

La atención primaria como elemento indispensable en el desarrollo de la senología

La situación actual de alta epidemiología del cáncer de mama y de toda la patología mamaria y los problemas relacionados con el seno obligan a un nuevo enfoque que es el que defiende la senología: atención global e interdisciplinaria. Hemos intentado repasar en este número monográfico el estado actual del problema, haciendo hincapié en la necesidad de formación y participación de la asistencia primaria en el gran proyecto de la senología. A partir de aquí, es necesario que la política asistencial comprenda el problema y ponga en marcha los medios que hagan posible lo que, cada vez más, se plantea como una necesidad.

M. Prats Esteve
Unidad de Senología. Clínica Planas. Barcelona.

«Senología» es un término acuñado por el profesor Ch. M. Gros en Estrasburgo a partir de 1963 para definir el «estudio de la mama normal y patológica de una forma global e integradora de las múltiples disciplinas y con un enfoque humanista». Es sinónimo de mastología, empleado a partir de 1975 en Argentina. Los conocimientos de patología mamaria estaban, y aún a veces están, dispersos en diferentes especialidades que la enfocan de una manera parcial, con el riesgo de fragmentar la atención asistencial y olvidar el aspecto humanista de integrar la patología en la mama normal y el importante contexto que representa para la mujer. En el último tercio del siglo XX, con los avances del diagnóstico precoz y de los tratamientos combinados entre múltiples especialistas, se constató la necesidad de un nuevo enfoque para ofrecer una mejor asistencia. Para la moderna patología mamaria emergente en aquella época ya no era posible que la paciente fuera atendida por un solo médico y el impacto del diagnóstico precoz obligaba a incluir en el ámbito de la medicina a mujeres aparentemente sanas y también a prestar una mayor atención a toda la patología benigna, a aspectos educativos de la población, etc. Con este convencimiento de necesidad de enfoque global e integrador para solucionar los nuevos problemas, la senología ha ido haciendo un amplio recorrido durante los últimos 35 años. Hoy, teóricamente, nadie discute su necesidad, aunque con matices y enfoques diferentes, pero en la práctica persisten problemas para su correcto desarrollo.

Se han implantado progresivamente Unidades de Mama en todos los hospitales y en ambientes extrahospitalarios. La peculiaridad de la mama como órgano a estudiar, la necesidad de medios específicos para su exploración y tratamiento, los conocimientos cada vez más amplios y especializados, el incremento de la patología y de la población en principio sana, objeto de atención, así como la demostración práctica de mejores resultados cuando se enfoca de esta manera interdisciplinaria, justifican la especialización o, por lo menos, la especial dedicación y adquisición de conocimientos y habilidades específicas por parte de algunos médicos. En el ámbito universitario está reconocida la docencia de postgrado en forma de diplomas, máster (Barcelona) y título de especialista propio (Madrid) desde hace años.

En cursos de más de 30 créditos especialistas (cirujanos, ginecólogos, radiólogos, oncólogos, cirujanos plásticos, etc... y también médicos generales) adquieren un nivel de formación que permite un conocimiento básico y amplio de todas las disciplinas relacionadas para poder ofrecer o coordinar la atención de calidad que hoy día se precisa. En el terreno asistencial hay reticencias en las comisiones de especialidades para aceptar lo que, sin duda, reúne todas las condiciones para ser un área de capacitación específica y, por tanto, no existen mecanismos de control. En las unidades que se van formando, no es exigible una titulación específica e igual sucede en el ejercicio extrahospitalario. Estamos en una situación de desarrollo de una especialidad en la práctica (porque se demuestra y acepta su necesidad) pero sin una regulación oficial, seguramente por factores extra-médicos. Sin duda, este desfase debe ser resuelto.

En este concepto de necesidad de integración multidisciplinaria para la solución de los problemas planteados en patología mamaria debe entrar el médico de atención primaria. En muchos sitios está ya integrado (p. ej., en algunas campañas de detección precoz), pero el desarrollo de la senología que hemos calificado como poco regulado, soslaya a veces su labor.

Es necesario hacer un pequeño repaso de la problemática actual para pedir la integración de la atención primaria en senología.

