

RESULTADOS DE LA INTEGRACIÓN DE LAS DISTINTAS SUBESPECIALIDADES EN UN CENTRO MAMARIO

Experiencia inicial del Centro Mamario del Hospital Universitario Austral

Ignacio Mc Lean,* Darío Schejtman,** Julián Mosto,*** Claudio Paletta,****
Jorge Chiozza,***** Eduardo Beccar Varela,* Marta Sanguinetti,** Mónica Varela,****
Carlos Donoso,***** Vanina Bastacini,** Diana Montoya,*
Roberto Bitton,**** Leonardo Mc Lean *

RESUMEN

Luego del desarrollo de los centros o unidades de mama a nivel mundial, en octubre de 2006 el Hospital Universitario Austral crea el Centro Mamario. El objetivo de este trabajo es comunicar los resultados que se obtuvieron en los primeros 5 años de trabajo multidisciplinario integrado. Se evaluaron en forma retrospectiva los cinco primeros años de funcionamiento del Centro Mamario del HUA. Para analizar el funcionamiento y resultados de los distintos procesos diagnósticos y terapéuticos se tuvieron como referencia los indicadores de calidad propuestos por EUSOMA, pudiendo cumplirlos en casi todos los ítems analizados, excepto en lo referente a la información pronóstica y de predicción completa (83,1% y 81,4%, para un mínimo del 95,0%) y en la indicación de radioterapia posmastectomía (79,4% para un mínimo de 90,0%).

Como conclusión, nuestros resultados iniciales comprueban que la coordinación e integración de los distintos servicios involucrados en forma de unidad o centro mamario, permitió la optimización de la calidad de atención de las pacientes con cáncer de mama.

Palabras claves

Centro mamario. Unidad de mama. Cáncer de mama.

SUMMARY

After the development of breast centers worldwide in October 2006 the Hospital Universitario Austral created the Breast Center. The objective of this presentation is to communicate the results obtained in the first 5 years of multidisciplinary integrated work. We evaluated retrospectively the first five years of the Breast Center of HUA. To audit various diagnostic and therapeutic procedures, we take as

* Servicio de Patología Mamaria, Hospital Universitario Austral.
** Servicio de Radiología Mamaria, Hospital Universitario Austral.
*** Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Austral.
**** Servicio de Oncología Clínica, Hospital Universitario Austral.
***** Servicio de Terapia Radiante del Hospital Universitario Austral.
Correo electrónico para el Dr. Ignacio Mc Lean: imclean@cas.austral.edu.ar

reference quality indicators proposed by EUSOMA, and we meet them in almost all items analyzed, except with regard to complete prognostic and predictive information (83.1% and 81.4% for a minimum of 95.0%) and in post-mastectomy radiotherapy indication (79.4% for a minimum of 90.0%).

In conclusion, our initial results prove that the coordination and integration of various services as a unit or breast center allowed optimization of the quality of care of patients with breast cancer.

Key words

Breast center. Breast unit. Breast cancer.

INTRODUCCIÓN

Las distintas etapas terapéuticas de las enfermedades de la mama como la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama requieren la interacción de distintos especialistas en diversos departamentos. Estos incluyen pero no se limitan, a cirujanos, oncólogos clínicos, radioterapeutas, radiólogos especializados, patólogos, cirujanos plásticos, kinesiología, psicología y enfermería.

Si bien estos servicios existen en la mayoría de las organizaciones sanitarias, suele ocurrir que trabajan en forma fragmentada o con poca comunicación entre ellos. Una mujer con sintomatología mamaria, y con la carga de estrés que esto implica, desde que solicita turno con un especialista, para luego realizar estudios específicos y obtener una opinión definitiva, suele tardar varias semanas. Este tiempo se prolonga significativamente si es necesario realizar otros estudios más sofisticados o biopsias percutáneas, demorándose muchas veces el inicio del tratamiento específico de tumores malignos. Así, muchas pacientes refieren la sensación de falta de continuidad en estas etapas, y peor aún, falta de unidad de criterios entre distintos subespecialistas.

