

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
DIVISION PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
DEPARTAMENTO ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
UNIDAD DE CÁNCER

MANUAL
PARA EL EQUIPO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA
CUANDO SOSPECHAR
UN CÁNCER EN EL ADULTO
Y COMO DERIVAR
2005

SANTIAGO DE CHILE



Este documento ha sido elaborado por Ministerio de Salud
y es de su propiedad
ISBN 956-7711-34-8



Su reproducción ha sido posible gracias al apoyo
de la OPS/OMS Chile

Oficializado como Norma General Técnica N° 80, por Resolución Exenta N° 610
del Departamento de Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud
con fecha 13 de octubre de 2005, Santiago de Chile.

1° Edición Octubre 2005, 500 ejemplares
Santiago de Chile

PROLOGO

La Atención Primaria de Salud (APS), es un desafío al espíritu crítico de cada uno de sus componentes. Se responsabiliza por el mejoramiento del estado de salud de las personas e interviene en la disminución de la incidencia de determinados problemas de salud. Actúa en el control de algunos problemas prevalentes y apoya el cuidado de las personas con daño irreparable, pero además, está alerta para **no olvidar aquello que no es lo frecuente**, cuya sospecha diagnóstica es difícil y, más aún, cuyo pronóstico es incierto de ser subestimada la gravedad del caso.

El documento **“Cuándo sospechar un cáncer en el adulto y cómo derivar”**, preparado por un grupo de especialistas en Oncología, pretende integrar a los centros de alta especialización y complejidad con los centros de salud primaria, buscando intencionadamente el fomento y la promoción de la salud de las personas en los cánceres factibles de esta medida. Su objetivo es estimular la prevención del cáncer y facilitar al equipo de salud de AP, la sospecha o presunción del cáncer tanto como la derivación oportuna según la red asistencial establecida.

“Cuándo sospechar un cáncer en el adulto y cómo derivar” plantea con lenguaje clínico integrador las ventajas de la participación de cada integrante del equipo, explicitando algunos indicadores para sospecha del cáncer y las ventajas de la derivación interniveles de atención. Estamos ciertos que marcará la diferencia entre la detección oportuna y la derivación tardía, entre la alegría de un tratamiento curativo y la incertidumbre de un pronóstico sombrío, la diferencia entre la necesidad de una biopsia o una amputación.

Hoy, el esfuerzo impuesto por los cambios en el modelo de atención dado el perfil epidemiológico pre y post transicional, compartiendo las enfermedades emergentes y crónicas de un país desarrollado junto a cánceres de mayor prevalencia en los quintiles más pobres de la población, exige de todos favorecer las condiciones para otorgar a las personas una mayor efectividad en cualquier punto de la Red del Sistema Sanitario.

Esperamos que este manual sirva a este propósito.



DRA. GLORIA RAMÍREZ DONOSO
JEFE DEPTO. PREVENCIÓN
Y CONTROL DE ENFERMEDADES

Santiago, Septiembre 2004

Autores

M. Lea Derio

Enfermera Especialista Oncología del Adulto
Cáncer del Adulto
Unidad de Cáncer
Ministerio de Salud

Dra. M. Elena Cabrera

Hematóloga
Coordinadora Nacional Cáncer del Adulto PANDA
Prof. Asociado Facultad de Medicina
Jefe Unidad de Hematología
Hospital del Salvador

Dra. Jacqueline Oliva

Hematóloga
Centro PANDA
Hospital Las Higueras de Talcahuano

Dr. Denis Suárez

Hematólogo
Centro PANDA
Hospital Sótero del Río

Co - Autores

Dr. Alfonso Calvo

Cirujano Gastroenterólogo
Endoscopista
Coordinador Subcomisión Tumores Digestivos PANDA
CRS La Florida

Miriam González

Matrona
Unidad de Cáncer
Ministerio de Salud

Dr. Eugenio Suárez

Gineco Obstetra
Coordinador Comisión Nacional
Cáncer Cervicouterino MINSAL
Prof. Asistente Facultad de Medicina
Jefe Unidad Oncología Ginecológica
Hospital San Borja Arriarán

Dra. Hilda Rojas

Dermatóloga
Presidente
Sociedad Chilena de Dermatología y Venereología

Dr. Javier Domínguez

Urólogo
Jefe Servicio Urología
Hospital Sótero del Río
Coordinador Subcomisión
Tumores Urológicos PANDA

Dra. Soledad Torres

Cirujano Oncólogo de Mama
Coordinadora Comisión Nacional
Cáncer de Mama MINSAL

Patricia Fuentes

Matrona
Depto. Técnico de Salud
Servicio de Salud Occidente
Unidad de Cáncer
Ministerio de Salud

Marta Prieto

Matrona
Unidad de Cáncer
Ministerio de Salud

Revisado por

Dra. Gloria Ramírez

Jefe Dpto. Prevención y Control de Enfermedades
Ministerio de Salud

Sra. Patricia Morgado Alcayaga

Enfermera Matrona
Encargada Programa de Salud del Adulto
Ministerio de Salud

INDICE

Los tumores malignos, un problema de salud pública mundial	6
Cáncer en Chile	6
Prevención del cáncer	8
Estrategia para la detección precoz del cáncer del adulto	10
Síntomas frecuentes asociados al cáncer	11
Cáncer de Vesícula Biliar	13
Cáncer Gástrico	16
Cáncer Testicular y tumores germinales extragonadales	21
Cáncer Epitelial de Ovario	24
Cáncer Cervico Uterino	26
Cáncer de Mama	30
Cáncer de Pulmón	33
Cáncer Colorectal	35
Osteosarcoma y Sarcoma de partes blandas	37
Melanoma	39
Linfoma de Hodgkin	41
Linfoma No Hodgkin	42
Leucemia Aguda	44
Leucemia Mieloide Crónica	47
Leucemia Linfática Crónica	48
Mieloma Múltiple	49
Enfermedad Trofoblástica Gestacional	50
Rol de Equipo de Atención Primaria. Médico General	52
El Equipo de Salud del Consultorio de Atención Primaria	53

LOS TUMORES MALIGNOS UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA MUNDIAL¹

En la actualidad en el mundo ocurren más de 10 millones de nuevos casos de cáncer y fallecen más de 6 millones de personas anualmente.

De todos los casos nuevos anuales 4,7 millones ocurren en los países desarrollados y alrededor de 5,3 millones en los países en vías de desarrollo.

El cáncer es responsable del 12,6 % de las muertes en el mundo, ubicándose en la mayoría de los países desarrollados en el segundo lugar de las respectivas principales causas. En las últimas dos décadas el número de muertes aumentó de cuatro a 6 millones de muertes anuales.

En América Latina y el Caribe, hoy ocurren 477 mil defunciones por cáncer al año. Para el año 2020 se espera ocurran 841 mil² defunciones.

Entre los motivos atribuibles en la actualidad a la magnitud del daño de los tumores malignos se señalan:

- La declinación de las muertes por causas cardiovasculares en los países desarrollados.
- El envejecimiento poblacional consecuente al aumento de la expectativa de vida de la población.
- Aumento del consumo de tabaco.
- Cambios en la alimentación, disminución de la actividad física, aumento de la obesidad.

CANCER EN CHILE: SITUACIÓN GENERAL Y EN PARTICULAR DEL ADULTO

El cáncer es la segunda causa de muerte general en Chile desde 1970. Para el 2003, representa el 23,6 % de importancia relativa, antecedida sólo por los problemas cardiovasculares.

Según estimaciones del INE la población infantil (menores de 15 años) en Chile el año 2003, fue 4.309.303 niños, 10.782.453 los adultos y la población general ascendió a 15.773.504 personas. Según DEIS MINSAL (ver cuadro siguiente) en los últimos doce años (1990 - 2002), la tasa de Mortalidad por Tumores Malignos en la población general chilena ha aumentado en 14, 7 puntos.

La tasa de mortalidad por cáncer del adulto en el 2002, fue de 122,8 por 100.000 habitantes. La tasa de mortalidad por cáncer infantil en 1999 y 2000 fue de 3,4 por 100.000 niños, en el 2001 y 2002 fue 3,3 por 100.000 menores de 15 años. Se estima³ una incidencia de 12 casos nuevos de cáncer por 100.000 menores de 15 años. Se esperan cerca de 517 casos nuevos por año en nuestro país. Se estima⁴ una incidencia de 240 a 244 casos nuevos de cáncer por 100.000 mayores de 15 años. Se esperan cerca de 36.100 a 36.500 casos nuevos por año en nuestro país.

Mortalidad por Tumores Malignos CHILE 1990 - 2002						
AÑO	Ambos Sexos		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa
1990	14.163	108,1	6.936	107,2	7.227	109,0
1991	14.628	109,8	7.355	111,7	7.273	107,9
1992	14.848	109,6	7.423	110,9	7.425	108,4
1993	15.408	111,9	7.760	114,0	7.648	109,9
1994	15.654	111,9	7.924	114,5	7.730	109,3
1995	16.429	115,6	8.288	117,9	8.141	113,4
1996	16.747	116,1	8.431	118,2	8.316	114,2
1997	17.000	116,3	8.679	119,9	8.321	112,7
1998	17.472	117,9	8.824	120,3	8.648	115,5
1999	17.886	119,1	9.068	122,0	8.818	116,3
2000	18.262	120,1	9.290	123,4	8.972	116,8
2001	18.394	119,4	9.393	123,2	9.001	115,8
2002	19.146	122,8	9.816	127,2	9.330	118,6

¹ National Cancer Control Programmes, Policies and Managerial Guidelines, World Health Organization, 2002.

² Reunión del MERCOSUR sobre disponibilidad de Opioides y tratamientos paliativos.

³ Según datos de incidencia del sector Público 2002.

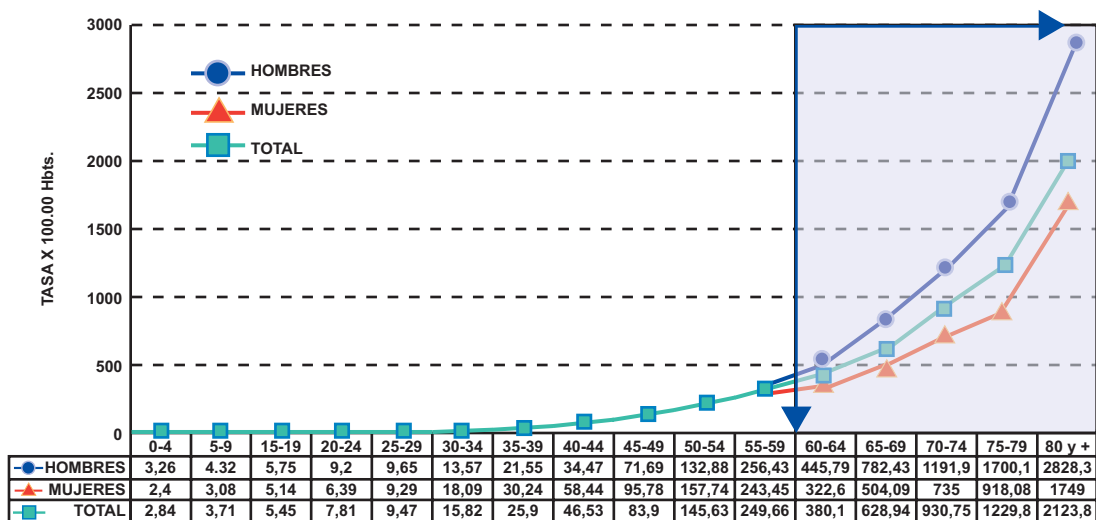
⁴ Según datos de incidencia del sector Público 2002

Entre las principales localizaciones, los tumores digestivos ocupan 5 de las 10 principales. El cáncer de estómago, continúa ubicándose en el 1° lugar desde hace más de 20 años.

N° Y TASA DE MORTALIDAD POR CANCER 10 PRINCIPALES LOCALIZACIONES CHILE 2002		
LOCALIZACIONES	N°	Tasa x 100.000
ESTOMAGO	3.139	20,1
PROSTATA	1.347	17,4
MAMA	1.049	13,3*
TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON	2.051	13,2
VESICULA BILIAR Y VIAS BILIARES	1.878	12,0
CUELLO DE UTERO	632	8,0*
LINFOMAS	899	5,7
COLON	860	5,5
PANCREAS	836	5,3
ESOFAGO	714	4,7
TOTAL TUMORES MALIGNOS	19.146	122,8

*tasa específica por sexo
Fuente: INE DEIS MINSAL Unidad de Cáncer

**TASA DE MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS
EN GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD Y SEXO
CHILE 2001**



FOD: INE - MINSAL

Unidad de Cáncer

PREVENCIÓN DEL CÁNCER, FACTORES DE RIESGO

Entre los **principales factores** conocidos a los que se atribuye una proporción importante de tumores malignos:

- **El hábito tabáquico**
- **Obesidad**
- **Abuso de alcohol**
- **La manipulación y preservación de los alimentos**, (30 – 35% de los cánceres tienen relación con esta conducta): ingesta de grasas, sal, alimentos ahumados, conservados en vinagre principalmente.
- **Contaminantes ambientales y del ambiente laboral** (eliminación de sustancias reconocidas como cancerígenas de los procesos productivos industriales: hidrocarburos policíclicos, asbesto, arsénico, cromo, níquel, gas mostaza, formalina y otros).

Otros factores a los que se atribuye una participación relevante en la aparición de cáncer son:

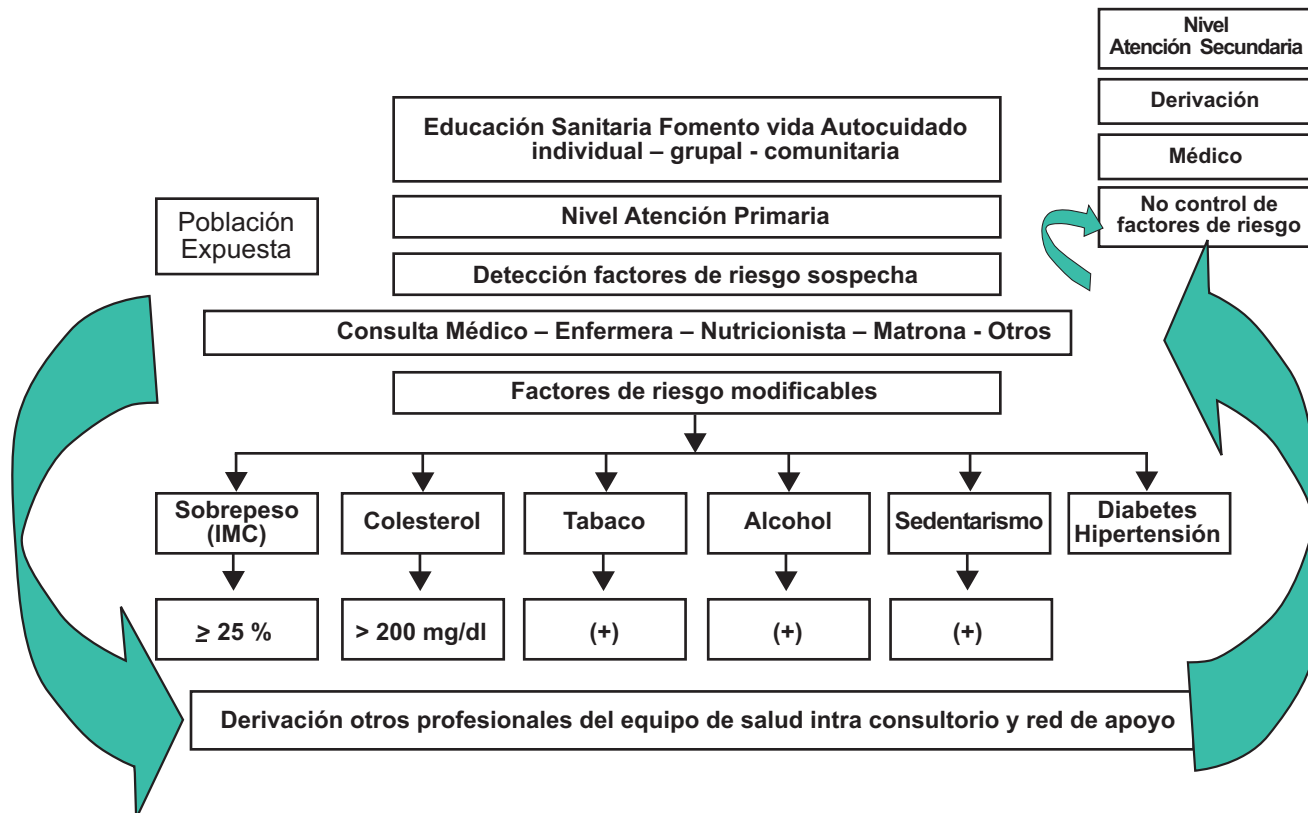
- Factores genéticos, historia familiar de ocurrencia.
- Virus papiloma, epstein barr, hepatitis B y C.
- Características de promiscuidad en la actividad sexual.
- Exposición a radiación ultravioleta solar, radiación ionizante.

La mayoría de estos factores de riesgo son factibles de ser prevenidos o bien modificados por el equipo de Atención Primaria. Uno de ellos es la obesidad.

La obesidad aumenta el riesgo de:

- Cáncer de mama, en un 10% más que en mujeres de peso corporal normal.
- Cáncer cervicouterino, en un 40% más que en mujeres de peso corporal normal.
- En las obesas se duplica el riesgo de cáncer de endometrio.

También aumenta en un 25% el riesgo de cáncer de riñón y en un 10% el riesgo de cáncer de colon, en hombres y mujeres adultos.



Flujo para el Fomento – Promoción y Seguimiento por personal de enfermería (Modificada de Jones et al. Modificado por Dr. C. Trujillo y E.U. M.L. Derio, Junio 2001)

Este esquema muestra que la mayoría de los factores de riesgos asociados a los tumores malignos tienen posibilidad de ser pesquisados y modificados en el nivel primario de atención (APS).

