

Decreto 38.515-S

*Norma nacional para la prevención y atención
integral de las personas con cáncer de piel*

Gaceta 135

15 de julio de 2014

**EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA
Y LA MINISTRA DE SALUD**

En uso de las facultades que le confieren los artículos 140 incisos 3) y 18) y 146 de la Constitución Política; artículo 28 párrafo segundo de la Ley N° 6227 del 2 de mayo de 1978 “Ley General de la Administración Pública”; 1, 2, 3 y 9 de la Ley N° 5395 de 30 de octubre de 1973 “Ley General de Salud”; y 2 inciso b), c) y ch) de la Ley N° 5412 de 8 de noviembre de 1973 “Ley Orgánica del Ministerio de Salud”.

Considerando:

1°—Que la Salud de la población es tanto un derecho humano fundamental, como un bien de interés público tutelado por el Estado.

2°—Que es función del Estado a través de sus instituciones velar por la protección de la salud de la población y garantizar el bienestar de los ciudadanos.

3°—Que la Prevención Integral de las Personas con Cáncer de Piel, obedece a la elaboración de la Norma Nacional de Soporte Nutricional para la Persona con Cáncer que se inicia en el 2012 y a su vez, responde al cumplimiento del Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer 2011-2017, específicamente al ámbito de servicios de salud.

4°—Que la finalidad de esta normativa, consiste en estandarizar la atención del Cáncer de Piel que se brinda en los servicios de salud, dirigiendo las estrategias para reducir la incidencia y mortalidad por Cáncer de Piel en Costa Rica.

5°—Que en cumplimiento del rol rector de la producción social de la salud que le asigna la legislación vigente el Ministerio de Salud, debe establecer las políticas y los lineamientos técnicos para la atención y prestación de servicios de salud de mejor calidad a la población. **Por tanto;**

DECRETAN:

**OFICIALIZACIÓN DE LA NORMA NACIONAL
PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN
INTEGRAL DE LAS PERSONAS
CON CÁNCER DE PIEL**

Artículo 1°—Oficialícese para efectos de aplicación obligatoria la Norma Nacional para la Prevención y Atención Integral de las Personas con Cáncer de Piel, la cual está contenida en el anexo al presente Decreto.

Artículo 2°—El Ministerio de Salud velará por la correcta aplicación de la presente política.

Artículo 3°—Deróguese el Decreto Ejecutivo N° 32650-S del 18 de julio del 2005, “Manual de Normas para el Tratamiento de Cáncer en Costa Rica.” Vigente desde el 14 de octubre del 2005, publicado en *La Gaceta* N° 198 del 14 de octubre del 2005, Alcance 38a.

Artículo 4°—Rige a partir de su publicación.

Dado en la Presidencia de la República.—San José, a los diecinueve días del mes de mayo del dos mil catorce.

LUIS GUILLERMO SOLÍS RIVERA.—La Ministra de Salud, Dra. María Elena López Núñez.—1 vez.—O. C. N° 22094.—Solicitud N° 2787.—C-537620.—(D38515- IN2014044092).

ANEXO 1

NORMA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON CÁNCER DE PIEL

1 Objetivo General

Dirigir las estrategias para reducir la incidencia y mortalidad por cáncer de piel en Costa Rica, mediante la actualización de la Norma Nacional Atención Integral a las personas con cáncer de piel.

2 Objetivos específicos

- Posicionar la relevancia del cáncer de piel en Costa Rica.
- Dirigir y unificar los esfuerzos con el propósito de prevenir, detectar, tratar y rehabilitar oportunamente a la persona con cáncer de piel.
- Vigilar la correcta aplicación de la normativa a nivel nacional.

3 Ámbito de aplicación

La normativa es de aplicación nacional obligatoria para todas las instituciones, establecimientos, organizaciones y el personal con responsabilidades en el campo de los servicios de salud de atención a las personas, públicos, privados y los que de alguna manera inciden con sus acciones en esta población.

4 Glosario

Bronceado en interiores: Bronceado que se obtiene al usar una cama, sala o lámpara solar. (CDC prevención).

Cáncer de piel no Melanocítico: Es un tipo de neoplasias en donde se incluyen los tumores malignos de origen epitelial (Carcinoma Escamoso Oral, Carcinoma Epidermoide Cutáneo, Carcinoma Basocelular, Queratoacantoma, Carcinoma Verrugoso), mesenquimatoso (Sarcoma de Kaposi, Angiosarcoma, Fibroxantoma Atípico) y neuroectodérmico (Carcinoma de Merkel).

Cáncer de piel Melanocítico o Melanoma: Es un tumor maligno de los melanocitos (células cromógenas que nacen de la cresta neural y migran a la piel, las meninges, las membranas mucosas, la zona superior del esófago y los ojos).

Foto exposición de riesgo: Es la exposición a la luz solar entre 10:00 horas y 14:00 horas del día.

Ganglio centinela: Es el ganglio linfático que drena una región específica de la piel en que se encuentra el tumor primario. Por tanto, es el ganglio linfático con mayor probabilidad de contener metástasis.

