

Conferencias

Medwave. Año X, No. 7, Julio 2010. Creative Commons, Open Access.

Guías clínicas para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama temprano de países en desarrollo

Expositor: Benjamin O. Anderson⁽¹⁾

Filiación:

⁽¹⁾Chair and Director, Breast Health Global Initiative

doi: 10.5867/medwave.2010.07.4615

Ficha del Artículo

Citación: Anderson BO. Guías clínicas para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama temprano de países en desarrollo. *Medwave* 2010 Jul;10(7). doi: 10.5867/medwave.2010.07.4615

Fecha de publicación: 1/7/2010

Resumen

Este texto completo es una transcripción editada y revisada de una conferencia que se dictó en el III Consenso Nacional de Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama, realizado en Coquimbo entre los días 26 y 28 de agosto de 2009. El consenso fue organizado por la Sociedad Chilena de Mastología bajo la presidencia de la Dra. Soledad Torres.

Cáncer de mama: una epidemia global

El cáncer de mama (CM) es el más común en mujeres a nivel mundial y la razón más probable de muerte por cáncer en el sexo femenino. Se producen 1.152.000 casos anuales de CM y, en el año 2002, más de 400.000 personas perdieron sus vidas en el mundo.

En los Estados Unidos (EEUU), la proporción entre la mortalidad e incidencia es de 0,25; esto quiere decir que por cada cuatro casos diagnosticados se produce una muerte. En América Latina la proporción es de 0,33; y en África e India la proporción es cercana a 0,5. Es un mito el que la mayoría de las muertes por CM ocurren en los países desarrollados, cuando la realidad es que 55% lo hacen en países en vías de desarrollo. El problema es cómo transferir lo aprendido en estudios realizados en EEUU y Europa a otras partes del mundo que tienen esta inmensa necesidad.

Colombia. Según el Banco Mundial, Colombia es un país con un menor desarrollo económico que Chile, con un ingreso per cápita medio-bajo. Al comparar, las estadísticas de EEUU muestran que el CM es el cáncer más común, mientras que en Colombia el cáncer cervicouterino es más frecuente según mediciones del año 2002, aunque estos números están cambiando con rapidez. Tanto la incidencia como la mortalidad del cáncer cervicouterino se vuelven menos frecuentes, mientras que la incidencia del CM está en aumento. En los EEUU, la relación entre incidencia y mortalidad del CM es de 19%, mientras que en Colombia es de 41%. Por lo tanto, existe

una gran diferencia entre Colombia y los EEUU en términos de los logros en el diagnóstico de CM.

Se puede anticipar que este problema aumentará simplemente sobre la base del envejecimiento de la población. A medida que el tiempo transcurre, la población envejece (Figura 1). En consecuencia, cada vez existe mayor cantidad de mujeres que viven hasta los 50, los 60 y los 70 años; lo cual también se aplica para la India, Chile y el resto del mundo. De acuerdo a lo anterior, se puede prever el aumento relativo de la incidencia de CM tanto en Colombia como en el resto del mundo de una forma desproporcionada en relación a la tasa de aumento en la población general.

India. País de ingresos bajos que posee registros de cáncer, por lo cual se puede comparar la distribución por etapas del cáncer con EEUU. El 90% de los cánceres mamarios diagnosticados en los EEUU son carcinomas ductales *in situ* etapa I o II (1). Al contrario, en India, el 76% son diagnosticados en etapa III o IV. Es muy difícil y costoso tratar de mejorar los resultados en la enfermedad local avanzada y la enfermedad metastásica, por lo tanto, la disminución de la etapificación de la enfermedad es un tema fundamental y de gran importancia (Tabla 1).

Chile. Es un país clasificado con ingresos medios-altos por el banco mundial. Si se compara la incidencia entre Colombia y Chile, Colombia tenía una relación entre mortalidad e incidencia de 41%, mientras que Chile tiene una relación de 30%, por lo tanto, de forma aparente, la situación es más favorable en Chile que en Colombia. No obstante, aún queda por hacer, pues estas razones pueden ser mejoradas.

