Cáncer de mama

Proceso Asistencial

Junta de Andalucía
Consejería de Presidencia, Sanidad y Emergencias

Cáncer de mama

Proceso Asistencial

CÁNCER de mama [Recurso electrónico] :
proceso asistencial /[Autores/as: Acebal
Blanco, Mª Mercedes (coordinadora científica)..
.et. al.]. -- 4ª ed. -- [Sevilla] : Consejería de Presidencia,
Sanidad y Emergencias, 2026.
Texto electrónico (pdf), 135 p.
1. Neoplasias de la mama. 2. Calidad de la atención
de salud. 3. Guía de práctica clínica. 4. Andalucía. I. Acebal
Blanco, María Mercedes II. Andalucía. Consejería de
Presidencia, Sanidad y Emergencias.
WP 870

1ª edición: 2002
2ª edición: 2005
3ª edición: 2011
4ª edición: 2026

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License

Título: Proceso Asistencial Cáncer de mama

Edita: Consejería de Presidencia, Sanidad y Emergencias. Junta de Andalucía. 2026

Maquetación: Kastaluna

Consejería de Presidencia, Sanidad y Emergencias:
https://www.juntadeandalucia.es/organismos/sanidadpresidenciayemergencias.html
Repositorio Institucional de Salud de Andalucía: https://repositoriosalud.es/

Autoría

Autores/as:

Acebal Blanco, M.ª Mercedes (Coordinadora científica)

Médico. Especialista en Radiodiagnóstico. Unidad de Gestión Clínica Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Fernández Gutiérrez, Beatriz (Coordinadora metodológica)

Médico. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Dispositivo Apoyo Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga-Axarquía. Málaga.

Ávila Perez, Macarena

Médico. Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Bernal Bernal, Roberto

Médico. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Puerto Real. Distrito Sanitario Bahía de Cádiz- La Janda. Cádiz.

De la Cruz Merino, Luis

Médico. Especialista en Oncología Médica. Unidad de Gestión Clínica de Oncología Médica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

De León Carrillo, José Manuel

Médico. Doctor y especialista en Cirugía General y Aparato Digestivo. Ex miembro de la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Espinosa Calvo, María

Médico. Especialista en Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

González Montero, Mª Carmen

Enfermera. Asesora Técnica Servicio Coordinación, Gestión y Evaluación/ Subdirección de Accesibilidad y Gestión de Centros Hospitalarios. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla.

Maañón Di Leo, José Claudio

Médico. Especialista en Obstetricia y Ginecología. Unidad de Gestión Clínica de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Costa del Sol. Marbella. Málaga.

Martín Salvago, María Dolores

Médico. Especialista en Anatomía Patológica. Unidad de Gestión Clínica de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Jaén.

Autores/as:

Martínez Bautista, María José

Farmacéutica. Especialista en Farmacia Hospitalaria. Unidad de Gestión Clínica de Farmacia. Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Muñoz Lucero, Mª Teresa

Enfermera. Práctica Avanzada en Proceso Oncológico Complejo (EPA-POC). Complejo Hospitalario Universitario Puerta del Mar-San Carlos. Cádiz

Muros de Fuentes, Begoña

Farmacéutica jubilada en la Unidad de Oncohematología. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Forcada Falcón, Mercedes

Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Jefa del Servicio de Calidad y Procesos . Secretaría General de Humanización, Calidad y Planificación Asistencial. Consejería de Presidencia, Sanidad y Emergencias.

Colaboradores:

Henao Carrasco, Fernando Manuel

Médico. Especialista en Oncología Médica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

Conflicto de interés:

Todos los autores y las autoras han realizado una declaración de intereses, que consta en el Servicio de Calidad y Procesos.

Revisión interna:

Consejería de Presidencia, Sanidad y Emergencias.

- Estrategia de Cáncer Andalucía
- Estrategia para la Seguridad del paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía
- Estrategia de Bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía
- Estrategia de Cuidados de Enfermería de Andalucía
- Plan Andaluz de Cuidados Paliativos
- Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía

Servicio Andaluz de Salud.

- Subdirección de Farmacia y Prestaciones
- Subdirección de Programas y Desarrollo
- Subdirección de Gestión Sanitaria de Atención Primaria

Revisión externa: De las sociedades científicas y asociaciones de pacientes consultadas, se han recibido aportaciones de:

- Sociedad Andaluza de Oncología Médica (SAOM)
- Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR)
- Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC)
- Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia de Andalucía (SEMG Andalucía)
- Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia (SAGO)
- Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC)
- Asociación de Enfermeras de Hospitales de Andalucía (ASENHOA)
- Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria (SESPM)
- Sociedad Española de Diagnóstico por la Imagen de la Mama (SEDIM)
- Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (SADECA)
- Asociación Española contra el Cáncer (AECC)
- Asociación de Mujeres Mastectomizadas de Andalucía (AMMA)

Presentación

Desde hace más de una década, el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) puso en marcha un plan para la gestión del conjunto de actuaciones que nos permiten desarrollar una asistencia sanitaria de calidad.

El Proceso Asistencial se ha reafirmado como una herramienta de mejora continua, ordenando los diferentes flujos de trabajo, integrando el conocimiento actualizado y mejorando los resultados en salud, todo ello gracias a la implicación de los profesionales y a su capacidad para introducir la idea de mejora continua en la calidad de sus procesos.

En estos años, se ha tratado de depurar la descripción del Proceso Asistencial incorporando en las actividades las características de calidad relacionadas con las estrategias y derechos consolidados en el SSPA, la efectividad clínica, la seguridad del paciente, la información que han de recibir las personas y sus familiares, la toma de decisiones compartida, la mejora en la aplicación del consentimiento informado, la humanización de la atención sanitaria, el uso adecuado de medicamentos y aspectos como la metodología enfermera basada en NOC (*Nursing Outcomes Classification*), intentando disminuir la variabilidad no explicada de las actuaciones en salud y mejorando la coordinación de las mismas.

En los últimos años se ha estado trabajando para que los Procesos Asistenciales que se publiquen, junto a los Documentos de Apoyo que se han elaborado para completarlos, respondan a las necesidades de los profesionales, de los pacientes y de las personas que afrontan la gestión, haciéndolos más prácticos y útiles e incluyendo aspectos que aporten valor, como el uso adecuado de las tecnologías y la participación de las personas afectadas a través de la colaboración con las asociaciones, favoreciendo la incorporación de la humanización y la ética en todas las etapas de los procesos.

Cada una de las publicaciones que se presentan, nuevas o revisadas, surgen de la priorización, en base al análisis de cómo se abordan las distintas patologías, la revisión del conocimiento disponible a partir de una búsqueda estructurada y creando una propuesta razonable y coherente con dicha evidencia y los recursos disponibles en el Servicio Andaluz de Salud, que recoja las recomendaciones clave para mejorar la atención sanitaria y los resultados en salud.

Miramos al futuro con el firme propósito de seguir construyendo un sistema de salud que se adapta, evoluciona y responde con humanidad, evidencia y profesionalidad a las necesidades reales de la ciudadanía andaluza.

Mi agradecimiento a todos los profesionales que integran el SSPA por su contribución a una atención sanitaria humanizada y de calidad.

Silvia Maraver Ayala
Secretaria General de Humanización, Calidad y Planificación Asistencial

Índice

Recomendaciones clave / 11

Introducción / 13

Aspectos metodológicos / 14

Definición / 22

Descripción general / 24

Componentes: profesionales, actividades, características de calidad / 26

Recursos / 110

Representación gráfica del PA / 113

Indicadores / 115

Anexos / 122

Acrónimos / 129

Bibliografía / 132

Recomendaciones clave

Estas recomendaciones clave responden a las características de calidad que, según el grupo elaborador, aportan más valor al resultado final. Su grado de recomendación responde al asignado por el grupo siguiendo la metodología establecida en el subapartado "Aspectos metodológicos" de la Introducción.

Recomendaciones clave	Grado
La historia clínica y la exploración física irán orientadas a la confirmación de la sospecha diagnóstica e identificación de signos y/o síntomas de alarma como: • nódulo palpable (incluyendo masa, engrosamiento/nodularidad asimétrica de nueva aparición, aumento asimétrico del tamaño de la mama o cambio en la forma/contorno); • secreción patológica (unilateral, unipórica, espontánea, clara o sanguinolenta, persistente y reproducible); • cambios cutáneos y/o del complejo areola-pezón (CAP): piel de naranja, edema, inflamación, eritema, excoriación, descamación, úlcera, inversión/retracción; • nódulo axilar unilateral, solamente si es sospechoso de ser una adenopatía; • mastalgia unilateral, focal, no cíclica de más de 6 semanas de duración y sin respuesta a tratamiento (dolor persistente o severo).	*Categoría 2A*[1]
Cuando proceda hacer biopsia percutánea (BI-RADS 4 y 5, y categoría BI-RADS 3 en las que hay un incremento significativo del riesgo o sospecha clínica), se realizará preferentemente en acto único y siempre después de las pruebas de imagen.	*Categoría 2A*[1]
La biopsia con aguja gruesa (BAG) o biopsia asistida por vacío (BAV) permite confirmar histológicamente el diagnóstico de cáncer de mama.	*Categoría 2A*[1, 2]
Se realizará un informe anatomopatológico según protocolo de todos los carcinomas invasivos y no invasivos de mama.	*AG*[2]
Todos los casos, tras realizar el estudio y tener el diagnóstico, serán valorados por el Comité Multidisciplinar de Cáncer de Mama (CMCM).	*Recomendación NICE*[3] *Categoría 2A*[2]
La Biopsia Selectiva de Ganglio Centinela (BSGC) es el procedimiento estándar de estadificación axilar en personas sin evidencia de afectación axilar en la ecografía o biopsia guiada.	*Recomendación NICE*[3] *Categoría 1*[2]
La radioterapia postmastectomía (PMRT) está recomendada en personas con tumores T3-T4 y/o en personas con ganglios axilares positivos especialmente en presencia de factores de riesgo adicionales.	*Recomendación NICE*[3] *Categoría 1*[2]

Recomendaciones clave	Grado
Ofrecer reconstrucción mamaria inmediata a mujeres a las que se les ha aconsejado someterse a una mastectomía, incluyendo a aquellas que pueden necesitar radioterapia (RT), a menos que tengan comorbilidades que excluyan la cirugía reconstructiva.	*Recomendación NICE*[3] *Categoría 2A*[2]
Se realizará Informe de Alta (Informe Único de Alta), que incluirá: información de contacto y responsables del tratamiento, diagnóstico específico y estadio, tratamiento realizado, toxicidad o efectos secundarios esperados, plan de seguimiento con posible terapia adyuvante, seguimiento con técnicas de imagen, responsable del seguimiento y programa de visitas, recomendaciones para el autocuidado, vida saludable y reducción del riesgo.	*AG*[3]
Se recomienda biopsiar la enfermedad metastásica en el momento de la presentación o en la primera recurrencia como parte del estudio diagnóstico en pacientes con enfermedad recurrente o en estadio IV. Esto garantiza una determinación precisa de la enfermedad metastásica/recurrente y la histología tumoral, y permite la determinación de biomarcadores (receptores hormonales, Ki-67, HER-2, y en los casos que proceda: PD-L1, PI3K, ESR1) para poder aplicar un tratamiento personalizado de precisión.	*AG*[4, 5]

Recomendaciones clave NO HACER	Grado
No realice mamografía de los tejidos blandos ipsilaterales después de la mastectomía.	*Recomendación NICE*[3]
Los falsos positivos en la resonancia magnética (RM) de mama son frecuentes. Las decisiones quirúrgicas no deben basarse únicamente en los hallazgos de la misma. Se recomienda tomar muestras de tejido adicionales de las áreas de interés identificadas mediante la RM de mama, siempre que suponga un cambio en el planteamiento quirúrgico inicial.	*Categoría 2A*[2]
No realice seguimiento basado en pruebas diagnósticas (analíticas/ marcadores tumorales/Tomografía de emisión de positrones-PET-/Tomografía Computerizada -TC-/ Gammagrafía ósea -GGO-) en personas asintomáticas. No hay datos de que produzcan ningún beneficio en la supervivencia.	*AG*[2]
No utilice de manera rutinaria ultrasonido o RM para la vigilancia post-tratamiento en personas que han tenido tratamiento por cáncer de mama invasivo o CDIS.	*Recomendación NICE*[3]

Introducción

El cáncer de mama constituye hoy un reto de primer orden para la salud pública, no solo por su elevada incidencia, sino también por su impacto en la mortalidad y por el crecimiento progresivo de su prevalencia[6, 7]. Es el tumor maligno más frecuente entre las mujeres en España, con una incidencia estandarizada cercana a **131 casos por cada 100.000**[8], una cifra que se mantiene por debajo de la media de la Unión Europea[9]. Esta situación favorable se ha mantenido durante la última década, aunque el volumen absoluto de casos continúa creciendo debido al envejecimiento poblacional y a la mejora sostenida en la supervivencia.

En términos de carga de enfermedad, el cáncer de mama representa aproximadamente el **31% de los diagnósticos oncológicos nuevos en mujeres en España**[8]. La mayor supervivencia, junto con el envejecimiento demográfico, ha incrementado de forma significativa la prevalencia, configurando un grupo creciente de mujeres que conviven con la enfermedad o que han superado el proceso oncológico. La **prevalencia a cinco años** ha aumentado cerca de un **25% en la última década**, en consonancia con la tendencia observada en los países europeos[8].

La evolución del pronóstico del cáncer de mama en España ha sido especialmente favorable en las últimas décadas. Aunque la mortalidad mantiene un descenso progresivo [10], el indicador que mejor refleja la mejora global es la **supervivencia neta a cinco años**, que ha aumentado de manera sostenida. Según los datos más recientes de REDECAN, la supervivencia neta a cinco años para el cáncer de mama se sitúa en torno al **87%**, superando el **90%** en algunos grupos etarios[8]. Estos resultados posicionan a España entre los países con mejores indicadores de supervivencia de Europa y evidencian el impacto conjunto del cribado poblacional, el acceso a las terapias más eficaces y la consolidación de modelos asistenciales coordinados y multidisciplinares.

El cribado mamográfico poblacional, implantado de forma progresiva en Andalucía desde marzo de 1995, alcanzó a finales de 2002 la cobertura completa de la población diana de 50 a 69 años, consolidándose como la estrategia fundamental de detección precoz. En la actualidad, el programa se dirige a mujeres de 49 a 71 años, a quienes se realiza una mamografía bienal siguiendo un protocolo de doble lectura independiente no consensuada, técnica que incrementa la detección de cánceres entre un 5% y un 15%. La estrategia actual del Ministerio de Sanidad contempla la ampliación progresiva del rango de edad del cribado, en línea con la recomendación europea de avanzar hacia un rango de 45-74 años.

Los avances terapéuticos han desempeñado un papel decisivo en la evolución del pronóstico y la disminución de la mortalidad. La **cirugía conservadora**, posible gracias al diagnóstico temprano y al progreso de las terapias adyuvantes, representa ya el **61,4% de las intervenciones**[10]. España mantiene un elevado acceso a **tratamientos sistémicos innovadores**, con un **62% de las nuevas indicaciones oncológicas financiadas públicamente**[8], lo que garantiza la equidad y mejora los resultados clínicos en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

La patología mamaria exige un abordaje multidisciplinar, tanto en las actividades de detección precoz como en el diagnóstico y tratamiento, al estar implicados una gran variedad de profesionales tanto del ámbito de la Atención Primaria (AP) como de Atención Hospitalaria (AH) siendo, además imprescindible una perfecta coordinación que garantice la continuidad asistencial. La ventaja de la implicación de un grupo de profesionales de distinta formación y área de conocimiento es clara, pues se garantiza la respuesta a todos los aspectos de la enfermedad y expectativas de la persona. Los **comités de tumores** y las **unidades de mama** constituyen estructuras esenciales para asegurar la coordinación efectiva, la toma de decisiones basada en la evidencia y la continuidad asistencial en todas las fases del proceso.

El cáncer de mama no es únicamente un problema clínico: es un acontecimiento biográfico. Irrumpe en la vida de una persona y de su entorno afectando a la imagen de sí misma, a su cuerpo, a su sexualidad, a su vida laboral, a sus planes de maternidad y a la manera en que mira su propio futuro. Por eso este Proceso Asistencial se construye sobre la excelencia técnica y el cuidado de la persona, objetivos que compiten entre sí, sino que son exigencias de una misma calidad.

En este contexto, el **Proceso Asistencial de Cáncer de Mama** de la Consejería de Presidencia, Sanidad y Emergencias se concibe como una herramienta estratégica para estandarizar los itinerarios clínicos, reducir la variabilidad asistencial, mejorar los resultados en salud y garantizar una atención homogénea y de alta calidad. Su finalidad es ofrecer un modelo de asistencia integral centrado en la paciente.

Aspectos metodológicos

La metodología empleada para la elaboración de este Proceso Asistencial (PA) responde a una adaptación de las recomendaciones de las guías de práctica clínica (GPC) basadas en nuevas evidencias disponibles en la literatura científica en relación a la atención de personas con cáncer de mama.

Identificación de guías de práctica clínica

Este documento pretende dar respuesta a la pregunta: ¿cuáles son las últimas recomendaciones sobre el manejo clínico del cáncer de mama?

Se realizó una búsqueda sistemática no exhaustiva de la literatura utilizando estrategias de búsqueda estructuradas según el formato PICO (Población, Intervención, Comparador y Resultados) para identificar los principales estudios recientes y relevantes relacionados con la asistencia y manejo de los/las pacientes con cáncer de mama (tabla 1). Asimismo, se definieron los criterios de inclusión y exclusión.

Tabla 1: Pregunta de investigación según formato PICO

Población	Persona que presenta signos y/o síntomas de sospecha o hallazgos en pruebas diagnósticas con técnica de imagen sospechosos de malignidad.
Intervenciones	Cualquier intervención preventiva, de diagnóstico, terapéuticas, de seguimiento y de cuidados proporcionados por los distintos niveles asistenciales.
Comparador	Cualquier comparador.
Resultados	Cualquier resultado en salud.
Diseño	Guías de práctica clínica (GPC).

El periodo de búsqueda se desarrolló durante enero de 2025 y las búsquedas se limitaron por tipo de estudio a GPC cuyo año de publicación fuera posterior a 2020 (inclusive) y por idioma (español e inglés). El desarrollo de la estrategia de búsqueda fue específico para cada una de las bases de datos y sitios web consultados.

En primer lugar, se realizó una consulta en lenguaje natural de Tripdatabase para orientarnos sobre los países e instituciones que están produciendo guías sobre el cáncer de mama. Posteriormente se inició la estrategia de búsqueda mediante palabras claves (*breast cancer,* cáncer de mama*, management*) y no se establecieron comparadores ni resultados para localizar todos los documentos posibles. Se han consultado las siguientes bases de datos y organizaciones: GuíaSalud, *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN), *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* (CADTH), *Belgian Health Care Knowledge Centre* (KCE), *Healthcare Improvement Scotland* (HIS), *Swedish Agency For Health Technology Assessment And Assessment Of Social Services* (SBU), *Canadian Medical Association* (CMA) *Infobase: Clinical Practice Guidelines Database* (CPGs), *Guidelines International Network* (G-I-N), *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN), *Cancer Australia Guidelines*, *British Columbia Guidelines*, *Guidelines and Protocol Advisory Committee* (GPAC), *Cancer Care Ontario* (CCO), Sociedades científicas (SESPM, SEOM, ESO, ESMO, EUSOMA, ASCO, ASBrS, SITC, ASTRO, MASCC, SEAP, etc.).

Una vez localizados los documentos, se excluyeron las guías encontradas en la búsqueda que abordaban aspectos muy específicos (poblaciones especiales, o tumores concretos, determinadas intervenciones, aspectos terapéuticos novedosos, etc...) relacionados con el cáncer de mama, así como las que responden a patologías o aspectos descritos en la definición que no se van a abordar en el Proceso Asistencial.

Sin embargo, en varias de las bases o instituciones consultadas observamos que, por su extensión, sobre cáncer de mama frente a existir una guía unificada, existen documentos separados para cáncer en estadio inicial o cáncer avanzado, cáncer hereditario/familiar, etc., siendo alguno de ellos sitios de reconocida referencia, o teniendo asociados documentos parciales más actualizados, por lo que procedimos a su selección.

Resultados de la búsqueda

Como resultado de la búsqueda desde 2020 hasta enero de 2025 se obtuvieron un total de 761 referencias para guías en Tripdatabase relacionadas con el manejo del cáncer de mama. En las diferentes bases de datos y organizaciones se obtuvieron un total de 82 guías. De ellos, 3 fueron duplicados, 19 se excluyeron por ser documentos distintos a GPC y de las restantes, en base al título y el resumen, se eliminaron 44 referencias por tratar temas concretos o cumplir alguno de los criterios de exclusión.

Por tanto, cumplían criterios de inclusión 16 GPC, tres de ellas de origen nacional (elaboradas por GEICAM, SEOM y SOLTI), seis europeas (elaboradas por ESO, ESMO y EUSOMA) y el resto de ámbito internacional (elaboradas por NICE, NCCN y CCO). Durante el proceso de elaboración del documento se ha monitorizado la publicación de nuevas actualizaciones o publicaciones recientes.

Tabla 2: Guías seleccionadas en la elaboración del Proceso Asistencial Cáncer de mama.

BASE DE DATOS	GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA
GUIASALUD. GEICAM (Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama)	1. Guía GEICAM de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento Neoadyuvante del Cáncer de Mama (Edición 23/4/2021. Última modificación: 9/3/2022)[11]
Cancer Care Ontario (CCO)	2. *Management of Ductal Carcinoma in Situ of the Breast* (2024)[6]
Sociedad Española de Oncología Médica SEOM-GEICAM-SOLTI	3. Guía Clínica SEOM-GEICAM-SOLTI de cáncer de mama en estadio temprano (2022)[7] 4. Guía Clínica SEOM-GEICAM-SOLTI de cáncer de mama avanzado (2022)[5]
NICE	5. *Early and locally advanced breast cancer: diagnosis and management.* (NG101 (Publicada el 18 Julio 2018. Última actualización: 14 abril 2025)[3] 6. *Familial breast cancer: classification, care and managing breast cancer and related risks in people with a family history of breast cancer. Clinical guideline* [CG164] (Publicada en junio de 2013. Última actualización 14 noviembre 2023)[12]
National Comprehensive Cancer Network (NCCN)	7. *Breast Cancer* (Version 5.2025)[2] 8. *Breast Cancer Risk Reduction* (Version: 1.2026)[13] 9. *Breast Cancer Screening and Diagnosis* (Version: 2.2025)[1] 10. *Genetic/ familial High-Risk Assessment: Breast, Ovarian, Pancreatic, and Prostate* (Version 1.2025)[14]
European School of Oncology (ESO)	11. *ESO-ESMO 4th International Consensus Guidelines for Breast Cancer in Young Women* (BCY4) (2020)[15] 12. *5th ESO-ESMO international consensus guidelines for advanced breast cancer* (ABC 5)(2020)[16] 13. *6th and 7th International consensus guidelines for the management of advanced breast cancer* (ABC guidelines 6 and 7)(2024)[17]
European Society For Medical Oncology (ESMO)	14. *Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up* (2023)[4] 15. *Risk reduction and screening of cancer in hereditary breast-ovarian cancer syndromes: ESMO Clinical Practice Guideline* (2022)[18]
European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA)	16. *European guidelines for the diagnosis, treatment and follow-up of breast lesions with uncertain malignant potential (B3 lesions) developed jointly by* EUSOMA, EUSOBI, ESP (BWG) *and* ESSO (2024)[19]

Evaluación de la calidad de las GPC identificadas

Todas las guías seleccionadas fueron evaluadas con el instrumento AGREE II obteniéndose una valoración para cada una de ellas. La descripción detallada de la evaluación facilita la adaptación de las guías, ya que permite identificar las fortalezas y debilidades metodológicas de las guías seleccionadas y los detalles relacionados con el contexto de aplicación. Esta evaluación se llevó a cabo por el Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

En el caso de las guías elaboradas por la SEOM[5, 7], la metodología no estaba disponible, por lo que no se pudieron evaluar. La guía GEICAM[11] y las cinco guías de la ESO-ESMO[4, 15, 16, 17, 18] fueron evaluadas como no recomendables.

En conclusión, las guías seleccionadas para la actualización y valoradas como recomendables fueron ocho: una guía europea EUSOMA- EUSOBI- ESP- ESSO[19], dos guías inglesas (NICE *advanced breast cancer*[3] y NICE *familial breast cancer*[12]), las cuatro guías estadounidenses NCCN[1, 2, 13, 14] y una guía canadiense CCO[6]. En la tabla 3 se puede ver la valoración de todas ellas tras su evaluación con la herramienta AGREE II.

Tabla 3: Resultados de la evaluación de la calidad de las guías (AGREE).

GPC	Alcance y objetivo	Participación de los implicados	Rigor en la elaboración	Claridad y presentación	Aplicabilidad	Independencia editorial
NCCN. *Breast Cancer Screening and Diagnosis*[1] 2025	97%	83%	89%	100%	27%	100%
NCCN *Breast Cancer*[2] 2025	100%	81%	89%	100%	27%	100%
NICE. *advanced breast cancer*[3] 2025	100%	94%	100%	100%	100%	100%
CCO. *CDIS*[6] 2024	100%	100%	100%	100%	71%	100%
NICE. *Familial breast cancer*[12] 2023	100%	100%	100%	100%	100%	100%
NCCN. *Risk Reduction*[13] 2025	100%	86%	89%	100%	27%	100%
NCCN. *Genetic/ familial*[14] 2025	100%	94%	91%	100%	27%	100%
EUSOMA-EUSOBI-ESP-ESSO[19] 2024	100%	72%	83%	100%	46%	100%

Por último, junto con las GPC seleccionadas, se han utilizado otros documentos complementarios como bibliografía a tener en consideración para justificar alguna de las recomendaciones o de las características de calidad propuestas por el grupo (*AG*), en ausencia de contenido en las GPC utilizadas. Estos documentos han sido incorporados a lo largo del proceso por los miembros del grupo como soporte de dichas propuestas, como es el caso de indicadores de calidad de cáncer de mama no metastásico (EUSOMA 2023)[20], algunos aspectos generales en el Manual de Práctica Clínica en Senología (5ª edición. Octubre 2025)[21] y la Vía clínica de cáncer de mama, ambos de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria[22], o aspectos sobre radiación postmastectomía en la guía ASTRO/ASCO/SSO (2025)[23]. Así mismo, se han tenido en cuenta otros documentos elaborados para pacientes, como las GPC de NCCN, *Clinical Practice Guidelines in Oncology*, en su apartado "*Guidelines for Specific Populations*".

Sistema de gradación de recomendaciones de las GPC seleccionadas.

Para la adopción de las recomendaciones del proceso asistencial (PA) se han mantenido los sistemas de gradación específicos de las GPC seleccionadas (tabla 4). Adicionalmente las siglas *AG* (acuerdo de grupo) se corresponden con las recomendaciones propuestas por el grupo elaborador del PA.

Tabla 4. Grados de recomendación de las guías seleccionadas

GPC	Sistema de recomendaciones	Grados de recomendación
CCO[6]	**GRADE:** La fuerza de la recomendación es el nivel de confianza que se tiene en que, si se sigue la recomendación, se hará más beneficio que daño.	**FUERTE A FAVOR (se recomienda):** La mayoría de los pacientes se beneficiarán; > 90% lo elegirían si fueran informados. Poca variabilidad esperada en la práctica clínica. **DÉBIL A FAVOR (se sugiere):** Es necesaria ayuda para tomar la decisión. Probable variabilidad en la práctica clínica. (Una recomendación fuerte o débil en contra de una intervención se interpreta en sentido inverso)
NICE[3, 12]		La forma de expresión de la recomendación es la que denota la fuerza de la misma. Utilizamos la expresión *Recomendación NICE* para referirnos a las propuestas de este grupo de trabajo.
NCCN[1, 2, 13, 14]		**Categoría 1:** Con base en evidencia de alto nivel, existe un consenso uniforme en la NCCN de que la intervención es apropiada. **Categoría 2A:** Con base en evidencia de bajo nivel, existe consenso uniforme en la NCCN sobre la idoneidad de la intervención. **Categoría 2B:** Con base en evidencia de bajo nivel, existe consenso en la NCCN sobre la idoneidad de la intervención. **Categoría 3:** Con base en cualquier nivel de evidencia, existe un desacuerdo importante en la NCCN sobre la idoneidad de la intervención. **Todas las recomendaciones son de categoría 2A a menos que se indique lo contrario.** Todas las recomendaciones se consideran apropiadas.
EUSOMA EUSOBI ESP ESSO[19]	Los niveles de evidencia son obligatorios. Las recomendaciones deben ir acompañadas del nivel de evidencia y el grado de recomendación adecuados, según el Sistema de Clasificación adaptado de la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas y el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos.	

Calidad de la evidencia		Grado recomendación	
I	Evidencia de al menos un ensayo clínico aleatorizado y controlado de gran tamaño con buena calidad metodológica (bajo potencial de sesgo) o metanálisis de ensayos clínicos aleatorizados bien realizados y sin heterogeneidad.	A	Fuerte evidencia de eficacia con un beneficio clínico sustancial, altamente recomendado
II	Ensayos aleatorizados pequeños o grandes con sospecha de sesgo (menor calidad metodológica) o metanálisis de dichos ensayos o de ensayos con heterogeneidad demostrada.	B	Evidencia fuerte o moderada de eficacia, pero con un beneficio clínico limitado, generalmente recomendado.
III	Estudios de cohorte prospectivos.	C	La evidencia insuficiente de eficacia o beneficio no compensa el riesgo o las desventajas (eventos adversos, costos,...), opcional
IV	Estudios de cohortes retrospectivos o estudios de Casos y Controles.	D	Evidencia moderada en contra de la eficacia o de resultados adversos; generalmente no se recomienda.
V	Estudios sin grupo control, informes de casos, opiniones de expertos.	E	Evidencia sólida contra la eficacia o de resultados adversos; nunca se recomienda.

Definición

Definición funcional:

Conjunto de actividades diagnósticas, terapéuticas, de seguimiento y cuidados, destinadas al manejo integral de personas que presentan signos/síntomas clínicos o hallazgos, en pruebas diagnósticas con técnica de imágenes, sospechosos de malignidad, procedentes de cualquier ámbito de actuación: Atención Primaria (AP), Atención Hospitalaria (AH) y/o del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama (PDP-CM).

Límite de entrada:

Persona que presenta (*AG*)[1]:

- **Síntomas o signos clínicos de sospecha:**
  - **nódulo palpable** (incluyendo masa, engrosamiento/nodularidad asimétrica de nueva aparición, aumento asimétrico del tamaño de la mama o cambio en la forma/contorno).
  - **secreción patológica** (unilateral, unipórica, espontánea, clara o sanguinolenta, persistente y reproducible).
  - **cambios cutáneos y/o del complejo areola-pezón** (piel de naranja, edema, inflamación, eritema, excoriación, descamación, úlcera, inversión/retracción).
  - **nódulo axilar unilateral** solamente si es sospechoso de ser una adenopatía.
  - **mastalgia unilateral,** focal, no cíclica de más de 6 semanas de duración y sin respuesta a tratamiento (dolor persistente o severo).
- **Hallazgos sospechosos de malignidad en pruebas diagnósticas con técnica de imagen:** Todas aquellas lesiones palpables y no palpables con características encuadrables dentro de las categorías 3 (probablemente benigna), 4 y 5 (sospecha intermedia y alta) del sistema BI-RADS©.