Con el objetivo de optimizar la calidad de la atención brindada, adaptarla a adecuados estándares sanitarios, y por ende disminuir la mortalidad del cáncer de mama, hace más de 20 años surgió la idea de centralizar la organización

de estos servicios con un enfoque integrado y coordinado, en forma multidisciplinaria, conformándose los primeros centros o unidades de mama.¹ Poco tiempo después se constató que la interacción directa de estos servicios en forma sinérgica, provocó un salto en la calidad asistencial, académica y científica, lo que estimuló a su vez a otras instituciones de salud a integrarse en estos sistemas.^{2,3} En 1999, con la intención de garantizar un servicio especializado de alta calidad a nivel europeo, EUSOMA⁴ redactó por primera vez los "Requisitos de una unidad de mama", consistentes en los estándares necesarios para formar Unidades de cáncer de mama de alta calidad en Europa. Con el mismo fin, el American College of Surgeons también crea el National Accreditation Program for Breast Centers.⁵ Hoy existen más de 300 centros mamarios en EE.UU. y más de 150 en Europa.⁶

Con estos antecedentes, en octubre del 2006 el Hospital Universitario Austral crea su Centro Mamario, para lo cual se construyeron consultorios de atención cerca del departamento de imaginología mamaria, se incorporaron profesionales especializados en patología mamaria, se inauguró el Servicio de Radioterapia, se comenzó con reuniones multidisciplinarias para la discusión de casos clínicos (comité de mama), con una frecuencia mensual hasta mayo de 2011 y desde entonces semanal. En la actualidad nuestro Centro Mamario está categorizado dentro de los centros mamarios integrales, con la capacidad para cubrir todos los aspectos necesarios

en el tratamiento de las mujeres con cáncer de mama.

El objetivo de este trabajo es comunicar los resultados que se obtuvieron en los primeros 5 años de trabajo multidisciplinario integrado, focalizándose en criterios de calidad asistenciales.

MATERIAL Y MÉTODO

Se evaluaron en forma retrospectiva los cinco primeros años de funcionamiento del Centro Mamario del HUA, entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de diciembre de 2011. Los criterios de inclusión fueron: todas las pacientes con diagnóstico de carcinoma de mama confirmado con anatomía patológica que hayan completado todo el proceso diagnóstico y terapéutico en nuestro hospital. Criterios de exclusión: pacientes que ya vengan con diagnóstico de otra institución o que no hayan completado las diferentes etapas terapéuticas en nuestro hospital.

En este período se atendieron 25.149 consultas de patología mamaria, y de ellas, 541 casos con cáncer de mama en distintos estadios. Para nuestro análisis, se descartaron 68 pacientes en las cuales no se realizó todo el proceso diagnóstico o terapéutico inicial en nuestro hospital: 49 pacientes concurren ya con el diagnóstico histológico de otra institución y 19 casos con el tratamiento quirúrgico y/o adyuvante realizado en otro centro, quedando el número de casos a analizar en 473 pacientes con cáncer de mama. Tres de ellas tuvieron carcinoma bilateral sucesivo, pero la otra neoplasia no ocurrió en el tiempo estudiado.

Para analizar el funcionamiento y resultados de los distintos procesos diagnósticos y terapéuticos se tuvieron como referencia los indicadores de calidad propuestos por la Sociedad Europea de Especialistas en Cáncer de Mama (EUSOMA),⁷ con el porcentaje o estándar mínimo que garantiza una adecuada calidad asistencial, todo esto basado en niveles altos de evi-

dencia científica. Así, las variables a analizar fueron las siguientes:

