RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD Nº 041 -GCPS-ESSALUD-2024

Lima, 28 de junio de 2024

VISTOS:

La NOTA N° 00000924-2024-GPNAIS-GCPS/ESSALUD y el INFORME Nº 00000047-2024-SGPE-GPNAIS-GCPS/ESSALUD de la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud de la Gerencia Central de Prestaciones, y;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo I del Título Preliminar de la Ley N.° 26842, Ley General de Salud, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo;

Visado por CHAVEZ ROMERO Katya Yolanda FAU 20131257750 soft Fecha: 2024/07/01 17:55:48-0500

Que, de conformidad con lo establecido en el Numeral 1.2 del artículo 1º de la Ley Nº 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, en el literal e) del artículo 2° de la Ley Nº 27056, se establece como una de las funciones de ESSALUD, formular y aprobar sus reglamentos internos, así como otras normas que le permitan ofrecer sus servicios de manera ética, eficiente y competitiva;

Visado por QUISPE SUAREZ Aldo Paolo FAU 20131257750 soft Fecha: 2024/07/01 11:07:01-0500

Que, por Decreto Supremo N° 09-2012-SA, que aprueba el Plan Nacional de Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento de Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú denominado "Plan Esperanza", que tiene por finalidad contribuir a disminuir la mortalidad y morbilidad por cáncer, mediante el acceso a la oferta de servicios de salud oncológicos;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 1003-2020/MINSA, se aprobó el Documento Técnico: Plan Nacional de Cuidados Integrales del Cáncer (2020-2024), que tiene como objetivo incrementar el acceso para el cuidado integral del cáncer a través de acciones estratégicas con adecuación intercultural, de promoción de la salud, prevención primaria, prevención secundaria, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno que incluya la atención de cuidados paliativos desde el primer nivel de atención acentuando la supervisión, monitoreo y evaluación integral de las metas;

Visado por BLAS AEDO Margot FAU 20131257750 soft Fecha: 2024/07/01 11:14:19-0500

Que, en el Plan Estratégico Institucional 2020-2024, se establece como segundo objetivo estratégico de ESSALUD, "Brindar a los asegurados acceso oportuno a prestaciones integrales y de calidad acorde a sus necesidades", respectivamente;

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-ESSALUD-2014 se aprobó el Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud - ESSALUD, el mismo que establece en el artículo 158° que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud es el órgano de línea encargado de elaborar, proponer, monitorear y evaluar el cumplimiento de las políticas, normas y estrategias relacionadas con la atención integral de salud que se brindan a los usuarios a través de las IPRESS propias, de terceros y otras modalidades, así como en salud ambiental, seguridad y salud en el trabajo y medicina complementaria, en el marco de las normas sectoriales;

Que, el literal a) del mismo artículo establece que, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud tiene por función formular, proponer, aprobar cuando corresponda al ámbito de su competencia y evaluar las políticas, normas, modelos, prioridades sanitarias y estrategias para la atención de salud de los asegurados a través de la oferta fija y flexible y otras modalidades, así como los criterios de evaluación de resultados e impacto de las intervenciones sanitarias;

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD Nº 041 -GCPS-ESSALUD-2024

Que, el proyecto de Documento Técnico: Lineamientos para el Manejo Integral del Cáncer de Mama en el Seguro Social de Salud-EsSalud", tiene como objetivo establecer lineamientos para la atención integral del cáncer de mama en el Seguro Social de Salud;

Que, resulta necesario aprobar el proyecto de Documento Técnico: "Lineamientos para el Manejo Integral del Cáncer de Mama en el Seguro Social de Salud-EsSalud", a fin de contribuir en la mejora de la atención de las pacientes con cáncer de mama a través de una atención oportuna y segura en el Seguro Social de Salud-EsSalud.

Con los vistos de la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud y la Sub Gerencia de Prestaciones Especializadas; y;

Estando a lo expuesto y en uso de las facultades conferidas;

Visado por BLAS AEDO Margot FAU 20131257750 soft
Fecha: 2024/07/01 11:15:06-0500

SE RESUELVE:

1. **APROBAR**, el Documento Técnico: "Lineamientos para el Manejo Integral del Cáncer de Mama en el Seguro Social de Salud-EsSalud", que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

2. **DISPONER**, que la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud se encargue de la difusión y asistencia técnica del Documento Técnico: "Lineamientos para el Manejo Integral del Cáncer de Mama en el Seguro Social de Salud-EsSalud", aprobado por la presente Resolución.

Visado por QUISPE SUAREZ Aldo Paolo FAU 20131257750 soft
Fecha: 2024/07/01 11:07:38-0500

3. **NOTIFICAR** a la Gerencia Central de Operaciones para que, en el ámbito de su competencia, adopte las acciones que resulten necesarias para la difusión, implementación y supervisión del cumplimiento del Documento Técnico Orientador aprobado por la presente Resolución

4. **DISPONER** que la Oficina de Apoyo y Seguimiento de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud remita a la Secretaría General de la presente Resolución, para su publicación en el Compendio Normativo Institucional, en la intranet y en la Sede Digital del Seguro Social de Salud - EsSalud.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

Firmado digitalmente por CHAVEZ ROMERO Katya Yolanda FAU 20131257750 soft
Entidad: EsSalud
Motivo: Autor del documento
Fecha: 2024/07/01 17:57:30-0500

DOCUMENTO TÉCNICO: LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL CÁNCER DE MAMA EN EL SEGURO SOCIAL DE SALUD –ESSALUD







2024

ÍNDICE

		Pág.
CAPÍTULO I:	DISPOSICIONES INICIALES	3
CAPÍTULO II:	ÓRGANOS RESPONSABLES	8
CAPÍTULO III:	DISPOSICIONES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL CÁNCER DE MAMA	9
CAPÍTULO IV:	DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA FINAL	14
Anexos		15

CAPÍTULO I
DISPOSICIONES INICIALES

Artículo 1. Objeto

Establecer lineamientos para la atención integral del cáncer de mama en las IPRESS del Seguro Social de Salud-EsSalud.

Artículo 2. Finalidad

Contribuir en la mejora de la atención de los pacientes con cáncer de mama a través de una atención oportuna y segura en el Seguro Social de Salud-EsSalud.

Artículo 3. Marco Normativo

3.1. Ley Nº 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo Nº 009-97-SA y modificatorias.
3.2. Ley Nº 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
3.3. Ley Nº 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD) y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N.º 002-99-TR y modificatorias.
3.4. Ley Nº 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud, y su modificatoria.
3.5. Ley Nº 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, y su modificatoria.
3.6. Ley N.° 31336, Ley Nacional del Cáncer y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N.º 004-2022-SA y sus modificatorias.
3.7. Resolución Ministerial Nº 546-2011/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N.º 021-MINSA/DGSP-V.03 "Categorías de establecimiento del sector de salud".
3.8. Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº 656-PE-ESSALUD-2014, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud y sus modificatorias.
3.9. Resolución de Gerencia General Nº 107- GG-ESSALUD-2014, que aprueba la Directiva Nº 001-GG-ESSALUD-2014, "Gestión de la Historia Clínica en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud-ESSALUD".
3.10. Resolución de Gerencia General Nº 487- GG-ESSALUD-2014, que aprueba la Directiva Nº 005-GG-ESSALUD-2014, "Cartera de servicios de salud de complejidad creciente del Seguro Social de Salud – ESSALUD" y modificatorias.
3.11. Resolución de Gerencia General Nº 1828- GG-ESSALUD-2023, que aprueba la Directiva Nº 015-GCPS-ESSALUD-2023, "Normas para la referencia y contrarreferencia en el Seguro Social de SALUD-ESSALUD".
3.12. Resolución de Gerencia General Nº 1553-GG-ESSALUD-2020, que aprueba la Directiva de Gerencia General Nº 21-GCPP-ESSALUD-2020, "Normas para la formulación, evaluación, aprobación y actualización de documentos normativos y documentos técnico-orientadores en ESSALUD".
3.13. Resolución de Gerencia General N° 300-GG-ESSALUD-2021, que aprueba la Directiva N° 005-CENATE-ESSALUD-2021 "Normas Generales de Telesalud en el Seguro Social de Salud (ESSALUD).
3.14. Resolución de Gerencia General Nº 193- GG-ESSALUD- 2022, que aprueba la Directiva Nº 02-GCPS-ESSALUD, "Detección Temprana de Cáncer de Mama en el Seguro Social de Salud-EsSalud".
3.15. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 67-GCPS-ESSALUD-2010, que aprueba la Directiva N° 010-GCPS-ESSALUD-2010, "Sistema de Priorización de la Atención al Paciente Oncológico, en las redes asistenciales de ESSALUD a Nivel Nacional.
3.16. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 59-GCPS-ESSALUD-2011, que aprueba el Documento Técnico, "Lineamientos de la Red Nacional Oncológica en ESSALUD".
3.17. Resolución de Gerencia General N° 1211-GG-ESSALUD-2019, que aprueba la Directiva N° 20-GCPS-ESSALUD-2019, "Directiva para la atención prioritaria del paciente con diagnostico oncológico".