Desarrollo de las guías clínicas del *Breast Health Global Initiative* (BHGI)

Existen muchas guías que han sido desarrolladas a nivel mundial. En los EEUU, las guías más importantes son las del NCCN (*National Comprehensive Cancer Network*). La interrogante que resta es ¿cómo aplicar estas guías en un contexto de ingresos limitados? Puesto que las guías asumen que todos los recursos están disponibles y que lo único que queda por resolver es cómo entregar lo mejor, pero son condiciones que no se aplican en la mayoría del mundo.

El objetivo de BHGI, o Iniciativa Global para la Salud de la Mama; es el desarrollo, implementación y estudio de guías clínicas basadas en la evidencia, económicamente viables y culturalmente aceptables para el control internacional de la salud mamaria y control de cáncer para países de ingresos medios-bajos, con el objetivo de mejorar los resultados de la salud en mama.

A partir de las guías NCCN, se sostuvieron reuniones comprensivas en las cuales se reunió un panel de expertos, que desarrollaron opiniones de consenso y crearon publicaciones de consensos y manuscritos individuales. Hasta la actualidad, se han sostenido tres cumbres globales: la primera fue en Seattle en el año 2002 con un enfoque de la disparidad en la salud, la segunda en el 2005 trató el tema de estratificación de recursos, y la cumbre global más reciente fue en Budapest, Hungría, con un enfoque en la implementación. La siguiente cumbre será en junio del año 2010 que se llevara a cabo en Chicago, en que América Latina será incluida de forma prominente.

Aproximación específica a la enfermedad. Lo ideal sería prevenir los cánceres, pero una vez que se forma, se debe crear un sistema completo basado en la detección precoz, diagnóstico y tratamiento. Si sólo se enfoca el diagnóstico, se debe tratar para mejorar los resultados, pero sino ocurre eso, serán malas noticias entregadas tempranamente.

Existen estrategias de prevención del CM basadas en el análisis de conductas saludables, las que corresponden a una lactancia materna prolongada, práctica regular de actividad física, control de peso, evitar el consumo excesivo de alcohol, evitar la terapia de reemplazo hormonal y la exposición a radiación (2). Sin embargo, muchos de estos factores saludables no son aplicables en países de bajos ingresos, porque no existen tales factores a causa de la occidentalización (dieta pobre y falta de actividad). Por ende, intentar manipular estos para mejorar los resultados no es la mejor estrategia.

Aunque la prevención primaria es una meta, no es el tema principal. El tema de mayor urgencia a tratar debe ser la aplicación de la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento en los sistemas de salud. El sistema de salud Chileno debe apoyar las decisiones que se propongan, por

lo que una de las áreas de estudio es saber cómo los sistemas de salud logran esto.

Bethesda: fuente de estratificación. El concepto de estratificación de recursos es crítico, tal vez el concepto más importante avanzado por BHGI, la cual estratificó los recursos en cuatro niveles.

Los recursos de **nivel básico** son aquellos absolutamente mandatorios para la mejora de los resultados, por ejemplo el disponer de cirugía de mama para poder brindar cuidados de salud.

Los recursos de **nivel limitado** son aquellos recursos secundarios que disminuyen la mortalidad, apoyados por estudios, pero que deben ser empleados en etapas tempranas: quimioterapia sistémica, terapia endocrinológica, todos estos caben en esta categoría. Incluso algunas terapias sistémicas deberían ser entregadas en los niveles básicos particularmente con la enfermedad en etapa avanzada.

Los recursos del **nivel de mejoramiento** son definidos como los recursos terciarios que tal vez no tengan un impacto sobre la sobrevivencia, pero sí sobre las opciones. Como ejemplo, en la terapia de conservación de mama, las mujeres no viven más por la conservación mamaria, pero de forma cierta la terapia les es más aceptable.

