

no es lo mismo
cáncer de mama
que el cáncer de
MAMÁ



PREGUNTAS GENERALES SOBRE LA ENFERMEDAD

P ¿Qué es el cáncer de mama?

R Es una enfermedad maligna que aparece y se desarrolla en la glándula mamaria y que, al progresar, puede extenderse fuera de ésta.

P ¿Por qué se produce el cáncer de mama?

R Se produce por una sucesión de cambios genéticos o “mutaciones” en el ADN de las células mamarias, que afectan los genes encargados de la reproducción celular y su control.

Normalmente las células tienen un ciclo, en el que nacen, crecen, se reproducen y mueren. Al afectarse el control de la reproducción celular, las células “mutadas” se vuelven “inmortales”, de modo que se reproducen indefinidamente, produciéndose infinitas nuevas células con sus mismas características. La agrupación de células hijas (clones) de la célula alterada, es el tumor.

Además de “inmortales” estas células alteradas pierden la adherencia entre sí, por lo que pueden infiltrar (invadir) los tejidos vecinos, o “meterse” dentro de los vasos sanguíneos o linfáticos y llegar a otros territorios, distantes del tumor originario. Al llegar ahí, se siguen reproduciendo y forman otros tumores conocidos como metástasis.

Se desconoce por qué algunas células mutan y otras no, pero se sabe que hay factores propios de la paciente (factor genético) y factores ambientales.

P ¿Es probable que otras células de mi cuerpo se alteren?

R Sí, es probable, porque siempre existe la posibilidad que nazcan células alteradas en nuestro organismo, no sólo en las mamas sino que en

cualquier otro órgano del cuerpo, pero también nuestro organismo dispone de un sistema de vigilancia que se encarga de captar e impedir que estas células continúen reproduciéndose, este mecanismo se denomina apoptosis.

Lamentablemente, el cáncer de mama se produjo porque o el sistema de defensa no estaba funcionando muy bien, o porque la célula maligna simplemente fue más rápida y no le dio tiempo a su organismo para actuar y defenderse, por eso usted se enfermó.

P ¿Por qué me enfermé yo si nadie en mi familia había tenido cáncer de mama?

R Nadie está libre de tener esta enfermedad, aunque se sabe que tener un familiar directo (mamá, hermana o hija) con cáncer de mama es un factor de riesgo, también se sabe que la mayoría de las pacientes (aproximadamente el 70%, de 10 personas 7) no tienen ningún antecedente familiar y ningún otro antecedente de riesgo.

P ¿Qué otros antecedentes de riesgo para cáncer de mama existen?

R Existen varios más, ser mujer, es un factor de riesgo, porque por cada 100 personas con cáncer de mama, sólo 1 es hombre, el resto son todas mujeres.

Ser mayor de 40 años, porque la mayor cantidad de mujeres que se enferman están cerca de la menopausia.

Sin duda que el factor sobrepeso y obesidad es cada día más importante, porque está demostrado que el cáncer de mama es más frecuente en las pacientes obesas. Sí sabemos que la grasa acumulada en el cuerpo, al metabolizarse produce hormonas, podemos deducir que las mujeres

“gorditas” están continuamente sobreestimulando a las células de las glándulas mamarias para que se reproduzcan, aumentando la posibilidad que nazca una célula alterada.

P ¿Actualmente, existe más cáncer de mama que hace 20 o 30 años atrás?

R Efectivamente existe mayor cantidad de enfermas de cáncer de mama en Chile que hace 20 o 30 años atrás, pero también existe mejores métodos diagnósticos y mayor difusión e información sobre esta enfermedad.

P ¿Qué debí haber hecho para prevenir el cáncer de mama?

R Aunque existen algunas estrategias demostradas para disminuir el riesgo de desarrollar un cáncer de mama, tales como:

Evitar la obesidad, estimular el ejercicio y la vida sana, favorecer la maternidad y la lactancia materna, evitar la terapia hormonal de reemplazo (hormonas para la menopausia) salvo casos muy justificados.

Todas ellas no son suficientes para evitar totalmente que aparezca la enfermedad.

Lo que sí podemos hacer, es detectar lesiones cancerosas o precancerosas en forma precoz, para luego tratarlas oportunamente.

Esto se puede conseguir con un control médico anual, una mamografía a los 35 años y luego anual a partir de los 40 años y, conocer sus mamas, examinarlas frecuentemente con la técnica correcta del autoexamen, de tal manera que, ante cualquier cambio, no sólo en la palpación, sino también en la apariencia, consultar al mastólogo – médico especialista en patología mamaria- para saber si es normal o no esa alteración.

P ¿Qué deberían hacer mis hijas?

R Además de lo anterior, en caso de contar con antecedentes familiares de primer grado, el médico adelantará los controles mamarios, calculando a lo menos 10 años antes de la edad en que usted fue diagnosticada; siempre y cuando sea menor a 45 años, porque de lo contrario le correspondería hacer la primera mamografía a los 35 años, como toda mujer.

P ¿Es posible calcular el riesgo de desarrollar cáncer de mama que tiene cada persona?

R Si es posible calcular el riesgo individual de desarrollar esta enfermedad, existe un método científicamente probado con que un médico especialista calificado puede calcularlo.

En caso de tratarse de una paciente con un riesgo individual muy alto o, con demostración del oncogen BRCA 1-2, puede ser necesario discutir con su médico estrategias de reducción de riesgo más agresivas, tales como mastectomía total bilateral profiláctica (extirpación completa de ambas mamas), salpingo-ooforectomía bilateral (extirpación de ambos ovarios con o sin extirpación de las trompas de falopio), raloxifeno (medicamento que antagoniza el efecto de los estrógenos en la glándula mamaria), tamoxifeno (medicamento ampliamente usado en el tratamiento del cáncer de mama y que antagoniza el efecto de los estrógenos en la glándula mamaria).

P ¿Qué significan las etapas del cáncer de mama?

R El cáncer de mama al igual que la mayoría de las enfermedades tiene un curso natural que va desde que recién comienza, hasta que ya está

muy avanzada la enfermedad. Por ello, el médico clasifica su enfermedad en etapas o estadio de acuerdo al tamaño del tumor, al compromiso de los ganglios linfáticos y a la presencia o no de metástasis a distancia.

P ¿Cuáles son las etapas del cáncer de mama?

R Las etapas o estadios del cáncer de mama son 0, I, II, III y IV siendo las etapas 0, I y II las etapas consideradas como etapas tempranas.

Etapa 0: Es el cáncer de mama más precoz, puede ser cáncer lobulillar o ductal in situ, en donde el tumor permanece dentro del lobulillo y/o dentro del conducto pero no ha invadido los tejidos vecinos.

Etapa I: El tumor mide menos de 2 cm. Y no se ha diseminado fuera de la mama.

Etapa II: En esta etapa el tumor mide entre 2 y 5 centímetros y podría o no tener ganglios comprometidos, se clasifican en:

Etapa IIA: El tumor mide 2 centímetros o menos pero ya ha comprometido los ganglios de la axila o bien el tumor mide entre 2 y 5 centímetros y no tiene ganglios comprometidos.

Etapa II B: El tumor mide entre 2 y 5 centímetros y ya ha comprometido los ganglios de la axila o bien mide más de 5 centímetros pero se encuentra sólo en la mama.

Etapa III: En esta etapa el tumor mide más de 5 centímetros y ha comprometido los ganglios axilares, se clasifican en:

Etapa III A: El tumor mide más de 5 cm y ha comprometido los ganglios linfáticos que pueden o no estar adheridos entre sí o a otras estructuras.

Etapa III B: El tumor ha comprometido los tejidos cercanos de la mama como por ejemplo a la piel o pared torácica.

Etapa III C: El tumor ha comprometido los tejidos cercanos de la mama como por ejemplo a la piel o pared torácica y/o además a otros ganglios linfáticos cercanos a la mama como por ejemplo a los que están sobre o debajo de la clavícula y a los del cuello.

Etapa IV: El tumor de la mama se ha extendido a otros órganos del cuerpo, con más frecuencia a los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro.

P Ahora que me detectaron este tumor ¿Qué va a pasar conmigo?

R Pues ahora el médico deberá estudiar su lesión maligna para saber qué tipo de células es, cuán rápido crece, qué tamaño real tiene, etc. Para ello le ofrecerá un estudio previo que podría incluir una biopsia trucut, una biopsia core, una biopsia estereotáxica, una biopsia radioquirúrgica o simplemente la extirpación del tumor y eventualmente de uno o varios linfonodos o ganglios linfáticos.



**PREGUNTAS
SOBRE EXÁMENES
Y PROCEDIMIENTOS
DIAGNÓSTICOS.**

P ¿Qué es la mamografía?

R La mamografía es el examen radiológico específico para examinar las mamas, que utiliza rayos X de baja dosis con el objetivo de detectar cambios o alteraciones en la glándula mamaria.

P ¿Para qué sirve la mamografía?

R La mamografía permite observar la estructura de la mama, por esta razón es utilizado en las mujeres aparentemente sanas o asintomáticas (sin síntomas), como herramienta de exploración para detectar de manera temprana el cáncer de mama(s).

Además este examen, permite detectar o confirmar lesiones mamarias, en mujeres que presentan síntomas tales como nódulos o “porotos”, retracción del pezón, secreción por el pezón, dolor, etc.

P ¿Por qué es tan útil la mamografía?

R La mamografía es tan útil, porque aún no se ha encontrado la forma de prevenir el cáncer de mama, pero sí está demostrado por estudios científicos, que la mamografía disminuye la mortalidad por esta enfermedad, gracias a que posibilita el diagnóstico de una lesión maligna cuando es lo suficientemente pequeña, como para permitir su curación a través de tratamientos menos invasivos.

P ¿Es tan eficaz la mamografía?

R Efectivamente la mamografía es el examen más eficaz para detectar cáncer de mama, pero la eficacia de este examen como método de pesquisa o diagnóstico precoz, dependerá de la regularidad con que se

realicen los controles, porque deben ser anuales a partir de los 40 años de edad.

P ¿Por qué es importante guardar las mamografías anteriores?

R Es importante guardar siempre las mamografías anteriores, porque el médico radiólogo, especialista en imágenes mamarias, las solicitará para comparar y buscar cambios entre las imágenes actuales y las imágenes anteriores.

Por lo tanto, es de vital importancia llevar los exámenes anteriores a cada control para su comparación. Sin embargo, hoy en día ya existen en Chile, algunos centros modernos que mantienen archivos digitales –en un computador-, de todas las imágenes radiológicas, siendo innecesario llevar sus exámenes anteriores.

P ¿Es importante que siempre yo guarde una copia de mis exámenes?

R Si, aunque el centro radiológico guarde una copia de su examen, siempre es importante que usted mantenga otra en su poder, ya sea de las placas de la mamografía, del informe entregado, o bien de la grabación en CD en caso de mamografía digital.

Asegurando que, - independiente del centro radiológico donde usted decida hacer la mamografía al año siguiente-, el médico especialista podrá disponer del examen anterior para compararlo con el examen actual.

¿De cuántos años atrás debo guardar los exámenes anteriores?

Usted debería guardar los exámenes de mama realizados al menos, los 5 últimos años, -idealmente debería guardarlos todos- y recordar llevarlos el día del control anual, para que el médico radiólogo especialista en imágenes mamarias pueda comparar y emitir un informe más completo de sus imágenes.

P ¿Cuánto tiempo antes de palpar una lesión maligna la mamografía podría pesquisarla?

R La mamografía juega un papel central en la detección temprana del cáncer de mama, ya que puede mostrar los cambios en las mamas hasta dos años antes de que sean detectados por la paciente o por el médico.

P ¿A qué edad se recomienda hacer una mamografía?

R Las pautas actuales de importantes organizaciones de salud*, recomiendan a las mujeres realizar una mamografía basal alrededor de los 35 años y una mamografía de control anual a partir de los 40 años. La investigación ha demostrado que las mamografías anuales logran la detección temprana del cáncer de mama, antes que el tumor sea palpable o que se manifieste con otro síntoma, etapa inicial en que existen mayores probabilidades de conservar la mama y de curación de esta enfermedad.

P ¿Hasta qué edad se recomienda hacer mamografía?

R Toda mujer aparentemente sana, debe controlarse anualmente con mamografía hasta al menos los 70 años de edad y luego si es una persona activa, saludable y vital es recomendable continuar con los controles anuales, o bien distanciarlos cada 18 meses.

* Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS, por sus siglas en inglés), la Sociedad Estadounidense del Cáncer (ACS, por sus siglas en inglés), la Asociación Médica Estadounidense (AMA, por sus siglas en inglés) y el Colegio Estadounidense de Radiología (ACR, por sus siglas en inglés) 4

P ¿A qué edad se recomienda que las mujeres de alto riesgo comiencen sus controles con una mamografía anual?

R El Instituto Nacional de Cáncer (NCI, por sus siglas en inglés) recomienda a las mujeres que han sido tratadas por cáncer de mama, continuar con controles anuales independiente de la edad.

En relación a las mujeres consideradas de alto riesgo, por antecedentes familiares o genéticos de cáncer de mama, deberían ser asesoradas por un mastólogo, - médico especialista en patología mamaria-, respecto a qué edad y con qué frecuencia les corresponderían comenzar sus controles mamográficos; pues algunas mujeres podrían requerir mamografías anuales antes de los 40 años de edad.

P Si una mujer tiene como antecedente la madre con cáncer de mama ¿A qué edad debe comenzar las mamografías anuales?

R Cuando una persona tiene como antecedente familiar, la mamá con cáncer de mama, deberá iniciar los controles mamográficos anuales, 10 años antes de la edad en que fue diagnosticada su madre.

Si la mamá fue diagnosticada a los 40 años, su hija deberá iniciar los controles mamográficos a partir de los 30 años de edad, en cambio si la mamá fue diagnosticada a los 55 años de edad, a su hija le correspondería iniciar sus controles mamográficos como toda mujer asintomática y sin factores de riesgo, a partir de los 35 años la mamografía basal y los controles mamográficos anuales a partir de los 40 años.

