



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD

GUIA CLINICA

CANCER DE MAMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS



*Chile está
mejor*
REFORMA DE LA SALUD

2005

Citar como:

MINISTERIO DE SALUD. *Guía Clínica Cáncer de Mama en personas de 15 años y más*. 1st Ed. Santiago: Minsal, 2005.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido con fines de capacitación del Plan de Garantías Explícitas en Salud según Decreto Ley N° 170 del 26 Noviembre 2004, publicado en el Diario Oficial (28 Enero 2005).

ISBN

1. GRUPO DE TRABAJO

Comisión Nacional Cáncer de Mama (Res Ex. N°110 050299)

<i>Dra. Soledad Torres</i>	<i>Coordinadora Comisión Nacional Cáncer de Mama, Ministerio de Salud Cirujano de Mama, Servicio de Cirugía; Unidad de Patología Mamaria Hospital San Juan de Dios, SSMOccidente Salud Cirujano Centro Integral de la Mama Clínica Las Condes Secretaria General Sociedad Chilena de Mastología</i>
<i>Dr. Hernando Paredes</i>	<i>Cirujano Jefe U. Mama Instituto Nacional del Cáncer, SSMN Past Presidente Sociedad Chilena de Mastología Vicepresidente Federación Latinoamericana Mastología Cirujano Centro Integral de la Mama Clínica Las Condes</i>
<i>Dr. Octavio Peralta</i>	<i>Ginecólogo Jefe U. Patología Mamaria, Hospital Sn. Borja Arriarán, SSMC Profesor Asoc. Facultad de Medicina Universidad de Chile Ex Presidente Soc. Chilena de Mastología Ginecólogo Centro Integral de la Mama Clínica Las Condes</i>
<i>M. Bernardita Fernández</i>	<i>Matrona Encargada del Programa de la Mujer y del Programa de Cáncer de Mama, SSMS Magíster Salud Pública en Epidemiología, Universidad de Chile</i>
<i>Dra. Gisella Castiglione</i>	<i>Encargada Programas Cáncer y Cáncer de Mama, SSMS Mastóloga Unidad Patología Mamaria Hospital Barros Luco Trudeau</i>
<i>Mat. Marta Prieto</i>	<i>Coordinadora Unidad de Cáncer, Ministerio de Salud Encargada Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino Encargada Programa Nacional de Cáncer de Mama, Ministerio de Salud Magíster en Salud Pública, Epidemiología, U de Chile Diplomada en Gestión y Administración de Servicios Salud Facultades de Economía y Medicina U. de Chile</i>

Comité de Imagenología Mamaria

<i>Dra. Consuelo Fernández</i>	<i>Coordinadora Comité Imagenología Mamaria, Ministerio de Salud Jefe Unidad Imagenología, Hospital San Juan de Dios, SSMOc Presidente Capítulo Imágenes Mamarías, Sociedad Chilena de Radiología</i>
<i>Dra. Dravna Razmilic</i>	<i>Coordinadora Unidad Imagenología Mamaria, Depto. Radiología, Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile Profesor Instructor Asociado en Radiología Miembro Sociedad Chilena de Mastología Ex Presidente Capítulo de Imágenes Mamarías, Sociedad Chilena de Radiología</i>
<i>Dra. Eufrosina Traipe</i>	<i>Jefe Servicio de Radiología, Instituto Nacional del Cáncer Radiólogo Imagenología Mamaria. Miembro Sociedad Chilena Radiología y Sociedad Chilena de Mastología</i>
<i>Dr. Miguel A. Pinochet</i>	<i>Director Capítulo Imagenología Mamaria Soc. Chilena de Radiología Radiólogo Imagenología Mamaria, Jefe Servicio de Radiología, Clínica Alemana, Santiago</i>
<i>Dr. Rodrigo Meza</i>	<i>Radiólogo, Jefe Gabinete Sr. Ministro de Salud</i>

Fondo Nacional de Salud

Ing. Pietro Cifuentes Jefe Subdpto. Plan de Beneficios. Fondo Nacional de Salud
Master en Economía de Ilades-Georgetown University

Sr. Nelson Guajardo Encargado Programas Especiales de FONASA

Profesionales que colaboraron en la Unidad de Cancer del Minsal

Patricia Fuentes Matrona Encargada Programa Cáncer Cervicouterino, SSMOc
Diploma Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor.
Gabinete de Asesoramiento y Formación Sociosanitaria, España

Dr. César del Castillo Representante Comisión PANDA, Ministerio de Salud
Oncólogo Medico, Jefe U. De Oncología Hosp.. San Borja
Arriarán
Presidente Soc. Chilena Mastología

Miriam González Matrona Unidad Cáncer, Ministerio de Salud
Magíster Salud Pública (P) Universidad de Chile
Diplomada en Gestión y Liderazgo en SS, U. Católica

División Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública

Dra. Patricia Frenz Ex Coordinadora Secretaria AUGE, Comisión Reforma Ministerio
de Salud
Experta en Salud Pública
Abogado

Dra. Nelly Alvarado Ex Jefe Depto Programa de Salud de las Personas, Ministerio de
Salud
Magister Salud Pública U. de Chile
Docente Esc. Salud Publica U. de Chile

Dra. Jeanette Casanueva Magister Epidemiología Clínica U. De la Frontera- INCLEN
Ex Jefe Departamento de Salud de las Personas
Subdirección Hospital San José, SSMNorte

Dra. Gloria Ramírez M.Sc. International Health Management & Development
Birmingham
Certificate Evidence Based Health Care University of Oxford,
U.Kingdom
Médico Especialista en Laboratorio Clínico, Beca U. de
Chile/Minsal
Jefe Depto. Enfermedades Crónicas, Subsecretaría de Salud
Pública, Ministerio de Salud

2. GLOSARIO DE TÉRMINOS

BI-RADS	Breast imaging reporting & data system
RMI	Reconstrucción mamaria inmediata
PPM	Probable patología maligna
PPB	Probable patología benigna
UPM	Unidad de Patología Mamaria
PANDA	Programa Nacional Drogas Antineoplásicas
BQ	Biopsia Quirúrgica
BRQ	Biopsia Radioquirúrgica
BED	Biopsia Estereotáxica Digital
TAC	Tomografía Axial computarizada
RM	Resonancia Magnética
MP	Mastectomía Parcial
MT	Mastectomía Total
DA	Dissección axilar
QT	Quimioterapia
RT	Radioterapia
HT	Hormonoterapia
ReM	Reconstrucción Mamaria
TIS	Tumor in situ
SSMOriente	Servicio de Salud Metropolitano Oriente
SSMOccidente	Servicio de Salud Metropolitano Occidente
SSMC	Servicio de Salud Metropolitano Central
SSMS	Servicio de Salud Metropolitano Sur
INCLEN	International Clinical Epidemiology Network

3. INDICE

1. Grupo de Expertos
2. Glosario de Términos
3. Índice
4. Presentación
5. Extracto Decreto Supremo Garantías Explícitas en Salud
6. Antecedentes
7. Magnitud del problema
8. Recomendaciones según nivel de Evidencia
9. Objetivo de la Guía Clínica
10. Criterios de Inclusión de población objetivo
11. Actividades y Niveles de Atención
12. Recomendación para la Sospecha diagnóstica
 - 12.1 Definición de sospecha de Cáncer Mamario
 - 12.2 Detección de casos sospechosos
 - 12.3 Algoritmo de sospecha diagnóstica
13. Recomendación para la Confirmación diagnóstica
 - 13.1 Confirmación de casos sospechosos
 - 13.2 Algoritmos de Confirmación Diagnóstica
 - 13.3 Etapificación
14. Tratamiento de Cáncer de mama
 - Cirugía
 - Quimioterapia
 - Radioterapia
15. Seguimiento: Diagnóstico y tratamiento de recurrencia
16. Bibliografía
17. Anexos

Anexo 1: Red de atención PANDA

Anexo 2: Red de radioterapia

Anexo 3: Consentimiento informado

5. EXTRACTO DECRETO SUPREMO GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD

CANCER DE MAMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS

Definición: El cáncer de mama es el crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tienen la capacidad de diseminarse a cualquier sitio del organismo.

Patologías Incorporadas: Quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- Adenocarcinoma papilar infiltrante
- Adenocarcinoma papilar intraductal con invasión
- Adenocarcinoma papilar intraductal no infiltrante
- Cáncer de (la) mama
- Carcinoma canalicular infiltrante
- Carcinoma canalicular y lobulillar infiltrante
- Carcinoma cribiforme
- Carcinoma ductal in situ
- Carcinoma ductal, tipo cribiforme
- Carcinoma ductal, tipo sólido
- Carcinoma ductular infiltrante
- Carcinoma hipersecretorio quístico
- Carcinoma in situ de la mama
- Carcinoma in situ intracanalicular de la mama
- Carcinoma in situ lobular de la mama
- Carcinoma inflamatorio
- Carcinoma intraductal, tipo sólido
- Carcinoma juvenil de la glándula mamaria
- Carcinoma lobulillar
- Carcinoma medular con estroma linfoide
- Carcinoma secretorio de la mama
- Comedocarcinoma
- Enfermedad de Paget y carcinoma infiltrante del conducto de la mama
- Enfermedad de Paget y carcinoma intraductal de la mama
- Enfermedad de Paget, mamaria
- Lesión neoplásica de sitios contiguos de la mama
- Otros carcinomas in situ de la mama
- Tumor de comportamiento incierto o desconocido de la mama
- Tumor filoides, maligno
- Tumor maligno de la mama
- Tumor maligno de la porción central de la mama
- Tumor maligno de la prolongación axilar de la mama
- Tumor maligno del cuadrante inferior externo de la mama
- Tumor maligno del cuadrante inferior interno de la mama
- Tumor maligno del cuadrante superior externo de la mama
- Tumor maligno del cuadrante superior interno de la mama
- Tumor maligno del pezón y de la aréola mamaria
- Tumor maligno del tejido conjuntivo de la mama

a. Acceso:

Beneficiario de 15 años y más

- Con sospecha, tendrá acceso a diagnóstico.
- Con Confirmación Diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
- Con recidiva, tendrá acceso a diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

b. Oportunidad:

θ **Diagnóstico:**

Atención por especialista:

- Dentro de 30 días desde sospecha, con resultado de mamografía.

Confirmación Diagnóstica (incluye Etapificación):

- Dentro de 45 días desde atención por especialista.

θ **Tratamiento**

Inicio dentro de 15 días desde confirmación diagnóstica.

θ **Seguimiento**

Primer control dentro de 90 días desde finalizado el tratamiento.

(Fuente: Decreto Ley N° 170 Santiago, 26 Noviembre del 2004).

c. Protección Financiera:

Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel (\$)	Copago	
					Copago (%)	Copago (\$)
CÁNCER DE MAMA en personas de 15 años y más	Diagnóstico	Confirmación Cáncer de Mama	por evento	46,940	20%	9,390
	Tratamiento	Intervención Quirúrgica Cáncer de Mama	por evento	736,070	20%	147,210
		Radioterapia Cáncer de Mama	por evento	650,000	20%	130,000
		Quimioterapia Cáncer Mama, etapa I y II	por tto. (promedio 5 ciclos al año)	140,690	20%	28,140
		Quimioterapia Cáncer Mama, etapa III y IV	por tto. (promedio 5 ciclos al año)	82,800	20%	16,560
		Hormonoterapia para Cáncer de Mama	mensual	1,780	20%	360
	Seguimiento	Seguimiento Cáncer de Mama paciente asintomática	por evento (máx 3 controles al año)	13,000	20%	2,600
		Seguimiento Cáncer de Mama paciente sintomática	por evento (máx 3 controles al año)	39,900	20%	7,980

6. ANTECEDENTES

En Chile, de las 19.146 defunciones por cáncer, 48,7% se producen en mujeres. En el año 2002, el cáncer de mama ocupó el tercer lugar entre las causas de muertes por cáncer en la mujer, con una tasa de mortalidad en ascenso para la década de 11,7/100.000 (1992) con 802 casos a 13,3 (1.049 casos en 2002)(Departamento de Información y Estadísticas Ministerio de Salud 2005).

