

Rediseño de procesos para la atención integral del cáncer de mama: desde el hospital a toda la comunidad

Romero Castellano C, Pinto Varela JM
Hospital Virgen de La Salud de Toledo. Toledo
e-mail: cromeroc@gmail.com



Cristina Castellano
Romero

Resumen

Objetivos: Desarrollar un proceso asistencial integrado y multidisciplinar para el cribado del cáncer de mama, incrementando la eficiencia de los recursos y logrando una mejora global de la atención a las pacientes.

Métodos: Rediseño en profundidad de todos los procesos y procedimientos previos con creación de nuevos circuitos y modos de accesibilidad de pacientes, definición del Servicio de Radiología como puerta de entrada y con nuevas funcionalidades, y garantía de abordaje multidisciplinar en las actividades que lo requieren.

Resultados: Reducción total de listas de espera, incremento del rendimiento de los equipos y de la productividad del personal y una notable disminución de la ansiedad de las pacientes, acortando los tiempos de incertidumbre.

Cabe destacar el incremento de la proporción de cánceres detectados en estadios precoces (menores de 55 años), junto con una reducción del gasto global asociado al tratamiento de pacientes sintomáticas con quimioterapia.

Discusión: Se demuestra que es posible obtener ahorros y mejorar la calidad de los resultados finales llevando a cabo un replanteamiento integral de los procedimientos, roles y usos anteriores, aprovechando la eficacia y nuevas capacidades de la tecnología disponible. El cambio planteado en la fase inicial se consolida cuando se abandona definitivamente lo obsoleto y se afianza con los resultados mostrados con la evaluación continua.

Los profesionales implicados, además, se retroalimentan positivamente desde el grado de satisfacción percibida en las usuarias.



Palabras clave: Cribado, Cáncer de mama, Detección precoz, Rediseño de procesos.

Process redesign for a comprehensive breast cancer care: from hospital to the whole community

Abstract

Objective: Develop a multidisciplinary and integrated care process on breast cancer screening, increasing resource efficiency and achieving an overall improvement in care for patients.

Methods: Deep redesign for all previous process and procedures creating new circuits and accessibility ways for patients, radiology service definition as a gateway with new functionalities and assurance of multidisciplinary approach in required activities.

Results: Total reduction of waiting lists, increase in equipment performance and staff productivity and a significant decrease in anxiety of patients reducing times of uncertainty.

Note the increase in the proportion of cancers detected in early stages (under 55 years), along with a reduction in overall cost associated with the treatment of symptomatic patients with chemotherapy.

Discussion: It has been demonstrated that it is possible to achieve savings and improve the quality of the final results carrying out a comprehensive reassessment of procedures, roles and previous uses, taking advantage of efficiency and new capabilities of the available technology. The change proposed in the initial phase is consolidated when the obsolete thought is abandoned and secured with the results shown with continuous assessment.

The professionals involved also feed back positively from the perceived degree of satisfaction amongst patients.

Key words: Screening, Breast cancer, Early detection, Process redesign.

Introducción

Ni demasiado tarde porque la muerte es inminente o las complicaciones son excesivas, ni demasiado pronto porque aún no se tiene certeza de que lo detectado evolucione hacia un cáncer de mama: este es un dilema propio de

nuestro sistema sanitario no siempre fácil de resolver.

Se discute si las campañas de cribado son suficientemente eficaces para reducir la mortalidad de la población general. Ahora bien, nuestro sistema sanitario actual está orientado a



mejorar la calidad de vida de todas las personas y no solo a disminuir la mortalidad. Por tanto, desde una perspectiva global, ello incluye responder al dilema inicial, decidiendo qué servicios se dan, en qué momento, a qué población y con qué grado de prioridad en detrimento de otros, para que el sistema sea sostenible con los recursos que recibe.

Estas decisiones se ven influidas por nuevos avances en el conocimiento de la enfermedad y nuevas soluciones tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. Ello ha conducido a un gran incremento en el tipo de servicios ofertado y a una mayor especialización de los profesionales, generando una mayor necesidad de coordinación de actividades multidisciplinares para el buen uso de equipamiento complejo y para disponer de cada profesional especializado en el momento justo.