3.18. Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud Nº 37- GCPS-ESSALUD- 2016, que aprueba la Guía de Exámenes y Procedimientos Radiológicos en Patología Mamaria.

Artículo 4. Ámbito de Aplicación

El presente documento normativo es de aplicación y cumplimiento obligatorio para todos los Órganos Centrales, Redes Asistenciales, Redes Prestacionales, Órganos Desconcentrados y Órganos Prestadores Nacionales, a través de las IPRESS propias, de terceros o bajo modalidad de Asociación Público Privada (APP) de acuerdo con los términos y condiciones establecidos en los contratos.

Artículo 5. Definiciones

5.1. **Acto Médico**[1]: Es toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Ello comprende los actos de diagnóstico, terapéutica y pronóstico que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de estos.

5.2. **Atención Integral al paciente oncológico**[2]: Actividad que brinda la IPRESS al paciente con cáncer, que incluye la prestación de servicios de salud oncológicos especializados y no oncológicos, integrados e integrativos de acceso abierto y comprende servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento de cáncer y comorbilidades en cualquiera de sus etapas, tipos o modalidades, cuidados paliativos y demás cuidados de soporte complementario y apoyo integrativo al paciente oncológico, todo esto dentro del modelo de cuidado integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad.

5.3. **Biopsia de mama**[3]**:** Procedimiento que consiste en extraer una muestra de tejido del área sospechosa de la glándula mamaria guiada o no por técnica de imágenes para que sea examinada a través de un microscopio con fines diagnósticos, pronósticos y terapéuticos.

5.4. **Biopsia por aspiración de aguja fina (BAAF)**[4]**:** Extracción de líquido, células o tejido con una aguja delgada para observarlos al microscopio.

5.5. **Biopsia con aguja gruesa (Core-trucut)**[5]**:** Procedimiento intervencionista para la extracción de una muestra de de tejido con una aguja ancha para observarla al microscopio.

5.6. **Biopsia de Localización con Guía Metálica (Arpón)**[6]**:** Se utiliza para lesiones de mama no palpables, pero mamográficamente visibles. Se realiza colocando un arpón (guía metálica) en el sitio de la anormalidad mamográfica. Después de la escisión se realiza mamografía de la biopsia y el radiólogo confirma la presencia de la lesión.

5.7. **Biopsia Incisional**[7]**:** Procedimiento quirúrgico por el medio del cual se realiza una resección parcial de una lesión o área sospechosa.

---

[1] Numeral 7.1 de la Directiva Nº 001-GG-ESSALUD-2014 "Gestión de la Historia Clínica en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud-ESSALUD".

[2] Numeral 3.1 del artículo 3 del Reglamento de la Ley N° 31336, Ley Nacional del cáncer.

[3] Numeral 5.2 del artículo 5 de la Directiva N.°02-GCPS-ESSALUD-2022 "Detección temprana de cáncer de mama en el Seguro Social de Salud-EsSalud"

[4] Diccionario de cáncer del Instituto Nacional del cáncer, del gobierno federal de Estados Unidos. Disponible en el siguiente enlace: https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/biopsia-por-aspiracion-con-aguja-fina

[5] Ídem 4

6 Sociedad Americana del Cáncer. Disponible en el siguiente enlace: https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-seno/pruebas-de-deteccion-y-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno/biopsia-del-seno/biopsia-quirurgica-del-seno.html#:~:text=Para%20la%20localizaci%C3%B3n%20con%20arp%C3%B3n,del%20centro%20de%20la%20aguja.

[7] Adaptado del Diccionario de cáncer del Instituto Nacional del cáncer. Disponible en el siguiente enlace: cambridge.org/core/journals/bjpsych-advances/article/neurological-examination-what-do-psychiatrists-need-to-know/B44E32884C2AE3503CE2679BDA01A2C3

5.8. **Biopsia Escisional[8]:** Procedimiento quirúrgico por el medio del cual se realiza una resección completa de una lesión o área sospechosa.

5.9. **Biopsia Estereotáxica[9]:** Es un conjunto de biopsias obtenidas y guiadas por pruebas de imagen que indican las coordenadas del espacio donde se encuentra la lesión. Permite conocer la estructura tridimensional del tejido extraído. En mama se usa en el estudio de anormalidades detectadas en la mamografía, como son las microcalcificaciones.

5.10. **BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System)[10]:** Sistema de informes que se usa para describir de manera estandarizada los resultados de las mamografías, ecografías mamarias o imágenes por resonancia magnética de las mamas

5.11. **Cáncer de mama[3]:** Proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos de la glándula mamaria con capacidad de invasión y metástasis.

5.12. **Cáncer de mama hereditario[11]:** Es aquel que tiene su origen en alguna mutación genética en la línea germinal. Se considera "hereditario" por una predisposición heredada al cáncer de los senos que se pasa de una generación a otra en una familia, como ejemplo las mutaciones en los genes *BRCA 1* y *2*, entre otros.

5.13. **Capacidad resolutiva[12]:** Es la capacidad que tienen los establecimientos de salud de producir el tipo de servicios necesarios para solucionar las diversas necesidades de la población, incluyendo la satisfacción de los usuarios, (depende de la especialización y tecnificación de sus recursos).

5.14. **Centro Oncológico de Prevención y Diagnóstico Precoz[13]:** Son IPRESS que fundamentalmente pertenecen al primer nivel de atención, con servicios funcionales con énfasis en el diagnóstico precoz de los cánceres más frecuentes como parte de la complejidad creciente de sus servicios y que brindan atenciones de consulta ambulatoria, telemedicina, exámenes/procedimientos de tamizaje o estudios complementarios para el diagnóstico precoz de los cánceres más frecuentes y articulando las prestaciones con otros establecimientos de mayor capacidad resolutiva para el tratamiento definitivo del paciente.

5.15. **Consentimiento informado[14]:** Es la conformidad expresa del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado de hacerlo (por ejemplo: menores de edad, pacientes con discapacidad mental o estado de inconciencia, u otro), con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento; en forma libre, voluntaria y consciente; después que el médico que realizará el procedimiento le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como los beneficios; lo cual debe ser registrado y firmado en un documento, por el paciente o su representante legal y el profesional responsable de la atención. Se exceptúa la firma del Consentimiento Informado en caso de situación de emergencia, según lo estipulado en la Ley General de Salud, en los artículos 4 ° y 40 °.

---

[8] Adaptado del Diccionario de cáncer del Instituto Nacional del cáncer. Disponible en el siguiente enlace: https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/biopsia-por-excision

[9] Adaptado del Diccionario de cáncer del Instituto Nacional del cáncer. Disponible en el siguiente enlace: https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/biopsia-estereotactica

[10] Diccionario de cáncer del Instituto Nacional del cáncer. Disponible en el siguiente enlace: https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/bi-rads

[11] Adaptado del Centro Nacional para el Avance de las Ciencias Traslacionales. Centro de información sobre enfermedades genéticas y raras (GARD). Disponible en el siguiente enlace: https://rarediseases.info.nih.gov/espanol/13358/cancer-de-mama-hereditario

[12] Resolución Ministerial Nº 099-2014/MINSA. Directiva Administrativa Nº 197-MINSA/DGSP/V.01. Directiva Administrativa "Cartera de Servicios de Salud".

[13] Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud Nº 24-GCPS-ESSALUD-2020. Documento Técnico: Guía para el proceso de atención en los centros oncológicos de prevención y diagnóstico precoz en EsSalud".

[15] Resolución de Gerencia General N° 107-GG-ESSALUD-2014, que aprueba la Directiva N° 001-GG-ESSALUD-2014 "Gestión de la Historia Clínica en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud - ESSALUD".

5.16. **Cuidado Integral de Salud**[15]: Comprende las intervenciones basadas en evidencias derivadas de la investigación sistemática orientadas a promoción, prevención, recuperación, y rehabilitación, considerando las dimensiones biopsicosociales de los individuos, con enfoque de derechos humanos, género, interculturalidad y equidad en salud. Contempla la atención en el primer nivel de atención de salud, articulándose con el segundo y tercer nivel de atención de salud, de acuerdo con la necesidad de capacidad resolutiva que se requiera, bajo la modalidad fija, móvil y telemedicina.

