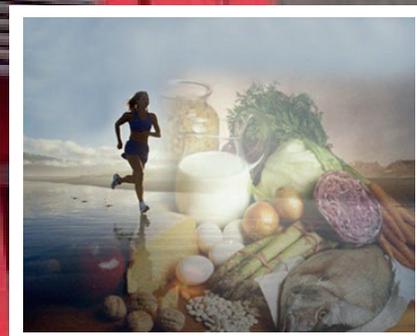




INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO

CCSS inaugura moderno edificio dedicado al tratamiento con radioterapia y quimioterapia para pacientes con cáncer.

Además



5 recomendaciones prácticas sobre actividad física y ejercicio.

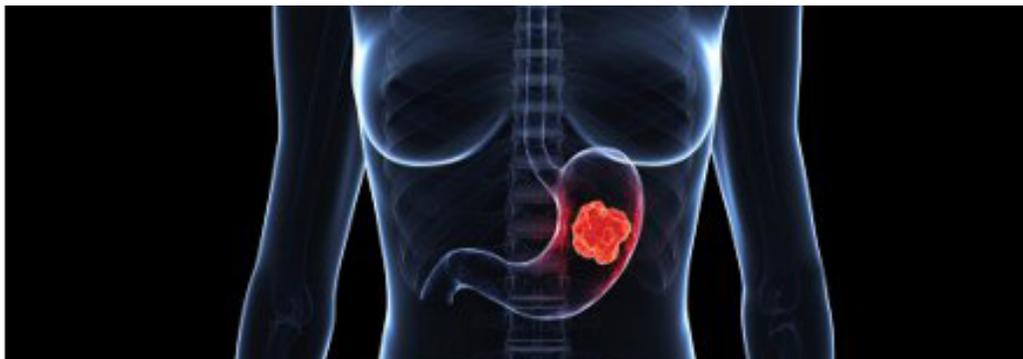
El gran tema
**ABORDAJE Y MANEJO
DE CÁNCER GÁSTRICO**



En esta edición:

El gran tema	3
ABORDAJE Y MANEJO INTEGRAL DEL CÁNCER GÁSTRICO	
PreVENCIÓN primaria	3
Atención a factores causales modificables	
PreVENCIÓN secundaria	4
Detención temprana	
Diagnóstico	6
Tratamiento	10
Pronóstico	10
Avances del proyecto	12
ARSENAL ENDOSCÓPICO DISPONIBLE EN TODO EL PAÍS	
Opinión del experto	14
CUANTO MÁS ACTIVIDAD FÍSICA, MENOS RIESGO DE CÁNCER	
Quiénes somos	18
EXPERIENCIA EXITOSA DEL TRABAJO EN RED	
NOTICIAS	20

Haz clic para ir a la página.



En el mes de agosto la Caja Costarricense de Seguro Social inauguró un moderno edificio para la atención del cáncer, específicamente para el tratamiento con radioterapia y quimioterapia, un logro institucional que permitirá que el tratamiento sea más oportuno en los pacientes diagnosticados con cáncer. La imagen del edificio en la portada de este boletín tiene como propósito resaltar este esfuerzo de la seguridad social.

Además, presentamos la segunda entrega del boletín dedicado al cáncer gástrico, el que más muertes produce en el país. Puede decirse que una persona muere cada trece horas, si viéramos las 656 muertes ocurridas durante el 2012 como casos equidistantes en una línea de tiempo. Por eso, aunque en la última década esa mortalidad se ha reducido en un porcentaje importante (cerca del 33%), este cáncer sigue siendo el que más reto ofrece a la seguridad social.

Desde esa perspectiva, como en cualquier tipo de cáncer, la norma médica es básica: cuanto más temprano sea el diagnóstico, mejor será el pronóstico; por lo tanto, elevar la información entre el personal de salud así como en la comunidad, es importante para actuar, aún cuando no haya síntomas aparentes, sobre todo, en caso de historial familiar, con este diagnóstico.

Como usted verá en este reporte, esta unidad ejecutora ha invertido 1,2 millones de dólares en el reforzamiento del diagnóstico endoscópico en las tres redes de atención, uno de los insumos para la detección temprana que es importante porque además incluye un medio para la clasificación de la etapa del carcinoma la cual es la base para definir el tratamiento del cáncer.

También encontrará en este boletín recomendaciones con respecto a la actividad física y el ejercicio, que nos pueden ayudar como factor protector para este y otros tipos de cáncer.

Por último, compartimos con usted una experiencia del trabajo en red cuyo fin es colocar al paciente como el centro de la misma y brindarle una atención más oportuna.

Dr. Luis Bernardo Sáenz
Director Ejecutivo

Ya puede consultar los datos epidemiológicos más recientes sobre el cáncer (incidencia 2010 y mortalidad 2012)



Visitenos también en:

www.ccss.sa.cr/cancer



El gran tema ABORDAJE Y MANEJO INTEGRAL DEL CÁNCER GÁSTRICO

La prevención es el conjunto de acciones que se pueden realizar con el fin de disminuir la incidencia y/o mortalidad por cáncer.

La **Prevención Primaria** es el conjunto de acciones encaminadas a modificar los hábitos poco saludables de la población hacia otros más adecuados. Con esto se consigue evitar que los factores de riesgo actúen sobre un órgano concreto y causen en él alteraciones que puedan generar un cáncer.

La **Prevención Secundaria** es la agrupación de acciones dirigidas a detectar precozmente determinados tumores malignos. Por medio de programas de tamizaje en poblaciones o individuos de alto riesgo.

Prevención Primaria. Atención de factores causales modificables

Alimentación, nutrición, peso corporal y actividad física

Varios de los factores de riesgo pueden ser modificables con adecuadas campañas, acciones preventivas y de fomento de buenos hábitos.

Se piensa que el dramático descenso de la incidencia de cáncer de estómago en las últimas décadas se debe a que las personas han reducido muchos de los factores de riesgo conocidos relacionados con la alimentación. Esto incluye un mayor uso de la refrigeración para guardar alimentos en vez de preservarlos mediante el uso de sal, vinagre o ahumado.

La conclusión más consistente sobre el vínculo entre la dieta y el cáncer gástrico es que el consumo de vegetales y frutas frescas reducen el riesgo; esta asociación está ligada con el consumo de alimentos ricos en antioxidantes, como el mango, los cítricos, la papaya, el pejibaye y la piña entre otros.

La Sociedad Americana Contra El Cáncer recomienda comer alimentos saludables, enfatizando los de fuente vegetal. Esto incluye comer al menos una cantidad de frutas y verduras equivalente a 2½ tazas todos los días. Escoger panes, pastas y cereales de granos enteros (productos integrales) en lugar de granos refinados, así como comer pescado o aves en lugar de carnes rojas y procesadas, puede que también sea útil para reducir su riesgo de cáncer. Además, se recomienda la reducción del consumo de alimentos picantes, salados e irritantes.



Los estudios que han estado analizando el uso de suplementos dietéticos para reducir el riesgo de cáncer de estómago han arrojado resultados mixtos hasta el momento. Algunos estudios han sugerido que las combinaciones de suplementos antioxidantes (vitaminas A, C, y E y el mineral selenio) pueden reducir el riesgo de cáncer de estómago en las personas con pobre nutrición. No obstante, la mayoría de las investigaciones que estudian a las personas que tienen una buena nutrición no han encontrado ningún beneficio en agregar pastillas de vitaminas a la alimentación. Se requiere realizar más investigación en esta área.



Puede que el sobrepeso o la obesidad contribuyan al riesgo del cáncer de estómago. Por otro lado, la actividad física puede ayudar a reducir su riesgo.

La Sociedad Americana Contra El Cáncer recomienda mantener un peso adecuado durante el transcurso de la vida al balancear el consumo calórico con la actividad física. Aparte de los posibles efectos sobre el riesgo del cáncer de estómago, bajar de peso y estar activo puede tener un efecto positivo sobre el riesgo de otros tipos de cáncer y problemas de salud.



