



Especialización en Administración Hospitalaria

TRABAJO FINAL DE INTEGRACIÓN

Proyecto de Detección Precoz del Cáncer de Mama en el área programática del H.Z.G.A Dr. Arturo Oñativia

Rafael Calzada, Partido de Almirante Brown, Provincia de Buenos Aires

Alumno: Domingo D'Andrea

Promoción: 2010

Buenos Aires, noviembre 2011

Índice de contenidos

| | |
|--|----|
| 1 - Resumen Ejecutivo..... | 3 |
| 2 - Introducción..... | 5 |
| 3 - Problema..... | 12 |
| 4 – Objetivos..... | 17 |
| 5 - Análisis de situación y diagnóstico estratégico..... | 19 |
| 6 -Plan de Actividades..... | 20 |
| 7 - Mecanismo de evaluación..... | 24 |
| 8 - Dirección del Proyecto..... | 24 |
| 9 - Conclusiones..... | 25 |
| 10 -Bibliografía..... | 26 |
| 11. Anexos..... | 28 |

1 - Resumen Ejecutivo

El presente proyecto tiene como objetivo disminuir el alto porcentaje de estadíos avanzados de cáncer de mama en la Sección de Patología Mamaria del Hospital Dr. Arturo Oñativia derivados de su área programática. Ya que existe una alta incidencia de los estadíos avanzados de cáncer de mama, 52,23% (estadíos IIb, III, IV) que fueron derivados de los Centros de Atención Primaria de Salud del área programática del Hospital dentro del período comprendido entre los años 2006 y 2010: donde consultaron 17.308 mujeres en la Sección de Patología Mamaria detectándose 134 casos (7,74 %) de cáncer de mama.

Tal objetivo se espera lograr a través de la mejora en la continuidad del proceso de atención en el área programática del Hospital, particularmente en el cuidado de la salud de las mujeres que tienen patología mamaria, aumentando las competencias de los profesionales (conocimientos, habilidades y actitudes) para la realización del proceso de atención de la salud e incrementando las horas de trabajo para la realización de mamografías.

La población objetivo del proyecto son el equipo de salud de los CAPS, siendo la población final todas las mujeres mayores de 40 años sin cobertura social que habitan en el partido del área programática del Hospital Dr. ARTURO OÑATIVIA los que les permitiría acceder a una red y no a servicios aislados bajo una estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) donde puedan ejercerse acciones de promoción y prevención.

El responsable del proyecto es la Sección de Patología Mamaria del hospital de referencia.

El financiamiento podrá efectivizarse a través del Plan Nacer. Dentro del presupuesto se deben incluir horas cátedras de capacitación del equipo de salud, aumento de horas para que trabaje el mamógrafo en un horario más extendido, campañas de promoción y prevención sobre el cáncer de mama.

Es un proyecto de índole social, cuyo impacto esperado es disminuir el porcentaje de consultas de mujeres con estadíos avanzados de cáncer de mama. La propuesta jerarquiza las acciones de educación, promoción y prevención en la detección precoz del cáncer de mama fundamentándonos en criterios epidemiológicos y cobertura sanitaria. Para ello se propone incluir en los protocolos del Primer Nivel de Atención de APS: la capacitación en el autoexamen de mama y el estudio mamográfico como prestación básica. Esta actividad sumada a una adecuada campaña de educación pública llevaría a diagnosticar estadíos precoces de la enfermedad en una considerable

proporción de pacientes, logrando una mejoría del pronóstico y de la sobrevida global del 90% a los 20 años en pacientes en quienes se diagnosticó y trató correctamente tumores de menos de 1cm. sin compromiso de los ganglios axilares Según datos del Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de Salud de la Nación)

Con el presente proyecto se pretende alcanzar los resultados presentes en la bibliografía como la de los Htales. Juan A. Fernández de la C.A.Buenos Aires y el Británico de la C.A. Buenos Aires . Ambos centros de referencia en Patología Mamaria

| Hospital | Estadíos Iniciales | Estadíos avanzados |
|-----------------|--------------------|--------------------|
| Fernández, CABA | 65,4% | 34,6% |
| Británico,CABA | 75,6% | 24,4% |
| Oñativia | 47,77% | 52,23% |

(Rev.Soc. Argentina Mastología(2009)

Palabras claves: cáncer de mama, autoexamen mamario, prevención secundaria, mamografía.

2 - Introducción

a) Organización que presenta el proyecto

Sección Patología Mamaria Servicio de Ginecología, del Hospital Zonal General de Agudos Dr. Arturo Oñativia.

Representante legal: Dr. Domingo D'Andrea. Director Asociado. Especialista Jerarquizado en Ginecología. Acreditado en Mastología por el Colegio Médico de la Prov. Buenos Aires. Distrito II. Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Mastología
El Hospital comenzó a funcionar el **11 de Abril de 1996**.

La estructura Organizacional del Hospital es la siguiente:

Organigrama jerárquico:

Dirección Ejecutiva: Dr. Francisco Grosso

Dirección Asociada Asistencial: Dr. Domingo D'Andrea: Jefatura de Servicios: Emergencias y Consultorios Externos, Cirugía y Especialidades quirúrgicas, Clínica Médica, Tocoginecología, Ortopedia y Traumatología, Pediatría, Neonatología, UTI Adultos, Oncología, Neurología, Dermatología, Fonoaudiología, Salud Mental, Odontología, Unidad de turnos, estadística y archivo. Área de RRHH. Oficina de legales..Unidad de Kinesiología y rehabilitación, Comités asesores de la Dirección: Control de Infecciones, de Historias Clínicas, de Tumores, de Bioética y Derechos Humanos, Docencia e Investigación.

Dirección Asociada de Servicios Centrales: Dr. Pedro Giménez: Servicio de Imágenes, Servicio de Laboratorio, Anatomía Patológica, departamento de Enfermería, Servicio Social, Servicios Generales(ambulancias, camilleros, conmutador, intendencia, mantenimiento)

Administrador: CPN. Arturo De Marco: oficina contable, tesorería y samo, compras, Personal administrativo

Nuestra Misión

La misión del Hospital Dr. Arturo Oñarivia es preservar y mejorar la salud de todas las personas que atendemos a través de nuestros servicios pertenecientes fundamentalmente a la comunidad del Pdo. Almirante Brown y aledaños; con una atención preventiva e integral de salud a la población del área de influencia, en forma ambulatoria, de emergencia y de hospitalizados y con acciones preventivas, de diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación, capacitación e investigación.

Nuestra Visión

Continuar y aumentar el reconocimiento por parte de la comunidad como un Hospital de prestigio, promoviendo el desarrollo global y permanente, y utilizando como pilares el trabajo en equipo, la formación de los recursos humanos, y la mejora continua de la calidad de atención. Queremos ser reconocidos como un Hospital que entregue una atención sanitaria humanizada de máxima calidad, oportuna, profesionalizada y coordinada con el resto de la Red de Salud. Apoyar la investigación y lograr un avance tecnológico y científico que nos catapulte a lograr ser un Hospital Interzonal.

Nuestros valores

Los valores del Hospital consisten en la *confianza, el respeto, la dignidad, la solidaridad y accesibilidad*; que reflejan nuestra responsabilidad para lograr un nivel de excelencia en el cuidado de la salud para nuestra comunidad.

