionados con la seguridad del tratamiento prescrito.
6. Adecuación de la medicación de soporte.
7. Conciliación de la medicación.
8. Adecuación de la administración del tratamiento a las limitaciones/necesidades de la paciente.

B PREPARACIÓN Y DISPENSACIÓN TRATAMIENTO

Una vez realizada la validación, en el Servicio de Farmacia se realizan la preparación y la dispensación del tratamiento antineoplásico. Estos dos procesos incluyen sistemas de trazabilidad y seguridad en todas sus fases:

1. La preparación del tratamiento en caso de tratarse de antineoplásico IV, en la Unidad Centralizada de Preparación de Quimioterapias del Servicio de Farmacia Hospitalaria. La unidad dispone de la estructura y sigue los procedimientos establecidos en las Guías de buenas prácticas de preparación de medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria.

2. La dispensación a paciente de tratamiento antineoplásico oral se hace en la Unidad de Dispensación Ambulatoria o de Pacientes Externos del servicio de Farmacia Hospitalaria.

ANEXO 4

SEGUIMIENTO INDIVIDUALIZADO PACIENTE CÁNCER DE MAMA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

OBJETIVO

Garantizar un seguimiento integral y continuo de la paciente con diagnóstico de cáncer de mama desde Atención Primaria, incluyendo atención clínica, emocional y social, sin perder el vínculo con su entorno habitual.

ACCIONES CLAVE

- **Activación automática de alerta** en el sistema tras el diagnóstico de cáncer de mama.
- **Visita proactiva** por parte del médico y enfermera de familia, ya sea en domicilio o en consulta, como iniciativa de Atención Primaria.
- **Seguimiento clínico** de síntomas derivados del tratamiento oncológico y de posibles complicaciones, considerando también el manejo de comorbilidades.
- **Apoyo psicológico** durante todo el proceso, adaptado a las necesidades individuales de la paciente.

ENFOQUE DEL MODELO

La paciente permanece vinculado a Atención Primaria durante todo el proceso, incluso cuando requiere atención especializada. Se trata, en la mayoría de los casos, de personas autónomas, laboralmente activas, que continúan viviendo en su domicilio y necesitan atención para sus patologías crónicas y cuidados en su entorno habitual.

CAPTACIÓN Y VALORACIÓN INICIAL

El diagnóstico suele producirse a través de:

- Exámenes rutinarios realizados en Atención Primaria.
- Programas de cribado poblacional de cáncer de mama.

Una vez confirmado el diagnóstico, se genera una alerta automática en el buzón del médico y enfermera de familia, lo que permite una captación activa de la paciente. A partir de ese momento, se inicia el seguimiento mediante consulta presencial o visita domiciliaria, comenzando con una valoración integral inicial.

COORDINACIÓN CON ATENCIÓN HOSPITALARIA

Para asegurar una atención integral y continua a la paciente con cáncer de mama, es fundamental establecer una coordinación efectiva entre Atención Primaria y el ámbito hospitalario. El objetivo es consensuar un plan individualizado abierto, que permita la elaboración de informes compartidos y una retroalimentación constante entre ambos niveles asistenciales.

ELEMENTOS CLAVE DE LA COORDINACIÓN

- **Plan de atención individualizado** elaborado de forma conjunta entre Atención Primaria y Hospitalaria, con acceso mutuo a los informes clínicos relevantes.
- **Sistema de reentrada hospitalaria** ágil ante signos de recidiva o complicaciones que requieran intervención especializada.
- **Teleconsulta permanente y bidireccional**, disponible para resolver eventualidades, urgencias o dudas clínicas en tiempo real.
- **Comunicación estructurada** con la paciente, garantizando que esté informada, acompañada y participe activamente en su proceso asistencial.
- **Movilización eficiente de recursos disponibles**, tanto sanitarios como sociales, para cubrir las necesidades del entorno domiciliario.
- **Garantía de cumplimiento de plazos** en cada fase del proceso, evitando demoras en diagnósticos, tratamientos o derivaciones.

EVALUACIÓN PSICOSOCIAL EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

La evaluación psicosocial forma parte esencial de la valoración inicial en Atención Primaria. Su objetivo es identificar el estado emocional, psicológico y social de la paciente, así como detectar situaciones de vulnerabilidad que requieran intervención específica o movilización de recursos.

