



En esta edición:

Presentación	01
¿Quiénes somos?	02
El cáncer de mama, el gran reto	02
Claves para la detección temprana del cáncer de mama	08
Mamografía de tamizaje	09
Situación actual de los servicios de mamografía en Costa Rica	09
Avances del Proyecto de Atención del cáncer de mama	11
La respuesta institucional ante el aumento del cáncer de mama: Las Clínicas de mama	12
El cáncers desde la perspectiva del paciente	16
Noticias	18



Presentación

El gran reto: cáncer de mama.

En este cuarto boletín, profundizamos sobre el cáncer de mama, dada su importancia tanto por incidencia como por la mortalidad entre los cánceres que afectan a las mujeres. Por cada cien mujeres con cáncer, 19 tienen de mama, es menor al que produce más casos, que es el de piel, pero es mucho más alto en la tasa de mortalidad.

También les presentamos más datos epidemiológicos para comprender la dimensión social del impacto de este cáncer, las claves para la detección temprana y los avances de algunos de los proyectos más interesantes en la gestión: las Clínicas de Mama.

Y, como reporte del fortalecimiento de la capacidad instalada, les anunciamos la lista de los centros de salud con nuevos mamógrafos para mejorar y ampliar el diagnóstico y el pronóstico de los casos.

Además, usted conocerá la proyección del (COI) Consejo Oncológico Institucional y noticias del quehacer sobre el cáncer.

Gracias por estar en esta red informativa y por compartir esta información con toda persona a la cual le pueda ser útil. “En el Proyecto de Fortalecimiento de la Atención del Cáncer en la Red de la CCSS” estamos convencidos que compartir información nos ayuda a la toma de decisiones y a aumentar la capacidad de reflexión para encontrar soluciones creativas como sistema de salud.

Contacto

E-mail:

ai_cancer@ccss.sa.cr

Teléfono:

(506) 2222-3353

Dr. Luis Bernardo Sáenz
Director de Proyecto





En la actualidad el COI está integrado por los siguientes profesionales:

Dra. María Eugenia Villalta Bonilla.
Gerente Médico

Dr. Juan Carrillo Henchoz
Jefe, Departamento Hemato-oncología Hospital Nacional de Niños

Dr. Gonzalo Vargas Chacón
Jefe, Departamento Hemato-oncología Hospital San Juan de Dios

Dr. William Hernández Rojas
Jefe, Departamento de Hemato-oncología Hospital Calderón Guardia

Dra. Marjorie Obando Elizondo
Jefe, Departamento Hemato-oncología Hospital México

Dr. Horacio Solano Montero
Coordinador Centro de Detección Temprana de Cáncer Gástrico de Cartago

Dr. Luis E. Loria Sáenz
Asesor de la Gerencia Médica

Dra. Lisbeth Cordero Méndez,
Médico especialista en radioterapia, Hospital México

Dr. Luis Bernardo Sáenz Delgado
Director, Proyecto de Fortalecimiento Atención Integral de Cáncer

¿Quiénes somos?

Como se mencionó en el boletín anterior, en el año 2009, la Gerencia Médica de la Caja Costarricense de Seguro Social, con la aprobación de la Junta Directiva, elaboró el Perfil Funcional para la Atención del Cáncer, para la institucionalización y el desarrollo de políticas, estrategias, planes, proyectos y programas relacionados con la atención del cáncer.

En esta edición, usted conocerá qué es el Consejo Oncológico Institucional y sus funciones.

Consejo Oncológico Institucional (COI)

Se constituye en una instancia asesora, técnica y recomendativa de la Gerencia Médica, responsable de proponer las estrategias, las políticas, los planes, los proyectos y los programas de ámbito institucional.

Además, le corresponde asesorar en temas oncológicos para el uso eficiente y efectivo de los recursos a las instancias técnicas y propiciar acciones para disminuir el impacto de esta patología, con el propósito de lograr mayor oportunidad y calidad en los servicios oncológicos.

El COI está adscrito a la Gerencia Médica e integrado por las jefaturas de los departamentos de hemato-oncología de los hospitales nacionales, Hospital Nacional de Niños y un representante de los hospitales regionales.

El cáncer de mama, el gran reto

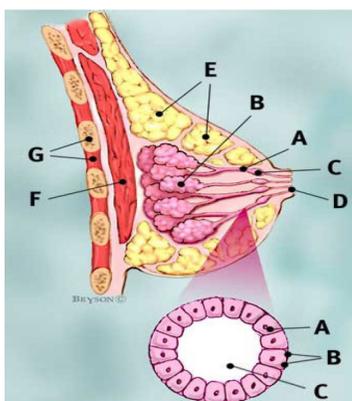
El cáncer de mama es el crecimiento y la propagación sin control de células anormales en la mama.

La mama se compone de 15 a 20 glándulas separadas (llamadas lóbulos) productoras de leche. Los lóbulos se conectan al pezón por pequeños tubos (llamados conductos) y están rodeados por grasa y tejido conectivo. La mayoría de los tumores en la mama comienzan en los conductos.