En el año 1995, el número de defunciones por cáncer de mama alcanzaba a 932 mujeres, constituyendo la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer. El Ministerio de Salud realiza un diagnóstico de la atención de la patología mamaria en los 29 servicios de salud existentes en esa fecha. Se demuestra la necesidad de implementar una estrategia preventiva y curativa, en conjunto con cuerpos regulatorios, recursos humanos capacitados, infraestructura y equipamiento, dando origen al Programa Nacional de Cáncer de Mama, el cual tuvo entre sus principales objetivos(Ministerio de Salud 1995):

“Disminuir la mortalidad por cáncer de mama a través del aumento de la pesquisa de canceres en etapas I y II, realizando tratamientos adecuados y oportunos”.

Sus principales estrategias consisten en una organización a nivel nacional y local, dirigido a mujeres entre 35 y 64 años integradas al Programa Cáncer Cervicouterino.

A la fecha, se ha logrado establecer una red nacional de atención de la patología mamaria, especialmente en lo referente a patología maligna, destacándose los siguientes avances:

- En 1997, el Cáncer de Mama fue definido entre las prioridades programáticas e incorporado a los beneficios del Programa de Oportunidad de la Atención de FONASA.
- Se han definido protocolos de atención en conjunto con la Sociedad Chilena de Mastología, que incluyen desde la detección precoz hasta la paliación.
- Se cuenta con Pautas de Referencia y Contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención.
- Se mantienen Programas de capacitación continua para médicos y matronas
- Se cuenta con sistemas de registros computacionales específicos para la evaluación y seguimiento de los indicadores del Programa.
- Se diseñó y aplicó la Pauta de Acreditación en las Unidades de Patología Mamaria. Esto ha permitido un mejoramiento de las infraestructuras de las Unidades de Patología Mamaria en el país.
- En el año 2001, se incorporó la mamografía al Programa de Resolución de Especialidades en la Atención Primaria.
- La quimioterapia, la radioterapia y de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos fueron incorporados al Programa de Prestaciones Complejas de FONASA y actualmente se ha sumado el acceso a hormonoterapia.
- En abril del 2004, el cáncer de Mama fue Incorporado al Sistema de Acceso Universal de Garantías Explícitas, que ha permitido garantizar plazos máximos para el acceso a confirmación diagnóstica y tratamiento.

La detección temprana y el acceso a un tratamiento adecuado y oportuno son las claves para lograr impacto en el Programa Nacional de Cáncer de Mama. Los registros mantenidos por la Unidad de Cáncer, desde los inicios del Programa de los 28 Servicios de Salud del país, muestran una reducción del diagnóstico de cáncer de mama en etapa III de un 32,4% en el año 1998 a un 23,9% en el año 2003. Los casos detectados en etapa In Situ, tuvieron un aumento de 3,6% en el año 2000 a 5% de en el año 2003.

Actualmente, la Reforma Sanitaria que emprende nuestro país posibilita un avance hacia el diagnóstico precoz, con un aumento progresivo de la disponibilidad de mamografías junto con garantizar plazos máximos para la confirmación diagnóstica y tratamiento protocolizados.

7. MAGNITUD DEL PROBLEMA

Las estimaciones de mortalidad e incidencia obtenidas a través de la GLOBOCAN2000 a nivel mundial, muestran que el Cáncer de Mama lidera como primera causa de muerte por cáncer en la mujer. Esta misma fuente estimó que, anualmente, fallecen 372.969 mujeres por esta causa, alcanzando una tasa estandarizada por edad de 12,51 por 100.000 mujeres. La tasa de incidencia estandarizada por edad fue estimada en 35,66 por 100.000 mujeres (1.050.346 casos nuevos)

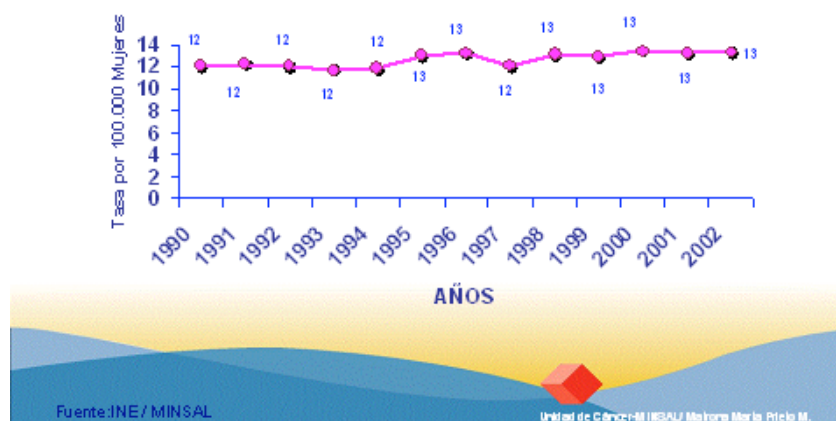
Chile ocupa el cuarto lugar en Sudamérica, con una tasa de mortalidad estandarizada por edad de 12,51 por 100.000 mujeres y una tasa de incidencia estandarizada por edad de 37,97 por 100.000. Se estima que anualmente fallecen 22.735 mujeres (tasa de mortalidad de 14,77 por 100.000) y se producen 69.924 casos nuevos (tasas de incidencia de 45,14 por 100.000) en este continente(IARC 2001).

El cambio del perfil epidemiológico de la población chilena, junto con el aumento de la esperanza de vida al nacer, ha provocado el aumento de las enfermedades crónicas, como el cáncer, constituyendo un importante problema de salud pública en términos de morbimortalidad. Es así como ocupa el segundo lugar entre las principales causas de mortalidad en los últimos 30 años (23,6% del total de defunciones).

La actual tasa de mortalidad por cáncer de mama 13,3/ 100.000(2002), está antecedida sólo por la tasa de mortalidad por cáncer de vesícula y vía biliar y por cáncer gástrico, con tasas de 17,8 y 13,4 respectivamente.

TASA MORTALIDAD POR CANCER DE MAMA, CHILE 1990 - 2002

Gobierno de Chile
Ministerio de Salud



La tasa bruta de mortalidad ha presentado leve ascenso entre los años 1990 y 2002, como se puede observar el siguiente gráfico (ref. DEIS-MINSAL, 2004).

A partir de los 40 años, la tasa de mortalidad aumenta progresivamente, alcanzando en el grupo de mujeres de 80 y más años una tasa de 143,4 por 100.000 mujeres en el año 2002. En el mismo año, este cáncer produjo 11 muertes en el sexo masculino, presentando una tasa bruta de 0,14 por 100.000 hombres; todos ellos superaban los 55 años.

La tasa de Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) por Cáncer de Mama es de 100 por 100.000 mujeres, ocupando el segundo lugar después del Cáncer Cervicouterino (Dpto. Epidemiología Ministerio de Salud 2005)

La incidencia en Chile se estima sobre la base de notificaciones de los casos producidos sólo en el Sistema Público de Salud. Estos registros permiten indicar que en el año 2003, se produjeron 2.160 casos nuevos, alcanzando una tasa de 36,8 por 100.000 mujeres >15 de años (Ministerio de Salud 2003)

8. RECOMENDACIONES SEGUN NIVEL DE EVIDENCIA

Los profesionales sanitarios, enfrentados cada vez más a un trabajo en equipos multidisciplinares, con competencias en continuo desarrollo, requieren mantener su razón de ser. Esto es, otorgar una atención de salud cuyos resultados, en las personas y la organización, generen beneficios por sobre los riesgos de una determinada intervención.

Asimismo, el sistema sanitario se beneficia en su conjunto cuando, además, esas decisiones se realizan de acuerdo a las buenas prácticas, basadas en la mejor evidencia disponible, identificando las intervenciones más efectivas y, en lo posible, las más costo / efectivas (no necesariamente equivalente a las de "menor costo"), pero una intervención poco efectiva suele ser tanto o más costosa y su resultado en la calidad de vida o sobrevida de las personas es deletéreo.

(Field MJ & Lohr KN 1992) definen una Guía Clínica como “un reporte desarrollado sistemáticamente para apoyar tanto las decisiones clínicas como la de los pacientes, en circunstancias específicas”. Así, estas pueden mejorar el conocimiento de los profesionales, entregando información y recomendaciones acerca de prestaciones apropiadas en todos los aspectos de la gestión de la atención de pacientes: tamizaje y prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y atención del enfermo terminal (Lohr KN 2004).

El Ministerio de Salud ha elaborado una estrategia participativa que incluyó la elaboración de revisiones sistemáticas por parte de universidades, a través de un concurso público, y/o revisiones sistemáticas rápidas, focalizadas en identificar evidencia de guías clínicas seleccionadas de acuerdo a criterios de la AGREE Collaboration (Appraisal of Guideline Research & Evaluation) (The AGREE Collaboration 2001).

Las recomendaciones se han analizado en su validación externa (generalización de resultados) mediante el trabajo colaborativo de un grupo de expertos provenientes de establecimientos de la red pública, sociedades científicas, comisiones nacionales, del mundo académico y sector privado.

Tablas 1: Grados de Evidencia (Eccles M, Freemantle N, & Mason J 2001)

Grados Evidencia	Tipo de Diseño de investigación
Ia	Evidencia obtenida de un meta-análisis de estudios randomizados controlados
Ib	Evidencia obtenida de al menos un estudio randomizado controlado
IIa	Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado no randomizado
IIb	Evidencia obtenida de al menos un estudio cuasi-experimental
III	Evidencia obtenida de estudios descriptivos, no experimentales, tales como estudios comparativos, estudios de correlación y casos - controles
IV	Evidencia obtenida de expertos, reportes de comités, u opinión y/o experiencia clínica de autoridades reconocidas

Niveles de Recomendación de la Guía Clínica

Grado	Fortaleza de las Recomendaciones
A	Directamente basada en categoría I de evidencia
B	Directamente basada en categoría II de evidencia
C	Directamente basada en categoría III de evidencia, o extrapoladas de las categorías I y II
D	Directamente basada en categoría IV de evidencia, o extrapoladas de las categorías I y II o III

Fases de Revisión Sistemática para la elaboración de Guía Clínica de Cáncer de Mama

1. Elaboración de Preguntas específicas (Paciente / Problema / Población-Intervención-Comparación-Outcomes)
2. Fuentes de datos secundarias:
 - 2.1 Canadian Task Force on Preventive Health Care (Canada), <http://www.ctfphc.org/>.
 - 2.2 Agency for Health Research & Quality (AHRQ), NIH USA: www.guideline.gov
 - 2.3 Centre for Evidence Based Medicine, Oxford University (U.K.), <http://cebm.jr2.ox.ac.uk/>;
 - 2.4 National Cochrane Centre for Health Technology Assessment (U.K.), <http://www.ncchta.org/main.htm>;
 - 2.5 National Health and Medical Research Council (Australia), <http://www.nhmrc.health.gov.au/index.htm>;
 - 2.6 New Zealand Guidelines Group (New Zealand), <http://www.nzgg.org.nz/>; and
 - 2.7 National Health Service (NHS) Centre for Reviews and Dissemination (U.K.), <http://www.york.ac.uk/inst/crd/>;
 - 2.8 Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (U.K.), <http://www.sign.ac.uk/>;
 - 2.9 The Cochrane Collaboration (international), <http://www.cochrane.org/>
3. Período: 1998 a la fecha
4. Criterios de Inclusión: screening, diagnóstico, tratamiento y recidiva cáncer de mama
5. Instrumento de evaluación: (The AGREE Collaboration2001)

9. OBJETIVO DE LA GUIA CLINICA

Aportar recomendaciones al equipo de salud para sistematizar el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, con el propósito de reducir su morbimortalidad y mejorar la calidad de vida de quienes lo padecen.