Este manual es una demostración concreta de esta realidad. Cada uno de los componentes del equipo de salud puede corroborar en la literatura actual relacionada con los tumores malignos:

- National Cancer Control Programmes, Policies and Managerial Guidelines, World Health Organization, 2002, Part II, Prevention.
- Doll R, Peto R. The causes of cancer: Quantitative estimates of avoidable risks of cancer in USA to day. Journal of the National Cancer Institute, 1981, 66: 1191-1308.

El Programa de Cáncer del Adulto PANDA, emerge del Programa Nacional de Cáncer. Desde sus inicios en 1988, el 30 de diciembre del año 1999 por Resolución Exenta N° 966 del Depto de Asesoría Jurídica del ministerio de Salud, se transforma en la Sub-Comisión Nacional de cáncer del Adulto. La cobertura del Programa (sólo beneficiarios FONASA), ha experimentado un aumento gradual llegando al 45% de los tumores más sensibles al tratamiento con quimioterapia y a todos los casos que requieren de radioterapia del sector público.

El PANDA está actualmente formado por 19 centros a lo largo del país, ubicados en los establecimientos de mayor complejidad hospitalaria. Allí se efectúa el proceso de confirmación diagnóstica, estudio de extensión y etapificación. También se realiza el tratamiento específico para los tumores malignos, compuesto principalmente por cirugía, radioterapia, quimioterapia.

Con relación a las mujeres, recibe por derivación desde las Unidades de Patología Mamaria y Cervical a las mujeres con cáncer ya etapificadas.

Atiende, también a los enfermos con cáncer avanzado que aún están recibiendo tratamiento de radio, quimioterapia o cirugía junto con las Unidades de Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos (PAD y CP). Deriva a los enfermos con cáncer avanzado a las unidades PAD y CP.

Atiende a las personas a través de dos modalidades: ambulatoria y hospitalizados.

Habitualmente en el área de hospitalizados forma parte de los Servicios de Medicina, lugar donde se ubican las Unidades de Aislamiento (neutropenias febriles de alto riesgo), dirigidas a la atención cerrada de las personas con alto riesgo inmunológico como es el caso expreso de quienes presentan leucemia y neutropenias severas. También en el área hospitalizados se ubica a aquellas personas que requieren de cirugía, tratamiento con quimioterapia continuada con necesidad de monitoreo permanente durante las 24 horas del día y a los enfermos frágiles, de riesgo y dependientes. En radioterapia, algunos establecimientos disponen de áreas de hospitalización especialmente acondicionadas para el tratamiento con braquiterapia.

El PANDA reúne a los especialistas de diferentes áreas, quienes en su conjunto proponen a la persona con cáncer la mejor opción de tratamiento. La decisión se toma en forma participativa en el Comité Oncológico.

El foco de la atención es siempre la persona enferma y su familia, en quienes la educación para el autocuidado es una actividad relevante. La educación es parte fundamental durante todo el proceso y debe ser efectuada por cada uno de los componentes del equipo de salud.

El PANDA atiende a las personas con base a Protocolos Nacionales, fundados en la mejor evidencia disponible, en la experticia, participación y consenso. Incluyen, para los tumores malignos factibles de prevención, las recomendaciones para la detección. En otros, la confirmación diagnóstica y el estudio de extensión - etapificación, tratamiento, rehabilitación para los casos pertinentes y el seguimiento.

En la actualidad, el cáncer del Adulto PANDA atiende a las personas con cáncer según los siguientes protocolos:

- Enfermedad de Hodgkin
- Linfoma No Hodgkin
- Linfomas en Recaída o Refractarios: *Hodgkin y No Hodgkin*
- Leucemia Linfoblástica Aguda
- Leucemia Mieloblástica Aguda
- Leucemia Promielocítica Aguda
- Recaída de Leucemias
- Neutropenia Febril
- Leucemia Mieloide Crónica
- Leucemia Linfática Crónica
- Indicaciones de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos
- Mieloma Múltiple
- Cáncer Testicular y Tumores Germinales Extragonadales
- Ovario Germinal
- Enfermedad Trofoblástica Gestacional
- Cáncer de Colon Y Recto
- Cáncer Anal
- Cáncer Epitelial De Ovario
- Cáncer Gástrico
- Cáncer Vesicular
- Osteosarcoma
- Cáncer de Mama
- Cáncer Cervicouterino
- Cáncer de Próstata

En etapa de consenso

- Melanoma
- Pulmón
- Vejiga

Sobrevida Global

- Varía según tipo de tumor
- Etapa al diagnóstico
- Oportunidad y calidad del tratamiento

ESTRATEGIAS PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DEL ADULTO

Para una efectiva sospecha de cáncer es preciso cambiar de actitud, es necesario “pensar en cáncer” y desde esa perspectiva, escuchar, observar, examinar, relacionar, concluir y si es preciso, derivar.

Esto requiere del desarrollo de actividades sostenidas en el tiempo:

- Educación sobre autocuidado de la salud a: la comunidad, padres, cuidadores, profesores, familias, industrias y, en general, en establecimientos laborales.
- Capacitación continua dirigida al equipo de salud del adulto a nivel atención primaria.
- Actualización permanente al equipo de salud y en particular al médico a nivel de atención secundaria y servicio de urgencia.
- Capacitación continua al personal paramédico de salud.
- Información constante al personal del SOME.

Usar en forma adecuada los registros de derivación:

- Registros de referencia y contrarreferencia, con clara descripción del hallazgo clínico.
- Identificación del médico derivador.
- Reuniones periódicas entre los centros de coordinación; es fundamental realizar este tipo de reuniones, para que los equipos se conozcan y dialoguen. Es necesario establecer las claves clínicas que contribuyen a retardar la confirmación o el descarte del caso sospechoso.
- Monitoreo y evaluación de los registros y sus resultados. (¿cómo lo estamos haciendo?, ¿cuán acertados somos? ¿cuán efectivos somos?)

Los aspectos anteriores son indispensables dado que los tumores malignos presentan:

- Sintomatología variable.
- Tienen agresividad y crecimiento variable.
- Síntomas y signos habitualmente inespecíficos.

SINTOMAS FRECUENTES ASOCIADOS AL CÁNCER

- Fiebre
- Palidez
- Hemorragias
- Cefalea y signos neurológicos
- Dolor óseo
- Adenopatías
- Masas tumorales
- Alteraciones digestivas (apetito, hábito defecatorio)
- Pérdida de peso (por sí solo es muy raro)
- Cambio de coloración y tamaño de lunares o manchas en la piel y mucosas
- Dolor

MASAS TUMORALES

Todo aumento de volumen sin características inflamatorias debe hacer sospechar un cáncer.
 Todo tumor mediastínico debe hacer sospechar un cáncer.

MASAS ABDOMINALES

Un 20% de los tumores sólidos se ubican en abdomen.
 Se presentan como masa palpable muchas veces de crecimiento rápido, asociado a veces a dolor abdominal, hematuria, coluria, hipertensión, ictericia, genitorragia.
 Importante considerar: edad, localización, consistencia y movilidad.

INDICADORES Y TUMORES ASOCIADOS

INDICADORES	SOSPECHE
PAP +	CANCER CERVICOUTERINO
NODULO EN LA MAMA	CANCER DE MAMA
SECRECIONES POR EL PEZÓN	CANCER DE MAMA
FIEBRE Y CITOPENIAS	LEUCEMIA, LINFOMA
ANEMIA, PURPURA Y FIEBRE	LEUCEMIA
DOLORES ÓSTEOARTICULARES	LEUCEMIA, TUMOR ÓSEO
COJERA DOLOROSA	TUMOR ÓSEO
DERRAME PLEURAL HEMORRAGICO	LINFOMA, LEUCEMIA, CANCER PULMONAR
DOLOR EPIGASTRICO SOSTENIDO	CANCER GÁSTRICO
COLELITIASIS	CANCER DE VESÍCULA BILIAR
NODULO TESTICULAR	CANCER DE TESTICULO
LUNAR O MANCHA QUE AUMENTA DE TAMAÑO EN PIEL O MUCOSAS	CANCER DE LA PIEL, MELANOMA
MANCHAS O LESIONES EN LA MUCOSA LABIAL, BUCAL, LENGUA	CÁNCER ORAL
MASA O TUMOR PELVICO EN POST MENOPAUSIA	CANCER DE OVARIO
ALTURA UTERINA DESPROPORCIONAL A LA EDAD GESTACIONAL	ENFERMEDAD TROFOBlastica GESTACIONAL
CAMBIOS EN EL HÁBITO DEFECATORIO	CANCER COLO RECTAL
CAMBIOS EN EL ASPECTO DE LAS DEPOSICIONES	CANCER ANAL
TOS SECA PERSISTENTE, ACOMPAÑADO O NO DE DOLOR INSPIRATORIO	CANCER DE PULMÓN
TOS PRODUCTIVA PERSISTENTE, ACOMPAÑADO O NO GOTAS DE SANGRE CON O SIN DOLOR INSPIRATORIO	CANCER DE PULMÓN

OBJETIVOS DE LA DETECCION PRECOZ

- Mejorar pronóstico.
- Reducir mortalidad precoz.
- Tratar en forma oportuna, con menos complicaciones y con mayor probabilidad de curación.
- Mejorar la calidad de vida de las personas durante las fases: de confirmación diagnóstica, etapificación, tratamiento, rehabilitación, disminución secuelas orgánicas y psicológicas.
- Favorecer el autocuidado en salud.
- Menor “costo” afectivo, económico, social y laboral para la familia y sistema de salud.

OBJETIVOS DEL MANUAL

- Enfatizar la educación sobre estilos de vida y entornos saludables.
- Favorecer la detección precoz del cáncer en el adulto.
- Orientar a los equipos de salud respecto de la sospecha y derivación correcta del cáncer del adulto.
- Contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad por tumores malignos en adultos.



CÁNCER VESÍCULA BILIAR

DEFINICIÓN

Es el crecimiento incoordinado de las paredes de la vesícula que puede incluir los conductos biliares; casi siempre se asocia a la presencia de cálculos vesiculares. Representa la primera causa de muerte en mujeres. El pronóstico es mejor si se trata de hallazgo en colecistectomía electiva.

EPIDEMIOLOGÍA

Chile tiene la incidencia más alta del mundo. También es frecuente en regiones nativas de Norteamérica. En Chile el cáncer vesicular representa el 2,2% de todas las muertes del país y el 9,9% de todas las defunciones por cáncer. La tasa global de mortalidad ha aumentado desde 1970 al 2002 desde un 3,7 a 12,0 por 100 mil habitantes para ambos sexos. En el sexo femenino presenta una tasa de 16,4 por cien mil mujeres. Desde el inicio del proceso hasta su conversión en cáncer vesicular se describe en promedio 8 a diez años.

FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER VESICULAR

Entre los múltiples factores asociados al Ca. vesicular aparecen como los más relevantes: **el sexo femenino, la edad, la raza y la colelitiasis.**

Otros factores asociados al cáncer vesicular son:

- Factores genéticos
- Enfermedades preexistentes o congénitas:
 - Anomalías de la unión pancreatoduodenal
 - Fiebre Tifoidea
 - Fibrosis quística
 - Enfermedad inflamatoria intestinal

Existe una fuerte asociación con la presencia de cálculos. El riesgo es 7 veces mayor cuando se asocia la presencia de cálculos, permanencia en el tiempo; es tres veces mayor en el sexo femenino, en especial en mujeres en edad fértil y multiparas. Presenta una alta asociación con estrato socioeconómico bajo. El 90% de los cánceres son adenocarcinomas, 25% se localiza en la pared, 35% tiene compromiso de ganglios regionales y 40%, metástasis a distancia.

CLINICA

- Dolor en cuadrante superior derecho que simula colecistitis crónica.
- Pérdida de peso y masa palpable (menos frecuente).
- El diagnóstico preoperatorio es difícil. El diagnóstico diferencial incluye: colecistitis crónica, cáncer de páncreas, colecistitis aguda, coledocolitiasis, hidrops vesicular.
- La ictericia y coluria son signos tardíos y reflejan invasión locoregional.

DIAGNOSTICO

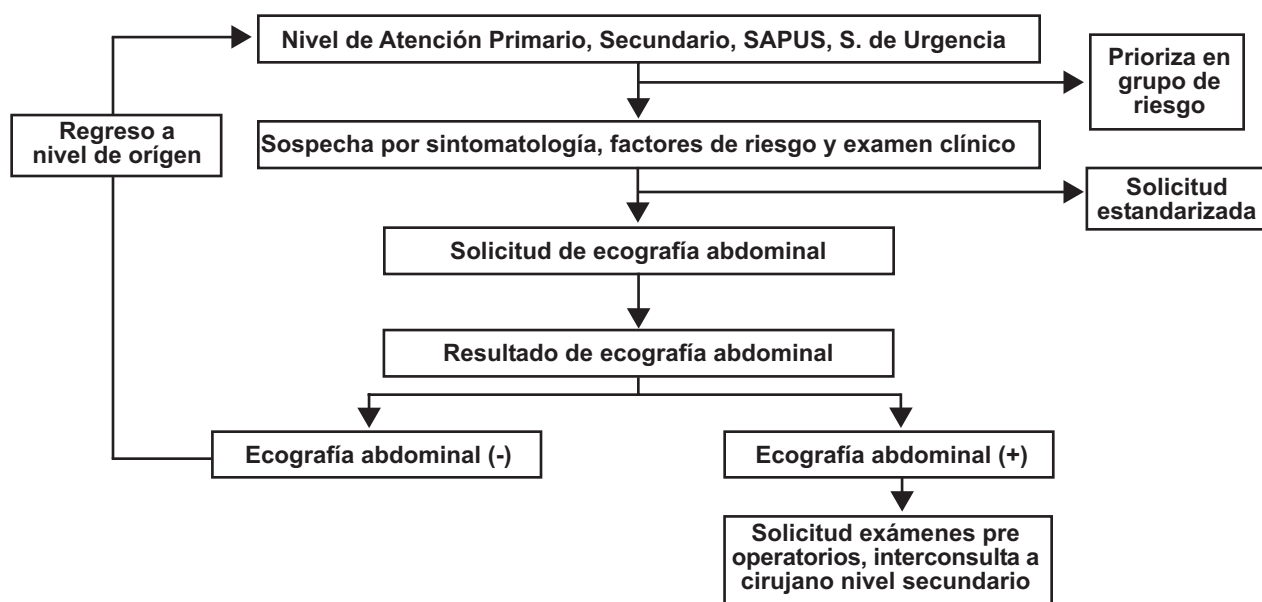
La historia clínica a menudo orienta a cuadro de colecistitis crónica.

Los hallazgos ecográficos pueden demostrar presencia de masa heterogénea y pared irregular. Dada la vaguedad de la sintomatología es detectado en etapas avanzadas. Por ello la mejor forma de **prevenir el cáncer vesicular en Chile** es la ejecución de la ecografía abdominal en toda persona entre 35 y 49 años con síntomas vesiculares prioritariamente. También debe efectuarse en mayores de esta edad con sintomatología. Debe tomarse especial precaución con la calidad de la imagen y así también con la consistencia del informe. Para la solicitud de la ecografía abdominal debe aplicarse la encuesta (pág. 17). Una vez ejecutada la ecografía, esta solicitud deber ser devuelta con las imágenes e informe.

DERIVACIÓN

Frente al diagnóstico de una colecistitis crónica o de ecografía con hallazgos sospechosos derivar al nivel secundario de atención, junto con encuesta-solicitud y resultados de la ecografía abdominal. La derivación debe cumplir con las indicaciones técnicas y administrativas vigentes.

ALGORITMO DE SOSPECHA DIAGNOSTICA DE COLELITIASIS



La identificación de la población de riesgo es fundamental para racionalizar al máximo los recursos y obtener el mayor impacto; por ello es imprescindible utilizar la encuesta – solicitud de ecografía abdominal.

SOLICITUD DE ECOGRAFIA ABDOMINAL PARA PACIENTES CON SOSPECHA DE PATOLOGIA BILIAR⁷

NOMBRE:

CONSULTORIO DE DERIVACION:

EDAD: RUT: FECHA:

FONO: DIRECCION:

ANTECEDENTES MORBIDOS MEDICO Y QUIRURGICOS:

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS:
N° EMBARAZOS N° PARTOS ANTICONCEPTIVO ORAL SI NO DURACION

SINTOMAS:
DOLOR ABDOMINAL: EDAD AL INICIO DE SINTOMAS: FECHA INICIO ULTIMO EPISODIO

INICIO: POST PRANDIAL INMEDIATO

POST PRANDIAL TARDIO

LOCALIZACION: EPIGASTRIO HIPOCONDRIO AMBOS

TIPO: COLICO INTERMITENTE PERMANENTE

IRRADIACION

ALIVIO CON

AGRAVA CON

ICTERICIA SI NO COLURIA SI NO

PRURITO SI NO

VOMITOS ALIMENTARIOS BILIOSOS RETENCION

ALTERACION TRANSITO INTESTINAL NORMAL CONSTIPACION DIARREA

METEORISMO SI NO TIEMPO EVOLUCION
TIEMPO EVOLUCION

REGURGITACION DIARIA OCASIONAL TIEMPO EVOLUCION

PIROSIS DIARIA OCASIONAL TIEMPO EVOLUCION

BAJA DE PESO SI NO Kg. EN CUANTO TIEMPO BAJA DE PESO:

ECOTOMOGRAFIAS ANTERIORES:
SI NO

FECHA

RESULTADO

DEVOLVER HOJA DE REFERENCIA CON RESULTADO DE ECOGRAFIA

⁷Este registro corresponde a la solicitud de ECOGRAFIA ABDOMINAL. Una vez efectuada debe devolverse junto con las imágenes e informe.