Límite final:

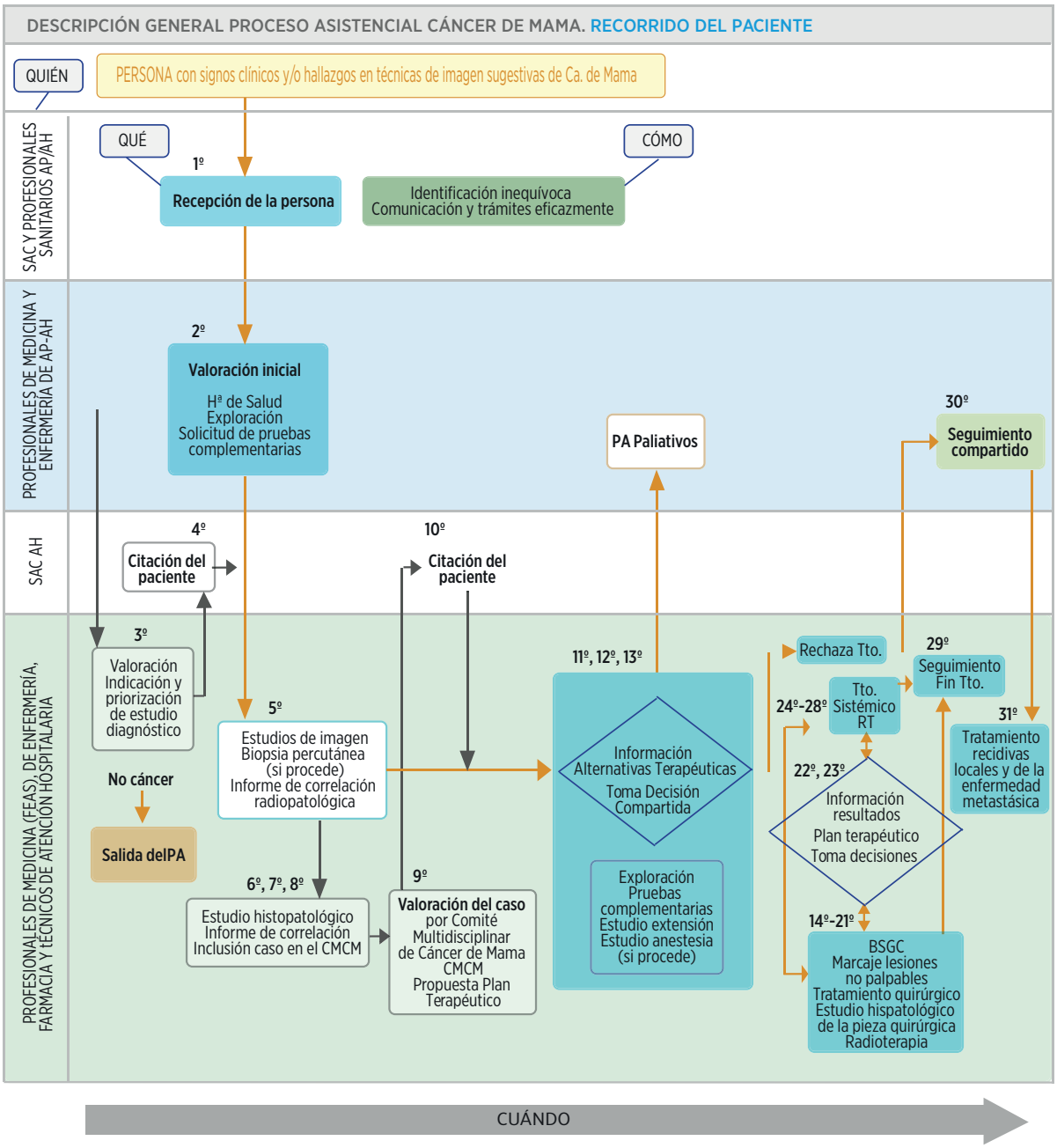
- Si el diagnóstico es distinto de cáncer de mama
- Finalización del periodo de seguimiento correspondiente a su nivel de riesgo.
- Aquellas personas con enfermedad avanzada que entren en situación de cuidados paliativos.
- Fallecimiento.

Límites marginales:

- Metástasis en la mama de tumores primarios de otro origen.
- Cáncer de mama diagnosticado en situación final de la vida.
- Cáncer de mama diagnosticado durante el embarazo y la lactancia.

Descripción general

La descripción general del PA se ha realizado siguiendo el Recorrido del Paciente representando gráficamente: los profesionales que las desarrollan (QUIÉN), el ámbito de actuación (DÓNDE), la actividad o el servicio que se realiza (QUÉ), sus características de calidad (CÓMO) y la secuencia lógica de su realización (CUÁNDO) reflejándose en la Hoja de Ruta del Paciente.



Componentes

Profesionales, actividades, características de calidad

El procedimiento seguido para el desarrollo de los componentes del Proceso Asistencial se basa en la identificación para las distintas fases (CUÁNDO), de los profesionales que intervienen (QUIÉN), las actividades que deben realizarse (QUÉ), las principales características de calidad que han de tener estas actividades (CÓMO) y el ámbito DÓNDE se realizan. Se trata de incorporar sólo aquellas características que aportan valor, que son "**puntos críticos de buena práctica**", integrando las dimensiones oportunas de la calidad:

- **La efectividad clínica:** Se incorporan las recomendaciones basadas en GPC junto al nivel de evidencia y/ o grado de recomendación referenciado en dichas guías. Las recomendaciones del grupo de trabajo del documento se identifican mediante las siglas *AG* (acuerdo de grupo), pudiendo ir acompañadas de referencias bibliográficas que las apoyen.

- **La seguridad del paciente:** Se identifica con las buenas prácticas de la Estrategia para la Seguridad del Paciente del SSPA[24] que se refieren a identificación inequívoca del paciente, higiene de manos, seguridad en la asistencia, seguridad en el proceso quirúrgico y transfusional, transferencia segura para el paciente y uso seguro de medicamentos, pruebas diagnósticas in vitro y radiaciones ionizantes.

- **La información:** Se identifica con tanto el momento como el contenido mínimo que debe recibir la persona, familia y/o representante legal según la normativa[25]. e informará de las pruebas de imagen necesarias para su diagnóstico y se entregará el consentimiento informado (CI) sobre la prueba radiológica a realizar al paciente, familiares y/o representante legal o quien ejerza la curatela en caso de personas con discapacidad, dejando constancia en la Historia de Salud (HS). La información se adaptará a la capacidad de comprensión de la persona y se facilitará la toma de decisiones compartidas. También se identificarán con las buenas prácticas recomendadas en la Estrategia de Bioética de Andalucía[26], que se refieren al uso de formularios de consentimiento informado[27] escrito del Catálogo de Formularios del SSPA[28], al proceso de planificación anticipada de decisiones[29] y la consulta al Registro de Voluntades Vitales Anticipadas[30] (VVA).

- **El uso adecuado de medicamentos:** Se identifican con los mismos criterios que los especificados para la efectividad clínica. No siempre las GPC que se utilizan como

base en la elaboración de los Procesos Asistenciales incluyen un análisis de evaluación económica que compare distintas opciones (coste- efectividad, coste beneficio o coste-utilidad). Por este motivo, es importante tener en cuenta las recomendaciones actualizadas que existan en el SSPA, tales como Informes de Posicionamiento Terapéutico[31], Informes de Evaluación de AETSA, guías farmacoterapéuticas de atención primaria[32] o de atención hospitalaria[33] y documentos de uso racional del medicamento del SSPA[34], teniendo en cuenta que las recomendaciones relativas al tratamiento farmacológico deberán entenderse sin perjuicio de los protocolos, criterios de utilización o acuerdos aprobados por la Comisión Autonómica para el Uso Racional de los Medicamentos —CAURM—cuyos documentos son de referencia para la utilización de medicamentos en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía..

- **Uso adecuado de tecnologías:** Se identifican con los mismos criterios que los especificados para la efectividad clínica y teniendo en cuenta las recomendaciones actualizadas que existan en el SSPA. Asimismo, se tendrán en cuenta las recomendaciones sobre protección de la salud contra los riesgos derivados de la exposición a radiaciones ionizantes que se recogen en el Real Decreto 601/2019, de 18 de octubre, sobre justificación y optimización del uso de las radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas[35].

- **Los cuidados de enfermería** se describen de forma estandarizada mediante la identificación de los resultados a conseguir en cada proceso (NOC: *Nursing Outcomes Classification*)[36] y las principales intervenciones (NIC: *Nursing Interventions Classification*)[37] una vez evaluada la respuesta individual del paciente a la condición médica y realizado el diagnóstico de enfermería (NANDA). No se describen en el proceso estos diagnósticos porque son el reflejo de la situación particular de cada paciente y su familia, aunque deben reflejarse en el plan de cuidados[38].

Las actividades se representan gráficamente mediante tablas diferenciadas:

- **Tablas de fondo blanco:** actividad desarrollada por el/la profesional sin presencia de la persona que recibe la atención sanitaria.

- **Tablas de fondo gris:** actividad desarrollada con presencia de la persona que recibe la atención sanitaria.

UNIDAD DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA AP-AH

Actividades	Características de calidad
1º RECEPCIÓN DE LA PERSONA	**1.1** Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona mediante tres códigos identificativos diferentes (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA) en cada una de las actividades del proceso. **1.1.1** Existirá y estará implementado un Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) para la confirmación de la identidad inequívoca de la persona en la entrevista telefónica. **1.2** Se informará de los procedimientos de acceso a la consulta/servicio (día, hora, ubicación) de forma clara y precisa a la persona, y/o la familia, y/o representante legal, manifestando una actitud facilitadora para responder a sus demandas y expectativas. **1.3** En pacientes procedentes de cribado poblacional y pacientes en las que se detecte en prueba de imagen lesiones con características encuadrables dentro de las categorías 3 (probablemente benigna), 4 y 5 (sospecha intermedia y alta) del sistema BI-RADS© se citará a consulta de acto único para realización de ecografía y biopsia, si procede (ver actividad 5). **1.3.1** Se contactará con la persona para comunicar la cita asegurando que la persona comprende la información facilitada y/o si fuera necesario apoyo para su entendimiento y se dejará constancia en el apartado Próximas citas del Navegador Único de la historia clínica (HC). **1.3.2** Los plazos para citación seguirán las indicaciones del programa de cribado poblacional. En caso de BI-RADS 0, contacto y citación en menos de 30 días, y en caso de BI-RADS 4 y 5, contacto y citación en menos de 15 días.

PROFESIONALES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DE AP - AH

Actividades	Características de calidad
2º VALORACIÓN INICIAL DE LA PERSONA Identificación signos y síntomas de alarma	**2.1** La historia clínica y la exploración física irán orientadas a la confirmación de la sospecha diagnóstica e identificación de signos y/o síntomas de alarma como (*Recomendación 2A*)[1]: • **nódulo palpable** (incluyendo masa, engrosamiento/nodularidad asimétrica de nueva aparición, aumento asimétrico del tamaño de la mama o cambio en la forma/contorno). • **secreción patológica** (unilateral, unipórica, espontánea, clara o sanguinolenta, persistente y reproducible). • **cambios cutáneos y/o del complejo areola-pezón** (piel de naranja, edema, inflamación, eritema, excoriación, descamación, úlcera, inversión/retracción). • **nódulo axilar unilateral** solamente si es sospechoso de ser una adenopatía.

Actividades	Características de calidad
2º VALORACIÓN INICIAL DE LA PERSONA	• **mastalgia unilateral**, focal, no cíclica de más de 6 semanas de duración y sin respuesta a tratamiento (dolor persistente o severo).
	2.2 Cuando una persona sin antecedentes personales de cáncer de mama presenta síntomas mamarios o tiene preocupaciones sobre familiares con cáncer de mama, se debe realizar una historia familiar de primer y segundo grado (es decir, incluyendo tías, tíos y abuelos) en atención primaria para evaluar el riesgo, ya que esto permite una clasificación y atención adecuada antes de explicar los riesgos y las opciones (*Recomendación NICE*)[12].
Manejo según información inicial	**2.3** En algunas circunstancias, también puede ser clínicamente relevante recopilar una historia familiar, por ejemplo, para mujeres mayores de 35 años que utilizan una píldora anticonceptiva oral o para mujeres que están siendo consideradas para el uso a largo plazo de terapia hormonal sustitutiva (THS) (*Recomendación NICE*)[12].
	2.4 Se realizarán los estudios iniciales de imagen en función de la edad de la persona (*Categoría 2A*)[1]. Ver tabla 5.

Tabla 5. Procedimiento de actuación según edad y hallazgos

EDAD	EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA		
Edad ≥30 años	Signos y síntomas de alarma	Mamografía/ tomosíntesis + ecografía	Clasificación BI-RADS
Edad <30 años	Si hay sospecha clínica	De elección, ecografía	
	Si la sospecha en la exploración clínica es baja, considere observación durante 1 o 2 ciclos menstruales	Persiste el síntoma	Ecografía
		Resolución de síntomas	Cribado poblacional

Información a la persona	**2.5** (i) En el marco de una toma de decisiones compartidas, ante una persona frágil, con comorbilidades y/o con expectativas de vida limitadas, antes de iniciar el proceso diagnóstico, se facilitará información de forma clara y adecuada y/o la necesidad de apoyo para entender los objetivos de las pruebas diagnósticas y posibles tratamientos, conocer sus valores y expectativas respecto al abordaje del cáncer y su tratamiento (*AG*).
	2.6 (toz) En caso de que la persona no pueda tomar decisiones por sí misma, y su situación clínica así lo requiera, se abordará el tema con su representante o familiar responsable o quien preste apoyo conforme a la Ley 8/2021 o, en su caso, quien ejerza la representación legalmente establecida o se consultará su Registro de Voluntades Vitales Anticipadas (VVA). La toma de decisiones se registrará en la historia de salud (HS).
	2.7 (i) Se informará de forma clara y precisa a la persona y/o familiar o quien preste apoyo conforme a la Ley 8/2021 o, en su caso, quien ejerza la representación legalmente establecida, en un entorno de privacidad y confidencialidad, de la

Actividades	Características de calidad
2º VALORACIÓN INICIAL DE LA PERSONA Registro en HC	sospecha diagnóstica, del estudio a realizar, de los riesgos, beneficios y alternativas. Una vez informada la persona o su representante o la persona que ejerza la curatela cuando sea necesario su apoyo, y resueltas las aclaraciones y dudas que formulen, se ofrecerá el consentimiento informado y se solicitará su firma por la persona y/o su representante. **2.8** La solicitud del estudio de imagen se realizará electrónicamente a través de Diraya HS en el módulo de Pruebas Diagnósticas por Imagen (PDI). En ella se anotarán los siguientes datos (*AG*): • fecha de inicio de los síntomas • signos y síntomas por los que consulta • localización y características de la lesión • antecedentes personales y familiares de riesgo **2.9** Se recomienda realizar una valoración biopsicosocial inicial de la persona y su familia que permita orientar las intervenciones sociales, psicooncológicas y priorizar el apoyo emocional según las necesidades específicas de cada mujer y su entorno familiar, facilitando la derivación a los profesionales correspondientes y a los recursos comunitarios cuando sea necesario. **2.9.1** Esta valoración se repetirá a lo largo del proceso en diferentes ocasiones y, sobre todo, en momentos clave como el inicio de los diferentes tratamientos, alta hospitalaria o seguimiento.

PROFESIONALES DE RADIODIAGNÓSTICO

Actividades	Características de calidad
3º VALIDACIÓN DE LA INDICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE ESTUDIO DIAGNÓSTICO	**3.1** Se valorará la **indicación de la prueba** diagnóstica y su **prioridad** en relación a los datos clínicos aportados (*AG*). **3.2** El enfoque diagnóstico inicial precisará de la realización de mamografía/tomosíntesis (si se dispone) y ecografía o solo ecografía en función de la edad de la paciente (*Categoría 2A*)[1]. Ver tabla 5. **3.3** El intervalo de tiempo desde la petición del estudio de imagen por sospecha clínica hasta la realización de la primera prueba de imagen será como máximo de 30 días (*AG*)[39]. **3.4** Se priorizarán las citas en función de los datos de orientación clínica aportados. En caso de que los datos aportados no justifiquen la prioridad solicitada se requerirá ampliación de la información para justificar dicha prioridad. (Instrucción Nº 0011/26 DE LA DGRS)[40].

SERVICIO DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA AH

Actividades	Características de calidad
4º CITACIÓN DE LA PERSONA	**4.1** La citación para el estudio diagnóstico se registrará en PDI, según la prioridad establecida y respondiendo a la garantía de plazos de respuesta para procesos recogida en la normativa[39].
	4.2 (i) Se informará por vía telefónica, correo postal ordinario/ certificado o mensajería del SSPA, a la persona de forma clara y precisa sobre la realización del estudio.
	4.3 Se dejará constancia documental de la confirmación de la recepción de la cita o la imposibilidad de contactar con la persona. Se solicitará y registrará en la historia de salud el canal preferido por la persona para las comunicaciones (teléfono, mensajería del SSPA, ClicSalud+ o correo postal), que se respetará en las sucesivas citaciones.
	4.4 Cuando no sea posible contactar tras tres intentos en días y franjas horarias distintas, se activará un procedimiento de localización activa que incluirá la consulta de datos actualizados en Diraya, el aviso al centro de salud y a la enfermera referente de Atención Primaria y, en su caso, la comunicación a trabajo social; solo se considerará agotada la vía de contacto tras dejar constancia de estas actuaciones. El burofax se reservará para situaciones excepcionales y su redacción evitará todo término que anticipe sospecha diagnóstica.
	4.5 Se pondrá a disposición un canal digital seguro para consultar, confirmar o reprogramar citas y recibir información escrita, que no sustituirá en ningún caso a la vía telefónica ni a la postal, mantenidas para quienes no dispongan de acceso digital o de competencias para su uso.

PROFESIONALES DE RADIODIAGNÓSTICO: RADIÓLOGÍA, TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO Y MEDICINA NUCLEAR (TSID) Y ENFERMERÍA

Actividades	Características de calidad
5º REALIZACIÓN DE TÉCNICAS RADIODIAGNÓSTICAS	**5.1** Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona (tres códigos identificativos diferentes: nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA). **5.2** Se identificarán los factores de riesgo y condiciones personales del paciente y/o pruebas de imagen anteriores para prevenir eventos adversos. **5.3** Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes antes y después de la realización de exploración física.
Información	**5.4** (i) Se le informará de forma clara, precisa y adaptada y/ o con el apoyo necesario a sus circunstancias personales de los estudios a realizar, los riesgos, beneficios, alternativas, respondiendo en todo momento a sus demandas de información y expectativas, solicitando su colaboración en el estudio (posición correcta, apnea, etc.). **5.4.1** (i) Antes de cualquier exploración o procedimiento que requiera exposición corporal se explicará qué se va a hacer, en qué orden y qué sensaciones puede notar la persona, solicitando su conformidad expresa para comenzar e informando de que puede pedir que se detenga el procedimiento en cualquier momento, sin necesidad de justificarlo. **5.4.2** Se garantizarán las condiciones materiales de intimidad: sala con puerta cerrada y acceso controlado, señalización de “no pasar”, bata o cobertura que permita exponer únicamente la zona necesaria y en el momento necesario, y espacio digno para vestirse y desvestirse. No se mantendrá a la persona con el torso descubierto durante las esperas entre pruebas. Se ofrecerá la posibilidad de estar acompañada por quien elija y, en todo caso, la presencia de un segundo profesional cuando ella lo solicite, dejando constancia en la historia de salud. **5.4.3** (*AG*) Los profesionales que realicen exploraciones mamarias y procedimientos intervencionistas recibirán formación básica en atención informada en trauma. No se interrogará a la persona sobre antecedentes de violencia como requisito para aplicar estas medidas: se aplicarán de forma universal. **5.5** Una vez informada la persona y/o su familiar o quien preste apoyo conforme a la Ley 8/2021 o, en su caso, quien ejerza la representación legalmente establecida, se entregará el formulario de CI escrito en los casos exigidos por la normativa[25, 27], previamente a la realización de la prueba o procedimiento.

Actividades	Características de calidad
5º **REALIZACIÓN DE TÉCNICAS RADIODIAGNÓSTICAS** **Realización de la técnica. Acto único**	Si se acepta o rechaza la propuesta, la persona o su representante cumplimentará y firmará el formulario, que deberá ser cumplimentado por el profesional que informa. A continuación se le entregará una copia del formulario, quedando archivado el original en la historia clínica, independientemente del soporte en el que se contenga. **5.6** La imagen debe preceder a la biopsia debido a la posible alteración de los hallazgos de imagen por la biopsia. **5.6.1** Cuando proceda hacer biopsia percutánea (BI-RADS 4 y 5, y categoría BI-RADS 3 en las que hay un incremento significativo del riesgo o sospecha clínica) se realizará preferentemente en acto único y siempre después de las pruebas de imagen (*Categoría 2A*)[1]. 5.6.1.1 El manejo habitual de un BI-RADS 3 es el seguimiento radiológico y solo de forma excepcional requiere biopsia por sospecha clínica o radiológica. **5.6.2** La triple evaluación (clínica, imagen con mamografía y/o ecografía y biopsia y/o citología por aspiración con aguja fina) se considera la "mejor práctica" (*best practice*) cuando se lleva a cabo en la misma visita (*Recomendación NICE*)[3]. **5.6.3** Antes de todo procedimiento intervencionista mamario se aplicarán medidas de prevención del dolor y de la ansiedad: información anticipada sobre la sensación esperable y su duración, anestesia local suficiente con verificación de su efecto antes de iniciar, posibilidad de acompañamiento y estrategias sencillas de distracción y control respiratorio. **5.6.4** Se registrará la intensidad del dolor mediante escala numérica antes, durante y al finalizar el procedimiento. Con puntuación ≥ 4 durante el procedimiento se interrumpirá o ajustará la técnica, se reforzará la analgesia y se dejará constancia de la actuación realizada, a fin de anticipar medidas específicas en procedimientos posteriores de la misma persona. En la mamografía se aplicará la compresión mínima suficiente para la calidad diagnóstica, informando previamente de su necesidad y duración y ofreciendo a la persona controlar ella misma el ritmo de la compresión cuando el equipamiento lo permita. **5.7** Se debe realizar una evaluación ecográfica de la axila antes del tratamiento si la sospecha es de cáncer de mama y, si se identifican ganglios linfáticos anormales, hacer una toma de muestra de estos guiada con ecografía (*Recomendación NICE*)[3].

Actividades	Características de calidad
5º **REALIZACIÓN DE TÉCNICAS RADIODIAGNÓSTICAS** **Estudio complementario**	**5.8** Se valorará la necesidad de completar el estudio inicial con la realización de Resonancia Magnética (RM) en las siguientes situaciones clínicas (*Categoría 2A*)[1]: • Para la evaluación de la estadificación, para determinar la extensión del cáncer o la presencia de cáncer multifocal o multicéntrico en la mama ipsilateral o contralateral (*Categoría 2B*)[2] en el momento del diagnóstico inicial. • Para la evaluación del cáncer de mama antes y después de la terapia sistémica preoperatoria con el fin de definir la extensión de la enfermedad, la respuesta al tratamiento y la posibilidad de una terapia conservadora de la mama. • Para identificar enfermedad clínicamente oculta en personas con metástasis ganglionares axilares (cT0, cN+), enfermedad de Paget o carcinoma lobulillar invasivo mal definido o inadecuadamente en la mamografía, la ecografía o la exploración física. **5.8.1** Los falsos positivos en la RM de mama son frecuentes. Las decisiones quirúrgicas no deben basarse únicamente en los hallazgos de la misma. Se recomienda tomar muestras de tejido adicionales de las áreas de interés identificadas mediante la RM de mama (*Categoría 2A*)[2], siempre que suponga un cambio en el planteamiento quirúrgico inicial. **5.9** En aquellos casos en los que no es posible realizar la RM se puede considerar el uso de la mamografía con contraste (*Categoría 2A*)[2].
Envío de muestras	**5.10** Las muestras y la solicitud del estudio anatomopatológico se identificarán de forma inequívoca para su remisión a Anatomía Patológica. **5.11** (i) En el momento de realizar la biopsia se informará de la fecha concreta en que se comunicarán los resultados y del modo en que se hará, entregando esta información por escrito. No se emplearán expresiones indeterminadas del tipo “ya la llamaremos”. **5.12** (i) Se facilitará un teléfono de contacto operativo durante el periodo de espera de resultados, atendido por la enfermera referente, para la resolución de dudas y el apoyo ante situaciones de ansiedad.

Actividades	Características de calidad
5º **REALIZACIÓN DE TÉCNICAS RADIODIAGNÓSTICAS**	**5.13** En esta fase los cuidados de enfermería irán encaminados a los siguientes objetivos de resultados e intervenciones: • Control del riesgo: NOC 1902 • Identificación del paciente NIC 6574 • Cuidados del sitio de incisión: NIC 3440 • Conocimiento: recursos sanitarios NOC 1806 • Orientación en el sistema sanitario: NIC 7400 • Enseñanza procedimiento /tratamiento: NIC 5618 • Nivel de ansiedad: NOC 1211 • Disminución de la ansiedad: NIC 5820

PROFESIONALES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Actividades	Características de calidad
6º ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO	**6.1** Se aplicarán medidas para verificar la identificación inequívoca de la muestra, comprobando siempre la correspondencia con la solicitud.
	6.2 La biopsia con aguja gruesa o biopsia asistida por vacío permite confirmar histológicamente el diagnóstico de cáncer de mama (*Categoría 2A*)[1].Para este tipo de muestras se recomienda un tiempo de fijación de entre 6 horas y 72 horas (*AG*)[21].
Asignación del grado	**6.3** A todos los carcinomas de mama invasivos se les debe asignar un grado histológico. Se recomienda el grado histológico combinado de Nottingham (modificación de Nottingham del sistema de clasificación SBR cuyo uso está estipulado por el Colegio Americano de Patólogos).
	6.3.1 El grado de un tumor se determina evaluando las características morfológicas (formación de túbulos, pleomorfismo nuclear y recuento mitótico calibrado), asignando un valor de 1 (favorable) a 3 (desfavorable) a cada característica y sumando las puntuaciones de las tres categorías: • Una puntuación combinada de 3 a 5 puntos se designa como grado 1. • Una puntuación combinada de 6 a 7 puntos, como grado 2. • Una puntuación combinada de 8 a 9 puntos, como grado 3.
	6.3.2 Se desaconseja el uso de la clasificación subjetiva únicamente.
	6.3.3 El grado que se debe utilizar para el CDIS es el grado nuclear del Colegio Americano de Patólogos (*Categoría 2A*)[2].
Evaluación de receptores	**6.4** Se evaluará simultáneamente el estado del receptor de estrógeno (RE), del receptor de progesterona (RP) y del receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2) en todos los cánceres de mama invasivos en el momento del diagnóstico histopatológico inicial, utilizando técnicas inmunohistoquímicas estandarizadas y con garantía de calidad e informar los resultados cuantitativamente (*Recomendación NICE*)[3].
	6.4.1 Se recomienda evaluar el marcador Ki-67 si el resultado es positivo para RH y negativo para HER2 (*AG*)[2].
	6.4.2 Se seguirá la guía ASCO/CAP para las pruebas de HER2 clasificadas como "equívocas". Se debe utilizar la categoría "HER2 negativo" para la estatificación (*Categoría 2A*)[2].
	6.4.3 Los estados de RE, RP y HER2 estarán disponibles y registrados en las reuniones del equipo multidisciplinario preoperatorias y postoperatorias cuando se discuta el tratamiento sistémico (*Recomendación NICE*)[3].

Actividades	Características de calidad
6º ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO	**6.4.4** Se deberá realizar una nueva revisión histológica teniendo en cuenta la repetición o la consulta de las pruebas de HER2 si es un carcinoma de grado 1 (cualquier tipo histológico), mucinoso puro, tubular puro o cribiforme puro da positivo para HER2 (*Categoría 2A*)[2].
	6.4.5 Se deberá revisar la evaluación histológica y la precisión de la determinación de RE y/o HER2 si estos son RE negativos y/o HER2 positivos, o si un tumor con estado RE y RP negativos es de grado 1. Si un cáncer de mama se identifica histológicamente como cáncer de mama tubular o mucinoso puro y se confirma como RE negativo, el tumor debe tratarse según las directrices para la histología habitual, cánceres de mama RE negativos (*AG*)[2].
	6.4.6 La interpretación de cualquier resultado de RE por parte del patólogo debe incluir la evaluación de la concordancia con los hallazgos histológicos de cada caso. Los médicos deben estar atentos a los resultados inusuales y colaborar con los patólogos para intentar resolverlos (p. ej., repetir las pruebas, revisión consultiva) o explicar los hallazgos atípicos informados (*Categoría 2A*)[2].
Plazo de respuesta	**6.5** Se recomienda realizar el **informe anatomopatológico de la biopsia diagnóstica** en un plazo máximo de **14 días**, incluido el estudio IHQ (*AG*)[4, 22].
Informe	**6.6** El informe anatomopatológico deberá incluir la información necesaria para el posterior tratamiento, como el tipo histológico, grado histológico y categoría B (B1-B5a-d), así como el estudio inmunohistoquímico de biomarcadores y el subtipo intrínseco subrogado para los carcinomas invasivos (*AG*)[19]. Se realizará un informe anatomopatológico según protocolo de todos los carcinomas invasivos y no invasivos de mama (*AG*)[2].
Coordinación	**6.7** Se establecerá una comunicación entre los profesionales implicados en el diagnóstico y tratamiento, en especial para los casos positivos y/o críticos, para la transmisión segura e inequívoca de la información.

PROFESIONALES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DE RADIODIAGNÓSTICO Y ANATOMÍA PATOLÓGICA DE AH

Actividades	Características de calidad
7º VALORACIÓN DEL ESTUDIO Y CONDUCTA A SEGUIR **Informes**	**7.1** Se valorará los resultados de anatomía patológica y se emitirá un informe en Diraya pruebas diagnósticas, donde se describa (*AG*): • La densidad de la mama. • Registro de la administración de medicación si así lo ha requerido (mamografía con contraste, RM, o biopsias). • Registro de que se ha solicitado el CI y que se entrega duplicado al usuario. • Escala de dolor en los procedimientos intervencionistas. • Hallazgos por técnicas utilizadas. • Comparación con estudios previos o no. • Categoría de sospecha según sistema BI-RADS©. • Correlación de los estudios realizados que incluya la correlación clínica, radiológica, anatomopatológica y estadificación. • Recomendación de la conducta a seguir.
Coordinación	**7.2** Se establecerá una comunicación entre los profesionales implicados en el diagnóstico y tratamiento, en especial para los casos positivos y/o críticos, para la transmisión segura e inequívoca de la información. **7.3** El plazo máximo entre la emisión del informe anatomopatológico y su comunicación presencial será de 7 días naturales, con independencia de que el resultado sea o no de malignidad. Los resultados no se comunicarán por teléfono, salvo petición expresa registrada previamente, ni se dejarán disponibles en canales digitales antes de haber sido explicados presencialmente.

PROFESIONALES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DE AH: ONCOLOGÍA MÉDICA, GINECOLOGÍA, RADIOLOGÍA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA

Actividades	Características de calidad
8º INCLUSIÓN DE LOS CASOS EN AGENDA PARA VALORACIÓN COMITÉ MULTIDISCIPLINAR DE CÁNCER DE MAMA(CMCM)	**8.1** Todos los casos, tras realizar el estudio y tener el diagnóstico, serán valorados por el CMCM (*Recomendación NICE*)[3] (*Categoría 2A*)[2]. **8.2** Toda persona diagnosticada de cáncer de mama debe ser valorada por el CMCM para la indicación de la estrategia terapéutica global (*AG*)[41, 42]. **8.3** La inclusión de los casos en agenda, la realizará el profesional médico en cualquier momento del proceso de atención tras valorar que el estudio y diagnóstico del caso están realizados y completos para su valoración por el CMCM (*AG*). **8.4** Se ofrecerá valoración por el equipo de cuidados paliativos, simultánea al tratamiento oncológico, a toda persona con enfermedad metastásica al diagnóstico o en primera recurrencia, así como ante sintomatología no controlada o alta complejidad psicosocial.

PROFESIONALES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DE AH: CMCM

Actividades	Características de calidad
9º PROPUESTAS TERAPÉUTICAS **Valoración del caso**	**9.1** La valoración del caso y la propuesta de opciones terapéuticas serán realizadas en función de (*AG*)[2, 3, 4]: • las características clínicas de la persona, • la HS, • el riesgo de cáncer de mama hereditario, • la necesidad de conservación de la fertilidad, • las pruebas complementarias, • el resultado anatomopatológico y • las preferencias de la persona. **9.1.1** La enfermera referente incorporará al Comité, mediante un apartado específico de la hoja de comité, los valores y preferencias registrados conforme a la actividad 2.5 bis, la situación funcional, familiar y social relevante, las barreras de accesibilidad y las preferencias expresadas sobre las alternativas terapéuticas. Cuando esta información no conste, se dejará constancia expresa de su ausencia.