En pleno siglo XXI y en el terreno del cáncer de mama se oyen noticias sensacionalistas sobre avances terapéuticos espectaculares que llevarán a erradicar la enfermedad. Pero en este momento es importante que los médicos seamos realistas, y conozcamos cuáles son los problemas que aún persisten para intentar afrontarlos. Recordemos que el siglo XX también se inició con grandes esperanzas sobre la curación del cáncer de mama, y con un cierto triunfalismo. En efecto, la operación de Halsted que empezó a publicar sus resultados en 1894, parecía que, por primera vez, al aplicar un concepto de tratamiento radical, se iba a poder curar la enfermedad gracias a los avances de la cirugía. Pronto se demostró que esto no era verdad y a lo largo de todo el siglo aparecieron nuevos descubrimientos y datos sobre tratamientos más conservadores que hicieron perder credibilidad en lo que había sido un paradigma. Se demuestra la posibilidad de difusión a distancia del cáncer, aun en circunstancias que no lo aparentan, y la necesidad de complementar el tratamiento quirúrgico muchas veces con terapéuticas generales. Se avanza enormemente en los medios de diagnóstico y el concepto de diagnóstico y campañas de detección precoz se generaliza como única posibilidad de mejorar los resultados de supervivencia. Se producen enormes avances en el conocimiento de la biología celular y del proceso de la carcinogénesis, y se abre la posibilidad de tratamientos dirigidos a nuevas dianas que podrán ser

más efectivos y selectivos. Se empiezan a conocer y poder detectar alteraciones genéticas de susceptibilidad al cáncer, se elaboran grupos de riesgo y aparece la posibilidad de disminuir este riesgo en algunas circunstancias. Pero empieza el siglo XXI con la evidencia de un incremento progresivo en el número de casos de cáncer de mama, una disminución poco clara en la mortalidad, a pesar de los mejores tratamientos, y una acumulación de conocimientos teóricos que a veces originan dificultades para su aplicación en la práctica y plantean nuevas dudas. En los capítulos básicos de la patología mamaria que podríamos resumir en el conocimiento de la mama normal, la patología benigna y la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer, persisten problemas. Los avances científicos, esperanzadores, pero aún no concluyentes, y también el sensationalismo con el que se publican noticias en los medios de comunicación diario, hacen que no sólo el sector médico sino la población general, muy concienciada por el problema, se plantea dudas. Es lógico que estas dudas, y a veces situaciones de conflicto se trasladen en primer lugar al médico de atención primaria. Sólo si existe una coordinación entre el sector primario y el especializado se podrá actuar de una forma conjunta para conseguir el objetivo de informar y formar a la población, de ofrecerle consejo y asistencia en múltiples situaciones que pueden ser resueltas por el médico general, pero también en detectar aquellos casos que deben ser estudiados y tratados de forma especializada y conseguir una fluida comunicación, hablando un mismo lenguaje, para que sea realidad la asistencia integrada en todos sus eslabones a la paciente que necesita atención en relación a su patología mamaria.

Respecto a la prevención, hemos de tener en cuenta que en este momento es el *desideratum* de todos los campos de la medicina. En el capítulo correspondiente se ha abordado todo lo relacionado con los factores de riesgo. Hay dos aspectos fundamentales en los que es básica la comprensión y colaboración de la atención primaria. Primero es en el concepto de paciente de riesgo que hay que manejar adecuadamente para no crear angustias innecesarias e inútiles. El segundo y más fundamental es que en este momento lo único que se puede hacer para modificar ciertos factores de riesgo es la educación, sobre todo en la juventud, y la aplicación de hábitos saludables en el estilo de vida. Es indiscutible que esta difícil labor sólo puede hacerse en el sector de la medicina primaria y, por ello, se debe ayudar y estimular para que sea posible esta prevención. La quimioprevención, así como la asistencia a las pacientes con lesiones preneoplásicas o con riesgo genético demostrado, debe hacerse en el marco de unidades superespecializadas. Pero, sin duda, se necesita también la colaboración del médico general.