P ¿Si soy menor de 35 años puede ser perjudicial para mi salud hacerme una mamografía?

R Si usted es menor de 35 años, se ha palpado un nódulo, presenta retracción del pezón o de piel, salida de líquido o secreción sanguinolenta

por un pezón, o enrojecimiento de la mama, debe tomarse una mamografía diagnóstica lo antes posible, que permita detectar o descartar una lesión maligna, sin perjuicio alguno para su salud.

Aún más, si usted es menor de 35 años, no tiene síntoma alguno pero desea tomarse una mamografía, para su tranquilidad puede hacerla, porque no afectará en lo absoluto su salud.

P ¿Por qué no sirve hacer una mamografía antes de los 35 años?

R La verdad es que, no es que la mamografía no sirva antes de los 35 años, lo que sucede es que cuando se es menor de esa edad, las mamas suelen tener más tejido fibroso, este tejido fibroso se proyecta de color blanco en la mamografía, cubriendo la imagen mamaria, haciendo imposible visualizar la glándula mamaria y peor aún, impidiendo detectar los nódulos mamaros que pudieran existir en esa mama, porque se pueden ocultar fácilmente.

Además en este tipo de mamas, la fibra también impide visualizar otros detalles finos en la glándula mamaria, como por ejemplo las microcalcificaciones, las que pueden constituir el 1er signo de cáncer.

Es por esta razón que generalmente estas mamografías, necesitan ser complementadas con una ecografía mamaria.

Esta necesidad hace erróneamente creer que a esta edad, sólo la ecografía puede ser útil, lo que constituye una falsedad porque la mamografía aporta mucha información tanto o más útil que la información aportada por la ecografía mamaria.

Por lo tanto, no se puede desestimar la mamografía en las mujeres menores de 35 años, porque además a esta edad no todas las mujeres tienen mamas fibrosas.

P ¿Entonces a esta edad es mejor hacerse una ecografía mamaria en vez de una mamografía?

R mo explicamos anteriormente la ecografía ayuda mucho, pero NO reemplaza a la mamografía. El médico decidirá después de examinarla, cuál es el examen que debe realizarse, optando siempre por el examen que aporte mayor información sobre sus mamas.

P ¿Cuáles son los beneficios de la mamografía?

R Los beneficios de la mamografía son:

- Las imágenes que la mamografía otorga de las mamas, brindan al médico mayor capacidad para detectar tumores pequeños, cambios en el parénquima o crecimiento de tejidos anormales, que podrían corresponder a una incipiente lesión maligna, antes de constituir un pequeño tumor. Si la enfermedad es diagnosticada en esta etapa tan temprana, la posibilidad de curarse es cercana al 100 %, o sea todas las pacientes se mejoran del cáncer precoz.
- La mamografía es el único medio comprobado para detectar de manera confiable el cáncer de mama in situ (que está recién comenzando) y para detectar el carcinoma infiltrante o invasor en las diversas etapas.
- Los rayos X por lo general no tienen efectos secundarios cuando se usan para exámenes radiológicos.
- Es un examen rápido, en general bien tolerado, de bajo costo.
- Una vez que la mujer se hace la mamografía no continúa emitiendo radiación de rayos X.

P ¿Cuáles son las desventajas de la mamografía?

R Las desventajas de la mamografía son:

- Exposición a la radiación: Aunque siempre se habla que la exposición

a la radiación podría ser peligrosa para la salud, la radiación recibida durante la mamografía es ínfima.

Este examen constituye el examen radiológico con menor radiación de todos, porque la estructura irradiada es pequeña, se utilizan placas muy sensibles y la dosis de irradiación necesaria es muy baja. Entonces el riesgo es mínimo si se compara con el beneficio ampliamente mayor, de conocer el diagnóstico exacto que permitirá iniciar un tratamiento certero.

- Sin embargo, la dosis de radiación efectiva de una mamografía es alrededor de 0,7 mSv, que equivale aproximadamente a la radiación promedio existente en el ambiente que usted recibe en un período de tres meses. Obviamente que para que se cumplan todas las normas de seguridad, los establecimientos de salud deben cumplir con un programa de mantenimiento periódico de los equipos mamográficos, que garantice el correcto funcionamiento del equipo.
- Además los equipos más modernos tienen haces de rayos X, controlados firmemente con métodos de control de filtración y de dosificación para minimizar, la desviación o dispersión de radiación a las zonas vecinas, lo que garantiza que estos tejidos recibirán la mínima exposición posible a la radiación.
- Mamografías con resultado falso positivo: Entre el 5 al 15 por ciento de las mamografías de pesquisa precoz, requieren de mayor evaluación, - o sea que de 100 mujeres que se toman mamografía sólo 5 a 15 mujeres necesitarán más estudio-, como por ejemplo la realización de imágenes adicionales ampliadas y/o localizadas.
- Aproximadamente entre un 30 a 40% de mujeres, esa decir 30 a 40 mujertes de entre 100 mujeres, requerirán una ecografía o ultrasonido, especialmente cuando la mama es de condición fibrosa. La mayoría de estos exámenes resultan ser normales.
- Si aparece un resultado anormal, se podría realizar un seguimiento en algunos meses más, o bien si el médico especialista estima necesario, se

solicitará una biopsia para descartar una lesión maligna.

- Mamografía con resultado falso negativo: En distintas series clínicas se estima que puede existir en las mamografías un cáncer oculto a las imágenes hasta en un 2%, lo que significa que en sólo 2 de cada 100 mamografías, las imágenes parecen normales pero existe en algún sitio de la mama un cáncer oculto o “escondido” que no se logra identificar.
- Daño al feto: Es sabido que la exposición de un embrión o feto a la radiación podría producir malformaciones o alteraciones en su formación o desarrollo. Esto principalmente en el primer trimestre del embarazo durante la embriogénesis, es decir, cuando el embrión se está recién formando, por lo tanto las mujeres siempre deberán informar a su médico o al tecnólogo de rayos X si existe la posibilidad de embarazo. Si tiene un atraso no aclarado o tiene dudas de estar embarazada es necesario informarlo al médico radiólogo o al tecnólogo médico antes de realizar el examen.

P ¿La mamografía es un examen doloroso?

R El dolor referido por algunas mujeres durante la mamografía siempre ha sido un tema de discusión e investigación debido que esto podría ser un obstáculo significativo para que las mujeres consideren o no realizar este examen.

Por ello es muy importante enfatizar, que las potenciales molestias de la mamografía son un mal menor, en relación al inmenso beneficio que significa detectar un cáncer de mama en etapa precoz cuando aún puede ser curable.

Varios estudios realizados al respecto, han determinado que de 10 mujeres que se realizan una mamografía: 3 sienten dolor, 4 a 5 sienten incomodidad y 2 a 3 no sienten ni dolor ni incomodidad. Muchas mujeres que se toman por primera vez la mamografía, lo hacen con temor por los

comentarios que han escuchado.

De cualquier modo, estas molestias se deben a la necesidad de comprimir la mama durante unos segundos, así la glándula permanece inmovilizada y se disminuye la cantidad de rayos X necesaria para lograr una imagen nítida, además de disminuir imágenes borrosas por movimientos, naturales en un órgano que se mueve como un péndulo.

Sin duda la mamografía es mejor tolerada si se realiza alrededor del día 10 del ciclo, a sea 10 días después de la llegada de la menstruación; por ejemplo si a usted le llegó su regla el día 5 del mes, sería ideal que pidiera hora para hacer la mamografía el día 15. En casos excepcionales, si usted tiene mamas muy sensibles o el umbral del dolor muy bajo es posible prevenir con analgésicos o antiinflamatorios unas horas antes del examen.

P ¿Por qué el día 10 del ciclo menstrual es ideal para hacer la mamografía?

R Durante el ciclo menstrual las mamas sufren cambios según los niveles hormonales, por lo tanto algunos días estarán más congestionadas y otros más “desocupadas”, más sensibles y menos sensibles respectivamente, por ello se recomienda programar su mamografía el día 10 del ciclo menstrual o sea alrededor de 10 días después de iniciada la menstruación, porque precisamente esos días las mamas estarán menos congestionadas y la compresión será menos incómoda o dolorosa. Además, la menstruación inmediatamente anterior le asegurará que usted no está embarazada, de lo contrario usted siempre debe informar a su médico o al tecnólogo médico de rayos, si existe la posibilidad de estar embarazada, aunque le parezca una mínima probabilidad.

P ¿Cómo se llama el profesional que toma la mamografía?

R El profesional universitario responsable de tomar la mamografía es el tecnólogo médico, cuya función tiene dos objetivos primordiales: Generar las mejores imágenes para el diagnóstico y minimizar la exposición a los rayos X.

P ¿Cuántos tipos de mamografía existen?

R Actualmente se disponen de 2 tipos de equipos de mamografías. Aquella convencional o análoga en que la imagen se produce y registra en una película o placa de rayos y también la mamografía digital o “computarizada” en que se utiliza una placa especial de registro digital, también llamada mamografía digital que se puede ver y dejar grabada en un computador.

P ¿Cuáles son las diferencias de la mamografía convencional y la mamografía digital?

R En la mamografía digital la película de rayos X es reemplazada por detectores en estado sólido que transforman los rayos X en señales eléctricas, estos detectores son similares a los que tienen las cámaras digitales. Las señales eléctricas se utilizan para producir imágenes de las mamas que pueden ser visualizadas en una pantalla de alta resolución y también ser impresas en una película especial, - similar a las mamografías convencionales-, pero pueden grabarse en CD y archivarse en sistemas de almacenamiento de imágenes que existen actualmente en algunos establecimientos de salud.

P ¿Cuáles son las ventajas de la mamografía digital?

R Una de las principales ventajas de la mamografía digital sobre la mamografía tradicional o convencional es que ante el extravío del examen, en el centro radiológico siempre existirá posibilidad de copia de la imagen anterior, para la necesaria comparación.

Además la imagen digital permitirá hacer ampliaciones o magnificaciones de un área determinada, disminuyendo las probabilidades que usted sea nuevamente citada porque necesitan efectuar otra toma o magnificación adicional.

Hay que tener en cuenta, sin embargo, que la mamografía digital NO evitará comprimir la mama, porque esta compresión es muy necesaria para adquirir una óptima imagen.

P ¿Es verdad que la mamografía digital comprime menos que la mamografía tradicional?

R No es verdad que en la mamografía digital se comprime menos la mama que en la mamografía tradicional, porque la compresión necesaria es idéntica en ambos tipos de mamografía, sin diferencia alguna. Esta compresión permite mantener fija la mama, impidiendo que cualquier movimiento, - por mínimo que sea-, pueda alterar la imagen de la mamografía.

P ¿Es verdad que con la mx digital se evita que la persona vuelva a tomarse otros exámenes adicionales?

R No es verdad, va a depender del tipo de lesión que se requiere evaluar, porque por ejemplo, en caso de las microcalcificaciones, efectivamente es probable que no necesite volver para magnificar, pero en caso de asimetría o alteración localizada del tejido mamario, es posible que

sea citada nuevamente para tomar placas adicionales.

P ¿Cuáles son las ventajas o beneficios de la mamografía digital?

R • La principal ventaja es que en mujeres con mamas densas o de condición fibrosa permite una mejor visualización del tejido pudiendo identificar de mejor forma las microcalcificaciones.

- Otra ventaja es el ahorro en tiempo, porque es probable evitar nuevas citas para tomar de magnificaciones.
- El almacenamiento, porque el CD ocupa menos espacio para ser guardado y su imagen no se deteriora por causas físicas como calor, sol o humedad.
- El almacenamiento como archivo computacional en el centro de salud en caso de extravío del CD o de las imágenes anteriores.
- Favorece el medio ambiente, al no tener que revelar las placas con líquidos químicos convencionales.

P ¿Qué otras diferencias tiene para la mujer, tomarse una mamografía convencional versus una mamografía digital?

R Desde el punto de vista de la paciente, realizarse una mamografía digital es esencialmente lo mismo que tomarse una mamografía convencional, porque la posición de la paciente, la compresión de las mamas, la cantidad de tomas, el tiempo de duración del examen, etc. es similar en ambos tipos de mamografía.

La única diferencia es la descrita anteriormente como beneficio, porque cuando se requiere mayor estudio de algunas áreas o lesiones podría evitarse tomar nuevas placas.

P ¿Cuáles son las limitaciones o debilidades de la mamografía?

R Como la mayoría de los exámenes la mamografía también tiene ciertas limitaciones, entre ellas:

- Si en la mamografía inicial se observa una anormalidad, estas imágenes por sí sola no serán suficientes para determinar con certeza si la anormalidad es benigna o maligna. Por lo tanto, el médico radiólogo requerirá de otros exámenes adicionales para completar el estudio.
- Las interpretaciones de las mamografías pueden resultar difíciles, ya que una mama normal puede aparecer diferente en cada mujer.
- El aspecto de una imagen mamaria puede verse alterada cuando se ha realizado una cirugía previa o con la presencia de polvo, talco o desodorante en el área.
- Los radiólogos normalmente comparan la mamografía actual con mamografía(s) anterior(es) para, determinar cambios en las imágenes o aparición de signos que antes no se apreciaban, sólo así se podrán detectar lesiones mucho antes de ser palpables.
- No todas las lesiones malignas de las mamas pueden visualizarse en una mamografía, porque dependerá de cuán fibrosa es la mama de la persona.
- Los implantes mamaros también pueden limitar o impedir una lectura exacta de la mamografía, ya que los implantes salinos o de silicona no son transparentes en los rayos X y pueden bloquear la visualización clara de los tejidos mamaros, cuando estos implantes han sido colocados sobre la glándula mamaria en vez de instalarlos detrás del músculo pectoral

A pesar de estas limitaciones la mamografía es la mejor herramienta de diagnóstico por imágenes actualmente disponible, para pesquisar cáncer de mama.

P ¿Qué significa tener mamas densas o fibrosas?