CANCER GÁSTRICO

DEFINICIÓN

Enfermedad de características malignas que se desarrolla sobre el epitelio glandular de revestimiento gástrico en un alto porcentaje; hay además otros tipos de tumores que se desarrollan en este órgano como linfomas, sarcomas y melanomas según sea el grupo celular que pierda su identidad. **La mayoría corresponde a adenocarcinoma (99%) que puede ser de origen celular o por metaplasia.**

EPIDEMIOLOGÍA

Las neoplasias malignas del estómago son en todo el mundo la enfermedad maligna más frecuente, siendo responsable de hasta el 15 % de todas las muertes por cáncer. En Chile, el cáncer gástrico representa la primera causa de muerte por tumores malignos, con un total de 3.139 muertes y una tasa de 20,1 por 100 mil habitantes⁸; la mayoría se presenta en etapas avanzadas. Es el cáncer más frecuente en el hombre desde 1986 al 2003 y el segundo en la mujer desde 1986 a 1999, baja al tercer lugar desde el año 2000 a la fecha. La mayor prevalencia está en la séptima década de la vida.

La incidencia varía en diferentes países. La mayor incidencia está en Japón, Chile, Costa Rica y Singapur. En Chile, la distribución por regiones es diferente: es más elevada entre la VII y IX.

La sobrevida depende del grado de profundidad de la lesión: si es mucosa, la sobrevida a 5 años es 90%; si es submucosa 84%; muscular 75%; si es serosa 38% y si existe infiltración a un órgano vecino, es de 14%. Los principales factores de riesgo son: estrato socioeconómico bajo, sexo masculino, raza negra, ingesta de nitratos (fertilizantes), infección por helicobacter pylori, presencia de adenomas gástricos, grupo sanguíneo A, gastritis atrófica, pacientes con síndrome de Peutz-Jeghers con hamartomas gástricos y pacientes sometidos a una gastrectomía parcial por lesiones benignas al menos 15 años antes.

CLINICA

Los síntomas son inespecíficos: dolor epigástrico, sensación de plenitud, náuseas o vómitos semejantes a síndrome ulceroso. El examen físico no aporta datos salvo en estadios avanzados, como baja de peso, masa abdominal palpable, ictericia.

El **diagnóstico precoz** es de gran importancia, dado que las etapas iniciales mejoran el pronóstico y respuesta al tratamiento como se ve en el Japón. En nuestro país los pacientes consultan tardíamente empeorando los resultados finales, con una alta mortalidad en el primer año.

La identificación de la población de riesgo es fundamental para racionalizar al máximo los recursos y obtener impacto; ésto se traduce en la importancia de aplicar la **encuesta** previo a la solicitud de endoscopia digestiva alta y conforme a su resultado, derivar al nivel secundario.

DIAGNOSTICO

En Chile, la detección precoz es insuficiente, los tumores gástricos incipientes fluctúan entre un 10 a 29%, siendo algo mayor en algunas series seleccionadas. Estos alcanzan una sobrevida a 5 años cercana a 90%.

DERIVACION

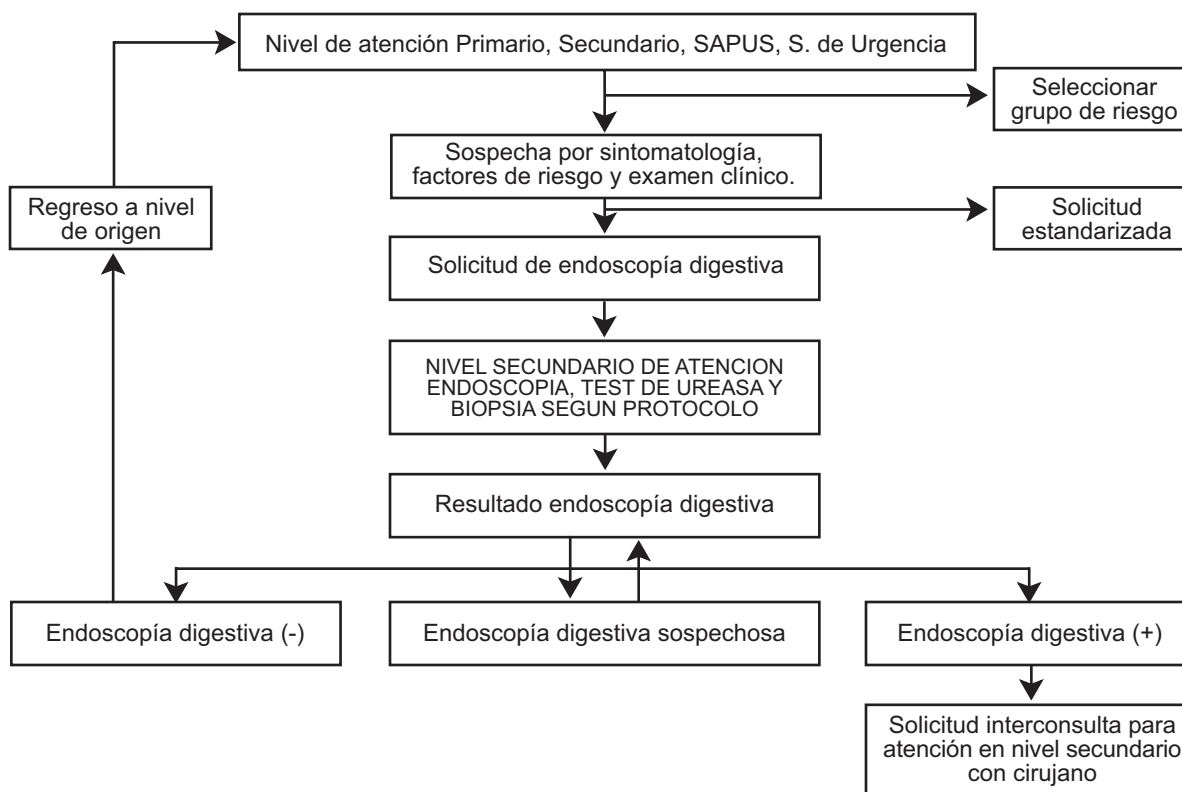
La derivación debe cumplir con las indicaciones técnicas y administrativas vigentes. A todo caso sospechoso y muy en particular a quienes presenten:

- Edad igual o mayor de 40 años.
- Epigastralgia de más de 15 - 30 días de duración.

⁸ DEIS MINSAL 2002.

Asociado o no a:

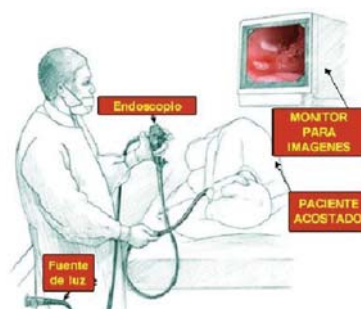
- Hemorragia digestiva (hematemesis o melena).
- Anemia de causa no precisada.
- Baja de peso no aclarada.
- Sensación de plenitud gástrica, principalmente post prandial.
- Compromiso del estado general (astenia, adinamia y anorexia)
- Disfagia
- Gastrectomizados de más de 15 años.
- Antecedente familiar directo de cáncer digestivo.



La endoscopia digestiva puede ser efectuada en el nivel primario por compra de servicios o bien en el nivel secundario de atención.

Toda endoscopia positiva para cáncer gástrico (por resultado del informe del servicio de anatomía patológica) y aquellas dudosas, deben ser derivadas probablemente al nivel secundario para evaluación y tratamiento con el cirujano.

Si el resultado del test de ureasa es positivo, el especialista del nivel secundario de atención efectuará la indicación del tratamiento triasociado como se observa en el cuadro siguiente.



ESQUEMA D (70%)			
Metronidazol	500 mg cada 8 horas	por 14 días	
Amoxicilina	1 gr cada 12 horas	por 14 días	
Omeprazol	20 mg día	por 30 días	por 4 semanas

El tratamiento triasociado deberá iniciarse, controlarse y seguirse en el nivel primario de atención. Es fundamental educar a la persona en tratamiento y a su grupo familiar respecto: de su autocuidado, de la mejor forma de manipular los alimentos y como seguir su tratamiento cuando lo hubiere.

HOJA DE SOLICITUD DE ENDOSCOPIA

HOJA DE REFERENCIA A UNIDAD DE ENDOSCOPIA

NOMBRE

EDAD RUT FECHA DE SOLICITUD

FONO DIRECCION

Realice el examen físico y la anamnesis con especial atención a los síntomas señalados, luego sume el puntaje.

ANTECEDENTES MORBIDOS MEDICOS Y QUIRURGICOS

Medicamentos NO SI Especificar (cantidad, tiempo)

Alcohol NO SI Especificar (cantidad, tiempo)

Tabaco NO SI Especificar (cantidad, tiempo)

Familiar 1° Ca. Gástrico NO SI Especificar (cantidad, tiempo)

SINTOMATOLOGIA ACTUAL

1. Dolor Abdominal NO SI Tiempo de evolución (<30 días)

Intensidad EVA NF

Localización

Tipo Si es Dispéptico investigue (*)

Irradiación

Añía con Inmediato

Agrava con

2. Anorexia NO SI Tiempo de evolución (*)

3. Náuseas NO SI Tiempo de evolución (<30 días)

4. Vómito NO SI Tiempo de evolución (<30 días)

Alimentario Bilioso De retención

5. Baja de peso NO SI Kg Tiempo de evolución (*)

6. Meteorismo NO SI Tiempo de evolución

7. Disfagia NO SI Lógica Lógica Tiempo de evolución (*)

8. Regurgitación NO SI Diaria Ocasional Tiempo de evolución (*)

9. Pirosis NO SI Diaria Ocasional Tiempo de evolución (*)

10. Tránsito Intestinal Normal Alterado Tiempo de evolución (*)

Diarrea Constipación Ambos

11. ~~Pain abdominal postprandial~~ NO SI Diaria Ocasional Tiempo de evolución (*)

12. Hemorragia digestiva NO SI Tiempo de evolución (*)

Hematemesis Melenas Ambos

Endoscopías previas NO SI Fechas y diagnósticos

Previa erradicación ulcus o atipias 10p

Test de ureasa previos NO SI Antibióticos usados

NOMBRE Y FIRMA MEDICO

TELEFONO NOMBRE FIRMA

FECHA DE RECEPCION DEL FORMULARIO EN LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA

INFORME DE ENDOSCOPIA

NOMBRE: RUT

FECHA

DIRECCION FECHA NACIMIENTO

EDAD

TELEFONO PROCEDENCIA

PRIORIDAD

DIAGNOSTICO CLINICO N° DE REGISTRO

INSTRUMENTO:

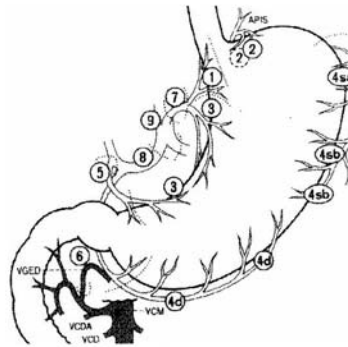
DESCRIPCION:

ESOFAGO:

ESTOMAGO:

PILORO:

BULBO DUODENAL Y D2:



BIOPSIAS: TEST DE UREASA: VIDEO FOTOS

CONCLUSIONES:

1.-

2.-



CÁNCER TESTICULAR Y TUMORES GERMINALES EXTRAGONADALES

DEFINICIÓN

El cáncer testicular es una neoplasia poco frecuente y con una alta tasa de curación si es pesquisado a tiempo. Corresponde a un grupo histológico heterogéneo agrupado como Seminomas y no Seminomas (teratoma, coriocarcinoma, carcinoma embrionario, mixtos). Los tumores germinales pueden metastizar a través del drenaje linfático o hematógeno y en una pequeña proporción tienen un origen extragonadal (< de 1%). Entre los tumores germinales también se encuentran los germinales de ovario en la mujer, de baja frecuencia.

EPIDEMIOLOGIA

Corresponde al 1% de las neoplasias del varón. El cáncer de testículo es una enfermedad que usualmente se presenta en adultos varones, jóvenes de 15 a 40 años. En nuestro país el promedio de edad es de 30 años, con rango 16 -69. Es más frecuente en la raza blanca.

El principal factor de riesgo es la criptorquidia. Asimismo personas con Sd Klinefelter tienen más riesgo de desarrollar tumores germinales de mediastino.

En Chile la incidencia y prevalencia son estables, la mortalidad de 1,3 por cien mil hombres (DEIS) describe una curva de presentación bimodal y una **incidencia estimada**⁹ de 24 - 30 casos nuevos (varones) por millón de hombres. Según PANDA se esperarían 360 casos nuevos por año.

Los tumores germinales de ovario suelen desarrollarse después de la 3ª década. Se detectan accidentalmente por un examen ginecológico y / o una exploración pélvica por imagenología efectuada por otra causa.

CLÍNICA

El principal hallazgo es la presencia de aumento de volumen testicular, generalmente indoloro. En algunos casos el hallazgo se hace por autoexamen testicular. Ver página web: www.minsal.cl

Entre los diagnósticos diferenciales están: epididimitis, hidrocele, espermatocele, orquitis.

Con menor frecuencia los síntomas están dados por la presencia de metástasis como:

- dolor abdominal o lumbar por presencia de adenopatías retroperitoneales.
- tos, disnea o dolor torácico por presencia de metástasis pulmonares.
- cefalea, vómitos o convulsiones por metástasis cerebrales.

Los tumores germinales de ovario suelen detectarse accidentalmente por un examen ginecológico. No hay síntomas específicos.

DIAGNÓSTICO

Frente a la sospecha de un cáncer testicular derivar a nivel secundario.

- El especialista de elección es el urólogo, luego el cirujano y el internista.

Frente a la sospecha de un cáncer germinal de ovario derivar a nivel secundario.

- El especialista de elección es el gineco obstetra, luego el internista y el cirujano.

En ambos casos, se debe derivar con interconsulta que **describa el hallazgo clínico**.

Su diagnóstico definitivo se efectúa en el nivel secundario de atención y se confirma con el informe de anatomía patológica positivo para este tipo de tumor.

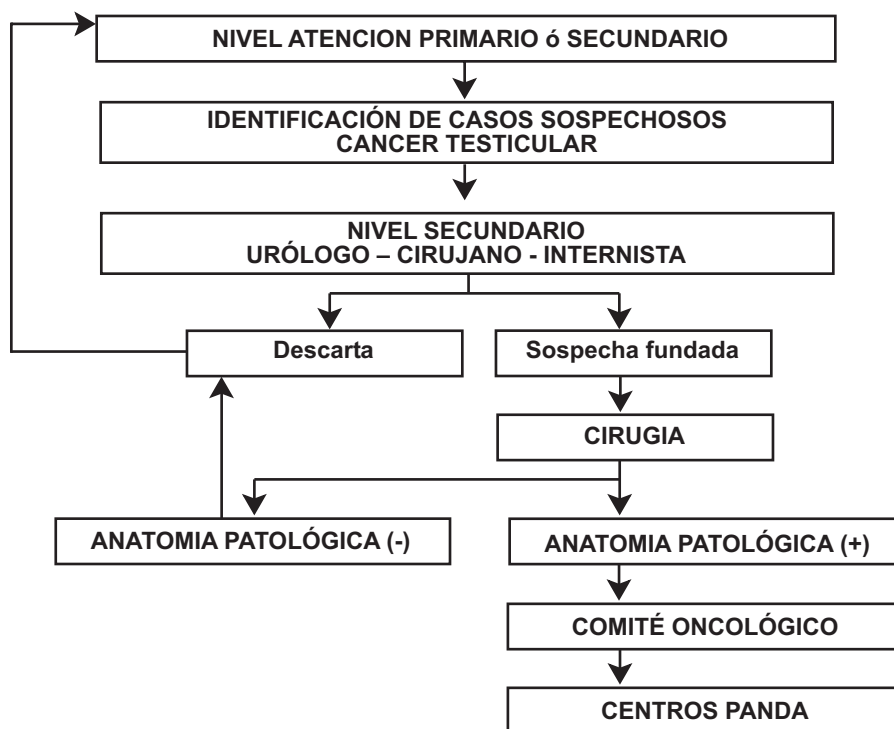
⁹ Bases de datos PANDA 1988 a la fecha

DERIVACION

Ante sospecha de cáncer testicular, enviar en interconsulta al nivel secundario de atención a urólogo, cirujano o internista.

Ante la duda de un tumor germinal ovárico derivar a ginecología para confirmar o descartar el diagnóstico. La derivación debe cumplir con las indicaciones técnicas y administrativas vigentes¹⁰

ALGORITMO DE SOSPECHA Y DERIVACION CANCER TESTICULAR

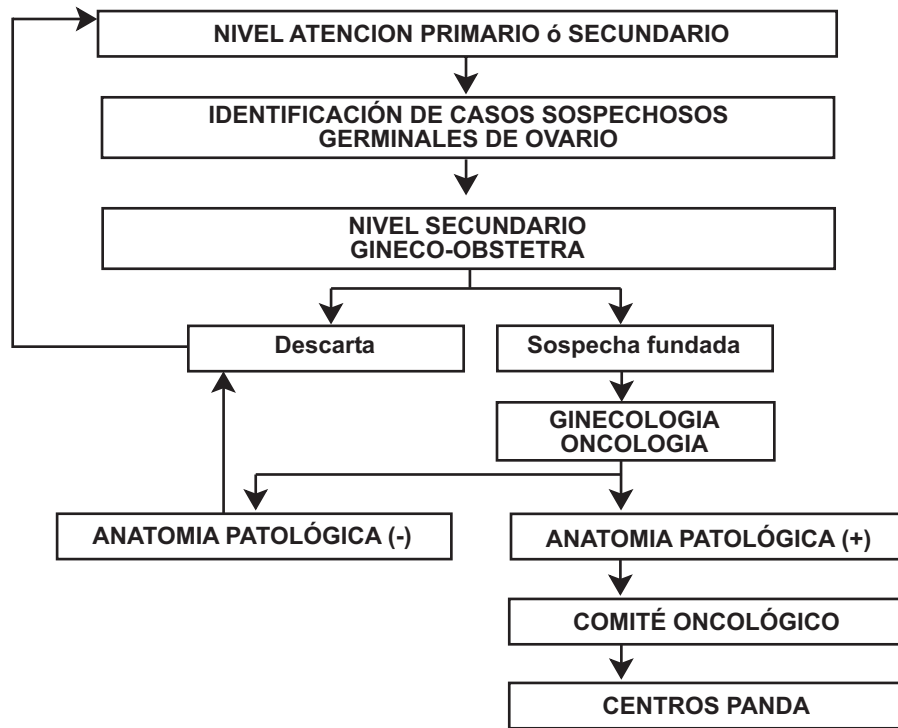


La etapificación, tratamiento quirúrgico lo efectúa el especialista urólogo en caso de cáncer testicular y el ginecólogo si se trata de germinal de ovario.

