

Políticas para el control del cáncer de mama en Brasil: ¿hacia dónde nos dirigimos ahora?

Isabel dos-Santos-Silva ¹

doi: 10.1590/0102-311X00097018

En tres artículos publicados sobre este tema, Migowski et al. presentaron las nuevas directrices nacionales para el control del cáncer de mama en Brasil ^{1,2,3}. Esta actualización es oportuna, puesto que aborda conceptos erróneos desde hace mucho tiempo, controversias más recientes, así como nuevos avances en este campo. Los autores merecen una felicitación por haber formulado estas directrices, en base a una revisión metodológicamente adecuada, independiente y transparente, respecto a las evidencias científicas ya publicadas.

El cáncer de mama es una enfermedad potencialmente curable, si se diagnostica y trata a tiempo. Para ello, existen dos enfoques diferentes, aunque más bien podemos considerarlos complementarios: (i) hacerlo retroceder y contener su grado de invasión (*downstaging*), por ejemplo, asegurando que la enfermedad -detectable clínicamente- se diagnostica en una fase inicial; y (ii) la realización de pruebas de cribado (*screening*), p.ej. mediante la detección temprana de una enfermedad clínicamente oculta, es decir, antes de que provoque síntomas o pueda ser detectada en un examen clínico (p.ej. cuando el tamaño del tumor es < 2cm).

Muchas de las directrices nacionales actualizadas están centradas en el screening. La mamografía todavía se encuentra lejos de ser una herramienta de screening perfecta, ya que ha sido asociada a beneficios, tanto como a perjuicios (p.ej. falsos-positivos, sobrediagnóstico y sobretratamiento, cánceres inducidos por radiación). No obstante, la revisión de las evidencias publicadas por Migowski et al. confirmaron que, a pesar de las recientes controversias, las evidencias científicas generales son consistentes, respecto al hecho de que las mamografías están reduciendo la mortalidad por cáncer de mama, entre un 20-25% en mujeres invitadas a participar en programas organizados de detección de cáncer de mama cada dos años, con edades comprendidas entre los 50 y los 69 años, superando estos beneficios los potenciales daños. Estos hallazgos están en línea con los del grupo de trabajo del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC), en relación con las pruebas de detección del cáncer de mama ⁴.

Los programas de cribado con mamografías se implantaron en muchos países con ingresos altos (HICs, por sus siglas en inglés), desde finales de los años 1980, cuando se publicaron los resultados sobre ensayos aleatorios en estadios más tempranos de la enfermedad. Desde entonces, se ha ido incrementando la presión por parte de grupos nacionales e internacionales de abogacía, con el fin de que los sistemas de salud de los países con baja/media

¹ Department of Non-Communicable Disease Epidemiology, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, U.K.



renta (LMICs, por sus siglas en inglés) emulen a los HICs. Este tipo de pretensiones, sin embargo caen en saco roto, porque lo que funciona en los HICs, no necesariamente tiene que hacerlo en LMICs. Los programas de cribado con mamografías organizados son complejos, multidisciplinarios, programas que, para ser efectivos, requieren de acceso a mamografías de alta calidad, con una alta cobertura de la población objetivo (de al menos un 70% ⁵) con un sistema de retiro, así como el acceso adecuado de las mujeres con anomalías sospechosas -detectadas durante las pruebas- para que reciban un diagnóstico y tratamiento apropiados. Asimismo, en este contexto, se deben incorporar mecanismos de control de calidad exhaustivos (p.ej. personal entrenado en cuidados de salud, protocolos estandarizados, objetivos de desempeño claramente definidos, así como procedimientos de auditoría regulares). Desafortunadamente, los sistemas de salud en los LMICs son muy endeble, les falta infraestructura y recursos humanos, además de financieros, para implementar tales programas a gran escala. Por ello, las tentativas para implementar en estas condiciones programas de cribado con mamografías han dado como resultado iniciativas oportunistas que son desiguales, y mucho menos efectivas que los programas de cribado organizados. Brasil no es una excepción -sus directrices nacionales de 2004- recomendaron que todas las mujeres entre 50 y 69 años deberían realizarse pruebas de mamografía cada dos años ⁶, sin embargo, tras más de una década, la cobertura en el grupo objetivo de edad sigue siendo baja (oscila desde un 27%, según los datos del Sistema Único de Saúde -SUS ⁷, a un 51%, según los autoinformes de la *Encuesta Nacional de Salud* ⁸), con deficiencias en el seguimiento de los resultados radiológicos sospechosos (un 27% con edades entre 50 y 59 años, y un 63% con edades entre 60 y 69 años, según los datos del SUS ⁷). Paralelamente, debido al incremento de las demandas por parte de abogados y grupos profesionales, los recursos se están desviando para realizar pruebas a mujeres fuera del grupo objetivo de edad, particularmente, a quienes están por debajo de los 50 años ^{7,9}, además de para acortar el intervalo de las pruebas a periodos inferiores a lo recomendado (2 años) ⁹, pese a que no existe una base empírica que demuestre que estas últimas estén asociadas con una ratio favorable de beneficios vs. perjuicios. Experiencias similares se han observado en otros LMICs, liderando el grupo de trabajo IARC, para llegar a la conclusión de que hay actualmente evidencias limitadas de que las pruebas de cribado con mamografía son costo-efectivas en tales circunstancias ⁴.