Prevención primaria del cáncer: Es la educación que se brinda sobre estilos de vida saludable y reducción de factores de riesgo para cada tipo de cáncer.

Prevención secundaria del cáncer: El objetivo de la prevención secundaria es detectar el cáncer antes que se manifieste clínicamente, con la finalidad de poder ofrecer un tratamiento precoz.

Prevención terciaria del cáncer: Son todos los procedimientos que se realizan en los pacientes con cáncer con el fin de evitar las complicaciones clínicas y las recaídas. En este nivel de prevención se busca alcanzar una rehabilitación más rápida limitando la discapacidad.

Radiación Ultravioleta: Son los rayos invisibles que forman parte de la energía que viene del sol. La radiación ultravioleta que llega a la superficie de la Tierra se compone de dos tipos

de rayos que se llaman UVA y UVB. La radiación ultravioleta también proviene de lámparas solares y camillas de bronceado. Puede producir daños en la piel, envejecimiento prematuro, causar melanoma y otros tipos de cáncer de piel.

Fototipo: Es la clasificación de los diferentes tipos de piel en función de su reacción a la exposición solar. Se clasifican en:

- Fototipo I: Piel muy clara (pelirroja), siempre se quema, no se broncea nunca, numerosas pecas.
- Fototipo II: Piel clara, siempre se quema, a veces adquiere un ligero bronceado, numerosas pecas.
- Fototipo III: Piel de clara a mate, a veces se quema, siempre se broncea (bronceado medio), algunas pecas.
- Fototipo IV: Piel mate, no se quema nunca, siempre se broncea (bronceado oscuro), sin pecas.
- Fototipo V: Piel morena, no se quema nunca, siempre se broncea (bronceado muy oscuro), sin pecas.
- Fototipo VI: Piel negra, no se quema nunca, sin pecas.

5 Marco Teórico

El cáncer de piel es una afección donde se forman células malignas en los tejidos de la piel (1). Existen varios tipos, cada uno con distintas características. Se pueden clasificar de la siguiente manera:

A. **Cáncer de piel Melanocítico o Melanoma:** Tumor maligno de los melanocitos (células cromógenas que nacen de la cresta neural y migran a la piel, las meninges, las membranas mucosas, la zona superior del esófago y los ojos).

B. **Cáncer de piel no Melanocítico:** Abarca todas las neoplasias no melanocíticas. Se incluyen los tumores malignos de origen:

- Epitelial (entre ellos: Carcinoma Escamoso Oral, Carcinoma Epidermoide Cutáneo, Carcinoma Basocelular, Queratoacantoma, Carcinoma Verrugoso).
- Mesenquimatoso (entre ellos: Sarcoma de Kaposi, Angiosarcoma, Fibroxantoma Atípico, entre otros).
- Neuroendocrino (entre ellos Carcinoma de Merkel). (1)

El cáncer de piel se encuentra entre los primeros 10 tipos de cáncer más frecuentes en Costa Rica. Por lo tanto, es de suma importancia dar a conocer los aspectos y presentaciones principales de éste. Los tres principales tipos de cáncer de piel, en orden ascendente de frecuencia son: Carcinoma Basocelular, Carcinoma Epidermoide y Melanoma, siendo este último el más agresivo y letal.

El carcinoma basocelular se origina a partir de las células madre indiferenciadas y pluripotenciales de la capa basal epidérmica y folículos pilosebáceos. El carcinoma epidermoide tiene su origen en los queratinocitos. El melanoma es un cáncer maligno de los melanocitos, que son células cromógenas que nacen de la cresta neural y migran a la piel, las meninges, las membranas mucosas, la zona superior del esófago y los ojos. Dichas células en cada uno de los órganos mencionados tienen la posibilidad de transformarse en cancerosas.

El cáncer de piel es multifactorial y, en su mayoría, se encuentra en áreas expuestas al sol. (2) Las personas con factores de riesgo tienen más probabilidad de contraer cáncer de piel; estos factores varían de acuerdo al tipo de cáncer, pero en términos generales incluyen:

- Fototipo de piel I – II. (Ojos claros azules, verdes, cabello rubio o pelirrojo).
- Antecedentes familiares de cáncer de piel.
- Antecedentes personales de cáncer de piel.
- Exposición frecuente a rayos Ultravioleta (Por trabajo o actividades recreativas).
- Antecedentes de quemaduras solares, principalmente, antes de los 18 años.
- Antecedentes de bronceado en interiores (cámaras de bronceado). (3–13).
- Presencia de más de 100 nevus típicos y presencia de nevus atípicos.
- Estado de Inmunosupresión.

Estos factores de riesgo, pueden clasificarse como modificables y no modificables. La exposición a la radiación ultravioleta natural o artificial es el factor de riesgo ambiental más importante y es el único potencialmente modificable. (4)

Las alteraciones que se producen en la piel, debido a que es un órgano superficial, pueden ser detectadas con facilidad. La autoexploración de la piel, es un método importante a la hora de diagnosticar lo antes posible un cáncer.