Este incremento alimenta una mayor demanda de servicios, saturando recursos críticos y, en ocasiones, originando largas demoras. Así se podría llegar a la paradoja de que **“con más no se hace mejor”**, como ocurría en nuestro medio en relación con las acciones preventivas del cáncer de mama, donde detectamos estas principales dificultades:

- Falta de coordinación entre las campañas poblacionales y los dispositivos asistenciales ordinarios que originaba demoras en los circuitos de derivación, generando gran carga de ansiedad en las mujeres.
- Infrutilización de los profesionales expertos y de la alta tecnología existente en la red de hospitales públicos.
- Poca sinergia entre varias disciplinas y especialistas, que actuaban

en prolongados procedimientos secuenciales con poca conexión entre ellos.

- Escasa garantía de continuidad asistencial y marcada variabilidad en la práctica clínica.

Se imponía, pues, ensayar y evaluar a la vez, un nuevo planteamiento. Para ello, **ideamos un nuevo modo de hacer las cosas con nuestros recursos** y adaptado a nuestro medio. Así, planteamos un rediseño de procesos desde su raíz y pautamos algunos indicadores para evaluar lo idóneo de nuestra orientación.

En esta primera etapa mostramos los resultados obtenidos con este nuevo enfoque durante tres años en una zona de influencia de 482 726 habitantes.

La siguiente etapa consistirá en generalizar a los dos millones de habitantes de Castilla-La Mancha los hallazgos apoyados en el grado de evidencia encontrado. Ello comportaría múltiples modificaciones: cambio de roles y asunción de nuevas responsabilidades en algunos profesionales, cambio de asignaciones presupuestarias, mejor uso del equipamiento ya disponible antes de su obsolescencia tecnológica, etc.

Objetivos

Este trabajo está enmarcado en una estrategia y visión global para abordar el cáncer en Castilla-La Mancha, que podría resumirse como “proceso integrado del cáncer de mama”. Lo expresado en este estudio se refiere a la experiencia desarrollada desde el Hospital de Toledo a partir de 2011, con el propósito de converger con otros planteamientos y propuestas de mejora surgidas en otros ámbitos de nuestra comunidad. Nos hemos orientado desde estos objetivos:



Objetivo principal

Lograr que el cáncer de mama sea tratado en los estadios iniciales de nuestra población para mejorar la supervivencia y calidad de vida de las afectadas e incrementar la eficiencia de todos los recursos dedicados a este problema de salud en nuestro sistema sanitario.

Objetivos intermedios

- Facilitar la continuidad asistencial del cáncer de mama, disminuir tiempos muertos y fallos previsibles.
- Abandonar tecnologías y procedimientos obsoletos.
- Modificar el rol previo de los radiólogos expertos como responsables de un proceso asistencial y no solo de un episodio diagnóstico.
- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica
- Inducir a una buena gestión de los recursos aplicando inmediatamente las opciones de mejora detectadas.

Métodos

Entre otros, hemos aplicado los siguientes métodos para alcanzar resultados alineados con los objetivos planteados.

Rediseño de procesos profundo

1. Rediseño de los principales circuitos de pacientes Tercer nivel

La innovación de este proyecto pasa por ordenar las pacientes según sus características, priorizando sus necesidades y permitiéndonos así tener previstos los recursos que necesitan.

Atendiendo a esto se diseñan tres circuitos principales de pacientes (Figura 1):

- **Paciente asintomática entre 45 y 70 años.** Coincide con los criterios definidos en la Campaña Poblacional de cribado organizada por la Consejería de Sanidad. En más del 95% de los casos, estas mujeres, por ser población sana, únicamente requerirán una mamografía de máxima calidad como única prueba validada para la detección precoz de cáncer de mama.
- **Paciente asintomática entre 35 y 45 años y mayores de 70 años** que requieran un seguimiento especial indicado por un especialista debido a antecedentes familiares de cáncer de mama o lesiones histopatológicas de alto riesgo ya confirmadas. Estas requerirán un circuito que incluya la posibilidad de realización de pruebas más complejas que complementan la información aportada por la mamografía.
- **Pacientes con síntomas/signos clínicos** cualquiera que sea su edad. Estas requieren el circuito más complejo, para poder llegar a tener disponible incluso las técnicas intervencionistas (como la biopsia), para caracterizar un probable tumor en una única cita.

