



Revista Chilena de Cirugía

ISSN: 0379-3893

editor@cirujanosdechile.cl

Sociedad de Cirujanos de Chile
Chile

Serra C., Iván

Cáncer de mama en Chile: pasado, presente y futuro

Revista Chilena de Cirugía, vol. 63, núm. 6, diciembre-, 2011, pp. 553-556

Sociedad de Cirujanos de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345531951001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Cáncer de mama en Chile: pasado, presente y futuro

Breast cancer in Chile: past, present and future

El cáncer de mama presenta en Chile incidencias y mortalidades relativamente bajas, aunque las primeras casi siempre se refieren sólo al sector público, que significa el 75% de la población. Por otra parte, son sólo estimaciones por carecer nuestro país de un registro nacional de cáncer. De hecho, diversas propuestas efectuadas en la década del 2000 entregan cifras muy diversas entre 26 y 49 por 100.000 mujeres (de todas las edades). En cambio, nuestras mortalidades son más confiables e incluyen, obviamente, lo privado, aunque tampoco son perfectas por existir todavía una proporción pequeña pero significativa de senilidad y mal definidas, de importancia desigual según las regiones.

En la comparación internacional, Chile presenta una mortalidad por debajo de Argentina y Uruguay y al nivel de Brasil y otros países sudamericanos. La comparación entre incidencias estimadas y su mortalidad en estos países muestran razones cercanas a 1:3 (una muerte por cada tres casos nuevos); mientras el mundo desarrollado, con incidencias bastante más altas, además de basadas en registros, informa razones de 1:4 e incluso 1:5. Ello responde a diagnósticos más precoces y menor frecuencia de estadios avanzados junto con tratamientos más efectivos.

Históricamente, el cáncer femenino más importante como causa de mortalidad en nuestro país ha sido el cáncer gástrico, el cual fue superado desde 1986 por el vesicular (C23, 10ª Clasificación Internacional de Enfermedades) y de vías biliares extrahepáticas (C24, 10ª CIE). Estos últimos: ampolla de Vater y colédoco son raros en Chile, inferiores en conjunto al 6%. En este grupo (C24, 10ª CIE) está también el biliar no especificado que tiene alta frecuencia en nuestro país, 40% del total, que corresponde a vesiculares no precisados. En algunos servicios de salud esta proporción sería bastante más alta. Así, el 100% se completa con el vesicular precisado como tal (54%) y de vías biliares extra-hepáticas precisadas como tales (6%). En consecuencia, cuando se dice cáncer vesicular se está incluyendo en la práctica todos los cánceres biliares extra-hepáticos, los cuales son de origen vesicular en un 94%. Por lo tanto, como vesiculares se debe incluir obligatoriamente, al menos en Chile, lo correspondiente a vías biliares extra-hepáticas. Esto significa un error pequeño, del 6%. Si se procede de otra manera, el error es máximo al no considerar el 40% de cánceres vesiculares encubiertos, por falta de estudio diagnóstico que quedan falsamente incluidos en "vías biliares extra-hepáticas". Por esta razón el Ministerio de Salud informa desde el 2001 los C23 y C24 como un solo conjunto. Los fundamentos están publicados y son conocidos por todo investigador que haya estudiado en nuestro medio los cánceres biliares en profundidad.

Posteriormente, el cáncer gástrico fue superado en mortalidad por el mamario a partir del año 2000, situación mantenida hasta el 2008, permaneciendo el vesicular en primer lugar. El 2009, el cáncer de mama sobrepasó también al de vesícula biliar (C23 y C24, como corresponde), con 1.338 muertes comparado con 1.295 del vesicular, quedando el gástrico en tercer lugar con 1.150 fallecimientos femeninos por dicha causa.

