

Universidad Cardenal Herrera-CEU

Departamento de Cirugía



La enfermería en las unidades de mama

TESIS DOCTORAL

Presentada por:
Carmen Torres García

Dirigida por:
Dra. Belén Merck Navarro
Dra. Vicenta Escribà Agüir
Dra. María Muriach Saurí

VALENCIA
2016

La Dra. Dña. Belén Merck Navarro, profesora adscrita al Departamento de Cirugía de la *Universidad CEU Cardenal Herrera*, la Dra. Dña. Vicenta Escribà Agüir, profesora adscrita al Departamento de Enfermería de la *Facultad de Enfermería y Podología* de Valencia y la Dra. Dña. María Muriach Saurí profesora adscrita al Departamento de Medicina de la *Universitat Jaume I* de Castellón,

CERTIFICAN:

Que la Tesis doctoral realizada por Dña. Carmen Torres García, y titulada:

“LA ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE MAMA”

ha sido realizada bajo su dirección en el Departamento de Cirugía de la *Universidad CEU Cardenal Herrera*, habiéndose concluido y reuniendo las condiciones necesarias para su presentación y defensa ante el tribunal correspondiente con la finalidad de optar al grado de Doctor.

Y para hacerlo constar, expiden y firman la presente certificación en Moncada a 24 de octubre de 2016.

Fdo:

Dra. Belén Merck Navarro Dra. Vicenta Escribà Agüir Dra. María Muriach Saurí

A mis padres, lo mejor de mi vida...

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, mis hermanos y mi pequeño Ernesto, por estar a mi lado en cada momento de mi vida.

A la Profesora Dra. Doña Belén Merck Navarro, no sólo por haberme transmitido muchos de sus conocimientos, sino por su constante apoyo, estímulo y confianza y por su excelente dirección en este trabajo.

A la Profesora Dra. Doña María Muriach Saurí, con quien tuve el placer de coincidir mi primer año de profesora en esta Universidad, por su personal apoyo y por todas las enseñanzas que me ha transferido.

A la Dra. Doña Vicenta Escribá Agüir, por sus inmensos conocimientos estadísticos, sin los cuales no podría haber finalizado mi investigación y por animarme a continuar y ayudarme incluso en horarios intempestivos.

A mi amiga Belén, por confiar en mi, por darme sus palabras de ánimo cada vez que decaía, por no abandonar nunca este proyecto y por darme la oportunidad de conocer el mundo de la patología mamaria. Gracias Belén, sin ti esta tesis nunca hubiera visto la luz.

A mis compañeros del campus de Castellón, por su ayuda y estímulo en los momentos más necesarios.

A mi amiga Eugenia, por ayudarme en el desarrollo de la investigación, por sus conocimientos bibliográficos y por darme una gran parte de su tiempo, aún robándole horas a los suyos.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Cardenal Herrera CEU, por sus facilidades para el estudio y desarrollo de la investigación.

Al Dr. D. Blas Ballester, cirujano y coordinador de la unidad de mama del Hospital La Ribera de Alzira, por permitirme ser un miembro más de su equipo durante el tiempo que duró mi estancia en el hospital.

A Doña Luisa Gisbert, enfermera de la unidad de mama del Hospital La Ribera de Alzira, por sus enseñanzas, consejos y paciencia conmigo.

A los médicos y enfermeras de los hospitales y unidades de mama españolas participantes, sin cuyo concurso no hubiera podido realizar esta tesis doctoral.

ABREVIATURAS

ABS: American Board of Surgery
ACE: Association of Cancer Executives
ACM: Análisis de Correspondencias Múltiple
ACOS: American College of Surgeons
ACS: American Cancer Society
AECC: Asociación española contra el cáncer
AOSW: Association of Oncology Social Work
ASBD: American Society of Breast Disease
ASBS: American Society of Breast Surgeons
ASCO: American Society of Clinical Oncology
ASPS: American Society of Plastic Surgeons
ASTRO: American Society for Therapeutic Radiology and Oncology
BASO: British Association of Surgical Oncology
BCN: Breast Care Nurse
BCO: Breast Cancer Organization
CAP: College of American Pathologist
CIIC: Centro Internacional de Investigaciones sobre el cáncer
CLIS: Carcinoma lobulillar in situ
EBCC: European Breast Cancer Conference
EEUU: Estados Unidos de América
EONS: European Oncology Nursing Society
EORT- BCCG: Grupo Cooperativo de Cáncer de Mama de la European Organization of the Research and Treatment of Cancer
EUCAN: European Cancer
EUROCARE: Registro Europeo del Cáncer
EUSOMA: Sociedad Europea de Mastología
FECMA: Federación Española de Cáncer de Mama
FECS: Federation of European Cancer Societies
FINE: Consejo Ejecutivo de la European Federation of Nurses Educators
GEICAM: Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama
IARC: Agencia Internacional de Investigación en Cáncer
IMC: Índice de masa corporal
NAPBC: National Accreditation Program for Breast Centers

ABREVIATURAS

NCBC: National Consortium of Breast Centers

NCCN: National Comprehensive Cancer Network

NHCS: National Center for Health Statistics

NHMRC: National Health and Medical Research Council

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONS: Oncology Nursing Society

REDECAN: Red de Registros de Cáncer

SEER: Surveillance, Epidemiology and End Results

SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica

SESPM: Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria.

SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines

SNS: Sistema Nacional de Salud

SSO: The Joint Commission, Society of Surgical Oncology

THS: Tratamiento Hormonal Sustitutivo

UE: Unión Europea

ÍNDICE

ÍNDICE GENERAL

Contenido

ÍNDICE DE TABLAS	IX
ÍNDICE DE FIGURAS	XI
RESUMEN	XV
ABSTRACT	XXI
1. INTRODUCCIÓN	3
1.1 EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER DE MAMA	4
1.1.1 El cáncer de mama en Europa	6
1.1.2 El cáncer de mama en España	11
1.1.3 Factores de riesgo de cáncer de mama	14
1.1.4 Factores protectores del cáncer de mama	20
1.2 LAS UNIDADES DE MAMA	20
1.2.1 Antecedentes históricos: creación de las unidades de mama	21
1.2.2 Manejo multidisciplinar del cáncer de mama	24
1.2.3 Composición de las unidades de mama: Equipo Central.....	27
1.2.4 Acreditación de las unidades de mama	38
1.3 MODELOS DE UNIDADES DE MAMA	41
1.3.1 El Modelo de Europa (EUSOMA)	41
1.3.2 Modelo de Reino Unido.....	48
1.3.3 Modelo de los Estados Unidos de América	51
1.3.4 Modelo de España (SESPM)	54
1.4 FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LAS UNIDADES DE MAMA EN ESPAÑA	58
1.4.1 Asesoramiento de pacientes	58
1.4.2 Control de drenajes.....	60
1.4.3 Seguimiento postoperatorio de las heridas.....	61
1.4.4 Asistencia al médico	62
1.4.5 Educación prequirúrgica de pacientes.....	63
1.4.6 Citación de pacientes.....	64
1.4.7 Coordinación del proceso asistencial	65
1.4.8 Punción de seromas	66
1.4.9 Gestión de casos	67

1.4.10	Participación en grupos de apoyo a pacientes	68
1.4.11	Intervención quirúrgica	70
1.5	FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN PATOLOGÍA MAMARIA PARA ENFERMERÍA DE UNIDADES DE MAMA.....	71
1.5.1	La formación de postgrado en Enfermería	71
1.5.2	Formación de especialización en cáncer de mama en Europa.....	73
1.5.3	Formación de especialización de cáncer de mama en España	76
2.	JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	83
2.1	JUSTIFICACIÓN.....	83
2.2	HIPÓTESIS.....	84
2.3	OBJETIVOS.....	85
3.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	91
3.1	ELABORACIÓN DE LA ENCUESTA NACIONAL SOBRE EL PAPEL DEL PERSONAL ENFERMERO EN LAS UNIDADES DE MAMA	91
3.1.1	Justificación creación nuevo cuestionario	92
3.1.2	Revisión bibliográfica	92
3.2	ESTUDIO DE VALIDACIÓN.....	104
3.2.1	Prueba de jueces: Face Validity	104
3.2.2	Prueba Piloto	106
3.3	ESTUDIO CUANTITATIVO	108
3.3.1	Población y muestreo.....	108
3.3.2	Modo de recogida de información: implementación.....	110
3.3.3	Variables del estudio.....	113
3.3.4	Análisis estadístico.....	118
3.4	CONSIDERACIONES ÉTICAS	120
4.	RESULTADOS.....	125
4.1	RESULTADOS DEL ESTUDIO DE VALIDACIÓN	125
4.1.1	Resultados de la Prueba de Jueces “Face Validity”.....	125
4.1.2.	Resultados de la Prueba Piloto	126
4.2	RESULTADOS DE PARTICIPACIÓN EN LA ENCUESTA: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA ESTUDIADA SEGÚN TERRITORIO	134
4.3	DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO-PROFESIONALES Y FORMACIÓN EN PATOLOGÍA MAMARIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LAS UNIDADES DE MAMA	137

4.4	DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS UNIDADES DE MAMA.....	141
4.5	FUNCIONES DESARROLLADAS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE MAMA.....	145
4.6	EL PAPEL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA COMO MIEMBRO DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR Y LA IMPORTANCIA DEL POSTGRADO EN PATOLOGÍA MAMARIA	147
4.7	OPINIÓN DE LOS ENCUESTADOS SOBRE LAS PARTICULARIDADES DE LA ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE MAMA PARA PODER CONSIDERARSE UNA ESPECIALIDAD	148
4.8	RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO-PROFESIONALES Y LAS FUNCIONES DESARROLLADAS POR LAS ENFERMERAS EN LAS UNIDADES DE MAMA.....	152
4.8.1	Asesoramiento de las pacientes.....	156
4.8.2	Seguimiento post-operatorio	156
4.8.3	Función de ayuda al médico	157
4.8.4	Educación pre-quirúrgica de los pacientes.....	157
4.8.5	Citación de pacientes.....	159
4.8.6	Coordinación del proceso asistencial	160
4.8.7	Punción de los seromas.....	160
4.8.8	Función gestora de casos	161
4.8.9	Participación en grupos de apoyo para pacientes afectos de cáncer de mama	162
4.8.10	Otras funciones.....	162
4.9	RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO-PROFESIONALES Y LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA RESPECTO A SU ROL DENTRO DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR	163
4.10	ANÁLISIS DE CORRESPONDENCIAS MÚLTIPLE: ASOCIACIONES ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIO-PROFESIONALES Y LAS FUNCIONES QUE DESARROLLAN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE MAMA.....	165
5.	DISCUSIÓN.....	177
5.1	ANÁLISIS DEL DISEÑO DEL INSTRUMENTO DE MEDIDA Y SU VALIDACIÓN.....	178
5.2	ESTUDIO DE LA DISTRIBUCIÓN DE LAS UNIDADES DE MAMA EN ESPAÑA, POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y POR PROVINCIAS	185
5.3	DISCUSIÓN SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES QUE DEFINEN A LAS UNIDADES DE MAMA	188

5.4	ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO-PROFESIONALES DEL PERSONAL ENFERMERO DE LAS UNIDADES DE MAMA, SUS FUNCIONES Y LA RELACIÓN ENTRE AMBAS.....	192
5.4.1	Análisis de las características socio-profesionales del personal de enfermería de las unidades de mama	193
5.4.2	Análisis de las funciones del personal de enfermería y su relación con las características socio-profesionales	195
5.5	DISCUSIÓN DEL ROL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE MAMA, REALIDAD SOBRE LA FORMACION DE LOS MISMOS Y OPINIÓN SOBRE LAS NECESIDADES DE UNA ESPECIALIZACIÓN EN PATOLOGÍA MAMARIA	203
5.6	LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	206
6.	CONCLUSIONES	213
7.	BIBLIOGRAFÍA	219
	ANEXOS.....	253

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tasas de cáncer de mama en Europa en 2012.

Tabla 2. Previsiones de incidencia y mortalidad por cáncer de mama en Europa según GLOBOCAN.

Tabla 3. Previsiones de incidencia y mortalidad por cáncer de mama en España según GLOBOCAN.

Tabla 4. Bases de datos empleadas en la búsqueda bibliográfica.

Tabla 5. Términos de búsqueda empleados en las bases de datos.

Tabla 6. Descriptores y sinónimos utilizados en la búsqueda bibliográfica.

Tabla 7. Apartados de la encuesta “Papel del personal de enfermería en las unidades de mama”.

Tabla 8. Proceso de selección de hospitales y número de respuestas.

Tabla 9. Resultados de la opinión de los integrantes de la prueba piloto.

Tabla 10. Distribución de la encuesta y grado de participación por CCAA.

Tabla 11. Distribución de la encuesta y grado de participación por provincias.

Tabla 12. Descripción de las características socio-profesionales del personal de enfermería en las unidades de mama.

Tabla 13. Obtención de conocimientos sobre manejo multidisciplinar de la patología mamaria de las enfermeras de las unidades de mama.

Tabla 14. Características de las unidades de mama españolas.

Tabla 15. Tareas que desarrolla el personal de enfermería en las unidades de mama.

Tabla 16. Opinión de los encuestados en cuanto a su rol en la unidad y necesidad de formación.

Tabla 17. Relación entre las características socio-profesionales y las funciones que desarrollan los profesionales de enfermería en las unidades de mama.

Tabla 18. Relación entre las características socio-profesionales y la opinión del personal de enfermería respecto a su rol en las unidades de mama.

Tabla 19. Valores propios del análisis global de correspondencias múltiple.

Tabla 20. Coordenadas de las categorías de las variables en el primer plano factorial.

Tabla 21. Contribución de las categorías de las variables en cada dimensión.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Incidencia estimada de cáncer de mama en Europa en 2012 (por 100.000 habitantes).

Figura 2. Mortalidad estimada por cáncer de mama en Europa en 2012 (por 100.000 habitantes).

Figura 3. Resultados de la prueba piloto sobre la comprensión del objetivo de la encuesta.

Figura 4. Resultados de la prueba piloto sobre la sensación percibida al responder a la encuesta.

Figura 5. Resultados prueba piloto sobre la claridad en la redacción de las preguntas.

Figura 6. Resultados prueba piloto sobre el tiempo dedicado para responder la encuesta.

Figura 7. Resultados prueba piloto sobre la relación de las respuestas con su experiencia personal.

Figura 8. Resultados prueba piloto sobre la necesidad de pensar demasiado las respuestas.

Figura 9. Resultados prueba piloto sobre la existencia de puntos enojantes o confusos.

Figura 10. Resultados prueba piloto acerca de la adecuada extensión de la encuesta.

Figura 11. Resultados prueba piloto sobre la elusión a puntos importantes en la encuesta.

Figura 12. Servicios a los que han accedido las enfermeras antes de ejercer en la unidad de mama.

Figura 13. Personal enfermero con postgrado de especialista universitario en senología.

Figura 14. Figura responsable de la redacción del acta en las sesiones multidisciplinarias.

Figura 15. Correlación entre asesoramiento a pacientes y tipo de titulación.

Figura 16. Correlación entre seguimiento de las heridas y antigüedad profesional.

Figura 17. Correlación entre enfermeras que realizan educación de pacientes respecto a la titulación.

Figura 18. Correlación entre educación de pacientes y relación con la unidad de mama.

Figura 19. Correlación entre las enfermeras de la unidad de mama que no citan y su titulación.

Figura 20. Correlación entre las enfermeras que citan y su relación con la unidad de mama.

Figura 21. Correlación entre enfermeras que coordinan tareas y su relación con la unidad de mama.

Figura 22. Correlación entre enfermeras que puncionan seromas y su relación con la unidad de mama.

Figura 23. Correlación entre enfermeras que gestionan los casos y su relación con la unidad de mama.

Figura 24. Correlación entre la participación en grupos de apoyo y la edad de las enfermeras de unidad de mama.

Figura 25. Histograma de los valores propios del ACM.

Figura 26. Representación de las categorías de las tareas enfermeras del ACM.

Figura 27. Representación de las enfermeras sobre el primer plano factorial del ACM.

Figura 28. Representación de las enfermeras sobre el primer plano factorial del ACM distinguiendo su titulación.

Figura 29. Representación de las enfermeras sobre el primer plano factorial del ACM según estudios de postgrado.

Figura 30. Representación de las enfermeras sobre el primer plano factorial del ACM según tengan o no el postgrado en senología.

Figura 31. Representación de las enfermeras sobre el primer plano factorial del ACM distinguiendo su experiencia laboral.

Figura 32. Representación de las enfermeras sobre el primer plano factorial del ACM distinguiendo su dedicación a la unidad de mama.

Figura 33. Distribución de la encuesta y participación por comunidades autónomas en 2004 y 2014.

RESUMEN

RESUMEN

Introducción

En la actualidad, el cáncer de mama es la neoplasia diagnosticada con mayor frecuencia entre las mujeres de todo el mundo y también la principal causa de muerte entre las mismas. Gracias a los avances en la investigación y al desarrollo de nuevas tendencias diagnósticas y terapéuticas, cada vez existe una mayor concienciación sobre la necesidad de un planteamiento multidisciplinar para el correcto tratamiento de la enfermedad en todas sus fases. Para que los equipos multidisciplinarios funcionen de forma óptima es imprescindible que cada miembro posea una formación altamente cualificada y especializada en patología mamaria añadida a la propia de su profesión, tal y como se establecen en las recomendaciones de EUSOMA. Dentro del equipo, el profesional de enfermería desempeña un papel muy importante como pieza clave de los cuidados holísticos del paciente. Debido a los escasos estudios existentes sobre esta figura en las unidades de mama, se hace necesario la realización de nuevos estudios que pongan de manifiesto cuáles son las funciones que desarrolla, su grado de participación como miembros del equipo multidisciplinar, así como la necesidad de una formación especializada para garantizar la calidad de los cuidados.

Material y método

Estudio transversal, realizado sobre una muestra de 145 profesionales de enfermería que trabajan en los servicios de patología mamaria de 233 hospitales nacionales. La recogida de información se realizó mediante un cuestionario autocumplimentado, previamente validado, sobre el conocimiento, opiniones y actitudes de dichos profesionales sobre las unidades de mama españolas. La encuesta consistió en 40 preguntas y se envió por correo postal desde la provincia de Castellón. Se realizó un análisis descriptivo de variables, un análisis correlacional y un ACM.

Resultados

Se ha obtenido un instrumento de medida adecuado para la recopilación de las características que definen a las unidades de mama españolas y a su personal enfermero. La tasa de participación de los hospitales con unidad de mama (62.23%) fue satisfactoria. Destaca el alto porcentaje de encuestados que trabajan en las

unidades de mama de manera preferente o exclusiva (73.8%), la existencia de protocolos escritos sobre el diagnóstico y tratamiento (90%), así como el elevado número de hospitales con consulta dedicada sólo a patología mamaria (86.21% de respuestas). El profesional de enfermería desarrolla numerosas funciones dentro de las unidades, predominando el asesoramiento a las pacientes afectas de cáncer de mama (90.34%), el manejo de los drenajes (76.55%) y el seguimiento postoperatorio de las heridas quirúrgicas (75.86%). Asimismo, se siente reconocido en la unidad y muestra un gran interés por la formación continuada y por la especialización en oncología mamaria con el fin de proporcionar a las pacientes unos cuidados de la más alta calidad.

Conclusiones

Las unidades de mama se encuentran ampliamente distribuidas en el territorio nacional, aunque de una manera heterogénea y sin un patrón definido. El profesional de enfermería se sitúa como un elemento básico en las mismas debido al importante papel que desempeña. El apoyo emocional e informativo a las pacientes favoreciendo el desarrollo de nuevas habilidades es la labor más realizada por el personal de enfermería de las unidades de mama. Actualmente existe una formación muy limitada en patología mamaria para enfermería, por lo que se hace necesaria la promoción de una educación especializada implantando títulos de postgrado en este ámbito, así como la posibilidad de la Especialización en Oncología Mamaria como una nueva especialidad en enfermería a propuesta del Ministerio de Educación y Ciencia y del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Palabras clave

Personal de enfermería. Enfermería oncológica. Unidad de mama. Tratamiento del cáncer de mama. Tratamiento integral. Equipo multidisciplinar. Cáncer de mama.

ABSTRACT

ABSTRACT***Introduction***

Currently, breast cancer is the most commonly diagnosed neoplasm among women worldwide and the main cause of death among them. Thanks to the advances in research and development of new diagnostic and therapeutic trends, there is an increasing and greater awareness of the necessity of a multidisciplinary approach for the proper treatment of the disease at all stages. In order to multidisciplinary teams to function optimally, highly skilled and extra- specialized training in breast disease for each member is essential in addition to that of his/her own profession, as EUSOMA recommends. Within the multidisciplinary team, the nurse plays a very important role as a key member of holistic patient care. Because of the few studies on this figure in breast units, it is necessary the realization of new ones that reveal what the functions carried out, their level of involvement as members of the multidisciplinary team, as well as the need about a necessary specialized to ensure the quality of care training.

Material and Method

A cross sectional study conducted on a sample of 145 nurses working in breast disease services of 233 national hospitals is presented. The collection of information was performed by a satisfaction questionnaire, previously validated on knowledge, opinions and attitudes of these professionals on Spanish breast units. The survey was consisted of 40 questions, and was sent by post from the province of Castellón. A descriptive analysis of variables, a correlational analysis and an ACM was conducted.

Results

A suitable measuring instrument for the collection of the defining characteristics of Spanish breast units and their nursing staff was obtained. The participation rate of hospitals with breast unit (62.23%) was satisfactory. A high percentage of participants (73.8%) were full time or preferent and treatment (90%) and the large number of hospitals with consultation dedicated only to breast disease (86.21% response rate) were remarkable. The nurse staff develops numerous ial workers in the breast units.

The existence of written protocols for the diagnosis functions within units predominating the advice to patients affected breast cancer (90.34%), management of drains (76.55%) and postoperative scars follow-up (75.86%). and shows great interest in continuing education and specialization in breast oncology in order to provide patients the highest quality care.

Conclusions

Breast units are widely distributed in the national territory, even in a heterogeneous manner without a definite pattern. The nurse staff are a staple in them because they have an important role. The emotional and informational support to patients by encouraging the development of new skills is the most performed task by the nursing staff breast units. Actually, there are a very limited training in breast disease for nursing, so the promotion of specialized education implanting graduate degrees in this area is necessary, as well as the possibility of Specialization in Breast Oncology like a new specialty in nursing proposed by the Ministry of Education and Science and the Ministry of Health.

Key Words

Nurses. Oncology nursing. Breast unit. Treatment of breast cancer. Comprehensive treatment. Multidisciplinary team. Breast cancer disease.

INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer es uno de los problemas de salud crónicos más relevantes al cual se está enfrentando la sociedad en la actualidad. Concretamente, el cáncer de mama es a día de hoy un problema de salud pública y comunitaria con una enorme repercusión social, que requiere la implicación de toda una serie de profesionales cualificados para su prevención, diagnóstico y tratamiento. Esta enfermedad repercute directamente en la mujer que lo padece y además también lo hace en las personas de su alrededor.

En 2008 se estimaron 12.7 millones de nuevos casos de cáncer en todo el mundo y 7.6 millones de muertes por esta enfermedad. El cáncer de mama constituyó el 10.9% (1.38 millones) de todos los nuevos diagnósticos de cáncer y el 14% (458.000) de todos los decesos por cáncer en ese mismo año (1).

En el año 2012 se registraron a nivel mundial 14 millones de nuevos casos de cáncer y 8,2 millones de muertes relacionadas con algún tipo de neoplasia. Se prevee además que el número de casos nuevos de cáncer aumente hasta alcanzar los 22 millones en el año 2032 (2).

La American Cancer Society (3) define el cáncer de mama como “un tumor maligno que se origina en las células del seno”. Un tumor maligno es un grupo de células cancerosas que pueden crecer e invadir los tejidos cercanos o bien propagarse y hacer metástasis en partes distantes del cuerpo.

Según la Organización Mundial de la Salud, en adelante OMS, se trata de una enfermedad heterogénea, tanto en su biología como en sus manifestaciones clínicas (4).

1.1 EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER DE MAMA

“Casi 10 millones de personas mueren de cáncer cada año en el mundo; una de cada tres mujeres y uno de cada dos hombres serán diagnosticados de cáncer a lo largo de su vida, y en países occidentales el cáncer ya ha superado a la enfermedad cardiovascular como causa más frecuente de muerte” (5).

A nivel mundial, la neoplasia de mama es el tumor diagnosticado con mayor frecuencia entre las mujeres de todo el mundo, independientemente de su raza o grupo étnico, tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, tratándose además de la principal causa de muerte por esta enfermedad entre las mujeres (6). El cáncer de mama representa el 23% del total de nuevos casos de cáncer y el 14% de los decesos por esta causa (7).

Según indica la Breast Cancer Organization, las mujeres de raza blanca parecen ser más propensas a desarrollar cáncer de mama que las mujeres afroamericanas. No obstante, en menores de 45 años, este tipo de cáncer es más común en las mujeres afroamericanas que en las blancas. En términos generales las mujeres que menos probabilidades tienen de desarrollar un cáncer de mama son las asiáticas, latinas y nativas norteamericanas (8).

GLOBOCAN es un proyecto de salud llevado a cabo por Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (en adelante IARC) que tiene como objetivo proporcionar estimaciones contemporáneas de la incidencia, prevalencia y años de vida de los principales tipos de cáncer a nivel nacional, para los 184 países del mundo. Según las últimas publicaciones de GLOBOCAN, en el año 2012 se diagnosticaron 14.1 millones de nuevos casos de cáncer en el mundo (9). De éstos, 1,67 millones correspondieron a nuevos casos de cáncer de mama (25% de todos los cánceres diagnosticados en mujeres en 2012) (10). El número de defunciones por cáncer a nivel mundial en el mismo año ascendió a un total de 8.2 millones (9), de las cuales el cáncer de mama fue responsable de 521.900 casos (cerca de un 15% de todas las muertes por cáncer entre las mujeres) constituyendo la quinta causa de muerte por cáncer (10).

Según informes de la OMS, entre 2008 y 2012 la incidencia del cáncer de mama a nivel mundial ha aumentado un 20%, por lo que se ha convertido en el segundo tipo de cáncer más común en el mundo, y con diferencia el principal en las mujeres (11). Este aumento, en gran parte es debido a la mayor longevidad de la población, ya que la edad es uno de los factores de riesgo más importantes para la aparición del cáncer, aunque, como se verá más adelante, existen otros (5). La prevalencia y mortalidad por cáncer de mama aumentará en los próximos años, ya que, según las previsiones de la OMS, la cifra de nuevos casos alcanzará los 2.5 millones y la de muertes podrá llegar hasta 800.000 para el año 2025 (11).

Aproximadamente la mitad de todos los casos de cáncer de mama y un 38% de las defunciones por esta causa tienen lugar en los países más desarrollados. Las Naciones Unidas definen las regiones más y menos desarrolladas a nivel mundial en función de criterios estadísticos de incidencia y mortalidad. Así, las regiones “más desarrolladas” las componen Europa, Norteamérica, Australia y Japón. Las “menos desarrolladas” están constituidas por todas las regiones de África, Asia (excluyendo Japón), Latinoamérica y el Caribe, Melanesia, Micronesia y Polinesia (12). Las tasas más altas de incidencia y mortalidad por cáncer de mama se encuentran en Norteamérica, Australia y el Noroeste de Europa. En Europa central y del este, Latinoamérica y el Caribe existen unas tasas intermedias; África y Asia poseen las más bajas (10).

El programa SEER (Surveillance, Epidemiology and End Results) del Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos de América comenzó, en 1973, la recogida sistemática de datos sobre el cáncer en los diferentes estados que forman el país. Aunque este programa no es representativo del total de la nación ya que no cubre toda la geografía estadounidense, la American Cancer Society, en adelante ACS, estima que proporciona evidencia de los patrones actuales de incidencia y mortalidad del cáncer de mama en los Estados Unidos. Este programa ha permitido analizar los cambios en dichos patrones a lo largo de los años y también afirmar que una de cada 8 mujeres (casi un 12%) desarrollará un cáncer de mama a lo largo de su vida (13). Actualmente, se trata de la segunda causa más frecuente de muerte por cáncer en las mujeres de dicho país, después del cáncer de pulmón (10).

Organismos como el National Center for Health Statistics, en adelante NHCS, utilizan los datos del programa SEER para realizar las previsiones anuales de nuevos casos de cáncer de mama en EEUU, así como la estimación de muertes por la enfermedad. Las valoraciones se basan en datos disponibles, que suelen tener 3 o 4 años de antigüedad. Así, en el año 2010, el número de mujeres en los Estados Unidos que recibió un diagnóstico de cáncer de mama fue de 206.966, mientras que el número de defunciones alcanzó las 40.996 mujeres. Dos años más tarde, estas cifras se incrementaron alcanzando un total de 224.147 nuevos casos y 41.150 fallecimientos (6). En 2013 la previsión del diagnóstico de nuevos casos de cáncer de mama fue de 232.340 mujeres, mientras que alrededor de 39.620 perdieron la vida por esta enfermedad (8). Para el 2015 se ha hecho una tasación de 231.840 nuevos casos de cáncer de mama en mujeres, lo que representa un 29% de todos los cánceres, y 40.290 muertes, correspondientes a cerca de un 15% del total de fallecimientos (14). La American Cancer Society estima que en 2016 ya se habrán diagnosticado 246.660 nuevos casos de neoplasias de mama en mujeres, y 40.450 fallecimientos femeninos por esta causa en los EEUU (15).

1.1.1 El cáncer de mama en Europa

El cáncer de mama es también la neoplasia más frecuente de la mujer europea. En el año 2000 se calculó un diagnóstico de cerca de 350.000 nuevos casos y 130.000 muertes por esta causa (16).

La información sobre la incidencia procede de los registros poblacionales de cáncer. Un registro de cáncer es un sistema de información diseñado para recolectar, almacenar, analizar y disponer de los datos de los cánceres que se presentan en un determinado ámbito de estudio. Para que la información sea útil, el registro debe cumplir con los criterios de calidad de acuerdo con los criterios fijados por la IARC, la cual publica periódicamente la información de todos los registros poblacionales del cáncer bajo el título "*Cancer Incidence in Five Continents*". La IARC mantiene también la base de datos on-line GLOBOCAN, con las estimaciones de incidencia más actualizadas para todo el mundo (17). La tasa de incidencia es el número de casos nuevos que aparecen durante un periodo de tiempo determinado en una

población concreta. Esta información, recogida de forma rutinaria por los registros de cáncer, se expresa como número absoluto de casos al año o como tasa por 100.000 habitantes y año, en el caso de cáncer de mama femenino sería por 100.000 mujeres-año. Esta última forma aporta una aproximación al riesgo de padecer cáncer, y es particularmente útil al comparar poblaciones (18).

Según la IARC, en 2006 se diagnosticaron unos 429.900 casos nuevos de cáncer de mama en Europa, con una tasa estandarizada de incidencia de 110 casos por 100.000 mujeres y con una tasa estandarizada de mortalidad de 18.6 por 100.000 mujeres-año (1). En 2012 se estimaron en Europa 3.45 millones de nuevos casos de cáncer (excluyendo cáncer de piel) y 1.75 millones de muertes por esta enfermedad. Entre las mujeres, el tipo de cáncer más diagnosticado fue el de mama, con un total de 464.000 casos. La neoplasia de mama es también la primera causa de muerte por cáncer entre la población femenina, alcanzando cifras de 131.000 defunciones en ese mismo año (19). Los datos de incidencia, mortalidad y prevalencia a 5 años en el 2012 en Europa según las estimaciones de GLOBOCAN quedan plasmados en la tabla 1.

Año	Incidencia	Mortalidad	Prevalencia		
			1 año	2 años	5 años
2012	458718	131347	412258	1159520	1814572

Tabla 1: *Tasas de cáncer de mama en Europa en 2012*

En dicho año, la tasa media europea de incidencia de cáncer de mama fue de 69.9 por 100.000 habitantes (ajustada a la edad de la población mundial estandarizada), aunque se mantuvieron diferencias regionales significativas en la incidencia y mortalidad por esta enfermedad. Así, las regiones de alta incidencia se localizaron en el norte y oeste europeos, mientras que el sur y el este presentaron tasas más bajas. Por países, Bélgica se situó entre los valores máximos con 111.9 y Grecia entre los mínimos con 43.9, mientras que España, con un valor de 67.3 por 100.000 habitantes, se situó por debajo de la media (9).

En términos generales, se considera que la incidencia del cáncer de mama está aumentando a razón de una tasa global de 1 a 3% anual, con una clara tendencia hacia a la aceleración (9). En la figura 1 se presentan las tasas de incidencia de algunos países europeos. Los datos se han extraídos de los registros de EUCAN, y se corresponden con los resultados más actuales.

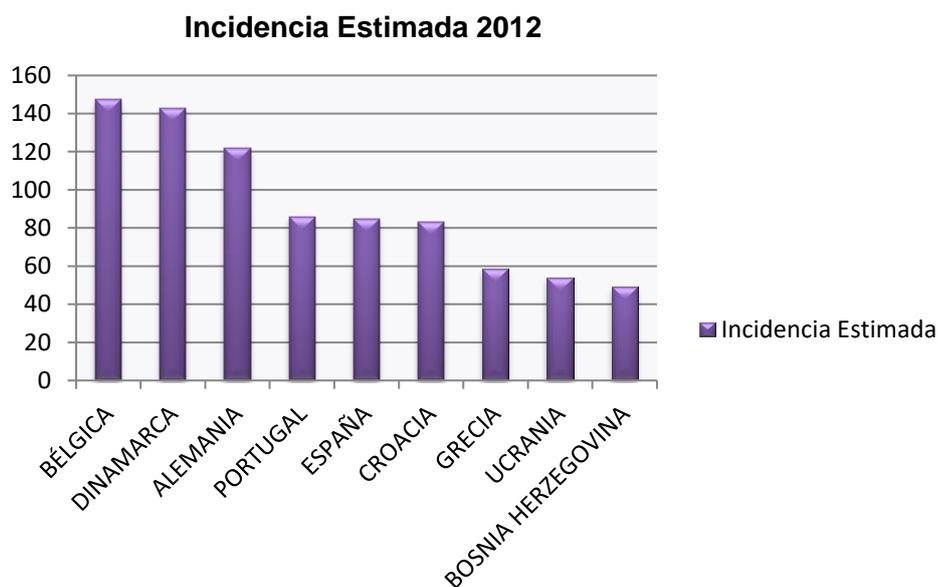


Figura 1. Incidencia estimada de cáncer de mama en Europa en 2012 (por 100.000 habitantes)

La mortalidad es el número de muertes en un tiempo y población definidos. Se puede expresar en número absoluto o como tasa por 100.000 habitantes y año. La mortalidad depende de la incidencia y de la enfermedad. La mortalidad por cáncer de mama aumentó desde 1950 hasta 1980 en toda Europa (excepto en Noruega y Suecia) llegando a su punto más alto en 1990 (14.74 muertes/100.000 habitantes). A partir de este momento, esta tendencia se invierte debido al éxito de los nuevos tratamientos y al efecto de los programas de cribado sobre la mortalidad, y va descendiendo hasta el 2009, momento en el que se da el índice más bajo de la enfermedad de los últimos años (13.01 muertes/100.000 habitantes).

El Centro Internacional de Investigaciones sobre el cáncer (CIIC) de la Organización Mundial de la Salud declaró que, en el año 2000, el cáncer de mama fue la causa más frecuente de muerte en mujeres con edades comprendidas entre los 35 y 55 años. En Europa, durante ese mismo año, las tasas de incidencia más altas se observaron en las regiones occidentales y septentrionales, con un aumento del 1.5% al año. En la Europa occidental, el riesgo de presentar un cáncer de mama fue un 60% superior al de Europa oriental. También se observó ese mismo año que las pacientes entre 40 y 49 años tenían el mejor pronóstico en todos los países, mientras que la peor evolución la presentaban las pacientes menores de 30 años (20). En el año 2002 murieron por cáncer de mama en Europa un total de 128.923 mujeres (17).

En las últimas décadas se ha registrado un constante aumento en la incidencia y mortalidad por cáncer de mama en Europa. La mejora en los métodos diagnósticos, así como la implementación de programas masivos de detección precoz pueden considerarse una de las causas del aumento de la incidencia. Si nos remitimos al último año sobre el que se disponen de datos actualizados, se puede advertir que 131.347 personas fallecieron por cáncer de mama en Europa en 2012 por lo que se constata el incremento de los decesos por cáncer de mama en Europa en la última década (9).

Por países, la tasa de mortalidad por cáncer de mama para el ese año, sitúa a Bélgica entre los valores máximos con 29.5, seguido de Dinamarca con 28, Ucrania 25.1, Grecia con 21 y España tuvo una mortalidad de 16.7 por 100.000 habitantes. La figura 2 representa la mortalidad estimada en países de la Unión Europea en el año 2012. Los datos se han extraído de los registros de EUCAN y se corresponden con las cifras más actualizadas.

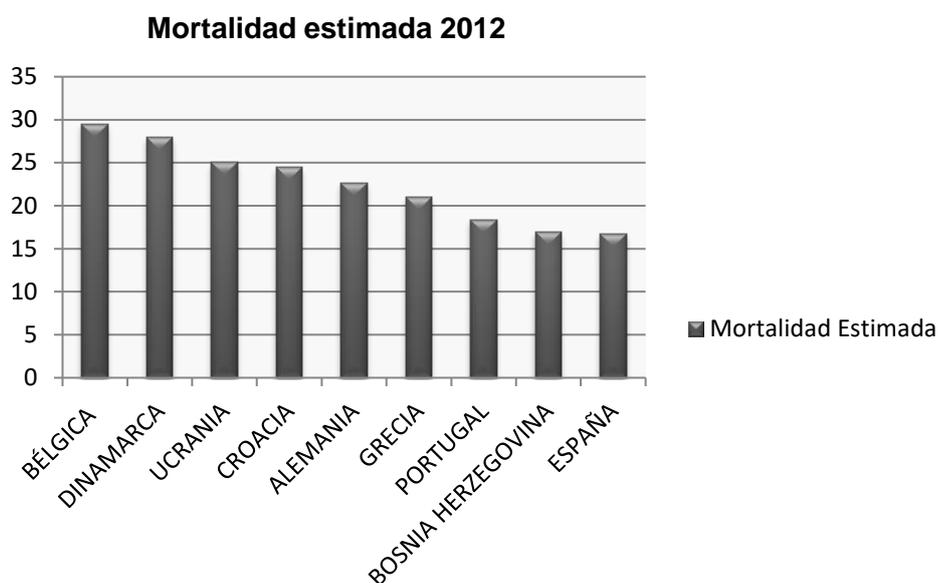


Figura 2. Mortalidad estimada de cáncer de mama en Europa en 2012 (por 100.000 habitantes)

En los próximos años se presagia un aumento, tanto del número de casos nuevos como del número de muertes por neoplasia mamaria. En la tabla 2 se plasman las previsiones de GLOBOCAN para el 2015 y 2020 sobre incidencia y mortalidad.

Año	Número estimado de casos nuevos en Europa	Número estimado de muertes en Europa
2012	458.718	131.347
2015	471.724	135.940
2020	487.517	141.053

Tabla 2. Previsiones de Incidencia y mortalidad por cáncer de mama en Europa según GLOBOCAN

La supervivencia o prevalencia viene definida por el tiempo transcurrido tras el diagnóstico (supervivencia a 1, 3 o 5 años) y depende del estadio de la enfermedad en el momento de la detección, así como de la implementación del tratamiento, representando el principal indicador de interés para las pacientes, ya que refleja la probabilidad de sobrevivir al menos 5 años. La mejor fuente de información sobre supervivencia en Europa procede de los estudios del Registro Europeo del Cáncer, en adelante EUROCARE (21), que cuantifican la supervivencia observada y relativa para todos los casos incluidos en los registros poblacionales de cáncer. Los datos de supervivencia varían ampliamente entre unos países de Europa y otros (22).

Los resultados del informe de EUROCARE- 5 ponen de manifiesto que se ha producido un aumento de manera constante en la supervivencia por cáncer de mama a los 5 años en todas las regiones europeas. Además, la brecha en la supervivencia entre el este y el oeste europeo se está cerrando. Por ejemplo, las mejoras en la supervivencia del cáncer de mama en el este de Europa entre 1999 y 2007 (70 a 75%) han reducido la diferencia porcentual con los países con mejores resultados (el norte de Europa) en los mismos periodos de tiempo (82 a 85%). En el Reino Unido e Irlanda siguen existiendo una supervivencia más corta que la media europea, pero se acercan a las tasas medias de supervivencia de mama. Los países nórdicos (con la excepción de Dinamarca), los países de Europa Central, como Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Suiza y Países Bajos, y algunos países del sur de Europa, especialmente en Italia, Portugal y España, tienen la mejor supervivencia (23).

1.1.2 El cáncer de mama en España

Según las estimaciones de GLOBOCAN y la SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica), la incidencia de cáncer en España en el año 2012, excluyendo el cáncer de piel, alcanzó un total de 215.534 casos, con una predicción para el año 2020 de 246.713 nuevos casos. Los tumores que más se diagnosticaron en la población, hablando en términos generales, correspondieron a cáncer de colon (con 32.240 casos nuevos), seguido del cáncer de próstata (27.853 casos nuevos), pulmón (26.715 casos nuevos), mama (25.215 casos nuevos) y vejiga (13.789 casos nuevos) (9,24).

En el caso de la mujer, el cáncer de mama es, con gran diferencia, la neoplasia más frecuente en nuestro país, con una estimación en el año 2012 de 25.215 nuevos casos al año, representando casi el 30% de todos los tumores del sexo femenino (9). Le siguen con cifras significativamente menores, el cáncer de colon con 12.979 casos nuevos, el de útero (5.121), pulmón (4.935) y ovario (3.236 casos nuevos) (24). La mayoría de los casos de cáncer de mama se diagnostican entre los 35 y los 80 años, con un máximo entre los 45 y los 65, por lo que se recomienda realizar mamografías periódicas a partir de los 45 años (25).

En España no se dispone de información directa sobre el número de casos nuevos que se diagnostican al año al no existir un sistema nacional de registro de tumores. Es por ello que la IARC utiliza datos procedentes de los registros poblacionales de cáncer como REDECAN (Red de Registros de Cáncer) y proporciona unas estimaciones para España. Tanto el número de casos como las tasas de incidencia aumentan lentamente en España y en todo el mundo entre un 1 y un 2% anual (25), probablemente debido al envejecimiento de la población, cambios en los patrones reproductivos y en los hábitos de vida, la introducción de la terapia hormonal sustitutiva y a un diagnóstico cada vez más precoz (17), y las predicciones apuntan a que esta tendencia continuará así (26). A pesar de ello, la incidencia en España es baja, situándose por debajo de países como EEUU, Canadá, Reino Unido, Bélgica, Alemania, Francia o Suiza. Además, la distribución geográfica de la incidencia es notablemente variable según las provincias españolas, existiendo una media nacional que se sitúa en 50,9 casos / 100.000 habitantes (25).

En el año 2015, según el informe GLOBOCAN, la cifra estimada de nuevos casos de cáncer de mama en España es de 26.285, de los cuales 16.092 son detectados en mujeres con edades inferiores a los 65 años (9). Teniendo en cuenta las previsiones demográficas proporcionadas por las Naciones Unidas, se calcula que en 2020 se diagnosticarán 246.713 casos nuevos de cáncer en España, de los cuales, 28.010 serán nuevos casos de cáncer de mama, de los que 17.044 se producirán en mujeres con edad inferior a 65 años (24).

En la actualidad, la supervivencia por cáncer de mama supera el 80% y continúa creciendo gracias a los programas de detección precoz y a las lecciones

derivadas de los ensayos clínicos (27). Las tasas de mortalidad por cáncer de mama en España sufrieron un incremento hasta la década de los años 90 (28); a partir de entonces, dichas tasas comenzaron a decrecer a razón de un 2.4% anual (17). Los rangos de mortalidad son muy variables en función de los grupos de edad, de hecho, existe una tendencia decreciente en mujeres jóvenes y de mediana edad, mientras que en mujeres mayores los rangos se mantienen prácticamente estables (26).

En el año 2012, último año sobre el que se dispone de datos actualizados, el de mama continúa siendo la primera causa de muerte por cáncer en la población femenina, aunque España, con una tasa de mortalidad de 6.075 muertes al año, y con un número variable de defunciones según provincias, representa la tasa de mortalidad más baja de la Unión Europea (9,27). Las estimaciones de GLOBOCAN para el año 2015 apuntan a un total de 6.381, con 2.270 casos en menores de 65 años. Las previsiones para el 2020 ascienden a una cifra de 6.856 decesos, de los que 2.445 tendrán lugar en mujeres con edades inferiores a los 65 años (9). Se concluye que, tanto la incidencia como la mortalidad por cáncer de mama en España van en aumento, al igual que ocurre en el resto de los países europeos.

En la tabla 3 se resumen los datos sobre incidencia y mortalidad en España en los años 2012, 2015 y 2020 según las estimaciones de GLOBOCAN.

Año	Número estimado de casos nuevos en España	Número estimado de muertes en España
2012	25.215	6.075
2015	26.282	6.381
2020	28.010	6.856

Tabla 3. *Previsiones de Incidencia y mortalidad por cáncer de mama en España según GLOBOCAN*

1.1.3 Factores de riesgo de cáncer de mama

Un factor de riesgo es todo aquello que aumenta la probabilidad de que una persona desarrolle una enfermedad (29). Existen numerosos factores de riesgo, tanto endógenos como exógenos, que modifican la posibilidad de padecer cáncer de mama. Estos factores pueden estar asociados al modo de vida de la mujer en la sociedad actual (paridad, lactancia, dieta y obesidad, alcohol y tabaco); al balance hormonal (edad de la menarquia, ciclo menstrual, ingesta de anticonceptivos orales y terapia hormonal sustitutiva); características antropométricas, radiación o predisposición genética (30). No obstante, en el 50% de los casos de cáncer de mama no se observa ningún factor de riesgo (29).

1.1.3.1 La edad

La edad es el principal factor de riesgo no modificable para desarrollar un cáncer de mama, aunque se trata de un factor que no es constante a lo largo de la vida (31).

El cáncer de mama es poco frecuente en mujeres jóvenes; a partir de los 30 años, el riesgo es de 1 entre 250 durante los siguientes 10 años y aumenta conforme aumenta la edad: una mujer de 40 años, tiene una probabilidad entre 77 de desarrollar la enfermedad en los siguientes 10 años. Cuanto más tiempo viva una mujer sin desarrollar un cáncer de mama, menor es la probabilidad de que lo desarrolle en el tiempo restante de supervivencia (32). Una edad superior a 50 años eleva el riesgo de padecer cáncer de mama en 6.5 respecto a la edad por debajo de los 50. Este aumento en el riesgo es progresivo, a mayor edad, mayor riesgo. Sin embargo, el pico de incidencia de cáncer de mama se sitúa alrededor de los 50 años, coincidiendo con la menopausia (33).

1.1.3.2 Factores reproductivos y hormonales

Determinados factores reproductivos y hormonales se han relacionado con un aumento del riesgo de cáncer de mama: menarquia a una edad temprana, retraso del primer embarazo, baja paridad y menopausia tardía (34).

La menarquia precoz y la menopausia tardía aumentan el riesgo de cáncer de mama. A pesar de que el aumento de riesgo es leve, por cada año que se retrasa la menopausia, aumenta el riesgo relativo multiplicándose por 1.029; y por cada año que se adelanta la menarquia, el riesgo relativo aumenta en 1.050 (35).

El empleo de anticonceptivos orales y su relación con la elevación del riesgo de cáncer de mama ha sido objetivo de diversos proyectos de investigación. El *Grupo Colaborativo sobre Factores Hormonales en Cáncer de Mama* analizó en 1996 de forma conjunta los datos de todos los estudios publicados hasta la mitad de los años noventa. Concluyó que las mujeres que tomaban anticonceptivos orales presentaban un riesgo levemente elevado, igualándose el riesgo con el de aquellas mujeres que no los habían ingerido a los diez años de haber interrumpido esta terapia (36). Desde la publicación de este trabajo, distintos estudios han obtenido resultados muy diversos: desde un mayor riesgo a menor edad de ingesta de los anticonceptivos orales (37), a un aumento del riesgo en relación a la duración del tratamiento, junto con una significativa relación entre el consumo de píldoras anticonceptivas y la incidencia de cáncer de mama (38), e incluso no existir una certeza entre ambos (39).

Diversos estudios han relacionado el Tratamiento Hormonal Sustitutivo (THS) con un aumento de la incidencia del cáncer de mama (40,41). Los estudios han descrito la existencia de una acentuación del riesgo del cáncer de mama en todos los tratamientos hormonales, siendo los estrógenos asociados con gestágenos los asociados a un mayor incremento de riesgo (42).

1.1.3.3 Dieta y ejercicio físico

Casi un 30% de determinados cánceres, entre los que se encuentra el de mama, podrían evitarse según estudios de la OMS, controlando la dieta para evitar el sobrepeso y manteniendo una actividad física regular (43).

Los alimentos contienen diferentes nutrientes y compuestos que pueden iniciar, acelerar o incluso detener el desarrollo de un tumor maligno. Se ha estudiado el cáncer de mama en relación con la obesidad, la actividad física y, en fecha más reciente, con patrones metabólicos vinculados con la ingestión de nutrimentos que aportan calorías, como los hidratos de carbono. Aunque los mecanismos no se han definido con claridad, se ha identificado que la obesidad, evaluada a través del índice de masa corporal (IMC), es un factor de riesgo para la neoplasia mamaria en las mujeres posmenopáusicas, y un factor protector en las mujeres premenopáusicas (44,45). Además, se ha percibido un efecto protector de ciertos vegetales, frutas, pescado, fibra, vitamina B₁₂, folatos, fitoestrógenos, licopeno y grasas poliinsaturadas, así como un riesgo potencial cuando existe una elevada ingestión calórica por consumo de carnes rojas, procesadas, leche y productos lácteos, grasas saturadas y sacarosa (46).

Sin embargo, la relación entre el consumo de frutas y vegetales asociado a la disminución de la neoplasia mamaria también tiene sus detractores (47,48), no existiendo por tanto un consenso absoluto en el modo en que estos alimentos pueden influir en la predisposición a esta enfermedad.

Diversas publicaciones han demostrado el beneficio de una actividad física regular asociado a un descenso del riesgo de cáncer de mama (49,50). Además, estudios han proporcionado evidencias de que existe una relación inversa entre la actividad física y la mortalidad en pacientes con esta patología (51).

1.1.3.4 Antecedentes familiares y predisposición genética

El hecho de tener una historia familiar de cáncer de mama ha sido reconocido desde hace mucho tiempo como un factor de riesgo de desarrollo de esta enfermedad (52). Mientras que el riesgo de una mujer sin ningún antecedente familiar de padecer cáncer de mama es del 7.8% a lo largo de su vida, cuando se trata de una mujer que tiene una hermana o madre afectas, este valor asciende a 13.3%, llegando hasta el 21.1% en caso de tener dos familiares de primer grado con dicha patología (53).

De todos los casos de cáncer de mama, un 70-75% corresponden a casos esporádicos, un 15-20% a agregaciones familiares genéticamente inespecíficas, y un 5-10% a casos hereditarios. De estos últimos, los más conocidos son el BRCA1 y BRCA2, sumando entre ambos únicamente un 5% de los cánceres de mama (54). En la mayoría de los casos en los que se demuestra una agregación familiar, se desconocen los genes asociados, por lo que el riesgo ha de calcularse a partir de diferentes características fenotípicas de los cánceres que han ocurrido en la familia, principalmente número de familiares afectados, bilateralidad, consanguinidad y edad de aparición del cáncer de mama. Las mutaciones en los genes de alta predisposición al cáncer de mama BRCA1 y BRCA 2 continúan siendo la principal causa de cáncer de mama hereditario, y conjuntamente con otros genes menos prevalentes –TP53, STK11 y PTEN- causan aproximadamente el 5% de todas las neoplasias diagnosticadas. Además, la prevalencia de mutaciones en BRCA 1 y BRCA 2 varía considerablemente entre distintas áreas geográficas y grupos étnicos (55).

1.1.3.5 Patología mamaria

Diversos estudios indican que existe relación entre las lesiones preinvasivas de la mama (desde lesiones proliferativas benignas hasta carcinoma in situ) y el desarrollo del carcinoma infiltrante (56,57).

En las mujeres que han tenido una biopsia de mama benigna, el riesgo de cáncer de mama posterior varía de acuerdo a la categoría histológica de enfermedad benigna de mama, existiendo un aumento moderado del riesgo entre aquellas con lesiones proliferativas sin atipia, y un riesgo significativamente mayor entre las mujeres que tienen hiperplasia atípica (58). El resto de patologías benignas, como la enfermedad fibroquística o los fibroadenomas, no parecen incrementar el riesgo de neoplasia mamaria (29).

Las pacientes diagnosticadas de carcinoma ductal infiltrante o carcinoma in situ que son tratadas mediante cirugía conservadora, presentan un mayor riesgo de desarrollar una recidiva en la mama tratada. El diagnóstico de cáncer de mama también comporta un aumento del riesgo para la mama contralateral, aunque no justifica la mastectomía profiláctica en ausencia de otros factores intercurrentes, sino que cada modalidad de tratamiento debe realizarse según las indicaciones terapéuticas más relevantes (59). El carcinoma lobulillar in situ (CLIS) confiere un riesgo relativo de 5 a 8. El aumento de riesgo es mayor cuando el CLIS se diagnostica en la premenopausia y afecta a ambas mamas, mientras que la hiperplasia ductal atípica confiere un riesgo relativo de 2 a 4. El incremento del riesgo es mayor si se diagnostica en la postmenopausia y persiste pasados 10 años (60).

1.1.3.6 Densidad mamográfica

La densidad mamográfica es otro claro factor de riesgo asociado al cáncer de mama (61). Se trata además de un factor de riesgo independiente cuya asociación con el cáncer de mama ha sido investigado en más de 50 estudios en las últimas tres décadas (62-64).

Los programas de cribado mamográfico ofrecen una excelente oportunidad para identificar a estas mujeres de alto riesgo; mujeres con un tejido mamario muy denso tienen un riesgo de desarrollar cáncer de mama entre 1.8 a 6.0 veces mayor que el de las mujeres con la misma edad con poca densidad (65). En términos poblacionales, una densidad mamográfica aumentada, afectando al menos al 50%

de la glándula, contribuye con mayor número de cánceres que cualquier otro factor de riesgo, incluida la historia familiar; hasta una tercera parte de los cánceres de mama pueden ser debidos a un aumento de densidad que afecte a más del 50% de la glándula. Además, este riesgo se mantiene durante al menos 10 años desde la fecha en la que se realizó la mamografía diagnóstica (32).

En España, los Programas de Detección Precoz de Cáncer de Mama se implantaron a principios de los 90 y actualmente todas las comunidades autónomas ofertan este tipo de programas, con una cobertura superior al 90% de la población objeto de estudio (66).

1.1.3.7 Otros factores

Se ha sugerido que sucesos estresantes en la vida de la mujer, tales como el fallecimiento de un hijo, del esposo o un divorcio, se asocian con pequeños, aunque significativos, aumentos en el riesgo de cáncer de mama (67).

El consumo de alcohol parece incrementar levemente y de forma progresiva el riesgo de padecer neoplasia mamaria (68). Diversos estudios evidencian la influencia del tabaquismo con un aumento de la incidencia del cáncer de mama (69-72); algunos de ellos afirman que fumar podría jugar un importante papel en el inicio de esta enfermedad, especialmente cuando el comienzo del hábito tabáquico tiene lugar en edades tempranas (73).

La radioterapia en la niñez o adolescencia, para tratar un cáncer del área del tórax, lleva asociada un riesgo mucho más alto de padecer cáncer de mama; cuanto más joven se inicia una radiación y más alta la dosis, tanto mayor será el riesgo. Además, la mortalidad asociada a cáncer de mama tras un cáncer infantil es substancial (74).

1.1.4 Factores protectores del cáncer de mama

Pese a que no existe consenso entre los investigadores acerca del papel protector del embarazo y la lactancia materna frente al desarrollo del cáncer de mama en la mujer, diversos estudios sugieren que ambos factores disminuyen ligeramente el riesgo de cáncer de mama (75,76). De hecho, recientes publicaciones revelan que la protección frente al cáncer de mama es todavía mayor cuando el embarazo se produce en edades tempranas (77). También existe una correlación significativa entre el tiempo de lactancia materna y la edad de diagnóstico del cáncer de mama en las mujeres con antecedentes familiares y personales de cáncer. Así, períodos de tiempo superiores a 6 meses puede proteger a la madre frente a esta enfermedad (78). La lactancia materna prolongada, además, está inversamente relacionada con el riesgo de padecer cáncer de mama tanto en las mujeres premenopáusicas como entre las mujeres postmenopáusicas (79).

1.2 LAS UNIDADES DE MAMA

La unidad de mama, también denominada unidad de patología mamaria o unidad de mastología, es definida por la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria (SESPM) como “un grupo de profesionales sanitarios que, apoyados en la clínica y en unos medios técnicos imprescindibles, tienen como fin aunar criterios de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con enfermedades mamarias”(80).

Las unidades de mama deben abarcar el tratamiento de la patología mamaria en todas sus fases de presentación, desde las lesiones no palpables del cribado poblacional, hasta la enfermedad metastásica (81). Se trata de un servicio independiente, con capacidad de autogestión que integra un equipo interdisciplinario y que trabaja en una unidad de espacio con el objetivo de conseguir unos estándares de calidad definidos por las sociedades nacionales/internacionales, ofreciendo una cartera de servicios a sus pacientes atendiendo a sus necesidades clínicas, físicas y psicológicas (80).