ACCIONES CLAVE

- **Valoración psicológica y emocional inicial**, realizada por el médico de familia y enfermería, con especial atención a signos de alarma que puedan requerir derivación a psicooncología.
- **Aplicación de escalas clínicas** para la detección de síntomas de ansiedad, depresión y deterioro cognitivo, como parte del protocolo de seguimiento.
- **Evaluación del entorno familiar y social**, considerando tanto el apoyo físico como emocional disponible para la paciente.
- **Elaboración de informe integral**, que refleje los hallazgos psicosociales y pueda ser revisado por el equipo hospitalario para garantizar una atención coordinada.
- **Movilización de recursos sociales** en pacientes con riesgo de exclusión, dependencia o fragilidad, en colaboración con servicios comunitarios.
- **Programación de visitas pactadas**, tanto en domicilio como en consulta, asegurando continuidad asistencial y accesibilidad para la paciente.

REFERENTE ASISTENCIAL

Durante todo el proceso, la paciente mantiene como figura de referencia a su médico de familia, quien actúa como punto de contacto para resolver dudas, gestionar consultas sobre el tratamiento y coordinar el seguimiento clínico y emocional.

SEGUIMIENTO CLÍNICO ESPECÍFICO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

La atención continuada a pacientes con cáncer de mama desde Atención Primaria incluye un conjunto de actuaciones clínicas específicas orientadas a la prevención, detección precoz y manejo de efectos secundarios del tratamiento, así como al acompañamiento en aspectos de salud integral.

ACTUACIONES CLÍNICAS DESTACADAS

Evaluación de salud ósea:

- Realización de densitometría ósea basal.
- Control periódico de niveles de calcio y vitamina D.

Monitorización neurológica:

Seguimiento de parestesias y neuropatías periféricas asociadas a tratamientos.

Detección precoz de recidivas:

Exploraciones físicas periódicas para identificar signos de recaída.

Vigilancia de segundas neoplasias:

Control clínico orientado a la detección de nuevos procesos oncológicos.

Control oftalmológico:

Seguimiento de pérdida de visión, especialmente por cataratas inducidas por tratamientos.

Evaluación musculoesquelética:

Aplicación de escalas como Morisky para valorar adherencia y salud funcional.

Seguimiento del linfedema:

Valoración clínica y derivación a rehabilitación cuando sea nece-

sario.

Manejo de sofocos:

Abordaje sintomático desde Atención Primaria, con opciones terapéuticas adaptadas.

Consejo sobre fertilidad:

- Información inicial desde Atención Primaria.
- Coordinación con atención hospitalaria para gestión especializada.

PREVENCIÓN Y OPTIMIZACIÓN EN EL SEGUIMIENTO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Con el objetivo de mejorar la calidad asistencial y evitar duplicidades innecesarias, se refuerza el papel de Atención Primaria como eje vertebrador del cuidado de pacientes con cáncer de mama. Dada la elevada demanda de cuidados, se promueve una colaboración estrecha y continua con el ámbito hospitalario, ofreciendo una atención cercana, accesible y basada en la confianza que la paciente mantiene con su médico de familia.

1. Funciones Específicas del Médico de Familia

Responsabilidades clínicas, diagnósticas y de coordinación asistencial:

• Valoración clínica integral

- ◊ Revisión crítica de historia clínica y evolución oncológica.
- ◊ Evaluación médica del estado físico y funcional (comorbilidades, toxicidades, síntomas persistentes).
- ◊ Valoración de riesgo de recidiva y efectos tardíos del tratamiento.

• Prescripción y seguimiento clínico

- Solicitud de pruebas complementarias (analíticas, imagen, densitometría).
- Prescripción farmacológica y ajuste de tratamientos coadyuvantes.
- Control clínico de comorbilidades crónicas que influyen en la evolución oncológica.
- **Coordinación asistencial**
 - Liderazgo en la continuidad asistencial entre niveles.
 - Derivación a especialidades según necesidad clínica.
 - Participación en comités multidisciplinares.

2. Funciones Específicas de Enfermería

Intervenciones educativas, psicosociales y de seguimiento:

- **Valoración y apoyo psicosocial**
 - Valoración inicial y seguimiento emocional continuado.
 - Apoyo en autoestima, imagen corporal y reintegración social.
- **Educación sanitaria personalizada**
 - Cuidados específicos (piel, linfedema, menopausia inducida).
 - Refuerzo de hábitos saludables y autocuidado.
- **Seguimiento y adherencia**
 - Supervisión de cumplimiento terapéutico y asistencia a citas.
 - Contacto telefónico o domiciliario para seguimiento no presencial.
- **Registro enfermero**
 - Documentación de intervenciones y evolución del plan de cuidados.

