

## Efectividad de los programas de prevención secundaria del cáncer de mama

**Sr. Director:** Es importante que la revista SEMERGEN haya elegido como tema central de un número reciente el “Cáncer de mama. Manejo desde atención primaria”<sup>1</sup>, por ser uno de los principales problemas clínicos y de salud pública actuales. Y hay que felicitar al autor del texto por lo cuidado de su elaboración.

En lo que se refiere a la prevención secundaria del cáncer de mama, nos gustaría hacer algunos comentarios y matizaciones al citado artículo<sup>1</sup>.

El cribado poblacional del cáncer de mama es una cuestión con componentes científico-profesionales, sociales y políticos. Desde el punto de vista científico se acepta, en general, aunque existe controversia al respecto. Desde el punto de vista social suele ser bien aceptado e incluso demandado por la población y, lógicamente, por sensibilidad política, se suele intentar implantar dicho cribado.

En el artículo de Alonso se señala que mediante el cribado mamográfico “la reducción en la mortalidad por cáncer de mama reconocida tras los análisis de estudios controlados es del 28% para mujeres mayores de 50 años”. La conclusión respecto a esa reducción de mortalidad se ha obtenido de ocho ensayos clínicos aleatorios controlados y en posteriores metaanálisis<sup>2</sup>, realizados principalmente con poblaciones de Norteamérica y norte de Europa, en los que la frecuencia del cáncer de mama es mayor que en España. Además, la calidad científica de los estudios que apoyan esta práctica ha sido cuestionada y se puede llegar a la conclusión de que no hay fundamento científico suficiente para recomendar el cribado del cáncer de mama con mamografía<sup>3</sup>. En cualquier caso, lo cierto es que la posible reducción de la mortalidad está en función de dos variables principales: *a)* la frecuencia del cáncer de mama en la población (incidencia y agresividad de presentación, según los grupos de edad cribados), y *b)* la calidad de los programas de cribado (participación, tasas de detección, falsos positivos, falsos negativos, valor predictivo, seguimiento de los casos diagnosticados, eficacia del tratamiento en los centros locales, etc.).

En España, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias recomienda la realización de mamografías a las mujeres mayores de 50 años, cada 2 años<sup>4</sup>, aunque la situación en las diferentes comunidades autónomas es desigual. En Cataluña, comunidad autónoma con alta incidencia de cáncer de mama, se ha estimado que la reducción de la mortalidad mediante programas de prevención de este tumor, basados en la mamografía de cribado cada 2 años en las mujeres de 50-64 años, sería del 12%; en ca-

so de que se ampliara la edad a los 69 años, la reducción de la mortalidad sería del 14,9%<sup>5</sup>.

En lo que se refiere a la realización de mamografías preventivas a las mujeres de 40-49 años, no hay fundamento científico ni moral para implantar el programa, ni siquiera para hacer más ensayos clínicos al respecto<sup>6</sup>.

La mamografía de cribado aumenta, sobre todo, la detección de cánceres *in situ*, lo que conlleva un aumento de las cifras de incidencia de cáncer, así como una mejora en la supervivencia a los 5 años, más relacionada con el “adelanto diagnóstico” que con los cambios en la mortalidad<sup>7</sup>.

En la prevención secundaria del cáncer de mama, algo que no deberíamos perder de vista ni infravalorar es la exploración física. En un reciente trabajo, se ha observado que, en mujeres de 50-59 años, añadir una mamografía anual a la exploración clínica no supuso ningún impacto en la mortalidad por cáncer de mama (más diagnósticos, pero no menos mortalidad)<sup>8</sup>. Ya se había señalado anteriormente que el examen físico bien realizado por sanitarios es tan efectivo como un cribado con mamografía en la reducción de la mortalidad por cáncer de mama, con mucho menor coste económico y humano<sup>9</sup>. Pese a las dudas, la mamografía se ha impuesto (nos guste o no, por unos u otros motivos, siempre se tiende, o tendemos, a la “tecnificación”).

