

# PREGUNTAS SOBRE EL CRIBADO MAMOGRÁFICO



**Carmen Mosquera Tenreiro**  
Médica-epidemióloga.

Promoción de la Salud  
Consejería de Salud  
de Asturias

A raíz de la publicación de algunos estudios en relación con el cribado (screening) de cáncer de mama y la información necesaria para realizar una decisión informada y después de la última jornada de la Red de Profesionales Sanitarias, en octubre de 2005 en Barcelona, donde tuvimos la oportunidad de escuchar a compañeras bien documentadas sobre el tema, me atrevo a poner por escrito algunas preguntas sobre algunos aspectos polémicos de estos programas.

Estas reflexiones parten de mis propias dudas y de las incertidumbres que se reflejan en parte de la bibliografía, la cual no he revisado exhaustivamente pues no trabajo en este tema, sino en Promoción de la Salud. Por todo ello, considerar esta pequeña aportación como una oportunidad para la reflexión desde una posición poco ortodoxa, simplemente, y preocupada por el

tema desde hace tiempo, como profesional y como mujer.

## De la frecuencia e incidencia

En los programas de cribado suele afirmarse que “el cáncer de mama reúne todas las características generales de los programas de cribado ... tiene una alta morbilidad y mortalidad... se conoce la historia natural de la enfermedad, ... el tratamiento en fase precoz permite la conservación...”

Conviene, en primer lugar, aclarar la diferencia entre “frecuencia de diagnóstico” e “incidencia”, que en principio nos puede parecer equivalente pero no es lo mismo.

## El sobrediagnóstico:

Tomando como ejemplo el caso documentado de Noruega y Suecia <sup>(1)</sup>, la introducción del cribado en estos países supuso un incremento del Ca invasivo de un 50% y un 45%, respectivamente, en las edades de 50-69 años. En este artículo se estima que uno de cada tres tumores diagnosticados por cribado era un sobrediagnóstico y, si añadimos el Carcinoma Ductal In Situ al invasivo, el sobrediagnóstico pudiera alcanzar un 80%; leído de otra forma: el sobrediagnóstico

se refiere a tumores que NO se hubieran diagnosticado a lo largo de la vida de la mujer, pero que si participase en un programa de cribado la probabilidad de que se le diagnostique un Ca de mama aumentaría en un 80%.

De lo que se deduce que los programas de cribado, efectivamente, están aumentando la frecuencia de diagnóstico de ca de mama (sobrediagnósticos), no sólo de Carcinoma Ductal In Situ (CDIS) sino también del invasivo.

Surge, además, una pregunta en la bibliografía en relación con la historia natural de la enfermedad: ¿acaso la posibilidad de regresión del tumor no es tan rara como se pensaba?. Os recomiendo que disfrutéis este artículo <sup>(1)</sup>, que además presenta unas gráficas muy interesantes. Echando una mirada al artículo “Model of outcomes of screening mammography: information to support informed choices” de Alexandra Barratt and col <sup>(2)</sup>, basado en los datos del cribado en Australia (1,25 millones de mujeres participantes cada año), hay una tabla muy expresiva que compara las cohortes expuestas a cribado con las no expuesta y que reproducimos a continuación:

papers

Outcomes for women who undergo screening compared with those who do not. Figures are cumulative number out of 1000 women over 10 years