Los tumores se clasifican en etapas de acuerdo a cuánto se han extendido o propagado. El tumor localizado significa que el cáncer se limita a la



Anatomía de la Mama con un Aumento del Tamaño de la Sección Transversal de los Conductos



Corte Vertical:

- A . Conductos
- B . Lóbulos
- C . Dilatación de los conductos de sección para almacenar la leche
- D . Pezón
- E . Tejido adiposo
- F . Músculo pectoral mayor
- G . Pared torácica / caja torácica

Ampliación:

- A . Células del conducto normal
- B . Membrana basal
- C . Lumen
(en el centro conducto)

mama; la etapa regional significa que el cáncer se ha propagado más allá de la mama en el tejido circundante o de los ganglios linfáticos cercanos y la etapa distante significa que el cáncer tiene metástasis (propagación) a otros órganos como el pulmón o el hígado.

El cáncer de mama que está confinado al conducto o al lóbulo donde comenzó se llama cáncer "in situ". Por definición, los tumores in situ son lesiones pequeñas que todavía están confinadas al grupo de células de origen y no han penetrado la membrana basal del tejido, por lo que tienen un pronóstico favorable. Estos tumores son generalmente demasiado pequeños para que una mujer o su médico lo palpen, por lo tanto, se encuentran con mayor frecuencia con una mamografía.

Un tumor de mama que ha empezado a extenderse más allá del lóbulo o conducto en el tejido vecino se llama cáncer "invasivo" (o infiltrante). El tratamiento para el cáncer de mama es menos probable que funcione una vez que el cáncer se ha propagado más allá de la mama.

Causas y factores de riesgo

No se conocen las causas exactas de este tipo de cáncer. Sin embargo, los estudios han encontrado que algunos factores aumentan la probabilidad de padecerlo. Algunos de estos factores pueden ser controlados mientras otros no se pueden cambiar.

Las mujeres con factores de riesgo no siempre desarrollan cáncer de mama. La mayoría de las veces, las mujeres que desarrollan cáncer de mama no tienen factores de riesgo conocidos. Entre los factores de riesgo que más se han asociado al desarrollo de cáncer de mama se encuentran: el aumento en la edad; factores reproductivos, hormonales y factores genéticos.

Además, factores dietéticos y la exposición a las radiaciones ionizantes se han asociado al aumento del riesgo de desarrollar cáncer. Según la Organización Mundial de la Salud las altas tasas de incidencia de cáncer de mama están asociadas con el estilo de vida occidental (sedentarismo y dieta insana).

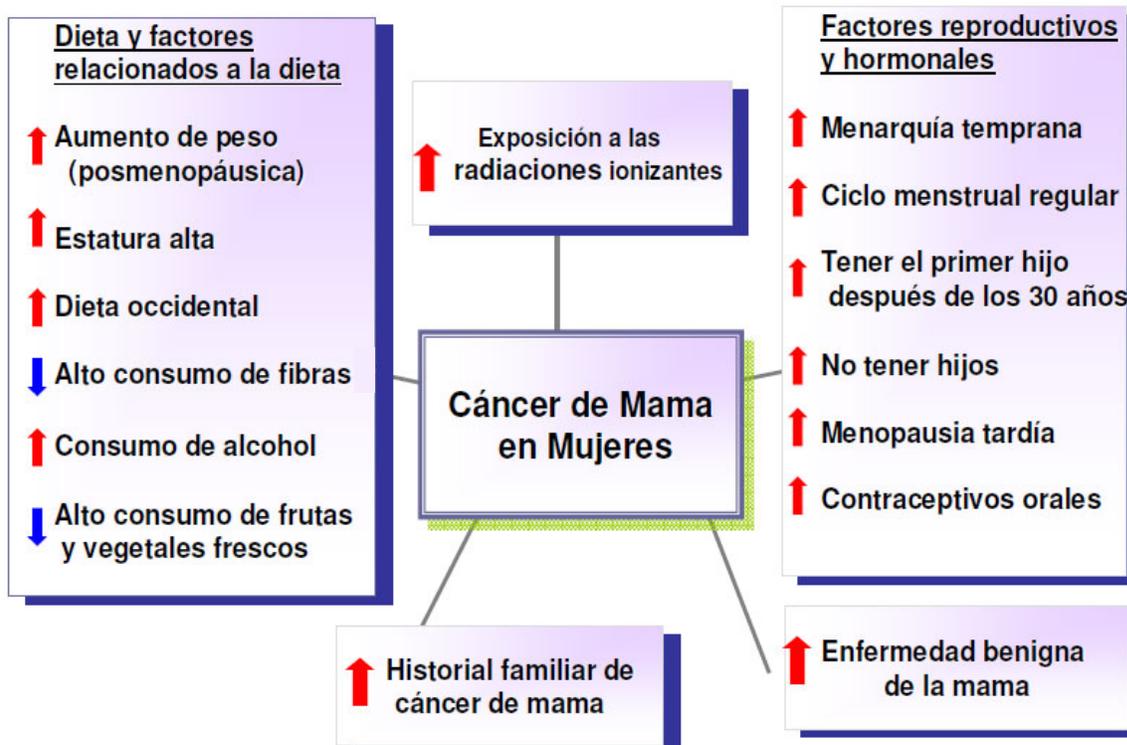


Factores de protección

Todavía hay poco consenso respecto a si los cambios en el estilo de vida pueden prevenir el cáncer de mama. El mejor consejo es consumir una alimentación bien balanceada y evitar centrarse en un alimento para “combatir el cáncer”. Las pautas dietarias de la Sociedad Americana del Cáncer (American Cancer Society) para la prevención del cáncer recomiendan que la gente:

- Escoja alimentos y tamaños de las porciones que fomenten un peso saludable.
- Escoja productos integrales en lugar de productos de granos refinados.
- Coma cinco o más porciones de frutas y verduras cada día.
- Limite las carnes rojas y procesadas en la alimentación.
- Reduzca el consumo de alcohol a un trago por día (las mujeres que están en alto riesgo de cáncer de mama deben pensar en no tomar alcohol en absoluto)

Factores Asociados con el Aumento (↑) o Disminución (↓) del Riesgo de Desarrollar Cáncer de Mama





Examen Clínico de Mama (tomado de Guía de atención de mama Decreto 28851-S)

La efectividad del ECM no ha sido probada en ensayos randomizados y su papel como test de tamizaje no está claro, ya que no se ha demostrado que tenga algún efecto adicional en reducción de la mortalidad por cáncer de mama con respecto a la mamografía.

Está demostrado que el valor del ECM está en proporción directa con el grado de entrenamiento y experiencia de los examinadores de la técnica empleada, de la meticulosidad y el tiempo dedicado al examen así como de las características de las mujeres (tales como edad), de las glándulas mamarias y del cáncer (tamaño, textura, movilidad, tipo y localización) (Barton MB et al.)

Los cánceres de mama detectados por ECM tienden a ser de mayor tamaño que los detectados por mamografía (Fletcher and O'Malley) afirmación que apoya los siguientes hallazgos (Shapiro et al).

- Cánceres detectados por mamografía sola tuvieron la tasa de mortalidad a los 8 años de 14%
- Cánceres detectados por ECM solo tuvieron la tasa de mortalidad a los 8 años de 32%

Según Breast Guidelines Nueva Zelanda, algunas de las cualidades que se le atribuyen al ECM es la reducción de la tasa de falsos positivos, elimina la ansiedad y el trauma asociado con la localización de lesiones no palpables (son el 20% de todos los cánceres detectados por tamizaje) y reduce la tasa de biopsias innecesarias.

El ECM está asociado a tasas de falsos positivos relativamente altas, y aún más altas de falsos negativos (Barton MB et al 1999) lo que aumenta los costos en el proceso de confirmación diagnóstica en los programas de tamizaje.

Realización del Examen

La mayoría de libros de texto hace énfasis en la inspección y en la palpación. Sin embargo, la investigación ha favorecido la palpación.

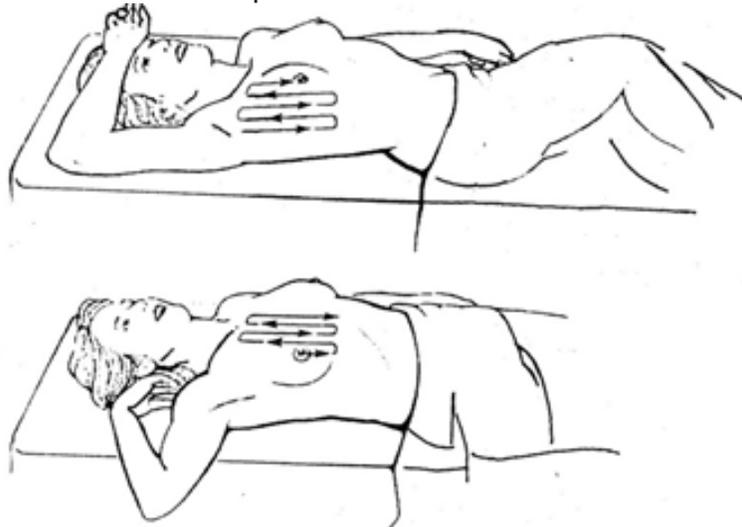


Palpación

Las variables importantes en la palpación son (1) posición del paciente, (2) límites de la mama (3) patrón del examen (4) posición, movimiento y presión por parte de los dedos, y (5) duración del examen.

La palpación comienza en la axila a nivel de la línea media axilar y se hace en línea recta hacia el borde inferior de la mama poco a poco los dedos se van moviendo hacia la línea media, llegando siempre del tórax hasta la clavícula. Todo el pecho es cubierto de esta forma, yendo de arriba hacia abajo. Los movimientos lineales deberán sobrelaparse. Este patrón vertical (o la técnica cortadora de césped) se ha descrito como más minuciosa que la de círculos concéntricos o la de patrón radial.

Patrón de exploración lineal de la mama.