Prevención Secundaria – Detección Temprana

¿Cómo abordar desde el primer nivel la atención de personas con sospecha o diagnóstico de cáncer gástrico?. Es necesario diagnosticar y tratar lo antes posible la enfermedad, de esto depende el pronóstico. Es importante la adecuada y correcta referencia de estos pacientes al nivel hospitalario correspondiente, para complementar su valoración y atención terapéutica.

Determinación de concentración de Pepsinógenos I y II, en sangre periférica.

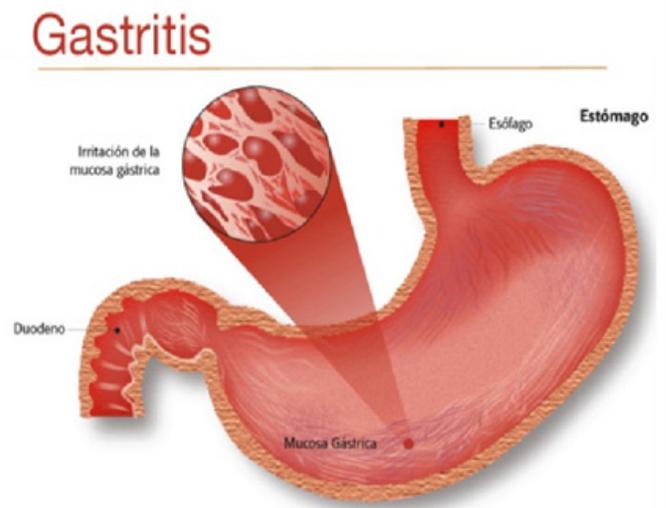
Los pepsinógenos (PGs) son proenzimas de la enzima digestiva pepsina. Se clasifican dentro de dos grupos, PGI y PGII. Son secretados dentro del lumen gástrico, pero una parte de esos PGs se filtra en el torrente sanguíneo en donde se pueden cuantificar. Ambos se producen en las células principales y mucosas del cuello glandular del fondo gástrico, y el tipo II también se produce en las glándulas pilóricas del antro.

La inflamación gástrica (gastritis) lleva a aumento de PGs I y el II; cuando la inflamación progresa de aguda a crónica la atrofia de la mucosa gástrica se incrementa, las células principales son remplazadas por glándulas pilóricas, lo que hace que el PG II se mantenga igual y el PG I disminuya, por tanto la relación PGs I : II se reduce. Un buen número de los cánceres gástricos surgen en la mucosa gástrica afectada por gastritis crónica atrófica.

La gastritis atrófica aumenta el riesgo de cáncer gástrico y la disminución del pepsinógeno I es un buen indicador serológico de gastritis atrófica; por lo tanto el tamizaje con pepsinógenos permite detectar los sujetos con gastritis atrófica extensa los cuales tienen un alto riesgo de desarrollar cáncer gástrico.

Una prueba de pepsinógenos “positiva” (disminución de la relación PGs I/II de acuerdo a parámetros previamente establecidos) obliga a complementar el estudio con una endoscopia alta diagnóstica para valorar el estado de la mucosa gástrica y descartar patología. Una prueba negativa no excluye totalmente patología gástrica pero minimiza el riesgo de cáncer gástrico.

El cáncer gástrico detectado tempranamente (localizado en la mucosa y/o submucosa) y tratado adecuadamente, tiene un pronóstico de supervivencia (curación) mayor al 90%.



Prueba de pepsinógenos séricos I y II

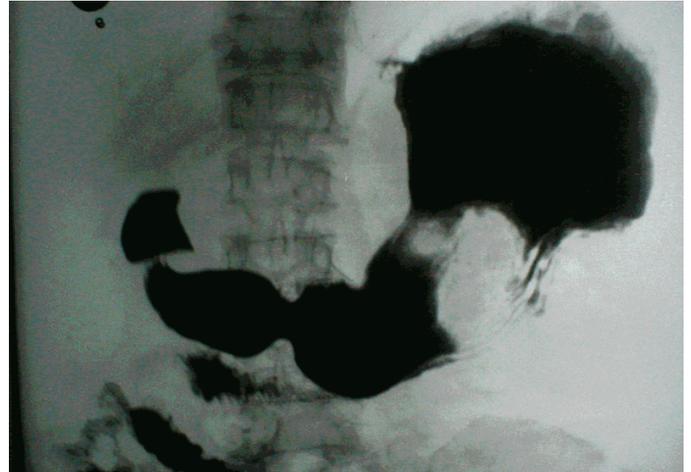
- Las concentraciones de pepsinógenos (PG) I y II en suero reflejan el estado funcional y morfológico de la mucosa gástrica.
- PG I bajo y valores bajos de la relación PGI/PGII indican atrofia gástrica y en consecuencia alto riesgo de presentar cáncer gástrico.



Serie Gastroduodenal con doble medio de contraste.

En Japón, donde el cáncer gástrico es un problema importante de salud pública, se han implantado desde los años sesenta programas masivos de detección temprana, por medio de estudios radiológicos (Serie Gastroduodenal con doble medio de contraste - aire y bario -). A los pacientes en los que se encuentra en este estudio sospecha o lesión establecida esófago-gastro-duodenal se les realiza posteriormente una gastroscopía y toma de biopsias si es necesario.

Por tanto, la SGD es un método de detección, no invasivo y mejor aceptado por la población que la endoscopia, que puede hacer sospechar, establecer o descartar un diagnóstico, pero no es definitivo por ser un método indirecto con una sensibilidad y especificidad que oscilan entre el 80 % y el 90%, dependiendo, principalmente, de la técnica utilizada y de los operadores de la misma. Este estudio no permite la correlación con la visión directa y la toma de biopsias confirmatorias, como si lo permite la endoscopia digestiva (gastroscopia).



La adecuada y cuidadosa técnica en la SGD con doble medio de contraste (bario y aire), se pueden observar hasta lesiones muy pequeñas, para lo que se requiere de metodología que permita valorar cada parte del estómago, realizando una mucosografía que detalle la mucosa gástrica y sus imperfecciones.



Estudios Radiológicos (SGD)

La técnica de tamizaje para cáncer gástrico que se ha utilizado en poblaciones de alto riesgo es la **serie gastroduodenal con doble contraste**. Está disponible en Costa Rica como medio de tamizaje en el Centro de Detección del Cáncer Gástrico, en el hospital Max Peralta de Cartago, provincia con las mayores tasas de incidencia y mortalidad de esta enfermedad.



Diagnóstico

Al igual que en cualquier patología en el cáncer es esencial una adecuada historia clínica y un detallado examen físico que facilite hacer el diagnóstico. Los antecedentes heredo familiares, la procedencia de regiones de alta incidencia, el sexo, la edad y la sintomatología digestiva alta persistente, son datos de mucho valor para un adecuado diagnóstico.

En la anamnesis se debe hacer hincapié en la existencia de antecedentes familiares de cáncer gástrico, antecedentes personales de enfermedad gástrica persistente o de lesiones premalignas diagnosticadas, en el tiempo de aparición de los síntomas y los cambios acaecidos en los mismos y, se sospechará si presenta síndrome anémico y/u obstructivo alto.

Historia clínica y examen físico:

El diagnóstico de este tipo de cáncer a menudo se retrasa por la ausencia de síntomas en las etapas tempranas de la enfermedad o por la medicación prolongada y usualmente poco efectiva, ante síntomas persistentes que pueden ser comunes a otros trastornos gastroesofágicos. Desafortunadamente, a nivel mundial, menos del 75% de los casos de cáncer gástrico se encuentran en etapas (estadíos) tempranas al momento del diagnóstico, excepción que se logra con los programas de detección temprana.

Conforme el tumor gástrico crece hacia la luz gástrica y/o penetra la pared del órgano, y/o infiltra y se difunde por la pared gástrica, puede ulcerarse, sangrar u obstruir dependiendo de su localización en el estómago y tamaño; y de ésto dependen los síntomas que se puedan presentar y la prontitud o no en presentarse.

En los casos avanzados las formas de presentación son diversas y en general los síntomas pueden ser anorexia, plenitud gástrica postprandial precoz, vómitos, disfagia, dolor abdominal y pérdida de peso.

