

EDITORIAL**ESTRATEGIAS DE DETECCION PRECOZ DE CANCER EN ESPAÑA****J. Martín Pérez, J. González Enríquez**Subdirección General de Planes y Programas de Promoción
Ministerio de Sanidad y Consumo

El cáncer es un problema de salud de magnitud creciente, tanto en España como en la mayoría de los países del mundo. El incremento de la esperanza de vida, la disminución o desaparición de otras causas competitivas de enfermedad y muerte y la mejora de los métodos diagnósticos y terapéuticos del cáncer, hacen que esta enfermedad adquiera en nuestros días una mayor relevancia que la que tenía hace unas décadas.

Esta relevancia del problema ha llevado a los países de la CE a un acuerdo para desarrollar el "Programa Europa contra el Cáncer". La Comisión Europea aprobó en 1986 un primer Plan de Acción 1987-1989¹, ya evaluado como muy positivo, y en 1989 el segundo Plan de Acción 1990-1994² que ahora se está implementando.

La elaboración, aprobación y amplia difusión del Código Europeo contra el Cáncer, así como el gran esfuerzo legislativo emprendido por los doce países para reducir el consumo de tabaco, responsable directo del 30 por 100 de las muertes por cáncer, han sido acciones decisivas en este período.

En las políticas de control y prevención del cáncer, se consideran decisivas y prioritarias las acciones preventivas que modifiquen el nivel de exposición de la población a los factores de riesgo de cáncer más prevalentes, especialmente

consumo de tabaco y alcohol, exceso de consumo calórico y otros factores ligados a la nutrición. Sobre estas medidas se apoya gran parte de la expectativa de disminución de la morbilidad y mortalidad por cáncer en la Región Europea. Otras dos herramientas importantes para el control del cáncer son el desarrollo de los programas de detección precoz que han demostrado su eficacia, efectividad y eficiencia y el posibilitar a todos los pacientes oncológicos el acceso equitativo a las técnicas diagnósticas y terapéuticas disponibles de acuerdo al estado actual de conocimientos.

Si nos centramos en las acciones de detección precoz, sólo algunos programas referidos a localizaciones tumorales concretas y realizados en condiciones óptimas se han demostrado eficaces en la reducción de la mortalidad por estos tumores.

Para que la aplicación periódica de pruebas de detección precoz de enfermedad a grandes grupos de población sea eficaz, efectiva y eficiente se deben cumplir una serie de criterios de la enfermedad (elevada prevalencia en fase preclínica detectable, gravedad, historia natural conocida, tratamiento eficaz); del test diagnóstico disponible (validez, reproducibilidad, seguridad, simple y de fácil aplicación, mínimos efectos adversos, costes soportables) y del programa (cobertura, accesibilidad de poblaciones

de riesgo, disponibilidad de recursos, seguimiento completo, evaluación de eficacia y rendimiento, etc).³⁻⁷

Las dos localizaciones tumorales, en las que existe una mayor experiencia de aplicación de programas de detección precoz en grandes grupos de población, son el cáncer de mama femenino y el cáncer de cervix uterino.

La prevalencia de estos dos tumores en España es baja respecto a la de los países donde se han llevado a cabo intervenciones experimentales o programas de detección más o menos extensos.

Antes de trasladar y extender dichos programas a nuestro contexto es necesario realizar estudios piloto en nuestro medio para disponer de información sobre su efectividad, el posible impacto de estos programas sobre los servicios de salud, el grado de aceptación por parte de las mujeres, así como sobre los costes y beneficios que supondría la extensión de los mismos (personal, aparateje, necesidades de formación, etc.).

En este sentido, el Ministerio de Sanidad y Consumo apoya la estrategia propuesta por la Comisión de Comunidades Europeas de realización de estudios piloto, con metodología y sistemas de evaluación homogéneos, que sirvan para orientar la política de cada país en este campo.

El Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama, iniciado en Navarra en Marzo de 1990, con el apoyo del Gobierno de Navarra, el Ministerio de Sanidad y Consumo y el "Programa Europa contra el Cáncer" es el estudio piloto de mayor cobertura y relevancia de los realizados en nuestro país. A la vez, por su grado de desarrollo y los resultados obtenidos, constituye uno de los programas más relevantes de los seis estudios piloto desarrollados en seis países europeos. Casi dos años después del inicio del Programa de Detección

Precoz de Navarra, se ha realizado la primera convocatoria a las 60.000 mujeres comprendidas entre 45 y 65 años, obteniendo una tasa de participación superior al 85 por 100.

Recientemente se ha celebrado en Copenhague (noviembre 1991) una reunión sobre Estrategias de Detección Precoz de Cáncer en la CE, patrocinada por el "Programa Europa contra el Cáncer que se circunscribió básicamente al cáncer de mama y de cervix uterino.

En dicha reunión se señaló la importancia de que estos programas fueran desarrollados contando con el apoyo y bajo la responsabilidad de la administración sanitaria correspondiente, frente a otro tipo de iniciativas. Ello debido tanto a la capacidad de movilizar y coordinar los recursos necesarios, como a la importancia de mantener un estricto control de calidad del proceso. El apoyo de la administración también permite que el programa alcance una cobertura suficiente, que evite sesgos de selección y logre reducir la mortalidad por cáncer a nivel comunitario.

La detección del cáncer de cervix a través de la citología o test de Papanicolaou es una práctica extendida en casi todos los sistemas sanitarios de la CE⁸⁻¹⁰. Sin embargo, sólo existen programas de cobertura nacional en Alemania, Países Bajos y Reino Unido. La toma es realizada de forma mayoritaria por médicos de atención primaria en Dinamarca, Países Bajos, Portugal, Reino Unido e Irlanda y por ginecólogos en Bélgica, Francia, Alemania e Italia. El buen resultado del programa depende en gran medida de:

La existencia de sistemas de invitación personal a la mujer, involucrando a la atención primaria y ofreciendo la máxima información sobre todo el proceso para conseguir participaciones superiores al 80 por 100.

La realización de un control de calidad riguroso de la toma y de su interpretación, debido a los problemas de validez y seguridad de la prueba.

La previsión del seguimiento de los casos detectados.

A nivel teórico, la población diana es aquella en la que existe una mayor prevalencia de lesiones precancerosas que, a nivel europeo, son las mujeres de 25 a 65 años (con una vida sexualmente activa). El intervalo entre exámenes debería ser de 3 a 5 años en general, dado que es muy pequeño el beneficio obtenido al realizar los exámenes a intervalos menores de 3 años.

En el caso de España, que presenta una de las menores tasas de mortalidad por cáncer de cervix del mundo, hay que tener en cuenta que, junto a la baja sensibilidad y especificidad de la prueba, la baja prevalencia del proceso reduce el valor predictivo de los resultados positivos, ofrecidos por el test, y condiciona la eficiencia del programa.

Por ello, la detección precoz masiva de cáncer de cervix no tiene por qué constituir una prioridad en la estrategia global de control y prevención del cáncer en nuestro país. Sin embargo, es la prueba de detección precoz de cáncer más extendida, y su realización actual presenta dos graves defectos: se realiza a edades tempranas, cuando la incidencia es muy baja, y con una frecuencia excesiva, unida generalmente a programas de planificación familiar.

Sería necesario, reorientar las actividades de detección precoz de cáncer hacia los grupos de mayor riesgo (promiscuidad sexual, infecciones genitales) que generalmente acceden de forma limitada a estos programas.

En el caso de la detección precoz del cáncer de mama, la prueba de detección

que se considera eficaz es la mamografía¹¹⁻¹⁸. Gran Bretaña y Holanda disponen de programas nacionales basados en esta prueba.

Se recomienda que los programas se basen en una amplia campaña de información pública y en sistemas de invitación personal a las mujeres de la población diana. Las evidencias científicas disponibles hasta el momento no han demostrado beneficios de la aplicación de mamografía periódica en edades inferiores a los 50 años. Se considera, por tanto, que la población diana deben ser las mujeres de 50 a 69 años.