Los Dedos

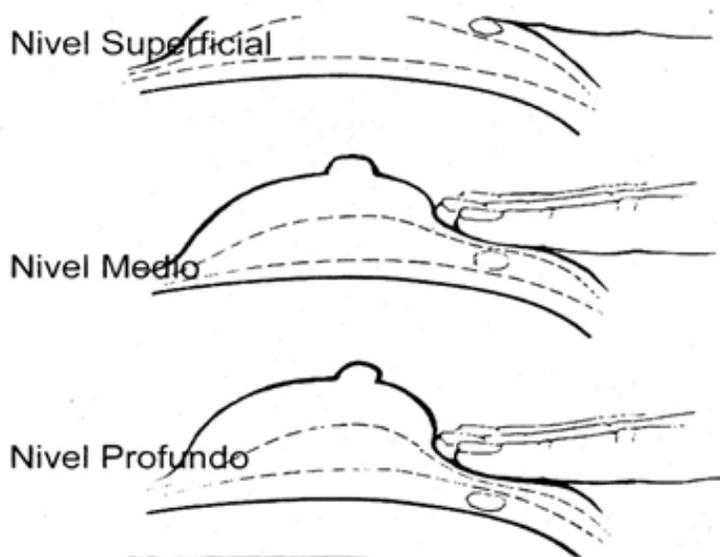
La mayoría de los textos describen poco sobre qué deben de hacer los dedos durante el examen, situación irónica dado que son ellos los que deben detectar y diferenciar las tumoraciones anormales en el tejido mamario. Psicólogos del comportamiento han encontrado que los dedos pueden detectar una tumoración de 2 milímetros en tejido mamario simulado.



Estos investigadores desarrollaron una técnica de palpación de la mama (The Mammacare Meted) combinando el patrón en franjas verticales y una técnica específica con los dedos, enseñaron a utilizar una técnica de discriminación (con modelos de mama de silicón) para mejorar la detección de tumoraciones. Este método es descrito en el párrafo a continuación.

Los tres dedos medios se mantienen juntos, con la articulación metacarpo-falángica levemente flexionada. Los pulpejos de los dedos son la superficie examinadora. Cada área es examinada haciendo pequeños círculos como siguiendo los bordes de una moneda. En cada una de estas posiciones se hacen tres círculos cada uno de estos con un grado de presión diferente –leve, moderada, profunda– con el fin de garantizar la palpación de todos los niveles de los tejidos.

Posición de los dedos y método de palpación.



Otros aspectos a tomar a considerar

La palpación de las regiones supraclavicular y axilar con el fin de detectar adenopatías es parte necesaria del ECM. El examen del pezón se hace de la misma manera que el resto del examen. También es recomendable oprimir la mama a fin de determinar la presencia de secreción y sus características, aunque algunos estudios no lo han encontrado útil desde el punto de vista de pronóstico de cáncer.



Claves para la detección temprana del cáncer de mama

La detección temprana del cáncer de mama se basa en la identificación de la enfermedad en una etapa inicial del ciclo biológico, antes de la manifestación de signos y síntomas.

Eso permite un tratamiento más efectivo que cuando la enfermedad alcanza un estado avanzado, lo cual es bueno para la persona y para el sistema de salud, pues los casos de cáncer detectados tempranamente tienen mejor pronóstico, necesitan menos tratamiento y consumen menos recursos.

La detección temprana no es un momento, es la estrategia coordinada para aprovechar ese momento. El ciclo incluye el diagnóstico, el tratamiento de la enfermedad detectada y su seguimiento en el tiempo oportuno. Por tanto, integrar estas actividades en los diferentes servicios de la red de atención, es esencial para mantener la detección temprana.

Los dos componentes fundamentales de la detección temprana del cáncer son: a) el diagnóstico precoz: basado en el reconocimiento por parte del público y de los profesionales de la salud de los síntomas y signos tempranos de cáncer y la necesidad de su rápido tratamiento cuando estos aparecen; b) el tamizaje: identificar lesiones precancerosas o cáncer no reconocidos dentro de una población sin síntomas, con base en pruebas aplicadas con facilidad a toda la población y que incluya la garantía que todas las lesiones detectadas sean tratadas.

El conocimiento de la historia natural del cáncer de mama, con un largo período de entre 10 y 15 años entre la aparición de las lesiones precursoras y la diseminación de la enfermedad, permite diferenciar estados de evolución del tumor y detectarlo de manera temprana.

Existe una fase subclínica en que el tumor es detectable por mamografía, que ha sido establecido entre 1 y 3 años, según la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) (1995) (Cribado poblacional de cáncer de mama mediante mamografía. Madrid, España).

El tratamiento en esa fase temprana permite la conservación de la mama en más de la mitad de los casos y proporciona tasas de supervivencia elevadas, de un 87% cuando no hay afectación ganglionar - lo que ocurre



en el 73% en tumores menores de 1 cm- y que baja al 47% cuando los ganglios están afectados, dependiendo de múltiples factores clínicos y biológicos, según la Generalitat Valenciana. (Conselleria de Sanidad y Consumo (1993) Programa de Prevención de Cáncer de Mama. Monografía Sanitaria Serie N° 14.)

Mamografía de Tamizaje

La mamografía como prueba de tamizaje ha sido ampliamente utilizada y diversos estudios han evaluado su impacto en la mortalidad por cáncer de mama.

Los programas de tamizaje en Europa y Norteamérica han reducido la incidencia de cáncer avanzados y la mortalidad por cáncer de mama, con un rango entre el 19% en Estados Unidos y el 59 % en algunos centros de Suecia. (IARC, WHO, BJC Day, Shapiro: Int J Epidemiol)

La sensibilidad de la mamografía como prueba de detección varía entre 68% y 90% y la especificidad de entre 90% y 95% de acuerdo con los distintos estudios. Por su parte, el valor diagnóstico positivo es cercano a 12%. (Díaz S., Piñeros M., Sánchez O. Detección Temprana del Cáncer de Mama: Aspectos críticos para un programa de tamizaje organizado en Colombia. Rev Colomb Cáncerol; 105, 2005.)