Actividades	Características de calidad
9º PROPUESTAS TERAPÉUTICAS **Cáncer de mama precoz**	**9.2** En la persona con cáncer de mama precoz operable está indicado inicialmente el tratamiento quirúrgico según las características clínicas y patológicas del tumor primario (*Categoría 1*)[2]: • TNM, • tamaño-copa, para conocer la relación tumor/mama, • grado, • afectación ganglionar, • estado de RH (RE y RP), • expresión del HER-2, • índice de proliferación Ki-67, • edad, • estado pre o postmenopáusica, • genómica tumoral. **9.2.1** Según las características anteriores se indicará tratamiento conservador: cirugía conservadora (CC) más radioterapia (RT) en lugar de mastectomía (*Categoría 1*)[2]. **9.2.2** En cuanto a la supervivencia global (SG) y supervivencia libre de enfermedad (SLE) el tratamiento conservador, como tratamiento primario para la mayoría de las personas con cáncer de mama en estadio I y II (categoría 1), no es inferior a la mastectomía, con menor índice de complicaciones locorregionales (*Categoría 1*)[2].
Cáncer de mama en jóvenes	**9.3** En la mujer joven, menor de 40 años, se puede realizar con seguridad un tratamiento conservador, si cumple criterios y no está indicada la mastectomía contralateral de reducción de riesgo, salvo en portadoras de mutaciones germinales (*Categoría 1*)[2]. **9.4** En las personas con Carcinoma in situ (Tis) se ofrecerán los siguientes tratamientos: **9.4.1** Carcinoma ductal in situ (CDIS) (Anexo 1) se propondrá cirugía conservadora, salvo si existe riesgo aumentado en que se propondrá mastectomía. • Se hará BSGC si el tumor es palpable, de alto grado, si se va a someter a mastectomía o si la cirugía conservadora altera el drenaje linfático. Se valorará diferir la BSGC mediante administración de trazador ferromagnético a la espera del resultado histológico del tumor (*AG*). • No se ofrecerá RT en personas con bajo riesgo de recurrencia. Se indicará sobreimpresión con RT si el margen de resección es inferior a 2 mm o en pacientes con alto riesgo de recidiva local (*Categoría 2A*)[2]. - Se considera bajo riesgo de recurrencia o tumores de bajo riesgo clínico: tumores de 1-10mm (T1a-b), de bajo grado (G1-2), ganglios negativos, expresión de RE alta y sin otros factores de riesgo como ILV o Ki 67 <20%.

Actividades	Características de calidad
9º PROPUESTAS TERAPÉUTICAS **Opciones de tratamiento**	• Se considerará la terapia hormonal en caso de RE + o para reducir el riesgo de cáncer de mama bilateral en personas de alto riesgo. **9.4.2** Carcinoma lobulillar in situ (neoplasia lobulillar): es una lesión de riesgo. La variante pleomórfica, se puede considerar con igual actitud que el carcinoma ductal in situ. **9.4.3** Enfermedad de Paget: Las alternativas de tratamiento son mastectomía con estadificación de la axila o escisión del complejo areola pezón (CAP) con RT de la mama. Considerar sobreimpresión del CAP. • Tumorectomía central incluyendo CAP con radioterapia mamaria completa (*Categoría 2A*)[2]. • Mastectomía total ± ganglio linfático centinela con o sin reconstrucción mamaria (*Categoría 2A*)[2]. • Tumorectomía central incluyendo CAP ± ganglio linfático centinela sin radioterapia (*Categoría 2B*)[2]. **9.5** En personas con tumor localizado (T1mic, T1, T2 N0-N1) y subsidiario de cirugía conservadora (ver Anexo 2). Se realizará cirugía conservadora en función de los siguientes parámetros: • la relación favorable del tamaño tumoral en relación con el volumen de la mama que permita una exéresis tumoral con márgenes libres y con buen resultado cosmético, • la ausencia de microcalcificaciones neoplásicas extensas, • la existencia de lesiones multicéntricas que no puedan ser extirpadas en bloque con patrones oncoplásticos, • la ausencia de contraindicación para tratamiento adyuvante con radioterapia y • la aceptación del tratamiento conservador por parte de la persona. En el caso contrario, se realizará mastectomía valorando la posibilidad de reconstrucción inmediata. **9.6** En personas con tumor localizado (T2-T3, N0-N1) que no cumple los criterios de cirugía conservadora y es subsidiario de mastectomía, se valorará tratamiento neoadyuvante para reconvertir a cirugía conservadora la indicación inicial de mastectomía y evitar linfadenectomía axilar si existe respuesta ganglionar confirmada por anatomía patológica (ver Anexo 3). **9.7** En personas con tumor localmente avanzado (T3-T4, N1-N3) son subsidiarios de tratamiento sistémico primario (quimioterapia, bioquimioterapia con anticuerpos anti HER2, hormonoterapia). En función de la respuesta, se valorará la indicación quirúrgica (mastectomía y vaciamiento axilar) y radioterápica (ver Anexo 4).

Actividades	Características de calidad
9º PROPUESTAS TERAPÉUTICAS	**9.8** En las personas con tumores operables HER 2 (T2) y Triple negativo (CTN: T1c) está recomendado realizar terapia preoperatoria neoadyuvante (TSP) antes del tratamiento quirúrgico (*Categoría 1*)[2]. Se valorará cada caso de forma individual. **9.9** En aquellas mujeres con alta sospecha de carcinoma de mama hereditario derivar a consulta de Consejo Genético de forma preferente (*Recomendación NICE*)[12] y, si procede, ofrecer cirugía de reducción de riesgo en función del resultado del test genético (*AG*). **9.9.1** (i) A las mujeres que son derivadas a consejo genético se les debe proporcionar información por escrito sobre lo que sucede en esta etapa (*Recomendación NICE*)[12]. **9.10** Si hay falta de correlación radiopatológica entre la sospecha de los estudios de imagen (BI-RADS©) y el resultado anatomopatológico de la biopsia se debe presentar en el comité para valoración de escisión quirúrgica (*Categoría 2A*)[1]. **9.11** Considere la terapia sistémica para personas con cáncer de mama invasivo y asegúrese de que las recomendaciones se documenten en la reunión del CMCM. **9.12** En cáncer de mama localizado se valorará el caso y se propondrán las pautas de tratamiento sistémico recomendadas en el anexo 5. **9.13** Dentro del tratamiento neoadyuvante tendremos en cuenta las siguientes recomendaciones (*Categoría 2A*)[2]: • Por lo general, cualquier paciente candidata a tratamiento adyuvante con quimioterapia es candidata a tratamiento neoadyuvante. • De forma previa a la neoadyuvancia será preciso disponer de: - Biopsia con estudio inmunohistoquímico del tumor. - Marcaje de la lesión primaria +/- de la afectación ganglionar, si tuviera. - RMN de ambas mamas. **9.14** Se valorará el tratamiento sistémico adyuvante atendiendo a los resultados de la situación clínica, resultados patológicos y genómicos. Posteriormente se completará el tratamiento locorregional conservador con RT y mastectomía según indicación (*Categoría 1*)[2]. **9.15** Ofrecer reconstrucción mamaria inmediata a mujeres a las que se les ha aconsejado someterse a una mastectomía (*Categoría 2A*)[2], incluyendo a aquellas que pueden necesitar RT, a menos que tengan comorbilidades que excluyan la cirugía reconstructiva (*Recomendación NICE*)[3]. **9.15.1** Discutir los beneficios y riesgos de la reconstrucción mamaria inmediata y la reconstrucción mamaria diferida (*Recomendación NICE*)[3].

Actividades	Características de calidad
9º PROPUESTAS TERAPÉUTICAS	**9.16** La decisión del CMCM debe ser incorporada en la HS única de la persona (Hoja del comité de tumores) (*AG*)[41, 42].
Registro en HS	**9.16.1** (i) La decisión se formulará como propuesta terapéutica, no como indicación cerrada, registrando las alternativas razonables valoradas y descartadas, con su motivo, de modo que quien informe a la persona pueda presentarle el abanico real de opciones. Cuando la decisión de la persona difiera de la propuesta del Comité, se registrará sin connotación de incumplimiento, se revisará el caso si aporta información nueva y se garantizará la continuidad de la atención.
Coordinación y transferencia de información	**9.17** Se establecerá comunicación entre los profesionales implicados en el diagnóstico y tratamiento para trasladar las decisiones tomadas por el comité multidisciplinar a los profesionales implicados, para la transmisión segura e inequívoca de la información.
	9.17.1 El equipo profesional de la Unidad que se responsabilice de la asistencia a la persona gestionará la atención integral a la persona, la gestión de citas y el seguimiento compartido.
	9.17.2 Cada persona tendrá asignada, desde la comunicación del diagnóstico y de forma nominal, una enfermera referente y un facultativo responsable, cuyos nombres constarán en la historia de salud, en el informe de alta y en la documentación entregada. Ante cambios en la asignación se informará expresamente a la persona.

PROFESIONALES DEL SERVICIO DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA (SAC) AH

Actividades	Características de calidad
10º CITACIÓN DE LA PERSONA	**10.1** La citación se registrará en DIRAYA, en agenda específica y en el tiempo indicado por los profesionales responsables de la persona.
	10.2 (i) Se comunicará la cita por vía telefónica y postal ordinaria, a modo de doble circuito de seguridad, para garantizar la información de la persona y, si fuese necesario, mediante la Unidad de Atención a la Ciudadanía, a través de certificado o burofax (*AG*).
	10.3 Se dejará constancia documental de la confirmación de la recepción de la cita o de la imposibilidad de contactar con la persona, tras tres intentos en días y franjas horarias distintas. Se activará un procedimiento de localización activa que incluirá la consulta de datos actualizados en Diraya, el aviso al centro de salud y a la enfermera referente de Atención Primaria y, en su caso, la comunicación a trabajo social; solo se considerará agotada la vía de contacto tras dejar constancia de estas actuaciones. El burofax se reservará para situaciones excepcionales y su redacción evitará todo término que anticipe sospecha diagnóstica.

PROFESIONALES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DE AH: CIRUGÍA, GINECOLOGÍA, ONCOLOGÍA MÉDICA, ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA, RADIOLOGÍA, ANATOMÍA-PATOLÓGICA

Actividades	Características de calidad
11º VALORACIÓN CLÍNICA **Información y toma de decisiones compartida**	**11.1** El equipo profesional de la Unidad que se responsabilice de la asistencia a la persona: • (i) Informará a la persona y/o familiares y/o representante sobre el plan terapéutico previsto. • Proporcionará a la persona una herramienta de toma de decisiones[43]. - En el marco de la toma de decisiones compartidas, ante una persona frágil con comorbilidades y/o con expectativas de vida limitadas, antes de iniciar el proceso diagnóstico, se facilitará la información de forma clara y adecuada y/o la necesidad de apoyo para entender los objetivos de las pruebas diagnósticas y posibles tratamientos, y conocer sus valores y expectativas respecto al abordaje del cáncer. - En caso de que la persona no tenga capacidad para expresar sus preferencias por sí misma, se consultará su VVA o se abordará el tema con su representante o familiar responsable. • Se registrará en la HS la toma de decisiones.
Valoración clínica	**11.2** Se valorará si existe correlación clínica con la recomendación del CMCM. **11.3** La valoración clínica incluirá: • Diagnóstico anatomo-patológico tumoral con fenotipo inmunohistoquímico. • La relación tamaño mama /tumor, para decidir si es candidata a cirugía conservadora o no. • Valoración clínica y radiológica de la axila, e histológica si procede. • El estado general de la persona: contraindicaciones médicas o físicas para la cirugía (por riesgo anestésico), o para la RT posterior, en caso de cirugía conservadora. **11.4** Antes de la intervención debe realizarse una evaluación del impacto estético esperado tras la tumorectomía, considerando: • Tamaño del tumor y proporción del volumen mamario a resecar. • Localización del tumor. • Anatomía mamaria (volumen, ptosis, simetría). **11.4.1** Valorar patrones oncoplásticos conservadores para favorecer la obtención de resultados oncológicos y cosméticos satisfactorios. **11.5** Antes del **tratamiento sistémico preoperatorio o neoadyuvante**, realizar hemograma completo y perfil metabólico completo, incluyendo pruebas de función hepática y fosfatasa alcalina (*Categoría 2A*)[1]. Se solicitarán las pruebas complementarias necesarias.

Actividades	Características de calidad
11º VALORACIÓN CLÍNICA	**11.5.1** Se tendrán en cuenta las recomendaciones sobre el uso seguro de pruebas diagnósticas relacionadas con la identificación de los pacientes y las muestras y la comunicación de resultados críticos.
Valoración de riesgos quirúrgicos	**11.6** Antes del tratamiento sistémico preoperatorio, realizar (*Categoría 2A*)[1]: • Estudio de imagen axilar con ecografía o RM (si no se ha realizado previamente). • Biopsia de la mama con aguja guiada por ecografía y colocación de clips o marcadores detectables por imagen, si no se ha realizado previamente, para delimitar el lecho tumoral. • Se recomienda biopsia con colocación de marcador del ganglio linfático axilar más sospechoso o clínicamente positivo, si no se ha realizado previamente. Solo se debe marcar y extraer el ganglio más sospechoso, junto con los ganglios linfáticos centinela (GC).
	11.7 Se ofrecerá la preservación de la fertilidad como técnica asociada a la reproducción asistida a las mujeres con posible riesgo de pérdida de su capacidad reproductiva antes de los tratamientos sistémicos, siguiendo los criterios establecidos por el SSPA. **11.7.1** La información sobre preservación de la fertilidad se ofrecerá con antelación suficiente al inicio del tratamiento y por escrito, incluirá el impacto previsible del tratamiento sobre la fertilidad según edad y esquema, y se ofrecerá con independencia de que la persona tenga o no pareja, hijos previos o estuviera planificando un embarazo, evitando presunciones sobre su proyecto reproductivo. Se registrará que la información se ha ofrecido y la decisión adoptada.
	11.8 Identificar a las personas que se sometan a cirugía por cáncer de mama como de alto riesgo de desarrollar problemas del hombro, antes de la operación, si presentan alguno de los siguientes factores (*Recomendación NICE*)[3]: • Cualquier afección preexistente de hombro como: - Antecedentes de cirugía de hombro. - Traumatismo en el hombro (fractura o luxación). - Capsulitis adhesiva. - Osteoartritis o artritis reumatoide que afecta el hombro. - Dolor de hombro inespecífico. - Rigidez. - Disminución de la función. • IMC mayor 30 Kg/m^2. • Tiene planificada linfadenectomía axilar (LA) (alto riesgo).

Actividades	Características de calidad
11º VALORACIÓN CLÍNICA	• Tiene planificada RT de axila o ganglios supraclaviculares (alto riesgo). **11.8.1** Se planificará en las personas identificadas una estrategia analgésica multimodal perioperatoria y seguimiento específico.
Valoración del riesgo familiar	**11.9** Se interrogarán a todas las personas diagnosticadas de cáncer de mama por antecedentes familiares y personales para despistaje de cáncer hereditario familiar y derivación a consulta de consejo genético (*Categoría 2A*)[2]. **11.9.1** En caso de detectar situación de riesgo incrementado, se informará a la persona y a su médico de AP y se pondrá en marcha el procedimiento normalizado para el estudio de personas y familiares de alto riesgo.
Registro en HS	**11.10** Se actualizará la HS, incluyendo antecedentes familiares de riesgo (*Recomendación NICE*)[12]. **11.11** Detener la THS en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama (*Recomendación NICE*)[3].
Derivación a unidad de cáncer familiar	**11.12** Se ofrecerá una derivación a una unidad de cáncer familiar a las personas que cumplan con los siguientes criterios de referencia (*Recomendación NICE*)[12]. • Al menos los siguientes cánceres de mama femeninos solo en la familia: - 2 familiares de primer o segundo grado diagnosticados con cáncer de mama a una edad promedio menor de 50 años (al menos 1 debe ser un familiar de primer grado) o - 3 familiares de primer o segundo grado diagnosticados con cáncer de mama a una edad promedio menor de 60 años (al menos 1 debe ser un familiar de primer grado) o - 4 familiares diagnosticados con cáncer de mama a cualquier edad (al menos 1 debe ser un familiar de primer grado). • Familias que contengan 1 familiar con cáncer de ovario a cualquier edad y, del mismo lado de la familia: - 1 familiar de primer grado (incluyendo al familiar con cáncer de ovario) o de segundo grado diagnosticado con cáncer de mama antes de los 50 años o - 2 familiares de primer grado o segundo grado diagnosticados con cáncer de mama antes de una edad promedio de 60 años o - otro cáncer de ovario a cualquier edad. • Familias afectadas por cáncer bilateral (cada cáncer de mama cuenta como 1 pariente):

Actividades	Características de calidad
11º VALORACIÓN CLÍNICA	- 1 familiar de primer grado con cáncer diagnosticado en ambos senos antes de una edad promedio de 50 años o - 1 familiar de primer grado o segundo grado diagnosticado con cáncer bilateral y 1 familiar de primer o segundo grado diagnosticado con cáncer de mama antes de una edad promedio de 60 años. • Familias que contienen cáncer de mama masculino a cualquier edad y, en el mismo lado de la familia, al menos: - 1 familiar de primer grado o segundo grado diagnosticado con cáncer de mama antes de los 50 años o - 2 familiares de primer grado o segundo grado diagnosticados con cáncer de mama antes de una edad promedio de 60 años. • Una evaluación formal de riesgos ha arrojado estimaciones de riesgo de: - un 10 % o más de probabilidad de que exista una mutación genética en la familia o - un riesgo superior al 8 % de desarrollar cáncer de mama en los próximos 10 años o - un 30 % o más de riesgo a lo largo de la vida de desarrollar cáncer de mama
Estudio genético	**11.13** Se ofrecerán pruebas panel para estudio genético (*BRCA1, BRCA2, PALB2, CHEK2, ATM, BARD1, RAD51C, RAD51D, TP53, PTEN, STK11, CDH1*) a las siguientes personas[44]: • Independientemente de los antecedentes familiares: - Mujeres con cáncer de mama y ovario sincrónico o metacrónico - Cáncer de mama ≤ 40 años - Cáncer de mama ≤ 50 años si familia no informativa - Cáncer de mama bilateral (el primero diagnosticado ≤ 50 años) - Cáncer de mama triple negativo ≤ 60 años - Cáncer de ovario epitelial no mucinoso de alto grado (o cáncer de trompa de Falopio o peritoneal primario) - Cáncer de mama y ascendencia con mutaciones fundadoras - Cáncer de mama en hombre - Mutación somática BRCA detectada en cualquier tipo de tumor con una frecuencia alélica > 30% - Personas con cáncer de mama en los que se pueda considerar terapias con inhibidores PARP (consultar ficha técnica, BIFIMED y/o AEMPS)

Actividades	Características de calidad
11º VALORACIÓN CLÍNICA	• 2 o más familiares de primer grado con cualquier combinación de las siguientes características de alto riesgo: - Cáncer de mama bilateral + otro cáncer de mama < 60 años - Cáncer de mama < 50 años y cáncer de próstata o cáncer de páncreas < 60 años - Cáncer de mama y cáncer de ovario - Dos casos de cáncer de mama ≤ 50 años - Cáncer de mama en mujer + un familiar de primer grado varón con cáncer de mama (si el hombre no está disponible) - Mujer con cáncer de mama triple negativo y mujer con cáncer de mama • 3 o más familiares de primer grado con cáncer de mama (al menos uno premenopáusico) y/o cáncer de ovario y/o, cáncer de páncreas o cáncer de próstata.

PROFESIONALES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DE AH: CIRUGÍA, GINECOLOGÍA, ONCOLOGÍA MÉDICA, ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA Y RADIOLOGÍA. PROFESIONALES DE AP: MEDICINA DE FAMILIA, ENFERMERÍA

Actividades	Características de calidad
12º INFORMACIÓN, TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA Y DOCUMENTACIÓN	12.1 (i) Se informará a la persona y/o familiar y, con su consentimiento, a las personas que ella designe o su representante legal o quien preste apoyo conforme a la Ley 8/2021 o, en su caso, quien ejerza la representación legalmente establecida de forma clara y adecuada, en un entorno de privacidad y confidencialidad, manifestando una actitud facilitadora para responder a sus demandas y expectativas: • Del resultado de las pruebas diagnósticas y el plan de tratamiento propuesto por el CMCM, así como de las alternativas posibles, respetando la decisión autónoma de la persona, dejando constancia documental en la HS. • Se le ofrecerá la posibilidad de segunda opinión médica. • En los estadios 0, I y IIa, que no presenten contraindicación para tratamiento conservador, se entregará el documento "Alternativas de tratamiento para el cáncer de mama ¿Qué opción prefiero?". En este caso se gestionará nueva cita para la revisión conjunta y toma de decisiones tras el uso de la herramienta (bc). 12.1.1 (i) La comunicación del diagnóstico se considera un acto asistencial de primer nivel, con la misma exigencia de procedimiento que cualquier técnica invasiva, y se realizará conforme a las siguientes características de calidad:

Actividades	Características de calidad
12º INFORMACIÓN, TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA Y DOCUMENTACIÓN	12.1.1.1 La destinataria es la persona; se informará a familiares o allegados con su consentimiento o a petición suya. Se explorará y respetará su deseo de no ser informada, dejando constancia en la HS y ofreciéndole designar a quien reciba la información en su lugar. 12.1.1.2 La comunicación de hará en un despacho o sala con privacidad acústica y visual, con la persona vestida, sentada y a la misma altura que el profesional, sin interrupciones (teléfonos y buscas derivados, puerta señalizada), con un tiempo mínimo de 30 minutos reservado e identificado en agenda, evitando el final de la jornada o el cambio de turno. Se informará previamente de la naturaleza de la cita y de que puede acudir acompañada por quien elija; si acude sola y así lo desea, se le ofrecerá la presencia de la enfermera referente. No se comunicará un diagnóstico de cáncer en pasillos, salas de espera, boxes compartidos ni en el mismo acto en que la persona está siendo explorada. 12.1.1.3 Se utilizará un modelo estructurado tipo SPIKES: preparación del entorno; exploración de lo que la persona ya sabe; averiguación de cuánta información desea; transmisión en lenguaje sencillo, sin eufemismos y en pequeñas dosis, evitando cifras pronósticas no solicitadas; respuesta empática a la reacción emocional, respetando los silencios; y cierre con un plan concreto y verificado. 12.1.1.4 Antes de finalizar se comprobará mediante retorno explicativo (teach-back), invitando a la persona a explicar con sus palabras lo entendido sobre su diagnóstico y los siguientes pasos, dejando constancia de la verificación. La responsabilidad de una explicación no comprendida corresponde al profesional. 12.1.1.5 Se entregará un documento escrito y personalizado, en lenguaje claro y con versión en lectura fácil disponible, con el diagnóstico en términos comprensibles, los siguientes pasos con fechas, el nombre del profesional de referencia y un teléfono de contacto, junto con un listado orientativo de preguntas para preparar la siguiente consulta; se ofrecerá la posibilidad de grabar en audio la entrevista. No se transmitirán en la misma sesión el diagnóstico y la totalidad del plan terapéutico. 12.1.1.6 Se programará, en un plazo máximo de 7 días naturales, una segunda consulta para resolver dudas, ampliar información y abordar las decisiones terapéuticas; ninguna decisión sin urgencia clínica se solicitará en el acto de la comunicación diagnóstica. La enfermera referente contactará telefónicamente en las 48-72 horas siguientes para valorar la situación emocional y verificar la comprensión del plan.

Actividades	Características de calidad
12º INFORMACIÓN, TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA Y DOCUMENTACIÓN	12.1.1.7 Ante una reacción emocional intensa se dispondrá de espacio y tiempo para su contención antes de que la persona abandone el centro, activando el circuito de psicooncología conforme a la actividad 12.9. Únicamente comunicarán diagnósticos oncológicos profesionales con formación acreditada en comunicación clínica y malas noticias. **12.2** En caso de optar por el tratamiento quirúrgico, se seguirán las pautas recomendadas a partir de la actividad 14 y se procederá a: • (i) Informar del procedimiento quirúrgico a realizar (riesgos y beneficios). • Entregar el formulario de CI. • Entregar a la persona y/o familiar y/o representante legal el listado de verificación prequirúrgica. • Solicitar Inclusión en registro de demanda quirúrgica (RDQ). • Solicitar estudio preanestésico. • Solicitar pruebas cruzadas para posible transfusión sanguínea, previo CI. • (i) Informar del procedimiento mediante el cual se le notificará la fecha del ingreso, facilitando un número telefónico de contacto para consultar dudas sobre su proceso. **12.3** (i) Se proporcionará a las personas que van a someterse a cirugía o RT para el cáncer de mama instrucciones e información sobre los ejercicios de las extremidades superiores (*Recomendación NICE*)[3]. • Explicar los beneficios de hacer ejercicios. • Explicar cuando se deben comenzar los ejercicios. **12.4** (i) Asegúrese de que la información está en el formato adecuado para que las personas puedan consultarla más tarde, responder a cualquier pregunta que la persona pueda tener sobre los ejercicios o sobre cómo realizarlos, proporcionar detalles sobre con quién contactar si necesita más información (*Recomendación NICE*)[3]. **12.5** En caso de optar por el tratamiento Antineoplásico y/o RT, se seguirán las pautas recomendadas a partir de la actividad 29 y siguientes, gestionando la interconsulta en el mismo acto. **12.6** En caso de no aceptación de los tratamientos activos posibles, se hará seguimiento compartido en AH-AP (actividad 31). **12.7** Si la persona está en estado clínico avanzado sin posibilidad de tratamiento específico, salida al PAI Cuidados Paliativos.

Actividades	Características de calidad
12º INFORMACIÓN, TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA Y DOCUMENTACIÓN	**12.8** En esta fase los cuidados irán encaminados a los siguientes objetivos de resultados e intervenciones y a fomentar la participación ciudadana en la planificación, gestión y provisión de cuidados. • Conocimiento proceso de la enfermedad (NOC 1830). • Conocimiento: manejo del cáncer (NOC 1833): intervenciones educativas enseñanza individual (NIC 5606): formarían parte los consejos de salud para el postoperatorio inmediato (como los sujetadores postoperatorios). • Enseñanza procedimiento/tratamiento: (NIC 5618). • Toma de decisiones (NOC 0906.) • Apoyo en la toma de decisiones: NIC 5250. • Conocimiento: recursos sanitarios (NOC 1806). • Orientación en el sistema sanitario:(NIC 7400). • Afrontamiento (NOC 1302). • Disminución de la ansiedad (NIC 5820) • Aceptación del estado de salud (NOC 1300). • Modificación de la conducta:(NIC 4360) • Afrontamiento familiar (NOC 2600). • Favorecimiento de la implicación familiar (NIC 7110) **12.9** Se recomienda establecer un circuito de comunicación entre los profesionales de AP y de AH para facilitar el contacto de las personas con los profesionales sanitarios que les atienden, la resolución de dudas, la información, el seguimiento y el estado de las citas. **12.10** Se realizará cribado sistemático del malestar emocional mediante instrumento breve validado en cinco momentos clave: tras la comunicación del diagnóstico; antes del inicio del tratamiento; durante el tratamiento sistémico o radioterápico; al finalizar el tratamiento activo; y ante recidiva o progresión. El resultado se registrará en la HS. **12.10.1** Alcanzado el punto de corte, o a solicitud de la persona, se realizará valoración ampliada por la enfermera referente y, si procede, derivación para apoyo psicológico. Se derivarán directamente, sin cribado previo, las situaciones de riesgo suicida, duelo complicado, trastorno mental previo descompensado y aquellas con factores de especial vulnerabilidad (persona joven con hijos a cargo, ausencia de red de apoyo, enfermedad avanzada al diagnóstico, antecedentes de trauma o violencia de género).

Actividades	Características de calidad
12º INFORMACIÓN, TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA Y DOCUMENTACIÓN	**12.11** Ofrezca a todas las personas con cáncer de mama un acceso temprano a Salud Mental para apoyo psicológico y, si fuera preciso, psiquiátrico (Recomendación NICE)3. **12.11.1** Se aconseja seguir las recomendaciones de mejora de la Atención Psicológica al Cáncer en el Sistema Nacional de Salud: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/cancer/docs/2026/RECOMENDACIONES_DE_MEJORA_DE_LA_ATENCION_PSICOLOGICA_AL_CANCER.pdf **12.12** El apoyo emocional no se limitará a la derivación especializada: todos los profesionales incorporarán a su práctica la escucha activa, la validación emocional y la respuesta empática, y dispondrán de formación para ello. **12.12.1** Se ofrecerá igualmente valoración y apoyo psicológico a la persona cuidadora principal cuando el cribado o la valoración clínica lo indiquen. Se le ofrecerá formación específica en cuidados, manejo de síntomas, cuidado de la herida y del drenaje, prevención del linfedema y comunicación con la persona enferma. **12.12.2** Cuando existan menores a cargo se ofrecerá orientación específica sobre cómo hablarles de la enfermedad de forma adecuada a su edad y con material de apoyo. **12.13** Se revisará la correcta vacunación de las personas con cáncer de mama y su entorno familiar, si es necesario. En aquellas personas que tengan indicación, se aplicarán las vacunas correspondientes teniendo en cuenta la indicación específica y las fases del tratamiento según el programa de vacunación y las indicaciones de andavac. Enlaces: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/programasDeVacunacion/riesgo/docs/Inmunodeficiencias.pdf https://www.andavac.es/faq https://www.andavac.es/faq-profesionales/las-personas-con-cancer-en-tratamiento-con-quimioterapia-es-bueno-que-se-vacunen-frente-a-la-gripe-y-la-covid-19/

PROFESIONALES DE MEDICINA, ENFERMERÍA Y CELADOR DE AH: RADIOLOGÍA, MEDICINA NUCLEAR

Actividades	Características de calidad
13º MARCAJE DE LESIONES NO PALPABLES	**13.1** (i) Se realizará por el personal de Radiodiagnóstico: • Verificación de la identificación inequívoca de la persona. • Comprobará en la HS: - Diagnóstico. - Indicación del procedimiento quirúrgico. - Informe preoperatorio de anestesia y pruebas complementarias. **13.2** Se comprobará que la persona ha comprendido la información sobre el procedimiento que se va a realizar, da su consentimiento precisando o no la necesidad de apoyo para tomar la decisión y existe registro documental de dicha información en la HS. **13.3** Las lesiones no palpables deben ser marcadas previamente a la cirugía para favorecer su extirpación (*AG*)[2]. **13.4** Se realizarán los procedimientos por técnicas de imagen correspondientes para la colocación de marcadores en lesiones no palpables (arpones metálicos o inyección de trazador para la técnica de ROLL o SNOLL antes de la intervención) según el procedimiento de cada hospital y atendiendo a la disponibilidad del Centro (*AG*)[45].
Traslado	**13.4.1** (i) En el marcaje prequirúrgico de lesiones no palpables se informará con antelación del procedimiento y de la sensación esperable, se garantizará analgesia adecuada, se reducirá al mínimo el tiempo de permanencia con el dispositivo colocado y se facilitará el acompañamiento hasta el traslado al bloque quirúrgico. **13.5** El traslado al Bloque Quirúrgico se realizará garantizando la intimidad, el confort y la seguridad de la persona. **13.6** En esta fase los cuidados de enfermería respecto a objetivos de resultados e intervenciones se orientarán a: • Conocimiento: procedimiento terapéutico (NOC 1814). • Nivel de ansiedad (NOC 1211). • Educación procedimiento/tratamiento (NIC 5618). • Disminución de la ansiedad (NIC 5820).

