

Programa de detección precoz del cáncer de mama en la C.A.P.V.

Breast cancer screening program in the Basque Country

G. Sarriugarte

*Doctora en Medicina por la UPV
Especialista en Ginecología y Obstetricia
Responsable del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama de la CAPV
Osakidetza. Organización Central
Vitoria-Gasteiz*

Introducción

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente entre las mujeres de la CAPV. Asimismo, representa la primera causa de muerte por cáncer en esta población femenina. A pesar de su magnitud, el hecho de no existir intervenciones eficaces de Prevención Primaria hace que la Prevención Secundaria, mediante la detección temprana en programas de cribado dirigidos a población de riesgo, sea la estrategia más adecuada para hacer frente a este problema de salud.

Por todo ello el Dpto. de Sanidad del Gobierno Vasco tras la recomendación del Consejo Asesor sobre el Cáncer en Euskadi, y tras realizar un Plan de viabilidad con recursos existentes puso en marcha el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama (PDPCM) de la CAPV en noviembre de 1995, en su fase piloto en el Área Sanitaria de Araba, para extenderse después a lo largo de 1997 a toda la CAPV.

Justificación de la puesta en marcha del PDPCM

Magnitud del problema.- El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente entre las mujeres de la CAPV incrementando su incidencia a partir de los 40 años. Asimismo, representa la primera causa de muerte por cáncer en esta

población femenina con una tasa de mortalidad de 22 por 100.000 (1).

Entre los factores de riesgo de padecer cáncer de mama, se han citado como claramente asociados, la historia familiar del cáncer de mama, particularmente cuando el diagnóstico se ha hecho en la madre o una hermana a edad joven, la menarquia precoz, el haber tenido el primer hijo con más de 30 años y la menopausia tardía. Otros factores estudiados no han sido tan claramente asociados, requieren ser definidos más específicamente o hay resultados variables según los estudios (2, 3).

Vulnerabilidad del problema.- Existen disponibles varias técnicas para la realización del despistaje de cáncer de mama, pero es la mamografía la prueba de mayor validez y más ampliamente utilizada para el cribado de cáncer de mama. Otras técnicas de imagen de la mama no son consideradas como alternativas a la mamografía por su menor validez y/o utilidad como prueba de cribado (4, 5).

En cuanto al examen clínico, la eficacia del examen clínico varía habiéndose estimado sensibilidades entre 45 % y 74 % mientras que la especificidad puede llegar al 98 %.

Para la mamografía, se han referido diferentes estimaciones de sensibilidad dependiendo del tamaño de la lesión, la edad de la paciente y la duración del seguimiento para determinar la proporción de falsos negativos. Se habla de sensibilidades entre el 70 y 80 %. La especificidad de la mamografía es de alrededor del 94 - 99 % (6, 7).

En la actualidad, existen pocas dudas de que la detección precoz del cáncer de mama por mamografía reduzca la mortalidad por esta causa en las mujeres de 50 años de edad o más (8).

Sin embargo en lo que a mujeres de 40 a 49 años se refiere, los estudios publicados no evidencian que la detección precoz del cáncer de mama reduzca la mortalidad en las mujeres de 40-49 años siendo la conclusión que: La inclusión de mujeres entre 40-49 años en programas poblacionales de detección precoz de cáncer de mama por mamografía es difícilmente justificable, porque no hay evidencia de que se reduzca la mortalidad y sin embargo se incrementan seriamente el intervencionismo y los gastos sanitarios (9-13).

Programa de detección precoz del cáncer de mama, en la C.A.P.V.

Población diana: "Se establece nuestra población diana como todas las mujeres de la C.A.P.V con edades comprendidas entre 50 y 64 años, ambas inclusive".

La efectividad de un programa poblacional de detección precoz viene determinada en buena parte por el grado de participación de las personas objetivo, del grupo de mujeres entre 50 y 64 años, en este caso. Según el Health Insurance Plan de Nueva York (HIP), el 70 % de aceptabilidad aún no siendo ideal, permitiría que el programa de detección tuviera impacto en la mortalidad por cáncer de mama (14).

Prueba de cribado: La doble proyección, además de tener mayor seguridad en el diagnóstico de carcinoma, evita controles innecesarios ante lesiones sospechosas que resultan normales cuando se realizan las dos proyecciones, evitando la consiguiente ansiedad en la paciente y los costes derivados de falsos positivos.

El intervalo entre mamografías ha sido variable en los diversos estudios realiza-

Correspondencia:
Garbiñe Sarriugarte
Osakidetza
Organización Central
C/ Alava, 45
01006 Vitoria-Gasteiz
Tel: 945 00 62 35
Fax: 945 00 61 95
Correo electrónico: gsarri@sscc.osakidetza.net

dos. Según aumenta el tiempo transcurrido entre cada mamografía, también crece el número de casos detectados entre pruebas (cáncer de intervalo). Todos los estudios con un período de tiempo entre uno y tres años entre pruebas han demostrado reducción de la mortalidad (15).

