

# Programa de *screening* mamario en 100.000 mujeres

Alicia Calderón,<sup>1</sup> Florentino Sanguinetti<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Coordinadora del Programa.

<sup>2</sup> Director del Programa.

El cáncer de mama es reconocido como el más frecuente en las mujeres, y es la principal causa de muerte en ellas en todos los países occidentales.<sup>3</sup>

El Programa de Detección de Cáncer Mamario llevado a cabo por la Liga Argentina de Lucha Contra el Cáncer (LALCEC) y AVON, con un móvil con mamógrafo, tiene como finalidades acercar recursos tecnológicos adecuados para el diagnóstico precoz a personas de escasos medios económicos en el interior del país y concientizar a la población sobre la necesidad de efectuar el auto-examen de la mama y los controles mamarios anuales.

La prevención primaria no ha demostrado grandes beneficios, mientras que la prevención secundaria, con el examen periódico en la población aparentemente sana, permite un diagnóstico oportuno, y por lo tanto, una reducción de la mortalidad que se menciona en la bibliografía con un 15% al 50% según los autores.<sup>5-8-9</sup> Además, el diagnóstico temprano mejora la calidad de vida de las mujeres que lo padecen.

La prevención primaria se reduce a indicaciones sobre el estilo de vida: dieta con pocos lípidos, lactancia prolongada, actividad física, evitar el tabaquismo. Los ensayos farmacológicos no permiten una aplicación en la población general.<sup>4</sup> Por eso el rastreo de la población asintomática de mujeres con mayor posibilidad de padecer cáncer mamario, ha demostrado los mejores beneficios.<sup>7</sup>

En EE.UU. se refieren 180.000 casos nuevos anuales de cáncer mamario, y 62.000 de cáncer *in situ*.<sup>3</sup>

En la República Argentina se estiman unos 15.000 casos nuevos por año, según los datos del Ministerio de Salud de la Nación obtenidos del Registro de Tumores de Concordia.<sup>12</sup> En el *screening*, tamizaje o rastillaje, se procura la búsqueda de la patología mamaria en la población general, invitada a través de los medios y de diversas propagandas a someterse a los controles periódicos.<sup>1</sup>

En este Programa se incluyeron mujeres entre 40 y 65 años, sin cobertura médica, ni recursos económicos, alejadas de centros asistenciales que pudieran brindarles una mamografía gratuita. Está fi-

nanciado por una empresa que otorga los fondos necesarios para su funcionamiento y es absolutamente gratuito para las 100.000 mujeres que ya accedieron al mismo.

Los objetivos son: reducir la mortalidad por cáncer mamario; disminuir la discapacidad; mejorar la calidad de vida.<sup>1-6</sup>

También se mencionan como objetivos específicos: realizar un diagnóstico de situación del cáncer de mama en el país; organizar un sistema de registro y seguimiento de las pacientes con cáncer mamario; orientar y colaborar en el tratamiento adecuado de las pacientes; concientizar a la población acerca de la importancia de los controles periódicos; aumentar la detección de tumores menores de 1 cm.<sup>10-11</sup>

Desde los primeros estudios de *screening* mamario en 1963, ha quedado demostrado el beneficio en el diagnóstico oportuno y la disminución de la mortalidad.<sup>5</sup>

Los diversos programas y las pautas de la *American Cancer Society*, recomiendan el *screening* en mujeres de 40 a 50 años, al menos bianual, y anual en mujeres mayores de 50 años sin límites de edad.<sup>5-13-15-16</sup>

En un estudio finlandés que realizó un seguimiento a 10 años de casi 2.000 mujeres con cáncer invasor, se demostró que las diagnosticadas por *screening* tuvieron mejor sobrevida y menor riesgo de recaída.<sup>14</sup> En otro estudio se comparó el resultado del *screening* anual con el efectuado cada 3 años, y se observó un tiempo de anticipación diagnóstica de 7 meses en el grupo de *screening* anual.<sup>5</sup>