10. CRITERIOS DE INCLUSION DE LA POBLACION OBJETIVO

1. Toda persona beneficiaria de 15 años y más, que consulta espontáneamente con:
 - a). Factores de riesgo de cáncer de mama (herencia: línea materna, antecedente de cáncer mamario, histologías premalignas de la mama) con o sin examen físico de mama compatible con PPM
 - b). Mamografía sospechosa: BIRADS 4 o BIRADS 5
 - c). Ecotomografía sospechosa: Nódulo indeterminado o sospechoso
2. Examen físico de mama compatible con PPM

11. ACTIVIDADES Y NIVELES DE ATENCIN

Las actividades principales a realizar son: Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Seguimiento, Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos. Estas actividades se desarrollan según niveles de atención, y su interrelación debe conformar un flujo continuo.

12. RECOMENDACIONES PARA LA SOSPECHA DIAGNOSTICA

12.1 Definición de sospecha de Cáncer Mamario:

Se define caso sospechoso como toda persona con:

- a. Examen Físico de Mama con signos clínicos compatibles con cáncer de mama (Ver Pautas de referencia enviadas en el Ordinario N°4C/ 2125 del 05.04.01)
- b. Mamografía sospechosa: BIRADS 4 o BIRADS 5
- c. Ecotomografía mamaria sospechosa.

1. 12.2 Detección de casos sospechosos.

En el Nivel de Atención Primaria de Salud (APS) se realiza la detección de los casos sospechosos en su gran mayoría:

A.- Mamografía y Examen Físico de Mama, a mujeres asintomáticas de 40 años y más, con uno o más de los siguientes factores de riesgo:

1. Antecedente de cáncer de mama línea materna.
2. Antecedentes de histología premaligna de la mama (hiperplasias atípicas, cáncer lobulillar in situ)
3. Acude con estudio de mutaciones genéticas (BRCA1 – BRCA2).
4. Terapia de reemplazo hormonal por 5 años y más.

La mamografía es particularmente útil en lesiones no palpables y para guiar la aspiración con aguja fina (**Recomendación B**)

B.- Mamografía y EFM a mujeres asintomáticas previo al inicio de terapia hormonal de reemplazo

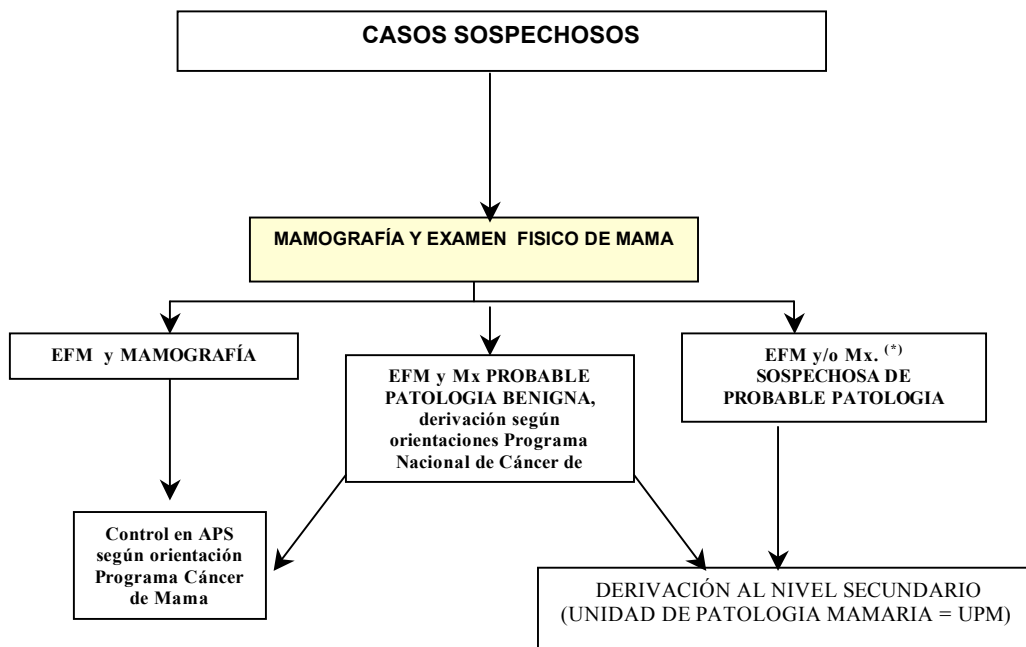
C- Mamografía y Examen Físico de Mama a todas las mujeres sintomáticas de 30 años y más (Ver pauta de Referencia)

- D.- Mamografía a todas las mujeres sintomáticas menores de 30 años con Examen Físico de Mama sospechoso de probable patología maligna.
- E. Todas las personas que concurren con Mamografía y/o Ecotomografía mamaria sospechosas.
- F. Mujeres de 50 años con mamografía sospechosa (BIRADS 4 o BIRADS 5) por Examen de Medicina Preventiva.

Los casos sospechosos por Examen Físico de Mama² (con o sin correlación imageneológica), y/o mamografía, y/o ecotomografía, deben ser derivados al Nivel Secundario de Atención, de acuerdo a Pautas de referencia, y la red de atención establecida.

El United States Preventive Task Force (USPSTF) recomienda la mamografía con o sin Examen Físico de Mama, concluyendo que hay insuficiente evidencia para recomendar a favor o en contra del screening de Cáncer de Mama con Examen Físico de Mama aislado. En todos los aspectos de: sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo, el EFM tiene resultados mas pobres que la mamografía: La sensibilidad del EFM fue estimado en un reciente meta-análisis en un 54%. (American Cancer Society Guidelines for Breast Cancer Screening, Update 2003, p. 150)

12.3 ALGORITMO DE SOSPECHA DIAGNOSTICA



² = El EFM debe ser realizado según protocolo vigente y por profesionales capacitados

13. RECOMENDACIONES PARA LA CONFIRMACION DIAGNOSTICA

13.1 Confirmación casos sospechosos:

Se realiza en la Unidad Patología Mamaria (UPM) adscrita a Servicios de Cirugía y/o Ginecología, correspondientes a los niveles secundarios de atención. En esta Unidad se realizan atenciones y procedimientos por un equipo multidisciplinario, especializado en Patología Mamaria. Existe un Comité Oncológico formado al menos por 2 médicos especialistas de la UPM, además de la matrona encargada. Se recomienda contar con la opinión de un médico radioterapeuta, un quimioterapeuta y/o otros profesionales, según cada caso clínico. Este Comité debe evaluar y definir el tratamiento de los casos.

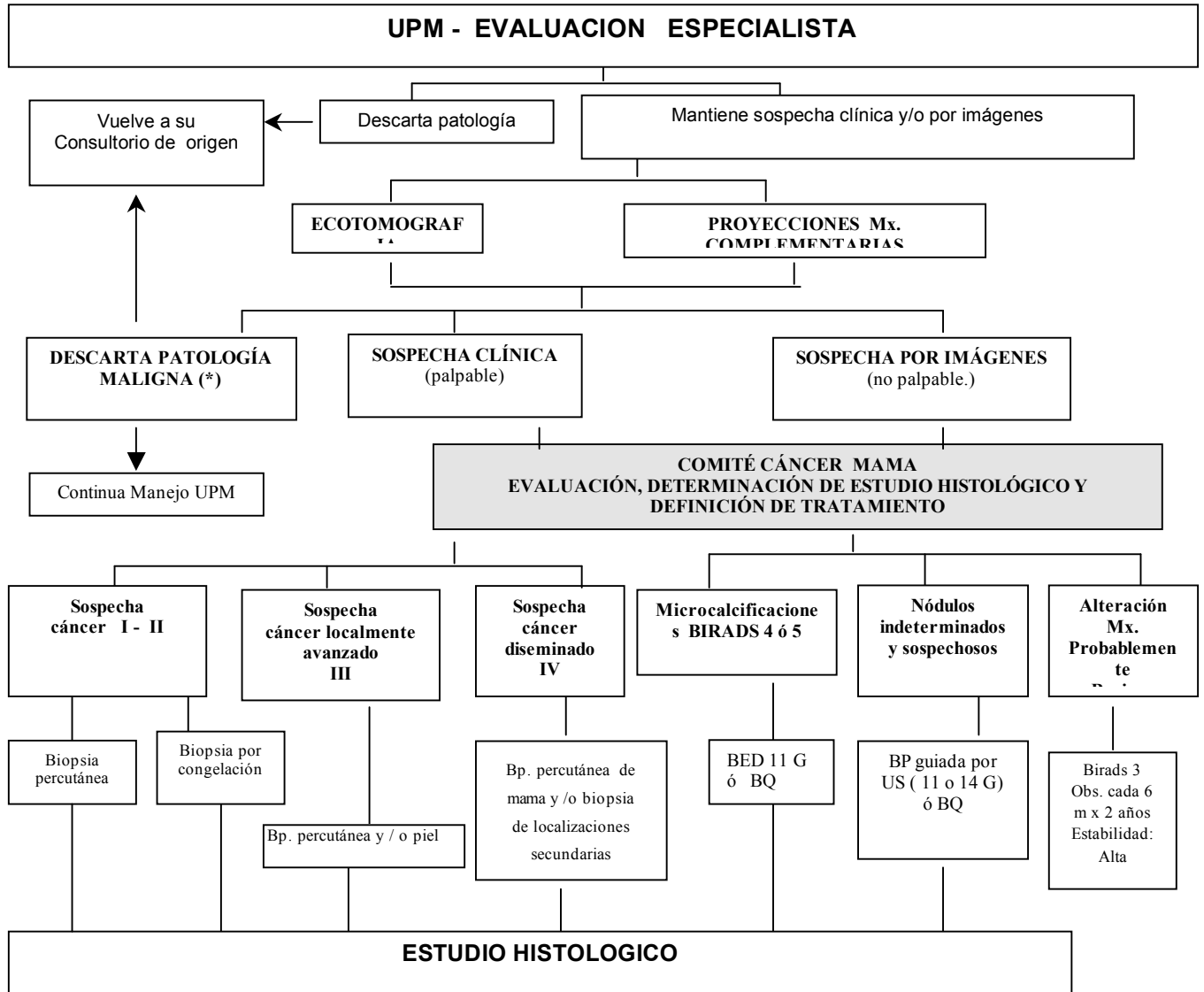
Criterio de Confirmación Diagnóstica:

Se realiza con el informe histológico positivo de Cáncer Mamario, emitido por el Servicio de Anatomía Patológica.

La Unidad de Patología Mamaria y el Servicio de Anatomía Patológica, deberán establecer los mecanismos de coordinación necesarios para que el informe histológico esté disponible en la UPM oportunamente.