La unidad funcional de mama tiene su fundamento en el tratamiento multidisciplinario de la patología mamaria. Ello implica la creación de nuevos equipos de trabajo compuestos por cirujanos, radiólogos, patólogos, oncólogos etc. específicamente formados en mastología. La creación de grupos de trabajo de alta calidad permite a medio y largo plazo un ahorro de recursos al Sistema Nacional de Salud, evitando las exploraciones y tratamientos innecesarios y diagnosticando el cáncer de mama en estadio inicial, con posibilidad de curación (81). Lejos de constituir un servicio aislado, requiere la integración funcional en una estructura hospitalaria y precisa la cooperación a tiempo parcial de determinados especialistas de otros servicios del hospital (82).

1.2.1 Antecedentes históricos: creación de las unidades de mama

El concepto de las unidades de mama surge en los años 20 en Nueva York como conjunto de distintos especialistas, cada uno de los cuales aporta su punto de vista en relación a la enfermedad, ya sea en el campo estadístico, clínico, diagnóstico, terapéutico, oncológico u otro, para conseguir solventar todos los problemas mamarios. Esta idea de unidad de patología mamaria fue la vanguardia de lo que ocurriría posteriormente en el resto de Europa (83).

Haagensen, en 1971, había señalado la posibilidad de considerar la mama como una subespecialidad que precisaba de un marco de trabajo concreto. En aquel entonces, había señalado para éste, una serie de requisitos (84):

- Médicos subespecializados en el tema de la mama y coordinados por un anatomopatólogo.
- Equipo de médicos y otros profesionales con especial dedicación a la mama.
- Apoyo tecnológico especializado actualizado en el tema del cáncer.
- Posibilidad de recoger casos clínicos y de seguimiento de los casos.
- Soporte para la investigación clínica y de desarrollo.

La conveniencia de considerar la mama como una especialidad de la medicina tuvo sus orígenes en Francia, cuna de la Senología nacida en Estrasburgo en 1963 con el profesor Charles Marie Gros, el cual define la senología como la “rama de la medicina para el estudio global e integrador de la mama normal y patológica de una forma interdisciplinaria y humanista” (85). Es a este autor a quien se le reconoce el mérito de dar cuerpo de doctrina al concepto de multidisciplinariedad para el estudio de la mama.

La SESPM fue una de las primeras colaboradoras en el proyecto del profesor Gros. El interés en la patología mamaria en Latinoamérica es aún más antiguo bajo el liderazgo del profesor J. Uriburu, extrayendo así la importancia de la senología en los ambientes hispanoparlantes debido a sus orígenes y tradición, lo cual constituye un papel decisivo en la historia moderna de la patología mamaria (86).

Hasta finales de los años 70 las sociedades médicas no valoraron la necesidad clínica de considerar la mama como una subespecialidad, y la importancia por tanto de formar el equipo de profesionales clínicos especialistas en los cuidados de la mama. En los años 80, trabajos como los de Silverstein pusieron de manifiesto el cuidado fragmentado e impersonal con el que se encontraban muchas mujeres con cáncer de mama en los EEUU, haciendo así referencia a la necesidad de crear unidades con dedicación preferente o exclusiva hacia el cuidado de la mama, facilitando, en una gran variedad de problemas mamarios, la centralización de estos cuidados de salud. Este autor habla de “combinar todos los servicios en un ambiente cálido, eficiente, que de soporte y ayude a la paciente”(87).

A principios de la década de los 90 se establecen en el Reino Unido equipos de expertos con la finalidad de organizar la asistencia sanitaria por grupos de enfermedades, formándose así la British Association of Surgical Oncology (BASO). Una de sus guías, la “*Quality Assurance guidelines for Surgeons in the management of Symptomatic Breast Disease*”, trató aspectos relativos a la formación de centros y unidades de mama, así como la elaboración de protocolos de asistencia consensuados (88). Posteriormente, el informe “*A policy framework for commissioning cancer services*”, elaborado en 1995 constituyó una guía para los consumidores y proveedores de servicios oncológicos de Inglaterra y Gales (89). El principio director

de esta guía fue el acceso universal a unidades de alta calidad especializadas en cáncer. Las unidades de cáncer deben estar integradas en el hospital, con posibilidad de recibir pacientes de forma preferente desde Atención Primaria y además disponer de cirujano especializado en el área anatómica a tratar (81). Así, la atención oncológica se estructuraría a tres niveles: primaria (criterios de derivación), unidades de cáncer (hospitales comarcales) y centros oncológicos de referencia (exploraciones y tratamientos superespecializados).

En 1996, gracias al estudio publicado por Gillis relativo a supervivencia en mujeres con cáncer de mama, se evidenció la importancia de las unidades multidisciplinarias de mama en el tratamiento de esta enfermedad. En dicho estudio, Gillis realizó un seguimiento en 3.786 mujeres que habían sido intervenidas por 2 grupos de cirujanos: unos de buen nivel, pero no interesados en la mastología y otros que tenían estrecha relación con su radiólogo, patólogo, oncólogo, que participaban en ensayos clínicos y que además habían realizado publicaciones sobre el tema. Comparando la supervivencia a 5 y 10 años de ambos grupos se objetivó una diferencia significativa a favor del grupo de pacientes intervenidas por los cirujanos especializados (90).

Posteriormente, otras sociedades europeas adaptaron los criterios expresados en la BASO e incluyeron sus propios datos. En 1998, la Sociedad Europea de Mastología (EUSOMA), aunó a un grupo de expertos con el fin de definir las condiciones de trabajo y las necesidades de una unidad de mama especializada. Es este año, concretamente en octubre, cuando tuvo lugar en Florencia la primera Conferencia Europea sobre Cáncer de Mama, organizada conjuntamente por el Grupo Cooperativo de Cáncer de Mama de la European Organization for the Research and Treatment of Cancer (EORTC-BCCG), EUSOMA y Europa Donna. Los delegados acordaron una declaración de consenso en investigación, predisposición genética, estado psicosocial, tratamiento y calidad de vida (91).

En año 2000, Cataliotti, presidente de EUSOMA, continuó el proyecto que había empezado su predecesor, Emmanuel van der Schueren, y volvió a reunir a un grupo de expertos para redactar unas guías que garantizaran un servicio especializado de alta calidad a nivel europeo. De esta manera, se publicó "Requisitos

para una unidad de mama especializada”, donde se representó la opinión de EUSOMA sobre los estándares necesarios para formar unidades de cáncer de mama de alta calidad en Europa (92). Todas las reuniones que se han celebrado a nivel europeo y las publicaciones realizadas desde entonces aplican estos requisitos en sus decisiones y conclusiones.

En 2003 se reunió en el Parlamento Europeo un taller de expertos con el objeto de analizar la situación de las unidades funcionales de mama en los distintos países de la Unión Europea y crear la estructura necesaria para que todas las mujeres pudieran acceder a centros multidisciplinarios de calidad. El informe sobre el tratamiento del cáncer de mama en los Estados miembros estimó necesarios alrededor de 1.250 centros de mama en la UE para poder disfrutar de una calidad óptima en la red global de unidades de atención del cáncer de mama (93).

De todo lo enunciado se puede concluir que: la espectacular demanda social del control de la mama en la mujer, la inquietante incidencia del cáncer mamario que va en aumento, la proliferación de las campañas de cribado, la dispersión de las pacientes, el retraso en las consultas (y por lo tanto en el diagnóstico) que en la actualidad conlleva la estructura del sistema, la disparidad de criterios y la ausencia de protocolos asistenciales que hace que los diagnósticos y tratamientos sean muy diversos, confirma que la creación de las unidades de mama tenga una especial justificación, ya que con ellas se incrementa la calidad asistencial y al tiempo se reducen los costes.

1.2.2 Manejo multidisciplinar del cáncer de mama

El cuidado multidisciplinar aplica un enfoque colaborativo de los distintos profesionales con el fin de planificar el tratamiento, realizar tanto los cuidados como el soporte clínico y finalizar dicho tratamiento, siempre considerando las distintas alternativas terapéuticas adecuadas para cada paciente en concreto (94).

El manejo del cáncer, en general y, específicamente del cáncer de mama, tiene que ser multidisciplinar debido a la naturaleza de la enfermedad. Esto implica

la participación de diversos especialistas tanto médicos como no médicos en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos (95). La atención de las pacientes afectas de cáncer de mama debe realizarse preferentemente en unidades multidisciplinarias. Con esto se consigue, no sólo racionalizar el uso de los recursos, sino que también se establecen mecanismos de coordinación y se integran las actividades, evitando variabilidad en diagnósticos y tratamientos. Además, existen evidencias que indican que el cuidado multidisciplinar tiene el potencial de mermar la mortalidad por cáncer de mama, mejorar la calidad de vida de las mujeres y reducir los costes de cuidados de salud (90,96).

Los conocimientos de patología mamaria aún a veces están dispersos en diferentes especialidades que la enfocan de una manera parcial, con el riesgo de fragmentar la atención asistencial y olvidar el aspecto humanista de integrar la patología en la mama normal y el importante contexto que representa para la mujer (97). Se puede afirmar que el tratamiento del cáncer de mama es un proceso complejo, que se complica en la medida en que intervienen los diferentes especialistas. En los últimos años, los cambios en la demanda de asistencia sanitaria relacionada con la patología mamaria, unidos a las nuevas tendencias diagnósticas y terapéuticas, han impulsado el desarrollo de equipos multidisciplinarios dedicados a esta enfermedad. En la mayoría de los centros sanitarios que atienden patología mamaria se han creado unidades multidisciplinarias de mama en las cuales los profesionales sanitarios deben coordinarse entre sí y trabajar conjuntamente para proporcionar una atención sanitaria integral, de carácter continuo y de calidad (98).

En los últimos 35 años, con la progresiva implantación de las unidades de mama en los hospitales y en ambientes extrahospitalarios, el ámbito de la senología ha adquirido una mayor relevancia. La peculiaridad de la mama como órgano a estudiar, la necesidad de medios específicos para su exploración y tratamiento, los conocimientos cada vez más amplios y especializados, el incremento de la patología y de la población en principio sana, objeto de atención, así como la demostración práctica de mejores resultados cuando se enfoca de esta manera interdisciplinaria, justifican la especialización o, por lo menos, la especial dedicación y adquisición de conocimientos y habilidades específicas (97). Otro beneficio del tratamiento multidisciplinar incluye la mejora del entendimiento por parte de los pacientes de su

patología y del plan de tratamiento, lo cual puede conducir a mejorar el cumplimiento terapéutico (99). La implicación del paciente en el proceso de toma de decisiones también puede resultar interesante para ellos sin que esto les genere una ansiedad añadida (100).

Dada la gran variabilidad de afectación y supervivencia que presenta el cáncer de mama, unido a la tendencia actual de los tratamientos individualizados propiciados por las características personales de cada paciente y por la heterogeneidad en la respuesta a los tratamientos, se hace necesario que los profesionales sanitarios deban tener una formación especializada. Además, deben coordinarse entre sí y trabajar conjuntamente con todos los miembros del equipo multidisciplinar para proporcionar una atención sanitaria integral, de carácter continuo y de calidad (98).

El concepto multidisciplinar implica que los cuidados terapéuticos siguen un orden coordinado y secuencial (101,102), evitando la sensación de fragmentación del mismo, es decir, la mujer es paciente de la unidad de mama y va siendo tratada, sucesivamente, por los diversos especialistas. Por lo tanto, la paciente es atendida por un equipo interdisciplinario que incluye a todos los expertos competentes en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama que trabajan en un lugar común, y este trabajo multidisciplinar obliga a la toma de decisiones conjuntas (103). Durante esta secuencia no se pierde de vista el concepto integrado de la asistencia clínica (87,104). Un beneficio fundamental de este modelo multidisciplinar es el acceso inmediato a los otros miembros del equipo, para consultar o compartir información. Varios autores han investigado el impacto de la especialización en cáncer de mama, concluyendo que el control de la enfermedad por expertos dentro de un equipo multidisciplinar mejora la calidad de vida del paciente (105,106) y garantiza un tratamiento más actualizado y basado en la evidencia (107).

Varias de las más reconocidas guías clínicas, entre ellas la *British Association of Surgical Oncology* (88,108), el *National Institute for Health and Care Excellence* (109), el *National Comprehensive Cancer Network* (110), la *Scottish Intercollegiate Guidelines* (111) o la *National Health and Medical Research Council* (112) incluyen en sus recomendaciones la organización de grupos multidisciplinarios

encargados del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Desde el punto de vista de la prevención secundaria es importante continuar los programas de diagnóstico precoz, evitar los retrasos diagnósticos y asegurar a las pacientes la mejor estrategia terapéutica (113). Por todos estos motivos es necesario abordar la enfermedad de una manera multidisciplinar en las unidades de mama, que repercutirá en un beneficio de la continuidad del tratamiento, coordinación del equipo sanitario, además de beneficios en términos de coste-eficiencia de los hospitales (114).

En los últimos años las unidades multidisciplinarias de mama se han ido extendiendo cada vez más en Europa y en España, mejorando de forma importante la atención de pacientes con cáncer de mama (98). Ello es debido principalmente a los cambios en la demanda de la asistencia sanitaria relacionada con la patología mamaria unido a las nuevas tendencias diagnósticas y terapéuticas que han impulsado el desarrollo de equipos multidisciplinarios dedicados a esta enfermedad.

1.2.3 Composición de las unidades de mama: Equipo Central

En mayo del año 2000, EUSOMA publicó un documento definiendo los requisitos de una unidad de mama especializada (92,115). Uno de los puntos clave fue que cada unidad de mama tenía que contar con un equipo formado por profesionales de la salud de varias disciplinas, con una formación especializada en cáncer de mama añadida a la formación general de cada disciplina, admitiéndose como adecuada la permanencia durante un año en una unidad acreditada. Es imprescindible la participación en programas de formación continuada de forma regular durante la actividad profesional. La unidad debe estar dirigida y coordinada por un cirujano quien, junto a otros dos cirujanos expertos en mastología, es el responsable de la evaluación clínica y del tratamiento quirúrgico (81).

El equipo central de mama “*core team*” estaría formado por cirujanos de mama y cirujanos reconstructivos, radiólogos de mama, técnicos en radiodiagnóstico, patólogos especializados, oncólogos médicos, oncólogos radioterapéuticos,

enfermeras especializadas en cuidados mastológicos y un gestor de datos (82). Este equipo central de la unidad funcional de mama se debe superespecializar en patología mamaria, de acuerdo a un programa académico teórico y práctico, durante al menos un año (81).

La unidad de mama debe tener identificado un coordinador o director clínico de servicios de mama según establecen los requisitos de EUSOMA, el cual será responsable de la evaluación clínica y del tratamiento quirúrgico. Los miembros del equipo central que debe tener una unidad de mama especializada, según establece EUSOMA, figuran a continuación.

1.2.3.1 Cirujano de mama (Incluyendo Ginecólogo dedicado a la cirugía mamaria)

Según la versión revisada en el año 2006 del artículo original publicado en el año 2000 por EUSOMA sobre los requisitos de una unidad de mama especializada, formarán parte del equipo central dos o más cirujanos especialmente formados en patología mamaria. Esta especialización quirúrgica de los cirujanos implicados en el tratamiento del cáncer de mama cada vez adquiere una mayor importancia (90,116).

Es requisito imprescindible que cada uno de los cirujanos haya llevado a cabo la cirugía primaria en al menos 50 cánceres recientemente diagnosticados por año, y deben atender al menos un proceso diagnóstico clínico de un cáncer de mama a la semana (115).

El Sistema Nacional de Salud Español destaca la importancia de los cirujanos de mama en el proceso asistencial de la neoplasia mamaria, otorgándoles la coordinación del diagnóstico y tratamiento en la mayoría de los hospitales de la red pública. Actualmente, la mayor parte de la patología benigna y un importante porcentaje de la maligna (biopsias, tumorectomías, biopsia selectiva del ganglio centinela...) se practican en régimen de cirugía sin ingreso, por lo que progresivamente será necesario implantar estos programas en las unidades de mama (81).

El equipo de cirugía debe proporcionar la reconstrucción quirúrgica de mama en el caso de que sea requerido, para aquellos pacientes que no son aptos para la terapia conservadora, y ser capaces de la aplicación de técnicas especiales para las afectadas con extensión local de la enfermedad. Además, deben estar debidamente preparados para llevar a cabo la reconstrucción de base o de remodelación, teniendo que haber una disposición de colaboración o una consulta sobre la reconstrucción junto con uno o dos nominados cirujanos plásticos o cirujanos con experiencia en reconstrucción mamaria y cirugía oncológica. Estos últimos no forman parte del equipo central, pero su labor en la unidad de mama toma un interés de enorme consideración (117).

En lo referente al número de cirujanos de mama asignados a la unidad, éste va a depender de la población diana. Los cálculos de EUSOMA realizados y publicados en el año 2000 aconsejan una población de referencia de 250.000 a 300.000 habitantes por unidad de mama (92). La mayoría de las unidades de mama en los hospitales españoles dispone de cirujanos con dedicación preferente, es decir, que dedican más del 50% de su actividad a la patología mamaria (114), siendo la consulta externa una parte importante en la actividad asistencial del cirujano. En esta consulta se realiza la exploración clínica del paciente, se valora la indicación de otras pruebas complementarias o de intervención quirúrgica y además, se controla el seguimiento de las pacientes tratadas (81).

Al igual que el resto de los miembros del equipo central, el cirujano de mama debe participar en la reunión multidisciplinaria semanal (108), de tal manera que esta asistencia es obligatoria en el contrato laboral.

1.2.3.2 Radiólogo de mama

EUSOMA, dentro de los requisitos obligatorios para una unidad de mama especializada, establece que debe haber al menos dos radiólogos nominados, plenamente capacitados y con experiencia continuada en todos los aspectos de la patología mamaria (118) y las técnicas de imagen asociadas (119).

El radiólogo de mama es un especialista en diagnóstico por imagen (incluyendo procedimientos intervencionistas), valoración adicional y seguimiento de las pacientes con cáncer de mama. Puesto que se encarga de realizar todas las técnicas de imagen (mamografía, ecografía, resonancia magnética), procedimientos de obtención de muestras y procedimientos de localización bajo el control radiológico, tiene que estar completamente formado en todos estos aspectos (120). Se trata de un profesional integrado dentro del equipo multidisciplinar e implicado en el cuidado y atención de las pacientes (121). Es por esto que su formación en patología mamaria es necesaria, así como su participación activa en la reunión multidisciplinaria y en programas docentes y de investigación.

Cada radiólogo debe atender, por lo menos, un diagnóstico clínico a la semana, ya sea de pacientes sintomáticas o valoración de cribado, así como la lectura de un mínimo de 1.000 mamografías por año (5.000 para los que participan en un programa de cribado (92).

El diagnóstico por imagen en patología mamaria ha experimentado numerosos y muy importantes avances en los últimos años, llegando a alcanzar el carácter de imprescindible en la práctica clínica del manejo de las enfermedades de la mama, tanto en la práctica profesional aislada como en las unidades multidisciplinarias (122), y proporcionando un seguimiento más certero de las pacientes ya tratadas (123). La mamografía de cribado es uno de los hallazgos más significativos en relación con la patología mamaria del último siglo, ya que permite el diagnóstico de tumores en sus fases precoces, lo cual reduce la tasas de morbi y mortalidad (124). Algunos autores incluso afirman que el radiólogo se ha convertido en el primer médico en valorar a la paciente (125). En nuestro país, los programas de diagnóstico precoz mediante estudio mamográfico dependen de las Direcciones de Salud Pública de las diferentes Comunidades Autónomas (113).

El perfil de las pacientes que acuden a los servicios de radiodiagnóstico suele ser principalmente de dos tipos: la que acude para revisión, control, chequeo o cribado, y la que acude remitida por su médico, por la existencia de algún signo o síntoma mamario, correspondientes a mujeres asintomáticas o sintomáticas, respectivamente (123,126). Los resultados de las exploraciones radiológicas deben

ser comentados en las sesiones multidisciplinarias con el fin de determinar si existe o no la necesidad de nuevas exploraciones radiológicas y establecer la estrategia terapéutica adecuada (119,127), por lo que es necesario que los radiólogos estén presentes en las sesiones clínicas semanales.

1.2.3.3 Patólogo de mama

EUSOMA, en sus requisitos, establece la necesidad de la existencia de un especialista patólogo acreditado que será el responsable de toda la patología y citología mamaria. Será el encargado de supervisar todos los diagnósticos, así como de iniciar la validación de nuevas técnicas como la BSGC (92).

Tras el estudio anatomopatológico de las lesiones que realiza el especialista en patología, se establece básicamente cuál será el pronóstico de un cáncer de mama, por lo que cada vez más se le exige al patólogo una mayor precisión en el establecimiento del mismo (128).

Para poder ser considerado especialista en patología mamaria, el patólogo responsable debe emplear el 50% del tiempo de su trabajo en enfermedades de la mama; los otros patólogos dedicados deben asignar un mínimo del 25% (82). Puede además existir otro patólogo con especial interés en la patología mamaria. Ambos deben participar en las reuniones multidisciplinarias semanales (establecido mediante contrato) y en cualquier sesión en las que el equipo estudie cómo llevar los casos, ya que éste debe supervisar todos los diagnósticos (92). Al igual que el resto de los componentes de la unidad, el patólogo de mama debe estar completamente formado y debe tener una experiencia continuada en patología mamaria, así como estar familiarizados con el funcionamiento de los estándares de calidad y guías nacionales o europeas (82).

Los resultados de una encuesta realizada en año 2006 sobre la “*Valoración de la implantación de las unidades de mama en la calidad asistencial del tratamiento multidisciplinar del cáncer de mama*” (114) revelaron que existe una falta de especialistas patólogos con dedicación preferente a la mama en la actualidad,

aunque algunos autores prevén que en el futuro aumente tanto el número de especialistas como su especialización (129). La progresiva investigación en nuevos marcadores tumorales, así como el desarrollo de técnicas más rápidas de procesamiento de los tejidos que permitan el diagnóstico intraoperatorio están propiciando este posible aumento del número de profesionales.

1.2.3.4 Oncólogo médico

Se trata del especialista en oncología médica que adopta especial interés en la patología mamaria (82). Los oncólogos médicos son los responsables del tratamiento sistémico adyuvante, neoadyuvante, de la enfermedad avanzada y de la quimioprevención (102). Autores como Silliman discuten sobre la importancia de la especialización relacionándola con la participación de las pacientes en los ensayos clínicos, de modo que, a mayor especialización, mayor número de pacientes a las que se les propone un tratamiento sistémico mediante su participación en ensayo clínico (104).

Según las recomendaciones de EUSOMA, cada centro de mama debe tener al menos dos oncólogos médicos dedicados al cáncer de mama. Para ser considerado un especialista en mama, el médico oncólogo debe gastar el 50% de su tiempo de trabajo en cáncer de mama. Este 50% tiene que ser calculado sobre la base del tiempo de trabajo semanal completo estándar tal como se define en el convenio colectivo nacional de los tiempos de trabajo (20,82).

En algunos países, los oncólogos clínicos llevan a cabo tanto radioterapia como prescripción de quimioterapia, por lo que no es necesario un oncólogo médico (sólo quimioterapia) como miembro del equipo central. En centros en los que no es así, un oncólogo médico debe formar parte del equipo central e intervenir por completo en sus actividades (92). Se trata en muchos países europeos de una especialidad médica independiente, donde el oncólogo médico ofrece a las pacientes con cáncer un enfoque integral y sistémico para el tratamiento y la atención, garantizando al mismo tiempo un uso seguro y rentable de la medicación que debe

administrarse a estas pacientes. Los oncólogos médicos también están involucrados en la investigación clínica para promover la innovación y las nuevas terapias (130).

1.2.3.5 Oncólogo radioterapeuta

Dentro de los requisitos para un centro de mama especializado también se establece que deben existir al menos dos oncólogos radioterapeutas dedicados al cáncer de mama. Para ser considerado un especialista, el oncólogo debe dedicar al menos un 40% de su trabajo a la patología mamaria (82). Estos profesionales expertos, pueden pertenecer al mismo hospital o bien a un centro de referencia (121). Los servicios de radioterapia en España, según estudios realizados por Merck, no se relacionan con la presencia de una unidad de mama en el hospital, pero sí con el tamaño del mismo. Ello supone que la mayoría de las pacientes con neoplasia mamaria deben desplazarse a un hospital de referencia (114).

La radioterapia forma parte del tratamiento multidisciplinar del cáncer de mama y se integra junto con tratamientos sistémicos, así como con la cirugía (131). El oncólogo radioterapeuta es el responsable de determinar la administración apropiada de radioterapia. También realizará el seguimiento del cáncer de mama primario junto con la enfermedad avanzada con los otros miembros del equipo de mama, y formará parte tanto en el manejo de los casos como en las reuniones de control de la unidad (92).

El centro de mama debe tener un acuerdo con una unidad de radioterapia para la administración del tratamiento en el caso de que no esté disponible en el hospital. El oncólogo radioterapeuta participará en las sesiones del equipo multidisciplinar, de este modo, la información de todos los pacientes que sean tratados con radioterapia se expondrá en las sesiones del comité, dentro del centro de mama, aunque existan pacientes tratados fuera del mismo (82).

Estudios han puesto de manifiesto que la radioterapia post-mastectomía aporta una importante reducción del riesgo de recidiva local, así como una reducción

definitiva en la mortalidad a largo plazo en mujeres con elevado riesgo de recurrencia locorregional (131).

1.2.3.6 Técnicos en Radiodiagnóstico

La mayoría de las mujeres que acuden a un programa de diagnóstico de cáncer de mama son atendidas en primer lugar por un técnico en radiodiagnóstico. Es por ello que estos profesionales son parte fundamental del equipo central y deben entender el concepto y el valor de trabajar en un equipo multidisciplinar para el correcto diagnóstico de un cáncer de mama (132).

EUSOMA considera que los técnicos en diagnóstico radiológico de la mama son expertos en la realización y la formación de mamografías y por tanto son miembros esenciales del equipo (92). El papel que desempeñan es preponderante en el logro y mantenimiento de objetivos identificados como fundamentales para el éxito de un programa de cribado mamográfico (133).

Los técnicos en radiodiagnóstico deben formarse y adquirir la práctica necesaria, tal y como se establece en la *European Guidelines for Quality Assurance in mammography screening*, establecida por la European Commission (118), de modo que sean considerados especialistas miembros de pleno derecho del equipo multidisciplinario. Deben mantener actualizados sus conocimientos y habilidades de manera continua y someterse a una auditoría periódica, realizando autoevaluación de su rendimiento con respecto a criterios internacionales (133). Además, deben participar en las técnicas de biopsia mínimamente invasivas, ultrasonidos y resonancia magnética, así como en las próximas nuevas técnicas, como la tomosíntesis o la ecografía de mama automatizada tridimensional (134).

La adecuada compresión de las mamas es esencial para una mamografía de alta calidad, así como la posición de las mismas. A veces la compresión causa ciertas molestias a la paciente, por lo que el técnico debe ser capaz de explicarle a la misma la importancia de la compresión para que el procedimiento sea realizado correctamente, obteniendo una imagen clara de las estructuras de las mamas (118).

Por tanto, los radiógrafos son los responsables de cómo se realizan en la actualidad las mamografías, lo cual no tiene que ser llevado a cabo por personal sin la formación descrita anteriormente (133).

1.2.3.7 Enfermera especializada en cuidados mastológicos

Se trata del principal personal de apoyo a la paciente. El asesoramiento y la ayuda para afrontar la enfermedad, entre otras muchas funciones, está dado por las enfermeras de la unidad de mama, las cuales son miembros del equipo central. EUSOMA establece que las unidades de mama deben disponer de enfermeras formadas en el cuidado de la mama, para orientar y ofrecer consejos prácticos, así como soporte emocional e informativo, en el momento que se da el diagnóstico, a pacientes diagnosticadas por primera vez de cáncer de mama, y para discutir los planes de tratamiento con ellas (92).

Estos profesionales deben estar disponibles para ayudar a los pacientes en el cáncer de mama primario, llevar a cabo el seguimiento clínico y en el cáncer de mama avanzado. Su presencia es particularmente importante en el caso de las mujeres a las cuales se les informa que el diagnóstico de su enfermedad ha cambiado convirtiéndose en un cáncer avanzado. EUSOMA establece en sus criterios que son necesarias al menos dos enfermeras especialistas del cuidado de la mama por unidad (115). La exposición de los casos en las sesiones multidisciplinarias es otra de las tareas que estos profesionales realizan como miembros del *core team* (135). Para ser considerado un especialista en cuidados mastológicos, el profesional de enfermería debe dedicarse a tiempo completo a la patología mamaria (82).

1.2.3.8 Gestor de datos

Se trata de una persona entrenada y dedicada que se responsabilice de la gestión de los datos. La unidad debe contar con una base de datos donde se incluya a todas

las pacientes tratadas en ella, con el fin de poder realizar auditorías. Dado que es necesario incluir datos que afectan a diferentes especialidades, el “data manager” o gestor de datos asegura la inclusión de todos los datos necesarios: procedencia de la paciente (cribado poblacional, cribado oportunista, síntomas etc.), diagnóstico, resultado patológico, tratamiento inicial y evolución (98).

EUSOMA establece que tiene que existir cobertura de un sistema nacional de control, por lo que la incorporación de un gestor de datos a la unidad permite la introducción prospectiva de datos en sistemas informáticos y de procesamiento de los mismos para disponer y analizar los resultados de la actividad asistencial de la unidad de mama (92). Además, los datos de cada unidad deben almacenarse en la base de datos nacional para que la recogida de los mismos sea uniforme y poder extraer conclusiones válidas (136). Se recomienda la base de datos de EUSOMA (92).

1.2.3.9 Otros miembros no pertenecientes al equipo central

Dentro del listado de requisitos obligatorios que propone EUSOMA, se encuentra la existencia de miembros que, aun no perteneciendo al equipo central, proporcionan una serie de servicios asociados de gran importancia (92). Se trata de especialistas que son consultados durante el manejo de los pacientes de cáncer de mama, pero que no participan de forma rutinaria en el tratamiento del mismo para cada paciente (82). Dentro de este grupo de profesionales podemos encontrar:

Genetista clínico: Se trata del especialista médico que se ocupa de la evaluación del riesgo genético y asesoramiento para aquellas pacientes con mayor riesgo de cáncer de mama (82). El test genético debe estar a disposición para cuando el genetista clínico considere apropiado su uso (92), de manera que aquellas pacientes que busquen consejo en relación con su riesgo, por ejemplo, los antecedentes familiares, puedan recibirlo (115).

Los tratamientos para combatir el cáncer de seno pueden provocar complicaciones en el miembro superior ocasionando consecuentemente dificultades

funcionales. Es este motivo por el que EUSOMA considera obligatorio que la unidad cuente con fisioterapeutas especializados en la prevención y el tratamiento del linfedema (98), que es la principal complicación tras el tratamiento quirúrgico. El fisioterapeuta debe estar disponible para el período de recuperación postoperatorio, asegurando así una correcta recuperación de la movilidad del hombro (115). La fisioterapia compleja descongestiva, compuesta por drenaje linfático manual, ejercicios, educación terapéutica y vendaje compresivo, es tratamiento de elección en pacientes con linfedema secundario a cáncer de mama (137).

Los médicos nucleares validados en la técnica de la biopsia selectiva del ganglio centinela son otro grupo de profesionales que se consultan con frecuencia, ya que se está empleando mucho este método como alternativa a la linfadenectomía axilar (98). Además, en los últimos años se ha producido una expansión de nuevas técnicas de medicina nuclear, lo cual, según algunos autores, debería hacer que se replantease la inclusión de estos profesionales en el equipo central (138).

Las unidades de tratamiento del cáncer de mama con el objetivo de alcanzar un resultado final integral óptimo, requieren las habilidades de un cirujano plástico reconstructor (117), especialmente en aquellos casos en los cuales no se trata de una reconstrucción básica de la mama (92). EUSOMA establece que la unidad posea uno o dos cirujanos plásticos designados, con especial interés en las técnicas de reconstrucción de mama y de contorno (115). En la actualidad, el cirujano ofrece varias técnicas de reconstrucción mamaria incluyendo aquellas basadas en el uso de prótesis, colgajos miocutáneos y transferencia de tejidos libres. Dada la elevada demanda de estas técnicas, se requiere que el cirujano plástico adquiera una serie de competencias en técnicas de reconstrucción mamaria que varían según el contexto y las circunstancias individuales de cada paciente (139). La última técnica que se está desarrollando son los injertos grasos de gran volumen en la reconstrucción inmediata postmastectomía, en la cual cirujano de mama y cirujano plástico trabajan juntos y coordinados realizando el proceso con una mayor agilidad (140).

Los oncopsicólogos con experiencia especial en atender a los pacientes con patología mamaria deben estar disponibles en el centro de mama (82). Los efectos

psicoterapéuticos sobre la calidad de vida, la adaptación psicológica global, y la reducción de los síntomas físicos de los pacientes, están ampliamente documentados (141). Si la paciente está experimentando una morbilidad psicológica que no puede ser tratada eficazmente por miembros del equipo de la unidad (generalmente enfermera de atención materna o psico-oncólogo), se debe referir a un psiquiatra con el que exista un régimen particular para ver a dichos pacientes (115).

1.2.4 Acreditación de las unidades de mama

Muchos hospitales reclaman servicios de cáncer de mama especializados, pero es conocido que sólo unos pocos están bien organizados en unidades de cáncer de mama multidisciplinarias (92).

Para poder asegurar servicios de cáncer de mama de la mayor calidad a nivel europeo, es necesario que se establezcan estándares con cualquier hospital que desee formar una unidad de cáncer de mama de calidad reconocida. Con este propósito EUSOMA ha puesto en marcha el proceso voluntario de acreditación de unidades de mama, asegurando así una alta calidad de estos servicios en toda Europa y beneficiando a las mujeres en todos los estados miembros. Al ser los asuntos referentes a la sanidad responsabilidad de los gobiernos individuales, resulta muy difícil llevar a cabo un proceso de acreditación universal que sea además obligatorio en todos los países de la Unión Europea (142).

Las recomendaciones generales de EUSOMA incluyen la exigencia de definir unos requisitos obligatorios para acreditar una unidad de mama, el nombramiento de un coordinador nacional con autoridad para el establecimiento y control continuado de las unidades, así como un sistema europeo de acreditación y control de calidad (20).

La Comisión Europea tiene el propósito de desarrollar un sistema piloto voluntario de acreditación para la detección y el seguimiento de la neoplasia mamaria que tenga en cuenta las nuevas directrices europeas, así como las relativas a

garantía de calidad. Este proyecto, que aún está en curso, pretende definir un conjunto mínimo de requisitos de calidad para el tratamiento del cáncer de mama, sobre la base de una nueva edición de las directrices europeas para la detección y el diagnóstico del cáncer de mama. Además, el CCI (Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer) establecerá una plataforma europea de directrices que, además de las que ya existen para otras fases de la atención sanitaria del cáncer de mama, distintas de la detección y el diagnóstico, incluya el tratamiento, la rehabilitación, el seguimiento, la vigilancia y, en caso necesario, el tratamiento del dolor y otros aspectos como el apoyo psicológico y los cuidados paliativos, que son esenciales para un concepto de calidad centrado en el paciente (143).

El documento “*Accreditation of Breast Units*” describe el procedimiento para la acreditación de una unidad ajustada a los requisitos de EUSOMA (142). Los aspectos más destacados de este trámite se describen a continuación:

- Solicitud inicial mediante un formulario para iniciar el procedimiento de acreditación.
- Visita del equipo evaluador. Se valorará sobretodo la presencia de una estructura que integre profesionales de todas las disciplinas, con un número suficiente de casos. Debe aportar un patrón de trabajo multidisciplinar con todos los tratamientos y medidas profilácticas necesarias.
- Existen tres posibilidades de acreditación:
 - Acreditación inicial
 - Acreditación completa
 - Reacreditación (cada cinco años)

Este proceso se puede aplicar en países de la UE, aunque no tiene validez legal alguna. Cumple su función de resaltar los hospitales con unidades multidisciplinarias.

A nivel español, el comité de acreditación de las unidades de mama de la SESPM, ha editado su “*Protocolo Nacional de Acreditación de Unidades de Mama*” con el fin de asegurar que la asistencia a las pacientes españolas y los cuidados senológicos de prevención del cáncer y promoción de la salud mamaria reúnan los

mejores estándares de calidad. Cabe recordar, que la SESPM fue pionera en el mundo, al establecer unos requisitos mínimos de calidad para la acreditación de las unidades de mama hospitalarias en el año 1997. En dicho protocolo, se consideran como imprescindibles una serie de criterios para determinar los estándares de calidad y poder acreditar una unidad de mama. Asimismo, se constituyen los especialistas que deben integrar el equipo y los servicios que deben proporcionar dichas unidades a los pacientes (144). Los aspectos más destacados del procedimiento para la acreditación de una unidad son:

- Formación del Comité de acreditación por tres miembros de la Sociedad (SESPM) con la colaboración de la Junta Directiva.
- El proceso de acreditación consistirá en varios pasos: Solicitud inicial, visita del equipo evaluador y redacción del informe sobre el estado de acreditación de la unidad.
- Existen tres posibilidades o niveles de acreditación:
 - Acreditación: La unidad de mama reúne todas las condiciones exigidas. Es renovable cada cinco años.
 - Acreditación en curso: la unidad reúne el 90% de los estándares exigidos. Debe alcanzarlos en un plazo máximo de doce meses.
 - No acreditación: La unidad no alcanza el 90% de los estándares de calidad. Se le ofrece la posibilidad de una nueva evaluación.

Una vez la unidad de mama esté acreditada, deberá cumplir una serie de obligaciones, como la asistencia al congreso anual de la SESPM, y la remisión anual al Comité de Acreditación de los siguientes datos: actividad asistencial, investigadora y docente realizada, la formación en senología de los miembros y las variaciones en el protocolo de diagnóstico y tratamiento.

Según los últimos datos actualizados por la SESPM, el número de unidades de mama acreditadas en España asciende a un total de 27, siendo Barcelona la provincia mayoritaria con 9 servicios de mama acreditados. Este número ha ascendido en los últimos años, (en el 2004 eran dieciséis los hospitales que integraban estos servicios (145)), por lo que se prevé que dicho número continuará en ascenso a medida que se vayan implantando en el territorio nacional.

1.3 MODELOS DE UNIDADES DE MAMA

Existen distintos modelos de unidades de mama surgidos de la necesidad del tratamiento multidisciplinar de este tipo de cáncer y que han aplicado los diferentes países a nivel mundial con la finalidad de establecer unos estándares en las unidades de patología mamaria.

1.3.1 El Modelo de Europa (EUSOMA)

La primera Conferencia Europea del Cáncer de Mama (EBCC) tuvo lugar en Florencia en 1998, y fue organizada conjuntamente por el Grupo Cooperativo de Cáncer de Mama de la European Organization for the Research and Treatment of Cancer, la Sociedad Europea de Mastología y Europa Donna.

Resultado de esta conferencia, los delegados publicaron una declaración de consenso bajo el título "*Forging the way ahead for more research on and better care in breast cancer*". Se trató de una declaración de consenso en investigación, predisposición genética, estado psicosocial, tratamiento y calidad de vida (91). Dicha declaración solicita:

- La realización de una sesión plenaria del Parlamento Europeo dedicada al cáncer de mama.
- Consideración de los ensayos clínicos como la base para el desarrollo de un tratamiento óptimo de cáncer de mama y por tanto una mayor inversión y coordinación en los programas de investigación, estimulando a los pacientes a participar plenamente en la realización de ensayos clínicos.
- Referente a los aspectos genéticos y dado que el conocimiento acerca de la predisposición genética del cáncer de mama va en aumento, se hace necesario el estudio de éstos en el ámbito de la investigación clínica.
- La medición del estado psicosocial debe ser obligatoria en la evaluación y gestión de la salud de la mujer.
- Se debe garantizar el acceso de todas las mujeres a servicios de mama multidisciplinarios y multiprofesionales donde puedan ser tratadas.

Fue a partir del citado consenso cuando se estableció un grupo de trabajo para considerar cómo tenía que estar compuesto un equipo de mama y poder garantizar un servicio especializado de alta calidad a nivel europeo. El profesor Cataliotti, presidente de EUSOMA fue el responsable de constituirlo y de guiarlo con el fin de redactar unas guías sobre estas cuestiones. Los "Requisitos de una unidad de mama" representan la opinión de EUSOMA sobre los estándares necesarios para formar unidades de mama de alta calidad en Europa (92).

Esta primera declaración forjó el camino a seguir para realizar más investigaciones y una mejor atención en el cáncer de mama. Los objetivos de la creación de unidades de mama especializadas pretenden:

- Que todas las mujeres europeas tengan a su disposición un servicio de mama especializado de alta calidad.
- Definir normas para este tipo de unidades.
- Recomendar que se establezcan métodos de acreditación y revisión de unidades de mama, para que las unidades que proporcionan este servicio sean reconocidas por las pacientes y administradores como de alta calidad.

Para poder crear servicios de cáncer de mama especializados es necesario establecer estándares que aseguren el trabajo multidisciplinar y la aplicación de exploraciones diagnósticas y tratamientos de calidad. Las recomendaciones generales incluyen los siguientes aspectos:

- Definición de los requisitos obligatorios para que una unidad de mama sea reconocida.
- Nombramiento de un coordinador nacional para el control continuado de las unidades de mama, con autoridad para su acreditación en cada país.
- Elaborar un procedimiento europeo de acreditación de unidades de mama, basado en el cumplimiento de los requisitos obligatorios.
- Aportar un sistema europeo de control de calidad, para el que EUSOMA recomienda una base de datos.
- Crear una estructura europea para los coordinadores nacionales en colaboración con la Federation of European Cancer Societies (FECS).

- Ubicar las unidades de mama en hospitales regionales, que atiendan una población de 250.000 a 300.000 habitantes.
- Los programas nacionales de diagnóstico precoz de cáncer de mama deben asociarse a las unidades de mama y trabajar de manera conjunta y no como un servicio aparte.
- Una unidad de mama tiene que tener un tamaño mínimo, que permita alojar al personal necesario, la reunión multidisciplinaria y el equipamiento técnico. Si dos hospitales están muy próximos, es más práctico establecer únicamente una unidad de mama en uno de ellos. En zonas de baja densidad de población es preferible remitir a las pacientes a un centro de referencia. De esta manera, las mujeres de todos los países europeos tendrán acceso a los servicios de mama especializados.
- Las unidades de mama deben proporcionar la atención a la enfermedad neoplásica en todos sus estadios desde el cribado hasta el cuidado de la enfermedad avanzada.
- Los presupuestos económicos de las unidades de mama deben ser independientes de los servicios que la forman.

Asimismo, se disponen una serie de requisitos de obligado cumplimiento:

- Número mínimo de pacientes.

Diagnóstico anual de al menos 150 casos de carcinomas. La razón para recomendar un número mínimo es asegurar un número suficiente, que mantenga la experiencia de cada miembro del equipo, y asegure un rendimiento coste-efectivo de la unidad.

- Equipo central o *core team*

Cada miembro del equipo multidisciplinar tiene que tener una formación especializada en cáncer de mama, añadida a aquella proporcionada por la formación general de su disciplina. Se debe nombrar un “coordinador de cirugía mamaria”, quien junto a dos o más cirujanos especialmente formados en patología mamaria, realizará el tratamiento quirúrgico y coordinarán los diagnósticos en la consulta. Contratación

de al menos dos radiólogos formados, dos patólogos, dos enfermeras formadas en el cuidado de la mama, dos médicos oncólogos y dos oncólogos de radiación, técnicos de radiología con experiencia en la realización de mamografías son miembros esenciales del equipo y un gestor de datos que mantenga la estructura de control de calidad de la unidad.

Los miembros del equipo central deben realizar cada semana, como mínimo, una sesión clínica para tratar los casos. Todos deberán asignar una parte del tiempo para esta reunión, en la que se considerarán casos que están siendo diagnosticados y el plan a seguir en las pacientes que han sido intervenidas. En la unidad deben establecerse protocolos para el diagnóstico y tratamiento de todos los estadios, tanto primario como avanzado. Los miembros del equipo central deben estar de acuerdo con todos los protocolos.

- Estructuras y servicios

Todos los centros dedicados a la mama deben ser independientes, y no deben considerarse como parte de un servicio de cirugía general. Se debe realizar como mínimo una consulta nueva remitida de una mujer sintomática, a la semana. Para el diagnóstico de 150 cánceres de mama al año se calculan 1.500 pacientes con sintomatología mamaria. Las consultas a las que las pacientes son remitidas, las deben realizar un cirujano, un radiólogo y técnicos en radiología, conjuntamente.

El trabajo multidisciplinar debe permitir que todas las investigaciones estándar para una triple valoración (examen clínico, todos los procedimientos apropiados de diagnóstico por la imagen y patológico) se realicen en una visita. Si es posible, los hallazgos de lesiones sin atipias o de diagnóstico de benignidad deberían comunicarse a la paciente en esta primera visita.

Se debe atender la demora en límites aceptables. A todas las pacientes nuevas se les debería citar dentro de los 10 días laborables siguientes. El cirujano de mama tiene que comunicar personalmente el diagnóstico de cáncer, en presencia de una enfermera especializada para discutir con la paciente las opciones

terapéuticas y proporcionar soporte emocional. Debe disponerse de una habitación apropiada con intimidad y tiempo suficiente.

La unidad debe disponer de todo lo necesario para las técnicas de imagen, para un diagnóstico de mama completo y adecuado (146). El cirujano y el radioterapeuta u oncólogo médico deben decidir el tratamiento adyuvante. La radioterapia puede administrarse dentro de la unidad de mama o en un hospital de referencia. La administración de tratamiento citotóxico como tratamiento adyuvante o para la enfermedad avanzada, debe realizarla un oncólogo acreditado.

El seguimiento de las pacientes con cáncer de mama primario debe realizarse en la consulta de mama. La unidad de mama debe disponer de una consulta para aconsejar a mujeres con enfermedad benigna.

- Servicios asociados

Los cirujanos de mama del equipo deberían ser capaces de realizar una reconstrucción básica. Para las pacientes con cáncer de mama avanzado se debe contar con un servicio especializado en cuidados paliativos.

El documento "Requisitos de una unidad especializada de mama" ha sido ampliamente aceptado y reconocido como punto de referencia para la puesta en marcha de un centro de mama. El Parlamento Europeo, en sus Resoluciones de 2003 y 2006, tomó como referencia dicho documento para la puesta en marcha de una unidad de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. EUSOMA decidió actualizar y revisar su papel, teniendo en cuenta los avances en las pruebas de diagnóstico y en el tratamiento que se ha producido en los últimos años, así como en la organización de un centro de mama. El concepto principal sigue siendo el enfoque multidisciplinario para el tratamiento del cáncer de mama, proporcionado por profesionales de la salud que son expertos en el diagnóstico, el tratamiento y el cuidado a largo plazo (20).

El centro de mama es el lugar donde el cáncer de mama es diagnosticado y tratado. Tiene que proporcionar todos los servicios necesarios, desde la genética y la prevención, a través del tratamiento del tumor primario, para el tratamiento de la

enfermedad en estado avanzado, cuidados paliativos y la supervivencia. Los requisitos generales que debe cumplir un centro de mama se citan a continuación (82,138):

- Debe existir un documento formal oficial (que cumpla con todos los reglamentos nacionales), que demuestre la puesta en marcha del centro de mama.
- El tamaño de un centro de mama debe ser suficiente para albergar al menos 150 nuevos casos diagnosticados de cáncer (en todas las edades y etapas), que son objeto de su atención cada año, sobre una base de población de alrededor 250.000 habitantes.
- El centro de mama ha de nombrar un coordinador jefe clínico, un doctor experto en cualquier especialidad dentro del equipo central. Esta persona es responsable de asegurar el enfoque multidisciplinario, la total dedicación de los especialistas y su participación regular en sesiones multidisciplinarias, garantizando un nivel adecuado de formación y actualización continua de los miembros del equipo, así como la actividad de investigación.
- Existencia de protocolos clínicos, adaptados para el uso local, basándose en las recomendaciones nacionales e internacionales, incluidos los aspectos organizativos que definen las necesidades del centro para el diagnóstico y el manejo del cáncer de mama en todas las etapas.
- Una base de datos para monitorizar los indicadores de calidad y supervisión, así como un gestor de datos con responsabilidad de asegurar que toda la información pertinente y datos necesarios se recogen, registran y analizan.
- El centro también debe participar en actividades externas de evaluación comparativa.
- Realización de reuniones multidisciplinarias de gestión de casos al menos una vez a la semana para discutir los diagnósticos preoperatorios y los casos postoperatorios, así como cualquier otra cuestión relacionada con los pacientes de cáncer de mama, que requiera discusión multidisciplinar. Todos los casos con biopsia quirúrgica y aquellos sin diagnóstico definitivo se discutirán antes de administrar cualquier tratamiento. En las reuniones preoperatorias estarán presentes los siguientes miembros del equipo:

radiólogo, patólogo, oncólogo médico, oncólogo de radiación, cirujano y cirujano oncoplástico y la enfermera de cuidado de la mama. En casos de postoperatorio deberán acudir el patólogo, cirujano, médico oncólogo, oncólogo de radiación y enfermera. La evidencia sobre las decisiones tomada para cada paciente en las sesiones deberá ser formalmente grabada y la participación registrada formalmente (147).

- Se recomienda que siempre que sea posible, los programas de cribado estén asociados con el centro y se debe garantizar que el programa de cribado recoge la información de una manera adecuada adecuada y eficaz, evitando repeticiones innecesarias (121).
- Respecto a la comunicación del diagnóstico, plan de tratamiento y tiempo de espera, se recomienda que suceda tan pronto como sea posible. Los resultados se deben dar a la paciente por parte del médico que tomará la responsabilidad de proporcionar este tratamiento. Una enfermera debe estar disponible para discutir plenamente con la paciente las opciones posibles y proporcionar apoyo emocional. Una habitación adaptada con suficiente privacidad debe estar disponible. Las pacientes deben iniciar el tratamiento primario en el plazo de cuatro semanas a partir del diagnóstico definitivo o de la primera consulta en el centro (82,138).

La unidad debe ser capaz de realizar una serie de exámenes (98):

- Examen clínico, mamografía, ecografía de la mama y la axila.
- Biopsia central a mano alzada, y guiados por ecografía de rayos X de guiado. (Si esto no está disponible dentro del centro existirá un acuerdo formal con un servicio local de diagnóstico).
- Resonancia magnética de mama (si no está disponible en el hospital, la unidad debe tener un acuerdo con un servicio de diagnóstico local).
- Diagnóstico no quirúrgico mediante biopsia con aguja de ambas enfermedades, benignas y malignas.
- Diagnóstico primario mediante biopsia quirúrgica abierta, debe ser considerada excepcional.

- Biopsia con aguja gruesa (se considera la técnica preferida para el muestreo).
- Citología por aspiración con aguja fina, que es la técnica que se utiliza principalmente para los ganglios linfáticos axilares de muestreo.

Cuando la paciente abandona el centro, debe asegurarse que existe un servicio de cuidados paliativos de alta calidad y, si es posible, los vínculos con la red local para el hogar asistencia.

1.3.2 Modelo de Reino Unido

El Reino Unido ha visto una considerable mejora en el tratamiento del cáncer de mama y de la patología mamaria en general en los últimos 15 años. Esto ha sido propiciado por cambios en la organización de los servicios de mama. La introducción del *National Health Service Breast Screening Program* en 1988 fue el mayor catalizador de estos cambios para dar forma a las unidades de mama del Reino Unido (148).

En 1994 el Chief Medical Officer del Reino Unido recomendó en sus conclusiones del informe "*A Policy Framework for Commissioning Cancer Services*"(89) la creación de unidades de cáncer en los hospitales comarcales o de distrito y de centros oncológicos en los hospitales de referencia, empezando con las unidades de cáncer de mama. La sugerencia propuso el establecimiento de unidades de mama especializadas, provistas de personal médico y de otros profesionales especializados en patología mamaria (92).

Siguiendo la línea anterior, otras asociaciones tales como el British Breast Group (127) o el Breast Specialty Group de la British Association of Surgical Oncology (88,108) han publicado varios informes que recomiendan el tratamiento de la patología mamaria por profesionales que están especializados en dicha enfermedad y que además presten sus servicios mediante equipos multidisciplinares dentro de las unidades.

Según el modelo de Reino Unido, los miembros que constituyen el equipo de mama quedarían divididos en dos grupos separados pero interdependientes (108):

1. El equipo de diagnóstico

Muchos pacientes con patología mamaria no tienen por qué tener un cáncer, por lo que en primer lugar habría que diagnosticar los casos que hay de cáncer de mama y por otro lado tratar y tranquilizar a su vez a las pacientes con patología benigna. Los miembros clave de este equipo son:

- Clínico especialista de mama, normalmente un cirujano interesado en la patología mamaria junto con su equipo, el cual incluye especialistas asociados, clínicos, cirujanos y aprendices a especialistas
- Radiólogo y técnico en radiodiagnóstico especializados
- Enfermera especialista en mama
- Enfermera general
- Equipo clínico
- Equipo administrativo
- Coordinador de las sesiones multidisciplinarias

2. Equipo para el tratamiento del cáncer

Incluirá miembros del equipo diagnóstico tales como:

- Oncólogo clínico
- Oncólogo médico
- Cirujano plástico y reconstructivo o cirujano de mama oncoplástico
- Genetista médico
- Gestor de datos
- Enfermera investigadora
- Especialistas en el tratamiento del linfedema
- Médico protésico
- Psicólogo clínico
- Equipo de cuidados paliativos.

Existen una serie de principios generales a considerar a la hora de planificar la atención oncológica multidisciplinaria en un Sistema Nacional de Salud (89).

- Todos los pacientes deben tener acceso a unos servicios oncológicos de alta calidad, tanto a nivel de atención primaria como hospitalarios, independientemente del sitio donde viva, que ofrezcan una alta tasa de curación y la mejor calidad de vida. El tratamiento debe ser administrado lo más cerca del lugar de residencia del enfermo compatibilizando alta calidad, seguridad y efectividad.
- Deben elaborarse programas de educación en salud pública para usuarios y profesionales, que ayuden al reconocimiento de los signos y síntomas iniciales del cáncer. Los programas de diagnóstico precoz mediante cribado mamográfico son parte esencial del manejo integral del cáncer de mama.
- Los pacientes y sus familias deben recibir, una vez conocido el diagnóstico, información clara y comprensible sobre opciones terapéuticas y supervivencia. El desarrollo de las unidades oncológicas debe fundamentarse en la atención personalizada a cada paciente.
- Es especialmente importante la buena comunicación entre profesionales y pacientes.
- El equipo de atención primaria debe ofrecer una atención oncológica continuada, desde la aplicación de programas de prevención hasta los cuidados paliativos. Es imprescindible una adecuada comunicación entre los distintos niveles asistenciales.
- Los registros de tumores son esenciales, como lo es la recogida de datos referentes a terapias y supervivencia.

Según el modelo británico de atención oncológica para el cáncer de mama, el cirujano es el responsable del tratamiento primario del cáncer de mama en comunicación con los oncólogos (108). El papel del cirujano experto en el proceso diagnóstico y en el tratamiento quirúrgico se considera esencial para el control de del cáncer de mama (89).

La superespecialización en patología mamaria es esencial para la formación del equipo multidisciplinar, ya que los cuidados en la mama deben ser dados por especialistas en cada una de las disciplinas y, por tanto, deben crearse las estructuras necesarias con el fin de que se pueda realizar toda la cirugía mamaria en el propio hospital (108).

1.3.3 Modelo de los Estados Unidos de América

El concepto de la racionalización de la evaluación y gestión de los pacientes con enfermedades de la mama a través de un centro de patología mamaria organizado no es algo nuevo. El modelo americano se desarrolló en los EEUU a partir del concepto ideado por el Dr. Silverstein hace más de 30 años, el cual, basándose en sus observaciones relativas al sistema de atención médica fragmentada al que eran sometidos las pacientes que presentaban síntomas mamarios o hallazgos radiológicos anormales, decidió unificar todos los servicios implicados en el tratamiento del cáncer de mama en un ambiente eficaz, amable y de apoyo a la paciente. El mejor ejemplo de este concepto fue el Van Nuys Breast Center, que se convirtió en el primer centro multidisciplinario de mama en los EEUU y, actualmente, el Harold E. and Henrietta C. Lee Breast Center (87,149).

El tratamiento del cáncer de mama era, a principio de los años setenta en los EEUU, fragmentado, impersonal y nada multidisciplinar, donde lo que primaba era el tratamiento quirúrgico. Ello acarrea una serie de incomodidades para la paciente la cual principalmente sentía miedo, tal y como el Dr. Silverstein describe en su publicación "*Radical Mastectomy to Radical Conservation: A Revolutionary change*" (150).

A partir de la experiencia clínica, Silverstein maduró el proyecto de una unidad de mama independiente en un hospital de 213 camas de las afueras de Los Ángeles, donde se tratase esta enfermedad desde una visión multidisciplinar con un equipo formado por cirujanos, patólogos y oncólogos junto con psicólogos para poder aconsejar y escuchar a las pacientes. No solo se centró en reunir a un equipo de

profesionales del área de Ciencias de la Salud, sino que además intentó recrear un ambiente donde la paciente pudiera sentirse cómoda (151).

La filosofía de este modelo consistió en considerar a la mujer como individuo con una enfermedad mamaria, por lo que debe participar en las decisiones terapéuticas. Una de las primeras medidas adoptadas por Silverstein fue el empleo de una cirugía conservadora, como puede ser una tumorectomía o biopsia intraoperatoria; teniendo como último recurso la mastectomía. Las pacientes de The Van Nuys Breast Center sabían exactamente qué procedimiento se les iba a practicar porque se había consensuado previamente. El factor más importante del éxito de The Van Nuys Breast Center fue su visión integral y multidisciplinaria del tratamiento del cáncer de mama. Este modelo asistencial evolucionó desde un modelo, primariamente quirúrgico, poco coordinado en el seguimiento a un sistema bien coordinado de control de los niveles agudo, subagudo y crónico de la enfermedad (149).

Los programas diseñados para proporcionar una gestión integral del cáncer de mama por un equipo de especialistas multidisciplinarios que se introdujeron a finales de 1970 han ido aumentando lentamente. Los pacientes que asisten a centros de mama reciben atención de un equipo multidisciplinario que a menudo incluye cirujanos, radiólogos, patólogos, oncólogos médicos, oncólogos de radiación, cirujanos reconstructivos, médicos de atención primaria, ginecólogos, enfermeras, trabajadores sociales, defensores de los pacientes y consejeros genéticos de riesgo (152).