PROFESIONALES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DE AH: FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS, ONCOLOGÍA, ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA EN TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS COMPLEJOS

Actividades	Características de calidad
14º TRATAMIENTO SISTÉMICO PREOPERATORIO/ TRATAMIENTO NEOADYUVANTE	**14.1** Se aplicarán medidas para la verificación inequívoca de la persona (tres códigos identificativos diferentes: nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA). **14.2** Los análisis de farmacogenética y farmacogenómica se realizarán en personas que necesitan ser tratadas con determinados medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS y sirven para determinar la estrategia terapéutica, valorar la respuesta al tratamiento o evitar posibles efectos adversos en un individuo determinado[46]. **14.3** Dentro del **tratamiento neoadyuvante** tendremos en cuenta (*Categoría 2A*)[2]: • Por lo general, cualquier paciente candidata a tratamiento adyuvante con quimioterapia es candidata a tratamiento neoadyuvante. • De forma previa a la neoadyuvancia será preciso disponer de: - Biopsia con estudio inmunohistoquímico del tumor. - Marcaje de la lesión primaria +/- de la afectación ganglionar, si tuviera. - RMN de ambas mamas. **14.4** Cáncer de mama con inmunofenotipo luminal (RRHH+/HER2-) localmente avanzado (Generalmente suele ser en tumores mayores a 2 cm y/o con ganglios positivos): Se recomienda el tratamiento neoadyuvante en aquellas situaciones en las que el tratamiento neoadyuvante reduciría la extensión de la cirugía (p.e. conseguir evitar una linfadenectomía en pacientes con ganglios inicialmente afectados o para reducir el tamaño tumoral para convertir una mastectomía en una cirugía conservadora) (*Categoría 2A*)[2]. **14.4.1** Quimioterapia neoadyuvante: Cualquier esquema de quimioterapia empleado en la adyuvancia es válido para realizar tratamiento neoadyuvante. En la mayoría de pacientes emplearemos esquema secuencial de antraciclinas y taxanos. Debemos priorizar el uso de dosis densas de antraciclinas (no usados en adyuvancia). **14.4.2** Hormonoterapia neoadyuvante: Puede ofrecerse tratamiento neoadyuvante con hormonoterapia únicamente en pacientes postmenopáusicas con tumores con alta expresión de RRHH (RE 40-60% o >60% y RP 10%) que por cualquier motivo no sean candidatas a quimioterapia neoadyuvante (edad, comorbilidades, etc.). En este caso se recomienda tratamiento con inhibidores de aromatasa (letrozol o exemestano) durante al menos 6-8 meses o hasta alcanzar máxima respuesta.

Actividades	Características de calidad
14º TRATAMIENTO SISTÉMICO PREOPERATORIO/ TRATAMIENTO NEOADYUVANTE	**14.5** Cáncer de mama con inmunofenotipo HER2+: los tumores con sobreexpresión de HER2+, con tamaño >2 cm y/o con afectación ganglionar (≥cT2 y/o cN+) tienen indicación de realizar tratamiento neoadyuvante (*Categoría 2A*)[2]. **14.5.1** Qn tumores T2N0 se recomienda realizar esquema con quimioterapia + trastuzumab. **14.5.2** En tumores > cT2 o N+, especialmente si son inmunofenotipo HER2 puro, se recomienda realizar neoadyuvancia con quimioterapia+terapia antiHER2 con trastuzumab +/- pertuzumab. **14.6** Cáncer de mama con inmunofenotipo triple negativo: La inmunoquimioterapia neoadyuvante es la estrategia de elección en pacientes con tumores triples negativos en estadios II-III (≥cT2 y/o cN+) puesto que consigue tasas de respuestas completas cercanas al 60 % (*Categoría 2A*)[2]. **14.6.1** De forma general cualquier tumor triple negativo (con tamaño > 5mm) es candidato a tratamiento con quimioterapia neoadyuvante, especialmente si se trata de un tumor T2 (>2 cm) o con ganglios positivos. **14.6.2** La enfermedad residual tras la neoadyuvancia es un biomarcador asociado a riesgo de recurrencia que marcará la estrategia a seguir en la adyuvancia post-neoadyuvancia. **14.6.3** En tumores T1 de 1 a 2 cm la quimioterapia neoadyuvante (sin inmunoterapia) es una opción a considerar. El tratamiento de elección contemplará esquemas basados en antraciclinas y taxanos secuenciales, preferiblemente con esquemas de dosis densas acompañados de factores estimulantes de colonias. **14.6.4** En pacientes con tumores triple negativos estadios II-III (≥cT2 y/o cN+) está indicada la adición de pembrolizumab a la neoadyuvancia con carboplatino + taxanos + antraciclinas ya que consigue aumentar las tasas de respuesta patológicas completas, la supervivencia libre de enfermedad y la supervivencia global en pacientes con cáncer de mama triple negativo de alto riesgo.

PROFESIONALES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DE AH: ANESTESIA

Actividades	Características de calidad
15º ESTUDIO PREANESTÉSICO	**15.1** Se aplicarán medidas para la verificación inequívoca de la persona (tres códigos identificativos diferentes: nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA). **15.2** Se dispondrá de un procedimiento en los centros sanitarios para facilitar la consulta de acto único. **15.3** Se realizará estudio preanestésico protocolizado, dejando constancia documental en la HS de la persona de: • La medicación habitual si existe, y su posible interacción con la intervención. • Se comprobará la existencia de petición de pruebas cruzadas. • La información facilitada, las dudas de la persona, los riesgos individuales y la firma del CI para el procedimiento anestésico a utilizar, con copia para la persona. **15.4** Se Informará del resultado y del tipo de anestesia en función del procedimiento quirúrgico en un entorno de privacidad y confidencialidad, manifestando una actitud facilitadora para responder a sus demandas y expectativas. **15.5** En esta fase los cuidados irán orientados a los siguientes objetivos de resultados e intervenciones: • Conocimiento: procedimientos terapéuticos (NOC 1814). • Afrontamiento (NOC 1302). • Aceptación del estado de salud (NOC 1300). • Preparación antes del procedimiento (NOC 1921) • Conocimiento: manejo del estrés (NOC 1862) • Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional (NOC 2605) • Mejora del afrontamiento (NIC 5230). • Disminución de la ansiedad (NIC 5820). • Asesoramiento (NIC 5240)

PROFESIONALES DE AH: SERVICIO DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA /CELADOR/A

Actividades	Características de calidad
16º RECEPCIÓN Y TRASLADO PARA INGRESO	**16.1** Recepción de la persona: • Se aplicarán medidas de verificación (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA) para la filiación inequívoca de la persona, y/o identificación mediante brazalete con al menos dos códigos de identificación diferentes. • Se actualizarán de datos administrativos en la HS. • (i) Se entregará a la persona y/o familiares y/o representante legal información sobre normas relativas de acceso y circulación en el hospital y área quirúrgica, con actitud facilitadora para atender a sus demandas de información y expectativas. • (i) Se informará a la persona y a su acompañante, con antelación al ingreso y por escrito, de la hora prevista de intervención y su posible variabilidad, la duración estimada, el recorrido que realizará, el momento en que se informará a la familia y el lugar de espera. **16.2** El traslado para la hospitalización, se realizará garantizando la intimidad, el confort y la seguridad de la persona.

PROFESIONALES DE AH: CIRUGÍA Y GINECOLOGÍA

Actividades	Características de calidad
17º RECEPCIÓN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN Evaluación clínica	**17.1** Se aplicarán medidas para la verificación inequívoca de la persona (tres códigos identificativos diferentes: nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA) y/o identificación mediante brazalete con al menos dos códigos de identificación diferentes. **17.2** (i) Se comprobará que la persona ha comprendido la información sobre el procedimiento que se va a realizar, o si precisara apoyo y se ha adaptado para su entendimiento, y existe registro documental de dicha información en la HS. **17.3** Se comprobará que consta en la HS: • Diagnóstico clínico. • Indicación del procedimiento quirúrgico. • Informe preoperatorio de anestesia y pruebas complementarias. • Los riesgos identificados de seguridad. • Existencia de solicitud de pruebas cruzadas para posible transfusión sanguínea y CI firmado con la información ofrecida, los riesgos individuales y las dudas que se hayan resuelto (bc). • Registro de fármacos prescritos de forma habitual o esporádica. En caso afirmativo se notificará al Servicio de Farmacia para la Conciliación terapéutica, según procedimiento establecido en cada hospital.

Actividades	Características de calidad
17º **RECEPCIÓN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN** **Preparación quirúrgica**	**17.4** Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes. **17.5** Se realizará Preparación prequirúrgica según el Proceso Asistencial Integrado Atención al paciente quirúrgico y el PNT del hospital. **17.5.1** (i) Se reforzará la información a la persona y a su acompañante sobre la hora prevista de intervención y su posible variabilidad, la duración estimada, el recorrido que realizará, el momento en que se informará a la familia y el lugar de espera. **17.5.2** Se facilitará que esté acompañada hasta la antesala del bloque quirúrgico y que conserve hasta ese momento objetos personales de significado (gafas, audífonos, prótesis dentales, objetos simbólicos), retirándolos en el último momento posible y devolviéndolos a la mayor brevedad. **17.6** En esta fase los cuidados de enfermería se orientarán a los siguientes objetivos de resultados e intervenciones: • Autocontrol de la ansiedad (NOC 1402). • Apoyo emocional (NIC 5270) • Conocimiento: procedimiento terapéutico (NOC 1814). • Control del dolor (NOC 1605). • Enseñanza preoperatoria (NIC 5610). • Preparación del procedimiento (NOC 1921) • Afrontamiento (NOC 1302) • Cuidados de enfermería al ingreso (NIC 7310) • Coordinación preoperatoria (NIC 2880) • Enseñanza individual (NIC 5606) • Manejo del dolor (NIC 2240) • Documentación (NIC 7920) **17.7** Existirá y estará implementado un procedimiento específico para verificar las condiciones de seguridad en el itinerario quirúrgico .

PROFESIONALES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DE AH: MEDICINA NUCLEAR Y RADIODIAGNÓSTICO

Actividades	Características de calidad
18º BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA (BSGC)	**18.1** Se aplicarán medidas para la verificación inequívoca de la persona (tres códigos identificativos diferentes: nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA) y/o identificación mediante brazalete con al menos dos códigos de identificación diferentes. **18.2** Se comprobará en la HS: • Diagnóstico. • Indicación del procedimiento quirúrgico. • Informe preoperatorio de anestesia y pruebas complementarias. **18.3** El traslado se realizará garantizando la intimidad, el confort y la seguridad de la persona. **18.4** (i) Se comprobará que la persona ha comprendido la información sobre el procedimiento que se va a realizar, o si precisara apoyo y se ha adaptado para su entendimiento, da su consentimiento y existe registro documental de dicha información en la HS. **18.5** Existirá y estará implementado un PNT específico para la realización de la técnica de BSGC en cada centro según las posibilidades técnicas.
Estadificación ganglionar	**18.6** Según los hallazgos del estudio histopatológico o molecular, realizado preoperatorio o diferido, según PNT de cada centro, se procederá a completar la estadificación ganglionar: **18.6.1** Se recomienda la omisión de la BSGC en pacientes postmenopáusicas mayores de 50 años, que cumplan con los siguientes criterios: tumor unifocal, menor de 2 cm, con RH +, HER 2 negativo, G1-2, con estudio axilar negativo por prueba de imagen, que vayan a recibir tratamiento hormonal y van a ser tratadas con tratamiento conservador (*Categoría 2A*)[2]. • Esta recomendación está indicada en personas que no vayan a recibir RT parcial de mama (*AG*). **18.6.2** La disección de los ganglios linfáticos axilares ha sido clásicamente el estándar de atención para la estadificación axilar. Esta técnica ha sido reemplazada en muchas ocasiones por la Biopsia selectiva de ganglio linfático centinela (BSGC). **18.6.3** La presencia de GC negativo evita con seguridad la necesidad de realizar una LA de estadiaje, con una menor morbilidad (*Categoría 1*)[2]. **18.6.4** La BSGC es el procedimiento estándar de estadificación ganglionar axilar en personas sin evidencia de afectación axilar en la ecografía o biopsia guiada (*Categoría 1*)[2] (*Recomendación NICE*)[3].

Actividades	Características de calidad
18º BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA (BSGC)	**18.6.5** Los GC pueden evaluarse para detectar la presencia de metástasis mediante tinción con hematoxilina y eosina (H&E) e inmunohistoquímica (IHQ) de citoqueratina (*Categoría 1*)[2]. **18.6.6** También se podrá utilizar la técnica OSNA (*One Step Nuclear Acid Amplification*) con cuantificación del ARN mensajero de la citoqueratina 19 para el diagnóstico del ganglio centinela (*AG*). **18.7** En esta fase los cuidados irán orientados a los siguientes objetivos de resultados e intervenciones: • Conocimiento: procedimiento terapéutico (NOC 1814). • Nivel de ansiedad (NOC 1211) • Enseñanza procedimiento/tratamiento (NIC 5618) • Disminución de la ansiedad (NIC 5820)

PROFESIONALES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DE AH: CIRUGÍA, GINECOLOGÍA, ANESTESIA Y CELADORES

Actividades	Características de calidad
19º TRATAMIENTO QUIRÚRGICO **Verificación**	**19.1** La persona será recepcionada por la enfermera de Bloque Quirúrgico que: • Verificará la identificación inequívoca de la persona. • Comprobará en la HS de la persona: - Indicación del procedimiento quirúrgico. - Informe preoperatorio de anestesia y pruebas complementarias. - Formulario de CI del procedimiento quirúrgico a realizarinformación, riesgos individuales y resolución de dudas de la persona. - Verificará con la persona la correcta aplicación del protocolo de preparación quirúrgica. **19.2** El equipo quirúrgico cumplimentará la hoja de verificación quirúrgica, dejando constancia documental en la HS de la persona.
Información **Cirugía**	**19.3** Se informará de forma clara y precisa a familiares y/o representante del desarrollo de la intervención quirúrgica, y la situación de la persona, en un entorno de privacidad y confidencialidad. **19.3.1** En intervenciones de duración prevista superior a dos horas se ofrecerá a la familia información intermedia.

Actividades	Características de calidad
19º TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	**19.3.2** La información final se dará en espacio reservado, sentados y sin prisa; no se informará en pasillos ni en zonas de paso. **19.4** Se debe confirmar por prueba de imagen la presencia de la lesión marcada previamente en la pieza quirúrgica.
Lecho quirúrgico	**19.5** Marcaje del lecho quirúrgico: **19.5.1** Tras la resección quirúrgica se debe realizar marcaje del lecho quirúrgico, hay que orientar las piezas quirúrgicas con el PNT de cada centro, confirmar la presencia de la lesión en el espécimen quirúrgico, sobre todo en lesiones no palpables, y realizar una evaluación histológica de los márgenes de resección: el beneficio de la CC se basa en lograr márgenes patológicamente negativos tras la resección (*Categoría 1*)[2]. **19.5.2** Los lechos postquirúrgicos deben ser marcados con, al menos 4 clips radiopacos para favorecer la aplicación de la RT adyuvante. No obstante, se considera que sería recomendable realizar este procedimiento en caso de biopsias quirúrgicas con falta de correlación radiopatológica (*AG*)[1, 2].
Márgenes	**19.6** Evaluación de Márgenes: **19.6.1** Las piezas de tumorectomía deben ser marcadas y orientadas para favorecer el estudio patológico de los márgenes (*Categoría 2A*)[2], según PNT de cada hospital. **19.6.2** Se define como márgenes quirúrgicos negativos, en el cáncer invasivo, la ausencia de "tinta sobre el tumor". En personas con CDIS el margen recomendado es mayor de 2 mm (*AG*)[2, 4]. **19.6.3** En personas con margen positivo se requiere una ampliación de margen, si es factible, hasta conseguir margen libre de tumor o realizar una mastectomía (*AG*)[2]. **19.6.4** Se debe aplicar un criterio clínico individualizado antes de realizar la ampliación de márgenes (*Categoría 1*)[2]: • Utilizando la mamografía posoperatoria para identificar calcificaciones residuales. • Mediante factores clínico-patológicos como la extensión cuantitativa de la enfermedad cerca del margen, la presencia de un componente intraductal extenso, la edad joven o múltiples márgenes cercanos para ayudar a identificar personas que puedan tener un mayor riesgo de recurrencia ipsilateral y, por lo tanto, puedan beneficiarse de una nueva escisión o una mastectomía.

Actividades	Características de calidad
19º TRATAMIENTO QUIRÚRGICO **Estadificación ganglionar**	**19.7** Estadificación ganglionar (Anexo 6). **19.7.1** Evitar la linfadenectomía axilar completa ante la presencia de enfermedad mínima neoplásica (hasta 2 N+) tras BSGC después de tratamiento conservador (CC) más RT no interfiere en la supervivencia global y disminuye la morbilidad (*Categoría 2A*)[2]. **19.7.2** Se realizará BSGC diferido en los carcinomas in situ (CDIS o CID) que tengan un grado intermedio mayor de 20 mm o cualquier CID de alto grado o un CID palpable. 19.7.2.1 Se puede realizar BSGC diferida a las pacientes con CDIS en las que se realizó mastectomía, ya que la posibilidad de una metástasis axilar en un CID es extremadamente baja (0.2-0.7%). 19.7.2.2 La técnica consiste en inyectar 2 cc de SPIO (*Superparamagnetic Particles Iron Oxide, Magtrace®*) en la primera cirugía evitando realizar el ganglio centinela. Solo en un 20% de los casos aparecerá CDIS en la tumorectomía o en la mastectomía y, en ese momento, se puede realizar la biopsia del ganglio centinela en un segundo tiempo quirúrgico ya que las partículas de hierro permanecen durante un mínimo de 3 meses en el ganglio y pueden ser detectadas (*AG*)[21]. **19.7.3** Desescalada axilar tras Neoadyuvancia o Terapia Sistémica Primaria (TSP). • En el contexto de la TSP, se puede omitir LA en personas con respuesta patológica completa tras TSP, completando el tratamiento locorregional con RT ganglionar. • Se pueden mejorar los resultados realizando: - El uso de mapeo linfático con doble trazador (radiotrazador y colorante vitales). - La identificación de tres GC. - El marcaje del ganglio linfático metastásico con un clip, semillas, reflector radar, etc., antes de la terapia neoadyuvante para favorecer la posterior extirpación del ganglio marcado, lo cual reduce las tasas de falsos negativos a < 7%. • Tras el estudio patológico del GC y ganglio marcado (23% de discrepancia), si persiste enfermedad residual en los ganglios se completará la LA.
Traslado a recuperación	**19.8** El traslado a la Unidad de Recuperación postquirúrgica y posteriormente a la planta de hospitalización, se realizará garantizando la intimidad, el confort y la seguridad de la persona y su entorno.

Actividades	Características de calidad
19º TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	**19.9** La recepción de la persona se realizará por el personal de enfermería, que verificará la identificación inequívoca. **19.10** En esta fase los cuidados enfermeros estarán orientados a los siguientes objetivos de resultados e intervenciones[37, 38]: • Control del dolor (NOC 1605). • Recuperación quirúrgica: convalecencia (NOC 2304). • Cuidados post-anestesia (NIC 2870). • Manejo de la vía aérea (NIC 3140). • Monitorización signos vitales (NIC 6680). • Manejo del dolor: agudo (NIC 1410). • Control de infecciones: intraoperatoria (NIC 6545). • Documentación (NIC 7920). • Planificación para el alta (NIC 7370).

Actividades	Características de calidad
20º ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO DE LA PIEZA QUIRÚRGICA	**20.1** Se aplicarán medidas para verificar la identificación inequívoca de la persona, comprobando siempre la correspondencia entre la solicitud y la muestra recibida. **20.2** Se recomienda para una pieza quirúrgica que el tiempo de isquemia fría sea lo más corto posible (inferior a 1 hora) y el tiempo de fijación de entre 24 y 48 horas (*AG*)[47]. **20.3** Las muestras quirúrgicas deben marcarse mediante tinta china para orientar al patólogo a fin de que este pueda localizar los márgenes quirúrgicos de forma precisa (*AG*)[2]. **20.4** El informe anatomopatológico de la pieza quirúrgica debe contener, como resultado de la evaluación macro y microscópica, toda la información de relevancia y utilidad clínica necesaria para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las personas (*AG*). **20.4.1** Además de las consideraciones especificadas en el apartado 6º, el informe debe incluir (*Categoría 2A*)[2]: • Descripción del estado macroscópico y microscópico de los márgenes. • Información sobre la distancia, la orientación y el tipo de tumor (invasivo o CDis) en relación con el margen más cercano. • Cuantificación de la extensión de la enfermedad que se aproxima al margen marcado. **20.5** Se reevaluará el estado de los receptores en los siguientes casos (*AG*)[20]: • El estado de ER y PgR debe reevaluarse después de la cirugía si fue negativo en la muestra prequirúrgica, • El estado de Ki-67 puede reevaluarse después de la cirugía, especialmente si se presenta un grado histológico más alto o después de la terapia endocrina neoadyuvante, para ayudar a evaluar la respuesta biológica. • El estado de HER2 debe reevaluarse en caso de que el resultado de la biopsia con aguja gruesa sea incierto, o si en la pieza quirúrgica se observa un componente histológico tumoral diferente o un grado histológico superior, no evaluado en la biopsia preoperatoria (*AG*)[20]. **20.6** En los casos de cáncer invasivo residual, se debe reevaluar la inmunohistoquímica (ER, PgR, HER2 y Ki-67) en el tumor residual tras el tratamiento neoadyuvante (*AG*)[20]. **20.7** La evaluación patológica de las muestras de resección quirúrgica después de la terapia sistémica preoperatoria o neoadyuvante debe incluir los elementos

Actividades	Características de calidad
20º ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO DE LA PIEZA QUIRÚRGICA	estandarizados de muestreo de tejido e informe de la Carga Residual de Cáncer (RCB) (*Categoría 2B*)[2]. **20.8** Existirá y estará implementado un procedimiento específico para comunicación en caso de resultados críticos al profesional solicitante.

PROFESIONALES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DE AH Y AP

Actividades	Características de calidad
21º HOSPITALIZACIÓN POSTQUIRÚRGICA Y ALTA HOSPITALARIA	**21.1** Se aplicarán medidas para la verificación inequívoca de la persona (tres códigos identificativos diferentes: nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA). **21.2** Los cuidados de enfermería en esta fase irán orientados a los siguientes objetivos de resultados e intervenciones: • Control del Dolor (NOC 1605) • Control del riesgo (NOC 1902) • Conocimiento: recursos sanitarios (NOC 1806) • Conocimiento: manejo de heridas (NOC 3209) • Nivel de ansiedad (NOC 1211) • Conocimiento: procedimientos terapéuticos (NOC 1814) • Afrontamiento (NOC 1302) • Aceptación del estado de salud (NOC 1300) • Cuidados del sitio de incisión(NIC 3440) • Cuidados del drenaje (NIC 1870) • Administración medicación (NIC 2300) • Enseñanza procedimiento /tratamiento (NIC 5618) • Manejo ambiental: seguridad (NIC 6486) • Mejora del afrontamiento (NIC 5230) • Planificación para el alta (NIC 7370) • Documentación (NIC 7920) **21.2.1** Antes de la primera cura se preparará a la persona para ver el resultado: se le explicará qué va a encontrar —aspecto de la herida, drenajes, cambios de contorno, coloración—, se le ofrecerá elegir el momento y decidir si desea mirar en esa primera cura o más adelante, y se le ofrecerá la presencia de la enfermera referente o de quien designe.

Actividades	Características de calidad
21º HOSPITALIZACIÓN POSTQUIRÚRGICA Y ALTA HOSPITALARIA **Hospitalización**	**21.2.2** Se registrará la respuesta emocional observada y las necesidades de apoyo detectadas. **21.3** Se realizará una valoración clínica y funcional por el personal de medicina, que abordará: • (i) Información a la persona y/o familiar o su representante legal de forma clara y adecuada en un entorno de privacidad y confidencialidad, manifestando una actitud facilitadora para responder a sus demandas y expectativas. • Evaluación e incidencias de la intervención quirúrgica. • Valoración / prescripción de tratamientos postoperatorios. • Historia clínica y exploración física protocolizada dirigida a la identificación de las complicaciones más frecuentes del tratamiento: presencia de linfedema, capsulitis retráctil, linfangitis, flebitis química. • Registro de cambios evolutivos. • Valoración funcional con escala específica, registro de efectos adversos y general de calidad de vida. • Se realizará valoración sistemática del dolor durante el ingreso mediante escala numérica, registrando intensidad, características (nociceptivo o neuropático), localización y respuesta al tratamiento, con el objetivo de mantener el dolor en reposo por debajo de 4 sobre 10. • Solicitud de interconsulta con Rehabilitación, con Salud Mental, si procede y siguiendo PNT del Centro. • A toda persona sometida a mastectomía sin reconstrucción inmediata se le informará antes del alta, por escrito, sobre prótesis mamarias externas provisionales y definitivas, sujetadores adaptados, momento adecuado de uso, procedimiento de obtención y vía de prestación. Se facilitará además el acceso a talleres de imagen corporal, cuidado de la piel y estética oncológica, desarrollados preferentemente con asociaciones de pacientes y con escuelas de salud, y se ofrecerá valoración por salud mental cuando la alteración de la imagen corporal condicione el funcionamiento social, la vida sexual o el estado de ánimo. • Si se prescribe material ortoprotésico, se utilizarán listados de verificación que fomenten la seguridad de la persona evaluando los siguientes aspectos: adecuación anatómica, comprobación del correcto funcionamiento de los elementos, educación y capacitación y plan de seguimiento. • (i) En caso de precisar pautas o ejercicios para domicilio se facilitará información escrita en soporte papel, así como elementos de apoyo a esta información como páginas web, libros, asociaciones de ayuda, etc.

Actividades	Características de calidad
21º HOSPITALIZACIÓN POSTQUIRÚRGICA Y ALTA HOSPITALARIA	• Seguimiento de la evolución de la persona. • Se facilitará información sobre escuelas de salud y asociaciones de pacientes, así como otros activos de salud disponibles en su localidad. **21.4** Ofrezca apoyo supervisado al realizar ejercicios de las extremidades superiores a las personas que han sido identificadas como de alto riesgo de desarrollar problemas de hombro después de la cirugía del cáncer de mama (*Recomendación NICE*)[3]. **21.5** Considerar la descripción de ejercicios (*Recomendación NICE*)[3]. **21.6** En esta fase los cuidados irán orientados a los siguientes objetivos de resultados e intervenciones: • Conocimiento: proceso enfermedad (NOC 1803) • Imagen Corporal (NOC 1200) • Afrontamiento (NOC 1302) • Preparación Cuidador familiar domiciliario (NOC 2220) • Mejora de la imagen corporal (NIC 5220) • Cuidados del sitio de incisión (NIC 3440) • Enseñanza procedimiento /tratamiento (NIC 5618) • Manejo ambiental: seguridad (NIC 6486) • Mejora del afrontamiento (NIC 5230) • Disminución de la ansiedad (NIC 5820) • Documentación (NIC 7920)
Alta hospitalaria	**21.7** Se realizará Informe de Alta (Informe único de Alta), que incluirá: Información de contacto y responsables del tratamiento, diagnóstico específico y estadío, tratamiento realizado, toxicidad o efectos secundarios esperados, plan de seguimiento con posible terapia adyuvante, seguimiento con técnicas de imagen, responsable del seguimiento y programa de visitas, recomendaciones para el autocuidado, vida saludable y reducción del riesgo (*AG*)[3]. **21.8** (i) Se informará a la persona y/o familiar sobre el seguimiento del proceso, la posible aparición de síntomas y signos relacionados con la intervención, los cuidados postoperatorios y los profesionales de referencia de su proceso. **21.9** Se garantizará la transmisión de información entre los diferentes ámbitos de atención (AP-AH), existiendo un procedimiento estandarizado para la comunicación al alta.

Actividades	Características de calidad
21º HOSPITALIZACIÓN POSTQUIRÚRGICA Y ALTA HOSPITALARIA	**21.9.1** Junto al Informe Único de Alta se emitirá un informe dirigido a la enfermera referente y a la gestora de casos de Atención Primaria que incluirá: valoración enfermera al alta; diagnósticos activos y plan de cuidados; situación funcional del miembro superior y riesgo de linfedema; estado emocional y resultado del último cribado de malestar; situación social y de cuidados; necesidades de educación terapéutica pendientes; y datos de contacto de la enfermera referente hospitalaria. **21.9.2** En las transiciones de mayor riesgo —alta hospitalaria, fin de tratamiento activo, paso a seguimiento en Atención Primaria y transición a atención paliativa— se realizará contacto directo entre profesionales, del que quedará constancia, y se informará a la persona sobre quién asumirá su seguimiento, dónde y cuándo, por escrito. En el paso a seguimiento compartido se realizará una consulta de transición en la que se revisará el plan, se resolverán dudas y se abordará el impacto emocional del fin del tratamiento activo, momento de especial vulnerabilidad frecuentemente vivido como desprotección. **21.10** Se le gestionará nueva cita a consulta, para comunicar los resultados y opciones terapéuticas en función del estudio Anatomía Patológica.

PROFESIONALES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DE AH Y AP: CMCM

Actividades	Características de calidad
22º VALORACIÓN DEL CASO INDIVIDUAL Y PROPUESTA TERAPÉUTICA	**22.1** Se realizará en función de los resultados de la intervención quirúrgica y su anatomía patológica en un plazo no superior a los 30 días (*AG*). **22.2** Se realizará la estadificación postquirúrgica de la enfermedad. **22.3** El CMCM evaluará los resultados patológicos, en especial los márgenes quirúrgicos y las propuestas terapéuticas adyuvantes en virtud de las características clínicas y patológicas. **22.4** Valorar la conveniencia de tratamiento sistémico según los factores pronósticos y predictivos de cada caso, así como los posibles riesgos y beneficios del tratamiento. Se deben valorar estos factores antes de tomar las decisiones terapéuticas con la persona (*Recomendación NICE*)[3]. **22.5** Se definirán las opciones terapéuticas que se ofertarán a la persona, dejando constancia en la HS. **22.6** La Unidad que se responsabilice de la asistencia a la persona: • Gestionará la atención integral a la persona, gestión de citas, seguimiento compartido, etc. • Informará a la persona y/o familiares sobre el plan terapéutico previsto. • Garantizará la continuidad de la asistencia.

PROFESIONALES DE AH: CIRUGÍA Y GINECOLOGÍA

Actividades	Características de calidad
23º INFORMACIÓN DE RESULTADOS	**23.1** Se verificará la identificación inequívoca de la persona.
Toma decisiones compartidas	**23.2** Se informará a la persona y/o familiar o su representante legal de forma clara y adecuada, en un entorno de privacidad y confidencialidad, manifestando una actitud facilitadora para responder a sus demandas y expectativas, dejando constancia documental en la HS: • Del resultado de las pruebas diagnósticas (anatomía patológica). • Plan de tratamiento propuesto por el CMCM, así como de las alternativas posibles, respetando la decisión autónoma de la persona. • Se ofertará a la persona las acciones y/o programas de Educación para la Salud disponibles en el Centro para facilitar el conocimiento, afrontamiento y recuperación de su enfermedad
Gestón de cita	**23.3** En caso de proceder tratamiento adyuvante, se gestionará la cita para remitir a la persona a consulta externa de Unidad de Oncología Médica o Radioterápica para evaluación clínica.

Actividades	Características de calidad
24º TRATAMIENTO ESPECÍFICO. RECONSTRUCCIÓN	**24.1** Ofrecer reconstrucción mamaria inmediata a mujeres a las que se les ha aconsejado someterse a una mastectomía, incluyendo a aquellas que pueden necesitar radioterapia, a menos que tengan comorbilidades que excluyan la cirugía reconstructiva. Discutir los beneficios y riesgos de la reconstrucción mamaria inmediata y diferida adaptadas a su situación clínica individual y tener la oportunidad de consultar con un cirujano plástico reconstructivo y/o un cirujano oncoplástico (*Recomendación NICE*)[3]. **24.1.1** (i) Se garantizará la recepción adecuada de información y material sobre todas las opciones de reconstrucción mamaria, sus beneficios y riesgos, favoreciendo la toma de decisiones compartida. - Se aconseja facilitar a las mujeres los siguientes documentos para pacientes: 1. https://www.aemps.gob.es/productos-sanitarios/protesis-mamarias/informacion-para-pacientes-sobre-protesis-mamarias/ 2. https://www.aemps.gob.es/informa/la-aemps-publica-dos-nuevas-infografias-informativas-sobre-reconstruccion-mamaria-y-mamoplastia-de-aumento/ **24.2** Así mismo, las pacientes con una mutación conocida que aumente el riesgo de cáncer de mama, pueden optar a someterse a una mastectomía bilateral profiláctica con reconstrucción. La reconstrucción puede ser llevada a cabo con material protésico, tejido autólogo o la combinación de ambas (*Categoría 2A*)[2] (*Recomendación NICE*)[3, 12]. **24.3** La reconstrucción mamaria no debe interferir con el manejo quirúrgico, médico y radioterápico apropiado para el tratamiento de la enfermedad (*Categoría 2A*)[2]. La coordinación de la consulta y el tratamiento quirúrgico con un cirujano reconstructivo debe realizarse dentro de un plazo razonable ya que la disponibilidad o la viabilidad de la reconstrucción mamaria no deberían generar un retraso o rechazo de la intervención quirúrgica, médica y radioterápica apropiada. **24.4** Se debe ofrecer una consulta de cirugía reconstructiva a aquellas pacientes que no estén satisfechas con el resultado estético después de haber finalizado el tratamiento del cáncer de mama (*Categoría 2A*)[2]. **24.5** Tener en cuenta que algunas personas podrían decidir no realizarse una reconstrucción después de la mastectomía *Recomendación NICE*)[3] y, en ese caso, la opción de someterse únicamente a una mastectomía con un cierre optimizado quirúrgicamente debe ser ofrecida a todas las pacientes como parte de una discusión integral de las opciones reconstructivas.