En los HICs, los programas organizados de cribado se introdujeron en la época en la que una enfermedad sintomática había sido exitosamente minimizada. Por ejemplo, en Noruega sólo un 20% de los cánceres de mama son de fase tardía (TNM ¹⁰ fases III/IV) en diagnósticos de los años 1970 ¹¹, es decir, casi dos décadas antes de la introducción del cribado organizado en ese país. Esto contrasta notablemente con la situación actual en Brasil, donde cerca de un 40% de los pacientes con cáncer están diagnosticadas en fase tardía. Esta proporción ha cambiado poco desde 2004, cuando se decretaron las directrices nacionales ¹². La mayor parte de las mujeres fueron diagnosticadas en una fase tardía de la enfermedad, habiendo sufrido los síntomas durante un tiempo considerable. En los HICs, el intervalo de tiempo desde el reconocimiento de los síntomas al diagnóstico es normalmente < 30 días ^{13,14} pero, en Brasil, este intervalo es mucho más largo (media: ~7-8 meses) ¹⁵. Los retrasos ≥ 3 meses están asociados, no sólo con un diagnóstico en fase tardía, sino también con una supervivencia más baja ¹⁶.

La gran proporción de mujeres que están siendo diagnosticadas en una fase avanzada de la enfermedad en Brasil, cuando las opciones de tratamiento son más limitadas y me-

nos efectivas, es una llamada de atención para que se considere la reducción y control del tumor como una prioridad para las políticas sobre el cáncer de mama. En este sentido, se asegura que el cáncer de mama sintomático, si es diagnosticado tempranamente, aumenta significativamente la supervivencia de la enfermedad -p.ej. 5 años de supervivencia en el estado de São Paulo pasa de un 30%, si la enfermedad es diagnosticada en fase IV, al 82% si se diagnostica en fase IIB¹⁷). La reducción del tamaño del tumor también parece ser más costo-efectiva que realizar programas de cribado por varias razones. Primeramente, los recursos estarían concentrados en un pequeño grupo de mujeres con síntomas de cáncer de mama, en lugar de en una masa de población asintomática mucho más numerosa que participe en programas de cribado, y cuya mayor parte nunca desarrollarán cáncer de mama. En segundo lugar, la necesidad de cuidados de salud necesarios para el diagnóstico de las enfermedades clínicamente detectables son bastante menos complejos que los que se requieren para diagnosticar una enfermedad asintomática. Tercero, se trata de tratamiento temprano, no detección temprana per se, que salva vidas. Por ello, para que las revisiones con mamografías sean efectivas, a las mujeres a quienes se les detectan lesiones sospechosas, se les deben realizar lo antes posible pruebas (p.ej. volviéndose a repetir una mamografía, ultrasonido y/o biopsia) y, si se confirma un cáncer de mama, debe tratarse apropiadamente. Solamente un sistema de cuidado para el cáncer fuerte, y bien organizado, es capaz de afrontar apropiadamente una enfermedad sintomática con una carga adicional asociada a la gestión de un gran volumen de mujeres con lesiones sospechosas que se les detectan durante las revisiones de cribado.