6 Epidemiología:

La incidencia del cáncer melanoma y no melanoma ha aumentado en las últimas décadas. Actualmente cada año se presentan entre 2 y 3 millones de cáncer no melanoma y 132 mil melanomas. En el año 2000, a nivel mundial se diagnosticaron 200 mil casos de melanoma y se produjeron 65 mil defunciones relacionadas con este tipo de cáncer según la OMS.

El cáncer de piel de acuerdo a datos estadísticos del Ministerio de Salud del año 2010, ocupa el primer lugar en incidencia a nivel nacional tanto en hombres como en las mujeres.

A pesar de que no se encuentra en los primeros lugares de mortalidad si es una enfermedad que disminuye la calidad de vida de los afectados y consume muchos recursos nacionales e institucionales.

En Costa Rica en el año 2011: se registraron un total de 2321 casos nuevos de cáncer de piel, en las mujeres se registra una tasa de 44,64 de estos casos nuevos y en los hombres una tasa de 56,14 por cada 100 000 habitantes.

Del total de casos nuevos de cáncer de piel en ambos sexos, el 94,96% corresponde a no melanoma y el 5,04% a melanoma.

El 88,9% de los melanomas en ambos sexos, se registran en edades de 40 y más años.

INCIDENCIA DE CÁNCER DE PIEL SEGÚN SEXO, POR AÑO DE OCURRENCIA COSTA RICA, 2008-2011 (Tasas por 100,000 habitantes)

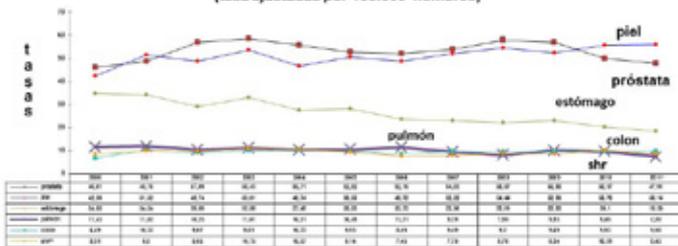
SEXO	AÑO							
	2008		2009		2010		2011	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
TOTAL	2146	48.21	2206	48.92	2493	54.63	2321	53.96
MASCULINO	1115	49.37	1107	48.39	1243	53.71	1207	56.14
FEMENINO	1031	47.02	1099	49.46	1250	55.57	1114	50.74

Fuente: M.Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, Unidad Seguimiento de Indicadores de Salud, Registro Nacional de Tumores

Incidencia de cáncer de piel en hombres:

En el sexo masculino las localizaciones de cáncer más frecuentes de acuerdo a su incidencia (tasa ajustada por cada 100.000 hombres) para el año 2011 en orden descendente son: piel (55,7), próstata (50,1), estómago (20,1), sistema hematopoyético (10,3), colon (9,6) y pulmón (9,5), lo que se puede apreciar en el siguiente gráfico.

Incidencia por tumores malignos más frecuentes en hombres según año. Costa Rica. 2000-2011* (tasa ajustadas por 100.000 hombres)



* cifras preliminares
ShR= sistema hematopoyético y reticuloendotelial
Fuente: M.Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, Registro Nacional de Tumores

La mediana nacional de incidencia del cáncer de piel es 43.01. La región con mayor incidencia es la región Brunca, seguida de la Central Norte y Huetar Norte.

En la región Brunca los cantones con mayores tasas de incidencia son Coto Brus (68.2), Pérez Zeledón (50.32) y Corredores (48.68). En la Región Central Norte los cantones Belén (86.28) Santo Domingo (79.63) y Tibás (75.43) son los más afectados, y por último de la Región Huetar Norte los cantones de San Carlos (50.12) y los Chiles (18.14).

TASAS QUINQUENALES DE INCIDENCIA DE CÁNCER DE PIEL EN HOMBRES POR REGION, COSTA RICA 2004-2008 (tasa bruta por 100 000 hombres)



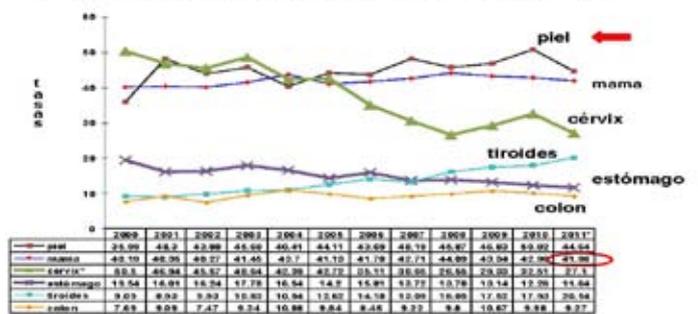
Fuente: Proyecto Fortalecimiento Red Oncológica CCSS con la base de datos del RNT, 2011

Incidencia por cáncer de piel en mujeres:

En el sexo femenino, el más frecuente de los tumores malignos para el año 2010 es el cáncer de piel, seguido por el de mama, en tercer lugar está el cáncer de cérvix y el cáncer de tiroides ocupó el cuarto. El cáncer de estómago ocupa el quinto puesto y el de colon el sexto.