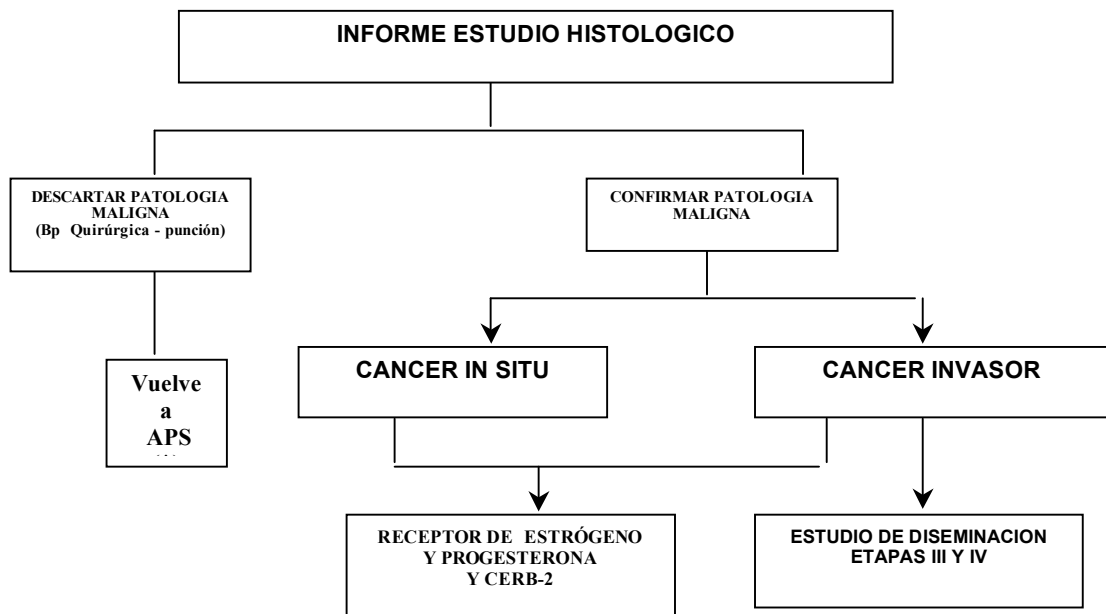
La confirmación diagnóstica debe ser informada personalmente a la paciente, por el médico tratante, quien en ese momento debe completar el “Informe de Proceso diagnóstico” y, al mismo tiempo, se debe iniciar el proceso del consentimiento informado.

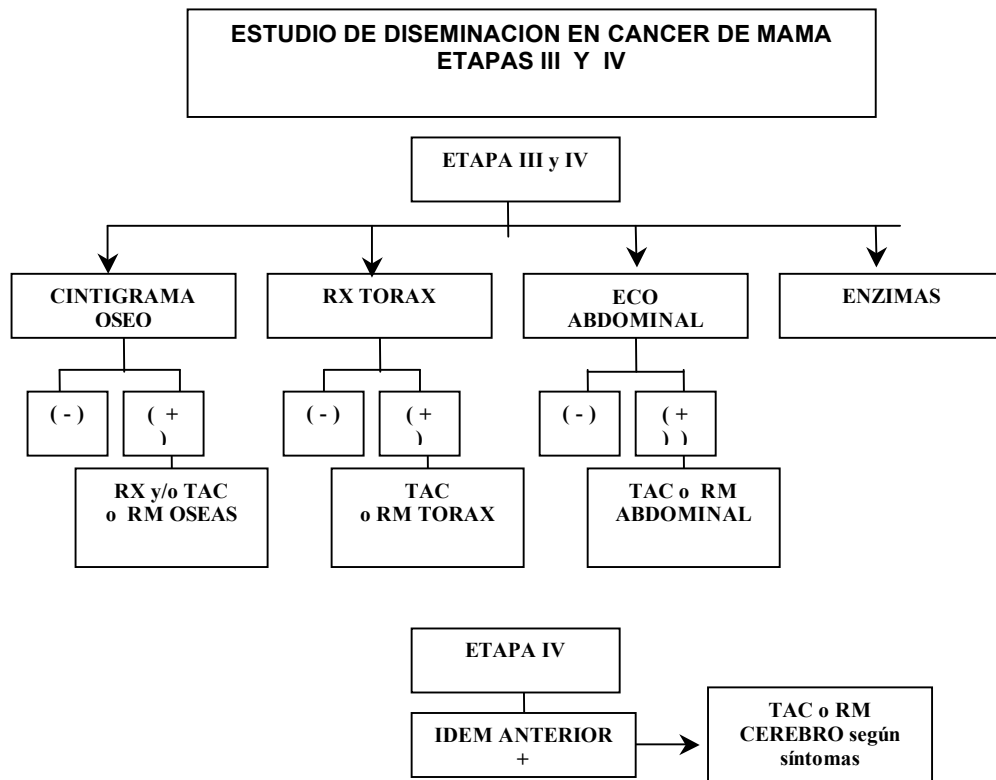
13.2 ALGORITMO DE CONFIRMACION DIAGNOSTICA



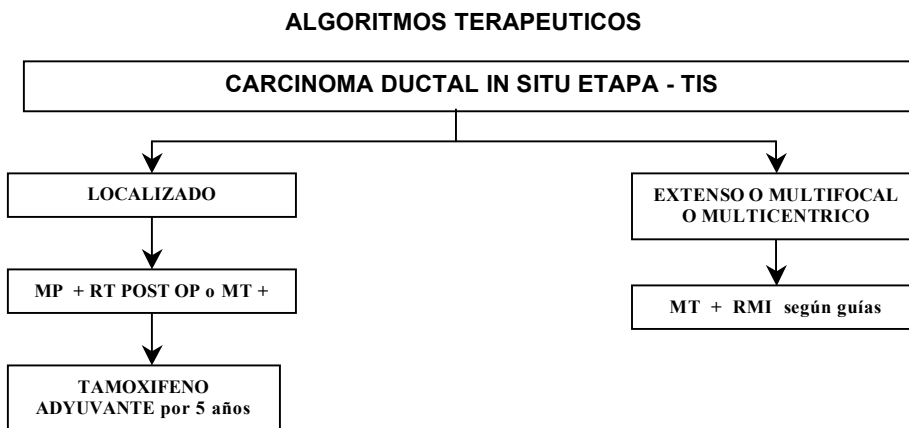
(*) = Según pautas de referencias y contra referencias del Programa Nacional de Pesquisa y Control del Cáncer de Mama

13.3 ETAPIFICACION





3



14. TRATAMIENTO

Carcinoma Lobulillar in situ (CLIS)

Estudio

- Anamnesis y examen físico
- Mamografía bilateral más proyecciones adicionales
- Revisión patológica

Conducta

- Si es hallazgo incidental
 - Observación
- Discusión de todos los casos junto con correlación de imagen y anatomía patológica

Seguimiento

- Mamografía anual
- Ex físico cada 6-12 meses
- Autoexamen
- Considerar estrategias para reducción de riesgo

Estrategias para reducción de riesgo

- Se considera tamoxifeno para reducción de riesgo
- Mastectomía total profiláctica en circunstancias especiales seguida de reconstrucción
 - Mujeres de muy alto riesgo
- Ingreso a protocolos

Carcinoma ductal in situ (CDIS)

Estudio

- Anamnesis y examen físico
- Mamografía bilateral más proyecciones adicionales
- Eventual eco y RM
- Biopsia percutánea
- Revisión patológica
- RE, RP, HER2

Conducta según hallazgos

- Enfermedad extensa o difusa (2 o más cuadrantes)
 - Mastectomía total con o sin reconstrucción
 - En caso de sospecha de microinvasión, considerar linfonodo centinela
 - Adyuvancia
- Márgenes positivos
 - Reresección
 - Mastectomía total con o sin reconstrucción
- Márgenes negativos
 - Excisión más radioterapia
- Tu menor de 5 mm, unicéntrico de bajo grado, márgenes > 1 cm., en pacientes afeas
 - Excisión sola

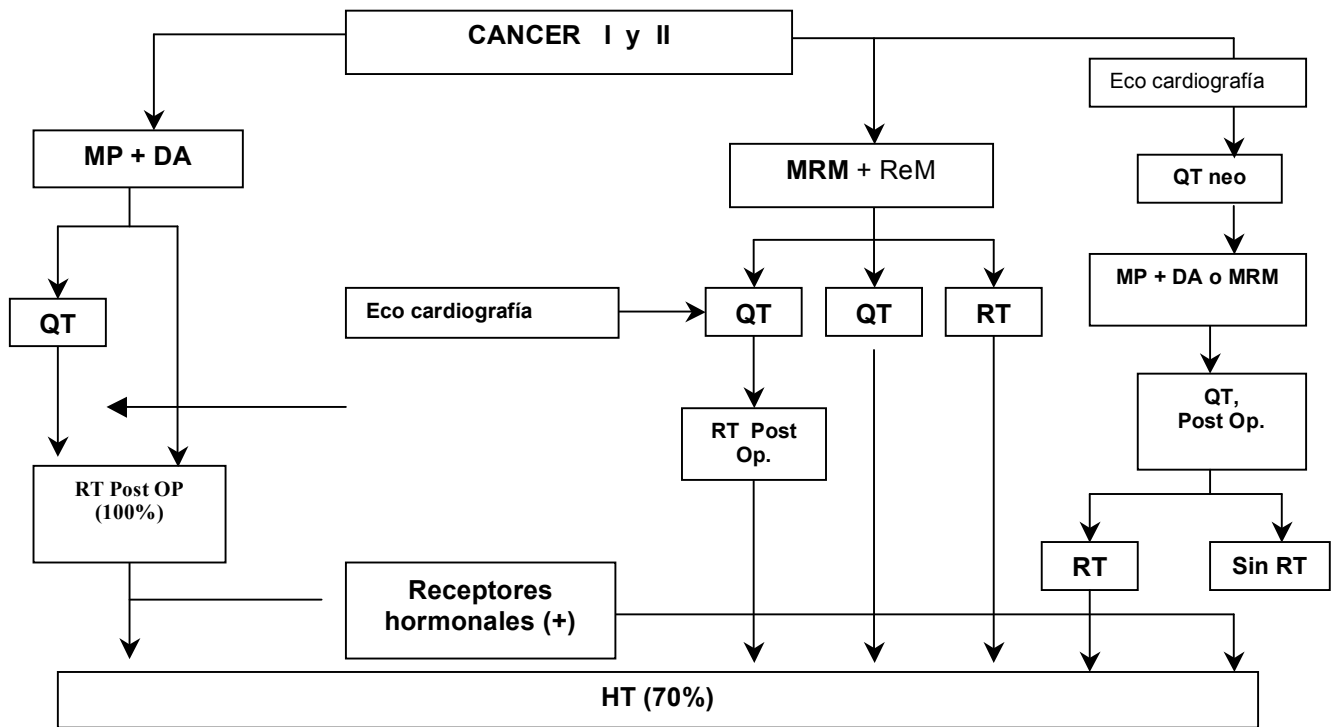
Adyuvancia

- Tamoxifeno por 5 años
 - Pctes. tratadas con cirugía conservadora y radioterapia con receptores positivos (beneficio en receptor negativo es desconocido)
 - Pacientes tratadas con excisión sola
 - El tratamiento adyuvante con tamoxifeno ha demostrado reducción del riesgo de recidiva ipsilateral y de cáncer contralateral. Sin embargo, no se puede entregar una recomendación categórica sobre la indicación de tamoxifeno a todas las pacientes con carcinoma intraductal.. Los beneficios y riesgos de este tratamiento deben ser considerados en cada paciente.