Actividades	Características de calidad
24º TRATAMIENTO ESPECÍFICO. RECONSTRUCCIÓN	**24.5.1** (i) A quienes opten por no reconstruirse se les garantizará un resultado quirúrgico cuidado y simétrico en la pared torácica, información y acceso a prótesis externas y sujetadores adaptados con indicación de la vía de prestación, y la posibilidad de reconsiderar la decisión en cualquier momento, sin que la demora suponga pérdida de acceso a la reconstrucción diferida. **24.6** En el caso en la paciente decida continuar con el proceso reconstructivo, la decisión sobre el momento y tipo de reconstrucción están basados en la evaluación del tratamiento del cáncer, la preferencia y preocupaciones de la paciente, su constitución física, hábitos, comorbilidades, planes de radioterapia y la experiencia del equipo de reconstrucción (*Categoría 2A*)[2]. **24.7** Se deben valorar todos los factores que influyen en una reconstrucción (*Categoría 2A*)[2]: • Deseo del paciente. • Comorbilidades médicas (diabetes mal controlada, trombofilia, etc.). • Tabaquismo. • Tamaño y forma mamaria. • IMC muy elevado. **24.7.1** El tabaquismo y la obesidad aumentan el riesgo de complicaciones perioperatorias de todos los tipos de reconstrucciones mamarias. Las pacientes con estos factores de riesgo deben ser asesoradas acerca del incremento de complicaciones después de la reconstrucción, incluyendo complicaciones en la zona donante como hernias o defectos de la pared abdominal, cicatrización retardada, necrosis parcial o total del colgajo cutáneo de la mastectomía o el usado para la reconstrucción, o fracaso del implante (*Categoría 2A*)[2]. **24.8** La reconstrucción del pezón y la areola debe ser ofrecida a aquellas pacientes que hayan requerido extirpación del complejo areola-pezón como parte del tratamiento de la neoplasia. Existen numerosas técnicas disponibles para la reconstrucción del pezón. El tatuaje tridimensional debe ser ofertado como opción para la reconstrucción del CAP (*Categoría 2A*)[2]. **24.9** En cuanto al proceso quirúrgico, es importante que la mastectomía conservadora de piel sea realizada por un equipo experto en cirugía de mama que trabaje de una manera coordinada y multidisciplinar para orientar la correcta selección de pacientes candidatas a mastectomía conservadora de piel y determinar el/los procedimientos reconstructivos posteriores en relación con el tratamiento adyuvante y lograr una resección con márgenes quirúrgicos apropiados (*Categoría 2A*)[2].

Actividades	Características de calidad
24º TRATAMIENTO ESPECÍFICO. RECONSTRUCCIÓN	**24.10** Después de la reconstrucción mamaria puede ser necesaria una cirugía de revisión. Esto puede incluir procedimientos como injertos de grasa autóloga, mastopexia, liposucción o lipectomía mediante escisión directa, procedimientos contralaterales (en casos de reconstrucción unilateral), para lograr una simetría óptima entre la mama reconstruida ipsilateral y la mama contralateral, etc. **24.10.1** (i) Las pacientes deberán ser informadas antes de la reconstrucción de la posibilidad de que sea necesaria una cirugía de revisión posteriormente (*Categoría 2A*)[2]. **24.11** La reconstrucción es un procedimiento opcional que no afecta la probabilidad de recurrencia ni de muerte, pero se asocia con una mejor calidad de vida para muchas pacientes (*AG*)[2]. **24.12** La reconstrucción mamaria tras tumorectomía (Cirugía Oncoplástica) se aplicará en pacientes candidatas a tumorectomía amplia con riesgo de deformidad mamaria posterior (*AG*)[2]. **24.12.1** Se recomienda el uso de técnicas oncoplásticas en los siguientes escenarios o condiciones ya que pueden beneficiarse de correcciones estéticas y de simetrización asociadas a estas técnicas: • Relacionadas con el defecto quirúrgico (Por ej. Resección superior al 20% del volumen mamario, tumores grandes en mamas pequeñas y mala relación volumen tumoral / volumen mamario). • Relacionadas con la localización tumoral (mayor probabilidad de deformidad en tumores situados en cuadrantes internos e inferiores). • Relacionadas con las características del tumor (Por ej. Multicentricidad, microcalcificaciones extensas). • Relacionadas con características mamarias previas (Por ej. Hipertrofia mamaria, ptosis marcada). • Asimetrías mamarias. **24.12.2** (i) Informar a la persona sobre la posibilidad de presencia de márgenes positivos y la necesidad potencial de reintervención (reescisión segmentaria o mastectomía). **24.12.3** (i) Entrega de una herramienta de ayuda a la toma de decisiones (*AG*)[43]. Es importante informar a la persona sobre las limitaciones en su aplicación (disponibilidad limitada en algunos centros y necesidad de un equipo entrenado).

Actividades	Características de calidad
24º TRATAMIENTO ESPECÍFICO. RECONSTRUCCIÓN	**24.12.4** Las técnicas oncoplásticas se realizarán en el mismo acto quirúrgico que la tumorectomía y se recomienda no combinar con cirugía contralateral de simetría hasta la finalización del tratamiento locorregional completo (*AG*)[2]. **24.13** Reconstrucción mamaria secundaria a cirugía conservadora: • En pacientes con defecto estético significativo tras tumorectomía, debe ofrecerse valoración por cirugía plástica. • La reconstrucción debe considerarse previamente en pacientes con alto riesgo de mala cicatrización estética. **24.14** Reconstrucción mamaria tras mastectomía: **24.14.1** (i) Toda paciente que se someta a mastectomía debe recibir asesoramiento integral sobre (*AG*)[43]: • Opciones reconstructivas disponibles. • Momento idóneo para la reconstrucción. • Riesgos, beneficios y posibles complicaciones. **24.14.2** La elección debe ser individualizada, considerando factores médicos, preferencias personales y tratamiento adyuvante (*Categoría 2A*)[2]. **24.14.3** La reconstrucción mamaria puede hacerse con (*AG*)[2]: • Implantes de solución salina, gel de silicona o una combinación (siempre con cubierta sólida de silicona), pre o retropectoral en función del caso concreto, en una o dos etapas. • Tejido autólogo proveniente de zonas donantes como abdomen, glúteos o espalda, especialmente indicado en pacientes previamente irradiadas. (i) Informar de que existe mayor riesgo de complicaciones en personas diabéticas y fumadoras. • Reconstrucción combinada: Combinación de implantes con tejido autólogo para mejorar volumen, forma y simetría. **24.14.4** La reconstrucción mamaria se indicará según decreto de garantía y se realizará de forma inmediata (durante la mastectomía y bajo la misma anestesia) o diferida (posteriormente, en cualquier momento tras la cirugía inicial) (*AG*)[39].

Actividades	Características de calidad
24º TRATAMIENTO ESPECÍFICO. RECONSTRUCCIÓN	**24.14.5** En aquellas personas que requieran radioterapia se recomienda tener en cuenta (*Categoría 2A*)[2]: • Se prefiere que la radioterapia preceda a la reconstrucción autóloga debido a la pérdida en la estética de la reconstrucción y/o necrosis grasa. • Una reconstrucción con implantes planificada con colocación inmediata de expansor tisular seguida de recambio por implante antes del inicio de la RT o seguida de RT y recambio diferido por implante ≥6 meses después de completar la RT. El cambio del expansor tisular por el implante debe programarse de manera que se evite cualquier retraso en la RT adyuvante. • Una reconstrucción autóloga planificada de forma inmediata, diferida ≥6 meses después de completar la RT o colocar el expansor de tejido en el momento de la cirugía, seguido de expansión, RT y reconstrucción autóloga diferida ≥6 meses después de completar la RT. • Estará parcialmente contraindicada la colocación inmediata de implante permanente debido a la alta tasa de contractura capsular, el riesgo aumentado de malposición, resultados estéticos pobres y exposición del implante. **24.14.6** En personas previamente irradiadas la reconstrucción con tejido autólogo es el método de elección. 24.14.6.1 Se desaconseja el uso de expansores/implantes (*AG*)[2]: • Si existe un carcinoma recurrente tras la conservación de la mama, incluida la RT, se debe evaluar el tejido blando antes y durante la operación, si es adecuado, se realizará una reconstrucción autóloga (preferible) o combinación o una reconstrucción en 1 etapa (directamente al implante) o reconstrucción en 2 etapas (expansor de tejido seguido de implante) y, si es inadecuado, se realizará una autóloga (preferible) o combinación. • La adición de un colgajo de dorsal ancho u otro colgajo regional o libre a las prótesis en pacientes que han recibido previamente irradiación reduce muchos de los efectos negativos. • Si hay una reconstrucción tardía tras mastectomía y RT, se debe evaluar el tejido blando antes y durante la

Actividades	Características de calidad
24º TRATAMIENTO ESPECÍFICO. RECONSTRUCCIÓN	operación, si es adecuado, se realizará una reconstrucción autóloga (preferible) o combinación, o una reconstrucción en 2 etapas (expansor de tejido seguido de implante o tejido autólogo) y, si es inadecuado, se realizará una reconstrucción autóloga (preferible) o combinación. • En las pacientes con reconstrucción tardía, a menudo hay tejido blando limitado, incluso con la adición de un colgajo de dorsal ancho. Por lo tanto, puede ser necesario colocar un colgajo de dorsal ancho + expansor de tejido si no se puede acomodar un implante permanente debajo del colgajo de dorsal ancho. **24.14.7** La reconstrucción puede requerir varias etapas quirúrgicas, incluyendo (*AG*)[2]: • Cirugía de simetrización de la mama contralateral (reducción, mastopexia...etc). • Revisión de zona donante o de la mama reconstruida. • Injerto de grasa para mejora de contorno. • Reconstrucción del complejo areola-pezón. • Tatuaje para pigmentación areolar. **24.15** En la mastectomía con preservación de piel o extirpación completa del parénquima mamario, incluyendo el complejo areola-pezón (CAP) y manteniendo la mayor parte de la cobertura cutánea, se realizará una reconstrucción mamaria inmediata mediante tejido autólogo, implante protésico o técnicas combinadas (*AG*)[2]: • El CAP se puede reconstruir de forma diferida si la paciente lo solicita. Los pezones reconstruidos carecen de sensibilidad. • Debe ser realizada por un equipo quirúrgico oncológico con experiencia, en colaboración multidisciplinaria, con un planteamiento secuencial óptimo de tratamientos reconstructivos y adyuvantes para garantizar márgenes quirúrgicos adecuados. • La radioterapia post-mastectomía debe aplicarse bajo los mismos criterios que en la mastectomía convencional. **24.15.1** Ofrecer a todas las pacientes que se sometan a estos procedimientos quirúrgicos las máximas garantías de seguridad, mediante la utilización de prótesis con marcado CE (conformidad europea) y la realización de las pruebas y exámenes necesarios para determinar

Actividades	Características de calidad
24º TRATAMIENTO ESPECÍFICO. RECONSTRUCCIÓN	la idoneidad de la implantación o explantación, así como con un seguimiento adecuado con las oportunas revisiones periódicas según protocolo. **24.16** Se informará sobre la posibilidad de aparición de linfoma anaplásico de células gigantes y otras neoplasias raras asociadas a implantes (*Categoría 2A*)[2]. **24.17** La mastectomía preservadora de CAP debe ser ofrecida en casos seleccionados asociando un patrón de reducción o técnicas retardadas que aumentan la perfusión el CAP sin que provoquen un retraso del tratamiento oncológico. **24.17.1** Se realizará en las siguientes situaciones, teniendo siempre un estudio del tejido subyacente al pezón, ya sea perioperatorio o de forma diferida (*Categoría 2A*)[2]: • Pacientes con cáncer de mama cuidadosamente seleccionadas por equipo experimentado y multidisciplinar. • Cáncer de mama en estadios tempranos. • Cáncer ductal in situ. • Procedimientos de reducción de riesgo. • Algunos cánceres invasivos localmente avanzados (con respuesta clínica completa a quimioterapia preoperatoria sin afectación del CAP). **24.17.2** Estará contraindicada en • Enfermedad de Paget. • Telorragia asociada a malignidad. • Cáncer de mama inflamatorio. **24.17.3** Se informará a la persona de los siguientes riesgos: • Retraso en la cicatrización. • Necrosis del pezón. • Pérdida de pigmentación. • Pérdida de sensibilidad. • Pérdida de proyección. • Posible necesidad de extirpación del pezón.

Actividades	Características de calidad
24º TRATAMIENTO ESPECÍFICO. RECONSTRUCCIÓN	**24.18** En el cáncer de mama inflamatorio el abordaje reconstructivo debe ajustarse a criterios oncológicos estrictos y a la necesidad de tratamientos adyuvantes inmediatos. La reconstrucción diferida continúa siendo el estándar clínico vigente. En situaciones clínicas específicas donde la extensión de la escisión cutánea permita el cierre primario, puede considerarse la reconstrucción inmediata con tejido autólogo, en centros de referencia, con consenso interdisciplinario entre oncología quirúrgica, radioterapia y cirugía reconstructiva (*Categoría 2A*)[2].

PROFESIONALES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DE AH: ONCOLOGÍA MÉDICA, FARMACIA HOSPITALARIA Y ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

Actividades	Características de calidad
25º PLAN TERAPÉUTICO	**25.1** Se aplicarán medidas de verificación (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA) para la filiación inequívoca de la persona, y/o identificación mediante brazalete con al menos dos códigos de identificación diferente.
Información Plan terapéutico	**25.2** Se informará a la persona y/o familia y/o representante legal de las características específicas del tratamiento elegido. **25.2.1** Antes del inicio del tratamiento se abordará explícitamente el impacto previsible sobre la imagen corporal —alopecia, cambios de peso, alteraciones cutáneas y ungueales, cicatrices, asimetría y cambios asociados a la menopausia inducida—, informando de su carácter previsible y, en su mayoría, reversible, y de los recursos disponibles. Respecto a la alopecia, se informará del momento previsible de inicio de la caída del cabello, de las opciones de afrontamiento (corte previo, pañuelos, prótesis capilar), del procedimiento y vía de prestación para la obtención de prótesis capilar y de la disponibilidad de crioterapia del cuero cabelludo en los centros que dispongan de ella, con información realista sobre su eficacia y tolerancia.
Plan terapéutico hormonal	**25.3** Se le entregará a la persona por escrito el Informe del esquema terapéutico previsto. **25.4** Se entregará el formulario de CI específico para el procedimiento a realizar, al paciente, familiares y/o o quien preste apoyo conforme a la Ley 8/2021 o, en su caso, quien ejerza la representación legalmente establecida en caso de personas con discapacidad, dejando constancia en la HS. **25.5** Si la persona necesita estudios complementarios y/o una segunda consulta para información de resultados, se le gestionará la cita, preferentemente en acto único. **25.6** En personas con cáncer de mama con inmunofenotipo luminal (RRHH+/HER2) (*Categoría 2A*)[2]: Debe ofrecerse tratamiento hormonal adyuvante a toda paciente con cáncer de mama con receptores hormonales (RE y/o RP) positivos,

Actividades	Características de calidad
25º PLAN TERAPÉUTICO	independientemente de su edad, estado menopáusico, nivel de expresión hormonal (siempre que RE y/o RP sean >1%) y de que hayan recibido o no quimioterapia neoadyuvante o adyuvante previamente. **25.6.1** En pacientes premenopáusicas: • Administrar tamoxifeno durante 5 años como tratamiento único o tras quimioterapia adyuvante en pacientes de bajo riesgo. • Puede considerarse extender la terapia con tamoxifeno hasta los 10 años en pacientes de alto riesgo que conserven función ovárica. • Se puede valorar añadir análogos de hormona liberadora de hormona luteinizante mensual a la terapia hormonal adyuvante en pacientes de alto riesgo (consideradas como tales fundamentalmente por afectación ganglionar) que tras 12-18 meses después de finalizar tratamiento con quimioterapia hayan recuperado la función ovárica o bien en las que se prevea (por edad < 40 años) que haya alta probabilidad de recuperación de función ovárica. Se pueden combinar tanto con inhibidores de aromatasa como con tamoxifeno, siendo la primera combinación la más efectiva y, por tanto, la más recomendable. • Su duración debe ser de 5 años (*Categoría 1*)[2]. • En las pacientes que se hagan postmenopáusicas durante los primeros 2-5 años de tratamiento con tamoxifeno, se debe considerar cambiar a inhibidor de aromatasa hasta completar 7,5-8-10 años de tratamiento hormonal en función del riesgo de recaída y de la toxicidad presentada por el tratamiento hormonal (en pacientes de riesgo intermedio o alto de recaída con ganglios positivos). **25.6.2** En pacientes postmenopáusicas: • Deben recibir inhibidores de aromatasa de tercera generación (IA: letrozol, anastrozol o exemestano) ya que han demostrado ser superiores a tamoxifeno. Existen distintas opciones teniendo en cuenta factores de riesgo, preferencias de la paciente y comorbilidades: - De inicio, inhibidor de aromatasa desde el principio. - "*Switching* corto": tamoxifeno durante 2-3 años seguido de exemestano, hasta completar un total de 5 años de terapia hormonal (tras asegurar estado postmenopaúsico real). - De continuación: 5 años de tamoxifeno, seguido de 2-3 años de letrozol o anastrozol, especialmente en pacientes de riesgo intermedio y alto (especialmente en ganglios positivos, perimenopausia).

Actividades	Características de calidad
25º PLAN TERAPÉUTICO	• Duración del tratamiento: está descrita una duración óptima de 7.5-8 años. • En pacientes de alto riesgo (ganglios positivos) que iniciasen tratamiento con tamoxifeno y posteriormente rechacen o no toleren IA puede ofrecerse tamoxifeno durante 10 años. **25.6.3** Independientemente del status menopáusico, se debe considerar añadir abemaciclib 150mg/12h durante dos años a la terapia hormonal adyuvante en pacientes de alto riesgo, definido como presencia de 4 o más ganglios afectados tras la cirugía (pN2) o con 1-3 ganglios afectados (pN1) y uno de los siguientes factores: tumores >5cms, grado histológico 3 o Ki 67 >20%. 25.6.3.1 Se puede añadir abemaciclib desde 21 días tras la quimioterapia y hasta 12 semanas tras haber iniciado la terapia hormonal. 25.6.3.2 Se puede iniciar abemaciclib siempre que la paciente haya finalizado el tratamiento con radioterapia adyuvante y, al menos, hayan pasado 14 días tras la finalización de la misma. **25.6.4** Consideraciones especiales en todas las pacientes: • Pacientes con intolerancia a IA y osteoporosis severa: el tratamiento con tamoxifeno suele ser la alternativa preferida. A diferencia de los IA (que aceleran la pérdida de masa ósea), el tamoxifeno tiene un efecto estrogénico parcial que protege la densidad mineral ósea en mujeres postmenopáusicas. • Aparición de patología endometrial o eventos tromboembólicos: valorar cambiar tamoxifeno por IA. El tamoxifeno incrementa el riesgo de cáncer de endometrio y accidentes tromboembólicos. Si estos eventos ocurren, se recomienda la supresión del tamoxifeno y la rotación hacia un IA. **25.6.5** En varones: la terapia estándar es tamoxifeno. No deben usarse IA en monoterapia; tan solo en combinación con análogos de LHRH, en caso de contraindicación al uso de tamoxifeno. **25.7** En caso de tratamiento con antineoplásicos, realizar orden médica al Servicio de Farmacia, preferiblemente en formato electrónico, para disminuir la probabilidad de errores en el proceso de prescripción, validación, preparación y administración. **25.8** Se seguirán las siguientes etapas clínicas del proceso radioterápico (*AG*)[45]: 1º Evaluación inicial del paciente o de la paciente 2º Decisión terapéutica

Actividades	Características de calidad
25º **PLAN TERAPÉUTICO**	3º Adquisición de imágenes para la preparación del plan de tratamiento 4º Prescripción del tratamiento 5º Dosimetría clínica 6º Aprobación del tratamiento 7º Verificación dosimétrica 8º Informe dosimétrico 9º Inicio, aplicación y control del tratamiento **25.9** Se garantizará la transmisión de información entre profesionales de diferentes ámbitos de atención, mediante un procedimiento estandarizado para la comunicación durante los traslados de la persona y la continuidad asistencial. **25.10** Se comentarán las oportunidades para que las personas con cáncer de mama participen en proyectos de investigación y se fomentará la participación en ensayos clínicos y otros estudios (*Recomendación NICE*)[3].

PROFESIONALES DE AH: FARMACIA HOSPITALARIA Y ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA EN TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS COMPLEJOS

Actividades	Características de calidad
26º **PREPARACIÓN Y DISPENSACIÓN DEL TRATAMIENTO**	**26.1** La preparación de antineoplásicos debe estar centralizada en el Servicio de Farmacia y realizarse en cabina de seguridad biológica cumpliendo las normativas sobre seguridad en el manejo de antineoplásicos y los estándares de seguridad. **26.2** Existirá y se aplicará un PNT que garantice la seguridad de la persona y del profesional de enfermería en la preparación de los tratamientos de QT. **26.3** Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes, antes y después de la manipulación de la preparación. **26.4** En la consulta de atención farmacéutica a la persona se realizará la dispensación, información y seguimiento de los tratamientos según la ficha técnica (*AG*).

PROFESIONALES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DE AH: ONCOLOGÍA MÉDICA, FARMACIA, ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA EN TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS COMPLEJOS

Actividades	Características de calidad
27º **TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO ADYUVANTE**	**27.1** La recepción de la persona en la Unidad de Día de Oncología Médica la realizará el personal de enfermería que: • Realizará valoración integral y holística para la detección y posterior cobertura de necesidades específicas oncológicas y necesidades biopsicosociales de las personas que atienden. • (i) Reforzará la información dada sobre: - Tratamiento. - Toxicidades. - Recomendaciones para su autocuidado. • Facilitará el acompañamiento familiar o de la persona cuidadora principal elegida por la paciente durante toda la sesión, salvo limitación justificada y comunicada. **27.2** Los cuidados de enfermería en esta fase se orientarán a los siguientes objetivos de resultados e intervenciones: • QT: efectos físicos disruptivos (NIC 2116) • Conocimiento: Manejo del cáncer (NOC 1833) • Control de síntomas (NOC 1608) • Imagen corporal (NOC 1200) • Mejora de la imagen corporal (NIC 5220) • Asesoramiento sexual (NIC 5428) • Manejo de la QT (NIC 2240) • Enseñanza: procedimiento /tratamiento (NIC 5618) • Seguimiento tras el alta (NIC 8190) • Consulta mediante telecomunicación (NIC 8180) • Control del riesgo: proceso infeccioso (NOC 1924) • Manejo del acceso venoso central: inserción central (NIC 4054) • Manejo del acceso venoso central: inserción periférica (NIC 4220)

Actividades	Características de calidad
27º TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO ADYUVANTE	• Estado nutricional (NOC 1004) • Asesoramiento nutricional (NIC 5246) • Afrontamiento (NOC 1302) • Mejorar el afrontamiento (NIC 5230) • Apoyo familiar durante el tratamiento (NOC 2609) • Favorecimiento de la implicación familiar (NIC 7110) • Apoyo al cuidador (NIC 7040) **27.3** (i) Se informará a la persona y/o familia sobre los posibles efectos secundarios a la medicación, la necesidad de un adecuado cumplimiento terapéutico, el esquema de tratamiento que recibirá, las pruebas complementarias necesarias y los derechos y garantías que le asisten, con una actitud facilitadora para responder a sus demandas de información y expectativas. **27.3.1** Durante el tratamiento con taxanos y agentes neurotóxicos se evaluará la neuropatía periférica antes de cada ciclo mediante escala validada, registrando su grado y repercusión funcional, e informando a la persona de que debe comunicar los síntomas precozmente por su implicación en el ajuste de dosis y en la prevención de secuelas permanentes. **27.4** Ante la administración de tratamientos de QT se potenciará su uso seguro para prevenir los errores en el proceso de prescripción, conservación, preparación y administración. **27.5** Las personas profesionales de oncología: • Prescribirán los tratamientos sistémicos que estén indicados, tras informar correctamente a la persona y recabar su CI, y harán seguimiento de las eventuales reacciones adversas que puedan surgir durante la administración de los mismos, así como de los efectos secundarios tardíos de los tratamientos de QT recibidos. • Colaborarán proactivamente en la implementación de los objetivos definidos en los puntos 27.1 y 27.2. **27.6** En personas con cáncer de mama con **inmunofenotipo luminal** (RRHH+/HER2-), tienen indicación de recibir quimioterapia adyuvante las pacientes con tumores de alto riesgo de recurrencia, definido por características clínicas o genómicas (que no hayan recibido quimioterapia neoadyuvante) (*Categoría 2A*)[2]: • Tumores de más de 2 cm de tamaño (pT2-T4) y/o ≥ 4 ganglios afectos (pN2-3).

Actividades	Características de calidad
27º TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO ADYUVANTE	• Ki 67 elevado (≥20%). • Extensa ILV. • Baja expresión de RE. • Pacientes jóvenes o premenopáusicas. • Pacientes que presenten score de riesgo intermedio o alto de recidiva según plataformas genómicas de riesgo de recurrencia. **27.6.1** El tratamiento adyuvante debe iniciarse lo antes posible tras la cirugía, a ser posible antes de las 6 semanas, y nunca más allá de las 12 semanas. **27.6.2** Si está indicada la radioterapia adyuvante se administrará, generalmente, de forma secuencial tras recibir la quimioterapia, aunque puede realizarse previamente si se ha solicitado una plataforma genómica, en el tiempo que se dispone del resultado de la misma. **27.6.3** El uso de plataformas genómicas debe plantearse como una herramienta para obtener información pronóstica y/o predictiva acerca del beneficio de realizar quimioterapia adyuvante en los casos en los que ésta, con indicación inicialmente clínica, pueda ser sustituida por tratamiento hormonal adyuvante en situación de bajo riesgo de recurrencia, según estas plataformas genómicas. 27.6.3.1 No se recomienda solicitar plataformas genómicas en los siguientes supuestos: • Tumores de bajo riesgo clínico: tumores de 1-10mm (T1a-b), de bajo grado (G1-2), ganglios negativos, expresión de RE alta y sin otros factores de riesgo como ILV o Ki 67 <20%. Estos tumores son de bajo riesgo clínico de recurrencia y, por tanto, no tendrán indicación de quimioterapia adyuvante. • Pacientes con comorbilidades u otras condiciones clínicas por las que no sean candidatas para recibir quimioterapia. • Afectación de 1-3 ganglios (N1) en pacientes premenopáusicas y/o coexistentes con otros factores clínicos de riesgo (ILV positiva, Ki 67 >20%, G3). Tienen indicación de quimioterapia adyuvante. • Afectación de ≥4 ganglios (N2) puesto que ya tienen indicación de quimioterapia adyuvante. • Tumores con afectación de piel y/o pared torácica (T4).

Actividades	Características de calidad
27º TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO ADYUVANTE	**27.6.4** Opciones terapéuticas de quimioterapia adyuvante: • El régimen de quimioterapia basado en antraciclinas y taxanos secuenciales constituye el estándar para la mayoría de las pacientes. • Las pacientes con afectación axilar deben recibir siempre un esquema que incluya taxanos. • En pacientes seleccionadas de riesgo bajo-intermedio (sin afectación ganglionar) puede usarse esquemas de 4 ciclos de quimioterapia sin antraciclinas basada en taxanos (preferentemente ciclofosfamida + docetaxel durante 4 ciclos). • En pacientes con riesgo de complicaciones cardíacas se debe evitar el uso de esquemas basados en antraciclinas. **27.6.5** Adyuvancia postneoadyuvancia tras cirugía: En pacientes BRCA mutadas que hayan recibido tratamiento neoadyuvante sin alcanzar respuesta patológica completa (ausencia total de células cancerosas detectables en el tejido extraído tras finalizar un tratamiento neoadyuvante) se puede valorar realizar tratamiento adyuvante con abemaciclib u olaparib según ficha técnica. **27.7** En personas con cáncer de mama con **Inmunofenotipo HER2+** (*Categoría 2A*)[2] todas son candidatas a tratamiento con trastuzumab, excepto: • Pacientes consideradas de muy bajo riesgo de recaída (tumores <5mm con ganglios negativos, RRHH+). • Pacientes que presenten fracción de eyección por debajo de la normalidad. **27.7.1** Con respecto al uso de trastuzumab adyuvante: • En tumores estadio I (y que generalmente no tienen indicación de neoadyuvancia) el uso de trastuzumab asociado a quimioterapia adyuvante ha demostrado reducir el riesgo de recaída y mortalidad. • Se recomienda su uso en tumores mayores de 10 mm y puede considerarse también en tumores de 5 a 10 mm con ganglios negativos (especialmente si los RRHH son negativos), aunque con menor nivel de evidencia. • Está indicado en todo tumor con afectación ganglionar (pacientes que inicialmente eran cN0, por lo que se indicó cirugía de entrada sin neoadyuvancia, y como hallazgo posquirúrgico finalmente se tratan de pN+).

Actividades	Características de calidad
27º TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO ADYUVANTE	• Debe administrarse de forma concomitante con el taxano adyuvante y en monoterapia durante el tiempo de mantenimiento con una duración óptima global de 12 meses. No obstante, en tumores T1-2N0 podemos valorar su uso durante 6 meses. • La dosis de carga en el esquema trisemanal es de 8 mg/kg seguido de 6 mg/kg cada 3 semanas. • Puede usarse de forma concomitante con radioterapia y terapia hormonal de forma segura, si están indicadas. • Debe realizarse una monitorización estrecha de la función cardíaca (FEVI) con ecocardiografía previa y durante su uso (cada 3 meses). • Consideraciones especiales: En pacientes con tumores estadio I (tumores pequeños con ganglios negativos, es decir, pT1N0 y pT2N0 de máximo 3 cms) está aceptado el uso de paclitaxel semanal durante 12 semanas de forma concomitante con trastuzumab y, posteriormente, trastuzumab hasta completar un año (*AG*). **27.7.2** La estrategia de adyuvancia tras la cirugía en pacientes que han recibido previamente neoadyuvancia dependerá de la respuesta patológica conseguida en la pieza quirúrgica: • Pacientes que no alcancen respuesta patológica completa (ypT+ypN+): Recibirán tratamiento con T-DM1 3,6 mg/kg trisemanal adyuvante durante 14 ciclos. • Pacientes que sí alcancen respuesta patológica completa (ypT0/TisypN0): Continuarán tratamiento con trastuzumab adyuvante hasta completar un año de tratamiento (18 ciclos). **27.7.3** Las pacientes con receptores hormonales positivos (RRHH+) además recibirán tratamiento hormonal adyuvante durante el tiempo indicado siguiendo los mismos principios que en pacientes HER2 negativas. Si se realiza tratamiento con trastuzumab adyuvante hasta completar el año, puede administrarse concomitantemente a la terapia hormonal. **27.8** En personas con cáncer de mama con **inmunofenotipo triple negativo** (*Categoría 2A*)[2]: **27.8.1** En estadios I (T1N0) se prefiere la estrategia de cirugía de entrada seguida de quimioterapia adyuvante.