Las recomendaciones para la elaboración de Programas de detección precoz de cáncer de mama en España establecen un período óptimo entre dos pruebas de 2 a 3 años (5,16).

Objetivo general: “Detectar los cánceres de mama en el estadio más precoz posible, con el fin de disminuir la mortalidad por dicha causa y aumentar la calidad de vida de las afectadas, realizando un mayor número de tratamientos conservadores no mutilantes”.

Objetivos operacionales: Conseguir la participación del 80 %, asegurar el nivel óptimo de calidad en todos y cada uno de los procedimientos y técnicas, lograr una coordinación adecuada entre niveles, y asegurar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento correctos de los casos detectados en el menor intervalo de tiempo posible.

Organización funcional: El Programa se diseña como un solo Proceso Sanitario que comienza con la invitación a la mujer a participar y termina con la emisión del informe correspondiente. Existen tres Subprocesos 1.- El Subproceso de citación, llevado a cabo por la Unidad Central 2.- Subproceso de detección de lesiones sospechosas, llevado a cabo por las Unidades de Detección-Valoración, con un protocolo basado en cinco categorías diagnósticas y 3.- Subproceso de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las lesiones sospechosas, que se realiza en los Hospitales de Referencia.

Para atender a una población diana de 190.000 mujeres se ponen en marcha, además de la Unidad de Gestión, 9 Unidades de Detección, 6 de Valoración y 7 Hospitales de Referencia.

Evaluación del Programa: Se ha diseñado un programa que evalúa la estructura, el proceso, así como los resultados en salud. A destacar aquellos indicadores denominados predictores del impacto futuro sobre la disminución de la mortali-

dad por cáncer de mama, como son la Tasa de participación (objetivo 80%), Tasa de detección (objetivo 5 y 2,5 cánceres por mil mujeres participantes, respectivamente para 1ª ronda y rondas sucesivas), Tasa de tumores in situ (15-20%) y Tasa de cánceres invasivos menores ó iguales a 10mm. (20-25%).

Resultados del PDPCM

Datos de actividad acumulados del PDPCM desde su comienzo hasta septiembre de 2000

Desde la puesta en marcha del PDPCM, en noviembre de 1995, hasta el 30 septiembre de 2000, se ha invitado a participar en el Programa en la CAPV a 322.997 mujeres, de las cuales han acudido 253.409. En 23.023 casos se han realizado pruebas radiológicas complementarias. Las mujeres derivadas a los Hospitales de Referencia para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento han sido 2.728.

Los cánceres diagnosticados en este período son 1.227, de los que 229 (18,67%) son in situ y los restantes 998 (81,33%) invasivos. Dentro de los invasivos los ≤ 1 cm. y los ≤ 2 cm., representan respectivamente el 31,76% y el 71,94%. De estos cánceres invasivos, el 72,93% estaban libres de afectación ganglionar. Para todos los cánceres, en más del 77% de los casos, el tratamiento quirúrgico fue conservador de la mama.

Resultados provisionales de la primera ronda de cribado del PDPCM en la CAPV
La valoración de los datos del Programa ha de realizarse a ronda cerrada. En la mayor parte de la CAPV se está desarrollando la tercera ronda de cribado, pero existen varias Comarcas Sanitarias de Bizkaia en las que todavía se está desarrollando la segunda, por lo que solo disponemos de datos conjuntos de la CAPV, de la primera ronda de cribado, datos estos, que no serán definitivos hasta pasados dos años de la conclusión de la ronda en toda la CAPV, debido a la existencia de revisiones intermedias de 6 y 12 meses que pueden dar lugar a derivaciones a Hospital de Referencia y posteriores detecciones, mejorando de ésta forma la tasa de detección.

TABLA 1
Resultados provisionales 1ª ronda PDPCM en la CAPV, Fase Screening Cánceres detectados

MUJERES CON CITA VALIDA	188.865
Mujeres participantes	149.409 (79,11%)
Revaloración	14.099 (9,44%)
Derivación a H. Referencia	1.820 (1,21%)

Las mujeres invitadas a participar en

TABLA 2
Resultados provisionales 1ª ronda PDPCM en la CAPV, Fase Hospital

CANCERES DETECTADOS	828
In situ	149 (18,00%)
Invasivo	679(82,00%)
≤ 10 mm.	215 (31,67%)
≤ 20 mm.	491(72,32%)
ganglios (-)	(71,41%)
Tratamiento conservador	76,60%
Tasa de detección	5,54%

toda la CAPV en la primera ronda de cribado fueron 188.865, de las que participaron el 79,11%. Un 9,44% de las participantes fueron llamadas para realizarles alguna prueba complementaria radiológica, siendo el 1,21% de las participantes, las derivadas a los correspondientes Hospitales de Referencia, para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento (Tabla 1).