Hace algunos años, un consorcio de organizaciones nacionales profesionales experimentadas y con especial interés en la patología mamaria, comenzaron a dedicarse a la mejora de la calidad y la monitorización de los resultados en el cuidado de las pacientes con enfermedades de la mama. Este grupo se convirtió en el Programa Nacional de Acreditación de Centros de mama (NAPBC) que, posteriormente, comenzó el difícil proceso de definir el centro de mama moderna y organizada para proporcionar la mejor evaluación posible y la gestión de los pacientes con problemas en los senos (153).

The National Accreditation Program for Breast Centers (NAPBC) está integrada por las siguientes organizaciones nacionales: American Board of Surgery (ABS), American Cancer Society (ACS), American College of Surgeons (ACOS), American Society of Breast Disease (ASBD), American Society of Breast Surgeons (ASBS), American Society of Clinical Oncology (ASCO), American Society of Plastic Surgeons (ASPS), American Society for Therapeutic Radiology and Oncology (ASTRO), College of American Pathologist (CAP), Association of Cancer Executives (ACE), Association of Oncology Social Work (AOSW), The Joint Commission, Society of Surgical Oncology (SSO), Oncology Nursing Society (ONS), National Consortium of Breast Centers (NCBC) (154).

La acreditación por el NAPBC sólo se otorga a aquellos centros que se han comprometido voluntariamente a proporcionar lo mejor en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama y que son capaces de cumplir con las normas establecidas. Cada centro debe someterse a una rigurosa evaluación y revisión de su funcionamiento y el cumplimiento de las normas NAPBC (155).

Durante los 19 años de existencia de este centro de mama, se trataron más de 3.100 pacientes con cáncer de mama, realizando más de 2.700 biopsias radioquirúrgicas. La serie de "carcinoma ductal in situ" es mundialmente conocida (156-160) y es una referencia obligada de todos los estudios posteriores.

Actualmente, se intenta que los cirujanos de mama apliquen este enfoque: cirugía con diagnóstico histológico previo; aunque no siempre es posible (161). Actualmente, el "Harold E. and Henrietta C. Lee Breast Center", es el centro de referencia de este modelo, donde no solo se sigue aplicando el enfoque multidisciplinar, sino que además se promueve la investigación para una detección precoz del cáncer de mama.

1.3.4 Modelo de España (SESPM)

La Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria, desde su fundación en 1980 se ha preocupado de conseguir el estudio global de la mama normal y patológica, integrando las diferentes especialidades relacionadas. Ha llegado a ser pionera en el mundo en el establecimiento en 1997 de unos requisitos mínimos de calidad para la acreditación de las unidades de mama hospitalarias. Aunque se avanzó notablemente, aun considerándose imprescindibles estas unidades, no existe un reconocimiento oficial que las defina, homologue, regule y controle. Ello justifica que, con la experiencia adquirida desde 1997 y valorando los datos aportados por la literatura, la SESPM haya realizado una actualización de la normativa del Comité de Acreditación (154).

La SESPM define la unidad de patología mamaria como “aquel grupo de profesionales sanitarios que, apoyados en la clínica y en unos medios técnicos imprescindibles, tienen como fin aunar criterios de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las pacientes con enfermedades mamarias” (114). El Comité de acreditación de las unidades de mama de la SESPM, considera que su misión es asegurar que la asistencia a las pacientes españolas con cáncer de mama y los cuidados senológicos de prevención del cáncer y promoción de la salud mamaria reúnan los mejores estándares de calidad. Para ello ha editado un Protocolo Nacional de Acreditación de las unidades de mama con los siguientes objetivos (144):

- Los procesos de calidad en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama deben ser accesibles a todas las mujeres españolas (universalidad).
- Los indicadores de calidad exigidos deben ser iguales para todas las unidades de mama del territorio nacional (uniformidad).
- Necesidad de definir estos estándares de calidad.
- Hacer que las unidades de mama acreditadas por la SESPM puedan ser reconocidas por las pacientes, los profesionales de la medicina, y las autoridades sanitarias.

La SESPM establece una serie de requisitos para conseguir su propósito en el tratamiento y seguimiento de las enfermedades mamarias en dichas unidades:

- La unidad desarrollará actividades asistenciales, docentes y de investigación.
- En los centros hospitalarios en donde la patología mamaria pueda ser atendida en distintos servicios es preceptivo que sea reconocida como tal por la dirección del hospital, ocupe un área específica que le sea propia, y exista una consulta diferenciada.
- Se considera requisito imprescindible que la unidad de patología mamaria cuente con la presencia de profesionales de las siguientes especialidades médicas: Cirugía/Ginecología, Radiología, Citología y Anatomía Patológica, Oncología y Radioterapia (propia o en hospital de referencia). En cada una de ellas deben de existir uno o más médicos con especial dedicación a la patología mamaria.
- Considerando estos servicios como básicos, deben establecerse servicios de referencia a los que remitir los pacientes para el resto de actuaciones que procedan. Con estos servicios existirán protocolos de actuación unificados.
- La actividad asistencial de la unidad de patología mamaria se canalizará a través de un comité que realizará reuniones periódicas en las que se discutirán todos los casos.
- Debe redactarse un protocolo de diagnóstico, tratamiento y seguimiento, consensado por los distintos miembros de la unidad de patología mamaria.
- Las unidades de mama deberán mantener reuniones periódicas que velarán por la correcta aplicación de dicho protocolo.
- Uno de los diversos especialistas que participen en esta unidad asumirá las funciones de coordinador de la misma y para ello deberá tener dedicación preferente a la patología mamaria, conocimiento global de la senología y ser miembro de la SESPM.

- Cada unidad de patología mamaria debiera contar con personal de enfermería y auxiliar adecuadamente formados para la labor específica que se desarrolle en cada una de las especialidades.
- Se considera necesario precisar los requisitos mínimos que deben reunir los procedimientos diagnósticos: mamógrafo, procesadora, negatoscopio, sistemas de control de calidad, ecógrafo, posibilidad de realización de localización y marcaje de lesiones no palpables radio-ecoguiadas.
- La unidad deberá someterse a los criterios de control de calidad que en cada momento sean considerados oportunos por parte de la SESPM.

Dentro de la Sociedad Española de Senología, y dependiente de su Junta Directiva, se creará una comisión de acreditación, que valorará las solicitudes de las unidades de patología mamaria que deseen ser acreditadas por dicha sociedad. El comité considera como imprescindibles los siguientes estándares de calidad que deberán tener las unidades de mama (98):

- Reconocimiento por parte de los centros sanitarios de que sus unidades de mama son independientes y con capacidad de autogestión. Se requiere una antigüedad de 3 años para iniciar los trámites de acreditación.
- Trabajar en equipos pluridisciplinarios, integrados por especialistas en todas las disciplinas de diagnóstico y tratamiento, con reuniones de discusión de casos clínicos
- Protocolos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de mama actualizados. Provisión de atención en los ámbitos de patología mamaria benigna, de la prevención y del diagnóstico precoz del cáncer, y de los estudios genéticos.
- Ofrecer servicios de soporte a las pacientes (educación sanitaria, información, soporte psico-social y promoción de la salud) e informarlas sobre los ensayos clínicos disponibles y las nuevas opciones de tratamiento.
- Disponer de una base de datos propia en la que se registren los indicadores de calidad, disponibles para realizar una auditoría.
- Registro de la actividad asistencial cada tres años.

- Para que una unidad sea acreditada es requisito imprescindible que cada año trate un mínimo de 50 pacientes con cáncer de mama.
- Ser miembros de la SESPM (al menos un miembro por cada especialidad).
- No considera un requisito imprescindible atender a un número determinado de nuevos casos de cáncer de mama anuales contrariamente al Modelo de EUSOMA, ya que el interés principal de la SESPM es la asistencia a las pacientes con los máximos estándares de calidad, que son asumibles si se cumplen los diez criterios anteriores.
- Es recomendable que el equipo central de la unidad de mama tenga formación acreditada en habilidades de comunicación y entrevista clínica, así como formación continuada en senología, patología mamaria y cáncer de mama.

Asimismo, las unidades de mama deben proporcionar los siguientes servicios a los pacientes (114):

- Servicio de atención psicológica a las pacientes con cáncer de mama desde el momento del diagnóstico.
- Programas para pacientes que han superado el cáncer de mama referidos a controles de seguimiento, servicios de rehabilitación y formación en promoción de la salud y reducción de riesgos.
- Programas de preservación de la fertilidad para mujeres jóvenes con cáncer de mama y cuidados paliativos en pacientes con enfermedades metastásicas.
- Se podrán realizar en centros de referencia los programas de preservación de la fertilidad, el diagnóstico por RMN, la radioterapia y el consejo genético.

1.4 FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LAS UNIDADES DE MAMA EN ESPAÑA

El cáncer es una patología compleja que demanda del paciente fortaleza física, mental y espiritual, por lo que el personal de enfermería que lo atiende debe poseer una serie de competencias bien definidas (162).

El papel del profesional enfermero de la unidad de mama ha adquirido en los últimos años un mayor reconocimiento como miembro del equipo multidisciplinar. EUSOMA le otorga nombre a este profesional de enfermería denominándolo “*Breast Care Nurse*” (BCN) y lo considera el prototipo de enfermero clínico especialista, el cual, en un intervalo corto de tiempo ha logrado alcanzar una posición indispensable para que se puedan proporcionar unos cuidados de alta a las pacientes afectas de patología mamaria (133).

Las principales funciones que desempeñan estos profesionales se detallan a continuación:

1.4.1 Asesoramiento de pacientes

El equipo de enfermería de unidad de mama asume el papel del profesional de referencia de la paciente, cuyo cometido es mucho más amplio del meramente asistencial (163), ya que la atención y cuidados que necesitan las mujeres con cáncer de mama tanto desde el punto de vista físico como emocional forman parte de su rol profesional (164).

La enfermera responsable de la patología mamaria debe dar consejos prácticos en todas las fases de la enfermedad relativos al diagnóstico, tratamiento y manejo de la misma. También debe dar soporte emocional y consejo sobre las posibilidades de tratamiento (133).

Aunque existen estudios en los que el seguimiento por parte del personal enfermero de mama no conlleva una mejoría significativa de la paciente en el aspecto estrictamente clínico, la inmensa mayoría de ellos corroboran que el asesoramiento por parte de este colectivo repercute positivamente en el nivel de satisfacción de las pacientes (165), por lo que puede conducir a una mejor continuidad en los cuidados y dar la posibilidad de un mayor soporte psicosocial y de la necesidad de conocimiento de la propia enfermedad por parte del paciente (166). El apoyo psicosocial de la paciente y de los cuidadores, así como el fomento de comunicación entre pacientes y especialistas, son otras de las responsabilidades que el asesoramiento conlleva (167).

La información que es transmitida a la paciente y familiares debe ser básica, comprensible y adaptada a ellos, de modo que les permitan no sólo estar informados, sino también participar de forma activa en los puntos donde haya alternativas (98). Toda esta red de apoyo enfermero promueve la continuidad de la atención y mejora las expectativas de curación para las pacientes (168).

Pero asesorar es mucho más que la simple proporción de información. Se trata de un amplio concepto que comprende una serie de cuidados enfermeros tales como el establecimiento de una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto con la paciente, ayudarla a reconocer y expresar los sentimientos de ira, tristeza o miedo, así como a identificar sus puntos fuertes y reforzantes o animarla a desarrollar nuevas habilidades (169).

Desarrollar nuevas habilidades implica enseñar a la paciente a convivir con los diferentes cambios que se irán produciendo como consecuencia de los distintos tratamientos. Es tratar de reducir la morbilidad física y psicológica relacionada con el proceso y ayudarla a controlar las reacciones adversas que puedan ir apareciendo (163). Hay que tener especial cuidado, ya que las mujeres con cáncer de mama están en riesgo de desarrollar una serie de dificultades específicas con un alto impacto psicológico, incluyendo la imagen corporal y problemas sexuales (170). Es por ello que también se debe fomentar el desarrollo de actividades físicas para recuperar lo antes posible el nivel de salud, ya que el inicio cuidadoso de los ejercicios postoperatorios permitirán recuperar más rápidamente la función muscular (171). La

enseñanza de diferentes tipos de ejercicios, en relación con el lado del brazo afectado, las mejores formas para relajarlo o los ejercicios de estiramiento, serán de gran importancia en la recuperación de la paciente intervenida (172).

Tanto en los tratamientos de radioterapia como de quimioterapia, así como en los hormonales, la enfermera de mama ejerce una vez más el papel de asesora del paciente al explicarles sus efectos secundarios, así como los síntomas que pueden desarrollar. Esta intervención informativo-educativa tiene efectos positivos en el campo afectivo y en el afrontamiento de la enfermedad (173).

1.4.2 Control de drenajes

El tratamiento inicial de la mayoría de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama es quirúrgico. Tras la intervención quirúrgica, es muy común que el cirujano coloque drenajes para ayudar a acelerar la curación, sobre todo en los casos de linfadenectomía de cáncer primario donde la formación de seromas es un suceso que requiere de una succión constante (174). Los drenajes son tubos largos que recogen el exceso de líquido que se puede acumular en el espacio donde se encontraba el tumor y se colocan para promover la cicatrización de la herida eliminando los líquidos (seromas, hematomas), que pueden retrasar la granulación tisular (175). Parte del tubo de drenaje se sitúa por fuera de la piel, cerca de la incisión quirúrgica y parte se extiende al interior del cuerpo de la paciente, donde se recogerá la sangre y el líquido linfático (176). Después de insertar los tubos, el cirujano cerrará la incisión con puntos (175).

El cirujano puede colocar los drenajes tanto a nivel pectoral como axilar, por lo que es responsabilidad del enfermero de la unidad que éstos se hallen correctamente identificados y registrados para asegurar un buen control sobre su débito, de lo cual dependerá su precoz supresión (171). Además de valorar la cantidad drenada diaria también hay que considerar el aspecto del líquido, ya que de esta manera se puede mantener un registro de la sangre y de la linfa acumulada para prevenir la posible aparición de infecciones y fenómenos compresivos (176,177).

En la actualidad, los días de ingreso hospitalarios suelen ser pocos, por lo que muchas pacientes son dadas de alta con los puntos de sutura y los drenajes, acudiendo posteriormente a la consulta de enfermería, que es donde la enfermera se enfrenta de manera autónoma a la valoración de la herida quirúrgica y la posible existencia de complicaciones (164). Es allí donde se encargará también de la retirada de los drenajes; normalmente cuando el volumen de líquido es de 30 ml o menos en un periodo de 24 horas, se pueden retirar los mismos (178).

EUSOMA establece esta función dentro de sus directrices de formación para llegar a ser *Breast cancer nurse*, ya que la práctica clínica de enfermería asociada con el cáncer de mama requiere del correcto desempeño de este papel (133).

1.4.3 Seguimiento postoperatorio de las heridas

En las últimas etapas de la cirugía, el cirujano especialista en mamas controlará que no haya hemorragias en las áreas de la cirugía y tras insertar los tubos de drenado quirúrgico. También colocará los apósitos y cubrirá el lugar de la cirugía con un vendaje (175).

En el periodo postoperatorio es clave la detección de síntomas que podrían indicar cualquier posible complicación. La hipertermia, la infección de la herida quirúrgica o la aparición de un linfedema importante son algunos de los signos que requieren intervención inmediata y en los que la enfermera desempeña un papel muy importante para su vigilancia y control (172).

Cuando se realiza una mastectomía, los cuidados de la herida quirúrgica comienzan ya con la intervención en sí: el cirujano debe ser extremadamente meticuloso procurando una correcta hemostasia y una colocación de apósitos con compresión moderada (179). La enfermera de la unidad de mama se encargará de valorar el estado de la herida quirúrgica, así como facilitar a la paciente instrucciones sobre el uso y tipo de sujetador más adecuado o el uso de prótesis provisionales en caso de mastectomía (163).

Al realizar el seguimiento postoperatorio de las heridas, el personal de enfermería debe tener conocimientos de la patología mamaria, con el fin de poder identificar precozmente cualquier posible complicación quirúrgica inmediata tales como hemorragias, infección de la herida, formación de hematomas, compromiso nervioso o dolor excesivo. Dentro de los cuidados enfermeros del postoperatorio inmediato se encuentran entre otros muchos, el control de estos apósitos quirúrgicos, ya sean pectorales, axilares o ambos, debiéndose mantener una compresión de los mismos las primeras 24 horas (171).

Este seguimiento postoperatorio se continúa tras el alta hospitalaria. Cuando la mujer intervenida de cáncer de mama llega a su domicilio, comúnmente le surgen inquietudes acerca de los cuidados que debe realizar de la herida. La información proporcionada por los profesionales de enfermería de la unidad de mama ayudará a la paciente a una pronta rehabilitación (180). Estudios como el de Boman ponen de manifiesto que la presencia de una enfermera entrenada especialmente para el control de las heridas producidas tras la mastectomía es de gran relevancia tanto para el equipo como para las pacientes (181).

1.4.4 Asistencia al médico

La enfermera de la unidad de mama colabora con el cirujano complementando la información médica a las pacientes después de que sea informada por el facultativo de su diagnóstico definitivo (163). Al trabajar estrechamente con los cirujanos especialistas y otros médicos involucrados en el cuidado, puede mantener un estrecho contacto con la paciente desde el diagnóstico y a lo largo de todo el proceso (182).

Enfermería acompañará al equipo médico en las visitas que éste realiza a la paciente, durante la cual transmitirá o recibirá información relativa a la misma, disponiendo las historias clínicas, resultados de exámenes y pruebas complementarias (183). En su ayuda a dicho equipo, realizará funciones tales como la valoración general de la paciente, información de su estancia media en el hospital, del tipo de medicación que se le administrará, aclaración de dudas acerca de la

necesidad de fisioterapia si la precisa y asesoramiento (163). De esta manera el personal de enfermería facilitará la interacción entre la paciente y el médico, y la ayudará a ser partícipe en la toma de decisiones sobre las posibles alternativas a tratamientos (184).

Si bien algunas actividades de la enfermera se relacionan directamente con el cumplimiento del tratamiento ordenado por el médico y dirigido a la curación, y algunas tareas del médico comprenden aspectos del cuidado de los enfermos, en general los dos campos son del dominio respectivo de la enfermera y del médico. No obstante, las funciones del cuidado y la curación son complementarias, puesto que ambos son aspectos necesarios e importantes de la salud (185).

1.4.5 Educación prequirúrgica de pacientes

La falta de información, la mala comprensión por parte de la paciente o una explicación insuficiente, pueden dar lugar a un aumento de la ansiedad, miedo o temor a lo desconocido que pueden repercutir negativamente en el proceso quirúrgico (186). Dentro de este término podemos englobar una multitud de tareas que enfermería puede efectuar para evitar en la medida de lo posible que esto suceda, tales como la explicación a la paciente de la cumplimentación del consentimiento informado, mediante el cual autorizas la realización de la intervención quirúrgica a la que se vaya a someter o la información a la paciente y sus familiares del circuito peri-quirúrgico (187).

Previamente a la intervención quirúrgica, el equipo de enfermería debe preparar tanto la documentación del preoperatorio (historia clínica, consentimiento informado, pruebas complementarias) como a la propia paciente (171). Se le debe realizar una evaluación del estado físico y emocional antes de la intervención, respondiendo así a las posibles preguntas que puedan surgir (186). Del mismo modo, se le hablará de la importancia y finalidad de todos los procedimientos preoperatorios, tales como la preparación de la piel o el establecimiento de una dieta absoluta, así como procurar reducir el nivel de ansiedad de la paciente a través de informaciones

que contemplen las acciones que serán desarrolladas durante el periodo perioperatorio (188,189).

Es importante discutir con la paciente y sus familiares la necesidad de establecer un plan para compartir actualizaciones sobre su condición. Debe explicarse que el tratamiento y las estrategias de intervención pueden cambiar según sea apropiado. Hay que hablar acerca de posibles cambios físicos y en las habilidades ocupacionales, junto con las opciones terapéuticas, asegurándose que entiende la posible reacción de los amigos y familiares de manera diferente a sus necesidades, y recalando la importancia de seguir el tratamiento (170).

Por lo tanto, puede afirmarse que la educación prequirúrgica de pacientes por parte de enfermería mejora la satisfacción de estos pacientes teniendo efectos positivos en el postoperatorio y además permite dar una información personalizada y adecuada a cada paciente quirúrgico (190).

1.4.6 Citación de pacientes

La citación enfermera de pacientes es una función que se realiza fundamentalmente en la consulta de enfermería de mama, de hecho, existe ya el término conocido como enfermera clínica de cáncer de mama, cuyo papel es crucial en la optimización de los recursos disponibles, citando y coordinando pacientes en las redes del sistema sanitario (191). Estas citaciones forman parte del conjunto de actuaciones llevadas a cabo por enfermería de la unidad de mama y han de ser tanto pre como postoperatorias (172).

El término consulta de enfermería ha sido utilizado de diversas formas en función de su aplicación a diferentes actividades profesionales. Corrales la considera como “un servicio necesario que facilita un mejor nivel de atención a las pacientes y además supone una ayuda para el trabajo del médico” (192). También se considera un recurso para el seguimiento de las pacientes con patología mamaria, que facilita la cirugía ambulatoria, el alta precoz y la disminución de la estancia media hospitalaria (178).

La consulta de enfermería en la unidad de mama contribuye y actúa en la continuidad de todo el proceso asistencial. Tiene como objetivo ofrecer una asistencia integral e integradora, que tenga en cuenta el equilibrio emocional de la mujer, la imagen corporal y la reincorporación a su ambiente familiar y a la sociedad en general (163). En ellas, el profesional de enfermería trabaja de forma autónoma en la mayor parte de las nuevas consultas, pero con fácil acceso a un cirujano consultor de mama para proporcionar asesoramiento y apoyo, si es necesario (193).

En la citación de pacientes es conveniente cierta diversificación de la oferta horaria. Hay autores que recomiendan realizar las consultas sean necesarias en función del requerimiento de la situación, de la necesidad de la paciente o si la enfermera lo considera necesario (194). Se suele admitir como un criterio de calidad, en cuanto que mejora la accesibilidad, el hecho de que el profesional realice parte de su actividad asistencial en un turno horario diferente de su horario habitual (195).

1.4.7 Coordinación del proceso asistencial

Cuando se habla de proceso asistencial, desde el punto de vista institucional, en general se alude al abordaje integral de los distintos problemas de salud, e incluye las actuaciones interdisciplinares que se producen desde que una persona afectada de una patología demanda una asistencia hasta que ésta finaliza. Todo proceso asistencial debe ir encaminado a mejorar la atención global y la coordinación de los diversos procesos clínicos, establecer los criterios técnicos que deben cumplir aquellos que se quieran gestionar de manera institucional y acreditada, analizar el funcionamiento de los mismos e impulsar su gestión integral (196).

El diagnóstico del cáncer de mama inicia el proceso asistencial y posteriormente se produce la aplicación secuencial de los distintos tratamientos adecuados según el caso. En lo relativo a la coordinación de dicho proceso, las funciones de enfermería irán encaminadas a facilitar el trabajo entre los miembros del equipo, mantener alto el nivel de relación y comunicación con los profesionales implicados, tanto internos como externos, identificar y aprovechar los recursos del

entorno, activar a los proveedores de servicios internos (radiología, unidad de hospitalización de día, psicólogos, laboratorio, cirugía vascular) y de servicios externos (radioterapia, hospitales), agilizar las actuaciones, evitar duplicidades y esperas improductivas, actuar de manera precoz ahorrando problemas, así como evitar alguna consulta sucesiva a especialistas o visitas a urgencias y estancias hospitalarias (197). Este dominio incorpora competencias que reflejan la capacidad de la enfermera especialista en mama para facilitar un enfoque coordinado de la planificación de la atención, implementación y evaluación, garantizando una amplia gama de servicios de salud y de apoyo que se entregan de forma oportuna, flexible y eficiente en respuesta a las necesidades de la paciente (168).

Es muy importante asegurar una continuidad en la coordinación del proceso asistencial después del alta hospitalaria, manteniendo continuo contacto con los profesionales sanitarios de atención primaria (198). En esta nueva etapa, la mujer se separa de los agentes sanitarios que, hasta ese momento, especialmente las enfermeras de mama, habían estado presente de forma continuada, reduciéndose su trato con ellas a consultas de revisión, que además se irán distanciando con el tiempo. En este periodo las redes de apoyo y la familia son fundamentales y adquiere una gran importancia el sistema enfermero de apoyo educativo(199).

1.4.8 Punción de seromas

Un seroma es una colección de linfa y fluido seroso, que comúnmente se produce por debajo de los colgajos de piel después de cualquier forma de cirugía de mama, o en el espacio muerto después de la disección axilar (200). Los seromas son la complicación post-quirúrgica más común que ocurre después de la cirugía del cáncer de mama, pudiendo ser controlados mediante el uso de drenajes y vendajes compresivos aplicados directamente en la zona de resección ganglionar e incisión quirúrgica (171).

La extensión de la cirugía y la técnica quirúrgica empleada determinarán la formación de seroma. Una cirugía más extensa o el uso del electrobisturí aumentarán

la probabilidad de formación del mismo (201). El riesgo de seromas es escaso cuando se cierra la herida operatoria por aproximación de los bordes y es mayor en disecciones ganglionares (202). Uno de los signos indicativos de la presencia del seroma es la hinchazón debajo de la piel cuando se toca ligeramente. En numerosas ocasiones el seroma aparece tras el alta hospitalaria y es entonces cuando la mayoría de las mujeres contactan con la enfermera de mama (181). Las enfermeras especializadas de las unidades de mama poseen la formación suficiente para realizar el control y tratamiento del posible seroma en pacientes que han sido sometidos a cirugía axilar (163).

La aspiración del seroma es la forma más común de tratamiento de las molestias que éste causa. El personal de enfermería de mama deberá observar el área de la herida para identificar correctamente los posibles signos de infección (enrojecimiento, aumento de la temperatura, malestar general) y en el caso de no haber presencia de ellos, se procederá a la aspiración del mismo (200). Estudios como el de Boman han demostrado que la aspiración del seroma es un procedimiento que produce poco o ningún dolor a las pacientes (181).

1.4.9 Gestión de casos

La gestión de casos es una de las funciones básicas que debe realizar el profesional de enfermería de la unidad de mama. Esta figura debe gestionar los recursos materiales que precisa la unidad, la eficiencia de los recursos humanos y que el acceso de las pacientes a ambos esté asegurado (163). Es, por tanto, el máximo responsable en lo relativo a la coordinación del proceso asistencial (197).

La gestión de casos es un modelo caracterizado por ofrecer un nivel avanzado de práctica enfermera, que maximiza la utilización de competencias especializadas y de conocimiento enfermero a fin de responder a las necesidades de las pacientes en el dominio de salud. Entendemos por práctica avanzada “la capacidad de ejercer liderazgo clínico y prestar cuidados de alta calidad y gran efectividad en la toma de decisiones” (182). Se trata de una labor que garantiza la continuidad de cuidados entre los niveles asistenciales, siendo fundamental en el proceso de planificación,

seguimiento y evaluación de todas las acciones que se pongan en marcha a fin de asegurar el logro en la coordinación interdisciplinaria. La participación en las sesiones clínicas es una de las intervenciones que más pueden mejorar la efectividad de los cuidados prestados por el personal de enfermería (203).

El responsable en la gestión de casos colabora y lidera la gestión que ha previsto el equipo multidisciplinar, tanto clínica como económica, proporcionando apoyo logístico, solucionando los problemas económicos que puedan surgir y ofreciendo acceso a los recursos necesarios. También diseña la estrategia de cuidados y realiza el seguimiento del proceso asistencial, prevé problemas y necesidades que puedan surgir (184). La enfermera gestora de casos es la encargada de la realización de la primera entrevista y la valoración en consulta, realizando posteriormente las consultas de seguimiento, el diseño del cronograma de cuidados o la impartición de información y educación a la paciente y a su familia sobre el tratamiento y la duración del mismo (197).

Con el fin de evaluar la validez de este proceso, se han realizado estudios en la comunidad andaluza que han medido la efectividad de la implantación de un modelo de gestión por casos llevado a cabo por enfermeras, observándose un aumento de la eficiencia en el acceso a los recursos y a los servicios de salud, repercutiendo positivamente en la atención a los pacientes (204).

1.4.10 Participación en grupos de apoyo a pacientes

Recibir un diagnóstico de cáncer, desencadena una fuerte respuesta emocional que acaba desembocando con frecuencia en ansiedad y depresión (205). Posteriormente, suelen aparecer alteraciones de la imagen corporal, disminución de la autoestima, dificultades de pareja y cambios en las relaciones personales, alterando la calidad de vida de las pacientes (206). A veces, ni siquiera los familiares y amigos más allegados son capaces de entender exactamente cómo se siente una persona cuando le diagnostican un cáncer de mama, lo cual puede llevar a la paciente a un estado de soledad y aislamiento (207).

Algo que puede beneficiar al tratamiento del cáncer de mama en estas mujeres es la participación en grupos de apoyo (208). La Breast Cancer Organization define a estos grupos como “grupos de personas que están en una situación similar y que se reúnen para compartir sus experiencias” (209). Estos grupos se reúnen periódicamente de forma física, por teléfono o en línea, pudiendo ser abiertos o cerrados, lo cual permite a los participantes decidir si desean actuar o no en el grupo; y dan la oportunidad a los pacientes a usar sus conocimientos y experiencias para ayudar a los otros (208).

Existen diferentes tipos de grupos de apoyo proporcionando respaldo de diversas maneras, de forma que cada persona debe encontrar el grupo que mejor se adapte a sus necesidades. Hay grupos de autoayuda dirigidos por integrantes del grupo, otros dirigidos por profesionales que pueden dirigir la conversación entre los integrantes, y también de apoyo informativo administrados por un coordinador profesional, en los cuales se invita con frecuencia a médicos o enfermeras a brindar asesoramiento experto (207). Diversos estudios han demostrado los efectos positivos de las terapias de grupo en pacientes con cáncer, incluyendo mejoría en el humor, adaptación a la enfermedad y al dolor (210,211).

Enfermería juega un papel clave en la promoción de la conciencia del cáncer de mama en la comunidad. En colaboración con otros profesionales de la salud, puede formar grupos de apoyo a nivel local, invitando a todas las pacientes con cáncer de mama de la región a asistir, independientemente de los sitios en los que están recibiendo o han recibido el tratamiento. Este ámbito no hospitalario proporciona un entorno más cómodo para las pacientes, lo que podría reducir los niveles de ansiedad que se pueden producir al asistir a su lugar de tratamiento (212).

Existen varios servicios comunitarios, programas y asociaciones en los que enfermería puede vincular a las pacientes, promocionando de esta manera la conciencia sobre el cáncer de mama. Algunos de ellos son las fundaciones de cáncer de mama, el programa mucho por vivir, Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC), Asociación de Mujeres Mastectomizadas y Afectadas de Cáncer de Mama de la Comunidad Valenciana Cáncer (AMMCOVA) o Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA).

1.4.11 Intervención quirúrgica

Aunque la actividad asistencial de los miembros de la unidad de patología mamaria se desarrolla en las consultas externas, el quirófano y la planta de hospitalización, el personal de enfermería que trabaja en la unidad de mama raramente se encuentra presente durante la intervención en el quirófano.

Los profesionales de enfermería del área quirúrgica actúan directamente en el cuidado del paciente cumpliendo diferentes roles; como personal enfermero asistencial siendo circulante, de anestesia, o instrumentista. En este último caso, brindando materiales estériles según el requerimiento para cada intervención. También gestionan procesos gerenciales en el quirófano, desde la programación, la distribución del personal según la cantidad de cirugías y la complejidad de estas, la monitorización o la auditoría de los diferentes procesos realizados en el quirófano (213). Los cuidados postquirúrgicos inmediatos en las pacientes que han sido intervenidas de neoplasia de mama también se realizan habitualmente por el personal enfermero de quirófano (163).

Cabe señalar que en una cirugía la atención comienza mucho antes y termina mucho después del acto quirúrgico en sí, por lo que un profesional enfermero competente sería aquel que se compromete con la humanización, pues sólo la utilización de conocimientos técnicos no satisface la voluntad de los pacientes (214).

A pesar de que en las guías de EUSOMA no se habla de la presencia de la enfermera de mama en el quirófano, sí establece que las enfermeras más experimentadas en cáncer de mama pueden desempeñar la función del tatuaje de los pezones (133). Esto se realizará una vez haya pasado el tiempo establecido por el cirujano tras la colocación de las prótesis mamarias.

Según el RD 450/2005 del 22 de abril sobre Especialidades Enfermeras (215), derogado y absorbido en la actualidad por el RD 639/2014 sobre Troncalidad (216), establece la Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos como una especialidad de enfermería. Dentro de las competencias de esta especialidad que, a día de hoy, aún no ha visto la luz, se encuentra el conocimiento de la fisiopatología de la mama. En

este contexto, el programa de formación solicita que el enfermero especialista sea capaz de llevar a cabo el plan de cuidados y la evolución de la paciente con patología mamaria. Además, debe tener conocimiento y destreza en la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos específicos para la paciente con neoplasia mamaria y realizar educación para la salud en este colectivo. Añadido a lo anterior, el profesional enfermero deberá realizar prácticas quirúrgicas en el servicio de cirugía de mama.

Algunos autores se plantean si el enfoque con el que se ha elaborado esta especialidad es adecuado, es decir, si el especialista de Cuidados Médico-Quirúrgicos tiene un área claramente definida o si, por el contrario, se ha convertido en un acumulo de contenidos (217). En efecto, se trata de una especialidad que engloba muchas subespecialidades aglutinadas, donde algunas de ellas, como podrían considerarse con la entidad suficiente como para ser una especialidad *per se*, claramente diferenciada de las demás.

1.5 FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN PATOLOGÍA MAMARIA PARA ENFERMERÍA DE UNIDADES DE MAMA

1.5.1 La formación de postgrado en Enfermería

En la Unión Europea, el título de Enfermería se encuentra regulado por la Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo (218), sin embargo, la educación especializada no dispone de tal política actualmente, por lo que existe una enorme diversidad tanto a nivel profesional como académico, pudiendo desarrollarse en universidades o por empresas privadas (219).

Con el “Plan Bolonia” y el “Proyecto Tuning” puesto en marcha en el año 2000 se pretendió unificar la educación superior a nivel europeo, pero hoy en día, el resultado es que la educación y formación continua dispareja. La duración de los programas, estructuras de los planes de estudio y como consecuencia el aprendizaje, sigue difiriendo entre países (220) y en ocasiones entre el mismo país. Todo esto

crea una confusión a la hora de definir los roles y funciones de las diferentes especialidades, dando lugar a un debate para la definición y estandarización de la educación especializada a nivel europeo (221,222). A toda esta confusión se une, la desigualdad en la literatura a la hora de nombrar a las enfermeras especializadas (Especialista en Enfermería Clínica, Enfermera, Enfermera Avanzada en una Especialidad, Enfermera Profesional, Enfermera Experta, etc.) que repercute en la investigación y en el avance de la educación especializada (219).

Para aportar luz a estas cuestiones, la Comisión Europea en el año 2000, enumeró las principales categorías y los diferentes niveles de educación para los países miembros de la Unión Europea. Identificó la enorme variabilidad entre los diferentes países y observó que existan dos categorías principales: Enfermera General y Enfermera Especialista de Postgrado (223). En 2013, con los datos aportados por la Comisión Europea, los miembros del Consejo Ejecutivo de la European Federation of Nurses Educators (FINE), diseñaron un estudio descriptivo mediante un cuestionario que enviaron a profesionales de enfermería de diferentes países de la UE con el fin de definir el tipo de educación o formación de las enfermeras especializadas (219). Entre los resultados obtenidos, se observó que:

- La especialización más frecuente fue la de Salud Mental, seguida de Pediatría, Cuidados Intensivos y Salud Pública.
- La especialidad de Oncología resultó ser significativamente relevante, pero en algunos países como en Bélgica, se halló asociada a otras especializaciones como Cuidados Paliativos.
- Por lo general, la educación especializada tiene una duración de un año (60 ECTS) o dos años (120 ECTS).

Destacar que, en el estudio realizado por Dury et cols (219), no se hizo alusión a ninguna especialización por tipos de cáncer, aunque sí se manifestó que, en muchos países, como Irlanda, existe una enorme variabilidad de cursos postgrados para diferentes especializaciones, pudiendo existir varias especialidades relacionadas con la oncología, sin obviar la enorme variabilidad relativa a la duración de los cursos y la estructura formativa entre las mismas. El estudio resalta además la escasa certificación oficial de estos cursos e incide en la necesidad de mejorar los

niveles de educación, certificación y regulación para las enfermeras especializadas, ya que los roles y funciones de estos profesionales muy diversos y existe una débil política en salud que regule, mejore y desarrolle las especialidades en enfermería.

En el ámbito universitario está reconocida la docencia de post-grado en forma de diplomas, máster y título de especialista propio desde hace años. Con estos postgrados de más de 30 créditos europeos (normalmente la duración especializada dura un año equivalente a 60 ECTS), se adquiere un nivel de formación que permite la obtención de un conocimiento básico y amplio de todas las disciplinas relacionadas pudiendo ofrecer o coordinar la atención de calidad que hoy día se precisa (97).

1.5.2 Formación de especialización en cáncer de mama en Europa

Con las directrices propuestas por EUSOMA, la EONS (European Oncology Nursing Society) fue la encargada de desarrollar un “*post-basic curriculum*” que sirviera de guía para la formación estandarizada y especializada en cáncer de mama de los profesionales en enfermería en Europa, y para que estos profesionales pudieran ser una parte destacada dentro del equipo de las unidades de mama (224).

En algunos países de Europa como Reino Unido, Escandinavia, Irlanda, Bélgica, Países Bajos o Luxemburgo y en países foráneos a la Unión Europea como Australia y Estados Unidos, existían anteriormente a las directrices de EUSOMA algunos planes de estudio destinados a diferentes especialidades, entre las que se encontraban los cuidados enfermeros planteados a la oncología mamaria, pero sin una titulación reconocida ni unos roles de enfermería definidos (224). En el caso particular de Reino Unido, ya por los años 80, contaba con una titulación de Máster Universitario en Oncología pero que no estaba intrínseco a la definición de tratamiento del cáncer desde un punto de vista multidisciplinar ni mucho menos dentro de la especialización de la neoplasia mamaria (225).

El plan de estudios desarrollado por la EONS, debiera ser una guía para la formación de enfermeras en cáncer de mama en Europa dentro de un equipo multidisciplinar, donde se incluyeran las funciones y actividades que, reservadas a

este colectivo profesional, así como los contenidos teóricos y prácticos necesarios para su formación en oncología mamaria, estandarizando a nivel europeo esta especialidad (224). Por lo tanto, aunque Europa cuenta con el “*Postbasic curriculum*” para guiar la formación de enfermeras especializadas en cáncer de mama basado en las guías existentes de Australia, Norte América y Reino Unido, hoy en día todavía no existe una educación consensuada en Europa para estandarizar las funciones de enfermería dentro de un equipo multidisciplinar de cáncer de mama.

Según las directrices aportadas por EUSOMA, junto con la EONS (133), el profesional de Enfermería que desee acceder al título de especialista en cuidados de mama (*Breast cancer nurse*) deberá cumplir unos requisitos teóricos y prácticos, los cuales se encuentran englobados en un total de 200 horas de formación que se pueden dividir como sigue:

- 50 horas de enseñanza magistral
- 70 horas de estudio particular
- 80 horas de prácticas clínicas

Dentro de los contenidos teóricos, estos profesionales enfermeros deberán adquirir las competencias necesarias para conocer la naturaleza del cáncer de mama, los métodos de tratamiento, sus implicaciones e impacto y experiencia, así como todas las cuestiones relacionadas con la enfermería aplicada a esta patología.

En cuanto a los contenidos prácticos, deberán adquirir el desarrollo de las enseñanzas basadas en la práctica clínica, identificar posibles problemas psicosociales en el paciente y la familia relacionados con el diagnóstico, evaluar las necesidades de información sobre el tratamiento, así como reflexión sobre la práctica clínica incluyendo la asistencia a las reuniones multidisciplinarias.

Al finalizar la formación, los candidatos serán capaces de explicar la importancia de la detección temprana del cáncer de mama; describir los principios, aplicaciones y la justificación de los tratamientos utilizados en el mismo, así como sus toxicidades asociadas; describir las intervenciones de enfermería que pueden ser empleados para minimizar la morbilidad y la mortalidad en este tipo de pacientes; comprender los problemas políticos y profesionales que influyen el tratamiento del

cáncer de mama y considerar las formas en que las enfermeras participan en el desarrollo de los servicios de atención de la mama. También es necesario que estos profesionales reevalúen sus conocimientos teóricos y prácticos cada tres años.

Dada la gran variabilidad de la educación y la formación especializada entre los países de la UE, es lógico pensar que la formación para enfermería en Oncología Mamaria dentro de un equipo multidisciplinar va a variar según los diferentes países. Así, al consultar en diferentes páginas web de estudios universitarios y formación para enfermería, se ha podido constatar que la formación especializada de Oncología Mamaria en equipos multidisciplinarios es bastante escasa en Europa, contando con Alemania e Irlanda como los estados que mejor la representan, existiendo además una gran diferencia entre los planes de estudio, formación, y por tanto el aprendizaje de los profesionales entre ambos países (223,226).

En Alemania, en el año 2006, la Sociedad Alemana de Oncología empezó a desarrollar unos criterios para la formación de estos especialistas basándose en las directrices de EUSOMA, e influenciado por el Nottingham Breast Institute. Fue en el Charité's Health Center, en cooperación con el equipo multidisciplinar de la unidad de mama, donde se llevó a cabo el primer curso de esta especialización (225). En este caso, para poder acceder al curso, el profesional de enfermería debía haber trabajado recientemente al menos dos años con pacientes afectas por cáncer de mama. La enseñanza impartida era de nueve meses, cubriendo un periodo de 264 horas presenciales en donde las habilidades de comunicación eran una parte muy importante de la enseñanza.

En Irlanda, concretamente en la Escuela de enfermería de Dublín, se imparte un máster para la especialidad de Enfermería en Oncología con cuatro variedades a escoger (Cáncer en Adultos, Oncología Pediátrica, Colorrectal y Mamaria). Como requisito obligatorio, los aspirantes deben haber trabajado al menos un año con pacientes con cáncer de mama y estar ejerciendo durante el desarrollo del curso en una unidad mamaria. Se trata de un año académico desglosado en dos semestres, formado por seis bloques, cada uno de ellos de 10 ECTS, dos de ellos comunes a las cuatro especialidades y los cuatro restantes específicos de la variedad de oncología enfermera elegida (227).

Ambos planes de estudios están basados en el “*Postbasic Curriculum*” de la EONS y, aunque se estructuren de manera diferente, tienen como objetivo central aspectos relacionados con la naturaleza del cáncer, las estrategias y habilidades relacionadas con la comunicación y apoyo emocional a las pacientes y familias, fundamentos, cuidados y técnicas propias de enfermería. Con respecto a las prácticas clínicas, se aplican las técnicas y cuidados enfermeros dentro de un equipo multidisciplinar en las unidades de mama, donde se efectuarán dichas prácticas, aprendiendo además la manera de trabajar dentro de este tipo de equipos, incluyendo la legislación y las normas que se aplican a estas unidades (224).

1.5.3 Formación de especialización de cáncer de mama en España

En algunos países de la UE, como Reino Unido, Irlanda o Bélgica han proliferado desde la década de los años 80 diferentes especialidades para enfermería, pero en España, esta tendencia sigue sin terminar de consolidarse en nuestros días (219).

La obtención del título de Enfermero Especialista en España está actualmente regulada por el RD 639/2014 del 25 de julio, expedido por el Ministerio de Educación y Ciencia, con carácter oficial y validez en todo el territorio del Estado. El catálogo establece que son siete las especialidades enfermeras: Obstétrico-Ginecológica, Salud Mental, Trabajo, Geriátrica, Pediátrica, Familiar y Comunitaria y Médico-Quirúrgica. La formación del enfermero especialista, en las especialidades citadas, se realizará por el sistema de residencia en unidades docentes acreditadas para la formación especializada (215,218). Asimismo, se establece la necesidad de atención y cuidados especializados que, debido al avance científico, de los medios técnicos, patrones epidemiológicos y a la evolución de la pirámide de población, demandan los pacientes y usuarios del Sistema Nacional de Salud. Por lo que se puede advertir la inexistencia en España el título de Enfermería Especialista en Oncología Mamaria.

No obstante, sí existe en la UE las titulaciones de segundo nivel o Postgrados, cuyos objetivos están orientados a un mayor análisis de cada disciplina, a nivel académico, de investigación y de especialización o formación profesional avanzada.

Estos estudios se certificarán en España mediante el título de Máster, el cual tendrá un periodo de duración de entre 60 y 120 ECTS, con carácter oficial y validez en todo el territorio nacional. Es importante señalar que, según la legislación vigente, los programas de Máster en España no pueden ser de especialización, sino de ámbito investigador, profesionalizado y académico (228).

En octubre del 2007, el Gobierno Español reconoció la disciplina de enfermería como una ciencia por derecho propio, dentro del marco europeo por medio del plan Bolonia, instaurando los títulos de Grado, Máster y Doctorado. Este reconocimiento hizo posible que enfermería fuera considerada una disciplina independiente, con identidad propia y autosuficiente. A su vez, esta estructura educativa mejorará la competitividad en la enfermería española, así como la promoción del personal enfermero, lo cual conllevará un aumento de la calidad de las actuaciones sanitarias y del estado de salud de los ciudadanos (229).

Al analizar las ofertas de títulos de Máster en España, se ha comprobado que varias universidades imparten Másteres en Enfermería Oncológica. En otras universidades se han hallado mezclas entre diferentes disciplinas, como la oncología y los cuidados paliativos. Sin embargo, no se ha hallado ningún título que haga referencia a la formación específica de Oncología Mamaria, al igual que, con diferencia de Irlanda y Alemania, ocurre en la mayoría de los países europeos (225,227). Sin embargo, se ha reparado en la existencia de algunos cursos de formación continua. De entre los mismos, el que aporta una mayor formación, es el que ofrece la Universidad de Lérida, denominado "*Curso de Especialista Universitario en Senología para Enfermería*", con una duración de 12 ECTS de carácter semipresencial (230). Otros ejemplos de formación continua, son los cursos impartidos por la Universidad de Barcelona, cuya duración se reduce a tan sólo un día (231). Éstos, aunque son un progreso para la formación de los profesionales que trabajan con pacientes de cáncer de mama, difieren mucho de los planes de estudio de postgrado de Irlanda y Alemania, así como de la guía propuesta por la EONS, sobre el "*Postbasic curriculum*" para la formación de enfermería en el tratamiento del cáncer de mama en unidades multidisciplinarias de mama (224).

JUSTIFICACIÓN

HIPÓTESIS

OBJETIVOS

2. JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1 JUSTIFICACIÓN

El cáncer de mama es un problema importante de salud pública en nuestra sociedad, tanto por la elevada prevalencia como por las importantes repercusiones sobre la salud. A nivel mundial, se trata de la neoplasia diagnosticada con mayor frecuencia en las mujeres de todo el mundo, con 1.67 millones de nuevos casos en 2012 (9). En la actualidad, es la primera causa de muerte por cáncer en la población femenina, con más de 500.000 defunciones anuales (10), aunque España, con una tasa de mortalidad de poco más de 6.000 muertes al año, es la más baja de la Unión Europea (9).

La neoplasia de mama afecta mayoritariamente a mujeres en edad media de la vida, por lo que esta patología se acompaña de un gran impacto en el ámbito familiar, social, laboral y por supuesto, personal (98).

El manejo del cáncer, y específicamente del cáncer de mama es sumamente complejo debido a su heterogeneidad y a la naturaleza de la enfermedad (95), por lo que el planteamiento multidisciplinario de esta patología en unidades especializadas se considera el más adecuado. Esto implica la participación de diversos especialistas en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, entre ellos el personal enfermero.

Las unidades multidisciplinarias de mama se han convertido en un requisito imprescindible para el diagnóstico y tratamiento de la patología mamaria neoplásica en nuestro sistema sanitario. La alta incidencia del cáncer de mama supone un importante problema sanitario que necesita muchos recursos tanto humanos como materiales. Es necesario que las mujeres afectadas por cáncer de mama se traten en las unidades de mama, ya que estas unidades optimizan estos recursos, evitan duplicidades y exploraciones innecesarias (114).

La formación de equipos de trabajo multidisciplinarios y multiprofesionales fomenta la especialización en un área anatómica como la mama, ahorra tiempo y recursos en el diagnóstico, permite un tratamiento más selectivo del cáncer de mama y adecua la terapia al estadio clínico de la paciente (20).

Debido a los escasos estudios sobre la enfermería en la unidad de mama y al papel integrador del personal enfermero en todos los cuidados relacionados, se hace necesaria una investigación que ponga de manifiesto cuáles son las funciones desarrolladas en la unidad de mama, grado de participación como miembro del equipo multidisciplinar, así como la necesidad de conocer las opiniones que tienen estos profesionales sobre el tema y sobre la necesidad de una formación especializada para la calidad de los cuidados.

2.2 HIPÓTESIS

Las unidades de mama son servicios multidisciplinarios especializados en patología mamaria que requieren de un personal de enfermería con unas funciones concretas y bien definidas.

Las mujeres afectas de cáncer de mama requieren de unidades de mama con un equipo multidisciplinar, en el cual se encuentra incluido el personal de enfermería.

Las unidades multidisciplinarias de mama se han extendido en los últimos años en el territorio español con el fin de atender a los cambios en la demanda asistencial en patología mamaria.

Las tareas que desarrolla el personal de enfermería en las unidades de mama son necesarias para el correcto manejo y tratamiento de una enfermedad tan compleja como es el cáncer de mama, así como para garantizar una asistencia integral a las pacientes en todas las fases de su enfermedad.

El personal enfermero de la unidad de mama debe estar especializado y formado en patología mamaria para proporcionar a las pacientes unos cuidados de calidad.

2.3 OBJETIVOS

1. Diseñar y validar un instrumento de medida que permita recopilar y valorar las características que definen al personal de enfermería en las unidades y/o consultas de mama a nivel nacional.
2. Describir las características generales de las unidades de mama y estudiar su distribución en el territorio español.
3. Analizar las características socio-profesionales y de formación específica del personal de enfermería en las mismas.
4. Identificar las tareas que desarrollan los profesionales de enfermería en las unidades de mama españolas.
5. Reflejar la opinión que tiene el personal de enfermería en cuanto a su rol dentro del equipo multidisciplinar de las unidades de mama y las necesidades de formación especializada.
6. Determinar la existencia de asociaciones entre las características socio-profesionales con las funciones que desarrollan las enfermeras en la unidad de mama y con la opinión que poseen respecto a su rol dentro del equipo multidisciplinar.

MATERIAL Y MÉTODOS

3. MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio de investigación que se presenta es de tipo descriptivo transversal. Los datos se han recogido a través de un cuestionario auto-administrado específico sobre el conocimiento, las opiniones y las actitudes del personal enfermero acerca de su papel en las unidades de mama españolas. Dicho cuestionario ha sido previamente validado antes de su utilización. El cuestionario es anónimo, de manera que el análisis de los datos no plantea problemas de confidencialidad.

El trabajo se compone de un estudio de validación y un estudio cuantitativo complementado con metodología cualitativa.

3.1 ELABORACIÓN DE LA ENCUESTA NACIONAL SOBRE EL PAPEL DEL PERSONAL ENFERMERO EN LAS UNIDADES DE MAMA

A finales del año 2002, la Sección de Patología de la Mama de la Asociación Española de Cirujanos propuso un estudio sobre las unidades de mama en España, para cuya consecución se optó por el formato de una encuesta. En el año 2004, Merck y su equipo actualizaron algunos datos de la encuesta. Dicha encuesta fue remitida a los servicios de cirugía general y del aparato digestivo que atendía patología mamaria para ser respondido por los jefes de los servicios de todos los hospitales nacionales (114).

Gracias a este estudio se pudo conocer la realidad de la asistencia al cáncer de mama en España, así como el papel desempeñado por los cirujanos y ginecólogos como responsables del tratamiento del cáncer de mama en la mayoría de hospitales y unidades de mama españolas.

3.1.1 Justificación creación nuevo cuestionario

El desarrollo de un cuestionario es un proceso laborioso que puede llevar meses antes de conseguir la versión definitiva que satisfaga las necesidades previstas. Es por ello que se debe tender a utilizar cuestionarios que ya hayan demostrado su utilidad en otros estudios, lo que además permite comparar resultados.

A pesar de disponer del cuestionario del año 2004 mencionado anteriormente sobre unidades de mama en España, para el caso que nos ocupa, el personal de enfermería, dicho cuestionario no resultaba adecuado. Por este motivo resultó inevitable el diseño de un nuevo instrumento, quedando justificada de esta manera su creación y la necesidad de evaluación de su utilidad previa a su aplicación (232).

3.1.2 Revisión bibliográfica

La primera fase de la búsqueda bibliográfica consistió en la consulta de diferentes páginas web oficiales o altamente relevantes en el área de la investigación. El objetivo fue la recopilación de normativa, procedimientos básicos, recursos o cualquier información pertinente para la misma.

Las páginas consultadas fueron entre otras, la Organización Mundial de la Salud (OMS); la European Society of Mastology (EUSOMA), la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria (SESPM), la página web del proyecto GLOBOCAN o el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Asimismo, se realizaron diferentes búsquedas generales en Internet mediante el buscador Google, con el fin de localizar guías clínicas, protocolos de actuación, catálogos, documentos de apoyo generales e informes sobre unidades de mama.

Para la segunda fase y una vez realizadas las búsquedas generales, se realizaron las interrogaciones a las bases de datos que aparecen citadas en el plan de búsqueda. Para ello se relacionaron los descriptores y palabras clave establecidas

mediante operadores booleanos, y posteriormente se acotaron mediante los filtros propios de cada base de datos, ajustando los años, la tipología documental y el idioma.

3.1.2.1 Plan de búsqueda

En el plan de búsqueda bibliográfica del presente estudio se establecieron los criterios a utilizar en la interrogación de las distintas bases de datos, los cuales son la justificación por la cual se procedió a indagar en cada una de dichas bases que se citan en la tabla 4.

MATERIAL Y MÉTODOS

BASES DE DATOS	JUSTIFICACIÓN
Web of Science	Servicio en línea de información científica que permite realizar búsquedas en varias bases de datos y acceder a información bibliográfica de gran interés mediante el Journal Citation Report. Se considera muy importante la información que puede aportar. Es una de las más importantes en el ámbito científico.
EbscoHost	Sistema de referencia online que permite realizar búsquedas simultaneas en bases de datos de alto interés científico. Es una de las más importantes en el ámbito científico.
Scopus	Es una base de datos bibliográfica de resúmenes y citas de artículos de revistas científicas. Es una de las más importantes en el ámbito científico.
Dialnet	Base de datos multidisciplinar en español. Se valorarán los artículos en función de su calidad y pertinencia.
Teseo	Buscador específico de tesis de las universidades españolas. Se valorará la incorporación de documentos en función de su calidad y pertinencia.
Pubmed Health	Buscador que permite el acceso global o parcial a diferentes bases de datos médicas entre ellas a Medline. Es una de las más importantes en el ámbito científico y principalmente en el área de la salud.
MedicLatina	Base de datos que contiene gran cantidad de documentos sobre información médica en texto completo proveniente de revistas latinoamericanas y española.
Enfermería al día	Completa fuente de documentación de referencia clínica en enfermería basada en la evidencia. Se considera de gran importancia este punto de observación más práctico para la realización de la investigación.
CINHAL	Principál base de datos internacional para la investigación en enfermería.
IDIOMAS DE BÚSQUEDA	JUSTIFICACIÓN
Inglés	La mayoría de la producción científica se encuentra en este idioma
Español	La investigación se centra en España y se consideró procedente la producción en el mismo.
Otros idiomas (alemán, francés...)	Se valorarán los documentos de alta pertinencia en otros idiomas.
AÑOS	JUSTIFICACIÓN
Últimos 5 años (2010-2015)	Se primará la documentación producida en este período por ser la de mayor pertinencia y actualidad.
Años anteriores a 2010	Tan sólo se valorarán documentos anteriores al 2010 si su pertinencia se considera elevada.
TIPOLOGÍA DOCUMENTAL	JUSTIFICACIÓN
Páginas web relevantes en la temática	Se tendrán en consideración, principalmente, las páginas web de organismos oficiales que abarquen la temática analizada
Artículos de investigación	Publicados en bases de datos multidisciplinarios y especializadas.
Artículos de revisión	Se valorará la inclusión de artículos de revisión para establecer de la manera más exacta posible, el estado de la cuestión del tema investigado.
Tesis	Se valorará la inclusión de tesis cuyo tema de investigación se relacione altamente con la temática.

Tabla 4. Bases de datos empleadas en la búsqueda bibliográfica

3.1.2.2 Términos de búsqueda

Una vez establecido el plan de actuación se seleccionaron las palabras clave, sus sinónimos y términos relacionados. Dicha selección tuvo lugar de la manera más amplia posible para poder realizar una interrogación exhaustiva de las bases de datos (tabla 5).