R La mama es una glándula, cuya función es producir leche para la lactancia. Esta glándula se afirma en tejido fibroso que es más firme o apretado y es rodeada por grasa para darle la forma a la mama. Cuando hay mayor cantidad de tejido fibroso en la mama, se habla de mama fibrosa, que da a la mamografía una imagen más blanca o “densa” difusamente, de ahí el sinónimo de mama densa. La mama fibrosa es una condición o característica propia de la mujer joven.

Para estudiar estas mamas, se requiere complementar la mamografía con la ecografía mamaria.

P ¿Qué significa tener mamas adiposas?

R También existen mamas de condición adiposa o grasa, en que predomina el tejido graso por sobre el tejido fibroso, este tipo de mama generalmente se presentan en las mujeres mayores.

Habitualmente este tipo de mamas, pueden ser evaluadas sólo con mamografía sin necesidad de ecografía.

P ¿Qué significa tener mamas fibroquísticas?

R Como su nombre lo dice, estas mamas tienen más cantidad de fibra, como anteriormente mencionamos la fibra es un tejido más duro, porque tiene la función de afirmar y sostener la glándula. Este tejido tiene la capacidad de “estirarse” como un elástico cuando la mama recibe líquido o está congestionada y luego - por efecto hormonal-, durante la menstruación, este líquido se elimina y la congestión desaparece hasta el próximo ciclo menstrual.

Sin embargo, es probable que en algún rincón de la mama, este tejido fibroso haya dejado atrapado restos de líquido, convirtiéndose así en quistes, que son verdaderos “saquitos” de líquido dentro de la mama.

P ¿Qué diferencia hay entre un quiste y un nódulo o es lo mismo?

R Los quistes y nódulos son dos cosas diferentes. Los quistes son acúmulos de líquido o pelotitas de líquido, que pueden desaparecer, mantenerse o crecer en el próximo ciclo menstrual.

Si un quiste crece demasiado o provoca dolor, su médico podría decidir durante la consulta, pincharlo con una jeringa para evacuar este líquido. Los nódulos, en cambio, son “pelotitas” formadas por el mismo tejido de la mama, podría ser por el tejido fibroso o glandular o graso o por todos a la vez. El nódulo es más duro y pincharlo con una jeringa no da salida a líquido.

P ¿Los nódulos son siempre malignos?

R No, los nódulos pueden ser benignos de tejido normal de la mama, o bien malignos o cancerosos, por lo que al ser pesquisado por el médico, será necesario solicitar exámenes radiológicos para definir su naturaleza. El médico radiólogo determinará sus características mediante mamografía y ecografía.

P ¿Los nódulos malignos se notan fácilmente en la mamografía?

R Los nódulos malignos suelen presentar algunas características típicas que el radiólogo especialista puede diferenciar fácilmente, sin embargo, algunos nódulos llamados indeterminados, no muestran dichas características muy bien definidas y el médico radiólogo necesitará evaluar con más exámenes para sugerir o decidir que conducta tomar.

P ¿Qué conducta podría seguir con un nódulo indeterminado?

R Una vez que el radiólogo termina el estudio de un nódulo podría sugerir biopsia o bien mantener en control periódico durante un tiempo para ver si sufre cambios en tamaño o aspecto.

Si no presenta cambios y se ha mantenido estable, lo más probable es que sea un nódulo bueno o benigno, en cambio si presenta un crecimiento significativo o su forma se torna algo más irregular puede sugerir un tejido anormal y debería ir a biopsia para descartar el cáncer.

P ¿En cuánto tiempo debe controlarse una lesión indeterminada?

R El médico radiólogo, - según las características de la lesión-, definirá en cuanto tiempo y con qué examen debe ser el próximo control radiológico.

P ¿Cuándo se aspira líquido de un quiste necesita ser enviado a biopsia?

R No, generalmente este líquido claro tipo suero, o amarillento con tinte verdoso no necesita ir a biopsia.

Sin embargo, si el líquido extraído es de aspecto sanguinolento o con un tinte muy oscuro, que llame la atención del médico especialista, podría decidir enviarlo a estudio o biopsia, para confirmar que es benigno.

P ¿Cuándo hablan de tumor siempre es malo?

R No siempre. En estricto rigor en medicina la palabra tumor significa "aumento de volumen". Este aumento de volumen puede ser de origen benigno que lo más frecuente, o de origen maligno que es menos frecuente.

P ¿Es malo o peligroso tener mamas fibrosas?

R En verdad no es peligroso, pero es importante saber que con la sola mamografía será más difícil encontrar algún nódulo mamario, por lo que siempre será necesario o recomendable realizar mamografía y ecografía mamaria a la vez.

P ¿Es cierto que las mamas fibrosas duelen más?

R No, las mamas fibrosas no duelen más que la mama no fibrosa. La mama fibrosa es una condición, no es una enfermedad. Esta condición está determinada genéticamente así como el color de los ojos o del pelo, por ello es normal que la presenten, la mayoría de las mujeres de una misma familia.

Existen mujeres que pueden tener una mama muy fibrosa y no referir dolor y otras mujeres pueden tener mamas grasas con poca fibra en el tejido mamario y ser muy sensible o sentir más dolor, porque también depende del umbral o sensibilidad de cada persona a sentir dolor.

P ¿A qué se debe el dolor durante las reglas?

R El dolor relacionado con las reglas se debe a la congestión mamaria que obliga a los tejidos a distenderse o estirarse por el líquido que llega a las mamas. Habitualmente se relaciona más con una condición innata de sensibilidad en la mujer que a la condición de mamas fibrosas.

Esta sensibilidad mamaria cambia en las distintas etapas de la vida de cada mujer, siendo más sensibles en la pubertad y edad fértil, antes o después de los embarazos, que en la menopausia o climaterio.

P ¿Las mujeres con implantes mamarios también deben hacerse mamografía?

R Por supuesto que sí, toda mujer debe hacerse una mamografía independiente si tiene o no implantes mamarios y rige la misma norma internacional que para cualquier mujer sana sin molestias ni síntoma alguno. Sin embargo, toda mujer que tenga planeado hacer una cirugía plástica para colocación de implantes mamarios debería tener una evaluación por especialista con mamografía y eventual ecografía mamaria para descartar una lesión sospechosa, la que además servirá de base para comparar con las imágenes posteriores, porque obviamente las cicatrices pueden alterar o distorsionar las imágenes mamarias.

P ¿Cómo debe ser tomada la mamografía de una mujer con implantes mamarios?

R Los tecnólogos y los radiólogos con experiencia saben que al tomar la mamografía a una persona con implantes mamarios, las mamas deben ser cuidadosamente comprimidas, para mejorar la visualización sin romper el implante.

Por lo tanto, al solicitar hora para una mamografía, las mujeres con implantes deben preguntar si el establecimiento cuenta con tecnólogos experimentados en la realización de mamografías de pacientes con implantes mamarios.

P ¿Pueden las prótesis alterar las mamografías?

R Efectivamente podrían impedir visualizar adecuadamente la glándula mamaria, por ello es muy importante tomar el examen, en un centro radiológico con personal capacitado para lograr la mejor imagen. Esta dificultad podría evitarse, si la instalación de prótesis, se efectuara

detrás del músculo pectoral, dejando absolutamente libre la mama.

P ¿Qué significa BIRADS?

R BI-RADS® son las siglas en inglés de Breast Imaging Report and Database System. Es una herramienta radiológica creada para unificar criterios y mejorar la clasificación de las lesiones mamarias en las interpretaciones y reportes de las mamografías. Su uso permite actualmente estandarizar los informes radiológicos de los exámenes, de tal manera que, sea entendido como tal por todo médico radiólogo y por todo médico, especialista en patología mamaria del país y del mundo.

Este sistema fue publicado y registrado en 1992 por el Colegio Americano de Radiología (ACR), y es ampliamente usado por los especialistas extranjeros y chilenos, lo que ha constituido un avance para el diagnóstico del cáncer de mama.

Existen clasificaciones BIRADS para mamografía, para ecografía mamaria y para resonancia magnética de la mama.

P ¿Cuáles son las categorías BIRADS?

R El médico radiólogo especialista en imágenes mamarias después de evaluar la mamografía, asignará una clasificación numérica en el informe, permitiendo un reporte uniforme y conciso, - con palabras adecuadas y claras-, que será entendido por múltiples médicos, de diferentes centros hospitalarios y de diferentes países.

Esta clasificación consta de 9 categorías diferentes de acuerdo a su estadificación.

BIRADS 0: Mamografía insuficiente, necesita una evaluación adicional con otro estudio, no es posible determinar alguna patología.

BIRADS 1: Mamografía negativa a malignidad, sin ganglios o calcificaciones. Con un 0% posibilidades o ninguna posibilidad de cáncer.

BIRADS 2: Mamografía negativa a malignidad, pero con hallazgos benignos (ganglios intramamarios o dentro de la mama, calcificaciones benignas, etc.). Con 0% de posibilidades – o ninguna posibilidad- de cáncer.

BIRADS 3: Resultado con probable benignidad, pero que requiere control en 6 meses. Por ejemplo puede presentar nódulos circunscritos o bien delimitados, o algún grupo pequeño de calcificaciones puntiformes y redondeadas, no microcalcificaciones sospechosas. Con mínimas probabilidades - alrededor de un 2.24% de posibilidades- de cáncer.

BIRADS 4: Resultado dudoso de malignidad. Requiere una confirmación histopatológica. Consta de 3 grados de acuerdo con su porcentaje de malignidad que varía del 3 % al 94%

BIRADS 4 a: Baja sospecha de malignidad: 3 a 49%

BIRADS 4 b: Sospecha media de malignidad: 50 a 89%

BIRADS 4 c: Sospecha intermedia de malignidad: 90 a 94%

BIRADS 5: Alta sospecha de malignidad. Requiere biopsia para confirmar el diagnóstico. Con mayor de 95% de posibilidades de malignidad.

BIRADS 6: Con imagen alterada, cuya malignidad ya ha sido comprobada mediante biopsia.

P ¿Qué son las microcalcificaciones mamarias?

R El calcio es un elemento que está dentro de la célula mamaria. Cuando una célula se rompe o está inflamada, aparece calcio y se deposita

en el conducto o ducto mamario, haciéndose visible en una mamografía. Las calcificaciones se muestran como puntos o manchas blancas en la mamografía y pueden dividirse según el tamaño en dos tipos: microcalcificaciones y macrocalcificaciones.

Las macrocalcificaciones, como su nombre lo indica, son calcificaciones más grandes y gruesas, que están asociadas habitualmente con la edad, porque las presentan comúnmente las mujeres mayores de 50 años y sólo ocasionalmente están presentes en mujeres más jóvenes.

En cuanto a su relación con enfermedad maligna, las macrocalcificaciones no están típicamente asociadas con el cáncer.

Las microcalcificaciones, a diferencia de las macrocalcificaciones, son consideradas en ocasiones señales de posible malignidad, estén o no asociadas a una masa o lesión tumoral. Aunque la mayoría de las microcalcificaciones son benignas y frecuentes de ver en los informes mamográficos, a veces éstas se juntan o agrupan en forma sospechosa, en cuyo caso el radiólogo determinará si deben ser mantenidas bajo estricto control, o bien biopsiadas prontamente.

P ¿Las microcalcificaciones pueden estar pegadas a un nódulo?

R Efectivamente las microcalcificaciones podrían estar o no relacionadas con un nódulo, si las microcalcificaciones están relacionadas con una imagen nodular o asimetría, el radiólogo debe interpretar las características de la masa o nódulo para determinar la posibilidad de cáncer, siendo probable que solicite otros exámenes, incluso hasta una biopsia si fuese necesario.

P ¿Qué señales o signos de cáncer o malignidad puede mostrar una mamografía?

R En la mamografía existen tres signos principales de lesión maligna, estos son:

- Microcalcificaciones agrupadas.
- Densidad asimétrica, área más densa del tejido comparada con el resto de la mama.
- Masa o nódulo sospechoso.

P ¿Cuáles microcalcificaciones son sospechosas de cáncer?

R No todas las microcalcificaciones son sospechosas de malignidad, sólo cuando las microcalcificaciones están agrupadas y tienen formas alargadas e irregulares, serán catalogadas como sospechosas y necesitarán placas o imágenes adicionales, ya sea magnificaciones o compresiones focales.

P ¿Siempre que llaman para tomar placas adicionales (o más placas) puede ser maligno?

R El hecho que a usted le hayan pedido más pruebas no significa que haya necesariamente algo maligno, pues la mayoría de las veces será por causa benigna. El médico radiólogo solamente necesita otra imagen que pueda aportar mayor información para despejar dudas.

P ¿Generalmente las microcalcificaciones requieren una biopsia?

R No siempre requieren ser biopsiadas. Una vez que el radiólogo observa con mayor precisión las características de las microcalcificaciones podrá definir la conducta a seguir, la que puede ser control en 6 meses o al año.

Sólo el 8 al 10 % de las pacientes, que requieren imágenes adicionales necesitarán una biopsia, ya sea una biopsia estereotáxica o bien una biopsia quirúrgica propiamente tal, en otras palabras de 100 señoras que fueron citadas para tomar otras placas adicionales, sólo 8 o 10 necesitaron hacerse una biopsia de ese grupo de microcalcificaciones, el resto sólo necesito control.

P ¿Generalmente las microcalcificaciones que requieren biopsia suelen ser malignas?

R No siempre suelen ser maligna, al contrario la mayoría de las veces son benignas, porque aproximadamente sólo un 20% de esas pacientes (de 100 sólo 20 pacientes) serán diagnosticadas con algún tipo de cáncer. Pero lo más importante es que si la enfermedad es diagnosticada en esta etapa, todas las pacientes se mejoran y permanecen más años libre de enfermedad.

P ¿Las microcalcificaciones se pueden ver en la ecotomografía mamaria?

R El ultrasonido o ecotomografía mamaria no es un examen efectivo para detectar las microcalcificaciones, ya que éstas como su nombre lo dice, contienen calcio y el calcio sólo es detectable por Rayos X, no por el ultrasonido.