Como puede observarse en el siguiente gráfico el cáncer de piel, el de cérvix y el de tiroides muestran una tendencia creciente. Por el contrario el cáncer de estómago muestra una tendencia decreciente y el cáncer de mama y colon presentan poca variación en el periodo 2000 al 2010.

Incidencia por tumores malignos más frecuentes en mujeres según año. Costa Rica. 2000-2011* (tasas ajustadas por 100.000 mujeres)

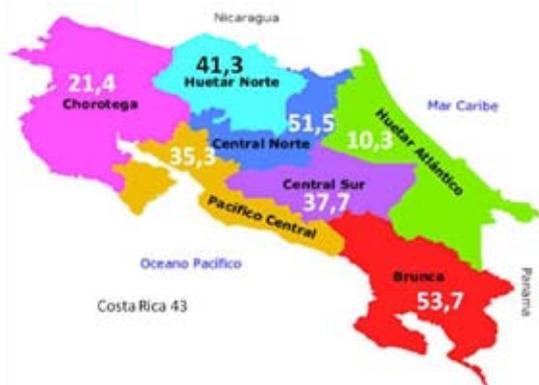


* Incluye tanto in situ como invasor
Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud.-Registro Nacional de Tumores

La mediana nacional de incidencia del cáncer de piel es 42.99. La región con mayor incidencia es la Brunca, seguida de la Central Norte y Huetar Norte.

En la región Brunca los cantones con mayores tasas de incidencia son Coto Brus (82.35), Pérez Zeledón (64) y Golfito (41.79). En la Región Central Norte los cantones Santo Domingo (101.07), Flores (84.95) y Belén (76.49) son los más afectados, y por último de la Región Huetar Norte los cantones de San Carlos (46.24) y los Chiles (22.52).

TASAS QUINQUENALES DE INCIDENCIA DE CÁNCER DE PIEL EN MUJERES POR REGION, COSTA RICA 2004-2008 (tasa bruta por 100 000 mujeres)



Fuente: Proyecto Fortalecimiento Red Oncológica CCSS con la base de datos del RNT, 2012

La incidencia del melanoma se visualiza en el siguiente cuadro:

INCIDENCIA DE MELANOMAS, SEGÚN GRUPOS DE EDAD, POR AÑO DE OCURRENCIA COSTA RICA, 2005-2011 (Cifras absolutas)

GRUPOS EDAD	AÑO						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
TOTAL	96	86	100	92	110	98	117
5-9	0	0	1	0	0	0	0
10-14	0	0	0	0	0	0	2
15-19	1	3	0	0	2	0	2
20-24	2	0	3	1	1	0	1
25-29	4	2	3	2	2	4	5
30-34	5	4	3	4	4	6	1
35-39	3	4	4	10	6	4	2
40-44	5	7	7	7	11	9	3
45-49	10	4	10	12	11	5	13
50-54	6	10	7	9	9	13	10
55-59	9	7	9	6	13	13	15
60-64	11	9	9	12	14	3	12
65-69	11	9	12	7	13	7	8
70-74	11	7	7	3	7	6	12
75 y +	18	20	25	19	17	27	31
DESC	0	0	0	0	0	1	0

Fuente: M.Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, Unidad Seguimiento Indicadores de Salud, Registro Nacional de Tumores

Mortalidad:

Seguidamente se presenta la mortalidad por cáncer de piel en hombres y mujeres en los últimos años, siendo las tasas de los dos últimos años similares, lo que se refleja en el siguiente cuadro:

MORTALIDAD POR CANCER DE PIEL SEGÚN SEXO, POR AÑO DE OCURRENCIA COSTA RICA, 2010-2012 (Tasas por 100,000 habitantes)

SEXO	AÑO					
	2010		2011		2012	
	N°	Tasa	N°	Tasa	N°	Tasa
TOTAL	76	1,67	83	1,80	84	1,81
MASCULINO	43	1,86	43	1,84	49	2,08
FEMENINO	33	1,47	40	1,76	35	1,52

Fuente: INEC-M. Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, USIS, Registro Nacional de Tumores

En cuanto a la mortalidad: En el 2012 se registraron 84 muertes por cáncer de piel, con una tasa de 1,81 por 100 mil habitantes.

El 58,33 % de las muertes se registran en hombres.

La mortalidad se mantiene constante en la última década, comportándose de forma similar a las estadísticas mundiales.

7 Niveles de prevención

Se enfoca la norma en tres niveles de prevención donde la Prevención primaria se basa en educación sobre estilos de vida saludable y reducir factores de riesgo, la prevención secundaria busca detectar el cáncer antes que se manifieste clínicamente con la finalidad de poder ofrecer un tratamiento precoz; y la prevención terciaria son todos los procedimientos que se realizan en los pacientes con cáncer con el fin de evitar las complicaciones clínicas y las recaídas.

