

PROGRAMA NACIONAL DE ACREDITACIÓN DE CENTROS DE MAMA QUINIENTOS CENTROS ACREDITADOS EN ESTADOS UNIDOS

Cary Kaufman *

El Programa de Acreditación Nacional de Centros de Mama (NAPBC) es un programa relativamente nuevo en Estados Unidos. Estamos muy orgullosos de haber podido llegar a esta cifra de 500 centros que voluntariamente solicitaron la acreditación y demostraron su deseo de mejorar la atención y que pueden satisfacer las normas de calidad.

Probablemente no sea lo correcto hablar de la incidencia de cáncer de mama al final de un congreso, porque si no la saben a esta altura, no la van a recordar tampoco. El cáncer de mama es un tema muy importante para todos.

En Estados Unidos, sin embargo, hemos visto que la mortalidad ha disminuido en los últimos 15 años, lo cual es buena noticia. También hemos visto muchos pasos de mejoría, la mastectomía reemplazada por lumpectomía, la disección axilar por la biopsia del ganglio centinela, la radiación de mama entera muchas veces es radiación parcial, quimioterapia para la mayoría con test genómicos. Antes había un vacío psicosocial donde nadie le hablaba a las pacientes, pero ahora hay soporte psicosocial y una variedad de organizaciones de defensoras que nunca estaban incluidas. Siempre decíamos que había una historia familiar, pero ahora podemos hacer pruebas genéticas también. Parece que estamos progresando.

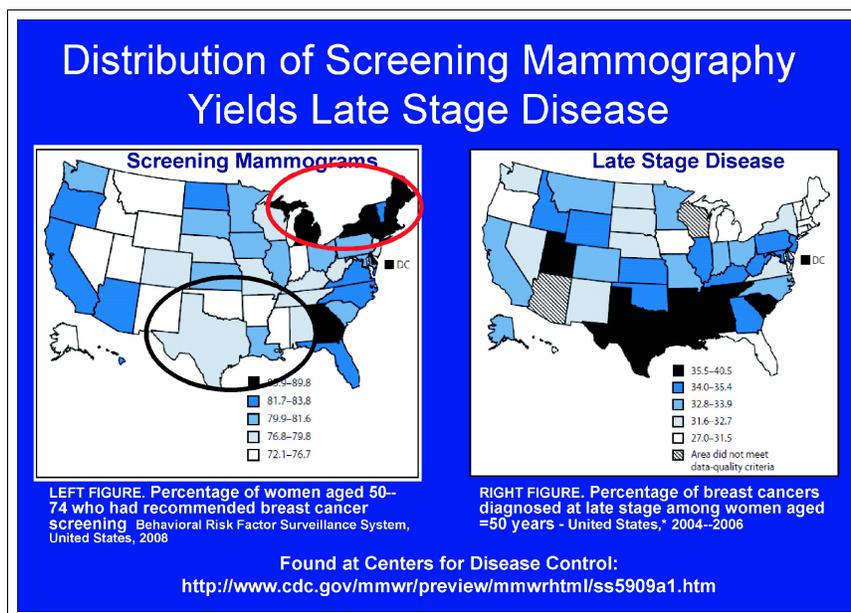
Preguntarán para qué necesitamos un programa de acreditación para demostrar que hemos progresado. El Instituto de Medicina afirmó

que para muchos norteamericanos con cáncer, aunque hay progreso en general, hay una amplia brecha entre lo que deberían recibir y lo que en realidad reciben como tratamiento; hay una brecha en la calidad de la atención. Entonces, recomendamos que midamos y hagamos monitoreo de la calidad de atención prestada.

Hay varios ejemplos de la mala distribución o no equidad del tratamiento. Soy del estado de Washington, en el extremo noroeste del país. Estoy en el estado que tuvo la mayor incidencia de cáncer de mama de Estados Unidos. También vemos la incidencia y mortalidad en el Cono Sur y en la Argentina, que es una de la más altas en Sudamérica.

Pero hay una variedad de no equidades, mala distribución de la asistencia. Puede haber estándares en Estados Unidos respecto a que una mujer debe hacerse mamografías, pero, ¿se las hacen todas? En la imagen de la izquierda del Cuadro 1 tenemos una versión en código de color de cada estado, con la frecuencia en que se hace la mamografía de *screening*. Oscuro es alto; es decir, son estados que utilizan la mamografía como *screening* con frecuencia. A la derecha vemos la presentación de enfermedad tardía con cambios positivos o más avanzada. Los colores oscuros representan un mayor número de enfermedad avanzada. O sea, el color claro de la derecha se relaciona con enfermedad precoz a la presentación. Los estados como Nueva Inglaterra, que hacen mamografías frecuentes,

* Fellow of the American College of Surgeons.