Un concepto donde con frecuencia pareciera no haber claridad se refiere a la evolución epidemiológica en Chile del cáncer de mama. Se piensa, incluso se escribe, que su mortalidad está estable. Esta afirmación es, lamentablemente, errónea. Lo que ocurre es que la tasa de mortalidad por cáncer de mama se mantuvo estable durante toda la década del 90, con magnitudes entre 12 y 13 por 100.000 mujeres (de todas las edades). Sin embargo, su mortalidad ha ido aumentando en forma progresiva durante la última década hasta sobrepasar en varios años la tasa de 14 y alcanzando el 2009, último año con información disponible, la tasa histórica de 15,8 por 100.000 mujeres. La confusión sobre presunta estabilidad de la mortalidad por cáncer de mama pudo originarse en información ministerial que a veces ha señalado tasas observadas y en otras ha informado tasas ajustadas por edad, no siempre a población chilena. También, a veces se usa como denominador para el cálculo de tasas la población femenina total y en otros casos, mayores de 14 años, u otros grupos etarios, lo que pudiera también haber inducido a confusión.

Es frecuente escuchar y leer la afirmación de que los estadíos avanzados estarían disminuyendo en el sector público chileno. Es un error que se puede haberse originado en la disminución informada de que la proporción de estadíos III y IV disminuyó en el sistema nacional de servicios de salud desde 57 y 54% en 1999 y 2000 a 30% el 2001, de lo cual se asume que dicha disminución prosiguió en la década del 2000. La realidad indica que ese 30% se ha mantenido durante toda la última década (promedio 2001-2008 de 29,6% y 2001-2009 de 29,4%). En otras palabras, se ha mantenido estable en casi 30% durante nueve años. Por otra parte, se debería desconfiar de las proporciones de casi 60% previas al año 2001 ya que una disminución brusca a casi la mitad en una enfermedad crónica es con máxima probabilidad un artefacto estadístico. Pudieron ser poblaciones diferentes, un cambio de clasificación o simplemente un error.

Un trabajo chileno reciente publicado en una revista internacional consideró como diagnóstico precoz en nuestro sistema público sólo a los estadíos 0, los cuales han aumentado en coincidencia con el aumento de las mamografías, pero dicho estudio no hace mención a los cánceres avanzados. En los países desarrollados aumentan los incipientes, no sólo los 0, pero también disminuyen los avanzados. En Chile (sector público) ha ocurrido algo diferente, ya que han aumentado los incipientes, aunque sólo ahora se conocen públicamente las diferentes proporciones según etapas. Sin embargo, los avanzados III y IV se han mantenido estables. Las grandes clínicas privadas chilenas han incrementado fuertemente los estadíos 0 (hasta casi el 20%), pero al mismo tiempo, los III y IV han disminuido marcadamente hasta 11 y 10%. Estas magnitudes y evolución son similares a las de Estados Unidos que informó para el 2005, 25% y 7% respectivamente. Esta diferencia entre nuestros sectores público y privado es otra ratificación de la enorme inequidad en la sociedad chilena.

En el mismo estudio se afirma en forma equivocada que nuestro programa nacional de cáncer de mama desarrolla tamizaje mamográfico. Esta afirmación es un error importante. Además, señala que incluye las mujeres sobre 50 años, cuando lo que existe es una mamografía diagnóstica única a esa edad que puede alcanzar los 54 (desde febrero de 2011), condicionado a que no haya otra en los tres años anteriores. Se pueden, por supuesto, solicitar mamografías para mujeres añosas en los casos que haya una sospecha fundada o alto riesgo. En realidad, no existe una política establecida de tamizaje en el sector público de salud chileno sino disponibilidad de mamografías gratuitas, en parte con fondos adicionales traspasados a municipalidades, entre 15 y 50 años de edad según señala el programa. Tampoco es una política que se haya discutido y menos financiado.

En Chile, se acostumbra rotular toda mamografía como de tamizaje, confundiendo tamizaje, que se define como un examen sistemático en una población global supuestamente sana, con el concepto de búsqueda de casos en un contexto clínico, con población acotada. Son dos estrategias diferentes. Lo que se hace en Chile en un 100% son mamografías diagnósticas u oportunistas que por lo demás constituyen casi el 50% del total en países desarrollados como Canadá. En nuestro país no se ha establecido una política y tampoco ha existido un verdadero programa de tamizaje mamográfico para cáncer mamario.

