



## Revista de Senología y Patología Mamaria

www.elsevier.es/senologia



### COMUNICACIONES ORALES

## VII Reunión de la Sección de Enfermería y Técnicos de Senología

Barcelona, 19-20 de octubre de 2012

### 2D VERSUS 3D

E. Doncel García, M. Gómez González, V. Gómez Bermúdez, M.J. González, M. Carrasco Larrosa, M.M. Villa Lago, C. Aynés Suárez, R. Ariza García y L. Navarro García

UDIAT CD, Sabadell, Barcelona.

**Introducción:** En esta comunicación, pretendemos comparar el tiempo estimado en realizar una mamografía 2D y una mamografía 2D + 3D [tomografía] (es decir: mamografía “Combo”), mostrando a la vez la eficacia de éste, quedando comprobado el bajo número de recitaciones.

**Métodos:** En este estudio comparamos entre 100 pacientes el tiempo que tardamos en realizar una mamografía 2D en un mamógrafo digital directo de campo completo de la casa comercial Hologic, modelo Selenia y una mamografía “Combo” con un mamógrafo digital directo de campo completo + tomosíntesis de la casa Hologic, modelo Selenia Dimensions, desde el momento en que la paciente entra en la sala hasta que se marcha.

**Resultados:** Los resultados de dicho estudio muestran que la diferencia de tiempo al realizar una mamografía “combo” y una mamografía 2D, es mínima, ofreciéndonos mayor información a la mamografía “combo” en casi el mismo tiempo de realización y disminuyendo el número de recitaciones en las pacientes.

**Conclusiones:** Concluimos demostrando que la tomosíntesis combinada con la mamografía 2D aporta más información y disminuye así el número de recitaciones en igualdad de tiempo.

### CRIBADO OPORTUNISTA EN LAS MUJERES CON ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER DE MAMA EN EL HOSPITAL DE TERRASSA

J. Doménech Medina, I. Pascual, J.M. Laín y G. Lloret

Servicio de Ginecología, Unidad de Patología Mamaria, Unidad de Consejo Genético, Servicio de Oncología (IOV), Hospital de Terrassa, Barcelona.

**Introducción:** Tener un familiar de primer grado (madre o hermana) es el factor de riesgo más importante después de la edad para tener cáncer de mama. Se incrementa en 1,5-2 si la edad de diagnóstico es inferior a los 50 años o es bilateral. El riesgo a lo largo de la vida (80 a) es del 7,8% si no hay ningún familiar, al 13,3% si hay un familiar de primer grado y al 21,1% si hay dos.

**Objetivo:** Detección mediante cribado oportunista de las mujeres con riesgo moderado por antecedentes familiares. Ofrecer un seguimiento clínico adecuado a estas mujeres con más riesgo de sufrir cáncer de mama que la población general y a las de bajo riesgo darles la suficiente información para tranquilizarlas a pesar de su historia familiar.

**Métodos:** En la consulta de enfermería de Patología Mamaria, con los antecedentes familiares obtenidos, mediante el programa BOADI-CEA se expresa el porcentaje de riesgo. La historia familiar y personal debe incluir: información de al menos tres generaciones indicando todos los casos de cáncer, la edad del diagnóstico o de defunción y la afectación bilateral. Según el porcentaje de riesgo estimado se clasifican en: Riesgo bajo: inferior al 15%. Tiene el mismo riesgo que el resto de la población y el seguimiento será el del Programa de Cribado Poblacional de Cataluña. Riesgo moderado: entre un 15-24%. Hay estudios que parecen confirmar una mayor incidencia en este grupo en comparación con las de la misma edad de bajo riesgo y una mayor incidencia de cánceres de intervalo. Este hecho y un período subclínico de detección del cáncer inferior a 2 años, justificaría la realización de exploración clínica mamaria y mamografía anual en mujeres de 35 a 50 años. Riesgo alto: igual o superior al 25%. Se deriva a la Unidad de Consejo Genético, tras reevaluar, seguirá los controles de riesgo hereditario según criterio.

**Resultados:** Desde enero de 2010 a mayo de 2012 se han visitado un total de 533 mujeres, 429 con riesgo bajo, 82 con riesgo moderado, 3 con riesgo alto, 13 no cumplían criterios, 6 no tenían suficiente información.

**Conclusiones:** Las mujeres de bajo riesgo tienen la suficiente información para tranquilizarse después del resultado, a pesar de su historia familiar. De esta manera podemos racionalizar la detección y el seguimiento de mujeres de riesgo moderado, evitando practicar mamografías de dudosa efectividad y ampliar la población cribada.

### LO QUE LA MAMOGRAFÍA NO VE...

M.M. Villa Lago, E. Doncel García, M. Carrasco Larrosa, V. Gómez, A. Martín, C. Aynés, L. Tortajada, M. Gómez González, R. Ariza García, M.J. Alonso y L. Navarro García

UDIAT CD, Sabadell, Barcelona.