Hechos salientes

- Integrante de Maternidad Segura y Centrada en la Familia Plan Unicef (2009)
- Contamos con un Servicio de atención de embarazos de alto riesgo(2005)
- Edificación de la Casa de Madres de Neonatos(2011)
- Estamos finalizando una unidad pediátrica de 1200mts.2 Comenzó la construcción en 2009 y tiene fecha probable de finalización ene/2012.
- Integrante de una de las 4 neonatologías de Zona Sanitaria VI para derivación de prematuros extremos (<de 1500grs.) t(2010)
- Hospital de referencia en el Plan Nacional de Cardiopatías Congénitas.(2010)

b) Justificación

La selección del cáncer de mama como uno de los 20 primeros problemas de salud cuya atención puede mejorarse, desde la óptica de la estructuración por procesos asistenciales integrados, está plenamente justificada, ya que su adecuada atención precisa de una secuencia ordenada de actividades que implican una oferta amplia y diversa de servicios y recorren el espectro completo de nuestro Sistema Sanitario Público.

Esfuerzos coordinados en la detección precoz, mediante la realización de estudios mamográficos periódicos, van a permitir disminuir la mortalidad por esta causa y deben ser ofertados a un

número creciente de mujeres en toda nuestra área programática, con la garantía de una rápida respuesta en caso de detectarse alguna lesión sospechosa.

Un cáncer de mama exige un abordaje multidisciplinario, tanto en las actividades de detección precoz como en el diagnóstico y tratamiento, al estar implicados una gran variedad de profesionales del ámbito de Atención Primaria y de Atención Especializada siendo, además, imprescindible una perfecta coordinación que garantice la continuidad asistencial.

Este programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama pretende sobre todo ordenar y asignar las actividades, aún optimizando el uso de los recursos actuales no se logra una completa detección precoz, por lo que es necesario aumentar los recursos asignados para esta patología, establecer mecanismos de coordinación e integrar las actividades de forma que no exista variabilidad para el diagnóstico y el tratamiento en función de la forma en que acceda la mujer a ellos, diseñando un circuito que permita obtener los mejores resultados.

Debido a que en los últimos años hubo un incremento en el diagnóstico en los estadios iniciales por la utilización de la mamografía, el examen médico mamario regular y la difusión en la población general de instrucciones acerca del auto-examen mamario (Soc. Arg. Mastología; National Cancer Institute; Winchester et.al.) se propone implementar estas medidas en nuestra población de Alte. Brown para intentar disminuir las consultas de los cánceres de mama en estadios avanzados, detectando estadios iniciales en el área programática del Htal Arturo Oñativia.

Si bien el autoexamen mamario, como única técnica de detección, no ha demostrado disminuir la mortalidad, (National Cancer Institute; Soc. Arg. Mast.; OMS.) tiene su lugar en poblaciones con difícil acceso a centros de salud con equipamiento tecnológico, donde actuaría a modo de tamizaje inicial. Una adecuada campaña de educación pública llevaría a concientizar a la población en realizar auto-examen y consulta precoz.

Ante la falta de métodos de prevención primaria en cáncer de mama, recae sobre la **prevención secundaria o detección precoz** la responsabilidad de disminuir la mortalidad mediante la detección de los estadios iniciales de la enfermedad. en esto pueden conseguirse resultados muy alentadores como por ejemplo: una supervivencia del 90% a los 20 años en pacientes en quienes se diagnosticó y trató correctamente tumores de menos de 1cm. sin compromiso de los ganglios axilares.(Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de Salud de la Nación)

c) Marco Conceptual

El cáncer de mama es un importante problema de salud pública. En la Argentina, cada año, mueren aproximadamente 5.400 mujeres (MSAL 2009) y se estima que se producirán 18.000 nuevos casos por año, lo cual representa el 17,8% del total de incidencia de cáncer en el país.

Argentina, luego de Uruguay, es el país de América con la tasa de mortalidad más alta por cáncer de mama (con 20,1 y 24,3 defunciones cada 100.000 mujeres respectivamente). Mientras que Ecuador y México tienen las tasas más bajas (con 10 y 10,5 defunciones cada 100.000 mujeres respectivamente). En el país se presenta una gran diferencia en la tasa de mortalidad entre diferentes provincias. Jujuy y Santiago del Estero están entre las que tienen un índice más bajo (14 y 14,2 respectivamente), mientras que Tierra del Fuego y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires son los lugares en donde se da una mayor mortalidad (26,5 y 28 respectivamente). Las tasas de mortalidad por cáncer de mama más elevadas se dan entre los 50 (41,6 cada 100.000 mujeres) y los 80 años o más (215,8 cada 100.000 mujeres) (Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de Salud de la Nación).

Los datos de mortalidad en nuestro país se obtienen, exclusivamente, a partir del análisis de los certificados de defunción realizados por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS).

En relación a la mortalidad en general, los tumores malignos ocupan la segunda causa de muerte, en mujeres. Asimismo, la tasa de mortalidad por cáncer de mama es similar a la de enfermedades altamente prevalentes como diabetes o causas externas (MSAL 2009). Al analizar la distribución de los sitios tumorales más frecuentes en mujeres, observamos que el cáncer de mama ocupa el primer lugar, lo que representa el 20,3% de las muertes por tumores malignos.

Distribución de defunciones por tumores malignos en mujeres.

Argentina, 2007

| | |
|--------------------------|--------------|
| Cáncer de mama | 20,3% |
| Cáncer colorectal | 11,2% |
| Cáncer de pulmón | 8,6% |
| Cáncer de cuello uterino | 7,3% |
| Cáncer de cuerpo uterino | 2,0% |
| Cáncer de páncreas | 7,2% |
| Cáncer de estómago | 3,8% |
| Cánceres mal definidos | 7,2% |
| Resto | 32,4% |

Fuente: Ministerio de Salud 2009 y datos proporcionados por el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino.

El cáncer de mama es una enfermedad prevalente, tanto en países desarrollados, como en aquellos en vías de desarrollo. De hecho, el 55% de las muertes por esta causa, en el mundo, ocurre en los países más pobres (Eniu et al. 2008). El mal pronóstico de las mujeres que reciben este diagnóstico en países periféricos depende de múltiples factores (Andersson et al. 2008). En primer lugar el volumen de la enfermedad al momento de la detección es una variable de

pronóstico clave en cáncer de mama. En los Estados Unidos el 55% de las mujeres se presentan con estadios 0 y I, un 35% con estadios II, un 6% con estadios III y menos del 5% con estadios IV (Hortobágyi et al. 2005). En India, el 74% de los tumores de mama diagnosticados son localmente avanzados o metastásicos (Jemal et al. 2006). En la Argentina, Juárez reporta que, en cuatro hospitales públicos de la provincia de Córdoba, durante el período 1998-2003, la frecuencia de estadios 0-I, II y III es de 27%, 32% y 28%, respectivamente (Juárez et al. 2009). Las chances de curación de las mujeres con cáncer de mama en estadios 0 y I superan el 90%, para estadio II rondan el 75%, mientras que para el estadio III se reducen a un 30% (Hayat et al. 2007). Las pacientes con tumores metastásicos tienen una supervivencia mediana de 24 meses con amplias variaciones, según la biología de la enfermedad. Por lo tanto, la variable “estadio al diagnóstico” es crítica a la hora de establecer un programa que tenga como objetivo reducir la mortalidad por esta enfermedad. Otro factor que limita las posibilidades de sobrevivencia de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, tanto en el tercer mundo como en las regiones más desprotegidas de los países desarrollados, es la falta de articulación entre el proceso de detección, el diagnóstico y el circuito terapéutico (Yip et al. 2008). Los esfuerzos deben focalizarse, no sólo en la implementación de estrategias de detección precoz, sino también en asegurar que las mujeres con hallazgos sospechosos accedan a un estudio diagnóstico (disponibilidad de equipos para realizar biopsias, técnicos y patólogos para concretar la evaluación) y, en el caso de confirmarse el cáncer, a un tratamiento oportuno y efectivo (cirugía, eventualmente radioterapia y tratamiento sistémico). Esto implica **la continuidad de la atención de la salud como uno de los aspectos críticos de la calidad.**

En este sentido, **las pacientes del municipio de Alte Brown, en riesgo de desarrollar cáncer de mama, tienen necesidad de acceder a las prestaciones asociadas al diagnóstico precoz, así como el derecho a hacerlo.**

Para convertir la **necesidad en salud** en un concepto más cercano al accionar de los servicios de salud es preferible definirla de un modo proactivo, entendiéndola como la **capacidad de beneficiarse** con un bien o servicio existente (consulta y/o práctica de prevención, atención o rehabilitación), que se halla disponible para el conjunto de la población y que precisamente figura como misión de los servicios de salud que gestionamos.