Los recursos de **nivel máximo** no necesariamente tienen que ser el objetivo. Estos son los recursos que son utilizados de forma común en países de elevados ingresos, pero que de hecho pueden tener una prioridad más baja debido a costos extremos y/o su carácter poco práctico. El ejemplo perfecto es la discusión acerca de la resonancia magnética nuclear de mama, en forma rutinaria, es probable que tenga poco sentido su discusión en el contexto de un país que no tiene disponibilidad de mamografía como método de tamizaje.

Es este tipo de establecimiento de prioridades el que se deben considerar a medida que se formulan las recomendaciones al ministerio de salud.

Diseminación e implementación de las recomendaciones

Una vez que se han creado las guías, el problema que surge es el conocer la forma de cómo diseminar la información y como implementarla. Se realizó un buen estudio hecho por el Instituto de Medicina en los EEUU, publicado el año 2001, que muestra que el asumir aquel modelo estándar cambiaría la atención de salud, dista de ser verdad. Se necesita hacer más que demostrar beneficio.

Las guías de los sistemas de salud no mejoran los resultados a menos que sean implementadas. En el contexto de países de ingresos bajos, si se logran crear cambios con su implementación, pero el proyecto se

acaba y con él también el mejoramiento, entonces se considera un fracaso.

Es necesario contar con sistemas que sean autosustentables para la mejora de la salud sea verdadera. Por lo tanto, el plan de cinco años del BHGI se enfoca a tres áreas: investigación en diseminación e implementación; educación y entrenamiento tanto de profesionales de la salud como del público; y tecnología. Es claro que la tecnología tiene un rol crítico, en particular en la imagenología y la patología, por lo que la aproximación que se usa es el desarrollo de laboratorios de aprendizaje en distintas regiones del mundo para desarrollar y evaluar módulos educativos basados en las guías clínicas y para modelar los programas de expansión.

Investigación de la implementación y diseminación.

Tras el desarrollo de las guías, se extiende la evaluación de la disposición, que es un análisis de la situación, para luego continuar con la adopción de guías a través de acuerdos y, finalmente, la masificación de las guías en el país blanco. En teoría, la aplicación completa de todos estos pasos demostrará disminución global de la mortalidad por CM.

He estado trabajando con colegas en México para tratar de enfrentar algunas de las preocupaciones que son de foco de ese país. Para el doctor Eduardo Cazap, existen muchos recursos disponibles en América Latina en donde el problema principal es que no están implementados en una forma óptima (3). Por tal motivo, se necesitan desarrollar los distintos módulos de laboratorio de aprendizaje enfocados en la detección precoz, basados en la necesidad de educación de pacientes y profesionales, desarrollo de modalidades de tamizaje y detección precoz que sean apropiadas y adaptadas; establecer diagnósticos de una forma correcta y apropiada (por medio de imágenes, muestras de tejidos y patología); y establecer un enlace con un tratamiento que se vuelva disponible. El objetivo es desarrollar modelos que puedan ser utilizados no sólo en América Latina, sino también en otros países de ingresos medios como en Europa oriental y Asia.

La tasa de mortalidad en EEUU por CM, permaneció inalterada desde 1930 hasta 1990, tiempo en el cual la mortalidad empezó a descender a 1,7 % anual; en contraposición, Chile posee una tasa de mortalidad que se ha mantenido casi invariable desde 1990 a 2002.

A partir de la década de los ochenta, en EEUU la mamografía se utilizó de una forma mucho más agresiva y gradualmente su uso se volvió masivo. En la siguiente década se produjo un aumento en el diagnóstico de carcinoma ductal *in situ* de mama y cáncer con ganglios linfáticos negativos; pero lo interesante es que la incidencia con ganglios linfático positivos no sufrió alteraciones (Figura 2).