Prevención Primaria	Prevención Secundaria	Prevención Terciaria
Promoción y prevención	Autoexamen de Piel	Tratamiento del cáncer de piel
Capacitación del recurso humano en los 3 niveles de atención.	Protocolos de manejo clínico en todos los establecimientos, públicos y privados.	Reportes de Patología
Fotoprotección	Campañas de detección temprana	Cuidados paliativos
		Rehabilitación

7.1 Prevención Primaria

7.1.1 Promoción de la salud y prevención

La promoción de la salud aplicada a la Prevención y Control del Cáncer de Piel debe considerar:

A. La creación de entornos saludables, el reforzamiento de acciones comunitarias, educativas y de salud, que propicien el desarrollo de habilidades personales, para la toma de decisiones informadas en relación al uso de los servicios de prevención y control del cáncer de piel.

B. La reorientación de los servicios y de los recursos de salud, referidos a la prevención y control del cáncer de piel, considerando la atención integral de las personas y grupos familiares con base en sus necesidades.

C. El desarrollo de estrategias de información, educación, comunicación y abogacía, dirigidas a personas claves dentro de la sociedad, a fin de sensibilizarlas para que favorezcan la implementación del programa de prevención y control del cáncer de piel.

D. Educar a la población sobre los riesgos de la exposición a la radiación ultravioleta directa e indirecta, natural o artificial. Se debe fomentar una adecuada fotoprotección con el fin de prevenir el cáncer de piel melanoma y no melanoma.

E. Fomentar la autoexploración sistemática de la piel con el fin de una detección temprana.

El principio central de un método integral de prevención y control del cáncer de piel consiste en actuar desde el nacimiento, educando con respecto a la fotoprotección. La fotoprotección debe ser en relación con evitar la radiación ultravioleta natural y artificial recibida durante todo el año, independientemente de la condición climatológica. Consiste en el uso de ropa adecuada para proteger la piel expuesta (manga y pantalón largos, tela de tejido cerrado), sombrero de ala ancha (para cubrirse la cara, cabeza, orejas y cuello), gafas de sol y uso de filtro solar. Este último debe contar con las siguientes características: factor de protección solar (FPS) mínimo de 30, con protección de UV-A y UV-B (amplio espectro) y resistente al agua; debe de ser aplicado 15 a 30 minutos antes de la exposición a la luz ultravioleta y reaplicado cada dos horas.

Se debe fomentar la realización de campañas específicas, para detección temprana del cáncer de piel en zonas de mayor riesgo.

7.1.2 Capacitación a los funcionarios de salud:

Se debe capacitar en el tema de cáncer de piel a los profesionales en salud como las ATAP, médicos generales y especialistas afines. Fortalecer la normativa educacional dirigida a los ATAPS y al personal de enfermería para que ellos transmitan la información a las comunidades, así como capacitación médica continua.

Se debe dar capacitación adecuada a los médicos generales en detección y reconocimiento del cáncer de piel.

7.1.3 Fotoprotección

Tomar el sol sin precauciones puede ocasionarnos daño como el envejecimiento prematuro o enfermedades más serias como el cáncer de piel.

Las quemaduras antes de los 18 años aumentan el riesgo de aparición de este tumor maligno después de los 40 años.

Se debe evitar el sol entre las 10:00 a.m. y las 2:00 p.m. Si se expone en ese tiempo, aumente su protección con gorra, protector solar, cúbrase el cuerpo lo más que se pueda y protéjase los ojos.

Las personas de ojos claros, de cabello rubio o pelirrojo, de piel blanca y/o pecosa, tienen un mayor riesgo de enfermedades de la piel ante la exposición inadecuada al sol.

Las medidas de protección son:

- Evitar la exposición solar innecesaria (incluyendo bronceado intencional), usar ropa adecuada y crema bloqueadora.
- Utilizar siempre protector solar. Aplicarlo 30 minutos antes de salir al sol. Luego cada dos o tres horas.
- Vestir camiseta y sombrero cuando se realizan actividades al aire libre.
- El bloqueador debe cumplir con los siguientes requisitos:
 - Proteger contra UVA y UVB.
 - Factor de protección solar que sea igual o superior a 30.

Señales de alerta que se deben tomar en cuenta para detectar cáncer de piel:

La mayoría de los cánceres de piel no tienen alta incidencia de metástasis. El melanoma es el tumor más agresivo y puede ser letal si no se detecta en su etapa inicial.

Por eso hay que tener en cuenta dos aspectos importantes:

- Elevar los factores de protección.
- Estar alertas a la detección temprana.

Se debe prestar atención a la aparición de manchas (generalmente rojizas) que pueden descamarse y sangrar, nódulos (elevaciones o prominencias redondeadas en la piel) y úlceras que no cicatrizan.

En los melanomas se identifican con la ayuda de la regla del A, B, C, D y E.

- A: Asimetría
- B: Bordes irregulares
- C: Color variado (dos o más colores)
- D: Diámetro mayor o igual a 6 mm
- E: Evolución (cambio de aspecto)

Una lesión que sea completamente diferente al resto de las lesiones (Signo de patito feo).

Recordar que en caso de melanoma nodular no aplica la regla del A, B, C, D, E.

7.2 Prevención secundaria

7.2.1 Autoexploración de la Piel

Las alteraciones que se producen en la piel, debido a que es un órgano externo, pueden ser detectadas con facilidad. La autoexploración de la piel, es un método importante a la hora de diagnosticar lo antes posible un cáncer.