5.17. **Cuidados paliativos**[16]**:** Es la atención que se ofrece a pacientes y familias, que sufren alguna enfermedad severa, generalmente crónica, progresiva que limita o acorta la vida y que se acompaña de una serie de síntomas y signos que requieren tratamiento. Como parte de la atención integral de salud, está comprendida dentro de la intervención sanitaria de recuperación en salud.

5.18. **Diagnóstico definitivo**[3]: Proceso de identificación inequívoca de una anormalidad: lesión pre-maligna, carcinoma in situ y cáncer invasor de mama, a través de un estudio histopatológico.

5.19. **Diagnóstico anatomo-patológico**[17]: Estudio macroscópico y microscópico de las muestras de Identificación de una enfermedad o afección mediante el examen de células o tejidos al microscopio. En el ámbito del cáncer, el diagnóstico anatomopatológico a menudo incluye información sobre el tipo de cáncer, el grado (cuán anormales se ven las células cancerosas al microscopio, además de la rapidez y probabilidad de multiplicarse y diseminarse) y el estadio (extensión del cáncer en el cuerpo). En ocasiones, incluye información sobre otras características especiales del cáncer, como la presencia de receptores hormonales y otros marcadores tumorales. También se llama diagnóstico patológico.

5.20. **Diagnóstico temprano**[3]: Proceso de detección temprana que implica el hallazgo patológico en estado preclínico, sin presencia de signos o síntomas. Para detectar el cáncer de mama en fase preclínica, debe buscarse en pacientes asintomáticos.

5.21. **Ecografía de mama**[3]**:** Es un examen de diagnóstico por imágenes que mediante ondas de ultrasonido puede crear una imagen computarizada; se utiliza para la detección y diagnóstico presuntivo de patología mamaria, generalmente complementario a la mamografía.

5.22. **Hibridación in situ**[18]**:** es una técnica de laboratorio que se usa para detectar y localizar una secuencia de ADN específica en un cromosoma. En esta técnica, el conjunto total de cromosomas de una persona se fija en un portaobjetos de vidrio y luego se expone a una "sonda", una pequeña cantidad de ADN purificado marcado. Este método se utiliza para el descarte de la amplificación del gen HER 2.

5.23. **Inmunohistoquímica**[19]: Método de laboratorio para el que se usan anticuerpos a fin de determinar si hay ciertos antígenos (marcadores) en una muestra de tejido. Por lo general, los anticuerpos van unidos a una enzima o un tinte fluorescente. Cuando los anticuerpos se unen al antígeno en la muestra de tejido, se activa la enzima o el tinte y se observa el antígeno al microscopio.

5.24. **Lesión no palpable de la mama**[3]: Lesión mamaria que no se evidencia mediante el examen clínico por su tamaño pequeño, localización profunda o consistencia similar al parénquima mamario; estas lesiones son detectadas por mamografía, ecografía mamaria o algún otro método de imágenes.

---

[15] Adaptado de la Resolución de Gerencia General Nº 1630-GG-ESSALUD-2022. Procedimientos para la implementación del Modelo de cuidado integral de salud con enfoque de curso de vida para la persona, familia y comunidad en el Seguro Social de Salud-EsSalud. Disponible en el siguiente enlace: https://www.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/RGG_1630_ESSALUD_2022.pdf

[16] Artículo 3. Definiciones y acrónimos. Reglamento de la Ley N° 31336, Ley Nacional del cáncer.

[17] Diccionario de cáncer del Instituto Nacional del cáncer. Disponible en el siguiente enlace: https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/diagnostico-anatomopatologico

[18] Adaptado del Instituto Nacional de Investigación del Genoma Humano. Hibridación Fluorescente in Situ (FISH)

[19] Adaptado del Diccionario de cáncer del Instituto Nacional del cáncer. Disponible en el siguiente enlace: https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/prueba-inmunohistoquimica

5.25. **Mamografía digital**[20]: Es un sistema de mamografía en el que la película de rayos X es reemplazada por sistemas electrónicos que transforman los rayos X en imágenes mamográficas de las mamas.

5.26. **Mamografia 3D o tomosintesis digital de mama (TDM)**[21]: Procedimiento en el que se usan rayos X para tomar una serie de imágenes de la mama desde ángulos diferentes. Se usa una computadora para crear imágenes tridimensionales de la mama a partir de las imágenes obtenidas mediante rayos X

5.27. **Mamografía de tamizaje**[3]: Es el examen de mamografía bilateral que se realiza a una paciente asintomática y aparentemente sana.

5.28. **Mamografía diagnóstica**[3]: Es el examen mamográfico que se realiza en una paciente para verificar la presencia de cáncer de mama después de encontrar evidencia de lesión durante el examen clínico, ya sea una lesión palpable u otro signo o síntoma de la enfermedad. También se usa para hacer el seguimiento de un cambio sospechoso que se encontró durante una mamografía de detección. En una mamografía de diagnóstico se suelen tomar incidencias más detalladas de la mama desde distintos ángulos con el fin de examinar más de cerca el área sospechosa.

5.29. **Patología Molecular**[22]**:** Es el estudio de los genes a través de técnicas especiales tales como FISH, CISH, SISH, secuenciación, entre otras; en muestras obtenidas de tejido mamario.

5.30. **Prevención primaria**[23]: Son las medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problemas de salud, mediante el control de los agentes causales o factores y comportamiento de riesgo.

5.31. **Prevención secundaria**[23]: Son las medidas orientadas a detener o retardar el progreso de una enfermedad o problemas de salud ya presente en un individuo en cualquier punto de su aparición. Tiene como intervenciones la detección precoz y tratamiento oportuno para limitar el daño.

5.32. **Prevención terciaria**[23]: Es el restablecimiento de la salud una vez que ha aparecido la enfermedad. Las acciones están enfocadas a la recuperación de la enfermedad, la rehabilitación física, psicológica y social; con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas y acelerar la reinserción familiar, social y laboral de las mismas. Es fundamental el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo las recidivas de la enfermedad.

5.33. **Radioterapia**[24]: La radioterapia utiliza partículas u ondas de alta energía, tales como los rayos X, rayos gamma, rayos de electrones o de protones, para eliminar o dañar las células cancerosas. Actúa sobre el ADN que se encuentra dentro de las células produciendo pequeñas roturas. Estas roturas evitan que las células cancerosas crezcan y se dividan y les causan la muerte.

5.34. **Sospecha de cáncer de mama**[3]: Lesión que no tiene diagnóstico histológico.

5.35. **Tamizaje negativo para cáncer de mama**[3]: Son los resultados de BIRADS 1 y 2.

---

[20] Adaptado Artículo 5. Definiciones. Directiva N° 02-GCPS-ESSALUD-2022 "Detección temprana de cáncer de mama en el Seguro Social de Salud-EsSalud", aprobado con Resolución de Gerencia General N° 193-GG-ESSALUD-2022.

[21] Sociedad Americana del Cáncer. Disponible en el siguiente enlace: https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/paciente/deteccion-seno-pdq#:~:text=La%20tomos%C3%ADntesis%20digital%20de%20mama,im%C3%A1genes%20obtenidas%20mediante%20rayos%20X

[22] Resolución de Gerencia Central N° 038-GCPS-ESSALUD-2019, que aprueba el Documento Técnico "Manual de Procedimientos Asistenciales de Anatomía Patológica en el Seguro Social de Salud - EsSalud"

[23] Manual de la Sociedad de Oncología Médica de prevención y diagnóstico precoz del cáncer.

[24] Diccionario de cáncer del Instituto Nacional del cáncer. Disponible en el siguiente enlace: https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/radioterapia

5.36. **Tratamiento locorregional[25]:** Corresponde a las intervenciones terapéuticas consignadas a abordar la enfermedad en el área cercana al sitio original del tumor y en las regiones adyacentes, buscando controlar la enfermedad.

5.37. **Tratamiento neoadyuvante[26]**: Corresponde al tratamiento que se administra antes del procedimiento quirúrgico. Pueden incluir quimioterapia, terapia hormonal, terapia dirigida (anticuerpos monoclonales) o una combinación de estos.

5.38. **Tratamiento adyuvante[27]**: Corresponde al tratamiento que se administra después de la cirugía para aumentar la posibilidad de una supervivencia prolongada. Puede incluir quimioterapia, terapia hormonal, terapia dirigida (anticuerpos monoclonales), radioterapia o una combinación de estos.

CAPÍTULO II
ÓRGANOS RESPONSABLES

Artículo 6. Gerencia Central de Prestaciones de Salud

Es responsable de brindar asistencia técnica a las IPRESS para la aplicación del documento técnico, así como realizar el monitoreo periódico de las prestaciones brindadas a los pacientes asegurados.