Algunas publicaciones refieren que las mujeres que participan de programas de *screening* durante veinte años, pueden sufrir un falso positivo en un 30% de esa población en ese período.<sup>7</sup> Otros informes llaman la atención sobre estos datos alarmantes, pero afirman que la doble lectura mejora en un 12% la sensibilidad del cribaje.<sup>2</sup>

### Metodología

Desde abril de 1999 hasta la actualidad un hospital móvil recorre el interior del país deteniéndose durante una semana en cada población elegida con

**Correspondencia:** Alicia Calderón  
E-mail:

2 meses de anterioridad, con una representación de LALCEC que se hace responsable de la organización previa a la llegada del mismo, la campaña de difusión en medios de comunicación, la citación de las pacientes, y la ubicación del móvil en lugares adecuados de nivelación y con fuente de luz y agua.

El móvil posee sala de espera, dos consultorios, sala de mamógrafo y revelado, vestidor y *toilette*. El mamógrafo es modelo *General Electric 700 T* y cuenta con procesamiento automático utilizando películas y líquidos *AGFA Gevaert*. Las mujeres son atendidas por una médica mastóloga quien realiza el examen clínico, y técnicas radiólogas practican la mamografía correspondiente. Las pacientes se registran en forma computarizada con historia clínica única. Se realizan 180 estudios por semana, y se trabaja de lunes a jueves incluyendo feriados. El domingo el móvil viaja a la localidad siguiente.

Se incluyeron mujeres entre 40 y 65 años y los datos recogidos en cada historia clínica computarizada fueron: edad, escolaridad, número de hijos, tiempo de lactancia, familiares con patología mamaria, antecedentes de enfermedad mamaria, menopausia, diagnóstico clínico, diagnóstico mamográfico según *bi-rads*, conducta terapéutica seguida, tratamiento quirúrgico practicado, y diagnóstico histopatológico.

A partir del año 2000 se incorporó al programa una semana de mamografías gratuitas al año, que se efectúa en localidades donde funciona una representación de LALCEC que cuenta con un mamógrafo. Para ello se les solicitó previamente a ser incorporados el envío de mamografías para evaluar su calidad. El material radiográfico y de revelado se envía desde la sede central de LALCEC. Las pacientes se registran en forma computarizada con la misma historia clínica. Pueden realizarse 90 ó 180 estudios según la disponibilidad del mamógrafo de la localidad.

Todas las mamografías son enviadas a la sede central de LALCEC donde son examinadas por dos médicas radiólogas de experiencia en el diagnóstico mamográfico, con doble lectura, quienes elaboran el informe con la clasificación *bi-rads*. Luego las mamografías, con sus respectivos informes y las sugerencias de las conductas a seguir, son reenviadas a las representaciones donde fueron efectuadas, allí se entregan a las pacientes, se ocupan del seguimiento, de sus tratamientos y derivación para las cirugías. Los informes quirúrgicos y los resultados de anatomía patológica son remitidos a la sede central para la elaboración estadística.

## Resultados

Se han analizado los resultados de 80.000 pacientes con datos completados, sobre 100.000 que se llevan realizados hasta la fecha, y se ha permitido demostrar:

1) La edad promedio de las pacientes fue de 50,14

años, y la edad promedio de las pacientes con diagnóstico histológico de cáncer fue de 52,14 años.

2) El 73,52% de las pacientes refirieron escasa o nula escolaridad. Esto indica la baja condición socio-económica de las mismas.

3) El promedio de cantidad de hijos fue de 2,98 y el tiempo de lactancia promedio fue de 4,4 meses.

4) El 52,41% de las pacientes eran menopáusicas, y las que tuvieron diagnóstico histológico de cáncer fueron menopáusicas en el 62% de los casos.

5) Tenían antecedentes de familiares con patología mamaria en el 16,44% y antecedentes personales de patología mamaria en el 8,93%.

6) El examen clínico mamario correspondió en 61,25% a mamas sin patología y a 22,96% a displasia mamaria.

7) Se comprobó histopatológicamente cáncer mamario en el 6 por mil de las pacientes, de la serie de 80.000 mujeres analizadas para este trabajo, cifra que coincide con las de otros programas semejantes difundidos en la bibliografía.