1. Estudios diagnósticos completos: proporción de pacientes con cáncer de mama a las que antes de la cirugía se les realizó mamografía, ecografía mamaria y examen físico (triada diagnóstica). Estándar mínimo 90%.
2. Diagnóstico preoperatorio: proporción de pacientes con cáncer de mama que tuvieron diagnóstico definitivo antes de la cirugía (punción previa). Estándar mínimo 80%.
3. Información pronóstica y de predicción completa: proporción de pacientes a las cuales se les determinó los siguientes parámetros. Estándar mínimo 95%.
 - a. Carcinomas invasores (ya operados): tipo histológico, grado, receptores de estrógeno y progesterona (RH), HER2, TNM patológico, tamaño en mm, invasión vascular peritumoral, distancia al margen más próximo.
 - b. Carcinomas no invasores ya operados: tipo histológico (patrón histológico predominante), grado, tamaño en mm, distancia al margen más próximo.
4. Tiempo de espera: el tiempo entre la primera consulta diagnóstica en el Centro Mamario y la fecha de cirugía o comienzo de tratamiento neoadyuvante se encuentra dentro de las 6 semanas. Estándar mínimo 75%.
5. Abordaje quirúrgico apropiado: proporción de pacientes que tuvieron una sola cirugía del tumor mamario primario (a excepción de cirugías reconstructivas).
 - a. Carcinoma invasor. Estándar mínimo 80%.
 - b. Carcinoma no invasor. Estándar mínimo 70%.
 - c. Carcinoma invasor y axila clínicamente negativa, con biopsia de ganglio centinela. Estándar mínimo 90%.
 - d. Carcinoma invasor y vaciamiento axilar, con al menos 10 ganglios linfáticos extraídos. Estándar mínimo 95%.
6. Radioterapia P.O.: proporción de pacientes que recibieron RT P.O.

- a. Luego del tratamiento conservador de carcinoma invasor. Estándar mínimo 90%.
- b. Proporción de pacientes con más de 4 ganglios axilares positivos que recibieron RT posmastectomía. Estándar mínimo 90%.
- 7. Evitar sobretratamiento: proporción de pacientes que fueron sometidas a cirugía conservadora.
 - a. Carcinomas invasores no mayores de 3 cm (incluyendo componente intraductal). Estándar mínimo 70%.
 - b. Carcinomas no invasores no mayores de 2 cm. Estándar mínimo 70%.
 - c. Carcinomas no invasores que no tuvieron linfadenectomía axilar. Estándar mínimo 95%.
 - d. Carcinomas invasores con pN0 que no tuvieron linfadenectomía axilar. Estándar mínimo 80%.
- 8. Hormonoterapia (HT) apropiada.
 - a. Carcinomas invasores con RH+ que recibieron HT. Estándar mínimo 80%.
 - b. Carcinomas invasores con RH- (RE y RP) que no recibieron HT. Estándar mínimo 98%.
- 9. Poliquimioterapia (PQT) y otras terapias apropiadas.
 - a. Carcinomas invasores RE- (T>1 cm o N+) que recibieron PQT. Estándar mínimo 80%.
 - b. Carcinomas invasores N+ o N-, T>1 cm HER2+ (IHQ 3+ o FISH+) que recibieron PQT y trastuzumab. Estándar mínimo 80%.
 - c. Carcinomas invasores con HER2 negativo que no recibieron trastuzumab. Estándar mínimo 98%.
 - d. Carcinomas inflamatorios o localmente avanzados no resecables RE+, que recibieron PQT neoadyuvante. Estándar mínimo 90%.

RESULTADOS

Del análisis descriptivo de las 473 pacientes incluidas, el número de casos tratados por año

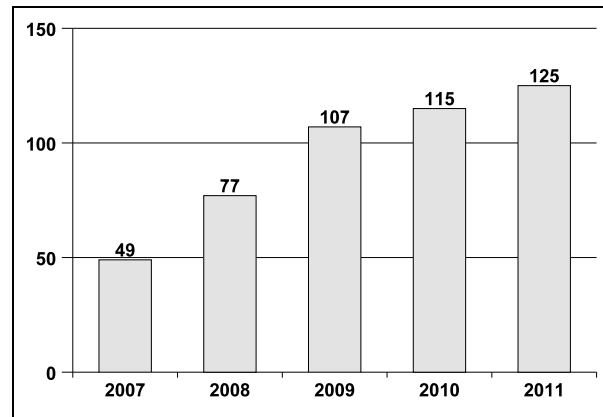


Figura 1. Pacientes tratadas por año.

se observa en la Figura 1.