Dicho de otro modo, **toda vez que un paciente puede beneficiar su estado de salud con una prestación existente (en este caso consulta y/o práctica de prevención y atención), tiene necesidad de dicha prestación. Además, dado que la salud es un derecho, toda vez que exista un paciente con una necesidad de salud (capacidad de beneficiarse con un bien o**

servicio existente: consultas y/o prácticas), existe el derecho de ese paciente a recibir dichas consultas y/o prácticas. Nuestra responsabilidad de gestores es que dicho ejercicio del derecho a la salud pueda ejercerse.

La salud es, además de una demanda individual, una demanda social, en tanto es uno de los bienes meritorios (bienes a los cuales debieran acceder todas las personas por cuanto su consumo es de interés del conjunto social y por ende del Estado). Demanda social es la demanda por bienes meritorios, independientemente de las valoraciones individuales. La salud y la educación (como otras prestaciones de la seguridad social) son bienes meritorios, por lo que su demanda, en ambos casos, es social.

En lo referente al control mamario se nos presenta los 2 tipos de demandas:

Demanda oculta (como ser barreras de acceso geográficas, económicas, educativas, culturales y de comunicación.) y

Demanda insatisfecha (barreras de acceso institucionales, como ser falta de turnos suficientes para estudios mamográficos)

Es en los sistemas locales de salud (centro de atención primaria salud) donde debiéramos actuar ya que presentan una atención descentralizada, una participación comunitaria y la conformación de redes de servicios para tratar de trabajar en dos de las tareas esenciales de los servicios de salud según Henry E. Sigerist que son: la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades y dejar las otras dos para el 2° nivel de atención: el restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación.

Aquí es el Estado el garante de hacer cumplir dos de las **funciones esenciales de la salud pública (fesp)** como ser:

- Evaluar y promover el acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
- Garantizar la mejora de la calidad de los servicios de salud; individuales y colectivos

En nuestro modelo de atención confluyen los dos sistemas: el hospital con su área programática de nueve centros de atención Primaria de salud(caps) y es aquí donde procuramos actuar para poder cumplir con uno de los objetivos de APS que es **mejorar la accesibilidad a los servicios de salud (reducir las inequidades), acercando adonde las personas viven elementos sustantivos del proceso continuo del cuidado de la salud, tanto de promoción y prevención como de atención y rehabilitación, procurando la resolución de los problemas de salud en el nivel más apropiado, e intentando prevenir la hospitalización.**

Debemos mencionar al **sistema de redes de atención** como engranaje fundamental de la continuidad de la calidad de atención en las mujeres que ingresan por primera vez al sistema de

salud por una afección mamaria, debiendo tener una verdadera **integración operativa, con sinergias en la complementación de los recursos asistenciales de los tres niveles de atención, configurando ante los ojos del usuario, un sólo sistema coordinado.** El Estado busca con la integración de los servicios de salud en red:

a) Asegurar una mayor complejidad asistencial

b) Cubrir el aumento de la cantidad y calidad de la demanda por que la población

Debemos alinear a la red de servicios de salud detrás de un mismo objetivo que será la detección temprana del cáncer de mama.

3 - Problema

Definición del problema

Alta incidencia de los estadios avanzados de cáncer de mama, **52,23% (estadios IIb, III, IV)** que fueron derivados de los Centros de Atención Primaria de Salud del área programática del Hospital Dr. Arturo Oñativia entre los años 2006 al 2010.

a) Descripción del problema

El cáncer de mama es la primera causa de muerte por tumores en mujeres. Se producen 5400 muertes por año por cáncer de mama. La tasa de mortalidad por cáncer de mama en el país es de 20,1 cada 100.000 mujeres. Se estima que se producirán 18.000 nuevos casos por año, lo cual representa el 17,8% del total de incidencia de cáncer en el país. Las tasas de mortalidad por cáncer de mama más elevadas se dan entre los 50 (41,6 cada 100.000 mujeres) y los 80 años o más (215,8 cada 100.000 mujeres). El cáncer de mama es el cáncer de mayor incidencia en mujeres, con una tasa de 74 casos por cada 100.000 mujeres. Más del 75% de las mujeres con cáncer de mama no tienen ningún antecedente familiar de dicha enfermedad. Para el cáncer de mama la detección temprana es fundamental, ya que los tumores de menos de 1 centímetro tienen hasta el 90% de probabilidades de curación

Sabemos de las dificultades para abordar una solución integral y simultánea para los problemas de cobertura, eficiencia y equidad que presenta el sistema de salud en el país, es por ello proponemos revertir la inequidad, brindando acceso al mencionado sistema.

La población de Almirante Brown tiene importantes desigualdades de acceso y utilización de los servicios.

- Población sin cobertura médico-asistencial, 53,7%
- Necesidades básicas insatisfechas (NBI) alcanza el 16,3%
- El 72% de la población del área de influencia del hospital no tienen acceso a la red cloacal ni agua corriente.

| | Bajo la línea de pobreza | | Bajo la línea de indigencia | |
|-----------------|--------------------------|----------|-----------------------------|----------|
| | Hogares | Personas | Hogares | Personas |
| | en % | | en % | |
| Almirante Brown | 7,6 | 11,2 | 2,5 | 2,5 |

- Índice de desarrollo Humano: 0,835. El de Argentina :el índice es 0,869

Según Indec Encuesta nacional de Hogares 2001

Existe gran diversidad en las variables que inciden en este problema, pero sin duda el nivel de ingresos puede ser uno de los principales factores de asimetrías, sumándose también la ubicación geográfica del paciente y su nivel socio cultural.

La población femenina de Almirante Brown en el año 2010 fue de 282,655; siendo 99,899 (35,34 %) mayores de 40 años. Si tomamos en cuenta que en las mujeres mayores de 40 años ocurren el 92,55% de los casos de cáncer de mama de acuerdo a nuestra estadísticas (anexo I) y tomando en cuenta que en Capital Federal y Gran Buenos Aires aparecen 74 casos nuevos de cáncer de mama cada 100.000 mujeres, en el partido de Almirante Brown corresponderían 208 nuevos casos cada año. Considerando que la mitad de la población del partido no tiene cobertura social, debieran atenderse en la red de salud pública 141.300, y si dividimos al municipio entre los 2 Hospitales que atienden el 2° nivel, al área de referencia de nuestro establecimiento le corresponderían atender **70.000 mujeres, siendo la población mayor de 40 años 24,738 mujeres**. De acuerdo a los casos que aparecen por cada año, deberíamos detectar 18,3 casos nuevos.