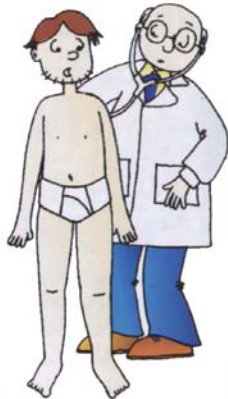
Luego deberá ser derivado al centro PANDA según red de derivación donde se completará la etapificación y efectuará el tratamiento y seguimiento.

¹⁰ "Protocolo AUGE Cáncer de Testículo Adultos" y "Manual SIS 2004"

ALGORITMO DE SOSPECHA Y DERIVACION GERMINALES OVARIO



¿Si tuviera cáncer de testículo?



1 Diagnóstico dentro de 70 días

Si existe sospecha de cáncer de testículo en un varón de 15 años y más, el paciente tendrá derecho a una consulta integral con un médico urólogo, a cirugía y a una ecotomografía para que, en un plazo no mayor a 70 días, acceda al diagnóstico que incluirá el estado de avance (etapificación) del problema de salud. Tendrá derecho a una consulta de educación de grupo.

Dentro de 7 días



Dentro de 10 días

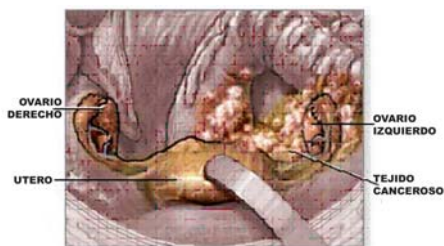
2 a) Radioterapia

Luego de la confirmación de cáncer testicular, el paciente accederá a tratamiento con radioterapia en no más de 7 días desde la confirmación diagnóstica con etapificación.

b) Quimioterapia

Luego de la confirmación de cáncer testicular, el paciente accederá a tratamiento con quimioterapia en no más de 10 días desde la confirmación diagnóstica con etapificación.

El primer control se realizará dentro de los 30 días posteriores al término del tratamiento. Se garantiza el tratamiento hormonal permanente.



CANCER EPITELIAL DE OVARIO

DEFINICION

Corresponde a neoplasias que se originan en tejido epitelial del ovario, para diferenciarlas de los tumores del estroma o de células germinales. Representa el 85% de los tumores del ovario y su incidencia aumenta con la edad.

EPIDEMIOLOGIA

En Chile, corresponde a la 9° causa de muerte por cáncer en la mujer. La tasa de mortalidad presenta una lenta tendencia al aumento. Se consideran como factores de riesgo la menarquia precoz, menopausia tardía, nuliparidad y factores exógenos como la dieta rica en grasas y uso de estrógenos. Además es importante el factor hereditario con la asociación del Síndrome cáncer ovario-mama, ligado a la presencia de los genes BRAC1 y 2.

CLINICA

En etapas iniciales es asintomático, puede ser un hallazgo en examen ginecológico de rutina, por este motivo se le conoce como el “gran simulador”.

En etapas más avanzadas se manifiesta con dolor abdominal o pélvico que generalmente es atribuido a otras patologías (casi siempre gastrointestinales).

En el 50% de los casos hay ascitis y masa abdominal o pélvica palpable.

DIAGNOSTICO

En mujeres sintomáticas con historia familiar de cáncer de ovario y/o mama debe efectuarse la derivación al nivel secundario.

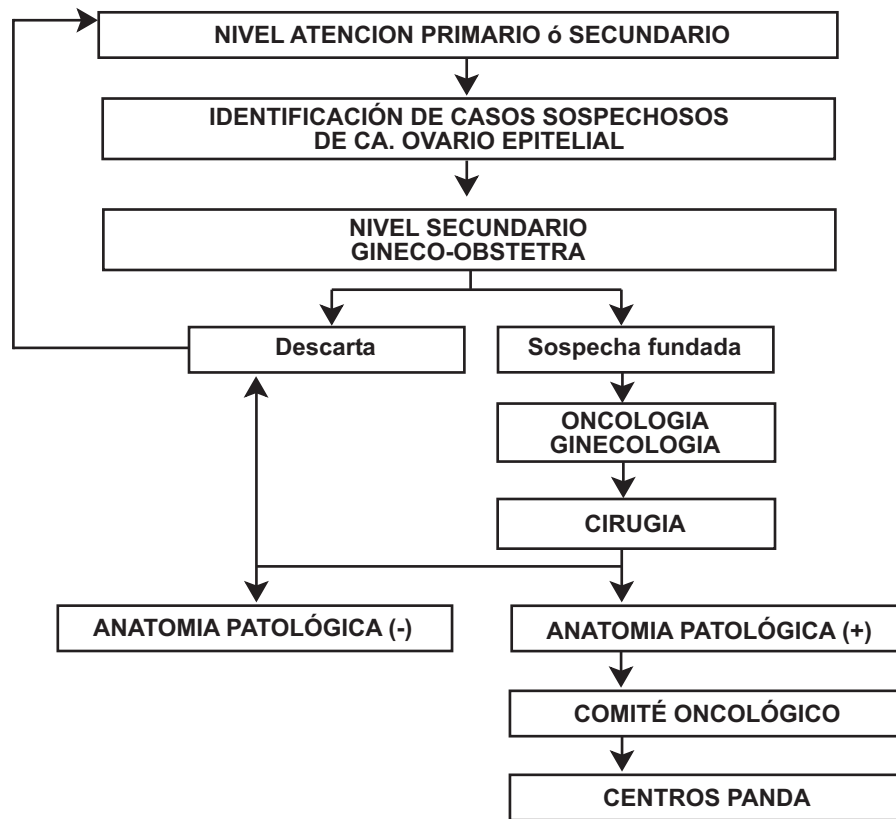
En el nivel secundario, el especialista gineco obstetra solicitará la ecografía ginecológica. Frente a síntomas y signos de sospecha, efectuará ecografía transvaginal y se realizará la cirugía. Luego derivará al nivel terciario al comité oncológico, donde se completará etapificación con Rx tórax y CA 125, marcador serológico que detecta células neoplásicas provenientes de tumores del ovario (anormal > 35).

DERIVACION

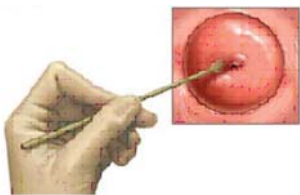
Las pacientes con sospecha de cáncer de ovario epitelial deberán ser derivadas al centro secundario según red de derivación.

La derivación debe cumplir con las indicaciones técnicas y administrativas vigentes.

ALGORITMO DE SOSPECHA Y DERIVACION



Luego del Comité Oncológico, en los centros PANDA se completará la etapificación, se iniciará el tratamiento y posteriormente el seguimiento. El seguimiento se hace en forma alterna entre ginecología y oncología médica.



CANCER CERVICO UTERINO

DEFINICION

El Cáncer Cervicouterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras, de lenta y progresiva evolución, que se suceden en etapas de displasia leve, moderada y severa, que evolucionan a Cáncer In Situ en grado variable, cuando ésta se circunscribe a la superficie epitelial y luego a Cáncer invasor cuando el compromiso traspasa la membrana basal.

EPIDEMIOLOGIA

En Chile, el Cáncer de Cuello Uterino constituye un importante problema de salud pública. El año 2002 fallecieron 632 mujeres por esta causa, ocupando el quinto lugar entre las muertes por cáncer en la mujer y el primer lugar en tasa de años de vida potencialmente perdidos con 129 por 100.000 mujeres. Produciendo un importante impacto social y económico, ya que afecta a mujeres relativamente jóvenes y en edad productiva.

En 1987, la tasa de mortalidad ajustada por edad en mujeres mayores de 25 años fue de 24 por 100.000 y en el año 2002 esta tasa se redujo a 14,1. En el mismo periodo, la tasa bruta de mortalidad fue de 12 y 8,0 por 100.000 mujeres respectivamente.¹¹

En mujeres menores de 25 años, la mortalidad es prácticamente inexistente; el incremento progresivo en el riesgo de morir se produce a partir de los 35 años. Más del 48% de las muertes se produce en mujeres entre 35 y 64 años.

El análisis de incidencia de cáncer cervicouterino se hace sobre la base de información de los casos diagnosticados en los 28 Servicios que conforman la red del sistema público.

En el año 2001 y 2002 se diagnosticaron 982 y 980 casos de Cáncer Cervicouterino Invasor respectivamente. En ambos periodos la mayor incidencia se presenta entre los 35 y 54 años.¹²

Existen factores de riesgo como la iniciación precoz de la actividad sexual (antes de los 16 años), historia de múltiples parejas sexuales y su relación con infecciones persistentes por el virus papiloma humano (HPV). El tabaquismo y antecedentes previos de una lesión intraepitelial, también constituyen importantes factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de cuello uterino.

Otros factores de riesgo para esta patología incluyen el envejecimiento, el bajo nivel socioeconómico, una pareja actual o pasada con historia de factores de riesgo para enfermedades de transmisión sexual, inmunodeficiencia o positividad para VIH, mal nutrición (deficiencia de betacaroteno), multiparidad, uso prolongado (mayor de 5 años) de anticonceptivos orales. Este último se relaciona especialmente con una mayor incidencia de adenocarcinoma y su efecto está relacionado con una estimulación en la replicación del DNA viral.

Los subtipos de alto riesgo del Virus Papiloma Humano, constituyen uno de los factores en la génesis del Cáncer Cervicouterino. Los tipos 16 y 18 son los más frecuentemente asociados con el cáncer invasor; sin embargo, no se ha comprobado la costoefectividad del estudio de HPV en el manejo preventivo de las lesiones intraepiteliales o en el screening de mujeres de alto riesgo. Fundamentalmente, porque los Sistemas de Pesquisa de HPV de alto riesgo (uso comercial) para uso masivo indican solamente la presencia del virus, no así su incorporación en la célula, condición fundamental para su rol en el desarrollo de lesiones pre y/o invasoras de cuello uterino. Otro aspecto es la alta prevalencia en la población (50% de los hombres y mujeres la tendrán en la vida).

La Pesquisa y Control del Cáncer Cervicouterino constituye una de las actividades prioritarias del Ministerio de Salud, por su trascendencia, magnitud y posibilidades de pesquisarlo y tratarlo oportunamente (ver las "Orientaciones Programáticas para la Pesquisa y el Control del Cáncer Cervicouterino, publicadas en 1998).

¹¹ DEIS MINSAL, CHILE

¹² FORMULARIO EVALUACIÓN PROGRAMA CANCER CERVICOUTERINO SERVICIOS DE SALUD

PESQUISA PRECOZ

Se realiza mayoritariamente en los establecimientos del Nivel de Atención Primaria de Salud a través del examen de Papanicolau (PAP), el cual sigue siendo la medida más eficaz y rápida para controlar el Cáncer Cervicouterino. La muestra se obtiene con una pequeña espátula de madera de la superficie del cuello uterino y de acuerdo al “Manual de procedimientos: Técnica para la obtención de Citología Cervical”.

Este examen es gratis para las mujeres beneficiarias y se ejecuta en todos los consultorios de atención primaria de salud por la profesional matrona, quien llena el Formulario especial “Solicitud Examen Citológico” (SEC) y envía la muestra para su procesamiento al Laboratorio de Citopatología en el Nivel Secundario de Atención correspondiente a la Red.

La pesquisa precoz, según las recomendaciones del Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino se focaliza en mujeres entre 25 y 64 años, con énfasis en las mayores de 35 años y con una periodicidad de 3 años. Es importante considerar que el examen puede tener falsos negativos por lo cual es prioritaria o cumplir con la periodicidad. La identificación de la población de riesgo es fundamental para racionalizar al máximo los recursos y obtener impacto. Se espera que dicha focalización se cumpla en un 95% y que sólo el 5% del recurso PAP se destine a otros grupos de edad con factores de riesgo identificados.

La cobertura de PAP Vigente en mujeres beneficiarias entre 25 a 64 años se ha incrementado gradualmente en los últimos años; sin embargo, para producir impacto en mortalidad se requiere contar con coberturas mantenidas en el tiempo iguales o superiores al 80%.

CLINICA

Se debe tener presente que en este cáncer no hay síntomas en las etapas iniciales. Se considera una mujer con “sospecha clínica de Cáncer Cervicouterino” a aquellas que en la evaluación ginecológica presente a la especuloscopia una lesión cervical proliferativa y/o sangrante y/o friable, con o sin antecedentes de sangramiento genital.

En casos más avanzados puede ocurrir metrorragia en forma de manchado o goteo (spotting) o descarga, habitualmente después del coito o en cualquier etapa del ciclo menstrual.

En etapa tardía aparece dolor lumbar o pelviano irradiado a extremidades inferiores, hematuria, fístula rectovaginal o vesicovaginal. En estas últimas etapas no se recomienda esperar el resultado del PAP y se debe derivar (sospecha clínica).

DERIVACIÓN

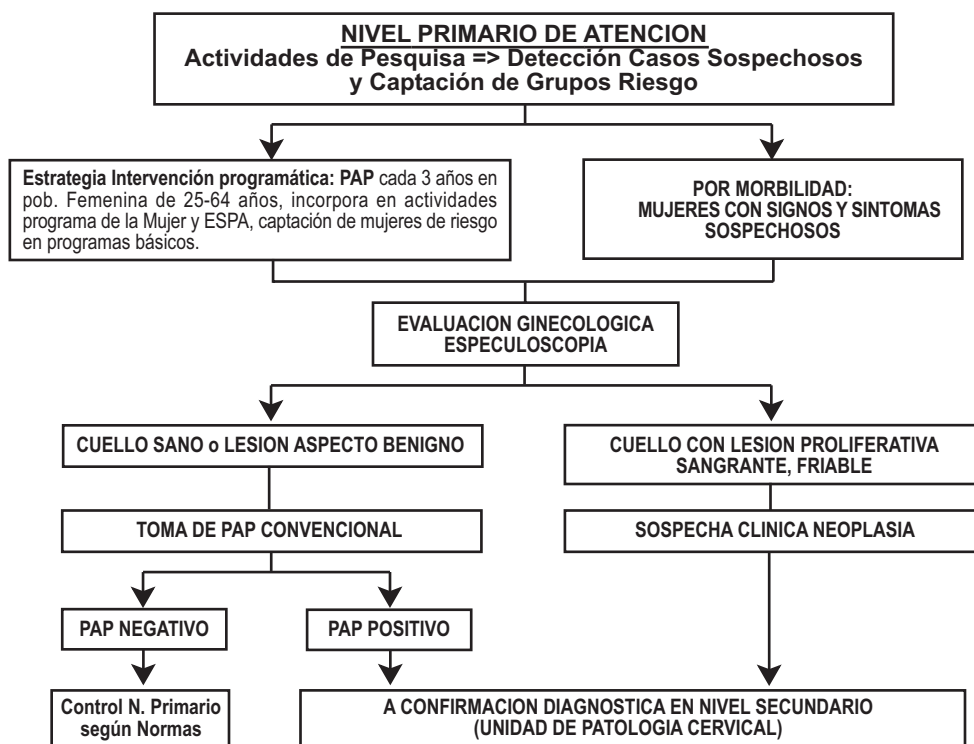
Se debe derivar a la Unidad de Patología Cervical (UPC) en el Nivel Secundario de Atención a:

- **Mujeres Papanicolau (PAP) Positivo¹³ y**
- **Mujeres con Sospecha Clínica de Cáncer Cervicouterino.**

La derivación debe cumplir con las indicaciones técnicas y administrativas vigentes.

¹³ II PAP Atípico, NIE I, NIE II, NIE III/CIS, CÁNCER INVASOR.

ALGORITMO DE SOSPECHA DE CANCER CERVICOUTERINO



CONFIRMACION DIAGNOSTICA

Se hace en la Unidad de Patología Cervical (UPC), por médico **ginecólogo colposcopista**. Esta Unidad esta adscrita a un Servicio de Ginecología del Hospital respectivo o al Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) y es donde se realiza la evaluación y procedimientos de confirmación diagnóstica, tratamientos ambulatorios y seguimiento de los casos tratados.

La confirmación diagnóstica se efectúa a través del informe histológico positivo para Cáncer Cervicouterino, o lesión intra-epitelial, emitido por el Servicio de Anatomía Patológica.

TRATAMIENTO

Los casos confirmados por informe histológico positivo tendrán acceso a tratamiento correspondiente. Este puede ser ambulatorio u hospitalizado para las lesiones preinvasoras.

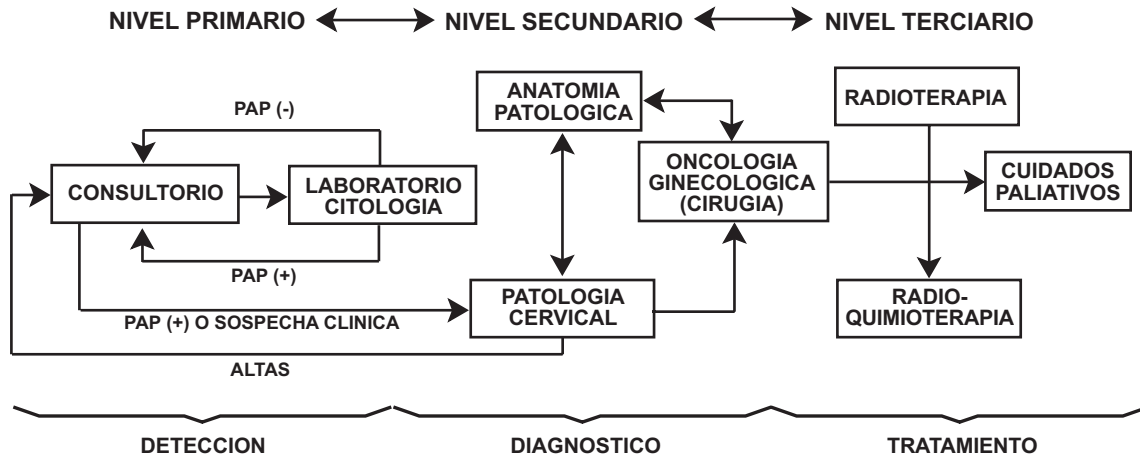
El manejo terapéutico, según etapificación del cáncer invasor y la indicación de conductas especiales en casos complejos debe ser determinado por el comité oncológico, de acuerdo al protocolo.¹⁴

El tratamiento puede incluir cirugía, radio-quimioterapia o radioterapia exclusiva y/ o alivio del dolor y cuidados paliativos.