La técnica de autoexploración de la piel se debe realizar mensualmente.

Técnica de exploración:

El profesional debe explicarle al usuario la importancia de realizarse el autoexamen de la piel de la siguiente forma:

- ✓ *Vea su cuerpo. Realice la autoexploración mensualmente y siga el mismo método para no olvidar ninguna zona.*
- ✓ *La habitación donde se realice debe estar bien iluminada. Es necesario espejo de cuerpo entero, uno de mano, una silla o un sillón.*
- ✓ *Frente al espejo visualice la parte anterior de tórax, abdomen, región pélvica y piernas, brazos y antebrazos, manos, espacios interdigitales y uñas. Inspeccione también la cara y cuello, parte posterior de los codos y antebrazos, axilas, y debajo de las mamas.*
- ✓ *De espaldas al espejo de cuerpo entero y con la ayuda del espejo de mano inspeccione la parte posterior del cuerpo: Cuello (no olvidando las orejas), hombros, parte superior e inferior de la espalda, glúteos y piernas.*
- ✓ *Siéntese con los pies apoyados en el sillón y, con el espejo de mano observe la zona genital y los laterales de las piernas hasta los tobillos.*
- ✓ *Continúe inspeccionando los pies (planta y dorso), dedos, espacios interdigitales y uñas.*
- ✓ *Como punto final, examine el cuero cabelludo. Para ello, colóquese frente al espejo y ayúdese con un secador de pelo. Si algún familiar o amigo puede ayudarle le facilitará la labor.*

Esta autoexploración debe estar dirigida a encontrar lesiones nuevas o preexistentes que cuenten con las siguientes características:

- A. Asimetría
- B. Bordes irregulares
- C. Color variado (2 o más tonos)
- D. Diámetro mayor de 6 milímetros.
- E. Evolución (cambios a través del tiempo: sangrado, prurito, aumento brusco de tamaño, entre otros).

7.2.2 Protocolos de manejo clínico en todos los establecimientos, públicos y privados

Todos los establecimientos, públicos y privados deben contar con protocolos y flujogramas para el abordaje en la atención integral de cáncer de piel.

En caso de alta sospecha de cáncer de piel, referir al dermatólogo para que sea éste el que brinde el abordaje correspondiente.

7.2.3 Campañas de detección temprana

Se debe fomentar la realización de campañas específicas, para detección temprana del cáncer de piel en zonas de mayor incidencia.

7.3 Prevención terciaria

Los casos complejos se deben abordar por un equipo multidisciplinario.

Se debe brindar la atención en cuidados paliativos y rehabilitación para la persona con cáncer de piel que lo amerite.

7.3.1 Aspectos Concernientes a la Anatomía Patológica

Datos en el Llenado de Solicitud de Reportes

Identificación completa del paciente.

- Nombre
- Edad
- Domicilio
- Número de expediente

Tipo de Procedimiento (más de uno si es necesario)

- Biopsia, afeitado (note A)
- Biopsia, sacabocado
- Biopsia, incisional
- Escisión
- Re-escisión

Localización del Tumor

Lateralidad del Espécimen

- Derecha
- Izquierda
- Mediana

Descripción adecuada del Tumor

Diagnóstico Clínico Presuntivo

Referencias para orientación adecuada del Espécimen Antecedentes personales patológicos y no patológicos de relevancia

Fecha de toma de la Muestra

Se debe enviar las muestras en frascos apropiados para este fin. El frasco debe superar en al menos 10 veces el tamaño de la muestra; la cual debe ser conservada en abundante formalina buferizada al 10% (la muestra debe flotar en el recipiente).

Reporte Sinóptico de Melanoma Maligno (14)

Fecha de Reporte

Tipo de Procedimiento:

- o Biopsia, afeitado (note A)
- o Biopsia, sacabocado
- o Biopsia, incisional
- o Escisión
- o Re-excisión

Descripción Macroscópica:

- Tamaño del tumor (si es visible)
 - Mayor dimensión: cm (mm)
 - Sin determinar
- Presencia de nódulos macroscópicos satélites.
 - No identificados
 - Presentes
 - Indeterminado
- Pigmentación macroscópica
 - Presente
 - No identificada

Tipo Histológico:

- Extensión superficial
- Nodular
- Melanoma léntigo maligno
- Acral-lentiginoso
- Otro tipo histológico.
- Melanoma, sin clasificar

Fase de Crecimiento:

- Radial
- Vertical
- Indeterminada

Nivel de Clark:

- o I (Melanoma in situ)
- o II (Melanoma invade pero no llena o expande la dermis papilar)
- o III (Melanoma llena y expande la dermis papilar)
- o IV (Melanoma invade la dermis reticular dermis)
- o V (Melanoma invade el tejido celular subcutáneo)

Grosor de Breslow: (Para melanomas malignos en crecimiento vertical. Usando micrómetro en el ocular, y midiendo desde la capa granular o base de la úlcera).