Por ende, cuando se realizó el tamizaje, lo que se estaba haciendo es encontrar más enfermedades en etapa temprana. Al inicio se produce un aumento de la

incidencia de cáncer mamario, pero lo que después ocurre es que la mortalidad por CM empieza a disminuir. En la actualidad están disponibles en Chile la historia clínica, el examen clínico de mama, la mamografía derivada o como tamizaje (principalmente en el sector privado), y también el uso diagnóstico de mamografía y ultrasonido. El sistema público que atiende en forma aproximada al 85% de la población no tiene tamizaje por mamografía a ninguna edad, lo cual es un problema.

Proyecto PATH (Program for Appropriate Technology in Health) en Ucrania.

Este país tenía bajos ingresos a fines de la década del 90. Hubo una subvención financiada por el gobierno de los EEUU (de 3,8 millones de dólares) para establecer un programa de salud mamaria, el cual duró tres años y se extendió hasta el año 2000. Se desarrollaron muchos módulos de aprendizaje que se llevaron a cabo. La mayoría de los cánceres diagnosticados en ese país eran enfermedades localmente avanzadas.

Entonces se realizó un tamizaje en el estado de Chernihiv de aproximadamente 4.000 mujeres con mamografía, pero sólo en una proyección en vez de dos, cuya explicación de esto es que el punto limitante era la disponibilidad de las placas. Al mismo tiempo, se realizó tamizaje por examen mamario clínico a 18.000 mujeres, que fue sólo lo posible y no lo ideal. En un periodo de tres años dentro de la región, el cáncer en etapa IV disminuyó y el cáncer de etapa I aumentó (Figura 3).

Modelo de investigación clínica para países de ingresos medios-bajos

A medida de que se realicen cambios programados a nivel nacional e internacional, es necesario medir los resultados, pues si no se lleva a cabo, no se sabrá si las guías establecidas lograron alguna diferencia. Por lo tanto, se recomienda llevar a cabo la recolección de información acerca de cuál es el estado del cáncer al momento del diagnóstico a un nivel nacional.

En el año 2002, en Colombia se aprobó una resolución que hacía un llamado a que el programa de detección precoz fuese implementado. Entonces se consultó al Instituto Nacional del Cáncer en Bogotá acerca de cómo se realizaba e implementaba éste. Al final se concluyó que empezar con una mamografía de tamizaje a la edad de 50 años era el punto de partida correcto.

La discusión acerca de si el tamizaje debe ser a los 40 o a los 50 años no tiene fin. La recomendación es estratificar los problemas, y es ciertamente verdadero que desde un punto de vista económico el comenzar a la edad de 50 arrojará más cánceres para el número de mamografías que deben cumplir. En los EEUU eso es lo que se ha hecho, pero para Chile se debe tomar una decisión a base de los recursos del público general y no sólo del sistema privado.

En un estudio desarrollado por el Instituto Nacional del Cáncer de Bogotá, en el cual se comparó la presentación

de cáncer del mismo con la de los centros privados; demostró que el patrón de estados clínicos, al diagnóstico de CM, en el sector público están en etapa III o IV, mientras que para el sector privado predominan las etapas I y IIA (4) (Figura 4).

Experiencia del ensayo Colombiano de detección temprana de CM. El sistema de seguros de salud en Colombia, es distinto al de Chile y al de EEUU. Para el sistema público de salud existe un impuesto que es administrado por compañías privadas, aseguradores de salud. Ellos se acercaron a los aseguradores de salud para hacer los ensayos aleatorios prospectivos sobre la educación temprana. Lo que hacían era crear un programa de educación enfocado a los médicos generales sobre la detección temprana de CM. Ellos ya habían adoptado a nivel nacional el programa, en que toda mujer mayor o igual a 50 años debería disponer de una mamografía de tamizaje. Sin embargo, en la práctica, a pesar de la existencia de una guía nacional, sólo el 20% de las mujeres llevó a cabo esta iniciativa.