Cuadro 1

muchas veces captan más enfermedad precoz. Los estados del sur, como Texas, tienen baja incidencia de mamografías y alta incidencia de cánceres avanzados. Eso no quiere decir que la mamografía necesariamente funciona.

También tuvimos una mala distribución de mastectomías. Hay muchas áreas que ofrecen mastectomías con mayor frecuencia y otras con menos frecuencia, ¿por qué? Es la misma patología, no es distinta en California que en Montana.

El Cuadro 2 muestra el Estado de Texas. Se puede ver que hay áreas que muestran el nivel más alto y el más bajo de mastectomías, ¿por qué? ¿Por las pacientes, por los médicos? Ésta no es la atención óptima.

Aun dentro del mismo hospital, ni siquiera en condados vecinos, los cirujanos que tienen un alto volumen de pacientes en este centro, hacen el doble de biopsias con aguja antes de cirugía, que los que tratan menos volumen de pacientes. Eso implica obtener con más frecuencia márgenes negativos que los que tratan menos volúmenes de pacientes y pueden hacer más ci-

rugías con conservación de la mama, que aquellos centros con menos pacientes. Entonces, aun en el mismo hospital es desequilibrada la atención; no es homogénea.

¿Por qué necesitamos acreditación? Porque hay una clara disparidad entre lo ideal y lo real. Además, sabemos que los fondos para la asistencia médica están disminuyendo y el gobierno, los contribuyentes y el público, desean estar seguros de obtener buena atención por cada dólar que pagan. En este momento en Estados Unidos las prerrogativas en los hospitales son el único requisito para que un médico trate el cáncer de mama, simplemente hay que ser personal del hospital. ¿Es suficiente?, no.

El problema es que es difícil evaluar la atención de la mama, por lo menos en Estados Unidos y seguramente aquí también, porque principalmente es asistencia de pacientes externas, ambulatorias. Se ven múltiples especialistas, las historias clínicas son todas separadas, no se puede conseguir toda la información unificada y hay pocos datos de mortalidad aguda. Si las pacientes viven o mueren lo averiguamos varios

Distribution within the Same Hospital		
e.g. Excisional biopsy as first procedure (n=465)		
	No Preop Needle Bx	Percent of Breast Operations
• Academic Breast (n=21)	19%	10%
• Private Practice Breast (n=42)	55% (2.9x)	35% (3.5x)
• General Surgeons (n=22)	49% (2.6x)	37% (3.7x)
	$p < 0.0001$	$p < 0.0001$
Beth Israel Medical Center, NYC, Clarke-Pearson EM, et al. <i>J Am Coll Surg</i> 2009; 208:75-78		

Cuadro 3

cían procedimientos. Simplemente preguntándole a las pacientes o mirando las historias clínicas, para ver si les hicieron una biopsia por aguja antes del primer procedimiento. Había una diferencia importante entre los cirujanos académicos y aquellos que se les paga por servicio. También el porcentaje de biopsias era menor para los casos de centros académicos con salarios e incentivos, comparado con los profesionales a los que se les paga por cada servicio. Esto varía en todos lados y es algo contra lo cual hay que trabajar.

El NAPBC comenzó cuando se advirtió, en el año 2005, que había mucha presión por demostrar calidad. Deben ser los prestadores médicos los que definan la calidad, no las compañías de seguros ni el gobierno. El gobierno puede tener que apoyarlo, pero son los médicos, los prestadores de salud, los que deben decidir cuáles deben ser los criterios de calidad de la atención. En el año 2005 veinte organizaciones, todas independientes, pero trabajando en la atención de mama, fueron invitadas para establecer los criterios básicos de acreditación. Eventualmente tenemos 28 normas (3 normas críticas), incluyendo una auditoría en el sitio. Cualquiera le puede mandar un *e-mail* diciendo lo fantásticos que son. Uno nunca sabe lo fantásticos que

son hasta que los ve en acción; entonces, tenemos una auditoría en el sitio. La primera se hizo en el 2008.

El Cuadro 4 muestra la lista de las sociedades de cáncer de mama y otras sociedades afiliadas; de genetistas, de enfermería, de psicólogos, que son parte de la organización.