- o Especificar: __ mm. (dos decimales)
- o Al menos __ mm (comentario)
- o Indeterminado (comentario)

Ulceración:

- o Presente (Anotar el diámetro de la ulceración).
- o No identificada
- o Indeterminada

Márgenes Periféricos y Profundo:

- Negativos (libres) midiendo:
 - o Distancia desde melanoma vertical hasta el margen más cercano: __ mm (si es posible, especifíquese qué márgenes)
 - o Distancia desde melanoma horizontal hasta el margen más cercano: __ mm (si es posible, especifíquese qué márgenes)
- Márgenes positivos, para melanoma vertical u horizontal (si es posible, especifíquese qué márgenes)
- No disponibles

Índice Mitótico:

- o Especifique el número de mitosis/mm²

Microsatélites: (Grupo de células de melanoma de al menos 0,05 mm. de diámetro, separadas de la lesión principal por tejido normal por al menos 0,3 mm).

- o No identificados
- o Presentes
- o Indeterminado

Invasión Linfovascular:

- o No identificada
- o Presente
- o Indeterminada

Invasión Perineural:

- No identificada
- Presente
- Indeterminada

Infiltrado Linfoide Intralesional:

- o No identificado, mínimo
- o Presente, no pronunciado.
- o Presente, pronunciado

Regresión:

- o No identificada
- o Presente, menos del 75% de la lesión
- o Presente, 75% o más de la lesión
- o Indeterminado

Ganglio Linfático Centinela:

- o Número total de ganglios
- o Número de ganglios con metástasis (macro y microscópicas)
 - No identificados
 - Tamaño macroscópico del ganglio de mayor tamaño.
 - Extensión extranodal:
 - o Presente
 - o No identificada
 - o Indeterminada
- o Tamaño del foco metastásico de mayor tamaño: (mm.) (ganglio centinela; todos)
- o Localización de la metástasis (ganglio centinela)

- o Subcapsular
- o Intramedular
- o Subcapsular e intramedular

Linfadenectomía Regional:

- o Número total de ganglios
- o Número de ganglios con metástasis (macro y microscópicas)
 - No identificados

Metástasis Viscerales:

- o Localización de metástasis visceral:
 - Pulmonar
 - No pulmonar

Definición Patológica del Tumor Primario (pT):

Clasificación de T	Grosor del tumor (mm).	Ulceración/Mitosis.
T1	≤ 1,0	a: sin ulceración y mitosis < 1/mm cuadrado. b: con ulceración o mitosis ≥ 1/mm cuadrado
T2	1,01 – 2,0	a: sin ulceración b: con ulceración
T3	2,01 – 4,0	a: sin ulceración b: con ulceración
T4	> 4,0	a: sin ulceración b: con ulceración

Definición Patológica de Ganglios Linfáticos Regionales (pN):

- o Nx Ganglios linfáticos no valorados.
- o N0 Sin detección de metástasis ganglionares
- o N1 Metástasis a un ganglio linfático
- o N2 Metástasis a dos ó tres ganglios linfáticos
- o N3 Metástasis a cuatro o más ganglios linfáticos, o metástasis en tránsito /satelitosis con nódulos metastásicos.

Metástasis a Distancia (pM):

- M0 Sin evidencia detectable de metástasis a distancia.
- M1a Metástasis a piel, tejido subcutáneo o ganglios linfáticos regionales.
- M1b Metástasis a pulmón.
- M1c Metástasis a otras vísceras o metástasis a cualquier sitio con niveles aumentados de HDL sérica.

Reporte Sinóptico de Carcinoma Epidermoide Invasor de la Piel

El uso de este reporte sinóptico es opcional en tumores menores a 2 cm. de diámetro. Este protocolo no aplica a carcinomas del párpado, vulva o pene.

Fecha de Reporte**Tipo de Procedimiento:**

- o Biopsia, afeitado
- o Biopsia, sacabocado
- o Biopsia, incisional
- o Excisión
- o Re-excisión

Ubicación del Tumor (Topografía).**Tamaño Tumoral:**

- o Diámetro tumoral (milímetros).

Tipo Histológico:

- o De tipo usual.
- o Acantolítico.
- o Fusocelular (sarcomatoide).
- o Verrucoso.
- o Pseudovascular.

- o Adenoescamoso.
- o Otro (especificar).

Grado Histológico:

- o Bien diferenciado.
- o Moderadamente diferenciado.
- o Pobremente diferenciado.
- o Indiferenciado.
- o No puede determinarse.

Espesor Máximo Tumoral:

- o Grosor en milímetros.

Estado de Márgenes Periféricos y Profundo:

- Sin compromiso por carcinoma invasor.
 - o Distancia en milímetros al margen más cercano.
 - o Anotar cuál margen es, de ser posible.
- Compromiso por carcinoma invasor.
 - o Anotar cuál margen es, de ser posible.
- Sin compromiso por carcinoma in situ.
 - o Distancia en milímetros al margen más cercano.
 - o Anotar cuál margen es, de ser posible
- Compromiso por carcinoma in situ.
 - o Anotar cuál margen es, de ser posible
- No puede determinarse.

Invasión Linfo Vascular:

- Presente.
- No identificada.
- Indeterminada.

Invasión Perineural:

- o Presente.
- o No identificada.
- o Indeterminada.