Artículo 7. Gerencia Central de Operaciones

Es responsable de la implementación, monitoreo y la supervisión de lo establecido en el presente documento. Así mismo, es responsable de evaluar el cumplimiento de las prestaciones y proporcionar información relacionada a la capacidad operativa de las IPRESS y desempeño de los Órganos Desconcentrados.

Artículo 8. Gerente/Director de Red Prestacional/Asistencial de ESSALUD

Es responsable de gestionar y planificar los recursos, equipos e insumos necesarios de acuerdo a las normas vigentes. Del mismo modo, es responsable de la organización y mejora continua de los procesos de atención para la implementación del presente documento considerando la optimización de recursos, la capacidad resolutiva y la oferta flexible.

Artículo 9. Gerente/Director de IPRESS

Es responsable de garantizar la implementación y cumplimiento de las prestaciones asistenciales de cáncer de mama en ESSALUD. Así mismo, monitoriza los procesos de atención, información estadística y supervisa a los responsables de las atenciones de cáncer de mama, estableciendo acciones y estrategias para mejorar la oportunidad y calidad de la atención.

[25]Adaptado del Diccionario de cáncer del Instituto Nacional del cáncer. Disponible en el siguiente enlace: https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/tratamiento-local
[26]Adaptado del Diccionario de cáncer del Instituto Nacional del cáncer. Disponible en el siguiente enlace: https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/terapia-neoadyuvante
[27]Adaptado del Diccionario de cáncer del Instituto Nacional del cáncer. Disponible en el siguiente enlace: https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/terapia-adyuvante

CAPÍTULO III
DISPOSICIONES PARA EL MANEJO INTEGRAL DEL CÁNCER DE MAMA

Artículo 10. De la Organización para la atención

10.1. El Gerente/Director de las IPRESS dispone las acciones necesarias con la finalidad de contar con recursos humanos, tecnológicos y financieros para la atención de pacientes con cáncer de mama, según la capacidad resolutiva.

10.2. El Director/Gerente de las Redes Asistenciales/Prestacionales de acuerdo con los recursos con los que cuenta implementa la oferta móvil para fortalecer el diagnóstico temprano de cáncer de mama.

10.3. El Jefe de Departamento monitorea y realiza las gestiones necesarias para la obtención de los requerimientos de la jefatura de servicios.

10.4. El Jefe de Servicio optimiza los recursos y ambientes, así como la programación de recursos humanos para la atención en consulta externa, hospitalización, centro quirúrgico y de apoyo al diagnóstico para la atención oportuna de la paciente con cáncer de mama.

10.5. El Jefe de Servicio realiza la estimación anual de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos/equipos e insumos para brindar una atención oportuna de las pacientes con cáncer de mama.

10.6. El mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos médicos debe estar a cargo por el Departamento de Ingeniería Hospitalaria y deberá realizarse de manera programada.

10.7. Las prestaciones asistenciales de prevención de cáncer de mama se brindan en el primer y segundo nivel de atención y las actividades de diagnóstico definitivo y tratamiento se realizan en el tercer nivel de atención, de acuerdo con la Cartera de Servicios vigente.

10.8. En los Centros Oncológicos de Prevención y Diagnóstico Precoz implementados así como en las IPRESS del primer nivel de atención en base a criterios de acceso y demanda, con el objeto de fortalecer la capacidad resolutiva en las Redes Asistenciales/Prestacionales se organizan y establecen los flujos de atención para ofertar los exámenes de ayuda al diagnóstico, optimizando los tiempos y tomas de muestra en el mismo día.

10.9. El Centro Nacional de Telemedicina cuenta con teleradiología que facilita la lectura de mamografías en las Redes Asistenciales para el tamizaje y diagnóstico de cáncer de mama.

10.10. La atención de los casos se realizará por el personal de salud, en los tres niveles de atención según capacidad resolutiva y articulada mediante el Sistema de Referencias y Contrarreferencias.

10.11. El Jefe de la Unidad de Admisión, registro médico, referencia y contrarreferencia o quien haga sus veces, realiza el monitoreo periódico del Sistemas de Referencia y Contrarreferencia a través de los indicadores ya establecidos para garantizar su eficacia y eficiencia en la derivación oportuna y adecuada de los pacientes a los niveles de atención correspondientes.

10.12. La comunicación a la paciente en relación al otorgamiento de las citas se realiza a través de los canales oficiales de EsSalud, como son Atención al Asegurado, Unidad de Referencia y Contrarreferencia y sitio web oficial.

10.13. Toda atención realizada por el profesional de salud se debe registrar en la historia clínica mediante el sistema informático institucional vigente.

10.14. La actividad asistencial para la prevención y diagnóstico de cáncer de mama se realiza por niveles de atención y de acuerdo a la cartera de servicios que brindan, como referencia el siguiente cuadro:

ACTIVIDADES	NIVEL DE ATENCIÓN			COP*
	I	II	III	
Impartir educación sobre prevención de cáncer de mama	X	X	X	X
Realizar el examen clínico de mama	X	X	X	X
Fomentar el tamizaje de mamografía	X	X	X	X
Toma de Mamografía		X	X	X
Ecografía mamaria		X	X	X
Toma de muestra		X	X	
Diagnóstico definitivo			X	
Cuidado paliativo		X	X	
Tratamiento			X	
Rehabilitación			X	
Seguimiento			X	

* Centros Oncológicos de Prevención y Diagnóstico Precoz según Cartera de servicios de complejidad creciente.

Artículo 11. De la atención por niveles de atención

11.1 La atención en las IPRESS del primer nivel de atención está a cargo del profesional de la salud, realiza el examen clínico de la mama y solicita el tamizaje de mamografía a mujeres a partir de los 50 años. Se realizará mamografía en mujeres de 40 a 49 años, según evaluación y criterio médico, basado en los factores de riesgo individuales para desarrollar cáncer de mama.

11.2 Las acciones de información, educación y comunicación en salud para la prevención de cáncer de mama, de acuerdo a las características sociales, demográficas y culturales, como parte de la promoción de la salud se realizan a través de actividades intra y extramurales, según los recursos de la IPRESS.

11.3 Promover cambios de estilos de vida saludable: nutrición, actividad física, evitar el sedentarismo y hábitos nocivos como fumar, y tomar bebidas alcohólicas.

11.4 La prevención primaria lo realiza el profesional de la salud responsable de la atención del paciente durante el proceso de la atención, así como educar en cuanto a factores de riesgo modificables y no modificables[28].

11.5 La prevención secundaria se desarrolla a partir de dos procedimientos: examen clínico de mama y exámenes de ayuda al diagnóstico (mamografía bilateral de tamizaje o ecografía mamaria según los hallazgos y la edad de la paciente).

11.6 La prevención terciaria lo realiza el personal de salud que realiza el tratamiento para la prevención de secuelas, rehabilitación física, ocupacional y psicológica para mejorar la calidad de vida de los pacientes diagnosticados.

[28]Sociedad Española de Oncología Médica. Disponible en: https://seom.org/manual-prevencion/132/

11.7 En la IPRESS donde se realiza la toma y lectura de mamografía, el médico especialista en radiología registra el informe en el sistema informático institucional vigente en un plazo máximo de 07 días hábiles[29], los cuales pueden ser visualizados por el médico tratante.

11.8 En el caso de resultado con BI-RADS 0, se deberá completar los estudios para recategorización en el segundo nivel de atención (ecografía mamaria, magnificación y/o compresión focal).

11.9 El médico de la IPRESS de origen, responsable de la atención al paciente entrega y explica el resultado de la mamografía a la paciente, en caso de fuera negativo (BI-RADS 1), el control deberá realizarse anualmente.

11.10 Paciente con resultados de BI-RADS 2 y 3, serán manejados en las IPRESS del segundo nivel con capacidad resolutiva. Asimismo, si hubiera resultado de anatomía patológica confirmatorio a cáncer de mama será derivado al tercer nivel de atención para tratamiento especializado.

11.11 La paciente con alta sospecha (Bi RADS 4 y BI RADS 5) o diagnóstico definitivo de cáncer de mama por anatomía patológica, se le realiza la referencia, la cual será atendida en un plazo máximo de 24 horas por las Unidades de Referencia, y recibirá atención prioritaria en un plazo máximo de siete días hábiles en las IPRESS del tercer nivel asistencial.