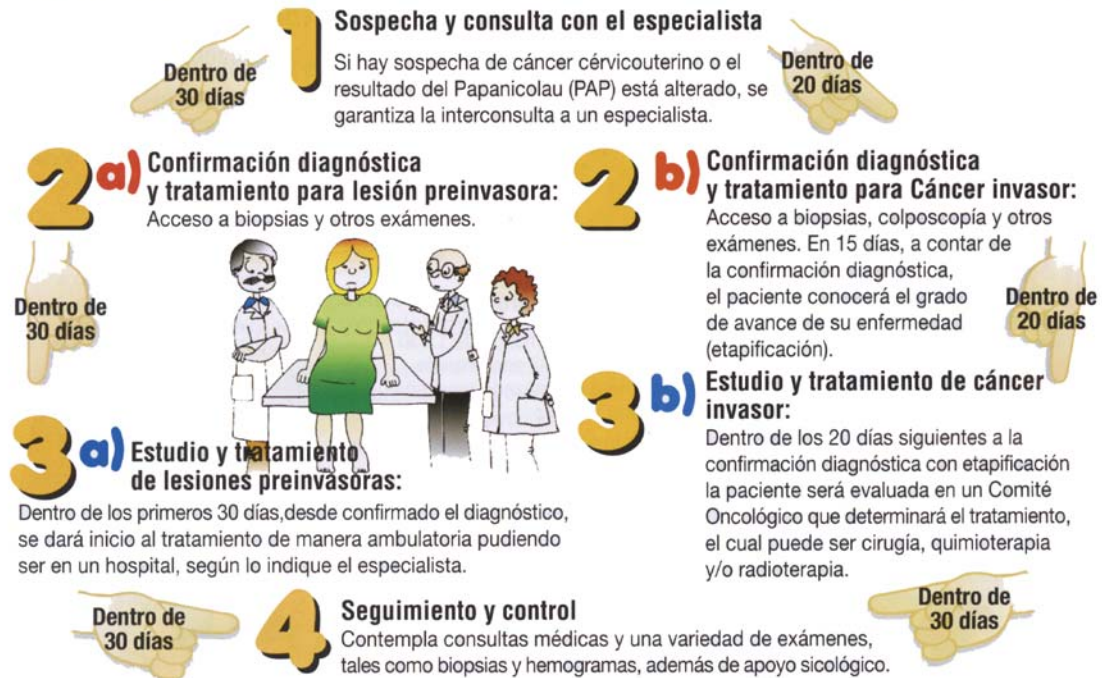
¹⁴ Protocolo AUGÉ 2004, Minsal. Diciembre 2003.

ALGORITMO DE LA RED ASISTENCIAL PARA CANCER CERVICOUTERINO

PROGRAMA DE CANCER CERVICOUTERINO FLUJOGRAMA DE ATENCIONES



¿Si tuviera cáncer al cuello del útero?





CÁNCER DE MAMA

DEFINICION

El Cáncer de Mama es el crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio en los conductos o lobulillos mamarios y que tiene la capacidad de diseminarse a cualquier sitio del organismo.

Existen varios tipos diferentes de cáncer de mama. El carcinoma ductal comienza en el revestimiento de los conductos que llevan leche al pezón y es responsable por más de tres cuartos de los cánceres de mama. El carcinoma lobular comienza en las glándulas secretoras de leche de la mama pero es, a excepción de éste, muy similar en su comportamiento al carcinoma ductal. Otras variedades de cáncer de mama pueden desarrollarse a partir de la piel, grasa, tejido conectivo y de otras células presentes en la mama.

EPIDEMIOLOGIA

En Chile el Cáncer de Mama ocupa el tercer lugar entre las muertes por cáncer en la mujer. En la última década la tasa bruta de mortalidad por Cáncer de Mama ha aumentado de 12,2 x a 13,3 por 100.000 mujeres. En el año 2002 la tasa de mortalidad ajustada en mujeres mayores de 35 años fue de 31,3 por 100.000. En números absolutos, el incremento es de 823 a 1049 casos, en 1990 y 2002 respectivamente. El 98,4% de las muertes ocurre en mujeres mayores de 35 años.

En los últimos años, se han registrado anualmente en promedio 10 casos de muertes en hombres con una tasa bruta en el año 2002 de 0,14 por 100.000 hombres.¹⁵

La tasa de Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) por Cáncer de Mama en la mujer es de 100 por 100.000, ocupando el segundo lugar después de Cáncer Cervicouterino.

La incidencia de Cáncer de Mama se calcula sobre la base de la información de los casos diagnosticados en los 28 Servicios de Salud que conforman la red del sistema público. La información del sistema privado está limitada a notificaciones de sólo algunos centros.

Los casos nuevos diagnosticados en el sistema público fueron 1707 en el año 2000, 1863 en el 2001 y 2013 en el 2002.

A partir de los 35 años, la incidencia aumenta progresivamente, presentando un más del 49% de los casos nuevos entre los 45 y 64 años. La tasa de incidencia estimada en el Sistema Público para mujeres mayores de 35 años en el año 2002 fue de 59,5 por 100.000¹⁶.

Son factores de riesgo los antecedentes familiares de cáncer de mama (madre, hermana, tías maternas), antecedentes personales de lesiones premalignas, cáncer in situ o invasor, factores endógenos endocrinos (edad de menarquía, edad de menopausia, edad de primer embarazo), factores hormonales exógenos (terapia de reemplazo hormonal, factores ambientales (dieta, obesidad, alcohol, sedentarismo). En Chile desde 1995 se ha desarrollado el Programa Nacional de Cáncer de Mama, cuyas orientaciones programáticas fueron publicadas en 1998¹⁷.

DETECCION TEMPRANA

Consiste en el Examen de Físico de Mama (EFM) Protocolizado, realizado por matrona entrenada y la enseñanza del Autoexamen de Mama (AEM). Esta intervención está focalizada en población femenina asintomática de entre 35 a 64 años con una periodicidad de 3 años y si existen antecedentes de cáncer de mama familiar (madre, hermana, tías maternas), se realiza anualmente.

Es un examen gratuito realizado en los Consultorios del Nivel Primario de Atención, para las mujeres beneficiarias del Sistema Público de Salud.

El Examen Físico de Mama también se realiza en mujeres menores de 35 años y mayores de 65 años que consultan por sintomatología de patología mamaria.

De acuerdo a los hallazgos del examen, éste es informado como probable patología maligna (PPM), probable patología benigna (PPB) o como EFM Normal.

¹⁵ DEIS - Unidad de cáncer, MINSAL.

¹⁶ Pauta Evaluación Anual Servicios de Salud.

¹⁷ "Orientaciones para la pesquisa y Control del Cáncer de Mama".

A contar de Abril del año 2004, a todo caso sospechoso de Probable Patología Maligna (PPM) se le debe realizar la **solicitud de mamografía bilateral en la APS**. La mamografía debe ser realizada en centros que cumplan requisitos de calidad técnica.

CLINICA

Este examen está dirigido a la detección de lesiones palpables y/o signos visibles sospechosos de patología mamaria, *especialmente maligna* y está incorporado como acción regular en las actividades del Programa de la Mujer, Programa del Adulto (ESPA), Controles de Salud.¹⁸

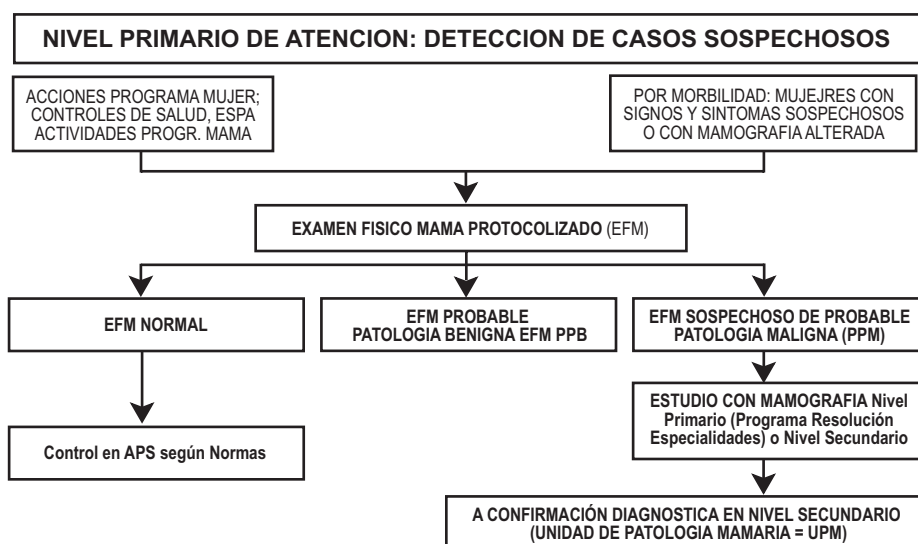
DERIVACION

Se debe derivar a la Unidad de Patología Mamaria (UPM) en el Nivel Secundario de Atención a:

- **Mujeres con Probable Patología Maligna de la Mama** (tumor palpable sospechoso; nódulo axilar sospechoso; alteraciones del pezón (derrame hemático, retracción, erosión), alteraciones de la piel de la mama (retracción, ulceración, eritema, edema, nódulos cutáneos).
- **Alteraciones mamográficas y/o ecotomográficas sospechosas de malignidad.**

La derivación debe cumplir con las indicaciones técnicas y administrativas vigentes.¹⁹ El manejo y la referencia y contrarreferencia de la patología benigna de la mama es de manejo local.

ALGORITMO DE SOSPECHA DIAGNOSTICA



CONFIRMACION DIAGNOSTICA

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, el médico especialista en Patología Mamaria realiza las atenciones y procedimientos para descartar o confirmar el diagnóstico.

La confirmación sólo se efectúa a través del informe histológico positivo para cáncer de mama emitido por el servicio de anatomía patológica.

Los casos confirmados son etapificados y derivados al comité oncológico, formado por un equipo multidisciplinario, para definir el tratamiento según protocolo.

En esta Unidad de Patología Mamaria además se lleva a cabo el seguimiento de los casos tratados.

TRATAMIENTO

Se realiza en el nivel terciario e incluye cirugía, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia, Rehabilitación y/o alivio del dolor y cuidados paliativos, según protocolo y en la red asistencial establecida.²⁰

¹⁸ "Manual para profesionales de salud de atención primaria: Examen Físico y Enseñanza del Autoexamen de Mama".

¹⁹ "Protocolo AUGÉ de Diagnóstico y tratamiento en Cáncer de Mama" y "Manual SIS 2004".

²⁰ Ver "Manual AUGÉ 2004"

¿Si tuviera cáncer de mama?

1 Consulta con especialista

En no más de 30 días desde la sospecha de un cáncer mamario, el o la paciente tendrá derecho a consulta con un médico especialista, con resultado de mamografía.



3 Seguimiento y control

Dentro de los 90 días siguientes al término del tratamiento tendrá lugar el primer control con un especialista. El o la paciente ingresará así a la etapa de seguimiento de la enfermedad, donde tendrá derecho, en caso de ser necesario, a exámenes como mamografías, cintigrafías y ecotomografías.

Dentro de 60 días

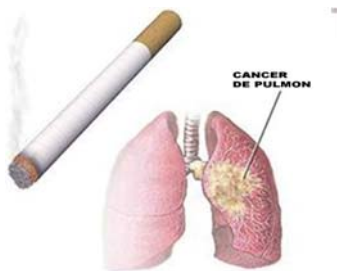
2 Confirmación diagnóstica y tratamiento

En un máximo de 45 días, desde la atención con un especialista, se confirmará o descartará el diagnóstico. De confirmarse el cáncer, en 15 días se iniciará el tratamiento el que puede contemplar:

- Cirugía que garantiza reconstrucción mamaria.
- Quimioterapia.
- Radioterapia.
- Hormonoterapia.

Dentro de 90 días





CANCER DE PULMON

DEFINICION

Corresponde habitualmente a carcinoma que se origina en las células que revisten los bronquios; puede invadir estructuras adyacentes: vísceras torácicas, pared del tórax y el diafragma. Desde el punto anatomopatológico se los clasifica en tumores de células pequeñas y no células pequeñas (células grandes, epidermoide, adenocarcinoma).

El más común es el adenocarcinoma: 40-50% de los casos.

EPIDEMIOLOGIA

Constituye un importante problema de salud pública. Existe una clara asociación con hábito tabáquico y representa algo más de un tercio de todas las causas de muerte por cáncer, por lo que **es el cáncer con mayor mortalidad prevenible. El tabaco es factor de riesgo para otros tumores malignos y también para otras enfermedades crónicas no transmisibles.**

El principal factor de riesgo es el tabaco, que incrementa el riesgo en 30% en los fumadores excesivos. Otros factores son exposición al asbesto, arsénico, radiaciones ionizantes, hidrocarburos, dieta pobre en vegetales y verduras.

En Chile la mortalidad por cáncer de tráquea, bronquios y pulmón presentan una curva con tendencia al aumento. La tasa de mortalidad en el año 2002 fue de 13,2 por 100 mil habitantes de ambos sexos. En la mujer presenta una clara tendencia al ascenso: 7,9 por 100 mil mujeres en el año 1999 y 8,7 en el 2002.

CLINICA

Presencia de cuadro respiratorio de evolución tórpida o reiterativo y antecedente de tabaquismo, EPOC. La clínica depende de la etapa del tumor.

Asintomático en etapas iniciales.

Síntomas generales: anorexia, fatiga, pérdida de peso, dolores osteomusculares.

Síntomas respiratorios: tos, hemoptisis, disnea.

Síntomas neurológicos: cefalea, síncope, convulsiones, cambios mentales recientes.

Examen físico: palidez, baja de peso, disnea, taquipnea, cianosis, adenopatías supraclaviculares, derrame pleural, masa mediastino, síndrome vena cava superior.

DIAGNOSTICO

La Rx tórax evidencia masa en mediastino o nódulo pulmonar, neumonía atípica o derrame pleural. Fundamental es la calidad de la imagen y del informe. Debe prestarse especial precaución con este factor, de lo contrario la radiografía será inútil. En el nivel secundario y relacionado con el examen clínico el especialista solicitará escáner y broncoscopia.

DERIVACION

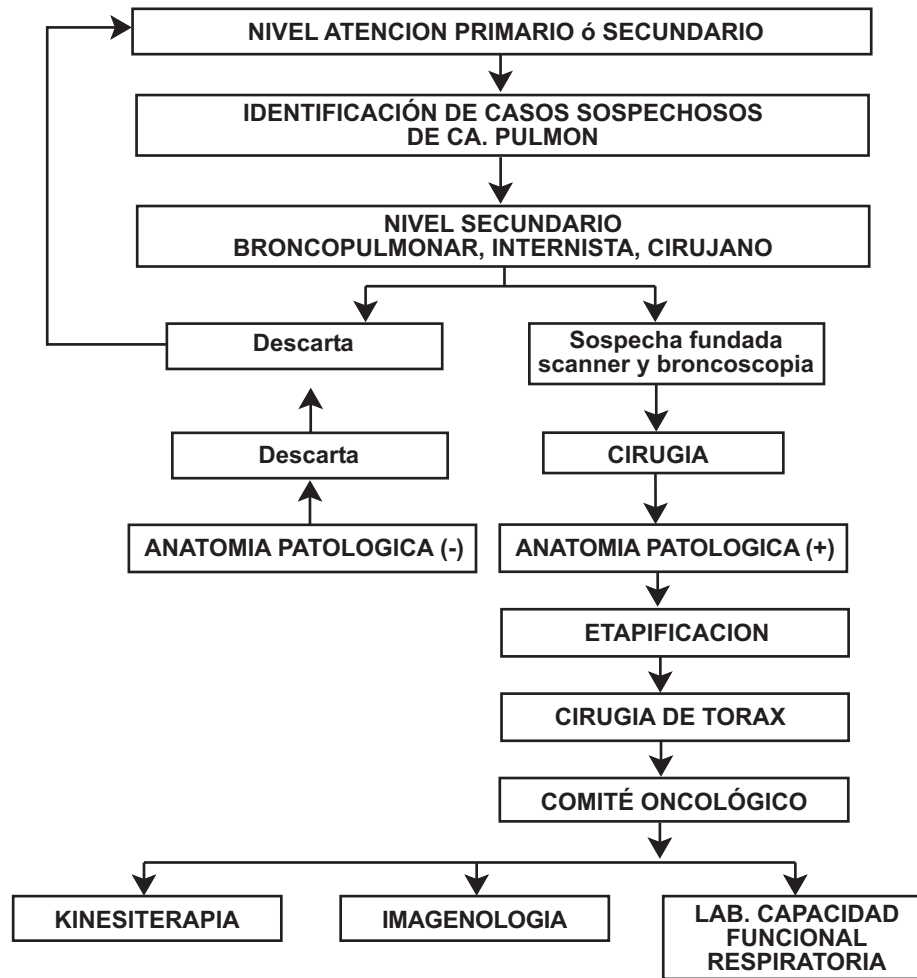
Con una Rx de tórax sospechosa o no, **pero con clínica sospechosa**, el paciente debe ser derivado a centro de atención secundaria, con interconsulta **describiendo por qué deriva** y acompañando las imágenes y el informe.

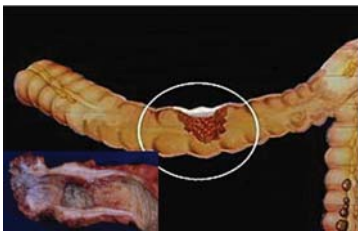
La derivación debe cumplir con las indicaciones técnicas y administrativas vigentes.