8) Se constata la utilidad de la mamografía en el diagnóstico precoz; ya que el 62,25% de las mujeres que padecían cáncer mamario tenían un examen clínico correspondiente a mama sin patología o de displasia mamaria.

9) Los diagnósticos mamográficos sobre las 100.000 mujeres fueron: *bi-rads* 1 79,14%; *bi-rads* 2 3,57%; *bi-rads* 3 15,11%; *bi-rads* 4 1,77%; y *bi-rads* 5 0,39%.

10) De la serie de 80.000 mujeres, 937 pacientes fueron operadas y 857 recibieron tratamientos oportunos. 480 pacientes operadas por cáncer confirmaron su diagnóstico por histología.

## Conclusiones

El éxito del programa se refleja en el alto porcentaje de mujeres que requirieron tratamiento y lo efectuaron. El compromiso de las representaciones fue muy bueno facilitado por la lucha por la prevención ya existente.

La centralización de la información en LALCEC central permite monitorear los tratamientos indicados a las pacientes con patología y auditar la utilización adecuada de los recursos enviados para la realización de la semana de la mamografía gratuita.

Se efectúan campañas de información sobre cáncer de mama con anterioridad a la llegada del móvil.

Muchas de las mujeres que contaban con recursos o cobertura médica efectuaron también una mamografía respondiendo a la publicidad de la campaña.

Se despertó el interés de los médicos por la prevención del cáncer de mama y por la implementación de tratamientos adecuados.

Esta experiencia es la primera en toda América Latina obteniendo resultados alentadores.

Tal vez el saldo más importante de esta campaña ha sido su significado afectivo, su impronta emocional en el contacto humano con tantas personas desprotegidas y sin cobertura médica que recibieron un beneficio afectivo y solidario.

## Bibliografía

1. Amuschastegui R. "Screening". Revista Argentina de Mastología. 19-65:308. 2000.
2. Bjurstam N Y col. "The Gothenburg breast screening trial". Cancer. 80.11.2091.1997.
3. Bland Coppeland. "La mama. Manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas". Edit. Médica Panamericana. 2007.
4. Carney P, Miglioretti D, Yankaskas B. "Individual and combined effects of age, breast density and hormone replacement therapy use on the accuracy of screening mammography". Ann Int Med. 138-3-2003.
5. Dodd G. "Screening for breast cancer". Cancer. 72.3: 1038. 1993.
6. Eidewson G. "Rol de la mamografía en la patología mamaria -Bi-rads-". Rev Arg de Mastología. 27-2008.
7. Elmore J y col. "Ten-year risk of false positive screening mammograms and clinical breast examinations". New England J of Med. 338.16:1089. 1998.
8. Faulk R, Sickles E., Sollitto R. "Clinical efficacy of mammographic screening in the elderly". Radiology 194: 193. 1995.
9. Feig S. "Increased benefit from shorter screening mammography intervals from women aged 40-49 years". Cancer. 80-11:2035. 1997.
10. Holmberg L. "Evaluation of breast cancer screenings programs". Cancer. 72.4:1437. 1993.
11. Leitch M. "Controversies in breast cancer screening". Cancer 76:2064.1995.
12. Rocco D. "Epidemiología del cáncer de mama en Argentina". Conferencia en el 45º Congreso Argentino de Radiología. 11-10-99.
13. Rosenquist C, Lindford K. "Screening mammography beginning at age 40 years. A reappraisal of cost effectiveness". Cancer. 82:2235. 1998.
14. Salzmänn P, Kerlikowske K, Phillips K. "Cost-effectiveness of extending screening mammography guidelines to include women 40 to 49 years of age". A Internal Medicine. 127.11:955. 1997.
15. White E, Miglioretti D, Yankaskas B. "Biennial versus annual mammography and the risk of late-stage breast cancer". J Nat Cancer Inst. 96.2004.
16. Ziewacz J. "Breast imaging". Connecticut Medicine. 63.1.1999.