Pregunta principal de la investigación	Palabras clave	Traducción al inglés	Sinónimos / Relacionados	Traducción al inglés
LAS FUNCIONES DE LA ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE MAMA	ENFERMEROS	NURSES	PERSONAL DE ENFERMERÍA	NURSES
			ENFERMERÍA ONCOLÓGICA	ONCOLOGY NURSING
			ENFERMERÍA	NURSING
	UNIDAD DE MAMA	BREAST UNIT	UNIDAD DE PATOLOGÍA DE LA MAMA	PATHOLOGY OF THE BREAST UNIT
			UNIDAD DE CÁNCER DE MAMA	BREAST CANCER UNIT
	TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA	TREATMENT OF BREAST CANCER	TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA DE LA MAMA	TREATMENT OF THE PATHOLOGY OF THE BREAST
	TRATAMIENTO INTEGRAL	COMPREHENSIVE TREATMENT	EQUIPO MULTIDISCIPLINAR	MULTIDISCIPLINARY TEAM
			EQUIPO PRINCIPAL	CORE TEAM
	CÁNCER DE MAMA	BREAST CANCER	CÁNCER MAMARIO	BREAST CANCER
			CÁNCER DE LA MAMA	BREAST CANCER
			CÁNCER	CANCER DISEASE

Tabla 5. *Términos de búsqueda empleados en las bases de datos*

MATERIAL Y MÉTODOS

Los términos se tradujeron a descriptores, lo más representativos posible, utilizando el tesoro DeCS de Ciencias de la Salud en español. También se establecieron los términos en inglés para poder realizar las búsquedas en PubMed utilizando el tesoro MeSH.

Palabras clave	Descriptor DeCS español	Descriptor MeSH inglés	Sinónimos / Relacionados	Descriptor DeCS español	Descriptor MeSH inglés
ENFERMEROS	ENFERMEROS	NURSES	PERSONAL DE ENFERMERÍA	ENFERMEROS	NURSES
			ENFERMERÍA ONCOLÓGICA	ENFERMERÍA ONCOLÓGICA	ONCOLOGY NURSING
			ENFERMERÍA	ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	NURSING CARE
				ENFERMERÍA	NURSING
UNIDAD DE MAMA	UNIDADES HOSPITALARIAS	HOSPITAL UNITS	UNIDAD DE PATOLOGÍA DE LA MAMA	UNIDADES HOSPITALARIAS	HOSPITAL UNITS
			UNIDAD DE CÁNCER DE MAMA	UNIDADES HOSPITALARIAS	HOSPITAL UNITS
TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA	PROTOCOLOS ANTINEOPLÁSICOS	ANTINEOPLASTIC PROTOCOLS	TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA DE LA MAMA	PROTOCOLOS ANTINEOPLÁSICOS	ANTINEOPLASTIC PROTOCOLS
TRATAMIENTO INTEGRAL	ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD	COMPREHENSIVE HEALTH CARE	EQUIPO MULTIDISCIPLINAR	EQUIPOS TERAPÉUTICOS	TERAPEUTIC EQUIPOISE
			EQUIPO PRINCIPAL	SIN DESCRIPTOR	SIN DESCRIPTOR
CÁNCER DE MAMA	NEOPLASIAS DE LA MAMA	BREAST NEOPLASM	CÁNCER MAMARIO	NEOPLASIAS DE LA MAMA	BREAST NEOPLASM
			CÁNCER DE LA MAMA	NEOPLASIAS DE LA MAMA	BREAST NEOPLASM
			CÁNCER	NEOPLASIAS	NEOPLASMS

Tabla 6. Descriptores y sinónimos utilizados en la búsqueda bibliográfica

3.1.2.3 Bibliografía para el desarrollo del instrumento de medida

Una vez finalizada esta segunda fase y analizada la documentación resultante de la misma, se procedió a la realización de una búsqueda bibliográfica paralela, en la que se pretendió adquirir los conocimientos necesarios para el diseño del cuestionario requerido en la fase de obtención de datos.

A lo largo de este proceso y siguiendo a diversos autores (233-236) se pudieron determinar los aspectos fundamentales a tener en cuenta en el diseño de nuestro cuestionario, como son entre otros, la tipología del mismo, la estructura, el tipo y orden de las preguntas o el formato.

3.1.2.4 Estancia en la unidad de mama del Hospital La Ribera

El segundo paso para el correcto diseño de la encuesta fue conocer de primera mano cómo se trabajaba en una unidad de mama acreditada. La estancia en un hospital que contara con una unidad de mama que cumpliera con dichas características, así como el aprendizaje de la enfermera de mama y la asistencia a sesiones multidisciplinarias con la puesta en común de los casos, era indispensable para un buen trabajo de investigación.

A través de mi directora de tesis, la Dra. Belén Merck, contacté con Dña. Luisa Gisbert, la enfermera responsable de la unidad de mama del Hospital La Ribera localizado en Alzira (Valencia). A continuación, se realizó una solicitud a la Directora de Enfermería del Hospital la Ribera, Dña. Esther Gómez Gutiérrez, con el fin de poder pasar unos días en dicho hospital y poder aprender de cada uno de los miembros del equipo, en especial de la enfermera de mama y su papel en el mismo, objeto de mi tesis doctoral (Anexo I).

Desde el día 3 de julio que entré en el hospital hasta el día 9 de julio del 2012 que abandoné el mismo, tuve el privilegio de aprender tanto de la enfermera Dña. Luisa Gisbert, como del Dr. Blas Ballester, cirujano y coordinador de la unidad de

mama. Dicho aprendizaje comprendió, no sólo nociones teóricas sobre patología mamaria, sino la participación en sesión multidisciplinaria junto con radiólogos, un médico nuclear, patólogo, técnico de radiodiagnóstico y por supuesto, cirujano y enfermera. Además, asistí al médico en la consulta de mama y pude obtener información, junto a Luisa, acerca del trabajo desarrollado en una consulta independiente de mama, atendiendo los casos de las pacientes que llegaban, los cuales solían ser aspectos relacionados con la gestión y el apoyo psicológico a la paciente y a su familia.

La estancia en la unidad de mama fue esencial para poder continuar con el objeto de mi trabajo de una manera adecuada y exhaustiva.

3.1.2.5 Construcción del instrumento de medida.

Tras una intensa búsqueda bibliográfica en la literatura científica, la estancia en la unidad de mama en el Hospital La Ribera y una vez estudiada la encuesta realizada por Merck en el año 2004, se inició la construcción del nuevo instrumento de medida. Para ello, se tuvieron en cuenta los criterios de Streiner y Norman (236) sobre el diseño de escalas, así como los aspectos necesarios en el diseño de un cuestionario publicados por Escribà (233). Entre los mismos se incluyeron:

- Tipo de cuestionario

El cuestionario de recogida de datos fue auto-cumplimentado, ya que las propias enfermeras participantes en el estudio fueron quienes lo completaron. La población objeto de estudio estuvo constituida por el personal enfermero de las unidades de mama y/o consulta de mama de hospitales españoles que cumplían con los criterios de inclusión.

- Diseño de las preguntas

Los cuestionarios se componen de una serie de ítems. Como norma general, se considera que el número de ítems mínimo es de 6, pero el número de ellos puede alcanzar hasta 90 (237). Se elaboró un listado de información necesaria que poco a

poco se transformó en preguntas, realizando más ítems de los que iban a necesitarse, ya que a lo largo del proceso se fueron eliminando varios de ellos hasta alcanzar la versión definitiva. Son reglas básicas para la formulación de preguntas no perder nunca de vista los objetivos de la investigación y que, previamente a la formulación de cada pregunta, se cuestione la necesidad y oportunidad de la misma, así como el grado en que servirá para lograr los objetivos propuestos (238). En todo momento se tuvieron presentes las hipótesis del estudio, las variables respuesta y variables explicativas, así como el plan de análisis.

Cada cuestión incluyó únicamente un aspecto, para no inducir a equívocos, tal y como afirma Hernández Sampieri: *“Las preguntas deben de referirse preferentemente a un solo aspecto o relación lógica”* (239). Otros criterios que se tuvieron en cuenta en la redacción de las preguntas fueron los propuestos por Dillman (234):

- Evitar preguntas ambiguas
 - No utilizar términos vagos
 - No formular preguntas sesgadas
 - Atención al formular preguntas inculpadoras
 - Utilizar un período de referencia adecuado
 - No formular dos preguntas en una
 - Evitar las preguntas de forma negativa
 - Las alternativas respuesta deben ser mutuamente excluyentes
- Estructura de las preguntas

Se emplearon en el cuestionario tres tipos de preguntas en función del modo de formularse: abiertas, cerradas y semicerradas.

Las preguntas abiertas fueron indispensables para la recogida de informaciones complejas. Este tipo de preguntas no ofrecían ninguna categoría para elegir, sólo contenían la pregunta dejando la respuesta a la consideración del personal enfermero, el cual contestó con sus propias palabras, sin más límite que el espacio reservado para las mismas. Se emplearon para que las enfermeras pudiesen expresar libremente y con sus propias palabras la respuesta. El problema principal hallado con este tipo de preguntas radicó en que la información recopilada fue tan

abundante que resultó necesario, tal y como argumenta Rojas (240), establecer categorías de acuerdo al criterio de clasificación de las respuestas, fijado en función de las hipótesis y de los objetivos del estudio. Dichas preguntas fueron las correspondientes a los números 1, 3, 5, 7 y 40 de la encuesta.

Las preguntas cerradas especificaron de antemano todas las posibles alternativas a elegir. Se emplearon preguntas con la opción de respuesta afirmativa y negativa y, a veces, no sabe/no contesta. También se aplicaron preguntas categorizadas, es decir, dando a elegir entre un abanico de opciones. Las preguntas cerradas permitieron una uniformidad de respuesta, proporcionando facilidad de codificación y análisis. Este tipo de preguntas son las más cómodas para los encuestados, ya que requieren menos tiempo y esfuerzo para contestarlas. Entre los inconvenientes, destacar que no son útiles para recoger informaciones complejas. Dichas preguntas fueron las correspondientes a los números 2, 4, 6, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38 y 39 de la encuesta.

En las preguntas semicerradas o semiabiertas se presentaron las principales alternativas de respuesta, como en las preguntas cerradas, pero se dejó la posibilidad de expresar libremente otras contestaciones, al igual que en las preguntas abiertas. Éstas correspondieron a los números 10, 12, 20 y 21.

Con independencia del modo de formularse y según su función en el cuestionario, también se incluyó en la encuesta una *pregunta control* (Pregunta 13), siendo ésta determinante para que la encuesta tuviese validez. Asimismo, la mayoría de las preguntas se establecieron como *preguntas obligatorias*, ya que la información era básica para el estudio, de modo que el personal enfermero debía contestarlas para poder seguir cumplimentando la encuesta.

- Orden de las preguntas

En lo que al orden de las preguntas se refiere, se tuvo en consideración que éste fuese cómodo para ambas partes implicadas. Existen una serie de consideraciones establecidas en 1991 por Bradburn y Sudman para decidir el orden de las preguntas que se han procurado en este aspecto (241):

- Las preguntas seguirán un orden decreciente según su importancia, siendo la primera pregunta fácil y relevante, mientras que las preguntas más difíciles o comprometedoras se situarán al final. Así, la primera cuestión de la encuesta fue el año de nacimiento, mientras que la última se refirió a las particularidades de la enfermería de unidad de mama para poder llegar a considerarse una especialidad.

- Agrupación de las preguntas sobre un mismo tema, comenzando por los aspectos generales y, progresivamente, se formularán preguntas más específicas que requieran mayor esfuerzo.

- Cuando se cambie de tema hay que formular una frase introductoria del nuevo tema o bien poner un título, con la finalidad de situar al encuestado ante este nuevo tema. Según este criterio, se proporcionó debajo de cada apartado anteriormente citado una breve explicación acerca de qué versaba el mismo.

- Al formular preguntas abiertas y cerradas sobre un mismo tema se colocarán primero las abiertas con la finalidad de no inducir sus respuestas.

Siguiendo estas indicaciones, se agruparon las preguntas en 5 apartados cuidadosamente seleccionados a fin de dar respuesta a las preguntas de la tesis. Cada uno de estos apartados fue acompañado de una breve introducción explicativa sobre las cuestiones que versaban, tal y como puede apreciarse en la tabla 7.

Apartados	Introducción explicativa
1. Datos personales	En primer lugar, se le preguntará algunas cuestiones de carácter general.
2. Formación en enfermería	A continuación, se realizarán una serie de preguntas referentes a su formación como profesional de enfermería.
3. La unidad de mama de su hospital	En la siguiente sección aparecerán algunas cuestiones referentes a la unidad de mama del hospital en el que trabaja.
4. Funciones de enfermería en la unidad de mama	En el presente apartado se detallan una serie de funciones de enfermería; por favor, conteste a la encuesta indicando cuáles son las que desempeña usted como personal enfermero de la unidad de mama.
5. Nos gustaría conocer su opinión	Por último, nos gustaría saber qué opina usted en referencia al papel que desempeña el personal enfermero en las unidades de mama en general, así como la posible necesidad de una mayor formación.

Tabla 7. Apartados de la encuesta "Papel del personal de Enfermería en las unidades de mama"

Una vez dividido el cuestionario en secciones, se procedió a la redacción de los ítems previa planificación del contenido del mismo (234,237). La tarea de la redacción tuvo en cuenta las dimensiones y variables señaladas para las preguntas, el número y orden de las cuestiones, las reglas para la formulación de las mismas, la determinación de los aspectos formales y la precodificación de las preguntas y categorías de respuesta en los casos en los que era aplicable.

- Formato del cuestionario.

El formato tenía que responder tanto a las necesidades del profesional enfermero encuestado como a las necesidades del encuestador, ya que de este modo se facilita la tarea de introducción de datos con la consiguiente reducción o eliminación de errores. Se tuvieron en cuenta una serie de aspectos (233):

- No apretar preguntas, y en las preguntas abiertas dejar espacio suficiente para que se pudieran contestar de forma cómoda.

- El tamaño de la letra no debe ser excesivamente reducido para favorecer la lectura del mismo.

- Numerar todas las preguntas.

- No cortar una pregunta ni sus alternativas respuestas entre dos páginas.

- Distinguir el formato de la pregunta del formato de la respuesta (234). Se cambió tanto tamaño como color en la letra con el fin de diferenciar ambos formatos.

- Alinear todas las categorías respuesta en una columna vertical.

- Considerar la longitud, ya que hay que tener presente que a medida que la duración aumenta, disminuye la calidad de las respuestas. La encuesta realizada quedó conformada por 6 páginas.

- El número y dificultad de las preguntas abiertas debe ser escaso. De los 40 ítems finales de la encuesta, tan sólo 5 de ellos fueron preguntas abiertas, concretamente los ítems 1, 3, 5, 7 y 40.

Cabe señalar algunos principios adicionales que se tuvieron en cuenta a la hora de la formulación de las preguntas (242):

- No se recogió más información que la necesaria para el problema que se investigaba, existiendo además una relación clara entre cada ítem y el problema a evaluar.

- Cada cuestión incluyó únicamente un aspecto, para no inducir a equívocos.

- Las cuestiones se redactaron de forma clara, comprensible, precisa e inequívoca, es decir con lenguaje sencillo.

- Las cuestiones que implicaron “deseabilidad social” se hicieron de forma que permitieron recoger la respuesta sincera.

Teniendo en consideración las indicaciones de los autores citados, se realizó un primer boceto del cuestionario que estuvo compuesto por 57 ítems. Posteriormente, con el estudio de validación, este número se redujo en 17, obteniéndose una encuesta ajustada a 40 preguntas.

3.2 ESTUDIO DE VALIDACIÓN

Puesto que no se encontró un cuestionario ni escala validada que se ajustase a los objetivos de nuestro estudio, se optó como se ha mencionado anteriormente, por el diseño de un nuevo cuestionario.

El diseño de un cuestionario es un proceso largo y laborioso, y la consecución de su versión definitiva requiere mucho tiempo y la elaboración de muchos borradores. Además, una vez finalizado éste, en caso de querer generalizar su uso será necesario la realización de un estudio de validación, en el cual se valorará su fiabilidad y validez. El cuestionario que se diseñó fue una escala puntual en un momento dado sin dimensiones ni patrón de referencia, por tanto, no se pudo realizar una validez de criterio ni de constructo. En este sentido, para el proceso de validación se procedió a una “Prueba de Jueces”.

3.2.1 Prueba de Jueces: *Face Validity*

La prueba de jueces, también conocida como *Face Validity*, validez de lógica o validez de contenido, concierne al hecho de si el instrumento “parece” medir lo que se quiere, es decir, se basa en el análisis lógico del concepto que se pretende medir. Por su naturaleza, es evidente que para constatarla hay solamente un recurso: “El juicio de expertos”. Dicha prueba permitió consultar a expertos en el tema con la

finalidad de ir formando el borrador definitivo, asintiendo a eliminar las preguntas y/o respuestas que no se entendiesen, fueran ambiguas o que pudieran provocar reticencias a contestarlas.

Para realizarla, se envió por correo postal la encuesta diseñada hasta el momento junto con una "Solicitud de participación en el cuestionario" (anexo II) a un grupo de expertos en la materia, con el fin de averiguar si las preguntas eran suficientes o bien el cuestionario era carente de alguna. El método de envío fue por correo postal.

Las tareas de los expertos fueron, por una parte, examinar la congruencia sobre la construcción teórica y el marco conceptual en que se inscribió el concepto y, por otra, valorar el grado en que éste había quedado sujeto, de manera que el resultado fuese coherente con el sentido común prevaleciente en el entorno científico y sanitario. El consenso de los expertos es precisamente la forma en que puede concretarse ese sentido común, tal y como afirma Silva Ayçaguer (243). En la prueba de jueces, no cabe por tanto cálculo alguno, sólo las valoraciones cualitativas que los investigadores expertos deben efectuar.

El grupo de expertos estuvo compuesto por varios miembros de un equipo multidisciplinar del cáncer de mama y una persona experta en validación de cuestionarios. Cada uno de los miembros y sus aportaciones se detallan a continuación:

- Dña. Luisa Gisbert. *Enfermera de unidad de mama del Hospital la Ribera.*
- Dr. D. Blas Ballester. *Jefe de servicio de cirugía general y coordinador de la unidad de mama del Hospital La Ribera.*
- Dra. Dña. Luisa Camps. *Jefa del servicio de radiología del Hospital La Ribera.*
- Dra. Dña. Laia Bernet. *Jefa del servicio de anatomía patológica de la unidad de mama del Hospital de Xàtiva.*
- Dr. D. Ángel Guerrero. *Oncólogo médico de la Fundación IVO.*
- Dra. Dña. Vicenta Escibà. *Especialista en validación de cuestionarios, Medicina preventiva y Salud Pública.*

Tras las valoraciones pertinentes, se realizaron en la encuesta modificaciones y se obtuvo una nueva versión, que a continuación pasó por una prueba piloto.

3.2.2 Prueba Piloto

Con la finalidad de valorar la comprensión de la formulación de los ítems, así como para determinar si alguno de ellos se debía eliminar, correspondió llevar a cabo la prueba piloto o *Pretest Cognitivo*.

El método utilizado para la realización de la prueba piloto consistió en pasar el borrador del cuestionario que se diseñó sobre las unidades de mama junto con un listado de preguntas de control útil publicada por Iraossi en el año 2006 sobre la comprensión, la claridad y el formato de las mismas (235). Las preguntas extraídas del libro de Iraossi se aplicaron en una escala tipo Likert con 5 alternativas como forma de respuesta y dos preguntas abiertas para que el personal enfermero encuestado pudiera expresar libremente su punto de vista. Por último, se inquirió en la posibilidad de añadir a la escala alguna otra pregunta pasada por alto (anexo III).

Ambos documentos se hicieron llegar de manera directa entre los meses de mayo y junio del 2013 a una muestra de 36 enfermeros escogidos al azar con más de 6 meses de experiencia laboral. Al hacerlo presencialmente, se les explicó en qué consistía el estudio verbalmente y se les informó acerca del anonimato de sus respuestas. Los participantes tardaron una media de 8 minutos en contestar y consultaron algunas preguntas. Todos los participantes coincidieron en que el cuestionario tenía una extensión aceptable y no resultaba pesado de responder. Del mismo modo, los encuestados consideraron que el número de ítems era adecuado.

En base a los resultados de la prueba piloto, se revisó globalmente la encuesta y se realizaron los cambios oportunos. El cuestionario definitivo quedó determinado por un total de 40 ítems agrupados en 5 dimensiones tras ser eliminadas 17 preguntas en los distintos borradores, bien por su carácter ambiguo, bien por ser incomprensibles o redundantes desde el punto de vista teórico (anexo IV). La mayoría de las preguntas fueron cerradas (31), existiendo también 5 preguntas abiertas y 4 semicerradas.

En el primer apartado de la encuesta "*Datos personales*" se preguntó al personal enfermero aspectos de carácter general: año de nacimiento, sexo y provincia de trabajo (preguntas 1-3, anexo IV).

En el segundo bloque “*Formación en enfermería*” se realizaron cuestiones vinculadas a su formación: tipo de titulación, año de finalización de estudios, consolidación de postgrado, experiencia profesional dentro del sistema sanitario, relación laboral con la unidad de mama y forma de obtención de los conocimientos relacionados con la patología mamaria (preguntas 4-12, anexo IV).

En el tercer apartado “*La unidad de mama de su hospital*” se profundizó en la unidad de mama del hospital en el que ejercían. La primera de las preguntas fue la existencia de unidad de mama en el hospital. Aquellos hospitales que no poseían unidad de patología mamaria dentro del hospital, quedaban excluidos del estudio (pregunta 13, anexo 4). Se trató pues de una “pregunta control” la cual determinó si el enfermero podía continuar respondiendo a la encuesta. La sección se continuó con el reconocimiento de la unidad de mama en el organigrama, número de camas del hospital, tipo de gestión, existencia de consulta y protocolos de patología mamaria, colaboración con grupos de apoyo, figura de coordinador de la unidad, miembros del equipo multidisciplinar, redacción de acta y figura responsable, frecuencia de reuniones del equipo multidisciplinar y existencia de consulta independiente de enfermería (preguntas 14-25, anexo IV).

La cuarta sección “*Funciones de la enfermera en la unidad de mama*” profundizó sobre las funciones más importantes realizadas por el personal de enfermería de los servicios de patología mamaria. Entre las mismas se encontró la asistencia al médico, citación de pacientes, coordinación del proceso asistencial, función gestora de casos, educación pre-quirúrgica, seguimiento postoperatorio, control de drenajes y seromas, asesoramiento a pacientes y participación en grupos de apoyo (preguntas 26-36, anexo IV).

Finalmente, el quinto y último bloque “*Nos gustaría conocer su opinión*” recopiló cada una de las visiones particulares del personal enfermero como miembros del equipo multidisciplinar, indagando acerca de la importancia de su papel, la limitación en los estudios de postgrado y las particularidades del personal enfermero de mama para poder llegar a considerarse una especialidad (preguntas 37-40, anexo IV).

3.3 ESTUDIO CUANTITATIVO

3.3.1 Población y muestreo

La población objeto de estudio está constituida por hospitales en funcionamiento, tanto públicos como privados, registrados en el “Catálogo Nacional de Hospitales 2013” (244), que cumplen con una dotación fija de camas instaladas igual o superior a 150 y con la finalidad asistencial de régimen general, la cual implica la atención de pacientes afectos de patología variada atendiendo las áreas de medicina, cirugía, obstetricia, ginecología y pediatría.

Dicho catálogo ha sido editado por el *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad* e incluye la totalidad de centros sanitarios de todo tipo ubicados en cada Comunidad Autónoma.

3.3.1.1 Criterios de inclusión

- La participación en este estudio es totalmente voluntaria y anónima.
- Se incluyen en el estudio aquellos hospitales en funcionamiento registrados en el Catálogo Nacional de Hospitales 2013 que cumplan con la finalidad asistencial de régimen general, ya que es donde se encuentran ubicados los servicios médico quirúrgicos que atienden patología mamaria.
- El personal de enfermería de los hospitales participantes debe haber realizado su ejercicio profesional durante el año 2014.
- Disposición de unidad de mama en su cartera de servicios del hospital.

- Hospitales con una dotación fija igual o superior a 150 camas instaladas y que estén en disposición de ser usadas, lo cual que determinará el tamaño del hospital.

3.3.1.2 Criterios de exclusión

- Se excluyen del estudio los hospitales que atiendan a otra finalidad asistencial fuera del régimen general, es decir aquellos centros cuya asistencia se centre en determinados procesos patológicos o a otras actividades, tales como maternidad, pediatría, psiquiatría, oncología o enfermedades del tórax entre otras.
- Hospitales con dotación inferior a 150 camas, ya que la gran mayoría de los mismos se tratan de centros médicos, hospitales comarcales y policlínicas en las cuales no hay unidad de patología mamaria.
- Encuestas con comentarios inapropiados o indebidos.
- Encuestas incompletas, por su invalidez a la hora de plasmar los resultados.

El número total de hospitales que cumplió con los criterios establecidos ascendió a 233. De esos 233 hospitales, 86 no tenían unidad de mama en su cartera de servicios, por lo que se excluyeron de la población a estudio, resultando 147 hospitales. De esa cifra, 14 no disponían de personal de enfermería que trabajase en la unidad de mama, por lo que se eliminaron también de la población a estudio, obteniendo así un total de 133 hospitales, de los cuales, 15 fueron descartados por deseo explícito de no participación, consiguiendo las respuestas de los 118 hospitales restantes.

En base a estos criterios, la población objeto de estudio quedó compuesta por 118 hospitales, de los cuales obtuvimos 145 respuestas válidas de los profesionales de enfermería de las unidades de mama de los mismos (tabla 8).

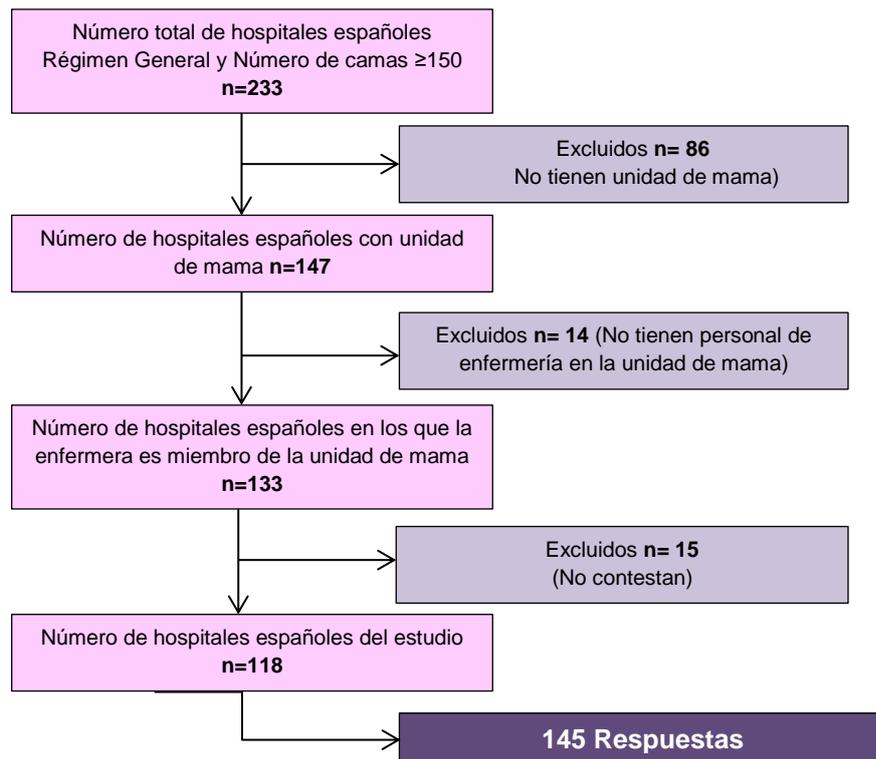


Tabla 8. *Proceso de selección de hospitales y número de respuestas*

3.3.2 Modo de recogida de información: implementación

La recogida de datos se inició en enero del 2014 y concluyó a finales del mes de noviembre del mismo año. La encuesta se cursó por correo ordinario a cada uno de los hospitales participantes desde la provincia de Castellón de la Plana.

Como todo instrumento de recogida de información, la encuesta por correo presenta una serie de ventajas, pero también de inconvenientes (245).

Entre las ventajas podemos citar las siguientes:

- Las respuestas son más meditadas, menos espontáneas; la tendencia a la aprobación independientemente del contenido de la pregunta no es tan frecuente como en las encuestas verbales.

- El encuestado puede elegir libremente el momento en el que desea responder; no depende de la planificación de tiempo de otras personas.
- Es más fiable el grado de confidencialidad de las respuestas porque el cuestionario es anónimo, es decir, no se indica el nombre del remitente.
- No existen limitaciones espaciales; las encuestas escritas son más sencillas de aplicar en un ámbito territorial amplio y requieren un menor esfuerzo de organización que las entrevistas cara a cara.

Entre los inconvenientes de las encuestas por correo:

- La cantidad de datos obtenidos mediante la encuesta por correo es inferior a la cantidad que puede recopilarse mediante encuestas verbales.
- No existe una seguridad absoluta de que haya contestado a la encuesta realmente la persona a la que iba dirigida.
- No es posible controlar las condiciones en las que se ha cumplimentado el cuestionario.
- Es necesario contar con errores sistemáticos de no respuesta, por lo que este índice será superior que el de las respuestas cara a cara.

Siendo consciente de las limitaciones e inconvenientes que presenta la encuesta por correo, se consideró que este tipo de envío era una estrategia apropiada y válida para la obtención de datos en la investigación (246).

El sobre en el cual se incluyó la encuesta iba dirigido al Jefe de servicio de unidad de mama y/o consulta de mama, conteniendo en su interior una carta de presentación que detallaba los objetivos del estudio (anexo V). Asimismo, dicha carta solicitaba la entrega de la encuesta al personal de enfermería para ser cumplimentada por el/los enfermeros de la unidad o servicio, junto con un consentimiento informado (anexo VI). Del mismo modo, se añadió un sobre pre-franqueado para facilitar el reenvío de las respuestas a la encuesta. Tal y como se explicaba en el consentimiento informado, la encuesta también se podía cumplimentar on-line accediendo a la página web que la misma carta de presentación incluía mediante un link. De este modo se posibilitaba al personal enfermero remitir la respuesta según les resultara más cómodo.

Se realizó un riguroso seguimiento de los envíos del cuestionario con el fin de facilitar la obtención de respuestas, realizándose tres giros:

- El primer envío se inició a mediados del mes de enero del 2014. Se remitieron 233 sobres correspondientes a los 233 hospitales de toda España que cumplían con los criterios de inclusión establecidos.

- A los 10 días del envío del primer cuestionario, se realizó uno nuevo a todas las personas participantes en el estudio. Este envío tenía una doble misión, por una parte, agradecía la respuesta a las personas que ya habían contestado y por otro lado recordaba al resto de encuestados que no se había recibido respuesta.

- A finales del mes de febrero se volvió a realizar un correo completo a todos los hospitales excepto a aquellos que habían respondido, indicado en el sobre su procedencia con el fin de no realizar duplicidades. Se dejó pasar un espacio de 6 -7 semanas mientras iban llegando los sobres y eran ordenados por provincias.

Muchos miembros del personal enfermero se pusieron en contacto conmigo por correo electrónico ofreciéndose a ayudarme en mi tesis en lo que les fuera posible. Otros, me respondían que no tenían servicio de mama en su hospital, algunos me enviaban las respuestas de la encuesta por medio del link.

Tras esperar un periodo de tiempo de unos 3 meses para recibir las posibles contestaciones negativas, se obtuvieron casi 100 encuestas, pero no eran suficientes, por lo que se optó por tomar el Catálogo Nacional de Hospitales 2013 y contactar vía telefónica con todos y cada uno de los que no habían indicado su procedencia. De este modo se pudo excluir a los 87 hospitales que carecían de unidad de mama en su cartera de servicios y, por tanto, no cumplían con el primer criterio de inclusión.

De los 147 hospitales que restaban, se preguntó por el servicio de la patología mamaria y/o consulta de mama y se solicitó contactar con la enfermera o enfermeras del servicio. A pesar de existir unidad de mama en el número de hospitales citados, había 14 de ellos que no disponían de personal de enfermería que trabajara en la misma, por lo que también quedaron excluidos del estudio, reduciéndose la población en 133 hospitales, la cual conformó la población total a estudio.

Al poder verbalizar el objetivo de la tesis con el personal enfermero que no había contestado a los correos anteriores, se logró incrementar el número de respuestas.

Dado el escaso número de hospitales que conformaron la población a estudio y que como promedio se estimó que en cada unidad de patología mamaria podía haber un máximo de 2 enfermeras, se incluyó en el estudio toda la población enfermera que trabajara en el servicio cumpliendo con los criterios anteriormente establecidos.

Tan sólo 15 hospitales con los que se contactó no desearon participar en el estudio. El resto respondieron, bien por correo ordinario o bien a través del link que daba el acceso directo a la encuesta on-line, obteniendo las réplicas de los 118 hospitales restantes. El porcentaje de no respuesta estuvo representado por un 12,71%. El número total de repuestas válidas obtenidas de los 118 hospitales contactados fue de 145. En base a este número se hicieron todos los cálculos estadísticos.

3.3.3 Variables del estudio

3.3.3.1 Variables Generales

- Edad, pregunta abierta que fue codificada posteriormente (pregunta 1).
- Género, variable cualitativa dicotómica: hombre, mujer (pregunta 2).
- Provincia en la que ejerce la actividad profesional, pregunta cualitativa que fue codificada posteriormente (pregunta 3).

3.3.3.2 Variables relativas a la formación

- Tipo de titulación universitaria, variable cualitativa discreta con 3 categorías: ATS, diplomatura y grado (pregunta 4).

- Año de finalización de estudios, pregunta abierta que fue codificada posteriormente (pregunta 5).
- Posesión de estudios de postgrado, variable cualitativa dicotómica (pregunta 6).
- Tipo de estudios de postgrado, pregunta abierta que fue codificada posteriormente (pregunta 7).

3.3.3.3 Variables profesionales

- Experiencia laboral, variable cualitativa con cuatro categorías: menor de 2 años, entre 2 y 5 años, entre 5 y 10 años, mayor de 10 años (pregunta 8).
- Ejercicio en un único servicio sanitario, cualitativa dicotómica (pregunta 9).
- Servicios en los que ha ejercido la actividad profesional, pregunta cualitativa con siete categorías: urgencias, medicina interna, cirugía, ginecología, pediatría, UCI, atención primaria y una opción de respuesta abierta que fue codificada posteriormente (pregunta 10).
- Dedicación asistencial con respecto a la unidad de mama, variable cualitativa discreta con 3 categorías: exclusiva, sobretodo, ocasional (pregunta 11).
- Formación en el manejo de la patología mamaria, pregunta cualitativa con 3 categorías: realización de curso de especialista universitario en senología para enfermería, realización de cursos y jornadas relacionados con la patología mamaria, autodidacta y una opción de respuesta abierta que posteriormente fue codificada (pregunta 12).

3.3.3.4 Variables relacionadas con las características de la unidad de mama

- Existencia de unidad de mama en el hospital, variable control cualitativa con 3 categorías: sí, no, no sabe/no contesta (pregunta 13).
- Unidad de mama reconocida en el organigrama del hospital, variable cualitativa con 3 categorías: sí, no, no sabe/no contesta (pregunta 14).
- Tamaño del hospital en función del número de camas instaladas, variable cualitativa discreta con 3 categorías: pequeño, intermedio y grande (pregunta 15).
- Servicio responsable de la patología mamaria, variable cualitativa con 5 categorías: adscrito a cirugía, adscrito a ginecología, adscrito a ambos, independiente, no sabe/no contesta (pregunta 16).
- Disposición de consulta exclusiva de patología mamaria, variable cualitativa con 3 categorías: sí, no, no sabe/no contesta (pregunta 17).
- Existencia de protocolos escritos para diagnóstico y tratamiento, variable cualitativa con 3 categorías: sí, no, no sabe/no contesta (pregunta 18).
- Colaboración con grupos de apoyo a pacientes, variable cualitativa con 3 categorías: sí, no, no sabe/no contesta (pregunta 19).
- Coordinador de la unidad de mama, pregunta cualitativa con seis categorías: cirujano general, ginecólogo, oncólogo, patólogo, radiólogo, no sabe/ no contesta, y una opción de respuesta abierta que posteriormente fue codificada (pregunta 20).

- Miembros del equipo multidisciplinar de la unidad de mama, pregunta cualitativa con once categorías: cirujanos especialistas en la mama, cirujanos generales, ginecólogos, oncólogos médicos, oncólogos radioterapéuticos, patólogos, radiólogos, cirujanos plásticos, enfermeros, psicooncólogos, no sabe/ no contesta, y una opción de respuesta abierta que posteriormente fue codificada (pregunta 21).
- Redacción de acta en las reuniones multidisciplinarias, variable cualitativa con 3 categorías: sí, no, no sabe/no contesta (pregunta 22).
- Persona encargada de la redacción del acta de las sesiones del equipo multidisciplinar, pregunta cualitativa con diez categorías: coordinador, cirujanos especialistas en la mama, cirujanos generales, ginecólogos, oncólogos médicos, oncólogos radioterapéuticos, patólogos, radiólogos, enfermeros, no sabe/ no contesta, y una opción de respuesta abierta que posteriormente fue codificada (pregunta 23).
- Frecuencia de realización de las reuniones del comité de mama, variable cualitativa con cinco categorías: semanal, quincenal, mensual, no hay comité de mama, no sabe/ no contesta (pregunta 24).
- Existencia de consulta independiente de enfermería en la unidad de mama, variable cualitativa con tres categorías: sí, no, no sabe/ no contesta (pregunta 25).

3.3.3.5 Variables relacionadas con las funciones de enfermería en la unidad de mama

- Asistencia al médico en la consulta, variable cualitativa dicotómica: sí, no (pregunta 26).
- Realización de citación de pacientes, variable cualitativa dicotómica: sí, no (pregunta 27).

- Coordinación del proceso asistencial, variable cualitativa dicotómica: sí, no (pregunta 28).
- Función gestora de casos, variable cualitativa dicotómica: sí, no (pregunta 29).
- Educación de pacientes pre-quirúrgica, variable cualitativa dicotómica: sí, no (pregunta 30).
- Presente en el quirófano en las intervenciones, variable cualitativa dicotómica: sí, no (pregunta 31).
- Responsable del seguimiento postoperatorio de las heridas, variable cualitativa dicotómica: sí, no (pregunta 32).
- Realización del control y retirada de los drenajes, variable cualitativa dicotómica: sí, no (pregunta 33).
- Punción de los seromas, variable cualitativa dicotómica: sí, no (pregunta 34).
- Asesoramiento de las pacientes con el fin de mejorar su nivel de salud, variable cualitativa dicotómica: sí, no (pregunta 35).
- Participación activa en grupos de apoyo a pacientes, variable cualitativa dicotómica: sí, no (pregunta 36).

3.3.3.6 Variables relativas a la opinión, rol, necesidades de formación y papel del personal de enfermería en las unidades de mama

- Papel del personal enfermero de la unidad de mama indispensable para obtener el nivel de excelencia en la asistencia a las pacientes, variable cualitativa con tres categorías: sí, no, no sabe/ no contesta (pregunta 37).

- Necesidad de la implantación de programas de postgrado en patología mamaria para el personal enfermero, variable cualitativa con tres categorías: sí, pues se mejoraría la calidad asistencial, no, pues con los cursos de los que se dispone es suficientes, no sabe/ no contesta (pregunta 38).
- Papel del personal enfermero infravalorado dentro de la unidad de mama, variable cualitativa con 3 categorías: sí, no, no sabe/ no contesta (pregunta 39).
- Particularidades de la enfermería de la unidad de mama para poder considerarse una especialidad, variable cualitativa (pregunta 40).

3.3.4 Análisis estadístico

Una vez recolectados todos los cuestionarios, los datos se introdujeron en una base de datos y se procedió al tratamiento estadístico de los mismos. Para la realización de los análisis estadísticos se utilizó el software estadístico R, versión 3.1.2. Los análisis estadísticos realizados se describen a continuación.

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de todas las variables, en base a las siguientes finalidades:

- Describir las características socio-profesionales del personal de enfermería de las unidades de mama.
- Conocer las características de las unidades de mama en las que trabajan los profesionales de enfermería.
- Identificar las tareas/funciones que desarrollan los profesionales de enfermería en las unidades de mama.
- Reflejar la opinión del personal de enfermería en cuanto a su rol dentro del equipo de las unidades de mama y sus necesidades de formación.

Las variables cualitativas fueron descritas mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Posteriormente, se procedió a estudiar la asociación o independencia existente entre las variables cualitativas estudiadas. Para ello, se obtuvieron las tablas de contingencia entre las variables que se detallan a continuación:

- Variables que describen las características socio-profesionales del personal de enfermería y las variables que describen las tareas/funciones que desarrollan.
- Variables que describen las características socio-profesionales de los profesionales enfermeros y las variables que describen la opinión en cuanto a su rol dentro de las unidades de mama.

Para la comparación de proporciones se utilizó el test exacto de Fisher (con simulación Montecarlo del p-valor en el caso de que las variables cualitativas tuviesen más de dos categorías). Asimismo, se determinó la potencia (representada por P_w) para cada una de las asociaciones realizadas.

La comparación de la variable cuantitativa “*edad de los profesionales*” entre las distintas categorías de las variables cualitativas estudiadas se realizó utilizando el test de Kruskal-Wallis.

Se consideró una relación estadísticamente significativa cuando el p-valor fue inferior a 0.05.

Adicionalmente, se efectuó un Análisis de Correspondencias Múltiple (ACM) con el fin de profundizar en las relaciones existentes entre las variables cualitativas estudiadas. El ACM se realizó utilizando la librería *FactoMineR* del software estadístico R. Las variables activas consideradas fueron aquellas relacionadas con las tareas/funciones que desarrollan los profesionales de enfermería en las unidades de mama. Como variables ilustrativas se emplearon aquellas que describen las características socio-profesionales de los profesionales de enfermería (edad, sexo, titulación y postgrado).

3.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los aspectos éticos respecto al personal de enfermería que participó en la encuesta se contemplaron de la siguiente manera:

- Respeto de la capacidad de decisión de participar en el estudio.

La participación en el estudio fue de carácter totalmente voluntario, contándose con el conocimiento por parte del Jefe de servicio de la unidad.

- Consentimiento informado para la participación.

A cada profesional enfermero se le facilitó un consentimiento escrito informado para su participación en el estudio. En dicho consentimiento se explicaba la finalidad y el propósito de la investigación, así como las posibles formas de respuesta al cuestionario.

- Confidencialidad de la información.

En el procesamiento de los resultados, se mantuvo la confidencialidad de los mismos en cuanto al personal enfermero incluido en el estudio, de modo que no se pudiera identificar a los participantes del mismo.

- Posibles riesgos del estudio en relación con los pacientes.

No existió ningún riesgo devenido de la realización del presente estudio para los pacientes, ya que el mismo consistió en una recolección de información la cual no interfería en ningún proceso de atención a los mismos.

Para el grupo piloto se emplearon los mismos criterios éticos que para la muestra del estudio.

RESULTADOS

4. RESULTADOS

Los resultados que a continuación se presentan siguen el orden de los objetivos que han sido establecidos en la investigación, comenzando con el instrumento de medida.

4.1 RESULTADOS DEL ESTUDIO DE VALIDACIÓN

4.1.1 Resultados de la Prueba de Jueces “*Face Validity*”

Las aportaciones de cada uno de los miembros que conformaron el Juicio de expertos sobre el cuestionario de “*El papel del personal de enfermería en las unidades de mama*” se detallan a continuación:

- **Dña. Luisa Gisbert.** *Enfermera de unidad de mama del Hospital La Ribera.*

Siguiendo las recomendaciones de Dña. Luisa se incluyó una pregunta adicional en el cuestionario definitivo sobre el trabajo en la unidad.

- **Dr. D. Blas Ballester.** *Jefe de servicio de Cirugía General y coordinador de la unidad de mama del Hospital La Ribera.*

El Dr. Ballester quedó satisfecho con el proyecto y su valoración fue positiva.

- **Dra. Dña. Luisa Camps.** *Jefa del servicio de Radiología del Hospital La Ribera.*

La Dra. Camps tampoco añadió ningún inconveniente en el diseño y consecución de la encuesta.

- **Dra. Dña. Laia Bernet.** *Jefa del servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Xàtiva.*

La Dra. Bernet tenía dudas acerca de los objetivos de la encuesta. Tras algunas modificaciones en la formulación de algunas preguntas, los objetivos de la encuesta quedaron claros.

- **Dr. D. Ángel Guerrero.** *Oncólogo médico de la Fundación IVO.*

El Dr. Guerrero hizo hincapié en resaltar los aspectos relacionados con la valoración de la formación de las enfermeras en aspectos de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.

- **Dra. Dña. Vicenta Escribà.** *Especialista en validación de cuestionarios, Medicina preventiva y Salud Pública.*

La Dra. Escribà constató que las preguntas se encontraran divididas en bloques claramente definidos y que las alternativas respuesta pudieran ser codificadas para el análisis estadístico.

4.1.2. Resultados de la Prueba Piloto

En la Tabla 9 se plasman los resultados de las respuestas de las 36 enfermeras que formaron parte del *pretest cognitivo*. Se muestran tanto las frecuencias absolutas (n) como los porcentajes (%) de las mismas. Se han analizado los resultados separadamente en las figuras 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11.

RESULTADOS

Respuestas	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
P1. Objetivo de la encuesta comprensible	1	2.78	0	0	1	2.78	20	55.55	14	38.89
P2. Se ha sentido a gusto respondiendo	0	0	1	2.78	2	5.55	18	50	15	41.67
P3. Redacción clara de la encuesta	0	0	1	2.78	0	0	17	47.22	18	50
P4. Tiempo de dedicación apropiado	0	0	0	0	3	8.33	15	41.67	18	50
P5. Opciones de respuesta relacionadas con su experiencia.	2	5.55	4	11.11	11	30.55	11	30.55	8	22.22
P6. Algunos puntos le han obligado a pensar demasiado antes de responder.	12	33.33	18	50	6	16.67	0	0	0	0
P7. Algunos puntos le han producido enojo, molestia o confusión.	17	47.22	15	41.67	4	11.11	0	0	0	0
P8. Indique el punto que le ha producido enojo, molestia o confusión (*)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
P9. Extensión adecuada de la encuesta.	1	2.78	0	0	6	16.67	16	44.44	13	36.11
P10. En la encuesta se han pasado por alto puntos importantes.	16	44.44	9	25	11	30.55	0	0	0	0
P11. Qué puntos añadiría a la encuesta (*)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
P12. Comentarios (*)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

(*) Estas preguntas no han sido contestadas por ninguno de los encuestados

Tabla 9. Resultados de la opinión de los integrantes de la prueba piloto (n=36)

El resultado de la prueba piloto puso de manifiesto que el 94.44% de los encuestados estaba de acuerdo o totalmente de acuerdo en que el objetivo de la encuesta es comprensible (figura 3). Para conseguir el objetivo cada pregunta tuvo una localización concreta con respecto a las otras preguntas del cuestionario.

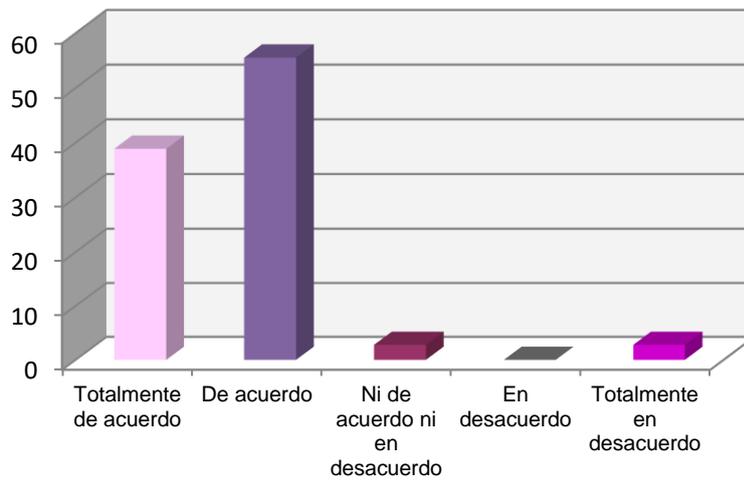


Figura 3. Resultados de la prueba piloto sobre comprensión del objetivo de la encuesta (%)

El 91.67% del personal de enfermería que participó en la prueba piloto no halló dificultades a la hora de responder a las preguntas (figura 4). Se procuró realizar las cuestiones de manera que resultaran lo más cómodas posibles y procurando no hacer sentir al personal encuestado que se les estaba interrogando acerca de sus conocimientos en materia de enfermería.

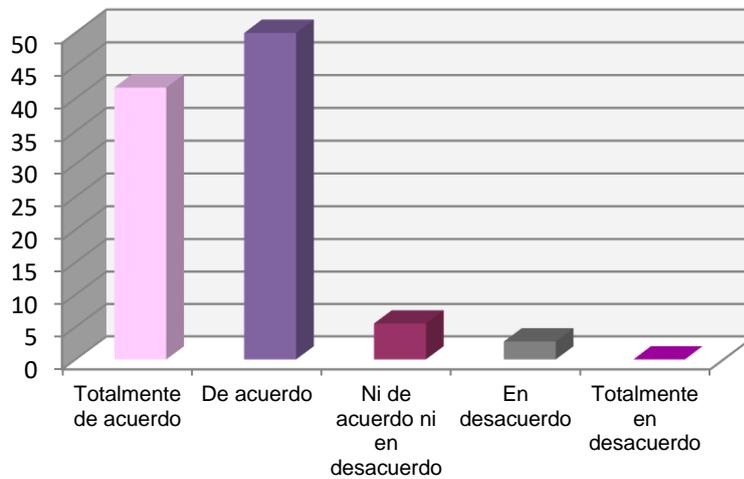


Figura 4. Resultados de la prueba piloto sobre sensación percibida al responder a la encuesta (%)

El 97.22% del personal de enfermería que participó en la prueba piloto consideró que la redacción de la encuesta era clara y comprensible (figura 5). Hay que tener presente en la redacción de los ítems de la encuesta que la población a la que van destinadas son profesionales de enfermería, por lo que el vocabulario que se empleó fue adecuado a las aptitudes que poseen.

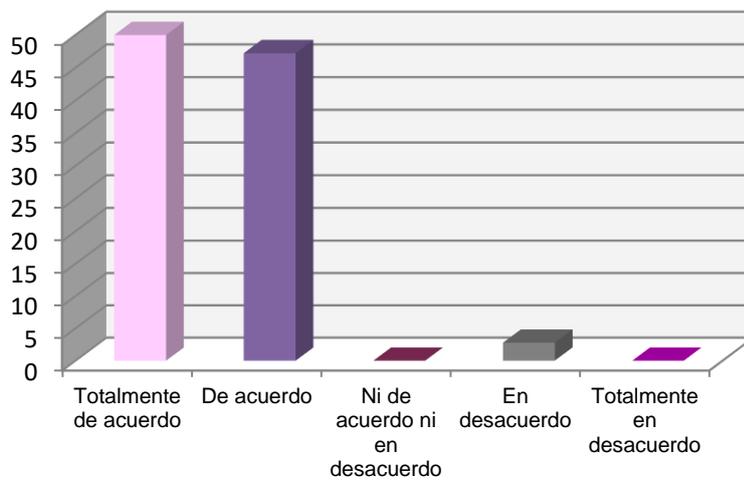


Figura 5. Resultados prueba piloto sobre la claridad en la redacción de las preguntas (%)

También se valoró el tiempo dedicado a responder a la encuesta (figura 6). El 91.67 % de los encuestados consideraron que dicho tiempo fue equilibrado. La duración de una encuesta auto-administrada no debe superar los 15 minutos ya que el encuestador se cansa en responder y por tanto a medida que la duración aumenta, disminuye la calidad de las respuestas.

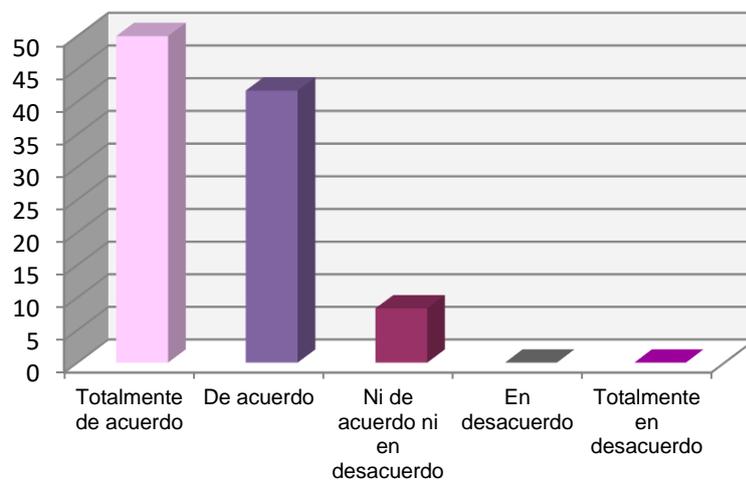


Figura 6. Resultados prueba piloto sobre tiempo dedicado para responder la encuesta (%)

El 52.77 % de las enfermeras que participaron en la prueba piloto afirmó estar de acuerdo o totalmente de acuerdo en que las opciones de respuesta eran acordes a sus experiencias laborales o clínicas (figura 7).

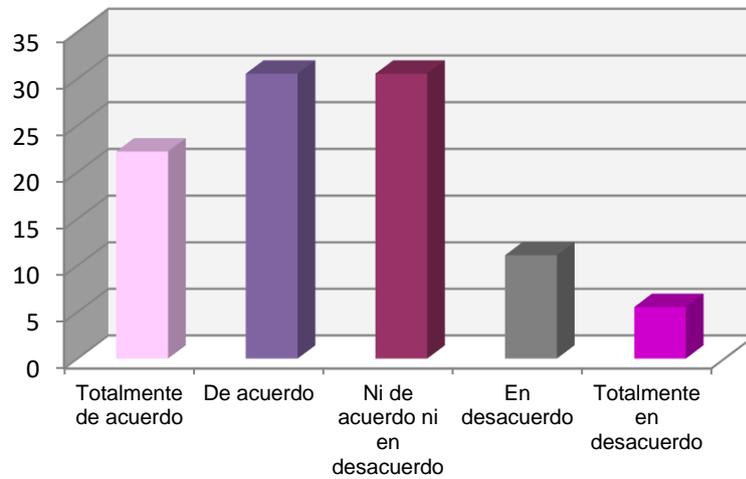


Figura 7. Resultados prueba piloto sobre la relación de las respuestas con experiencia personal (%)

El 83.33 % de los encuestados consideraron que no existía ningún punto les hubiese obligado a pensar demasiado antes de responder. Esto se realizó evitando formular preguntas excesivamente precisas o términos vagos, facilitando así una única interpretación posible. Además, ninguno percibió la existencia de preguntas que le resultasen demasiado pesadas para contestar (figura 8).

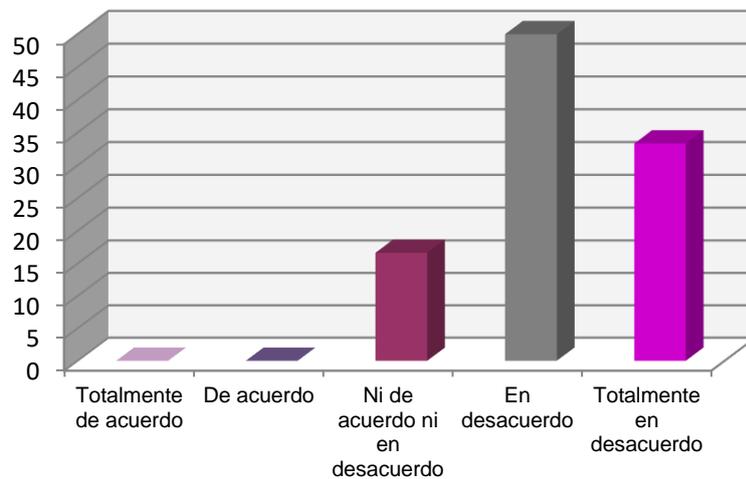


Figura 8. Resultados prueba piloto sobre la necesidad de pensar demasiado las respuestas (%)

El 88.89 % tampoco halló ningún ítem en la encuesta que le produjera enojo, molestia o confusión. Normalmente este tipo de problemas aparecen cuando se formulan preguntas que son de carácter excesivamente personal, por lo que la redacción de este tipo de cuestiones se realizó con cuidado para evitar un rechazo a la respuesta (figura 9).

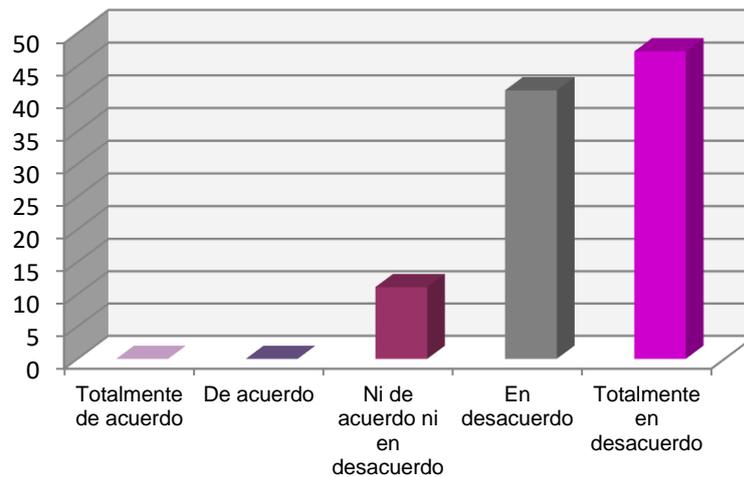


Figura 9. Resultados prueba piloto sobre la existencia de puntos enojantes o confusos (%)

El 80.55 % se mostró de acuerdo o totalmente de acuerdo en la adecuada extensión de la encuesta (figura 10). La longitud de un cuestionario es de gran importancia. En encuestas de más de diez páginas la calidad de las respuestas disminuye notoriamente, por lo que se debe evitar que esto suceda.