De entre las mujeres derivadas a los Hospitales de Referencia, se diagnosticaron 828 cánceres de los que el 18,00% eran in situ y el 82,00% invasivos. Dentro de los invasivos los ≤ 1 cm. y los ≤ 2 cm. representan respectivamente el 31,67% y el 72,32%. De los cánceres invasivos, el 71,41 no tenían afectación ganglionar. Del global de cánceres, se realizó tratamiento quirúrgico conservador en el 76,60%. La tasa de detección es de 5,54% (Tabla 2). Estos resultados alcanzan ó mejoran los objetivos del Programa. Los tiempos de respuesta entre las diferentes actividades del Programa, fueron de 8 días de media desde la cita hasta la emisión del informe correspondiente, de 10,25 desde la mamografía hasta la realización de pruebas complementarias, cuando estas fueron indicadas. La demora desde la valoración radiológica con sospecha de malignidad, hasta la cita en el Hospital de Referencia fue de 4 días, y el tiempo desde esta cita en Hospital, hasta el comienzo del tratamiento en los casos de cáncer fue de 24 días. Estos tiempos (a excepción de la revaloración) mejoran los objetivos del

TABLA 3
Resultados provisionales 1ª ronda PDPCM en la CAPV, Comparación con estándares ECC

	PDPCM	ECC	
		Aceptable	Deseable
Participación	79,11%	60%	>75%
Tasa de detección	5,54‰	3xIR*	>3xIR*
Tipo de cánceres:			
In situ/Ca total	18,00%	NG**	15-20%
Inv. ≤1 cm./Invas.	31,67%	NG**	20-25%

* IR= Tasa de incidencia esperada en ausencia de cribado (3x1,4‰ = 4,2‰)

** No facilitado

Programa que son respectivamente de: <30, <10, <10 y <30 días de media.

Discusión

El Objetivo del PDPCM es la disminución de la mortalidad por cáncer de mama, aspecto este que no es posible alcanzar hasta pasados 8-10 años desde el comienzo del Programa, y siempre a condición de que se cumplan otros objetivos intermedios, relacionados con la tasa de participación, la tasa de detección y la tasa de tumores pequeños. Al comparar estos indicadores predictores, de la primera ronda del PDPCM, con los estándares propuestos por el Programa Europa contra el Cáncer (ECC) de la Comisión Europea (17), estos indicadores alcanzan o mejoran dichos estándares (Tabla 3).

Referencias Bibliográficas

- Informe del Registro de Cáncer de Euskadi. Dirección de Planificación y Evaluación Sanitaria del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. 1999.
- Jay R. Harris, Marc E. Lippman, Umberto Veronesi, Walter Willett. Breast Cancer (First of Three). N Engl J Med 1992; 327 (5): 319-328.
- UICC Multidisciplinary Project on Breast Cancer: The Epidemiology, aetiology and prevention of breast cancer. Int J Cancer 1986; 37: 173-177.
- Osteba. Detección precoz del cáncer de mama en la CAPV. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Febrero 1994.
- Conde Olasagasti J, Gonzalez Enriquez J. Cribado poblacional de cáncer de mama mediante mamografía. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) Instituto Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1995
- Informe del "U.S. Preventive Services Task Force". Guía de actividades preventivas en la práctica médica.
- J. M. Borrás, R. Ciurana, M. Marzo. Cribado del Cáncer de Mama. Ind Clin (Barc).

- Kerlikowske K, Grady D, Rubin SM, Sandrock C, Ernster VL. Efficacy of Screening Mammography. JAMA 1995; 273(2): 149-154
- Valerie Beral. Breast Cancer. Mammographic screening. The Lancet 1993; 341: 1509-1510.
- Anthony B. Miller. Mammography Screening Guidelines for Women 40 to 49 and over 65 years old AEP 1994; 4(2): 96-101.
- Plan Integral de Prevención y Control del Cáncer en Euskadi 1994-1998. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz, 1994.
- Nyström L, Rutqvist LE, Wall S, Lindgren A, Lindqvist M, Ryden S et al. Breast cancer, screening with mammography : overview of Swedish randomised trials. Lancet 1993; 341: 973-8
- Tabar L, Fagerberg G, Chen HH, Phil M, Duffy SW, Smart CR et al. Efficacy of breast cancer Screening by age. Cancer 1995; 75 (10): 2507-17
- RW Blamey, ARM Wilson, J Patnick, JM Dixon . Screening for breast cancer BMJ 1994; 309: 1076-9
- Breast cancer screening. Report to the health Ministers of England, Wales, Scotland & Northern Ireland by a Working group chaired by Professor Sir Patrick Forrest. London, november 1986
- M Asuncion, J Gonzalez, A González, C herranz, A Marqués y J Martín. Grupo de Trabajo de detección Precoz de Cáncer de Mama y de Cérnix Uterino. Criterios generales y recomendaciones para la elaboración de programas de detección precoz de Cáncer de Mama y Cáncer de Cérnix Uterino en España. Rev San Hig Pub 1993; 67: 23-37
- De Wolf CJM, Perry NM (eds). Guías europeas de garantía de calidad en cribado mamográfico. Documentos Técnicos de Salud Pública, Serie C nº 4. Xunta de Galicia. Santiago de Compostela 1998.