| Event over 10 years  | Age 40   |              | Age 50   |              | Age 60                          |              | Age 70                          |                            |
|--|--|--------------|--|--------------|---------------------------------|--------------|---------------------------------|----------------------------|
|  | Begin screening at age 40, five biennial screens | No screening | Begin screening at age 50, five biennial screens | No screening | Have five more biennial screens | No screening | Have five more biennial screens | Finish screening at age 60 |
| Are recalled for more tests  | 250.9  |              | 242.0  |              | 184.6                           |              | 166.6                           |                            |
| Recalled for:  |  |              |  |              |                                 |              |                                 |                            |
| Extra imaging only (clinical examination plus mammography and/or ultrasound) | 191.4  |              | 177.9  |              | 128.6                           |              | 110.2                           |                            |
| Biopsy (total having at least one biopsy)                                    | 59.5   |              | 64.1   |              | 56.0                            |              | 56.4                            |                            |
| Fine needle aspiration biopsy  | 31.7   |              | 30.5   |              | 25.4                            |              | 25.4                            |                            |
| Core biopsy  | 21.7   |              | 27.2   |              | 25.3                            |              | 25.8                            |                            |
| Open biopsy  | 6.1  |              | 6.4  |              | 5.3                             |              | 5.2                             |                            |
| Invasive breast cancer detected at screening                                 | 8.5  |              | 17.6   |              | 23.3                            |              | 26.4                            |                            |
| Develop interval cancer  | 9.1  |              | 10.4   |              | 9.2                             |              | 8.8                             |                            |
| Diagnosis of invasive breast cancer  | 17.6   | 13.2         | 28.1   | 19.8         | 32.5                            | 23.9         | 35.1                            | 25.1                       |
| DCIS*  | 3.4  | 0.3          | 4.9  | 0.4          | 5.5                             | 0.5          | 5.7                             | 0.5                        |
| Breast cancer diagnosis of any kind  | 21.0   | 13.5         | 32.9   | 20.2         | 38.0                            | 24.4         | 40.8                            | 25.6                       |
| Die from breast cancer   | 2.0  | 2.5          | 4.0  | 5.9          | 5.1                             | 8.1          | 6.2                             | 8.4                        |
| Die from causes other than breast cancer                                     | 10.8   | 10.8         | 25.3   | 25.2         | 68.5                            | 68.4         | 199.5                           | 199.3                      |
| Total who die  | 12.8   | 13.3         | 29.3   | 31.1         | 73.6                            | 76.5         | 205.7                           | 207.8                      |

\*Ductal carcinoma in situ, detected by screening in screening group, and presenting clinically with symptoms in unscreened group.

En ella puede verse que por cada 1000 mujeres cribadas, hay 13 mujeres (dependiendo del grupo de edad) sobre-diagnosticadas de cáncer (de cualquier tipo), y sobre-intervenidas (tumorectomía, mastectomía, radioterapia...). Este hecho del sobre-diagnóstico ocurre tanto para el Ca invasivo como para el Ca in situ; en el caso de este último, la probabilidad de diagnóstico es 10 veces mayor en las mujeres participantes en el cribado que en las no participantes.

### La incidencia:

¿Podemos decir que está aumentando la "incidencia", es decir, los tumores nuevos que se producen de Ca de mama? Pues no conozco que se haya estudiado con precisión este tema, aunque nos tememos que sí (la exposición a THS en la menopausia u otras hormonas en otros momentos vitales, a radiación ... etc).

Lo que sí está aumentando, como se planteó anteriormente, es la frecuencia de diagnóstico debido a los programas de cribado y este hecho es el que, a menudo, se mal-utiliza, precisamente, para justificar estos programas en base "al aumento de la incidencia".

### La historia natural de la enfermedad

¿Podemos decir que conocemos la historia natural de esta enfermedad?; ¿qué ocurre con los tumores que, de no ser por el cribado, nunca se hubieran diagnosticado a lo largo de toda la vida de la mujer?; ¿habrá que replantearse esa "verdad" básica de estos programas de que "todos los Ca de mama progresan"?

En este sentido os recomiendo un estupendo artículo de Hazle Thornton and col<sup>(3)</sup>, donde ella plantea que las mujeres necesitamos mejor información sobre la mamografía; y comenta algunos errores comunes acerca del cribado:

"El cribado reduce la incidencia de Ca de mama "

"La detección temprana implica reducir la mortalidad "

"Todos los Ca de mama progresan "

"La detección temprana es siempre un beneficio"

A estas alturas comparto con ella mucho de su escepticismo.

