

Calidad de atención y mejora continua en el abordaje integral del cáncer de mama: Evaluación de indicadores en una Unidad de Mastología

Giselle Magalí Pizarro, Sabrina Barchuk, Macarena Nasello, Pablo Rodríguez, Marcela Yoshida, Federico Leroux, Darío Fusari, Víctor Barousse, Diego Zurita, Daniel Lewi, Daniel López Della Vecchia, Aníbal Nuñez de Pierro.

RESUMEN

Introducción

Las Unidades de Mastología son organizaciones que tienen por objeto abordar la patología mamaria de manera multidisciplinaria e integral. A nivel mundial se han implementado programas para evaluar la calidad de atención a través del cumplimiento de indicadores propuestos por Sociedades Científicas u organismos gubernamentales. Algunos de estos han sido propuestos y revisados por la Sociedad Europea de Mastología (EUSOMA).

Objetivo

Evaluar la calidad de atención en la Unidad de Mastología del Hospital Juan A. Fernández a través del análisis de una serie de indicadores propuestos por EUSOMA como estándares de calidad de atención en centros de patología mamaria.

Unidad de Mastología Hospital Juan A Fernández.
Correo electrónico:
gisellepizarro@gmail.com

Material y método

Estudio descriptivo retrospectivo analizando la base de datos de las pacientes con cáncer de mama estadios 0 a III operadas entre 2015 y 2019. Se analizaron 25 indicadores de procesos propuestos por EUSOMA en 2017. Se registraron las características de la población, y el porcentaje de pacientes en las cuales se cumple la condición de cada uno de los indicadores. Se registró si el indicador alcanza o supera el mínimo estándar, o si alcanza o supera el valor ideal.

Resultados

Se evaluaron 284 pacientes. Se observó el cumplimiento de la mayoría de los estándares propuestos (18 de 25), alcanzando o superando en el 25% de los indicadores evaluados el valor ideal. Se lograron alcanzar los estándares de calidad de atención relacionados con el diagnóstico clínico y preoperatorio, caracterización anatomopatológica completa en carcinoma invasor, evaluación multidisciplinaria, tratamiento quirúrgico primario en carcinoma invasor e in situ. Se alcanzaron los objetivos tendientes a evitar el sobretratamiento quirúrgico en carcinoma invasor y en cirugía conservadora en carcinoma in situ. En relación a los tratamientos adyuvantes, se alcanzaron los estándares relacionados con radioterapia post cirugía conservadora y post mastectomía, así como también el tratamiento con hormonoterapia y quimioterapia. El seguimiento de los pacientes se realizó en tiempo y forma de acuerdo al indicador establecido. Existen 3 indicadores de calidad obligatorios en los que no se alcanzó el estándar mínimo: se observó la necesidad de mejorar la accesibilidad a los tratamientos antiHer2neu en neoadyuvancia, y de reducir los tiempos de espera al inicio del tratamiento.

Conclusiones

Se observó el cumplimiento de la mayoría de los estándares propuestos. Dado que existen indicadores obligatorios en los que no se alcanzó el estándar mínimo, los esfuerzos primarios deberán centrarse prioritaria e inicialmente en diseñar una planificación que permita alcanzar estos objetivos, así como también mantener en el tiempo los valores positivos ya alcanzados. Se pone de manifiesto la necesidad de implementar políticas a nivel sanitario nacional que permitan mejorar la accesibilidad a medicación oncológica. A su vez, destacamos la importancia de definir indicadores propios con valores ajustados a las características de nuestro país y mantener una

evaluación periódica de la calidad de atención a través de los mismos.

Palabras Clave

Abordaje integral cáncer de mama, unidad de Mastología, calidad de atención, mejora continua, indicador de calidad de atención, auditoría de procesos, abordaje multidisciplinario, indicadores EUSOMA.

ABSTRACT

Introduction

Breast Units are organizations that manage Breast Cancer in a comprehensive and multidisciplinary approach. Worldwide, programs have been developed in order to evaluate quality of care through the achievement of certain standards of care that have been proposed by scientific organizations, medical associations or government health departments. Some of these indicators have been proposed by the European Society of Breast Cancer Specialist (EUSOMA).

Objective

To evaluate quality of care in the Breast Unit at Hospital Juan A Fernandez (Buenos Aires, Argentina) through the analysis of a series of indicators described by EUSOMA as standard of care in breast centers.

Material and method

We performed a descriptive, retrospective analysis of our database including patients with breast cancer stage 0 to III that were treated between 2015 and 2019. We studied 25 quality of care process indicators proposed by EUSOMA in 2017. We registered population characteristics and the percentage of patients in which each indicator minimum requirements were achieved. We also studied whether our results achieved or were beyond the ideal targets for each indicator.

Results

A total of 284 patients were evaluated. The minimum standard of care was achieved in most of the evaluated indicators (18 of 25), and in 25 % of these, our results achieved or exceeded the ideal requirements. The indicators in which the minimum or ideal standard of care was accomplished were regarding clinical and preoperative diagnosis, anatomopathological characterisation in invasive breast cancer, multidisciplinary approach, primary surgical management in invasive and in situ breast cancer, avoidance of overtreatment in invasive breast cancer and breast conserving therapy in carcinoma in situ. Regarding adjuvant treatment, the standard of care was achieved in radiotherapy after breast conserving surgery and after mastectomy, endocrine therapy and chemotherapy. The follow up timing was according to the indicator. There were 3 mandatory indicators in which the minimum standards were not achieved and were regarding accesibility to anti Her2neu agents in neoadjuvant setting, and timing from diagnosis to first treatment.

Conclusions

We observed that our Breast Unit achieved most of the quality of care indicators described by EUSOMA. However, there were 3 mandatory indicators where the results were below the minimum. This is why future efforts should be focused on designing and planning new measures that will allow these objectives to be accomplished, as well as maintaining what has already been achieved. Our results also show the imperious need to implement national public health policies that would grant a better accesibility to oncologic medications. We also analysed the importance of defining our own local quality of care indicators in relation to our local health policies and current situation, as well as the importance of a continuous evaluation of quality of care through these indicators.

Key words

Breast Cancer Management, Comprehensive approach, Breast Center, Breast Unit, Quality of Care, Standard of care, medical audit, standard of care, multidisciplinary approach, EUSOMA standards, Continuous improvement, continuous improvement process, continual improvement process, breast cancer specialist.