La edad promedio de las pacientes, así como datos descriptivos de los cánceres de mama se observan en la Tabla I.

Con relación a los estándares de EUSOMA analizados, se obtuvieron los siguientes resultados:

1. Estudios diagnósticos completos: 436 de los 473 casos (92%) tuvieron la tríada diagnóstica completa. Sin tener en cuenta el estudio ecográfico, solamente 9 casos no tuvieron mamografía, y de ellas 2 pacientes fueron embarazadas y 4 casos con carcinomas localmente avanzados, que no permitieron la realización del estudio.
2. Diagnóstico preoperatorio: 398 de las 473 casos (84,14%) tuvieron diagnóstico patológico antes de la cirugía, 384 casos por punción histológica y 14 casos por punción citológica.
3. Información pronóstica y de predicción completa:
 - a. Carcinomas invasores ya operados: fueron operados 394 de los 403 carcinomas invasores. De ellos, 335 casos (85,0%) cumplieron con el estándar.
 - b. Carcinomas no invasores ya operados: 57 de los 70 casos (81,4%) cumplieron con este estándar.

Variable	n	%
Edad promedio	53 años (rango 26-94)	
Estadificación TNM		
0	70	15,6
1	204	43,1
2	126	26,4
3	61	12,7
4	12	2,4
Tumor palpable	317	67,0
Receptor de estrógeno		
Positivo	364	77,0
Negativo	109	23,0
Receptor de progesterona		
Positivo	332	70,0
Negativo	141	30,0
HER2		
Positivo	97	20,5
No concluyente	6	1,2
Negativo	370	78,3

Tabla I

Analizando el principal motivo por el cual no se cumplió este estándar, pudo determinarse que en 64 casos no estaba definida la distancia exacta entre la lesión tumoral y el margen de resección.

4. Tiempo de espera: 429 de los 473 casos (90,6%) comenzaron sus tratamientos, ya sea quirúrgico o neoadyuvante, dentro de las seis primeras semanas desde la fecha de la primera consulta.

Teniendo en cuenta las pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico en forma inicial, el tiempo promedio entre la primera consulta al centro mamario y la fecha de cirugía fue de 20 días.

5. Abordaje quirúrgico apropiado:
 - a. Carcinoma invasor: sobre 394 pacientes operadas, 372 casos (94,4%) tuvieron una sola cirugía del tumor mamario primario.
 - b. Carcinoma no invasor: en 55 casos de 70 pacientes (78,5%) tuvieron una sola cirugía

del tumor mamario primario.

- c. Carcinoma invasor y axila clínicamente negativa, con biopsia de ganglio centinela. De 337 pacientes quirúrgicas con estas características, en 307 casos (91,0%) se realizó biopsia de ganglio centinela.
- d. Carcinoma invasor y vaciamiento axilar: de 148 linfadenectomías axilares, en 147 casos (99,0%) se extirparon 10 ganglios linfáticos o más.
6. Radioterapia P.O.:
 - a. Luego del tratamiento conservador de carcinoma invasor: 295 casos de 325 pacientes (91,0%).
 - b. Proporción de pacientes con más de 4 ganglios axilares positivos que recibieron RT posmastectomía. 27 pacientes de 34 casos (79,4%).
7. Evitar sobretratamiento: proporción de pacientes que fueron sometidas a cirugía conservadora.
 - a. Carcinomas invasores no mayores de 3 cm (incluyendo componente intraductal): 272 casos de 341 pacientes (79,7%).