Ganglios Linfáticos:

- o Número de ganglios linfáticos analizados.
- o Número de ganglios linfáticos comprometidos por carcinoma metastásico.
- o Tamaño macroscópico del ganglio linfático de mayor tamaño.
- o Medida de la metástasis de mayor tamaño (centímetros).
- o Presencia o ausencia de extensión extranodal.

Definición Patológica del Tumor Primario (pT) No incluye carcinomas del párpado:

- * T0 Sin evidencia de tumor primario.
 - * Tis Carcinoma in situ.
 - * T1 Tumor de 2 cm o menos de dimensión con menos de dos factores de riesgo*
 - * T2 Tumor mayor de más de 2 cm. de diámetro o un tumor de cualquier dimensión con dos o más factores de riesgo.
 - * T3 Tumor con invasión de la maxila, mandíbula, órbita o hueso temporal.
 - * T4 Tumor con invasión del esqueleto (axilar o apendicular), o con invasión perineural de la base del cráneo.
- o Factores de riesgo:

- o Espesor tumoral mayor a dos milímetros.
- o Nivel de Clark igual o mayor a IV:
- o Presencia de invasión perineural.
- o Pabellón auricular como sitio primario.
- o Tumores localizados en piel de labio no recubierto por pelos.
- o Tumores poco diferenciados o indiferenciados.

Definición Patológica de Ganglios Linfáticos Regionales (pN):

- o Nx Ganglios linfáticos no examinados.
- o N0 Ganglios linfáticos regionales sin metástasis.
- o N1 Metástasis a un único ganglio linfático ipsilateral, de 3 centímetros o menos de dimensión mayor.
- o N2 Metástasis en un ganglio linfático ipsilateral mayor de

3

centímetros de dimensión mayor; o múltiples metástasis ipsilaterales ninguna mayor a 6 centímetros de dimensión mayor; o múltiples metástasis bilaterales o contralaterales, ninguna mayor a 6 centímetros de dimensión mayor.

- o N2a Metástasis única ipsilateral, mayor de 3 centímetros de dimensión mayor pero no mayor de 6 centímetros.
- o N2b Metástasis múltiples ipsilaterales, ninguna mayor a 6 centímetros de dimensión mayor.
- o N2c Metástasis bilaterales o contralaterales, ninguna mayor a 6 centímetros de dimensión mayor.
- o N3 Metástasis ganglionar mayor a 6 centímetros de dimensión mayor.

Metástasis a Distancia (pM):

- M0 Sin metástasis a distancia.
- M1 Presencia de metástasis a distancia.
- Mx No precisada la existencia de metástasis a distancia.

Reporte Sinóptico de Carcinoma Basocelular (15)**Fecha de Reporte****Tipo de Procedimiento:**

- o Biopsia, afeitado
- o Biopsia, sacabocado
- o Biopsia, incisional
- o Excisión
- o Re-excisión

Ubicación del Tumor (Topografía).**Tamaño Tumoral:**

- o Tamaño tumoral (centímetros).

Ulceración Macroscópica:

- o Tamaño de la ulceración (centímetros).

Tipo Histológico:

- o Circunscrito
- o Carcinoma basocelular sólido nodular.
- o No circunscrito (Infiltrante)
- Carcinoma basocelular de diseminación superficial.
- Carcinoma basocelular micronodular.
- Carcinoma basocelular trabecular esclerosante
- Carcinoma basocelular esclerodermiforme
- Carcinoma metatípico (basoescamoso)
- Fibroepitelioma de Pinkus
 - o Carcinoma basocelular de patrón mixto (especificar los tipos histológicos)

Ulceración Microscópica.**Nivel Anatómico de la Invasión:**

- o Dermis papilar.
- o Dermis reticular.
- o Tejido celular subcutáneo
- o Invasión de estructuras profundas: músculo, cartilago, etc.).

Estado de Márgenes Periféricos y Profundo:

- Sin compromiso por carcinoma invasor.
 - o Distancia aproximada al margen más cercano.
 - o Anotar cuál margen es el más cercano, de ser posible.
- Compromiso por carcinoma.
 - o Anotar cuál margen es, de ser posible.
- No puede determinarse.

Invasión Linfo Vascular:

- Presente.
- No identificada.

Invasión Perineural:

- o Presente.
- o No identificada.

8 Disposiciones específicas

A nivel de los establecimientos que brindan servicios de cámaras de bronceado, el Ministerio de Salud exigirá la rotulación y advertencia visible de los efectos nocivos que produce la radiación ultravioleta.

ATENCIÓN: El Uso de cámaras de bronceado se asocia a un aumento del riesgo de cáncer de piel.

Las actividades públicas y privadas al aire libre con exposición solar directa de las personas, en horario de 10:00 am a 2:00 pm se deben evitar.

Las que se realicen en este horario deberá exigirse una advertencia visible de los efectos nocivos que produce la radiación ultravioleta y recomendar el uso de medidas de protección.

ATENCIÓN:

La exposición directa al sol entre las 10:00 am y 2:00 pm aumenta el riesgo de Cáncer de Piel.

Utilice medidas de protección solar.