2. Incorporación nuevas tecnologías y abandono de las antiguas

El Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama en Castilla-La Mancha realiza una citación personalizada de las mujeres a través de los datos obtenidos del padrón municipal.

En nuestra propuesta de innovación, previamente a la realización de la mamografía se lleva a cabo una **entrevista personalizada** para confirmar los



Figura 1. Nuevo esquema organizativo de la Unidad de Radiología del Hospital Virgen de la Salud. Circuitos de pacientes con el Servicio de Radiodiagnóstico como puerta de entrada y ejecutor del proceso diagnóstico en acto único.



Fuente: Elaboración propia.

datos de filiación y epidemiológicos y descartar mujeres sintomáticas.

Se realiza mamografía bilateral con doble proyección, craneocaudal (CC) y oblicua mediolateral (OML) con periodicidad bienal, **utilizando los mamógrafos de alta tecnología (digital directo y tomosíntesis) que están en la red pública del Hospital Virgen de la Salud, en lugar de los mamógrafos convencionales y digitales indirectos que se venían utilizando en las campañas concertadas. Esto ha supuesto una optimización de los recursos existentes y un incremento en la calidad diagnóstica.**

Otra aportación novedosa fue la utilización del **sistema de almacenamiento**

de imagen o PACS regional, que permite tener almacenadas todas las imágenes tanto del área de Toledo como de toda Castilla-La Mancha. Esto ha mejorado la sensibilidad y especificidad de la lectura. La lectura se realiza al día siguiente de haberse realizado la mamografía con todo el historial e **imágenes previas** de la paciente disponibles **en todos los hospitales de la comunidad autónoma**, por lo que se agiliza mucho el proceso, **aumentando su especificidad.**

Otra de las mejoras de calidad que hemos introducido en nuestra campaña es la **doble lectura consensuada** de las mamografías por radiólogos dedicados en exclusiva y expertos (más de 20 000 estudios al año). Además



contamos con un **sistema CAD** (sistemas de ayuda a la lectura por ordenador) con **licencia para toda la comunidad autónoma**, por lo que la sensibilidad de la detección ha aumentado de manera significativa, **optimizándose la inversión en esta tecnología gracias al elevado número de estudios mamográficos que se realizan en la campaña**.

Con el fin de recoger esta información, se diseñó con la colaboración del Servicio de Informática un **sistema de informes online** que origina un informe predeterminado de manera automática, que se almacena en el RIS con el fin de que esté disponible para consultar por todos los especialistas de la red pública y médicos de Atención Primaria.

Se elaboró una **aplicación informática (UNIDAD DE MAMA) en la intranet hospitalaria**, donde se dispone de dos sistemas de información diferentes según se trate de pacientes de cribado poblacional o sintomáticas. Así, toda la **actividad queda registrada**, incluida la unificación con el sistema de informes de Anatomía Patológica.

Tras la lectura, aquellos casos con alteraciones se citan de nuevo en 24-48 horas, donde se atienden a las mujeres en **acto único** (lo que significa realizar todo lo que la paciente necesita, incluida la biopsia, en una sola cita), con el fin de que no tenga que pedir varios días en el trabajo para resolver el diagnóstico y disminuir su ansiedad.

3. Otra concepción del rol del radiólogo y del área de la imagen. *El radiodiagnóstico como puerta de entrada del proceso asistencial integrado de cáncer de mama*

Uno de los aspectos innovadores de este proceso es la **entrada directamente en Radiodiagnóstico de**

pacientes derivadas de Atención Primaria, con síntomas o signos de sospecha de cáncer de mama. Dichas pacientes, una vez diagnosticadas, son introducidas directamente por el radiólogo responsable en la Unidad de Mama si así lo requieren, o devueltas a Atención Primaria. La presencia de los informes en la historia digitalizada permite que tanto Atención Primaria como Especializada tenga información sobre el proceso diagnóstico realizado.

Este circuito agiliza la atención de pacientes, optimiza la utilización de la consulta de patología mamaria y evita que mujeres que no necesitan cuidado especial permanezcan en las consultas especializadas.

Además, el disponer en la primera cita de un diagnóstico radiopatológico completo va a permitir al especialista **planificar el tratamiento en la primera consulta de las pacientes derivadas**, lo que disminuye la frecuentación de consultas en Especializada.