3. Funciones Compartidas (con delimitación de responsabilidades)

Ámbitos donde ambos profesionales intervienen, con enfoque complementario:

- **Área Médico de Familia:** Enfermera.
- **Apoyo psicosocial:** Detecta impacto emocional y deriva.
- Realiza seguimiento emocional y refuerzo.
- **Educación sanitaria:** Enfocada en prevención secundaria y comorbilidades. Enfocada en autocuidado y efectos secundarios.
- **Promoción de la salud:** Prescripción de intervenciones preventivas. Refuerzo conductual y acompañamiento.
- **Registro clínico:** Historia electrónica, codificación diagnóstica. Registro de cuidados e intervenciones enfermeras.

ANEXO 5

LISTADO DE POSIBLES INDICADORES A INCORPORAR

- 1 La Unidad de mama debe contar con un informe de patología normalizado.
- 2 Se realiza la determinación de factores pronósticos y predictivos en pacientes con carcinoma infiltrante (RRHH, HER2, Ki67).
- 3 El diagnóstico inmunohistológico para BAG, BAV y pieza quirúrgica se realiza con celeridad antes de 5 días para BAG y BAV y antes de 10 días para pieza quirúrgica).
- 4 La Unidad de mama dispone de la posibilidad de llevar a cabo

el estudio peroperatorio del ganglio centinela.

- 5 Tiempo entre el diagnóstico anatomopatológico de cáncer infiltrante, incluyendo fenotipo tumoral y el primer tratamiento inferior a 4 semanas.
- 6 Quimioterapia Adyuvante (administración 2-6 semanas post-Cirugía).
- 7 Quimioterapia Neoadyuvante (Realizar Cirugía en las 4-6 semanas desde la finalización de la QT).
- 8 Porcentaje de pacientes con diagnóstico confirmado por comité multidisciplinar: Proporción de casos revisados en un tumor board o comité para decisiones terapéuticas consensuadas.
- 9 Tasa de cumplimiento de guías clínicas: Porcentaje de tratamientos administrados que cumplen con las recomendaciones de guías internacionales (como NCCN o ESMO).
- 10 Porcentaje de pacientes que completan el tratamiento adyuvante planificado: Proporción de pacientes que finalizan el tratamiento adyuvante (quimioterapia, radioterapia o terapia hormonal).
- 11 Tasa de complicaciones postquirúrgicas: Proporción de pacientes que presentan eventos adversos (infección, linfedema, etc..) tras la cirugía primaria.
- 12 Porcentaje de pacientes adherentes al tratamiento hormonal: Proporción de pacientes que cumplen con el tratamiento hormonal durante al menos el primer año tras la indicación.
- 13 Porcentaje de pacientes con tratamiento NEOADYUVANTE.
- 14 Número de reconstrucciones inmediatas en caso de mastectomía.

12

REFERENCIAS

REFERENCIAS

BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA EN LA INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

1. Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN). Estimaciones de la incidencia del cáncer en España [Internet] 2024. Disponible en: <https://redcan.org/storage/documents/031b5800-a7fe-4c2b-8a09-a38d046365df.pdf>
2. Amin MB, Greene FL, Edge SB, Compton CC, Gershengwald JE, Brookland RK, et al. The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to build a bridge from a population-based to a more "personalized" approach to cancer staging: The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual. *CA Cancer J Clin* 2017;67:93–9. <https://doi.org/10.3322/caac.21388>.
3. Cardoso F, Kyriakides S, Ohno S, Penault-Llorca F, Poortmans P, Rubio IT, et al. Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2019;30:1194–220. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdz173>.
4. Howlader N, Altekruse SF, Li CI, Chen VW, Clarke CA, Ries LAG, et al. US incidence of breast cancer subtypes defined by joint hormone receptor and HER2 status. *J Natl Cancer Inst* 2014;106. <https://doi.org/10.1093/jnci/dju055>.
5. Ayala de la Peña F, Andrés R, García-Sáenz JA, Manso L, Margelí M, Dalmau E, et al. SEOM clinical guidelines in early stage breast cancer (2018). *Clin Transl Oncol* 2019;21:18–30. <https://doi.org/10.1007/s12094-018-1973-6>.
6. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA* 1988;260(12):1743-1748. doi: 10.1001/jama.1988.03410120089033.
7. Berwick DM. Continuous improvement as an ideal in health care. *N Engl J Med* 1989;320:53–6. <https://doi.org/10.1056/NEJM198901053200110>.
8. Relman AS. The new medical-industrial complex. *N Engl J Med* 1980;303:963–70. <https://doi.org/10.1056/NEJM198010233031703>
9. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales [Internet] Sevilla: Consejería de Salud; 2001. Disponible en: https://www.junta-deandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956c952f3_guia_diseno_primera.pdf
10. Consejería de Salud y Servicios Sociales, Junta de Extremadura. Procesos Asistenciales Integrados SES-SEPAD [Internet] Mérida: Consejería de Salud y Servicios Sociales. Disponible en: <https://saludextremadura.ses.es/web/procesos-asistenciales-integrados>
11. Torres Olivera A. Management through integrated care processes: a necessary strategy. *Aten Primaria* 2003;31:561–3. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(03\)79216-6](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(03)79216-6)