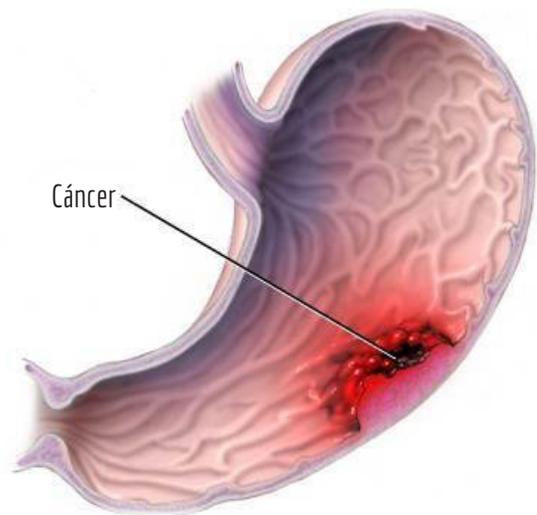
Tumores del tercio superior

Presentan con frecuencia **disfagia**, debido al compromiso de la unión gastroesofágica por el crecimiento tumoral.



Tumores del tercio medio

Alcanzan por lo general **gran tamaño** debido a que el estómago es muy distensible. Con frecuencia el paciente consulta tardíamente.



Tumores del tercio inferior

Especialmente aquellos más distales, pueden presentarse como un síndrome pilórico, con vómitos de retención que contienen alimentos ingeridos muchas horas antes, en ocasiones sin contenido biliar.

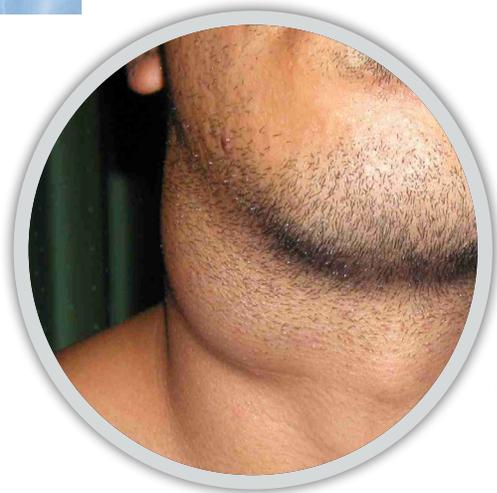


Los hallazgos al examen físico de estos pacientes son muy variables; cuanto más temprano sea el estadio del tumor, ninguna o pocas manifestaciones físicas se encontrarán. De igual forma, cuanto mayor avance de la lesión, las manifestaciones son mayores, como por ejemplo: pacientes con adelgazamiento o pérdida de peso incluso con caquexia, palidez, presencia de masa abdominal y datos de anemia, entre otros.

Hasta un 10% de los pacientes, al momento del diagnóstico, pueden presentar signos de enfermedad metastásica en el examen físico, pudiéndose encontrar:



- Adenopatías supraclaviculares (ganglio de Virchow)
- Engrosamiento del fondo de saco rectovesical o rectovaginal al tacto rectal
- Presencia de un nódulo periumbilical
- Ascitis
- Ictericia



Paciente con adenopatías supraclaviculares

En Costa Rica, dada la incidencia y mortalidad del cáncer gástrico, es recomendable a la población de alto riesgo (hombres y mujeres mayores de 45 años, vecinos de regiones de alta incidencia, con antecedentes familiares de cáncer gástrico en primera o segunda generación, con o sin síntomas) realizarles estudios de detección temprana por SGD o Gastroscopía cada dos años como mínimo.

Síntomas de alarma

- Pérdida del apetito
- Dificultad al tragar, en particular cuando se incrementa con el tiempo (disfagia lórica)
- Llenura abdominal vaga usualmente postprandial
- Náuseas, vómitos con/sin sangre
- Dolor abdominal persistente, alto
- Reflujo gastroesofágico (agruras) severo
- Mal aliento (halitosis)
- Pérdida involuntaria de peso
- Deterioro de la salud en general

Manifestaciones frecuentes en fases avanzadas del cáncer gástrico

- Hemorragia digestiva alta
- Sintomatología obstructiva en función de su localización:
 - Disfagia en un tumor cardial
 - Vómitos de repetición cuando hay afección pilórica.
- Manifestaciones de metástasis:
 - Malestar abdominal inespecífico
 - Síndrome anémico crónico
 - Ictericia
 - Dolor óseo
 - Disnea



Estudios diagnósticos

Diagnóstico radiológico (SGD):

Si bien en la actualidad el método de mayor valor en el diagnóstico del cáncer gástrico es la endoscopia con toma de biopsia, la radiología continúa siendo ampliamente utilizada, máxime si no se cuenta con el servicio de endoscopia como primera opción diagnóstica. Los estudios radiológicos convencionales sólo detectan, generalmente, formas de cáncer avanzado o relativamente avanzado. Con el método de la serie gastroduodenal con doble medio de contraste, pueden diagnosticarse desde lesiones menores a 1 cm de diámetro.

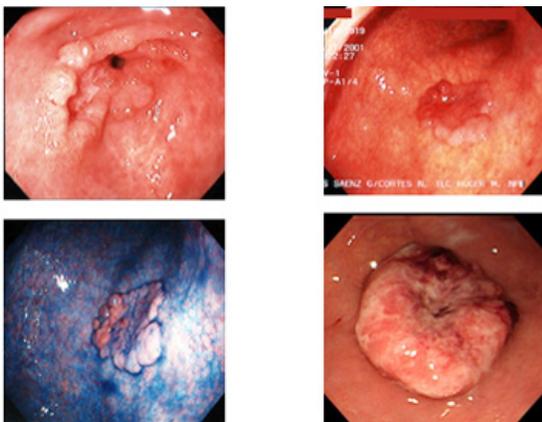
La Serie Gastroduodenal con doble medio de contraste (aire y bario) se realiza para examinar el esófago, el estómago y la primera parte del intestino delgado (primera porción duodenal). Para este estudio, el paciente toma una solución caliza de una sustancia llamada bario y unos gránulos efervescentes que producen gas. El bario aplica una capa sobre el revestimiento del esófago, estómago y el duodeno. Debido a que los rayos X no pueden traspasar a través de la capa de bario y con la presencia de aire que distiende las paredes de estos órganos, se resalta cualquier anomalía del revestimiento de los mismos, permitiendo ver lesiones aun de pequeño tamaño.

Endoscopia alta (Gastroscopia), (Esofagogastroduodenoscopia):

Por ser un estudio invasivo no se recomienda para la detección masiva; sin embargo, es el método por excelencia para establecer el diagnóstico definitivo, ya que permite realizar una adecuada limpieza de la cámara gástrica (lavado) con visualización directa de las paredes del estómago (mucosa) y la toma de la biopsia en caso de lesión.

La fiabilidad de este método está próxima al 100%. La endoscopia con biopsia, es pues, el principal método diagnóstico del cáncer gástrico.

Se requiere para el diagnóstico certero, principalmente en lesiones tempranas, que el endoscopista cuente con adecuado entrenamiento y experiencia amplia; ya que un diagnóstico temprano con adecuado tratamiento es sinónimo de mejor pronóstico incluso de curación.



← Imágenes de cáncer gástrico por endoscopia. El uso de tinciones (índigo carmín) resalta la imagen y permite definir mejor sus características.



Estudios diagnósticos complementarios para estadiaje previo tratamiento :

Una vez realizado el diagnóstico de cáncer gástrico se requiere valorar la extensión de la enfermedad (estadiaje) para la decisión terapéutica que mejor se aplique al caso. Usualmente estos estudios son realizados en el centro hospitalario donde será tratado el paciente. Los métodos más usados de diagnóstico complementario son :

- Ultrasonido (Ecografía) abdominal convencional (US).
- Tomografía axial computarizada (TAC).
- Ultrasonido Endoscópico (USE).

Tanto el US convencional como la TAC permiten evaluar el tamaño, localización y extensión del tumor, el grado de invasión del tumor hacia órganos y estructuras vecinas, las metástasis ganglionares presentes y el grado de compromiso metastásico intraperitoneal (presencia de ascitis).