Entonces, tenemos una afirmación de nuestra misión. El NAPBC es un consorcio de organizaciones que está dedicado a mejorar la calidad de la atención y los resultados de las pacientes, como también la educación de pacientes y médicos.

Es importante decir que la acreditación es voluntaria, no es obligatoria; el gobierno no la exige. Se les da a los centros que voluntariamente se comprometen con estas normas y que cumplen con ellas. Pensamos que es una evaluación rigurosa que se hace de cómo funciona el centro, principalmente su *website*, donde ellos presentan los datos que son revisados. Luego se piensa si pueden pasar una auditoría. Enviamos entonces a un individuo a hacer una visita al sitio donde revisa todo; por ejemplo, los ateneos interdisciplinarios, las historias médicas, etc. Pero es esa persona la que tiene que interpretar y que toma la decisión sobre si este centro o institución satisface las guías o normas.

20+ Professional Organizations	
American Board of Surgery	Association for Cancer Executives
American Cancer Society	Association of Oncology Social Work
American College of Surgeons	College of American Pathologists
American College of Radiology Commission on Breast Screening	National Cancer Registrars Association
American College of Radiology Imaging Network	National Consortium of Breast Centers
American Institute of Radiologic Pathology	National Society of Genetic Counselors
American Society of Breast Disease	Oncology Nursing Society
American Society of Breast Surgeons	Society of Breast Imaging
American Society of Clinical Oncology	Society of Surgical Oncology
American Society of Plastic Surgeons	Breast Cancer Advocates
American Society for Radiation Oncology	Members-at-Large

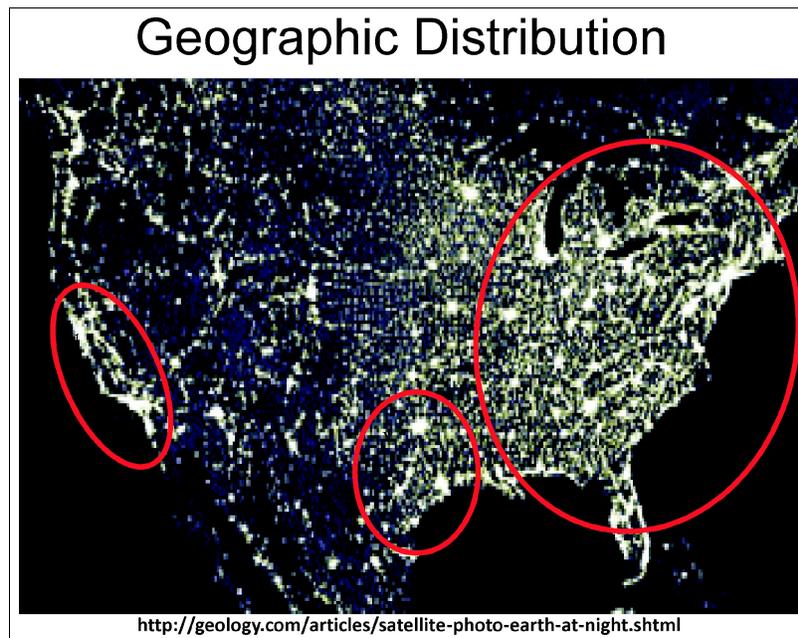
Cuadro 4

Comenzamos en el 2005 y hemos tenido algunas pruebas piloto, donde vimos que había que cambiar algunas cosas; un año después la dejamos. El programa se lanzó en el 2008 y gradualmente ha ido aumentando el número de participantes. Es una acreditación de 3 años; o sea, si se han certificado, a los 3 años hay que recertificarse y también se hace otra visita, por-

que muchos de los prestadores primarios se van, cambian, se mudan, cambian de ambiente de trabajo. Ahora tenemos 520 centros acreditados.

En el Cuadro 5 se ven encerradas en círculos dónde están ubicados, principalmente en las áreas más pobladas de Estados Unidos.

El tipo de centros que participan, en general están en hospitales, dentro del hospital o aso-



Cuadro 5

Breast Center Components and Standards	
17 Components of a Breast Center	
1) Radiology	10) Nursing
2) Pathology	11) Research
3) Surgical Oncology	12) Risk Assessment / Testing
4) Medical Oncology	13) Provider Education, Support, & Rehab
5) Radiation Oncology	14) Outreach, Patient Education
6) Reconstructive Surgery	15) Survivorship Program
7) Interdisciplinary Conference	16) Data Management
8) Needle Biopsy	17) Quality Improvement studies
9) Patient Navigation	

Cuadro 6

ciado al hospital, en el 87%. Algunos son individuales pero la mayoría están vinculados con el hospital.