12. Arcelay A, Bacigalupe MT, de la Puerta E, Días G, García M, González MG, Letona J, López G, Martínez-Conde AE, et al. Guía para la gestión de procesos. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco; 1999.
13. Gray JAM. Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. *BMJ* 2006;333(7571):760.
14. Coelho A, Kendir C, Barrenho E, Klazinga N, Paiva C, Abreu de Sousa J, et al. Patient-reported outcomes and experiences assessment in women with breast cancer: Portuguese case study. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042931>
15. European Commission, Joint Research Centre, European Commission Initiative on Breast Cancer - European Quality Assurance Scheme for Breast Cancer Services, Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2025, https://data.europa.eu/doi/10.2760/7067385_JRC140425.
16. Tresserra F, Bernet L, Vázquez C (Editores). Vía Clínica de Cáncer de Mama. Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. 2020. ISBN: 978-84-09-20296-6.

Bibliografía utilizada en la Descripción general del proceso

- Bibliografía utilizada en la Tablas de Actividades Subproceso 1: Diagnóstico

► ACTIVIDAD 1: Derivación a radiología para mamografía y biopsia. Traslado de la muestra de biopsia a Anatomía Patológica.

17. Voets MM, Groothuis-Oudshoorn CGM, Veneklaas LHJ, Manohar S, Brinkhuis M, Veltman J, et al. Diagnostics in patients suspect for breast cancer in The Netherlands. *Curr Oncol* 2021;28:4998–5008. <https://doi.org/10.3390/curroncol28060419>
18. Simó-Cruzet E, Ureña-Tapia MM, Vernet-Vernet M, Sender-Palacios MJ, Larrossa-Sáez P, Jovell-Fernández E. Intervention of the family physician in the diagnosis of cancer. *Aten Primaria* 2000;26:104–6. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(00\)78619-7](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(00)78619-7)
19. Traves KP, Cokenakes SEH. Breast Cancer Treatment. *Am Fam Physician* 2021;104(2):171-178.
20. Breastcancer.org. Sistema de datos e informes de imágenes mamarias (BI-RADS) [Internet]. Disponible en: https://www.breastcancer.org/es/pruebas-deteccion/mamografias/resultados-de-bi-rads?gad_source=1&gclid=CjwKCAiA34S-7BhAtEiwACZzv4eDE6tQu7I2BEgBHw2IPyyWbCLaO4tavB-5qKROKqIQyrXDwB1No9cxoC06UQAvD_BwE
21. Sessa C, Balmaña J, Bober SL, Cardoso MJ, Colombo N, Curigliano G, et al. Risk reduction and screening of cancer in hereditary breast-ovarian cancer syndromes: ESMO Clinical Practice Guideline. *Ann Oncol* 2023;34:33–47. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2022.10.004>.

► **ACTIVIDAD 5: Recepción de la paciente y explicación del contenido de la primera consulta y anamnesis.**

22. Senkus-Konefka E, Cardoso F, Douillard JY, Bramley C, Longo F, Jezdic S, et al. Cáncer de mama: una guía ESMO para pacientes [Internet]. Lugano: European Society for Medical Oncology (ESMO). Disponible en: <https://www.esmo.org/content/download/6594/114963/1/ES-Cancer-de-Mama-Guia-para-Pacientes.pdf>
23. Ayala de la Peña, F., Antolín Novoa, S., Gavilá Gregori, J. et al. SEOM-GEICAM-SOLTI clinical guidelines for early-stage breast cancer (2022). Clin Transl Oncol 25, 2647–2664. <https://doi.org/10.1007/s12094-023-03215-4>

► **ACTIVIDAD 7: Petición de pruebas complementarias.**

24. Vaz SC, Woll JPP, Cardoso F, Groheux D, Cook GJR, Ulaner GA, et al. Joint EANM-SNMMI guideline on the role of 2-[18F]FDG PET/CT in no special type breast cancer (endorsed by the ACR, ESSO, ESTRO, EUSOBI/ESR, and EUSOMA). Eur J Nucl Med Mol Imaging 2024;51:2706–32. <https://doi.org/10.1007/s00259-024-06696-9>

► **ACTIVIDAD 12: Primera visita en consulta de enfermería.**

25. Kapra O, Asna N, Amoyal M, Bashkin O, Dopelt K. The oncology clinical nurse specialist: A rapid review of implementation models and barriers around the world. Curr Oncol 2023;30:7425–38. <https://doi.org/10.3390/curroncol30080538>

