

PROCESO DE CÁNCER DE MAMA

ATENCIÓN PRIMARIA

Distrito Levante Alto Almanzora

Sº Ginecología y Obstetricia

Hospital La Inmaculada

Huércal-Overa

The background is an abstract, textured surface with shades of blue and purple. A horizontal line, composed of several thin, parallel lines, is positioned in the upper left quadrant. The text is centered and rendered in a bold, yellow, sans-serif font with a black outline.

PROCESO

CÁNCER DE MAMA

DEFINICIÓN FUNCIONAL:

- Conjunto de actividades destinadas a la confirmación diagnóstica, tratamiento integral (quirúrgico, médico y apoyo psicológico) de pacientes con cáncer de mama, que presentan signos/síntomas clínicos y/o hallazgos sospechosos en prueba diagnóstica con técnica de imagen, procedentes de cualquier nivel asistencial o del PDPCM.

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA

- Prueba de Cribado o Screening: pacientes asintomáticas. Mamografía bienal (doble proyección y doble lectura).
- Junta de Andalucía en colaboración con la A.E.C.C. . Unidad Móvil u H.L.I. Captación por correo.
- Población incluida: Mujeres residentes en la Comunidad de Andalucía, entre 50 y 65 años (ambas inclusive).

ATENCIÓN PRIMARIA EN PDPCM

- Información a población diana del proceso y animar a participar.
- Tranquilizar a población no diana.
- Captación de población no incluida en base de datos o que rechazan cribado.
- Cursos de patología mamaria y exploración.
- Detección de cánceres de intervalo.
- Intercomunicación fluida con A.E.

ATENCIÓN PRIMARIA

- Historia clínica y exploración orientados a la identificación de signos de alarma.
- Solicitud de estudios de imagen (Mx y/o Eco-mama) en documento específico.
- Identificación de pacientes de medio y alto riesgo (según antecedentes familiares), y seguimiento de las mismas.
- Derivación de las de alto riesgo a la Unidad de Consejo Genético.

PACIENTES PATOLÓGICAS

- Síntomas y/o signos de sospecha.
- Hallazgos de sospecha en prueba diagnóstica con técnica de imagen.

ATENCIÓN PRIMARIA

- Historia clínica y exploración orientados a la identificación de signos de alarma.
- Solicitud de estudios de imagen (Mx y/o Eco-mama) en documento específico.
- Identificación de pacientes de medio y alto riesgo (según antecedentes familiares), y seguimiento de las mismas.
- Derivación de las de alto riesgo a la Unidad de Consejo Genético.

SINTOMAS/SIGNOS DE SOSPECHA

- NÓDULO palpable.
- Secreción patológica (TELORREA unilateral, unipórica y espontánea).
- Cambios del complejo AREOLA-PEZÓN (inversión, retracción, ulceración, engrosamiento, edema, inflamación).
- MASTALGIA no cíclica.

EXPLORACIÓN MAMA

- Inspección de mamas, detectando asimetrías y retracciones.
- Exploración mamaria: mano plana presionando y rodeando toda la mama.
- Presionar la areola (no el pezón).
- Palpación axilar, introduciendo los dedos 2º y 3º a la vez que acercamos el brazo ipsilateral.
- Descartar costochondritis (sdr. Tietze).

ATENCIÓN PRIMARIA

- Historia clínica y exploración orientados a la identificación de signos de alarma.
- Solicitud de estudios de imagen (Mx y/o Eco-mama) en documento específico.
- Identificación de pacientes de medio y alto riesgo (según antecedentes familiares), y seguimiento de las mismas.
- Derivación de las de alto riesgo a la Unidad de Consejo Genético.

HALLAZGOS DE SOSPECHA EN TÉCNICA DE IMAGEN

- Lesiones encuadrables en categorías 3, 4 y 5 (según sistema BI-RADS del Colegio Americano de Radiología):

Cat. 1: Normal

Cat. 2: Benigna

Cat. 3: PROBABLEMENTE BENIGNA

Cat. 4: SOSPECHA INTERMEDIA (posible malig.)