Además la ecotomografía o ecografía, permite evaluar las lesiones que contienen líquido, - para las cuales los Rayos X no serían tan útiles- y las microcalcificaciones no contienen líquido.

Sólo en algunas oportunidades y con equipos de ultrasonido o ecografía de alta resolución o muy avanzado podría ser posible evaluar microcalcificaciones o macro-calcificaciones en conductos o en nódulos.

P ¿Qué desventajas presenta la mamografía en las mujeres con mamas densas?

R las mujeres con mamas muy fibrosas o densas, las mamografías tienen menor sensibilidad, esto significa que en las imágenes mamográficas no se logra diferenciar con certeza cuál es el tejido mamario normal y cuál es el nódulo, ya que todo aparece denso o “blanco”. Por tal razón, es más difícil interpretar y generalmente se hace necesario complementar el estudio con otros exámenes. Además en una mama muy fibrosa puede ser difícil también, -en algunas ocasiones-, distinguir las microcalcificaciones.

Sólo la pericia y experiencia del radiólogo permitirá identificar zonas sospechosas de alteración, ya sea de alteración benigna o maligna, que siempre requerirá ser complementada con otros estudios, el más utilizado la ecografía o ultrasonido.

P ¿Es posible reemplazar la mamografía por la ecografía?

R La ecografía mamaria NO puede reemplazar a la mamografía, porque la ecografía, - también llamada ecotomografía o ultrasonido mamario - no permite detectar satisfactoriamente lesiones cuando están recién empezando, cuando todavía están dentro del conducto mamario, sino habitualmente cuando ya ha salido de este conducto hacia los ganglios linfáticos o linfonodos.

En esta etapa precoz del cáncer, dentro de los conductos mamaros se producen y se pueden visualizar las microcalcificaciones siempre y cuando el examen sea la mamografía, porque las microcalcificaciones, como ya se ha mencionado anteriormente, no se distinguen claramente en la ecografía, por lo tanto no sirve para la detección precoz.

Por lo tanto, la ecografía es considerada un examen complementario en aquellas mujeres que presentan alguna alteración en la mamografía o

que tengan alteración a la palpación o que tienen mamas densas que pueden ocultar algún pequeño nódulo.

Además la ecografía por sí sola, no descarta la posibilidad de un cáncer, porque si bien pueden verse nódulos, no siempre es posible demostrar la presencia de microcalcificaciones o de distorsiones del tejido que se ven sólo en la mamografía y que son tan importantes como los nódulos.

P ¿Es mejor la mamografía que la ecotomografía para detectar un cáncer de mama precoz?

R El cáncer mamario en etapa temprana se presenta en un 60% con microcalcificaciones antes de que forme nódulo y es en ésta etapa en donde se pretende llegar con la mamografía. Si sólo hiciéramos estudios rutinarios con ecografía siempre llegaríamos tarde, ya en la etapa de nódulo y no se lograría el objetivo de la mamografía, cuál es disminuir la mortalidad por cáncer de mama.

Esta técnica fue desarrollada en la creencia que podría sustituir a la mamografía en la detección del cáncer de mama. Hoy en día dicho postulado no es aceptado, pues la ecografía de mama no está indicada en el diagnóstico precoz de esta enfermedad debido a la baja sensibilidad y especificidad en lesiones iniciales o in situ, es decir, es difícil visualizar y caracterizar como cáncer propiamente tal, cuando este cáncer está recién comenzando, cuando mide menos de 10mm. de diámetro o está aún dentro del conducto mamario.

Debido a esto la ecografía ha sido excluida para la pesquisa precoz de cáncer de mama, sin embargo, continúa siendo una herramienta complementaria muy útil e importante de la mamografía.

P ¿Por qué a algunas mujeres les diagnosticaron el cáncer con una ecografía?

R Algunas pacientes después de una mamografía sospechosa, fue necesario hacer una ecotomografía para definir con claridad la lesión maligna, y sólo entonces le fue entregado el informe, quedando erróneamente en la memoria que fue la ecografía el examen que mayor información aportó para su diagnóstico.

P ¿Cuándo es necesario hacer una ecotomografía mamaria?

R Como se dijo anteriormente ésta técnica es complementaria a la mamografía y es utilizada para aclarar cualquier hallazgo mamográfico y definir si una determinada lesión es de naturaleza sólida o líquida. Además es una herramienta fundamental como complemento en mujeres con mamas densas, quienes deberían hacerse periódicamente una mamografía y ecotomografía mamaria.

P ¿En qué circunstancias está indicada la ecografía?

R La realización de la ecografía está indicada en:

- Estudio de asimetrías, masas o nódulos palpables y/o no palpables visualizadas en una mamografía (sólida o quística)
- Estudio de densidades asimétricas palpables o no palpables, asociadas a microcalcificaciones visualizadas en una mamografía, en búsqueda de masas o nódulos asociados.
- Estudio de masas palpables no vistas en mamografía.
- Estudio de mamas en pacientes menores de 30 años.
- Estudio de dolor mamario o mastodinia con mamografía normal.
- Estudio de mamas en pacientes embarazadas.
- Estudio de mamas en pacientes que están amamantando.

- Estudio de anomalías visible en una sola proyección de la mamografía.
- Estudio de pacientes con implantes mamarios (silicona).
- Estudio de pacientes operadas de cáncer de mama con reconstrucción mamaria.
- Control de nódulos o quistes conocidos.
- Estudio de lesiones identificadas en resonancia magnética de la mama, no visibles en mamografía.
- Siempre como complemento de estudio en mamas previamente operadas de cáncer mamario.
- Para caracterizar y controlar la evolución de quistes mamarios.
- Como guía en el control de punciones de mama y como localización quirúrgica de algunas lesiones.
- Como guía en biopsias percutáneas de lesiones mamarias.
- Como identificación y guía en el drenaje de un absceso intramamario.
- En estudio de hombres con ginecomastia.
- Otros

P ¿La ecotomografía mamaria también se informa con BIRADS?

R Sí, existe también una clasificación BIRADS específica para ecografía mamaria, que permite estandarizar los informes del médico radiólogo. Se conoce como BIRADS US.

P ¿Qué es la resonancia nuclear magnética?

R La resonancia nuclear magnética (RNM) o resonancia magnética (RM) es un examen médico no invasivo que otorga mayor información al médico para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. La RNM emplea un campo magnético potente, con pulsos de radiofrecuencia y una computadora para crear imágenes detalladas de los órganos, tejidos blandos, huesos, y prácticamente todo el resto de las

estructuras internas del cuerpo. De esta forma, las imágenes pueden examinarse en el monitor de una computadora, transmitirse electrónicamente e imprimirse o copiarse a un CD. La RNM no utiliza radiaciones ionizantes (rayos X) como la mamografía ni ultrasonido.

La RNM se utiliza para el estudio propiamente tal de las mamas para caracterizar mejor una lesión sospechosa de probable cáncer. También permite estudiar el resto de cuerpo cuando es necesario buscar metástasis o "pequeños tumores en otros sitios" del primer tumor de la mama. Las imágenes detalladas obtenidas con la RNM les permiten a los médicos evaluar mejor varias partes del cuerpo y determinar la presencia de ciertas enfermedades que no se podrían evaluar adecuadamente con otros métodos por imágenes como los rayos X, el ultrasonido o las tomografías axiales computarizadas (también denominadas escáner o TAC).

P ¿Para qué sirve la resonancia nuclear magnética mamaria?

R La RNM de mama proporciona información valiosa acerca de algunas patologías mamarias que no puede obtenerse mediante las otras modalidades de diagnóstico por imágenes más conocidas como la mamografía o el ultrasonido o ecotomografía mamaria.

La RNM de mama no reemplaza la mamografía o el ultrasonido, sino que es generalmente usada como una herramienta más específica para detectar y determinar la evolución del cáncer de mama y otras anomalías mamarias. Es especialmente útil en mamas ya operadas con cicatrices prominentes, en que se sospecha haya vuelto a aparecer el mismo u otro cáncer.

Actualmente, se están llevando a cabo estudios para determinar si la RNM y otros métodos de diagnóstico por imágenes pueden contribuir a la detección temprana del cáncer de mama y a la prevención de muertes a causa del mismo.

P ¿Cuándo el médico solicitará una RNM de la mama?

R El médico podría solicitar una RNM de mama cuando necesite:

- Evaluar las diferentes ubicaciones de los tumores, especialmente previo a la cirugía conservadora de mamas.
- Identificar cáncer de mama temprano no detectado mediante otros métodos, especialmente en mujeres con denso tejido mamario y en aquellas con alto riesgo de padecer la enfermedad.
- Evaluar las anomalías ya detectadas por la mamografía o el ultrasonido.
- Distinguir entre tejidos cicatrizados y tumores recurrentes.
- Detección de recidiva en mama operada y/o irradiada.
- Determinar con mayor precisión la extensión real del cáncer detectado por la mamografía o el ultrasonido, especialmente previo a una cirugía conservadora de mama.
- Evaluar el efecto de la quimioterapia.
- Mayor información para decidir el tratamiento a seguir.
- En algunos casos específicos para evaluar complicaciones de los implantes mamarios y detección de cáncer oculto en pacientes con prótesis mamarias.

P ¿Qué puede mostrar la RNM sin medio de contraste?

R La RNM sin medio de contraste puede mostrar: la densidad de los tejidos mamarios, presencia de quistes, conductos mamarios inflamados, hematomas, implantes de mama con filtraciones o rupturas, la presencia de ganglios linfáticos inflamados, lipomas, etc.

P ¿Qué puede mostrar la RNM con medio de contraste?

R Mediante la comparación de las imágenes mamarias tomadas antes y después de la inyección del medio de contraste, el examen de RNM pu-

ede determinar: presencia de anomalías o alteraciones mamarias y sus características; sugerentes de benignidad (no cancerosa) o de malignidad (cancerosa), el tamaño y la ubicación dentro de la mama y su relación con estructuras vecinas como músculos y costillas.

P ¿Cómo se realiza la RMN de mama?

R Usted se sitúa en una camilla boca abajo con las mamas dentro de unas aberturas acolchonadas que están rodeadas por una espiral o bobina de seno que recibe las señales y funciona junto con el equipo de RNM para crear las imágenes.

Es importante mantenerse inmóvil durante el examen, para lograrlo debe asegurarse de estar bien cómoda para relajarse y evitar poner los músculos bajo tensión. No deje de informar al tecnólogo si algo no es cómodo, puesto que la incomodidad aumenta la probabilidad de sentir la necesidad de moverse durante el examen. Recuerde que hasta los más pequeños movimientos pueden limitar la capacidad de obtener un examen de buena calidad. Le darán unos tapones de oídos, fíjese que queden bien puestos, ya que la resonancia produce mucho ruido durante el tiempo de estudio.

Previo a su inmovilización, un tecnólogo le instalará una vía intravenosa (IV) en una vena de la mano o del brazo, para ser utilizada en la inyección de medio de contraste más adelante.

La camilla del equipo se movilizará y el tecnólogo abandonará la habitación mientras se lleva a cabo el examen de RNM.

Se tomarán una serie de imágenes y luego se inyectará el medio de contraste por la vía venosa previamente instalada, para continuar durante o a continuación de la inyección con otra serie de exploraciones.

Usted se dará cuenta cuando se están adquiriendo las imágenes, porque escuchará unos golpecitos o ruidos sordos cuando se encienden las bobinas que generan los pulsos de radiofrecuencia. Podrá relajarse entre

las secuencias de imágenes, pero se le pedirá que en lo posible mantenga su posición.

Las salas de RNM son climatizadas y por lo general están bien iluminadas, pudiendo generar durante la exploración mayor comodidad de la paciente. Algunas salas tienen música, lo que la ayudará a pasar el tiempo. Cuando se completa el examen, le pedirán que espere un momento hasta que el tecnólogo o radiólogo controle las imágenes en caso de que necesite imágenes adicionales.

Le quitarán la línea intravenosa. Está lista para regresar a su casa.

P ¿Este examen requiere de una preparación especial?

R No requiere de preparación especial y las indicaciones de ingerir o beber líquidos antes del examen varían según las normas del establecimiento.

P ¿Tiene riesgos la resonancia nuclear magnética de la mama?

R Generalmente la RNM mamaria requiere que a la paciente se le suministre una inyección de medio de contraste en el torrente sanguíneo o vena. Probablemente, el radiólogo o tecnólogo le pregunten si usted tiene algún tipo de alergia, tales como al yodo o al material de contraste de los rayos X, drogas, comida, etc. Sin embargo, el material de contraste utilizado para un examen de RNM, denominado gadolinio, no contiene yodo y es poco probable que cause una reacción alérgica u otro efecto secundario.

Algunas enfermedades, como la enfermedad grave del riñón del tipo insuficiencia renal, podría impedir que usted reciba el medio de contraste, entonces su médico decidirá el beneficio de hacer o no la RNM sin medio de contraste.

Por otra parte, las mujeres siempre deben informar al médico o tecnólogo

go médico si hubiera alguna posibilidad de estar embarazadas, porque - a pesar que se ha usado la RNM desde los años de 1980 sin ningún informe de malos efectos en las mujeres embarazadas o en sus bebés y que puede ser utilizado con confianza en las etapas tardías del embarazo -, ante la certeza de que el bebé estará expuesto a un fuerte campo magnético, las mujeres embarazadas especialmente en el primer trimestre del embarazo no deben hacerse este examen a menos que se asuma que el potencial beneficio de la RNM supera con creces los riesgos posibles.

P ¿Si existen antecedentes de claustrofobia es posible hacer la RNM?

R Si usted sufre de claustrofobia (miedo a los espacios reducidos) o ansiedad, puede pedirle a su médico que le recete un sedante suave antes del examen programado, aunque es un examen que demora menos de una hora.

P ¿Por qué es necesario retirar los objetos metálicos o electrónicos antes del examen?