26. Bidstrup PE, Christensen J, Mertz BG, Rottmann N, Dalton SO, Johansen C. Trajectories of distress, anxiety, and depression among women with breast cancer: Looking beyond the mean. Acta Oncol 2015;54:789–96. <https://doi.org/10.3109/0284186X.2014.1002571>
27. Andersen KG, Duriaud HM, Jensen HE, Kroman N, Kehlet H. Predictive factors for the development of persistent pain after breast cancer surgery. Pain 2015;156:2413–22. <https://doi.org/10.1097/j.pain.000000000000298>
28. Bidstrup PE, Johansen C, Kroman N, Belmonte F, Duriaud H, Dalton SO, et al. Effect of a nurse navigation intervention on mental symptoms in patients with psychological vulnerability and breast cancer: The REBECCA randomized clinical trial. JAMA Netw Open 2023;6:e2319591. <https://doi.org/10.1001/jama-networkopen.2023.19591>

• **Bibliografía utilizada en la Tablas de Actividades Subproceso 2: Plan Terapéutico**

► **ACTIVIDAD 1: Toma de decisiones para la implementación del Plan Terapéutico personalizado.**

5. Ayala de la Peña F, Andrés R, Garcia-Sáenz JA, Manso L, Margelí M, Dalmau E, et al. SEOM clinical guidelines in early stage breast cancer (2018). Clin Transl Oncol 2019;21:18–30. <https://doi.org/10.1007/s12094-018-1973-6>
29. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cáncer de mama [Internet] 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news->

30. Senkus-Konefka E, Cardoso F, Douillard JY, Bramley C, Longo F, Jezdic S, et al. Cáncer de mama: una guía ESMO para pacientes [Internet]. Lugano: European Society for Medical Oncology (ESMO). Disponible en: <https://www.esmo.org/content/download/6594/114963/1/ES-Cancer-de-Mama-Guia-para-Pacientes.pdf>
31. Krishnamurti UG, Allison KH, Fitzgibbons PL, Connolly JL. Protocol for the Examination of Resection Specimens from Patients with Invasive Carcinoma of the Breast. College of American Pathologists [Internet] 2023. Disponible en: https://documents.cap.org/documents/Breast.Invasive.Bx.1.2.0.0.REL_CAPCP.pdf
32. Tresserra F, Martínez MÁ, González-Cao M, Rodríguez I, Viteri S, Baulies S, et al. Respuesta patológica a la quimioterapia neoadyuvante: correlación entre 2 sistemas de gradación histológica. *Rev Senol Patol Mamar* 2013;26:77–84. <https://doi.org/10.1016/j.senol.2013.01.004>
33. Loibl S, André F, Bachelot T, Barrios CH, Bergh J, Burstein HJ, et al. Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2024;35:159–82. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2023.11.016>
34. Ministerio de Sanidad. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/cancer/docs/ESTRATEGIA_EN_CAN-
35. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Guidelines for Patients: Invasive Breast Cancer [Internet] 2024. Disponible en: <https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/breast-invasive-patient.pdf>
36. Johnston SRD, Harbeck N, Hegg R, Toi M, Martin M, Shao ZM, et al. Abemaciclib combined with endocrine therapy for the adjuvant treatment of HR+, HER2-, node-positive, high-risk, early breast cancer (monarchE). *J Clin Oncol* 2020;38:3987–98. <https://doi.org/10.1200/JCO.20.02514>
37. Pagani O, Regan MM, Walley BA, Fleming GF, Colleoni M, Láng I, et al. Adjuvant exemestane with ovarian suppression in premenopausal breast cancer. *N Engl J Med* 2014;371:107–18. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1404037>
38. Slamon D, Lipatov O, Nowecki Z, McAndrew N, Kukielka-Budny B, Stroyakovskiy D, et al. Ribociclib plus endocrine therapy in early breast cancer. *N Engl J Med* 2024;390:1080–91. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2305488>
39. Schmid P, Cortes J, Pusztai L, McArthur H, Kümmel S, Bergh J, et al. Pembrolizumab for early triple-negative breast cancer. *N Engl J Med* 2020;382:810–21. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1910549>
40. von Minckwitz G, Huang C-S, Mano MS, Loibl S, Mamounas EP, Untch M, et al. Trastuzumab emtansine for residual invasive HER2-positive breast cancer. *N Engl J Med* 2019;380:617–28.