La percepción de la calidad de las distintas intervenciones sanitarias está en relación con las expectativas sobre la eficacia de las mismas. Para no sentirnos defraudados, deberíamos disminuir nuestra expectativa respecto a la efectividad de los programas de cribado mamográfico en nuestro medio, esperando una disminución de la mortalidad por cáncer de mama muy inferior al 30%. Ello no impide que debamos intentar disminuir la mortalidad por cáncer de mama, sin olvidar la calidad de vida de las mujeres en general y de las pacientes de cáncer de mama en particular.

Las mujeres deberían poder hacer una elección informada respecto a su participación en programas de cribado de fundamento científico dudoso, lo que exige que reciban más información de la que les llega en la actualidad, tanto directamente como a través de sus médicos de cabecera<sup>10</sup>, quienes deberían recibir informes anuales acerca del valor predictivo positivo del cribado mamográfico, por ejemplo, así como de la tasa de incidencia de carcinoma *in situ*, y del funcionamiento de la logística –tiempos de espera, número de intervenciones diagnósticas antes de la intervención terapéutica definitiva y demás–.

Incidentalmente, la prevención primaria del cáncer de mama con tamoxifeno goza del mismo prestigio científico dudoso, pese a las expectativas creadas<sup>11</sup>.

M.A. RIPOLL<sup>a,b</sup> Y J. GÉRVAS<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Estudio RIMCAN, SEMG.

<sup>b</sup>Equipo CESCA.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso JM. Cáncer de mama. Manejo desde atención primaria. SEMERGEN 2000; 26: 491-501.
2. Castells X, Borras JM. El cribado del cáncer de mama: evidencia científica y medios de comunicación. Gac Sanit 2000; 14: 97-99.
3. Gotzsche PC, Olsen O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable? Lancet 2000; 355: 129-134.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo-Instituto de Salud Carlos III. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Cribado poblacional de cáncer de mama mediante mamografía. Madrid: AETS-Instituto de Salud Carlos III, diciembre de 1995.
5. Beemsterboer PMM, Warmerdam PG, Boer R, Borra JM, Moreno V, Viladiu P et al. Screening for breast cancer in Catalonia. Eur J Public Health 1998; 8: 241-246.
6. Dickersin K. Breast screening in women aged 40-49 years: what next? Lancet 1999; 353: 1896-1897.
7. Gilbert H, Schwartz LM, Woloshin S. Are increasing 5-years survival rates evidence of success against cancer? JAMA 2000; 238: 2975-2978.
8. Miller AB, Baines CJ. Canadian National Breast Screening Study-2: 13-year result of a randomized trial in women aged 50-59 years. J Natl Cancer Inst 2000; 92: 1490-1499.
9. Mittra I. Cribado del cáncer de mama: razones a favor del examen físico sin mamografía. The Lancet (ed. esp.) 1994; 24: 357-359.
10. Anónimo. Double jeopardy for women in cervical screening [editorial]. Lancet 1999; 354: 1833.
11. Mignot G. Pas de tamoxifène en prevention primaire du cancer du sein. Rev Prescrire 1999; 19: 775-778.

## Respuesta del autor

**Sr. Director:** La anterior carta de los Drs. Ripoll y Gérvás amplía y matiza acertadamente algunos aspectos contemplados en el artículo firmado por mí al que hacen referencia; no obstante, el mismo intentaba ofrecer una visión general sobre el manejo de diversas situaciones relacionadas con el cáncer de mama desde atención primaria: información sobre riesgos, interpretación y seguimiento de los síntomas y motivos de consulta más frecuentes, limitaciones de las técnicas de cribado, y resolución de las múltiples dudas que se les presentan a una de cada 14-20 mujeres: cifra que corresponde a las que sufrirán un cáncer de mama en algún momento de su vida en nuestro país. En ocasiones, en aras a esta orientación hacia aspectos prácticos, otros podrían haber sido insuficientemente expuestos.

