



EDITORIAL

El cribado de cáncer de mama. ¿Debe seguir todo igual?



The breast cancer screening. Do you need to change?

Mercè Marzo-Castillejo^{a,b}

^a Grupo de trabajo sobre el cáncer del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

^b USR Costa de Ponent, Direcció d'Atenció Primària Metropolitana Sud, IDIAP J. Gol, Cornellà de Llobregat, Barcelona, España

Recibido el 6 de abril de 2014; aceptado el 7 de abril de 2014

El cribado del cáncer de mama es un tema controvertido. Los resultados del *Canadian National Breast Screening Study*, publicados recientemente en el *BMJ*¹, han dado lugar a nuevas discusiones y polémicas, tanto en el seno de las sociedades científicas como en los medios de comunicación internacionales, nacionales y de ámbito local.

Este estudio concluye que en las mujeres de 40 a 59 años, la mamografía anual no reduce la mortalidad por cáncer de mama más allá de la disminución que se consigue con la exploración física y las medidas de diagnóstico y tratamiento habituales¹. A lo largo de 25 años de seguimiento, 3.250 mujeres del grupo de intervención y 3.133 mujeres del grupo control fueron diagnosticadas de cáncer de mama. En cada grupo murieron por cáncer de mama, respectivamente, un total de 500 y 505 mujeres. Los investigadores estiman un 22% de sobrediagnóstico de cáncer de mama invasivo, lo que significa que de 424 mujeres a las que se les practica una mamografía una tendría un cáncer por sobrediagnóstico¹ (un cáncer que no hubiera sido detectado y no hubiera progresado a lo largo de la vida de la mujer).

Los resultados del estudio aparecieron en los medios de comunicación, con titulares contrapuestos: «Un amplio

estudio arroja dudas sobre el valor de la mamografías» en el *New York Times*²; «Las mamografías ponen cara al cáncer. Los especialistas gallegos defienden estas pruebas frente a un estudio canadiense que cuestiona su eficacia-Salvan muchas vidas», afirman desde la Consellería de Sanidad³; «Nuevo estudio del *BMJ* que pone en entredicho el cribado con mamografía en la población general», en la *SomamFYC*⁴; «Un estudio vuelve a poner en duda la eficacia de las mamografías»⁵ decía el titular del País, y al cabo de pocas horas en el mismo periódico se modifica el mensaje: «Las mamografías no son perfectas pero salvan vidas»⁶ y así, un largo etcétera de titulares.

En el blog «¿Qué se cuece en sanidad?» de la revista *AMF* de *semFYC*⁷, también se resumía la actividad de los blogueros de nuestro entorno. El resumen decía: Javier Padilla, en el *Médico crítico*, se pregunta el porqué de la insistencia de las autoridades políticas en no querer cuestionar dicha actividad a pesar de todos los ensayos publicados. Salvador Casado reflexiona sobre ello en su blog y aporta una revisión bibliográfica de Juan Gervas. Mateu Seguí, en *Quid pro quo*, hace una lectura reflexiva sobre el artículo explicando las conclusiones y adaptándolas a nuestro medio, aunque el estudio no se realizó en las mismas condiciones de seguimiento implantadas en España: la mamografía sobrediagnóstica, no influye en la mortalidad. Rafa Cofiño, en

Correo electrónico: mmarzoc@gencat.net

Salud comunitaria, se pregunta si estamos preparados para retirar cribados inefectivos y dedicar esos esfuerzos a otras prioridades. ¿Están las autoridades, los médicos y los pacientes dispuestos?, ¿qué dicen las investigaciones españolas?

Los miembros del grupo de prevención del cáncer del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de semFYC⁸, hemos leído este estudio canadiense y seguido con atención todos los comentarios que se generaron, algunos muy razonables y otros con información poco contrastada. Las recomendaciones de cribado de cáncer de mama del PAPPS no se mencionaban entre nuestros blogueros. Se nos pidió expresar nuestra opinión sobre el tema, pero rechazamos esa posibilidad, pues pensamos que este tipo de noticias tienen una vida corta y no quisimos escribir precipitadamente, sin tiempo para meditar. Pedimos que nos dieran la oportunidad de reflexionar y escribir con calma y se nos brindó el escribir este editorial.

Una vez releídas con calma la últimas recomendaciones del PAPPS-2012, constatamos que estas siguen vigentes⁸: 1) La mamografía de cribado no debería recomendarse a las mujeres de 40 a 49 años (evidencia moderada, recomendación débil en contra); 2) La mamografía de cribado debería recomendarse a las mujeres de 50 a 69 años cada 2 años (evidencia moderada, recomendación débil a favor) y 3) La mamografía de cribado debería recomendarse a las mujeres de 70 a 74 años cada 2 años (evidencia baja, recomendación débil a favor). Estas recomendaciones van en la línea de las propuestas por la *US Preventive Services Task Force* (USPSTF)⁹ y la *Canadian Task Force* (CTF)¹⁰, que como el PAPPS han adoptado recomendaciones restrictivas.