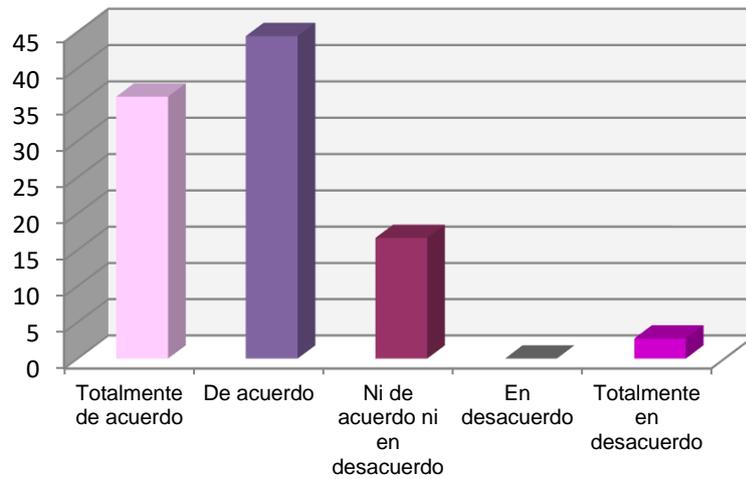


Figura 10. Resultados prueba piloto acerca de la adecuada extensión de la encuesta (%)

Por último, un 69.44 % de los encuestados consideraron que no se habían pasado por alto otros puntos importantes en la encuesta. Un 30.55 % no se manifestó al respecto (figura 11).

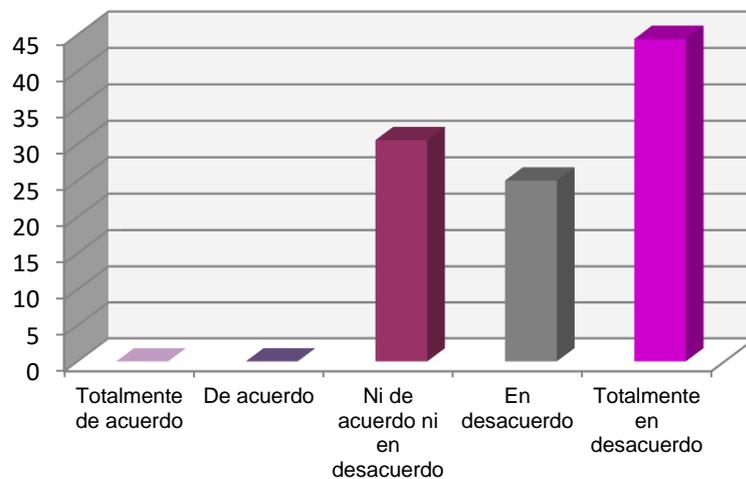


Figura 11. Resultados prueba piloto sobre la elusión a puntos importantes en la encuesta (%)

Ninguno de los encuestados declaró su deseo de añadir ningún punto adicional a la encuesta. Tampoco se obtuvo ningún comentario a la misma.

A partir de los resultados de la validez de contenido y de la prueba piloto se realizaron los cambios oportunos y se diseñó la versión final del cuestionario. El mismo quedó compuesto por un total de 40 ítems y 6 hojas de extensión distribuidos en 5 apartados diferenciados, tal y como se recoge en el anexo IV.

4.2 RESULTADOS DE PARTICIPACIÓN EN LA ENCUESTA: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA ESTUDIADA SEGÚN TERRITORIO

El envío de la encuesta se realizó a un total de 233 hospitales españoles que cumplían con los criterios de inclusión establecidos (finalidad asistencial de régimen general y dotación fija de camas instaladas superior a 150). Se recibieron 145 respuestas (62.23%). Las tasas de participación por Comunidades Autónomas y por provincias se exponen en las tablas 10 y 11.

El porcentaje de participación de las Comunidades de Cantabria, Melilla y Navarra alcanzó el 100%. Galicia alcanzó una tasa del 90.9% seguida de Murcia (83.3%) y Comunidad Valenciana (81.5%). Destaca notablemente la participación de Castilla León, con un 108.3% indicativo de la existencia de más de una enfermera dedicada a la patología mamaria por hospital. Las Comunidades de Ceuta y La Rioja no mostraron participación alguna.

RESULTADOS

Autonomía	Hospitales totales n	Encuestas enviadas n	Respuestas recibidas n	Participación %
Andalucía	106	34	15	44.1
Aragón	29	8	2	25
Asturias	20	8	4	50
Baleares	22	8	1	12.5
Canarias	37	12	4	33.3
Cantabria	8	2	2	100
Castilla La Mancha	29	9	3	33.3
Castilla León	37	12	13	108.3
Cataluña	211	46	31	67.4
Ceuta	1	1	0	0
Com. Valenciana	62	27	22	81.5
Extremadura	19	6	1	16.7
Galicia	38	11	10	90.9
La Rioja	6	1	0	0
Madrid	82	29	21	72.4
Melilla	1	1	1	100
Murcia	26	6	5	83.3
Navarra	11	4	4	100
País Vasco	44	8	6	75
TOTAL	789	233	145	62.23

(*) **Encuestas enviadas:** número de hospitales a los que se remitió la encuesta en 2014

(**) **Respuestas recibidas:** contabiliza el número de contestaciones del personal enfermero

(***) **Participación:** porcentaje de respuestas recibidas de las encuestas enviadas.

Tabla 10. *Distribución de la encuesta y grado de participación por Comunidades Autónomas (n=145)*

RESULTADOS

Provincia	n	(%)	Provincia	n	(%)
<i>Álava</i>	0	0	<i>La Rioja</i>	0	0
<i>Albacete</i>	0	0	<i>León</i>	5	3.5
<i>Alicante</i>	10	7.8	<i>Lérida</i>	2	1.4
<i>Almería</i>	1	0.7	<i>Lugo</i>	1	0.7
<i>Asturias</i>	4	2.7	<i>Madrid</i>	21	14.5
<i>Ávila</i>	1	0.7	<i>Málaga</i>	3	2.1
<i>Badajoz</i>	1	0.7	<i>Melilla</i>	1	0.7
<i>Barcelona</i>	25	17.2	<i>Murcia</i>	5	3.5
<i>Burgos</i>	1	0.7	<i>Navarra</i>	4	2.8
<i>Cáceres</i>	0	0	<i>Orense</i>	2	1.4
<i>Cádiz</i>	3	2.1	<i>Palencia</i>	1	0.7
<i>Cantabria</i>	2	1.4	<i>Pontevedra</i>	4	2.8
<i>Castellón</i>	2	1.4	<i>Salamanca</i>	1	0.7
<i>Ciudad Real</i>	1	0.7	<i>Tenerife</i>	1	0.7
<i>Córdoba</i>	1	0.7	<i>Segovia</i>	1	0.7
<i>Cuenca</i>	1	0.7	<i>Sevilla</i>	4	2.8
<i>Gerona</i>	2	1.4	<i>Soria</i>	0	0
<i>Granada</i>	1	0.7	<i>Tarragona</i>	2	1.4
<i>Guipúzcoa</i>	2	1.4	<i>Teruel</i>	0	0
<i>Huelva</i>	0	0	<i>Toledo</i>	1	0.7
<i>Huesca</i>	1	0.7	<i>Valencia</i>	10	7.8
<i>Islas Baleares</i>	1	0.7	<i>Valladolid</i>	2	1.4
<i>Jaén</i>	2	1.4	<i>Vizcaya</i>	4	2.8
<i>La Coruña</i>	2	2.1	<i>Zamora</i>	1	0.7
<i>Las Palmas</i>	3	2.1	<i>Zaragoza</i>	1	0.7
TOTAL				145	100

n: número de respuestas a la encuesta

Tabla 11. Distribución de la participación del personal enfermero por provincias (n=145)

La distribución por provincias de los 145 profesionales de enfermería que respondieron a la encuesta queda reflejada en la tabla 11. La desigual distribución geográfica de los hospitales se reflejó en el porcentaje de respuestas recibidas.

Destaca Barcelona con un 17,2%, seguida de Madrid con un 14,5% y en menor medida Alicante y Valencia con un 7.8%. Almería, Ávila, Badajoz, Burgos, Ciudad Real, Córdoba, Cuenca, Granada, Huesca, Baleares, Lugo, Melilla, Palencia, Salamanca, Santa Cruz de Tenerife, Segovia, Toledo, Zamora y Zaragoza mostraron una única respuesta. Provincias como Huelva, Álava, la Rioja, Albacete y Cáceres no mostraron ninguna participación.

4.3 DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO-PROFESIONALES Y FORMACIÓN EN PATOLOGÍA MAMARIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LAS UNIDADES DE MAMA

El número total de respuestas obtenidas (n=145) se corresponde con el personal enfermero que presta su servicio en las unidades de mama españolas.

La tabla 12 detalla el número de profesionales de enfermería (n) y el porcentaje (%) de los mismos para cada una de las características socio-profesionales del estudio.

Características socio-profesionales	n	%
Sexo		
Mujer	140	96.55
Hombre	5	3.44
Edad		
< 44 años	35	24.14
Entre 44 y 53 años	37	25.52
>54 años	73	50.34
Titulación		
ATS	48	33.10
Diplomatura	97	66.89
Grado	0	0
Postgrado		
Sí	49	33.79
No	96	66.21
Experiencia		
Menos de 2 años	0	0
Entre 2 y 5 años	3	2.07
Entre 5 y 10 años	15	10.34
Más de 10 años	127	87.59
Ha trabajado en diferentes servicios		
Sí	140	96.55
No	5	3.45
Relación con la UM		
Exclusiva	52	35.86
Ocasional	38	26.21
Casi siempre	55	37.93

Tabla 12. Descripción de las características socio-profesionales del personal de enfermería en las unidades de mama (n=145)

La mayoría del personal de enfermería que atiende patología de la mama se encuentra formada por mujeres (96.55%). Tan sólo 5 hombres ejercen en la unidad de mama (3.44%).

Con respecto a la edad, se establecieron tres rangos, pudiéndose apreciar que más de un 50% del personal enfermero dedicado a la mama es mayor de 54 años.

En cuanto al tipo de titulación con la que accedieron los encuestados a ser profesionales de enfermería destaca la gran cantidad de estudios de diplomatura, con un 66.89%. Los resultados muestran que ningún profesional de enfermería de unidad de mama ha cursado los estudios de grado.

La gran mayoría del personal enfermero (96.55%) afirma haber trabajado en más de un servicio del sistema sanitario antes de incorporarse a la unidad de mama. Los servicios más frecuentados se exponen en la figura 12.

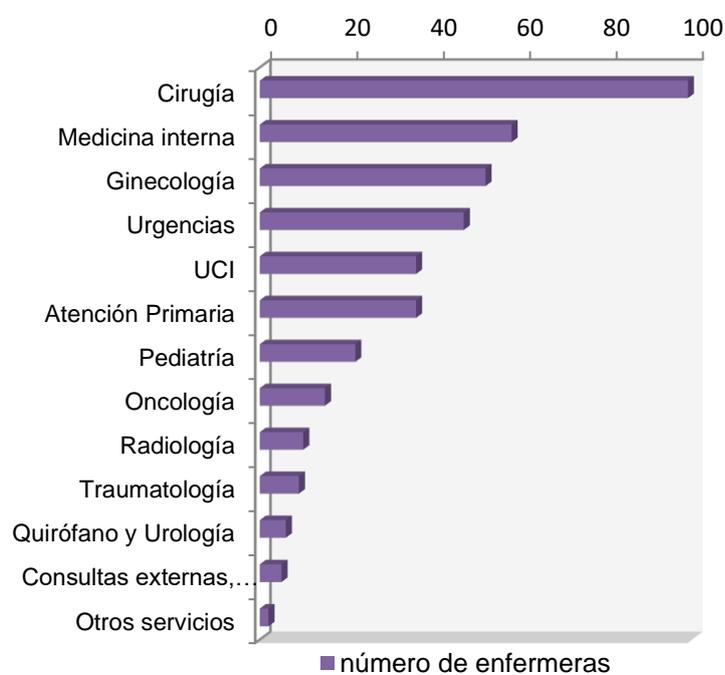


Figura 12. Servicios a los que han accedido las enfermeras antes de ejercer en la unidad de mama (n=145)

Un total de 99 profesionales de enfermería han ejercido a lo largo de su vida laboral en cirugía, consolidándose como el servicio por el que han pasado la mayoría de los encuestados. Medicina interna y ginecología se sitúan en el segundo y tercer lugar, y el resto de los servicios se alejan de estos valores.

Acorde a la experiencia laboral, el 87.59% del personal de enfermería que ejerce en las unidades de mama afirmó tener más de 10 años de trayectoria profesional en el sector sanitario. Cerca de un 10% de los encuestados tenían una experiencia de entre 5 y 10 años, y tan sólo un 2% de entre 2 y 5 años. Ninguno de los encuestados marcó la opción de una experiencia profesional menor de 2 años.

RESULTADOS

En referencia a la relación laboral con la unidad de mama, el 73.79% del personal de enfermería mantuvo una relación exclusivamente o mayoritaria en este servicio, y tan sólo un 26.21% ejercían de manera ocasional en la unidad de mama.

Finalmente, en lo concerniente a la variable postgrado, los resultados reflejaron que sólo 49 encuestados disponían de estos estudios (33.79%), mientras que 96 respondieron negativamente a la pregunta (66.21%). Actualmente en España sólo existe un curso de postgrado relacionado: “curso universitario en Senología para enfermería de un año”. En base a este dato se elaboró la pregunta 12 de la encuesta, la cual nos brindó la información correspondiente al modo de obtención de los conocimientos relativos al manejo multidisciplinar de la patología mamaria por parte de las enfermeras, tal y como se refleja en la tabla 13.

Variable		n	%
Curso de especialista universitario en senología para enfermería			
	Sí	8	5.52
	No	137	94.48
Cursos y jornadas relacionadas con patología mamaria			
	Sí	87	60
	No	58	40
Es autodidacta			
	Sí	92	63.45
	No	53	36.55

Tabla 13. *Obtención de conocimientos sobre manejo multidisciplinar de la patología mamaria de las enfermeras de las unidades de mama (n=145)*

De la encuesta se extrajo que casi un 64% de las enfermeras de la unidad de mama habían adquirido sus conocimientos de manera autodidacta, un 60% habían asistido a cursos y jornadas relacionadas con la patología mamaria y con el tratamiento multidisciplinar del cáncer de mama y tan sólo 8 enfermeras tenían el curso de especialista universitario en senología para enfermería.

Cuando se extrapoló este resultado al total de profesionales de enfermería que poseían estudios de postgrado se advirtió que dicho número se correspondía con un 16.33%, tal y como se muestra en la figura 13.

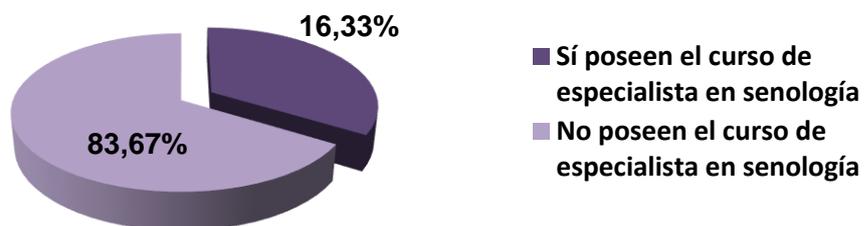


Figura 13. Personal enfermero con postgrado de especialista universitario en senología (n=49)

4.4 DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS UNIDADES DE MAMA

De los 233 hospitales con los cuales se contactó, 147 hospitales (63,1%) respondieron afirmativamente a la pregunta control de la encuesta (pregunta 13) sobre la existencia de unidad de mama en el hospital. 86 hospitales (36.9%) respondieron negativamente a la misma, por lo que se excluyeron de la población a estudio.

En base a las respuestas obtenidas directamente del personal enfermero de los hospitales participantes se procedió a la descripción de las particularidades de las unidades de patología mamaria españolas. En la tabla 14 se muestran las frecuencias absolutas (n) y porcentajes (%) de las categorías de las variables que describen las características de las unidades de mama.

RESULTADOS

Variable	n	%
Unidad en el organigrama del hospital (n=136)		
	Sí	121 88.97
	No	15 11.03
Tamaño del hospital (n=145)		
	Pequeño (< 200 camas)	17 11.72
	Intermedio (Entre 200 y 499 camas)	70 48.28
	Grande (500 camas o más)	58 40
Gestión independiente (n=138)		
	Es independiente	11 7.97
	Adscrito a Cirugía	73 52.89
	Adscrito a Ginecología	37 26.81
	Adscrito a ambos	17 12.32
Consulta dedicada sólo a patología mamaria (n=145)		
	Sí	125 86.21
	No	20 13.79
Existencia de protocolos de diagnóstico y tratamiento (n=140)		
	Sí	126 90
	No	14 10
Colabora con grupos de apoyo (n=125)		
	Sí	88 70.4
	No	37 29.6
Coordinador de la Unidad de Mama (n=137)		
	Cirujano general	80 58.39
	Ginecólogo	39 28.47
	Oncólogo	6 4.38
	Radiólogo	12 8.76
Se redacta acta en las reuniones (n=115)		
	Sí	99 86.09
	No	16 13.91
Frecuencia de las sesiones multidisciplinarias del comité de mama (n=131)		
	Quincenalmente	4 3.05
	Semanalmente	122 93.13
	No hay comité de mama	5 3.82
Consulta independiente de enfermería (n=145)		
	Sí	75 51.72
	No	70 48.27

Tabla 14. Características de las unidades de mama españolas

Destacó el elevado porcentaje de hospitales en los cuales la unidad de mama se encontraba reconocida dentro del organigrama del hospital, con un 89%.

El porcentaje de hospitales con unidades de mama varió significativamente en función de tratarse de hospital pequeño (11,72%), intermedio (48,28%) o grande (40%), observándose que la mayor parte de las unidades se encontraban en hospitales de mediano tamaño.

En más de la mitad de los hospitales españoles la unidad de mama está adscrita al servicio de cirugía, y tan sólo 11 hospitales tienen una gestión independiente (7.97 %).

Un total de 125 hospitales (86.21 %) poseen consulta dedicada exclusivamente a patología mamaria, pero tan sólo 75 de los mismos poseen además consulta independiente de enfermería, representando un 51.72%.

Merece una mención especial la existencia de protocolos de actuación escritos para el diagnóstico y tratamiento de la patología mamaria. Un 90% los encuestados atestiguan su aplicación en la unidad. Adicionalmente, la encuesta también evidencia que un 70,4% del personal enfermero afirma que en su unidad de mama existen miembros que colaboran con grupos de apoyo a pacientes, tales como GEPAC o AMMCOVA.

Los resultados revelan que la figura de coordinador de la unidad de mama puede ser adoptada por diversos especialistas miembros del equipo multidisciplinar. Los cirujanos generalistas ocupan el primer lugar con un 58,39% correspondiente a 80 respuestas. El 28,47% de los encuestados declaran que el cargo de coordinador de la unidad de mama lo ocupa el ginecólogo, mientras que un 8,76% y 4,38% de las respuestas testifican que son los especialistas de radiología y oncología los que ostentan este cargo.

En referencia a la frecuencia de las sesiones multidisciplinarias del comité de mama, la mayoría de los encuestados (93.13%) indican que las reuniones son semanales. Cerca de un 3% expone que el hospital realiza estas sesiones cada quince días y un 3,82 % afirman que estas reuniones no tienen lugar en su hospital.

La redacción del acta en las sesiones multidisciplinarias es ineludible para que quede constancia de las mismas. 99 de las 115 respuestas (86,09%) que se alcanzaron responden afirmativamente cuando se les inquiriere si es así en su hospital. El 13,91% de los encuestados negó la redacción de acta en las sesiones.

Del personal enfermero que respondió afirmativamente a la pregunta sobre la redacción de acta en las reuniones (99 respuestas), 93 además argumentaron quién era la figura que se responsabilizaba de dicha acción. Los resultados se encuentran expuestos en la figura 14. Tal y como se puede apreciar, el coordinador de la unidad es quien redacta también en su mayoría el acta de las sesiones que tienen lugar con el equipo (52,68%). No obstante, y aunque el porcentaje es significativamente menor (16,13%), destacó la importancia del trabajo enfermero en esta función, revalorizando así su papel como miembro del equipo multidisciplinar de la unidad de mama.

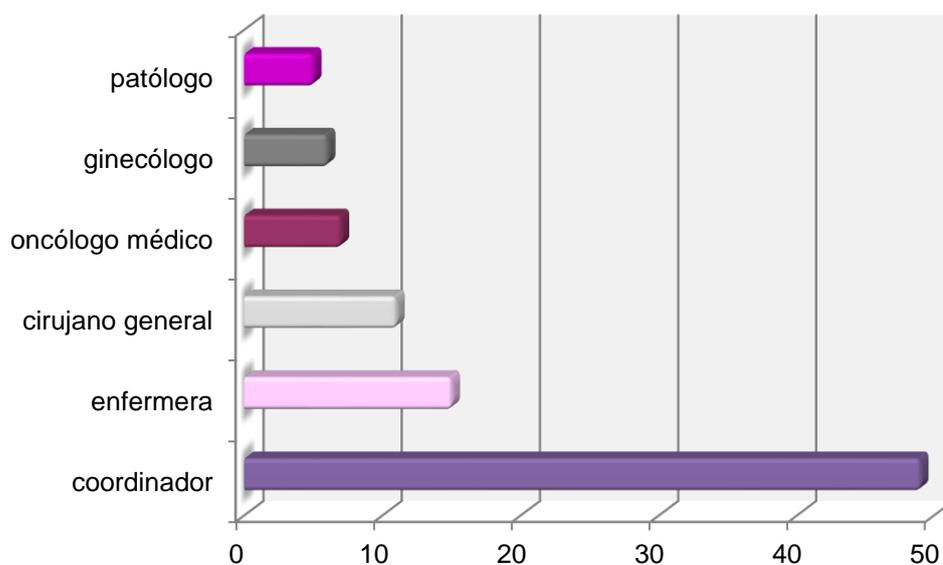


Figura 14. Figura responsable de la redacción del acta en las sesiones multidisciplinarias (n=93)

4.5 FUNCIONES DESARROLLADAS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE MAMA.

Se estudiaron las funciones más relevantes llevadas a cabo el equipo de enfermería en las unidades de mama. En la tabla 15 se muestran las frecuencias absolutas (n) y porcentajes (%) de las categorías de las variables que las describen. Los datos se refieren a 145 respuestas válidas.

Funciones		n	%
Asiste al médico			
	Sí	105	72.41
	No	40	27.59
Cita pacientes			
	Sí	90	62.07
	No	55	37.93
Coordina el proceso asistencial			
	Sí	79	54.48
	No	66	45.52
Gestiona casos			
	Sí	67	46.21
	No	78	53.79
Educación prequirúrgica de pacientes			
	Sí	95	65.52
	No	50	34.48
Presente quirófano			
	Sí	7	4.83
	No	138	95.17
Seguimiento postoperatorio			
	Sí	110	75.86
	No	35	24.14
Control de drenajes			
	Sí	111	76.55
	No	34	23.45
Punción de seromas			
	Sí	72	49.65
	No	73	50.34
Asesoramiento de pacientes			
	Sí	131	90.34
	No	14	9.65
Participación en grupos de apoyo			
	Sí	43	29.65
	No	66	45.52
	No existen grupos de apoyo	36	24.83

Tabla 15. *Tareas que desarrolla el personal de enfermería en las unidades de mama (n=145)*

Existen una serie de funciones que son realizadas por la mayor parte del personal enfermero de las unidades de mama españolas. Entre las mismas, la tarea más efectuada es el asesoramiento de las pacientes (90.34%).

El desempeño del manejo de los drenajes es competencia del 76.55% del personal de enfermería de las unidades de mama, situándose de este modo en la segunda tarea más realizada.

Un 75.86% afirma ser responsable del seguimiento postoperatorio de las heridas consecuencia de la intervención quirúrgica. Valor muy similar alcanzó la pregunta referente a la asistencia al médico en la consulta tanto de los casos nuevos como de los ya diagnosticados (72.41%).

El 65.52% de las enfermeras declaran que dentro de sus competencias se encuentra la educación pre-quirúrgica de las pacientes y un 62.07% ratifican que también realizan la citación de las mismas.

El itinerario y conjunto de actuaciones, decisiones y tareas para cada paciente es coordinado por un 54.48% de los profesionales enfermeros. La punción de los seromas es un menester desempeñado por casi la mitad del personal de enfermería (49.65%).

El 46.21% de las enfermeras de la unidad de mama realizan la función gestora de casos.

El 45.52 % de los profesionales de enfermería no trabajan con los grupos de apoyo a los pacientes frente a un 29.65 % que declara colaborar activamente en los mismos.

Por último, los resultados ponen de manifiesto que sólo un 4.83 % de las enfermeras de la unidad se encuentran presentes en el quirófano cuando las pacientes son sometidas a intervenciones quirúrgicas.

4.6 EL PAPEL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA COMO MIEMBRO DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR Y LA IMPORTANCIA DEL POSTGRADO EN PATOLOGÍA MAMARIA

El último apartado de la encuesta realizada al personal de enfermería de las unidades de mama recopiló información relativa a su opinión sobre el papel que desempeñan en las mismas, así como la posible necesidad de una mayor formación. En la tabla 16 se reflejan las frecuencias absolutas (n) y porcentajes (%) de las categorías de las variables que describen la opinión de los encuestados.

Variable		n	%
Papel indispensable de la enfermera (n=144)			
	Sí	141	97.92
	No	3	2.08
Necesaria implantación de postgrado en patología mamaria (n=143)			
	Sí	143	100
	No	0	0
Papel infravalorado de la enfermera (n=133)			
	Sí	42	31.58
	No	91	68.42

Tabla 16. *Opinión de los encuestados en cuanto a su rol en la unidad y necesidad de formación*

El estudio pone de manifiesto que prácticamente la totalidad de los profesionales del sector enfermero (97.92%) consideran que su trabajo es indispensable para obtener el nivel de excelencia en la asistencia de las pacientes.

Además, casi un 70% de los encuestados no sienten que su labor esté infravalorada dentro de la unidad, lo cual implica que su papel como miembro del equipo está reconocido.

El resultado sobre el que todos los encuestados están de acuerdo es la necesidad de implantación de más cursos de postgrado en patología mamaria para enfermería.

4.7 OPINIÓN DE LOS ENCUESTADOS SOBRE LAS PARTICULARIDADES DE LA ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE MAMA PARA PODER CONSIDERARSE UNA ESPECIALIDAD

La última pregunta del cuestionario intentó recopilar toda la información cualitativa posible relativa a las particularidades que presenta la enfermería de la unidad de mama para poder llegar a considerarse una especialidad, según los propios profesionales de enfermería que tratan la patología mamaria.

Un total de 98 miembros de enfermería (67.58%) expusieron sus motivos con el fin de que llegue a lograrse este objetivo. La respuesta más prevalente fue la siguiente:

“Disciplina muy específica que requiere unos conocimientos muy precisos del área anatómica de la mama para poder llevar a cabo de una manera individualizada la atención de enfermería. Para lograr estos conocimientos se requiere de una formación especializada en patología mamaria”

Se han agrupado y resumido el resto de respuestas más significativas, las cuales se narran a continuación.

- *El elevado número de pacientes con cáncer de mama requiere de un personal enfermero especializado que posea unos conocimientos amplios y específicos en mastología y oncología mamaria y que se dedique exclusivamente a atender a este colectivo.*
- *La enfermera de la unidad de mama es el punto de referencia tanto para los profesionales implicados como para las pacientes a lo largo del proceso asistencial, tanto en la hospitalización como en el domicilio.*
- *Es responsabilidad del personal enfermero el apoyo psicosocial del paciente y de los cuidadores en el momento del diagnóstico oncológico y en todo el conjunto del tratamiento.*

- *La enfermera de mama facilita la comunicación entre pacientes y especialistas.*
- *Para poder realizar un tratamiento individualizado del cáncer de mama, el personal enfermero tiene que haber adquirido una serie de competencias en el aprendizaje que le capaciten a ello. Estas competencias no se imparten en la carrera de enfermería debido a su especificidad, por lo que se hace necesario un postgrado de especialización en patología mamaria.*
- *La enfermera de mama ofrece consejos prácticos a cada paciente y discute los planes de cuidados con ellas, por lo que necesitan una preparación adicional en senología.*
- *La enfermería en la unidad de mama abarca un campo muy amplio tanto asistencial como gestor. La coordinación con otras especialidades, los avances en tratamientos y nuevas técnicas y la atención emocional a las pacientes son particularidades para considerar la enfermería de patología mamaria una especialidad.*
- *Proporcionar cuidados holísticos a la paciente con cáncer de mama cuyas necesidades son muy distintas a la de cualquier otra patología.*
- *La cirugía de la mama tiene unas particularidades muy concretas y de ella pueden derivarse una serie de problemas para los cuales es absolutamente imprescindible tener una buena preparación en cuidados mastológicos.*
- *Las complicaciones derivadas de una intervención en el ámbito de la senología precisan de personal formado y especializado en dicho ámbito para atender las necesidades específicas consecuencia de ello.*
- *El cáncer de mama es considerado una enfermedad sistémica, por lo que el profesional enfermero debe poseer todas las competencias necesarias para poder actuar en cualquier fase de la patología, desde su screening y prevención (educación sanitaria), hasta sus últimas consecuencias.*

- *Enfermería tiene una autonomía profesional plena y para poder realizar bien su trabajo debe estar bien preparada, por lo que una formación especializada debe ser una prioridad.*
- *Como parte del comité de mama precisa de entendimiento específico para poder debatir todos casos que se traten en el mismo.*
- *La enfermera de unidad de mama debe ser capaz de detectar las necesidades no sólo físicas sino también emocionales, es decir, cómo vive y siente la paciente su enfermedad, sus temores, preocupaciones y sus necesidades espirituales.*
- *Un mayor conocimiento de la patología mamaria podría intensificar y fomentar el rol de la enfermera como miembro fundamental del equipo multidisciplinar y un recurso para las mujeres que sufren cáncer de mama en cualquier estado de su vida.*
- *Se realizan múltiples tareas muy específicas del ámbito de la mastología, aspecto físico de la herida, drenajes, seromas, complicaciones tras la intervención...además de proporcionar cuidados e información tanto a la paciente como a sus familias y aclarar las dudas que les surgen a lo largo del proceso evolutivo de la enfermedad.*
- *Es la persona que realiza el seguimiento de cada caso en particular, velando por la rapidez y efectividad de pruebas complementarias. Para poder realizar este seguimiento necesita tener unas bases bien sentadas en patología mamaria.*
- *La senología es una disciplina muy específica que requiere también de personal con conocimientos anatomofisiológicos muy concretos. Dichos conocimientos no se profundizan durante la carrera universitaria, por lo que sería de gran utilidad que se realizara una especialización en esta área con el fin de conseguir enfermeras expertas en cuidados mastológicos.*

- *La enfermería de la unidad de mama no sólo se encarga de las pacientes que van a ser intervenidas de cáncer de mama, sino que debe ofrecer un apoyo emocional a pacientes con recidivas o con enfermedad avanzada.*
- *Se precisa un perfil muy concreto de enfermera para desempeñar un trabajo de calidad en una mujer con cáncer de mama. Este perfil se obtendrá con la especialidad.*
- *Si se pretende aspirar a la máxima calidad asistencial se necesita personal con un conocimiento exhaustivo en lo que trabaja. La concreción en los conocimientos es ineludible para obtenerla.*
- *Las enfermeras de la unidad poseen una mayor capacidad de empatía con las pacientes afectas de neoplasias mamarias. Éstas prefieren consultar antes con su enfermera de mama que con su médico. Ante esta situación resulta inevitable la extensión del conocimiento enfermero en esta patología, conocimientos que requieren de estudios de postgrado.*
- *No se puede realizar una correcta gestión de casos en cáncer de mama si no se tienen la formación necesaria para ello.*
- *Habilidades muy específicas de patología mamaria tales como evacuación de seromas y linfocele axilar. Habilidades de comunicación y atención apoyo emocional.*

4.8 RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO-PROFESIONALES Y LAS FUNCIONES DESARROLLADAS POR LAS ENFERMERAS EN LAS UNIDADES DE MAMA

Se procedió a estimar la posible asociación entre las características socio-profesionales (edad, sexo, titulación, estudios de postgrado, experiencia, servicios trabajados y relación con la unidad de mama) con las funciones desarrolladas por el personal enfermero, calculando los porcentajes respecto a las funciones. Los resultados generales de las relaciones se muestran en la tabla 17.

Se apreciaron la existencia de asociaciones entre la mayoría de las funciones realizadas por el personal de enfermería con el papel ejercido en la unidad de mama, con la edad, la experiencia y con el tipo de titulación con la cual accedieron a su carrera profesional.

Las figuras 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 y 24 muestran las asociaciones estadísticamente significativas.

RESULTADOS

Características Socio-profesionales	Edad				Sexo		Titulación		Postgrado		Experiencia			Diferentes servicios		Relación UM		
	< 44 años	Entre 44 y 53 años	Entre 54 y 57 años	58 años o más	H	M	ATS	Diplomatura	Si	No	Entre 2 y 5 años	Entre 5 y 10 años	Más de 10 años	Si	No	Exclusiva	Ocasional	Casi siempre
Funciones																		
Ayuda al Médico																		
Sí	26 (24.76 %)	21 (20%)	22 (20.95 %)	36 (34.28 %)	4 (3.81 %)	101 (96.19 %)	39 (37.14 %)	66 (62.86 %)	32 (30.48 %)	73 (69.52 %)	2 (1.90 %)	11 (10.48 %)	92 (87.62 %)	103 (98.09 %)	2 (1.91 %)	41 (39.05 %)	26 (24.76 %)	38 (36.19 %)
No	9 (22.5 %)	16 (40%)	6 (15 %)	9 (22.5 %)	1 (2.5 %)	39 (97.5 %)	9 (22.5 %)	31 (77.5 %)	17 (42.5 %)	23 (57.5 %)	1 (2.5 %)	4 (10 %)	35 (87.5 %)	37 (92.5 %)	3 (7.5 %)	11 (27.5 %)	12 (30 %)	17 (42.5 %)
P-valor	p=0.1064 (Pw=0.55)				p=1 (Pw=0)		p=0.1154 (Pw=0.34)		p=0.1764 (Pw=0.26)		p=1 (Pw=0.05)			p=0.1289 (Pw=0.26)		p=0.4408 (Pw=0.19)		
Citación pacientes																		
Sí	21 (23.33 %)	18 (20 %)	19 (21.11 %)	32 (35.55 %)	2 (2.22 %)	88 (97.78 %)	36 (40%)	54 (60 %)	34 (37.78 %)	56 (62.22 %)	2 (2.22 %)	10 (11.11 %)	78 (86.67 %)	89 (98.89 %)	1 (1.11 %)	44 (48.89 %)	16 (17.78 %)	30 (33.33 %)
No	14 (25.45 %)	19 (34.54 %)	9 (16.36 %)	13 (23.64 %)	3 (5.45 %)	52 (94.55 %)	12 (21.82 %)	43 (78.18 %)	15 (27.27 %)	40 (72.73 %)	1 (1.82 %)	5 (9.09 %)	49 (89.09 %)	51 (92.73 %)	4 (7.27 %)	8 (14.54 %)	22 (40 %)	25 (45.45 %)
P-valor	p=0.1909 (Pw=0.43)				p=0.3677 (Pw=0.20)		p=0.0292* (Pw=0.58)		p=0.2106 (Pw=0.16)		p=0.902 (Pw=0.06)			p=0.0686 (Pw=0.33)		p=0.0005* (Pw=0.98)		
Coordinación proceso																		
Sí	21 (26.58 %)	19 (24.05 %)	13 (16.45 %)	26 (32.91 %)	2 (2.53 %)	77 (97.47 %)	27 (34.18 %)	52 (65.82 %)	26 (32.91 %)	53 (67.09 %)	1 (1.26 %)	6 (7.59 %)	72 (91.14 %)	78 (98.73 %)	1 (1.27 %)	35 (44.30 %)	10 (12.66 %)	34 (43.04 %)
No	14 (21.21 %)	18 (27.27 %)	15 (22.73 %)	19 (28.79 %)	3 (4.55 %)	63 (95.45 %)	21 (31.82 %)	45 (68.18 %)	23 (34.85 %)	43 (65.15 %)	2 (3.03 %)	9 (13.64 %)	55 (83.33 %)	62 (93.94 %)	4 (6.06 %)	17 (25.76 %)	28 (42.42 %)	21 (31.82 %)
P-valor	p=0.7076 (Pw=0.15)				p=0.6595 (Pw=0.07)		p=0.8597 (Pw=0.04)		p=0.8609 (Pw=0.04)		P=0.4078 (Pw=0.23)			p=0.1775 (Pw=0.29)		p=0.0009* (Pw=0.96)		

RESULTADOS

Gestión casos																			
	Sí	16 (23.88 %)	19 (28.36 %)	13 (19.40 %)	19 (28.36 %)	2 (2.98 %)	65 (97.01 %)	21 (31.34 %)	46 (68.66 %)	26 (38.81 %)	41 (61.19 %)	1 (1.49 %)	5 (7.46 %)	61 (91.04 %)	65 (97.01 %)	2 (2.99 %)	34 (50.75 %)	7 (10.45 %)	26 (38.80 %)
	No	19 (24.36 %)	18 (23.08 %)	15 (19.23 %)	26 (33.33 %)	3 (3.85 %)	75 (96.15 %)	27 (34.61 %)	51 (65.38 %)	23 (29.49 %)	55 (70.51 %)	2 (2.56 %)	10 (12.82 %)	66 (84.61 %)	75 (96.15 %)	3 (3.85 %)	18 (23.08 %)	31 (39.74 %)	29 (37.18 %)
	P-valor	p=0.8916 (Pw=0.09)				p=1 (Pw=0.01)		p=0.7254 (Pw=0.06)		p=0.2913 (Pw=0.23)		p=0.5622 (Pw=0.17)			p=1 (Pw=0.04)		p=0.0005* (Pw=0.98)		
Educación prequirúrgica																			
	Sí	18 (18.95 %)	24 (25.26 %)	20 (21.05 %)	33 (34.74 %)	3 (3.16 %)	92 (96.84 %)	37 (38.95 %)	58 (61.05 %)	33 (34.74 %)	62 (65.26 %)	2 (2.10 %)	11 (11.58 %)	82 (86.32 %)	91 (95.79 %)	4 (4.21 %)	40 (42.10 %)	17 (17.89 %)	38 (40 %)
	No	17 (34 %)	13 (26 %)	8 (16 %)	12 (24 %)	2 (4 %)	48 (96 %)	11 (22 %)	39 (78 %)	16 (32 %)	34 (68 %)	1 (2 %)	4 (8 %)	45 (90 %)	49 (98 %)	1 (2 %)	12 (24 %)	21 (42 %)	17 (34 %)
	P-valor	p=0.2039 (Pw=0.42)				p=1 (Pw=0.04)		p=0.0429* (Pw=0.46)		p=0.8538 (Pw=0.04)		p=0.8096 (Pw=0.09)			p=0.6596 (Pw=0.01)		p=0.0069* (Pw=0.84)		
Presente en cirugía																			
	Sí	1 (14.28 %)	3 (42.86 %)	3 (42.86 %)	0 (0 %)	1 (14.28 %)	6 (85.72 %)	0 (0 %)	7 (100 %)	2 (28.57 %)	5 (71.43 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	7 (100 %)	7 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	4 (57.14 %)	3 (42.86 %)
	No	34 (24.64 %)	34 (24.64 %)	25 (18.11 %)	45 (32.61 %)	4 (2.90 %)	134 (97.10 %)	48 (34.78 %)	90 (65.22 %)	47 (34.06 %)	91 (65.94 %)	3 (2.17 %)	15 (10.87 %)	120 (86.96 %)	133 (96.38 %)	5 (3.62 %)	52 (37.68 %)	34 (24.64 %)	52 (37.68 %)
	P-valor	p=0.0829 (Pw=0.48)				p=0.222 (Pw=0.28)		p=0.0956 (Pw=0.29)		p=1 (Pw=0.04)		p=1 (Pw=0.14)			p=1 (Pw=0)		p=0.0605 (Pw=0.53)		
Seguimiento postoperatorio																			
	Sí	28 (25.45 %)	30 (27.27 %)	16 (14.54 %)	36 (32.73 %)	3 (2.73 %)	107 (97.27 %)	34 (30.91 %)	76 (69.09 %)	37 (33.64 %)	73 (66.36 %)	2 (1.82 %)	15 (13.64 %)	93 (84.54 %)	106 (96.36 %)	4 (3.64 %)	42 (38.18 %)	26 (23.64 %)	42 (38.18 %)
	No	7 (20 %)	7 (20 %)	12 (34.28 %)	9 (25.71 %)	2 (5.71 %)	33 (94.29 %)	14 (40 %)	21 (60 %)	12 (34.28 %)	23 (65.72 %)	1 (2.86 %)	0 (0 %)	34 (97.14 %)	34 (97.14 %)	1 (2.86 %)	10 (28.57 %)	12 (34.28 %)	13 (37.14 %)
	P-valor	p=0.1014 (Pw=0.56)				p=0.5944 (Pw=0.12)		p=0.4096 (Pw=0.15)		p=1 (Pw=0.04)		p=0.0405* (Pw=0.54)			p=1 (Pw=0)		p=0.4318 (Pw=0.21)		

RESULTADOS

Control Drenajes																				
	Sí	28 (25.22 %)	28 (25.22 %)	18 (16.22 %)	37 (33.33 %)	3 (2.70 %)	108 (97.30 %)	35 (31.53 %)	76 (68.47 %)	36 (32.43 %)	75 (67.57 %)	2 (1.80 %)	14 (12.61 %)	95 (85.58 %)	107 (96.40 %)	4 (3.60 %)	43 (38.74 %)	27 (24.32 %)	41 (36.94 %)	
	No	7 (20.59 %)	9 (26.47 %)	10 (29.41 %)	8 (23.53 %)	2 (5.88 %)	32 (94.12 %)	13 (38.24 %)	21 (61.76 %)	13 (38.23 %)	21 (61.77 %)	1 (2.94 %)	1 (2.94 %)	32 (94.12 %)	33 (97.06 %)	1 (2.94 %)	9 (26.47 %)	11 (32.35 %)	14 (41.18 %)	
P-valor		p=0.3423 (Pw=0.31)				p=0.334 (Pw=0.1)		p=0.5335 (Pw=0.09)		p=0.5404 (Pw=0.05)			p=0.2899 (Pw=0.29)			p=1 (Pw=0)		p=0.3743 (Pw=0.21)		
Seromas																				
	Sí	16 (22.22 %)	17 (23.61 %)	13 (18.05 %)	26 (36.11 %)	2 (2.77 %)	70 (97.22 %)	27 (37.5 %)	45 (62.5 %)	25 (34.72 %)	47 (65.28 %)	2 (2.78 %)	5 (6.94 %)	65 (90.28 %)	69 (95.83 %)	3 (4.17 %)	34 (47.22 %)	10 (13.89 %)	28 (38.89 %)	
	No	19 (26.03 %)	20 (27.40 %)	15 (20.55 %)	19 (26.03 %)	3 (4.11 %)	70 (95.89 %)	21 (28.77 %)	52 (71.23 %)	24 (32.88 %)	49 (67.12 %)	1 (1.37 %)	10 (13.70 %)	62 (84.93 %)	71 (97.26 %)	2 (2.74 %)	18 (24.66 %)	28 (38.36 %)	27 (36.99 %)	
P-valor		p=0.6447 (Pw=0.17)				p=1 (Pw=0.06)		p=0.293 (Pw=0.13)		p=0.8617 (Pw=0.06)			p=0.4648 (Pw=0.23)			p=0.6809 (Pw=0.04)		p=0.015* (Pw=0.92)		
Asesoramiento pacientes																				
	Sí	30 (22.90 %)	32 (24.43 %)	26 (19.85 %)	43 (32.82 %)	5 (3.82 %)	126 (96.18 %)	47 (35.88 %)	84 (64.12 %)	44 (33.59 %)	87 (66.41 %)	3 (2.29 %)	14 (10.69 %)	114 (87.02 %)	126 (96.18 %)	5 (3.82 %)	49 (37.40 %)	32 (24.43 %)	50 (38.17 %)	
	No	5 (35.71 %)	5 (35.71 %)	2 (14.28 %)	2 (14.28 %)	0 (0 %)	14 (100 %)	1 (7.14 %)	13 (92.86 %)	5 (35.71 %)	9 (64.29 %)	0 (0 %)	1 (7.14 %)	13 (92.86 %)	14 (100 %)	0 (0 %)	3 (21.43 %)	6 (42.86 %)	5 (35.71 %)	
P-valor		p=0.3923 (Pw=0.28)				p=1 (Pw=0)		p=0.0354* (Pw=0.56)		p=1 (Pw=0.06)			p=1 (Pw=0.09)			p=1 (Pw=0)		p=0.2924 (Pw=0.28)		
Grupos apoyo																				
	Sí	3 (6.98 %)	14 (32.56 %)	6 (13.95 %)	20 (46.51 %)	2 (4.65 %)	41 (95.35 %)	19 (44.19 %)	24 (55.81 %)	15 (34.88 %)	28 (65.12 %)	0 (0 %)	2 (4.65 %)	41 (95.35 %)	42 (97.67 %)	1 (2.33 %)	20 (46.51 %)	6 (13.95 %)	17 (39.54 %)	
	No	19 (28.79 %)	13 (19.70 %)	18 (27.27 %)	16 (24.24 %)	2 (3.03 %)	64 (96.97 %)	22 (33.33 %)	44 (66.67 %)	23 (34.85 %)	43 (65.15 %)	2 (3.03 %)	6 (9.09 %)	58 (87.88 %)	62 (93.94 %)	4 (6.06 %)	17 (25.76 %)	22 (33.33 %)	27 (40.91 %)	
	No existen grupos de apoyo a pacientes	13 (36.11 %)	10 (27.78 %)	4 (11.11 %)	9 (25 %)	1 (2.78 %)	35 (97.22 %)	7 (19.44 %)	29 (80.56 %)	11 (30.56 %)	25 (69.44 %)	1 (2.78 %)	7 (19.44 %)	28 (77.78 %)	36 (100 %)	0 (0 %)	15 (41.67 %)	10 (27.78 %)	11 (30.56 %)	
P-valor		p=0.0035* (Pw=0.96)				p=0.8578 (Pw=0.07)		p=0.0681 (Pw=0.54)		p=0.9237 (Pw=0.07)			p=0.1454 (Pw=0.61)			p=0.4429 (Pw=0.30)		p=0.0799 (Pw=0.72)		

Tabla 17. Relación entre las características socio-profesionales y las funciones que desarrollan los profesionales de enfermería en las Unidades de Mama

4.8.1 Asesoramiento de las pacientes

Los resultados apuntan hacia la existencia de una asociación entre esta función y el tipo de titulación con la que los profesionales accedieron a la profesión (figura 15). De los profesionales enfermeros que no realizan el asesoramiento a las pacientes, el 92.86% está constituido por diplomados, mientras que tan sólo un 7% son ATS.

No se han encontrado evidencias estadísticamente significativas con el resto de variables socio-profesionales.

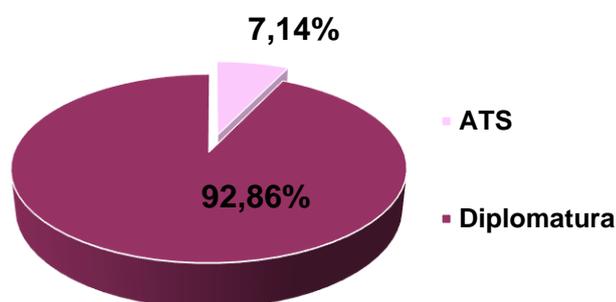


Figura 15. Correlación entre el asesoramiento de pacientes y el tipo de titulación (%)

4.8.2 Seguimiento post-operatorio

Cuando se analizó la responsabilidad del seguimiento postoperatorio de las heridas tras las intervenciones quirúrgicas, se puso de manifiesto la relación existente entre los años de experiencia profesional y la ejecución de esta tarea. La gran mayoría de las enfermeras que realizan el seguimiento postoperatorio tienen una experiencia en el sector de más de 10 años, frente a aquellas cuya experiencia es significativamente menor, tal y como se detalla en la figura 16.

No se han evidenciado diferencias estadísticamente significativas con el resto de variables.

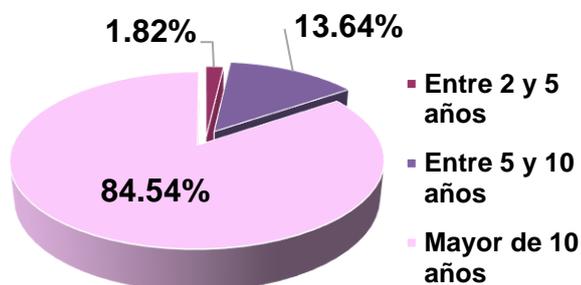


Figura 16. Correlación entre seguimiento de las heridas y antigüedad profesional (%)

4.8.3 Función de ayuda al médico

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con ninguna de las variables socio-demográficas, aunque sí se observó una tendencia a la realización de esta función por personal de enfermería con una edad mayor o igual a 54 años (55.23%).

4.8.4 Educación pre-quirúrgica de los pacientes

Las enfermeras con una media de edad de igual o superior a 54 años son las que más realizan la tarea de la educación pre-quirúrgica de los pacientes. Estas profesionales con una mayor antigüedad profesional son las que se encargan de preparar a las pacientes para la intervención, ayudándolas tanto física como psicológicamente.

La figura 17 muestra la correlación existente entre la función educación pre-quirúrgica de los pacientes y el tipo de titulación. Al igual que en la función citación de pacientes, la mayoría de las enfermeras que no realizan esta tarea son

diplomadas (78%), mientras que tan sólo un 22% que no desempeñan esta tarea se han titulado como ATS.

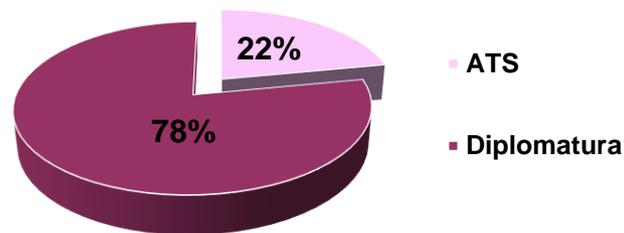


Figura 17. Correlación entre enfermeras que realizan educación de pacientes respecto a la titulación (%)

Pero sin lugar a duda, lo más reseñable de este análisis radica nuevamente en la relación laboral que desempeña el profesional en la unidad de mama. La figura 18 pone de manifiesto que solamente 17 miembros de enfermería de las unidades de mama que se ocupan de la educación pre-quirúrgica de las pacientes trabajan ocasionalmente en el servicio de mama (17.89%) derivando esta tarea a las enfermeras que lo hacen de manera exclusiva o preferente (82.10%).

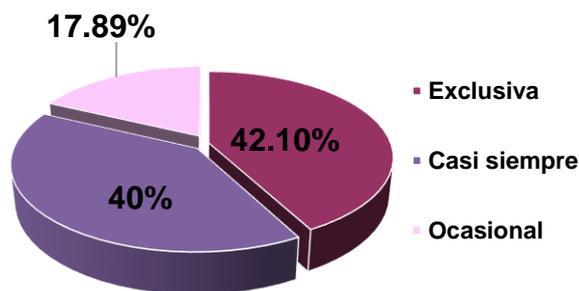


Figura 18. Correlación entre educación de pacientes y relación con la unidad de mama (%)

4.8.5 Citación de pacientes

Esta variable mostró una asociación con el tipo de titulación, observándose que el 78.18% de las enfermeras que no realizan la citación de los pacientes son diplomadas, mientras que las ATS que asimismo no realizan la citación representan tan sólo el 21.82 %. La figura 19 muestra la correlación existente.

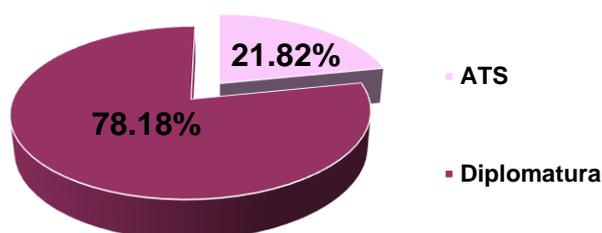


Figura 19. Correlación entre las enfermeras de la unidad de mama que no citan y su titulación (%)

Los resultados también apuntan a una relación entre esta función y la dedicación que el personal enfermero presta a la unidad de mama. Así, la mayoría de las enfermeras dedicadas exclusivamente a la unidad de mama se encargan de la realización de esta función. Cabe señalar también que del personal de enfermería que no realiza esta función, tan sólo 8 trabajan de forma exclusiva en la unidad de mama (figura 20).

No se evidencian diferencias estadísticamente significativas con el resto de variables socio-demográficas.

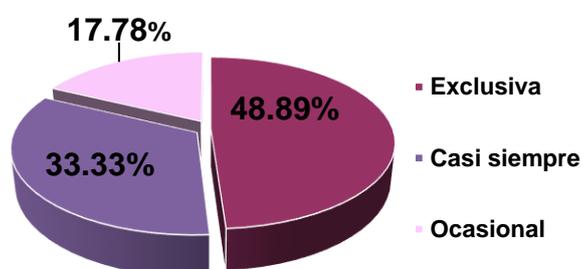


Figura 20. Correlación entre las enfermeras que citan y su relación con la unidad de mama (%)

4.8.6 Coordinación del proceso asistencial

Cuando la relación de la enfermera con la unidad de mama es ocasional se realizan en menor medida funciones de coordinación de tareas (12,66 %) ($p=0,0009$). La figura 21 refleja las correlaciones existentes entre esta función y la relación del personal enfermero con la unidad de mama.

Cuando se analizan el resto de características socio- profesionales en relación a la unidad de mama no se encuentran diferencias estadísticamente significativas.

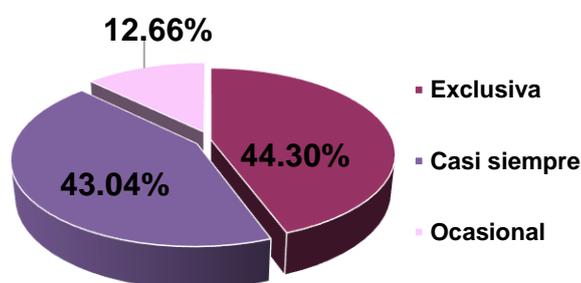


Figura 21. Correlación entre enfermeras que coordinan tareas y su relación con la unidad de mama (%)

4.8.7 Punción de los seromas

Los resultados ponen de manifiesto que tan sólo un 13,89% de los profesionales de enfermería que se encargan de la evacuación de los seromas ejercen en la unidad de manera ocasional, mientras que el mayor número de enfermeras que desarrollan esta tarea están dedicadas de manera exclusiva a la unidad de mama (figura 22).

No hay evidencia significativa con el resto de variables socio-profesionales.

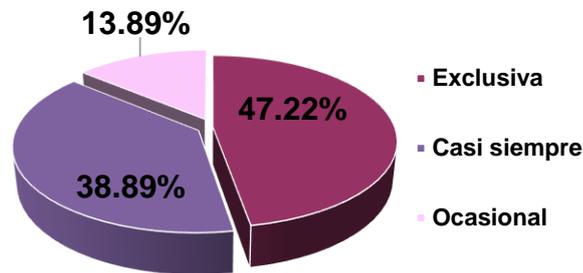


Figura 22. Correlación entre enfermeras que puncionan seromas y su relación con la unidad de mama (%)

4.8.8 Función gestora de casos

Esta variable nuevamente mostró una clara dependencia con la característica socio-profesional que detalla la relación existente con la unidad de mama. Más de la mitad de las enfermeras que se ocupan de la gestión de casos trabajan exclusivamente en la unidad de mama, mientras que tan sólo un 10,45 % del personal de enfermería que desempeña esta labor ejercen de manera ocasional (figura 23).

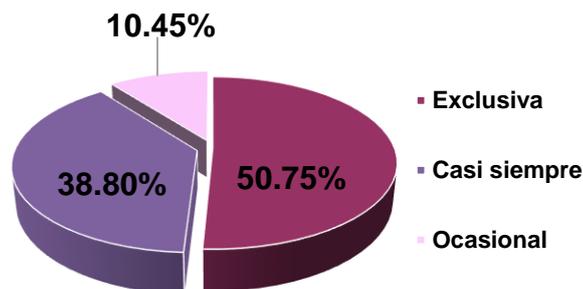


Figura 23. Correlación entre enfermeras gestoras de casos y su relación con la unidad de mama (%)

4.8.9 Participación en grupos de apoyo para pacientes afectas de cáncer de mama

Esta variable únicamente mostró una relación de asociación con la edad del personal de enfermería. La figura 24 pone de manifiesto que sólo el 6.98% de las enfermeras más jóvenes participan en los grupos de apoyo a pacientes, mientras que esta función es derivada a las enfermeras más veteranas (con edades superiores a los 58 años) representan un 46.21%.

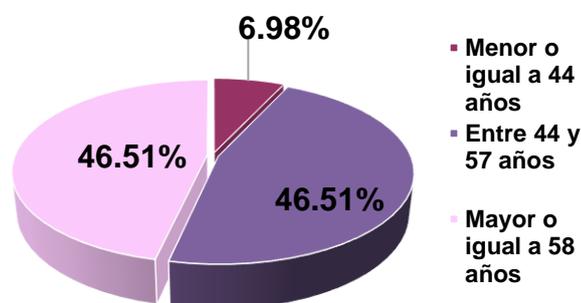


Figura 24. Correlación entre la participación en grupos de apoyo y la edad de las enfermeras de unidad de mama (%)

4.8.10 Otras funciones

Por último, se estudió también la presencia del personal de enfermería durante la intervención quirúrgica, así como el control y retirada de los drenajes, intentando averiguar si existía alguna relación de dependencia con alguna de las variables socio-profesionales; pero los resultados no han concluido ninguna diferencia estadísticamente significativa, por lo que se pudo afirmar que eran variables independientes según las pruebas aplicadas.

4.9 RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO-PROFESIONALES Y LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA RESPECTO A SU ROL DENTRO DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Utilizando los mismos tests estadísticos, se continuó el estudio indagando acerca de una posible asociación entre las características socio-profesionales (edad, sexo, titulación, estudios de postgrado, experiencia, servicios trabajados y relación con la unidad de mama) y la opinión que poseen respecto al su rol en las unidades de mama (juegan un papel indispensable, sentimiento de infravaloración).