- b. Carcinomas no invasores no mayores de 2 cm: 25 casos de 34 pacientes (73,5%).
- c. Carcinomas no invasores a los que no se les realizó linfadenectomía axilar: ninguno de los 70 casos (100%).
- d. Carcinomas invasores con pN0 a los que no se les realizó linfadenectomía axilar: 20 casos de 259 pacientes (92,3%).
- 8. Hormonoterapia (HT) apropiada.
 - a. Carcinomas invasores con RH+ que recibieron HT: 318 casos de 324 pacientes (98,0%).
 - b. Carcinomas invasores con RH- (RE y RP) que no recibieron HT: 76 casos de 79 pacientes (96,2%).
- 9. Poliquimioterapia (PQT) y otras terapias apropiadas.
 - a. Carcinomas invasores RE- (T>1 cm o N+) que recibieron PQT: 58 casos de 69 pacientes (84,0%).
 - b. Carcinomas invasores N+ o N-, T>1 cm HER2+ (IHQ 3+ o FISH+) que recibieron PQT y trastuzumab: 58 casos de 70 pacientes (82,8%), pero cabe destacar que 9 casos (15%) debieron suspender la aplicación del mismo por intolerancia o caída de la FEV.
 - c. Carcinomas invasores con HER2 negativo que no recibieron trastuzumab. Ninguno de los 316 casos (100%).
 - d. Carcinomas inflamatorios o localmente avanzados no resecables RE+, que recibieron PQT neoadyuvante: 18 casos de las 18 pacientes recibieron PQT (100%).

DISCUSIÓN

En las últimas décadas, la idea de grupos multidisciplinarios trabajando en forma conjunta fue modificando la evaluación y manejo de distintas patologías, siendo las enfermedades mamarias un claro ejemplo.^{8,9} Existen distintos tipos de centros mamarios, ya sea puramente diagnóstico, diagnóstico y terapéutico en forma parcial, o integrales.¹⁰ La idea de un centro o uni-

dad de mama integral es la organización de todos los distintos servicios involucrados, con un enfoque integrado y coordinado, donde la interacción directa de ellos es sinérgica, proporcionando un salto en la calidad de atención a la paciente, mayor que lo que recibiría de las mismas especialidades trabajando en forma aislada.^{11,12} Hasta la actualidad se han publicado numerosos trabajos que demuestran las claras ventajas de trabajar de esta manera, con impactos positivos tanto para el grupo terapéutico como para la población de pacientes con cáncer de mama.¹³⁻¹⁷ Kingsmore y colaboradores, pudieron demostrar que las pacientes tratadas en unidades especializadas tuvieron tratamientos más adecuados, con menor índice de recurrencias locales/regionales y mejor sobrevida global.¹⁸ Por otro lado, el incremento significativo de pacientes que fuimos teniendo estos años concuerda con otras experiencias,^{19,20} y se debe a la mayor confianza de las pacientes a ser tratadas en centros especializados.

Importantes organizaciones norteamericanas y europeas han determinado una serie de estándares de calidad, que se utilizan para auditar los resultados de cada centro. Comparativamente a los estándares de EUSOMA, nosotros pudimos cumplirlos en casi todos los ítems analizados, excepto en tres aspectos. En lo referente a la información pronóstica y de predicción completa (83,1% y 81,4%, para un mínimo aceptable del 95%) no se alcanzó el estándar fundamentalmente por la falta de especificación en el informe histopatológico del margen quirúrgico de resección. Es importante aclarar que esto no indica un tratamiento local insuficiente, ya que casi todas estas pacientes obtuvieron un margen de resección adecuado, pero dado que no se especificaba en el informe patológico la distancia en milímetros entre el tumor y dicho margen, se tomó esta variable como no cumplida. Esto ya ha sido coordinado y modificado.