En la ecografía endoscópica (USE), se coloca un transductor pequeño en la punta de un endoscopio. El endoscopio se pasa por la garganta hacia el estómago. De esta manera, el transductor de ultrasonido se ubica directamente en la pared del estómago donde se encuentra la lesión. Esto le permite al médico observar las diferentes capas de la pared gástrica y el grado de penetración del tumor en las mismas, los ganglios linfáticos perigástricos y su afectación, así como valorar las otras estructuras u órganos vecinos al estómago. Este procedimiento es el método diagnóstico por excelencia para decidir si el cáncer es temprano (localizado en la mucosa y submucosa), los ganglios linfáticos vecinos y definir una posible resección endoscópica del cáncer, evitándose una cirugía abierta.

Otros estudios como las Imágenes por resonancia magnética (MRI) y la Tomografía por emisión de positrones (PET), también pueden usarse para valorar la extensión de la enfermedad y el tratamiento requerido, pero dada su poca disponibilidad y costo, prácticamente se han dejado para casos extraordinarios, usualmente para determinar recidiva de la enfermedad post tratamiento.

La Laparoscopia diagnóstica es otro estudio utilizado para complementar el diagnóstico de cáncer gástrico. Este examen se practica para complementar el estadiaje y valorar el tipo de tratamiento a realizar dependiendo del grado de avance de la enfermedad.

Manejo del paciente en el primer nivel de atención.

Referencia al segundo o tercer nivel.

Ante alta sospecha de lesión por sintomatología persistente, antecedentes e historia clínica suspicaces, y/o hallazgos físicos sugestivos de cáncer gástrico, el médico general debe solicitar con prontitud el estudio diagnóstico, ya sea en su propio centro de trabajo, si existe la disponibilidad local de los estudios, o a la red de servicios de apoyo.

En primera instancia puede solicitar para el diagnóstico la realización de una serie gastroduodenal con doble medio de contraste o de una Endoscopia Digestiva Alta (gastroscopia). El estudio diagnóstico ideal es la endoscopia ya que es un método directo de visualización y permite la toma de biopsias para la confirmación. En caso de utilizar como método diagnóstico inicial la SGD, si la disponibilidad de este estudio es más pronto que la endoscopia, si el resultado es de sospecha o de lesión establecida, debe enviarse urgente al paciente para la realización de la endoscopia definitiva.

Comprobado el diagnóstico, se debe referir urgente al / la paciente al servicio de cirugía u oncología del centro hospitalario correspondiente, para su manejo.

La referencia se debe confeccionar en forma completa y debe incluir: resumen de los hallazgos clínicos pertinentes para el caso, tanto de la historia clínica, examen físico, así como los resultados de las pruebas de laboratorio y gabinete que se tengan. En lo posible, el equipo de salud puede realizar el seguimiento del paciente para corroborar que fue debidamente captado.



Tratamiento

El cáncer gástrico cuanto más temprano (menos grado de avance) sea el estadio en que se diagnostica, mejor pronóstico tendrá en cuanto a curabilidad y/o sobrevida a largo plazo; siempre y cuando se realice el adecuado tratamiento. La experiencia del médico en el diagnóstico y el tratamiento son fundamentales para lograr sobrevida de esta enfermedad.

El Estadio Clínico de la enfermedad es en última instancia lo que va a decidir el tratamiento del paciente, permitiendo determinar el abordaje pre y postquirúrgico, así como estimar la sobrevida de la enfermedad. El tratamiento moderno del cáncer requiere de un abordaje interdisciplinario con participación de diferentes especialidades: cirugía digestiva, oncología médica, endoscopía digestiva diagnóstica y terapéutica, radioterapia, patología, radiología y otras.

El abordaje quirúrgico es aún la piedra angular en el manejo de esta enfermedad y puede ser modalidad: endoscópica o cirugía mayor, abierta o laparoscópica.

Actualmente, la quimioterapia y la radioterapia son también modalidades de tratamiento que se están aplicando en algunos casos, dependiendo del estadiaje, en forma neoadyuvante (antes del tratamiento quirúrgico) y en forma adyuvante (posterior a la cirugía), intentando mejorar la sobrevida. También se aplica quimioterapia en casos paliativos con el fin de aliviar la condición general y dar un mayor bienestar al paciente con enfermedad muy avanzada y que no es posible ofrecer otra modalidad de tratamiento.

Hay diferentes modalidades de tratamiento quirúrgico que se aplican dependiendo del estadiaje clínico inicial y la condición general del paciente, entre éstas tenemos:

- Tratamiento endoscópico (resección mucosa o submucosa endoscópica). Indicado en lesiones mucosas (T1 m), histológicamente bien diferenciadas, sin evidencia de ganglios positivos (N0) y usualmente con diámetro menor a 2 cm.
- Tratamiento quirúrgico (cirugía mayor), abierto o laparoscópico. Para lesiones localizadas desde la submucosa (T1 SM) en adelante, con disección ganglionar amplia. La disección ganglionar estándar recomendada es la D2 (resección completa de los ganglios perigástricos del primer y segundo nivel). Las opciones quirúrgicas incluyen: resección en cuña, gastrectomía distal, gastrectomía total, entre otras.

La decisión de realizar alguna de las modalidades previamente descritas dependerá de la localización del tumor, tamaño del tumor, profundidad del tumor, estirpe histológica y del estadio clínico definido.

Pronóstico

La tasa de sobrevida (supervivencia) refleja la proporción de personas vivas a un tiempo pre-especificado luego del diagnóstico de la enfermedad. Usualmente y, por convención, este tiempo es de 5 años. La tasa de sobrevida observada cuantifica la proporción de pacientes con cáncer que están vivos/as luego de 5 años de seguimiento a partir del diagnóstico.

El dato de sobrevida a los 5 años, que se ha estandarizado en la especialidad oncológica, es una buena medida que permite comparar y evaluar los resultados de los tratamientos realizados, así como la evolución de los pacientes; pero no se puede tomar tácitamente como índice de curación, ya que se han visto casos con recidiva de la enfermedad aún después de los 5 años de tratamiento inicial, dependiendo ésto del variable comportamiento biológico del cáncer y del huésped.



En pacientes sometidos a la resección total del tumor con adecuada linfadenectomía, la supervivencia a 5 años varía dependiendo del grado de avance inicial en que se encontró la enfermedad (estadío). También influye en el pronóstico el tipo de tratamiento realizado de acuerdo a la experiencia del grupo tratante.

Sobrevivencia a 5 años post tratamiento según estadiaje en el centro de detección temprana de cáncer gástrico hospital Max Peralta.

	Período CR-JAP Enero 1996 a Marzo 2000 n = 199	Período CR Abril 2000 a Junio 2004 n = 187	MARUYAMA KEIICHI JRSGC n = 10.812
Ia	98%	97.1%	99%
Ib	88.6%	88.6%	89%
II	77.8%	77.3%	79%
IIIa	60.1%	41.6%	52%
IIIb	27.2%	14.0%	26%
IV	39.7%	21.4%	16%
GLOBAL	72.5%	58.2%	69%

Este gráfico ilustra como la supervivencia va en relación al estadío de la enfermedad (primera columna). En la segunda columna se indican los resultados obtenidos por cirujanos japoneses y costarricenses operando en conjunto. En la tercer columna los resultados obtenidos solo por cirujanos costarricenses. La cuarta columna sirve de comparación con los resultados obtenidos en Japón.

Colaboración del Dr. Horacio Solano Director del Centro de detección temprana del cáncer gástrico.

Hospital Max Peralta.