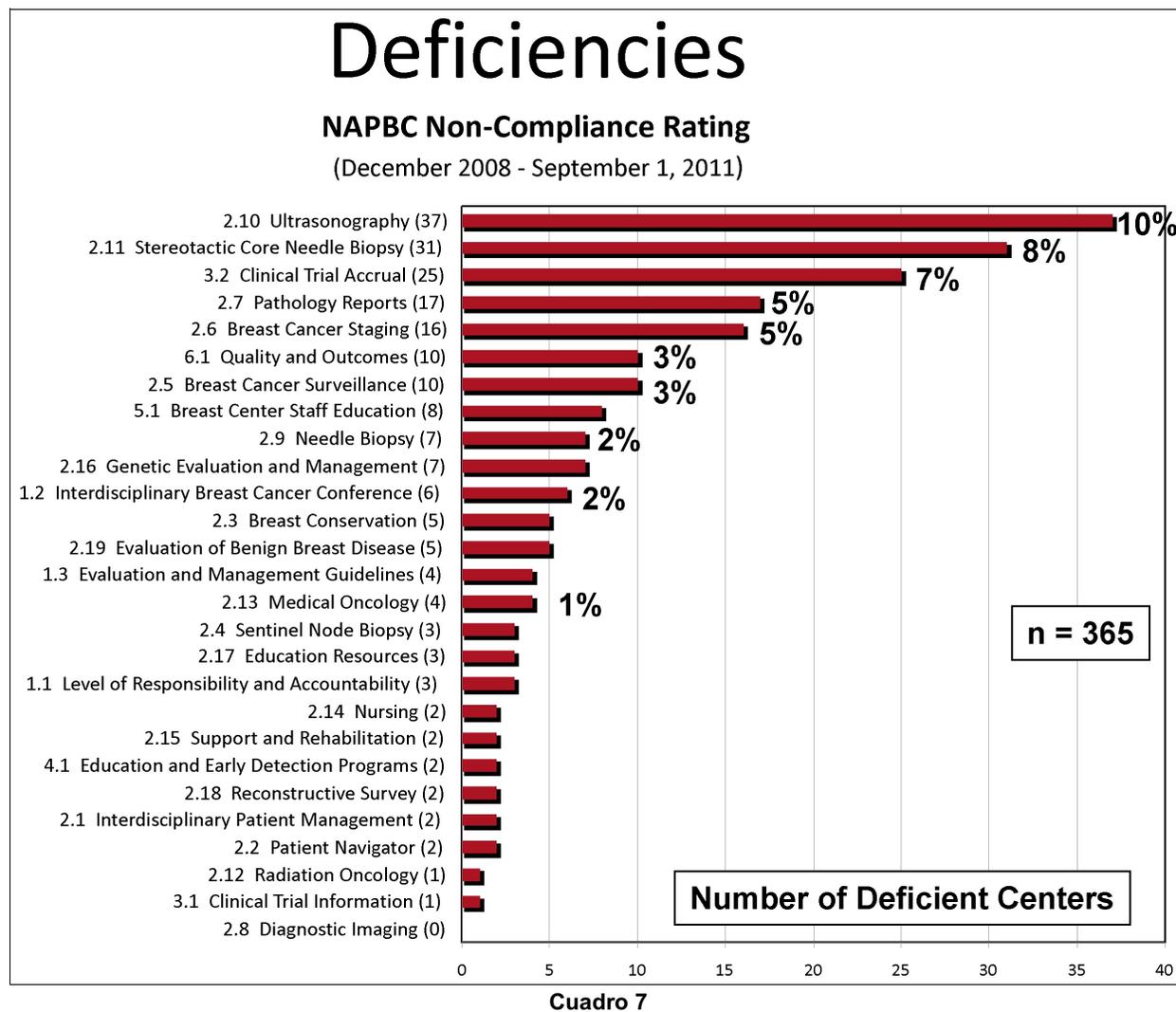
El Cuadro 6 muestra cuáles son los componentes del panel de expertos que decidió qué debe incluir el centro. Tenemos 28 normas en distintas secciones. Tuvimos un capítulo sobre liderazgo del centro; un capítulo importante de 19 normas del manejo clínico, que contempla todas las disciplinas, incluyendo enfermería, genética y otros profesionales aliados, educación, investigación. Tuvimos requerimientos de investigación y aun en los hospitales de comunidad, hay oportunidad para investigación. También extensión a la comunidad, educación de los profesionales. Un área que va a aumentar y va a mejorar con el tiempo, es la sección para mejoría de la calidad.