Por otro lado, sólo el 79,4% de las pacientes con indicación de radioterapia posmastectomía

recibieron este tratamiento (mientras que el estándar propuesto por EUSOMA es del 90,0%). Este punto ya se está corrigiendo gracias a las pautas consensuadas por los distintos especialistas del Centro Mamario, y que actualmente conforman un documento escrito en constante revisión, y a la realización semanal del comité interdisciplinario de mama que evalúa cada paciente con cáncer de mama, en particular para la toma de decisiones consensuadas.

Un estudio francés pudo determinar que el 51% de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama presentan un *distress* psicológico importante que comienza con el diagnóstico de la enfermedad y se extiende hasta el inicio de los tratamientos correspondientes,²¹ por lo que el acortamiento de este tiempo, así como las medidas de sostén psicológicas son importantes. Otros estudios también investigaron esta situación, pudiendo demostrar el hecho que para muchas pacientes la fecha de la primera intervención quirúrgica marca la transición entre ser una víctima del cáncer de mama a una sobreviviente del mismo.²² Si bien se ha demostrado que demoras de más de 3 meses en el inicio de los tratamientos tiene un impacto negativo en la sobrevida de aproximadamente un 5%,²³ demoras menores a las 8 semanas no parecen tener implicancias en la evolución de la enfermedad. No siempre hacer las cosas muy rápido es lo mejor, puesto que la prisa puede limitar la realización de estudios prequirúrgicos adecuados, consultas con otras especialidades como oncología, cirugía plástica o psicología. El esfuerzo debe estar dirigido en acortar tiempos entre consultas, y no suprimir las mismas. En nuestro centro, gracias a la revisión y coordinación de estos procesos, el tiempo promedio en días entre la primera consulta y la cirugía fue de 20 días. Si bien en nuestro análisis no realizamos mediciones respectivas, sí pudimos constatar la mayor satisfacción de las pacientes.

Otros países latinoamericanos como Brasil y Chile ya cuentan con centros mamaros acre-

ditados. Nuestro Centro Mamario ya cuenta con la acreditación inicial de "The International Network of Breast Cancer Centers",²⁴ y nuestro próximo paso será lograr la acreditación de EUSOMA. En base a esta experiencia inicial, que se suma a la numerosa evidencia ya publicada, recomendamos a los distintos centros asistenciales comenzar el proceso de unificación transversal entre los diferentes servicios, conformando unidades mamaras especializadas, lo cual redundará en una mejora en la calidad de atención de las pacientes con cáncer de mama y elevará aún más el buen prestigio conseguido por la mastología de nuestro país.

Como conclusión, nuestros resultados iniciales comprueban que la coordinación e integración de los distintos servicios involucrados en forma de unidad o centro mamario permitió la optimización de la calidad de atención de las pacientes con cáncer de mama.

REFERENCIAS

1. Silverstein MJ. The Van Nuys Breast Center. The first free-standing multidisciplinary breast center. *Surg Oncol Clin N Am* 2000; 9: 159-175.
2. Richards MA, Baum M, Dowsett M, et al. Provision of breast services in the UK; the advantages of specialist breast units. Report of a Working Party of the British Breast Group. *The Breast Supplement*, 1994.
3. A Policy Framework for Commissioning Cancer Services: a report by the expert advisory group on cancer to the Chief Medical Officers of England and Wales. Department of Health Publication, 1995.
4. Gataliotti L, Costa A, Daly PA, et al. Florence statement on breast cancer, 1998 forging the way ahead for more research on and better care in breast cancer. *Eur J Cancer* 1999; 35(1):14-5.
5. <http://napbc-breast.org/>
6. Winchester DP. The National Accreditation Program for Breast Centers: quality improvement through standard setting. *Surg Oncol Clin N Am* 2001; 20: 581-586.
7. Del Turco MR, Ponti A, Bick U, et al. Quality indicators in breast cancer care. Position Paper. *Eur J Cancer* 2010; 46: 2344-2356.
8. Kneisl JS, Jackson JB. Building a community-based cancer center program. *Surg Oncol Clin N Am* 2011; 20: 417-425.