Actividades	Características de calidad
27º TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO ADYUVANTE	**27.8.2** Debemos indicar quimioterapia adyuvante en tumores > 10 mm y podemos considerarla en tumores de 6 a 10 mm con ganglios negativos tras discutir potenciales riesgos y beneficios. No está indicada en tumores ≤ 5 mm con ganglios negativos. • El esquema debe incluir antraciclinas y taxanos. • En pacientes con especial riesgo de cardiotoxicidad podríamos usar como alternativas esquemas basados en taxano + ciclofosfamida o taxano + carboplatino. **27.8.3** La estrategia de adyuvancia tras la cirugía en pacientes que han recibido previamente neoadyuvancia dependerá de la respuesta patológica conseguida en la pieza quirúrgica (teniendo en cuenta también la carga residual de tumor o *residual burden cancer* -RBC-) así como del estatus de BRCA. 27.8.3.1 Pacientes que alcanzan respuesta patológica completa (ypT0/TisypN0; RBC 0-1): No se recomienda realizar tratamiento adyuvante de ningún tipo, aunque puede considerarse la continuación con Pembrolizumab durante 9 ciclos. 27.8.3.2 Pacientes que no alcanzan respuesta patológica completa (ypT+/ypN+; RBC 2-3): • Pacientes BRCA no mutadas: - Si han recibido pembrolizumab neoadyuvante: Administrar Pembrolizumab durante 9 ciclos. Considerar alternar Capecitabina en monoterapia 1000mg/m2/12h D1-14 en ciclos trisemanales durante 8 ciclos. - Si no han recibido pembrolizumab neoadyuvante: Administrar Capecitabina en monoterapia 1000mg/m2/12h D1-14 en ciclos trisemanales durante 8 ciclos • Pacientes BRCA mutadas: - Si han recibido pembrolizumab neoadyuvante: Administrar Pembrolizumab durante 9 ciclos o/y Olaparib en monoterapia 300mg/12h durante un año. - Si no han recibido pembrolizumab neoadyuvante: Administrar Olaparib en monoterapia 300mg/12h durante un año.

Actividades	Características de calidad
27º TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO ADYUVANTE	**27.9** En pacientes con cáncer de mama **HER2 negativo** (luminales o triple negativo) en estadios II-III (≥T2 y/o N+) con mutaciones en línea germinal BRCA 1/2 que hayan realizado tratamiento neoadyuvante (que no hayan alcanzado respuesta patológica completa tras neoadyuvancia) o adyuvante con quimioterapia, tiene indicación de olaparib adyuvante (300 mg cada 12 horas) durante un año tras la quimioterapia (*Categoría 2A*)[2]. Su uso ha demostrado aumentar la supervivencia libre de enfermedad invasiva e impacto en supervivencia global. **27.10** Una vez completado el tratamiento, se informará al paciente del seguimiento posterior y se gestionarán las citas correspondientes según la indicación de tratamiento, la evolución y las particularidades de cada persona.

PROFESIONALES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DE AH: ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA, RADIOFÍSICA, PERSONAL DE ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA EN TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS COMPLEJOS

Actividades	Características de calidad
28º PREPARACIÓN TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO	**28.1** Verificar identificación inequívoca antes de realizar el TC de simulación. **28.2** El personal de enfermería y los técnicos superiores en RT y dosimetría (TSRD) comprobarán la tolerancia de la persona a la posición de tratamiento y sistemas de posicionamiento e inmovilización. **28.3** El personal de enfermería y los TSRD realizarán el TC de simulación siguiendo un protocolo previamente definido que garantice la obtención de las imágenes con la calidad necesaria para realizar la delimitación de volúmenes y la dosimetría. **28.4** Los TSRD realizarán la adquisición de imágenes en el planificador y delimitará los órganos de riesgo protocolizados para cada localización en ausencia de sistema de autocontorneo. **28.5** El oncólogo radioterápico delimitará y/o revisará los volúmenes a irradiar delimitados por el sistema de autocontorneo, de acuerdo con las características clínicas de cada persona. **28.6** El oncólogo radioterápico documentará por escrito y remitirá al radiofísico los datos necesarios para la realización de la dosimetría clínica, incluyendo al menos: • Volúmenes que han de irradiarse, según normas de la Comisión Internacional de Unidades Radiológicas (ICRU). • Dosis absorbida a administrar en cada volumen. • Órganos críticos. • Dosis absorbida máxima admisible en cada uno de ellos. • Objetivos de cobertura de los volúmenes de tratamiento. **28.7** Existirá y se aplicará un PNT que garantice la seguridad de la persona y del operador. **28.8** Deberá existir en cada centro un protocolo de actuación para la reducción de las incertidumbres de posicionamiento. **28.9** Deberá existir en cada centro un protocolo de compensación de las interrupciones que se produzcan durante el tratamiento. **28.10** Se realizará la dosimetría clínica individualizada bajo la dirección y responsabilidad del radiofísico y de acuerdo con la prescripción del médico especialista.

Actividades	Características de calidad
28º PREPARACIÓN TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO	**28.11** Una vez que el oncólogo radioterápico y el radiofísico han dado por válida una dosimetría clínica, el radiofísico emitirá un informe dosimétrico correspondiente a la dosimetría clínica referida, haciendo referencia explícita a la prescripción del tratamiento. **28.12** Se cumplimentará la hoja de tratamiento en los aspectos relativos a la dosimetría clínica, en la que se especificará, como mínimo los siguientes datos: • Parámetros de irradiación y elementos de comprobación. • Dosis absorbida máxima en los órganos críticos. • Esquema de tratamiento previsto y dosimetría clínica establecida correspondiente a la decisión terapéutica. • Datos necesarios del informe dosimétrico. • Todos los datos complementarios y relación de elementos auxiliares que permitan la reproducibilidad del tratamiento. **28.13** El radiofísico responsable del cálculo de la dosimetría clínica supervisará y firmará la hoja de tratamiento. Siempre que se realice alguna modificación, al inicio o durante el tratamiento, se revisará por dos facultativos: radiofísico y oncólogo radioterápico (*AG*). **28.14** Antes de la administración de la RT se potenciará su uso seguro para prevenir los errores en el procesado, administrar las dosis establecidas y para asegurar la optimización del tratamiento y la protección radiológica de la persona y de los profesionales implicados en el mismo. **28.15** Se garantizará la transmisión de información entre los diferentes ámbitos de atención. **28.16** Existirá y estará implementado un programa de control de calidad del equipamiento para verificar las condiciones de seguridad en el proceso radioterápico que permita garantizar que las características físicas de los haces de radiación disponibles, la dosis absorbida programada y la dosis absorbida por las personas en los volúmenes clínicos prefijados, son las adecuadas a cada situación clínica y se corresponden con la prescripción y planificación del tratamiento, y que la exposición a la radiación de los tejidos normales es tan baja como razonablemente pueda conseguirse. **28.17** Se garantizará el cumplimiento de la normativa vigente en todos los procedimientos.

PROFESIONALES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DE AH: HOSPITAL DE DÍA Y ONCOLOGIA RADIOTERÁPICA, ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA EN TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS COMPLEJOS

Actividades	Características de calidad
29º TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO Valoración	**29.1** Se realizará la identificación inequívoca de la persona a su llegada a la Unidad de Día de Oncología Radioterápica. **29.2** El personal de enfermería: • Realizará una valoración inicial integral • Reforzará la información dada sobre: - Tratamiento. - Toxicidades. - Recomendaciones para su autocuidado. • Facilitará el acompañamiento familiar o de la persona cuidadora principal. **29.2.1** Antes del primer ciclo se realizará una consulta de acogida en la que se mostrará el espacio, se explicará el circuito y la duración, se anticiparán las sensaciones esperables, se entregará información escrita sobre el manejo domiciliario de los efectos adversos y se facilitarán los datos de contacto y los criterios de alarma. En radioterapia se anticiparán específicamente la soledad en la sala durante la sesión, los ruidos del equipo, el sistema de comunicación con el personal, la inmovilización, el marcaje cutáneo y su permanencia y el cuidado de la piel, ofreciendo visita previa a la sala de tratamiento. **29.3** Los cuidados de enfermería en esta fase se orientarán a los siguientes objetivos de resultados e intervenciones: • Conocimiento; régimen terapéutico (NOC 1813) • Manejo de la radioterapia (NIC 6600) • Conocimiento: Manejo de la infección (NOC 1842) • Control de síntomas (NOC 1608). • Integridad tisular: piel y membranas mucosas (NOC 1101) • Vigilancia de la piel (NIC 3590) • Afrontamiento (NOC 1302) • Imagen corporal (NOC 1200) • Asesoramiento (NIC 5240)

Actividades	Características de calidad
29º **TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO**	• Apoyo familiar durante el tratamiento (NOC 2609) • Nivel de fatiga (NOC 0007) • Manejo de la energía (NIC 0180) • Enseñanza: procedimiento o tratamiento (NIC 5618) • Seguimiento tras el alta (NIC 8190) • Consulta mediante telecomunicación (NIC 8180) • Favorecimiento de la implicación familiar (NIC 7110) **29.4** La recepción de la persona en el área de tratamiento se realizará por el/la TSRD que: • Verificará la identificación inequívoca de la persona. • Informará sobre el tratamiento y recomendaciones durante el mismo. • Verificará las características geométricas del tratamiento. • Verificará las imágenes portales según protocolo establecido. • Remitirá periódicamente a enfermería/médico para control evolutivo. • Evaluará la toxicidad comunicándose a su enfermera y/o médico en caso de producirse.
Planificación del tratamiento	**29.5** La persona profesional de oncología radioterápica: • Supervisará la administración del tratamiento y valorará la evolución clínica de la persona • Diagnosticará y tratará las posibles reacciones adversas que puedan surgir durante la administración del tratamiento. • Planificará las citas para tratamientos posteriores y/o para seguimiento. **29.6** En función del tratamiento quirúrgico y estadificación se realizará un tratamiento radioterápico distinto (Anexo 7). **29.6.1** El hipofraccionamiento moderado debe considerarse el esquema estándar para la mayoría de pacientes que reciben irradiación mamaria o de pared torácica, con o sin áreas ganglionares, salvo contraindicaciones clínicas o técnicas. **29.6.2** En pacientes seleccionadas con enfermedad de bajo riesgo podrá considerarse el ultrahipofraccionamiento (5 fracciones), de acuerdo con la evidencia disponible y la experiencia del centro.

Actividades	Características de calidad
29º TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO **Radioterapia postmastectomía**	**29.7** La radioterapia postmastectomía (PMRT) está condicionalmente recomendada cuando se logra una respuesta patológica completa (ypT0N0) para pacientes tratados con QT neoadyuvante (cáncer de mama cT1-3N1 que alcanzan el estado de ganglios patológicamente negativos -ypN0- después de la terapia sistémica neoadyuvante) (*AG*)[48].
Irradiación parcial de la mama	**29.8** Considere la irradiación parcial de la mama (IPM) como alternativa a la RT total de mama en mujeres que se han sometido a cirugía conservadora de mama por cáncer invasivo (excluyendo el tipo lobulillar) con márgenes libres y que (*Recomendación NICE*)[3]: • Presentan un riesgo absoluto bajo de recurrencia local (definida como mujeres de 50 años o más con tumores de 3 cm o menos, N0, RE-positivos, HER2-negativos y de grado 1 a 2), y • Se les ha recomendado terapia endocrina adyuvante durante un mínimo de 5 años. **29.8.1** Se recomiendan dos categorías para la selección de pacientes para la IPM: • Buenas candidatas para IPM (*Categoría 2A*)[2]: - pacientes de, al menos, 40 años, - cáncer de mama invasivo unicéntrico, unifocal, - pTis,T1-2 (≤30 mm), - pN0 o pN1mi, - de cualquier tipo histológico, - sin presencia de un componente intraductal extenso, - sin invasión linfovascular extensa y - con márgenes quirúrgicos negativos. • Grupo de alto riesgo, para quienes la IPM se considera contraindicada (*AG*)[47]: - pacientes con mutaciones BRCA 1-2, - menores de 40 años, - márgenes positivos, - tumores multicéntricos, - tumores grandes (> 30 mm), - tumores triple negativos,

Actividades	Características de calidad
29º TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO	- EIC positivo, - ganglios linfáticos macrometastásicos positivos (≥ pN1a), - estado axilar desconocido (pNx). **29.8.2** (i) Se deben analizar los beneficios y riesgos con la persona y llegar a una decisión conjunta sobre su uso. **29.9** Después de la cirugía inicial (pT3N0 y pN1), la consideración de omitir o reducir el volumen también se aplica a los pacientes tratados primero con cirugía, basándose en la presencia de características favorables (*AG*)[48]: **29.9.1** En personas con tumores pT3N0, la PMRT es condicionalmente recomendada. La recomendación condicional permite que la PMRT se omita o se reduzcan los volúmenes de tratamiento para pacientes con características clínico-patológicas favorables. • Incluyen grado bajo o intermedio, subtipo HR-positivo/HER2-negativo, estado posmenopáusico, ausencia de LVI y una puntuación de recurrencia de 21 genes baja. **29.9.2** En personas con tumores pN1 (1-3 ganglios positivos), la PMRT generalmente se recomienda fuertemente, y las características favorables pueden justificar una desescalada en casos seleccionados. • La omisión de PMRT puede ser apropiada para pacientes seleccionados con pN1mic (micrometástasis) o pN1a de baja carga ganglionar que tengan características clinicopatológicas favorables (como enfermedad pT1-2, subtipo HR-positivo/HER2-negativo de grado bajo a intermedio, estado posmenopáusico, ausencia de LVI y puntuación de recurrencia de 21 genes baja).
Situaciones específicas	**29.10** En pacientes con **carcinoma infiltrante ± estadificación axilar quirúrgica categoría 1 ± reconstrucción oncoplástica**, determinar si está indicada la terapia sistémica adyuvante. La radioterapia se administra generalmente después de la terapia sistémica. La secuencia de la terapia sistémica y la radioterapia será la siguiente: **29.10.1** En tumores con clasificación **pN0 o cN0**: • RT mamaria completa ± refuerzos al lecho tumoral (sobreimpresión), y considerar la irradiación nodal regional (RNI) en personas con múltiples factores de recurrencia de alto riesgo, como: - tumores centrales/mediales, - tumores pT3 o - tumores pT2 y una de las siguientes características de alto riesgo: grado 3, invasión linfovascular extensa (LVI) o RH negativo.

Actividades	Características de calidad
29º TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO	• Considerar IPM en personas seleccionadas de bajo riesgo (*Categoría 1*)[2]. • Considerar omitir la irradiación mamaria si se planea terapia endocrina adyuvante y se cumplen los siguientes criterios (*Categoría 1*)[2]: 1) Personas ≥ 70 años, RH+, HER2-negativo, cN0, pT1 (≤ 2 cm). 2) Personas ≥ 65 años, RH+, HER2-negativo, pN0, pT ≤ 3 cm. **29.10.2** En tumores con clasificación **pN1a** (1–3 ganglios axilares positivos) que cumplan todos los criterios siguientes: • cT1–T3, cN0, • sin quimioterapia preoperatoria, • 1–2 GC positivos, • se propondrá RT mamaria completa ± sobreimpresión (uso RNI con o sin inclusión intencional de la axila, a criterio del oncólogo radioterapeuta) (*Categoría 1*)[2]. 29.10.2.1 Si no se cumplen todos los criterios anteriores, se propondrá RT mamaria completa con inclusión de cualquier territorio axilar no disecado considerado de riesgo ± sobreimpresión (*Categoría 1*)[2]. Se debe considerar la radioterapia ganglionar completa (*Categoría 2A*)[2]. **29.10.3** En tumores con clasificación **pN2–3** (≥ 4 ganglios axilares positivos): RT mamaria completa ± sobreimpresión (*Categoría 1*)[2]+ RNI, incluyendo cualquier territorio axilar no disecado considerado de riesgo (*Categoría 1*)[2]. **29.11** En tumores con **ganglios axilares negativos (pN0 o cN0) y ≤pT2 (≤5 cm) y márgenes ≥1 mm**: No indicar RT. **29.11.1** La radioterapia postmastectomía (PMRT) puede considerarse en personas con múltiples factores de recurrencia de alto riesgo, incluidos tumores centrales/mediales o tumores ≥2 cm y al menos uno de los siguientes: grado 3, ER negativo o infiltración linfovascular (*Categoría 2A*)[2]. **29.12** En tumores con **ganglios axilares negativos y ≤pT2 (≤5 cm) y márgenes negativos pero < 1 mm** considere la PMRT. **29.12.1** En personas con características adicionales de alto riesgo, considere la RNI adicional (incluyendo cualquier territorio axilar no disecado considerado de riesgo) (*Categoría 2A*)[2].

Actividades	Características de calidad
29º TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO	**29.13** En tumores con **ganglios axilares negativos y pT3 (>5 cm)** considerar PMRT en la pared torácica ± RNI (incluida cualquier territorio axilar no disecado considerado de riesgo) (*Categoría 2A*)[2]. **29.14** La PMRT está recomendada en personas con tumores T3-T4 y/o en personas con ganglios axilares positivos especialmente en presencia de factores de riesgo adicionales (*Recomendación NICE*)[3] (*Categoría 1*)[2]. **29.14.1** En tumores con **1–3 ganglios axilares positivos** se debe considerar la realización de PMRT en la pared torácica + RNI (incluida cualquier territorio axilar no disecado considerado de riesgo) (*Categoría 2A*)[2]. **29.14.2** En tumores con ≥ **4 ganglios axilares positivos** ofrecer RT de la pared torácica + RNI (incluyendo cualquier territorio axilar no disecado considerado de riesgo) (*Categoría 1*)[2]. **29.15** En tumores con **márgenes positivos** se prefiere la re-excisión con márgenes negativos. Si no es factible, se debe considerar seriamente la realización de PMRT dirigida a la pared torácica ± RNI completa (incluyendo cualquier territorio axilar no disecado considerado de riesgo) (*Categoría 2A*)[2]. **29.16** En estadificación axilar quirúrgica (BINV-D) ± reconstrucción oncoplástica (*Categoría 2A*)[2] ofrecer terapia neoadyuvante + RT de mama completa. • cN+ e ypN0: RT adyuvante de mama completa ± sobreimpresión; y se debe considerar seriamente la RNI con inclusión de cualquier territorio axilar no disecado considerado de riesgo. • Cualquier ypN+: RT adyuvante de mama completa ± refuerzo en el lecho tumoral; y RNI con inclusión de cualquier territorio axilar no disecado considerado de riesgo. • Cualquier cN0, ypN0: RT adyuvante de mama completa ± sobreimpresión. **29.17 Mastectomía y estadificación axilar quirúrgica ± reconstrucción** (*Categoría 2A*)[2]: • Terapia neoadyuvante + PMRT cN+ e ypN0: Se debe considerar seriamente la PMRT y la RNI, incluyendo cualquier territorio axilar no disecado considerado de riesgo. • Terapia sistémica adyuvante + PMRT Cualquier ypN+: Se indica PMRT + RNI, incluyendo cualquier cualquier territorio axilar no disecado considerado de riesgo. • Terapia sistémica adyuvante + PMRT cT4, cualquier N: Se indica PMRT + RNI, incluyendo cualquier territorio axilar no disecado considerado de riesgo.

Actividades	Características de calidad
29º **TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO**	• Terapia neoadyuvante + PMRT cT3, cN0 e ypN0: Considerar RNI, incluyendo cualquier porción de la axila no disecada en riesgo. • Terapia sistémica adyuvante sin PMRT Cualquier cN0, ypN0: Si la axila se evaluó mediante BSGC o linfadenectomía. **29.18** La PMRT no está indicada para mujeres con CDIS que se han sometido a una mastectomía, pero puede considerarse si hay márgenes positivos (tumor en la tinta) que no pueden extirparse quirúrgicamente (*AG*)[6]. **29.19** La sobreimpresión del lecho quirúrgico se realizará en personas de alto riesgo de recidiva local (*Categoría 2A*)[2]: • Edad menor de 50 años. • Grado 3. • Invasión linfovascular. • Margen de resección no radical afecto no local. • Ante margen afecto se recomienda reescisión siempre que sea factible. En casos seleccionados en los que la reescisión no sea posible o no sea clínicamente adecuada, puede valorarse un boost a dosis alta tras discusión multidisciplinar. **29.20** Puede considerarse la omisión de irradiación mamaria en pacientes ≥70 años, pT1, RH+, HER2 negativo, cN0/pN0, márgenes negativos, que vayan a recibir tratamiento endocrino y tras decisión compartida. (*Categoría 2A*)[2].

PROFESIONALES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DE AH: ONCOLOGÍA MÉDICA Y RADIOTERÁPICA

Actividades	Características de calidad
30º SEGUIMIENTO. FIN DE TRATAMIENTO E INFORME DE ALTA	**30.1** Se verificará la identificación inequívoca de la persona. **30.2** Durante el seguimiento se evaluará el estado clínico de la persona incluyendo: • Exploración. • Supervisión de la administración del tratamiento. • Evaluación de la respuesta y la toxicidad asociada al tratamiento. • Diagnóstico y tratamiento de las posibles reacciones adversas que puedan surgir durante la administración del tratamiento. • Resolver y tratar los efectos secundarios de los tratamientos recibidos. • Facilitar la cita para tratamientos posteriores. • Facilitar las analíticas previas para los tratamientos siguientes. **30.3** En esta etapa los cuidados de enfermería irán encaminados a estos objetivos de resultados e intervenciones: • Aceptación: estado de salud (NOC 1300). • Asesoramiento (NIC 5240). • Educación para la salud (NIC 5510). • Afrontamiento (NOC 1302). • Mejora de la autoestima (NIC 5400). • Conocimiento: manejo de la enfermedad aguda (NOC 1844). • Enseñanza procedimiento o tratamiento (NIC 5618) e individual (NIC 5606). • Control de síntomas (NOC 1608). • Autogestión de los cuidados NOC (1613). • Ayuda al autocuidado (NIC 1800). • Satisfacción de la persona: continuidad de los cuidados (NOC 3003). • Seguimiento tras el alta (NIC 8190). • Consulta mediante telecomunicación (NIC 8180). • Preparación cuidador familiar domiciliario (NOC 2202). • Apoyo al cuidador (NIC 7040). • Documentación (NIC 7920).

Actividades	Características de calidad
30º SEGUIMIENTO. FIN DE TRATAMIENTO E INFORME DE ALTA	**30.4** El Informe **único** de alta, incluirá: • Información de contacto de las instituciones y responsables del tratamiento. • Diagnóstico específico que incluye el subtipo histológico cuando sea relevante y el estadio. • Tratamiento realizado: - Si cirugía: procedimiento y fecha. - Si Antineoplásico: agentes administrados (enumerando nombres individuales en lugar de regímenes) y fecha de finalización. - Si RT: dosis por fracción y dosis total, área anatómica y fecha de finalización. - Toxicidad o efectos secundarios de todos los tratamientos recibidos. • Factor/es de riesgo genético/hereditario o condiciones predisponentes y resultados de pruebas genéticas si se realizan. • Plan de cuidado de seguimiento: - Responsable del seguimiento - Necesidad de terapia adyuvante en curso para el cáncer (tipo, duración prevista y efectos secundarios esperados) - Programa de visitas de seguimiento: Quién, con qué frecuencia y dónde - Pruebas de vigilancia del cáncer para la recurrencia: Quien la pide, con qué frecuencia y donde - Recomendación de detección temprana de nuevos primarios si es diferente de la población general. - Incluir una declaración general tipo: “Cualquier síntoma nuevo, inusual y/o persistente debe ser consultado con su oncólogo y/o médico de familia”. - Lista de los efectos tardíos y/o a largo plazo, probables o poco frecuentes, pero clínicamente significativos, que un sobreviviente puede experimentar según su diagnóstico y tratamiento individual. - Información sobre efectos tardíos el dolor crónico postquirúrgico de características neuropáticas (dolor, quemazón, hormigueo, hipersensibilidad o entumecimiento en pared torácica, axila o cara interna del brazo) y la neuropatía periférica inducida por quimioterapia (hormigueo, entumecimiento, torpeza manual, inestabilidad), indicando que son secuelas conocidas, tratables y que deben consultarse.

Actividades	Características de calidad
30º SEGUIMIENTO. FIN DE TRATAMIENTO E INFORME DE ALTA	• Incluir una declaración general que enfatice la importancia de una dieta saludable, ejercicio, dejar de fumar y reducir el consumo de alcohol. Las declaraciones se pueden adaptar si son particularmente pertinentes para el individuo. • Educación en signos de alarma (aparición de masa, cambios en la piel, dolor persistente, linfedema, etc.). • Se garantizará la transmisión de información entre los diferentes ámbitos de atención mediante el buzón del profesional en Historia Clínica DIRAYA. **30.5** Se le gestionará e informará de una nueva cita para control evolutivo que quedará registrada en su HS. **30.6** Se seguirán las indicaciones del Protocolo Corporativo de Atención al paciente Largo Superviviente de Cáncer del SAS. **30.6.1** Las personas largo supervivientes de cáncer deben disponer de un plan de seguimiento orientado a mejorar la calidad, la coordinación y la continuidad de la atención, proporcionando información adecuada sobre el tratamiento y el seguimiento de la patología oncológica que permita la transición desde un modelo de Atención Hospitalario por parte del equipo oncológico a un modelo de atención en Atención Primaria. **30.6.2** Es necesario definir los aspectos necesarios que debe contener el informe de alta. Se deben incluir las pruebas pautadas y consultas de otras especialidades para el manejo de secuelas, vigilancia de complicaciones así como detección precoz de una posible recaída.

PROFESIONALES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DE AP-AH

Actividades	Características de calidad
31º SEGUIMIENTO COMPARTIDO AL ALTA **Seguimiento según riesgo**	**31.1** Se verificará la identificación inequívoca de la persona. **31.2** Después de completar el tratamiento adyuvante (que incluye QT y/o RT, cuando corresponda) para el cáncer de mama precoz, en el marco de una toma de decisiones compartidas, se debe hablar con las personas sobre dónde les gustaría que se realice el seguimiento según el riesgo y el tiempo de evolución de la enfermedad, teniendo en cuenta las indicaciones de la recomendación 31.3. La decisión será consensuada con el Equipo Multidisciplinar, de forma que se asegure un seguimiento único, quedando reflejada en el Informe Único de alta. **31.2.1** Los profesionales de AP harán un seguimiento longitudinal de todo el proceso, facilitando información y acompañando a la persona en su proceso terapéutico y personal. **31.3** Se recomienda clasificar a las personas que han finalizado el plan terapéutico completo en el entorno hospitalario en tres grupos (*AG*)[48]: • **PERSONAS DE BAJO RIESGO:** Aquellas con un tumor invasivo hormonosensible de tamaño < 2 cm (categoría pT1), sin afectación ganglionar (pN0), o bien aquellas que una plataforma genómica categoriza como de bajo riesgo de recaída, o bien se trate de un carcinoma intraductal sin riesgo familiar. - Estas personas serán revisadas cada 6 meses durante los primeros cinco años. - El seguimiento se realizará coordinadamente entre los profesionales de AP y AH, respetando la elección de la persona. - A partir del quinto año el seguimiento se realizará por AP una vez al año, facilitando, en caso de sospecha de recidiva o ante cualquier duda clínica, se establecerá una coordinación inmediata con el hospital de referencia, asegurando una comunicación fluida y prioritaria para garantizar la valoración especializada en el menor tiempo posible (*AG*). • **PERSONAS DE RIESGO INTERMEDIO:** Aquellas con un tumor hormonosensible, con un tamaño tumoral entre 2 y 5 cm (categoría pT2) y/o afectación ganglionar mínima (micrometástasis o con metástasis entre 1-3 ganglios afectos –pNmic, pN1) o bien aquellas que una plataforma genómica categoriza como de riesgo intermedio. En este grupo también pueden ser incluidas aquellas personas que tras un tratamiento neoadyuvante presentan una remisión completa patológica a nivel local y axilar. - Estas personas serán revisadas cada 4 meses durante los primeros dos años y cada seis meses hasta el quinto año. - El seguimiento se realizará coordinadamente entre los profesionales de AP y AH, respetando la elección de la persona. - A partir del quinto año el seguimiento se realizará por AP una vez al año, facilitando, en caso de sospecha de recidiva o ante cualquier duda clínica,

Actividades	Características de calidad
31º SEGUIMIENTO COMPARTIDO AL ALTA	se establecerá una coordinación inmediata con el hospital de referencia, asegurando una comunicación fluida y prioritaria para garantizar la valoración especializada en el menor tiempo posible (*AG*). • **PERSONAS DE ALTO RIESGO:** Las personas de alto riesgo serían las enfermas con tumores de tipo triple negativo o aquellas con tumores HER2+, aquellas que tienen una afectación ganglionar en más de 3 ganglios o bien que han recibido tratamiento neoadyuvante o tratamiento primario sistémico y se detectó una persistencia de enfermedad tumoral. También se consideran en esta categoría a aquellas en las que una plataforma genómica las ha valorado como personas de alto riesgo. - Estas personas serán revisadas cada 4 meses durante los primeros cinco años. Entre el quinto y el décimo la visita será anual. - El seguimiento se realizará coordinadamente entre los profesionales de AP y AH, respetando la elección de la persona. - Tras el décimo año el seguimiento se realizará por AP una vez al año, facilitando, en caso de sospecha de recidiva o ante cualquier duda clínica, se establecerá una coordinación inmediata con el hospital de referencia, asegurando una comunicación fluida y prioritaria para garantizar la valoración especializada en el menor tiempo posible (*AG*).
Plan terapéutico	**31.4** En cualquier caso, las visitas de seguimiento cumplirán los siguientes criterios, independientemente del ámbito en el que se realicen: • Historia y examen físico 1 a 4 veces al año durante 5 años y posteriormente cada año (*Recomendación NICE*)[3]. • Asegúrese de que todas las personas que hayan recibido tratamiento por cáncer de mama tengan un plan de atención acordado y por escrito, registrado en sus notas por un profesional de la salud (o profesionales) nombrados del equipo multidisciplinario. Dé una copia a la persona y a su médico de cabecera. El plan debe incluir (*Recomendación NICE*)[3]: - Identificación clara del profesional o profesionales del seguimiento (nombre, cargo, centro de referencia). - Fechas para la revisión de cualquier terapia adyuvante: Calendario estimado para evaluar la necesidad, eficacia o finalización de tratamientos como HT, inmunoterapia o QT prolongada. - Detalles de la mamografía de vigilancia: frecuencia, fechas previstas y lugar de realización de mamografías de control según el protocolo vigente. - Signos y síntomas de alerta: listado claro y comprensible de síntomas que requieran consulta médica (aparición de masa, cambios en la piel, dolor persistente, linfedema, etc.). - Detalles de contacto para referencias inmediatas a atención especializada.

Actividades	Características de calidad
31º SEGUIMIENTO COMPARTIDO AL ALTA	- Detalles de contacto para servicios de apoyo, por ejemplo, apoyo para personas con linfedema, psicooncología, trabajo social, asociaciones de pacientes, etc. **31.5** No están indicadas pruebas de imagen rutinarias en la mama reconstruida (*Recomendación NICE*)[3]. **31.6** No realice mamografía de los tejidos blandos ipsilaterales después de la mastectomía (*Recomendación NICE*)[3] con o sin reconstrucción (*AG*). **31.7** No utilice de manera rutinaria ultrasonido o RM para la vigilancia post-tratamiento en personas que han tenido tratamiento por cáncer de mama invasivo o CDis (*Recomendación NICE*)[3]. **31.8** No realice seguimiento basado en pruebas diagnósticas (analíticas/ marcadores tumorales/Tomografía de emisión de positrones-PET-/Tomografía Computerizada -TC-/Gammagrafía ósea -GGO-) en personas asintomáticas. No hay datos de que produzcan ningún beneficio en la supervivencia (*AG*)[2]. **31.9** En las mujeres bajo tratamiento con tamoxifeno se recomienda una evaluación ginecológica periódica si conservan el útero. Vigilar síntomas ginecológicos como sangrado vaginal anormal, dolor pélvico o flujo vaginal persistente (*Recomendación NICE*)[12]. **31.10** Se puede ofrecer a las mujeres posmenopáusicas 5 años de tratamiento con anastrozol o exemestano con una monitorización adecuada de la densidad ósea (*Categoría IA*)[19]. **31.11** Ofrecer una exploración de absorciometría dual de rayos X (DEXA) como línea base para evaluar la densidad mineral ósea en mujeres con cáncer de mama invasivo que no están recibiendo bisfosfonatos como terapia adyuvante y que (*Recomendación NICE*)[3]: • están comenzando tratamiento adyuvante con inhibidores de la aromatasa o • han tenido menopausia inducida por el tratamiento o • están comenzando terapia de ablación/supresión ovárica. **31.12** No ofrezca una exploración DEXA a personas con cáncer de mama invasivo que están recibiendo solo tamoxifeno (*Recomendación NICE*)[3]. **31.13** Aconsejar a las personas que han tenido o están siendo tratadas por cáncer de mama un estilo de vida saludable ya que está asociado con un menor riesgo de recurrencia (*Recomendación NICE*)[3]: • Vida activa, al menos 150 minutos semanales de actividad física moderada o 75 minutos de actividad intensa. • Dieta rica en frutas, verduras, fibra y baja en grasas saturadas y azúcares refinados.