4. *Modificación de roles profesionales*

Radiodiagnóstico se ha convertido en **eslabón y filtro** entre Atención Primaria, el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama (PDPCM) y las consultas de especialidades por un lado, y la consulta de mama y el resto de equipo multidisciplinar por otro. Además el trabajo en "acto único diagnóstico" por parte de los radiólogos de mama lo hacen **director del proceso diagnóstico y no únicamente responsable de un episodio, tal y como tradicionalmente viene siendo**. Todo esto está permitiendo un diagnóstico más rápido de la paciente y aumentando la rentabilidad diagnóstica, al correlacionar el mismo radiólogo todas las pruebas.



Estamos por tanto, ante un **cambio del rol** hasta ahora asignado al radiólogo, que se convierte en **responsable de la mujer durante el proceso diagnóstico en vez de responsable de una prueba**; el radiólogo como clínico que trabaja con la imagen y dirige un proceso diagnóstico para ser puerta de entrada y filtro catalizador del flujo de pacientes.

5. *Gestión de peticiones y diseño de agendas*

La **gestión de peticiones** pretende clasificar y priorizar las peticiones recibidas. Esta herramienta consiste en la centralización de la citación que se inicia con una **revisión y valoración por parte de radiólogo** de las solicitudes recibidas todos los días para decidir en función de la edad, la clínica y los antecedentes de la mujer la **necesidad o no de realizar la prueba de imagen, el tipo de prueba por la que comenzar (mamografía o ecografía), así como la prioridad de la misma**. Esto permite una mayor eficacia y eficiencia de la cita, teniendo prevista para cada mujer el tiempo que necesita según la complejidad del proceso.

La clasificación y priorización de solicitudes permite citar cada petición en la agenda más adecuada y acelerar los casos de alta sospecha. La clasificación de peticiones que se realiza en la unidad permite diseñar **agendas personalizadas** y programar los huecos en las agendas para el **acto único**.

Relación activa con las mujeres. **Plan de Comunicación**

Para que los circuitos funcionen, es necesario que se acompañen de unas vías de comunicación adecuadas.

La localización del servicio de Radiodiagnóstico, actuando como puente o

filtro entre varios servicios, le obliga a establecer unas vías especiales de comunicación con Atención Primaria, el Programa de Detección Precoz, la consulta específica de mama y resto de equipo multidisciplinar.

1. *Radiodiagnóstico-Atención Primaria y Especializada*

En primer lugar, el médico solicitante debe responsabilizarse de que en la petición se encuentran reflejados todos los datos necesarios para la clasificación y priorización de solicitudes.

Por otra parte, el radiólogo debe emitir un informe que contenga las pruebas realizadas en acto único, los hallazgos radiológicos, los resultados anatomopatológicos (si los hay) y una recomendación sobre el manejo de la paciente.

Si el radiólogo decide su derivación a la Unidad de Mama, esto también debe figurar. En estos casos, es responsabilidad del radiólogo como director del proceso presentar a la paciente al Comité de Mama y asegurar su derivación y cita en esta unidad.

2. *Radiodiagnóstico-Unidades de Detección Precoz*

Radiodiagnóstico será la puerta de entrada para pacientes del PDPCM y, en la gran mayoría de las ocasiones, el único servicio por el que pasen las mujeres. La devolución a las unidades de Detección Precoz de la información generada de las mujeres es esencial para conocer los resultados locales del PDPCM. Dicha información se devuelve a las mujeres por carta en una semana.

En caso de recitación, esta se realiza en 48-72 horas y será el radiólogo el que informará a la paciente del motivo



de la recitación y de los resultados, originando su cita si lo requiere en la Unidad de Patología Mamaria. La completa digitalización y almacenamiento en el PACS, así como la informatización de los informes radiológicos permite una exacta monitorización de la actividad (participación) y de la recitación. Son criterios imprescindibles para medir la calidad de una campaña poblacional.

3. Radiodiagnóstico-consulta de patología mamaria

Radiodiagnóstico debe establecer, en coordinación con la consulta de patología mamaria, ante qué situaciones la paciente será derivada a dicha consulta.