Justamente, en nuestra opinión, es necesario que nuestro programa nacional de cáncer de mama capte de preferencia mujeres sobre 50 y hasta 69 años, entregando los recursos correspondientes. Algunos países proponen hasta 74 años si no hay morbilidad asociada. Debe considerarse que la expectativa de vida al nacer de la mujer chilena sobrepasa actualmente los 82 años. Por otra parte, se debe tener en cuenta que el 2009 murieron en el país 300 mujeres con 80 años y más por cáncer de mama comparado con 60 el mismo año entre 40 y 44 años. En cambio, nuestro servicio de salud sur oriente tuvo ese año sólo 25 y 12 muertes por este cáncer en esos grupos etarios, o sea, sólo el doble de lo observado en mujeres añosas mientras en Chile fue, como se señala, cinco veces más. Esto es consistente con casi 50% menos de fallecimientos por cáncer de mama en este servicio de salud, comparado con el país (tasa de 10,4 versus 15,8 por 100.000 mujeres).

Además, se debe asumir el hecho de que los estadíos III y IV no están disminuyendo a pesar de la disponibilidad creciente de mamografías diagnósticas y se han mantenido en 29 ó 30% del total durante nueve años y probablemente durante 11 o más años. Ello ocurre con un importante aumento de estadíos 0 que actualmente alcanza casi el 9% de todos los cánceres de mama diagnosticados anualmente en el sistema público de salud. Por esta razón, hemos propuesto que se incluya mamografías gratuitas en mujeres sintomáticas o de alto riesgo en los programas de diabetes mellitus e hipertensión arterial que tienen buena cobertura y adherencia, además de una captación importante y constante de mujeres sobre 50 años. También se debería incluir esta estrategia en los programas de examen de medicina preventiva del adulto y del adulto mayor con menor

cobertura pero que incluyen mujeres ańosas. Esto implica financiamiento adicional para estos programas y la inclusi3n de enfermeras en el programa de c1ncer de mama como ocurre en muchos países desarrollados, lo cual significa una capacitaci3n adicional para ellas en conjunto con las matronas.

Pensamos que esta realidad podría haber estado encubierta porque el AUGE-GES ha entregado muchos recursos adicionales, los cuales han significado m1s mamografías en la atenci3n primaria, aunque no siempre bien dirigidas, m1s cirugías a través del programa Oportunidad de la Atenci3n, m1s financiamiento para radioterapias en el sector privado, abastecimiento adecuado de drogas anti-neopl1sicas, oficinas del c1ncer, sistemas costosos de registro, etc. Esta mayor asignaci3n de recursos para el programa de c1ncer de mama ha sido algo muy positivo, pero puede haber dado la falsa percepci3n de que estamos enfrentando en forma adecuada este c1ncer.

Por supuesto, junto con lo anterior es importante dar pasos que permitan avanzar en el desarrollo de un registro nacional de c1ncer. Es muy difícil efectuar análisis epidemiol3gicos y program1ticos con total validez mientras no se cuente con informaci3n completa sobre la incidencia de c1ncer de mama y otros c1nceres relevantes con inclusi3n del sector privado y sobre las interacciones entre los servicios públicos de salud.

Es fundamental también, desde el punto de vista de salud pública, la integraci3n de los niveles de atenci3n con participaci3n directa adem1s de regular y constante, de los especialistas hospitalarios con los profesionales de la atenci3n primaria. No es posible que todavía se realicen en consultorios periféricos exámenes de medicina preventiva limitados, realizados a veces por técnicos paramédicos, en vez de médicos, enfermeras y matronas.

Un estudio reciente en el servicio de salud sur oriente demostr3 que existe un intervalo importante y que no ha sido normado por el nivel central. Se refiere al que transcurre entre percepci3n, habitualmente por la propia paciente, de la patología mamaria maligna y primera consulta. En dicha investigaci3n esta tardanza result3 extremadamente larga, en promedio 12 y 20 meses en 1997 y 2007 respectivamente, con medianas de 2 y 4 meses, dada la gran dispersi3n observada entre las pacientes con estadíos avanzados III y IV. Esta dispersi3n nunca ha sido medida en los intervalos normados que se informan s3lo como promedios. Pensamos que debería estudiarse las razones que puedan explicar la enorme tardanza antes de la primera consulta, intervalo que debe ser también normado. Esto parece m1s importante que pequeñas diferencias de días, como promedio, en los intervalos normados de primera consulta y especialista, entre ésta y biopsia, entre confirmaci3n diagn3stica y tratamiento y entre éste y seguimiento, lo cual no quiere decir que no deban medirse y no s3lo como promedios sino también como medianas.