Un aspecto que ha sido motivo de discusión es la eficacia del tamizaje con mamografía en distintos grupos de edad. Una revisión realizada por la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer encontró:

- Evidencia suficiente para recomendar el tamizaje con mamografía en mujeres entre los 50 y los 69 años,
- Evidencia limitada entre los 40 y 49 años
- Evidencia inadecuada en menores de 40 años y en mayores de 70 años. (Propuesta para el Desarrollo de los Servicios de Mamografía para el Tamizaje por Cáncer de Mama Femenina en la Red de Servicios de la CCSS, 2007).

Situación actual de los servicios de mamografía en Costa Rica

Cada una de las redes de atención en servicios de salud de la CCSS, tiene la posibilidad de brindar el servicio de mamografía así como, realizar ultrasonido de mama, la toma y lectura de la biopsia en los casos requeridos.



La CCSS posee 22 mamógrafos distribuidos a lo largo del país y datos proporcionados por el Área de Estadística en Salud, muestran que la producción total de mamografías en los servicios de radiología fue de 82 479 durante el año 2011.

Mamografías efectuadas según Red de Servicio y Establecimiento de Salud, CCSS. 2011

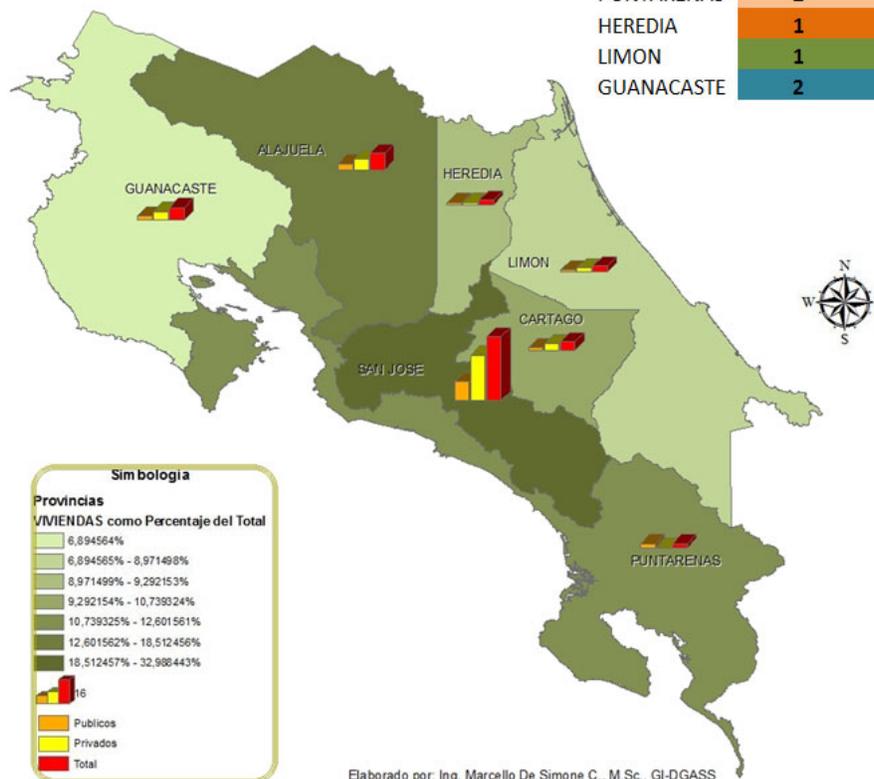
Red	Ubicación del Mamógrafo	Número de Mamografías
Este	<i>Clínica Coronado</i>	8 000
	<i>Hospital Calderón Guardia (2 mamógrafos)</i>	3 880
	<i>Hospital Max Peralta</i>	5 828
	<i>Hospital Tony Facio</i>	685
Sur	<i>Clínica Marcial Fallas</i>	2 438
	<i>HOMACE</i>	6 290
	<i>Hospital San Juan de Dios (2mamógrafos)</i>	12 427
	<i>Hospital Escalante Pradilla</i>	4 117
Noroeste	<i>Hospital Enrique Baltodano</i>	5 540
	<i>Hospital San Carlos</i>	2 031
	<i>Hospital Monseñor Sanabria</i>	1 953
	<i>Hospital Carlos L. Valverde Vega</i>	3 562
	<i>Hospital San Rafael Alajuela</i>	5 811
	<i>Hospital San Francisco Asís</i>	2 911
	<i>Hospital San Vicente Paul</i>	8 074
	<i>Hospital México</i>	4 793
	<i>Hospital Los Chiles</i>	185
	<i>Clínica Clorito Picado</i>	1 028
	<i>A.S. Cañas</i>	2 926
Total	82 479	

Fuente: CCSS, Área de Estadística en Salud



Distribución de los Mamógrafos en Costa Rica, por provincia, 2011

Provincia	Públicos	Privados	Total
SAN JOSE	9	22	31
ALAJUELA	3	5	8
CARTAGO	1	3	4
PUNTARENAS	2	0	2
HEREDIA	1	1	2
LIMON	1	2	3
GUANACASTE	2	4	6



Documento publicado con autorización de su autor Ing. Marcello de Simone, del Ministerio de Salud

Avances del Proyecto en la Atención del cáncer de mamá

El fortalecimiento de la capacidad instalada contempla la adquisición de ocho nuevos equipos de mamografía ubicados en los siguientes centros de salud: Hospital Enrique Baltodano y Clínica de Coronado. Los Hospitales Max Peralta, Guápiles, México, San Juan de Dios y las Clínicas Jiménez Núñez y Solón Núñez. Ellos estarían en funcionamiento el primer semestre del 2014.