Las guías no tenían problemas, así que se decidió intervenir en forma aleatoria algunas clínicas para formar el grupo de intervención, las cuales recibieron educación de médicos del Instituto Nacional de Cáncer de Bogotá acerca de los beneficios de tamizaje, con inclusión del examen mamario clínico y la mamografía en dos proyecciones. Las clínicas que pertenecían al grupo control no recibían la educación de inmediato, motivo por el cual estas representaban la situación actual del país; para luego entonces compararon estos dos grupos. Para poder implementar el ensayo tuvieron que acordar con los aseguradores de salud que volverían a proveer la educación a las clínicas pertenecientes al grupo control una vez que posean suficientes pacientes en cada rama; cuyo objetivo fue de 7.000 pacientes en cada rama con un seguimiento de un año de duración.

Para aquel momento habían 224 médicos entrenados en 16 centros de salud en la región Bogotá, 24 técnicos y 8 centros de radiología tenían educación sobre mamografía y mejoramiento de calidad sobre *BI-RADS* (sistema de archivo de datos e informe mamográfico), y 2.500 mujeres reclutadas para cada rama.

Se comparó entonces el número de mamografías solicitadas con aquellas que efectivamente se llevaron a cabo, tanto para el grupo de intervención como para el control. En el grupo de intervención, el 100% de las mujeres examinadas por un médico entrenado tenían un orden de mamografía, y de ellas el 73% había cumplido con el examen. En contraste, en las clínicas pertenecientes al grupo control, donde no se había provisto educación, cerca de 23% obtuvo un orden de mamografía, y menos del 60% de estas efectuaron el examen. Así que, aunque esto es información preliminar, es evidencia inequívoca de que el programa de educación

colombiano está impactando en el reclutamiento para detección temprana (Tabla 2).

Experiencia en países con ingresos medios-altos. En Israel la radiografía de tamizaje está disponible, sin costo, para todas las mujeres entre 50 a 75 años, y el tamizaje se realiza cada dos años; por lo cual, el costo no es un problema. Pero al observar las estadísticas de mamografías obtenidas para mujeres de 50 años o más junto a sus tasas de cumplimiento entre los grupos sociales, destacó que el 60% de las mujeres judías nacidas en Israel, o nativas, junto al 40% de las judías inmigrantes de Rusia y al 20% mujeres inmigrantes de Etiopía y árabes israelitas, seguían los criterios de las guías de mamografía de tamizaje (5).

En virtud de haber realizado este estudio sociológico, ellos se percataron de que existían ciertos grupos que pensaban que la información no se aplicaba a ellos; por lo que entonces comenzaron a implementar programas de educación dirigidos a través de una campaña inmediata y mamografía móvil. Así fue como, en el transcurso de algunos años, mejoraron el cumplimiento desde un nivel muy bajo (25%), a un nivel de 60% para el año 2003-2004.

Resumen

- El CM es un problema internacional que afecta a países de todos los niveles económicos.
- Las guías clínicas de BHGI proveen de un marco de trabajo para un cuidado y optimización sistemático y comprensivo, con un enfoque en la detección temprana, diagnóstico y tratamiento.
- La distribución e implementación a través de los laboratorios de aprendizaje pueden maniobrar la aplicación de las guías en países de ingresos medios-bajos.
- La implementación de las guías clínicas de la BHGI pueden servir a poblaciones subsistidas en todos los países.