“The American Journal of Surgery 195(2008) 53-60”
“Mayurama M.M., Nacional Cancer Center, Tokyo”

Gráfico #1

Bibliografía complementaria

- Gastric Cancer. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. V.2.2010. www.nccn.org.
- Japanese classification of gastric carcinoma: 3rd English edition. Japanese Gastric Cancer Association. Published online: 15 May 2011. Gastric Cancer (2011) 14:101-112 .
- Japanese gastric cancer treatment guidelines 2010. (ver. 3) Japanese Gastric Cancer Association. .Published online: 14 May 2011. Gastric Cancer (2011) 14:113-123.
- Kitahara F, Kobayashi K, Sato T, Kojima Y, Araki T, Fujino M. Accuracy of screening for gastric cancer using serum pepsinogen concentrations. Gut, 1999; 44:693-697.
- Oliveros, R; Albis, R; Ceballos, J; et al. Evaluación de la concentración sérica de pepsinógeno como método de tamizaje para gastritis atrófica y cáncer gástrico. Rev. Col. Gastroenterol., vol.18 no.2. Bogotá Apr./June 2003.
- Organización Panamericana de la Salud. Alimentos Nutrición y la Prevención del Cáncer: Una perspectiva Mundial. American Institute for Cancer Research. 1997.
- Sasagawa, T; Solano, H; Mena, F; et al. Trial of Mass Screening for Gastric Cancer in Costa Rica. 4th. International Gastric Cancer Congress. New York. April 2001.
- Sierra R, Une C, Ramírez V, González M, Ramírez J, de Mascarel A, Barahona R, Salas-Aguilar R, Páez R, Avendaño G, Ávalos A, Broutet N, Mégraud F. Association of serum pepsinogen with atrophic body gastritis in Costa Rica. Clin Exp Med 2006; 6: 72-78.
- Sierra R., Mena F., Ramírez V., Méndez E., Salazar M., Une C. y Kajiwara T. Pepsinógenos séricos para detectar cáncer gástrico en Costa Rica. Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana 37:357-362, 2003.
- Sierra Rafaela. “Revisión Cáncer gástrico, epidemiología y prevención” Acta Médica Costarricense, Vol.44, N°2, San José. Junio 2002.



Avances del proyecto
ARSENAL ENDOSCÓPICO DISPONIBLE EN TODO EL PAÍS

En el último año, el “Proyecto de Fortalecimiento para la atención integral del Cáncer en la Red de la CCSS” ha adquirido 25 equipos endoscópicos para ubicarlos estratégicamente en las tres redes de atención, 13 de los cuales son de endoscopia alta, 9 de baja y 3 con ambas funciones. El costo directo del equipo en conjunto es de 1.2 millones de dólares. Sin embargo, el costo de inversión de la CCSS es mayor cuando se consideraran las remodelaciones de las salas endoscópicas y el personal técnico calificado relacionado a la ampliación de la cobertura de este método.

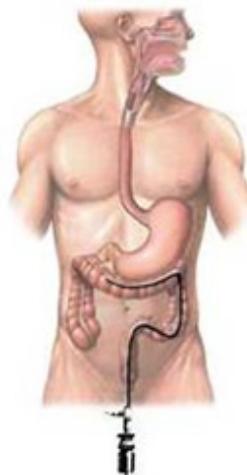
Actualmente, 19 de los 29 hospitales cuentan con endoscopios para la detección temprana del cáncer, distribuidos en todo el país, según sea la necesidad de cobertura y las zonas de más incidencia.

Es importante destacar que dos hospitales especializados hacen uso de esa tecnología para las necesidades de sus pacientes: el hospital Nacional de Niños y el hospital de Geriátría y Gerontología.

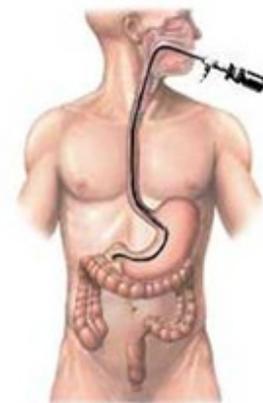
Haciendo una comparación con el 2009, puede notarse un aumento del 24.1% en exámenes de colonoscopias y de 35.4% en las gastroscopias totales del país, realizadas en el país, según el reporte de la Red de Servicios y Centro de Salud.

Según relata la historia contada por la Asociación Americana de Cáncer, los endoscopios fueron creados para examinar partes del cuerpo que no podían examinarse de ninguna otra manera. Y esa es aún una razón común

Endoscopia inferior



Endoscopia superior



Equipos entregados en el 2012 por Proyecto de Fortalecimiento para la atención integral del Cáncer en la Red

Establecimiento de Salud	Endoscopia Alta	Endoscopia Baja	Endoscopia Alta y Baja
Hospital Max Peralta	1	1	-
HMP CDTC Gástrico	1	-	-
Hospital Monseñor Sanabria	1	1	-
Hospital Guápiles	1	1	-
Hospital Escalante Pradilla	-	-	1
Hospital San Juan de Dios	1	1	-
Hosp. Calderón Guardia (DHO)	1	-	1
Clínica Solón Núñez	1	1	-
Hospital de San Carlos	1	1	-
Hospital México	2	1	-
Hospital Golfito	1	-	-
Hospital Liberia	-	1	-
Hospital Nacional de Niños	-	-	1
Hospital Valverde Vega	1	-	-
Hospital de la Anexión	1	1	-
Subtotales	13	9	3

Gráfico #2

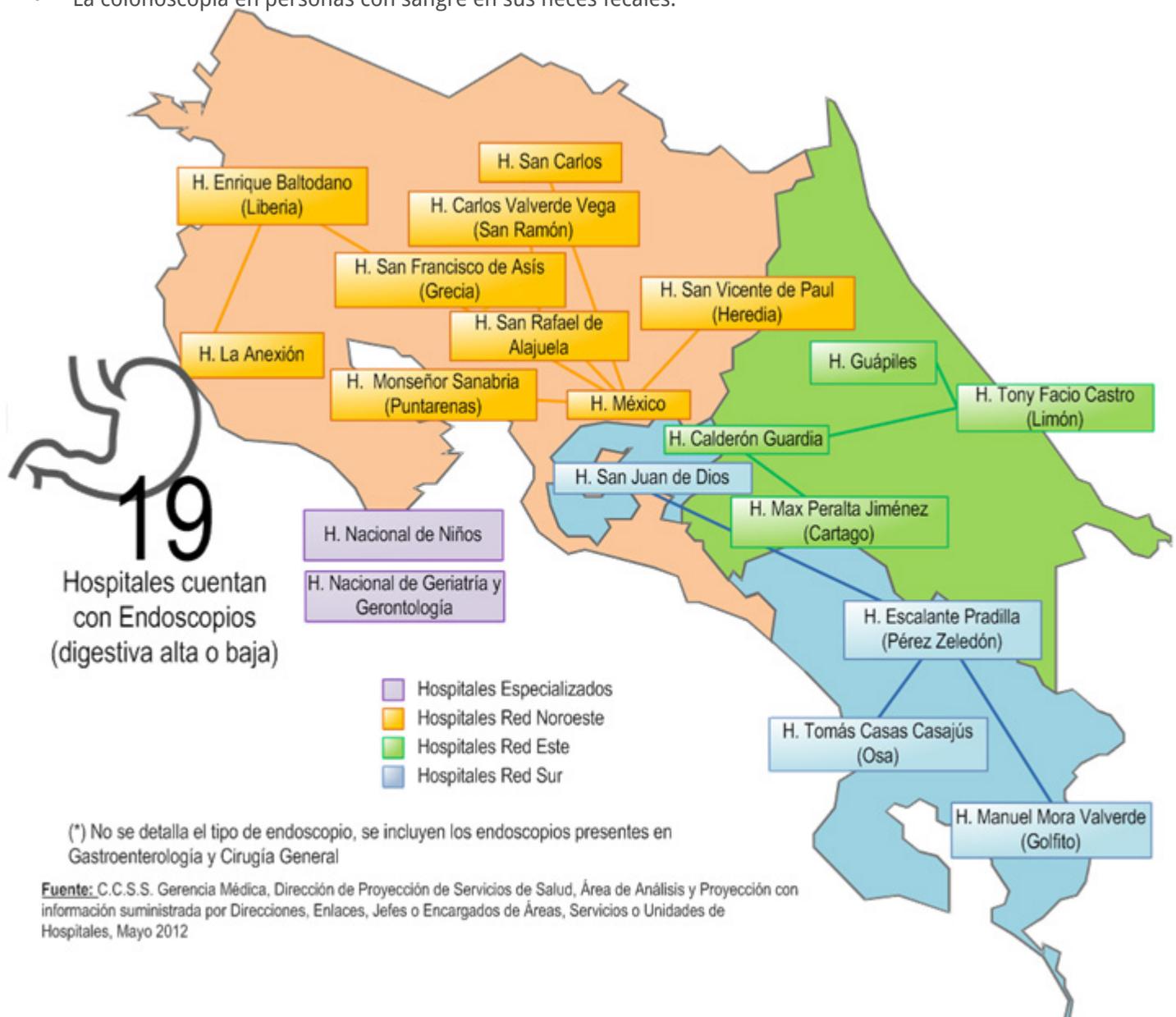


para utilizarlos, pero la endoscopia también tiene muchos otros usos ahora, como la detección del cáncer en las personas que no tienen síntomas. Por ejemplo, la colonoscopia y la sigmoidoscopia son usadas para detectar el cáncer de colon y recto.