Seguimiento

- Anamnesis y examen físico
 - Cada 3-6 meses por 5 años
 - Anualmente después
- Mamografía anual
- Monitoreo tratamiento con tamoxifeno

ALGORITMO DE MANEJO DE CANCER DE MAMA TIPO I Y II



Carcinoma invasor

Etapas I y II

- Estadio I
 - T1, N0, M0
- IIA
 - T0, N1, M0
 - T1, N1, M0
 - T2, N0, M0

- IIB
 - T2, N1, M0
 - T3, N0, M0

Estudio

- Anamnesis y ex físico
- Estudio preoperatorio habitual
- Mamografía bilateral diagnóstica más proyecciones adicionales
- Ultrasonido
- RE, RP, HER2

- Opcional
 - RM
 - Revisión patológica
 - Cintigrama óseo
 - Síntomas óseos
 - FA elevadas
 - Tac, US o RM abdominal
 - Para estadios 2A o 2B
 - FA elevadas

Tratamiento locorregional

- Mastectomía parcial con disección nivel axilar I y II

- Mastectomía total con disección nivel axilar I y II, con o sin reconstrucción mamaria inmediata

- Si es T2 o T3 y cumple todos los criterios de terapia conservadora, excepto por tamaño, considerar quimioterapia neoadyuvante

CONTRAINDICACION CIRUGIA CONSERVADORA

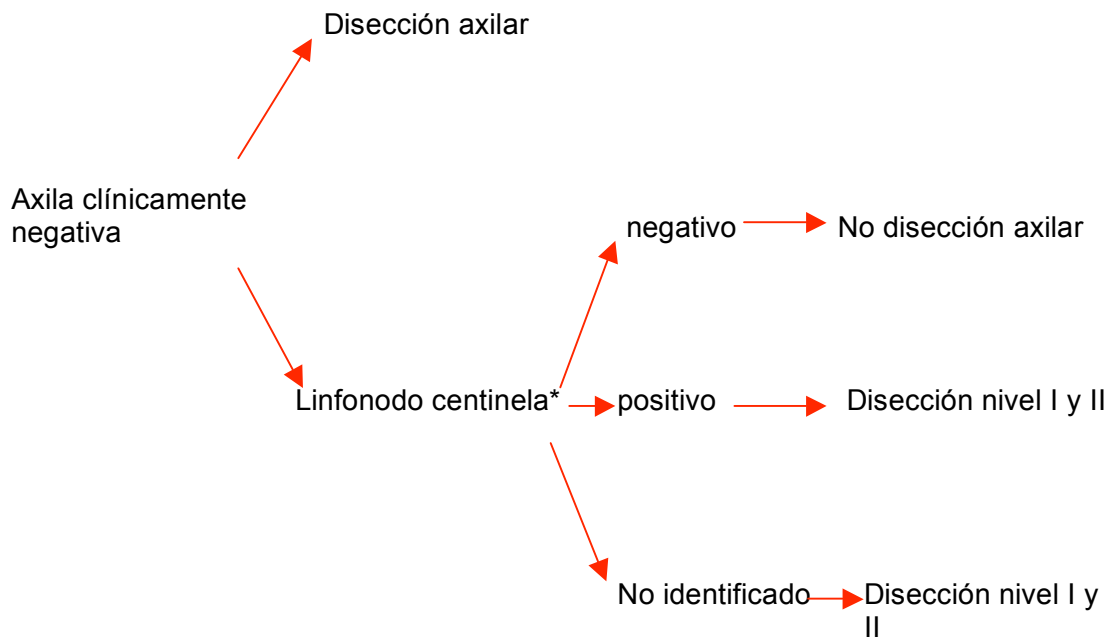
- *Absolutas*
 - Imposibilidad o contraindicaciones de radioterapia
 - Embarazo
 - Radioterapia previa
 - Multicentricidad
 - Microcalcificaciones difusas no claramente benignas
 - Imposibilidad de obtener márgenes negativos, de aproximadamente de 10 mm, con un resultado cosmético aceptable
- *Relativas*
 - Tumores bifocales
 - Tumores > 5 cm
 - Dificultades para realizar radioterapia
 - Enfermedades del mesénquima
 - Mamas muy voluminosas o péndulas
 - Imposibilidad de realizar un buen seguimiento

Etapificación quirúrgica axilar

- Candidatas a LC
 - Axila clínicamente negativa
 - Cáncer unicéntrico
 - Tamaño clínico < 3 cm.

- No tumores de la cola de la mama
- No quimioterapia previa o tratamiento hormonal

Linfonodo centinela



Tratamiento locorregional

Radioterapia

- Mastectomía parcial con disección nivel axilar I y II
 - Axila negativa
 - Rxterapia mama (45 - 50 gy)
 - Boost al lecho (10 -20 gy)
 - Mamaria interna (casos especiales)
 - Axila positiva
 - Rxterapia mama (45 -50 gy)
 - Boost al lecho (10 - 20 gy)
 - Región supraclavicular
 - Rxterapia mamaria interna (opcional)
 - Radioterapia axilar
 - » Disección axilar insuficiente
 - » Compromiso tejido grasa axilar
 - » Compromiso axilar masivo (pN3)
 - »
- Mastectomía total con disección nivel axilar I y II, con o sin reconstrucción mamaria inmediata
 - Axila negativa
 - Tumor < 5 cm. y márgenes \geq 10 mm
 - No rxterapia

- Tu < 5 cm. y márgenes cercanos (<2mm)
 - rxterapia a pared torácica
- Márgenes positivos
 - Reoperación
 - Radioterapia a pared torácica
- Tumor > 5cm.
 - Radioterapia a pared torácica
- Axila positiva
 - Post quimioterapia rxterapia a pared torácica y supraclavicular
 - Considerar Rxterapia mamaria interna (controversial)
 - Radioterapia axilar
 - » Disección axilar insuficiente
 - » Compromiso tejido grasa axilar
 - » Compromiso axilar masivo (pN3)

Tratamiento sistémico

Enfermedad hormono respondedora

Condiciones para riesgo bajo.

Todas las siguientes condiciones:

1. Axila (-)
2. Tumor < de 2 cm.
3. Grado I
4. Mayor de 35 años.
5. Sin invasión vascular.
6. Sin amplificación de HER-2.

Tratamiento riesgo bajo

- Premenopáusicas: tamoxifeno o nada.
- Post menopáusicas: tamoxifeno o inhibidores de aromatasa.

Riesgo intermedio

- Axila negativa, con a lo menos uno de las siguientes características: tumor mayor de 2 cm, GII o III, menor de 35 años, HER-2 +++ o invasión vascular.
- 1 a 3 ganglios axilares positivos, con todas las siguientes condiciones: GI, mayor de 35 años, HER-2 (-) y sin invasión vascular.

Tratamiento riesgo intermedio

1.- Hormono claramente respondedoras

- Pre menopáusicas (opciones):
 - a) Tam +/- supresión ovárica médica o
 - b) QT seguida de Tam.
- Pos menopáusicas (opciones):
 - a) Tamoxifeno o
 - b) Inhibidores de aromatasa o
 - c) Tamoxifeno seguido de IA o
 - d) QT seguida de tamoxifeno o
 - e) QT seguida de I.A

2.- Respuesta endocrina dudosa.

- Pre menopáusicas (opciones):

- a) QT seguida de Tam. o
- b) Solo quimioterapia

- Post menopáusicas(opciones):
 - a) QT seguida de tamoxifeno o
 - b) QT seguida de I.A.

Quimioterapia para riesgo intermedio(opciones):

- a) 6 CMF. ó
- b) 4 AC.

Enfermedad hormono no respondedora.

Riesgo bajo

- Las mismas condiciones que en la enfermedad hormono respondedora pero con receptores hormonales negativos.
- Tratamiento sistémico adyuvante: nada

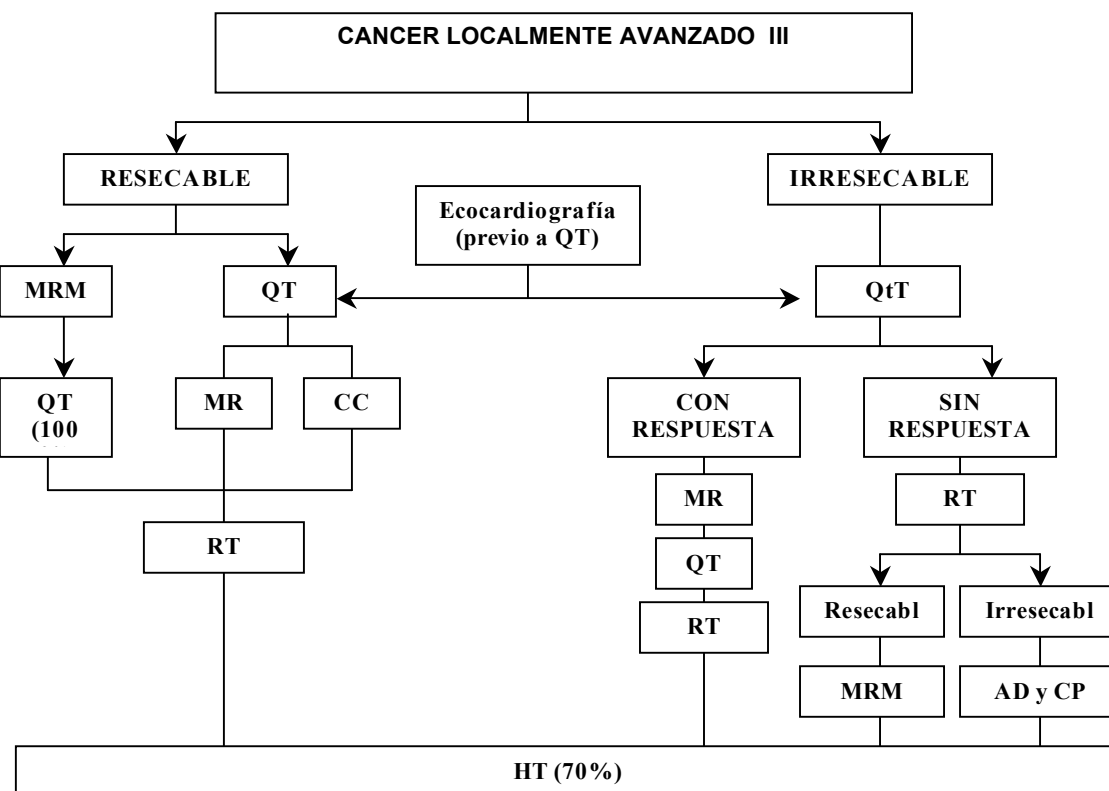
Riesgo intermedio

- Axila negativa, con a lo menos uno de las siguientes características: tumor mayor de 2 cm, GII o III, menor de 35 años, HER-2 +++ o invasión vascular
- Tratamiento sistémico adyuvante: quimioterapia: 6 CMF o 4 AC

Riesgo alto

- Axila positiva.

Tratamiento quimioterapia:
antraciclina + taxanos.



Cáncer Localmente Avanzado:

El cáncer de mama localmente avanzado y el cáncer inflamatorio, constituyen un grupo heterogéneo de cáncer de mama, que alcanza a un 27% de todos los cánceres diagnosticados en Chile en el sistema público de salud (fuente: registro de notificación obligatoria, MINSAL).

Las pacientes con estos cánceres corresponden a T3 N0, T3N1, cualquier T4; cualquier T con N2 o N3.

La subdivisión del cáncer localmente avanzado según su presentación clínica en operable, inoperable e inflamatorio facilita el manejo clínico.

El tratamiento dependerá de si la enfermedad se presenta como resecable o irresecable al momento del diagnóstico.

Dado el alto grado de heterogeneidad en la presentación clínica de este grupo de pacientes, la evidencia para respaldar el tratamiento de estos pacientes es limitada, debido a que los estudios disponibles tienden a incluir una amplia variedad de presentaciones clínicas con un número limitado de pacientes.