El análisis global de los resultados no apunta hacia la existencia de asociaciones estadísticamente significativas entre ninguna de las variables comparadas. Dichos resultados quedan reflejados en la tabla 18.

RESULTADOS

Características socio-profesionales	Edad				Sexo		Titulación		Postgrado		Experiencia			Diferentes servicios		Relación UM		
	< 44 años	Entre 44 y 53 años	Entre 54 y 57 años	58 años o más	H	M	ATS	Diplomatura	Sí	No	Entre 2 y 5 años	Entre 5 y 10 años	Más de 10 años	Sí	No	Exclusiva	Ocasional	Casi siempre
Rol profesional																		
Indispensable papel enfermera																		
Sí	35 (24.82 %)	36 (25.53 %)	27 (19.15 %)	43 (30.50 %)	5 (3.55 %)	136 (96.45 %)	46 (32.62 %)	95 (67.37 %)	48 (34.04 %)	93 (65.96 %)	3 (2.13 %)	15 (10.64 %)	123 (87.23 %)	136 (96.45 %)	5 (3.55 %)	50 (35.46 %)	37 (26.24 %)	54 (38.30 %)
No	0 (0 %)	1 (33.33 %)	1 (33.33 %)	1 (33.33 %)	0 (0 %)	3 (100 %)	1 (33.33 %)	2 (66.67 %)	1 (33.33 %)	2 (66.67 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (100 %)	3 (100 %)	0 (0 %)	1 (33.33 %)	1 (33.33 %)	1 (33.33 %)
P-valor	p=0.8916 (Pw=0.12)				p=1 (Pw=0)		p=1 (Pw=0.2)		p=1 (Pw=0.01)		p=1 (Pw=0.08)			p=1 (Pw=0)		p=1 (Pw=0.5)		
Papel infravalorado																		
Sí	9 (21.43 %)	11 (26.19 %)	9 (21.43 %)	13 (30.95 %)	1 (2.38 %)	41 (97.62 %)	11 (26.19 %)	31 (73.81 %)	15 (35.71 %)	27 (64.29 %)	2 (4.76 %)	5 (11.90 %)	35 (83.34 %)	41 (97.62 %)	1 (2.38 %)	17 (40.48 %)	9 (21.43 %)	16 (38.09 %)
No	24 (26.37 %)	21 (23.08 %)	16 (17.58 %)	30 (32.97 %)	3 (3.30 %)	88 (96.70 %)	34 (37.36 %)	57 (62.64 %)	33 (36.26 %)	58 (63.74 %)	0 (0 %)	10 (10.99 %)	81 (89.01 %)	88 (96.70 %)	3 (3.30 %)	33 (36.26 %)	23 (25.27 %)	35 (38.46 %)
P-valor	p=0.8736 (Pw=0.09)				p=1 (Pw=0)		p=0.2404 (Pw=0.18)		p=1 (Pw=0.05)		p=0.1489 (Pw=0.46)			p=1 (Pw=0)		p=0.8529 (Pw=0.07)		

Tabla 18. Relación entre las características socio-profesionales y la opinión del personal de enfermería respecto a su rol en las unidades de mama (n=145)

4.10 ANÁLISIS DE CORRESPONDENCIAS MÚLTIPLE: ASOCIACIONES ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIO-PROFESIONALES Y LAS FUNCIONES QUE DESARROLLAN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE MAMA

Con el fin de profundizar en la relación existente entre las variables relacionadas con las funciones que desarrollan los profesionales de enfermería en las unidades de mama y las variables que describen las características socio-profesionales, se optó en último término por la realización de un ACM aplicado al estudio de las tablas de contingencia realizado en el apartado 4.8 de resultados. Con este método, además de analizar la relación existente entre las variables, nos ha permitido estudiar cómo está estructurada dicha asociación.

Los valores propios de todas las dimensiones asociadas a las funciones desarrolladas por el personal enfermero se encuentran reflejados en la tabla 16 del anexo VII. Las dos dimensiones que más información nos aportan sobre las funciones de los profesionales de enfermería son la Dimensión 1 y la Dimensión 2, por lo que se ha descartado el análisis sobre el resto de dimensiones. En la figura 25 se representa el histograma asociado al ACM.

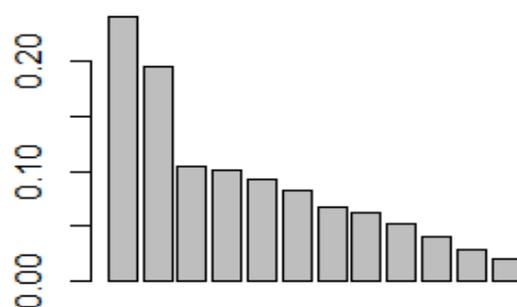


Figura 25. Histograma de los valores propios del ACM

En el anexo VII también se representan las coordenadas de cada una de las funciones sobre la Dimensión 1 y la Dimensión 2 (tabla 19), así como la contribución de las categorías de las variables en cada dimensión (tabla 20).

La figura 26 plasma las categorías de las funciones de las enfermeras en las dos dimensiones obtenidas mediante el ACM.

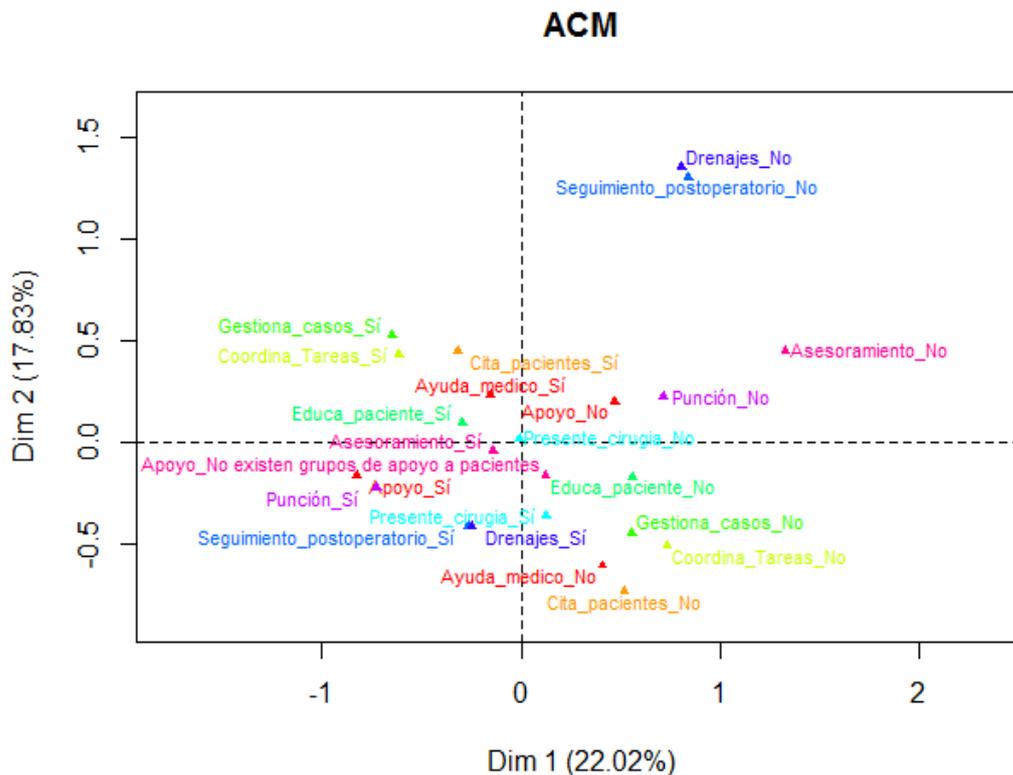


Figura 26. Representación de las categorías de las tareas enfermeras del ACM (n=145)

Se observa que la primera dimensión contraponen a los profesionales de enfermería que no desarrollan las funciones evaluadas (éstos se sitúan más a la derecha) frente a los que sí las desarrollan (éstos se sitúan más a la izquierda). Ello hace pensar que la dimensión 1 hace referencia a si la enfermera es autónoma en su trabajo en la unidad de mama o bien se encuentra supeditada a otro profesional (enfermera jefe o médico). Así, el desplazamiento hacia la derecha en este eje implica falta de control de las actividades, mientras que más hacia la izquierda nos indica

implicación directa en las labores citadas. Por lo tanto, la dimensión 1 parece estar indicando autonomía en las funciones.

La segunda dimensión parece contraponer los profesionales que realizan tareas más relacionadas con la administración y gestión (éstos se sitúan más hacia arriba, parte positiva de la segunda dimensión) de los profesionales que realizan tareas de cuidados clínicos (situados en la zona negativa de la dimensión 2). Por tanto, los resultados apuntan a que la dimensión 2 distingue entre los profesionales que realizan más tareas de coordinación y de que realizan más labores clínicas.

Las 145 enfermeras encuestadas según sus valores resumen de la dimensión 1 y la dimensión 2 quedan representadas gráficamente en la figura 27.

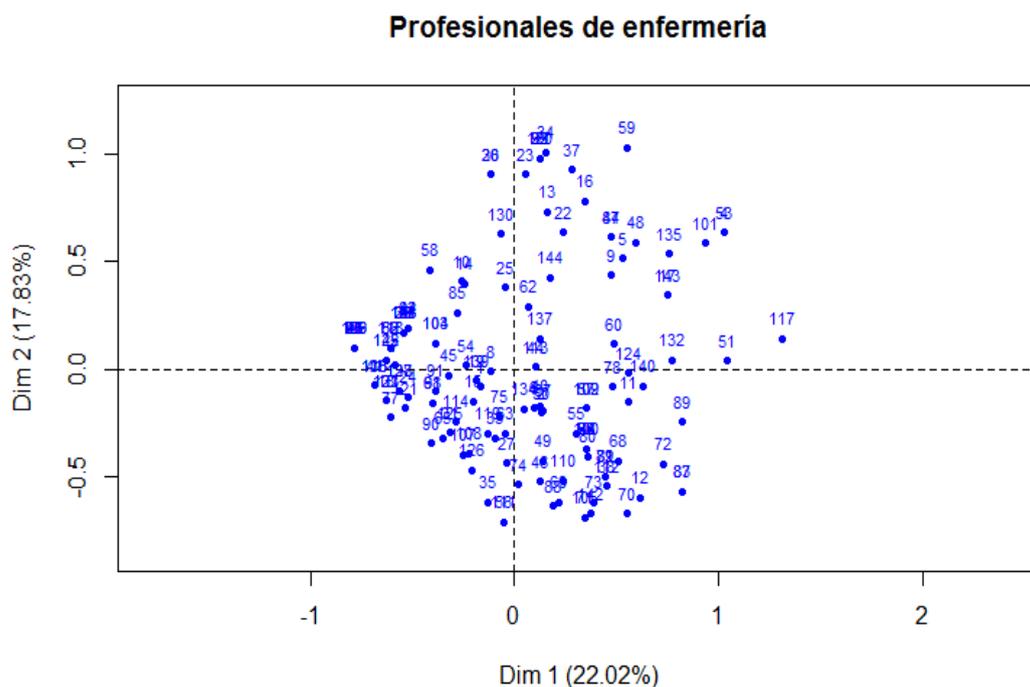


Figura 27. Representación de las enfermeras sobre el primer plano factorial del ACM (n=145)

Las figuras que siguen a continuación muestran las asociaciones más significativas obtenidas en el ACM entre las funciones que desarrollan los profesionales de enfermería y las características socio-profesionales.

La figura 28 representa a las enfermeras del estudio sobre las dos dimensiones del ACM según su titulación.

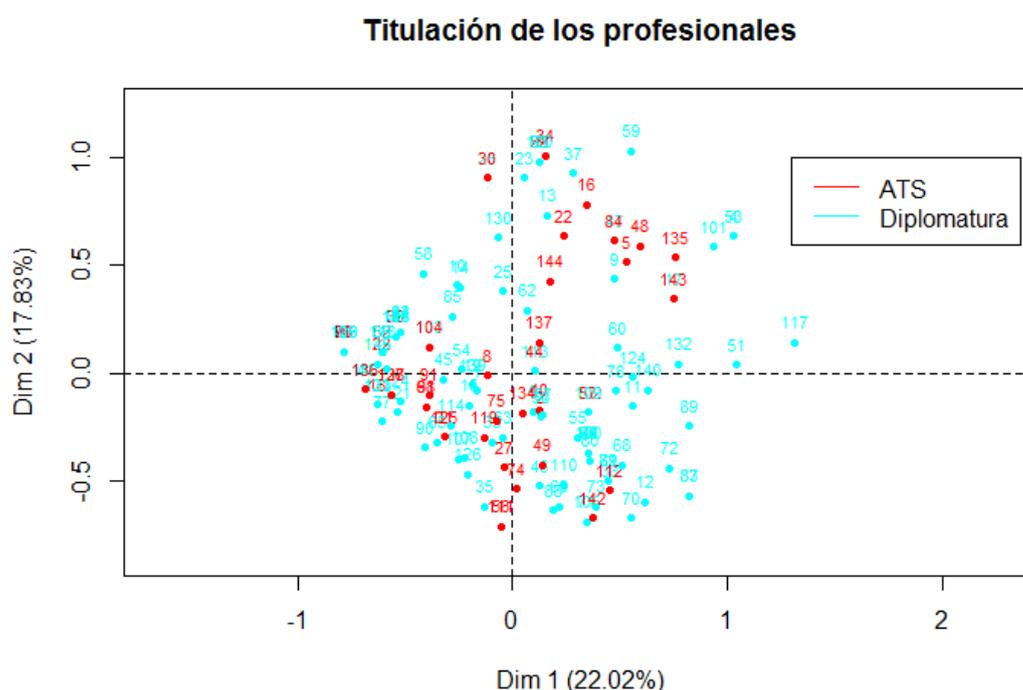


Figura 28. Representación de las enfermeras sobre el primer plano factorial del ACM distinguiendo su titulación (n=145)

Si reparamos en el gráfico se puede apreciar la existencia de una mayor concentración de personal ATS en el cuadrante inferior izquierdo. Esto apunta a que la mayoría de las profesionales de enfermería con titulación de ATS son autónomas en su trabajo. Respecto de las profesionales con estudios de diplomatura, aunque no se percibe con demasiada claridad, se podría apuntar hacia una agrupación mayor en la parte inferior de la figura, lo que nos indicaría que estas enfermeras están más involucradas en labores clínicas.

En la figura 29 se identifican a las enfermeras del estudio sobre las dos dimensiones del ACM según sus estudios de postgrado.

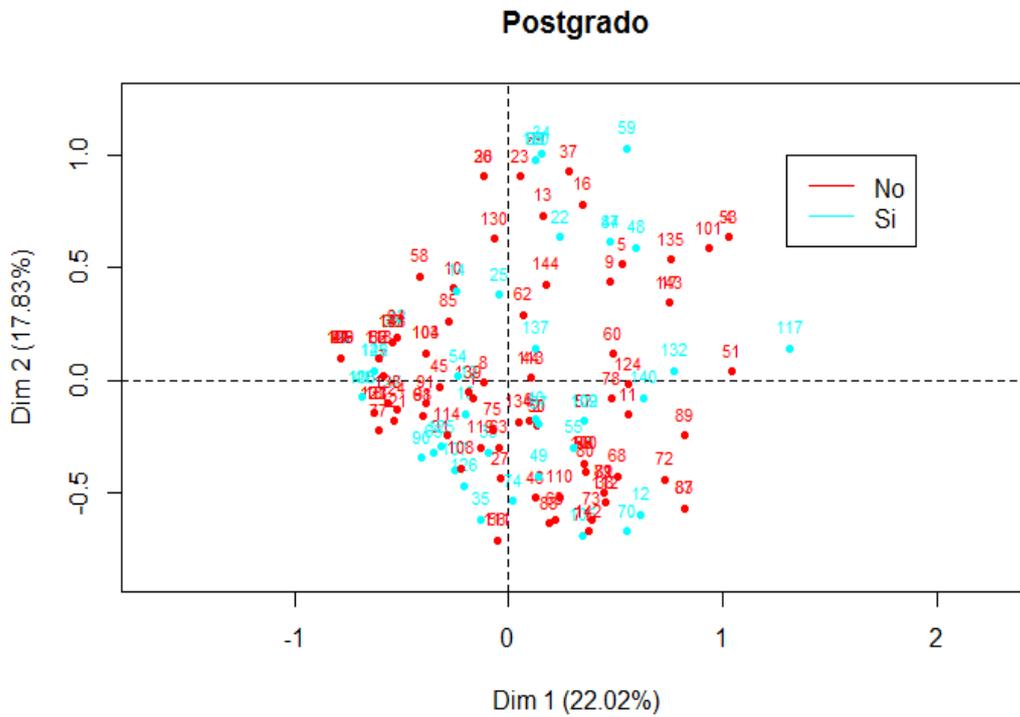


Figura 29. Representación de las enfermeras sobre el primer plano factorial del ACM según estudios de postgrado (n=145)

No se define una asociación clara en ningún sentido. La distribución de las profesionales de enfermería con y sin estudios de postgrado es bastante homogénea.

Si en lugar de estudiar los estudios de postgrado en general se analiza el Postgrado en Senología para Enfermería, puede apreciarse que los resultados del ACM son muy diferentes (figura 30).

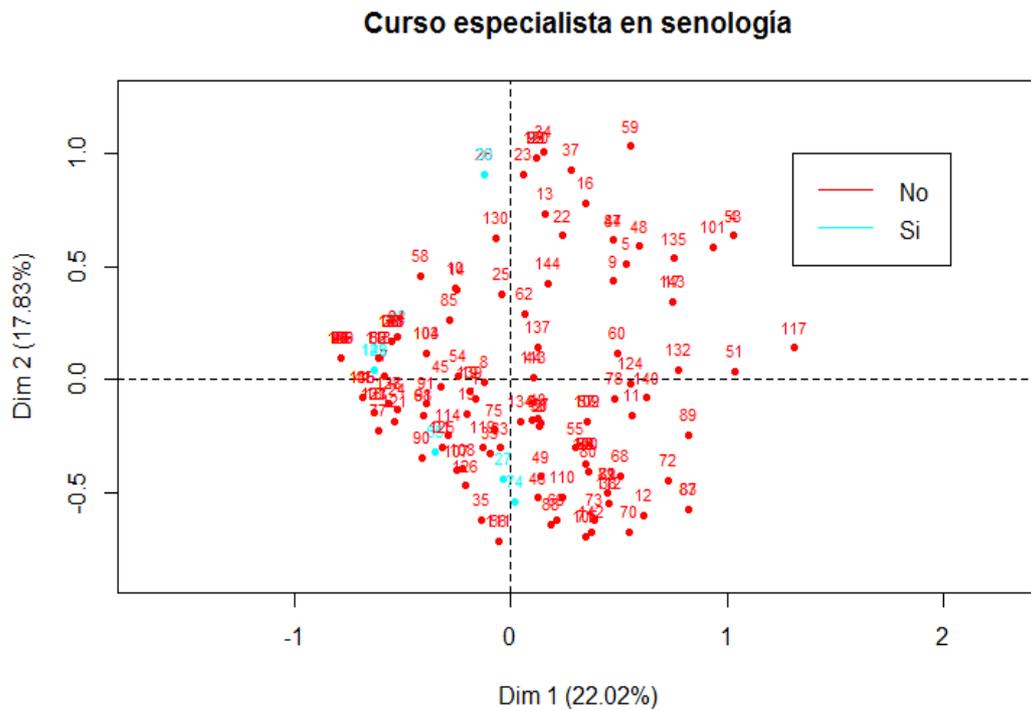


Figura 30. Representación de las enfermeras sobre el primer plano factorial del ACM según tengan o no el postgrado en senología (n=145)

Existe una marcada tendencia a que las pocas profesionales con el curso de senología se sitúen hacia la izquierda del gráfico, lo cual marca su rol activo y autónomo realizando la mayor parte de las funciones en la unidad de mama. De las profesionales de enfermería sin este curso no se puede constatar ningún resultado significativo.

La figura 31 establece un estudio relativo a la experiencia laboral de los profesionales de enfermería con el ACM.

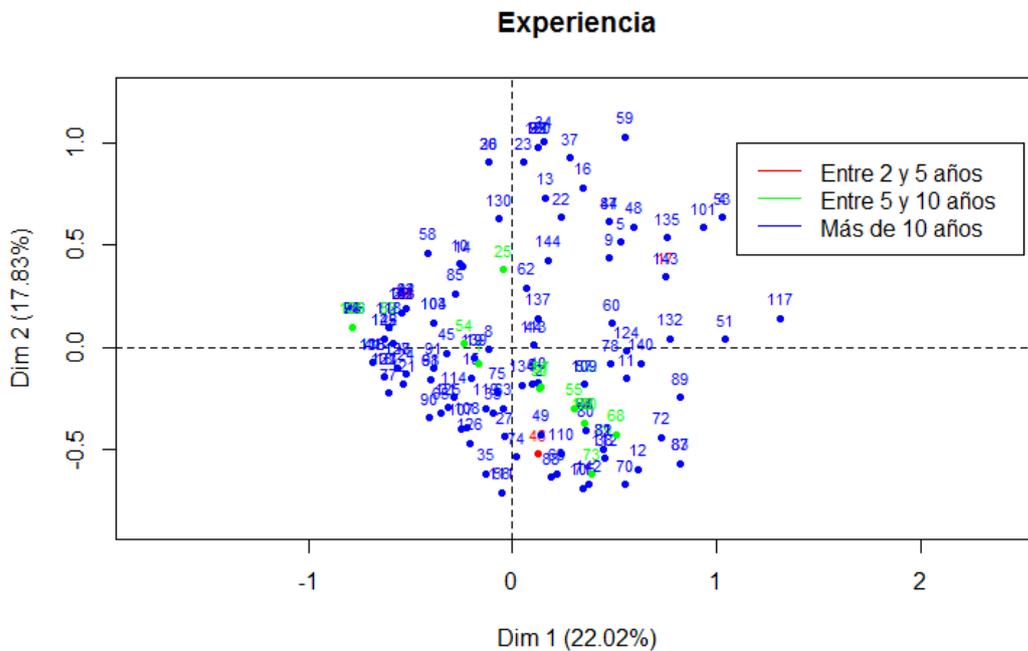


Figura 31. Representación de las enfermeras sobre el primer plano factorial del ACM distinguiendo su experiencia laboral (n=145)

A pesar de que los resultados no son muy concluyentes, sí se puede apreciar una ligera tendencia de los profesionales con más de 10 años de experiencia a concentrarse hacia el lado izquierdo del gráfico, indicativo de una mayor autonomía.

En último lugar se ha representado a las enfermeras de la unidad de mama en las dos dimensiones del ACM según su dedicación en la misma, distinguiendo las tres categorías: ocasional, casi siempre y exclusiva. Los resultados están registrados en la figura 32.

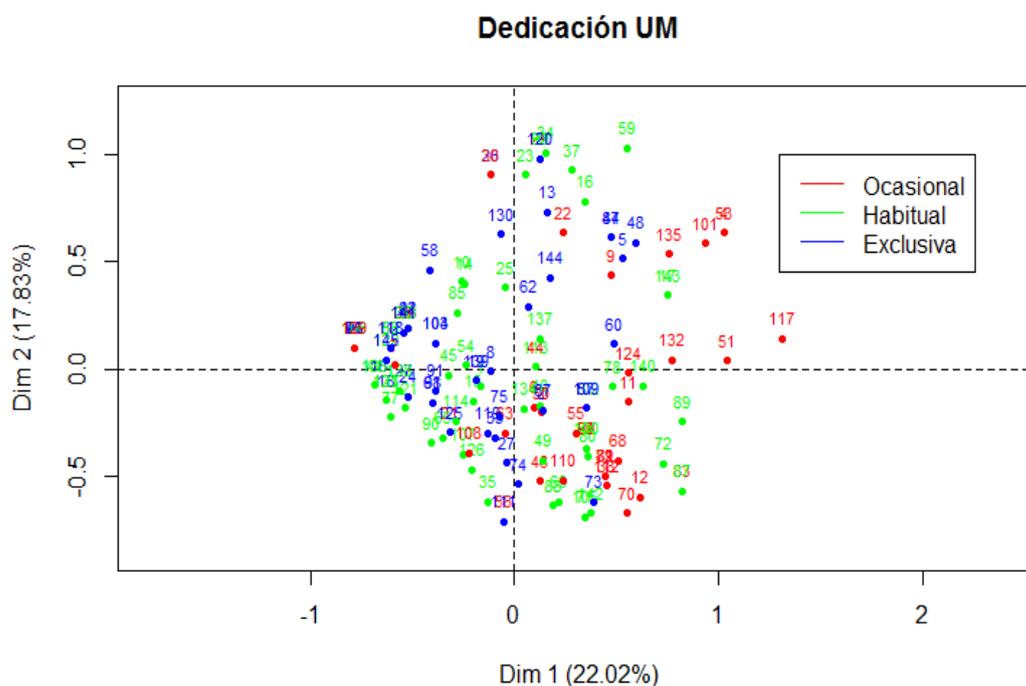


Figura 32. Representación de las enfermeras sobre el primer plano factorial del ACM distinguiendo su dedicación a la unidad de mama (n=145)

Se puede advertir la existencia de una tendencia muy marcada tanto para las profesionales que trabajan habitualmente en la unidad de mama como las que las tienen dedicación exclusiva a concentrarse en el lado izquierdo de la figura. Esto apuntaría a una mayor autonomía de estas profesionales.

Además, parece apreciarse una predisposición a que las enfermeras con dedicación habitual se sitúen en el cuadrante inferior izquierdo. Ello nos apuntaría por lo tanto que, además, este colectivo estaría más relacionado con las tareas clínicas.

Respecto al personal de enfermería que ejerce de manera ocasional en la unidad de mama, se puede distinguir claramente su situación en el lado derecho del gráfico, indicativo de la no realización de las tareas propias de la enfermera de mama.

DISCUSIÓN

5. DISCUSIÓN

El debate entre las metodologías cuantitativa y cualitativa en la investigación se remonta a muchos años atrás. Actualmente, en la investigación enfermera esta controversia continúa vigente. Distintos autores han manifestado su posicionamiento frente a uno u otro método (247-249), por lo que se evidencia que ambos tipos metodológicos de investigación tienen sus partidarios y detractores.

La investigación cuantitativa es aquella en la que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables, mientras que en la investigación cualitativa se evita la cuantificación, es una investigación sin medición en la que se hacen registros narrativos de los fenómenos que son estudiados mediante técnicas como la observación y las entrevistas no estructuradas (250). Para Strauss, la diferencia fundamental entre ambos tipos estriba en que la investigación cuantitativa se centra en el estudio de las relaciones entre variables cuantificadas, mientras que la investigación cualitativa lo hace en contextos estructurales y situaciones (251). Sin embargo, tal y como argumentan Dzurec y Abraham, ambas metodologías no sólo pueden combinarse en un estudio, sino que existe un gran potencial para la integración de ambas en una única investigación (252). Esa complementariedad metodológica radica en que cada uno de esos métodos es el más indicado para estudiar un plano distinto de la realidad. Además, el empleo combinado de técnicas cualitativas y cuantitativas en una investigación puede contribuir a controlar y corregir los sesgos propios de cada método.

Así pues, y en base a la reflexión de la práctica combinada de ambos métodos, se ha optado por la realización de un estudio cuantitativo complementado con metodología cualitativa previo análisis de validación del cuestionario creado.

5.1 ANÁLISIS DEL DISEÑO DEL INSTRUMENTO DE MEDIDA Y SU VALIDACIÓN

Los resultados del presente trabajo de investigación han permitido obtener un cuestionario para recopilar las características socio-profesionales del personal de enfermería en las unidades de mama españolas. El instrumento ha sido diseñado para administrarse de forma auto-contestada, requiriendo un total de 5 a 7 minutos para su cumplimentación.

Para presentar como un objetivo de investigación la creación de un nuevo instrumento de evaluación, resulta fundamental justificar las razones de este hecho, presentando los resultados de una búsqueda coherente y relevante sobre por qué del empleo de un cuestionario o qué aportaría el nuevo cuestionario con respecto a otros existentes, si los hay, y qué hace que la investigación propuesta resulte adecuada y viable.

Es sabido que el empleo de los cuestionarios es un método cada vez más frecuente, tanto en el ámbito asistencial como en el de la investigación. Se trata de una técnica de recogida de información muy práctica y con un coste bastante bajo. Además, permite llegar a un amplio número de personas y, gracias a los procesos estadísticos, ofrece un análisis relativamente sencillo. Para que un cuestionario resulte útil como instrumento de medida debe reunir una serie de características (253):

- Ser adecuado para el problema que se pretende medir e intuitivamente razonable.
- Ser válido, en el sentido de ser capaz de medir aquellas características que pretende medir y no otras.
- Ser fiable y sensible.
- Delimitar claramente sus componentes.
- Estar basado en datos generados por los propios encuestados.
- Ser viable.

Con estas premisas, se evidencia que el diseño de un cuestionario es un proceso laborioso que puede llevar meses antes de conseguir una versión definitiva que satisfaga las expectativas previstas (232). Este es el motivo de la tendencia al uso de cuestionarios ya validados y que, por lo tanto, ya hayan demostrado su utilidad. Sin embargo, cuando no se dispone del instrumento adecuado para medir y valorar aquello que se pretende investigar, resulta imprescindible la creación de un nuevo instrumento de medida.

Así en el año 2004, Merck y su equipo crearon una versión actualizada de la encuesta "*Estudio de las unidades de mama españolas*" que abordaba diversos aspectos de las unidades de mama de gran utilidad, tales como el tamaño del hospital, reconocimiento de la unidad en el organigrama, existencia de unidad de mama en el hospital o aplicación de protocolos de actuación (114), pero no brindaba la información relativa al personal de enfermería objeto de la presente tesis doctoral. Por lo tanto, el cuestionario no resultaba adecuado para satisfacer las preguntas de la investigación.

Habiendo valorado sin éxito la posibilidad de emplear un cuestionario ya validado y llegados a este punto, se emprendió el proyecto dirigido a la creación de un nuevo instrumento de evaluación. El primer paso a tener en cuenta en todo proceso de creación de un nuevo cuestionario es delimitar qué se quiere evaluar, a quién y para qué van ser usadas las respuestas obtenidas con el test (254). Con el fin de construir el instrumento de medida adecuado a los objetivos que se plantearon en la tesis, se han considerado y discutido diversos aspectos relacionados con las encuestas; la selección del tipo de cuestionario se ha realizado basándonos en los criterios de diversos autores (233,236), así como el número de ítems más apropiado (234,237), sobre el orden (241) y sobre la estructura y el formato de las mismas (233,234). Con todo ello se consideró que una encuesta transversal de 40 preguntas con mayoría de preguntas cerradas y dejando algunas preguntas abiertas para poder realizar un análisis cualitativo, resultaba la mejor opción para lograr los objetivos propuestos. Cabe mencionar que en las encuestas transversales se obtiene una medición de las respuestas de los sujetos en un momento dado. A diferencia de otros diseños, como los estudios de casos y controles, en estas encuestas recolectan datos

de los sujetos *a priori* de acuerdo con la presencia o ausencia de la variable de resultado que se desee estudiar (255).

La perfección con la que se haga la encuesta dependerá, en gran parte, del éxito de la investigación. Las encuestas tienen que estar sometidas a determinados requisitos de calidad con el objetivo de obtener información que sea precisa y fiable. Por ello, cuando se emplea una escala para la recogida de información en los trabajos de campo, ésta tiene que demostrar ser útil para aquello que pretende obtener. Si no es así, se deben desarrollar estrictos procesos de validación, que además permitirán valorar la posibilidad de eliminar encuestas que no cumplan con los criterios de calidad establecidos. La validez es la consideración fundamental en el desarrollo y evaluación de una prueba (256). La validez según Tejada (257), se puede definir como “*el grado de precisión con en que el test utilizado mide realmente lo que está destinado a medir*”, y se refiere al hecho de que una prueba sea de tal manera concebida, elaborada y aplicada de forma que mida aquello para lo que se ha diseñado. Tradicionalmente, han existido diversas maneras de obtener evidencias de validez, por lo que se han convenido categorías tales como la validez de contenido, de constructo y de criterio. Sin embargo, tales categorías y niveles no implican que existan distintos tipos de validez, o que alguna estrategia de validación sea mejor que otra (256). El tipo de validez que se ha realizado en este estudio es una validez de contenido, ya que el cuestionario diseñado no es una escala de medición que permita tener una puntuación de un aspecto de la salud y, por tanto, poder compararlo con diferentes individuos o en diferentes momentos, por lo que carece de un patrón de referencia o *Gold Standart*.

El *Gold Standart*, también conocido como “patrón de oro” es la técnica diagnóstica que define la presencia de la condición con la máxima certeza conocida (258). Se trata de la prueba de referencia, un estándar fiable del que se asume que contiene la información verdadera, y con el que se comparan las observaciones o resultados que se deseen evaluar. Al carecer de este patrón resulta imposible la realización de una validez de criterio, ya que ésta se realiza valorando la correlación entre el instrumento elaborado y el patrón de referencia (233). Del mismo modo, resulta inviable una validez de constructo o de concepto, puesto esta idea hace

alusión a la capacidad con que un instrumento de medida se relaciona con otros con el fin de ser consistente con las hipótesis, por lo tanto, para poder llevarlo a término sería necesario correlacionar nuestra escala con otras escalas que midieran lo mismo (258).

En este sentido y con el fin de valorar la validez del instrumento, se ha optado por una validez de contenido, llevada a cabo a través de una “Prueba de Jueces”. Si bien es cierto que un proceso de validación ideal incluye varios tipos de evidencias junto con la calidad de estas evidencias, en ocasiones es preferible una línea simple de evidencia que sea sólida versus numerosas y variadas líneas de evidencia cuya calidad sea cuestionable (256), por lo que podemos afirmar que la prueba de jueces ha satisfecho las necesidades referentes a la validez del instrumento de medida.

Referente a la selección del grupo de expertos, cabe mencionar que se realizó procurando abarcar el máximo número posible de puntos de vista diferentes y desde las distintas perspectivas profesionales. Así, se ha contado con la visión de distintos profesionales de alta trayectoria profesional, bien en el campo de la patología mamaria, o bien en el campo de la elaboración de instrumentos. Las revisiones empíricas e informaciones cualitativas de los seis jueces, han sido las piezas clave para poder demostrar la validez de la encuesta. Los jueces emitieron juicios críticos (238) respecto a la adecuación, pertinencia y congruencia de la misma. De este modo se pudo obtener el borrador definitivo del cuestionario, que acto seguido pasó por una “prueba piloto”.

En los cuestionarios, como en todos los instrumentos de observación, para comprobar que las preguntas son comprensibles y que las respuestas a ellas son significativas, es necesario administrarlo en primer lugar a un grupo de personas con características similares a la población objeto de estudio (235). Para lograr este fin se realiza la “prueba piloto o pretest cognitivo”, el cual se realizó a colegas profesionales para conseguir la similitud necesaria entre ambos grupos. Tal y como afirma Martín Arribas (237), es aconsejable, además, que el número de personas que compongan la muestra esté comprendido entre 30 y 50, por lo que una muestra de 36 enfermeras resulta adecuada.

La prueba piloto tiene 2 funciones principales: en primer lugar, sirve como prueba “in vivo” inicial y en segundo lugar es el último paso para finalizar las preguntas y el formato de la encuesta (235). De ese modo, proporciona información acerca de la claridad en la redacción de las preguntas para todos los encuestados y su interpretación. De igual modo, las instrucciones para completar el cuestionario y la prueba piloto tienen que quedar reflejadas al inicio de la misma (259).

Los tres objetivos principales de la prueba piloto son:

1. Evaluar la idoneidad del cuestionario.
2. Calcular la extensión de la encuesta o el tiempo necesario para completarla.
3. Determinar la calidad de la tarea del encuestador (235).

El formato de aplicación fue un listado de preguntas de control útil que, según el autor Iraossi, se deben tener en cuenta cuando se diseña una encuesta. Dicho listado ha estado formado por un total de once preguntas, dos abiertas y nueve son tipo Likert con 5 alternativas respuesta: totalmente en desacuerdo (1), en desacuerdo (2), no de acuerdo ni en desacuerdo (3), de acuerdo (4), totalmente de acuerdo (5). Los resultados extraídos tras aplicación de la prueba piloto aplicados a la muestra de 36 enfermeras han puesto de manifiesto la claridad de las preguntas en las dimensiones relativas a la comprensión del objetivo de la encuesta, la redacción de los ítems o la extensión.

Cabe hacer mención a los resultados derivados de la pregunta 5 de la prueba piloto “*Las opciones de respuesta están relacionadas con sus experiencias*” en la que sólo un 52.77 % de las enfermeras afirman estar de acuerdo. Este porcentaje no es mayor debido a que el cuestionario evaluado: “*Encuesta sobre el papel del personal de enfermería en la unidad de mama*” (anexo IV) tiene un elevado número de ítems que hacen referencia exclusivamente a las actividades desarrolladas en la unidad de patología mamaria, y nuestro grupo piloto está constituido por personal enfermero con más de 6 meses de experiencia laboral sin distinción de servicio.

A la hora de discutir la utilidad del pretest comparándolo con otros pretests, nos encontramos que, a pesar de que los investigadores experimentados declaran que es indispensable la aplicación del pretest para detectar los posibles problemas

que puedan surgir al entrevistado (233,235,257), los artículos publicados sobre encuestas ofrecen una mínima información sobre los resultados obtenidos tras la aplicación de los métodos pretest. Existe en la historia de la investigación por encuesta una forma clásica de pretest denominado “pretest clásico”. Éste consiste fundamentalmente en llevar a cabo un ensayo de la administración de la encuesta. En este ensayo el entrevistador aplica la encuesta a un cierto cupo de personas y, posteriormente, describen los problemas que los encuestados han tenido con las preguntas (260). Autores como Sheatsley afirman que “*no se necesitan más de 12-25 entrevistas para revelar las mayores dificultades y debilidades que posee el cuestionario en cuanto al pretest*” (261). Basándonos en este autor, puede considerarse que el tamaño poblacional al cual se ha administrado el pretest es adecuado.

No obstante, no existen reglas para la evaluación de los problemas detectados por los encuestados ni para determinar qué problemas deberían ser tratados, por lo que el investigador es quien finalmente decide cómo revisar las preguntas defectuosas (260). Con el paso de los años se han ido desarrollando nuevas formas de pretest desde otras disciplinas. Iraossi en su libro “*The power of Survey Design*” publicó en el año 2006 un listado de preguntas de control útil para el proceso de la prueba piloto (235). Este listado incluye distintos aspectos que un diseñador de encuesta tiene que tener en cuenta a la hora de realizar la prueba piloto. Los ítems del pretest que se han realizado en el presente estudio de investigación han sido obtenidos de este libro, por lo que podemos interpretar que el mismo cubre las necesidades y demandas que la prueba necesita.

Una vez superado el proceso de depuración del cuestionario, tras la prueba de jueces y la prueba piloto y eliminados las cuestiones pertinentes, se obtuvo un cuestionario compuesto por 40 ítems. Los 17 ítems que fueron eliminados se justifican por ser innecesarios, excesivamente largos, ser excesivamente precisos o demasiado personales.

La recogida de datos es “una de las fases más trascendentales en el proceso de investigación científica” (257), por tanto, ha supuesto uno de los ejes principales de la investigación, ya que de ella se desprende la información que analizada para la

divulgación de los resultados obtenidos *a posteriori*. La investigación planteada determina a través de las respuestas de 145 profesionales de enfermería de los servicios de patología mamaria de los hospitales españoles, los distintos parámetros relacionados con las funciones de las enfermeras y su implicación en el proceso asistencial, así como la necesidad de una formación especializada para brindar unos cuidados de máxima calidad. Así, a través de los datos obtenidos, se ha podido cuantificar de una manera fiable y objetiva el número de profesionales enfermeros que prestan sus servicios en las unidades de mama españolas y su distribución en el territorio español. Del mismo modo, se ha obtenido información relativa a las tareas desempeñadas en las unidades de mama y el sentimiento de escasez de postgrados en patología mamaria por parte de enfermería.

Con la consecución del diseño y validación del nuevo instrumento de medida se responde al primer objetivo de la tesis. Se puede apuntar que la encuesta definitiva es fiel reflejo del objetivo planteado y tiene una utilidad importante desde el punto de vista de la medición de competencias de enfermeras integrantes de los equipos multidisciplinares de mama. Además, su implementación puede resultar útil a la hora de indagar en el perfil de los profesionales dedicados a esta patología.

Frente a otros instrumentos, mientras no se disponga de otro cuestionario validado, se puede apuntar que el realizado en la presente investigación es adecuado para valorar el papel que desempeña el personal enfermero de las unidades de mama españolas.

5.2 ESTUDIO DE LA DISTRIBUCIÓN DE LAS UNIDADES DE MAMA EN ESPAÑA, POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y POR PROVINCIAS

A la vista de los resultados obtenidos, se evidencia que las unidades de mama se han instaurado en casi todas las Comunidades Autónomas, si bien cada una con sus peculiaridades y características, todas ellas con el fin de tratar a las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama con los mejores medios tanto materiales como humanos.

El envío de la encuesta se ha realizado a un total de 233 hospitales con un porcentaje de respuesta muy satisfactorio que ha alcanzado el 62.23%. Este valor se sitúa muy próximo al alcanzado en el año 2004 por el estudio de Merck (tasa de participación del 69.29%), en el cual se remitió una encuesta a un total de 241 hospitales (114). En aquel momento no se excluyeron del estudio los hospitales con dotación de camas inferior a 150, por lo que quedaban comprendidos en el mismo todos los centros del Catálogo Nacional de Hospitales que, atendiendo a su finalidad asistencial estaban clasificados como hospitales generales (262). Ello explica que el número total de hospitales a los que fue remitida la encuesta sea superior al de la realizada en el presente estudio. Otro dato a destacar es que, en el año 2004, la encuesta fue cumplimentada por los cirujanos que realizaban cirugía de la mama, alcanzado un total de 167 respuestas. En el presente trabajo, son las enfermeras dedicadas a la patología mamaria las responsables de la cumplimentación del mismo y, como cabía esperar, el número de respuestas es menor, ya que a pesar de que su papel va adquiriendo cada vez más importancia, el número de profesionales de enfermería que trabajan en la patología mamaria aún no ha alcanzado los valores establecidos por EUSOMA (92).

Los resultados del análisis sobre número de respuestas recibidas por Comunidades Autónomas reportan que Cataluña destaca con un total de 31 contestaciones, seguida de la Comunidad Valenciana con 22 y la Comunidad de Madrid con 21. Si se comparan estos resultados con los obtenidos en el año 2004, se puede apreciar una gran similitud entre los mismos para Cataluña y la Comunidad

Valenciana con 29 y 23 respuestas respectivamente. En cambio, la Comunidad de Madrid ha sufrido un notable aumento, ya que la cifra en 2004 fue de 13 respuestas. Este incremento puede deberse al aumento del número total de hospitales instalados en la Comunidad de Madrid, el cual ascendía a 70 en el año 2004, mientras que en el 2014 llegó a la cifra de 82 (114). Ambos datos han sido obtenidos del Catálogo Nacional de Hospitales de los años 2003 y 2013 respectivamente (244,262).

En el análisis de los porcentajes de participación destacan las Comunidades de Cantabria, Melilla y Navarra con el 100%. En el año 2004 este número fue atribuible a la Comunidad Valenciana, mientras que Melilla no obtuvo participación alguna al ser excluida junto con Ceuta del estudio. Cabe subrayar a Castilla León, donde la tasa de participación superó el 100%, indicativo de la existencia de 2 enfermeras dedicadas a la patología mamaria en algunos hospitales de dicha Comunidad, cumpliendo de este modo con los requisitos de EUSOMA (92). Las Comunidades de Ceuta y La Rioja no mostraron participación en el 2014, hecho atribuible en ambos casos al deseo expreso de no participación del personal de enfermería del servicio de mama.

La figura 33 muestra un análisis comparativo de los resultados de participación en la encuesta entre los años 2004 y 2014.

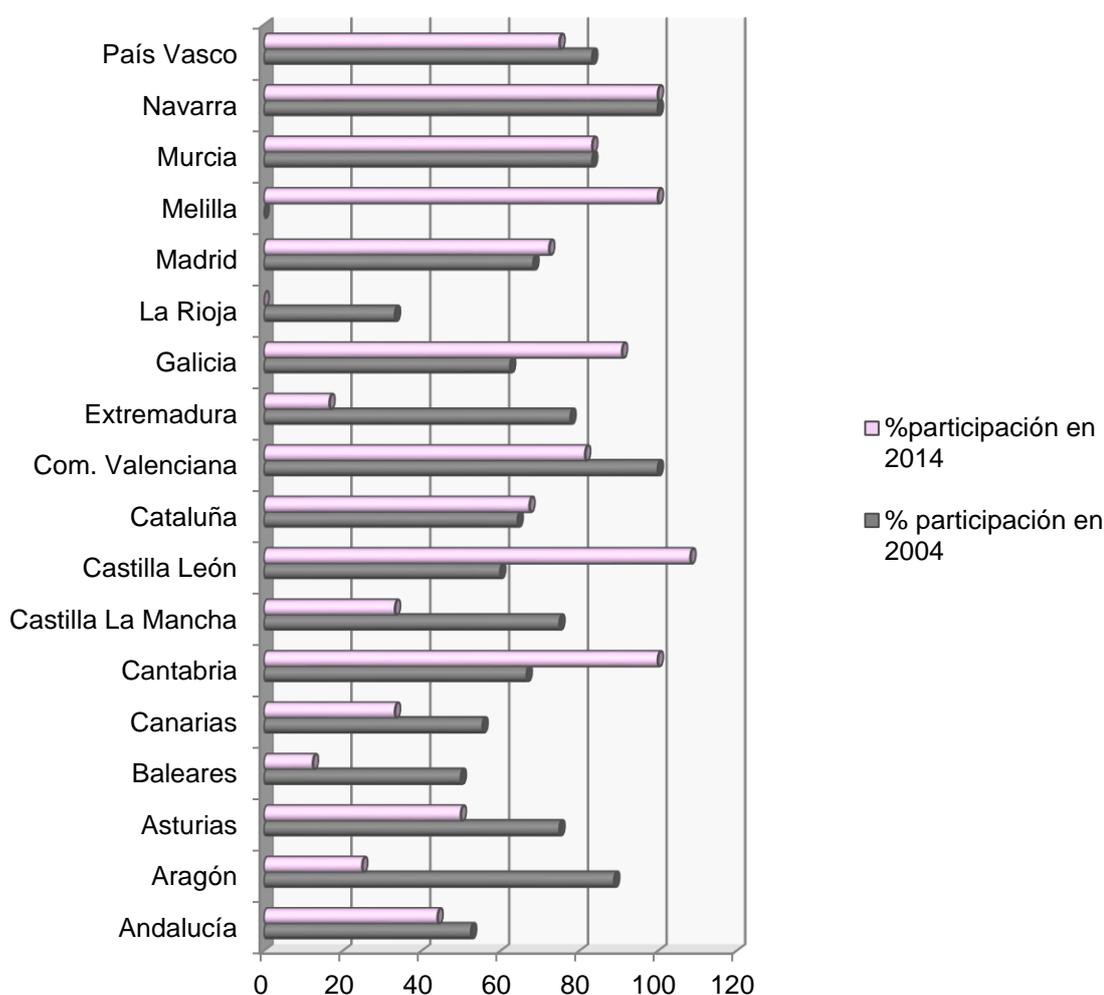


Figura 33. Distribución de la encuesta y participación por Autonomías en 2004 y 2014

Los resultados reportan que la distribución geográfica de las unidades de mama no es homogénea ni sigue un patrón definido. Esto es debido en gran medida al reparto heterogéneo de los centros hospitalarios de nuestro sistema sanitario, los cuales están adaptados a la población y la situación geográfica obteniendo, como es lógico, un mayor número de respuestas en aquellas Comunidades Autónomas donde el número de hospitales y la tasa de población es significativamente mayor. Esta desigual distribución geográfica también se evidencia cuando se analiza la participación por provincias. En dicho análisis aventaja Barcelona con 25 respuestas (17.2%) seguido de Madrid con 21 (14.5%). La cifra de Barcelona es muy similar a la

obtenida en el año 2004, donde se alcanzaron 22 respuestas, correspondientes a un 13.2% (114). Barcelona es la provincia que tiene el mayor número de unidades de mama acreditadas por la SESPM (80), además de ser el lugar donde nació esta sociedad. Este puede apuntar a ser un motivo por el cual la tasa de participación en esta provincia sea la más elevada de España. Otro motivo puede deberse a que los hospitales de Barcelona son en general de tamaño pequeño e intermedio, lo cual puede influir en el tiempo de dedicación de las enfermeras para participar en estudios de investigación. Con respecto a Madrid, en el 2004 también fue la segunda provincia en obtener una elevada tasa de participación con 13 respuestas (7.8%), dato significativamente menor que en nuestro estudio, debido al mayor número de hospitales registrado en el año 2013 en el Catálogo Nacional de Hospitales. En las provincias de Álava, Albacete, La Rioja, Cáceres y Huelva no se obtuvo ninguna participación, ya que en ellas no existía enfermera de unidad de mama.

5.3 DISCUSIÓN SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES QUE DEFINEN A LAS UNIDADES DE MAMA

Mediante los resultados obtenidos en la descripción de las características generales de las unidades de mama se ha permitido evaluar en gran medida el trabajo multidisciplinar. El conocimiento del tipo de gestión, el tratamiento a las pacientes en las consultas dedicadas a patología mamaria, la aplicación de protocolos de actuación o la frecuencia de las sesiones multidisciplinarias del comité de mama han sido piezas clave para conocer la realidad de las unidades de mama y correlacionarlo con el patrón europeo propuesto por EUSOMA.

La primera variable analizada dentro de las características generales fue el reconocimiento de la unidad de mama en el organigrama del hospital. Casi un 90% de las respuestas obtenidas afirmaron que su unidad estaba reconocida. Este aspecto es de gran relevancia para que las unidades existan como tales, ya que las no reconocidas no figuran en la relación del hospital y, por tanto, no pueden desempeñar las actividades propias de las mismas.

Cuando se analizan los resultados según el tamaño del hospital, medido por el número de camas, se advierte que el porcentaje de hospitales de tamaño pequeño con unidades de mama es de tan sólo un 11,72%. Ese porcentaje está en consonancia con los datos arrojados por las publicaciones de EUSOMA, en las cuales revela que una unidad de mama tiene que tener un tamaño mínimo que permita alojar al personal necesario y el equipamiento técnico (82). Es lógico pensar que un hospital de tamaño intermedio o grande puede albergar con mayor facilidad la estructura necesaria para el correcto funcionamiento de éstas, así como la disposición de los distintos especialistas implicados en el proceso asistencial, tal y como lo corroboran los resultados obtenidos (48,28% y 40% para hospitales intermedios y grandes respectivamente).

De acuerdo con las publicaciones realizadas por autores como Tripathy, Cataliotti o Piccart (91,95,263), el tratamiento del cáncer de mama debe ser multidisciplinar, lo cual implica que los cuidados terapéuticos deben seguir un orden coordinado. Para que esto pueda realizarse, es indispensable la figura de un coordinador de la unidad. La SESPM establece que uno de los especialistas que participen en la unidad de mama debe asumir las funciones de coordinador de la misma. EUSOMA habla además de un coordinador cirujano para ello. A la vista de los resultados obtenidos, se aprecia que el cirujano general es en la mayoría de los casos quien cumple este papel, (con casi un 60% de las respuestas) cumpliendo de esta manera con los requisitos de ambas sociedades.

Cuando se preguntó a los encuestados sobre la gestión de la unidad de mama, pudo observarse que, en más de la mitad de los hospitales españoles, éstas se encuentran asignadas al servicio médico de cirugía, y sólo un 7.97% poseen gestión independiente. Este porcentaje está en disonancia con las recomendaciones tanto de EUSOMA como de la SESPM, donde se establece que los centros dedicados a la mama deben ser independientes y no considerarse parte de un servicio de cirugía general. No obstante, si comparamos estos datos con los obtenidos en el año 2004 por Merck (114), podemos apreciar el avance en la gestión del servicio de patología mamaria. Así, diez años atrás, la cifra de hospitales en donde estas unidades se implantaban en los servicios de Cirugía era de 85, mientras que en el 2014 este número se redujo en 12 hospitales. Además, la encuesta no

contemplaba una responsabilidad independiente de gestión de la unidad, por lo que los 11 nuevos casos actuales parecen apuntar a un avance en la trayectoria de las unidades multidisciplinares mamaria para cumplir con los estándares de calidad exigibles a nivel europeo.

La clave del concepto multidisciplinar es la reunión de todo el equipo de profesionales que tratan la patología mamaria. La realización de dichas reuniones según los criterios de EUSOMA debe ser obligatoria en el contrato laboral. Del mismo modo establece que los miembros del comité de mama deben realizar una sesión multidisciplinaria semanal como mínimo para tratar los casos (92). Las 122 respuestas obtenidas tras lanzar la pregunta relativa a la frecuencia de las sesiones del comité avalan esta premisa de EUSOMA, correspondiente a un 93,13%. Este dato corrobora la importancia de estas sesiones tanto para la discusión de los casos como para establecer el plan a seguir en las pacientes intervenidas, consiguiendo así que la unidad funcione adecuadamente.

La obligatoriedad en la asistencia a las sesiones por parte de enfermería es una cuestión que no hemos evaluado. Un objetivo a largo plazo sería que todos los especialistas del equipo multidisciplinar participaran de manera obligatoria en las sesiones semanales para discutir los casos, tal y como establece EUSOMA en sus requisitos (92).

Con el fin de poder volver a consultarse a posteriori si se precisa lo que se trata en las reuniones, se hace necesario la redacción de un acta tras la sesión del equipo. El 86.09 % del personal de enfermería que respondieron a esta pregunta lo aseveraron. Es reseñable el hecho de que, aunque no ha sido estudiado en el presente estudio de investigación, la figura del gestor de datos mantendría la estructura de control de la unidad, ya que es la persona responsable de la recopilación y análisis de los resultados. Además, los datos de cada unidad deberían almacenarse en una base de datos nacional con el fin de obtener una recogida uniforme (136). Se recomienda la base de datos de EUSOMA (92).

Dentro de los “*Requisitos de una unidad de mama especializada*” publicado por EUSOMA (115) puede hallarse el establecimiento de protocolos en la misma para el diagnóstico y tratamiento del cáncer en todos sus estadios. Los protocolos deben

ser consensuados y sus resultados incluidos en una base de datos para su análisis posterior, así como informar de las líneas de diagnóstico, de tratamiento oncológico, de seguimiento de los casos, o medidas terapéuticas frente a recidivas. También deben aparecer en ellos modelos de documentación de consentimiento de pruebas diagnósticas y terapéuticas, líneas de actuación frente a las pacientes tributarias de un tratamiento hormonal sustitutivo, pacientes incluidas como alto riesgo, casos especiales de cáncer o normas para el registro de tumores. En base a esta cuestión, merece una mención especial las 125 respuestas afirmativas (90%) a la pregunta sobre la aplicación de protocolos de actuación escritos para el diagnóstico y tratamiento de la patología mamaria. Las afirmaciones a la pregunta sobre su existencia en los hospitales españoles así lo revelan. No debe sorprendernos este resultado, ya que los protocolos escritos, al igual que las guías de práctica clínica, son documentos de consenso basados en la evidencia (108), por lo que proponen el procedimiento más adecuado para cada situación, reiterando de ese modo la alta calidad asistencial que ofrece la sanidad española.

Tanto la SESPM como EUSOMA insisten en la necesidad de una consulta dedicada sólo a patología mamaria y que esté diferenciada del resto de la patología quirúrgica. Estas demandas se correlacionan con los datos arrojados por el personal de enfermería encuestado, el cual justificó con más de un 86% de las respuestas, que estas consultas externas de mama se encontraban presentes en sus hospitales. Este dato es muy satisfactorio, ya que la consulta externa de mama debe ser la vía de contacto de la paciente con la unidad de mama. El porcentaje de respuestas sobre la existencia de una consulta independiente de enfermería parece arrojar luz acerca de la importancia que este papel ha adquirido en los últimos años, cumpliendo así con los requisitos de EUSOMA de un personal de enfermería específico y adecuadamente formado en las consultas.

5.4 ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO-PROFESIONALES DEL PERSONAL ENFERMERO DE LAS UNIDADES DE MAMA, SUS FUNCIONES Y LA RELACIÓN ENTRE AMBAS

La profesión enfermera es holista en su naturaleza, ya que proporciona cuidados al paciente. Este requisito lo realiza a través del empleo de recursos materiales, pero sin perder de vista nunca el factor humano, es decir los pacientes y sus familias.

Con el doble objetivo de difundir las emociones de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama y favorecer que el entorno ofrezca cuidados apropiados a su necesidad, la Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA) elaboró y publicó un trabajo que se centra en las actitudes y pensamientos que estas mujeres tienen, desde el momento del diagnóstico, hasta la etapa posterior al tratamiento. Las conclusiones ponen en evidencia que el alto nivel asociado con la satisfacción médica convive con un bajo nivel de satisfacción cuando se pregunta a las pacientes por el apoyo emocional recibido (264).

La labor del profesional enfermero de la unidad de mama es mucho más amplia que la meramente asistencial, la cual abarca aspectos diversos extendiéndose hasta sus cuatro funciones básicas: asistencial, docente, investigadora y gestora (265,266). La figura de la enfermera de mama es un elemento básico en las mismas, pues desarrolla numerosos papeles dentro del equipo, tales como la educación sanitaria de la paciente, ayuda al médico, apoyo emocional y psicológico, responsable de la educación sanitaria, realización de curas postoperatorias, gestión de casos, información sobre procedimientos de diagnóstico y tratamiento o colaboración en el tiempo de reducción de la hospitalización. Todas estas funciones han sido clasificadas y analizadas en el presente estudio de investigación y han permitido plasmar de una manera objetiva cuáles de ellas son las más comúnmente realizadas por el personal de enfermería de las unidades de mama españolas, así como el grado de implicación en estas funciones y los diversos parámetros que inciden en el desarrollo de las mismas, pudiendo de esta manera obtener una visión global sobre el papel desempeñado por estos profesionales y su relación con características socio-profesionales. No obstante, debido a las escasas publicaciones existentes en

la literatura acerca de la especificidad del rol de estos profesionales, en muchas de estas funciones no ha sido posible la discusión de los resultados con los obtenidos en estudios previos.