Incluso, estos procedimientos también «previenen» el cáncer debido a que facilitan a los médicos encontrar y extraer cualquier pólipo (crecimiento) que pudieran convertirse en cáncer, si se dejara sin atender.

Este equipo médico extendido en toda la red es importante cuando las personas acuden a sus médicos con ciertos síntomas y la endoscopia ayuda a encontrar una causa posible de las molestias. Por ejemplo:

- La laringoscopia para observar las cuerdas vocales en personas con enronquecimiento prolongado.
- La endoscopia superior en personas con problemas para tragar.
- La colonoscopia en personas con anemia (recuentos bajos de glóbulos rojos) por causas desconocidas.
- La colonoscopia en personas con sangre en sus heces fecales.





Opinión del experto

CUANTO MÁS ACTIVIDAD FÍSICA, MENOS RIESGO DE CÁNCER

José Angel Ramírez Obando, profesor de educación física en la Subárea de Recreación y Deporte de la Dirección de Bienestar Laboral, que cuenta con 23 años de experiencia en la CCSS, afirma que “en los últimos 20 años, la investigación internacional ha dejado claro que la actividad física o el ejercicio estructurado juegan un papel fundamental en la prevención del cáncer”.

EL PUNTO CLAVE: LA META DE 30 MINUTOS



Dada la importancia del ejercicio y la actividad física para la prevención, no sólo del cáncer sino también, de muchas enfermedades, en 1995 el Centro de Control de Enfermedades (CDC) y el Colegio Americano de Medicina Deportiva (ACSM) desarrollaron una recomendación que instaba a las personas a plantearse una meta de acumular 30 minutos de actividad física o ejercicio moderado durante el día.

Sin embargo, para el profesor Ramírez, esto quiere decir que se puede empezar con 10 minutos e ir avanzando poco a poco hasta llegar a los 30 minutos. Incluso, se puede hacer de forma continua (30 minutos) o hacerla de forma fragmentada (por ej. 10 en la mañana, 10 en la tarde y 10 en la noche).

EL PUNTO CRÍTICO: PASAR SENTADO DEMASIADO TIEMPO



El experto en ejercicio como salud enfatiza un punto crítico para los que desean usar el beneficio del ejercicio: “si bien los 30 minutos recomendados son muy buenos para la salud, las 15 ½ horas restantes que abarcan el tiempo que usted pasa despierto influyen muchísimo en su salud.”

Y plantea: “ Aún cuando usted cumpla con los 30 minutos recomendados, si usted pasa la mayor parte del día sentado, ya sea en el trabajo, la casa, recreándose o transportándose de un lugar a otro, usted está aumentando el riesgo de padecer ciertas enfermedades, entre ellas cáncer.

Por esa razón, la CCSS hace un llamado para que las personas, además de cumplir con los 30 minutos recomendados de actividad física / ejercicio, reduzcan el tiempo que pasan sentados.



EL PUNTO DE RIESGO: PASAR SENTADO Y EL CÁNCER



Numerosos estudios han demostrado la relación entre pasar sentado mucho tiempo y la posibilidad de padecer diferentes tipos de cáncer.

Se ha demostrado que un estilo de vida sedentario está asociado con un aumento en el riesgo de algunos tipos de cáncer.

Para José Ramírez, “esta es una importante observación porque sugiere que mucho tiempo sentado no puede ser compensado con sólo cumplir o incluso exceder la recomendación de actividad física o ejercicio.”

Ante este panorama, el experto también asegura que “es alentador saber que se pueden disminuir y controlar la aparición de algunos tipos de cáncer poniendo en práctica recomendaciones muy sencillas basadas en los resultados de muchos estudios realizados con el propósito de prevenir el cáncer.”

Según organismos internacionales dedicados a la investigación en salud, la actividad física puede disminuir el riesgo de padecer algunos tipos de cáncer, igual que desempeña un importante aporte en la reducción de la incidencia de muchas otras enfermedades.

- En sentido contrario, permanecer sentado o inactivo en la mayor parte del día aumenta el riesgo de tener la enfermedad, incluso si las personas hacen 30 minutos de actividad física o ejercicios y luego pasan largas horas sentadas, pues el sedentarismo anularía el beneficio de esa actividad o del ejercicio realizado.

RELACION ACTIVIDAD FISICA Y EL CÁNCER

Los mensajes que los organismos de investigación internacionales han realizado sobre este tema se resumen en tres:

- De acuerdo a la Sociedad Americana de Cáncer (ACS por sus siglas en inglés) existe mucha evidencia científica que indica que la actividad física y el ejercicio pueden reducir el riesgo de diversos tipos de cáncer como el mama, colon y endometrio.
- De acuerdo a la British Journal of Sport Medicine, las mujeres físicamente activas pueden reducir el riesgo de cáncer mama.
- De acuerdo al Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos (NIH), participar en actividades físicas y ejercicio de cualquier intensidad está asociado con reducciones de riesgo de cáncer de colon y cáncer rectal.

Asimismo, la evidencia demuestra que el ejercicio y la actividad física son importantes para prevenir el cáncer y también para mejorar la calidad de vida de los sobrevivientes de cáncer.

Además, los expertos confirman que los beneficios de moverse se reciben a toda edad. “Nunca es tarde para comenzar la actividad física y disminuir el tiempo que la persona pasa sentado durante el día, pues los estudios demuestran que las personas previenen enfermedades y discapacidades aún cuando decidieron adoptar un estilo de vida activo en la edad adulta avanzada” afirmó José Ramírez.



Sin embargo, aún cuando la actividad física o el ejercicio ayudan en la prevención del cáncer, también es necesario realizar una serie de modificaciones complementarias en el estilo de vida que pueden ayudar a disminuir más las posibilidades de padecer cáncer: medidas como evitar el tabaquismo, mantener un peso razonable, comer saludablemente, utilizar bloqueador solar, no sobreexponerse a los rayos del sol entre las once y las dos y mantener relaciones sexuales seguras.

5 RECOMENDACIONES PRÁCTICAS.

De hecho, en la mayoría de los estudios que se han realizado para establecer una relación entre actividad física / ejercicio y cáncer, la recomendación utilizada ha sido la caminata. Lo bueno es que esta caminata puede ser de una intensidad moderada, alta e incluso baja.

José Ramírez propone las siguientes medidas prácticas:



5 RECOMENDACIONES PRÁCTICAS

1

Diseñe un plan y apéguese a él. Por ejemplo, haga pequeños paseos tipo caminata. Este plan puede ser personal o familiar.

2

Involucre a su familia en esta aventura y de esta forma estará ayudándoles a prevenir no sólo el cáncer si no otras enfermedades asociadas con la poca actividad física y ejercicio.

3

Trate de pasar sentado lo menos posible en el trabajo. Por ejemplo, en el trabajo, de ser posible, utilice las gradas en vez del ascensor, si debe enviarle un mensaje por correo a un compañero aproveche y camine hasta su oficina y se lo entrega en persona y por qué no, organice reuniones cortas de pie. Trate de levantarse un rato cada hora. Hable por teléfono de pie y, si necesita leer algo, pruebe hacerlo de pie para darle beneficio al cuerpo y a la mente.