Asimismo, los estudios varían en la secuencia de los tratamientos, especialmente en la de los locoregionales, y en la intensidad y duración de las terapias (quimioterapia).

Finalmente, la definición de enfermedad localmente avanzada ha cambiado en el tiempo, lo que dificulta la comparación entre los estudios.

Enfermedad resecable (T3 N0, T3N1)

Las opciones de manejo en este grupo de pacientes son:

1. Mastectomía seguida de quimioterapia adyuvante y luego radioterapia.
2. Quimioterapia neoadyuvante para intentar disminuir el estadio de la lesión para efectuar un tratamiento conservador seguido de radioterapia.

El tratamiento de quimioterapia como primera opción se basa en el uso de antraciclinas. Sin embargo, actualmente existen datos que apoyan el uso de taxanos en este subgrupo de pacientes.

Enfermedad Irresecable.

Como primer tratamiento se indica quimioterapia neoadyuvante, luego manejo locorregional con mastectomía, seguida de tratamiento adyuvante con quimioterapia y finalmente radioterapia. En los casos que presenten receptores hormonales positivos, se indica hormonoterapia.

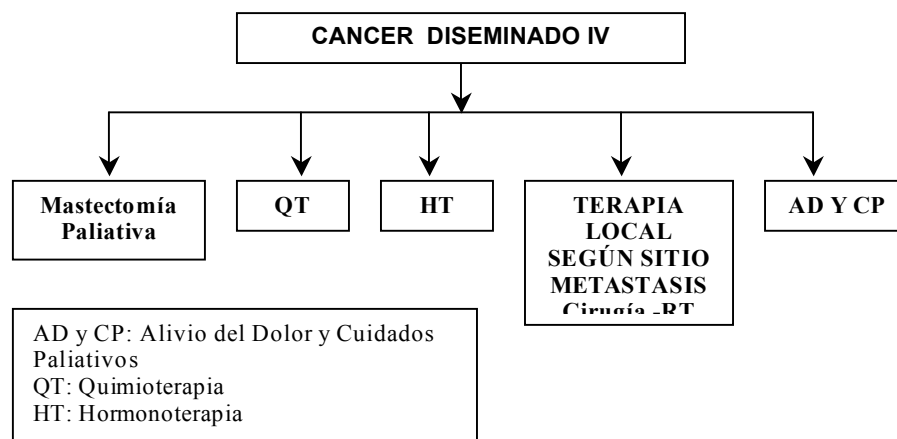
La quimioterapia se usa por el alto riesgo de metástasis que presentan estas pacientes, para intentar convertir una enfermedad inoperable en operable y para evaluar en vivo la respuesta clínica al tratamiento.

Históricamente los regímenes de quimioterapia de primera línea incluyen a las antraciclinas. Sin embargo, actualmente existen datos que apoyan el uso de taxanos en este subgrupo de pacientes.

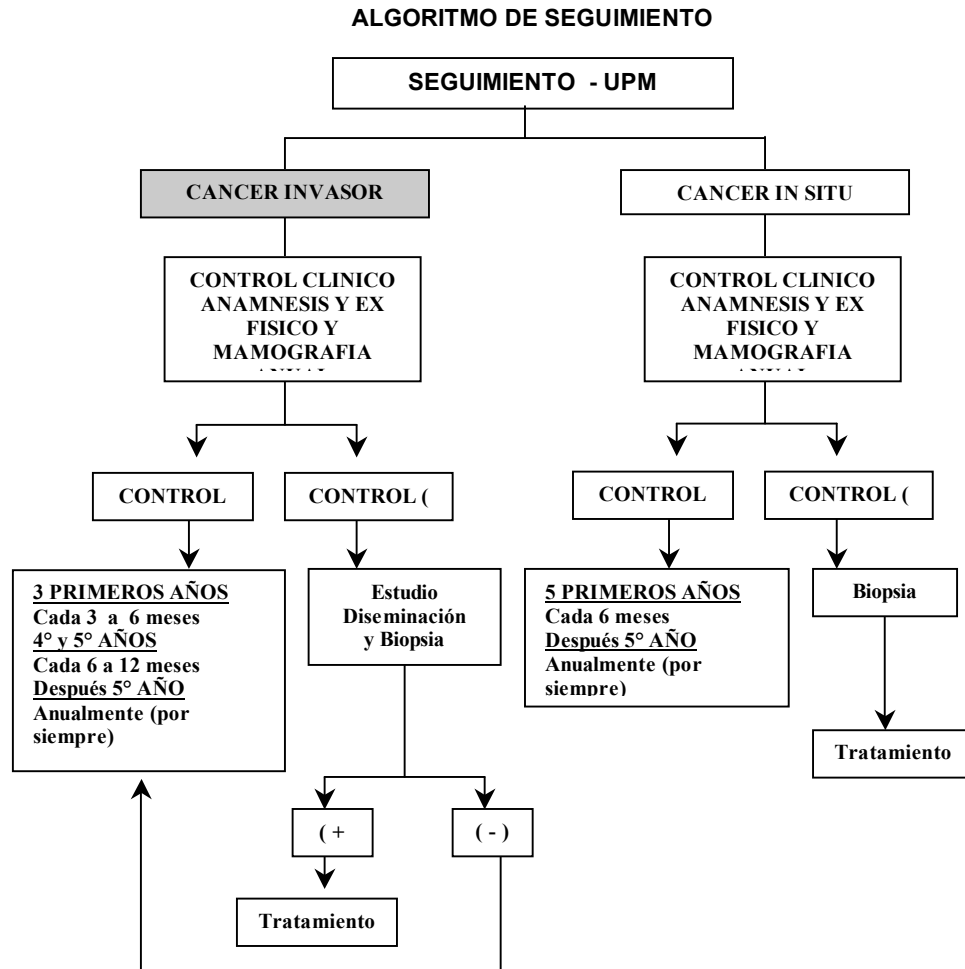
En los casos en que el tumor persiste inoperable, tras la quimioterapia de primera línea, las opciones son proceder con una quimioterapia de segunda línea o radioterapia. El principal objetivo de este tratamiento continúa siendo convertir la enfermedad inoperable en operable; ya que las pacientes sin control locoregional tienen una peor calidad de vida.

Cáncer Inflamatorio.

En este caso, considerando el pobre pronóstico de esta enfermedad, se debe iniciar un esquema agresivo de quimioterapia combinada, seguido de manejo locoregional. En este contexto, los regímenes que contienen antraciclinas, taxanos o combinación de estas drogas, son utilizadas inicialmente. La hormonoterapia puede mejorar inicialmente la respuesta en tumores con receptores hormonales positivos.



15. SEGUIMIENTO



5. CRITERIOS DE EGRESO

- Traslado a otro Servicio de Salud o al Extrasistema, cuando la paciente lo solicite.
- Rechazo expresado por la paciente a confirmación histológica y/o al tratamiento.
- Abandono de tratamiento.
- Fallecimiento.

Serán condiciones de excepción para el cumplimiento de las garantías anteriormente descritas:

- Pacientes con patologías médicas severas y/o psiquiátricas agudas con contraindicación de procedimientos diagnósticos o terapéuticos.
 - Inasistencia de la paciente a los controles y consultas predefinidas.
 - Rechazo de paciente y/o familia a procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos.

16. BIBLIOGRAFIA

Board of the Faculty of Clinical Radiology & The Royal College of Radiologists London 2003, **Guidance on Screening and Symptomatic Breast Imaging (Second Edition)**.

Ref ID: 151

Byers T, Nestle M, McTiernan A, Doyle C, Currie-Williams A, Gansler T, & Thun M 2002, "American Cancer Society guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity.", *CA Cancer J Clin*, vol. 52, no. 2, pp. 92-119.

Ref ID: 146

Departamento de Información y Estadísticas Ministerio de Salud. **Mortalidad por tumor maligno de la mama, CHILE 1990-2002**. Ministerio de Salud. www.minsal.cl/deis . 2005.

Ref Type: Electronic Citation

Ref ID: 137

Dpto. Epidemiología Ministerio de Salud. Estudio de AVISA: Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) por Cáncer de Mama. <http://epi.minsal.cl/epi/html/frames/frame6.htm> . 2005.

Ref Type: Electronic Citation

Ref ID: 140

Eccles M, Freemantle N, & Mason J 2001, "Using systematic reviews in clinical guideline development," in *Systematic Reviews in Health Care: Meta Analysis in Context*, 2nd edn, Egger M, Smith GD, & Altman D, eds., BMJ Publishing Group, Chatam, pp. 400-409.

Ref ID: 3

Field MJ & Lohr KN 1992, *Guideline for Clinical Practice: from development to use*, National Academy Press, Washington DC.

Ref ID: 1

Ho C, Hailey D, Warburton R, MacGregor J, Pisano E, & Joyce J. 2002, **Digital mammography versus film-screen mammography: technical, clinical and economic assessments.**, CCOHTA., Ottawa, , Technology Report 30.

Ref ID: 145

IARC. GLOBOCAN 2000: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. IARCPress. GLOBOCAN 2000 [Version 1.0]. 2001.

Ref Type: Electronic Citation

Ref ID: 139

Lohr KN 2004, "Rating the strength of scientific evidence: relevance for quality improvement programs", *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 16, pp. 9-18.

Ref ID: 2

Ministerio de Salud 1995, *Pauta de Evaluación para la atención de la Patología Mamaria, 1994-1995*, Ministerio de Salud, Santiago.

Ref ID: 135

Ministerio de Salud 2003, *Registro Notificación Unidad de Cáncer*, Ministerio de Salud, Santiago.

Ref ID: 141

NHS Cancer Screening Programmes 2004, **CEASING WOMEN FROM THE NHS BREAST SCREENING PROGRAMME**, NHS Cancer Screening Programmes, 7.

Ref ID: 150

Paredes H, Baeza R, Horvath E, & Torres S 2004, *II Jornada Chilena de Consenso en Cancer de Mama* Soc. Chilena de Mastología, Santiago.

Ref ID: 134

Smith RA, Saslow D, Sawyer KA, Urke W, Ostanza ME, & Vans WP 2003, "ACS guidelines for breast cancer screening: update 2003.", *CA Cancer J Clin*, vol. 53, no. 3, pp. 141-169.

Ref ID: 142

Smith RA, Saslow D, Sawyer A, & et al 2005, "American Cancer Society Guidelines for Breast Cancer Screening: Update 2003", *CA Cancer J Clin*, vol. 53, pp. 141-169.

Ref ID: 143

The AGREE Collaboration 2001, *EVALUACION DE GUIAS DE PRACTICA CLINICA*; Osteba, Dpto. de Sanidad del Gobierno Vasco AGREE Instrument Spanish version, London.

Ref ID: 4

U.S. Preventive Services Task Force 2002, "Screening for breast cancer: recommendations and rationale.", *Ann Intern Med*, vol. 3, no. 137, pp. 344-346.

Ref ID: 153

Valenzuela M, Bellolio MF, Flores E, Briones P, Martínez R, Cornejo J, & et al "DIAGNOSTICO DE TUMORES DE MAMA BAJO ECOGRAFIA: ESTUDIO PROSPECTIVO", Departamento de Cirugía Oncológica. & Hospital Sótero Del Río, eds., Santiago.