Algo que es importante decir, es que no hace falta tener toda la atención dentro de cuatro paredes. Puede ser un centro cooperativo, un grupo que trabaja en conjunto como centro de mama, aunque no sea en el mismo edificio. Por ejemplo, la mitad trabaja en distintos consultorios. Llamamos centro de mamas sin paredes, aunque los consultorios están separados colaboran y se reúnen en un ateneo para conseguir los datos. La idea es la atención coordinada

multidisciplinaria, este es el objetivo. Nosotros no podemos asistir a todos los ateneos, pero se trata de asistir a todos los que se puede.

El protocolo consiste en presentar una solicitud. Se hace una visita, el auditor revisa una serie de casos benignos y malignos, asiste al ateneo interdisciplinario. Habla individualmente con todos los especialistas. La mayoría de los centros han pasado por lo menos la mitad de las normas, antes que el auditor llegue allí, a través de Internet, simplemente mandando la información. El resto de las cosas y los detalles tienen que ser por supuesto observados directamente por el auditor.

Quiero mencionar que hay tres estándares críticos: tener liderazgo en el programa de mamas, tener un manejo de pacientes interdisciplinario y tener el ateneo de cáncer de mama interdisciplinario. Es importante al desarrollar sus propios criterios, que una de las cosas que encontramos es que es más fácil identificar un requerimiento estructural que uno de proceso. Los requerimientos estructurales son que hay que tenerlos disponible. En cambio, los requerimientos del proceso significan no solamente que está disponible, sino que además funciona. Por ejemplo, hay que tener oncología médica disponible. También tenemos los criterios de



NQF que tanto para las pacientes con RE positivos y negativos deben ser tratadas, pero no especificamos en qué medida. Simplemente preguntamos: ¿cumple con eso? y ¿en qué medida cumplen? Pero no decimos que si están por debajo de cierta cifra no pasan. Simplemente queremos que midan cuánto lo usan. Diría que si están comenzando, primero hay que tener más requerimientos estructurales y después de proceso.

El Cuadro 7 muestra las deficiencias que encontramos en 365 centros de mama; éstos son

estándares. Las primeras dos fallas eran acreditación de ecografía y de biopsia con aguja fina estereotáctica por radiólogos, que tienen que estar acreditados para mamografía, pero no requieren acreditación especial para ecografías. Entonces tuvimos dificultad en convencer a los radiólogos que también tienen que estar acreditados para ecografías y para hacer biopsia por aguja fina. En general, eventualmente lo están haciendo. También el otro área era la investigación. La mayoría cumplía con todo. La razón por la cual cumplían era que tenían muchos me-

Standard	Review
1.1 Level of Responsibility and Accountability	SAME
1.2 Interdisciplinary Breast Cancer Conference	SAME
2.1 Interdisciplinary Patient Management	SAME
2.3 Breast Conservation	SAME
2.4 Sentinel Node Biopsy	SAME
2.6 Breast Cancer Staging	SAME
2.7 Pathology Reports	SAME
2.9 Needle Biopsy	SAME
2.19 Evaluation and Management of Benign Breast Disease	SAME
6.2 Quality Improvement	SAME
1.3 Evaluation and Management Guidelines	SIMILAR
2.2 Patient Navigation	SIMILAR
2.5 Breast Cancer Surveillance	SIMILAR
2.15 Support and Rehabilitation	SIMILAR
3.1 Clinical Trial Information	SIMILAR
3.2 Clinical Trial Accrual	SIMILAR
4.1 Education, Prevention, and Early Detection Programs	SIMILAR
5.1 Breast Center Staff Education	SIMILAR
6.1 Quality and Outcomes	SIMILAR
2.17 Educational Resources	SIMILAR
2.8 Diagnostic Imaging	TRAINING, EXPERIENCE, SUPPORT LETTERS
2.10 Ultrasonography	TRAINING, EXPERIENCE, SUPPORT LETTERS
2.11 Stereotactic Core Needle Biopsy	TRAINING, EXPERIENCE, SUPPORT LETTERS
2.12 Radiation Oncology	TRAINING, EXPERIENCE, SUPPORT LETTERS
2.13 Medical Oncology	TRAINING, EXPERIENCE, SUPPORT LETTERS
2.14 Nursing	TRAINING, EXPERIENCE, SUPPORT LETTERS
2.16 Genetic Evaluation and Management	TRAINING, EXPERIENCE, SUPPORT LETTERS
2.18 Reconstructive Surgery	TRAINING, EXPERIENCE, SUPPORT LETTERS

Cuadro 8

ses para prepararse de antemano, porque solicitaban mucho tiempo antes de recibir la visita del auditor. No llamaban al auditor hasta pensar que estaban listos. Entonces, en el día cero que solicitan el auditor, no necesariamente están cumpliendo con todo, pero sí para el momento que llega el auditor.