Actividades	Características de calidad
31º SEGUIMIENTO COMPARTIDO AL ALTA **Linfedema**	• Limitación de ingesta de alcohol -a menos de 5 unidades por semana- o evitarlo completamente en personas con riesgo elevado. • Mantener un peso normal (IMC 20-25). • Evitar el tabaquismo. • Evitar la exposición solar prolongada (*AG*). • Cuidar la salud mental. El apoyo psicológico y social es crucial para afrontar los desafíos emocionales tras el tratamiento. Participar en grupos de apoyo, terapia psicológica o actividades que promuevan el bienestar emocional puede ser beneficioso. **31.14** Informar a las personas que reciben tratamiento para el cáncer de mama sobre el riesgo de desarrollar linfedema tras el tratamiento. Antes de que empiece el tratamiento darle información en formato adecuado para llevar y consultar. Debe incluir (*Recomendación NICE*)[3]: • Estrategias de reducción de riesgo como mantener un peso corporal saludable, formas de reducir el riesgo de infección y consejos sobre el cuidado de la piel (por ejemplo, el uso de cremas hidratantes y protección solar) y la actividad física. • Signos y síntomas tempranos como signos o sensaciones de hinchazón o signos de infección. • Conocimiento de los cambios de la piel como cambios en el color de la piel o la aparición de erupciones. • Como auto monitorearse e identificar estos signos y síntomas • Cómo realizar las mediciones basales de linfedema. • No hay evidencias consistentes de un mayor linfedema asociado con viajes en avión, viajes a países cálidos, manicura, uso de jacuzzi o lesiones deportivas. • Tomar una decisión compartida sobre si realizar procedimientos médicos utilizando el brazo tratado. Basándose en la preferencia de la persona y el criterio clínico, teniendo en cuenta sus necesidades clínicas y la posibilidad de alternativas. • Asegurarse de que la personas con riesgo de linfedema con el cáncer de mama sepan que: La actividad física puede mejorar su calidad de vida general y no hay indicios de que la actividad física cause o empeore el linfedema. **31.14.1** No ofrecer terapia de compresión como medida de reducción de riesgo a personas que conocen el riesgo de desarrollar linfedema relacionado con el cáncer de mama (*Recomendación NICE*)[3]. **31.14.2** Asegúrese de que las personas con cáncer de mama que desarrollan linfedema sean derivadas a un servicio especializado de linfedema para la evaluación adicional y para analizar las posibles opciones de tratamiento (*Recomendación NICE*)[3].

Actividades	Características de calidad
31º SEGUIMIENTO COMPARTIDO AL ALTA	**31.14.3** Discutir los siguientes temas con la persona con linfedema y proporcionarles información en un formato adecuado para que lleve consigo y la consulten más adelante (*Recomendación NICE*)[3]: - Linfedema y sus opciones de tratamiento. - Cuidado de la piel y las uñas para prevenir las complicaciones del linfedema. - Grupos de apoyo. - Cómo reconocer las complicaciones graves del linfedema que requieren atención médica urgente por ejemplo la celulitis o la Trombosis Venosa Profunda. **31.14.4** Evalúe a las personas con linfedema para detectar otros factores subyacentes tratables antes de comenzar cualquier programa de manejo del linfedema (*Recomendación NICE*)[3]. **31.14.5** Ofrecer terapia de compresión como la primera etapa de manejo del linfedema. Tomar una decisión compartida con la persona sobre la forma de compresión que es mejor para ella (*Recomendación NICE*)[3]. **31.15** En caso de aparición de signos o síntomas que precisen tratamiento rehabilitador (por ejemplo, linfedema, limitación funcional, dolor musculoesquelético persistente o secuelas postquirúrgicas), se facilitará cita en consulta específica. Asegúrese de que las unidades de atención mamaria cuenten con directrices locales documentadas para la fisioterapia postoperatoria que hayan sido acordadas con el departamento de fisioterapia (*Recomendación NICE*)[3]: • Detalles de ejercicios de las extremidades superiores que deben realizar después de las intervenciones quirúrgicas o de RT. • Situaciones a las que los ejercicios deben adaptarse a las circunstancias y necesidades individuales. **31.15.1** En las revisiones de los meses 3, 6 y 12 se explorará de forma dirigida la presencia de dolor persistente y de síntomas neuropáticos mediante escala numérica e instrumento breve de cribado de dolor neuropático. **31.15.2** Ante resultado positivo, se iniciará tratamiento conforme a la evidencia disponible. Se establecerá derivación preferente a la Unidad del Dolor cuando el dolor no se controle en tres meses, interfiera en la funcionalidad o en el sueño, o presente características neuropáticas definidas. **31.16** Ofrecer a las mujeres información y asesoramiento sobre la posibilidad de menopausia temprana y los síntomas menopáusicos asociados con el tratamiento del cáncer de mama (sofocos, sudoración nocturna, sequedad vaginal, alteraciones

Actividades	Características de calidad
31º SEGUIMIENTO COMPARTIDO AL ALTA	del estado de ánimo, insomnio y pérdida de densidad ósea) (*Recomendación NICE*)[3]. Esta intervención debe formar parte de una decisión compartida, adaptada al perfil clínico, edad, preferencias y contexto de cada paciente. **31.16.1** Se abordarán de forma proactiva y normalizada, sin esperar a que la persona la plantee, aspectos sobre salud sexual, al menos antes del inicio del tratamiento, al finalizar el tratamiento activo y en la revisión anual, iniciando la conversación con una fórmula normalizadora del tipo: "Muchas mujeres notan cambios en su vida sexual durante o después del tratamiento. ¿Le ha ocurrido a usted? ¿Le gustaría que habláramos de ello?". La información abordará sequedad vaginal y dispareunia y sus opciones de tratamiento —incluyendo hidratantes y lubricantes no hormonales y, valorada individualmente, la terapia local—, cambios en el deseo y en la respuesta sexual, pérdida de sensibilidad mamaria tras cirugía o reconstrucción, fatiga, imagen corporal y anticoncepción durante el tratamiento y en el periodo posterior. Se ofrecerá la posibilidad de incluir a la pareja cuando la persona lo desee, con derivación para apoyo psicológico, ginecología o sexología clínica si la disfunción persiste o genera malestar significativo. **31.17** No ofrezca de manera rutinaria THS (incluida la combinación de estrógeno/progestágeno) a mujeres con síntomas menopáusicos y antecedentes de cáncer de mama (*Recomendación NICE*)[3]. **31.18** Considere los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina selectiva (ISRS) para las mujeres con cáncer de mama para aliviar los síntomas menopáusicos, especialmente los sofocos, pero no para aquellas que están tomando tamoxifeno ((*Recomendación NICE*)[3]. **31.19** No ofrecer soja (isoflavona), trébol rojo, cohosh negro, vitamina E o dispositivos magnéticos para tratar los síntomas vasomotores en mujeres con cáncer de mama (*Recomendación NICE*)[3]. **31.20** En ausencia de signos o síntomas clínicos sugerentes de recidiva de la enfermedad, no están indicados pruebas de laboratorio (incluidos marcadores tumorales) ni de imagen para la búsqueda de metástasis (*AG*)[5]. **31.21** En caso de aparición de signos o síntomas que precisen tratamiento rehabilitador se facilitará cita en consulta específica. **31.22** Los cuidados de enfermería en domicilio estarán orientados a estos objetivos de resultados e intervenciones: • Aceptación estado de salud • Conocimientos: recursos sanitarios (NOC 1806)

Actividades	Características de calidad
31º SEGUIMIENTO COMPARTIDO AL ALTA	• Conocimiento: estilo de vida saludable (NOC 1855) • Control de síntomas (NOC 1608) • Control del riesgo (NOC 1902) • Gestión de casos (NIC 7320) • Ayuda al autocuidado (NIC 1800) • Asesoramiento (NIC 5240) y Asesoramiento nutricional (NIC 5246) • Educación para la salud (NIC 5510) • Afrontamiento (NOC 1302) • Apoyo emocional (NIC 5270) • Imagen corporal (NOC 1200) • Mejora de la autoestima (NIC 5400) • Soporte Social (NOC 1504). (Conocimiento realización talleres promoción de salud, hábitos vida saludable) • Grupos de apoyo (NIC 5430) • Bienestar del cuidador principal (NOC 2508) • Apoyo al cuidador (NIC 7040) • Favorecimiento de la implicación familiar (NIC 7110) • Satisfacción del paciente/usuario: continuidad de los cuidados **31.23** Al finalizar el tratamiento activo se realizará una consulta específica, no coincidente con una revisión ordinaria, en la que se entregará y explicará el plan de atención a largo plazo, se abordará el impacto emocional del fin del tratamiento y se planificará el retorno a la vida cotidiana. **31.24** Se abordará el miedo a la recidiva explícitamente, normalizándolo como respuesta esperable, ofreciendo estrategias de manejo, anticipando los momentos de mayor vulnerabilidad como revisiones, pruebas de imagen, aniversarios del diagnóstico, aparición de síntomas banales. **31.25** Se informará por escrito de la existencia del derecho al olvido oncológico en el ordenamiento jurídico español, de su contenido (no obligación de declarar el antecedente oncológico a efectos de contratación de seguros y de determinados productos financieros, transcurrido el plazo legalmente establecido desde la finalización del tratamiento radical sin recaída) incorporando esta información al plan de atención a largo plazo.

PROFESIONALES DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DE AH: GINECOLOGÍA, ONCOLOGÍA MÉDICA Y RADIOTERÁPICA

Actividades	Características de calidad
32º TRATAMIENTO DE LAS RECIDIVAS LOCALES Y DE LA ENFERMEDAD METASTÁSICA	**32.1** En caso de recidiva, se remitirá el caso a la Unidad funcional de Patología Mamaria (UPM), para que haga una propuesta de las opciones terapéuticas más recomendables. **32.2** (i) Se informará a la persona: • De la nueva situación de la enfermedad y su pronóstico, se le ofrecerán las distintas posibilidades terapéuticas, y se consensuará el plan terapéutico. • Posibilidad de realizar pruebas complementarias, en caso de ser necesario ampliar estudio. • Posibilidad de solicitar una segunda opinión. • Se le explicarán los efectos secundarios de los tratamientos posibles. **32.2.1** La comunicación de una recidiva o progresión se realizará conforme a las características de calidad establecidas en la actividad 12.1, con atención específica a que esta noticia frecuentemente supone un impacto emocional superior al del diagnóstico inicial. Se garantizará contacto de la enfermera referente en las 48-72 horas siguientes y derivación para apoyo psicológico. **32.2.2** Si no se ha ralizado anteriormente, se ofrecerá de forma proactiva el proceso de planificación anticipada y del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas, en un momento en que la persona conserve capacidad y estabilidad clínica suficientes. La conversación se registrará en la historia de salud y se explorará la existencia de necesidades espirituales, existenciales o religiosas, con independencia de la confesión de la persona, facilitando el acceso a los recursos de acompañamiento disponibles. **32.2.3** Se identificarán las personas del entorno con mayor riesgo de duelo complicado y se valorará la necesidad de apoyo psicológico. **32.3** En la recidiva tumoral en la mama hay que descartar que sea una recurrencia o un nuevo tumor primario. Habitualmente es de elección la mastectomía, pero hay que individualizar siendo posible una segunda cirugía conservadora en función del tiempo libre de enfermedad y los tratamientos locales recibidos. Se descartará enfermedad sistémica (metástasis a distancia). **32.4** Recidiva axilar (*AG*)[21]: • Recidiva después de BSGC negativa: vaciamiento axilar y valorar tratamiento adyuvante. • Recidiva axilar después de vaciamiento: extirpación de la recidiva y valorar tratamiento adyuvante. • Se descartará enfermedad sistémica.

Actividades	Características de calidad
32º TRATAMIENTO DE LAS RECIDIVAS LOCALES Y DE LA ENFERMEDAD METASTÁSICA	**32.5** Re-irradiación: • Para personas previamente irradiadas, que presenten una recidiva en pared torácica, axila o fosa supraclavicular, la re-irradiación se puede considerar. • La extensión de los volúmenes de tratamiento y la dosis dependerá del riesgo de toxicidad tardía en los tejidos sanos circundantes. • La hipertermia en combinación con radioterapia, en personas con recurrencia en pared torácica, ha mostrado una mejora significativa en la tasa de respuestas completa especialmente en personas con radioterapia previa. **32.6** Se recomienda biopsiar la enfermedad metastásica en el momento de la presentación o en la primera recurrencia como parte del estudio diagnóstico en pacientes con enfermedad recurrente o en estadio IV. Esto garantiza una determinación precisa de la enfermedad metastásica/recurrente y la histología tumoral, y permite la determinación de biomarcadores (receptores hormonales, Ki-67, HER-2, y en los casos que proceda: PD-L1, PI3K, ESR1) para poder aplicar un tratamiento personalizado de precisión (*AG*)[4, 5]. Los criterios de solicitud de estas plataformas y biomarcadores deben seguir estrictamente el Catálogo Común de Pruebas Genéticas del SNS. **32.6.1** Se prefiere la biopsia tumoral de tejidos blandos a la de las zonas óseas, a menos que una porción de la biopsia pueda protegerse de la solución de descalcificación agresiva para una evaluación más precisa de los biomarcadores(*AG*)[4, 5]. **32.7** Se recomienda individualizar cada caso con valoración de subtipo histológico y en función de la misma, aplicar la terapia sistémica indicada (*AG*)[2]. **32.8** Considerar el tratamiento local quirúrgico en cáncer de mama metastásico en las siguientes situaciones concretas: enfermedad oligometastásica, tratamiento paliativo de complicaciones locales (ulceración, sangrado), cáncer de mama que debuta en estadio IV con buen control de la enfermedad (*AG*)[2]. **32.9** En caso de enfermedad metastásica, en tratamiento de quimio/radioterapia se valorará la toxicidad y el ajuste de dosis. **32.10** Se programará el tratamiento en Hospital de Día. **32.11** Existirá un circuito ágil y accesible para facilitar la realización de pruebas complementarias previas al tratamiento y/o para administración de tratamiento en el caso de que fuera necesario. **32.12** Aquellas personas que sólo sean subsidiarias de tratamiento paliativo (incluidas aquellas que reciban tratamiento activo de quimioterapia, inmunoterapia, hormonoterapia o radioterapia, con intención paliativa) serán incluidas en el PAI de Cuidados Paliativos, favoreciendo la humanización de la Atención Sanitaria

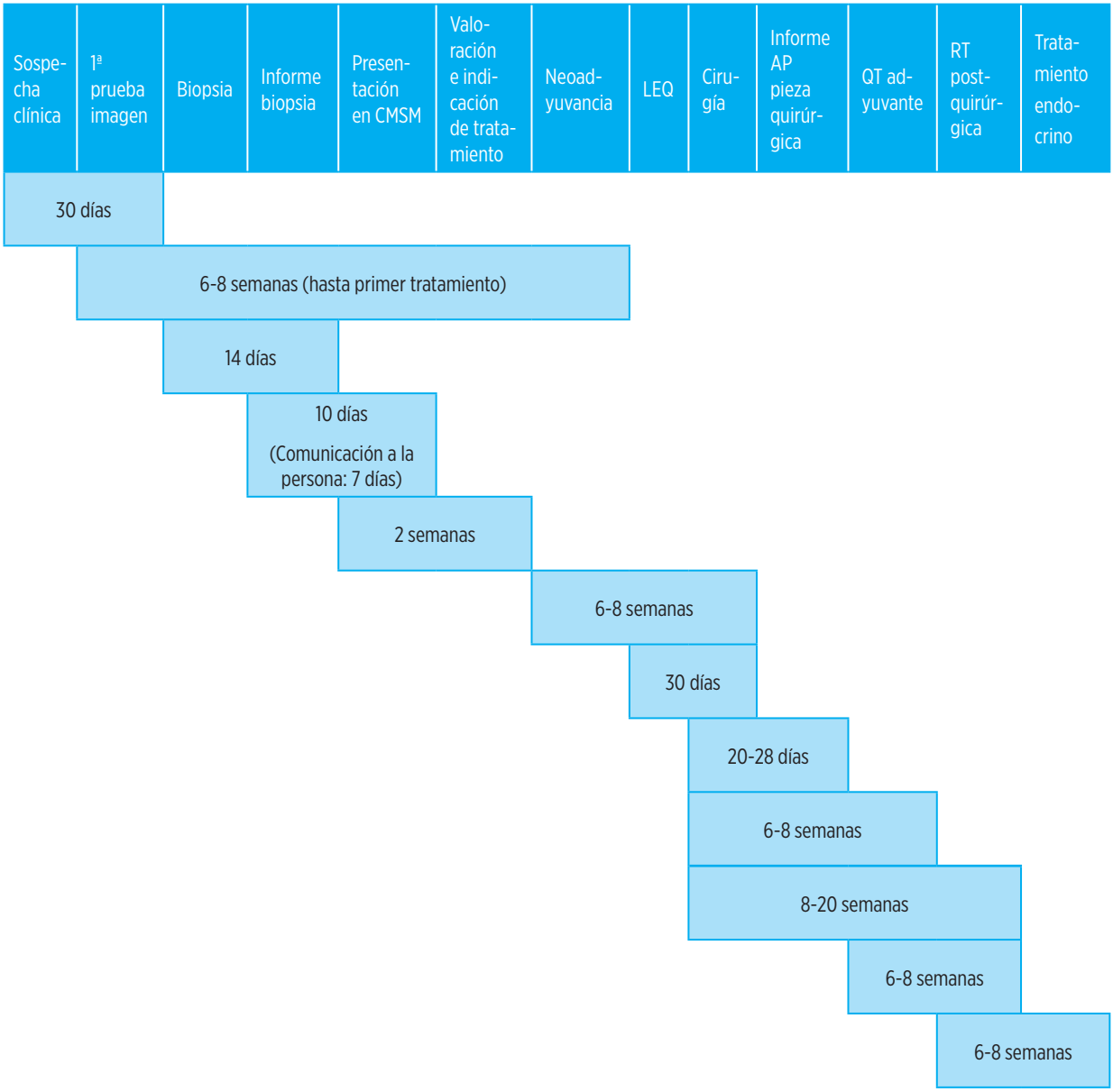
Actividades	Características de calidad
32º TRATAMIENTO DE LAS RECIDIVAS LOCALES Y DE LA ENFERMEDAD METASTÁSICA	al paciente oncológico y la comunicación y coordinación entre los profesionales de AH /AP para mantener la continuidad asistencial y garantizar una adecuada transición hacia la atención paliativa. **32.13** Los cuidados de enfermería irán orientados a los siguientes objetivos de resultados e intervenciones: • Conocimiento: proceso de la enfermedad (NOC 1803) • Conocimientos: recursos sanitarios (NOC 1806) • Preparación del cuidador familiar domiciliario (NOC 2202) • Apoyo al cuidador (NIC 7040) • Reunión multidisciplinar de cuidados de salud (NIC 8020) • Derivación (NIC 8100): inclusión en el PAI Cuidados Paliativos • Intercambio información cuidados de salud (NIC 7960) • Gestión de casos (NIC 7320)

Recursos

Los recursos se han estimado en referencia a las necesidades específicas para la consecución de objetivos del PA y los resultados esperados del mismo.

RECURSO	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD
Comité Multidisciplinar de Cáncer de Mama (CMCM)	• Será de composición multidisciplinar, contemplando referentes de todas las disciplinas asistenciales que participan en la asistencia de las personas con cáncer de mama (*AG*). • Se documentarán las normas de funcionamiento del comité. La información mínima que debe incluir el documento será: los componentes; los criterios de presentación de casos; el procedimiento para la toma de decisiones y la sistemática de recogida de la información en la HS (*AG*).
Unidad Funcional de Patología Mamaria (UFPM)	• Unidades funcionales multidisciplinares que integran todas las especialidades médicas, quirúrgicas y de diagnóstico implicadas en el proceso diagnóstico y terapéutico. • Dotación de recursos: - Un responsable (jefe de sección) - Cartera de servicios. - Recursos humanos, económicos y de equipamiento adscritos a la UFPM. - Insumos pactados (pactos de consumo) y código identificativo. - Recursos arquitectónicos (espacios). • Relacionan diferentes centros en una única red oncológica que oferte todos los tratamientos que pueda requerir la persona. • Organizan su actividad y establecen circuitos que faciliten la gestión del proceso, lo que permite a las Unidades una concentración de recursos y de conocimiento que tienen un directo impacto en la eficiencia y en la calidad asistencial, con la posibilidad de una evaluación de calidad o la obtención y mantenimiento de acreditaciones de calidad[49].
Sistema de alertas y buzón del profesional	• Para la transmisión segura de la información , al menos para los casos positivos y/o críticos
Espacios asistenciales	• Sala de información y counselling: espacio específico, sin camilla ni equipamiento intrusivo, con luz natural si es posible, asientos para al menos tres personas a la misma altura, aislamiento acústico, señalización de “no interrumpir” y disponibilidad de agua y pañuelos, destinada a la comunicación de diagnóstico, de recidiva y de decisiones complejas. • Sala de exploración con condiciones de intimidad: acceso controlado, espacio para vestirse y desvestirse y ropa adecuada. • Áreas de espera diferenciadas, que eviten la concurrencia de personas en fase de cribado con personas en tratamiento activo, con asientos suficientes, información sobre demoras y accesibilidad universal. • Espacio de espera familiar próximo al bloque quirúrgico, con información sobre tiempos y punto de contacto identificado. • Señalización clara y comprensible del itinerario dentro del hospital, con apoyo de pictogramas.

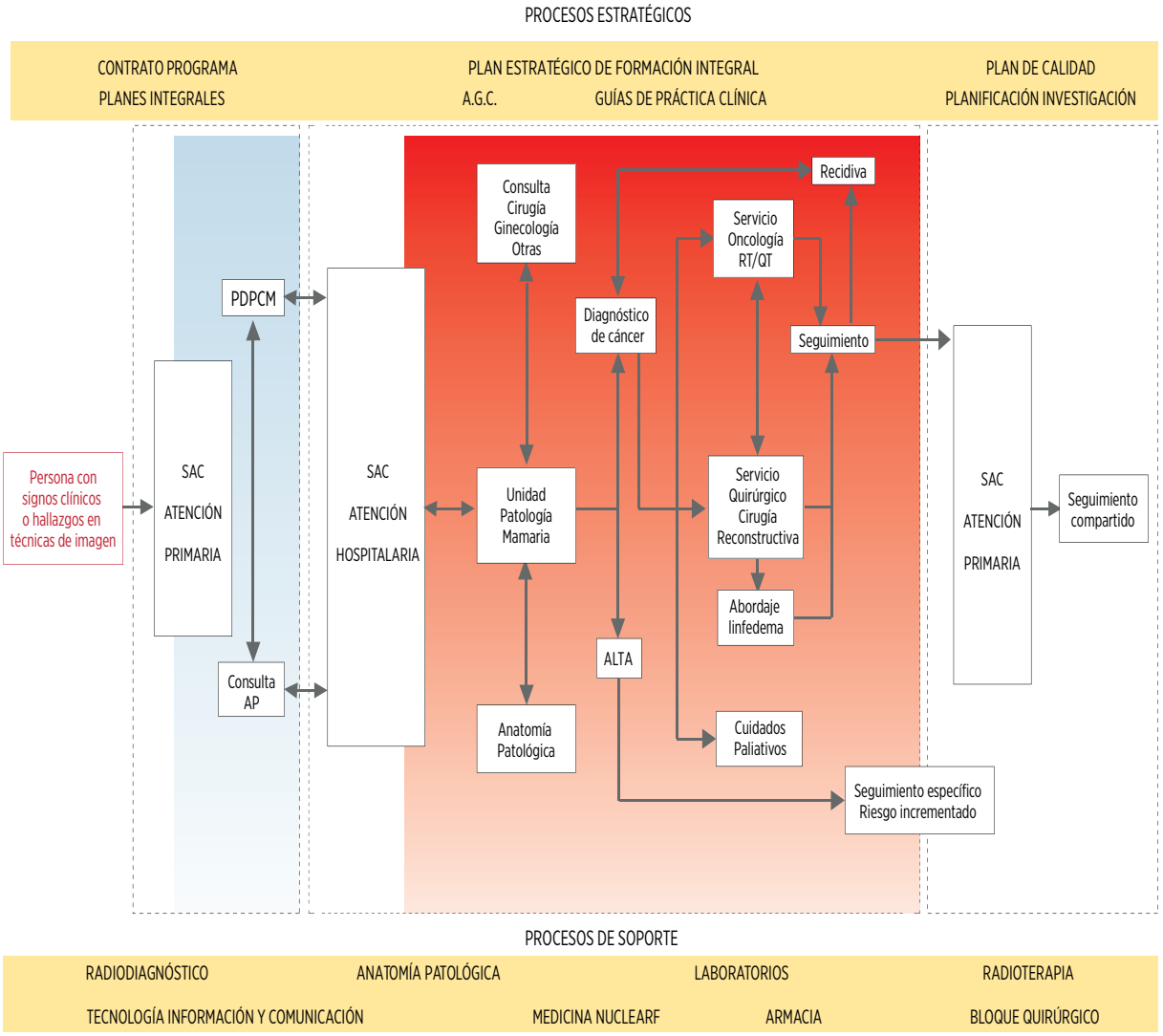
Tiempos máximos estimados en el recorrido de la persona:



Representación Gráfica del PA

La representación global del Proceso Asistencial permite visualizar la amplitud real del mismo. Se inicia con el Proceso Operativo (clínico-asistencial) tras el contacto de la persona con el Sistema Sanitario por las diferentes entradas posibles. Prosigue con la atención de los profesionales desde diferentes ámbitos de actuación en AP y AH, dando continuidad a la asistencia de la persona /familia. Finaliza con la salida del PA en el marco establecido por los Procesos Estratégicos y sustentados en los Procesos de Soporte.

Representación global del PA Cáncer de mama



DENOMINACIÓN	PERSONAS CON SOSPECHA DE CÁNCER DE MAMA A LAS QUE SE LES HA REALIZADO CONSULTA EN ACTO ÚNICO
Fórmula	(Nº de personas con sospecha de Ca de mama a las que se le ha realizado más de una prueba en consulta de acto único para obtener un diagnóstico durante el periodo evaluado / Nº de personas con sospecha de Ca de mama que han necesitado más de una prueba para diagnóstico) X 100.
Definición	El objetivo del acto único es acortar el tiempo de diagnóstico, evitando o disminuyendo el número de interconsultas innecesarias, que no aportan valor añadido.
Tipo de Indicador	Proceso.
Dimensión	Efectividad: determina si el proceso logra los objetivos clínicos previstos. Calidad asistencial.
Fundamento/justificación	El radiólogo en función de la clínica y antecedentes de la persona debe realizar, de forma secuencial e integrada, todas las pruebas diagnósticas que considere necesarias para obtener un diagnóstico definitivo de la persona. Mejora la eficiencia diagnóstica al permitir realizar múltiples pruebas en consulta de acto único, reduciendo tiempos de espera y ansiedad en pacientes con sospecha de cáncer de mama.
Población del indicador	Personas con sospecha de cáncer de mama sometidas a pruebas diagnósticas y que den su consentimiento para la realización de las mismas.
Fuente de datos recomendada	Auditoría de HS.
Periodicidad	Cuatrimestral.
Estándares	El estándar recomendado establece que al menos 90% de cumplimiento.

DENOMINACIÓN	ADECUACIÓN DE LA SOLICITUD DE LA PRUEBA DE IMAGEN (MX, ULTRASONIDO, RM)
Fórmula	(Nº de pruebas adecuadas (Nº de estudios solicitados - Nº de estudios no validados) / Nº total de pruebas solicitadas) x 100.
Definición	Realizar un uso adecuado de las pruebas de imagen adaptado a las indicaciones recomendadas.
Tipo de indicador	Proceso.
Dimensión	Adecuación, eficiencia.
Fundamento/Justificación	Evalúa la pertinencia de las pruebas de imagen solicitadas, optimizando recursos diagnósticos y evitando exploraciones innecesarias.
Población del indicador	Pacientes con signos y síntomas de cáncer de mama.
Fuente de datos recomendada	PDI.
Periodicidad	Anual.
Estándares	El estándar recomendado establece que al menos 75% de cumplimiento.

DENOMINACIÓN	PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA QUE ANTES DE INICIAR TRATAMIENTO SON VALORADAS POR EL CMCM
Fórmula	(Nº de personas diagnosticadas de cáncer de mama que han sido valoradas por el CMCM / Nº total de personas diagnosticadas de cáncer de mama) x100
Definición	Valoración tras diagnóstico por la CMCM.
Tipo de indicador	Proceso.
Dimensión	Efectividad.
Fundamento/Justificación	Todos los hospitales disponen de un CMCM que tras valoración del caso establecen recomendaciones de tratamiento y seguimiento de la persona. Garantiza la coordinación multidisciplinar antes del inicio del tratamiento, mejorando la planificación terapéutica y reduciendo errores clínicos.
Población del indicador	Todas las personas diagnosticadas de cáncer de mama en el periodo de estudio.
Fuente de datos recomendada	Hoja del CMCM completada a través del gestor de informes específico.
Periodicidad	Anual.
Estándares	El estándar recomendado establece que al menos 100% de cumplimiento.

DENOMINACIÓN	INTERVALO DE TIEMPO ENTRE LA PRUEBA DE IMAGEN Y EL INICIO DEL PRIMER TRATAMIENTO
Fórmula	(Nº de personas diagnosticadas de cáncer de mama por prueba de imagen que han sido sometidas a tratamiento dentro de las 6 semanas tras la prueba / Nº de personas con diagnóstico de cáncer de mama tratadas) x 100
Definición	Tiempo marcado para la administración de tratamiento. El intervalo de tiempo desde la fecha de la primera prueba de imagen (si el diagnóstico se realizó en otro lugar, desde la fecha de la primera consulta en el centro de mama) hasta el inicio del primer tratamiento, transcurrirá dentro de las 6 semanas o como máximo dentro de las 8 semanas.
Tipo de indicador	Proceso: evalúa la calidad y consistencia de las acciones clínicas realizadas (iniciar el tratamiento en un plazo razonable tras el diagnóstico por la imagen).
Dimensión	Eficiencia, accesibilidad.
Fundamento/Justificación	En los procesos neoplásicos el tiempo de inicio de tratamiento puede ser un factor fundamental en la evolución de la enfermedad.
Población del indicador	Todas las personas diagnosticadas de cáncer de mama por prueba de imagen que han de ser sometidas a tratamiento.
Fuente de datos recomendada	Sistemas de información Diraya, actas del CMCM y registros oncológicos.
Periodicidad	Semestral.
Estándares	El estándar recomendado establece que al menos 100% de cumplimiento.

DENOMINACIÓN	INTERVALO DE TIEMPO ENTRE LA CONFIRMACIÓN HISTOPATOLÓGICA (AP) Y EL INICIO DEL PRIMER TRATAMIENTO
Fórmula	(Nº de personas que inician tratamiento ≤30 días desde la confirmación histopatológica del diagnóstico / Nº total de pacientes con confirmación histopatológica) x 100
Definición	Mide el intervalo entre el diagnóstico confirmado y el inicio del tratamiento oncológico.
Tipo de indicador	Proceso: evalúa la calidad y consistencia de las acciones clínicas realizadas (iniciar el tratamiento en un plazo razonable tras el diagnóstico).
Dimensión	Eficiencia, accesibilidad.
Fundamento/Justificación	La demora terapéutica puede influir negativamente en la evolución clínica. Este indicador permite monitorizar la agilidad del sistema al evaluar demoras terapéuticas, que pueden tener un impacto directo en el pronóstico del paciente. Por eso, es útil monitorizarlo con mayor frecuencia para detectar rápidamente si hay problemas en la cadena asistencial.
Población del indicador	Pacientes con diagnóstico histológico confirmado de cáncer de mama.
Fuente de datos recomendada	Sistemas de información Diraya, actas del CMCM y registros oncológicos.
Periodicidad	Semestral.
Estándares	El estándar recomendado establece que al menos ≥85% de cumplimiento.