En nuestro centro pasan a una consulta específica de mama tras el estudio en acto único aquellas mujeres en las cuales se ha diagnosticado un carcinoma, pacientes en las que se recomienda una biopsia quirúrgica y aquellos casos que necesiten un seguimiento o tratamiento específico. Dichas pacientes son derivadas desde Radiología tras pasar por el comité de multidisciplinar de mama. Esto permite **una consulta de alta resolución** para estas pacientes, que reciben la información y la actitud terapéutica consensuada en una única cita con el cirujano.

4. Comunicación con las pacientes

La comunicación con las pacientes es esencial en determinadas situaciones, ya que las recitaciones generan ansiedad. Durante la dirección del proceso diagnóstico es importante explicar a la paciente los hallazgos encontrados y la necesidad de realizar más pruebas. Debe aportarse la información necesaria para la firma de consentimientos informados en procedimientos intervencionistas.

Garantía de abordaje multidisciplinar

La creación de un Comité Multidisciplinar de Mama ha posibilitado la creación de un protocolo común de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con cáncer de mama consensuado con la dirección y siguiendo todas las guías clínicas de manejo adecuado. En él participan todos los especialistas que tienen relación con el cáncer de mama y en sus reuniones semanales se debate cada tratamiento de manera personalizada y coordinada lo que garantiza la continuidad asistencial.

Cuando el radiólogo detecta un carcinoma o alguna alteración que requiera la participación de la Unidad de Mama, el radiólogo lo presenta en el Comité de Mama y a la paciente se le comunica ya en una única cita el resultado definitivo, tras el paso por dicho comité, a modo de consulta de alta resolución. **Para este proceso la paciente solo consume una cita en radiología y una en la consulta de especializada de la Unidad de Mama.**

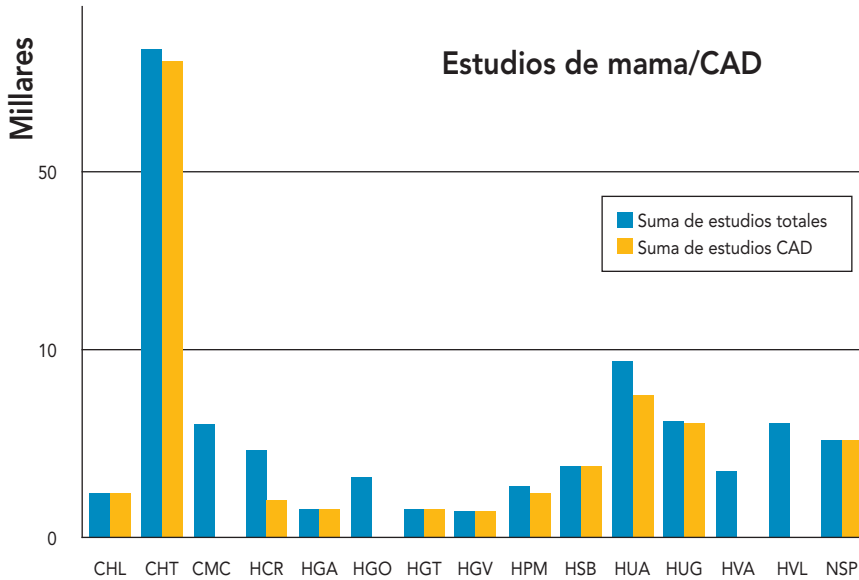
Resultados

En los recursos clave: incremento de su rendimiento

Según fuentes del SESCOAM, como resultado de la integración del cribado poblacional a fecha de octubre de 2013, la actividad de la Unidad de Radiología de la Mama del Complejo Hospitalario de Toledo (CHT) se ha triplicado (46 750 estudios anuales frente a los 14 798 que se realizaron en 2010); además la actividad actual del hospital de Toledo quintuplica la del segundo hospital de iguales características en Castilla-La Mancha (Figura 2).



Figura 2. Actividad de los dos mamógrafos “digital directo” en el Hospital Virgen de La Salud durante 2012 (idéntica dotación que el Hospital Universitario Araba)



CAD: sistemas de ayuda a la lectura por ordenador.
Fuente: YKONOS- SESCOAM.