<https://doi.org/10.1056/NEJMoa1814017>

► **ACTIVIDAD 3: Plan Terapéutico: Estudio preoperatorio e intervención quirúrgica.**

41. Bernet L, Piñero A, Martínez M, Sicart SV, Algara M, Palomares E. Consenso de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria (SESPM) sobre la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) y el manejo axilar en el cáncer de mama (2022). *Rev Senol Patol Mamar* 2022;35:243–59. <https://doi.org/10.1016/j.senol.2022.07.002>.

► **ACTIVIDAD 7: Validación de la prescripción.**

42. Cajaraville G, Carreras MJ, Martínez-Bautista MJ, Fernández-Llamazares CM, García-Peña I, Pérez-Pérez G, et al. Validación farmacéutica de la prescripción de la paciente oncohematológica. Recomendaciones de GEDEFO-SEFH [Internet]. Madrid: Springer Healthcare Ibérica; 2018. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/gedefo/images/stories/documentos/2016/gedefo_validacion_farmaceutica_prescripcion_version_impresion.pdf
43. Grupo Español de Farmacia Oncológica de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (GEDEFO-SEFH). Plan Estratégico de Atención Farmacéutica al Paciente Oncológico y Hematológico 21-25 [Internet]. Madrid: GEDEFO-SEFH; 2021. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/gedefo/images/stories/documentos/2021/Recientes/20210621_Plan_estrategico_2025-V03.pdf

44. Ministerio de Sanidad. Guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/farmacia/publicaciones/GuiaBPMedicamentosServFarmHosp/Docs/04GuiaMedicamentos2024Accesible.pdf>

45. Páez D, Riera P, Herranz C, de Castro J, León Mateos L, Bernárdez B, et al. 10 desafíos comunes para farmacia hospitalaria y oncología [Internet]. Madrid: Ipsen Pharma S.A., SEFH y SEOM; 2022. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/gedefo/images/2022/10_DESAFIOS_ONCOLOGIA_2022_P5_ISBN.pdf

46. Albanell J, Arriola E, Barnadas A, Bellosillo B, Borrás JM, Brunet J, et al. Determinacions del perfil genètic de tumors sòlids de l'adult [Internet]. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2023. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/8424.3?show=full&locale-attribute=es>

► **ACTIVIDAD 8: Preparación y dispensación tratamiento.**

47. Drug Interaction Checker [Internet]. Disponible en: https://www.drugs.com/drug_interactions.html
48. CatSalut. Programa de Armonización Farmacoterapéutica [Internet]. Disponible en: [https://catsalut.gencat.cat/ca/proveidors-professionals/farmacia-medicaments/programa-harmonitzacio-farmacoterapeutica/index.html#googtrans\(ca/es\)](https://catsalut.gencat.cat/ca/proveidors-professionals/farmacia-medicaments/programa-harmonitzacio-farmacoterapeutica/index.html#googtrans(ca/es))

49. Roig-Izquierdo M, Prat-Casanovas MA, Gorgas-Torner MQ, Pontes-García C. Registro de pacientes y tratamientos de medicamentos hospitalarios en Cataluña: 10 años de datos clínicos. *Med Clin*. 2019;154(5):185-91.
 50. UpToDate. Drug Interactions [Internet]. Disponible en: https://www.uptodate.com/druginteractions/?source=responsive_home&redirect=true
 51. Memorial Sloan Kettering Cancer Center. About Herbs, Botanicals & Other Products [Internet]. Disponible en: <https://www.mskcc.org/cancer-care/diagnosis-treatment/symptom-management/integrative-medicine/herbs>
 52. National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). Herbs at a Glance [Internet]. Disponible en: <https://www.nccih.nih.gov/health/herbsataglance>
 53. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Adaptación del Modelo de Fichas técnicas medicamentos [Internet]. Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>
- **ACTIVIDAD 9:** Derivación a hospital de día o consultas de pacientes externos de Farmacia hospitalaria.
54. Grupo Español de Farmacia Oncológica de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (GEDEFO-SEFH). Entrevista clínica y Atención Farmacéutica al Paciente Oncohematológico [Internet] Madrid: Springer Healthcare Ibérica, S.L.; 2018. Disponible en: [http://gruposdetrabajo.sefh.es/gedefo/images/stories/](http://gruposdetrabajo.sefh.es/gedefo/images/stories/documentos/2018/Doc.-Entrevista-Clinica.pdf)

[documentos/2018/Doc.-Entrevista-Clinica.pdf](http://gruposdetrabajo.sefh.es/gedefo/images/stories/documentos/2018/Doc.-Entrevista-Clinica.pdf)