### El descenso de la mortalidad

En cuanto a este tema, argumento básico utilizado en la justificación del cribado masivo, señalar algunas cosas: Habitualmente, no se dice que la mortalidad también está descendiendo en las mujeres que no participan en el programa, descensos probablemente atribuibles a las mejoras en los tratamientos. Por lo que el porcentaje de descenso de la mortalidad, en las poblaciones de mujeres que participan en los programas de cribado, atribuible al programa, permanecería aún desconocido. En Asturias, en el estudio *La salud de las mujeres en Asturias*<sup>(4)</sup> se puso de manifiesto que el descenso de la mortalidad por Ca de mama comenzó a producirse antes de la generalización de los programas de cribado.

De otra parte, Olsen O y Gøtzsche PC. en el último up-date de la revisión *Cochrane Plus, número 4, 2005*, concluyen lo siguiente:

"Las pruebas fiables de las que se dispone en la actualidad no muestran un beneficio del cribado masivo para el cáncer de mama en la supervivencia (y respecto a la mortalidad por cáncer de mama las pruebas no son concluyentes). Las mujeres, profesionales de la medicina y planificadores/as de políticas deben considerar estos hallazgos con precaución al decidir si asistir o no, o si apoyar o no los programas de cribado"<sup>(5)</sup>.

### Un balance equilibrado de los beneficios y los riesgos:

Por todo lo expuesto, creo que es necesario siempre "balancear" con rigor y honestidad los beneficios y los daños. En este sentido el artículo mencionado de Alexandra Barratt (2) deduce de los resultados del programa de Australia que:

"En 1000 mujeres que participan en un cribado durante diez años ocurrirían 0,5, dos, tres y dos muertes menos a los 40, 50, 60 y 70 años respectivamente, comparadas con las mujeres que no participan".

Estos serían los pingües beneficios en mortalidad, comparados con los daños producidos: sobre-diagnóstico, sobre-intervención, falsos positivos, pruebas complementarias, stress...

En la lectura que hace Gøtzsche PC de estos resultados<sup>(6)</sup> plantea:

"Por cada 1000 mujeres de 50 años cribadas con mamografía durante 10 años, dos mujeres menos morirán de Ca de mama y 13 más serán sobre-diagnosticadas de Ca mama. Es decir, por cada mujer que prolongue su vida, 5 mujeres sanas que podrían no ser diagnosticadas en toda su vida de Ca de mama si no participaran en el cribado, serán convertidas en pacientes con cáncer innecesariamente".

La misma Alexandra finaliza diciendo:

"En esencia, la decisión de participar en el cribado es un juego, hay sólo una pequeña probabilidad de beneficio pero lo que está en juego (los riesgos) son altos. Algunas mujeres estarán contentas de elegir el juego incluso aunque experimenten ansiedad, inconvenientes y efectos adversos físicos; otras mujeres no. Los/las clínicas deberían ser capaces de usar esta información para apoyar la discusión con las mujeres acerca de estas probabilidades y apoyarlas en la toma de decisiones, la cual ha de ser consistente con sus propias circunstancias, valores y preferencias" (el subrayado es mío).

### Sobre la autoexploración mamaria (o el poder de nuestras manos?):

De otra parte, desde los mismos programas de cribado se asegura que "no hay pruebas de que la autoexploración mamaria sea recomendable..."

Pues bien, me gustaría que alguien hiciera un estudio bibliométrico sobre la cantidad de artículos destinados a vendernos la mamografía y la cantidad destinada a la investigación de la autoexploración mamaria. Cuando la revisión Cochrane dice que no hay pruebas suficientes para recomendar la autoexploración, dice eso: que no hay suficientes pruebas, es decir, ¿que no hay suficiente investigación?

En todo caso, una reflexión: ¿quién detecta los tumores de intervalo sino la mujer? En el artículo de A. Barratt, por cada 23 y 29 casos totales (invasivo+in situ) detectados en el cribado en mujeres de 50 y 60 años, se detectaron 10 y 9 casos de tumores de intervalo, todos invasivos.

¿Hay que esperar a la siguiente ronda para detectarlos con la mamografía o la mujer podría hacer algo al respecto? Si la mujer conociera la autoexploración y conociera también esta posibilidad de aparición del tumor (en el intervalo entre mamografías) ¿detectaría antes estos tumores?, ¿o hay que seguir pensando que "esto es así" de inevitable, porque estos son tumores de crecimiento más rápido? ¿Y qué pasa con los falsos negativos del cribado?.