La respuesta institucional ante el aumento del cáncer de mama: Las Clínicas de mama



La Clínica de mama es una modalidad de atención brindada por un equipo multidisciplinario en la red de servicios de salud, que gestiona de manera ágil el diagnóstico oportuno y el seguimiento de las mujeres que han sido identificadas con un riesgo aumentado, sospecha o pacientes ya diagnosticadas con cáncer de mama.

Desde finales de la década de 1990, dada la importancia que el cáncer de mama ha tomado, se empezaron a definir en la institución algunas acciones para atender este problema.

Es así como en el año 2000, con la publicación del Decreto No. 28851-S página 11, Manual “Guía de atención Integral para el cáncer de mama” señala entre otras cosas que el Sistema de Salud de Costa Rica ha venido realizando importantes esfuerzos para detectar y tratar oportunamente los casos de cáncer de mama, que es urgente articular y sistematizar estos esfuerzos para garantizar accesibilidad y calidad al conjunto de acciones en detección y tratamiento, complementadas con acciones de información, educación y participación de la comunidad.

En el año 2009 la Junta Directiva en el artículo 9º de la sesión N° 8317, celebrada el 22 de enero, acordó declarar de interés y prioridad institucional la prevención, detección temprana y atención oportuna del cáncer, donde incluye entre otros los siguientes aspectos:

- solicitar un alineamiento presupuestario con las políticas institucionales en materia de cáncer.
- impulsar cambios administrativos en la cadena de atención de pacientes con cáncer, para aumentar la incidencia en el diagnóstico temprano y oportunidad de tratamiento.
- promover y maximizar la utilización de los recursos humanos, físicos, materiales, medicamentos, tecnológicos, financieros y logísticos que deben asignarse a los servicios oncológicos y a las redes de apoyo.

De igual manera en la actualización del Plan Estratégico Institucional 2010-2015, algunos de los objetivos en el cuadro de mando integral son:

- fortalecer la Red Oncológica y la lucha contra el cáncer.
- desarrollar un modelo de gestión en red de las unidades y servicios de salud .
- consolidar el modelo de atención integral de la salud, todo en respuesta a la relevancia que tiene en la institución la atención oportuna de pacientes con cáncer, y aplicar medidas para dar respuesta a las necesidades de la población y a la problemática de la atención del cáncer de mama en los servicios de salud. Es así



como en el año 2008 se inicia en la institución un proyecto llamado “Clínicas de mama”, con el propósito de fortalecer los servicios y brindar una atención oportuna y de calidad a las usuarias de los servicios y específicamente a las pacientes procedentes de las dieciséis Áreas de Salud con sobremortalidad en cáncer de mama.

En algunos países existen diversos enfoques de atención multidisciplinaria de la enfermedad mamaria, como los desarrollados en el Reino Unido, Suecia, Italia, Francia o España donde básicamente se trata de 2 modelos de atención: el primer modelo corresponde al tipo Unidades de mama especializadas, provistas de personal médico y otros profesionales expertos en el área anatómica de la mama y en el segundo caso a los institutos oncológicos.

La Caja Costarricense de Seguro Social en respuesta a las necesidades de la población y a la problemática de la atención del cáncer de mama en los servicios de salud, propone la incorporación de clínicas de mama con el objetivo de diagnosticar, brindar seguimiento oportuno y de calidad a las mujeres con riesgo aumentado, sospecha y diagnosticadas de cáncer de mama, mediante un abordaje integral en la red de servicios de salud, por medio de mecanismos de coordinación, así como estrategias para tener un sistema de información actualizado de las pacientes que ingresan a la clínica de mama, con el fin de establecer acciones de seguimiento y evaluación, para promover actividades de educación e investigación operativa para mejorar actitudes y prácticas del personal de salud y de las mujeres acerca de la problemática de cáncer de mama.

Total de consultas en Clínicas de Mama, según centro de salud

Año 2010-2011

CENTRO DE SALUD	AÑO	
	2010	2011
H. De Las Mujeres (Adolfo Carit)	1916	2 146
H. Carlos Luis Valverde Vega	1553	2 031
A.S. Tibás-Uruca-Merced (Clorito Picado)	1955	1 838
A.S. Santo Domingo	300	534
A.S. Mata Redonda-Hospital (Moreno Cañas)	-	2 129
A.S. Alajuelita	218	241
H. San Carlos	-	745
H. Los Chiles	332	556
H. Monseñor Sanabria	1688	2 134
H. La Anexión	1206	1 083
A.S. Cañas	-	102
H. Fernando Escalante Pradilla	681	1 501
Total	9849	15 040

Fuente: Área de Estadística en Salud, CCSS



La Dra. Mary Astúa es coordinadora del subproyecto de Clínica de mama dentro del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la CCSS. Ella nos cuenta el avance del proyecto y las implicaciones para la atención eficaz del cáncer de mama en el país.