DENOMINACIÓN	PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE MAMA A LAS QUE SE INTERVIENE QUIRÚRGICAMENTE EN UN TIEMPO INFERIOR A 30 DÍAS TRAS SU INGRESO EN LA AGD
Fórmula	(Nº de personas a las que se interviene quirúrgicamente en un periodo inferior a 30 días tras su ingreso en AGD / Nº de personas con diagnóstico de cáncer de mama subsidiaria de cirugía) x 100
Definición	Tiempo marcado para la intervención quirúrgica tras su ingreso en AGD.
Tipo de indicador	Proceso.
Dimensión	Accesibilidad.
Fundamento/Justificación	En los procesos neoplásicos el tiempo transcurrido hasta la intervención quirúrgica para la extirpación del tumor puede ser un factor fundamental en la evolución de la enfermedad.
Población del indicador	Personas a las que se realiza tratamiento quirúrgico por cáncer de mama que fueron intervenidas en un periodo inferior a cuatro semanas desde su ingreso en AGD.
Fuente de datos recomendada	AGD.
Periodicidad	Anual.
Estándares	El estándar recomendado establece que al menos 100% de cumplimiento.

DENOMINACIÓN	PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE MAMA E INTERVENIDAS QUIRÚRGICAMENTE SOMETIDAS A CIRUGÍA CONSERVADORA (TRATAMIENTO CONSERVADOR)
Fórmula	(Nº de personas diagnosticadas de cáncer de mama que han sido intervenidas quirúrgicamente realizándose cirugía conservadora / Nº de personas con diagnóstico de cáncer de mama e intervenidas quirúrgicamente) x 100
Definición	Cirugía limitada o conservadora: primera cirugía terapéutica con exéresis completa de la lesión mamaria sospechosa ya sea con segmentectomía, cuadrantectomía o tumorectomía.
Tipo de indicador	Proceso.
Dimensión	Efectividad.
Fundamento/Justificación	El tratamiento conservador de mama (cirugía limitada o conservadora más radioterapia) ha mostrado iguales resultados que la cirugía más radical y representa el tratamiento de elección en la mayoría de los cánceres de pequeño tamaño o aquellos de mayor tamaño en que los Antineoplásicos permiten reducir su dimensión.
Población del indicador	Todas las personas diagnosticadas de cáncer de mama que cumplen criterios para cirugía conservadora.
Fuente de datos recomendada	HS.
Periodicidad	Anual.
Estándares	El estándar recomendado establece un cumplimiento del 70-80%.

DENOMINACIÓN	BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA (BSGC)
Fórmula	(Nº de personas diagnosticadas de cáncer de mama que han sido sometidas a cirugía con BSGC / Nº de personas con diagnóstico de cáncer de mama e intervenidas quirúrgicamente con indicación de BSGC) x 100
Definición	Se trata de la localización intraquirúrgica del GC, usando técnicas isotópicas y /o colorimétricas.
Tipo de indicador	Proceso.
Dimensión	Efectividad.
Fundamento/Justificación	La BSGC se admite hoy en día como una técnica estándar en el tratamiento quirúrgico de cáncer de mama (cuando está indicado), ya que evita linfadenectomías innecesarias y disminuye la morbilidad.
Población del indicador	Todas las personas diagnosticadas de cáncer de mama que cumplen criterios de BSGC para ser intervenidas quirúrgicamente y aceptación de la persona.
Fuente de datos recomendada	Documentación clínica de la persona.
Periodicidad	Anual.
Estándares	El estándar recomendado establece que al menos 100% de cumplimiento.

DENOMINACIÓN	PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE MAMA QUE INICIAN TRATAMIENTO ADYUVANTE EN UN PLAZO INFERIOR A 6 SEMANAS DESDE LA FECHA DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA
Fórmula	(Nº de personas a las que se administra tratamiento adyuvante en un plazo inferior a 6 semanas desde la fecha de la intervención quirúrgica por cáncer de mama/ Nº de personas diagnosticadas de cáncer de mama en tratamiento adyuvante) x100
Definición	Tiempo medio consensuado para la administración de tratamiento adyuvante tras la intervención quirúrgica.
Tipo de indicador	Proceso.
Dimensión	Efectividad.
Fundamento/Justificación	En los procesos neoplásicos el tiempo de inicio de tratamiento adyuvante puede ser un factor fundamental en la evolución de la enfermedad.
Población del indicador	Personas a las que se administra tratamiento adyuvante por cáncer de mama.
Fuente de datos recomendada	HS.
Periodicidad	Anual.
Estándares	El estándar recomendado establece que al menos 90% de cumplimiento.

DENOMINACIÓN	TIEMPO DE ESPERA DE TRATAMIENTO PARA RADIOTERAPIA TRAS EL TRATAMIENTO ADYUVANTE
Fórmula	(Nº de personas a las que se administra tratamiento en un plazo inferior a 6 semanas desde la fecha del último ciclo del tratamiento adyuvante/ Nº de personas en tratamiento RT tras el último ciclo del tratamiento adyuvante) x100
Definición	El intervalo de tiempo desde el final del último ciclo de la quimioterapia adyuvante hasta la radioterapia postquirúrgica o el inicio del tratamiento endocrino será de hasta 6 semanas.
Tipo de indicador	Proceso.
Dimensión	Efectividad.
Fundamento/Justificación	En los procesos neoplásicos el tiempo de inicio de tratamiento radioterápico o endocrino tras el último ciclo de la quimioterapia adyuvante puede ser un factor fundamental en la evolución de la enfermedad.
Población del indicador	Personas a las que se administra tratamiento tras el tratamiento adyuvante por cáncer de mama.
Fuente de datos recomendada	HS.
Periodicidad	Anual.
Estándares	El estándar recomendado establece que al menos 90% de cumplimiento.

DENOMINACIÓN	TIEMPO DE ESPERA DE TRATAMIENTO PARA RADIOTERAPIA TRAS CIRUGÍA CONSERVADORA
Fórmula	(N.º de personas a las que se administra tratamiento RT en un plazo inferior a 8-12 semanas desde la fecha de la cirugía / Nº de personas en tratamiento con RT tras cirugía conservadora) x100
Definición	El intervalo de tiempo desde la cirugía conservadora hasta la radioterapia postquirúrgica, sin quimioterapia adyuvante, debe estar preferentemente dentro de 8–12 semanas, evitando demoras injustificadas.
Tipo de indicador	Proceso.
Dimensión	Accesibilidad.
Fundamento/Justificación	En los procesos neoplásicos el tiempo de inicio de tratamiento radioterápico en pacientes que no se someten a quimioterapia puede ser un factor fundamental en la evolución de la enfermedad.
Población del indicador	Personas a las que se administra tratamiento RT tras el tratamiento quirúrgico por cáncer de mama.
Fuente de datos recomendada	HS.
Periodicidad	Anual.
Estándares	El estándar recomendado establece que al menos 90 % de cumplimiento.

DENOMINACIÓN	DOCUMENTACIÓN DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE DURANTE EL TRATAMIENTO
Fórmula	(Nº de reclamaciones relacionadas con el proceso asistencial cáncer de mama / Nº total de pacientes en seguimiento) × 100
Definición	Las reclamaciones nos ofrecen información indirecta sobre efectos adversos y calidad de vida durante el seguimiento clínico.
Tipo de indicador	Resultado: evalúa si se están realizando correctamente acciones clínicas que incorporan la experiencia del paciente durante el seguimiento.
Dimensión	Calidad asistencial, Humanización, Seguridad del Paciente.
Fundamento/Justificación	La atención centrada en la persona requiere incorporar la experiencia subjetiva del paciente. Este indicador promueve una práctica clínica más integral, que contempla no solo aspectos biomédicos, sino también emocionales y funcionales.
Población del indicador	Pacientes en seguimiento activo tras tratamiento de cáncer de mama.
Fuente de datos recomendada	Registros en el Libro de sugerencias y reclamaciones de la Junta de Andalucía.
Periodicidad	Anual.
Estándares	Menos del 20 % de reclamaciones por este proceso.

DENOMINACIÓN	SEGUIMIENTO ACTIVO DOCUMENTADO EN EL AÑO POSTERIOR AL ALTA DE TRATAMIENTO
Fórmula	(Nº de personas con cáncer de mama con revisión documentada ≤12 meses tras el alta de tratamiento/ Nº total de pacientes dadas de alta tras el tratamiento) × 100
Definición	El objetivo es que las pacientes con cáncer de mama sigan recibiendo atención tras finalizar el tratamiento, lo cual es clave para detectar recidivas (reaparición del cáncer, identificar efectos tardíos del tratamiento y mantener el vínculo con el sistema sanitario.
Tipo de indicador	Resultado: mide el impacto final del proceso asistencial, en este caso, la adherencia al seguimiento post-tratamiento.
Dimensión	Continuidad asistencial: asegura el seguimiento adecuado entre fases del proceso.
Fundamento/Justificación	El seguimiento post-tratamiento es clave para detectar recidivas y efectos tardíos. Este indicador evalúa la adherencia al protocolo de seguimiento.
Población del indicador	Personas dadas de alta tras tratamiento por cáncer de mama.
Fuente de datos recomendada	HS/ Aplicación de Citación.
Periodicidad	Anual.
Estándares	El estándar recomendado establece que al menos 90% de cumplimiento.

Anexo 1. Tratamiento carcinoma in situ

TNM	Tratamiento Quirúrgico	Radioterapia	Terapia hormonal	Evidencia
Tis N0 M0	Cirugía conservadora / valoración del estado axilar *	Volumen mamario, con o sin sobreimpresión**	Considerada en personas RE+	1
		No RT (en personas con bajo riesgo de recurrencia***)	Considerada	2B
	Mastectomía total con valoración del estado axilar (+- reconstrucción) *	Ofrecer en pacientes con márgenes quirúrgicos afectos	Considerada para reducir el riesgo de cáncer de mama contralateral en personas de alto riesgo	2A

* La estadificación ganglionar con biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) se realizará: si el tumor es palpable, si es de alto grado, si va a ser sometido a una mastectomía o si la cirugía del tumor primario altera el drenaje linfático en caso de cirugía conservadora.

Valorar diferir la biopsia selectiva del ganglio centinela, mediante administración de trazador ferromagnético, a la espera del resultado histológico del tumor primario, independientemente del tipo de cirugía mamaria (*AG*).

** Criterios para sobreimpresión con RT: margen de resección inferior a 2mm o en pacientes con alto riesgo de recidiva local[2].

***Criterios de bajo riesgo de recurrencia: tumor menor de 10mm, bajo o intermedio grado nuclear, margen quirúrgico mayor de 2 mm y edad mayor de 50 años[2].

Anexo 2. Tratamiento tumor localizado

TNM	Clínica	Procedimiento pretratamiento	Características	Tipo cirugía mamaria	Proc. axilar	BSGC	Axila	NE
T=<2c m	no	ninguno	Edad >70 años, comorbilidades, ER positivo, HER2 negativo	Conservadora de la mama	np	np	np	1A
		Ecografía axilar negativa o solo un ganglio sospechoso con biopsia negativa	Personas > 50 años, posmenopáusicas con cáncer de mama de grado 1-2, receptor hormonal positivo, HER2 negativo	Conservadora de la mama				1A
		Resto de las personas (incluido múltiples ganglios axilares		Cirugía conservadora o mastectomía	BSGC	negativo		1A
						positivo	1-2 ganglios positivos y planificación RT post NO linfadenectomía	
							Linfadenectomía axilar si se trata de una mastectomía o cirugía conservadora y,>3 ganglios positivos.	

Anexo 3. Tratamiento carcinoma de mama temprano

TNM	Clínica	Características	Tipo cirugía mamaria	Proc. axilar	BSGC	Axila	Evidencia
Carcinoma de mama temprano	NO	Compromiso axilar limitado en imágenes confirmado por biopsia y marcador en el ganglio más sospechoso.	Cirugía conservadora o mastectomía	BSGC	Cumple con TODOS los siguientes criterios: • cT1-T2, T3e cN0 o pN1mic • Sin quimioterapia preoperatoria • 1-2 SLNsh positivos • RT adyuvante planificado	1-2 ganglios positivos y planificación RT post NO linfadenectomía	2A
	N+	Clínicamente palpable o carga axilar significativa en imagen o indicación de Antneoplásico neo adyuvante	NO cirugía primaria	cN+ permanece clínicamente Positivo cN+ se convierte en clínicamente nodo negativo	Linfadenectomía BSGC		

Anexo 4. Tratamiento carcinoma de mama avanzado

TNM	Indicación Antineo-plásicos	Realización de plataforma	Clínica	Proc. pretratamiento	Características	Tipo de cirugía mamaria	Proc. axilar	BSGC	Axila	NE
Criterios anatomo-patológicos clásicos: edad, TNM, estado menopáusico, LVSI, Grado Histológico, RH, HER2Neu, Ki-67	NO	NO	NO	Ninguno	Edad mayor o igual (≥)70 años, comorbilidades, ER positivo, HER2 negativo	Conservadora de la mama	no procede			1A
				Ecografía axilar negativa o solo un ganglio sospechoso con biopsia negativa	Personas > 50 años, posmenopáusicas con cáncer de mama de grado 1-2, receptor hormonal positivo, HER2 negativo	Cirugía conservadora o mastectomía	BSGC			
				Compromiso axilar "limitado" confirmado por biopsia con aguja ± marcadoren el ganglio más sospechoso	Resto de las personas (incluido múltiples ganglios axilares sospechosos en ecografía y biopsia negativa)			Negativo	NO V Axilar	
	DUDOSA	SI Decisión de realiza plataforma bajo riesgo						Positivo	Si cirugía conservadora, 1-2 ganglios positivos, o mastectomía, 1-2 ganglios positivos y planificación RT no linfadenectomía	
	SI	Antineoplásico Neoadyuvante							Linfadenectomía axilar si se trata de una mastectomía o cirugía conservadora y,>3 ganglios positivos	

Anexo 5. Tratamiento sistémico en cáncer de mama localizado

TNM	Subgrupos T	Subgrupos N	RH	HER 2 NEU	Plataforma	Tto sistémico	N.Evidencia
pT1, pT2 o pT3 y pN0 o pN1mi	T=<5mm	pN0	+	+	no procede	considerar HT	2B
	T 06 – 1 cm	pN1mic	+	+	no procede	QT + trastuzumab + HT	2A
	T >1 cm	cualquiera	+	+	no procede	QT + trastuzumab* + HT	1
		N+(uno o más Mtts >2mm)	+	+	no procede	QT + trastuzumab*+ HT (C2A)	1
pT1, pT2 o pT3 y pN0 o pN1mi	T=<5mm y mic	pN0	+	-	no procede	considerar HT	2B
		pN1mic	+	-	no procede	HT o QT +HT	2B
	T>5mm	cualquiera	+	-	no realizada	HT o QT +HT	2A
					riesgo bajo	HT	1A
					riesgo intermedio	HT o QT +HT	1A
					riesgo alto	QT +HT	1A
	cualquiera	N+(uno o más Mtts >2mm)	+	-		QT +HT	1
pT1, pT2 o pT3 y pN0 o pN1mi	T=<5mm y mic	pN0	-	-	no procede	considerar QT + antiher2	2B
		pN1mic	-	+	no procede	considerar QT + antiher2	2A
	T 06 – 1 cm	cualquiera	-	+	no procede	QT + antiher2	2A
	T >1 cm	cualquiera	-	+	no procede	QT + antiher2	1
	cualquiera	N+(uno o más Mtts >2mm)	-	+	no procede	considerar QT + antiher2 (2A)	1
pT1, pT2 o pT3 y pN0 o pN1mi	=<5mm y mic	pN0	-	-	no procede	no procede	2B
		pN1mic	-	-	no procede	considerar QT	2A
	T 06 – 1 cm	cualquiera	-	-	no procede	considerar QT	2A
	T >1 cm	cualquiera	-	-	no procede	QT	1A
	T >2 cm		-	-	no procede	QT + inmunoterapia	1A
		N+(uno o más Mtts >2mm)	-	-	no procede	QT + inmunoterapia	1A

Anexo 6. Evaluación de la axila

TNM	Tto. primario	Procedimiento pretratamiento	Estado linfonodal pretratamiento	Estado linfodonal post tratamiento	Procedimiento	Evidencia
T1-3, N0-1	Cirugía	Ecografía o RM y biopsia de cualquier ganglio sospechoso de metástasis.	N1	No aplica	Linfadenectomía	C2A
			N0	No aplica	BSGC (linfadenectomía si 3 o más ganglio con macro metástasis y cirugía conservadora y T1-2) (C2A)*	C1
	Antineoplásico neoadyuvante	Ecografía o RM y biopsia de cualquier ganglio sospechoso de metástasis.	N0	No aplica	BSGC (si positiva macrometástasis linfadenectomía)	C2A
			N1(Marcar máximo 2 ganglios)	Axila clínicamente positiva	Linfadenectomía	C2A
				Axila clínicamente negativa	BSGC (si al menos exéresis de 2 GC, doble trazador, IHQ) (si positiva macrometástasis linfadenectomía)	C2B

* Si hay 1- 2 Ganglio centinela (GC) con macrometástasis y no se hace linfadenectomia, se realizará irradiación electiva (y no incidental) de las cadenas ganglionares (AG) (*AG*).

Anexo 7. Tratamiento radioterápico en función del tratamiento quirúrgico y estadificación

Tipo de cirugía	Estado linfonodal	Tratamiento loco regional	Evidencia
Cirugía conservadora de la mama + estadificación axilar	N>4	RT sobre volumen mamario con o sin sobreimpresión, área supraclavicular e infraclavicular, cadena mamaria interna y cualquier zona del lecho axilar en riesgo de recaída.	C1
	N1-3	RT sobre volumen mamario con o sin sobreimpresión. Considerar fuertemente la irradiación de las áreas supraclavicular e infraclavicular, cadena mamaria interna y cualquier zona del lecho axilar en riesgo de recaída, en función de los factores de riesgo asociados.	C1
	N0	RT sobre volumen mamario con o sin sobreimpresión. Irradiación parcial de la mama (IPM) en personas de bajo riesgo.	C2A
Mastectomía con estadificación axilar +- reconstrucción	N>4	RT sobre pared torácica + áreas supraclavicular e infraclavicular, cadena mamaria interna y cualquier zona del lecho axilar en riesgo de recaída.	C1
	N1-3	Considerar fuertemente RT sobre pared torácica + áreas supraclavicular e infraclavicular, cadena mamaria interna y cualquier zona axilar en riesgo de recaída.	C2A
	N0 y T> 5 cm	RT sobre pared torácica.	C2A
	N0 y Márgenes positivos	La opción preferible es la re-exéresis hasta obtener márgenes libres. Si no es posible, considerara RT sobre pared torácica.	C2A
	N0 y T ≤5 cm y márgenes negativos <1mm	Considerar RT sobre pared torácica.	C2A
	N0 y T< 5 cm y márgenes negativos ≥1mm	No RT.	C2A

Acrónimos

AETSA	Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
AG:	Acuerdo de grupo
AGD:	Aplicación para la Gestión de la Demanda
AGREE II	*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II*
AH:	Atención Hospitalaria
AP:	Atención Primaria
BAG/BAV:	Biopsia con aguja gruesa/Biopsia asistida por vacío
BI-RADS:	*Breast Imaging and Reporting Data System*
BSGC:	Biopsia Selectiva de Ganglio Centinela
CAP:	Complejo areola pezón
CC:	Cirugía conservadora
CDIS:	Carcinoma ductal in situ
CI:	Consentimiento informado
CMCM:	Comité multidisciplinar de cáncer de mama
Diraya:	Sistema integrado de gestión e información para la atención sanitaria
DGLA:	Disección de ganglios linfáticos axilares
ECI:	Extenso Componente Intraductal
GC:	Ganglio centinela
GGO:	Gammagrafía ósea
HER:	Receptor del factor de crecimiento epidérmico humano
HS:	Historia de Salud
HT:	Hormonoterapia
IHQ:	Inmunohistoquímica
IMC:	Índice de masa corporal
IPM:	Irradiación parcial de la mama
Mx:	Mamografía
NANDA:	*North American Nursing Diagnosis Association.* Clasificación estandarizada de diagnósticos de enfermería.

NIC: *Nursing Intervention Classification.* (Clasificación de Intervenciones de Enfermería)

NICE: *National Institute for Health and Care Excellence*

NOC: *Nursing Outcomes Classification.* (Clasificación de Resultados de Enfermería)

NUHSA: Número Único de Historia de Salud de Andalucía

OMS: Organización Mundial de la Salud

PA: Proceso Asistencial.

PAD: Proceso de planificación anticipada de decisiones

PDI: Pruebas diagnósticas por imagen

PDP-CM: Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama.

PET: Tomografía por emisión de positrones

PICO: Población, Intervención, Comparación y Resultados-*Outcomes*

PMRT: Radioterapia postmastectomía

PNT: Procedimiento Normalizado De Trabajo

RDQ: Registro de Demanda Quirúrgica

RE: Receptores de estrógenos

RH: Receptores hormonales

RM: Resonancia Magnética

RNI: Irradiación nodal regional

ROLL: *Radio Occult lesion localization* (Localización radioguiada de lesiones no palpables)

RP: Receptores de progesterona

RT: Radioterapia / Radioterápico.

RVA: Registro de voluntades vitales anticipadas

SG: Supervivencia global

SLE: Supervivencia libre de enfermedad

SNOLL: *Sentinel node local lesion localisation* (Localización simultánea radioguiada de la lesión mamaria y técnica del ganglio centinela)

SSPA: Sistema Sanitario Público de Andalucía

TC: Tomografía computarizada

THS: Terapia Hormonal Sustitutiva

Tis: Carcinoma in situ

TRH: Terapia de reemplazo hormonal sistémica

TSID: Técnico superior en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear

TSP: Unidad clínica de Gestión

UCG: Terapia preoperatoria neoadyuvante

UFPM: Unidad Funcional de Patología Mamaria

VVA: Voluntades vitales anticipadas

Bibliografía

1. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®). Breast Cancer Screening and Diagnosis (Version:2.2025). Disponible en: https://www.nccn.org/guidelines/category_1

2. NCCN. Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Breast Cancer (Version 4.2025). Disponible en: https://www.nccn.org/guidelines/category_1

3. NICE. Early and locally advanced breast cancer: diagnosis and management. (NG101) (Publicada 18 Julio 2018. Última actualización:14 abril 2025). Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ng101

4. Loibl S et al. ESMO. Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. 2023. Ann Oncol. 2024 Feb;35(2):159-182. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38101773/

5. García-Saenz, J.A. et al. Guía clínica SEOM–GEICAM–SOLTI en cáncer de mama avanzado (2022). Clin Transl Oncol 25 , 2665–2678 (2023). Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1007/s12094-023-03203-8

6. Brackstone M. et al. Management of Ductal Carcinoma in Situ of the Breast (2024). Ontario Health. Cancer Care Ontario. 2024. https://www.cancercareontario.ca/en/guidelines-advice/types-of-cancer/276

7. Ayala de la Peña, F. et al. Guía Clínica SEOM-GEICAM-SOLTI para el cáncer de mama en estadio temprano (2022). Clin Transl Oncol 25 , 2647–2664 (2023). Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1007/s12094-023-03215-4

8. Estimaciones de la Incidencia del Cáncer en España. Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN). Madrid. 2025. Disponible en: https://redecan.org/storage/documentation/442e1d1a-4040-4674-81cf-5e6a67af6458.pdf

9. OECD/European Commission (2025), EU Country Cancer Profile: Spain 2025, EU Country Cancer Profiles, OECD Publishing, Paris. Disponible en: https://doi.org/10.1787/1f6a5051-en

10. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023. Ministerio de Sanidad. Madrid. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf

11. GEICAM. Guía GEICAM de Práctica Clínica. Tratamiento Neoadyuvante del Cáncer de Mama. 2021. Disponible en: https://guia-cancerdemama-neoadyuvancia.geicam.org/

12. NICE. Familial breast cancer: classification, care and managing breast cancer and related risks in people with a family history of breast cancer. Clinical guideline [CG164] (Publicada en junio 2013. Última actualización 14 noviembre 2023). Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/cg164

13. NCCN. Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®). Breast Cancer Risk Reduction (Version: 1.2026). Disponible en: https://www.nccn.org/guidelines/category_1 14.

14. NCCN. Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®). Genetic/ familial High-Risk Assessment: Breast, Ovarian, Pancreatic, and Prostate (Version 1.2025). Disponible en: https://www.nccn.org/guidelines/category_1

15. Paluch-Shimon S. et al. ESO-ESMO 4th International Consensus Guidelines for Breast Cancer in Young Women (BCY4). Ann Oncol. 2020 Jun; 31(6):674-696. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32199930/

16. Cardoso F. et al. 5ª Guía de consenso internacional ESO-ESMO para el cáncer de mama avanzado (ABC 5). Ann Oncol. Diciembre de 2020; 31(12):1623-1649. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32979513/

17. Cardoso F. et al. 6th and 7th International consensus guidelines for the management of advanced breast cancer (ABC guidelines 6 and 7). Breast. 2024 Aug; 76:103756. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38896983/

18. Sessa C. et al. Risk reduction and screening of cancer in hereditary breast-ovarian cancer syndromes: ESMO Clinical Practice Guideline. Ann Oncol. 2023; 34(1):33-47. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36307055/

19. Rubio, Isabel T. et al. European guidelines for the diagnosis, treatment and follow-up of breast lesions with uncertain malignant potential (B3 lesions) developed jointly by EUSOMA, EUSOBI, ESP (BWG) and ESSO (2024). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38061151/

20. Rubio, Isabel T. et al. EUSOMA quality indicators for non-metastatic breast cancer: An update. European Journal of Cancer, Volume 198, 113500. Feb. 2024. Disponible en: https://www.ejcancer.com/article/S0959-8049(23)00802-X/abstract

21. Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. Manual de Práctica Clínica en Senología. 5ª edición. 2025. Disponible en: https://sespm.es/manual-de-practica-clinica-2025/

22. Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. Vía clínica de cáncer de mama. 1ª edición. 2020. Disponible en: https://sespm.es/publicacion-via-clinica-de-cancer-de-mama/

23. Jimenez, Rachel B. et al. Postmastectomy Radiation Therapy: An ASTRO-ASCO-SSO Clinical Practice Guideline. J Clin Oncol 43:30; 3292-3311 (2025). Sept. 2025. Disponible en: https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO-25-01747

24. Moreno Campoy EE (dirección y coordinación). Estrategia para la seguridad del paciente: plan estratégico de calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud y Familias; 2019. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/EstrategiaISeguridadPaciente_v5.pdf

25. Ley Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002, de 14 de noviembre. [Internet]. Boletín Oficial del Estado no 274 2002. Disponible en: https://www.boe.es/eli/ es/l/2002/11/14/41/con

26. Ruiz Sicilia L (coordinadora). Estrategia de bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía: plan estratégico de calidad del sistema sanitario público de Andalucía. 2020 [Internet]. Sevilla; 2020. Disponible en: https://www.bioetica- andalucia.es/wp-content/uploads/2020/11/Estrategia_Bioetica_SSPA_2020. pdf

27. Orden de 8 de julio de 2009 por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado [Internet]. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº 152, (06-08-2009). Disponible en: https://juntadeandalucia.es/boja/2009/152/18

28. Catálogo de Formularios de Consentimiento Informado escrito del SSPA. Consejería de Salud. [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía. Sevilla; 2010. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/organismos/sanidadpresidenciayemergencias/areas/sanidad/sistema-sanitario/derechos-garantias/paginas/formularios-consentimiento-informado.html

29. Lorda S et al. Planificación Anticipada de las Decisiones. Guía de Apoyo para Profesionales [Internet]. Consejería de Salud y Bienestar Social. Sevilla; 2013. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/calidad/bioetica-bioderecho/paginas/planificacion-anticipada-decisiones-guia.html

30. Registro de Voluntades Vitales Anticipadas [Internet]. Junta de Andalucía. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias. Sevilla. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/organismos/sanidadpresidenciayemergencias/areas/sanidad/calidad/registro-vva.html

31. Informes de posicionamiento terapéutico. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

(AEMPS). Ministerio de Sanidad. Gobierno de España [Internet]. Madrid. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/informes-de-posicionamiento-terapeutico/

32. Guía Farmacoterapéutica de Atención Primaria al día. Consejería de Salud y Consumo. Servicio Andaluz de Salud [Internet]. 2023. Sevilla. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2023/gftapd_14_04_2023_vinculada_0.pdf

33. Guía Farmacoterapéutica de Hospitales. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias [Internet]. Sevilla. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/farmacia-y-prestaciones/uso-racional-del-medicamento/guia-farmacoterapeutica-de-hospitales

34. Uso Racional del Medicamento. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias. [Internet]. Sevilla. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/farmacia-y-prestaciones/uso-racional-del-medicamento

35. Real Decreto 601/2019, de 18 de octubre, sobre justificación y optimización del uso de las radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2019-15604

36. Moorhead S SEJMMM. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud. 6a edición. Barcelona: Elsevier; 2018.

37. Butcher H BGDJWC. Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC. 7a edición. Barcelona: Elsevier; 2019.

38. Lafuente Robles, N et al. Estrategia de Cuidados de Andalucía. PiCuida. [Internet]. Sevilla; 2015. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/planes-y-estrategias/estrategia-de-cuidados-de-andalucia

39. DECRETO 96/2004, de 9 de marzo, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. BOJA. Número 62 de 30/03/2004. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/boja/2004/62/5

40. Instrucción nº 0011/26 de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud sobre la organización funcional de las unidades de mama y la mejora del programa de cribado poblacional de cáncer de mama en Andalucía.

41. Boletín Oficial del Parlamento de Andalucía. Número 549. XII legislatura. 28 Octubre 2024. Disponible en: https://www.parlamentodeandalucia.es/webdinamica/portal-web-parlamento/pdf.do?tipodoc=bopa&id=186854

42. Estrategia de cáncer en Andalucía. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía [Internet]. 2021. Sevilla. Disponible en: https://ws040.juntadeandalucia.es/webconsejos/cgobierno/transparencia/210608/documentos/9Expediente.pdf

43. Alternativas de tratamiento para el cáncer de mama ¿Qué opción prefiero?. Instrumento de ayuda para la toma de decisiones. Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. [Internet]. 2006. Sevilla. Disponible en: https://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af195724934b_cm_alternativas.pdf

44. Catálogo Común de pruebas Genéticas y Genómicas. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España [Web]. Disponible en: https://cgen.sanidad.gob.es/

45. Real Decreto 391/2025, de 13 de mayo, por el que se establecen los criterios de calidad y seguridad de las unidades asistenciales de radioterapia. BOE 116, Miércoles 14 de mayo de 2025 Sec. I. Pág. 62571-89. Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2025-9388

46. Csaba Polgár et al. Patient selection for APBI: Updated recommendations of the GEC-ESTRO Breast Cancer Working Group based on clinical evidence (2024). Radiotherapy and Oncology 206:S170. May 2025. Disponible en: https://www.thegreenjournal.com/article/S0167-8140(25)01445-8/abstract

47. Tresserra F et al. Manejo de las muestras para test inmunohistoquímicos, moleculares y genéticos en el cáncer de mama. Revista de Senología y Patología Mamaria. 29: 1; 26-31. 2015. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-senologia-patologia-mamaria-131-articulo-manejo-las-muestras-test-inmunohistoquimicos-S0214158215001206

48. Kunkler IH, Russell NS, Anderson N, Sainsbury R, Dixon JM, Cameron D, Loncaster J, Hatton M, Westenberg H, Clarke J, McCarty H, Evans R, Geropantas K, Wolstenholme V, Alhasso A, Woodings P, Barraclough L, Bayman N, Welch R, Muturi F, McEleney T, Burns J, Riddle K, Macdonald E, Dunlop J, Sergenson N, van Tienhoven G, Taylor KJ, Bartlett JMS, Piper T, Velikova G, Aird E, Chua B, Hurkmans C, Venables K, Williams LJ, Thomas JS, Hanby AM, Maclennan M, Cleator S, Verghese ET, Li Y, Wang S, Canney P; SUPREMO Trial Investigators; Sunil. Ten-Year Survival after Postmastectomy Chest-Wall Irradiation in Breast Cancer. N Engl J Med. 2025 Nov 6;393(18):1771-1783. https://doi.org/10.1056/nejmoa2412225. PMID: 41191939; PMCID: PMC7618363.

49. Shaitelman S. F. et al. Irradiación parcial de mama para pacientes con cáncer de mama invasivo en etapa temprana o carcinoma ductal in situ: una guía de práctica clínica de ASTRO. Oncología radioterápica práctica, Vol 14; 2, 112-132. Disponible en: https://www.practicalradonc.org/article/S1879-8500(23)00296-5/fulltext