TRATAMIENTO

El tratamiento es multidisciplinario e incluye Cirugía de tórax, Imagenología, Kinesiterapia y Enfermería, entre otros, que se efectúan sólo en centros terciarios.

ALGORITMO DE SOSPECHA Y DERIVACION CANCER DE PULMON





CANCER COLORECTAL Y ANAL

DEFINICION

Corresponde a tumores malignos que comprometen el intestino grueso, la separación de rectosigmoides y colon descendente. Está dada por la deflexión colónica que equivale a los últimos 45 cm desde la línea pectínea. Corresponde a adenocarcinomas con distintos grados de diferenciación. Los tumores carcinoides se localizan en apéndice y en recto, rara vez dan metástasis cuando el tamaño es menor de 2 cm. Los síntomas en caso de metástasis están dados por liberación de péptidos vasoactivos, análogos de la somatostatina. Los tumores anales corresponden a cánceres epidermoides o cloacogénicos.

EPIDEMIOLOGIA

Afecta mayoritariamente a mayores de 50 años.

La lesión precursora más importante es el pólipo adenomatoso, que aumenta con la edad: 50% en mayores de 80 años. La distribución varía según la localización: 50% en rectosigmoides, 18% colon descendente, 20% colon ascendente y ciego.

Se describen diferentes factores que pueden ejercer algún rol en su etiología: la dieta hipercalórica con alto contenido graso, baja ingesta de fibras y factores hereditarios, como poliposis familiar de colon o enfermedades inflamatorias del colon.

Entre los factores protectores están: ingesta de vegetales y frutas frescas y uso de antiinflamatorios no esteroideos (disminuyen crecimiento de pólipos).

El cáncer anal se presenta con mayor frecuencia en pacientes con historia de irritación anal crónica, consecuencia de condilomas acuminados (virus papiloma), fisuras perianales, fistulas hemorroidales crónicas y leucoplasia.

La tasa de mortalidad general para el año 2002 con 860 casos fue 8,5 por cien mil habitantes. La tasa de mortalidad en el sexo femenino es relativamente estable en cifras de 6 por cien mil mujeres.

CLINICA

- Los síntomas varían de acuerdo a la región del intestino comprometido.
- Los tumores de colon derecho pueden manifestarse por: anemia por sangrado crónico, dolor en hemiabdomen derecho y en estadios tardíos obstrucción intestinal.
- Los tumores de colon descendente presentan diarrea y/o signos de obstrucción intestinal. Puede haber sangrado.
- Los tumores de recto dan síntomas de pujo, tenesmo y rectorragia.
- Los tumores de ano presentan pujo, hemorragia, masa perianal y prurito.

DIAGNOSTICO

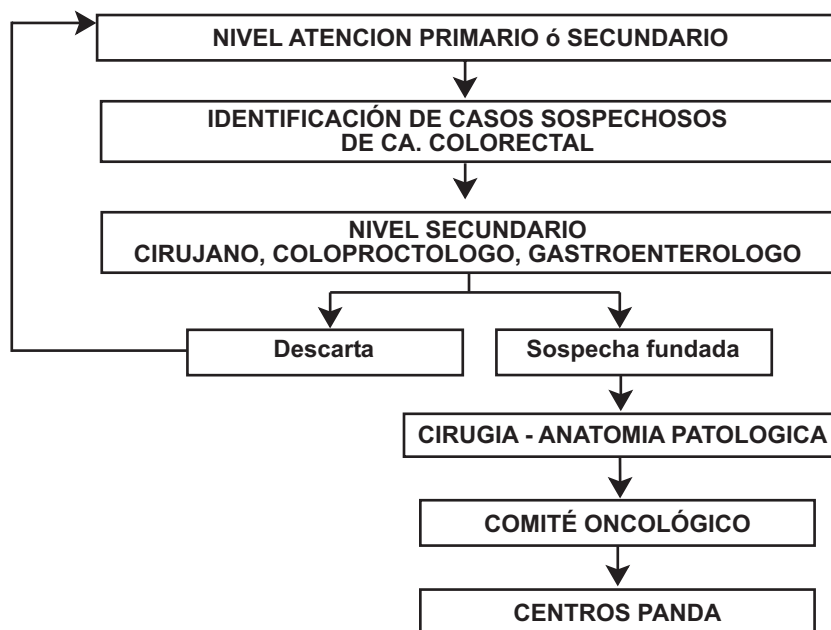
Una forma de detección precoz implica un control ante cualquier sintomatología digestiva asociado o no a sangrado, especialmente si existe el **antecedente familiar de cáncer de colon o poliposis de colon**. Es de utilidad certificar presencia de anemia ferropriva y sangre oculta en deposiciones.

DERIVACION

Ante la sospecha diagnóstica o necesidad de estudio se debe derivar a nivel secundario de atención para la atención con cirujano, coloproctólogo o gastroenterólogo.

- La derivación debe cumplir con las indicaciones técnicas y administrativas vigentes.
- **El diagnóstico** en el nivel secundario, debe hacerse por **biopsia, obtenida por rectoscopia o colonoscopia cuando corresponda**.
- El estudio de etapificación debe incluir el marcador tumoral antígeno carcinoembrionario (CEA), TAC de abdomen y pelvis y RX de tórax.
- La confirmación del cáncer se hace en anatomía patológica.
- El tratamiento se efectúa sólo en el nivel de **atención terciaria ya que el tratamiento** incluye cirugía más radio-quimioterapia concomitante.
- En aquellos casos en que el tumor es irresecable o no se pueda preservar el esfínter se efectuará Radio-Quimioterapia primero y luego la cirugía definitiva.

ALGORITMO DE SOSPECHA Y DERIVACION





OSTEOSARCOMA Y SARCOMA DE PARTES BLANDAS

DEFINICION

Tumor maligno poco frecuente que se origina en tejidos de sostén (músculo, tendones, vainas, nervios, vasos) y hueso.

EPIDEMIOLOGIA

Los sarcomas de partes blandas (SPB) representan 1% de todas las neoplasias del adulto. El 50% se presenta después de los 50 años, con una incidencia de 2/100.000 habitantes.

Los osteosarcomas son más raros aún, 0,2% de las neoplasias, tienen una incidencia bimodal en la adolescencia y tercera edad.

El sarcoma de Ewing, tumor del niño, ocupa la segunda frecuencia entre los tumores óseos en la infancia (1/1 millón habitantes), es raro en adulto.

Se asocian factores de riesgo como: exposición a radiación, herbicidas, agentes alquilantes, linfedema crónico; antecedente de trauma previo que desencadena síntomas; también asociación con factores hereditarios como: neurofibromatosis, Sd Gardner, Sd Li -Fraumeni.

CLINICA

Los sarcomas de partes blandas se originan en extremidades y de ellas 45% en muslo; otras localizaciones son extremidades superiores, tronco, retroperitoneo, cabeza y cuello. La clínica está dada por la presencia de una induración encapsulada en extremidades que a veces se confunde con tumor benigno, crece concéntricamente y es asintomática. El grado de invasión depende del tipo de diferenciación histológica, siendo los de alto grado capaces de metastizar hasta en un 50%. Los sitios de metástasis son: pulmón, hígado, hueso y piel. En los casos de tumores retroperitoneales o viscerales el diagnóstico es tardío, sólo dan síntomas cuando adquieren tamaño considerable para producir compresión de órganos vecinos.

Los osteosarcomas se localizan preferentemente en huesos largos, en la zona de metáfisis. De ellos 45% en fémur, luego tibia, húmero y pelvis. El Sarcoma de Ewing también tiene predilección por extremidades inferiores, pelvis, costillas y columna. En ambos casos el diagnóstico es más precoz, presentando dolor sordo, continuo, interrumpe el sueño, asociado a traumatismo, hay edema y puede haber fractura.

DIAGNOSTICO

Para el diagnóstico se debe considerar la presencia de factores de riesgo y características de la tumoración. Solicitar Rx de extremidad afectada para confirmar si hay tumoración de partes blandas o lesión lítica, destrucción ósea o fractura.

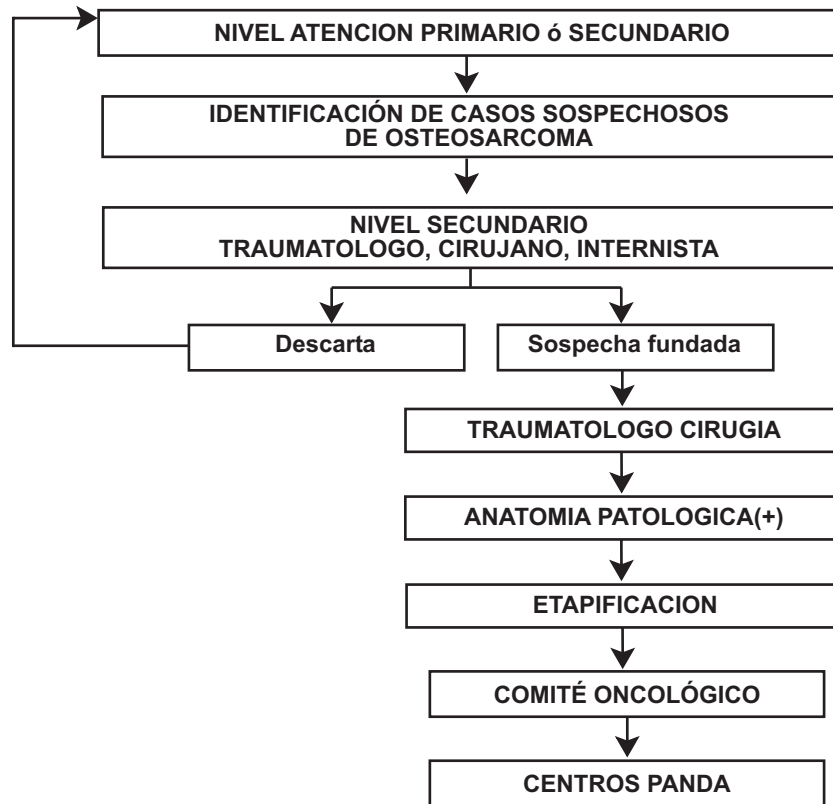
Rx tórax o ecografía abdominal si se sospecha compromiso visceral.

DERIVACION

Ante el planteamiento diagnóstico de un osteosarcoma, derivar a Nivel secundario al traumatólogo. Ideal referir a Equipo de Tumores Oseos del Instituto Traumatológico, para efectuar biopsia, corroborar diagnóstico, etapificar y posterior tratamiento según protocolo nacional PANDA.

La derivación debe cumplir con las indicaciones técnicas y administrativas vigentes.

ALGORITMO DE SOSPECHA Y DERIVACION





MELANOMA

DEFINICION

Es una neoplasia que se origina en los melanocitos encargados de producir el pigmento melanina de la piel. Clásicamente se originan en la piel, pero también en tracto uveal, digestivo superior, recto, canal anal y vagina. Su principal característica es invadir tejidos. Tiene alta mortalidad.

EPIDEMIOLOGIA

Representa menos de un 2 % de los cánceres. Sin embargo su incidencia está en aumento. Los factores de riesgo conocidos son: presencia de múltiples nevos, piel clara, exposición a rayos UV, historia familiar de melanoma.

El principal factor es la exposición a rayos UV, por ésto es de vital importancia la prevención. Está orientada a evitar la exposición al sol en sujetos susceptibles. **En Chile, los sujetos susceptibles corresponden a toda la población, particularmente los menores de 25 años.** Es altamente recomendable el uso preventivo de ropa protectora de algodón junto al uso de pantallas y cremas con bloqueador solar en las áreas de piel no cubiertas por la ropa. Ver cartilla educativa: www.minsal.cl

CLINICA

Se trata de lesiones pigmentadas, de bordes irregulares, color oscuro hasta negro. Los cambios de color, prurito, ulceración o crecimiento rápido, deben hacer pensar en melanoma.

Las localizaciones más frecuentes son en piel expuesta al sol, palmas y plantas, subungueal, mucosas o conjuntivas (melanoma ocular)

Al examen físico se debe constatar otras lesiones pigmentadas, compromiso ganglionar y visceromegalia.

DIAGNOSTICO

Frente a lesión sospechosa se debe derivar al nivel secundario de atención; el profesional de elección es el dermatólogo.

El especialista efectuará biopsia excisional. La confirmación sólo es por informe de anatomía patológica positiva para melanoma maligno o bien cáncer de la piel.

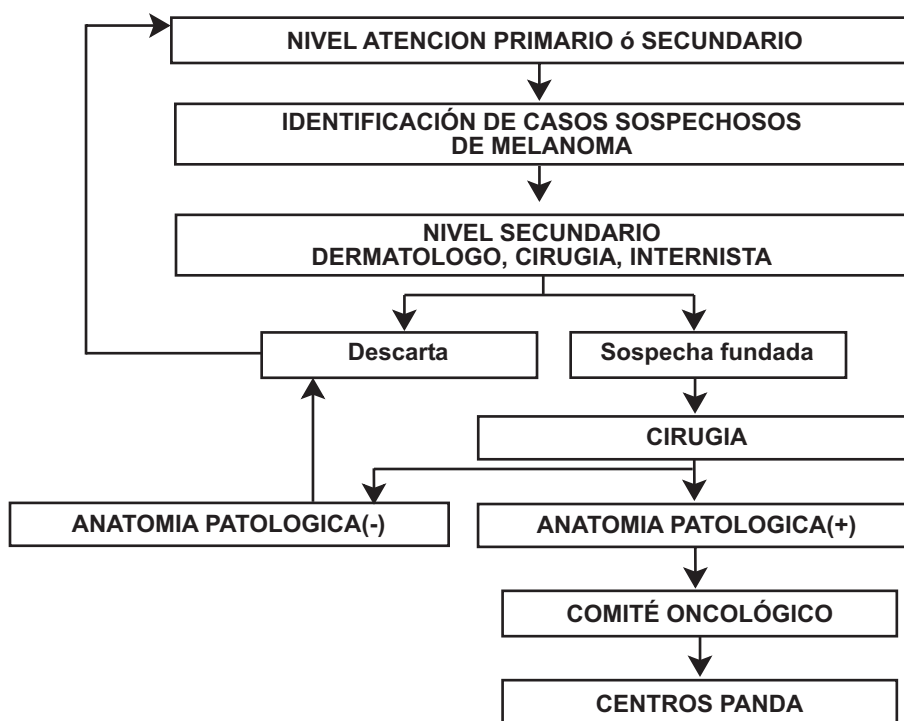
DERIVACION

Derivación al nivel secundario según red asistencial. La derivación debe cumplir con las indicaciones técnicas y administrativas vigentes.

TRATAMIENTO

El manejo es multidisciplinario e incluye luego de la etapificación completa, la cirugía. Hasta hoy, **la pesquisa precoz y la cirugía** son el mejor tratamiento.

ALGORITMO DE SOSPECHA Y DERIVACION CANCER DE LA PIEL, MELANOMA



DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE ADENOPATIAS	
SINTOMA	CARACTERISTICAS
INFLAMACION AGUDA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SENSIBLES ▪ ASIMETRICAS ▪ ERITEMA Y CALOR LOCAL
Si supuran sospechar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agentes piógenos ▪ Micobacterias
INFLAMACION CRONICA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MENOS SENSIBLES ▪ SIMETRICAS
METASTASIS GANGLIONARES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DURAS ▪ ASIMETRICAS ▪ INDOLORAS ▪ ADHERIDAS A PLANOS PROFUNDOS
LINFOMAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ELASTICAS O GOMOSAS ▪ INDOLORAS ▪ ASIMETRICAS ▪ NO ADHERIDAS A PLANOS PROFUNDOS
¿CUANDO ESTUDIAR UNA ADENOPATIA?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sospecha de enfermedad infecciosa sin foco ▪ Sospecha de linfoma ▪ Sospecha de enfermedad metastásica ▪ Adenopatías generalizadas



LINFOMA DE HODGKIN

Enfermedad poco frecuente en la población adulta.

DEFINICION

Enfermedad neoplásica que afecta al tejido linfático. Alta tasa de curación, sobre 80%. Enfermedad poco frecuente en la población adulta

EPIDEMIOLOGIA

- En Chile, la incidencia estimada corresponde a 2 casos nuevos por 100 mil habitantes. Representa 1 de cada 5 linfomas.
- Predominio masculino.
- Distribución bimodal, jóvenes (15-35 años) y mayores de 50 años.
- Más frecuente en estratos socioeconómicos altos.
- Asociación con infección por Epstein Barr

CLINICA

Nada reemplaza al examen clínico y la comunicación médico paciente.

- Se presenta con adenopatías indoloras, frecuentemente cervicales o supraclaviculares. Puede presentarse también con adenopatías mediastínicas.
- Puede haber síntomas. (A)
- Puede haber síntomas (B): fiebre, sudoración o baja de peso.

Exámenes de Apoyo Diagnóstico.

- Efectuar hemograma y VHS.
- Solicitar Rx de tórax para buscar ensanchamiento del mediastino, compromiso de ganglios retroperitoneales, hepato o esplenomegalia.

DERIVACION

Toda adenopatía que persiste luego de tratamiento con antiinflamatorios y antibióticos por más de 30 días debe ser estudiada.

Derivar al nivel secundario de acuerdo a red asistencial con interconsulta a cirujano o hematólogo, acompañando hallazgo clínico y resultados de exámenes e imágenes.

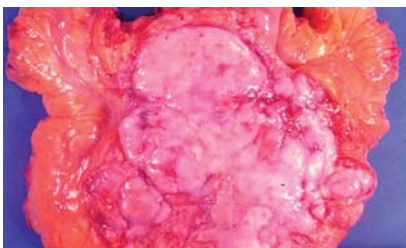
La derivación debe cumplir con las indicaciones técnicas y administrativas vigentes²¹.

El diagnóstico definitivo se hace sólo en el nivel secundario mediante el informe de Anatomía Patológica de la biopsia ganglionar.

Sólo el hemato-oncólogo del Centro PANDA solicita el estudio de inmunohistoquímica.

La etapificación, tratamiento y seguimiento se efectúa sólo en los centros PANDA del país.