En las mujeres: disminución de los tiempos de incertidumbre ante la duda diagnóstica y del volumen de las listas de espera

La incorporación de la doble lectura y la alta tecnología junto con la eliminación de los BI-RADS 3 (controles a los seis meses para confirmación de lesiones benignas) ha permitido una disminución de las pacientes recitadas de la campaña de un 8% a un 3,2% (cifra muy por debajo de la considerada como óptima por la *European Guide Line* (< 5%), lo que supone un aumento estadísticamente significativo de la especificidad diagnóstica, con la consiguiente disminución de la ansiedad (Figura 3).

Por otro lado, la actuación en acto único resolviendo el proceso diagnóstico en dos únicas citas (la de Radiología y

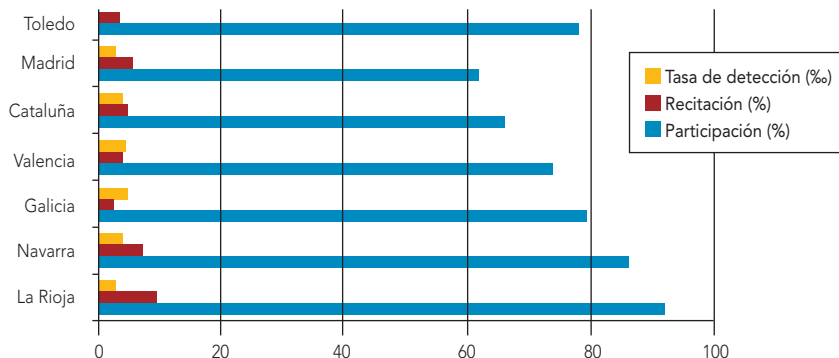
la de Especializada), así como la centralización de todos los sistemas de información, ha agilizado las listas de espera tanto del Servicio de Radiodiagnóstico como de consultas (Figura 4), lo que ha contribuido a una gran satisfacción con el sistema por parte de las usuarias. En la última encuesta realizada, el 89,29% de las mujeres considera buena o muy buena la atención prestada por los profesionales.

En el cáncer de mama: incremento de la proporción de cánceres detectados en estadios precoces

La mejora tecnológica y la utilización de profesionales expertos en doble lectura ha permitido también un aumento de los carcinomas detectados, de un 2,1% a un 4,8%, principalmente a expensas de una mayor detección de carcinomas en estadios precoces y



Figura 3. Comparación de resultados en campañas de cribado 2011-2013 en distintas comunidades



mujeres jóvenes, lo que se ha visto reflejado en una disminución de tratamientos agresivos (Figura 5).

En la organización: disminución global del gasto aplicado a esta enfermedad

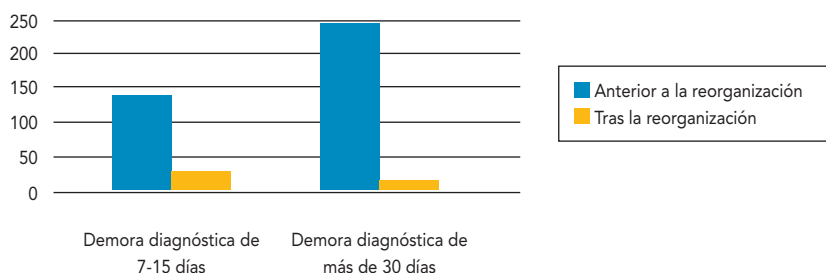
El rediseño del proceso y el uso eficiente de las herramientas disponibles,

así como el trabajo cualificado del personal empleado en la Unidad de Mama, ponen de manifiesto también una mejora, en términos económicos, de costes para el sistema.

En el año 2010 se diagnosticaron 170 nuevos casos de cáncer de mama, de los que 100 (58,8%) recibieron quimioterapia. Por el contrario, en el año

Figura 4. Disminución de las mujeres en lista de espera diagnóstica después del rediseño

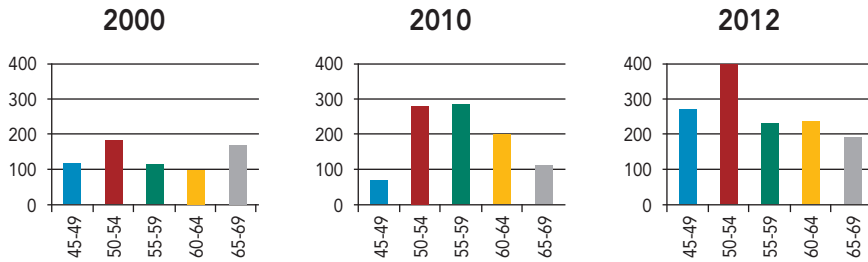
Número de mujeres en espera



Fuente: YKONOS- SESCOAM.