4

Trate de pasar sentado lo menos posible en la casa. Disminuya el tiempo que pasa sentado viendo televisión. Trate de no estar sentado frente al televisor por más de 2 horas continuas. Aproveche los anuncios para levantarse. O, simplemente, vea algunas de las noticias de pie incluso haciendo algún tipo de actividad. Lo importante es romper el estado de quietud mientras ve televisión por más de una hora.

5

Infórmese. La educación es fundamental para prevenir o enfrentar el cáncer. Más de un tercio de todos los tipos de cáncer pueden prevenirse. Cambiar los hábitos es posible si usted aprende cómo hacerlo y se motiva.



Actualmente existe mucha evidencia que indica que la Actividad Física / Ejercicio disminuye el riesgo de padecer muchas enfermedades y entre ellas, algunos tipos de cáncer.

La **actividad física** se refiere a todas las actividades que usted realiza diariamente desde que se levanta hasta que se acuesta.

De una forma muy sencilla se puede definir cómo los movimientos que usted realiza durante el día desde que se levanta hasta que acuesta.

Esos movimientos son voluntarios y al realizarlos el gasto de energía que usted realizó representa un beneficio general a su cuerpo.

Algunos ejemplos de actividad física son los trabajos del hogar, trabajo en el campo, caminar al trabajo, cargar los víveres, jugar con niños, subir gradas, y otros.

El **ejercicio** se refiere a una actividad física más estructurada cuyo propósito está orientado a mejorar uno o varios componentes de la aptitud o condición física.

Algunos ejemplos serían nadar, saltar suiza, hacer lagartijas, trotar, hacer sentadillas, estiramientos y otros.

Las dos vías son beneficiosas para la prevención del cáncer.

Bibliografía

- American Cancer Society. Cancer Facts and Figures. 2012.
- American College of Sports Medicine. Roundtable on Exercise Guidelines for Cancer Survivors. Medicine & Science in Sports & Exercise. 2010
- American College of Sports Medicine. Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Cardiorespiratory, Musculoskeletal, and Neuromotor Fitness in Apparently Healthy Adults: Guidance for Prescribing Exercise.. Medicine & Science in Sports & Exercise. 2011.
- American Institute for Cancer Research. http://www.aicr.org/research/research_science_expert_report.html
- Friedenreich CM, Cust, AE. Physical activity and breast cancer risk: impact of timing, type and dose of activity and population subgroup effects. British Journal of sports Medicine. 2008.
- Katzmarzyk et al. Sitting time and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer. Medicine & Science in Sports & Exercise. 2008.
- Organización Panamericana de la Salud. http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1866&Itemid=3904&lang=es



¿Quiénes somos?

EXPERIENCIA EXITOSA DEL TRABAJO EN RED

Dermatólogos del Hospital Calderón Guardia apoyan la consulta de la Clínica Carlos Durán.



EL CASO QUE EJEMPLIFICA EL PROGRAMA. Don Germán Espinoza fue diagnosticado y operado por cáncer de piel en la Clínica Carlos Durán. El doctor Sergio Cortés, jefe del dermatología del Calderón Guardia, visita la Clínica Carlos Durán para el seguimiento.

El paciente dice estar “muy agradecido” por la diligencia y el buen trato: “Me voy a morir de esto?” le preguntó al doctor al momento del diagnóstico con angustia. Al momento de esta revisión, ya se sentía feliz, aunque tomó pose de circunspección para la foto. “Me siento muy bien, estoy contento ahora. Tenía una espinilla que no sanaba, luego fue una pelota y ahora solo me queda la satisfacción de haber sido tratado y la gratitud con la Caja”.

Gracias a un acuerdo de apoyo entre el departamento de dermatología del Calderón Guardia y la coordinación del segundo nivel de la clínica Carlos Durán, médicos especialistas ven pacientes y dan capacitación a médicos generales para elevar la capacidad resolutive.

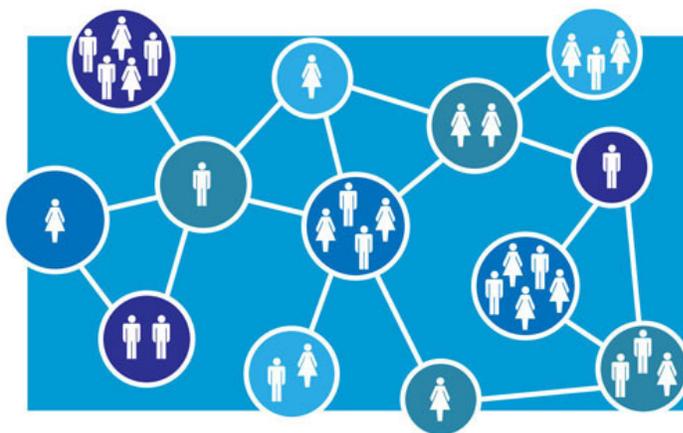
El antecedente es que el dermatólogo de la Clínica estará un año en especialización oncológica en México y, ante la ausencia, los casos debían ser remitidos al Hospital Calderón para valoración. ¿Qué hacer: sumar pacientes al hospital o buscar otra solución?

El esfuerzo se hizo en sentido contrario: los especialistas se organizaron para mantener al día sus tareas en el hospital y para desplazarse a la clínica, con el fin de evitar el traslado masivo de pacientes, con los problemas que acarrearía.

Al inicio de la experiencia se atendió 219 pacientes en lista de espera, para lo cual seis dermatólogos del hospital hicieron tres jornadas de consulta, debidamente programada y depurada.

La etapa operativa vino después; se ha programado la visita de un médico y un residente en consulta supervisada dos veces por semana para atender los nuevos casos y darles seguimiento a los demás. Las operaciones se hacen el último viernes de cada mes en la clínica.

Tras un mes de implementado, los resultados del programa son altamente satisfactorios: 1219 pacientes vistos, la mayoría (941) son de primera vez, los demás son de seguimiento (275) y se han dado de alta 126 personas.



Trabajo en Red



Según la Dra. Flory Jimenez Coordinadora Segundo Nivel de Atención de la clínica, el éxito del proyecto está en la “apertura” del doctor Sergio Cortés, jefe de dermatología del hospital, para hacer este tipo de alianzas. Y, según el médico, el buen resultado está también en la “organización significativa” de la clínica para poner en marcha un plan metódicamente estructurado.

Cada uno agradece a la otra parte la facilidad y la disposición para el trabajo en grupo que ha permitido tanto el trabajo clínico como el académico, pues los especialistas han dado capacitación a los médicos generales para que puedan hacer mejor manejo de los casos, incluso que puedan darles seguimiento una vez terminado el tratamiento con el especialista.



“Hemos realizado este programa en beneficio del paciente gracias a la disposición del Hospital”

Dra. Flory Jimenez Soto
Coordinadora Segundo Nivel de Atención
Clínica Carlos Durán

- CURSO VIRTUAL -

REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON CÁNCER

La Caja Costarricense de Seguro Social iniciará, en setiembre, el primer módulo de educación virtual para trabajadores de salud, con el objetivo de crear propuestas para mejorar el trabajo conjunto de los tres niveles de atención del cáncer: hospitalario (nacional), áreas de salud (regional) y ebáis (local).

Aunque el trabajo en red es un proceso institucional en marcha, esta es la primera vez que se llevará a cabo la capacitación sobre el abordaje del cáncer en red, en la cual participan los profesionales de los tres niveles de atención como alumnos de un proceso educativo integrado, reunidos en grupos de trabajo con miembros de los tres niveles, de forma simultánea.

El trabajo en grupo requiere que los diversos técnicos y profesionales de salud analicen el viaje del paciente entre los diferentes servicios de atención con mirada de conjunto y elaboren propuestas viables, tendientes a reducir las brechas entre las necesidades y expectativas de los diferentes niveles de atención.