El compromiso y la sensibilidad en las comunidades es palpable en todo el país

1. ¿Cuántas Clínicas de mama funcionan en el país?

En este momento, contamos con 32 consultas de mama denominadas en las unidades “Clínicas de mama”, ubicadas en los tres niveles de atención. Además, en el Hospital México y en el Hospital San Juan de Dios, un grupo de especialistas han formado lo que denominan Unidades de patología mamaria. El Hospital Calderón Guardia está en coordinación para retomar este grupo.

2. ¿Cuál es la importancia de la distribución actual y cuál podría ser una proyección ideal al futuro?

La distribución actual responde al objetivo de fortalecer las 16 áreas de salud que presentan sobre mortalidad en cáncer de mama, propósito con el cual inició el proyecto. Paralelamente, se fueron capacitando médicos generales de otras áreas de salud y hoy están distribuidas de la siguiente manera:

- *Red Noroeste: cuenta con 17 médicos capacitados, 13 de los cuales tienen la coordinación de la clínica de mama, además existen equipos multidisciplinarios en los Hospitales San Rafael de Alajuela, San Vicente de Paul, Enrique Baltodano, México.*
- *Red Este: cuenta con 10 médicos capacitados, 4 de los cuales son coordinadores de clínicas de mama. En esta red se cuenta con clínica de mama en el Hospital Max Peralta.*
- *Red Sur: hay 11 médicos capacitados de los cuales 10 son coordinadores de clínicas de mama.*
- *El hospital de las Mujeres tiene una Clínica de mamas y todo un equipo multidisciplinario trabajando unidos en esta patología.*

La proyección futura inmediata es la capacitación de médicos en la Región Brunca y una vez estructurada la pasantía para todas las redes, valorar la necesidad de médicos capacitados en otras áreas de salud.

3. ¿Cuál es la propuesta para que la Clínica sea vista como un concepto a lo largo de los tres niveles de atención?

La clínica de mama no es solamente un espacio físico con personal capacitado, es un componente de la estrategia de atención al cáncer de mama, brindada por un grupo multi, e, interdisciplinario en toda la



red de servicios de salud. Debe iniciar en el primer nivel, en los EBAIS, donde se realiza la valoración inicial de las mujeres que se presentan con factores de riesgo o con sospecha de tener cáncer de mama, luego esta mujer pasa al área de salud donde está ubicado el médico que ha recibido una capacitación específica en patología mamaria, quien realiza la identificación de casos presuntivos, gestionando en la red de servicios de salud, lo necesario para que la atención sea oportuna y eficaz.

En un segundo y tercer nivel, se realiza el abordaje diagnóstico, cada uno de los establecimientos con lo que tienen y puede realizar según su nivel de complejidad.

Es necesario el trabajo en red, un excelente canal de comunicación y el uso eficiente de la referencia y contra referencia inter niveles para lograr disminuir los tiempos de respuesta en la atención de las mujeres con riesgo aumentado y/o sospecha de cáncer de mama y lograr el diagnóstico oportuno.

4. ¿En cuál etapa está el sub proyecto?

El sub proyecto cambió de coordinación este año, nos encontramos en un proceso de reordenamiento. Se inicia con la elaboración de un documento con los lineamientos técnicos y administrativos para las Clínicas de Mama, documento que fue sometido el viernes 23 de marzo, al aval de los actuales coordinadores de clínicas de mama en el país. Esperamos contar en este primer semestre del año con la oficialización del mismo, así como con una hoja de uso obligatorio en el expediente de todas las mujeres que asisten a la Clínica de mama, e iniciar con un sistema de recolección de información básico, en cada uno de los grupos que son responsables de estas consultas.

5. ¿Qué lectura hace del trabajo individual que se ha hecho hasta ahora, de manera aislada?

Muy bueno. El trabajo realizado por cada uno de los médicos coordinadores de las Clínicas de mama marca una gran diferencia en la atención de las mujeres con sospecha de cáncer, así como en la educación a la población que les corresponde.



El compromiso, sensibilidad e identificación con las tareas que realizan en sus lugares de trabajo y en las comunidades ha generado experiencias tan exitosas como las que se presentaron el pasado mes de octubre en un foro donde participaron representantes de todo el país y pacientes.

“De la teoría a la práctica, los resultados son tangibles”

La Dra. Ilcia Yaritza Wallace Guerra, quien tiene a su cargo la Clínica de mama del Hospital Tomás Casas, de Ciudad Cortés, cuenta una experiencia reciente que deja palpable el impacto que se logra con la implementación de dichas clínicas: “ Quiero contarles que estoy muy motivada debido al impacto y la acogida que ha brindado nuestra población ante la implementación de la Clínica de mama, ya tuvimos un espacio en el canal local y estamos realizando charlas socio educativas en la comunidad, hace unos días se valoró a una paciente de 48 años referida de un EBAIS donde se le palpó una masa y en el lapso de una semana se le realizó ultrasonido y biopsia confirmatoria de un cáncer de mama ductal, lo que nos permitió referirla al especialista en oncología y ya la paciente está recibiendo el tratamiento adecuado y con la esperanza de una mayor sobrevida gracias a un diagnóstico temprano”

El cáncer desde la perspectiva del paciente

Testimonio de Inés Camacho.