INTRODUCCION

Las Unidades de Mastología se definen como organizaciones dentro de un centro asistencial, donde convergen en forma multidisciplinaria distintas especialidades relacionadas con el objetivo de lograr una aproximación integral a la patología mamaria; y de coordinar y optimizar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.¹ Estos procesos pueden ocurrir en un único establecimiento físico (idealmente), o de manera coordinada entre dos o más establecimientos, siempre y cuando se mantenga y priorice el concepto de abordaje integrado. Esta modalidad de trabajo tiene varias ventajas², tanto para el centro asistencial y los profesionales que trabajan en él, como para los pacientes. Entre ellas, se destaca la optimización de los recursos, el abordaje integral y multidisciplinario, la presencia de objetivos comunes y acciones coordinadas; con el objetivo final de minimizar el número de tratamientos subóptimos, complicaciones inherentes a ellos y mejorar la calidad de atención de los pacientes.³

A nivel mundial, y especialmente en Europa y Estados Unidos, se han implementado programas de control de calidad de atención y mejora continua para los centros de atención en Mastología, llevados a cabo por organismos gubernamentales y/o sociedades científicas. El objetivo de estos programas es asegurar un acceso a servicios especializados de alto nivel y brindar garantía de calidad de atención para la población.⁴ A partir del cumplimiento de requisitos estructurales y funcionales (componentes básicos para el funcionamiento del centro), y de determinados estándares o indicadores considerados de calidad, el centro mamario obtiene la acreditación por parte del organismo oficial. Algunos de los indicadores de calidad de atención en patología mamaria han sido definidos y corregidos a lo largo del tiempo por la Sociedad Europea de Mastología (EUSOMA)⁵, con una revisión actualizada de los mismos publicada en 2017.⁶

En nuestro país, la Sociedad Argentina de Mastología definió componentes fundamentales y complementarios para que un servicio sea considerado como Unidad de Mastología⁷, y actualmente existen 22 Unidades de Mastología en todo el país que cumplen con los requisitos estructurales y funcionales. Sin embargo y a diferencia de lo que ocurre en Europa, en la actualidad no se definieron aún estándares o indicadores de calidad de atención a nivel nacional, dado que la creación y evolución de las Unidades de Mastología en nuestro país es un proceso reciente, con la primera unidad constituida en el año 2016.⁷ Es por esta razón que para el análisis de este trabajo se utilizaron los indicadores revisados y propuestos por la Sociedad Europea de Mastología (EUSOMA- Ver Anexo I).^{5,6}

OBJETIVO

Evaluar la calidad de atención en la Unidad de Mastología del Hospital Juan A. Fernández a través del análisis de una serie de indicadores propuestos por la Sociedad Europea de Mastología como estándares de calidad de atención en centros de patología mamaria.

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo analizando los registros que constan en la base datos propia de la Sección de Patología Mamaria del Hospital General de Agudos Juan A. Fernández. La institución sobre la cual se desarrolló la evaluación es el un Hospital General de Agudos, perteneciente al sistema público, ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Fue el primer hospital público perteneciente a la red del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (GCBA) en recibir la acreditación como Unidad de Mastología por parte de la Sociedad Argentina de Mastología en el año 2018.

Se evaluaron los registros de las pacientes con diagnóstico de Cáncer de mama en estadios 0 a III que hayan sido operadas en el servicio entre los años 2015 a 2019. Se registraron las pacientes ingresadas entre enero de 2015 y diciembre de 2019. Se excluyeron pacientes en estadio IV de inicio dado que existen diferencias sustanciales respecto al manejo terapéutico y los objetivos de tratamiento. Para describir las características de la población, se registró edad, estadio al diagnóstico (de acuerdo a la clasificación TNM de la American Joint Committee on Cancer - AJCC- octava edición)⁸, tipo de tratamiento primario realizado (cirugía o quimioterapia), tamaño tumoral, grado de compromiso axilar, tipo histológico e inmunohistoquímico, y tiempo de demora al inicio del tratamiento.

Para el análisis de calidad de atención, se utilizaron los siguientes indicadores propuestos y descriptos por EUSOMA en su última actualización de 2017⁶. Se trata de 25 indicadores de procesos. De cada uno de ellos se describe el valor mínimo estándar aceptable, el valor ideal, la justificación de la elección del indicador, el nivel de evidencia que avala su elección como indicador según la Sociedad Europea, y si se trata de un indicador de cumplimiento obligatorio o recomendado para acreditar calidad de atención. En el Anexo I se describe la lista completa de indicadores, la justificación para su utilización como tales y los valores mínimos estándar e ideales.

Tabla 1. Características de la población.

	n	
Total pacientes 2015-2019	284	
Ca invasor cirugía primaria	199	
Ca invasor QTN1	57	
Ca in situ	28	
	Mediana	Rango
Edad (años)	58	24-95
Estadio Inicial²	n	%
0	28	10
1	101	36
2	111	39
3	44	15
Tamaño tumoral³	n	%
Tis	28	10
T1	138	49
T2	89	31
T3	15	5
T4	14	5
Compromiso Axilar⁴	n	%
N05	173	61
N1	68	24
N2	25	9
N3	18	6
Tipo Histológico	n	%
NST	210	74
Lobulillar	21	7
Ca in Situ	28	10
Otro	25	9
Inmunohistoquímica de inicio⁶	n	%
LUMINAL A - LIKE (RE + RP \geq 20 KI 67 BAJO G1-2 HER NEGATIVO)	88	36
LUMINAL B - LIKE (RE + RP \leq 20 KI 67 ALTO G3 HER NEGATIVO)	82	33
LUMINAL B HER+ (RE + RP \leq 20 KI 67 ALTO G3 HER POSITIVO)	24	10
HER2NEU PURO (RE- RP- HER+)	15	6
TRIPLE NEGATIVO (RE- RP- HER -)	38	15
SIN DATOS COMPLETOS	9	-
TOTAL LUMINALES	194	79

RESULTADOS

Características de la población

Se evaluaron un total de 284 pacientes con cáncer de mama operadas entre enero de 2015 y diciembre de 2019. En la Tabla 1 se describen las características de la población evaluada. La mediana de edad fue de 58 años (rango 24 a 95). Al 70% de ellas (n=199) se les realizó cirugía primaria por carcinoma invasor, al 20% (n=57) se les indicó tratamiento sistémico con quimioterapia neoadyuvante (QTN) previo a la cirugía, y hubo 10% (n=28) pacientes operadas por carcinoma in situ.