Figura 5. Distribución del cáncer de mama en el área de Toledo (482 726 habitantes) según grupos de edad



Fuente: CMBD del Hospital de Toledo.

2013 se diagnosticaron 260 casos, de los que recibieron ese tratamiento solo 88 (33,8%). Es decir, **se consigue diagnosticar más casos mucho antes, de forma que se reduce la necesidad del tratamiento de quimioterapia.**

Sin ánimo de ser exhaustivos y teniendo en cuenta los costes farmacológicos de 2013, el coste medio por paciente en quimioterapia es de 6 337,65 €. En caso de haber continuado con la misma técnica radiológica de diagnóstico, en el año 2013 se hubiese administrado quimioterapia al 58,8% de pacientes de nuevo diagnóstico, esto es, 152 pacientes (el 58,8% de 260 pacientes diagnosticadas en 2013). Dado que realmente se ha administrado quimioterapia al 33,8% (88 pacientes), esta diferencia supone un ahorro de 405 609,60 € (Figura 6).

En el sistema sanitario: contribución a la mejora del conocimiento para identificar la cura más eficaz y eficiente

Unificar en la unidad Hospitalaria la Campaña de Cribado Poblacional ha significado una unificación de criterios diagnósticos y terapéuticos del proceso cáncer de mama evitando la variabilidad

asistencial. Además, nos permite una mejor monitorización del proceso y un almacenamiento ingente de información estructurada para mejorar el conocimiento del comportamiento de la enfermedad, del rendimiento de las técnicas diagnósticas y de las alternativas terapéuticas.

Discusión

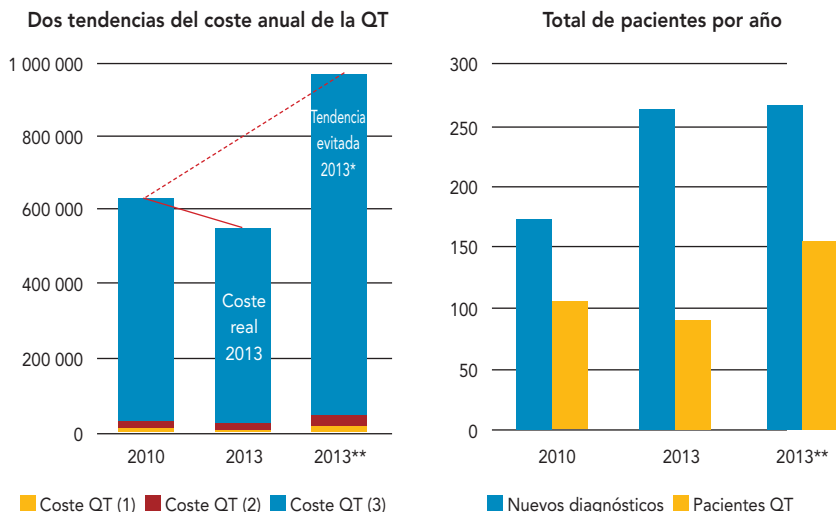
El control integral del cáncer de mama abarca la prevención, la detección precoz, el diagnóstico y el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

El conocimiento y el control de las enfermedades malignas tienen dimensiones muy amplias: abarcan conocimientos científicos y experiencias que van desde la compleja regulación molecular intracelular a las elecciones individuales del modo de vida.

Hoy en día se requieren una gestión competente y una mejor utilización de los recursos disponibles para la planificación, la puesta en práctica y la evaluación de las estrategias de control de las enfermedades.