Referencias

1. SEER Survival Monograph (NCI), 2007. [↑ | Link |](#)
2. McTiernan A, Porter P, Potter JD. Breast cancer prevention in countries with diverse resources. *Cancer* 2008;113(8 Suppl):2325-30. [↑ | CrossRef | PubMed |](#)
3. Anderson BO, Cazap E. Breast health global initiative (BHGI) outline for program development in Latin America. *Salud Publica Mex* 2009;51 Suppl 2:s309-15. [↑ | CrossRef | PubMed |](#)
4. Robledo JF, Caicedo J, DeAntonio R. Análisis de sobrevida en una cohorte de 1328 pacientes con carcinoma de seno. *Rev Colomb Cir* 2005; 20(1):3-12. [↑ | Link |](#)
5. Remennick L. The challenge of early breast cancer detection among immigrant and minority women in multicultural societies. *Breast J* 2006 Jan-Feb;12 Suppl 1:S103-10. [↑ | CrossRef | PubMed |](#)

Tablas y figuras

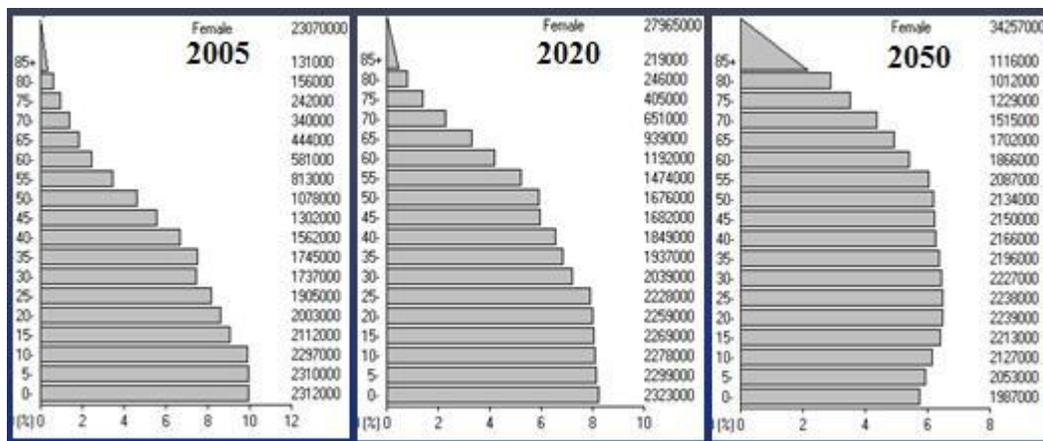


Figura 1. Pirámide poblacional de Colombia para los años 2005, 2020 y 2050.

STAGE	EXTENT	5 year SURVIVAL	DISTRIBUTION		
			USA	INDIA	
0	Noninvasive	100%	16%	—	USA: 90% DCIS or early staged invasive disease at diagnosis
I	Early stage disease	100%	40%	1%	
II	Early stage disease	86%	34%	23%	
III	Locally advanced	57%	6%	52%	INDIA: 76% locally advanced or metastatic at diagnosis
IV	Metastatic disease	20%	4%	24%	

Tabla 1. Comparación de los estados del CM al momento del diagnóstico, entre EEUU e India.