En el período comprendido entre los años 2006 y 2010 se atendieron **17. 308** mujeres en la Sección de Patología Mamaria por problemas mamarios. Se detectaron **134 casos (7,74 %)** de cáncer de mama., siendo el 52,23% de estadíos avanzados.

b) Causas del problema

- Déficit en el proceso de continuidad de la atención de las mujeres que tienen patología mamaria en el área programática del Hospital Dr. Arturo Oñativia.
- Déficit en las competencias de los profesionales (conocimientos, habilidades y actitudes), sea del nivel operativo como del nivel decisor, para desarrollar un proceso integrado e integral de atención de la salud de la mujer con patología mamaria.
- Déficit de horas/técnico para la realización de mamografías en relación a la demanda del área programática del hospital.

Análisis de las causas

La falta de accesibilidad a los turnos para consulta ambulatoria, tanto en el primer nivel de atención como para con los especialistas del segundo nivel, así como la falta de articulación entre ambos, constituye el rasgo principal del déficit en la continuidad de la atención en el área programática del

Hospital Dr. Arturo Oñativia en el cuidado de la salud en las mujeres que tienen patología mamaria. A pesar de que existe un responsable de la región sanitaria, que oficia a modo de gestor de la red, dicha gestión no existe. No existen datos, y por ende información y estadísticas acerca de la demanda insatisfecha de mujeres con patología mamaria. Mucho menos existe conocimiento de la necesidad de salud de dicha población.

Déficit en las competencias de los profesionales (conocimientos, habilidades y actitudes), sea del nivel operativo como del nivel decisor, para desarrollar un proceso integrado e integral de atención de la salud de la mujer con patología mamaria. No existe definición de un protocolo de atención de mujeres con patología mamaria. Tampoco existe un procedimiento formalizado y consensuado para la atención de la mujer con patología mamaria. Menos aún un procedimiento de referencia y contra referencia entre niveles.

La demora en la realización de una mamografía por la falta de turnos ya sea por la falta de mamógrafos o de horas/técnico para su realización, es otra de las causas del problema. En la Argentina, la densidad de mamógrafos varía en las diferentes jurisdicciones entre 0,42 y 13,6 cada 10.000 mujeres de la población objetivo. Si se considera una utilización del equipamiento de ocho horas diarias, cinco días por semana, a razón de tres mamografías por hora, se calcula que una densidad de 1 equipo por 5.000 mujeres permite cubrir a más de 70 por ciento de la población en un esquema de tamizaje anual.

Si bien la cantidad de mamógrafos disponibles es fundamental, otro elemento a tener en cuenta es la cantidad de horas de funcionamiento. En las distintas jurisdicciones, la mayoría de los equipos están subutilizados en términos de su capacidad operativa, dado que funcionan durante pocas horas diarias y, en algunos casos, tienen limitaciones por la disponibilidad de insumos y problemas de mantenimiento.

Con el fin de asegurar el mantenimiento de la competencia profesional, la Unión Europea sugiere que los técnicos afectados al tamizaje mamográfico realicen no menos de 22 estudios por semana. Asimismo, las recomendaciones para los médicos que informan los estudios aconsejan un mínimo de 5.000 estudios por año para mamografías de tamizaje y no menos de 1000 al año para mamografías diagnósticas.(Perry et al.2008; Calidad Mamográfica; Instituto Nacional del Cáncer; Ministerio de Salud de la Nación).

La información disponible acerca de los recursos humanos para la toma de la mamografía, en las distintas jurisdicciones, revela que la mayoría de los técnicos y médicos radiólogos poseen baja carga horaria y el número de personas afectadas a cada equipo suele ser insuficiente. Esto indica una sub-utilización de los equipos. (Calidad Mamográfica; Instituto Nacional del Cáncer; Ministerio de Salud de la Nación)En el área programática del hospital de casi 300. 000 habitantes existe un solo mamógrafo de índole público y que trabaja por día únicamente 4 hs realizando 3

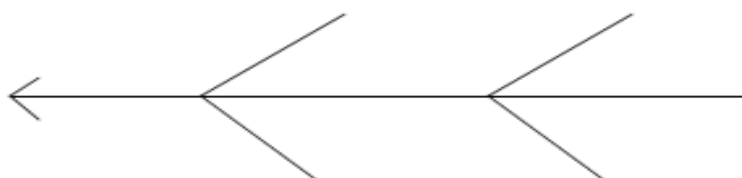
mamografías x hora ósea 12 al día , 60 a la semana 240 al mes y **2880 al año (considerando las mejores condiciones, nuestro mamógrafo el último año realizó tan sólo 1300 estudios,)** y si a esto hay que descontarle los días de licencias de los técnicos , el mantenimiento del aparato que queda sin trabajar, días de paro y feriados anuales para una población de 70.000 mujeres, siendo la mayor de 40 años **24,738 mujeres**. : tomando estas cifras tenemos un déficit de estructura de 8,60 veces el N° de mamografías.

Matriz de Ishikawa

Déficit en el proceso de la continuidad de la atención de las mujeres que tienen patología mamaria en el área programática del Hospital Dr. Arturo Oñativia

Déficit en las competencias de los profesionales (conocimientos, habilidades y actitudes), sea del nivel operativo como del nivel decisor, para desarrollar un proceso integrado e integral de atención de la salud de la mujer con patología mamaria.

Alta incidencia de estadíos avanzados de cáncer de mama en la sección de patología mamaria del Htal Arturo Oñativia



Déficit de horas/técnico mamografías para cubrir toda la demanda del área programática.

Análisis de los involucrados:

| Grupos | Intereses | Problemas Percibidos | Recursos y Mandatos |
|---|---|--|---|
| Usuarios del área programática | Mayor accesibilidad tanto para turnos de estudios como para especialistas | Falta de turnos disponibles | Presionar a los concejales para que consigan más turnos para estudios y consultas especialistas Ayudar en las campañas para la difusión de la prevención del cáncer de mama |
| Dirección Provincial de Hospitales | Mejorar el proceso de continuidad de la atención Mejorar las la competencias de los profesionales | Que no se cumple con los problemas y con el proceso de continuidad de atención de los usuarios | Que si luego de ser demostrado que no alcanzan los médicos y técnicos, nombrar más personal |
| Secretaría de Salud del Municipio | Disminución del alto porcentaje de estadíos avanzados de cáncer de mama | Que sus médicos de los Caps no tienen las competencias suficientes | Capacitar los médicos de los Caps. Instruir a los promotores de salud para que salgan al barrio a buscar a las mujeres para que se controlen las mamas. |
| Médicos generalistas y Ginecólogos del Caps | Tiempo suficiente para capacitarse para la atención de los usuarios con las competencias adecuadas | Poco tiempo para capacitarse y escasa información de la población sobre el cáncer de mama y como deben controlarse | Hacer docencia con la población que se atiende en los Caps |
| Médicos imagenólogos y técnicos del Hospital | No tener sobrecarga de trabajo a pesar de conocer las necesidades de los pacientes | Deficiente RRHH y cantidad de mamógrafos | Colaborar con hs. extras en ampliar el horario de atención para los estudios |
| Jefe de Servicio de Imágenes | No tener la presión sobre el trabajo a realizar , ni presionar a sus subalternos | Deficiente cantidad de mamógrafos para el área programática y poseer la cantidad de personal suficiente para absorber todo el trabajo que ello implique. | Reorganizar a su servicio para la ampliar el horario de atención |
| Jefe de Servicios de Ginecología (sección de Patología Mamaria) | Que lleguen mejor estudiados los pacientes a la sección de patología mamaria | Insuficiente competencia de los médicos de los Caps. Pocas horas/técnicos para los estudios mamarios | Capacitar a los médicos de los Caps para una adecuada prestación de salud |
| Dirección del Hospital | Intentar que se den respuesta a todos los pedidos de solicitudes e intentar bajar el alto porcentaje de estadíos avanzados colaborando con que el Htal salga a capacitar a los médicos del área programática. | Falta de horas/técnico para el mamógrafo del hospital. | Incentivar a sus trabajadores con hs. extras y premios para lograr disminuir el desfasaje de estudios que se necesitan para cubrir las demandas y articular con el Ministerio de Salud y la Secretaría de Salud Muncp. los recursos para intentar alcanzar una cobertura 70%. |