11.12 En caso la paciente cuente con estudio anatomopatológico realizado en alguna IPRESS, el médico tratante en la consulta externa, registra en el sistema informático vigente la solicitud de revisión de láminas y bloques de parafina. Corresponde a la IPRESS de origen remitir el material al Servicio de Anatomía Patológica del tercer nivel de atención para revisión de estas y realizar los estudios complementarios (inmunohistoquímico y otros) de manera oportuna.

11.13 Todo material de Anatomía Patológica procedente de laboratorios extrainstitucionales deberá ser revisado e informado por el laboratorio de Anatomía Patológica de las IPRESS del tercer nivel de atención.

Artículo 12. De las reuniones del equipo médico multidisciplinario en el manejo de cáncer de mama

12.1 El equipo médico multidisciplinario designado para el manejo de cáncer de mama en las redes asistenciales y prestacionales será quien define el manejo integral de las pacientes con diagnóstico definitivo de cáncer de mama.

12.2 En las reuniones del equipo médico-multidisciplinario se evalúan, toman decisiones, coordinan, gestionan y articulan la operatividad el manejo integral del cáncer de mama indicados en el presente documento; además se reúnen, como mínimo, semanalmente.

12.3 El equipo médico multidisciplinario estará mínimamente conformado por el oncólogo clínico y el especialista en oncología quirúrgica de la IPRESS.

12.4 El equipo médico multidisciplinario en el tercer nivel de atención estará conformado por:

a. Cirujano cualificado en cirugía oncológica de mama[30]
b. Oncólogo Clínico
c. Anatomo Patólogo
d. Radioterapeuta
e. Radiólogo
f. Cirujano plástico
g. Medico Físico Rehabilitador

---

[29] Directiva N.°02-GCPS-ESSALUD-2022 "Detección temprana de cáncer de mama en el Seguro Social de Salud-EsSalud"

[30] Comprende al profesional médico especializado en cirugía oncológica de mama: cirugía oncológica, ginecología oncológica, cirugía general y oncológica, cirugía oncológica de mamas, tejidos blandos y piel u otro especialista que acredite la especialidad conforme a las normas vigentes.

12.5 La convocatoria de las reuniones del equipo médico multidisciplinario lo realiza el jefe de Servicio de Ginecología Oncológica o de Oncología Médica o su equivalente.

12.6 De requerir la opinión de otra especialidad en el equipo multidisciplinario, la convocatoria se realiza con la debida anticipación.

Artículo 13. Del diagnóstico

13.1 Las pacientes con alta sospecha o diagnóstico clínico de cáncer de mama, deben recibir ATENCIÓN PRIORITARIA.

13.2 La mamografía es realizada por el tecnólogo médico, siendo responsabilidad del médico radiólogo la IPRESS y/o de la Oferta Flexible y/o CENATE, según corresponda, evaluar el examen realizado y emitir el informe para la continuidad de la atención, el mismo que se registra en el sistema de información vigente, en un plazo no mayor de 07 días hábiles contados desde la toma de mamografía, para ser visualizados por la IPRESS de origen.

13.3 El médico radiólogo utilizará la clasificación BI-RADS en el informe mamográfico y ecográfico, según detallado a continuación:

a. BI-RADS 0: Resultado no concluyente por requerir un estudio radiológico adicional para su recategorización.

b. BI-RADS 1: Mamas normales.

c. BI-RADS 2: Hallazgos benignos (probabilidad de cáncer similar a la población general).

d. BI-RADS 3: Hallazgos probablemente benignos (< 2% de riesgo de malignidad). Requiere controles a corto plazo (seis meses).

e. BI-RADS 4: Hallazgo mamográfico que requiere biopsia.
   - Categoría 4-A: Baja sospecha de malignidad.
   - Categoría 4-B: Sospecha intermedia de malignidad.
   - Categoría 4-C: Alta sospecha de malignidad.

f. BI-RADS 5: Hallazgos sugerentes de malignidad.

g. BI-RADS 6: Paciente con diagnóstico anatomopatológico de cáncer de mama, confirmada con biopsia.

13.4 Cuando el resultado de mamografía es BI-RADS 0, el médico radiólogo debe realizar los estudios ampliatorios en mamografía (magnificación o compresión focal) y/o ecografía para recategorizar el estudio.

13.5 En aquellos resultados de mamografía BI-RADS 1, 2 y 3 se debe realizar la contrarreferencia conforme a normas vigentes.

13.6 Los tipos de biopsia en el cáncer de mama a utilizar son: la biopsia core, biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF), biopsia por estereotáxia, biopsia de localización con guía metálica (biopsia con arpón).

13.7 La biopsia de lesión sospechosa de cáncer de mama en el reporte mamográfico y/o ecográfico, será realizada por el médico especialista en radiología o en cirugía oncológica de mama o cirugía oncológica o ginecología oncológica, en ausencia de estos la paciente será referida a un establecimiento con mayor capacidad resolutiva.

13.8 La biopsia requiere la firma del paciente en el consentimiento informado previa a su realización (Anexo N° 1).

13.9 El jefe de la Unidad de Referencia de la IPRESS de Destino, en coordinación con el jefe de servicio, priorizan el otorgamiento de la cita quirúrgica u oncológica del paciente a través del ESSI, en el plazo máximo de siete (7) días calendario, la misma que es comunicada por la IPRESS de Origen para su atención.

13.10 El estudio ecográfico de ganglios sospechosos se informa según la clasificación de BEDI (1 al 6); la detección de ganglios sospechosos (BEDI 4 al 6) se requiere realizar la BAAF eco guiada o Biopsia Core, en la IPRESS del tercer nivel.

13.11 El médico especialista en Anatomía Patológica en la IPRESS que realiza el diagnóstico definitivo de la neoplasia maligna, incluye la inmunohistoquímica (Anexo N.° 2 y N.° 3) debe ingresar el resultado en el sistema ANAT PAT/ESSI, y debe activar la alerta oncológica para la atención prioritaria.

Artículo 14. Del tratamiento

14.1 Las referencias realizadas en las IPRESS de Origen de aquellas pacientes con diagnóstico presuntivo de cáncer de mama, registran en la Solicitud de Referencia los hallazgos identificados en el Informe de la mamografía y/o exámenes de imagenología y, de corresponder, seleccionan el servicio destino de cirugía especializada en mama.

14.2 Para el caso de las referencias administrativas de aquellas pacientes con diagnóstico definitivo de cáncer de mama, el servicio de la IPRESS de Destino registra en la Solicitud de Referencia el estado clínico de la paciente, adjunta el informe de Anatomía Patológica, la solicitud de revisión de láminas y bloques de biopsia; así como, estudio de imágenes (placas radiológicas, CD u otro medio digital) para la atención del paciente.

14.3 Las interconsultas generadas para el manejo de la neoplasia maligna se deben priorizar, sin necesidad de generar una nueva referencia, conforme a las normas vigentes.

14.4 La paciente accede a la realización de los exámenes para complementar el estudio de avance de la enfermedad (estadificación) en la IPRESS con capacidad resolutiva, según corresponda.

14.5 El equipo multidisciplinario establece el tratamiento respectivo sistémico/radioterapia y/o quirúrgico, según la evaluación clínica, la estadificación (TNM) del informe anatomopatológico, factores pronósticos y valoración de exámenes auxiliares.

Artículo 15. Del seguimiento y control

15.1 La paciente sin diagnóstico de cáncer de mama con resultado de la mamografía BI-RADS 0 requiere estudios complementarios para recategorización. En la PRESS que cuente con mamógrafo, el Servicio de Radiología organiza los procesos para que le otorga las citas de manera prioritaria para el estudio complementario requerido por el médico tratante.

15.2 La paciente sin diagnóstico de cáncer de mama con resultado BI-RADS 1 o 2, se controla con tamizaje de rutina cada dos años en su IPRESS de origen.

15.3 La paciente sin diagnóstico de cáncer de mama con resultado BI-RADS 3, se controla en 6 meses con mamografía, ecografía mamaria o resonancia magnética según resultados previos. Si persiste BI-RADS 3, durante dos años, pasa a los controles habituales cada dos años y se recategoriza como BI-RADS 2.

15.4 La paciente con diagnóstico de Cáncer in situ de mama, el control se realiza cada 6-12 meses por 5 años, luego anualmente en su IPRESS de origen.

15.5 En pacientes con cáncer de mama estadios clínicos I, II, y III (Anexo N° 04), que hayan culminado la terapia primaria para enfermedad loco regional y se encuentran libres de enfermedad; se recomienda seguimiento cada 3 a 4 meses durante los dos primeros años, y continuar cada 6 meses hasta los 5 o 10 años en el tercer nivel de atención según requerimiento. Luego anualmente en su IPRESS de origen.

15.6 Se recomienda examen de densidad ósea antes de iniciar el tratamiento anti hormonal y luego anualmente hasta donde lo requiera.