Creo que las medidas de mejoría de calidad es una de las áreas más importantes a desarrollar y a abarcar. Son muy difíciles de crear, uno pensaría que son fáciles, pero no tanto, la medida debe ser importante y tiene que haber variabilidad de la atención. ¿A cuántas pacientes que van a cirugía de cáncer de mama no se les ha hecho la mamografía? Debería ser cero; a la mayoría se le ha hecho la mamografía antes de ir a cirugía. Ésa no sería una buena medida de calidad. Pero hay otras áreas, donde tiene que haber variabilidad y tiene que ser fácil de obte-

ner. Es una buena medida, pero es difícil de obtener la información. Por ejemplo, los cirujanos plásticos quieren que a todas las pacientes sometidas a mastectomía se les haga una consulta de cirugía plástica; o sea, derivarlas al cirujano plástico. ¿De dónde obtienen esa información? Hay que ir a buscar la historia clínica, ver si fue derivada; es difícil esa información. Aunque sea buena idea no es una buena medida, porque no es práctica.

En las medidas de mejoría de calidad nacionales, alentamos la biopsia por aguja fina, la discusión en ateneos, la radiación posmastectomía para pacientes con más de 4 ganglios positivos; quizás después de hoy sean menos de 4 ganglios, y el uso de trastuzumab para ciertas pacientes.

Entre algunas de las medidas de calidad que estamos considerando está la tasa de márgenes

positivos. Es difícil decir la tasa de reescisiones, es una falla necesariamente del procedimiento, porque si dicen eso, a más pacientes le van a hacer mastectomía más amplia. No queremos impulsar necesariamente que los cirujanos amplíen la cirugía y que después haya alguna mastectomía innecesaria. Se puede mencionar la quimioterapia combinada, etc. Las medidas de calidad son difíciles de determinar.

En resumen, hemos aprendido algunas lecciones. Aprendimos que sólo tenemos un nivel de acreditación, porque una paciente tiene cáncer de mama y debe esperar recibir el mismo tipo de atención no importa donde esté, un hospital grande, pequeño, universitario o de comunidad, un solo nivel universal. Tratamos de identificar medidas de calidad universales para que se puedan cumplir tanto en centros grandes como pequeños. Recalcamos la importancia del ateneo interdisciplinario. Liderazgos designados, ya lo mencionamos antes. Es importante monitorear lo que se hace. No monitorear es no poder mejorar y siempre que haya una duda de si hay que hacerlo de una manera u otra, hay que concentrarse en lo que es mejor para las pacientes y no necesariamente para los médicos.

El último comentario es el interés internacional. Hemos recibido mucho interés internacional al esfuerzo de NAPBC y hemos desarrollado un comité internacional. Actualmente estamos revisando las normas para que sean universales,

más aplicables a otros países fuera de Estados Unidos.

Algunas normas pueden usarse tal como están; otras requieren revisión. En el Cuadro 8 se pueden ver los estándares. El tercio superior están escritas de manera tal que puede ser utilizado mañana mismo. Las del tercio medio son similares pero requieren algo de adaptación para poder utilizarlas universalmente. El último tercio se refiere a la competencia de las calificaciones individuales. Quizás usemos certificación o acreditación para ecografía, como sustituto de calidad en la ecografía, o quizás haya que utilizar cartas de soporte y entrenamiento de la institución que estamos auspiciando, aplicable en otros países también. Estamos trabajando en un programa internacional.

Estamos muy contentos de estar trabajando con la Sociedad Europea, la Sociedad Internacional de Senología y también EUSOMA, para desarrollar una colaboración global a nivel internacional. Un marco de cómo debería ser la acreditación de centros de mama. Éste es un trabajo que está encaminado y estamos muy contentos de ser parte de este esfuerzo.

El último comentario, es que vamos a tener una reunión en noviembre, para llevar el programa de mama a la excelencia y creo que va a tener mucho interés.

Quiero agradecer la invitación y la oportunidad de compartir la información.