9. Smedira HJ, Patrick RJ, Rybicki LA, Crowe JP. Integrating medical breast specialists into the traditional breast center practice model: a review of 11 years of experience. *Arch Intern Med* 2008; 168: 2042-5.
10. <http://www.breastcare.org/BCTypes/centertypes.html>.
11. Harness JK, Bartlett RH, Saran PA, Bord MA, Noble WC. Developing a comprehensive breast center. *Am Surg* 1987; 53(8): 419-23.
12. Silverstein MJ. The Van Nuys Breast Center: the first free-standing multidisciplinary breast center. *Surg Oncol Clin N Am* 2000; 9(2): 159-75.
13. Coleman C. The role of the comprehensive breast center. *Nurse Pract Forum* 1993; 4(2): 110-4.
14. Lee CZ. Comprehensive Breast Centers: Priorities and Pitfalls. *Breast J* 1999; 5(5): 319-324.
15. Lee CZ. Oncopolitical issues: obstacles and options for success in a comprehensive breast center. *Surg Oncol Clin N Am* 2000; 9(2): 279-94.
16. Landercasper J, Linebarger JH, Ellis RL, Mathiason MA, Johnson JM, Marcou KA, De Maiffe BM, Jago GS. A quality review of the timeliness of breast cancer diagnosis and treatment in an integrated breast center. *J Am Coll Surg* 2010; 210(4): 449-55.
17. <http://www.sespm.es/secciones/acreditacion/unidades>
18. Kingsmore D, Hole D, Gillis C. Why does specialist treatment of breast cancer improve survival? The role of surgical management. *Br J Cancer* 2004; 90(10): 1920-5.
19. Lux MP, Fasching PA, Schrauder M, Löhberg C, Thiel F, Bani MR, Hildebrandt T, Grün AH, Beckmann MW, Goecke TW. The era of centers: the influence of establishing specialized centers on patient's choice of hospital. *Arch Gynecol Obstet* 2011; 283: 559-68.
20. Goldman M, Chang D. Maximizing the value of breast center. *Breast* 2010; 19: 253-259.
21. Pineault P. Breast cancer screening: women's experiences of waiting for further testing. *Oncol Nurs Forum* 2007; 34: 847-853.
22. Ganz PA. Quality of Life Across the Continuum of Breast Cancer Care. *Breast J* 2000; 6: 324-330.
23. Richards MA, Westcombe AM, Love SB, Littlejohns P, Ramirez AJ. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. *Lancet* 1999; 353: 1119-1126.
24. <http://www.breastcentresnetwork.com>

DEBATE

Dr. Castaño: Dr. Elizalde usted que está en la Municipalidad, me gustaría alguna opinión, porque yo trabajo en un centro muy semejante

al del Dr. McLean y esto es probablemente el ideal, pero también he trabajado en otro medio muchos años. El ideal que presenta el Dr. Mc Lean, que hoy afortunadamente en un centro especial, también lo podemos cumplir. No lo podíamos cumplir en la República Argentina, por lo menos de la Capital Federal, donde tenemos al menos 33 hospitales municipales y dos centros de radioterapia, donde se irradian todos los cánceres de mama, de próstata, riñón, pulmón, etc., es bastante difícil cumplir con estos términos y objetivos. No sé actualmente como están y me gustaría su opinión Dr. Elizalde, porque el trabajo realmente parece muy interesante.