5.4.1 Análisis de las características socio-profesionales del personal de enfermería de las unidades de mama

La enfermería, a día de hoy, continúa siendo una profesión eminentemente femenina. Aunque poco a poco la sociedad se va concienciando que este papel no sólo puede ser desempeñado por mujeres, aún existen reticencias a que un enfermero varón se ocupe de los cuidados mastológicos. Esto queda reflejado en los resultados obtenidos en la encuesta, en la cual se objetivó que más del 96% del personal enfermero eran mujeres.

La experiencia de los profesionales enfermeros que tratan la patología mamaria es una pieza clave para brindar cuidados de alta calidad, ya que el dominio en el tema es fundamental para lograr el perfil profesional adecuado cuando hay que hacerse cargo de un puesto de esta envergadura. Esta experiencia viene dada tanto por la edad como por los años de servicio. Esta afirmación queda patente en las respuestas, en las que se refleja que más de la mitad del personal de enfermería que trabaja en las unidades de mama es mayor de 54 años, así como que casi un 90% tiene más de 10 años de experiencia laboral, lo cual está directamente relacionado con la necesidad de un elevado grado de experiencia para poder trabajar en un área de conocimiento tan específica como es la patología mamaria (tabla 12). La misma afirmación también se evidencia en el ACM cuando se analiza la proyección en el plano factorial de los años de servicio y las funciones desarrolladas. Así, el personal enfermero con más de 10 años de experiencia posee una mayor autonomía en el desempeño de sus tareas (figura 31).

Cuando se analizan los resultados respecto a la variable titulación de acceso, se puede objetivar que la mayoría de los profesionales (66.89%) han cursado estudios de diplomatura, los cuales fueron instituidos en 1977. Por este motivo resulta

fundado que la mayor parte del personal enfermero en edad laboral se corresponda con dicha titulación. Respecto a la titulación ATS, la encuesta ha revelado que representa un porcentaje inferior, con un 33.10%. Este dato no debe sorprendernos, ya que la implantación de dichos estudios fue muy anterior, y se remonta a la década de los años 50, tras la creación de escuelas para la formación de ayudantes técnicos sanitarios, por lo que muchos de ellos han pasado de ser personal activo laboral a personal jubilado.

Los datos obtenidos sobre la edad de los encuestados ponen de manifiesto que más del 50% del personal de enfermería de las unidades de mama son mayores de 54 años, lo cual concuerda con lo anteriormente expuesto. El ACM desvela que, desde una visión global, existe un mayor grado de autonomía de las enfermeras formadas como ATS frente a las diplomadas (figura 28). Este hallazgo se puede explicar por la destreza que proporcionan los años de servicio, adquiriendo una mayor experiencia en el sector y, por tanto, en la adquisición de competencias.

En referencia a los estudios de Grado, destaca el hecho de que ninguno de estos titulados se dedique a la patología mamaria. Este resultado previsible y a la vez satisfactorio, se justifica con la implantación de los estudios de Grado en el 2010 de acuerdo con el marco de Bolonia, por lo que estos enfermeros recién formados carecen de la experiencia necesaria para poder ejercer en un servicio tan específico como es una unidad de mama. Además, la media de edad del personal encuestado es de 51 años, lo cual ratifica la no existencia de dichos estudios en nuestra población.

Resulta interesante el elevado porcentaje de profesionales de enfermería que han pasado por el servicio de Cirugía antes de incorporarse a la unidad de mama. De hecho, de entre todos los servicios, éste es con diferencia en el que más miembros de enfermería de unidad de mama han trabajado, con casi un 90%. Este resultado apunta a que el paso por este servicio es de gran relevancia para la adquisición de competencias teóricas y prácticas sobre la neoplasia de mama, ya que el tratamiento inicial del cáncer de mama es habitualmente responsabilidad, en nuestro SNS, de los cirujanos, y a ellos se les otorga la coordinación del diagnóstico y tratamiento en la mayoría de los hospitales de la red pública (267).

5.4.2 Análisis de las funciones del personal de enfermería y su relación con las características socio-profesionales

Las deducciones de nuestro estudio reportan, tal y como se esperaba, que existen asociaciones significativas entre las variables socio-profesionales con las principales funciones de la enfermera de mama.

Sin lugar a duda, el hallazgo más significativo es la correlación que se ha confirmado entre la relación laboral del personal de enfermería con la unidad de mama y la mayoría de las funciones desempeñadas.

La citación de pacientes, coordinación del proceso asistencial, gestión de casos, educación pre-quirúrgica y punción de los seromas son funciones de las que se responsabilizan fundamentalmente las enfermeras con dedicación exclusiva o preferente en el servicio de mama. Este hecho no debe sorprendernos, ya que el grado de dedicación en el servicio de mama es una pieza clave en el funcionamiento de una unidad, dado que la experiencia en el tratamiento oncológico es un requisito de suma importancia para cumplir con los estándares de calidad de EUSOMA (102). De esta manera, se evidencia la importancia de la práctica diaria para la adquisición de conocimientos en la patología mamaria, y se concluye el beneficio para la paciente al ser tratada por una enfermera con dedicación exclusiva o preferente, aspecto que debe tenerse en consideración a la hora de planificar una unidad de mama. Dicha correlación también se justifica en el ACM, en el cual se refleja una marcada tendencia para las profesionales que trabajan habitual o exclusivamente en la unidad de mama a una mayor autonomía en el desempeño de las funciones. Además, también parece apuntar a que las tareas clínicas son las más ejecutadas por este colectivo. Respecto al personal de enfermería que ejerce de manera ocasional en dicha unidad, los resultados del ACM señalan que sus funciones están posiblemente bajo la supervisión de otro profesional y que ellos no las realizan por lo tanto con autonomía (figura 32).

De todas las funciones estudiadas, el asesoramiento a las pacientes es el papel que desempeñan la inmensa mayoría de los profesionales enfermeros. Esa función ha alcanzado una tasa de respuestas del 90.34%. Este porcentaje está en consonancia con las publicaciones de EUSOMA, donde establece en sus requisitos para una unidad de mama especializada que “*las enfermeras deben orientar y ofrecer consejos prácticos a las pacientes*” (115). Además, este rol es uno de los elementos fundamentales que toda enfermera que desee especializarse en patología mamaria debe saber realizar (102). Este elevado porcentaje puede deberse a las características intrínsecas en la profesión enfermera sobre la capacidad de comprensión y cercanía con el paciente.

El personal de enfermería debe apoyar psicológicamente a la paciente y procurar además que su familia sea capaz de hacerlo también. Estudios como el de Eicher avalan el importante papel de la enfermera de mama en el mantenimiento del bienestar físico y psicosocial de la paciente (268). Además, debe estimularla a que se mire la incisión y poder expresar así sus sentimientos sobre la cirugía (171). Con este asesoramiento se favorece el desarrollo de nuevas habilidades con el fin de mejorar el nivel de salud de las pacientes. EUSOMA establece que las enfermeras formadas en el cuidado de la mama deben proporcionar soporte emocional e informativo en el momento en que se da el diagnóstico y también deben involucrarse en la discusión de los planes de tratamiento con las pacientes. Para asegurar este asesoramiento y apoyo, la enfermera de mama, trabaja en estrecha colaboración con el equipo favoreciendo así la coordinación de la atención y actuando de figura de enlace entre el paciente con los otros profesionales de la salud (168). Se debe enseñar a la paciente qué ejercicios debe saber y qué se intenta con cada uno de ellos. Para ello, el profesional de la unidad de mama planea junto a la paciente un programa específico de rehabilitación formulado junto con los fisioterapeutas (171).

Aunque prácticamente todos los miembros de enfermería de las unidades realizan esta tarea, cuando nos fijamos en la vía de acceso a la titulación resulta llamativo que, a excepción de un encuestado que respondió negativamente, todos los demás enfermeros ATS de las unidades de mama realizan asesoramiento a las pacientes. Los estudios de diplomatura en enfermería comenzaron en España en el

año 1977, por lo que este resultado está directamente relacionado con la edad de los profesionales. Por tanto, se puede argumentar que las enfermeras más veteranas son las que realizan con mayor asiduidad esta función, posiblemente porque llevan más tiempo trabajando en la unidad y, por tanto, poseen un mayor grado de experiencia profesional.

Referente al control y retirada de los drenajes, los resultados de nuestro estudio reportan que esta función es desempeñada por más de un 76% del personal enfermero, siendo por lo tanto una práctica habitual de las enfermeras de las unidades de mama. Este resultado es asimismo consistente con otro estudio publicado en el año 2007, en el que se identificó el control y retirada de los drenajes en las pacientes que se habían sometido a una mastectomía como una de las técnicas más realizadas por el personal de enfermería de mama, con un valor cercano al 70% (178). Sin embargo, y aunque es innegable la amplia realización de esta labor en todo el territorio español, no se ha podido constatar que exista correlación con ninguna de las variables socio-profesionales, por lo que se nos podría plantear la cuestión de considerar este menester como una actividad que, a pesar de ser básica en el ámbito de la senología, también lo es en otras ramas de la medicina y, por tanto, puede realizarlo personal de enfermería que tenga conocimientos generales. No obstante, hay que añadir que EUSOMA sí considera el manejo de los drenajes como un requisito esencial de formación de la *Breast cancer nurse* (102).

El seguimiento postoperatorio de las heridas producidas tras la intervención quirúrgica es la tercera labor que más realiza el personal de enfermería dedicado a la patología mamaria. Más del 75% de los enfermeros avalan esta realidad. Además, se trata de una actividad que está ligada a la antigüedad laboral, siendo competencia principal de las enfermeras con más de 10 años de experiencia profesional. Al no aparecer asociaciones con las variables socioprofesionales relativas a la relación con la unidad de mama, se podría apuntar a que este resultado puede deberse a que las enfermeras con más años de servicio en el ámbito hospitalario han pasado por otras especialidades directamente ligadas a la patología mamaria, como Cirugía o Ginecología, que les han permitido reforzar y aumentar los conocimientos relativos al seguimiento post-operatorio de heridas quirúrgicas.

Dentro de las directrices de formación de la enfermera especialista en cáncer de mama se encuentra la necesidad de conocimientos suficientes para el tratamiento de heridas malignas (102). Este requisito también es una directriz del “*postbasic curriculum*” desarrollado la EONS para servir de guía en la formación especializada en cáncer de mama de los profesionales de enfermería (224). Puesto que todas las heridas pueden infectarse dando lugar a complicaciones en el proceso de cicatrización (179), la enfermería juega un papel muy importante, tanto en la realización de las curas diarias en la consulta de mama, como en la explicación a la paciente de los cuidados que ella misma debe practicar (171). Dentro de los mismos, enfermería enseñará a la paciente a secarse bien la herida tras la ducha, a mantener secos los apósitos o a reconocer si existe alguna anomalía en el aspecto de la herida para que acuda a consulta lo antes posible (164).

Este colectivo profesional también asiste al médico en la consulta tanto en los casos nuevos como en los ya diagnosticados (un 72,41% de las encuestadas así lo manifiestan), cumpliendo de esta manera con los requisitos de EUSOMA, en los que se establece que para tener el título de “*breast cancer nurse*”, el personal enfermero debe contribuir con el médico y discutir los planes más apropiados (102). El desempeño de esta función no parece guardar relación alguna con el tipo de titulación, los años de experiencia, el sexo ni la relación con la unidad de mama del personal de enfermería. Este hecho puede deberse a que la ciencia de la curación comprende el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, dominio reconocido el médico, mientras que la enfermería es quien tiene el arte de proporcionar cuidados. En las consultas médicas, el personal enfermero ejerce su labor atendiendo a las órdenes directas del cirujano que ha intervenido a la paciente y, por lo tanto, no existe autonomía en su gestión. Este puede ser el motivo por el cual esta tarea es desempeñada con independencia de las características socio-profesionales de los mismos. No obstante, sí se observó una ligera tendencia a derivar esta función a los profesionales más longevos, que son quienes más conocimiento y experiencia tienen en el trato con los pacientes.

Más de un 65% de los encuestados declara que dentro de sus competencias se encuentra la educación pre-quirúrgica de las pacientes. Adicionalmente, se evidencia una clara relación entre esta función y la edad de los profesionales, con el

tipo de titulación y con la relación laboral que desempeña el profesional enfermero en la unidad de mama. Así, las enfermeras mayores de 54 años, que han cursado por tanto los estudios de ATS, son las que más realizan esta función. Estas profesionales con una mayor antigüedad profesional son las que se encargan de preparar a las pacientes para la intervención, ayudándolas tanto física como psicológicamente. Como no podría ser de otro modo, existe una relación de dependencia entre la educación de los pacientes y el tipo de titulación con la que accedieron para cursar los estudios. Además, casi la totalidad de los profesionales de enfermería que realizan la educación pre-quirúrgica (más de un 82%) ejercen en la unidad de mama de manera exclusiva o preferente, de lo cual se deduce la importancia de la práctica diaria para ofrecer a las pacientes unos cuidados de acuerdo con sus expectativas. Estos resultados refuerzan la opinión de EUSOMA, la cual establece que para ofrecer una correcta educación prequirúrgica en el ámbito de la senología resulta indispensable que el personal de enfermería tenga amplios conocimientos de la naturaleza del cáncer de mama, de las opciones de tratamiento, implicaciones e impacto, así como una extensa experiencia en el sector (102).

Estudios concluyen que la intervención informativo-educativa realizada antes de la intervención quirúrgica tiene efectos positivos en el afrontamiento de la enfermedad. En cambio, si dicha intervención se realiza una hora antes de la entrada al quirófano, la ansiedad aumenta considerablemente (173,269). Asimismo, la EONS en su “*post-basic curriculum*” considera el consentimiento informado como uno de los fundamentos de enfermería que debe saber aplicar el profesional enfermero para poder llegar a tener una formación especializada de oncología mamaria (224).

La citación de pacientes es otra de las tareas que más desempeñan las enfermeras de las unidades de mama. Cuando se les preguntó por esta función, más de un 62% respondió afirmativamente. Si nos fijamos en la relación que esta variable ha demostrado tener con el tipo de titulación, se observa que existen muy pocas enfermeras ATS que no realizan esta función; en cambio, esta diferencia es poco apreciable en las que han cursado los estudios de diplomatura. Este hallazgo refuerza el concepto de autonomía en la gestión del cuidado por parte de las enfermeras con mayor experiencia, ya que la citación de pacientes es una labor que

se desempeña en las consultas de enfermería de mama, en donde la enfermera trabaja de manera independiente.

De igual modo, la asociación de esta variable con la relación de la enfermera en unidad de mama mostró nuevamente que las enfermeras que ejercen en la misma de forma exclusiva o casi siempre son las que más citan pacientes, ya que, al adquirir amplios conocimientos teóricos y prácticos sobre el cáncer de mama, pueden explicar con detalle todas las dudas que les puedan surgir, bien sea de manera presencial en la consulta o bien por vía telefónica. De igual modo, son las que más conocen a las pacientes, por lo que pueden ajustar los tiempos de espera según cada caso, gestionando bien los tiempos y evitando las demoras.

Más de la mitad del personal enfermero de la unidad de mama se encarga de la coordinación del proceso asistencial. A pesar de que no hemos encontrado ningún punto en las directrices de EUSOMA ni de la SESPM que hablen de esta función, algunos autores destacan que el papel de la enfermera especialista en cáncer de mama es de gran importancia para coordinar dicho proceso y guiar a los pacientes tanto en el tratamiento como en las fases pre y postoperatorias (168). Esta variable ha mostrado una relación directa con dedicación del personal enfermero en la unidad de mama, de modo que, nuevamente esta función es realizada prácticamente en su totalidad por personal que trabaja exclusivamente o casi siempre en este servicio, recalcando una vez más la importancia de los servicios multidisciplinares de mama para poder ofrecer a las pacientes una gestión de los cuidados de alta calidad.

La punción de los seromas es una función que es desempeñada por prácticamente la mitad de las enfermeras que atienden patología mamaria. Los resultados obtenidos tras el análisis multivariante corroboran la necesidad de experiencia en el servicio de patología mamaria para la punción de los seromas que puedan resultar tras una intervención. Así, más del 86% de las enfermeras que lo realizan, trabajan exclusivamente o casi siempre en el mismo. Esta necesidad de experiencia viene avalada por las directrices de formación de EUSOMA, en donde indica que el personal de enfermería debe realizar la punción de los seromas en su práctica clínica para poder considerarse un especialista en cáncer de mama (102). Los datos obtenidos acerca del porcentaje de personal de enfermería que evacúa los

seromas difieren con otro estudio publicado en el año 2007, en el que se identificó la punción de los seromas en las pacientes que se habían sometido a una mastectomía como una de las técnicas más comúnmente realizada por el personal de enfermería de mama, con un valor cercano al 70% (178). Una posible explicación para esta discordancia reside en que la realización de este estudio fue en un hospital de la provincia de Gerona. En Cataluña es donde la encuesta ha mostrado la existencia de un mayor número de unidades de mama y, por tanto, una actitud muy favorable hacia el trabajo interdisciplinario, probablemente relacionado con la pertenencia de muchos de estos facultativos a la SESPM, ya que esta sociedad fue fundada en esta autonomía.

A pesar de que la gestión de casos se perfila como el modelo más adecuado para la atención de pacientes crónicos, y así queda contemplado en la *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS*, publicada por el Ministerio de Sanidad en 2012, la enfermera gestora de casos (también llamada de enlace) es una figura que no está presente en todas las comunidades autónomas. Este dato se puede apreciar en el porcentaje de respuestas afirmativas a la implicación en esta función (46.21%), siendo Andalucía la región que más desarrollado tiene el modelo de gestión de casos, implantado en todo el Sistema Público Andaluz en 2002 (270). EUSOMA establece en sus directrices de formación de enfermera especialista en cáncer de mama que, dentro del sub-rol de la práctica clínica, ésta debe llevar el número de casos de pacientes y darles soporte y consejo tanto a ellas como a sus familias (102). Para realizar esta función se requiere tanto una valoración inicial de la paciente como continuada (siempre integral e individualizada), por lo que resulta obvio para ello, que la enfermera conozca a sus pacientes y realice el seguimiento de cada caso, siendo primordial trabajar en la unidad de mama de manera exclusiva o preferente. Los resultados obtenidos en nuestro estudio avalan este hecho con casi un 90% de las respuestas. Sólo así podrán gestionar las citas médicas, pruebas diagnósticas, seguimiento presencial y telefónico, y continuas revaloraciones del paciente. Estudios como los de Rafaela Camacho apuestan por la introducción de este rol y por una gestión compartida de la demanda asistencial. De hecho, en regiones como Andalucía, Cataluña y País Vasco, pioneras en su desarrollo, ya se va consolidando la figura de la enfermera gestora de casos, consiguiendo así una

mayor responsabilidad profesional, capacidad de gestión y autonomía en el desempeño (271). A día de hoy es una realidad en Andalucía, Canarias, Aragón, Cataluña, Murcia, Valencia y Madrid (272).

Los efectos de los grupos de apoyo sobre la calidad de vida, la adaptación a la enfermedad en términos globales, así como la reducción de los síntomas físicos, están documentados en distintos estudios (205,206,208). Tras el análisis de la participación activa del personal de enfermería en grupos de apoyo a las pacientes, se pone en evidencia la necesidad de una mayor difusión entre el colectivo sobre la importancia de esta misión. Existen unidades de mama en las cuales la enfermera sí participa en grupos de apoyo, pero este porcentaje (29.65%) es significativamente menor al de aquellas cuya participación enfermera es nula (45.52%), incluso nos encontramos con unidades en las que ni siquiera existen grupos de apoyo a pacientes afectas de patología mamaria (24.83%) (figura 24).

Se ha encontrado una marcada asociación entre la edad del profesional enfermero y la participación activa en los mismos, de manera que las enfermeras de mayor edad participan más activamente en los grupos de apoyo. Una explicación a este hallazgo podría ser que los años de servicio proporcionan una mayor concienciación acerca de los beneficios de estos grupos para las pacientes y, por ello, dedican más tiempo a formar parte de ellos. A pesar de que la colaboración en grupos de apoyo no se encuentra reconocida por EUSOMA ni por la SESPM como requisito para ser una enfermera especializada en cáncer de mama, las acciones que realiza enfermería dentro de los mismos sí lo están (motivar, proporcionar enseñanzas a los pacientes y a sus familias o participar en actividades) (102).

La última de las tareas estudiadas es la presencia en el quirófano durante la intervención. Cabe señalar, que la inmensa mayoría de las enfermeras que trabajan en unidad de mama (95.17%) no se encuentran presentes durante la intervención quirúrgica y, como era de esperar, tampoco existe ninguna asociación con el resto de variables. No se hayan en los requisitos de EUSOMA datos que hagan alusión a la presencia en el quirófano de las enfermeras de mama. Los resultados apuntan a que esta función se confía al personal enfermero especialista médico-quirúrgico. Este

colectivo domina la instrumentación y está aleccionado en el trabajo dentro del quirófano, trabajando codo con codo con cirujanos y anestesistas. A los cirujanos les ayuda preparando y facilitándoles todo el material que necesitan durante la intervención, y a los anestesistas comprobando durante el operatorio el estado del paciente y la aparición de posibles reacciones alérgicas, dificultades respiratorias o posibles problemas cardiacos (273-275).

5.5 DISCUSIÓN DEL ROL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE MAMA, REALIDAD SOBRE LA FORMACIÓN DE LOS MISMOS Y OPINIÓN SOBRE LAS NECESIDADES DE UNA ESPECIALIZACIÓN EN PATOLOGÍA MAMARIA

En este último apartado de la discusión se tratan distintos aspectos relacionados sobre la formación de las enfermeras relativa a la patología mamaria y las particularidades que tiene esta disciplina para poder llegar a considerarse una especialidad.

Al igual que la unidad de mama debe contar con cirujanos especialistas en patología mamaria, también debe hacerlo con un personal enfermero adecuadamente formado. Hay que considerar que, tanto en medicina como en enfermería, a lo largo de la carrera universitaria, existe una docencia incompleta en relación con la mama y que no contempla la totalidad de esta especialidad. Es por ello que la formación se encuentra limitada e insuficiente, haciendo necesario una formación adicional de esta área anatómica tan compleja.

Los resultados referentes al modo de obtención de los conocimientos relativos al tratamiento multidisciplinar del cáncer de mama nos han mostrado que la mayoría de las enfermeras los han adquirido de manera autodidacta y asistiendo a jornadas relacionadas con la patología mamaria. A pesar de que casi un 34% de los encuestados afirman haber cursado estudios de postgrado, tan sólo el 16.33 % ha realizado el postgrado de *Especialista Universitario en Senología para Enfermería* (230) que es, actualmente, el único curso de formación continua existente en España

que más puede acercarse a la guía propuesta por la EONS para la formación de enfermería en el tratamiento del cáncer de mama. Este curso de un año de duración, tan sólo se imparte en una universidad en toda España, siendo además de carácter semipresencial, lo cual obliga a las enfermeras que deseen ampliar sus conocimientos a trasladarse desde su lugar de trabajo o residencia a la provincia de Lérida para poder obtener el título. Ello, lógicamente es poco factible por las personas que residan fuera de la provincia de Lérida o alrededores, ya que el desplazamiento a la misma entraña una serie de dificultades relativas a la conciliación tanto laboral como familiar, añadida a los gastos económicos. Este apunta a ser el motivo por el cual no existen más enfermeras que tengan dicha titulación y que, por tanto, hayan obtenido sus conocimientos con el trabajo diario en la propia unidad de mama, aprendiendo del resto de miembros del equipo multidisciplinar, consultando en guías y publicaciones o asistiendo a jornadas relacionadas con el cáncer de mama.

No obstante, cuando se analizan los resultados obtenidos tras la aplicación del ACM a esta variable, se pone de manifiesto que el personal de enfermería que ha realizado el postgrado en senología posee una mayor autonomía en el desempeño de todas las funciones enfermeras de la mama en general, así como un rol más activo (figura 30). Ello demuestra que un especialista más formado ofrece un servicio más eficaz, ya que las decisiones se toman antes y está más capacitado para el desempeño de las tareas que se realizan en las unidades de mama.

En referencia a la opinión de los enfermeros sobre su rol dentro del equipo multidisciplinar, las respuestas fueron muy satisfactorias, ya que prácticamente la totalidad de las enfermeras encuestadas considera que su papel es indispensable como miembro del equipo y, además, la mayoría no consideran que su labor esté infravalorada, por lo que es evidente que el enfermero se siente querido y respetado por los pacientes y los miembros del equipo por igual. Este sentimiento de igualdad del profesional enfermero revela el cambio de filosofía respecto al clásico abordaje vertical de la enfermedad, en donde existían importantes barreras entre médicos y enfermeras e incluso entre los distintos especialistas médicos. Los miembros del equipo multidisciplinar están concienciados de que trabajan en una unidad, que es

necesario un enfoque global desde todas las perspectivas y que este desempeño exige un englobamiento transversal en donde el paciente es el eje fundamental.

Pero sin duda, el resultado más sobresaliente es que todo el personal enfermero de las unidades de mama considera necesario la implantación de más cursos de postgrado para poder adquirir un mayor conocimiento en la patología mamaria. Esto demuestra el interés de los profesionales por la formación, y la necesidad de formalizar seriamente dicha implantación para lograr una mejora en la calidad asistencial.

Junto a este deseo manifiesto de una mayor formación, y anexionado a la diversidad de actividades que desarrolla la enfermera en la unidad de mama, indagamos sobre las particularidades que, en opinión de las enfermeras que ejercen en el servicio de mama, presenta la enfermería de la unidad de mama para poder llegar a considerarse una especialidad.

En la actualidad, vivimos en una sociedad donde el cáncer de mama constituye el segundo tipo de cáncer más común en el mundo y con diferencia el más frecuente entre las mujeres que, cada vez más, son diagnosticadas por este tipo de cáncer, alcanzando una tasa general de supervivencia a 5 años del 89%. Se advierte, además, que tanto prevalencia como mortalidad por neoplasia mamaria va a ir en aumento en los próximos años, ya que, según las predicciones de la OMS, para el 2025 habrá hasta 2.5 millones de nuevos casos, más de 28.000 en España, y hasta 800.000 muertes a nivel mundial, de las cuales casi 7.000 sucederán a nivel nacional (9). Se añade que la mayoría de las mujeres afectadas se encuentran en edad media de la vida, lidiando con una enfermedad que se acompaña de un gran impacto en el ámbito familiar, social, laboral y, por supuesto, personal. Por lo tanto, dadas las demandas de la ciudadanía en el tratamiento del cáncer de mama y con un modelo de sanidad demasiado burocratizado que genera un aumento de las listas de espera, se hace exigible que el personal de enfermería se especialice en esta área de conocimiento para ajustarse a lo que se demanda.

Con estas premisas y tras el análisis del contenido de las opiniones del personal de enfermería de las unidades de mama y de acuerdo con las directrices

propuestas por EUSOMA y desarrolladas por la EONS en su “post-basic curriculum” en las que establece los requisitos teóricos y prácticos que deben definir a una *breast care nurse* (224), consideramos que la Especialidad en Oncología Mamaria debe ser una realidad a corto plazo. Por tanto, le corresponderá al Gobierno como propuesta del Ministerio de Educación y Ciencia y del Ministerio de Sanidad y Consumo, previos informes de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería, la creación de la especialidad de acuerdo con las necesidades sociales y de salud. Asimismo, pensamos que sería necesario una mayor implantación de cursos de Postgrado especializados en patología mamaria.

A modo de reflexión podemos concluir, tal y como expresa la autora Karen Poole (177) que *“Sólo cuando el rol de la enfermera especialista en cáncer de mama está explícitamente definido, puede la investigación empezar a determinar la efectividad de la práctica enfermera en términos de salud para las mujeres”*.

5.6 LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

La presente tesis doctoral muestra una serie de limitaciones que se deben tener en cuenta y que se especifican a continuación.

La primera de las limitaciones hace referencia al estudio de validación. Al tratarse de un estudio transversal o de prevalencia, cuya unidad de análisis es individual, los datos obtenidos son en un momento dado, es decir, sin la realización de un seguimiento. Puesto que el cuestionario que se diseñó ha sido utilizado para un estudio en concreto y en un periodo de tiempo determinado (ya que no se encontraron cuestionarios o escalas validadas que se ajustaran a los objetivos del estudio), no tuvo cabida la valoración de la “fiabilidad”. Ello impide determinar la relación temporal causa- efecto. De igual modo, no procedía la realización de una “validez de criterio”, ya que ésta se establece valorando la correlación entre el instrumento elaborado y una prueba de referencia “Gold estándar”, de la cual no se dispone.

Otra de las limitaciones del estudio radica en que la recogida de la información es por medio de una encuesta auto-cumplimentada, respondida bien por vía postal o bien a través del link (errores de muestreo). Ello conlleva implícita una tasa de no respuesta, también conocida como “sesgo de información” puesto que el encuestado está menos entrenado y motivado que el encuestador. Este valor se correspondió con un 12.71% de no respuesta.

Del mismo modo, podría considerarse como posible limitación del estudio el denominado “sesgo de cortesía”, en el cual el personal enfermero trataría de complacer al entrevistador dándole la respuesta que cree será aprobada (239).

En relación a la temática del estudio, el cáncer de mama, hay que resaltar la magnitud del problema, así como la complejidad del mismo que, aunque lleva a sus espaldas una amplia trayectoria de investigadores, sigue siendo una temática en constante evolución y que por lo tanto no podemos estudiar en su totalidad.

En el apartado de resultados cabe destacar que algunas de las asociaciones contrastadas resultaron no significativas tal vez por la falta de poder estadístico. Sin embargo, este problema no se debe a la calidad de la muestra, sino a las características intrínsecas de la misma.

Este estudio, lejos de tratarse una investigación cerrada, puede ampliarse con el fin de conocer las opiniones de las enfermeras con una mayor profundidad, ya que la complejidad de la fase cualitativa del estudio en sí misma puede llevar a la realización de una nueva investigación. Dentro de esta perspectiva, podría emprenderse un proyecto de realización de un estudio cualitativo por medio de grupos de discusión o entrevistas en profundidad, con el fin de conocer las opiniones del profesional enfermero con más detalle.

Posteriormente a estos grupos de discusión sería interesante realizar un estudio Delphi para priorizar las necesidades identificadas.

Por último, y a modo de reflexión, en el hipotético caso en que se deseara volver a emplear la encuesta diseñada en esta tesis doctoral, se debería reparar en la precaución de considerar a la hora de comparar resultados si en el transcurso del

tiempo ha habido cambios en las técnicas diagnósticas, en la estructura de las unidades de mama, en las principales funciones enfermeras etc.

CONCLUSIONES

6. CONCLUSIONES

1. El instrumento de medida empleado "*Encuesta sobre el papel del personal de enfermería en las unidades de mama*", tras ser sometido a las debidas exigencias de calidad que respalden los resultados que se obtengan, resulta adecuado para recopilar y valorar las características generales de las unidades de mama, así como las características socio-profesionales y de formación del personal de enfermería que prestan sus servicios en las mismas.
2. Las unidades de mama se encuentran ampliamente distribuidas a nivel nacional, aunque de una manera no homogénea ni con un patrón definido. Las comunidades Autónomas de Cataluña, Madrid y Comunidad Valenciana son las que poseen un mayor número de estas unidades.
3. El análisis de las características generales de las unidades de mama permite conocer la organización de las mismas en nuestro país, así como la asistencia sanitaria a las mujeres afectas por cáncer de mama. Se puede de esta manera ratificar que los hospitales que cuentan con estas unidades proporcionan a las pacientes unos cuidados de la más alta calidad, cumpliendo con los criterios que establecen las sociedades de mastología española y europea.
4. El concepto multidisciplinar va adquiriendo cada vez una mayor relevancia entre todo el colectivo que trabaja en las unidades de patología mamaria. Las reuniones semanales del comité de mama para tratar y comentar los casos son la prueba empírica de esta concienciación.
5. Tras analizar las funciones desarrolladas por el personal de enfermería de las unidades de patología mamaria, se constata que la figura de la enfermera es un elemento básico en las unidades de mama, pues desarrolla numerosas tareas dentro del equipo.

6. Los años de antigüedad profesional y la relación laboral con la unidad de mama del personal de enfermería están en consonancia con la mayoría de las tareas que dichos profesionales desempeñan en la unidad, condicionando por tanto la calidad de los cuidados.
7. El apoyo y asesoramiento por parte de los profesionales de enfermería de las unidades de mama, es la tarea más demandada por las pacientes afectas de cáncer de mama y, por tanto, la que más realiza este colectivo.
8. Al analizar las particularidades expresadas por la opinión de las enfermeras de las unidades de mama, se descubre la necesidad de implementar una formación especializada para esta disciplina con el fin de llegar a considerarse una especialidad.
9. La formación en patología mamaria para enfermería se encuentra en un estado inicial de su desarrollo. Dada la relevancia del cáncer de mama, es necesario promover y desarrollar la investigación y la formación especializada en este sector, implantando en España títulos de postgrado para enfermería con el fin de conseguir un mayor beneficio para las pacientes, aplicando unos cuidados de la más alta calidad.
10. Con la especialización enfermera en cáncer de mama se obtendría una mejora en la calidad de los cuidados para las pacientes, entendido como un aumento en la cualificación de los profesionales enfermeros, un descenso en el tiempo de toma de decisiones y un menor uso de exploraciones complementarias, traduciéndose en una actuación sanitaria más rentable en términos de coste- eficiencia.

BIBLIOGRAFÍA

7. BIBLIOGRAFÍA

(1) Ferlay J, Shin H, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer*. 2010;127(12):2893-2917.

(2) Instituto Nacional del Cáncer. Estadísticas del cáncer [Internet]. Bethesda: NIH; 2016 [acceso 1 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>.

(3) American Cancer Society. Breast Cancer Detailed Guide [Internet]. Atlanta: ACS; 2014 [acceso 1 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent>.

(4) Oussama MN Khatib, Atord Modjtabai. Guidelines for the early detection and screening of breast cancer. Ginebra: OMS; 2006. EMRO Technical Publications Series:30.

(5) Hernández AL. Bases genómicas del cáncer: hacia una medicina personalizada del cáncer de mama. Valencia: Real Academia de Medicina de la Comunitat Valenciana; 2014. Anales:15.

(6) Grupo de trabajo sobre Estadísticas del Cáncer de los EEUU. Estadísticas de cáncer en los Estados Unidos. Informe electrónico sobre incidencia y mortalidad 1999-2012 [Internet]. Atlanta: CDC; 2015 [acceso 19 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/uscs>.

(7) Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global Cancer Statistics. *CA Cancer J Clin*. 2011;61(2):69-90.

(8) Breast Cancer Organization. Estadísticas del cáncer de mama en los Estados Unidos [Internet]. Pensilvania: BCO; 2013 [actualizada el 30 de noviembre de 2013; acceso 14 de marzo de 2015]. Disponible en: http://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer_de_mama/estadisticas.

- (9) International Agency for Reserach on Cancer. GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worlwide in 2012 [Internet]. Lyon: CEDEX; 2012 [acceso 3 de abril de 2015]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>.
- (10) Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global Cancer Statistics, 2012. *CA Cancer J Clin*. 2015;65(2):87-108.
- (11) EFE Salud. OMS: La incidencia del cáncer de mama aumenta un 20% desde 2008 [Internet]. Madrid: EFE Salud; 2013 [acceso 21 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.efesalud.com/noticias>.
- (12) United Nations, Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects: The 2015 revision. Methodology of the United Nations population estimates and projections. New York: United Nations; 2015. Working paper No. ESA/P/WP242.
- (13) Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Neyman N, Aminou R, Waldron W, et al. SEER Cancer Stadistics Review, 1975-2013 [Internet]. Bethesda: NIH; 2015 [acceso 3 de abril de 2015]. Disponible en: http://seer.cancer.gov/csr/1975_2013/.
- (14) Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer Statistics, 2015. *CA Cancer J Clin*. 2015;65(1):5-29.
- (15) Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer Statistics, 2016. *CA Cancer J Clin*. 2016;66(1):7-30.
- (16) Tyczynski JE, Plesko I, Aareleid T, Primic-Zakelj M, Dalmas M, Kurtinaitis J, et al. Breast cancer mortality patterns and time trends in 10 new EU member states: mortality declining in young women, but still increasing in the elderly. *Int J Cancer*. 2004;112(6):1056-1064.
- (17) Pollán M, García-Mendizabal MJ, Pérez-Gómez B, Aragonés N, Lope V, Pastor R, et al. Situación epidemiológica del cáncer de mama en España. *Psicooncologia*. 2007;4(2-3):231-248.

- (18) Verdecchia A, Santaquilani M, Sant M. Survival for cancer patients in Europe. *Ann Ist Super Sanita*. 2009;45(3):315-324.
- (19) Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh JWW, Comber H, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer*. 2013;49(6):1374-1403.
- (20) Merck B, Cansado P, Fernández-Frías A, Rodríguez-Lescure Á, Costa D, Lacueva FJ, et al. Aplicación de los criterios de EUSOMA en las unidades funcionales de mama de los países miembros de la Unión Europea. *Cir Esp*. 2005;77(2):65-69.
- (21) EUROCARE (European Cancer Registry) Survival of Cancer Patients in Europe [Internet]. Milano: Istituto Superiore di Sanità; 2016 [acceso 3 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.eurocare.it/>.
- (22) De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, et al. Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EUROCARE-5—a population-based study. *Lancet Oncol*. 2014;15(1):23-34.
- (23) Sant M, Lopez MDC, Agresti R, Pérez MJS, Holleccek B, Bielska-Lasota M, et al. Survival of women with cancers of breast and genital organs in Europe 1999–2007: Results of the EUROCARE-5 study. *Eur J Cancer*. 2015;51(15):2191-2205.
- (24) Sociedad Española de Oncología Médica. Las Cifras del Cáncer en España 2016 [Internet]. Madrid: SEOM; 2016 [acceso 3 de junio de 2016]. Disponible en: http://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/LA_CIFRAS_DEL_CANCER_EN_2016.pdf.
- (25) Asociación Española contra el Cáncer. Situación del cáncer de mama en España 2014 [Internet]. Madrid: AECC; 2014 [actualizada el 22 de octubre de 2016; acceso 14 de noviembre de 2016]. Disponible en: https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Documents/Mama_2014.pdf.
- (26) Álvaro-Meca A, Debón A, Prieto RG, Gil dM. Breast cancer mortality in Spain: Has it really declined for all age groups? *Public Health*. 2012;126(10):891-895.

- (27) Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama. Cada año se diagnostican en la Comunidad Valenciana 26.000 nuevos casos de cáncer de mama [Internet]. Madrid: GEICAM; 2013 [acceso 4 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.geicam.org/es/sala-de-prensa/noticias/2013/115333-cada-ano-se-diagnostican-en-la-comunidad-valenciana-2600-nuevos-casos-de-cancer-de-mama>.
- (28) Sánchez MJ, Payer T, De Angelis R, Larrañaga N, Capocaccia R, Martínez C. Cancer incidence and mortality in Spain: estimates and projections for the period 1981-2012. *Ann Oncol*. 2010;21(3):30-36.
- (29) Asociación Española contra el Cáncer. Factores de riesgo de cáncer de mama. 2011 [Internet]. Madrid: AECC; 2014 [actualizada el 14 de junio de 2011; acceso 3 de febrero de 2015]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CANCERPORLOCALIZACION/CANCER MAMA/PREVENCIÓN/Paginas/factoresderiesgo.aspx>.
- (30) Key TJ, Verkasalo PK, Banks E. Epidemiology of breast cancer. *Lancet Oncol*. 2001;2(3):133-140.
- (31) Red Española de Registros de Cáncer. Estimaciones de la Incidencia y la Supervivencia del Cáncer de España y su situación en Europa. 2014 [Internet]. [Lugar desconocido]: REDECAN; 2014 [acceso 14 de marzo de 2016]. Disponible en: http://redecan.org/es/download_file.cfm?file=257&area=196.
- (32) Adrover Cebrián E. Población de riesgo y beneficio de las maniobras preventivas. ¿Qué sabemos hoy? En: V Simposio Internacional del GEICAM. Madrid: GEICAM; 2005. p. 41-43.
- (33) Córdoba Cardona O, García-Valdecasas Vilanova B, Quintana Ruíz MJ. Anamnesis. Exploración clínica. Factores de riesgo. En: Manual de Práctica Clínica en Senología 2015. 3ª ed. Revisada y ampliada. Valencia: Fundación Española de Senología y Patología Mamaria; 2015. p. 31-36.

- (34) Clavel-Chapelon F and the E3N-EPIC Group. Differential effects of reproductive factors on the risk of pre-and postmenopausal breast cancer. Results from a large cohort of French women. *Br J Cancer*. 2002; 86:723-727.
- (35) Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Menarche, menopause, and breast cancer risk: individual participant meta-analysis, including 118 964 women with breast cancer from 117 epidemiological studies. *Lancet Oncol*. 2012;13(11):1141-1151.
- (36) Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53.297 women with breast cancer and 100.239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet*. 1996; 347(9017):1713-1727.
- (37) Ursin G, Ross RK, Sullivan-Halley J, Hanisch R, Henderson B, Bernstein L. Use of oral contraceptives and risk of breast cancer in young women. *Breast Cancer Res Treat*. 1998;50(2):175-184.
- (38) Ehsanpour S, Nejad FSA, Rajabi FM, Taleghani F. Investigation on the association between breast cancer and consumption patterns of combined oral contraceptive pills in the women of Isfahan in 2011. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2013;18(3):186-190.
- (39) Marchbanks PA, McDonald JA, Wilson HG, Folger SG, Mandel MG, Daling JR, et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *N Engl J Med*. 2002;346(26):2025-2032.
- (40) Work ME, John EM, Andrulis IL, Knight JA, Liao Y, Mulligan AM, et al. Reproductive risk factors and oestrogen/progesterone receptor-negative breast cancer in the Breast Cancer Family Registry. *Br J Cancer*. 2014;110(5):1367-1377.
- (41) Barron TI, Cahir C, Sharp L, Bennett K. A nested case-control study of adjuvant hormonal therapy persistence and compliance, and early breast cancer recurrence in women with stage I-III breast cancer. *Br J Cancer*. 2013;109(6):1513-1521.

- (42) Chlebowski RT, Anderson GL, Gass M, Lane DS, Aragaki AK, Kuller LH, et al. Estrogen plus progestin and breast cancer incidence and mortality in postmenopausal women. *JAMA*. 2010;304(15):1684-1692.
- (43) Organización Mundial de la Salud. Prevención del Cáncer [Internet]. Ginebra: OMS; 2016 [acceso 18 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/prevention/es/>.
- (44) Friedenreich CM. Review of anthropometric factors and breast cancer risk. *Eur J Cancer Prev*. 2001;10(1):15-32.
- (45) van den Brandt P, Spiegelman D, Yaun S, Adami H, Beeson L, Folsom A, et al. Pooled analysis of prospective cohort studies on height, weight, and breast cancer risk. *Am J Epidemiol*. 2000;152(6):514-527.
- (46) Torres-Sánchez L, Galván-Portillo M, Lewis S, Gómez-Dantés H, López-Carrillo L. Dieta y cáncer de mama en Latinoamérica. *Salud Publica Mex*. 2009;51:181-190.
- (47) van Gils CH, Peeters PHM, Bueno-de-Mesquita HB, Boshuizen HC, Lahmann PH, Clavel-Chapelon F, et al. Consumption of Vegetables and Fruits and Risk of Breast Cancer. *JAMA*. 2005;293(2):183-193.
- (48) Smith-Warner SA, Spiegelman D, Yaun S, Adami H, Beeson WL, van den Brandt, Piet A, et al. Intake of fruits and vegetables and risk of breast cancer: a pooled analysis of cohort studies. *JAMA*. 2001;285(6):769-776.
- (49) Thune I, Brenn T, Lund E, Gaard M. Physical activity and the risk of breast cancer. *N Engl J Med*. 1997;336(18):1269-1275.
- (50) Lynch BM, Neilson HK, Friedenreich CM. Physical activity and breast cancer prevention. *Recent Results Cancer Res*. 2011;186:13-42.
- (51) Ezzeldin M.I., Abdelaziz Al-Homaidh. Physical activity and survival after breast cancer diagnosis: meta-analysis of published studies. *Med Oncol*. 2011;28(3):753-765.
- (52) Greene MH. Genetics of breast cancer. *Mayo Clin Proc*. 1997;72:54-65.

- (53) Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58,209 women with breast cancer and 101,986 women without the disease. *Lancet*. 2001;358(9291):1389-1399.
- (54) King MC, Marks JH, Mandell JB. Breast and ovarian cancer risks due to inherited mutations in BRCA1 and BRCA2. *Science*. 2003;302(5645):643-646.
- (55) Fackenthal JD, Olopade OI. Breast cancer risk associated with BRCA1 and BRCA2 in diverse populations. *Nat Rev Cancer*. 2007;7(12):937-948.
- (56) Dupont WD, Page DL. Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease. *N Engl J Med*. 1985;312(3):146-151.
- (57) Marshall LM, Hunter DJ, Connolly JL, Schnitt SJ, Byrne C, London SJ, et al. Risk of breast cancer associated with atypical hyperplasia of lobular and ductal types. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 1997;6(5):297-301.
- (58) Hartmann LC, Sellers TA, Frost MH, Lingle WL, Degnim AC, Ghosh K, et al. Benign Breast Disease and the Risk of Breast Cancer. *N Engl J Med*. 2005;353(3):229-237.
- (59) Goldhirsch A, Ingle JN, Gelber RD, Coates AS, Thurlimann B, Senn HJ, et al. Thresholds for therapies: highlights of the St Gallen International Expert Consensus on the primary therapy of early breast cancer 2009. *Ann Oncol*. 2009;20(8):1319-1329.
- (60) Collins LC, Baer HJ, Tamimi RM, Connolly JL, Colditz GA, Schnitt SJ. Magnitude and laterality of breast cancer risk according to histologic type of atypical hyperplasia. *Cancer*. 2007;109(2):180-187.
- (61) McCormack VA, dos Santos Silva I. Breast density and parenchymal patterns as markers of breast cancer risk: a meta-analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2006;15(6):1159-1169.

- (62) Vachon CM, van Gils CH, Sellers TA, Ghosh K, Pruthi S, Brandt KR, et al. Mammographic density, breast cancer risk and risk prediction. *Breast Cancer Res.* 2007;9(6):217.
- (63) Tice JA, O'Meara ES, Weaver DL, Vachon C, Ballard-Barbash R, Kerlikowske K. Benign breast disease, mammographic breast density, and the risk of breast cancer. *J Natl Cancer Inst.* 2013;105(14):1043-1049.
- (64) Yaghjian L, Colditz GA, Rosner B, Tamimi RM. Mammographic breast density and breast cancer risk: interactions of percent density, absolute dense, and non-dense areas with breast cancer risk factors. *Breast Cancer Res Treat.* 2015;150(1):181-189.
- (65) Boyd NF, Dite GS, Stone J, Gunasekara A, English DR, McCredie MR, et al. Heritability of mammographic density, a risk factor for breast cancer. *N Engl J Med.* 2002;347(12):886-894.
- (66) Red de Programas de Cribado de Cáncer. Programas de cribado de cáncer de mama en España. Resultados 2012 [Internet]. [Lugar desconocido]: Red de Programas de Cribado de Cáncer; 2016 [acceso 18 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.cribadocancer.es/index.php/cancer-de-mama/red-de-programas-de-cribado-espanoles/situacion/867>
- (67) Lillberg K, Verkasalo PK, Kaprio J, Teppo L, Helenius H, Koskenvuo M. Stressful life events and risk of breast cancer in 10,808 women: a cohort study. *Am J Epidemiol.* 2003;157(5):415-423.
- (68) Chen WY, Rosner B, Hankinson SE, Colditz GA, Willett WC. Moderate alcohol consumption during adult life, drinking patterns, and breast cancer risk. *JAMA.* 2011;306(17):1884-1890.
- (69) Johnson KC, Miller AB, Collishaw NE, Palmer JR, Hammond SK, Salmon AG, et al. Active smoking and secondhand smoke increase breast cancer risk: the report of the Canadian Expert Panel on Tobacco Smoke and Breast Cancer Risk (2009). *Tob Control.* 2010; 20(1).

- (70) Figueroa MDS, Santillán Arreygue L, Olvera PC, Morales Sánchez MA, Ramírez Mendiola VL. Frecuencia de factores de riesgo de cáncer de mama. *Ginecol Obstet Mex.* 2008;76(11):667-672.
- (71) Cox DG, Dostal L, Hunter DJ, Le Marchand L, Hoover R, Ziegler RG, et al. N-acetyltransferase 2 polymorphisms, tobacco smoking, and breast cancer risk in the breast and prostate cancer cohort consortium. *Am J Epidemiol.* 2011;174(11):1316-1322.
- (72) Minozzi S, Armaroli P, Espina C, Villain P, Wiseman M, Schüz J, et al. European Code against Cancer 4th Edition: process of reviewing the scientific evidence and revising the recommendations. *Cancer epidemiol.* 2015;39:11-19.
- (73) Gaudet MM, Gapstur SM, Sun J, Diver WR, Hannan LM, Thun MJ. Active smoking and breast cancer risk: original cohort data and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst.* 2013;105(8):515-525.
- (74) Moskowitz CS, Chou JF, Wolden SL, Bernstein JL, Malhotra J, Novetsky Friedman D, et al. Breast cancer after chest radiation therapy for childhood cancer. *J Clin Oncol.* 2014;32(21):2217-2223.
- (75) Russo J, Moral R, Balogh GA, Mailo D, Russo IH. The protective role of pregnancy in breast cancer. *Breast Cancer Res.* 2005;7(3):1.
- (76) Reeves GK, Pirie K, Green J, Bull D, Beral V. Reproductive factors and specific histological types of breast cancer: prospective study and meta-analysis. *Br J Cancer.* 2009;100(3):538-544.
- (77) Maller O, Hansen KC, Lyons TR, Acerbi I, Weaver VM, Prekeris R, et al. Collagen architecture in pregnancy-induced protection from breast cancer. *J Cell Sci.* 2013;126:4108-4110.
- (78) Aguilar Cordero MJ, González Jiménez E, Álvarez Ferre J, Padilla López C, Mur Villar N, García López PA, et al. Lactancia materna: un método eficaz en la prevención del cáncer de mama. *Nutr Hosp.* 2010;25(6):954-958.

- (79) Mousa M. Breastfeeding for the Prevention of Breast Cancer: Evidence Based Practice. Middle East Journal of Family Medicine. 2014;12(4):8-10.
- (80) Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. Unidades de Mama [Internet]. Barcelona: SESPM; 2015 [acceso 18 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.sespm.es/saum/>.
- (81) Basilio Bonet JE, Merck Navarro B, Cansado Martínez P, Calpena Rico R. Estructura y metodología de trabajo de las unidades funcionales de mama. En: Sierra García A, Piñero Madrona A, Illana Moreno J, editor. Cirugía de la mama. Madrid: Aran Ediciones; 2006. p.74-75.
- (82) Wilson ARM, Marotti L, Bianchi S, Biganzoli L, Claassen S, Decker T, et al. The requirements of a specialist Breast Centre. Eur J Cancer. 2013;49(17):3579-3587.
- (83) Fundación Tejerina. Centro de Patología de la Mama [Internet]. Madrid: Fundación Tejerina; 2015 [acceso 25 de abril de 2016]. Disponible en: www.cpm-tejerina.com.
- (84) Haagensen CD. Diseases of the Breast. 2ª ed. ilustrada. Michigan: WB Saunders Company; 1971.
- (85) Hervé Mignotte. Les maladies du sein 2ª ed. Paris: Elsevier Masson; 2011.
- (86) Prats M. Sumar en Senología...mejor para todos. Revista de Senología y Patología Mamaria [Revista en Internet].1999 [acceso 25 de mayo de 2015]; 12(4). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-senologia-patologia-mamaria-131-articulo-sumar-senologia-mejor-todos-13007596>.
- (87) Silverstein MJ, Handel N, Hoffman RS, Waisman JR, Rosser RJ, Gamagami P, et al. The breast center: a multidisciplinary model. In: Paterson, Alexander HG, Less Alan W, editor. Fundamental Problems in Breast Cancer. Boston: Springer;1987. p.47-57.

- (88) The British Association of Surgical Oncology. Guidelines for surgeons in the management of symptomatic breast disease in the UK (1998 revision). BASO Breast Specialty Group. Blamey RW. *Eur J Surg Oncol*. 1998;24(6):464-476.
- (89) The Expert Advisory Group on Cancer to the Chief Medical Officers of England and Wales. A Policy Framework for Commissioning Cancer Services. [Lugar desconocido]: Expert Advisory Group on Cancer to the Chief Medical Officers of England and Wales; 1995.
- (90) Gillis CR, Hole DJ. Survival outcome of care by specialist surgeons in breast cancer: a study of 3786 patients in the west of Scotland. *BMJ*. 1996;312(7024):145-148.
- (91) Cataliotti L, Costa A, Daly P, Fallowfield L, Freilich G, Holmberg L, et al. Florence statement on breast cancer, 1998: forging the way ahead for more research on and better care in breast cancer. *Eur J Cancer*. 1999;35(1):14-15.
- (92) Blamey R, Blichert-Toft M, Cataliotti L, Costa A, Greco M, Holland R, et al. EUSOMA: The requirements of a specialist breast unit. *Eur J Cancer*. 2000;36(18):2288-2293.
- (93) Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Oportunidades. Informe sobre el cáncer de mama en la Unión Europea. Bruselas: Parlamento Europeo; 2003. FINAL: A5-0159/2003.
- (94) Houssami N, Sainsbury R. Breast cancer: multidisciplinary care and clinical outcomes. *Eur J Cancer*. 2006;42(15):2480-2491.
- (95) Tripathy D. Multidisciplinary care for breast cancer: barriers and solutions. *Breast J*. 2003;9(1):60-63.
- (96) Sainsbury R, Haward R, Round C, Rider L, Johnston C. Influence of clinician workload and patterns of treatment on survival from breast cancer. *Lancet*. 1995;345(8960):1265-1270.

- (97) Prats Esteve M. La atención primaria como elemento indispensable en el desarrollo de la senología. *Med Integr.* 2001;38:10.
- (98) Álvarez Benito M, Romero ALS, Torres PR, Oliveros IG, Moruno JR. Unidades multidisciplinarias de mama. *Rev Senol Mamar.* 2012;25(3):116-124.
- (99) Butow P, Harrison JD, Choy ET, Young JM, Spillane A, Evans A. Health professional and consumer views on involving breast cancer patients in the multidisciplinary discussion of their disease and treatment plan. *Cancer.* 2007;110(9):1937-1944.
- (100) Choy E, Chiu A, Butow P, Young J, Spillane A. A pilot study to evaluate the impact of involving breast cancer patients in the multidisciplinary discussion of their disease and treatment plan. *The Breast.* 2007;16(2):178-189.
- (101) O'Higgins N, Linost D, Blichert-Toft M, Cataliotti L, De Wolf C, Rochard F, et al. European guidelines for quality assurance in the surgical management of mammographically detected lesions. *Eur J Surg Oncol.* 1998;24(2):96-98.
- (102) Cataliotti L, De Wolf C, Holland R, Marotti L, Perry N, Redmond K, et al. Guidelines on the standards for the training of specialised health professionals dealing with breast cancer. *Eur J Cancer.* 2007;43(4):660-675.
- (103) Soto G, Reche I, Chacón L, Lloveras B, Moreno A. Mejora del circuito de la información generada por un comité de cáncer de mama. En: XVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Barcelona: Nexus;1998.13:299-302.
- (104) Silliman RA. Crossing the quality chasm in breast cancer care. *J Clin Oncol.* 2004;22(18):3654-3656.
- (105) Ma M, Bell J, Campbell S, Basnett I, Pollock A, Taylor I. Breast cancer management: is volume related to quality? *Br J Cancer.* 1997;75(11):1652-1659.
- (106) Gabel M, Hilton NE, Nathanson SD. Multidisciplinary breast cancer clinics. Do they work? *Cancer.* 1997;79(12):2380-2384.

- (107) Hebert-Croteau N, Brisson J, Latreille J, Rivard M, Abdelaziz N, Martin G. Compliance with consensus recommendations for systemic therapy is associated with improved survival of women with node-negative breast cancer. *J Clin Oncol*. 2004;22(18):3685-3693.
- (108) British Association of Surgical Oncology. Surgical Guidelines for the Management of Breast Cancer. *Eur J Surg Oncol*. 2009;35:1-22.
- (109) National Institute for Health and Care Excellence. Developing NICE guidelines: the manual [Internet]. Manchester: NICE; 2014 [acceso 25 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.baso.org/news/guide-to-the-processes-of-technology-appraisal-2014.aspx>.
- (110) National Comprehensive Cancer Network. Guidelines for Treatment of Breast cáncer [Internet]. Pensilvania: NCCN; 2015 [acceso 2 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp#breast.
- (111) Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Treatment of primary breast cáncer: A national clinical guideline [Internet]. Edimburgo: SIGN; 2013 [acceso 2 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/SIGN134.pdf>.
- (112) National Health and Medical Research Council. Clinical practice guidelines for the management of early breast cancer: Second edition [Internet]. Canberra: NHMRC 2001; [acceso 2 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/cp74.pdf.
- (113) Ministerio de Sanidad y Consumo. La situación del cáncer en España [Internet]. Madrid;2005 [acceso 2 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/gl/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cancer-cardiopatía/CANCER/opsc_est2.pdf.
- (114) Merck B, Ramos-Rincón JM, Cansado P, Ballester JB, Martínez-García F, Ramos-Boyeró M, et al. Adecuación de las unidades de mama españolas a los criterios de EUSOMA. *Cir Esp*. 2005;77(4):221-225.