A finales del año 1989, los médicos me diagnosticaron cáncer de mama. Quince días después me alistaba para ir, por primera vez, al quirófano. Lapso en el cual, no conté con la ayuda o apoyo psicológico para enfrentar todo lo que se me avecinaba, algo que realmente me hubiese gustado.

Cuando estaba en el quirófano, se me acercó un cirujano a quién no conocía. Su rostro nunca lo olvidé, pues además de cobijarme, pues temblaba debido al aire acondicionado, me preguntó si sabía el tipo de cirugía que se me practicaría. Después de darle las gracias, le contesté que la información que manejaba era escasa, que lo que deseaba de todo corazón, era que no quitaran el pecho.

Ahora pienso que tontita, porqué me preocupé por algo tan simple y no del trasfondo que significa el dejarlo o eliminarlo. Algo meramente



estético, así lo veo hoy, 22 años después..

Cuando desperté, lo primero que hice fue ponerme la mano para constatar que tenía o no el seno. Confieso que por primera y última vez, lloré al constatar que me lo habían extirpado completamente. ¡Que tontera, verdad! Hoy lo analizo como un asunto meramente físico, estético y uno de los medios, por los cuales Dios me salvó la vida y dio una segunda oportunidad.

Luego de un año de recibir quimioterapia y hormonoterapia, se me hizo la reconstrucción y quedé como una joven de 15. Recuerdo que un día, el cirujano reconstructivo me comentó que a él le gustaría, eliminarme la gran cicatriz que me dejó la mastectomía. Sin pensarlo dos veces, le dije que no, pues ella me recordaría siempre lo afortunada que soy.

Se que los tiempos cambian y que la medicina costarricense ha avanzado mucho, de lo cual me alegro, en especial por las personas que enfrentan o van a enfrentar momentos difíciles como el que pasé.

A manera de consejo o sugerencia como paciente, es importante que los médicos, en especial algunos oncólogos sean más sensibles, más cálidos a la hora de dar un diagnóstico de cáncer.

Muestra de lo anterior fue una de mis experiencias que tuve antes de la operación. Me citaron a una sesión clínica. Sola y delante de gran cantidad de médicos, tuve que quitarme la blusa y el brassier.

El especialista que en ese momento, coordinaba la sesión hizo un comentario que aún recuerdo con dolor y molestia. “miren qué lástima, lo que tenemos que quitar.”

Me sentí terriblemente mal. Nunca había estado desnuda delante de otro hombre que no fuera mi esposo. El médico habló con burla y frialdad, precisamente en momentos en los que yo sólo pensaba en sanarme y cuidar de mis pequeños hijos y de mi madre.

Esto lo narro ahora con mucha serenidad, aunque reconozco que en verdad me impactaron bastante, pues lo recuerdo como si hubiese sucedido ayer, un ayer que Gracias a Dios y a la Caja Costarricense de Seguro Social, quedó atrás y nunca volverá.



Noticias

1. El 23 de marzo de este año se realizó el taller de Clínicas de mama, con la participación de más de 45 médicos que actualmente dirigen Clínicas de mama en sus comunidades, se está elaborando el documento final producto del trabajo de todos durante esta jornada. A continuación se presentan algunas fotos tomadas durante la realización de dicho taller.





Información recopilada por:
Dr. Alejandro Calderón C.

Edición por:
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: lylprodesing@gmail.com



2. CCSS adquiere equipo ginecológico para la prevención del cáncer de útero.

Con el objetivo de sostener y consolidar el descenso de la incidencia y de la mortalidad de cáncer de cuello del útero, la Caja Costarricense de Seguro Social adquirió equipos especializados para diagnosticar y curar lesiones ginecológicas antes de que se desarrolle el cáncer de útero.

Se trata de 31 equipos médicos especializados, entre ellos: 18 colposcopios para el diagnóstico, que se usan combinados con instrumentos de tratamiento: ocho instrumentos de criocirugía (corte en frío) y cinco instrumentos de leep (corte en calor).

La inversión es de 148 millones y son fondos del “Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la CCSS”

Además del impacto en la atención de pacientes, tres colposcopios tienen video, lo cual permite proyectar la imagen vista por el médico tratante para que otros profesionales puedan aprender o actualizar conocimientos.

3. Se recuerda que el próximo 01 de junio le corresponde a la Región Atlántica recibir el taller que imparte el Hospital Nacional de Niños en torno a la “Sensibilización del personal de salud del primer y segundo nivel, sobre la detección precoz del cáncer en el niño” con el fin de fortalecer la red de atención integral en oncología para la población pediátrica.

Este taller es coordinado por Trabajo Social y el departamento Hemato-oncológico. Si desea más información puede escribirnos o llamar al departamento de hemato oncología de dicho nosocomio.

Contacto

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

En el próximo boletín: Continuaremos con el segundo cáncer que más afecta a la población femenina de nuestro país, el cáncer de cérvix.