4 – Objetivos

a) Principal

Disminuir el porcentaje de estadios avanzados de cáncer de mama en la Sección de Patología Mamaria del Hospital Dr. Arturo Oñativia derivados de su área programática.

b) Objetivos específicos

- Mejorar el proceso de la continuidad de atención de las mujeres que tienen patología mamaria en el área programática del Hospital Dr. Arturo Oñativia.
- Aumentar las competencias de los profesionales (conocimientos, habilidades y actitudes), sea del nivel operativo como del nivel decisor, para desarrollar un proceso integrado e integral de atención de la salud de la mujer con patología mamaria.
- Aumentar las horas/técnico de mamografías necesarias para satisfacer la demanda del área programática

Indicadores

1. Porcentaje de pacientes con estadios avanzados de cáncer de mama

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pac. con estadios avanzados de CA de mama dia gn y trat. en Pat. Mama Htal Oñativia}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes totales con CA de mama diag y trat en Pat.Mama Htal Oñativia}} \times 100$$

Línea de base: **52,23%**

2. Porcentaje ocupacional del mamógrafo

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ Hs. anuales que funciona el mamógrafo}}{\text{N}^\circ \text{ Hs. anuales que puede estar disponible el mamógr afo}} \times 100$$

Línea de base: **50%**

3. Porcentaje de mujeres que saben cómo realizarse el autoexamen

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres } \geq 20 \text{ años atend /día en CAPS que saben cómo realizarse autoex.}}{\text{N}^\circ \text{ totales de mujeres } \geq 20 \text{ años consultadas que se atienden/día mismo período CAPS}} \times 100$$

Línea de base: **10,84%**

4. Porcentaje de pacientes que se les solicita mamografía

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres } \geq 40 \text{ años que salen del CAPS con pedido de mamografía de ctrl./día cumpl. Criterio solict. Según prot. Soc. Arg. Mastología x } 100}{\text{N}^\circ \text{ totales de mujeres } \geq 40 \text{ años que se atienden en el CAPS /día}}$$

Línea de base: **50%**

5. Porcentaje de CA de mama subclínicos diagnosticados

$$\frac{\text{Ca de mama subclín. diagno durante el período x } 100}{\text{Ca de mama subclínicos + Ca Invasivos en el mismo período}}$$

Línea de base: **2,29 %**

5 - Análisis de situación y diagnóstico estratégico

Matriz FODA

| Fortalezas | Debilidades |
|---|---|
| Equipo de médicos con competencias para la atención de las mujeres con patología mamaria (Sección Patología Mamaria). | Escasa cantidad de horas / técnicos para realizar mamografías |
| Infraestructura para la resolución de la patología quirúrgica | Si bien el recurso es a través del plan nacer, existen dificultades administrativas para disponer de los fondos |
| Servicio de Oncología para el tratamiento sistémico | Insuficientes técnicos con competencias para realizar estudios mamográficos e insuficientes médicos imagenólogos que informen los estudios. |
| Decisión de parte de la Dirección para poner en marcha el proyecto | Disponibilidad de insumos para realización de placas mamográficas |
| Oficina de Referencia y Contra- referencia para articular con el 1° nivel consultas y estudios. | |
| Amenazas | Oportunidades |
| Escasa disponibilidad de equipos de mamografías en el sector público para el Pdo. | Compromiso y decisión política del Ministro de Salud para efectivizar el proyecto y del Jefe de Gobierno Municipal a través de la Secretaría de Salud y la Secretaría de Desarrollo Social. |
| Poca información de la población en los aspectos epidemiológicos sobre el cáncer de mama y su posible curación a través de la detección temprana. | Interés del equipo de Salud de los CAPS en participar del proyecto. |
| | Equipos de promotores de salud del Municipio para la tarea captar y asesorar para realizar el control mamario a las mujeres de difícil acceso a los CAPS. |
| | Posibilidad del Municipio de articular con centros privados la realización de los estudios. |

6 -Plan de Actividades

A) Mejorar el proceso de la continuidad de atención de las mujeres que tienen patología mamaria en el área programática del Hospital Dr. Arturo Oñativia.

| N° | Actividad | Responsable | Meta |
|----|---|--|--|
| 1 | Convocar a todos los actores involucrados en el proceso de atención. | Responsable del sector de Patología Mamaria | Actores convocados a talleres:1 mes |
| 2 | Realizar los talleres de trabajo para la atención del usuario | Responsable del sector de Patología Mamaria | Talleres realizados:1 mes |
| 3 | Articular en forma precisa y coordinada con la oficina de Referencia y Contra referencia los pedidos de interconsulta con la sección de patología mamaria y los pedidos de mamografía al Servicio de Imágenes | Administrativo de la oficina de Referencia y Contra referencia del hospital con los administrativos de los CAPS y sección de turnos del Hospital | Trabajo coordinado y eficiente: 1 mes |
| 4 | Capacitar a los promotores de salud con talleres de trabajo para ampliar el efecto de abanico en la transmisión de la información en prevención y promoción del control mamario. | Responsable del sector de Patología Mamaria | Que los promotores de Salud del Municipio tengan una participación activa y se involucren en difundir y promover entre sus pares del lugar de residencia en realizar una consulta al médico para su control mamario. Capacitación. 2 mes |
| 5 | Articular una campaña de información para la promoción y prevención del cáncer de mama a través de cartelería pública, charlas en los colegios primarios y secundarios para que lo trasmitan a sus familiares, charlas a la comunidad.(anexo II- III) | Secretaría de Salud y Sección de Patología Mamaria del Hospital | La campaña no debería tener un plazo perentorio sino en forma permanente y sostenida. 2 meses. |
| 6 | Evaluación y Monitoreo de lo aplicado en los talleres de capacitación a los actores involucrados. | Sección de Patología Mamaria del Hospital | Permanente |

B) Aumentar las competencias de los profesionales (conocimientos, habilidades y actitudes), sea del nivel operativo como del nivel decisor, para desarrollar un proceso integrado e integral de atención de la salud de la mujer con patología mamaria.

| N° | Actividad | Responsable | Meta |
|----|--|---|--|
| 1 | Convocar a los médicos generalistas, de familia y tocoginecólogos de los CAPS para formar parte de un programa de detección precoz del cáncer de mama a todas las pacientes que consulten por control como así también por alguna patología en las mamas. | Responsable del sector de Patología Mamaria | Actores convocados a la cita :1 mes |
| 2 | Establecimiento de las competencias, los contenidos y la metodología de la capacitación | Jefe de docencia e investigación | 1 mes |
| 3 | Capacitar a estos profesionales en la realización de una historia del examen mamario y establecer sospecha diagnóstica, solicitud de estudios pertinentes., detección de signos de alarma, derivación a la sección de Patología mamaria del Hospital a través de un manual de procedimiento, realizar docencia con sus pacientes y las instruyan en cómo se hace un autoexamen y su importancia. | Responsable del sector de Patología Mamaria | Realizar un registro de actividades realizadas en historia clínica:3 meses |
| 4 | Capacitar a estos profesionales en la interpretación de los estudios de diagnóstico: mamografía, ecografía, Tomografía computada, Resonancia magnética. Interpretación del BIRADS. | Equipo de radiodiagnóstico del Hospital | Conocimientos básicos sobre los estudios que se utilizan en el diagnóstico de la patología mamaria:2 meses |
| 5 | Evaluación y monitoreo del desempeño de los médicos generalistas a través de los indicadores. | Responsable del sector de Patología Mamaria | Que las competencias de los médicos generalistas sean una rutina de su desempeño para la atención de las mujeres con patología mamaria: permanente |