R Está prohibido el uso de objetos metálicos y electrónicos durante el examen debido a que podrían interferir en el campo magnético de la unidad. Además estos objetos metálicos serán atraídos por el campo magnético con gran fuerza pudiendo ocasionar lesiones a los equipos y especialmente a pacientes. En la mayoría de los casos, el examen de RNM es seguro para los pacientes que tienen implantes de metal de titanio, sin embargo, en algunos casos de portar elementos metálicos ferromagnéticos como en los siguientes casos, la RNM está contraindicada:

- Desfibrilador interno (implantado) o marcapaso cardíaco
- Implante coclear (del oído)
- Algunos tipos de clips utilizados en los aneurismas cerebrales
- Válvulas cardíacas artificiales

- Extremidades artificiales o prótesis metálicas para articulaciones
- Broches metálicos, tornillos, placas, stents o grapas quirúrgicas.

Los pacientes que puedan tener objetos metálicos incrustados en su cuerpo debido a algún accidente, deben notificar al tecnólogo o radiólogo antes del examen.

Los tintes que se utilizan en los tatuajes también pueden contener hierro y pueden calentarse durante la RMN, pero esto rara vez representa un problema.

Los implantes dentales por lo general no se ven afectados por el campo magnético ya que habitualmente son de titanio. Las prótesis dentales removibles deben ser extraídas.

P ¿Cuánto demora la RNM mamaria?

R Por lo general, los exámenes de RNM incluyen múltiples “pasadas” o secuencias, algunas de ellas pueden durar varios minutos, pero en general el examen tarda entre 30 a 40 minutos. Si es con medio de contraste el tiempo de examen será mayor.

P ¿Es dolorosa la RNM mamaria?

R La mayoría de los exámenes de RNM no son dolorosos, sin embargo, algunos pacientes sienten que es incómodo permanecer inmóviles o experimentan una sensación de encierro (claustrofobia). Por esto se puede solicitar y coordinar con el anestesista la sedación o anestesia para aquellos pacientes que prevén ansiedad o gran inquietud, pero menos de una de cada 20 pacientes la necesita.

P ¿Qué sentiré cuando me inyecten el medio de contraste?

R Cuando se inyecta el material de contraste, es normal sentir frío o acalambramiento durante uno o dos minutos. La aguja intravenosa puede causarle cierta molestia al ser insertada y una vez que es extraída, quizá aparezca algún hematoma. Asimismo, existe una probabilidad muy pequeña de que se irrite o infecte la piel en la parte donde se instaló el tubo IV.

P ¿Se necesita algún cuidado especial después del examen?

R Si no se ha usado sedación, no es necesario ningún período de recuperación. Puede reanudar sus actividades cotidianas y una dieta normal inmediatamente después del examen. Muy pocos pacientes experimentan efectos secundarios al material de contraste, incluyendo náuseas y dolor local. Muy raramente, los pacientes presentan alergia al medio de contraste y padecen de urticaria, ojos que pican u otras reacciones. Si usted experimenta síntomas alérgicos, un radiólogo u otro médico estarán disponibles para ayudarla de inmediato.

Los fabricantes del medio de contraste intravenoso recomiendan que las madres no deban amamantar a sus bebés por 24-48 horas después de que hayan recibido un medio de contraste. No obstante, tanto el Colegio Americano de Radiología (ACR) como la Sociedad Europea de Radiología confirman que los datos disponibles sugieren que no hay riesgo en seguir amamantando después de recibir contraste intravenoso, porque la cantidad de Gadolinio – medio de contraste utilizado – excretado en la leche materna es mínima y no produciría efectos tóxicos al ser ingerido a través de la leche por el bebé, por lo tanto, los datos disponibles sugieren que no hay riesgo en que la madre continúe amamantando a su bebé.

P ¿Da lo mismo cuando me haga la RNM considerando mi ciclo menstrual?

R La verdad es que el período más apropiado para la realización de una RNM de mama es entre el 5º y 15º día del ciclo, cuando las mamas están menos congestionadas. Antes y durante el período de reglas existe una captación fisiológica del tejido mamario con el contraste, dificultando la interpretación de las imágenes y dando resultados falsos positivos, es decir, que se sospecha cáncer cuando de verdad no existe. En la mayoría de las pacientes con tratamiento hormonal sustitutivo, se observa captación difusa o focal que, eventualmente, podría enmascarar pequeña lesión subyacente.

P ¿Quién informará la RNM mamaria?

R Las imágenes de RNM de la mama son interpretadas por un médico radiólogo especializado en imágenes mamarias, altamente capacitado para supervisar e interpretar los exámenes radiológicos, quien analizará las imágenes y enviará un informe firmado a su médico de cabecera, el que a su vez, compartirá los resultados con usted.

P ¿Cuáles son los beneficios de la RNM de la mama?

- R**
- La RNM es una técnica de exploración no invasiva que no implica exposición a la radiación ionizante (Rayos X).
 - Se ha comprobado que la RNM es una herramienta valiosa para el diagnóstico de una amplia gama de patologías, incluyendo la detección y estadificación del cáncer de mama, en especial cuando otros estudios de diagnóstico por imágenes (mamografías, ultrasonido, etc.) no proporcionan la información adecuada.
 - La RNM hace posible descubrir anomalías que pueden quedar ocultas con otros métodos de exploración.

- El medio de contraste utilizado en los exámenes de RNM tiene menos probabilidades de producir una reacción alérgica que los materiales a base de yodo, utilizados para rayos X convencionales y exploraciones por TAC.
- La RNM está creciendo en popularidad como un complemento a la tradicional mamografía por rayos x para el diagnóstico temprano de cáncer de mama.
- Se ha comprobado que la RNM puede detectar pequeñas lesiones mamarias, aunque mayores de 3mm, que en algunas ocasiones no se detectan mediante la mamografía.
- La RNM puede obtener satisfactoriamente imágenes de las mamas densas- muy comunes en las mujeres más jóvenes-, así como de implantes de mama, que son difíciles de captar mediante una mamografía tradicional.
- La RNM es un complemento a la mamografía muy útil para evaluar mujeres con alto riesgo de padecer cáncer de mama y está en estudio aún si jugará un rol verdadero en la pesquisa precoz de esta enfermedad. Si una lesión sospechosa sólo se visualiza con la RNM, ésta puede proporcionar orientación para realizar una biopsia.

P ¿Cuáles son los riesgos que puede presentar la RNM?

R El examen de RNM casi no supone riesgos en el paciente promedio si se siguen pautas de seguridad apropiadas.

Si bien el potente campo magnético no es perjudicial en sí mismo, los dispositivos médicos implantables que contienen metales ferromagnéticos pueden funcionar mal o causar problemas durante el examen de RNM.

Existe un leve riesgo de que se produzcan reacciones alérgicas al inyectar el medio de contraste. Dichas reacciones por lo general son benignas y de fácil control mediante la medicación. Si usted experimenta síntomas

alérgicos, un radiólogo u otro médico estarán disponibles para ayuda inmediata. En caso de mal funcionamiento de los riñones o insuficiencia renal estaría contraindicado el uso de gadolinio, medio de contraste en RNM, ya que puede inducir una fibrosis de los riñones, lo que está bien documentado.

P ¿Cuáles son las limitaciones de la RMN de mama?

R La presencia de un implante u otro objeto metálico ferromagnético no permite la realización del examen. En caso de elementos metálicos de titanio puede dificultar la obtención de imágenes claras, al igual que el movimiento de la persona durante el procedimiento.

A pesar de que no existe razón alguna para pensar que la resonancia magnética nuclear puede dañar el feto, generalmente se les advierte a las mujeres embarazadas que no se realicen exámenes de RMN a menos que sea necesario en términos médicos.

Por lo general, la RNM es un procedimiento largo y de mayor costo y no en todos los lugares se realiza, a diferencia de las otras modalidades de diagnóstico por imágenes.

La RNM de mama no siempre distingue entre cáncer y una enfermedad benigna del seno (como los fibroadenomas o el cambio fibroquístico), lo que conduce a un resultado falso positivo del examen. Un falso positivo es un resultado de prueba que indica la existencia de un descubrimiento sospechoso cuando en realidad no corresponde a una enfermedad. Por esto es importante respetar los días del ciclo en que usted deba hacerse este examen.

P ¿Cuáles son los tipos de biopsias guiadas por imágenes?

R Los tumores o anomalías en la mama generalmente se detectan por medio de un examen físico, mamografía, ultrasonido o ecografía y

RNM. Estos exámenes permiten determinar el grado de sospecha si una lesión es benigna (buena o no cancerosa) o maligna (cancerosa), sin embargo, no nos dan la certeza de ello, ya que la única forma de saber con exactitud si una lesión es cáncer o no es viéndola bajo el microscopio. Por esto que el diagnóstico de “gold standard” o examen final que nos dice si una lesión en buena o mala es la BIOPSIA.

P ¿Qué es la biopsia?

R La biopsia es un estudio anatomopatológico de la lesión, es decir, es necesario sacar una muestra o “un pedacito” del tumor para llevarlo al microscopio. Esto puede realizarse en forma quirúrgica, operando o haciendo una cirugía, o a través de un procedimiento menos invasivo y costoso como es una operación, que se denomina biopsia percutánea.

P ¿Qué es una biopsia percutánea?

R Es el nombre del procedimiento se realiza a través de la piel, con una aguja para extraer una muestra o parte de un tumor o una lesión sospechosa para ser estudiada bajo el microscopio por un médico especialista llamado anatomatólogo.

P ¿Cómo se hace la biopsia percutánea?

R La biopsia percutánea puede realizarse utilizando distintos métodos de imágenes, los que servirán de guía para llegar al lugar indicado. Siempre se usa un anestésico local previo a la introducción de la aguja para evitar producir dolor, luego el médico introduce una aguja especial, – que tiene dos cuchillitos y un “hueco” o espacio suficiente para extraer el tejido-, en la zona sospechosa de la mama y extrae muestras de tejido mamario como “cordoncitos” o pequeños y delgados cordones, que luego

son llevadas a un laboratorio, donde se preparan para ser analizados por el médico anatómo-patólogo quien emitirá un informe final sobre la naturaleza benigna o maligna de la lesión.

P ¿Con la biopsia percutánea es posible extraer todo el tumor?

R La biopsia percutánea o biopsia guiada por imágenes no tiene como objetivo remover o extirpar la lesión entera ni tampoco hacer el tratamiento, sino que es un método de diagnóstico, no de tratamiento. En algunos centros aislados de Santiago existe la posibilidad de poder extraer de esta forma todo el tumor, cuando éste es pequeño, pero el número de complicaciones es mayor, como por ejemplo el hematoma local. Si el resultado de la biopsia es maligno será necesaria una cirugía para extirpar toda la lesión de la mama.

P ¿Cuál es el beneficio de la biopsia guiadas por imágenes?

R • El principal beneficio de las biopsias percutáneas guiadas por imágenes, es que ha permitido evitar cirugías que resultaban innecesarias en lesiones benignas, disminuyendo en las mujeres no sólo las cicatrices mamarias externas, sino que también las cicatrices internas que ocasionan distorsiones en la estructura de la mama y dificultaban la interpretación de las mamografías posteriores.

- Además es un procedimiento ambulatorio, que no requiere hospitalización, por lo tanto de menor costo.
- Es un procedimiento relativamente corto, las pacientes después del procedimiento necesitan un breve tiempo de observación en una sala anexa del centro radiológico donde fue realizado y luego reposo relativo en casa.
- Es un procedimiento que sólo utiliza anestesia local, habitualmente sin complicaciones.

P ¿Cuál sería el mayor aporte de las biopsias percutáneas?

R Uno de los mayores aportes de las biopsias percutáneas guiadas por imágenes, es poder ver en tiempo real el procedimiento de la toma de la muestra o biopsia, especialmente con el ultrasonido, lo que permite por ejemplo, esquivar grandes vasos sanguíneos, si hubiera venas o arterias cercanas, o bien permitiría evitar perforar otras estructuras como el pulmón, además de poder evaluar y tratar inmediatamente alguna complicación grave.

Además nos da la certeza de haber tomado la muestra del espesor mismo de la lesión y no del tejido vecino a ella, como podría ocurrir al realizar una biopsia a “ciegas”, sólo palpando con la mano desde afuera. Esta tranquilidad de estar tomando la muestra de la lesión misma permite tomar las muestras estrictamente necesarias, disminuyendo al máximo las complicaciones.

P ¿Qué es una biopsia core?

R La biopsia core es un tipo de biopsia percutánea, que se realiza con una aguja especial que va al “centro” de la lesión, de ahí su nombre del inglés “core” que significa “centro”. Este procedimiento es realizado por el radiólogo especializado en imágenes mamarias, habitualmente guiada por una ecografía o ultrasonido, por ello el personal de salud utiliza el término de “biopsia core” como sinónimo de biopsia guiada por ecografía o ultrasonido. Es un examen ambulatorio, relativamente corto que prácticamente no duele, porque se utiliza anestésico local.

P ¿Cuál es la posición necesaria para la biopsia core?

R Usted deberá tenderse en una camilla en posición decúbito dorsal (de espalda) igual que para una ecotomografía mamaria, a veces con una

almohada detrás, que levante el tórax del lado de la mama en estudio, procurando que usted esté lo más cómoda posible.

P ¿Es verdad que es un examen molesto?

R En verdad la biopsia por aguja core no es un examen molesto ni doloroso, porque se activa un mecanismo automático que moviliza la aguja hacia adelante, llenando la zona hueca de la misma, con cordones de tejido mamario. Este proceso se repite de tres a seis veces reinsertando cada vez la aguja, pero como la zona está protegida por el anestésico local, usted podrá sentir algunas escasas molestias o como el médico va movilizándolo o presionando, pero no dolor.

En caso de sentir dolor, informe al doctor porque puede ser necesario administrarle otra pequeña dosis de anestésico local.

P ¿Qué es una biopsia estereotáxica de mama?

R Es otro tipo de biopsia percutánea realizado en forma ambulatoria por un médico radiólogo especializado en imágenes mamarias, que consiste en la extirpación de varios pedazos de la lesión sospechosa a través de una aguja especial guiándose con mamografía digital.