²¹ "Protocolo AUGÉ de "Linfoma del Adulto" y "Manual SIS 2004"



LINFOMA NO HODGKIN

DEFINICION

Neoplasias hematológicas provenientes del tejido linfoide. La mayoría se presenta con adenopatías, pero un 30% puede presentarse en sitios extraganglionares, cuya ubicación más frecuente es digestiva y piel. Alrededor de un 40% cura con las terapias actuales. Es 4 veces mas frecuente que el Linfoma de Hodgkin.

EPIDEMIOLOGIA

En Chile, incidencia estimada en 5 -6 casos por 100 mil habitantes, incidencia en aumento progresivo, en especial en pacientes con SIDA.

Tasa de mortalidad, 4 por 100 mil habitantes. Frecuencia levemente mayor en el sexo masculino. La edad de mayor ocurrencia se ubica entre los 55 a 70 años.

Existe una mayor incidencia en personas con inmunosupresión congénita o adquirida, enfermedades autoinmunes (Sjogren, tiroiditis, enfermedad Celíaca), asociada a infecciones virales (Ebstein Barr, HTVL-1) o Helicobacter pylori.

CLINICA

Presencia de adenopatías de crecimiento progresivo, indoloras, cervicales, axilares o inguinales.

Síntomas B: fiebre, sudoración, baja de peso. Menos frecuentes que en Linfoma de Hodgkin.

Síntomas GI: en linfoma primario digestivo, más frecuentemente gástrico.

Compromiso primario o secundario de otros órganos extranodales: piel, vía aérea alta, amígdalas, SNC, óseo, tiroides.

Síntomas neurológicos: por compresión medular (parestesias, paraparesia)

Descartar adenopatías reactivas buscando focos infecciosos: sepsis oral, otitis, dermatitis, pabellón auricular, foliculitis axilar, onicomiosis, piodermatitis, entre otros.

En nuestro medio, verificar vacunación BCG por la posibilidad de adenitis TBC.

Toda adenopatía que persiste luego de tratamiento con antiinflamatorios y antibióticos por más de 30 días debe ser estudiada.

EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO

Puede efectuar hemograma, el que puede estar normal o presentar alteración de una o más series. Solicitar Rx de tórax para buscar presencia de adenopatías en mediastino, retroperitoneo, hepatomegalia, esplenomegalia.

DERIVACION

Derivar a **nivel secundario** para atención con el especialista, con interconsulta a cirujano o hematólogo, consignando hallazgo clínico y acompañando resultados de exámenes.

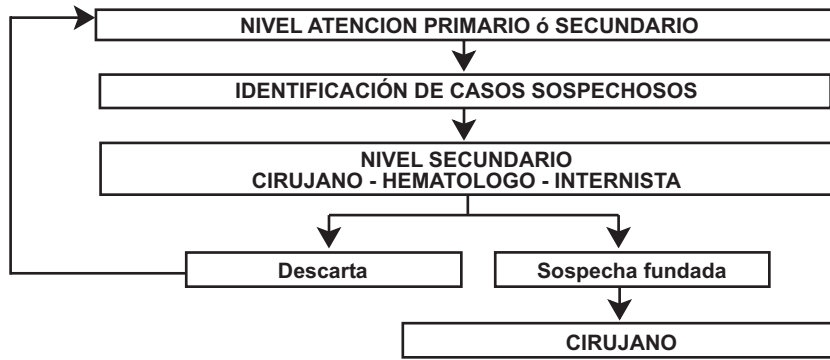
En este nivel de atención el cirujano realizará la biopsia.

La derivación debe cumplir con las indicaciones técnicas y administrativas vigentes²².

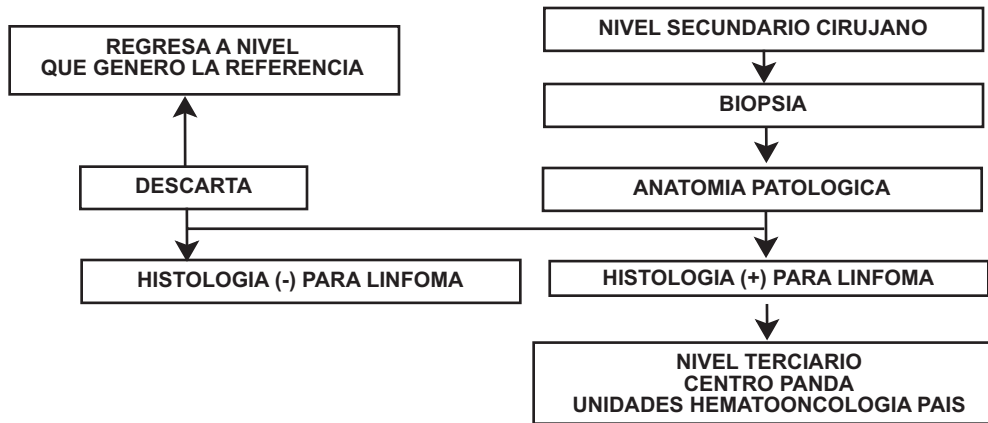
El diagnóstico definitivo se hace por informe Anatomía Patológica de la biopsia ganglionar u otro tejido comprometido. Sólo el hematólogo del Centro PANDA solicita el estudio de inmunohistoquímica.

²² "Protocolo AUGÉ de Diagnóstico y tratamiento en Cáncer de Mama" y "Manual SIS 2004"

ALGORITMO DE SOSPECHA



ALGORITMO DE ONFIRMACION DIAGNOSTICA



¿Si una persona mayor de 15 años presenta cáncer a los ganglios? (Linfoma)

1 Diagnóstico
Se garantiza que dentro de 65 días, a partir de la sospecha clínica de la enfermedad, la persona tendrá un diagnóstico definitivo de la presencia o no del cáncer. Se asegura el acceso a consulta por médicos especialistas y a los exámenes necesarios para determinar el grado de avance de la enfermedad.

2 Tratamiento
Dependiendo del tipo de linfoma el o la paciente podrán acceder a:

a) Quimioterapia
El o la paciente accederán a tratamiento con quimioterapia (fármacos) en no más de 10 días desde la confirmación diagnóstica del linfoma. Tendrán derecho a hospitalización y a educación de grupo en torno a la enfermedad.

b) Radioterapia
El o la paciente accederán a tratamiento con radioterapia en no más de 25 días desde la confirmación diagnóstica del linfoma.

3 Seguimiento y control
Terminado el tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia el o la paciente tendrán garantizado el acceso a control médico, exámenes de control, como radiografías y biopsias, además de educación de grupo sobre la enfermedad.

Dentro de 10 días

Dentro de 25 días

Dentro de 30 días



LEUCEMIA AGUDA

DEFINICION

Cáncer hematológico que afecta a precursores linfoides o mieloides. Se caracteriza por presencia de células inmaduras llamadas blastos que invaden sangre periférica y médula ósea con la consiguiente disminución de series eritrocítica y plaquetaria.

La Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) se refiere a neoplasias de la línea linfóide y la Leucemia Mieloblástica Aguda (LMA) a neoplasias de la línea mieloide.

EPIDEMIOLOGIA

Constituyen 10% de todas las neoplasias.

En adultos la leucemia mieloblástica constituye 80% de las leucemias agudas, mientras que la leucemia linfoblástica constituye sólo el 20%. En niños la relación es inversa.

Mortalidad elevada. Sobrevida de Leucemia linfoblástica 35%-40% a 2 años y en mieloblástica 20%, excepto la variedad promielocítica, que cura en 80%.

Edad: promedio 30 años en LLA y > 55 años en LMA.

La etiopatogenia se desconoce.

CLINICA

Las manifestaciones clínicas están dadas por:

1. Síntomas de insuficiencia medular:

- anemia: fatiga, cansancio, palidez, inicio en 2-3 semanas.
- neutropenia: riesgo de infecciones, fiebre, ulceraciones bucales o anales.
- trombocitopenia: síndrome purpúrico, hemorragias mucocutáneas.

2. Síntomas de infiltración tumoral:

- dolores óseos, articulares, sensibilidad esternal.

EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO

Cuadro clínico de anemia, fiebre y manifestaciones hemorrágicas

Puede solicitar hemograma: anemia, trombocitopenia y presencia de blastos. Rx tórax. En el nivel secundario de atención, el especialista solicita ecografía de abdomen para certificar adenopatías y visceromegalia, exámenes bioquímicos: uricemia, LDH, creatinina, calcemia.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con infecciones bacterianas o virales como mononucleosis infecciosa.

El diagnóstico definitivo lo hace el especialista, requiere estudio de médula ósea por parte de un hematólogo

El criterio de confirmación diagnóstica es el resultado del Mielograma con más de 20% de blastos.

La identificación del tipo de leucemia requiere de estudio de inmunofenotipo y estudio citogenético. La leucemia promielocítica, que constituye 10-15 % de las leucemias mieloides agudas, se caracteriza por un cuadro hemorrágico severo, tiene alta mortalidad si no se diagnostica y trata precozmente. Tiene una alta tasa de curación, por lo tanto constituye una emergencia médica.

DERIVACION

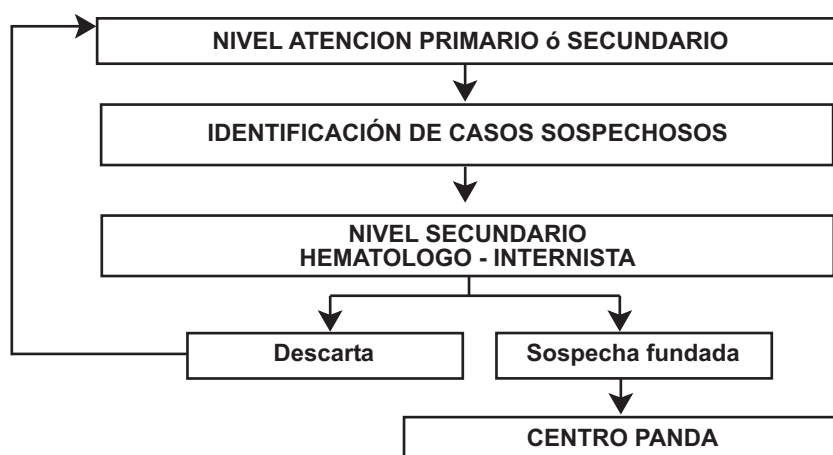
Ante la sospecha clínica de leucemia aguda y un hemograma alterado remitir en forma inmediata al nivel secundario de atención con interconsulta a Hematólogo – Internista, consignando hallazgo clínico y resultado de hemograma. Colocar rótulo de URGENCIA.

Si está sangrando, junto con datos anteriores, **derivar al Servicio de Urgencia**.

La derivación debe cumplir con las indicaciones técnicas y administrativas vigentes.

etapificación, tratamiento y seguimiento se efectúa sólo en los centros PANDA del país.

ALGORITMO DE SOSPECHA - DERIVACION DE LEUCEMIAS



MEDICOS DE SERVICIOS DE URGENCIA. RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO DE PACIENTES CON LEUCEMIA AGUDA (LA)

La neutropenia febril corresponde a una emergencia médica.

Para identificar si un adulto con Leucemia Aguda está con una neutropenia febril verifique el hemograma (RAN menor de 500) y controle la temperatura axilar, (mayor de 37,5° C),

Si se presentan estas dos situaciones adopte las siguientes medidas:

1. Hospitalice
2. Indique y aplique aislamiento protector.
3. Régimen cocido.
4. Evite procedimientos invasivos.
5. Solicite exámenes de laboratorio de ejecución urgente, imágenes y cultivos.
6. De no haber foco infeccioso evidente, iniciar tratamiento con antibióticos según protocolo de Neutropenia Febril PANDA, con :
 - Ceftriaxona 1 gramo Ev / día.
 - Amikacina 15 miligramos por Kg. de peso por día Ev.
7. Si el foco infeccioso es claro, agregue antibióticos según probables gérmenes involucrados.
8. Solicite urgente traslado a Servicio de Medicina o Unidad de Aislamiento, en este orden.

Considerar si corresponde:

1.- Corrección de trastornos de la coagulación

- Si TP y/o TTPR prolongado administrar plasma fresco congelado, 2 unidades cada 8 ó 12 horas.

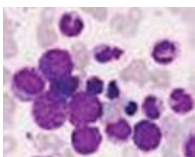
2.- Apoyo Transfusional:

- Mantener recuento plaquetario sobre 20.000
- Mantener Hb sobre 7,5 gramos, siempre que no haya hiperleucocitosis.

3.- Ante hiperleucocitosis, sobre 100.000 blastos.

- Hidratación con suero fisiológico o glucosalino 3.000 cc por m² de superficie corporal por día (24 horas).
- Agregar Bicarbonato de Sodio 2/3 mg, 60 cc por cada 500 cc de solución de hidratación, hasta lograr Ph urinario sobre 7,0.
- Allopurinol 100 mg cada 8 horas.

DERIVAR A SERVICIO DE MEDICINA



LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA

DEFINICION

Desorden mieloproliferativo caracterizado por aumento de células mieloides, eritroides y plaquetas en sangre periférica y marcada hiperplasia mieloide en médula ósea.

La historia natural de la enfermedad es la progresión desde una fase crónica a una fase acelerada y luego a crisis blástica. La fase acelerada se caracteriza por el requerimiento de mayores dosis de medicamentos para controlar la leucocitosis y anemia progresiva.

EPIDEMIOLOGIA

Incidencia 1/ 100.000 habitantes. Representa el 15-20 % de las leucemias del adulto. Edad media de ocurrencia es entre 30 y 50 años.

CLINICA

Los signos clásicos de presentación son fatiga, malestar general y sensación de peso en hipocondrio izquierdo por la presencia de esplenomegalia. Cerca de 20% son asintomáticos al momento del diagnóstico y es un hallazgo de un examen de rutina.

El hallazgo más frecuente al examen clínico es la esplenomegalia que está presente en el 50% de los pacientes. Puede haber crisis de gota por hiperuricemia o dolor epigástrico por hiperclorhidria o incluso hemorragia digestiva.

Exámenes de apoyo Diagnóstico: En el hemograma existe leucocitosis $> 25.000 \times \text{mm}^3$, con desviación izquierda patológica, con presencia de formas inmaduras hasta promielocitos, eosinofilia, basofilia, y generalmente $< 5\%$ de blastos. Frecuente trombocitosis.

DERIVACION

Ante la presencia de una leucocitosis inexplicada y esplenomegalia se debe referir al especialista del nivel secundario de atención. Sólo en este nivel se solicita la ecografía abdominal la que certifica la presencia de esplenomegalia.

La derivación debe cumplir con las indicaciones técnicas y administrativas vigentes.

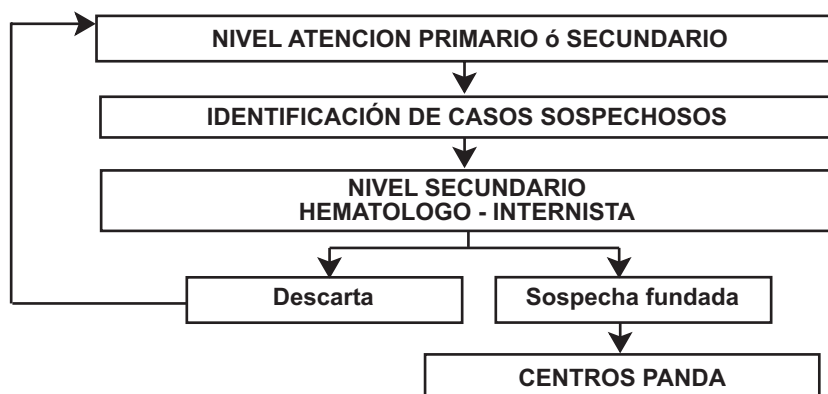
En el centro PANDA el hematólogo realiza el mielograma.

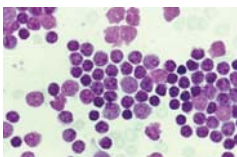
El resultado del mielograma confirma o descarta el diagnóstico.

Se requiere de estudio citogenético de médula ósea para confirmar el diagnóstico. En el 95 % de los casos se detecta el cromosoma Filadelfia, correspondiente a la translocación $t(9;22)$.

La etapificación, tratamiento y seguimiento se efectúa sólo en los centros PANDA del país.

ALGORITMO DE SOSPECHA Y DERIVACION LEUCEMIAS





LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA

DEFINICION

Trastorno linfoproliferativo caracterizado por linfocitosis madura en sangre periférica. En el 95% corresponde a linfocitos de extirpe B, CD5+.

EPIDEMIOLOGIA

Es la leucemia más común en USA y Europa, 30%. En Chile es la cuarta en frecuencia entre el grupo amplio de las leucemias del adulto.

Edad promedio 60 años, aumenta con la edad.

Más frecuente en varones.

CLINICA

Puede ser asintomática.

Puede ser un hallazgo en un examen de rutina o descubrirse en el curso de una neumonía. El resto debuta como síndrome anémico, adenopatías, visceromegalia o infecciones respiratorias.

EXAMENES DE APOYO DIAGNOSTICO

El diagnóstico presuntivo se plantea en un paciente con un hemograma con linfocitosis (recuento absoluto de linfocitos $> 5.000 \times \text{mm}^3$) y presencia de restos nucleares.

DERIVACION

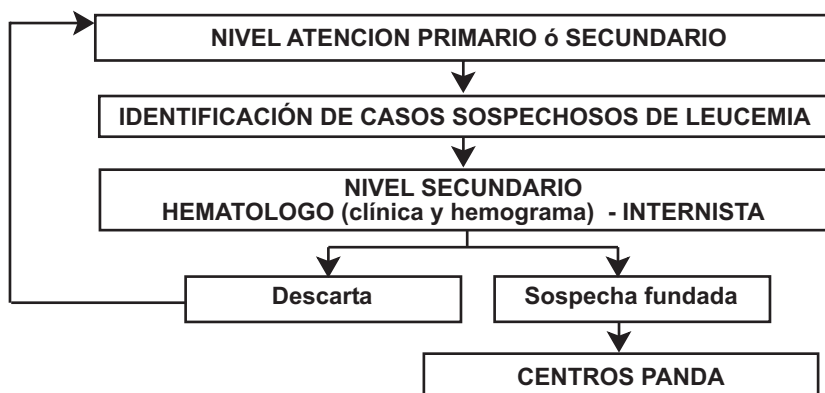
Ante la sospecha de leucemia linfática crónica, derivar a médico internista o hematólogo del establecimiento a nivel secundario, con interconsulta consignando hallazgo clínico y hemograma.