Cat. 5: SOSPECHA ALTA (probable maligno y maligno)

TIEMPOS DE DEMORA

- Estudio diagnóstico inicial ante sospecha de cáncer de mama: ≤ 10 días.
- Información resultado pruebas: ≤ 15 d.
- Recepción por S^o Cirugía/Ginecología: ≤ 15 d.
- Si riesgo elevado o A.P. realizada: ≤ 7 d.

ATENCIÓN PRIMARIA

- Historia clínica y exploración orientados a la identificación de signos de alarma.
- Solicitud de estudios de imagen (Mx y/o Eco-mama) en documento específico.
- Identificación de pacientes de medio y alto riesgo (según antecedentes familiares) e hiperplasia, y seguimiento de las mismas.
- Derivación de las de alto riesgo a la Unidad de Consejo Genético.

MUJERES CON ANTECEDENTES FAMILIARES DE CANCER DE MAMA

- Anamnesis y clasificación en:
- BAJO RIESGO
- MEDIO RIESGO
- ALTO RIESGO

MUJERES DE RIESGO MEDIO

- Familias con 3 miembros afectados (uno en 1º).
- Dos miembros afectados (2º): uno de ellos con ca mama < 60 años o ca ovario cualquier edad.
- Un varón afecto.
- Una afectada de 1º < 40 años.
- Una afectada bilateral de 1º < 60 años.
- Un afectada < 40 años (2º vía paterna).
- Una afectada de ca mama y ovario (2º).

MUJERES DE RIESGO ALTO

- Dos miembros afectados en 1º si:
 - Al menos uno, ca mama bilateral.
 - Al menos uno, < 30 años.
 - Al menos uno, varón.
 - Al menos uno, ca ovario.
 - Dos ó más ca ovario.
- Tres afectados de ca mama (dos en 1º).

MUJERES DE RIESGO MEDIO Y ALTO, e HIPERPLASIA EPITELIAL

- Iniciar cribado mamográfico con 35 años ó 5 años antes de la edad de diagnóstico del cáncer familiar más joven.
- Hasta 40 años: exploración anual y Mx bienal.
- Entre 40 y 50 a: exploración y Mx anual.
- Entre 50 y 65 a: exploración anual y seguimiento en PDPCM (Mx bienal).

EJEMPLOS DE RIESGO BAJO

- Madre y tía materna con ca mama , ambas diagnosticadas > 60 a.
- Padre ca colon, abuela materna ca mama > 60 años, tío paterno ca hepático, prima melanoma, tía materna ca mama > 60 a.
- Hermana ca mama < 40 a, tía-abuela-mat ca ovario, abuela y 3 tías-abuela-mat ca mama > 60 a, prima melanoma < 40 años: Riesgo medio. (BRCA 1 y 2 negativos).

ATENCIÓN PRIMARIA

- Historia clínica y exploración orientados a la identificación de signos de alarma.
- Solicitud de estudios de imagen (Mx y/o Eco-mama) en documento específico.
- Identificación de pacientes de medio y alto riesgo (según antecedentes familiares), y seguimiento de las mismas.
- Derivación de las de ALTO riesgo a la Unidad de Consejo Genético.

UNIDAD DE CONSEJO GENÉTICO

- Sólo el 5-10% de ca mama son hereditarios.
- Valoración de inclusión para determinación de BRCA1 y BRCA2 (alto riesgo).
- BRCA implicado en el 90% de los cánceres de mama/ovario hereditarios.
- BRCA positivo: autosómica dominante.
- Importante tener un familiar afecto vivo (para determinar la parte mutada del gen).

UNIDAD DE CONSEJO GENÉTICO

- Alto o medio riesgo de ca mama (40-70%) u ovario (20-50%), según edad de la paciente. Riesgo ligeramente incrementado de otros cánceres (colon, próstata, endometrio, melanoma...).
- Problemas éticos del profesional, la paciente, y su familia ante resultado positivo. ¿Controles, Profilaxis médica, Cirugía?

MANEJO MULTIDISCIPLINAR

- Médicos de Atención Primaria
- Radiólogos
- Cirujanos / Ginecólogos
- Anatomo-Patólogos
- Cirujanos Plásticos
- Rehabilitadores y Fisioterapeutas
- Oncólogos Clínicos y Radioterapeutas
- Profesionales de Apoyo Psicológico