C) Aumentar las horas/técnico de mamografías necesarias para satisfacer la demanda del área programática

| N° | Actividad | Responsable | Meta |
|-----------|--|---|--|
| 1 | Valoración y definiciones de las cuestiones presupuestarias. | Director y administrador | Imputación preventiva: 1 mes |
| 2 | Definición del perfil del técnico a contratar (competencias). | Jefe de Servicio de Imágenes | Perfil definido: 15 días |
| 3 | Definición de las bases del concurso y convocatoria para la contratación. | Jefe de RRHH | Vencimiento de la convocatoria publicada : 1 mes |
| 4 | Realización del concurso: evaluación de los antecedentes de los concursantes y definición del técnico a contratar. | Jefe de Servicio de Imágenes y jefe de RRHH | Acta del comité evaluador: 15 días |
| 5 | Coaching de ingreso al servicio de Imágenes. | Jefe de Servicio de Imágenes | Actas del coaching : 1 mes |
| 6 | Evaluación del desempeño del técnico contratado. | Jefe de Servicio de Imágenes | Actas de la evaluación: 1 mes. |

Cronograma 2012

| Actividades | Mes 1 | Mes 2 | Mes 3 | Mes 4 |
|--|-------|-------|-------|-------|
| Convocar a todos los actores involucrados en el proceso de atención. | ■ | ■ | | |
| Realizar los talleres de trabajo para la atención del usuario. | | ■ | ■ | |
| Articular con la oficina de Referencia y Contra referencia. | | | ■ | ■ |
| Capacitar a los promotores de salud con talleres de trabajo. | | | ■ | ■ |
| Articular una campaña de información para la promoción y prevención del cáncer de mama. | | | ■ | ■ |
| Evaluación y Monitoreo de lo aplicado en los talleres de capacitación a los actores involucrados. | | | | ■ |
| Convocar a los médicos generalistas, de familia y tocoginecólogos de los CAPS. | ■ | | | |
| Establecimiento de las competencias, los contenidos y la metodología de la capacitación. | | ■ | ■ | |
| Capacitar a estos profesionales en la realización de una historia del examen mamario. | | | ■ | ■ |
| Capacitar a estos profesionales en la interpretación de los estudios de diagnóstico. | | | ■ | ■ |
| Evaluación y monitoreo del desempeño de los médicos generalistas a través de los indicadores. | | | ■ | ■ |
| Definición del perfil del técnico a contratar (competencias). | ■ | | | |
| Definición de las bases del concurso y convocatoria para la contratación. | ■ | ■ | | |
| Realización del concurso: evaluación de los antecedentes de los concursantes y definición del técnico a contratar. | | | ■ | ■ |
| Coaching de ingreso al servicio de Imágenes. | | | ■ | ■ |
| Evaluación del desempeño del técnico contratado. | | | | ■ |

7 - Mecanismo de evaluación

Indicadores de impacto

$$\frac{\text{N}^\circ \text{pac. con estadíos avanz. CA de mama diagn y trat ados en sec. Pat. Mama Htal Oñativia}}{\text{N}^\circ \text{de pacientes totales con cáncer de mama diag y t rat en sec. Pat. mama Htal Oñativia}} \times 100$$

$$\frac{\text{N Hs./anuales mamógrafo funcionando}}{\text{N}^\circ \text{Hs. /anuales de disponibilidad de mamó grafol}} \times 100$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{de mujeres } \geq 20 \text{ años atend. CAPS que saben cómo realizarse autoex.}}{\text{N}^\circ \text{totales de mujeres } \geq 20 \text{ años que se atienden CAPS}} \times 100$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{de muj. } \geq 40 \text{ años atend CAPS con pedido de mamog. cumpl. criterio Soc. Arg. Mast.}}{\text{N}^\circ \text{totales de mujeres } \geq 40 \text{ años que se atienden en el CAPS}} \times 100$$

$$\frac{\text{Tu. de mama subclín. Diagnost. Sec.Pat.Mama}}{\text{Tu.de mama subclínicos +Tu. Invas. Diagnos. En Secc.Pat.Mam}} \times 100$$

8 - Dirección del Proyecto

La dirección del proyecto estará a cargo de la Dirección Asociada Asistencial junto a la Sección de Patología Mamaria y la Secretaría de Salud del Municipio de Alte. Brown.

9 - Conclusiones

El cáncer de mama es el más frecuente en la población femenina y sus principales factores de riesgo son inevitables: ser mujer y cumplir años. No se contagia, no hay vacunas y se hereda poco. Por esto, la detección temprana es la clave para contraatacar al cáncer de mama, que sufren cerca de 18.000 argentinas por año

La mamografía constituye en la actualidad la mejor prueba disponible para la detección y el diagnóstico precoces del cáncer de mama. Se ha demostrado que el examen periódico de mujeres asintomáticas mediante mamografía reduce la mortalidad del cáncer de mama. De acuerdo con las recomendaciones de la American Cancer Society y la Soc. Arg. Mastología, con los datos científicos disponibles indican un beneficio del screening mamográfico anual de todas las mujeres a partir de los 40 años, combinado con la exploración física anual y el autoexamen mensual de las mamas

Según el American College of Surgeons el nódulo descubierto por la propia paciente ocurre en el 42%, por el médico en 24% y por la mamografía en un 36%. Por lo tanto, con estos datos se resalta la importancia de educar al público acerca de la técnica del autoexamen mamario sobre todo en los centros de Atención Primaria.

Es posible predecir que a medida que el público tome mayor conciencia del problema y se le brinden las condiciones apropiadas para su control, se logre un diagnóstico más temprano por lo tanto con la detección precoz y el tratamiento oportuno y adecuado, se puedan salvar más vidas. La detección temprana y la prevención son una inversión para la que es imprescindible el aporte de recursos y tiempo de la comunidad.

El presente proyecto contribuye a mejorar el acceso de las mujeres al control mamario anual (examen por parte del médico y mamografía) y al autoexamen eficaz, con el objetivo de detectar el cáncer de mama en estadios iniciales y así poder ser curables, mucho más de lo que hoy lo es.

El cáncer de mama tiene cura

10 -Bibliografía

SPADAFORA, Santiago; OSA, María (2010). "Indicadores en Salud" Especialización en Administración Hospitalaria. Universidad ISALUD

SPADAFORA, Santiago (2009). "Salud y Sistemas de Salud" Especialización en Administración Hospitalaria. Universidad ISALUD

SPADAFORA, Santiago (2008). "Redes en Servicios de Salud" Especialización en Administración Hospitalaria. Universidad ISALUD

SPADAFORA, Santiago (2007). "Evaluación y diagnóstico de una organización proveedora de servicios de salud" Especialización en Administración Hospitalaria. Universidad ISALUD

SPADAFORA, Santiago (2008). "Estructura Organizacional de los Servicios Sanitarios" Especialización en Administración Hospitalaria. Universidad ISALUD

SPADAFORA, Santiago; OSA, María (2009). "Sistema de Información en un Hospital" Especialización en Administración Hospitalaria. Universidad ISALUD

Consejería de salud, D.L. (2005). Cáncer de Mama: detección precoz de cáncer de mama: proceso asistencial integrado-2º ed. [Sevilla]

WINCHESTER,D.J; WINCHESTER,D.P.(2001) a.Cáncer de mama. *Atlas de Oncología clínica*. Ediciones Harcourt, S.A. Madrid. España

BLAND,K.I.;COPELAND,E.M.(2000)^a. "LA MAMA. Manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas"2ªed.Editorial Médica Panameric ana.