P ¿Cuál es la posición necesaria para la biopsia estereotáxica?

R Para este examen usted deberá tenderse en decúbito ventral (boca abajo) sobre una camilla “especial”, porque es una camilla que tiene una perforación circular por donde se introduce la mama a estudiar, de tal manera que, su mama penderá o colgará libremente, quedando fácilmente abordable para extraer las muestras de tejido.

Este procedimiento demora cerca de una hora, en que usted idealmente no podrá moverse, por lo que se sugiere tenderse lo más cómoda que

pueda y relajarse para facilitar la toma de muestra en el menor tiempo posible.

P ¿Es doloroso este procedimiento?

R En general no es un procedimiento muy doloroso, es más bien un procedimiento incómodo por la posición poco usual en que debe permanecer, pero de todos modos antes de comenzar el médico inyectará anestésico local previo al procedimiento y si usted necesita más infórmele al doctor para que la ayude a sentirse más comfortable.

P ¿Cómo es el procedimiento?

R Este procedimiento se realiza de los siguientes pasos:

1. Usted será recostada boca abajo en una camilla de examen móvil, quedando la mama afectada, ubicada holgadamente en el orificio o abertura diseñada para ello.
2. Luego esta camilla móvil, se eleva por sobre el médico y sus ayudantes, de tal manera que ellos pueden trabajar libremente por debajo de la misma. En uno o dos centros del país, la máquina tiene un sistema vertical, entonces usted podría estar sentada como si estuvieran tomándole una mamografía sentada.
3. La mama se comprime y se sostiene en la misma posición durante todo el procedimiento, por lo que no podrá cambiar de posición.
4. El médico le inyectará un anestésico local en la mama para adormecer la zona de biopsia.
5. Le tomarán algunas imágenes para ubicar la lesión a través de los rayos X en la pantalla del computador.
6. Se realiza una pequeña incisión u orificio en la piel, en el sitio donde se insertará la aguja para la biopsia.
7. Luego el radiólogo inserta la aguja y la hace avanzar hasta la ubi-

cación de la lesión sospechosa guiándose por las coordenadas proporcionadas por rayos X y la computadora.

8. Luego se tomarán nuevas imágenes por rayos X, para confirmar que la punta de la aguja se encuentre realmente dentro de la lesión.

9. Luego se extraen muestras de tejido por medio de un dispositivo asistido por vacío (BAV), el más conocido se llama Mammotome, que utiliza presión al vacío (como si succionara o chupara) para extraer el tejido de la mama a través de la aguja hasta la cámara de muestreo. Sin necesidad de retirar ni reinsertar la aguja, porque la misma aguja rota de posición y recoge muestras adicionales.

10. Por lo general, se extraen de 8 a 10 muestras de tejido circundante a la lesión.

11. Una vez extraídas todas las muestras necesarias, se retira la aguja y cubre el orificio con una gasa estéril (muy limpia para evitar infecciones).

12. Se tomará una serie final de imágenes para evaluar eventuales complicaciones.

Por lo general se ubica un pequeño marcador clip metálico, en el sitio de biopsia para que pueda ser localizado en el futuro de ser necesario. Una vez finalizada la biopsia, se ejerce presión, ojalá con frío, para detener cualquier sangrado y se cubre la incisión en la piel con un vendaje. No se necesitan suturas. Se puede realizar una mamografía para confirmar la correcta ubicación del marcador.

P ¿Cuánto demora el procedimiento?

R Todo el proceso tomará aproximadamente una hora, pero el procedimiento de extracción de muestras propiamente tal, sólo toma unos cuantos minutos.

P ¿Cuáles son los cuidados posteriores?

R Inmediatamente después, usted debe hacer un breve reposo con una compresa de hielo en el área biopsiada, para favorecer una pronta cicatrización y disminuir el hematoma o moretones.

Después de terminado el reposo con frío local, usted debería volver a casa a descansar y podría poner frío local repetidas veces cada 1 o 2 horas por 10 minutos durante el resto del día.

Se recomienda no hacer ejercicios o realizar actividades que requieran fuerza por lo menos 3 días después del procedimiento y deberá ir a control a las 24 o 48 horas después, dependiendo de la normas del centro de imagenología donde se realizó el procedimiento.

En caso de dolor, generalmente se indica sólo Paracetamol, porque no podrá usar aspirina ni antiinflamatorios por al menos 7 días posteriores, ya que estos alteran la función de las plaquetas aumentando la posibilidad de hematomas o sangrados.

Aunque todo el procedimiento se realiza con técnica estrictamente estéril para evitar infecciones, usted debe saber que siempre existe algún riesgo de infección, por lo tanto procure:

- Cuidar la zona manteniendo limpio y seco el parche.
- Seguir todas las indicaciones dadas por el médico, tecnólogo o enfermera del centro donde se haya realizado la biopsia.
- Acudir al control el día y la hora indicada.
- En caso de aparecer dolor en la mama, fiebre o malestar general, llame al centro o acuda personalmente para ser evaluado prontamente por un profesional.

P ¿Para qué se realiza la marcación preoperatoria de las microcalcificaciones?

R El médico cirujano especialista en patología mamaria, para extirpar las microcalcificaciones en la cirugía, deberá tenerlas previamente ubicadas a través de una mamografía, ya que estas lesiones no se palpan ni se ven a simple vista.

P ¿Cómo es la técnica de marcación preoperatoria de las microcalcificaciones?

R El radiólogo busca las “coordenadas” de la ubicación de las microcalcificaciones dentro de la mama por mamografía, ya sea convencional (tradicional) o digital, y siguiendo algunos procedimientos específicos deja un alambre especial, llamado “aguja de Kopans”, cuya punta tiene forma de gancho, colocada lo más cercano posible a las microcalcificaciones.

Este procedimiento requiere de mucha precisión y adiestramiento. El radiólogo emite un informe y toma algunas placas o fotos de mamografía para que el cirujano sepa exactamente cuál es la relación de posición entre las microcalcificaciones y la aguja de Kopans.

El cirujano al operar va siguiendo esta aguja y al llegar a su punta saca todo el tejido de alrededor.

Este procedimiento debe hacerse en un tiempo lo más cercano posible al momento de la operación, ojalá justo antes para evitar que la aguja de Kopans se mueva dentro de la mama y se desplace del lugar indicado, especialmente en las mamas grasas.

P ¿Para qué se realiza la marcación preoperatoria de los nódulos no palpables?

R Cuando existen nódulos no palpables, sospechosos o confirmados de malignidad, también será necesario “marcarlos” antes de operar, para facilitar el trabajo del cirujano.

Este procedimiento también es realizado por el radiólogo especialista en mama, quien decidirá en que examen radiológico se apoya para ejecutarlo, optando por la mamografía, ecografía o más raramente la RNM. Habitualmente se usa la ecografía que permite ver mejor los nódulos y ofrece una guía en tiempo real, es decir, permite ver segundo a segundo como se va realizando la marcación.

P ¿Cómo es la técnica de marcación preoperatoria de los nódulos no palpables?

R El radiólogo ubica el nódulo no palpable dentro de la mama por ecografía y siguiendo algunos procedimientos específicos deja un alambre especial, llamado “aguja de Kopans”, (la misma que se usa para marcar microcalcificaciones que tiene su punta con forma de gancho), colocado ojalá atravesando el nódulo en estudio.

Realizado bajo ecografía resulta un procedimiento rápido y limpio, ya que se va viendo en cada instante como va avanzando este alambre. El radiólogo emite un informe y toma algunas placas o fotos de ecografía para que el cirujano sepa exactamente cuál es la relación de posición entre el nódulo no palpable y la aguja de Kopans. El cirujano al operar va siguiendo esta aguja y al llegar a su punta saca todo el tejido de alrededor.

P ¿Es molesto o doloroso la marcación preoperatoria?

R Normalmente no duele, usted sólo sentirá un pequeño pinchazo en la piel, menos que la molestia que le ocasiona una extracción de sangre. El desplazamiento de la aguja con el alambre dentro de la mama no es molesto por lo general, incluso no requiere habitualmente de anestesia. Esta última puede ser a veces hasta contraproducente, porque puede desplazar las microcalcificaciones o nódulo no palpable y otras veces puede alterar la imagen de la lesión que se quiere marcar.

P ¿Cuánto demora la marcación preoperatoria?

R Eso depende de si se hace bajo mamografía o ecografía, cuando se marcan microcalcificaciones por mamografía resulta más largo aproximadamente cerca de una hora, porque el número de imágenes requeridas es mayor. Cuando se marcan nódulos u otras alteraciones no palpables por ecografía, la marcación resulta más corta, de 15 a 30 minutos.



**PREGUNTAS EN RELACIÓN
AL TRATAMIENTO
DEL CÁNCER DE MAMA.**

P Ahora que el médico sabe qué tipo de tumor tengo ¿Qué tratamiento haré primero?

R El equipo médico evaluará su edad, el estadio y el informe definitivo de la biopsia y decidirá cuál es su mejor opción de tratamiento y qué tratamiento es más importante que usted reciba primero. Recuerde que no siempre se comienza con cirugía, usted podría empezar con quimioterapia, Radioterapia u Hormonoterapia, para luego continuar con otro tipo de tratamiento.

Algunos pacientes eventualmente pueden requerir solamente “Cuidados Paliativos”.

P ¿Puedo yo elegir mi tratamiento?

R Usted no puede elegir su tratamiento, porque no tiene los conocimientos científicos para ello, recuerde que el oncólogo es un médico muy especializado que ha estudiado más de 10 años, lo más probable es que este profesional si tiene 2 opciones igualmente buenas para usted le dé a elegir cuál de ellas usted prefiere, si no le da esta opción es porque tiene claro cuál es la terapia que usted debe comenzar a la brevedad.

P ¿Cuánto tiempo puedo esperar para empezar el tratamiento?

R Algunas mujeres creen necesitar tiempo para pensar en la enfermedad y tiempo para decidir hacerse el tratamiento, si usted es una de ellas debe saber que:

- El cáncer de mama como la mayoría de estas enfermedades tiene un curso natural, o sea una vez que aparece no va a detenerse espontáneamente o por sí sola, sino que sigue progresando o avanzando si usted no hace nada por detenerlo.
- El cáncer de mama tiene muchas probabilidades de mejorarse, pero

para ello, está comprobado que debe someterse a todos los tratamientos que el doctor estime necesario.

- Mientras ante comience su tratamiento, antes lo terminará y probablemente más posibilidades de curarse usted tendrá.
- Existen numerosas terapias que pueden complementar el tratamiento médico tales como reiki, algunas hierbas o terapias naturales, yoga, flores de Bach, etc. Todas alternativas que pueden ayudarla a sentirse mejor y que probablemente su médico autorizará. Sin embargo estos tratamientos no reemplazan al tratamiento médico que está probado científicamente desde hace muchos años.
- Atrévase, tenga fe en que usted es capaz de sobrellevar este tratamiento y acuérdesse que usted saldrá fortalecida de esta enfermedad.
- ¡No pierda más tiempo y acuda al médico ahora!

P ¿Qué pasará si yo no me hago tratamiento?

R Como ya le explicamos la enfermedad tiene un curso natural, por lo tanto si nada la detiene seguirá creciendo e invadiendo la parte cercana a la mama y formando metástasis en otros órganos hasta provocar la muerte. Ahora bien, algunas pacientes solas, mayores o con depresión, consideran la muerte como una opción válida, pero lo que ellas no saben es que sin tratamiento, la muerte por cáncer de mama no es un proceso fácil y sin dolor, sino más bien todo lo contrario, por eso es que siempre es recomendable algún tipo de tratamiento, aunque sea sólo un tratamiento del dolor y cuidados paliativos, que tienen por objetivo principal, conservar lo mejor posible la calidad de vida, o garantizar lo que llamamos, “un buen morir”.

P ¿Se puede hacer 2 o más tratamientos al mismo tiempo?

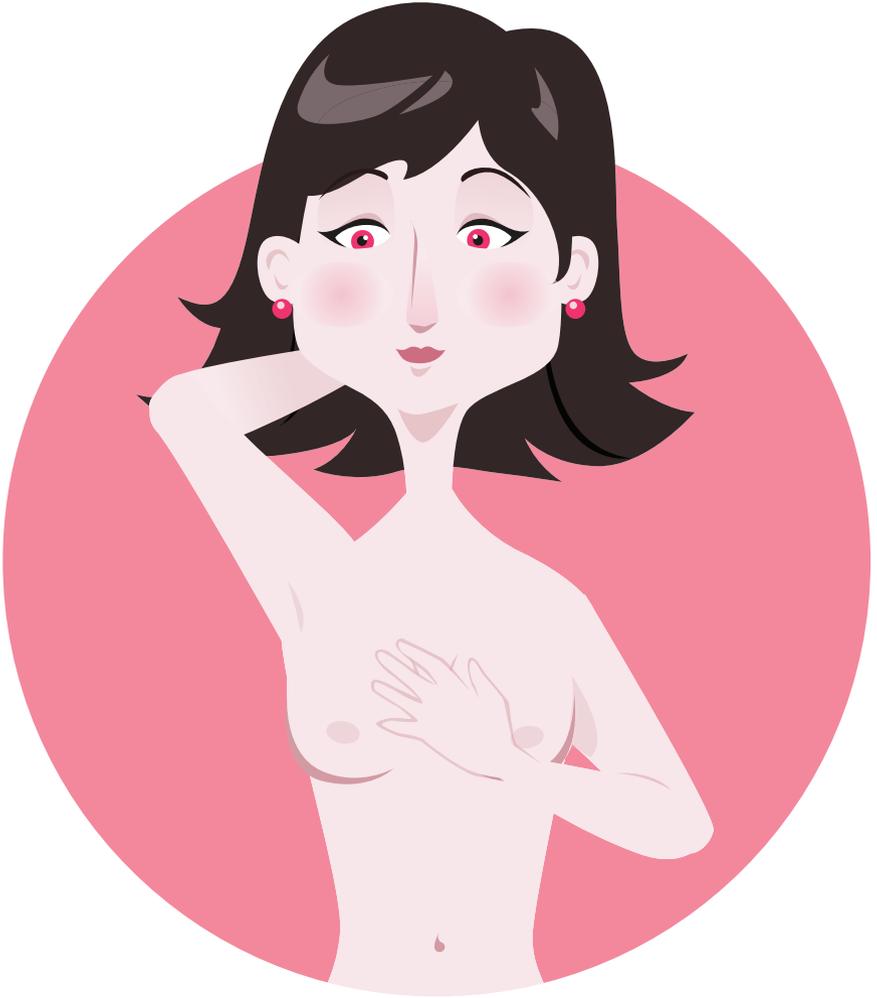
R No, no se puede realizar 2 o más tratamientos concomitantes, como por ejemplo haciendo quimioterapia e irradiándose al mismo- porque los tratamientos compiten entre sí lo que impediría sacarle el máximo de provecho a cada uno.