15.7 Se recomienda realizar exámenes bioquímicos y hematológicos cada seis meses, así como estudios de imagen de acuerdo con el estadio y el riesgo de recurrencia.

15.8 Para las pacientes que reciben tamoxifeno, se recomienda un seguimiento anual con exámenes pélvicos, incluyendo ecografía transvaginal o pélvica.

15.9 La paciente con cáncer de mama metastático, la evaluación médica por oncología debe realizarse según evolución clínica.

15.10 La medicina paliativa o cuidados paliativos es atención médica centrado en el alivio del dolor, los síntomas y el estrés de una enfermedad grave como el cáncer de mama con el objetivo de mejorar la calidad de vida tanto para el paciente, como para su familia, a cualquier edad y en cualquier etapa de la enfermedad, y pueden brindarse junto con un tratamiento curativo e incluso requerir un manejo multidisciplinario para el seguimiento de la paciente.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA FINAL

ÚNICA: Las Redes Asistenciales y Prestacionales implementarán la presente Directiva en sus IPRESS en el marco de sus funciones y en concordancia con las Normas institucionales y sectoriales vigentes.

ANEXOS

Anexo N° 01: Formato de consentimiento informado para cirugía u otros procedimientos médicos
Anexo N° 02: Clasificación Inmunohistoquímica del Cáncer de Mama
Anexo N° 03: Clasificación Histológica del Cáncer de Mama
Anexo N° 04: Estadificación TNM (Tumor, Ganglio Linfático, Metástasis)

ANEXO N° 01
FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA U OTROS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS[31]
(Referencial)

Red Asistencial / Red Prestacional:
IPRESS:
Número de Acto Médico:

Yo,....., identificado (a) con DNI / Pasaporte / Carnet de Extranjería N.°....., en mi condición de paciente (Padre, Madre, Representante Legal del / de la paciente) ....., con Historia Clínica N°....., autorizo al (los) médico (s): Dr. (a). ..... a practicar el procedimiento médico quirúrgico siguiente ....., que consiste en .....

---

1. Se me ha explicado en detalle sobre la naturaleza, el propósito, los riesgos potenciales y/o reales, efectos colaterales, efectos secundarios, efectos adversos, consecuencias potenciales razonablemente previsibles del procedimiento médico-quirúrgico propuesto y otros que, excepcionalmente puedan presentarse y estén relacionados al procedimiento.
2. También se me ha explicado de las ventajas y beneficios razonablemente previsibles que voy a obtener, respecto al tratamiento de mi enfermedad y de las posibles consecuencias que con mayor frecuencia ocurran de acuerdo con el procedimiento y/o intervención médico-quirúrgico a realizar, en términos sencillos y comprensibles, así como, de no recibir ningún tratamiento.
3. También, Yo entiendo que, en adición a los riesgos particulares de este procedimiento médico quirúrgico, hay riesgos inherentes a mi persona por someterme a cualquier procedimiento médico quirúrgico como: arresto cardíaco, daño cerebral o nervioso, problemas respiratorios, problemas arterias y venas, reacción adversa a drogas y/o medicamentos, dolor e incomodidad, o imprevistos de otra naturaleza.
4. También he realizado las preguntas que consideré necesarias, todas las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables.
5. También entiendo que durante el curso del presente procedimiento médico quirúrgico pueden concurrir condiciones inesperadas y que a juicio del (de los) médico (s), debería realizarse una extensión o modificación del procedimiento inicialmente programado o diferente al arriba recomendado. En mérito a ello, autorizo a no retardar o detener el (los) procedimiento (s) complementario (s) para obtener un nuevo consentimiento adicional.
6. Finalmente autorizo que durante el procedimiento al cual soy sometido (a), según sea el caso, se puedan utilizar técnicas e instrumentos que garanticen evidencia científica y pedagógica porque también entiendo que los hospitales de ESSALUD, como éste, según nivel de atención, son instituciones docentes que trabajan con personal de salud en formación, capacitación y entrenamiento.

De forma voluntaria y en pleno uso de mis facultades mentales, físicas y de mi entendimiento, libre de coerción o alguna otra influencia indebida y habiendo sido debidamente informado sobre el procedimiento médico quirúrgico que seré (a) sometido (a) mi representado (a), he procedido a suscribir de puño y letra las seis (06) declaraciones arriba descritas, por lo que firmo el presente Consentimiento Informado.

Fecha: (día)....., (mes)....., (año)..... Hora: .....

---

[31] Resolución de Gerencia General N.° 1396-GG-ESSALUD-2023, se aprobó la Directiva N.° 09-GG-ESSALUD-2023 "Normas para la Gestión de la Oportunidad Quirúrgica en el Seguro Social de Salud-ESSALUD". Adaptado de Resolución de Gerencia General N° 107-GG-ESSALUD-2014, que aprueba la Directiva N° 001-GG-ESSALUD-2014 "Gestión de la Historia Clínica en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud - ESSALUD" y el Numeral 1 del Acuerdo N° 006-2018, publicado el 20 de diciembre 2018.

Firma del paciente / padre / madre / representante legal que autoriza el procedimiento médico quirúrgico.
DNI / Pasaporte / Carnet de Extranjería / Carnet FF.AA

Observaciones:

Yo, el Dr (a). _____, médico tratante del (de la) paciente _____, con Historia Clínica N°_____, del Servicio de _____, Departamento de _____, del Hospital _____ de EsSalud, internado por un cuadro de _____, a quien se le practicará la intervención quirúrgica (el procedimiento) _____; sobre el cual le he (hemos) puesto en conocimiento y explicado al (a la) paciente (a su padre / madre / representante legal) arriba mencionado; respecto de la naturaleza, el propósito, los riesgos potenciales y/o reales, efectos colaterales, efectos secundarios, efectos adversos, consecuencias potenciales razonablemente previsibles del procedimiento médico-quirúrgico al que será sometido (a); asimismo, se le ha informado de las ventajas y beneficios razonablemente previsibles, respecto al tratamiento de la enfermedad y de las posibles consecuencias que con mayor frecuencia ocurran de acuerdo con el procedimiento médico-quirúrgico y/o intervención a realizar, en términos sencillos y comprensibles, así como, se le ha informado de los métodos alternativos de tratamiento y de los riesgos o consecuencias de no emprenderse ningún tratamiento. En fe de lo cual y en el entendido de su plena comprensión interactiva por el / la paciente (representante legal) de la información descrita, suscribo y firmo el presente Consentimiento Informado otorgado.

Fecha: día ____, mes: _____, año: _____, hora: _____ AM / PM.

Firma y sello del médico tratante: Dr. _____

N° de DNI: _____, N° de CMP: _____, N° RNE: _____

GERENCIA DE PRESTACIONES ESPECIALIZADAS - SUB GERENCIA DE PRESTACIONES - ESSALUD - V°B° M. BRASA SUBGERENTE

REVOCATORIA:

Yo, _____ (padre / madre / representante legal), identificado con DNI / Pasaporte / Carné FFAA / Carné de Extranjería N°_____; revoco el Consentimiento Informado otorgado, asumiendo los riesgos y consecuencias de mi decisión, respecto a la situación de mi (la) salud (de mi representado (a), hijo (a)).

Fecha: día ____, mes: _____, año: _____, hora: _____ AM / PM.

Firma y Post Firma: _____

GERENCIA DE Políticas y Normas de Atención Integral de Salud - GCPS - ESSALUD - V°B° A. QUISPE S. GERENTE

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD - ESSALUD - V°B° M.C.K. CHAVEZ R. Gerente Central

Nota: El registro del consentimiento informado debe ser llenado por el mismo paciente o su representante legal, sin borrones o enmendaduras y con la misma letra. En la medida de lo posible las dos hojas del Formato, deben proveerse al paciente / representante legal, con el tiempo suficiente para su adecuada lectura y entendimiento, para su llenado, de preferencia en presencia y/o apoyo del médico tratante. Los analfabetos podrán utilizar su huella digital (dedo índice) en lugar de la firma.