En relación a los estadios al completarse el diagnóstico, según la estadificación TNM de la AJCC octava edición⁸, hubo 10% de las pacientes (n=28) en estadio 0 (carcinoma in situ), 36% de las pacientes (n=101) en Estadio I, 39% de las pacientes en Estadio II (n=111) y 15% de las pacientes en Estadio III (n=44). Los tamaños del tumor primario⁸ fueron 10% (n=28) categorizados como carcinoma in situ, 49% (n=138) categorizados T1 (\leq 2 cm), 31% (n=89) categorizados T2 (entre 2.1 y 5.0 cm), 5% (n=15) categorizados T3 (mayor a 5cm) y 5% (n=14) categorizados T4 (tumor

Demora al inicio tratamiento (días)	Mediana	Rango
General (cirugía + quimioterapia)	59	10-198
Cirugía	62	10-198
Quimioterapia	53	18 a 178

Características de la población. 1.QTN=Quimioterapia Neoadyuvante. 2.Estadios según AJCC TNM 8va edición. 3.Tamaño tumoral. Tis: carcinoma in situ, T1: tumor ≤ 2 cm, T2: tumores entre 2.1 y 5.0 cm, T3: tumor mayor a 5 cm, T4: tumor con compromiso de piel y/o pared torácica, o carcinoma inflamatorio. 4.Compromiso Axilar inicial. N0: sin compromiso axilar, N1: hasta 3 ganglios positivos, N2: entre 4 y 10 ganglios positivos, N3: más de 10 ganglios positivos, o compromiso supra/infraclavicular. 5.Incluye los carcinomas in situ. 6.En carcinoma invasor (N TOTAL=256)

con compromiso de piel y/o pared torácica, o carcinoma inflamatorio). Respecto del compromiso axilar, el 61% (n=173, incluyendo los carcinomas in situ) tenían axila libre de enfermedad (N0), un 24% (n=68) presentaron 1 a 3 ganglios positivos (N1), un 9% (n=25) entre 4 y 10

ganglios positivos (N2) y 6% (n=18) más de 10 ganglios positivos y/o compromiso ganglionar supra o infraclavicular (N3).

Respecto de los subtipos histológicos, un 74% (n=210) constituyeron carcinomas de tipo NST (Tipo No Especifico), el 7% (n=21) fueron carcinomas de tipo lobulillar, un 9% (n=25) correspondió a otros subtipos histológicos menos frecuentes y un 10% (n=28) correspondió a carcinomas in situ. En relación a la clasificación inmunohistoquímica, se halló un 79% (n=194) de tumores infiltrantes con expresión de receptores de estrógenos (RE), también llamados tumores luminales, un 6% (n=15) con expresión del receptor Her2neu únicamente (sin expresión de receptores hormonales); y un 15% (n=38) no presentaban expresión de receptores hormonales ni de Her2neu (llamados tumores triple negativos). En 9 casos no se hallaron los datos completos para la categorización completa según inmunofenotipo.

En relación a la demora desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento, se encontró una mediana global de 59 días de demora (rango 10 a 198). Al desglosar estos datos de acuerdo al tipo de tratamiento primario instaurado, la demora mediana fue de 62 días para la cirugía (rango 10 a 198) y de 53 días para la quimioterapia (rango 18 a 178).

DISCUSION

Los especialistas en diagnóstico por imágenes, al utilizar el sistema de BI-RADS® para asignarle a una imagen una categoría o subcategoría, deben considerar el VPP de cada una de ellas porque debe existir un Pizar una biopsia por escisión.^{10,13} En este estudio, en la categoría 5, el Centro Mamario del Hospital Austral obtuvo un VPP de 98% y con los dos casos con resultado discordante, se revisó la anatomía patológica de la pieza quirúrgica, obteniendo como resultado de la misma una mastitis granulomatosa y un tumor phillodes benigno (anatomía patológica definitiva).

Resultados de la evaluación de indicadores de calidad de atención

En la Tabla 2 se resumen los resultados del análisis de los indicadores evaluados, con su comparación con los estándares mínimos y valores ideales, con las respectivas diferencias a favor o en contra según cada resultado.

Tabla 2. Resultados.

Indicador (detalle y definiciones en materiales y métodos)	Total SI 1 (n)	Total pacientes (n) ⁵	Sin datos (n)	Porcentaje (%)	Estándar mínimo (%)	Valor Ideal (%)	Diferencia ² (Δ%)
Diagnostico clinico e imagenologico							
a. Proporción de pacientes con mamografía + ecografía mamaria y axilar preoperatoria	230	249	35	92	90	95	2
Diagnostico preoperatorio							
b. Proporción de pacientes con carcinoma invasor con estadificación axilar (eco +/- biopsia)	225	250	34	90	85	95	5
c. Proporción de pacientes con carcinoma con diagnostico histológico/citológico prequirúrgico	220	249	35	88	85	90	3
Caracterizacion anatomopatologica pronostica/predictiva							
d. Proporción de pacientes con registro completo de factores pronósticos/predictivos en carcinoma invasor	224	237	19	95	95	98	0
e. Proporción de pacientes con registro de factores pronósticos en carcinoma in situ.	22	24	4	92	95	98	3
Tiempo de espera							
f. Proporción de pacientes con intervalo de tiempo al inicio del tratamiento ≤6 semanas desde la primer consulta	86	284	0	30	80	90	50
Disponibilidad de rmn⁴							
g. Proporción de casos examinados con RMN ⁴ (excluye neoadyuvancia)	9	190	37	5	10	NA ³	5
h. Proporción de pacientes en neoadyuvancia que realizaron RMN ⁴	31	57	0	54	60	90	6
Evaluacion multidisciplinaria							
i. Proporción de pacientes que se presentan en ateneo multidisciplinario	245	251	33	98	90	99	8
Tratamiento quirurgico locoregional							
j. Proporción de pacientes (ca invasor) que recibieron una única cirugía para el tumor primario (excluye reconstrucción)	239	256	0	93	80	90	13
k. Proporción de pacientes (ca in situ) que recibieron una única cirugía (excluye reconstrucción)	25	28	0	89	70	90	19

l. Proporción de pacientes que recibieron reconstrucción mamaria inmediata postmastectomía	10	84	0	12	40	NA ³	28
Radioterapia adyuvante							
m. Proporción de pacientes con ca invasor que recibieron Radioterapia post cirugía conservadora	161	164	0	98	90	95	8
n. Proporción de pacientes que recibieron radioterapia postmastectomía (con indicación)	55	59	0	93	90	95	3
Evitar sobretratamiento							
o. Proporción de pacientes con axila negativa que tuvieron BGC8 (excluye neoadyuvancia)	151	161	0	94	90	95	4
p. Proporción de pacientes con carcinoma invasor en las que se realizó BGC y se resecaron ≤5 ganglios	162	168	0	96	90	95	6
q. Proporción de pacientes con carcinoma invasor ≤3cm que recibieron cirugía conservadora (excluye pacientes BRCA)	137	166	0	82	70	85	12
r. Proporción de pacientes con Carcinoma in situ ≤2cm que recibieron cirugía conservadora	17	18	3	94	80	90	14
s. Proporción de pacientes con carcinoma in situ en las que no se realizó cirugía axilar	18	28	0	64	97	99	33
Tratamiento sistémico							
t. Proporción de pacientes con tumores hormonossensibles (carcinoma invasor) que recibieron endocrinoterapia	198	203	0	98	85	90	13
u. Proporción de pacientes con tumores RE6 negativos, ≥1cm y/o axila + que recibieron QT9 adyuvante	19	21	0	90	85	95	5
v. Proporción de pacientes con tumores invasores Her2neu +, ≥1cm y/o axila + que recibieron QT y trastuzumab7 adyuvante	32	37	2	86	85	95	1
w. Proporción de pacientes con tumores invasores Her2neu + tratados con QTN, que recibieron trastuzumab en QTN	15	18	0	83	90	95	7
x. Proporción de pacientes con carcinoma Inflamatorio o localmente avanzado que recibieron QTN	31	32	12	96	90	95	6
Seguimiento							
y. Proporción de pacientes con seguimiento de rutina cada 6-12 meses post-tratamiento	281	284	3	99	95	99	4