La autoexploración pudiera no ser recomendable para aquellas mujeres a las que realizar esta sencilla práctica les generara ansiedad y/o preocupación. Pero recordemos la ansiedad que generamos en la población (sana), con los programas de cribado, en general, y los falsos positivos, en particular.

Es necesaria más investigación independiente sobre este tema.

### El debate científico continúa: ¿le concierne a la mujer?

El valor del cribado mamográfico continúa siendo debatido. Y estando así la cuestión de la "evidencia", decidir si los beneficios del mismo superan los daños es esencialmente un juicio de valor.

El problema es que hasta ahora, este juicio de valor ha sido hecho de forma paternalista por las agencias gubernamentales y profesionales sanitarios y **no por la propia mujer** (no vamos a pensar que tuvo/tiene algo que ver la industria tecnológica!!!).

Pues bien, pienso que las cosas han de cambiar y que la RED de Profesionales Sanitarias ha de promover este cambio: para realizar elecciones informadas la mujer necesita ser conocedora del grado de incertidumbre de los supuestos beneficios (prevenir muertes) y de los daños.

Como resumen, no creo que el conocimiento actual y sus incertidumbres permita seguir

recomendando sin más a las mujeres la participación en estos programas, sino más bien creo imprescindible cambiar el discurso y la estrategia, colocando la mejor información balanceada en las propias personas, mujeres en este caso, y que sean ellas, con sus valores, preferencias y circunstancias quienes decidan (decidamos) sobre su cuerpo y su salud. Como veis, simplemente me apunto a la propuesta de Barrat y otros/otras autoras.

Voy a acabar con un pequeño resumen de Fiona Goodlee, actual editora del BMJ <sup>(7)</sup> en su editorial titulado PREVENTIVE MEDICINE MAKES US MISERABLE

El viejo adagio: "prevenir es mejor que curar" lo hemos oído tantas veces que es duro apartarlo de nuestras mentes.

Paradójicamente, cuanto más expuesta está la gente a médicos/as y al actual sistema sanitario, incluyendo la retórica medicina preventiva, más enferma se siente.

Más de dos tercios de la gente en UK toman medicinas para tratar o prevenir enfermedades o para mejorar el bienestar. **Naturalmente se puede ganar más dinero vendiendo intervenciones para la mayoría de gente sana que para la minoría enferma.**

¿Estamos seguras/os que el balance [del cribado] ofrece más beneficios que riesgos? La decisión de participar en el cribado es un juego de azar, con sólo una pequeña probabilidad de beneficio pero con mucho riesgo en la apuesta.

Ya que la medicina preventiva actúa sobre **gente sana**, necesita aún más "evidencia" sobre los beneficios y los riesgos que las intervenciones terapéuticas dirigidas a gente enferma. La prevención puede no ser mejor que la cura" (las negritas son mías).

En fin, como veis, estoy llena de dudas y preguntas. Os pido disculpas por la calidad de la traducción rápida de algunos párrafos y espero que esta reflexión eche mucha leña al fuego de la red.

Gracias a las amigas que leyeron y mejoraron este documento.



Jo Spencer

Bibliografía mencionada:

1. Per-Henrik Zahl and col: Incidence of breast cancer in Norway and Sweden during introduction of nationwide screening: prospective cohort study. BMJ vol 328, 921-24, 2004
2. Alexandra Barrat and col: Model of outcomes of screening mammography: information to support informed choices. BMJ, 2005, vol 330, 936-38.
3. Hazel Thornton and col: Women need better information about routine mammography. BMJ vol 327, 101-103, 2003
4. Esther Arbesú and col: La Salud de las mujeres en Asturias. Edita: Consejería de Salud, 2002.
5. Olsen O, Gøtzsche PC. Cribaje (screening) con mamografía para el cáncer de mama (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2005. Oxford, Update Software Ltd
6. Gøtzsche PC: Resultados del screening mamográfico. BMJ 2005; 330 (7497)
7. Fiona Goodlee: Preventive medicine makes us miserable. BMJ 2005; 330 (7497)