Estas instituciones para sintetizar la evidencia y formular las recomendaciones han utilizado el sistema *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE)^{11,12}. GRADE define la fuerza de una recomendación en términos de la confianza que tenemos en que los desenlaces deseados de una intervención (p. ej., reducción de la mortalidad por cáncer de mama) sean superiores a los desenlaces indeseados (p. ej., sobrediagnóstico). En una recomendación a favor, los efectos deseados de una intervención frente a otra superan a los efectos indeseados. En una en contra, los efectos indeseados de una intervención frente a otra superan los efectos deseados. En el caso de una recomendación fuerte, podemos confiar en que habrá un balance favorable entre efectos deseados e indeseados de una intervención frente a otra. Por el contrario, en una débil hay incertidumbre sobre ese balance.

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en las mujeres, con una edad de máxima incidencia a partir de los 50 años⁸. La detección precoz sigue siendo la piedra angular del control del cáncer de mama. La comunidad científica, en general, está de acuerdo en que la mamografía de cribado reduce la mortalidad por cáncer de mama y que a la vez también causa sobrediagnóstico⁸. El desacuerdo está en torno a cuál es la verdadera tasa de reducción de la mortalidad y cuál es la verdadera tasa de sobrediagnóstico. Muchos expertos creen que los beneficios, en términos de reducción de la mortalidad por cáncer de mama, superan los daños (sobrediagnóstico y el correspondiente sobretratamiento), mientras que otros piensan todo lo contrario.

La información disponible sobre la tasa de sobrediagnóstico proviene de los ensayos clínicos aleatorizados que fueron diseñados para demostrar que la mamografía reduce

la mortalidad por cáncer de mama y de estudios observacionales retrospectivos, y es poco probable que se diseñen nuevos ensayos clínicos aleatorizados para contestar esta pregunta⁸. Por otro lado, se desconoce en qué medida la disminución de la mortalidad por cáncer de mama observada desde la década de los noventa es consecuencia de las mejoras del tratamiento del cáncer de mama o se deriva del propio cribado.

La Medicina Basada en la Evidencia es importante, pero no siempre dibuja una línea clara que indique cuándo se debe y cuándo no se debe aconsejar el cribado de cáncer de mama. El cáncer de mama es una enfermedad biológicamente compleja y sus diversas formas pueden tener resultados muy diferentes. Las actuales estrategias de cribado dirigidas a la población de riesgo medio (50-69 años) no discriminan entre aquellas mujeres con muy bajo riesgo o aquellas con mayor riesgo y, por tanto, no benefician por igual a todas las mujeres¹³⁻¹⁵. Dado que el balance beneficio riesgo difiere entre ellas, la mamografía de cribado debería individualizarse. En este sentido, con la información actual parece posible desarrollar programas que sean más coste-efectivos y estén mejor adaptados a las necesidades de la población diana susceptible de cribado de cáncer de mama, es decir programas donde se eviten los riesgos, se mantengan o se superen los beneficios y con costes razonables^{14,15}.

En España el cribado de cáncer de mama se realiza con carácter poblacional, siguiendo las recomendaciones nacionales e internacionales. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad incluye este cribado en la cartera de servicios como prestación básica del Sistema Nacional de Salud. Los argumentos que sustentan estas recomendaciones quedan reflejados en este debate publicado recientemente en *Gaceta Sanitaria*¹⁶: La inversión en cribado se traducirá en una inversión en salud, pero siempre que ese cribado sea de calidad y se lleve a cabo en el marco de planes de salud integrales en combinación con otras actividades de prevención primaria, atención sanitaria, etc., lo que posibilita un impacto mucho mayor que si se realizan de manera aislada e inconexa. Solo así se obtendrán los beneficios que se persiguen y se minimizarán sus efectos adversos. También hay que tener en cuenta que la puesta en marcha de estos programas no solo beneficia a las personas a quienes se dirigen, sino que de alguna forma, al conseguir mejorar la práctica asistencial habitual, reorganizar servicios, establecer protocolos, etc., acaba beneficiando a toda la población. De cualquier forma, la población es libre de atender o no a nuestra oferta, pero hemos de tener claro que nosotros somos responsables de todo lo que de ella se derive.