1.Pacientes que cumplen el criterio del indicador. 2.Se muestra en verde la diferencia en porcentaje positiva por encima del indicador mínimo estándar, y en rojo la diferencia en porcentaje negativa.3.NA=No Aplica. 4.RMN= Resonancia Magnética Nuclear. 5.Total de pacientes que aplican para el indicador. 6.RE= Receptores de Estrógenos. 7.Trastuzumab= terapia monoclonal específica anti receptor celular Her2neu.8.BGC=biopsia de ganglio centinela. 9. QT=quimioterapia. 10. QTN=quimioterapia neoadyuvante.

1. Indicadores relacionados con el Diagnóstico Clínico e Imagenológico

a. Proporción de pacientes con mamografía y ecografía mamaria y axilar preoperatoria: Se encontró que el 92% de las pacientes (230 de 249, 35 de ellas sin datos) tuvieron una completa evaluación clínica e imagenológica previa al tratamiento. Este porcentaje supera en un 2% el estándar mínimo propuesto por EUSOMA.

2. Indicadores relacionados con el Diagnostico Preoperatorio

b. Proporción de pacientes con carcinoma invasor con estadificación axilar (ecografía +/- biopsia según corresponda): Se encontró que el 90% de los casos evaluados cumplieron con este indicador (225 de 250 pacientes, 34 de ellas restantes sin datos), superando en un 5% el valor mínimo estándar propuesto.

c. Proporción de pacientes con carcinoma con diagnostico histológico/citológico prequirúrgico: el 88% de los casos (220 de 249, con 35 casos sin datos) contó con algún tipo de metodología diagnóstica cito o histológica previo al tratamiento, superando por 3% el valor mínimo estándar establecido.

3. Indicadores relacionados con la Caracterización anatomopatológica pronóstica/predictiva

d. Proporción de pacientes con registro completo de factores pronósticos/predictivos en carcinoma invasor: el 95% de los casos cumplió con este requisito en forma completa (224 de 237 pacientes, con 19 casos sin datos), alcanzando el valor mínimo estándar. Para la evaluación de este indicador, se incluyeron todas las pacientes en cuyos informes anatomopatológicos constaban todos los aspectos obligatorios incluidos en el indicador (con el valor de Ki67 opcional). Si alguno de los aspectos que constituyen el indicador no se encontraba descrito en el informe, independientemente de si estaban informados la mayoría de los factores pronósticos, no se incluyó en el grupo de casos que conformaron el porcentaje final.

e. Proporción de pacientes con registro de factores pronósticos en carcinoma in situ: un 92% de los casos (22 de 24 pacientes, con 4 casos sin datos) cumplió con el indicador en forma completa, quedando un 3% por debajo del mínimo estándar establecido según los criterios de EUSOMA.

4. Indicadores relacionados con el Tiempo de espera

f. Proporción de pacientes con intervalo de tiempo al inicio del tratamiento menor o igual a 6 semanas desde la primera consulta: se encontró únicamente un 30% de los pacientes con un intervalo de tiempo al tratamiento menor o igual a seis semanas (86 de 284 casos), quedando la mayoría de ellas por debajo del mínimo estándar establecido, con una diferencia de 50%.

5. Indicadores relacionados con la Disponibilidad de Resonancia Magnética Nuclear (RMN)

g. Proporción de casos examinados con RMN (excluye pacientes que realizaron neoadyuvancia): La RMN mamaria fue realizada en el 5% de los casos (9 de 190 pacientes, con 37 de ellas sin datos), quedando un 5% por debajo del mínimo estándar aceptado por EUSOMA. El total de las pacientes que no realizó tratamiento neoadyuvante fue de 227, esto incluye las pacientes con carcinoma in situ (28) y las pacientes con cirugía primaria (199). De estas 227, el dato acerca de la realización o no de RMN se obtuvo en 190 de ellas.

h. Proporción de pacientes en neoadyuvancia que realizaron RMN: en el 54% de las pacientes que realizaron quimioterapia neoadyuvante se realizó RMN (31 de 57 casos), quedando un 6% por debajo del mínimo valor estándar.

6. Indicadores relacionados con la Evaluación multidisciplinaria

i. Proporción de pacientes que se presentan en ateneo multidisciplinario: el 98% de los casos evaluados se presentó en ateneo multidisciplinario (245 de 251 pacientes, con 33 casos sin datos), quedando un 8% por encima del valor mínimo estándar establecido.

7. Indicadores relacionados con el Tratamiento quirúrgico locorregional

j. Proporción de pacientes con carcinoma invasor que recibieron una única cirugía para el tumor primario (excluye intervención de reconstrucción): este porcentaje fue del 93% (239 de 256 casos), quedando este valor un 13% por encima del mínimo estándar establecido y un 3% por encima del valor ideal. De estos 239 casos, 184 correspondieron a cirugía primaria y 55 a cirugía luego de tratamiento neoadyuvante. Es decir, que solamente 15 de 199 pacientes en cirugía primaria y 2 de 57 pacientes en cirugía postneoadyuvancia requirieron una segunda intervención para completar el tratamiento oncológico.

k. Proporción de pacientes con carcinoma in situ que recibieron una única cirugía (excluye intervención de reconstrucción): este valor fue del 89% (25 de 28 casos), presentando una diferencia de 19% por encima del valor mínimo estándar. Solamente 3 pacientes requirieron una segunda intervención para completar el tratamiento.

l. Proporción de pacientes que recibieron reconstrucción mamaria inmediata postmastectomía: el 12% de los casos evaluados (10 de las 84 pacientes a las que se realizó mastectomía) cumplió con el indicador. Este valor se encuentra un 28% por debajo del valor mínimo estándar.