P ¿Qué tratamiento es mejor?

R ¿Para qué? o ¿para quién? Recuerde que el tratamiento del cáncer de mama es elegido individualmente, el mejor para una persona no necesariamente es el mejor para usted. Además cada tratamiento tiene un objetivo diferente por ejemplo la cirugía y la radioterapia son para el control local y la quimioterapia y la hormonoterapia entre otros son para el control sistémico de la enfermedad.

P ¿Es verdad que a veces los tratamientos provocan una aceleración de la enfermedad?

R Los diferentes tipos de tratamientos que se utilizan para combatir el cáncer de mama, han sido mundialmente "probados" y científicamente confirmado que son beneficiosos para su salud y NUNCA provocarán más daño ni tampoco potenciarán a las células malignas para que se multipliquen o formen metástasis en otros órganos.



**PREGUNTAS SOBRE EL
CONTROL Y SEGUIMIENTO
DEL CÁNCER MAMARIO**

P ¿Por qué es tan importante el control y seguimiento?

R Es importante que usted continúe en control con su equipo médico, porque aunque haya hecho todo el tratamiento indicado existe la posibilidad que la enfermedad reaparezca.

P ¿Cuáles son los objetivos del seguimiento?

R El objetivo de los controles periódicos es detectar precozmente, evidencias de enfermedad en la mama tratada, en la pared torácica o en otras zonas del cuerpo.

P ¿Con qué médico debo controlarme?

R El ideal es que se controle en forma alternada con cada médico del equipo que la ha atendido, es decir: un control con el oncólogo médico, el siguiente con el radioterapeuta y el posterior con el cirujano.

P ¿Cada cuánto tiempo debo controlarme?

R La periodicidad de los controles dependerá de los años que han transcurrido desde que terminó el tratamiento. Los primeros 3 años desde que terminó su tratamiento, usted debería ser evaluada por un médico especializado cada 3 a 6 meses. Los siguientes 2 años, los controles médicos deberían ser cada 6 a 12 meses. Después de los 5 años, los controles deberían ser anuales.

P ¿Por cuánto tiempo estaré en control médico?

R Se sugiere que los controles médicos deberían continuar por muchos años o mientras usted viva.

P ¿En qué consiste el control médico?

R El control médico consiste principalmente en la evaluación que hace el médico a través del examen físico, para pesquisar cambios o signos que puedan sugerir que la enfermedad ha vuelto. Muchos estudios confirman que no es necesario hacer exámenes radiológicos o de sangre en cada control, salvo cuando corresponda la mamografía anual o cuando aparece algo sospechoso.

P ¿Qué exámenes me solicitará el doctor?

R La mamografía anual es el examen que seguramente solicitará su doctor, sin embargo sólo si el examen físico sugiere algo, podría indicar algún examen, como una ecotomografía mamaria, en caso de que las mamas sean muy densas y en algunos casos una resonancia nuclear magnética mamaria, para descartar o confirmar el diagnóstico.

P ¿Por qué el doctor no me pide exámenes?

R Muchas pacientes durante el seguimiento les gustaría que su doctor les pidieran muchos exámenes, “todos los que sean necesarios” para estar tranquila.

Sin embargo, usted debe saber que muchos estudios científicos, avalan la recomendación que el examen físico realizado por un profesional especializado más la mamografía anual sería suficiente.

Se ha comprobado que si usted se siente bien, está sin molestias, no

sería necesario hacer exámenes de sangre como hemogramas, pruebas hepáticas, marcadores tumorales, etc., ni tampoco radiografías de tórax, ecotomografía o TAC de tórax, abdomen y pelvis, cintigramas óseos, RNM, etc.

Esos exámenes sólo se justifican si usted presenta alguna molestia, dolor localizado, problema para respirar, etc.

P ¿Yo debo examinarme también?

R Claro que sí, por ello es muy importante que usted se mire y conozca detalladamente, cómo quedó la zona mamaria después de todo el tratamiento.

Una vez que ya conoce y ha palpado la zona mamaria, está en condiciones de cooperar con el equipo médico en el control y seguimiento de su enfermedad.

P ¿Es importante que yo me examine las mamas?

R Sí es muy importante que usted se comprometa a realizar mensualmente el autoexamen, porque a través del adiestramiento en esta técnica, usted podrá detectar inicialmente algunos cambios o síntomas de una lesión maligna.

Al hacer el autoexamen, sus mamas estarán permanentemente más vigiladas y no sólo cuando corresponda el control médico.

P ¿Es normal que yo no quiera mirarme las cicatrices?

R Puede ser esperable que usted evite mirarse la zona operatoria, especialmente cuando está recién operada, pero es necesario vencer esa sensación y comprometerse desde ya con el autocuidado.

Atrévase y mírese la zona mamaria, si le cuesta tocarse, porque siente

una extraña sensación, relájese y suavemente desplace los dedos para conocer cómo se sienten los tejidos de la zona.

P ¿Cuándo debo examinarme?

R Si usted aún presenta ciclos menstruales, debe realizar el autoexamen los días en que la mama está más desocupada, es decir los días 10 de cada ciclo, por ejemplo si a usted le llegó la regla el día 5 de Septiembre, deberá examinarse el día 15.

Si usted no tiene reglas porque fue operada de una histerectomía (extirpación del útero) pero conserva sus ovarios, debe fijarse en la congestión mamaria, el día en que las mamas están más congestionadas será la señal para asignar ese día como día 1, debiendo examinarse al día 10.

P ¿Si ya no tengo reglas cuando debo examinarme?

R Si usted no tiene reglas porque se discontinuaron durante la quimioterapia, porque como parte del tratamiento necesitó extirpar o provocar la anulación de los ovarios, o simplemente estaba en menopausia, debería elegir un día del mes para hacer el autoexamen, pero siempre debe ser en la misma fecha del mes, de tal manera que conozca qué es normal en sus mamas y qué no, o qué cambio nota respecto al mes anterior.

P ¿Qué debo buscar en mi mama operada?

R Si usted fue operada de una cirugía parcial para extirparle un tumor, es necesario examinar la cicatriz misma, la zona que la rodea, toda la mama y la zona axilar:

Póngase frente a un espejo y mírese detalladamente sus mamas.

Conozca bien la forma de su cicatriz, ¿está igual, más lisa o hundida, más hinchada o con pequeños abultamientos, o más arrugada que el mes anterior?

Fíjese en la coloración ¿está con la misma coloración rosada, roja o café oscura que el mes anterior, o bien, presenta lesiones enrojecidas como espinillas en el trayecto o en un extremo, o se ha enrojecido como si estuviera hinchada o inflamada?

Palpe su cicatriz, es importante conocer cómo se siente a la palpación, ¿está igual de dura que antes, menos dura o francamente más endurecida?

Fíjese en la sensibilidad, ¿está menos sensible, igual, más sensible o más dolorosa a la palpación?

La zona alrededor de la cicatriz ¿está igual, más hundida o retraída o al revés se ha hinchado?

La zona alrededor ¿se ha puesto más roja, tiene lesiones como espinillas o pequeños porotitos que antes no tenía?

La mama ¿presenta en alguna zona “piel de naranja”, una vena dilatada o gruesa, o se ha puesto caliente, dolorosa, “pesada” como infectada?

La mama después de la radioterapia suele quedar más fija a la pared (“más parada”), pero ahora ¿usted la nota diferente, más tirante o igual?

La piel de la mama ¿está indemne o “sanita”? o ¿está irritada, con lesiones descamativas o con pequeñas heridas?

P ¿Qué debo buscar en la zona donde estaba mi mama?

R Si a usted le hicieron una mastectomía total o radical, debe mensualmente examinar la cicatriz operatoria y la piel de la pared torácica.

Además de observar en la cicatriz de la herida operatoria, las mismas características que las sugeridas anteriormente para la cicatriz de la mastectomía parcial, usted debería observar:

La piel de la zona mamaria ¿está igual, más hundida o retraída o al revés, se ha hinchado?

La piel de la zona mamaria ¿se ha puesto más roja, tiene lesiones como espinillas o pequeños porotitos que antes no tenía?

La piel de la zona mamaria, ¿presenta “piel de naranja”, se notan más los capilares y venas, ha tomado un tono oscuro, como moretones?
La piel de la mama ¿está indemne o “sanita”, está irritada, con lesiones descamativas o pequeñas heridas?

P ¿Qué debo buscar en la zona axilar?

R Como usted ya sabe la técnica del autoexamen mamario incluye la axila y las personas que ya han sido tratadas por esta enfermedad, deben ser especialmente cuidadosas al palpar esta zona.

Aunque al momento de ser diagnosticada su enfermedad, no haya sido necesaria la extirpación de ganglios, igual que las pacientes con estudio de ganglios centinelas o disección axilar deben examinar mensualmente la axila.

De pie, frente al espejo mírese la axila, usted ya conoce como quedó después del tratamiento, ¿está igual? ¿o la nota más hinchada o enrojecida?, ¿la piel está sana o presenta pequeñas lesiones o heridas?

lesiones pequeñas heridas conozca cómo quedó, palpe la cavidad o el espacio que se forma en la axila cuando usted tiene el brazo colgando, ¿Palpa durezas o ganglios?

Luego repita el examen estando tendida en la cama, con un brazo detrás de la mama, palpe suavemente la axila y mire la piel ¿Tiene alguna lesión en la piel?, ¿Hay una zona sensible que antes no molestaba?

P ¿Qué debo buscar en mi mama sana?

R En la mama contralateral usted debe buscar signos de lesión maligna recordando aquel signo como se presentó el cáncer en su otra mama o como:

Nódulo mamario palpable más duro a la palpación que el tejido normal de la mama, de límites difusos, adherido o no a la piel, de superficie

rugosa o no lisa.

Retracción de la piel, enrojecimiento de una parte de la mama, piel de naranja, venas más visibles, etc.

Retracción, lesiones o heridas en el pezón.

Ganglio palpable en la axila.

P ¿Cómo debo examinarme?

R Usted debe examinarse con los 3 dedos centrales de la mano contraria, arrastrándolos en forma circular por la mama hasta llegar al pezón.

P ¿Cómo es la técnica del autoexamen?

R El autoexamen comienza en la ducha, las manos con jabón se desplazan fácilmente desplazándose por toda la mama o zona mamaria sin levantar los dedos de la superficie.

- Ubíquese frente al espejo y mírese la zona mamaria, observando cambios y buscando los signos que anteriormente señalamos. Gire en cuerpo para mirarse a cada lado, luego levante la mama para mirar el pliegue, de tal manera que no deje zona sin mirar.
- Luego, tiéndase en la cama ponga una almohada debajo de la espalda para levantar el tórax, ponga el brazo derecho detrás de la cabeza para examinar la mama izquierda y luego cambie para examinar la otra mama. Recuerde que debe comenzar palpando la axila y luego proseguir palpando en forma circular hasta llegar al pezón, sin levantar los dedos centrales de la superficie.
- No olvide examinar toda la mama, incluso la región posterior del pezón que generalmente se evita.
- Además el autoexamen mamario, debe incluir la maniobra de apretar con los dedos índice y pulgar el pezón, para descartar salida de líquido claro o sanguinolento.

Nota: Ver gráfica animada en el sitio web www.elcancerdemama.cl

P ¿Por qué debo hacer el autoexamen si voy siempre a mis controles médicos?

R Porque como anteriormente le señalamos, los controles médicos al principio serán más frecuentes pero luego van distanciándose hasta llegar a ser anual por el resto de su vida.

Por lo tanto, durante estos meses usted al examinarse, podría detectar algún cambio sospechoso y adelantar la hora del próximo control. Recuerde que es usted tan responsable como su equipo médico en el seguimiento y control.

P ¿Por qué debo hacer el autoexamen si me sacaron la mama?

R Usted debe saber que a pesar de haber sido operada por un equipo médico especializado, para extirparle toda su mama, siempre existe el riesgo de que en la pared o en la axila reaparezca una lesión maligna. Por tal razón, mensualmente debe examinarse.

P ¿Por qué debo ir a control médico si me he sentido tan bien?

R Probablemente usted antes de enfermarse también se sentía bien, sana, porque esta enfermedad cuando está sólo localizada en la mama, no da síntomas generales que pudieran advertir que se está enfermando. Por ello, es necesario que adquiera la rutina del autocuidado.

P ¿Es normal sentir temor cuando voy a control?

R Muchas mujeres refieren temor o experimentan angustia cuando corresponde el control médico, especialmente en los primeros controles, es esperable que eso le ocurra.

Si esa angustia le impide solicitar la hora o visitar al médico, es necesari-

rio que lo converse con algún familiar o amiga para buscar ayuda.

Nota: La corporación Yo Mujer tiene a su disposición un grupo de voluntarias y profesionales que pueden ayudarla a superar este problema.

P ¿Cada cuánto tiempo debo ir al ginecólogo?