Figura 6. Efectos del rediseño de procesos: menor gasto en quimioterapia, mayor diagnóstico precoz resuelto, menos mujeres en tratamiento quimioterápico



Tratamiento de QT		Pacientes	Coste/tratamiento
A	EC14 × 4 ciclos	100%	247,04
B	Taxano (paclitaxel × 12 y docetaxel × 4)	50%	384,82
C	Trastuzumab × 18 ciclos	20%	29 491,00

Coste anual de QT		2010	2013	2013*
Tratamiento				
A	Coste QT (1)	12 352,00	10 869,76	18 775,04
A + B	Coste QT (2)	18 955,80	16 681,10	28 812,82
A + B + C	Coste QT (3)	602 457,20	530 162,34	915 734,94
Total		633 765,00	557 713,20	963 322,80
		Ahorro 2013-2013*		405 609,60
Nuevos diagnósticos		170	260	260
Pacientes QT		100	88	152

QT: quimioterapia

*Coste de la quimioterapia según la evolución si no se hubiera realizado el rediseño.

La prevención y el control del cáncer es uno de los retos científicos y de salud pública más importantes de esta era.

Actualmente, la mayoría de los gestores tienen sobre la mesa el ahorro de costes y los límites presupuestarios.

Un gestor sanitario tiene la difícil tarea de maximizar los recursos para no limitar la atención necesaria y oportuna a quien lo precise. Este trabajo trata de mostrar un ejemplo de innovación en la gestión reordenando procesos y sin cerrar la posibilidad de implementar



mejoras, ya sean tecnológicas, organizativas o profesionales.

Nuestra meta es reducir la morbilidad y la mortalidad por cáncer en nuestra comunidad y mejorar la calidad de la vida de las pacientes con cáncer de mama y sus familias; para ello hemos usado una reorganización de los procesos bien concebida y adecuadamente administrada que hace el sistema más eficiente y eficaz. Dicha reorganización implica también un cambio de rol, poniendo al radiólogo como clínico que trabaja con la imagen y dirige un proceso diagnóstico para ser puerta de entrada y filtro catalizador del flujo de pacientes, disminuyendo considerablemente la ansiedad de las estas.

Como consecuencias principales de esta reorganización, hemos tenido un incremento de detección de carcinomas en mujeres jóvenes (que es precisamente donde mayor dificultad diagnóstica encontramos y donde la tecnología hace su mayor aportación). Aún es pronto para saber si los cánceres detectados suponen un incremento real de la incidencia o por el contrario son fruto de la mejora tecnológica y de profesionales. Por la misma razón, no podemos saber si estos cánceres ahora detectados producirán un descenso de casos dentro de diez años. El problema del "sobrediagnóstico" sigue siendo un reto en nuestros días, pero la escasa recitación de nuestra campaña, así como los controles de calidad anatomopatológicos de todos los casos detectados, hace éticamente insostenible no actuar en estadios precoces. Probablemente se hace imprescindible investigar nuevos marcadores moleculares y tratamientos menos agresivos que nos permitan ajustar las terapias a los estadios tumorales precoces y de esa manera conseguir una mejora sensible de la calidad de vida de estas pacientes.

Bibliografía

1. Resultados de los programas de cribado de cáncer de mama 2009. En: Red de Programas de Cribado de Cáncer [en línea] [consultado el 03/03/2015]. Disponible en: <http://www.webcitation.org/6IJ3jiD4X>
2. Castilla-la Mancha contará con un Centro de Excelencia en Imagen Médica Digital. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. En: SESCOAM [en línea] [consultado el 03/03/2015]. Disponible en: <http://www.webcitation.org/6IA5uTq52>
3. López-Abente G, Pollán M, Aragonés N, Pérez-Gómez B, Hernández V, Lope V, et al. La situación del cáncer en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
4. Pollán M, García Medizábal MJ, Pérez-Gómez B, Aragonés N, Lope V, Pastor R, et al. Situación epidemiológica del cáncer de mama en España. *Psicooncología*. 2007;4: 231-48.
5. Cabanes A, Vidal E, Aragonés N, Pérez-Gómez B, Pollán M, Lope V, et al. Cancer mortality trends in Spain: 1980-2007. *Ann Oncol*. 2010; 21:14-20.
6. Castells X, Sala M, Ascunce N, Salas D, Zubizarreta R, Casamitjana M. Descripción del cribado del cáncer en España. Proyecto DESCRIC. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2007. Informes, estudios e investigación; AATRM 2006/01.