No creemos que el tamizaje mamográfico sea la respuesta m1s adecuada a los problemas que tenemos con el c1ncer de mama en Chile, al menos en la situaci3n actual. Pareciera que es tiempo de analizar en forma crítica nuestros paradigmas en este c1ncer y procesar en detalle toda la informaci3n de que se dispone sobre incidencia en nuestro sistema nacional de servicios de salud. Adem1s, se debería difundir en forma amplia y peri3dica como corresponde ya que es informaci3n pública que pertenece a todos. El trabajo en equipo en salud es indispensable siendo lo único que permitirá mirar con la frente en alto a la poblaci3n que servimos y reducir nuestra creciente mortalidad por c1ncer de mama.

También pensamos que se debería promover la investigaci3n sobre c1ncer de mama en Chile. Frecuentemente, encontramos en nuestro medio revisiones de la literatura internacional en contraste con escasez de investigaciones originales referidas a mujeres chilenas, las cuales puedan aportar a la compresi3n de un complejo c1ncer como el mamario. Se podría incluso proponer premios anuales en este sentido.

Finalmente, es importante reconocer que tenemos un programa nacional en c1ncer de mama con 17 años de evoluci3n, el cual ha desarrollado una excelente red en todo el país, produciendo guías clínicas y normas que se actualizan peri3dicamente junto con evaluaciones anuales que se entregan en forma regular. Sin embargo, nuestro programa ha fallado en lo m1s importante como es su objetivo de reducir la mortalidad por este c1ncer. Creemos que no es un problema de estrategia diagn3stica sobre la cual existe consenso actual que debe seguir siendo la mamografía. Lo que hay es un serio problema de baja cobertura, especialmente en edades sobre 50 años, una falta de integraci3n entre los niveles de atenci3n y un respaldo del programa s3lo por matronas lo que impide un trabajo en equipo con médicos, enfermeras y otros profesionales que

serían un gran aporte en la atención primaria, captando mujeres con edades mayores y disminuyendo los estadios avanzados, entre otras ventajas. En este tema, como en muchos otros, la educación en salud es una herramienta fundamental.

Un último comentario. Se observa en las propuestas de objetivos sanitarios que se señala a veces como objetivo el análisis de incidencia en vez de mortalidad y esta última medida como tasas ajustadas por edad. La verdad es que si desea agregar incidencia, nos parece muy bien y ahí habría que hacerlo con detalle ya que en Chile el enorme aumento de ocho veces de estadios 0 no se ha acompañado de disminución de estadios III y IV. También se debe discriminar entre estadios II a y II B y así sucesivamente. Pensamos algo similar en relación a la incorporación de tasas ajustadas por edad. Eso está muy bien, pero un objetivo sanitario verdadero es y debe ser la mortalidad real, cruda u observada que es lo deseable a corregir. El número de casos nuevos y de muertes por una causa dada significan el problema de atención médica a diagnosticar, enfrentar, financiar y resolver. Los ajustes en epidemiología y con mayor razón en lo programático, sirven un propósito de interpretación o de investigación para entender la razón de cambios observados entre dos o más poblaciones contemporáneas o variaciones en el tiempo de una misma población.

Creemos que ha llegado el momento de analizar nuestros paradigmas en cáncer de mama a través de un debate amplio con la mayor información posible. El objetivo debe ser la obtención de sólidos fundamentos para redireccionar y reforzar nuestro programa nacional en este cáncer y así reducir su mortalidad que en caso contrario seguirá aumentando.

Dr Iván Serra C.

*Servicios de Cirugía y Urgencia, Hospital Sótero del Río
Epidemiólogo, Profesor Titular de Salud Pública
Universidad de Chile*