8. Indicadores relacionados con el tratamiento de Radioterapia adyuvante

m. Proporción de pacientes con carcinoma invasor que recibieron radioterapia mamaria post cirugía conservadora: el 98% de los casos en los que se realizó cirugía conservadora fueron seguidos de radioterapia adyuvante (161 de 164 pacientes). Este resultado se encuentra 8% por encima del valor mínimo estándar, y 3% por encima del valor ideal. De estas 161 pacientes que recibieron radioterapia (con carcinoma invasor), 138 correspondieron a cirugía primaria (con 141 casos totales de cirugía conservadora primaria) y 23 correspondieron a cirugía postneoadyuvancia (siendo 23 el total de casos de cirugía conservadora en neoadyuvancia). El Carcinoma in situ no estaba incluido en la definición de este indicador.

n. Proporción de pacientes que recibieron radioterapia postmastectomía (con indicación): el 93% de las pacientes a las que se realizó mastectomía y tuvieron indicación de radioterapia adyuvante accedieron a dicho tratamiento (55 de 59 casos, el resto de las mastectomías no tuvieron indicación de radioterapia adyuvante). Este resultado se encuentra un 3% por encima del valor mínimo estándar establecido por EUSOMA.

9. Indicadores relacionados con Disminución del sobretratamiento

o. Proporción de pacientes con axila negativa a los que se realizó biopsia de ganglio centinela (excluye pacientes en neoadyuvancia): el 94% de los casos evaluados cumplió con este indicador (151 de 161 pacientes), quedando 4% por encima del valor mínimo estándar. El resto de las pacientes se excluyó del cálculo del indicador por presentar axila positiva o tratamiento neoadyuvante.

p. Proporción de pacientes con carcinoma invasor en las que se realizó biopsia de ganglio centinela y se resecaron menos de cinco ganglios: el 96% de los casos evaluados cumplió con las características del indicador (162 de 168 pacientes). Este valor se encuentra un 6% por encima del mínimo estándar y 1% por encima del valor ideal. De estas 162 pacientes, 146 correspondieron a cirugía primaria y 16 a cirugía postneoadyuvancia

q. Proporción de pacientes con carcinoma invasor con tamaño menor o igual a 3cm que recibieron cirugía conservadora (excluye pacientes con mutación BRCA): el 82% de las pacientes con tumores menores a 3cm recibieron cirugía conservadora (137 de 166 pacientes), quedando este porcentaje un 12% por encima del mínimo estándar.

r. *Proporción de pacientes con Carcinoma in situ menor o igual a 2cm que recibieron cirugía conservadora*: el 94% de los casos evaluados cumplió con este criterio (17 de 18 pacientes, con 3 casos sin datos). Este valor se encuentra un 14% por encima del valor mínimo estándar y 4% por encima del valor ideal. Se encontraron 18 casos de los 28 carcinomas in situ con tamaño tumoral menor a 2 cm, en 3 de ellos no se encontró el dato del tamaño tumoral en el registro, y los 7 restantes tuvieron tamaño mayor a 3cm.

s. *Proporción de pacientes con carcinoma in situ en las que no se realizó cirugía axilar*: esta proporción fue del 64% (18 de 28 casos), un hallazgo que se posiciona un 33% por debajo del estándar mínimo aceptable. No obstante, las pormenorizaciones analizadas en la discusión permiten reevaluar con mayor precisión este indicador.

10. Indicadores relacionados con el Tratamiento sistémico

t. *Proporción de pacientes con tumores hormonosensibles (carcinoma invasor) que recibieron endocrinoterapia*: el valor hallado fue de 98% (198 de 203), un 13% por encima del valor mínimo estándar y un 8% por encima del valor ideal.

u. *Proporción de pacientes con tumores sin expresión de receptores hormonales, ≥ 1 cm y/o con compromiso axilar que recibieron quimioterapia adyuvante*: este porcentaje fue del 90% (19 de 21 casos), un 5% por sobre el valor mínimo estándar aceptable. Dentro de las pacientes con tumores sin expresión de receptores hormonales, se incluyeron 21 en el cálculo del denominador del indicador dado que las restantes (32 pacientes, sumando un total de 53 pacientes sin expresión de receptores hormonales) hicieron tratamiento neoadyuvante.

v. *Proporción de pacientes con tumores invasores con expresión del receptor Her2neu +, ≥ 1 cm y/o axila + que recibieron quimioterapia y trastuzumab adyuvante*: el 86% de las pacientes (32 de 37 pacientes Her2neu+, en 2 de ellas no se cuenta con el dato) recibieron trastuzumab en escenario de adyuvancia. Este valor se posiciona un 1% por encima del estándar mínimo.

w. *Proporción de pacientes con tumores invasores Her2neu+ tratados con QTN, que recibieron trastuzumab en neoadyuvancia*: el 83% (15 de 18 pacientes) de las pacientes Her2neu+ que realizó tratamiento sistémico primario recibió trastuzumab en la instancia neoadyuvante. Este valor se encuentra un 7% por debajo del mínimo estándar.

x. *Proporción de pacientes con carcinoma Inflamatorio o localmente avanzado inoperable de inicio que recibieron neoadyuvancia*: el 96% de las pacientes con dichas características recibió tratamiento sistémico primario (31 de 32 pacientes, con 12 casos sin datos para un total de 44 pacientes en estadio avanzado), quedando este resultado un 6% por encima del mínimo estándar y 1% por encima del valor ideal.

11. Indicadores relacionados con el Seguimiento

y. *Proporción de pacientes con seguimiento de rutina cada 6-12 meses post-tratamiento*: el 99% de las pacientes (281 de 284) realizó el seguimiento de rutina cada 6-12 meses luego del tratamiento. Este resultado supera en 5% el valor mínimo estándar y alcanza el valor ideal.

DISCUSIÓN

El análisis de los indicadores descriptos brinda información objetiva acerca de los procesos que tienen lugar dentro de un sistema, en este caso, la Unidad de Mastología. Si bien la naturaleza retrospectiva del estudio podría considerarse una limitante, asegura que los datos obtenidos son representativos del funcionamiento habitual del sistema, con sus fortalezas y debilidades, sin condicionantes y evitando el sesgo de evaluación de desempeño. Para realizar estas evaluaciones, es fundamental contar con una base de datos actualizada, siendo éste un importante aspecto a destacar del centro evaluado, ya que esto permite llevar a cabo análisis periódicos y comparativos en pos de identificar aspectos a mejorar en forma permanente.

Reviste importancia destacar que los indicadores fueron formulados por una Sociedad Científica Europea, para ser aplicados en forma local, con lo cual algunos de los objetivos (especialmente los que implican un componente económico) podrían no ser extrapolables a nuestra sociedad dadas las diferencias socioeconómicas, políticas y culturales, surgiendo así la necesidad de definir indicadores propios locales que puedan ajustarse de mejor manera a las características de nuestra población.

Dentro de los aspectos positivos de la evaluación, se destaca el cumplimiento de la mayoría de los estándares propuestos (18 de 25), alcanzando o superando en el 25% de los indicadores evaluados el valor ideal. Se lograron alcanzar los estándares de calidad de atención

relacionados con el diagnóstico clínico y preoperatorio, caracterización anatomopatológica completa en carcinoma invasor, evaluación multidisciplinaria, tratamiento quirúrgico primario en carcinoma invasor e *in situ*. Se alcanzaron los objetivos tendientes a evitar el sobretratamiento quirúrgico en carcinoma invasor y en cirugía conservadora en carcinoma *in situ*. En relación a los tratamientos adyuvantes, se alcanzaron los estándares relacionados con radioterapia post cirugía conservadora y post mastectomía, así como también el tratamiento con hormonoterapia, quimioterapia y trastuzumab. El seguimiento de los pacientes se realizó en tiempo y forma de acuerdo al indicador establecido.