55. Grupo Español de Farmacia Oncológica de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (Gedefo-SEFH). Atención Farmacéutica CMO al Paciente con Neoplasias Oncológicas y Hematológicas [Internet]. Disponible en: https://gruposdetrabajo.sefh.es/gedefo/images/Adaptacin_Modelo_CMO_al_paciente_OH.pdf
 56. CatSalut. Programa de Armonización Farmacoterapéutica [Internet]. Disponible en: [https://catsalut.gencat.cat/ca/proveïdors-professionals/farmacia-medicaments/programa-harmonitzacio-farmacoterapeutica/index.html#googtrans\(ca/es\)](https://catsalut.gencat.cat/ca/proveïdors-professionals/farmacia-medicaments/programa-harmonitzacio-farmacoterapeutica/index.html#googtrans(ca/es))
 57. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). Escuela de pacientes SEFH [Internet]. Disponible en: <https://www.sefh.es/escuela-de-pacientes-medicamento-detalle.php?id=90>
 58. Grupo Español de Farmacia Oncológica de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (Gedefo-SEFH). Hojas de información al paciente [Internet]. Disponible en: <https://gruposdetrabajo.sefh.es/gedefo/informacion-al-paciente/farmacos-dipticos-de-informacion>
- **Bibliografía utilizada en la Tablas de Actividades Subproceso 3: Seguimiento Integral**
- **ACTIVIDAD 1:** Plan de Seguimiento Oncología Médica, Cirugía, Ginecología.
5. Ayala de la Peña F, Andrés R, Garcia-Sáenz JA, Manso L, Mar-

gelí M, Dalmau E, et al. SEOM clinical guidelines in early stage breast cancer (2018). *Clin Transl Oncol* 2019;21:18–30. <https://doi.org/10.1007/s12094-018-1973-6>.

► **ACTIVIDAD 2: Medición de PROMs y PREMs durante el seguimiento.**

59. Ong WL, Schouwenburg MG, van Bommel ACM, Stowell C, Allison KH, Benn KE, et al. A standard set of value-based patient-centered outcomes for breast cancer: The International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) initiative. *JAMA Oncol* 2017;3:677–85. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2016.4851>.

► **ACTIVIDAD 4: Plan de seguimiento Farmacia hospitalaria.**

60. Maroyka EM. ASHP Practice Advancement Initiative 2030: New recommendations for advancing pharmacy practice in health systems. *Am J Health Syst Pharm* 2020;77:113–21. <https://doi.org/10.1093/ajhp/zxz271>.

► **ACTIVIDAD 8: Seguimiento en Atención Primaria.**

61. National Cancer Institute (NCI). Naturaleza del cáncer [Internet]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>

62. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cáncer [Internet] 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

63. Sistema Europeo de Información sobre el cáncer (ECIS) [Internet]. Unión Europea: ECIS; 2022. Disponible en: <https://ecis.jrc.ec.europa.eu/>

64. Vivar CG. Calidad de vida en supervivientes a largo plazo de cáncer de mama: Un área olvidada en la investigación enfermera española. *Index de Enfermería* 2005;14:25–9. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962005000200006>

65. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Cáncer de mama: Factores de riesgo y prevención [Internet]. Alexandria: ASCO; 2018. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-de-mama/factores-de-riesgo-y-prevencion>

66. Ko Un Park et al. Sentinel Lymph Node Biopsy in Early-Stage Breast Cancer: ASCO Guideline Update. *J Clin Oncol* 43, 1720–1741(2025). DOI:10.1200/JCO-25-00099

67. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf

• **Bibliografía utilizada en Valor y Eficiencia en PAI CANCER DE MAMA PRECOZ**

68. Araujo de Carvalho I, Epping-Jordan J, Pot AM, Kelley E, Toro N, Thiyagarajan JA, Beard JR. Organizing integrated health-care services to meet older people's needs. *Bull World Health Organ*. 2017 Nov 1;95(11):756–763. doi:10.2471/BLT.16.187617.

69. Bruyère O, Demonceau C, Kergoat MJ. Navigating the heal-

th care landscape for an ageing population: an international survey of strategies and priorities. *J Am Med Dir Assoc*. 2024 Sep;25(9):105155. doi:10.1016/j.jamda.2024.105155. Epub 2024 Jul 12.

70. Watson BN, Estenson L, Eden AR, et al. Person-centered care planning for people living with or at risk for multiple chronic conditions. *JAMA Netw Open*. 2024;7(10):e2439851. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.39851.

71. Golden RL, Emery-Tiburcio EE, Post S, Ewald B, Newman M. Connecting social, clinical, and home care services for persons with serious illness in the community. *J Am Geriatr Soc*. 2019 May;67(S2):S412-S418. doi:10.1111/jgs.15900.

72. Cecconi C, Adams R, Cardone A, Declaye J, Silva M, Vanlerberghe T, et al. Generational differences in healthcare: the role of technology in the path forward. *Front Public Health*. 2025 Feb 26;13:1546317. doi:10.3389/fpubh.2025.1546317.