ANEXO N° 02

CLASIFICACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA DEL CÁNCER DE MAMA[32]

Categoría	Criterios
Luminal A	Receptor de estrógeno-positivo Receptores de Progesterona elevados HER2-negativo Ki67 bajo* (habitualmente según ESMO menos de 30)
Luminal B	**Opción 1** Receptor de estrógeno-positivo HER2-negativo Receptores de Progesterona positivo o negativo Grado Nuclear III y/o Ki67 alto* (más de 30) **Opción 2** Receptor de estrógeno-positivo HER2-positivo Receptores de Progesterona – cualquier valor Ki67 – cualquier valor
HER2 positivo (no luminal)	Receptor de estrógeno-negativo Receptores de Progesterona – negativo HER2-positivo
Triple Negativo	Receptor de estrógeno-negativo Receptores de Progesterona – negativo HER2-negativo (Her2+/+++ o Her2 ++/+++ con FISH NEGATIVO)

[32]Sociedad Española de OncologíaMédica. Disponible en https://seom.org/125-Informaci%C3%B3n%20al%20P%C3%BAblico%20-%20Patolog%C3%ADas/cancer-de-mama#:~:text=Clasificaci%C3%B3n%20molecular%20del%20c%C3%A1ncer%20de%20mama&text=La%20clasificaci%C3%B3n%20molecular%20establece%20cuatro,HER%202%20y%20basal%20like.

ANEXO N° 03

CLASIFICACIÓN HISTOLÓGICA DEL CÁNCER DE MAMA[33]

TUMORES EPITELIALES

Carcinoma de mama invasivo
- Carcinoma ductal infiltrante, SAI
- Carcinoma oncocítico
- Carcinoma rico en lípidos
- Carcinoma rico en glucógeno
- Carcinoma sebáceo
- Carcinoma lobulillar, SAI
- Carcinoma tubular
- Carcinoma cribiforme, SAI
- Adenocarcinoma mucinoso
- Cistadenocarcinoma mucinoso, SAI
- Carcinoma micropapilar invasivo de mama
- Carcinoma metaplásico

Tumores raros y de tipo glándula salival
- Carcinoma de células acinares
- Adenocarcinoma polimorfo
- Carcinoma adenoide quístico
  - Carcinoma adenoide quístico clásico
  - Carcinoma adenoide quístico basaloide sólido
  - Carcinoma adenoide quístico con transformación de alto grado
- Carcinoma secretor
- Carcinoma mucoepidermoide
- Adenocarcinoma polimorfo
- Carcinoma de células altas con polaridad invertida

Neoplasias neuroendocrinas
- Tumor neuroendocrino, SAI
- Tumor neuroendocrino, grado 1
- Tumor neuroendocrino, grado 2
- Carcinoma neuroendocrino, SAI
- Carcinoma neuroendocrino de células pequeñas
- Carcinoma neuroendocrino de células grandes

Tumores mioepiteliales epiteliales
- Adenoma pleomórfico
- Adenomioepitelioma, SAI
- Adenomioepitelioma con carcinoma
- Carcinoma epitelial-mioepitelial

Neoplasia lobulillar no invasiva
- Hiperplasia lobulillar atípica
- Carcinoma lobulillar in situ, SAI
  - Carcinoma lobulillar clásico in situ
  - Carcinoma lobulillar florido in situ
  - Carcinoma lobulillar in situ, pleomórfico

Carcinoma ductal In situ (CDIS)
- Carcinoma ductal, no infiltrante, SAI
  - CDIS de bajo grado nuclear
  - CDIS de grado nuclear intermedio
  - CDIS de alto grado nuclear

Proliferaciones epiteliales benignas y precursores
- Hiperplasia ductal usual
- Lesiones de células columnares que incluyen atipia epitelial plana
- Hiperplasia ductal atípica

Adenosis y lesiones esclerosantes benignas
- Adenosis esclerosante
- Adenoma apocrino
- Adenosis microglandular
- Cicatriz radial/lesión esclerosante compleja

Neoplasias papilares
- Papiloma intraductal
- Carcinoma ductal in situ, papilar
- Carcinoma papilar encapsulado
- Carcinoma papilar encapsulado con invasión
- Carcinoma papilar sólido in situ
- Carcinoma papilar sólido con invasión
- Adenocarcinoma papilar intraductal con invasión

Adenomas
- Adenoma tubular, SAI
- Adenoma lactacional
- Adenoma del conducto, SAI

TUMORES FIBROEPITELIALES Y HAMARTOMAS DE LA MAMA
- Hamartoma
- Fibroadenoma
- Tumor filoides, SAI
  - Tumor del estroma periductal
  - Tumor filoides, benigno
  - Tumor filoides, límite
  - Tumor filoides, maligno

TUMORES DEL PEZÓN
- Siringoma, SAI
- Adenoma del pezón
- Enfermedad de Paget de la mama

(Continuación) CLASIFICACIÓN HISTOLÓGICA DEL CÁNCER DE MAMA

TUMORES MESENQUIMALES

Tumores vasculares

- Hemangioma, SAI
  - Hemangioma perilobulillar
  - Hemangioma venoso
  - Hemangioma cavernoso
  - Hemangioma capilar
- Angiomatosis
- Lesión vascular atípica
  - Lesión vascular atípica linfática que se asemeja a un linfangioma
  - Lesión vascular atípica que se asemeja a un hemangioma o hemangioma con patrón en "hobnail"
- Angiosarcoma posradiación
  - Angiosarcoma epitelioide
- Angiosarcoma
  - Angiosarcoma epitelioide

Tumores fibroblásticos y miofibroblásticos.

- Fascitis nodular
- Miofibroblastoma
- Fibromatosis tipo desmoide
- Tumor miofibroblástico inflamatorio
- Sarcoma miofibroblástico inflamatorio epitelioide

Tumor de la vaina del nervio periférico

- Schwannoma, NOS
  - Schwannoma celular
  - Schwannoma epitelioide
  - Schwannoma plexiforme
  - Schwannoma melanótico
- Neurofibroma, SAI
  - Neurofibroma difuso
  - Neurofibroma atípico
  - Neurofibroma plexiforme
- Tumor de células granulares, SAI
- Tumor de células granulares, maligno

Tumores del músculo liso

- Leiomioma, SAI
  - Leiomioma cutáneo (pilar)
  - Leiomioma del pezón y areola
  - Leiomioma del parénquima mamario
- Leiomiosarcoma, SAI

Tumores adipocíticos

- Lipoma, SAI
- Angiolipoma, SAI
- Liposarcoma, SAI

Otros tumores mesenquimales y afecciones similares a tumores

- Hiperplasia estromal pseudoangiomatosa

TUMORES HEMATOLINFOIDES DE LA MAMA

Linfoma

- Linfoma de tejido linfoide asociado a mucosas
- Linfoma folicular, SAI
- Linfoma difuso de células B grandes , SAI
- Linfoma de Burkitt, SAI / leucemia aguda, tipo Burkitt
  - Linfoma de Burkitt endémico
  - Linfoma de Burkitt esporádico
  - Linfoma de Burkitt asociado a inmunodeficiencia
- Linfoma anaplásico de células grandes asociado a implantes mamarios

TUMORES DE MAMA MASCULINOS

- Ginecomastia
  - Ginecomastia florida
  - Ginecomastia fibrosa

- Carcinoma intraductal, no infiltrante, SAI
  - Carcinoma ductal in situ
  - Carcinoma lobulillar in situ

  Enfermedad de Paget del pezón
- Carcinoma ductal infiltrante, SAI

TUMORES METASTÁSICOS

ANEXO N° 04

ESTADIFICACIÓN TNM (TUMOR, GANGLIO LINFÁTICO, METÁSTASIS)[34]

Definiciones para T, N, M

TX El tumor primario no se puede valorar

T0 Sin pruebas de tumor primario

Tis (CDIS)* Carcinoma ductal *in situ*

Tis (Paget) La enfermedad de Paget del pezón NO está asociada al carcinoma invasivo ni al carcinoma *in situ* (CDIS) en el parénquima mamario subyacente. Los carcinomas en el parénquima de la mama asociados a la enfermedad de Paget se clasifican según el tamaño y tas caracteristicas del tumor del parénquima, aunque la presencia de la enfermedad de Paget debe tenerse en cuenta

T1 Tumor ≤20 mm en su mayor dimensión

T1mi Tumor ≤1 mm en su mayor dimensión

T1a Tumor >1 mm pero ≤5mm en su mayor dimensión (redondear cualquier medición >1,0-1,9 mm a 2 mm)

T2 Tumor >20 mm pero ≤50mm en su mayor dimensión

T3 Tumor >50 mm en su mayor dimensión

T4 Tumor de cualquier tamaño con expansión directa a la pared torácica o a la piel (ulceración o nódulos macroscópicos); la invasión de la dermis sola no se califica como T4

T4a Invasión a la pared torácica; la invasión o adherencia al músculo pectoral en ausencia de invasión de las estructuras

T4b de la pared torácica no se califica como T4
Ulceración y/o ganglios satélite macroscópicos ipsilaterales