En relación a los aspectos a mejorar, aparece inicialmente una proporción menor al objetivo estándar de pacientes con registro de factores pronósticos anatomopatológicos en carcinoma *in situ*. El indicador evaluado se compone de varios elementos, y todo ellos deben estar presentes obligatoriamente para considerar su cumplimiento. Si bien el valor obtenido tiende a acercarse al mínimo estándar, queda un 3% por debajo. Un factor a evaluar en este caso es el bajo número total de carcinomas *in situ* evaluados (24, ya que en 4 casos no se obtuvo el dato), siendo esto importante para diferenciar un posible sesgo por bajo número de casos de una debilidad real en el registro. Cualquiera sea el caso, este punto deberá ser uno de los primeros a mejorar dado que se trata de un indicador obligatorio.

El siguiente punto a mejorar es el tiempo de espera hasta el tratamiento. Si bien se trata de un indicador recomendado y no obligatorio, el valor hallado se encuentra por debajo del estándar mínimo. Sin embargo, la demora mediana al inicio del tratamiento fue de 59 días, un valor que no impacta de manera negativa en forma significativa en el pronóstico de los pacientes, ya que este valor se considera de impacto negativo en el pronóstico cuando supera los 120 días.⁹ Una de las posibles causas puede relacionarse con la demora en obtener los estudios prequirúrgicos completos y los turnos de quirófano, dada la alta demanda presente y constante que aparece en el hospital público. Las acciones tendientes a mejorar este valor tienen alcance institucional y exceden el alcance exclusivo de la Unidad de Mastología ya que implican un funcionamiento más eficiente de todo el hospital (mayor número de turnos quirúrgicos asignados a Mastología, mayor eficiencia en la realización del circuito prequirúrgico).

Otro de los aspectos donde no se alcanza el estándar mínimo del indicador es la utilización de RMN. Se trata de un indicador recomendado, no obligatorio. La RMN es un estudio costoso, y si bien el hospi-

tal dispone de un resonador con bobina para mama, su administración es tercerizada y existe una demora importante en la entrega de turnos para pacientes sin cobertura. Por otra parte, las pacientes que tienen obra social o PAMI suelen presentar demoras o rechazos en la autorización del estudio. Por esta razón, se intenta realizar el estudio a las pacientes en tratamiento neoadyuvante en forma prioritaria, de allí que el indicador se acerca al valor mínimo en este subgrupo.

En relación al tratamiento de reconstrucción mamaria, que se trata de un indicador recomendado (no obligatorio) encontramos un valor por debajo del mínimo estándar. Si bien la Unidad de Mastología cuenta con cirujanos plásticos y existe disponibilidad a nivel del recurso humano, uno de los factores limitantes es la disponibilidad en tiempo y forma de los expansores y/o prótesis mamarias. Si el paciente no tiene cobertura, se utiliza el material de farmacia del hospital, siempre y cuando exista disponibilidad. Si el paciente tiene PAMI u obra social, la disponibilidad y calidad del material queda sujeta a la autorización por dichas entidades. En este punto sería importante pormenorizar tiempos de entrega y disponibilidad para determinar cuál es el factor limitante principal para lograr una mejoría en los resultados a futuro.

Respecto al aspecto de evitar sobretratamiento en cirugía axilar en carcinoma in situ, se encontró un valor inferior al mínimo estándar. Dado que se trata de un indicador obligatorio, resulta pertinente identificar las posibles causas. El carcinoma in situ es una lesión que por definición no metastatiza.¹⁰ Sin embargo, se describe un grado de compromiso axilar en carcinomas in situ de 1 a 2%, asociado siempre a la presencia de un componente microinvasor o invasor en la pieza quirúrgica. Existen algunos factores que sugieren la presencia de un componente invasor en carcinomas in situ, por lo que ante la presencia de estos está indicada la investigación axilar. Las lesiones de gran tamaño suelen tener asociado componente invasor, así como también las lesiones palpables. También se recomienda la investigación axilar en casos de carcinoma in situ en los que se realice mastectomía.¹¹ Estos aspectos son importantes a tener en cuenta al momento de pormenorizar los resultados hallados en este indicador: de los 28 casos evaluados, no se realizó investigación axilar en 18 de ellos. De los 10 casos restantes, 7 de ellos tenían tamaño mayor a 3cm (4 de ellos con indicación de mastectomía) Y 2 de ellos se presentaron como lesión palpable. De esto se desprende que la indicación de investigación axilar estuvo presente en 9 de los 10 casos en los que se realizó, pese a que se trataba de carcinomas in situ. Cabe destacar que la definición del indicador no discrimina cirugía conser-

vadora de mastectomía (por lo que para su cálculo se tomaron todos los casos), siendo este dato importante al momento de analizar los resultados.

El último indicador en el cual no se logró alcanzar el mínimo valor estándar están relacionados a la utilización de un anticuerpo monoclonal, trastuzumab, en neoadyuvancia. Esta medicación se indica en pacientes con tumores con sobreexpresión de la proteína Her2neu, definiendo esta característica a través de métodos inmunohistoquímicos o de hibridación in situ.¹² Existe amplio consenso que avala la indicación del trastuzumab en este grupo de pacientes, dado que su utilización demostró una mejora significativa en el tiempo libre de recurrencia y en la supervivencia global.¹³ Los beneficios de su utilización se observaron tanto en escenario adyuvante como neoadyuvante (además del metastásico, pero éste último no se relaciona con los indicadores evaluados).¹⁴ Dado que se trata de un indicador de cumplimiento obligatorio, resulta fundamental analizar las causas que llevan a la obtención de resultados inferiores al estándar mínimo, aun cuando el número total de pacientes que componen el indicador es relativamente bajo y esto puede conllevar un sesgo. Se trata de una medicación costosa, y en la práctica diaria se evidencian deficiencias en la entrega en tiempo y forma, lo que podría impedir que las pacientes puedan recibir el tratamiento en el escenario neoadyuvante. En el caso de las pacientes sin cobertura, los medicamentos oncológicos son entregados en forma gratuita, pero existen demoras y faltantes que ocurren en reiteradas ocasiones. Además, existe variabilidad en los tiempos y formas de entrega según se trate de un paciente domiciliado en CABA o Provincia de Buenos Aires, y entre los distintos distritos de Provincia. En pacientes con obra social o PAMI, en general la entrega se demora pero no suele haber faltante. Como se puede observar, aparecen inconvenientes que exceden el ámbito institucional del hospital en forma individual y alcanzan otros elementos del sistema de salud. En el escenario adyuvante, en cambio, se alcanza el estándar mínimo del indicador, con un 86% de las pacientes que recibieron trastuzumab. En la población evaluada, del total de 39 pacientes Her2neu positivas, se registraron datos para 37 de ellas (dado que 2 continuaron la adyuvancia en otra institución). De este grupo, hubo 5 pacientes que no recibieron el trastuzumab: 2 de ellas porque rechazaron el tratamiento, 2 de ellas por contraindicación médica (FEVI disminuida) y una de ellas no recibió el trastuzumab por motivos desconocidos. El porcentaje global de pacientes Her2Neu positivas que recibió trastuzumab en adyuvancia es superior al hallado en otra publicación nacional del 2012, donde el valor fue del 61%.¹⁵