73. Schiavone F, Ferretti M. The future(s) of healthcare. *Futures*. 2021 Dec;134:102849. doi:10.1016/j.futures.2021.102849.

74. Dzau VJ, McClellan MB, McGinnis JM, et al. Vital directions for health and health care: priorities from a National Academy of Medicine initiative. *JAMA*. 2017;317(14):1461-1470. doi:10.1001/jama.2017.1964.

75. Fulmer T, Reuben DB, Auerbach J, Fick DM, Galambos C, Johnson KS. Actualizing better health and health care for older adults. *Health Aff (Millwood)*. 2021 Feb;40(2):219-225.

doi:10.1377/hlthaff.2020.0

76. Kehyayan V, Yasin YM, Al-Hamad A. Toward a clearer understanding of value-based healthcare: a concept analysis. *J Nurs Manag*. 2025 Apr 19;2025:8186530. doi:10.1155/jonm/8186530.

77. Douglas AO, Senkaiahliyan S, Bulstra CA, Mita C, Reddy CL, Atun R. Global adoption of value-based health care initiatives within health systems: a scoping review. *JAMA Health Forum*. 2025;6(5):e250746. doi:10.1001/jamahealthforum.2025.0746.

78. Sturmberg J, Taher S. Maximising value in healthcare systems by putting the patient at the centre – systemic design considerations. *J Eval Clin Pract*. 2025 Sep;31(6):e70270. doi:10.1111/jep.70270.

79. Jonas WB, Adibe B. An integrated framework for achieving national health goals. *JAMA Health Forum*. 2022;3(5):e221109. doi:10.1001/jamahealthforum.2022.1109.

80. Hughes G, Shaw SE, Greenhalgh T. Rethinking integrated care: a systematic hermeneutic review of the literature on integrated care strategies and concepts. *Milbank Q*. 2020 Jun;98(2):446-492. doi:10.1111/1468-0009.12459.

81. Valentelyte G, Keegan C, Sørensen J. Analytical methods to assess the impacts of activity-based funding (ABF): a scoping review. *Health Econ Rev*. 2021;11(1):17.

82. Landon SN, Padikkala J, Horwitz LI. Defining value in health care: a scoping review of the literature. *Int J Qual Health Care*.

2021;33(4):mzab140.

83. Pruski M, Willis S, Withers K. A narrative review of the use of patient-reported outcome measures and machine learning to impact value-based clinical decision-making. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2025;25:250.
84. Erasmus MC Department of Public Health. Value-based integrated care: a systematic literature review. *Int J Health Policy Manag.* 2024. [Epub ahead of print].
85. Barello S, Bergamaschi R, Provenzi L. Expanded perspectives: integrating clinicians' insights for comprehensive patient-reported outcomes in value-based healthcare. *Int J Qual Health Care.* 2024;36(2):mzae058. doi:10.1093/intqhc/mzae058.
86. Endalamaw A, Zewdie A, Wolka E, Assefa Y. Care models for individuals with chronic multimorbidity: lessons for low- and middle-income countries. *BMC Health Serv Res.* 2024;24(1):895. doi:10.1186/s12913-024-11351-y.
87. Reig-Garcia G, Suñer-Soler R, Mantas-Jiménez S, et al. Assessing nurses' satisfaction with continuity of care and the case management model as an indicator of quality of care in Spain. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(12):6609. doi:10.3390/ijerph18126609.
88. Vaquero Cruzado JA, Jiménez NG, Ciércoles LC, et al. Impact of territorial case management on hospital admissions for complex chronic patients in Catalonia (Spain). *Health Policy.* 2025;159:105384. doi:10.1016/j.healthpol.2025.105384.

89. Serra-López J, Pujol-Besora C, Martínez-Recio S, et al. Clinical and economic impact of the advanced practice nurse in lung cancer patients receiving immunotherapy-based treatments: a quantitative study. *Eur J Oncol Nurs.* 2025;74:102809. doi:10.1016/j.ejon

EDITADO POR



CON EL AVAL CIENTÍFICO
DE LA FUNDACIÓN ECO Y ALIANZA



Excelencia
y Calidad en
Oncología



CON LA COLABORACIÓN DE



CÁNCER
DE MAMA
PRECOZ

Editor:

Fundación Española de Calidad Asistencial
Uria, 76, 3º Dcha., Oviedo, 33003, Asturias

ISBN: 978-84-09-71153-6

Diciembre 2025



CÁNCER
DE MAMA
PRECOZ

FECA

Fundación Española
de Calidad Asistencial

CON LA COLABORACIÓN DE

 NOVARTIS