T4c o edema de la piel (con piel de naranja) que no reúnelos

T4d criterios del carcinoma inflamatorio
Presencia tanto de T4a como de T4b

Carcinoma inflamatorio

Ganglios linfáticos regionales (N)		Patológico (pN)	
cNX	No se pueden analizar los ganglios linfáticos regionales (p.ej., por previa extirpación)	**pNX**	No se pueden analizar los ganglios linfáticos regionales (no se han extirpado para su estudio patológico ni previamente extirpados)
cN0	No hay metástasis en ganglios linfáticos regionales (según prueba clínica o de imagen)	**pN0**	No se ha detectado metástasis en los ganglios linfáticos regionales o solo ITC
cN1	Metástasis a ganglios linfáticos axilares ipsilaterales extirpables nivel I, II	pN0(i+)	Solo ITC (grupos de células malignas no mayores de 0,2 mm) en ganglios linfáticos regionales
cN1mi**	Micrometástasis (aproximadamente 200 células, mayor que 0,2 mm, pero no mayor que 2,0 mm)	pN0(mol+)	Datos moleculares positivos según reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR); no se han detectado ITC
cN2	Metástasis en ganglios linfáticos axilares ipsilaterales nivel I, II clínicamente fijos o fusionados; o en ganglios mamarios internos ipsilaterales en ausencia de metástasis en ganglios linfáticos axilares	**pN1**	Micrometástasis; o metástasis en 1-3 ganglios linfáticos axilares; y/o en los ganglios mamarios internos clínicamente negativos con micrometástasis o macrometástasis según biopsia de ganglio linfático centinela
cN2a	Metástasis en ganglios linfáticos axilares ipsilaterales nivel I, II fijados entre si (fusionados) o a otras estructuras	pN1mi	Micrometástasis (aproximadamente 200 células, mayor que 0,2 mm, pero no mayor que 2,0 mm)
cN2b	Metástasis solo en ganglios mamarios internos ipsilaterales en ausencia de metástasis en ganglios linfáticos axilares	pN1a	Metástasis en 1-3 ganglios linfáticos axilares, con al menos una mayor que 2,0 mm
cN3	Metástasis en ganglios linfáticos infraclaviculares ipsilaterales (axilares nivel III) con o sin afectación de ganglios linfáticos axilares de nivel I, II; o en ganglios linfáticos mamarios internos ipsilaterales con metástasis en ganglios linfáticos axilares nivel I, II;	pN1b	Metástasis en ganglios centinela mamarios internos ipsilaterales, excluyendo ITC
		pN1c	Combinación de pN1a y pN1b
		pN2	Metástasis en 4-9 ganglios linfáticos axilares; o ganglios mamarios internos ipsilaterales positivos según prueba de imagen en ausencia de metástasis en ganglios linfáticos axilares
	o metástasis en ganglios linfáticos supraclaviculares ipsilaterales con o sin	pN2a	Metástasis en 4-9 ganglios linfáticos axilares (al menos un depósito tumoral mayor que 2,0 mm)
cN3a	afectación de ganglios linfáticos mamarios internos		
cN3b	Metástasis en ganglios linfáticos infraclaviculares ipsilaterales		
cN3c	Metástasis en ganglios linfáticos mamarios internos ipsilaterales y en ganglios linfáticos axilares Metástasis en ganglios linfáticos supraclaviculares ipsilaterales		
		pN2b	Metástasis en ganglios linfáticos mamarios internos clínicamente detectada, con o sin confirmación microscópica; con ganglios axilares patológicamente negativos

Nota: Se añadirán los sufijos (sn) y (f) a la categoría N para indicar que la metástasis se ha confirmado mediante biopsia del ganglio centinela o mediante biopsia con aspiración de aguja fina o gruesa respectivamente.

*En la categoría cNX se utiliza con prudencia en los casos en que los ganglios linfáticos regionales se hayan extirpado quirúrgicamente o cuando se carezca de documentación de la exploración física de la axila.

**Aunque la categoría cN1mi se utiliza rara vez, puede ser apropiada cuando se realiza una biopsia del ganglio centinela antes de la resección del tumor, lo que es más probable en cuadros tratados con terapia neoadyuvante.

34 National Comprehensive Cancer Network® (NCCN) Guidelines Version 3.2024 Breast Cancer

Definiciones de T,N,M (continuación) Patológico (pN)

pN3	Metástasis en 10 o más ganglios linfáticos axilares; o en ganglios linfáticos infraclaviculares ipsilaterales (axilares nivel III); o ganglios mamarios internos ipsilaterales positivos según prueba de imagen en presencia de uno o más ganglios linfáticos axilares nivel I, II positivos; o en más de tres ganglios linfáticos axilares y micrometástasis o macrometástasis según biopsia de ganglio linfático centinela en los ganglios mamarios internos ipsilaterales clínicamente negativos; o en ganglios linfáticos supraclaviculares ipsilaterales
pN3a	Metástasis en 10 o más ganglios linfáticos axilares (al menos un depósito tumoral mayor que 2,0 mm); o metástasis en ganglios infraclaviculares (linfáticos axilares nivel III)
pN3b	pN1a o pN2a en presencia de cN2b (ganglios mamarios internos positivos según prueba de imagen); o pN2a en presencia de pN1b
pN3c	Metástasis en ganglios linfáticos supraclaviculares ipsilaterales

Nota: Se añadirán los sufijos (sn) y (f) a la categoría N para indicar que la metástasis se ha confirmado mediante biopsia del ganglio centinela o mediante biopsia AAF o de aguja gruesa respectivamente, sin más resecciones de ganglios

Metástasis a distancia (M)

M0	No existen pruebas clínicas ni radiográficas de metástasis a distancia*
cM0(i+)	No existen pruebas clínicas ni radiográficas de metástasis a distancia en presencia de células o depósitos tumorales no mayores de 0,2 mm detectados por microscopio mediante técnicas moleculares en el torrente sanguíneo, a médula ósea ni en otro tejido ganglionar no regional en paciente sin síntomas ni signos de metástasis.
cM1	Metástasis a distancia detectada en pruebas clínicas y radiográficas
pM1	Cualquier metástasis confirmada histológicamente en órganos distantes; o si se trata de ganglios no regionales, metástasis mayores de 0,2 mm

Grupos de estadificación anatómica de la AJCC

La tabla Grupo de Estadificación Anatómica sólo debe utilizarse en regiones globales de las que no se dispone de pruebas de biomarcadores de forma rutinaria.

Los registros de cáncer de Estados Unidos deben utilizarlas tablas de Grupos de Estadificación Clínica, Pronóstica y Patológica para a notificación de casos.

Fase 0	Tis	N0	M0	**Estadio IIIA**	T0	N2	M0
Estadio IA	T1	N0	M0		T1	N2	M0
Estadio IB	T0	N1mi	M0		T2	N2	M0
	T1	N1mi	M0		T3	N1	M0
Estadio IIA	T0	N1	M0		T3	N2	M0
	T1	N1	M0	**Estadio IIIB**	T4	N0	M0
	T2	N0	M0		T4	N1	M0
Estadio IIB	T2	N1	M0		T4	N2	M0
	T3	N0	M0	**Estadio IIIC**	Cualquier T	N3	M0
				Estadio IV	Cualquier T	Cualquier N	M1

Notas:
1. T1 incluye T1mi.
2. Los tumores T0 y T1 con micrometástasis ganglionares (N1mi) se clasifican en el estadio IB.
3. Los tumores T2. T3 y T4 con micrometástasis ganglionares (N1mi) se clasifican en la categoría N1.
4. M0 incluye M0(i+).
5. La designación pM0 no es válida; cualquier M0 es clínico.
6. Si una paciente presenta enfermedad M1 antes de la terapia sistémica neoadyuvante, el estadio será IV y seguirá siéndolo cualquiera que sea su respuesta a la terapia neoadyuvante.
7. La clasificación del estadio podría cambiar si as pruebas de imagen posquirúrgicas revelan la presencia de metástasis a distancia, siempre que dichas pruebas se realicen en los 4 meses siguientes a1 diagnóstico en ausencia de progresión de la enfermedad y que la paciente no haya recibido terapia neoadyuvante.
8. La estadificación posterior a la terapia neoadyuvante se marca con los prefijos "yc" o "yp" en la clasificación T y N. No se asigna un grupo de estadificación anatómico si se produce una respuesta completa patológica (RCp) a la terapia neoadyuvante, por ejemplo, ypT0ypN0cM0.

GERENCIA DE PRESTACIONES ESPECIALIZADAS V°B° M. BLAS A. SUB GERENTE ESSALUD - GCPS - GPNAIS

Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud V°B° A. QUISPE S. GERENTE ESSALUD - GCPS

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD V°B° M.C. K. CHAVEZ R. Gerente Central ESSALUD