Dr. Elizalde: Creo que la realidad del país habla más que lo que yo pueda decir. La Municipalidad de Buenos Aires está lejos de tener un centro integral. De hecho, los hospitales no contamos con todos los servicios. Particularmente radioterapia de la Municipalidad es el Oncológico o el Rivadavia. No hay forma de tener un centro de radioterapia en el hospital. No sé si tampoco tiene sentido tener en cada hospital un centro de radioterapia. Sin duda esta fragmentación trae aparejada una demora, hay un *delay* en el tiempo de tratamiento. Las 6 u 8 semanas que figuran como *gold standard* realmente se estiran enormemente, además la falta de insumos. Nosotros el HER2 lo hacemos hasta le diría que espasmódicamente, de acuerdo a la recepción de insumos. Si tenemos insumos, tenemos el kit, se hace el HER2. Cuando no lo tenemos, debemos sacarlo del hospital, mandarlo a través de la red nacional que la industria nos permite, y esto demora más todavía para saber si tenemos un HER2 positivo o no; de manera que estamos lejos de esto. Esto es una primera consideración, creo que a lo largo y a lo ancho del país está pasando más o menos lo mismo, salvo algunos centros como podrían ser ustedes, La Plata, Mendoza o centros específicos como el Hospital Alemán, en donde tienen todas las posibilidades.

Dr. Castaño: Fleming.

Dr. Elizalde: Fleming, sin duda, pido perdón, me puedo olvidar de alguno. La realidad es que son pocos con relación a la necesidad del país. Una sola acotación, me parece que EUSOMA va a tener que modificar el criterio de los márgenes, la distancia de márgenes. Yo no sé si vale la pena poner distancia de márgenes hoy, a pesar de que uno cuando se adhiere a un programa y se califica de acuerdo a ese programa, tiene que tener sin duda los criterios que el programa impone, pero no sé si vale la pena que se siga poniendo la distancia del margen. Particularmente con el último editorial que sacó Mónica Morrow, definitivamente en el margen no tiene importancia la distancia; o sea, margen libre alcanzaría. Tal vez esa sería la única observación que coincidiría con ustedes, porque me parece que no es vital saber cuál es la distancia como para calificar un centro. Uno de los puntos que ustedes tienen como crítica es eso y realmente no lo veo un punto de crítica.

Dr. Mc Lean: Me parece que la discusión debe mantenerse por niveles políticos o situaciones que no tienen que ver. Pero, más allá de eso, creo que salvando las distancias, hay distintos tipos de hospitales. Creo que todo esto comienza con la intención de los distintos especialistas a reunirse un poco todas las semanas o cada 15 días o al menos una vez al mes, para ver qué están haciendo en el hospital, aunque no tengan resonancia, aunque no tengan HER2, pero tratar de reunirse. Eso cambia la cosa radi-

calmente, que es la experiencia. No puedo decir la nuestra, porque la experiencia nuestra es muy corta, pero lo que yo he estudiado y nos hemos metido en el tema, la clave de todo esto es unirse, tratar de acercarse, los especialistas que hayan. No todos, el cirujano con los radiólogos (si tienen radiología), o el patólogo (que seguramente hay un patólogo), el oncólogo que seguramente está, tratar de acercarse para consensuar conductas y discutir los casos. Con eso ya se avanza muchísimo, eso se puede hacer en casi todos los lugares. Después las dificultades propias de que los horarios, pero eso es cuestión de la decisión de cada uno de querer tratar de resolverlo si queremos hacer cada vez mejor las cosas. Creo que en ese sentido, es algo que se puede hacer y es muy bueno. Respecto de los márgenes, estoy de acuerdo con usted. Los márgenes es un tema que es muy discutido, muy hablado y, aunque cada vez estamos aprendiendo un poco más de qué significa un margen adecuado o no, lo que pide EUSOMA no es tantos centímetros o milímetros del margen al tumor, sino especificar a cuánto está, o especificación lo más aproximado en distancia. Hablando con el Dr. Mosto, que es nuestro patólogo, dice que básicamente puede hacerlo, que son pocos los casos donde podría no tener una distancia, pero con un patólogo especializado y en un estudio apropiado, en la mayoría de los casos se puede. Después podríamos discutir cuál es el margen apropiado que tampoco es el tema acá.