CONCLUSION

Si bien en Argentina aún no contamos con indicadores propios para Unidades de Mastología que permitan evaluar la calidad de atención, se observó que el centro evaluado alcanza los estándares mínimos de calidad de atención propuestos por la Sociedad Europea de Mastología en 18 de 25 indicadores evaluados, y de manera destacable en 6 de ellos alcanza o supera el valor ideal objetivo. De los 7 indicadores de calidad en los que el centro evaluado no alcanza el estándar mínimo, 3 de ellos constituyen indicadores obligatorios, por lo que los esfuerzos primarios deberán centrarse prioritaria e inicialmente en diseñar una planificación que permita alcanzar estos objetivos, así como también mantener en el tiempo los valores positivos ya alcanzados. Se pone de manifiesto la necesidad de implementar políticas a nivel sanitario nacional que permitan mejorar la accesibilidad a medicación oncológica para asegurar la calidad de tratamiento de pacientes pertenecientes exclusivamente al sistema público de salud. A su vez, se destaca la importancia de definir indicadores propios con valores ajustados a las características de nuestro país y mantener una evaluación periódica de la calidad de atención a través de ellos, en pos de identificar aspectos a mejorar y debilidades de los sistemas, dentro del marco de mejora continua para garantizar atención médica de calidad.

REFERENCIAS

1. Moran MS, Kaufman C, Burgin C y col. What Currently Defines a Breast Center? Initial Data From the National Accreditation Program for Breast Centers. *Journal of Oncology Practice* 2012; 9: e62-e70 ◀
2. Silverstein MJ. The Van Nuys Breast Center. The first free-standing multidisciplinary breast center. *Surg Oncol Clin N Am* 2000; 9:159-175 ◀
3. Kingsmore D, Hole D, Gillis C. Why does specialist treatment of breast cancer improve survival? The role of surgical management. *Br J Cancer* 2004; 90(10):1920-5 ◀
4. Laura Biganzoli, Fatima Cardoso, et al. The requirements of a specialist breast centre. *The Breast*, Vol 51, 2020, Pags 65-84. ISSN 0960-9776. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2020.02.003> ◀
5. Del Turco MR, Ponti A, Bick U, et al. Quality indicators in breast cancer care. *Eur J Cancer*. 2010;46(13):2344-2356. doi:10.1016/j.ejca.2010.06.119 ◀
6. Biganzoli L, Marotti L, Hart CD, et al. Quality indicators in breast cancer care: An update from the EUSOMA working group. *Eur J Cancer*. 2017;86:59-81. doi:10.1016/j.ejca.2017.08.017 ◀
7. Archivos de la Sociedad Argentina de Mastología. Unidades de Mastología. Parámetros o estándares necesarios para la atención de pacientes con patología mamaria. 2015. Documento en <https://www.samas.org.ar/archivos/unid-mast.pdf> ◀
8. Edge, S. B., Edge, S. B., & American Joint Committee on Cancer. (2017). *AJCC cancer staging manual 8th ed.* New York, Springer. Part 11 *Breast*. Pag. 594 ◀
9. Richards MA, Westcombe AM, Love SB, Littlejohns P, Ramirez AJ. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. *Lancet*. 1999;353(9159):1119-1126. doi:10.1016/S0140-6736(99)02143-1 ◀
10. Ponti A, Lynge E, James T, Ma'jek O, von Euler-Chelpin M, Anttila A, et al., ICSN DCIS Working group. International variation in management of screen-detected ductal carcinoma in situ of the breast. *Eur J Cancer* 2014 Oct;50(15):2695e704 ◀
11. Nicholson S, Hanby A, Clements K, Kearins O, Lawrence G, Dodwell D, et al., Sloane Project Steering Group. Variations in the management of the axilla in screen-detected ductal carcinoma in situ: evidence from the UK NHS breast screening programme audit of screen detected DCIS. *Eur J Surg Oncol* 2015 Jan;41(1):86e93 ◀
12. Wolff AC, Hammond ME, Hicks DG, Dowsett M, McShane LM, Allison KH, et al. Recommendations for human epidermal growth factor receptor 2 testing in breast cancer: American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists clinical practice guideline update. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol* 2013;31(31):3997e4013 ◀
13. Slamon D, Eiermann W, Robert N, et al. Phase III trial comparing AC-T with AC-TH and with TCH in the adjuvant treatment of HER2 positive early breast cancer patients: second interim efficacy analysis. SABCs 2006. National Comprehensive Cancer Network Guidelines version 3.2015. Invasive breast cancer ◀
14. Gianni L, Eiermann W, Semiglazov V, et al. Neoadjuvant chemotherapy with trastuzumab followed by adjuvant trastuzumab versus neoadjuvant chemotherapy alone, in patients with HER2-positive locally advanced breast cancer (the NOAH trial) a randomized controlled superiority trial with a parallel HER2-negative cohort. *Lancet* 2010;375:377e84 ◀
15. Nuñez de Pierro A, et al. Histopathologic characteristics and related variables in a study of 4436 patients included in the Registry of Breast Cancer (RCM) of the Argentine Society of Mastology (SAM). Sociedad Argentina de Mastología, disponible en <http://www.samas.org.ar/archivos/eventos/1442.pdf> ◀

DEBATE

Dr. Uriburu: Me gustó mucho el diseño del trabajo, la prolijidad, los objetivos y cómo han visto los resultados que han tenido, así que empezamos por lo positivo. Han cumplido 18 de las 25 condiciones y varias de las que no cumplieron por ahí eran recomendadas y no obligatorias. Se entiende, como usted mostró, el déficit en reconstrucción mamaria o tal vez en utilización de trastuzumab en neoadyuvancia o tal vez en indicación de resonancia magnética y por eso se comprende que seleccionan los casos especialmente en aquellos que van a ir a neoadyuvancia como Ud. mencionó. Sí se vio que fue significativo y es un factor, pero todo se entiende tal vez por nuestra realidad en la salud pública, como la demora entre el diagnóstico y el inicio de los tratamientos. Ese fue un factor importante en déficit. Está muy bien hacer un control de calidad. En la Argentina seguramente desde nuestra Sociedad Argentina de Mastología, tendríamos que diseñar inspirados en estos criterios, nuestros indicadores propios y hacer periódicamente esta revisión de control de calidad. Cada uno de nosotros como unidades deberíamos hacer al menos una vez la revisión de estos parámetros, detectar las falencias y poner el esfuerzo en mejorarlas. En principio creo que sí, desde la Sociedad Argentina de Mastología es un punto a trabajar, al comienzo tal vez como una recomendación de la Subcomisión de Unidades de Mastología y en el futuro como un mecanismo de evaluación de la acreditación o reacreditación. Entonces "le tiro un centro" al Dr. Terrier, que es el coordinador de la acreditación de subunidades de mastología, para que siga con este hilo que me parece que desencadenó el trabajo de la Dra. Pizarro.