**Introducción:** La realización de las mamografías no es sólo una técnica de Rx y de atención al paciente, también el TSDI ha de sa-

ber identificar, registrar y comunicar hallazgos o situaciones del paciente que puedan interferir en la lectura mamográfica. Fundamentalmente cuando el escenario son los programas de cribado poblacional. El técnico debería de ser capaz de reconocer hallazgos normales y anomalías.

**Métodos:** Se describen diferentes casos y situaciones que pueden alterar la percepción de lesiones o la valoración mamográfica: relacionados con el procedimiento técnico, relacionados con la paciente, cosas no usuales que pueden inducir a errores de interpretación. Se aportan imágenes mamográficas obtenidas en nuestra unidad de mama. Se da especial importancia a las observaciones que el técnico aporta en cada exploración y que el radiólogo puede ver en su estación de trabajo en el momento de hacer el informe. Dicha información puede ser relevante para el diagnóstico. Es fundamental que el técnico tenga una formación continua para poder detectar correctamente cualquier detalle. Trabajo en equipo: comunicación radiólogo-técnico. Tranquilidad y seguridad de las pacientes.

**Conclusiones:** Es responsabilidad del técnico informar al radiólogo de los hallazgos que considere relevantes y que pueden modificar el informe mamográfico. El rigor metodológico por parte del técnico puede evitar yatrogenia a las pacientes, tanto por la propia recitación como por la realización de procedimientos innecesarios.

## LOCALIZADORES PREQUIRÚRGICOS

M. Gómez González, R. Ariza García, M.J. Alonso, C. Aynés Suárez, V. Gómez Bermúdez, M. Carrasco Larrosa, E. Doncel García y M.M. Villa Lago

*UDIAT CD-CSPT, Sabadell, Barcelona.*

**Introducción:** Una lesión no palpable ya diagnosticada y siendo necesaria su extirpación quirúrgica, necesita de un localizador (*marcador*) para facilitar la labor del cirujano. Existen distintas maneras de localizar las lesiones como pueden ser el arpón (un marcador metálico) el ROLL (*Radioguided Occult Lesion Localization*) o el SNOLL (*Sentinel Node Occult Lesion Localization*). Estas dos últimas se realizan conjuntamente con el servicio de medicina nuclear, ya que se inyectan radiotrazadores y en el caso del SNOLL se realiza a la vez la localización del ganglio centinela.

**Objetivo:** Dar a conocer los diferentes localizadores prequirúrgicos utilizados en nuestro servicio para la realización de la intervención quirúrgica.

**Conclusiones:** Importancia de una correcta localización prequirúrgica de las lesiones a intervenir. Mantener una comunicación activa multidisciplinar entre los servicios de cirugía, radiología ma-

maria y medicina nuclear. Priorizar la información y atención del paciente.

## NUEVOS ROLES PROFESIONALES EN PATOLOGÍA MAMARIA

L.M. Gisbert Tomás

*Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Universitario de la Ribera, Alzira, Valencia.*

En España, por definición, todos los enfermeros son profesionales y están capacitados para realizar las cuatro funciones de la Enfermería: asistencial, administrativa, docente e investigadora. Los avances tecnológicos y la creación de las Unidades de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama han conseguido disminuir la radicalidad en la exéresis de los tumores y, con la validación de la biopsia selectiva del ganglio centinela, también se ha conseguido tratar la axila de forma más conservadora. Las técnicas quirúrgicas son menos agresivas, con menos complicaciones y utilizan suturas reabsorbibles. Nuestra labor técnica se centra en el manejo de los drenajes y de los seromas. El tratamiento del cáncer tiene que ser multidisciplinar y con el cambio en las necesidades, Enfermería se incorpora para formar parte de este grupo y del Comité. El proceso asistencial para conseguir llegar a una solución terapéutica adecuada se inicia cuando una paciente se presenta en el Comité con el diagnóstico confirmado histológicamente o ante la sospecha radiológica y esto implica que Enfermería debe conocer todo lo relacionado con la paciente y el Hospital. Tiene que ofrecer un cuidado integral y especializado, mejorar la calidad asistencial y garantizar un resultado favorable durante todo el proceso, además de dar soporte psicosocial. Básicamente, es una función de coordinación de los servicios implicados en el diagnóstico, que nos lleva a la gestión de casos, por lo que es labor asistencial y administrativa. Enfermería tiene que estar al corriente de todas las incidencias que aparecen durante el diagnóstico, facilitar el preoperatorio, revisar las recomendaciones del anestesiista, colaborar en la planificación de los partes de quirófano, citar las técnicas pre-quirúrgicas, comunicarse con los Servicios implicados en la cirugía, dar las instrucciones preoperatorias y las recomendaciones para el alta. Tiene que estar disponible para que la paciente sepa donde tiene que acudir ante cualquier duda o incidencia porque es el vínculo con el Hospital, el enlace entre los facultativos y el referente para paciente y familia. En una Unidad de Mama, forma parte del grupo multidisciplinar como un miembro más, aporta sus conocimientos y técnicas y puede intervenir sugiriendo cambios de ciertos procesos en función de su valoración global sobre la paciente y su entorno social y emocional durante todo el tratamiento. Es fundamental la educación sanitaria e incluso implicarse en consejos nutricionales.