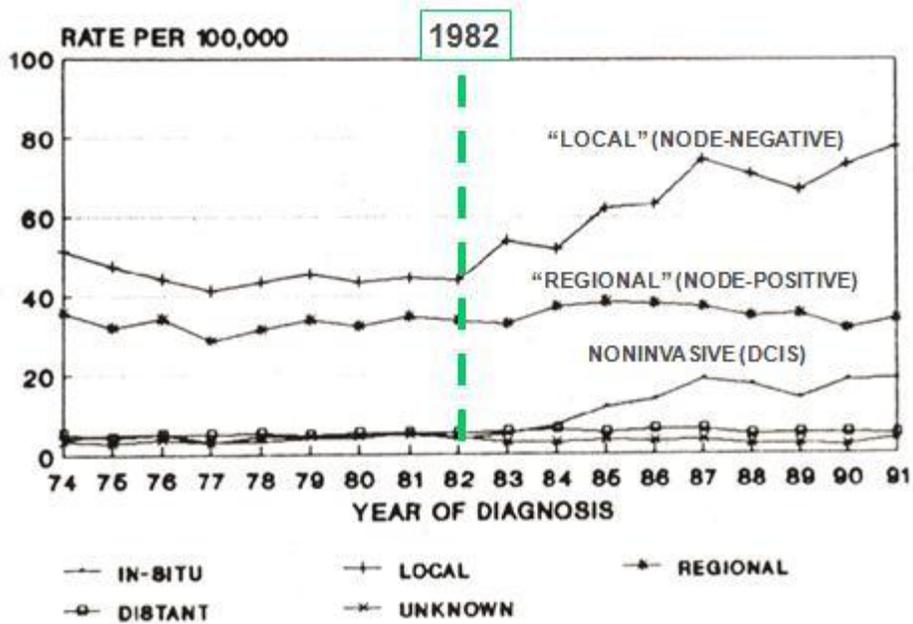


Figura 2. Incidencia de CM en EEUU ajustada por edad, 1973-1997.

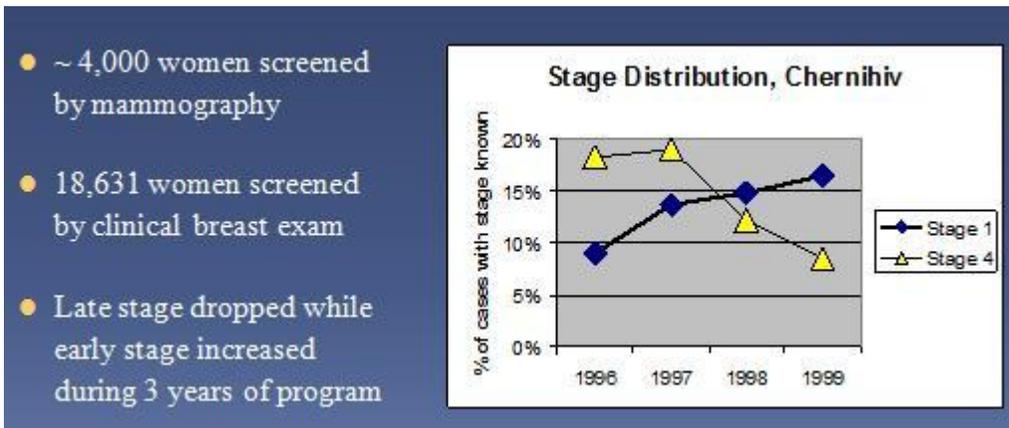


Figura 3. Distribución de CM en etapa I y IV en la población femenina de Chernihiv.

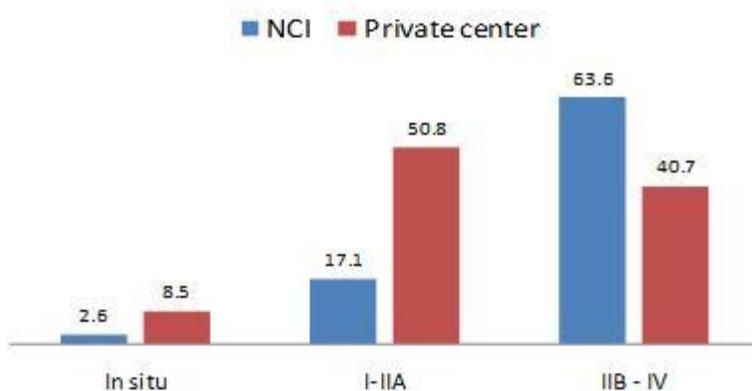


Figura 4. Estado clínico al diagnóstico de CM en Colombia, para el sector público y privado.

Pruebas	Intervención	Control
Mamografías Solicitadas	3627	690
Mamografías Realizadas	2681	386
	100.0%	23.1%
	73.9%	55.9%

Tabla 2. Mamografías solicitadas y realizadas para los grupos de intervención y control en el ensayo colombiano.



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.