Consenso Nacional Inter-Sociedades sobre Cáncer de Mama (2006): Pautas para el Diagnóstico y Manejo de las Lesiones Mamarias Subclínicas" Academia Nacional de Medicina.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la Rep. Argentina, 2001-2010: Indicadores demográficos, sociosanitarios, económicos, educativos.

Sociedad Argentina de Mastología. Charla a la Comunidad sobre el Cáncer de mama. Y MACMA, Movimiento ayuda cáncer de Mama.

Instituto Nacional del Cáncer (2011). "Cáncer de mama: acerca de la calidad mamográfica.".Ministerio de Salud de la Nación.

OMS. IARC (2002). *Breast cancer screening*, IARC handbooks for cancer prevention, volume 7, Lyon, International Agency for Research on Cancer, IARCpress.

María Viniegra ;Melisa Paolino; Silvina Arrossi: Cáncer de mama en Argentina:organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control. Informe final julio 2010: diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales.

Andersson, B. O.; Yip, C.; Smith, R. A.; Shyyan, R.; Sener, S. F.; Eniu, .;

Carlson, R. W.; Azavedo, E.; Harford, J. Guideline implementation for breast - healthcare in low income and middle income countries overview of the Breast HealthGlobal Initiative Global Summit 2007. *Cancer* 113 (8 suppl): 2221-43, 2008.

Eniu, A.; Carlson, R. W.; El Saghir, N. S.; Bines, J.; Bese, N. S.; Vorobiof, D.; Masetti, R.; Andersson; B. O.; Breast Health Global Initiative Treatment Panel. *Guideline implementation for breast healthcare in low- and middle-income countries: treatment resource allocation*. *Cancer*. Oct 15; 113 (8 Suppl): 2269-81, 2008.

Hayat ,M. J.; Howlader, N.; Reichman, M. E.; Edwards, B. K. "Cancer Statistics, Trends, and Multiple Primary Cancer Analyses from the Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program." *The Oncologist* 12: 20-37, 2007.

Hortobágyi, G. N.; de la Garza Salazar, J.; Pritchard, K.; Amadori, D.; Haidinger, R.; Hudis, C. A.; Khaled, H.; Liu, M. C.; Martin, M.; Namer, M.; O'Shaughnessy, J. A.; Shen, Z. Z.; Albain, K. S.; ABREAST Investigators. *The global breast cancer burden: variations in epidemiology and survival*. *Clinical Breast Cancer* 6: 391-401, 2005.

Jemal, A.; Siegel, R.; Ward, E.; Murray, T.; Xu, J.; Smigal, C.; Thun, M. J. "Cancer statistics 2006." *Cancer journal for clinician*, 56: 106-130, 2006.

Juarez, A. "Age and stage of with breast cancer. Public Hospitals. Córdoba 1998/2003". *Revista de Salud Pública* 12: 33-42, 2009.

Yip, C. H., Smith, R. A.; Andersson, B. O.; Miller, A. B.; Thomas, D. B.; Ang, E. S.; Caffarella, R. S.; Corbex, M.; Kreps, G. L.; McTiernan, A.; Breast Health Global Initiative Early Detection Panel. *Guideline implementation for breast healthcare in low- and middle-income countries: early detection resource allocation*. *Cancer*. Oct 15; 113(8 Suppl):2244-56. 2008.

11. Anexos

Anexo I

Distribución de pacientes por estadios y su porcentaje

| Estadios | O | I | Ila | Ilb | III | IV | total |
|---------------------|--------|---------|---------|--------|---------|--------|-------|
| Número de pacientes | 3 | 22 | 39 | 22 | 40 | 8 | 134 |
| % | 2,23 % | 16,41 % | 29,10 % | 16,41% | 29,85 % | 5,97 % | 100 % |

Fuente: Servicio de Ginecología. Sección Patología Mamaria. Hospital Oñativía, período: años 2006 - 2010.

Distribución del cáncer de mama según edades agrupadas

| Edad en años | pacientes | porcentaje |
|--------------|-----------|------------|
| 20-29 | 1 | 0,74 % |
| 30-39 | 9 | 6,71 % |
| 40-49 | 16 | 11,94 % |
| 50-59 | 41 | 30,59 % |
| 60-69 | 49 | 36,60 % |
| 70-79 | 9 | 6,71 % |
| 80-89 | 7 | 5,22 % |
| 90-99 | 2 | 1,49 % |
| TOTAL | 134 | 100 % |

Fuente: Servicio de Ginecología. Sección Mastología. Htal. Oñativía, período: años 2006-2010

Anexo II

CUREMOS EL CANCER

auto – examen mamario

¿Cómo y cuando lo hago?

Si NO tiene menstruaciones: elegir un día fijo en el mes.

Si tiene menstruaciones: 2 ó 3 días después de finalizada la menstruación.

¿Qué debo mirar?



¿Cómo y cuando lo hago?



Patrimonio & McManon Health Solutions, LLC

CUREMOS EL CANCER

examen clínico realizado por un especialista

¿Cuándo?

A partir de los 20 años consulta 1 vez por año ó cada 2 años

A partir de los 40 años consulta 1 ó 2 veces por año

Si hay antecedentes familiares de cáncer de mama:
Comentar al especialista p/ evaluar cuando y frecuencia de las consultas.



INSTRUCTIVO DEL AUTOEXAMEN

Sociedad Argentina de Mastología

(Material gráfico de distribución masiva)

¿Cuándo se debe hacer?

Si aún menstrúa: el momento ideal es de 2-3 días después de finalizada la menstruación.

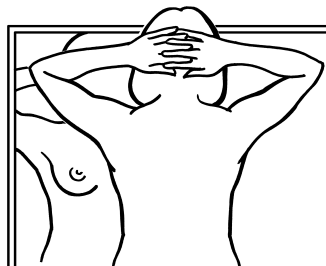
Si no tiene menstruación (menopausia): fijar un día y repetirlo cada mes.

En la ducha



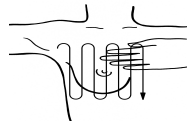
- La yema de los dedos debe tocar cada una de las partes de la mama.
- Se debe tratar de individualizar cualquier cambio debajo de la piel.

Delante del espejo



- Coloque sus brazos por encima y detrás de la cabeza.
- Mire si tiene derrames, retracciones, cambios en la textura de la piel y cambios en la forma.
- Comprima ambos pezones ver si hay algún derrame.

Acostada



Coloque un pequeño almohadón debajo de la espalda..Mueva sus dedos de arriba hacia abajo siguiendo un mismo patrón Apoye su brazo sobre una superficie firme.

Consulte, cuando:

- a) vea cambios en el tamaño de las mamas o la forma
- b) detecte nódulos
- c) derrame por pezón o dolor
- d) cambios en la piel

Anexo III

BIRADS (American College of Radiology)

BI-RADS 0: Evaluación adicional

BI-RADS 1: Negativa

BI-RADS 2: Benigna

BI-RADS 3: Probablemente benigna

BI-RADS 4: Anormalidad sospechosa

BI-RADS 5: Altamente sugestiva de malignidad

BI-RADS 6: Malignidad conocida

Categoría 0: se considera una categoría incompleta, para establecer una categoría precisa evaluación adicional, bien sea mediante técnicas de imagen (proyecciones adicionales, ecografía) o comparación con mamografías anteriores. Se utiliza fundamentalmente en los programas de cribado.