La derivación debe cumplir con las indicaciones técnicas y administrativas vigentes.

El Hematólogo solicita ecografía abdominal para certificar adenopatías y organomegalia. Este especialista solicita el estudio de inmunofenotipo en sangre periférica.

La etapificación, tratamiento y seguimiento se efectúa sólo en los centros PANDA del país.

ALGORITMO DE SOSPECHA - DERIVACION DE LEUCEMIAS





MIELOMA MULTIPLE

DEFINICION

Neoplasia caracterizada por la proliferación anormal de células plasmáticas. Se presenta por lo general en edad media o adulto mayor y la principal sintomatología es el dolor óseo que no cede con el reposo ni las medidas habituales. Se acompaña de anemia, VHS elevada y es frecuente la presencia de daño renal, fracturas patológicas e hipercalcemia.

EPIDEMIOLOGIA

Corresponde al 1% de todas las neoplasias. Se presenta sobre los 40 años y es de predominio masculino. No existen factores de riesgo claramente identificados.

CLINICA

Al examen físico generalmente hay palidez y dolor óseo, con frecuencia a nivel lumbar o esqueleto axial. Presencia de síndrome urémico en caso de compromiso renal. Manifestaciones neurológicas secundarias a hipercalcemia o amiloidosis asociada.

En los exámenes de laboratorio frecuentemente hay anemia con presencia de rouleaux y VHS > 100. En el perfil bioquímico puede encontrarse hiperproteinemia, hipoalbuminemia, hipercalcemia o alteraciones de la función renal. En el estudio radiológico generalmente hay osteopenia difusa, lesiones líticas (como en sacavocado) o fracturas patológicas.

DERIVACION

Ante la sospecha clínica o síndrome anémico refractario a hierro con velocidad de sedimentación elevada, con o sin dolor óseo derivar a hematólogo o internista del nivel secundario de atención con interconsulta especificando hallazgo clínico y hemograma.

La derivación debe cumplir con las indicaciones técnicas y administrativas vigentes.

El Hematólogo, realiza la **etapificación, tratamiento y seguimiento; esto ocurre sólo en los centros PANDA del país.**

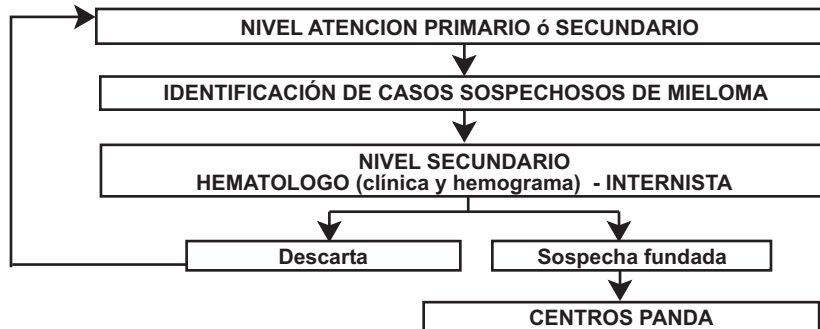
En este nivel de atención se solicita perfil bioquímico, electroforesis de proteínas y radiografías óseas.

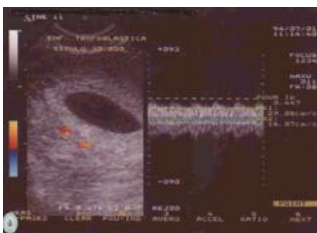
TRATAMIENTO

- Medidas de soporte:**
- 1.- Manejo de dolor evitando AINE si hay compromiso renal.
 - 2.- Corrección hipercalcemia: hidratación profusa, uso de diuréticos de asa, corticoides, bifosfonatos.
 - 3.- Manejo de insuficiencia renal. Hidratación profusa, corrección hipercalcemia, uso diuréticos.
 - 4.- En caso de riesgo de aplastamiento vertebral derivar a centro terciario para radioterapia y/o fijación neuroquirúrgica.

La etapificación, tratamiento y seguimiento se efectúa sólo en los centros PANDA del país.

ALGORITMO DE SOSPECHA - DERIVACION MIELOMA





ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL

DEFINICION

Se denomina Enfermedad Trofoblástica Gestacional aquel tumor que se origina en tejidos trofoblásticos que se desarrollan a partir del embarazo. Se origina con mayor frecuencia a partir de embarazos molares, aunque también puede presentarse en embarazos de término, ectópicos o en abortos espontáneos. Desde el punto de vista anatomopatológico, la morfología comprende la mola hidatidiforme completa, parcial, mola invasora y coriocarcinoma, siendo su distinción efectuada por estudio histológico, microscópico, macroscópico y cariotipo.

EPIDEMIOLOGIA

La incidencia de Enfermedad Trofoblástica Gestacional varía sustancialmente en las diferentes regiones del mundo. La frecuencia en países asiáticos es 3 a 10 veces a la reportada en USA o Europa. La incidencia de embarazo molar varía entre 1:85 y 1:1700. La Mola Hidatiforme tiene una distribución bimodal, con un riesgo de 1,5 y 5,2 para las mujeres de < 20 años y > 40 años. Las edades extremas de las pacientes afectadas podrían reflejar una mayor incidencia de gametogénesis defectuosa en ambos polos del espectro de la capacidad reproductiva. El riesgo relacionado con la edad es detectable para mola completa, pero no para parcial. Las mujeres con abortos espontáneos previos parecen tener un riesgo 2 a 3 veces superior al habitual. Se presenta en mujeres adultas jóvenes, en edad fértil, siendo de mayor riesgo en menores de 25 años y mayores de 40 años. El aspecto más importante de esta neoplasia radica en que su detección y tratamiento adecuado se acompaña de tasas de curación mayores a 95 %.

CLINICA

Las manifestaciones clínicas son: metrorragia, anemia, aumento de tamaño uterino, hiperemesis en el segundo trimestre del embarazo. Puede existir el antecedente de aborto a repetición o mola previa. Signos de presencia de metástasis: disnea, taquipnea, insuficiencia respiratoria aguda.

DIAGNOSTICO

Sospecha frente a crecimiento uterino discordante con edad gestacional.

Derivar a especialista. El médico ginecoobstetra es el especialista de elección.

En este nivel el gineco-obstetra solicitará:

- La sub unidad beta de gonadotropina coriónica.
- Ecografía transvaginal que demostrará la ausencia de embrión o vellosidades coriónicas.
- Etapificar con Rx tórax, ecografía de abdomen, grupo sanguíneo de la pareja.

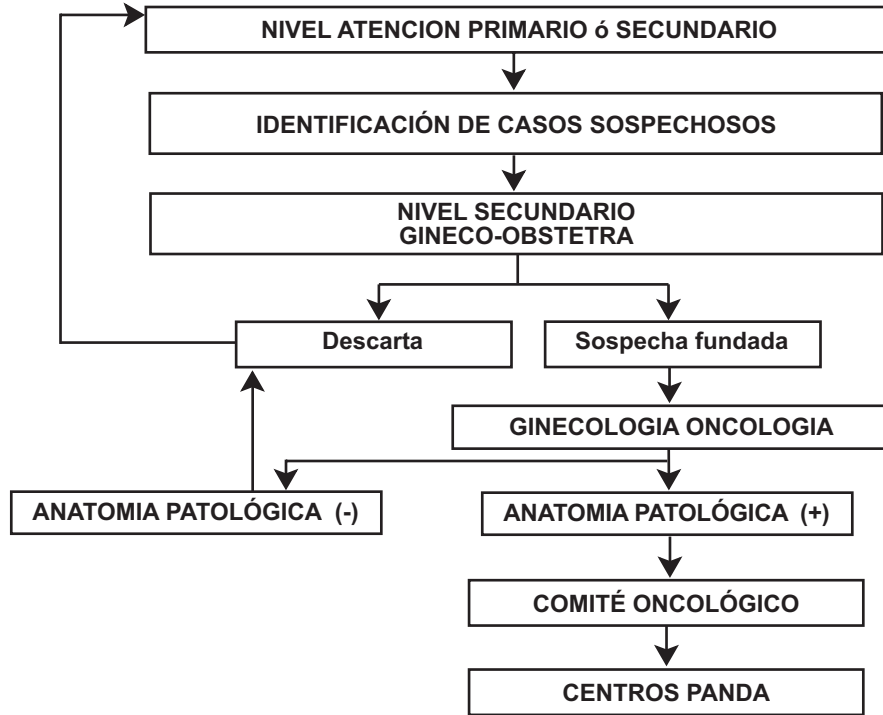
DERIVACION

Ante la sospecha clínica, derivar en interconsulta a Ginecología -obstetricia del establecimiento de nivel secundario de atención.

La derivación debe cumplir con las indicaciones técnicas y administrativas vigentes.

La etapificación se efectúa luego de la cirugía y la confirmación de anatomía patológica. Luego es derivado a la Unidad de Oncología de los centros PANDA del país donde luego de su etapificación completa se inicia el tratamiento y seguimiento.

ALGORITMO DE SOSPECHA Y DERIVACION



ROL DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA MEDICO GENERAL

La mayoría de las personas adultas con cáncer acuden al Consultorio más cercano, al médico general de su confianza o bien al Servicio de Urgencia. Casi siempre el primer contacto es el personal del SOME.

Si la puerta no se abre, es siempre difícil entrar. Este documento es una invitación a acoger al otro, a orientarlo, guiarlo, e informarle cómo hacer más efectiva su consulta, cómo resolver sus dudas, como recibir la atención que precisa y a la que tiene derecho y, por cierto, para hacer más grato el trabajo cotidiano. En este documento, también se han analizado los principales síntomas y signos, así como las localizaciones frecuentes y se ha dado revisión sencilla a los principales tumores malignos.

Mantenga este manual en la consulta, en el lugar donde habitualmente examina a los adultos así podrá ayudarse en forma rápida respecto de la anamnesis y el examen físico que le ayudarán a sospechar un cáncer del adulto.

¿Qué hacer si los síntomas y/o signos que presenta la persona le hacen sospechar un cáncer?

La única respuesta es derivar, referir sin demora al nivel secundario.

Llene con calma la interconsulta, identifique a la persona (hombre o mujer), describa completamente el hallazgo clínico, ponga claramente su nombre y teléfono.

Si atiende en un Consultorio o un Hospital tipo 4, en una zona apartada, derive al Hospital Regional más próximo. Allí los especialistas “filtrarán” aquellos casos que no reúnan las características de cáncer, realizando algunos exámenes básicos que no signifiquen mayor demora (hemograma, radiografía de tórax, ecografía abdominal, por ejemplo). Si usted atiende en un SAPU, Servicio de Urgencia, ante la sospecha de un cáncer del adulto, puede solicitar algunos exámenes básicos que no signifiquen mayor demora (hemograma, radiografía de tórax), evite realizar procedimientos invasivos.

Derive ***al nivel secundario correspondiente según la red asistencial vigente***, llene con calma la interconsulta, identifique al adulto, describa completamente el hallazgo clínico, ponga claramente su nombre y teléfono.

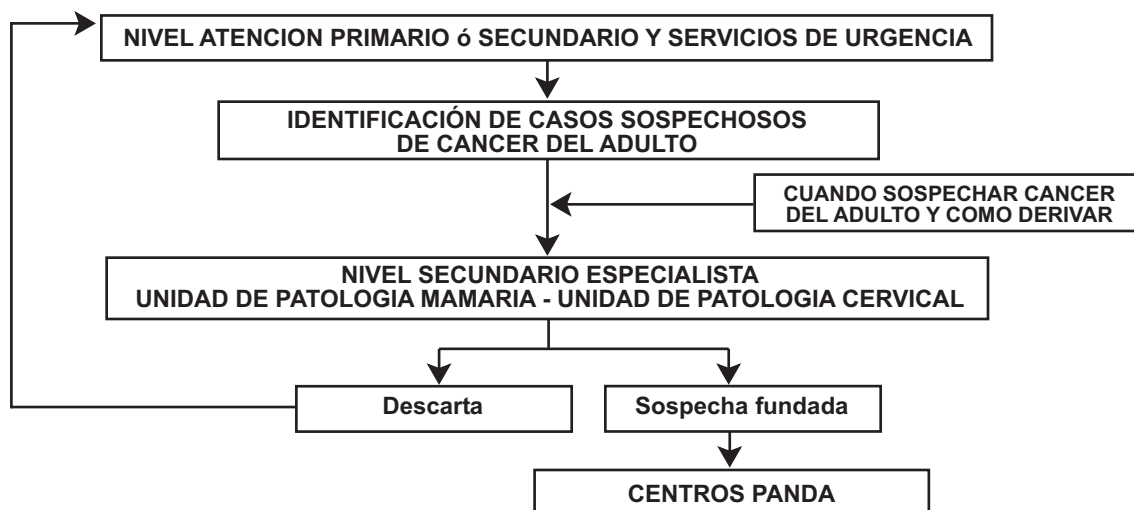
Cada Servicio de Salud deberá mantener constantemente actualizada la red asistencial intraservicio y se preocupará de mantener informados a todos los establecimientos que la integran. Esta información es dinámica y puede cambiar con el tiempo.

La derivación se hará en la hoja de interconsulta vigente; sólo debe ser llenada en todos sus datos por el médico del consultorio, del hospital o del servicio de urgencia.

La persona debe ser ***atendida*** por el especialista (según sea el problema de salud), del nivel de atención secundaria. ***Si deseamos ser efectivos***, el tiempo máximo de espera no debe exceder a 15 días cuando se sospecha cáncer de testículo, o bien, plazo máximo de 15 días para la atención por el cirujano, hematólogo o internista ante la sospecha de linfoma.

La derivación a la Unidad de Patología Mamaria (sospecha de cáncer de mama) y a la Unidad de Patología Cervical (los PAP +) debe efectuarse antes de 30 días desde su derivación.

El médico, la enfermera, el técnico paramédico, deben comprobar que el personal del SOME ha comprendido que se trata de una sospecha de cáncer. Así, el equipo del SOME deberá informar a la persona y a su acompañante respecto de la fecha de atención en el nivel secundario de atención.

OBSERVE EL ALGORITMO SIGUIENTE

En el Nivel secundario, el especialista cumple la función de descartar la sospecha de cáncer o, por el contrario, fundamentarla.

EL EQUIPO DE SALUD DEL CONSULTORIO DE ATENCION PRIMARIA

El médico y la enfermera son los profesionales que con mayor frecuencia controlarán al adulto (hombre y mujeres); también lo hacen otros profesionales como la Matrona, la Nutricionista, la Asistente Social, el Psicólogo, los Técnicos Paramédicos, **todos**, durante el proceso de control de los adultos, quienes deberán extremar la entrevista, la observación y el examen físico. Siempre **lo más importante es escuchar a las personas**.

En este control deben registrar los hallazgos clínicos de sospecha o presunción, las alteraciones, signos y síntomas que llamen la atención entre los controles. Ante la sospecha, es conveniente preguntar antecedentes de su ocurrencia y temporalidad en la persona y en la familia, registrar, realizar un detenido examen físico, describir el hallazgo en la ficha clínica y derivar prontamente al médico del consultorio. Si el médico del consultorio confirma la sospecha, derivará a la persona consultante con interconsulta al médico especialista del nivel secundario de atención.

Es importante no alarmar, pero sí explicar las causas de esta derivación.

Este Manual debe estar al alcance de las enfermeras y profesionales de atención primaria, de los estudiantes en práctica y del personal técnico de enfermería y en el box de control para su rápida consulta.

La educación efectiva, gradual y cálida a los adultos y a la familia es el tratamiento coadyuvante indispensable; hasta hoy no ha evidenciado efectos adversos.

La enfermera debe fortalecer su capacidad de educadora, principalmente con la comunidad, a los grupos de adultos, jóvenes y mayores, adolescentes, mujeres y familias, para desarrollar y afianzar en todos y cada uno, la capacidad cuidadora de sí mismos, del grupo y de su entorno.

Debe capacitar continuamente al personal del equipo de enfermería, muy en especial a los técnicos paramédicos de enfermería, en los aspectos fundamentales de la observación, sospecha y derivación del cáncer del adulto contenidos en este manual.

Todos los componentes del equipo de salud son indispensables, cada uno desde su propio quehacer debe tener presente este Manual y contribuir a su correcta aplicación y difusión.

El SOME ejerce una función vital, coordina las solicitudes de atención e interconsulta con el nivel secundario; es el puente, el nexo entre la sospecha y el especialista. Su actuación puede favorecer o entorpecer el diagnóstico temprano y marcará la diferencia entre la posibilidad de recuperación y la de paliación.

Dar cuenta de este trabajo no es sencillo, pero este Manual puede ayudarle a tomar decisiones más rápidas y acertadas.

***Nuestra meta es que todo adulto asuma su autocuidado y el de su familia.
Que todos, en conjunto cuidemos nuestro entorno, nuestro hogar,
barrio y comunidad***

***Con el compromiso del equipo de atención primaria, de los servicios
de urgencia, del nivel secundario y del SOME:***

***En la prevención y sospecha de los tumores malignos, con la correcta
derivación se llegará a tiempo y aumentará el diagnóstico precoz,***

***logrando así contribuir a la disminución de la mortalidad
por cáncer en los adultos.***

RED DE CENTROS DE REFERENCIA PROGRAMA NACIONAL DROGAS ANTINEOPLASICAS DEL ADULTO PANDA



REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Los equipos de salud de todos los niveles de atención, deben conocer la red asistencial intraservicio de Salud.

1. ORDEN DE LAS SIGLAS:
LEUCEMIAS, LINFOMAS, TUMORES SOLIDOS
2. SIGNIFICADO DE SIGLAS:
T = total; P = parcial; No = no acreditado