Ref ID: 148

1. Departamento de Información y Estadísticas Ministerio de Salud. **Mortalidad por tumor maligno de la mama, CHILE 1990-2002**. Ministerio de Salud. www.minsal.cl/deis . 2005.
Ref Type: Electronic Citation
Ref ID: 137
2. Dpto. Epidemiología Ministerio de Salud. Estudio de AVISA: Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) por Cáncer de Mama. <http://epi.minsal.cl/epi/html/frames/frame6.htm> . 2005.
Ref Type: Electronic Citation
Ref ID: 140
3. Eccles M, Freemantle N, & Mason J 2001, "Using systematic reviews in clinical guideline development," in *Systematic Reviews in Health Care: Meta Analysis in Context*, 2nd edn, Egger M, Smith GD, & Altman D, eds., BMJ Publishing Group, Chatam, pp. 400-409.
Ref ID: 3

4. Field MJ & Lohr KN 1992, *Guideline for Clinical Practice: from development to use*, National Academy Press, Washington DC.
Ref ID: 1
 5. IARC. GLOBOCAN 2000: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. IARC Press. GLOBOCAN 2000 [Version 1.0]. 2001.
Ref Type: Electronic Citation
Ref ID: 139
 6. Lohr KN 2004, "Rating the strength of scientific evidence: relevance for quality improvement programs", *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 16, pp. 9-18.
Ref ID: 2
 7. Ministerio de Salud 1995, *Pauta de Evaluación para la atención de la Patología Mamaria, 1994-1995*, Ministerio de Salud, Santiago.
Ref ID: 135
 8. Ministerio de Salud 2003, *Registro Notificación Unidad de Cáncer*, Ministerio de Salud, Santiago.
Ref ID: 141
 9. The AGREE Collaboration 2001, *EVALUACION DE GUIAS DE PRACTICA CLINICA.*, Osteba, Dpto. de Sanidad del Gobierno Vasco AGREE Instrument Spanish version, London.
Ref ID: 4
-
1. Board of the Faculty of Clinical Radiology & The Royal College of Radiologists London 2003, ***Guidance on Screening and Symptomatic Breast Imaging (Second Edition)***.
Ref ID: 151
 2. Byers T, Nestle M, McTiernan A, Doyle C, Currie-Williams A, Gansler T, & Thun M 2002, "American Cancer Society guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity.", *CA Cancer J Clin*, vol. 52, no. 2, pp. 92-119.
Ref ID: 146
 3. Departamento de Información y Estadísticas Ministerio de Salud. **Mortalidad por tumor maligno de la mama, CHILE 1990-2002**. Ministerio de Salud. www.minsal.cl/deis . 2005.
Ref Type: Electronic Citation
Ref ID: 137
 4. Dpto. Epidemiología Ministerio de Salud. Estudio de AVISA: Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) por Cáncer de Mama. <http://epi.minsal.cl/epi/html/frames/frame6.htm> . 2005.
Ref Type: Electronic Citation
Ref ID: 140
 5. Eccles M, Freemantle N, & Mason J 2001, "Using systematic reviews in clinical guideline development," in *Systematic Reviews in Health Care: Meta Analysis in Context*, 2nd edn, Egger M, Smith GD, & Altman D, eds., BMJ Publishing Group, Chatam, pp. 400-409.
Ref ID: 3

6. Field MJ & Lohr KN 1992, *Guideline for Clinical Practice: from development to use*, National Academy Press, Washington DC.
Ref ID: 1
7. Ho C, Hailey D, Warburton R, MacGregor J, Pisano E, & Joyce J. 2002, ***Digital mammography versus film-screen mammography: technical, clinical and economic assessments.***, CCOHTA., Ottawa, , Technology Report 30.
Ref ID: 145
8. IARC. GLOBOCAN 2000: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. IARCPress. GLOBOCAN 2000 [Version 1.0]. 2001.
Ref Type: Electronic Citation
Ref ID: 139
9. Lohr KN 2004, "Rating the strength of scientific evidence: relevance for quality improvement programs", *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 16, pp. 9-18.
Ref ID: 2
10. Ministerio de Salud 1995, *Pauta de Evaluación para la atención de la Patología Mamaria, 1994-1995*, Ministerio de Salud, Santiago.
Ref ID: 135
11. Ministerio de Salud 2003, *Registro Notificación Unidad de Cáncer*, Ministerio de Salud, Santiago.
Ref ID: 141
12. NHS Cancer Screening Programmes 2004, ***CEASING WOMEN FROM THE NHS BREAST SCREENING PROGRAMME***, NHS Cancer Screening Programmes, 7.
Ref ID: 150
13. Paredes H, Baeza R, Horvath E, & Torres S 2004, *II Jornada Chilena de Consenso en Cáncer de Mama* Soc. Chilena de Mastología, Santiago.
Ref ID: 134
14. Smith RA, Saslow D, Sawyer KA, Wicker LS, O'Connell ME, & Vans WP 2003, "ACS guidelines for breast cancer screening: update 2003.", *CA Cancer J Clin*, vol. 53, no. 3, pp. 141-169.
Ref ID: 142
15. Smith RA, Saslow D, Sawyer A, & et al 2005, "American Cancer Society Guidelines for Breast Cancer Screening:Update 2003", *CA Cancer J Clin*, vol. 53, pp. 141-169.
Ref ID: 143
16. The AGREE Collaboration 2001, *EVALUACION DE GUIAS DE PRACTICA CLINICA:*, Osteba, Dpto. de Sanidad del Gobierno Vasco AGREE Instrument Spanish version, London.
Ref ID: 4
17. U.S.Preventive Services Task Force 2002, "Screening for breast cancer: recommendations and rationale.", *Ann Intern Med*, vol. 3, no. 137, pp. 344-346.
Ref ID: 153
18. Valenzuela M, Bellolio MF, Flores E, Briones P, Martinez R, Cornejo J, & et al "DIAGNOSTICO DE TUMORES DE MAMA BAJO ECOGRAFIA: ESTUDIO PROSPECTIVO", Departamento de Cirugía Oncológica. & Hospital Sótero Del Río, eds., Santiago.
Ref ID: 148

19. BIBLIOGRAFÍA – EVIDENCIAS

Tecnología	Evidencia	Referencias
Examen Protocolizado de la mama	Serie Ensayo clínico controlado	Rev.Chil.Cirugía; 47(5):461-6 Oct.95 OVID JAMA 1999, vol 282: 1270-80. (COCHRANE-SISTEMATIC REVIEW).
Mamografía	ST, ECR, OP	Leborgne R (1951) AJR 65:1; Egan RL (1966) Radiology 74:894; Haagensen CD (1962-1963) College of Physicians & Surgeons NY Personal communications . Mammography Quality Standards Act (MQSA) 1992
Ecotomografía Mamaria	ST; ECR;OP	Stavros Thomas Radiology 1995; 196:123-134
Biopsia Percutánea guiada ultrasonido (aguja 14=Core)	ST; ECR;OP	BurnankF, Parker SH. Semin Breast Dis 1998; 1:71:83
Biopsia Percutánea guiada ultrasonido (aguja 11= Mammotome		
Biopsia Percutánea guiada por mamografía (Bp Estereotaxica Digital)	ST; ECR;OP	Lieberman Laura, MD Radiology 1995; 195;633:637 Jackman RJ Radiology 1994; 193;91-95
M: T Receptores estrógenos		Basuyau et al. Bull Cancer 2000, 87 :723-37.
MT Receptores Progesterona		

HORMONOTERAPIA CANCER DE MAMA I y II	I	<p>Tamoxifen for early breast cancer. COCHRANE SISTEMATIC REVIEW. Blamey et al. Eur J Cancer 2002 ;38 :615-34. Tamoxifen for early breast cancer: an overview of the randomised trials. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Lancet 1998; 351: 1451.</p>
QUIMIOTERAPIA MAMA I y II	I	<ul style="list-style-type: none"> • Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group: Polychemotherapy for early breast cancer: An overview of the randomised trials. Lancet 1998; 352:930-942 • Fisher,B; Brown,A; Dimitrov,N. et al. Two months of doxorubicin-cyclophosphamide with and without interval reinduction therapy compared with 6 months of cyclophosphamide, methotrexate and fluorouracil in positive-node breast cancer patients with tamoxifen-nonresponsive tumors: Results from the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-15. J Clin Oncol 1990; 8:1483-1496 • Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group: Systemic treatment of early breast cancer by hormonal, cytotoxic or immune therapy: An overview of the randomised trials. Lancet 1992; 339:7-122.
CIRUGÍA Y RADIOTERAPIA CA MAMA LOCALMENTE AVANZADO	I	<p>Guía de Práctica Clínica (GPC) Canadian Medical Association 2001. GPC American Cancer Society (ACS). Recht et al. J Clin Oncol 2001; 19: 1539.</p>
RADIOTERAPIA PALIATIVA Cáncer de mama etapa IV	I	<p>Guía de Práctica Clínica (GPC) Canadian Medical Association 2001. GPC American Cancer Society (ACS).</p>

<p>QUIMIOTERAPIA Cáncer de mama Localmente Avanzado</p>	<p>I</p>	<p>Vincent T de Vita Jr; Hellman,S; Rosenberg, S Principles & Practice of Oncology; 7^o edition; 2005 by Lippincott Williams & Wilkins.</p> <p>Heys SD, Hutcheon AW, Sarkar TK, et al. Neoadjuvant docetaxel in breast cancer: 3-year survival results from the Aberdeen trial. <i>Clin Breast Cancer</i> 2002;3[Suppl 2]:S69.</p> <p>Fisher B, Brown A, Mamounas E, et al. Effect of preoperative chemotherapy on local-regional disease in women with operable breast cancer: findings from the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-18. <i>J Clin Oncol</i> 1997;15:2483</p> <p>Broet P, Scholl SM, de la Rochefordiere A, et al. Short and long-term effects on survival on breast cancer patients treated by primary chemotherapy: an updated analysis of a randomized trial. <i>Breast Cancer Res Treat</i> 1999;58:151.</p> <p>van der Hage JA, van de Velde CJ, Julien JP, et al. Preoperative chemotherapy in primary optimal breast cancer: results from the European Organization for Research and Treatment of Cancer trial 10902. <i>J Clin Oncol</i> 2001;19:4224</p> <p>Mauriac L, MacGrogan G, Avril A, et al. Neoadjuvant chemotherapy for operable breast carcinoma larger than 3 cm: a unicentre randomized trial with a 124-month median follow-up. Institut Bergonie Bordeaux Groupe Sein (IBBGS). <i>Ann Oncol</i> 1999;10:47.</p> <p>Buzdar AU, Singletary SE, Theriault RL, et al. Prospective evaluation of paclitaxel versus combination chemotherapy with fluorouracil, doxorubicin, and cyclophosphamide as neoadjuvant therapy in patients with operable breast cancer. <i>J Clin Oncol</i> 1999;17:3412. PubMed</p> <p>Smith IC, Heys SD, Hutcheon AW, et al. Neoadjuvant chemotherapy in breast cancer: significantly enhanced response with docetaxel. <i>J Clin Oncol</i> 2002;20:1456</p> <p>Newman LA, Buzdar AU, Singletary SE, et al. A prospective trial of preoperative chemotherapy in resectable breast cancer: predictors of breast-conservation therapy feasibility. <i>Ann Surg Oncol</i> 2002;9:228. PubMed</p> <p>Veronesi U, Bonadonna G, Zurrada S, et al. Conservation surgery after primary chemotherapy in large carcinomas of the breast. <i>Ann Surg</i> 1995;222:612</p> <p>Dixon JM, Love CD, Bellamy CO, et al. Letrozole as primary medical therapy for locally advanced and large operable breast cancer. <i>Breast Cancer Res Treat</i> 2001;66:191.</p> <p>Rubens RD, Bartelink H, Engelsman E, et al. Locally advanced breast cancer: the contribution of cytotoxic and endocrine treatment to radiotherapy. An EORTC Breast Cancer Cooperative Group trial 10792. <i>Eur J Cancer Clin Oncol</i> 1989;25:667.</p>
--	----------	--