Debemos admitir la necesidad de una actuación lo más uniforme y coherente posible entre los profesionales del sistema sanitario; en su momento, los programas poblacionales de cribado deberán actualizar la información disponible y efectuar sus propios e imprescindibles controles de calidad, como se reflejaba en el artículo, insistiendo en que los mismos no siempre están garantizados.

La necesidad de replantear la mamografía de cribado poblacional ya había sido planteada previamente<sup>1</sup>. Aun conociendo la polémica introducida por la revisión de Gotzsche, a la que hago referencia en mi artículo, en mi

opinión prevalecía el punto de vista de que es prematuro plantearse firmemente, en la práctica del médico de familia, la utilidad de la mamografía en el cribado poblacional del cáncer de mama a partir de los 50 años, y en este sentido debemos apoyar, y complementar, para mejorar en lo posible los resultados de los programas poblacionales. Habrá que seguir esperando datos definitivos de otros estudios antes de modificar las recomendaciones actuales. Recientemente se publicaban resultados de alguno de ellos en que, aun confirmando un descenso de la mortalidad en relación con el cribado, atribuyen también una parte del mismo a factores relacionados con el tratamiento y las diferencias biológicas de los tumores diagnosticados mediante cribado<sup>2,3</sup>.

De acuerdo con los firmantes de la carta, en mi artículo insistía en dar el valor que se merece a la exploración clínica, según evidencia el artículo de Miller y que ya defendían hace años otros autores, entre ellos Mittra en otro artículo referenciado. En cuanto al cribado entre los 40 y los 49 años, se reconocía que las evidencias son insuficientes y plantean un viejo dilema<sup>4</sup> que muchos programas han intentado soslayar comenzando a los 45 años y otros, como la Conferencia de Consenso de 1997 y la Academia Americana de Médicos de Familia, someten a una decisión consensuada<sup>5,6</sup>.

Por supuesto, tanto en la oferta de mamografía de exploración clínica, o de información y consejo, debemos garantizar, por un lado, una actuación de calidad y, por otro, pensar que para resolver las dudas y ansiedades de la mujer que acude a nuestra consulta debemos utilizar conjuntamente la evidencia científica y el sentido común; porque, como decía Rose<sup>7</sup>, a veces “una medida preventiva que ofrece mucho beneficio a la población ofrece poco a cada individuo participante” y otras veces puede suceder al revés; eso también debe conocerlo, y poder valorarlo, cada paciente que acude a nuestra consulta.

J.M. ALONSO GORDO  
Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria.  
Guadalajara.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Wright CJ, Mueller CB. Screening mammography and public health policy: the need for perspective. Lancet 1995; 346: 29-32.
2. Blanks RG, Moss SM, McGahan CE, Quinn MB, Babb PJ. Effects of NHS breast screening programme on mortality from breast cancer in England and Wales, 1990-8: comparison of observed with predicted mortality. Br Med J 2000; 321:665-669.
3. Moody-Ayers SY, Wells CK, Feinstein AR. “Benign” tumors and “early detection” in mammography-screened patients of a natural cohort with breast cancer. Arch Intern Med 2000; 160: 1109-1115.
4. Sickles EA, Kopans DB. Mammographic screening for women aged 40 to 49 years: the primary care practitioners dilemma. Ann Intern Med 1995; 122: 534-538.
5. Garr DR. Screening for breast cancer. Am Fam Physician 2000; 62: 500-501.
6. National Institutes of Health Consensus Development Panel. NIH Consensus Development Conference Statement: breast cancer screening for women ages 40-49. January 21-23, 1997. J Natl Cancer Inst 1997; 89: 1015-1020.
7. Rose G. The strategy for preventive medicine. Oxford: Oxford University Press, 1992.