Migowski et al. reconocen que las directrices nacionales de 2004⁶ se centraron excesivamente en el cribado con mamografía. Las directrices actualizadas ofrecen, aunque bastante tarde, una salida a esta problemática, gracias al reconocimiento por primera vez de la importancia de reducir el tamaño del tumor y el grado de invasión de esta enfermedad sintomática, revisando estrategias para lograrlo. De cualquier modo, las estrategias exitosas en Brasil quizás difieren de las usadas en otros lugares; de hecho, tal vez es necesario que sean diferentes, debido a la vasta diversidad étnica y socioeconómica de este país. Los estudios que reflejan el recorrido de una mujer, a quien se le identifican y reconocen los síntomas, hasta que le llega el diagnóstico de cáncer de mama, así como su tratamiento bajo diferentes condiciones, identificarán las razones de los retrasos y barreras clave modificables en el acceso al diagnóstico de cáncer de mama y su tratamiento. Tales investigaciones aportarán la base para el desarrollo, evaluación e implementación de enfoques localmente apropiados, y culturalmente respetuosos, para controlar y reducir el cáncer de mama en Brasil.

1. Migowski A, Stein AT, Ferreira CBT, Ferreira DMTP, Nadanovsky P. Guidelines for early detection of breast cancer in Brazil. I – Development methods. *Cad Saúde Pública* 2018; 34:e00116317.
2. Migowski A, Azevedo e Silva G, Dias MBK, Diz MDPE, Sant'Ana DR, Nadanovsky P. Guidelines for early detection of breast cancer in Brazil. II – New national recommendations, main evidence, and controversies. *Cad Saúde Pública* 2018; 34:e00074817.
3. Migowski A, Dias MBK, Nadanovsky P, Azevedo e Silva G, Sant'Ana DR, Stein AT. Guidelines for early detection of breast cancer in Brazil. III – Challenges for implementation. *Cad Saúde Pública* 2018; 34:e00046317.
4. Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, Benbrahim-Tallaa L, Bouvard V, Bianchini F, et al. Breast-cancer screening: viewpoint of the IARC Working Group. *N Engl J Med* 2015; 372:2353-8.
5. World Health Organization. Cancer control: early detection. WHO guide to effective programmes. Geneva: World Health Organization; 2007.
6. Instituto Nacional de Câncer. Controle do câncer da mama: documento de consenso. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2004.
7. Azevedo e Silva G, Bustamente-Teixeria MT, Aquino EML, Tomazelli JG, dos-Santos-Silva I. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. *Cad Saúde Pública* 2014; 30:1537-50.
8. Azevedo e Silva G, Souza-Junior PRB, Damascena GN, Szwarcwald CL. Early detection of breast cancer in Brazil: data from the National Health Survey, 2013. *Rev Saúde Pública* 2017; 51 Suppl 1:14s.
9. Rodrigues TB. Compliance with mammographic screening recommendations in Minas Gerais, Brazil: historical cohort using SIS-MAMA data [Master Thesis]. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2016.
10. American Joint Committee on Cancer. Breast cancer staging. 7th Ed. Atlanta: American Cancer Society; 2009.
11. Lousdal ML, Kristiansen IS, Moller B, Stovring H. Trends in breast cancer stage distribution before, during and after introduction of a screening programme in Norway. *Eur J Public Health* 2014; 24:1017-22.
12. Renna Junior NL, Azevedo e Silva G. Diagnóstico de câncer de mama em estado avançado no Brasil: análise de dados dos registros hospitalares de câncer (2000-2012). *Rev Bras Ginecol Obstet* 2018; 40:127-36.
13. Arndt V, Sturmer T, Stegmaier C, Ziegler H, Dhom G, Brenner H. Patient delay and stage of diagnosis among breast cancer patients in Germany: a population-based study. *Br J Cancer* 2002; 86:1034-40.
14. Nosarti C, Crayford T, Roberts JV, Elias E, McKenzie K, David AS. Delay in presentation of symptomatic referrals to a breast clinic: patient and system factors. *Br J Cancer* 2000; 82:742-8.
15. Unger-Saldana K. Challenges to the early diagnosis and treatment of breast cancer in developing countries. *World J Clin Oncol* 2014; 5:465-77.
16. Richards MA, Westcombe AM, Love SB, Littlejohns P, Ramirez AJ. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. *Lancet* 1999; 353:1119-26.
17. Fundação Oncocentro de São Paulo. Sobrevida de pacientes com câncer no Estado de São Paulo: seis anos de seguimento pelo Registro Hospitalar de Câncer. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde/Fundação Oncocentro de São Paulo; 2009. (Cadernos FOSP, 5).