Este curso es parte de la estrategia institucional interesada en ver la atención del cáncer como una red colaborativa en lugar de un proceso de estaciones, donde el paciente transite entre los niveles, siendo guiado y acompañado hasta cumplir el tratamiento. Con esto se pretende fortalecer la continuidad en la atención de los pacientes con cáncer.

El primer grupo del curso virtual, lo conformarán 60 funcionarios de todos los niveles, que se agruparán mezclados en la creación de propuestas viables en la Institución. La capacitación, que tiene una duración de 10 semanas, se imparte 100% por internet.

Si usted desea más información o está interesado(a) en participar en este curso impartido por el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) puede escribir a ai_cancer@ccss.sa.cr



NOTICIAS

CCSS inaugura obra de infraestructura para la atención del cáncer



La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) inauguró el moderno edificio dedicado a dar tratamiento de radioterapia y quimioterapia a los enfermos de cáncer, con el cual Costa Rica se incorpora a la altísima tecnología de radioterapia disponible en el mundo.

La obra representa la consecución de logros institucionales en tres objetivos claves:

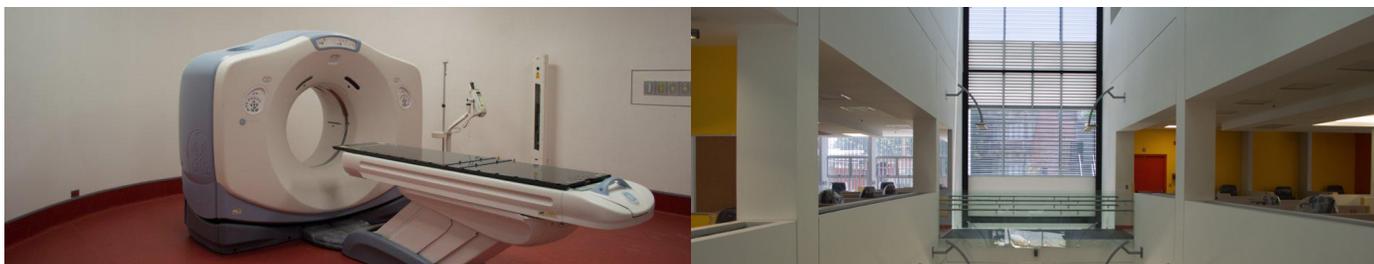
- la gestión clínica (el servicio duplica la capacidad de atención y vuelve autosuficiente a la Institución),
- la gestión ambiental (el edificio es de bajo gasto energético y de alto aprovechamiento de ventilación e iluminación natural)
- y la gestión del servicio (el diseño está centrado en el paciente y ofrece la máxima experiencia de calidez que los enfermos pueden tener).

Además del edificio y el equipamiento, la Gerencia Médica dotó de recurso humano para poner en marcha el proyecto. La inversión adicional implicó capacitar de previo los expertos, autorizar las plazas necesarias y preparar la puesta en marcha del complejo proceso de atención.



El costo total supera los €9.085 millones y tiene un área de construcción de 3.420 metros cuadrados. Posee también:

- 2 aceleradores lineales nuevos.
- 1 tomógrafo simulador digital de 16 cortes.
- 1 sistema de planificación virtual con múltiples licencias que se pueden trabajar simultáneamente.
- 44 sillones de aplicación de quimioterapia individualizados.
- de 3 a 10 se ampliaron las estaciones de planificación, lo cual permitirá realizar un mayor número de casos por día, así como reducir el tiempo para inicio de los tratamientos.
- diversos equipos y software para planificación, dosimetría y control de calidad de los equipos.



TEC Y CCSS TRAS EL CÁNCER.



Autoridades del Instituto Tecnológico de Costa Rica y la CCSS firmaron un convenio de cooperación según el cual cabe pensar que “en un tiempo no muy lejano”, será posible que tubos submicroscópicos destruyan células cancerosas en el cuerpo de los pacientes.

Ese y otros objetivos médicos tenían en mente la Dra. Ileana Balmaceda Arias, presidente ejecutiva de la CCSS y el Dr. Julio Calvo, rector del Instituto Tecnológico de Costa Rica al firmar el acuerdo de cooperación para relacionar la nanotecnología con la prestación de los servicios de salud.

Este eje comprende el conocimiento de procesos celulares y mecanismos moleculares, así como la utilización de la nanotecnología y bioinformática para el trabajo clínico.

El convenio posibilita la formación de recurso humano especializado, que podrá desempeñarse en la industria biomédica y de servicios de salud para mejorar la atención a los pacientes.



HOSPITAL DE GUÁPILES TENDRÁ MODERNO SISTEMA DE MAMOGRAFÍA DIGITAL.



En el mes de Julio, el Hospital de Guápiles inauguró el Sistema de Mamografía Digital para mejorar la detección temprana del cáncer y la capacidad resolutoria en la zona, pues no tendrán que trasladarse hacia el hospital Tony Facio de Limón con el fin de realizarse la prueba radiológica.

Para el director del centro médico, Doctor Javier Brenes Ortiz, el objetivo es mejorar la calidad y la accesibilidad de la atención a los usuarios, que favorecerá la atención de mujeres con factores de riesgo, entre ellos, antecedentes familiares o lesiones sospechosas

El arquitecto Oscar Mora Elizondo, jefe del proyecto de la Dirección Administrativa de Proyectos Especiales (DAPE) de la CCSS, manifestó que el sistema digital de mamografía, a un costo de ₡120 millones, incluye la instalación de un moderno mamógrafo.

Además, destacó la no utilización de químicos durante el proceso de revelado de placas como ventaja de la tecnología digital, lo que favorece la conservación del ambiente y permitirá, a futuro, la posibilidad de transferir estudios en formato digital vía intranet hacia algún centro de lectura.

Otra de las ventajas es la capacidad del equipo para la manipulación de la imagen, pues el médico radiólogo puede ampliar, aclarar y contrastar la mamografía obtenida, con el propósito de lograr una mayor certeza en su lectura y aumentar la precisión en el diagnóstico.

A nivel de infraestructura, el arquitecto precisó que se trata de una readecuación total del inmueble de 172 metros cuadrados que además se habilitó para el traslado de la Unidad de Endoscopia Digestiva que cuenta con más de cinco años al servicio de los asegurados del hospital. El acondicionamiento de las instalaciones incluye reforzamientos estructurales, implementación de sistemas electromecánicos y mejoras a nivel de distribución arquitectónica.

La inversión inicial corresponde a ₡ 281.982.598,62, de los cuales, ₡61.993.004,62 son aporte del Hospital de Guápiles y la otra parte es financiada por el "Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la CCSS".



FACEBOOK DE LA CCSS ABORDA TEMA DEL CÁNCER.



Cuando se desea dar aviso a la población en general sobre las acciones del cáncer institucional o mensajes educativos en cáncer, también se puede hacer por la cuenta de Facebook institucional, mediante un “Banner web” que es una etiqueta con información que se comparte en la cuenta de Facebook de la institución.

Estos son algunos ejemplos:



Estos y otros mensajes sobre el cáncer fueron vistos por 95.000 usuarios lo cual pone en evidencia la atención prestada al cáncer. El facebook de la CCSS es [facebook/CCSSdeCostaRica](https://www.facebook.com/ccssdecostarica)

Si usted tiene información sobre las buenas acciones para la atención del cáncer en su unidad de trabajo puede comunicarse a nuestro correo para dar reporte en este boletín y también para ser considerado para la difusión por vía de redes sociales.

Edición por:
Dr. Alejandro Calderón C.
Proyecto Fortalecimiento de la Atención Integral del
Cáncer en la Red.
Lic. José Mairena
Dirección de Comunicación de CCSS.

Diseño Gráfico donado como parte de su
proyección social a la comunidad por:
Francisco Leitón Sandoval
E-mail: escribeme@lylpro.com

Contacto
E-mail:
ai_cancer@ccss.sa.cr
Teléfono:
(506) 2222-3353

Copyright
© 2013 CCSS.
Todos los derechos
reservados.

Esta información puede ser
usada en presentaciones,
conferencias o boletines
institucionales, consignando
la fuente, como se describe
en cada uno de los
documentos.