Dr. Terrier: Primero felicitarla a la Dra. Pizarro y a todo el equipo del Hospital Fernández. Quería comentar, de parte de la Sociedad, por si ustedes no lo conocen, el Programa, tiene algunos indicadores. Desde su momento cuando se lo desarrolló, fuimos conscientes de que no era simplemente copiar, sino debíamos adaptarlo a nuestro país y a

la realidad de los distintos lugares del país, del sistema público y del privado. En el futuro, hablamos justo hace una semana cuando fue el foro de expertos, es ir incrementando las exigencias, no por el solo hecho de exigir, sino por la mayor presencia de indicadores de calidad adaptados a nuestro medio que permitan certificar la calidad, no solo desde el punto de vista de la Sociedad, sino que cada centro la vaya confirmando año a año. Estoy totalmente de acuerdo con el trabajo y con todo lo que motiva el trabajo para seguir adelante.

Dr. Cuneo: Me pareció muy interesante el trabajo y viene bien esta autocrítica. Ustedes comentaron que tienen alrededor de 6 semanas de demora entre el diagnóstico y el tratamiento. Quería preguntar si esas pacientes tenían consultas previas en otros centros, porque la experiencia que yo tengo cuando uno evalúa eso, es mucho mayor la demora. No es culpa, por supuesto, del centro pero es la realidad que tenemos.

Dra. Pizarro: Sí, hay un porcentaje de pacientes que vienen con consultas previas, de hecho lo que yo mostré después de la mediana que eran 59 días pero hay un rango de pacientes que se operaron entre 10 días y hay otras que tardaron hasta 100 días. Las pacientes que tuvieron consultas previas en otros centros a veces nos resultan más sencillas porque ya vienen todas estudiadas, pero lo mayoría de las veces uno tiene que volver a solicitar algunos otros estudios o estudios faltantes y eso muchas veces nos retrasa aún más los tiempos. Hay un porcentaje de pacientes que vienen de segundas consultas o de otros centros.

Dr. Levit: Felicitarle a vos y al equipo, me pareció impecable, interesante y fue un gusto escucharle. La única pregunta que es muy concreta es, si tienen evaluadas medidas concretas para resolver este tema, que como ves en las dos primeras preguntas sale, que es la demora en la atención. Seguramente, como dice el Dr. Cuneo, debe ser mucho mayor probablemente o en la mayoría de

los hospitales públicos debe ser mayor, pero qué acciones concretas están evaluando más allá de lo que nosotros pensemos como Sociedad, internamente como servicio, para resolver esto. Es cáncer de mama, algo se debería hacer, se deberían mover hilos adentro que tal vez uno pueda analizar o estar pensando.

Dra. Pizarro: Gracias por la pregunta. Este trabajo fue y es un punto de partida. Por eso destaco su importancia. Nosotros estamos acostumbrados a leer los resultados de los trabajos y acá quisimos adentrarnos un poco más en el proceso justamente para poder identificar esas falencias, que es como correr un poco el foco del típico resultado final que puede ser supervivencia, recidiva o recaídas. Acá quisimos centrarnos en “el mientras tanto”. Eso creo que es un punto de partida para empezar a poder tomar acciones y cartas en el asunto. Gracias a esto y a la bibliografía que lo avala y a las comparaciones con otros centros, podemos elevar comunicados a lo que es Jefatura, Dirección, etc., como para que se pueda reorganizar y dentro de lo posible tratar de priorizar de esta manera, si bien estamos en una situación que no es la mejor este año. Me parece importante que esto tiene que ser un punto de partida, porque sin los datos básicos de decir: “nos está pasando esto o estamos fallando acá”, no podemos pedir cambios. Si tenemos números y datos concretos podemos con esa evidencia ir a solicitar algún tipo de cambio o modificación del sistema.

Dr. Levit: Si hay que analizar el núcleo, dónde está el problema, si está en la demora en los turnos, si faltan médicos, si faltan salas de consultorio, turnos prequirúrgicos para adelantar, hay tantas herramientas que uno puede tomar, pero hay que identificar porque tal vez el problema son dos o es un problema multifactorial, me parece que en este ítem que es el que más llama más la atención, es impecable, es un placer escucharlo, te vuelvo a repetir. A mí el trabajo de gestión me encanta escuchar esto, pero la verdad es que me parece que hay mucho para trabajar a partir de acá para que esto sea provechoso.

Dra. Pizarro: Tal cual, es una realidad y es el punto de partida. Esto es un análisis continuo, no sirve de nada hacerlo hoy y nunca más sino que la mejora sea a partir de estas cosas.

Dr. Cassab: Felicitarle por el trabajo. Cuando uno hace este tipo de recolección de datos es bastante tedioso, sacar todas estas estadísticas y lo que nos falta. Observé que están operando entre 4 y 5 pacientes por mes en promedio de cáncer de mama, para un hospital como el Fernández que es un centro de referencia y tiene excelentes mastólogos, por ahí me parecía poco y quería saber si hicieron algún tipo de comparación, no solo con los protocolos europeos, si no con el resto de unidades nacionales para ver en qué situación estamos.

Dra. Pizarro: Sí, el número de pacientes es ese, aproximadamente entre 50 y 60 al año. No realizamos inicialmente una comparación multicéntrica. Es una buena observación como para tenerlo en cuenta en un futuro trabajo. La principal limitante es la disponibilidad de los turnos quirúrgicos, es nuestra barrera. Ese tiene que ser nuestro primer factor a tratar de mejorar. Estaría bueno comparar diferencias entre sistema público versus privado como para ver qué datos nos pueden servir desde el punto de vista logístico o metodológico para mejorar esto.

Dr. Uriburu: Muchas gracias Dra. Pizarro y colaboradores una vez más felicitaciones por el prolijo trabajo y reconocemos que hacer esto a nivel del ámbito público es más a pulmón, es más el esfuerzo, así que doblemente felicitaciones.