Categoría 1: normal, ningún hallazgo a destacar. Se recomienda seguimiento a intervalo normal.

Categoría 2: normal, pero existen hallazgos benignos. Se recomienda seguimiento a intervalo normal.

Categoría 3: hallazgos con una probabilidad de malignidad <2%. Se describen 3 hallazgos específicos:

- nódulo sólido circunscrito no calcificado
- asimetría focal
- microcalcificaciones puntiformes agrupadas

Para su asignación es preciso realizar una valoración completa por la imagen (proyecciones adicionales, ecografía, comparación con estudios previos), y por definición se excluyen las lesiones palpables. La actitud recomendada es el seguimiento con intervalo corto, que consistirá en una mamografía unilateral a los 6 meses y bilateral a los 12 y 24 meses. En caso de aumento o progresión de la lesión es recomendable practicar una biopsia.

Categoría 4: incluye aquellas lesiones que van a requerir intervencionismo, si bien tienen un rango de probabilidad de malignidad muy amplio (2-95%). Por ello, se sugiere una división en tres subcategorías:

- 4a: baja sospecha de malignidad (el resultado esperado es de benignidad)
- 4b: riesgo intermedio de malignidad (requiere correlación radio-patológica)
- 4c: riesgo moderado de malignidad (el resultado esperado es de malignidad)

La asignación de lesiones específicas a estas categorías no está establecida y se hará de forma intuitiva. La actitud recomendada es la biopsia, aunque no se especifica qué técnica intervencionista se debe utilizar en cada caso (punción citológica, con aguja gruesa, con sistemas asistidos por vacío o biopsia quirúrgica).

Categoría 5: hallazgos típicamente malignos, con una probabilidad >95%. La actitud recomendada es tomar acciones apropiadas.

Categoría 6: lesiones con malignidad demostrada mediante biopsia, previa a terapias definitivas (cirugía, radioterapia o quimioterapia), y por lo tanto no se debe confirmar su malignidad. Se utiliza en casos de segundas opiniones o en la monitorización de la quimioterapia neoadyuvante

Anexo IV

CLASIFICACIÓN DEL CÁNCER DE MAMA SEGÚN ESTADÍOS

Por consenso internacional, el cáncer de mama se clasifica por el sistema T N M, y rige el ordenamiento establecido por la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) y el American Joint Committee for Cancer Research (AJC).

De acuerdo al tamaño tumoral, a los ganglios y a las lesiones a distancia se los agrupa en los siguientes estadios:

Estadio 0: todos los carcinomas no invasores.

Estadio I: tumores pequeños (hasta 2cm) y axila negativa.

Estadios II-A: tumores pequeños con ganglios axilares con metástasis; o tumores medianos (2.1 a 5.0cm) con axila negativa.

Estadio II-B: tumores medianos y axila positiva; o tumores grandes (>5cm) con axila negativa.

Estadio III-A: tumores grandes y axila positiva, o tumor de cualquier tamaño y ganglios axilares con metástasis, fusionados o fijos al entorno.

Estadio III-B: tumores que invaden piel, caja torácica; la forma clínica llamada carcinoma inflamatorio; o casos con metástasis en la cadena ganglionar mamaria interna.

Estadio IV: cualquier caso con metástasis a distancia.

TRATAMIENTOS DEL CÁNCER DE MAMA SEGÚN ESTADÍOS

Se dispone de dos tipos de recursos terapéuticos:

- **Locorregionales:** cirugía y radioterapia.
- **Sistémicos:** quimio- y endocrinoterapia.

Opciones Quirúrgicas para el Cáncer de Mama en los estadios iniciales (0, I y II).

Estadio 0: TC a todos los casos en los que la extensión de la lesión lo permita. Cabe aclarar que el consenso mayoritario es no explorar la axila en los carcinomas in situ, ya sea que se los trate o no conservadoramente.

Estadio I: el TC es potencialmente aplicable a todo el estadio.

Estadios II: el tamaño del tumor y su relación con el de la mama, decidirán la estrategia.

Estadios III a/b: son a priori tratados mediante mastectomía radical. En casos muy seleccionados, la reducción de la lesión por efecto de otros tratamientos (ver Neoadyuvancia), puede permitir TC. La radioterapia post mastectomía es también un esquema terapéutico valioso en muchas de estas pacientes.

Estadios IV: los tratamientos sobre el tumor primario se adecuan a cada caso, ya que prima la terapia sistémica.

En este contexto, se designa como adyuvancia a las terapias sistémicas asociadas a tratamientos locales de criterio curativo. La adyuvancia puede hacerse con quimioterapia (QTP), endocrinoterapia (ETP), o ambas según el caso.

La utilización de hormonoterapia de primera línea con tamoxifeno, solo será indicada en los casos en que el tumor primario exprese receptores hormonales para estrógenos y/o progesterona.

Deberá indicarse **tratamiento sistémico** en todos los casos de pacientes con axila positiva, tumores mayores de 1 cm y/o tumores de menos de 1 cm pero con factores de mal pronóstico (ejemplo: la edad).

Una alternativa al tratamiento quirúrgico inicial, es la quimioterapia primaria, esto es emplear tres ciclos que de FEC previos a la cirugía, en aquellos tumores grandes en mamas pequeñas (pero ojo no localmente avanzados) en los se puede intentar la reducción de la lesión primaria, para poder luego realizar cirugía conservadora.

- **Quimioterapia**

-Pacientes premenopáusicas axila negativa y/o positiva con 1 a 3 ganglios positivos (Incluye a las pacientes axila negativa, con tumores de menos de 1 cm y factores de mal pronóstico asociado).

El esquema que utilizamos es el CMF, al que se agregará tratamiento hormonal en los casos con RH (+).

C M F: 5-Fluorouracilo y Ciclofosfamida 600mg/m² IV, y Metotrexate 40mg/m² IV.

Seis ciclos de CMF (simultáneamente con la RT) seguido de 5 años de Tamoxifeno (20 mgr/día por 5 años).

CMF x 6 + TAM x 5a

Tamoxifeno 20 mgr/día durante 5 años.

-Pacientes pre o posmenopáusicas con axila positiva con mas de 3 ganglios:

Receptores hormonales positivos:

El esquema que empleamos es FAC o FEC:

FAC o FEC: 5-Fluorouracilo y Ciclofosfamida en dosis similares a las anteriores, y Adriamicina 50-70mg/m² IV o

Epirubicina 60-90mg/m² IV.

FAC x 6 ciclos + TAM x 5^a

Seis ciclos de FAC o FEC y luego 5 años de Tamoxifeno en las dosis habituales.

Receptores hormonales negativos:

FAC x 6

Seis ciclos de FAC o FEC

En las pacientes mayores de 70 años o en mal estado general, dado que no existe un consenso sobre el tratamiento quimioterápico deberá tenerse muy en cuenta la toxicidad, y de esta manera poner en la balanza el costo y beneficio. Recordando la alta toxicidad cardiaca de las antraciclinas.

- Endocrinoterapia:

Tamoxifeno: es la primera línea electiva. Se cree bloquea los receptores del estradiol. Se administra por vía oral, 20mg/día, durante 5 años. Sus principales efectos secundarios negativos son la proliferación que induce sobre el endometrio, y la mayor incidencia de trombosis venosas. Pueden tener también otras acciones en pacientes con receptores para estrógenos negativos.

Inhibidores de aromataasa: medicamentos que por este mecanismo afectan la conversión periférica de andrógenos en estrógenos. El más estudiado es el ANASTROZOL, que se administra por vía oral, 1mg/día. Es el preferido como segunda línea hormonal, y están en marcha grandes estudios para evaluar su indicación como primera línea.