En este contexto de controversias, desde la consulta de atención primaria, ayudar a las mujeres en la decisión de si deben o no hacerse la mamografía no es tarea fácil. Por un lado, está la incertidumbre y el desacuerdo entre los beneficios y riesgos del cribado del cáncer de mama (¿qué cantidad de sobrediagnóstico estamos dispuestos a aceptar para reducir la mortalidad por cáncer de mama?) y por otro, el carácter poblacional de este cribado en nuestro ámbito y la necesidad de alcanzar una participación deseable, estimada en el 70% de la población diana. A pesar de todo esto, los profesionales de atención primaria han de poder proporcionar información objetiva y contrastada que permita a cada mujer tomar su decisión y que la decisión tomada de

forma voluntaria y libre, ya sea en el sentido de participar o no en el cribado, le haga sentirse cómoda y segura.

Lejos de resolver las controversias, esperamos que la información sea un punto de reflexión y os sea de ayuda para resolver algún problema o situación que surja en el día a día de la consulta. A nosotros, volver a reflexionar sobre el cribado del cáncer nos está ayudando, si cabe, a poner más atención en las actualizaciones de prevención del cáncer del PAPPS-2014 que estamos elaborando y serán presentadas en el XXXIV Congreso de semFYC y publicadas el próximo mes de junio de 2014.

Agradecimientos

Agradezco a los miembros del grupo de Cáncer del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la semFYC la lectura del borrador de este manuscrito y sus aportaciones.

Bibliografía

1. Miller AB, Wall C, Baines CJ, Sun P, To T, Narod SA. Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: Randomised screening trial. *BMJ*. 2014;348:g366. doi: 10.1136/bmj.g366.
2. Kolata G. Vast Study Casts Doubts on Value of Mammograms. *The New York Times*; 2014. Disponible en: http://www.nytimes.com/02/12/health/study-adds-new-doubts-about-value-of-mammograms.html?_r=0
3. De Santos A. Las mamografías ponen cara al cáncer. *El Faro de Vigo*. 2014. Disponible en: <http://www.farodevigo.es/sociedad-cultura/2014/02/17/mamografias-ponen-cara-cancer/51.html>
4. SomamFYC grupo de la mujer. «Nuevo estudio del BMJ que pone en entredicho el cribado con mamografía en la población general», en la SOMAMFYC. Disponible en: <http://gdtmujersomamfyc.wordpress.com/quienes-somos/>
5. García C. Un estudio vuelve a poner en duda la eficacia de las mamografías. Disponible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/02/12/actualidad/1392225741_930481.html
6. Prats J. Las mamografías no son perfectas pero salvan vidas. 2014. Disponible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/02/12/actualidad/1392225741_930481.html
7. ¿Qué se cuece? La blogosfera resumida en AMF. Mamografías no preventivas (del 8 al 14 de febrero). 2014. Disponible en: <http://amfsemfyc.wordpress.com/02/17/mamografias-no-preventivas-del-8-al-14-de-febrero/>
8. Marzo-Castillejo M, Bellas-Beceiro B, Vela-Vallespín C, Nuin-Villanueva M, Bartolomé-Moreno C, Vilarrubí-Estrella M, et al. Grupo de Expertos de Cáncer del PAPPS. Recomendaciones de prevención del cáncer. *Aten Primaria*. 2012;44 Supl1: 23–35.
9. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) [consultado 30 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>
10. Canadian Task Force on Preventive Health Care. 2014 [consultado 30 Mar]. Disponible en: <http://www.canadiantaskforce.ca/>
11. Guyatt GH, Oxman AD, Vist G, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al., GRADE Working Group. Rating quality of evidence and strength of recommendations GRADE: An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008;336:924–6.
12. Sanabria AJ, Rigau D, Rotaecche R, Selva A, Marzo-Castillejo M, Alonso-Coello P. [GRADE: Methodology for formulating and grading recommendations in clinical practice.]. *Aten Primaria*. 2014, pii: S0212-6567(14) 00049-3. doi: 10.1016/j.aprim.2013.12.013. En prensa.
13. Welch HG, Passow HJ. Quantifying the benefits and harms of screening mammography. *JAMA Intern Med*. 2014;174:448–54.
14. Vilapriño E, Forné C, Carles M, Sala M, Pla R, Castells X, et al., Interval Cancer (INCA) Study Group. Cost-effectiveness and harm-benefit analyses of risk-based screening strategies for breast cancer. *PLoS One*. 2014;9:e86858.
15. Pace LE, Keating NL. Systematic assessment of benefits and risks to guide breast cancer screening decisions. *JAMA*. 2014;311:1327–35.
16. Ascunce N. Debate en apoyo a la inversión en cribado. *Gac Sanit*. 2013;27:369–71.