R Usted como toda mujer sana debe ir anualmente al ginecólogo, sin embargo es probable que su ginecólogo ante algún hallazgo solicite verla antes por ejemplo a los 6 meses. Otros especialistas en oncología estiman que las pacientes tratadas por cáncer de mama, deberían ir al ginecólogo especialista en esta área, sólo si presentaran metrorragia o sangramiento vaginal

P ¿Cuándo debo hacerme la mamografía de control?

R Los estudios científicos confirman que usted no necesita hacer mamografías frecuentemente, sino que al cumplir un año de la mamografía en que se confirmó la enfermedad, (siempre y cuando hayan pasado 6 meses de terminada la radioterapia).

P ¿Cuán importante es hacer la mamografía de control en la fecha correspondiente?

R Obviamente que es muy importante no posponer la mamografía de control por temor a que aparezca “algo”, porque este examen es capaz de pesquisar lesiones mínimas antes que la enfermedad se haga evidente. Además permitiría hacer el diagnóstico del cáncer de mama contralateral, en etapas más temprana que la etapa en que se diagnosticó su cáncer.

P ¿Con qué examen me controlarán la mama reconstruida?

R Lo más importante para controlar la mama reconstruida, es el examen físico que practicará su médico periódicamente, sin embargo, es probable que solicite exámenes radiológicos como mamografía, ecotomografía o resonancia nuclear de mama.

P ¿Se puede tomar mamografía a la mama reconstruida?

R Algunos equipos de salud toman mamografía a las mamas reconstruidas, aunque la mayoría de los médicos prefieren controlar con una ecotomografía mamaria. Otro examen que puede aportar información o usarse en caso de dudas es la resonancia magnética de mama. Su médico indicará el examen que le dé más confianza para controlar su mama.

P ¿Cuándo debo llamar o ir al doctor aunque no tenga control?

R Usted debería ir al doctor, si en el autoexamen mensual detecta algo sospechoso, o si repentinamente, en la zona mamaria presenta un nódulo o dureza, amanece caliente, dolorosa a la palpación, con sensación de peso como infectada, o bien si en la axila se palpa un ganglio o una dureza, o si al mover el brazo, aparece una molestia o dolor en el hueco axilar. Además si usted siente algunas molestias como dolor localizado y permanente en los huesos, malestar a nivel abdominal o pélvico, aumento de volumen abdominal o se siente hinchada, sin apetito, decaída. Cuando presenta molestias para respirar, tos persistente especialmente al acostarse, cansancio excesivo en las actividades normales para usted, dolor permanente y en aumento en la una pierna o si repentinamente le falta el aire y tiene una gran dificultad para respirar.

P ¿Podré vivir tranquila después de esta enfermedad?

R Muchas pacientes creen que su vida cambiará para siempre, que ya no volverá a ser la misma y efectivamente tienen razón porque su vida debería ser mejor que antes, disfrutando más de las cosas que tiene a su alrededor, de sus seres queridos, de su hogar, de su trabajo, etc. Manteniendo una alimentación sana, equilibrada con un estilo de vida saludable, haciendo una actividad física regularmente para evitar el sobrepeso.

Agradeciendo esta otra oportunidad de vivir.

P ¿Qué podría pasar si me descubren otra vez el cáncer?

R Si aparece nuevamente la enfermedad, no se angustie porque el equipo médico hará todo lo posible para ayudarla, evaluará su caso, revisará todo su tratamiento y discutirá probablemente en un comité oncológico qué pueden ofrecerle.

Previamente podrían solicitar una biopsia de la lesión sospechosa, para conocer las características de la lesión y decidir cuál es el mejor tratamiento, cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia, terapia biológica o cuidados paliativos.

Usted debe estar tranquila porque, como el cáncer de mama es una de las enfermedades más frecuentes en el mundo, los países desarrollados invierten mucho dinero en hacer investigación, descubrir nuevos tratamientos, cada vez más individualizados para cada persona.

Con el desarrollo de la ciencia, ya llegará el día en que la enfermedad sea curada o erradicada, mientras tanto nos cuidamos, para detectarla precozmente y si vuelve, para enfrentarla más preparada, con mayor información y seguridad que lo que estoy recibiendo es lo que corresponde al conocimiento actual.



**PREGUNTAS SOBRE
BENEFICIOS DEL
CÁNCER DE MAMA COMO
ENFERMEDAD GES-AUGE**

P ¿Qué es el GES-AUGE?

R El programa de salud llamado GES, que recibe este nombre por las siglas de Garantías Explícitas de Salud, es un complejo mecanismo que permite al Estado chileno, otorgar prestaciones específicas, en ámbitos prioritarios para las personas y la salud pública nacional. AUGE, significaba Acceso Universal con Garantías Explícitas en salud, es parte de GES y tiene que ver con el acceso universal para todas las personas.

P ¿Cuándo fue creado?

R Este programa fue establecido como derecho por la ley N° 19.966, exigible a partir del 1° de Julio del año 2005, bajo el gobierno de don Ricardo Lagos Escobar.

P ¿Para qué fue creado?

R Fue creado como programa de gobierno para garantizar según derechos establecidos por ley, el acceso a la salud y protección financiera a la población chilena, sin importar si la paciente es de FONASA o de alguna ISAPRE.

P ¿Para qué sirve?

R Es una garantía por ley –para todos los beneficiarios de Fonasa e Isapres- atención de salud sin discriminación, con plazos conocidos y adecuados, con estándares de calidad iguales para todos y con protección financiera. El AUGE está diseñado para que el impacto en el presupuesto familiar sea justo.

P ¿Quiénes son los beneficiarios?

R Toda mujer de 15 o más años de edad, perteneciente a Fonasa o Isapre, con sospecha de cáncer de mama o con franca enfermedad:

- Mamografía sospechosa: BI-RADS 4 o 5,
- Ecotomografía sospechosa: BI-RADS 4 o 5,
- Examen físico de mama compatible con Probable Patología Maligna (PPM):

P ¿Qué beneficios otorga a las pacientes con sospecha o cáncer de mama?

R Las pacientes:

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

P ¿Cuáles son los plazos que debo tener en cuenta?

R Los plazos para la paciente son:

- Al visitar el consultorio, la paciente tiene 30 días para ver a un especialista.
- Luego de visitar el especialista, los exámenes deben ser tomados en un plazo de 45 días.
- Si se confirma el cáncer, hay 45 días para que el grupo de profesionales tome la decisión y convenga un tratamiento.
- Pasados los 90 días de tratamiento, la paciente tiene acceso a visitar un especialista para el estudio de su evolución.

P ¿Si yo me palpo un tumor qué debo hacer?

R Debe acudir al consultorio para solicitar hora con la matrona. Advierta en la ventanilla que usted se ha palpado una lesión.

P ¿Qué debería hacer la matrona si en el control me palpa un tumor?

R La matrona encargada del control, si palpa alguna lesión sospechosa, la derivará con o sin mamografía a la Unidad de Patología Mamaria, UPM, o al especialista, el cual hará una evaluación de riesgo y confirmación diagnóstica.

P ¿Cuánto tiempo debo esperar para ser atendido por un médico especialista?

R El tiempo de espera para ser evaluada por un especialista, dependerá de la disponibilidad de horas, pudiendo ser llamada para concurrir a la unidad de patología mamaria dentro de los próximos 30 días (días corridos), en otras palabras, GES le garantiza que usted será atendida antes de los 30 días, desde que fue vista por la matrona o médico del consultorio.

P ¿Dónde atiende el médico especialista en enfermedades de la mama?

R Los médicos especialistas en patología mamaria llamados mastólogos, atienden en una unidad especializada llamada Unidad de Patología Mamaria, UPM.

P ¿Dónde se ubican estas Unidades de Patología Mamaria?

R Estas unidades generalmente se ubican dentro del hospital correspondiente a su área, o bien en un edificio de atención ambulatoria adosado al hospital.

P ¿Cuánto se demorarán en hacerme los exámenes?

R Es probable que la matrona o médico del consultorio, le dé la orden para tomar la mamografía, de tal manera que cuando corresponda su hora en la UPM ya puedan disponer de ella.

Si el médico especialista solicita exámenes el servicio, dispone de un plazo máximo de 45 días para tomarlos.

P ¿Una vez que están los exámenes qué me pueden indicar?

R Lo más probable es que una vez que haya completado sus exámenes, si se descarta o se confirma que su problema es benigno volverá a sus controles habituales según riesgo. En cambio, si se confirma que tiene un cáncer, se evaluará en una junta médica denominada comité oncológico.

P ¿Cuánto tiempo deberé esperar para comenzar mi primer tratamiento?

R Una vez que el equipo de especialistas ha resuelto cuál será su primer tratamiento, usted debería iniciarlo antes de los 45 días posteriores a esa fecha.

P ¿Qué puedo hacer si no se respetan esos plazos máximos?

R Si no se respetan esos plazos máximos, solicite hablar con la matrona de la UPM, con el médico que la atendió o con la enfermera encargada del programa GES de su hospital. O pida ayuda en:

- La Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) ubicada en consultorios, centros de salud, hospitales, servicios de salud y secretarías regionales ministeriales de salud.
- El servicio “Salud Responde”: 600 360 77 77
- Las oficinas de Fonasa en todo el país, llamando al teléfono

600 360 3000 o en la página web www.fonasa.cl

Las oficinas de la Superintendencia de Salud o en la página web www.superdesalud.cl

P ¿Qué otros beneficios me garantiza GES?

R El programa GES, garantiza los recursos económicos para que su hospital pueda solventar esos gastos, para entregar las atenciones necesarias, o bien para “comprar” las atenciones en otros centros o unidades externas, de tal manera que se respeten los plazos establecidos por ley.

P ¿Cuáles son los costos del tratamiento?

R Para las pacientes de FONASA de los tramos A y B el programa cubre 100% todos los costos del tratamiento. También hay gratuidad para las pacientes que tengan 60 años o más. Además para el tramo C y D, hay un copago del 10% y 20% respectivamente, del valor del arancel de todo el tratamiento.

P ¿El programa GES también rige para los pacientes de ISAPRES?

R Como anteriormente señalamos el programa GES o de Garantías Explícitas en Salud rige para toda mujer chilena mayor de 15 años afectada por esta enfermedad.

En otras palabras, las pacientes del sistema privado también gozan de este beneficio, independiente del plan de salud o Isapre a que pertenecen.

P ¿Cómo se aplican estas garantías para los pacientes de ISAPRES?

R Las pacientes beneficiarias del sistema privado de salud, además de pagar la cantidad correspondiente al 7% del sueldo, pagan un costo

adicional al plan para financiar este programa.

Estas pacientes son atendidas en la red de salud de la ISAPRE y derivadas a una clínica de esta red, según el plan de salud contratado.

P ¿Qué debe hacer la paciente de Isapre si se palpa un nódulo?

R Si usted se palpa un nódulo mamario, puede consultar con su médico quien solicitará los exámenes correspondientes o bien, derivará a un médico especialista en patología mamaria.

P ¿Si ya me operé de cáncer de mama puedo acogerme al programa GES de mi Isapre?

R Idealmente es que, desde el momento del diagnóstico o sospecha usted sepa que existe este beneficio, por el cual paga mensualmente. Usted puede acogerse en cualquier momento a este programa. Para ello acuda a su isapre con el certificado o informe del médico que la atendió, idealmente con la biopsia o una copia de ella y todos los exámenes que ya se ha tomado.

La Isapre le asignará un especialista que junto a un equipo médico, se hará cargo de su caso.

P ¿Puedo seguir atendiéndome con mi médico que es especialista en mamas teniendo Isapre?

R Si puede, pero ocupando su plan convenido con su Isapre. Lo importante es que usted debe saber, que puede activar su plan AUGE en cualquier momento de su tratamiento. Por ejemplo, si se opera con su médico particular, posteriormente puede hacerse la quimioterapia a través del plan AUGE.

P ¿Es normal que tenga temor de acogerme al programa GES de mi Isapre?

R Obviamente que puede ser esperable sentir cierta resistencia a cambiar su médico tratante y es frecuente escuchar a algunas pacientes expresar cierto temor o aprehensión.

Esto no tiene razón de ser, porque usted no quedará a la deriva, al contrario, habrá una red de salud a su disposición y su nuevo equipo médico, de ser necesario alguna información adicional, fácilmente se pueden poner en contacto con su médico anterior.

Aproveche el beneficio que la ley chilena otorga a las mujeres de su país.

P Si estando en Isapre me diagnostican un cáncer de mama ¿puedo cambiarme a Fonasa?

R Si a usted le diagnosticaron o ya está siendo tratado por cáncer de mama, con un médico o centro de salud privado, puede cambiarse a Fonasa sin problema alguno. Para ello, debe acercarse al consultorio correspondiente a su domicilio y pedir hora para su atención, si es necesario, informe su situación para agilizar los trámites.

Idealmente lleve un informe del médico tratante y todos los exámenes que tenga.

P ¿Si no soy beneficiaria de Isapre ni Fonasa qué puedo hacer?

R Si usted no está afiliada o no es beneficiaria de Fonasa ni de Isapre, también tiene derecho a este programa, acuda al consultorio más cercano a su domicilio y solicite hora con la matrona.

Puede aprovechar el momento, para afiliarse a FONASA, acérquese a cualquiera de sus oficinas y exponga su situación, o bien llame al teléfono 600 360 3000 para solicitar información. Así podrá acceder a todos los beneficios, incluidos todos los beneficios para cáncer de mama.

La única excepción para no ser beneficiada por el programa GES, se da en los pacientes afiliados o beneficiarios a instituciones de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y Carabineros, tales como: DIPRECA O CAPREDENA. Estas personas por ley, se rigen por su propio sistema de salud.

LINKS DE INTERÉS

Para mayor información sobre cáncer de mama y sus tratamientos, puede contactarse con los siguientes links:

www.nci.gov/espanol

www.medlineplus.gov

www.minsal.gob.cl

www.mastologia.cl

www.cancerología.cl

www.sochradi.cl

www.fonasa.cl

www.corporaciónyomujer.cl

no es lo mismo
cáncer de mama
que el cáncer de
MAMÁ

— WWW.ELCANCERDEMAMA.CL —



FLORES.