- (115) Blamey R, Cataliotti L. The requirements of a specialist Breast Unit (revised version of the original EUSOMA position paper published in 2000). In: Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L, editors. European Guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. 4th ed. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2006. p. 343-353.
- (116) Hillner BE, Smith TJ, Desch CE. Hospital and physician volume or specialization and outcomes in cancer treatment: importance in quality of cancer care. *J Clin Oncol*. 2000;18(11):2327-2340.
- (117) Gomes Rodrigues TA, López Ojeda AB, Viñals Viñals JM, Serra Payro JM, Muñoz i Vidal J, Palacin Porté J, et al. Papel del cirujano plástico en una Unidad de Mama: 20 años de experiencia. *Cir Plast Iberolatinoam*. 2013;39(2):137-143.
- (118) de Wolf CJN, Perry NM. European Guidelines for Quality Assurance in Mammographic Screening. 2ªed. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities: Europe Against Cancer; 1996.
- (119) Perry N. Quality assurance in the diagnosis of breast disease. *Eur J Cancer*. 2001;37(2):159-172.
- (120) Pina Insausti L. Diagnóstico por imagen de la mama. *Radiología*. 2010;52(1):1-2.
- (121) Álvarez Benito M, Ortega MG, García MC, Povedano JR, Romero AS. Organización de una Unidad de Radiología de Mama. *Radiología*. 2010;52(1):36-40.
- (122) Apesteguía Ciriza L, Pina Insausti LJ, Ejarque Sanahuja B, Maristany Daunert MT, Sentís Crivillé M. Diagnóstico por la Imagen. En: Fundación Española de Senología y Patología Mamaria, editor. Manual de Práctica Clínica en Senología. 3ª ed. Revisada y ampliada. Barcelona: SESPM; 2015. p. 40-44.
- (123) Pastor-Ausín E, López-Ruiz JA, Ruiz-Delgado M, Fernández-Temprano Z, Aguirre-Olóriz I, Echevarría-Uraga JJ. Breast cancer: the Radiologist's role. *Gac Med Bilbao* 2007;104(3):120-126.

- (124) Tabar L, Gad A, Holmberg L, Ljungquist U, Group KCP, Fagerberg C, et al. Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mammography: randomised trial from the Breast Cancer Screening Working Group of the Swedish National Board of Health and Welfare. *Lancet*. 1985;325(8433):829-832.
- (125) Link JS. History and overview of comprehensive interdisciplinary breast centers. *Surg Oncol Clin N Am*. 2000;9(2):147-157.
- (126) López-Ruiz JA. Técnicas no invasivas de diagnóstico por imagen. En: Lombardia Prieto J, Rodríguez Prieto I, Carrera Gómez VC, editores. *La mama paso a paso: Guía práctica en patología mamaria*. Barcelona: Ergón; 2002. p. 85-94.
- (127) Richards M, Sainsbury R, Kerr D. Inequalities in breast cancer care and outcome. *Br J Cancer*. 1997;76(5):634-638.
- (128) Rivera Pomar JM. Papel del patólogo en el manejo del cáncer de mama. *Gac Med Bilbao*. 2000;97(2):45-55.
- (129) Brucker SY, Bamberg M, Jonat W, Beckmann MW, Kämmerle A, Kreienberg R, et al. Certification of breast centres in Germany: proof of concept for a prototypical example of quality assurance in multidisciplinary cancer care. *BMC Cancer*. 2009;9(1):1.
- (130) Popescu RA, Schafer R, Califano R, Eckert R, Coleman R, Douillard JY, et al. The current and future role of the medical oncologist in the professional care for cancer patients: a position paper by the European Society for Medical Oncology (ESMO). *Ann Oncol*. 2014;25(1):9-15.
- (131) Gomez-Iturriaga A, Moreno-Jimenez M, Martinez-Monge R. Tratamiento radioterápico del cáncer mama: estándares y nuevas tendencias. Irradiación parcial acelerada de la mama. *Rev Med Univ Navarra*. 2008;52(1):25-36.
- (132) Rijken H, Caseldine J, Laird O. Radiographical guidelines. In: Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L, editors. *European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis*. 4th ed. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities 2006; p. 169-179.

- (133) Holland R. Guidelines for training. In: Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L, editors. European Guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. 4th ed. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2006. p. 356-364.
- (134) Rijken H. The future of breast radiography: European perspective. *Breast Cancer Res.* 2008;10(3):26.
- (135) Muñoz Sáez F, Moreno Carrión E, Peinado Barraso MC, Granados Matute AE. Cuidados de enfermería en paciente con cáncer de mama. *Hygia de enfermería.* 2011; 77:13-15.
- (136) Chia SK, Speers CH, Bryce CJ, Hayes MM, Olivotto IA. Ten-year outcomes in a population-based cohort of node-negative, lymphatic, and vascular invasion-negative early breast cancers without adjuvant systemic therapies. *J Clin Oncol.* 2004;22(9):1630-1637.
- (137) Navarro-Brazález B, Sánchez-Sánchez B. El vendaje en el tratamiento fisioterapéutico del linfedema secundario a cancer de mama: una serie de casos. *Fisioterapia.* 2014;36(1):49-53.
- (138) Intriago B, Vidal-Sicart S, Paredes P, Zanón G, Pons F. Propuesta de inclusión de la Medicina Nuclear en los criterios de EUSOMA para las Unidades de mama y conveniencia de su implantación en España. *Rev Esp Med Nucl.* 2006;25(4):280-281.
- (139) Sepúlveda S. Reconstrucción mamaria. *Rev Med Clin Condes.* 2016;27(1):65-75.
- (140) Khouri R, Biggs T. Lipoinjertos de gran volumen en la mama. *Cir Plas Iberolatinoam.* 2013;39(1)15-18.
- (141) Die-Trill M. Tratamiento psicológico grupal para mujeres con cáncer de mama: Una aproximación clínica. *Psicooncología* 2007;4(2-3):405-415.
- (142) Blamey R, Cataliotti L. EUSOMA accreditation of breast units. *Eur J Cancer.* 2006;42(10):1331-1337.

(143) Comisión Europea. Informe de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones: Aplicación de la comunicación de la Comisión, del 24 de junio del 2009 «Acción contra el cáncer»: una asociación europea [COM (2009) 291 final] y segundo informe de aplicación de la Recomendación del Consejo sobre el cribado del cáncer, de 2 de diciembre de 2003 (2003/878/EC). Bruselas: Comisión Europea; 2014. COM (2014):584 FINAL.

(144) Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. Protocolo Nacional de Acreditación de las Unidades de Mama [Internet]. Barcelona: SESPM; 2016 [acceso 2 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.sespm.es/file/doc/119164/119164-22.2010_PROTOCOLO_NACIONAL_ACREDITACION_UNIDADES_MAMA.pdf.

(145) Merck B. Valoración de la implantación de las unidades de mama en la calidad asistencial del tratamieto multidisciplinar del cáncer de mama [Tesis doctoral]. Elche: Universidad Miguel Hernández, Facultad de Medicina; 2006.

(146) Perry NM. Multi-disciplinary aspects of quality assurance in the diagnosis of breast disease. In: Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L, editors. European Guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. 4th ed. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2006. p. 199-217.

(147) Ribeiro J, Cardoso MJ. Highlights from the Tenth European Breast Cancer Conference (EBCC10), Amsterdam, 9–11 March 2016. *Ecancermedalscience* 2016;10:644.

(148) Rainsbury D. Experience in the development and implementation of quality standards in he UK. In: The need for EU Guidelines for multidisciplinary breast-care centres. European Parliament Monday 17 February 2003. Luxembourg: European Parliament; 2003.

(149) Silverstein MJ. The Van Nuys Breast Center: the first free-standing multidisciplinary breast center. *Surg Oncol Clin N Am*. 2000;9(2):159-175.

- (150) Silverstein MJ. Radical mastectomy to radical conservation (extreme oncoplasty): a revolutionary change. *J Am Coll Surg.* 2016;222(1):1-9.
- (151) Nalick Jon. Silver Lining [Internet]. California: USC University of Southern California; 1999 [acceso 22 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.usc.edu/hsc/info/pr/ccr/98winter/silver.html>
- (152) Rabinowitz B. Interdisciplinary breast cancer care: declaring and improving the standard. *Oncology.* 2004;18(10):1263-1268.
- (153) Winchester DP, Kaufman C, Anderson B, El-Tamer M, Kurtzman SH, Masood S, et al. The National Accreditation Program for Breast Centers: quality improvement through interdisciplinary evaluation and management. *Bull Am Coll Surg.* 2008;93(10):13-17.
- (154) Iglesias Martínez E, Basilio Bonet E, Prats Esteve M. Unidades de patología mamaria. Comité multidisciplinario. En: Fundación Española de Senología y Patología Mamaria, editor. *Manual de práctica clínica en senología.* 3ª ed. Revisada y ampliada. Barcelona: SESPM; 2015. p. 24-30.
- (155) Winchester DP. The National Accreditation Program for Breast Centers: quality improvement through standard setting. *Surg Oncol Clin N Am.* 2011;20(3):581-586.
- (156) Poller D, Barth A, Slamon D, Silverstein M, Gierson E, Coburn W, et al. Prognostic classification of breast ductal carcinoma-in-situ. *The lancet.* 1995;345(8958):1154-1157.
- (157) Silverstein MJ, Lagios MD, Craig PH, Waisman JR, Lewinsky BS, Colburn WJ, et al. A prognostic index for ductal carcinoma in situ of the breast. *Cancer.* 1996;77(11):2267-2274.
- (158) Silverstein MJ. Predicting residual disease and local recurrence in patients with ductal carcinoma in situ. *J Natl Cancer Inst.* 1997;89(18):1330-1331.

- (159) Silverstein MJ, Lagios MD, Martino S, Lewinsky BS, Craig PH, Beron PJ, et al. Outcome after invasive local recurrence in patients with ductal carcinoma in situ of the breast. *J Clin Oncol.* 1998;16(4):1367-1373.
- (160) Silverstein MJ, Lagios MD, Groshen S, Waisman JR, Lewinsky BS, Martino S, et al. The influence of margin width on local control of ductal carcinoma in situ of the breast. *N Engl J Med.* 1999;340(19):1455-1461.
- (161) Silverstein MJ, Savalia N, Khan S, Ryan J. Extreme oncoplasty: breast conservation for patients who need mastectomy. *Breast J.* 2015;21(1):52-59.
- (162) Birchmeier E, Barahona K, Vargas M, Acevedo S, Raimilla P. Cuidados de enfermería, apoyo diario a los pacientes oncológicos. *Contacto Científico [Revista online]* 2015 [acceso 2 de enero de 2016];5(6):113-117. Disponible en: <http://contactocientifico.alemana.cl/ojs/index.php/cc/article/view/304>
- (163) Arbona Rovira A, Martínez Lorenzo M, Fierro Garrabés G, Aguinaga Aizcorreta MT. Enfermería Oncológica. Unidad de Mama. Hospital de Día. Investigación Oncológica. En: Fundación Española de Senología y Patología Mamaria, editor. *Manual de Práctica Clínica en Senología.* 2º ed. revisada y ampliada. Barcelona: SESPM; 2012. p. 120-121.
- (164) Torrente A. La consulta de enfermería en la unidad de patología mamaria. *Geysalus.* 2008;11:5-7.
- (165) Tho PC, Ang E. The effectiveness of patient navigation programs for adult cancer patients undergoing treatment: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep.* 2016;14(2):295-321.
- (166) Browall M, Forsberg C, Wengström Y. Assessing patient outcomes and cost effectiveness of nurse-led follow-up for women with breast cancer—have relevant and sensitive evaluation measures been used? *J Clin Nurs.* 2016.
- (167) Mátrai Z, Tóth L, Sávolt A, Peley G, Típusz A, Palla E, et al. Breast care nurse. A new specialist in the multidisciplinary care of breast cancer patients. *Magy Onkol.* 2012;56(3):152-157.

(168) Poelmans J, Verheyden G, Van der Mussele H, Dedene G. Stepwise implementation of a specialist breast nurse position and clinical pathway: impact on patient satisfaction. KU Leuven: Faculty of Economics and Business; 2013. FEB Research Report: KBI_1310.

(169) Martínez M. Plan de cuidados en la cirugía del cáncer de mama [Internet]. Granada: Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 2003 [acceso 15 de febrero de 2016]. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/planes_mama.pdf.

(170) White K, Wilkes L. Describing the role of the breast nurse in Australia. *Eur J Oncol Nurs*. 1998;2(2):89-98.

(171) Abella Jove M, Martínez Aguilera M. Atención a la mujer con cáncer de mama. En: Difusión Avances de Enfermería (DAE), editor. *Enfermería de la mujer*. 2º ed. Madrid: Ediciones DAE (Grupo Paradigma); 2003. p. 389-409.

(172) Riquelme E, Sepúlveda B, Vargas X. Atención de enfermería en las pacientes con cáncer de mama. *Rev Med Clin*. 2006;17(4):244-247.

(173) Font A, Rodríguez E. Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*. 2007;4(2-3):423-446.

(174) Garbay JR, Thoury A, Moinon E, Cavalcanti A, Palma MD, Karsenti G, et al. Axillary Padding without Drainage after Axillary Lymphadenectomy - a Prospective Study of 299 Patients with Early Breast Cancer. *Breast Care*. 2012;7(3):231-235.

(175) Breast Cancer Organization. Mastectomia: qué puedes esperar [Internet]. Pensilvania: BCO; 2012 [actualizada el 17 de septiembre de 2012; acceso 25 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.breastcancer.org/es/tratamiento/cirugia/mastectomia/esperar>.

(176) Taylor J, Rai S, Hoar F, Brown H, Vishwanath L. Breast cancer surgery without suction drainage: the impact of adopting a 'no drains' policy on symptomatic seroma formation rates. *Eur J Surg Oncol*. 2013;39(4):334-338.

- (177) Poole K. The evolving role of the clinical nurse specialist within the comprehensive breast cancer centre. *J Clin Nurs*. 1996;5(6):341-349.
- (178) Romagosa-Albacar C, Garatea-Zubieta A, Inoriza JM. Cuidados de enfermería a la mujer con patología mamaria: organización de una consulta específica. *Enferm Clin*. 2007;17(1):37-40.
- (179) Fernández- Cid A, Mallafré J, Baraibar R, Riu R, Guerra D, Coll A, González-Melón MC. Higiene mamaria. Lactancia. Mastología. En: Fernández- Cid A, editor. *Mastología*. 2º ed. Barcelona: Masson; 2000. p. 77-84.
- (180) Carrillo-Salvador D, Olvera-Gómez JL. Conocimiento del personal de enfermería sobre los cuidados a la mujer postoperada de mastectomía. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2014;22(3):153-158.
- (181) Boman L, Lindgren A, Sandelin K. Women's perceptions of seroma and their drainage following mastectomy and axillary lymph node dissection. *Eur J Oncol Nurs*. 2002;6(4):213-219.
- (182) Pulido M. Enfermera de área de la unidad de oncología mamaria [trabajo fin de máster]. Pamplona: Universidad Pública de Navarra; 2011.
- (183) Unidad de Enfermería Hospital Obispo Polanco. Unidad de enfermería de Oncología y Hospital de día [Internet]. Teruel: Hospital Obispo Polanco; 2014 [acceso el 24 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.opolanco.es/documentos/enfermeria/unidad-de-enfermeria-de-oncologia.pdf>.
- (184) Schafer J, Swisher J. Cancer care coordination with nurse navigators. Illinois: Sg2 Health Care Intelligence; 2006.
- (185) Jacox A. Un problema subestimado en enfermería: la influencia que ejerce sobre la atención al paciente el bienestar económico y social de la enfermera. *Rev Bras Enferm*. 1979;32(1):8-19.

- (186) Pueyo C. Propuesta de creación de una consulta pre-quirúrgica de enfermería para informar a las pacientes que van a ser intervenidas quirúrgicamente de cáncer de mama en el Complejo Hospitalario de Navarra [trabajo fin de máster]. Pamplona: Universidad Pública de Navarra; 2012.
- (187) Cañete R, Guilhem D, Brito K. Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. *Acta bioethica*. 2012;18(1):121-127.
- (188) Silva de Oliveira M, Carvalho Fernandes AF, Mesquita Melo E, Falcão Juvenal Barbosa, Izabel Cristina. Cuidados preoperatorios de mastectomía bajo la óptica de la mujer. *Rev Cubana Enfermer*. 2005;21(2):1-1.
- (189) Johnson M, Maas Meridean L, Bulechek GM, McCloskey Dochterman. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC: diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed (Spanish edition). Barcelona: Elsevier Mosby; 2013.
- (190) Orihuela-Pérez I, Pérez-Espinosa JA, Aranda-Salcedo T, Zafra-Norte J, Jiménez-Ruiz RM, Martínez-García Á, et al. Visita preoperatoria de enfermería: evaluación de la efectividad de la intervención enfermera y percepción del paciente. *Enferm Clin*. 2010;20(6):349-354.
- (191) Vila C, Reñones C, Ferro T, Peñuelas MÁ, del Mar Jiménez M, Rodríguez-Lescure Á, et al. Advanced breast cancer clinical nursing curriculum: review and recommendations. *Clin Transl Oncol*. 2016;1-10.
- (192) Corrales D, Galindo A, Escobar M, Palomo L, Magariño M. El debate sobre la organización, las funciones y la eficiencia de enfermería en atención primaria: a propósito de un estudio cualitativo. *Aten Primaria*. 2000;25(4):214-219.
- (193) Burnet K, Chapman D, Wishart G, Purushotham A. Nurse specialists in breast care: a developing role. *Nurs Stand*. 2004;18(45):38-42.
- (194) Plaza P. Gestión de casos: consulta de enfermería en cáncer de mama. En: *Sesiones Interhospitalarias Madrileñas de Cáncer de Mama 10 de junio de 2014* Majadahonda: Hospital Universitario Puerta de Hierro; 2014.

(195) Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Compendio de Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 3º ed. Barcelona: Elsevier Doyma; 2011.

(196) Grupo de trabajo de la unidad funcional de cirugía de raquis del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Comisión de Procesos Asistenciales [Internet]. Barcelona: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 2015 [acceso el 25 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.santpau.cat/documents/20195/177401/Comision+Procesos+Asistenciales.pdf>.

(197) Navarro Fenol AM. Papel clave de la enfermera gestora de casos en cáncer de mama. En: III Congreso Nacional SEOQ y V Reunión GECOP. Alicante, 3-4 Octubre [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Oncología Quirúrgica; 2015 [acceso el 12 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.seoq.org/docs/files2013/enfermeria/ponencias/NAVPCPE.pdf>

(198) Robert Eley, Cath Rogers-Clark, Christine Knight. Supporting rural women with breast cancer project. Evaluation of the role of the breast care nurse at Toowoomba Base Hospital. 1ª ed. Toowoomba, Qld.: Centre of Rural and Remote Area Health University of Southern Queensland; 2007.

(199) Mariscal Crespo MI, Merino Navarro D, Mena Navarro F, Maciá Soler L, Zabalegui Yarnoz L, Camacho Bejarano R. Academic and professional development of Nursing in Spain: a decade for change. In: Soomro, S. New achievements in technology education and development [Internet]. Rijeka, Croatia: INTECH Open Science; 2010. p. 337-356. 2015 [acceso el 1 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.intechopen.com/books/new-achievements-in-technology-education-and-development/academic-and-professional-development-of-nursing-in-spain-a-decade-for-change>

(200) Warren M. Collaboration in developing a protocol for nurse-led seroma aspiration. Br J Nurs. 2008;17(15):856-960.

- (201) Bland KI, Krontiras H. Cuidados de la herida y complicaciones de la mastectomía. In: Bland KI, Copeland III EM, editors. La mama: manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas. Vol I. 3º ed. Madrid: Panamericana; 2007. p. 997-1006.
- (202) Falcón CS, Pugnaire MAF, Ortega SS. Manejo de los seromas y hematomas en cirugía dermatológica. *Piel*. 2008;23(5):264-267.
- (203) Peinado-Barraso MC, Cabrerizo-Cordero MDR, Granados-Matute AE, Contreras-Fariñas R. Caso clínico: coordinación en los cuidados de una paciente con cáncer de mama. *Enferm Clin*. 2008;18(5):273-277.
- (204) Jurado-Campos J, Anglada-Dilme MT, Canet-Ponsa M, Privat-Marcè ML, Fábrega-Pairó T, Juvinyà-Canal D. Implementación de un modelo integrado de enfermería de enlace: un estudio descriptivo. *Enferm Clin*. 2008;18(5):253-261.
- (205) Classen C, Butler LD, Koopman C, Miller E, DiMiceli S, Giese-Davis J, et al. Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: a randomized clinical intervention trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(5):494-501.
- (206) Compas BE, Luecken L. Psychological adjustment to breast cancer. *Current Directions in Psychological Science*. 2002;11(3):111-114.
- (207) American Society of Clinical Oncology. Grupos de apoyo [Internet]. Virginia: ASCO; 2015. [acceso 1 de agosto de 2016] Disponible en: <http://www.cancer.net/es/asimilación-con-cáncer/grupos-de-apoyo>.
- (208) Delgado P. Emotions and Learning in Support Groups of Female Breast Cancer Patients. In: Proceedings of The Tenth Annual College of Education and Graduate Student Network Research Conference. Miami: Florida International University; 2011. p. 17-23.

(209) Breast Cancer Organization. Grupos de apoyo [Internet]. Pensilvania: BCO; 2012 [actualizada el 17 de septiembre de 2012; acceso 14 de marzo de 2015]. Disponible en: http://www.breastcancer.org/es/tratamiento/medicina_comp/tipos/grupos_apoyo.

(210) Spiegel D, Bloom JR. Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosom Med*. 1983;45(4):333-339.

(211) Ferlic M, Goldman A, Kennedy B. Group counseling in adult patients with advanced cancer. *Cancer*. 1979;43(2):760-766.

(212) Monash Health, Nursing and Midwifery Education and Strategy. Department for the Victorian Department of Health, Nursing & Midwifery Policy. Metastatic Breast Cancer Nurse Practitioner Model of Care [Internet]. Victoria: Monash Health; 2014 [acceso 24 de marzo de 2015]. Disponible en: http://www.health.vic.gov.au/__data/assets/pdf_file/0011/918074/Monash-Health_Metastatic-Breast-Cancer.pdf

(213) Vargas NIT. La enfermera y la visión de seguridad del paciente en el quirófano en aspectos relacionados con la asepsia y la técnica estéril. *Av Enferm*. 2013;31(1):159-169.

(214) Heluy de Castro C, Efigênia de Faria T, Felipe Cabañero R, Castelló Cabo M. Humanización de la atención de enfermería en el quirófano. *Index de Enfermería*. 2004;13(44-45):18-20.

(215) Real Decreto 450/2005, del 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. *Boletín Oficial del Estado*, nº108, (06-05-2005).

(216) Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista. Artículo 3. Especialidades troncales y determinación de troncos. *Boletín Oficial del Estado*, nº 190, (06-08-2014).

(217) Marín CP, Bejarano RC, Domínguez F, Guerrero ETF, López SP. Reflexiones sobre el borrador del programa formativo de la especialidad de Enfermería en Cuidados Médico-Quirúrgicos. *Enferm Clin*. 2013;23(1):1-3.

(218) Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013 por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el Reglamento UE nº 1024/2012 relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior ("Reglamento IMI"). *Diario Oficial de la Unión Europea*, nº 354, (28-12-2013).

(219) Dury C, Hall C, Danan J, Mondoux J, Aguiar Barbieri-Figueiredo M, Costa M, et al. Specialist nurse in Europe: education, regulation and role. *Int Nurs Rev*. 2014;61(4):454-462.

(220) Davies R. The Bologna process: the quiet revolution in nursing higher education. *Nurse Educ Today*. 2008;28(8):935-942.

(221) Begley C, Elliott N, Lalor J, Coyne I, Higgins A, Comiskey CM. Differences between clinical specialist and advanced practitioner clinical practice, leadership, and research roles, responsibilities, and perceived outcomes (the SCAPE study). *J Adv Nurs*. 2013;69(6):1323-1337.

(222) Pulcini J, Jelic M, Gul R, Loke AY. An international survey on advanced practice nursing education, practice, and regulation. *Journal of Nursing Scholarship*. 2010;42(1):31-39.

(223) Internal Market Directorate of the European Commission. Study of specialist nurses in Europe. Bruselas: Comisión Europea; 2000. MARKT/D/8031/2000

(224) Eicher M, Kadmon I, Claassen S, Marquard S, Pennery E, Wengstrom Y, et al. Training breast care nurses throughout Europe: the EONS postbasic curriculum for breast cancer nursing. *Eur J Cancer*. 2012;48(9):1257-1262.

- (225) Voigt B, Grimm A, Lossack M, Klose P, Schneider A, Richter-Ehrenstein C. The breast care nurse: the care specialist in breast centres. *Int Nurs Rev.* 2011;58(4):450-453.
- (226) Robinson S, Griffiths P. Nursing education and regulation: international profiles and perspectives [Internet]. London: King's College; 2007 [acceso 13 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://eprints.soton.ac.uk/348772/1/NurseEduProfiles.pdf>
- (227) UCD School of Nursing Midwifery and Health Systems. Graduate Certificate Breast Care Nursing [Internet]. Dublin: UCD; 2016 [acceso 25 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.nmhs.ucd.ie/study-with-us/graduate-programmes/courses/graduate-certificate-breast-care-nursing>
- (228) Soler MM, Vasallo JM, Yarnoz AZ, Muntané RR, Orrio CN, Crespo MM, et al. Espacio Europeo de Educación Superior. Situación actual. Marco legislativo. *Enfermería Global.* 2006;5(1):1-11.
- (229) Zabalegui A, Cabrera E. New nursing education structure in Spain. *Nurse Educ Today.* 2009;29(5):500-504.
- (230) Universitat de Lleida, Curso de Especialista Universitario en senología para enfermería [Internet]. Lleida: Universitat de Lleida; 2011 [acceso 16 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.cfc.udl.cat/fc/curso.php?codi=706>
- (231) Hospital Universitari de Bellvidge. Curso de Enfermería y Cáncer de Mama: trabajando juntos por la calidad de vida [Internet]. L'Hospitalet de Llobregat: Hospital Universitari de Bellvidge; 2016 [acceso 5 de mayo de 2016]. Disponible en: http://bocentium.com/cancermama2016/wp-content/uploads/2016/02/Programa_Enfermeria_2016_v6.pdf
- (232) García de Yébenes Prous, M. J., Rodríguez Salvanés F, & Carmona Ortells L. Validación de cuestionarios. *Reumatol Clin* 2009;5(4):171-177.
- (233) Escribà V. Diseño de cuestionarios. Valencia: Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública; 1997.

- (234) Dillman DA. The Total Design Method: A new Approach to Mail and Telephone Surveys. In: Wiley-Interscience editor. Mail and Telephone Survey: The total design Method. Ilustrada ed. New York: John Wiley & Sons, Inc; 1978. p. 2-28.
- (235) Iraossi G. The power of Survey Design: A User´s guide for Managing Surveys, Interpreting Results and Influencing Respondents. Ilustrada ed. Washington: World Bank Publications; 2006.
- (236) Streiner DL, Norman GR, Cairney J. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. 5ª ed. New York: Oxford University Press; 1995.
- (237) Martín Arribas MC. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión* 2004;5(17):23-29.
- (238) Sierra Bravo R. Técnicas de investigación social: teoría y ejercicios. 14 ed. Madrid: Paraninfo; 1998.
- (239) Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 6ª ed. New York: McGraw-Hill Education; 2014.
- (240) Rojas Soriano Raúl. Guía para realizar investigaciones sociales. Madrid: Plaza y Valdés; 1995.
- (241) Bradburn N, Sudman S, Wansink B. Asking Questions: The Definitive Guide to Questionnaire Design for Market Research, Political Polls and Social and Health Questionnaires. Revised Edition. San Francisco: Jossey-Bass; 2004.
- (242) Pérez Juste R. Pedagogía experimental: la medida en la educación: curso de adaptación. 4ªed. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia; 1997.
- (243) Silva Ayçaguer LC. Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud: una mirada crítica. Madrid: Díaz de Santos; 1997.

- (244) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Catálogo Nacional de Hospitales 2013. Actualizado a 31 de diciembre de 2012 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014 [acceso 26 de mayo de 2015]. Disponible en: Available at: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/docs/CNH2013.pdf>
- (245) Heinemann K. Técnicas de recopilación de datos. En: Heinemann K editor. Introducción a la metodología de la investigación empírica en las ciencias del deporte. Barcelona: Paidotribo; 2003. p. 89-170.
- (246) Cohen L, Lawrence M. Métodos de investigación educativa. Madrid: La Muralla; 1990.
- (247) Abdellah FG, Levine E. Preparing nursing Research for the 21 st Century: Evolution, Methodologies, Challenges. 2ªed. New York: Springer Pub;1994.
- (248) Cook TD, Reichardt CHS. Hacia una superación del enfrentamiento entre los métodos cualitativos y los cuantitativos. En: Cook TD, Reichardt CHS editors. Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa. 5ª ed. Madrid: Morata; 2005. p. 25-56.
- (249) Strauss AL. Qualitative Analysis for Social Scientists. Ed. ilustrada, reimpressa. New York: Cambridge University Press; 1987.
- (250) Pita Fernández S, Pértegas Díaz S. Investigación cuantitativa y cualitativa. Cad Aten Primaria. 2002;9:76-78.
- (251) Strauss AL, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. 1ªed. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002.
- (252) Dzurec LC, Abraham IL. The nature of inquiry: linking quantitative and qualitative research. ANS. 1993;16(1):73-79.

- (253) González C, Scublinsky D. Acerca de la validación de escalas y cuestionarios. *Rev Arg Reumatol*. 2011;22(2):6-8.
- (254) Carretero-Dios H, Meléndez CP. Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *Int J Clin Health Psychol*. 2005;5(3):521-551.
- (255) Hernández B, Velasco-Mondragón HE. Encuestas transversales. *Salud Pública de México*. 2000;42(5):447-455.
- (256) Leyva Barajas YE. Una reseña sobre la validez de constructo de pruebas referidas a criterio. *Perfiles Educativos*. 2011;33(131):131-154.
- (257) Tejada Fernández J. El proceso de investigación científica. Barcelona: Editorial Fundación Caixa de Pensions; 1997.
- (258) Salech F, Mery V, Larrondo F, Rada G. Estudios que evalúan un test diagnóstico: interpretando sus resultados. *Rev Méd Chile*. 2008;136(9):1203-1208.
- (259) Badia X, Carné X. Evaluation of quality of life in clinical trials. *Med Clin*. 1998;110(14):550-556.
- (260) Presser S, Couper MP, Lessler JT, Martin E, Martin J, Rothgeb JM, et al. Methods for testing and evaluating survey questions. *Public Opin Q*. 2004;68(1):109-130.
- (261) Sheatsley PB. Questionnaire Construction and Item Writing. In: Rossi PH, Wright JD, Anderson AB, editors. *Handbook of Survey Research*. 1ª ed. San Diego: Academic Press; 1983. p. 195-230.
- (262) Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Catálogo Nacional de Hospitales 2003. Actualizado a 31 de diciembre de 2002; Available at: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/aniosAnteriores.htm>

(263) Piccart M, Cataliotti L, Buchanan M, Freilich G, Jassem J. Brussels Statement document. *Eur J Cancer*. 2001;37(11):1335-1337.

(264) Federación Española de Cáncer de Mama. El cáncer de mama: la enfermedad, su vivencia y la calidad de vida de las pacientes [Internet]. Barcelona: Instituto Roche y Fecma; 2016 [acceso 14 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://fecma.vinagrero.es/documentos/cam.pdf>

(265) Gómez J. Cuidar siempre es posible. 2ªed. Barcelona: Plataforma Editorial; 2011.

(266) Cruz-Hernández JJ. Lecciones de oncología clínica. 2ªed. Madrid: Arán Ediciones; 1999.

(267) Sociedad Española de Oncología Médica. Primer Libro Blanco de la Oncología en España: Dossier 2006. Madrid: SEOM; 2007.

(268) Eicher MR, Marquard S, Aebi S. A nurse is a nurse? A systematic review of the effectiveness of specialised nursing in breast cancer. *Eur J Cancer*. 2006;42(18):3117-3126.

(269) Díez-Álvarez E, Arrospide A, Mar J, Alvarez U, Belaustegi A, Lizaur B, et al. Efectividad de una intervención preoperatoria de enfermería sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. *Enferm Clin*. 2012;22(1):18-26.

(270) Romero G. La gestión de casos en enfermería, una gran desconocida [Internet]. Huelva: Organización Colegial de Enfermería; 2016 [acceso 14 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/noticias/item/1939-la-gesti%C3%B3n-de-casos-en-enfermer%C3%ADa-una-gran-desconocida>

(271) Camacho Bejarano R, Rodríguez Gómez S, Gómez Salgado J, Lima Serrano M, Padín López S. Calidad, accesibilidad y sostenibilidad: Claves para la Enfermería de Práctica Avanzada en España. *Enferm Clin*. 2015;25(5):221-222.

(272) Fraile Bravo M. Enfermeras gestoras de casos; ¿Esa gran desconocida? Revista científica de la SEDENE. 2015;42(1):1-3.

(273) Holloway Nancy M. Planes de cuidados en enfermería médico-quirúrgica. Barcelona: Doyma; 1990.

(274) Osácar Crespo E, Portas Badosa M. Programa de la especialidad de enfermería médico-quirúrgica. Navarra: Clínica Universidad de Navarra; 2003.

(275) Swearingen PL. Manual de enfermería médico-quirúrgica. Intervenciones enfermeras y tratamientos interdisciplinarios. 6ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.

ANEXOS

ANEXO I

Solicitud de estancia en la unidad de mama del Hospital La Ribera



A la atención de Dña. Esther GómezGutiérrez

Directora de Enfermería Hospital La Ribera

Castellón, 21 de junio de 2012

Distinguida Sra.:

Me llamo Carmina Torres García, soy la coordinadora de Enfermería de la Universidad CEU Cardenal Herrera del Centro de Castellón y estoy estudiando el papel del personal de enfermería en la Unidad de Mama.

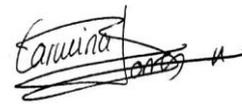
Puesto que el Hospital de La Ribera es pionero en este apasionante tema y siendo conocedora de que poseen los mejores expertos en el mismo, me gustaría solicitarle la concesión de unos días en su hospital para observar cómo trabajan las enfermeras en la Unidad de Mama.

Los días que le solicito son el 3, 4, 5, 6 y 9 de Julio del presente año.

Si usted me concede su permiso, me pondré en contacto con la enfermera responsable de la unidad con el fin de adaptarme a su horario laboral.

Me encuentro a su disposición ante cualquier consulta que quiera realizar sobre mi estudio, y agradeciendo de antemano su inestimable colaboración, quedo a la espera de su contestación.

Reciba un cordial saludo,



Carmina Torres García

Profesora UCH-CEU

ANEXO II

Solicitud de participación en “La Prueba de Jueces”



En Valencia a 14 de Marzo de 2013

Estimado compañero:

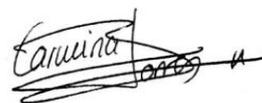
*Me llamo Carmina Torres, soy doctoranda de la Dra. Belén Merck y estoy investigando sobre la **función e importancia del personal de enfermería en las unidades de mama**. Para ello he realizado una encuesta que debo validar previamente, por lo que solicito pues, su inestimable colaboración como experto en la materia valorando las dimensiones de la misma cualitativamente.*

El link de acceso a la encuesta es el siguiente (pulsar control+click botón derecho del ratón para acceso directo).

<http://www.e-encuesta.com/answer?testId=2r71G986kD4=>

Mi más sincero agradecimiento por su tiempo y participación.

Reciba un cordial saludo.



Carmina Torres García

Profesora UCH-CEU

ANEXO III
Prueba Piloto

Instrucciones

Con el fin de evaluar la calidad de comprensión de las preguntas de la encuesta que acaba usted de leer, se le van a realizar una serie de preguntas. Por favor, señale con una "X" la casilla que refleja mejor su opinión. En caso de equivocación redondee la respuesta errónea y vuelva a señalar con una "X" la que estime conveniente:

1. El objetivo de la encuesta es comprensible
 - Totalmente en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo.

2. Se ha sentido a gusto respondiendo a las preguntas.
 - Totalmente en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo.

3. La redacción de la encuesta es clara.
 - Totalmente en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo.

4. El tiempo de dedicación es apropiado.
 - Totalmente en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo.

5. Las opciones de respuesta están relacionadas con sus experiencias.
 - Totalmente en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo.

6. Algunos puntos le han obligado a pensar demasiado antes de responder.
 - Totalmente en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo.

7. Existen puntos que le han producido enojo, molestia o confusión.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo.

8. Si algún punto produce enojo, molestia o confusión indica cuál o cuáles.

9. La encuesta tiene una extensión adecuada.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo.

10. Piensa que en la encuesta se han pasado por alto otros puntos importantes.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo.

11. De ser así, indique qué punto/os añadiría a la encuesta.

Comentarios:

Muchas gracias por su participación.

ANEXO IV

Encuesta sobre el papel del personal de Enfermería en la Unidad de mama

1. DATOS PERSONALES

En primer lugar, se le preguntarán algunas cuestiones de carácter general.

1. Por favor, indique su año de nacimiento:

2. ¿Es usted hombre o mujer? (*)

- Hombre
 Mujer

3. ¿En qué provincia realiza su actividad enfermera?

2. FORMACIÓN EN ENFERMERÍA

A continuación, se le realizarán una serie de preguntas referentes a su formación como profesional de enfermería.

4. ¿Con qué tipo de titulación ha accedido a ser profesional de enfermería? (*)

- ATS
 Diplomatura
 Grado

5. ¿En qué año finalizó sus estudios universitarios? (*)

6. ¿Tiene usted estudios de postgrado? (*)

- Sí
 No

7. En caso afirmativo, detalle el tipo de estudios

8. En referencia a su experiencia laboral, esta es: (*)

- Menor de 2 años
- Entre 2 y 5 años
- Entre 5 y 10 años
- Mayor de 5 años

9. ¿Ha trabajado en diferentes servicios dentro del sistema sanitario? (*)

- Sí, he trabajado en varios servicios
- No, únicamente he trabajado en un servicio

10. Antes de incorporarse a la unidad de mama, ¿en qué servicio/os ha trabajado? (*)

- Urgencias
- Medicina Interna
- Cirugía
- Ginecología
- Pediatría
- UCI
- Atención Primaria
- Otros (por favor especifique)

11. Relación laboral con la unidad de mama. (*)

- Trabajo exclusivamente en la unidad de mama
- Trabajo sobretodo en la unidad de mama
- Trabajo ocasionalmente en la unidad de mama

12. ¿Cómo ha obtenido los conocimientos que posee en referencia al manejo multidisciplinar de la patología mamaria?

- Ha realizado curso de especialista universitario en senología para enfermería de 1 año
- Ha realizado cursos y jornadas relacionadas con la patología mamaria
- Es autodidacta
- Otros (por favor, especifique)

3. LA UNIDAD DE MAMA DE SU HOSPITAL

En la siguiente sección aparecerán algunas cuestiones referentes a la unidad de mama del hospital en el que trabaja.

13. ¿Existe unidad de mama en su hospital? (*)

- Sí
- No
- NS/NC

14. ¿La unidad de mama se encuentra reconocida en el organigrama del hospital? (*)

- Sí
- No
- NS/NC

15. Según el Sistema Nacional de Salud, marque la categoría en la cual se incluye su hospital (*)

- Tamaño pequeño (menos de 200 camas)
- Tamaño intermedio (entre 200 y 499 camas)
- Tamaño grande (más de 500 camas)

16. La unidad de mama de su hospital, ¿es un servicio con gestión independiente o se encuentra adscrita a algún servicio quirúrgico?

- Adscrito a Cirugía
- Adscrito a Ginecología
- Adscrito a ambos
- Es independiente
- NS/NC

17. ¿Dispone de una consulta dedicada sólo a patología mamaria? (*)

- Sí
- No
- NS/NC

18. ¿Existen protocolos escritos para diagnóstico y tratamiento? (*)

- Sí
- No
- NS/NC

19. ¿Se colabora con grupos de apoyo a pacientes, por ejemplo, GEPAC, AMMCOVA?

- Sí
- No
- NS/NC

20. El coordinador de la unidad de mama de su hospital es: (*)

- Cirujano general
- Ginecólogo
- Oncólogo
- Radiólogo
- Patólogo
- NS/NC
- Otro (por favor, especifique)

21. ¿Qué otras especialidades están representadas en la unidad de mama, es decir, qué miembros forman el equipo multidisciplinar? (*)

- Cirujanos especialistas en tratar patología mamaria
- Cirujanos generales
- Ginecólogos
- Oncólogos médicos
- Oncólogos radioterápicos
- Patólogos
- Radiólogos
- Cirujanos plásticos
- Enfermería
- Psicooncólogos
- NS/NC
- Otro (por favor, especifique)

22.

22. ¿Se redacta el acta en las reuniones multidisciplinarias? (*)

- Sí
- No
- NS/NC

23. En caso afirmativo, ¿quién es la figura responsable de redactar el acta que se realiza tras cada reunión del comité?

- Coordinador
- Cirujano general
- Ginecólogo
- Oncólogo médico
- Oncólogo radioterápico
- Patólogo
- Radiólogo
- Enfermeros
- NS/NC

24. ¿Con qué frecuencia se realizan las reuniones multidisciplinarias del comité de mama? (*)

- Semanalmente
- Quincenalmente
- Mensualmente
- No hay comité de mama
- NS/NC

25. ¿Existe una consulta independiente de enfermería en la unidad de mama? (*)

- Sí
- No
- NS/NC

3. FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE MAMA

En el presente apartado se detallan una serie de funciones de enfermería; por favor, conteste a la encuesta indicando cuáles son las que desempeña usted como personal enfermero de la unidad de mama.

26. ¿Asiste al médico en la consulta tanto de casos nuevos como de casos ya diagnosticados? (*)

- Sí
- No

27. ¿Realiza la citación de los pacientes? (*)

- Sí
- No

28. ¿Coordina el proceso asistencial, es decir, el itinerario y conjunto de actuaciones, decisiones y tareas para cada paciente? (*)

- Sí
- No

29. ¿Se ocupa de llevar a cabo la función gestora de casos coordinando a todos los profesionales que atienden al paciente y a sus familiares durante el curso de la enfermedad? (*)

- Sí
- No

30. ¿Se encarga de la educación de pacientes prequirúrgica, es decir, informar a la paciente y a sus familiares a prepararse para la cirugía? (*)

- Sí
- No

31. ¿Está presente durante la intervención quirúrgica en el quirófano? (*)

- Sí
- No

32. ¿Es responsable del seguimiento postoperatorio de las heridas? (*)

- Sí
- No

33. ¿Realiza el control de los drenajes, así como la retirada de los mismos? (*)

- Sí
- No

34. ¿Se encarga de la punción de los seromas? (*)

- Sí
- No

35. ¿Realiza asesoramiento de las pacientes favoreciendo el desarrollo de nuevas habilidades y fomentando actividades físicas con el fin de mejorar su nivel de salud? (*)

- Sí
- No

36. ¿Participa activamente en los grupos de apoyo a pacientes? (*)

- Sí
- No
- No existen grupos de apoyo a pacientes

5. NOS GUSTARÍA CONOCER SU OPINIÓN

Por último, nos gustaría saber qué opina usted en referencia al papel que desempeña el personal enfermero en las unidades de mama en general, así como la posible necesidad de una mayor formación.

37. ¿Le parece que la enfermería de la unidad de mama tiene un papel indispensable para obtener el nivel de excelencia en la asistencia de las pacientes? (*)

- Sí
- No
- NS/NC

38. Existe una oferta limitada de programas de postgrado o másters en patología mamaria para enfermeros/as. ¿Cree que resultaría beneficioso tanto para la paciente como para el profesional de enfermería y la unidad la implantación de éstos? (*)

- Sí, pues se mejoraría la calidad asistencial
- No, pues con los cursos que se dispone es suficiente
- NS/NC

39. ¿Piensa que el papel de la enfermera de la unidad de mama está infravalorado dentro de la unidad? (*)

Sí

No

NS/NC

40. ¿Qué particularidades presenta la enfermería de la unidad de mama para poder llegar a considerarse una especialidad en enfermería?

Muchas gracias por su inestimable colaboración en este estudio

ANEXO V

Carta dirigida a los Jefes del Servicio de unidad de mama



En Castellón, a 15 de enero de 2014

Estimada Doctor/a,

Me llamo Carmina Torres, soy profesora de Fisiología en la Universidad Cardenal Herrera CEU y estoy realizando un trabajo de investigación objeto de mi tesis doctoral en la cual pretendo evaluar el **papel del personal enfermero en la unidad de mama**.

Es por ello que necesito su colaboración, entregando el sobre con la encuesta adjunta que encontrará en el interior al personal enfermero que trabaje en la unidad de mama o en consultas de mama de los servicios de cirugía y/o ginecología para que respondan a la misma.

Las respuestas de las preguntas, así como cualquier información que sea proporcionada será tratada únicamente con fines académicos y estableciendo con ustedes un compromiso de confidencialidad y anonimato.

En caso de haber más de un profesional de enfermería ruego fotocopien el cuestionario y lo cumplimenten todos los enfermeros que sea posible relacionados con la patología mamaria.

En el sobre pre-franqueado está incluida la dirección a la cual hay que remitir la encuesta.

Le agradecería que en el remite del sobre indicaran el nombre de su hospital ya que deseamos saber también la distribución por provincias.

Quedo a su disposición si tiene alguna duda al respecto.

Agradeciendo inmensamente su colaboración, reciba un cordial saludo.

Carmina Torres García

e- mail: carmen.torres@uch.ceu.es

Profesora de la Universidad Cardenal Herrera CEU

ANEXO VI

Consentimiento informado para el personal enfermero participante del estudio



En Castellón, a 15 de enero de 2014

Estimada compañera,

Estoy realizando un trabajo de investigación objeto de mi tesis doctoral en la cual pretendo evaluar el papel del personal enfermero en la unidad de mama.

Es por ello que necesito su colaboración, respondiendo a la encuesta la cual le remito en un sobre pre-franqueado adjunto.

También puede responder a la misma accediendo a través del link que le adjunto a continuación y que puede realizar on line.

Link: <http://www.e-encuesta.com/answer?testId=2r71G986kD4=>

Las respuestas de sus preguntas, así como cualquier información que me proporcione será tratada únicamente con fines académicos y estableciendo con usted un compromiso de confidencialidad y anonimato.

Quedo a su disposición si tiene alguna duda al respecto.

Agradeciendo inmensamente su colaboración, reciba un cordial saludo.

Carmina Torres García

e- mail: carmen.torres@uch.ceu.es

Profesora de la Universidad Cardenal Herrera CEU

ANEXO VII

ANÁLISIS DE CORRESPONDENCIAS MÚLTIPLE

Dimensión	Valor propio	Porcentaje de variabilidad explicada	Porcentaje de variabilidad explicada acumulada
1	0.2401753	22.016066	22.01607
2	0.1944799	17.827327	39.84339
3	0.1048065	9.607261	49.45065
4	0.1009460	9.253385	58.70404
5	0.0931070	8.534812	67.23885
6	0.0829310	7.602010	74.84086
7	0.0676702	6.203102	81.04396
8	0.0632003	5.793363	86.83733
9	0.0531157	4.868938	91.70627
10	0.0407559	3.735956	95.44222
11	0.0295795	2.711458	98.15368
12	0.0201417	1.846321	100.00000

Tabla 19. Valores propios del análisis global de correspondencias múltiple

	Dimensión 1	Dimensión 2
Ayuda médico: No	0.4070693	-0.6075453
Ayuda médico: Sí	-0.1550740	0.2314458
Cita pacientes: No	0.5185291	-0.7322896
Cita pacientes: Sí	-0.3168789	0.4475103
Coordina tareas: No	0.7345661	-0.5095661
Coordina tareas: Sí	-0.6136881	0.4257135
Gestiona casos: No	0.5580715	-0.4471242
Gestiona casos: Sí	-0.6496952	0.5205326
Educa paciente: No	0.5601143	-0.1711880
Educa paciente: Sí	-0.2947970	0.0900990
Presente_cirugía: No	-0.0064498	0.0185512
Presente cirugía: Sí	0.1271524	-0.3657234
Seguimiento postoperatorio: No	0.8399260	1.3010792
Seguimiento postoperatorio: Sí	-0.2672492	-0.4139797
Drenajes: No	0.8063438	1.3481384
Drenajes: Sí	-0.2469882	-0.4129433
Punción: No	0.7140243	0.2217600
Punción: Sí	-0.7239413	-0.2248400
Asesoramiento: No	1.3279144	0.4474772
Asesoramiento: Sí	-0.1419145	-0.0478220
Apoyo: No existen grupos de apoyo	0.1238699	-0.1641912
Apoyo: No	0.4699528	0.1972135
Apoyo: Sí	-0.8250280	-0.1652374

Tabla 20. Coordenadas de las categorías de las variables en el primer plano factorial

	Dimensión 1	Dimensión 2
Ayuda médico: No	1.7302457	4.7597244
Ayuda médico: Sí	0.6591412	1.8132284
Cita pacientes: No	3.8602910	9.5080815
Cita pacientes: Sí	2.3590667	5.8104942
Coordina tareas: No	9.2964402	5.5247104
Coordina tareas: Sí	7.7666462	4.6155808
Gestiona casos: No	6.3414035	5.0270753
Gestiona casos: Sí	7.3825294	5.8524161
Educa paciente: No	4.0948155	0.4723690
Educa paciente: Sí	2.1551661	0.2486153
Presente_cirugía: No	0.0014986	0.0153104
Presente cirugía: Sí	0.0295432	0.3018339
Seguimiento postoperatorio: No	6.4455668	19.1002914
Seguimiento postoperatorio: Sí	2.0508622	6.0773654
Drenajes: No	5.7707264	19.9210562
Drenajes: Sí	1.7676099	6.1019451
Punción: No	9.7153823	1.1573212
Punción: Sí	9.8503182	1.1733951
Asesoramiento: No	6.4443520	0.9037209
Asesoramiento: Sí	0.6887094	0.0965809
Apoyo: No existen grupos de apoyo	0.1441934	0.3128719
Apoyo: No	3.8050777	0.8275262
Apoyo: Sí	7.6404143	0.3784860

Tabla 21. *Contribución de las categorías de las variables en cada dimensión*

ANEXO VIII

Listado de hospitales participantes

Hospital Universitario Araba (Sede Txagorritxu). Hospital Universitario Araba (Sede Santiago). Hospital Virgen del Perpetuo Socorro de Albacete. Hospital General Universitario de Alicante. Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy. Hospital Clínica Benidorm. Hospital de Denia. Hospital General de Elche. Hospital del Vinalopò. Hospital General de Elda Virgen de la Salud. Hospital de la Agencia Valenciana de Salud Vega Baja. Hospital Universitario San Juan de Alicante. Hospital de Torrevieja. Hospital de la Marina Baixa. Hospital Torrecárdenas. Complejo Hospitalario de Poniente. Hospital Comarcal la Inmaculada. Hospital Monte Naranco. Centro Médico de Asturias. Hospital Universitario Central de Asturias. Hospital San Agustín. Hospital de Cabueñes. Fundación Hospital de Jove. Hospital Valle del Nalón. Hospital V. Alvarez Buylla. Hospital Provincial de Avila. Hospital Perpetuo Socorro Badajoz. Hospital Don Benito-Villanueva de la Serena. Hospital General de Llerena. Hospital de Mérida. Hospital del Mar Barcelona. Hospital de l'Esperança. Hospital Clinic y Provincial de Barcelona. Hospital Dos de Maig. Clínica del Pilar Sant Jordi. Hospital San Rafael. Hospital de la Santa Creu y Sant Pau. Hospital Universitari Sagrat Cor. Hospital Quirón de Barcelona. Centre Mèdic Delfos, S.A. Hospital Plató. Usp Institut Universitari Dexeus. Centro Médico Teknon, S.L. de Barcelona. Hospital de Barcelona. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Hospital Universitari GermansTrias y Pujol de Badalona. Hospital Comarcal de Sant Bernabé. Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella. Hospital General de Granollers. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospital General de l'Hospitalet. Hospital d'Igualada. Fundació Althaia. Althaia Xarxa Assistencial Universitaria de Manresa. Hospital de Sant Joan de Deu. Hospital de Mataró. Hospital de Mollet. Hospital de Sabadell. Hospital General del Parc Sanitari Sant Joan de Deu. Hospital General de Catalunya. Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi. Hospital Residencia Sant Camil- Consorci Sanitari del Garraf. Fundació Hospital de l'Espirit Sant. Hospital de Terrassa. Hospital Universitari Mútua de Terrassa. Hospital General de Vic. Hospital Residencia Sant Camil. Hospital Universitario de Burgos. Hospital San Pedro de Alcantara. Hospital Virgen del Puerto. Hospital Puerta del Mar. Hospital San Rafael. Hospital de La Línea de la Concepción. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera. Hospital General Santa María del Puerto. Hospital de Especialidades de Puerto Real. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Hospital Sierrallana. Hospital General de Castelló. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Hospital de La Plana. Hospital General de Ciudad Real. Hospital General La Mancha Centro. Hospital Santa Bárbara. Hospital General de Tomelloso. Hospital Universitario de Ceuta. Hospital Reina Sofía Córdoba. Hospital Comarcal Infanta Margarita. Hospital General Virgen de la Luz.

Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Hospital de Figueres. Hospital de Sant Jaume d'Olot. Hospital Santa Caterina. Hospital San Cecilio. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Hospital Comarcal de Baza. Hospital Comarcal Santa Ana de Motril. Hospital Universitario de Guadalajara. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea. Clínica Santa María de la Asunción. Hospital Comarcal Infanta Elena. Hospital Blanca Paloma. Hospital General Juan Ramón Jiménez. Hospital General San Jorge. Hospital de Barbastro. Sanitaria Balear, S.A. (Clínica Rotger). Policlínica Miramar (AMEBA S.A.). Hospital Son Llatzer. Clínica USP Palmaplanas. Hospital Universitari Son Espases. Hospital Can Misses. Fundación Hospital Comarcal d'Inca. Fundación Hospital Manacor. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Hospital Comarcal San Agustín. Hospital Comarcal San Juan de la Cruz. Hospital Universitario A Coruña. Hospital San Rafael. Hospital Arquitecto Marcide. Hospital General Juan Cardona. Hospital Clínico Universitario de Santiago. Hospital San Pedro. Clínica Santa Catalina. Hospital San Roque Las Palmas de Gran Canaria. Clínica Nuestra Señora del Perpetuo Socorro. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Hospital Doctor José Molina Orosa. Hospital San Roque Maspalomas. Hospital de León. Hospital El Bierzo. Hospital San Juan de Dios. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida. Hospital Santa María. Hospital Lucus Augusti. Hospital Ramón y Cajal. Hospital Universitario 12 de Octubre. Hospital Clínico San Carlos. Hospital Universitario Santa Cristina. Hospital Universitario de la Princesa. Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Sanatorio Nuestra Señora del Rosario. Hospital San Rafael. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Hospital Ruber Internacional. Hospital Moncloa. Hospital Universitario La Paz. Hospital Universitario Madrid Sanchinarro. Hospital Universitario Infanta Leonor. Hospital Universitario Príncipe de Asturias Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Hospital Universitario de Montepíncipe. Hospital Universitario del Henares. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Hospital Universitario de Getafe. Hospital Universitario Severo Ochoa. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Hospital Universitario de Móstoles. Hospital Rey Juan Carlos. Hospital Universitario Infanta Cristina. Hospital Quirón Madrid. Hospital Universitario Infanta Sofía. Hospital de Torrejón. Hospital General de Málaga. Hospital Virgen de la Victoria. Hospital F.A.C. Doctor Pascual. Hospital Comarcal de Antequera. Complejo Hospital Costa del Sol. Hospital Comarcal de la Serranía. Hospital Comarcal de la Axarquía. Hospital Comarcal de Melilla. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Hospital General Universitario Reina Sofía. Hospital J.M. Morales Meseguer. Hospital General Universitario Santa Lucía. Hospital Rafael Méndez. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Hospital San Juan de Dios. Clínica Universitaria de Navarra.

Complejo Hospitalario de Navarra. Hospital Reina Sofía. Complejo hospitalario Universitario de Ourense. Complejo Asistencial de Palencia. Hospital Provincial de Pontevedra. Hospital Povisa. Hospital Nosa Señora de Fátima. Hospital Xeral de Vigo. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Nuestra Señora de Candelaria. Clínica La Colina. Hospiten Sur. Hospital General de La Palma. Hospital Bellevue. Hospital Universitario de Canarias (H.U.C.). Hospital General de Segovia. Hospital Virgen del Rocío. Hospital Virgen Macarena. Hospital Nuestra Señora de Valme. Hospital San Juan de Dios de El Aljarafe. Hospital Nisa Sevilla-Aljarafe. Hospital Comarcal de la Merced. Hospital Santa Bárbara. Hospital Universitari Joan XIII de Tarragona. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Hospital Universitari de Sant Joan de Reus. Hospital Verge de la Cinta de Tortosa. Hospital Obispo Polanco de Teruel. Hospital Virgen de la Salud de Toledo. Hospital Nuestra Señora del Prado. Hospital Universitari y Politécnic La Fe. Hospital Universitari Dr. Peset. Hospital Arnau de Vilanova. Hospital Clínico Universitario. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Hospital Casa de la Salud. Clínica Virgen del Consuelo. Hospital 9 de Octubre. Hospital Universitario de La Ribera. Hospital Francesc de Borja de Gandía. Hospital de Manises. Hospital de Sagunto. Hospital LLuis Alcanyís de Xátiva. Hospital Universitario Rio Hortega. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Hospital de Basurto. Clínica IMQ Zorrotzaurre. Hospital Universitario de Cruces. Hospital Galdakao-Usansolo. Hospital Virgen de la Concha. Hospital Maz. Hospital Universitario Miguel Servet. Hospital Royo Villanova. Hospital Nuestra Señora de Gracia. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