		<p>Recht A, Edge SB, Solin LJ, et al. Post mastectomy radiotherapy: clinical practice guidelines of the American Society of Clinical Oncology. <i>J Clin Oncol</i> 2001;19:1539.</p> <p>Olivotto IA, Chua B, Allan SJ, et al. Long-term survival in patients with supraclavicular metastases at diagnosis of breast cancer. <i>J Clin Oncol</i> 2003;21:851.</p> <p>Brito RA, Valero V, Buzdar AW, et al. Long-term results of combined-modality therapy for locally advanced breast cancer with ipsilateral supraclavicular metastases: the University of Texas, M. D. Anderson Cancer Center experience. <i>J Clin Oncol</i> 2001;19:628.</p>
--	--	---

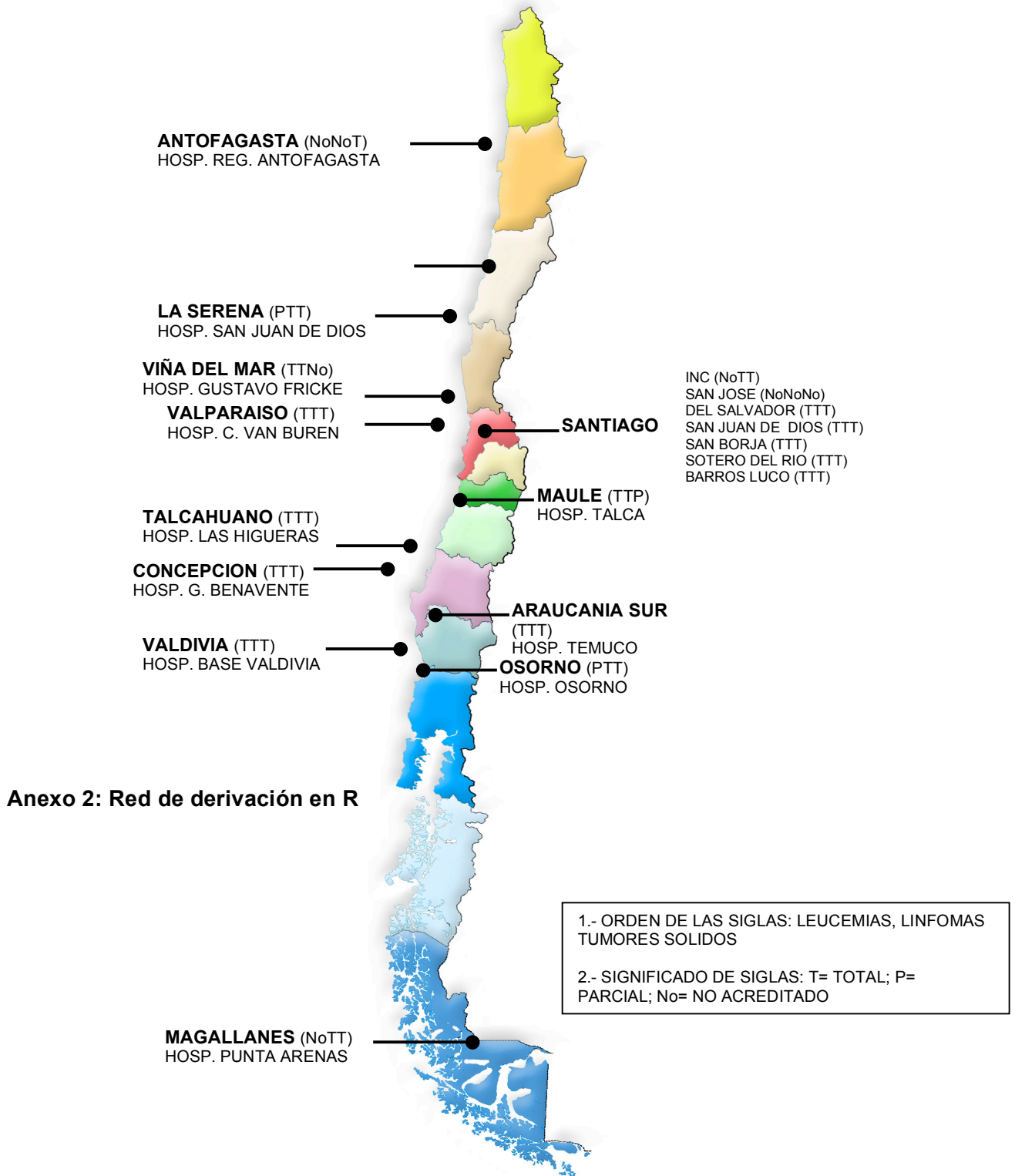
ANEXOS:

ANEXO 1: Red de derivación PANDA

Anexo 2: Red de derivación en Radioterapia

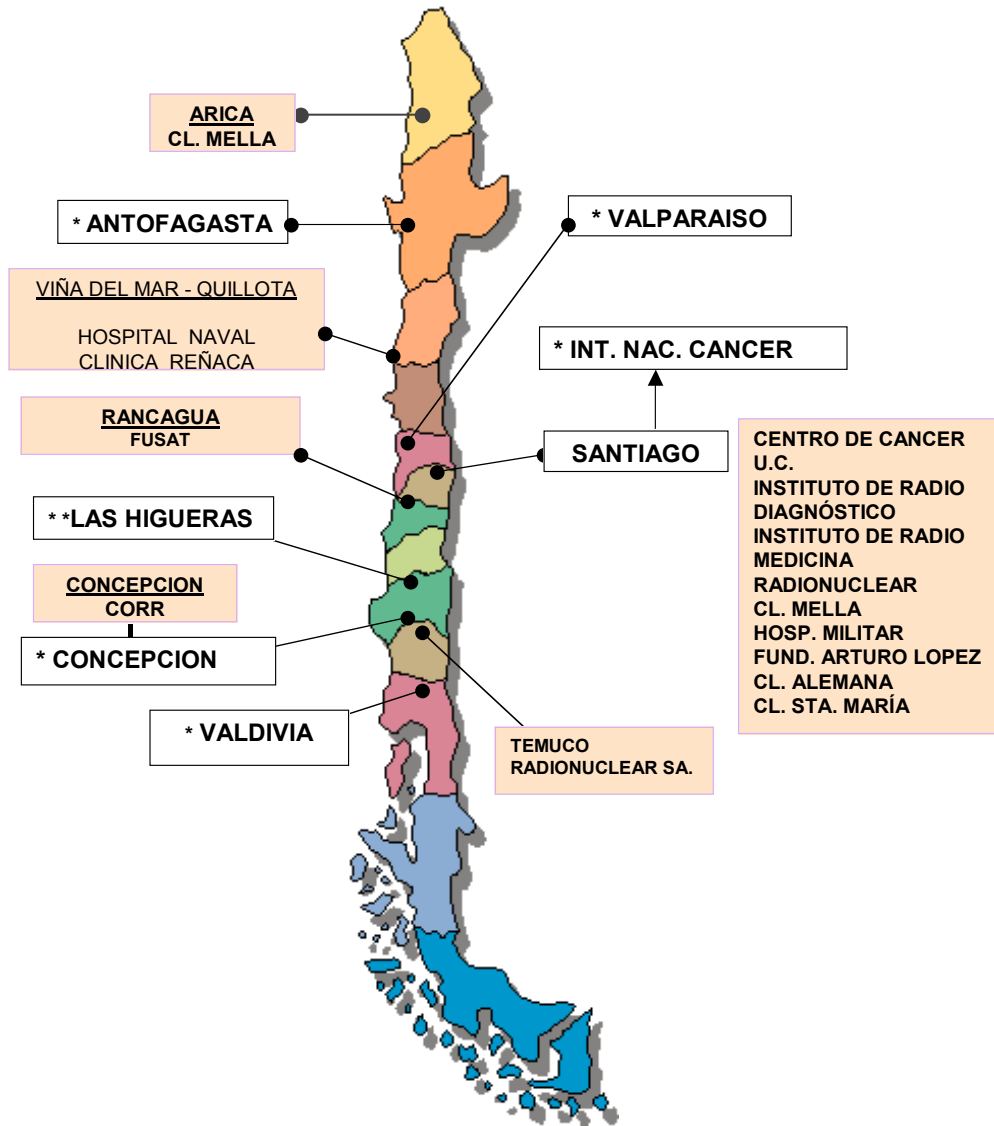
ANEXO 3: Consentimiento Informado

RED CENTROS PANDA



RED CENTROS RADIOTERAPIA

(*) Establecimientos Públicos



Sólo los establecimiento públicos (*) están en Red
Equipo privado en comodato H. Las Higueras

ANEXO 3: Consentimiento Informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

1.- El médico especialista tratante Dr. me ha explicado claramente mi enfermedad, el pronóstico y las posibilidades de tratamiento.

2.- Sé que debo realizarme una serie de exámenes: de sangre, radiografías, ecotomografías, entre otros, para el diagnóstico, tratamiento y el seguimiento de esta enfermedad.

3.- Se me ha explicado que seré tratado, según protocolo, con:
Cirugía, sí no , Quimioterapia sí no, Radioterapia sí no y según el estadio o etapa de mi enfermedad.

4.- La cirugía tratará de eliminar el tumor canceroso, el que puede ser extirpado total o parcialmente. Para este procedimiento seré anestesiado general **sí no , regional sí no
Puede provocar efectos secundarios tales como dolor, hemorragia, infección.**

5.- La Quimioterapia son medicamentos endovenosos u orales, anticancerosos, que tratan de controlar o curar mi enfermedad. Puede provocar efectos secundarios desagradables frecuentes y transitorios como: caída del cabello o vómitos y náuseas, otros efectos menos frecuentes como úlceras bucales, anemia, infección, sangramiento, incluso ocasionalmente efectos graves como esterilidad y hasta la muerte.

6.- La radioterapia, consiste en la aplicación de radiación que trata de disminuir, total o parcialmente el tumor. Puede provocar efectos secundarios desagradables frecuentes y transitorios como: mareos, lesión local de la piel y mucosas, alteración del gusto, náuseas, vómitos y diarrea. Otros efectos menos frecuentes como úlceras bucales, anemia, molestias para orinar, y pérdida de la sensibilidad superficial.

7.- He comprendido que no todos los cánceres son curables en un 100% y que existe la posibilidad de recaída y también de no respuesta al tratamiento.

8.- Es posible que también requiera otro tipo de tratamientos, como transfusiones de sangre y/o plaquetas, antibióticos y otros.

9.- Sé que puedo sentir dolor, el que siempre se tratará y que puede ser aliviado total o parcialmente.

10.- Doy mi consentimiento para seguir el tratamiento y las recomendaciones del especialista y equipo de salud, sí _____, no _____ .

En caso de optar por seguir el tratamiento, el equipo de salud me informará de cualquier cambio y se compromete a contestar mis consultas.

Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. De no aceptar el tratamiento, o retirarme en el curso de él, declaro haber sido informado de las posibles consecuencias para mi estado de salud y no perderé ninguno de los beneficios que tengo como paciente.

11.- Yo, declaro que he sido informado que tengo, y que he leído con detención cada detalle de este documento y me han aclarado todas mis dudas.

12.- Nombre pacienteFirma
Nombre familiar (testigo)..... Firma
Médico Dr. Firma
Fecha

NOTA:

Este formulario fue elaborado por Directorio PANDA, y revisado por Unidad de Etica del Ministerio de Salud.
Debe ser revisado por el Comité Hospitalario de Etica de los Centros PANDA.