Lo único que hasta el momento ha demostrado una disminución en la mortalidad por cáncer de mama es el diagnóstico precoz y, por tanto, el tratamiento correcto de formas iniciales. Según datos de la Sociedad Americana contra el Cáncer, si se consigue que el 90% de las mujeres entre 40 y 75 años participen en campañas efectivas de detección precoz, en el año 2008 se habrá conseguido que el tamaño medio de los tumores diagnosticados sea de 1 cm. que el 80% de los casos intervenidos no tengan metástasis ganglionales y que el 30% de los casos diagnosticados sean formas de carcinoma *in situ* potencialmente curables. Si esto se cumple, se asegura que en el año 2015 la incidencia del cáncer de mama habrá disminuido un 25% y la mortalidad un 50%. Estas campañas sólo podrán ser un éxito si se integra a la asistencia primaria en las mismas. Esta integración puede ser con la participación directa del médico de cabecera, como sucede en algunas comunidades o, por lo menos, con su participación indirecta conociendo la metódica y el desarrollo de las mismas para poder aconsejar a sus pacientes y poderles resolver las dudas que se les presentan. Hay que conocer también que entre dos exploraciones preventivas pueden aparecer tumoraciones no detectables, el llamado «cáncer de intervalo». La detección de estas formas puede estar facilitada si se pide y facilita la colaboración del médico general. Lo mismo ocurre para las pacientes que consultan por síntomas mamarios en las que el primer médico que las atiende debe hacer una difícil labor de selección.

En cuanto a los métodos exploratorios hay que conocer y reconocer que aún no tenemos el sistema ideal que represente la panacea para el estudio de las mamas. El médico y la paciente deben estar prevenidos contra el falso sentido de seguridad que puede dar un dictamen de exploración negativo. Existen también situaciones difíciles que se plantean a diario, como es la exploración en mujeres portadoras de prótesis y la indicación de mamografías en mujeres con edades oficialmente no reconocidas para el control.

El tratamiento quirúrgico del cáncer de mama ha evolucionado mucho. Si bien, en general, se conserva el concepto de radicalidad, se acepta hoy día que esta radicalidad puede hacerse con medidas poco agresivas y no

mutilantes pero cada una de las técnicas tiene sus indicaciones que deben ser respetadas. Respecto al tratamiento médico se habla de medicamentos con alto potencial terapéutico y poca toxicidad. Se impone la alta tecnología y existe la posibilidad de nuevas terapias dirigidas a nuevas dianas terapéuticas, anticuerpos contra elementos que actúan en la cadena de proliferación y de diseminación neoplásica. Alguno ya está disponible, como el trastuzumab, anticuerpo monoclonal que actúa selectivamente en el receptor del oncogén *HER-2*. Otras terapéuticas están en fase avanzada de desarrollo, como la antiangiogenésis. Las posibilidades de maniobras de ingeniería genética para reparar alteraciones que influyen en la carcinogénesis abren enormes esperanzas. Pero hay que ser realista, y la atención primaria mucho más; se debe reconocer que estos tratamientos por el momento son selectivos y aceptar que aún persisten, como se indica en el artículo correspondiente, unas normas generales para el tratamiento médico oncológico. En este mismo sentido, y también se insiste en ello en este número monográfico, la atención primaria debe conocer y participar en el seguimiento de las mujeres tratadas.

Una asignatura pendiente, porque suele dársele poca importancia, es el conocimiento que los médicos y las mujeres, en general, tienen sobre la mama normal y sus cuidados. Existe falta de formación sobre aspectos tan básicos como el desarrollo de la mama normal, sus cambios fisiológicos, el empleo adecuado de una prenda tan emblemática, pero tan poco conocida científicamente, como es el sujetador, y otras normas generales del cuidado de los senos. Existe también cada vez más un interés, incluso exagerado, por los problemas estéticos y sus soluciones. Creemos que la senología debe hacer el esfuerzo de ofrecer la atención primaria toda la formación que precisa.

Bibliografía general

- Gros CHM. Les maladies du sein. Paris: Masson, 1963.
Gros CHM. La sénologie. Senología 1975; 0: 7-12.
Gros D. El pecho al descubierto. Barcelona: Ed. La Campana, 1988.
Prats Esteve M. Picasso, Málaga y la senología. Rev Senol Patol Mam 2000; 13: 47-56.
Prats Esteve M. La senología, ciencia y arte. Rev Senol Patol Mam 2000; 13: 208-204.