En actividades de detección precoz no organizadas existe un sesgo de auto-selección, puesto que acuden con mayor frecuencia las mujeres más jóvenes (habitualmente más sensibilizadas) que presentan un menor riesgo. Dado que esta prueba implica un riesgo incierto, aunque mínimo, no parece conveniente realizar mamografías desde edades jóvenes y en cortos intervalos de tiempo, por la acumulación de radiación que supone a lo largo de la vida y la probabilidad de que posibles efectos se manifiesten en edades tempranas. El intervalo óptimo entre mamografías sería de 2 a 3 años.

Las mamografías pueden realizarse con una sola proyección y deben implantarse estrictas medidas de control de calidad: equipos de alta sensibilidad y baja radiación, personal bien entrenado y sistemas de doble lectura de las mamografías.

Se deben asegurar la provisión de recursos para un completo seguimiento, una rápida confirmación diagnóstica e instauración del tratamiento. La existencia de protocolos consensuados bien establecidos por equipos interdisciplinarios será garantía de calidad. Se procurará la aplicación de técnicas conservadoras, tanto diagnósticas como terapéuticas.

En España, el cáncer de mama es el tumor más frecuente en la población femenina (incidencia de 40 a 60 por 100.000 mujeres) y primera causa de muerte por tumores (20 por cada 100.000). Aún siendo importante, España se sitúa entre los países de Europa de baja incidencia y mortalidad por este tumor. Este hecho condiciona la seguridad de la prueba (valores predictivos) y el establecimiento de un óptimo intervalo de tiempo entre mamografías.

Además de la rica experiencia del programa de detección precoz iniciado en Navarra, se están desarrollando otras iniciativas en distintas comunidades autónomas. Parece necesario avanzar hacia un incremento progresivo en la cobertura por estos programas de la población femenina de mayor riesgo (fundamentalmente definido por la edad comprendida entre 50 y 65 años).

Para avanzar en este sentido, es prioritario facilitar el intercambio de información entre distintas experiencias y poner en marcha mecanismos de evaluación global de estos programas. Sería necesario racionalizar las estrategias de implantación, a través del acuerdo de las distintas administraciones, instituciones y personal sanitario con responsabilidad en la provisión de estos servicios. Esto serviría para establecer los pasos iniciales y las prioridades de actuación (provisión de recursos, formación de personal —radiólogos y técnicos de radiología—, coordinación entre niveles asistenciales, información a la población, etc).

Solo de esta forma, con todo el apoyo institucional y máxima garantía de calidad en todas las actividades del programa, podrán maximizarse los beneficios del mismo expresados en reducción de la mortalidad por cáncer de mama a medio plazo y una mayor supervivencia con mejor calidad de vida de las mujeres afectadas.

BIBLIOGRAFIA

1. Comisión de las Comunidades Europeas. Programa "Europa contra el Cáncer". Plan de Acción 1987-89. Bruselas. Diario Oficial de las Comunidades Europeas, núm. C50 de 26 de febrero de 1987.
2. Comunidades Europeas. Plan de Acción 1990-94 en el marco del programa "Europa contra el Cáncer. Diario Oficial de las Comunidades Europeas, núm. L137 de 30 de mayo de 1990.
3. Cole P, Morrison AS. Basic issues in population screening for cancer. *JNCI* 1980; 64: 1.263-1.272.
4. Hakama M. Screening for cancer. *Scand J Med Supl* 1986; 37.
5. Morrison AS. Screening in chronic disease. *Momographs in Epidemiology and Biostatistics*. Vol. 7. Oxford. Oxford University Press, 1985.
6. Sackett DL, Haynes RB, Turgwel P. *Epidemiología Clínica. Una ciencia básica para la medicina clínica*. Madrid. Díaz de Santos, 1989.
7. González Enríquez J, Banegas Banegas JR, Martín Moreno JM, Rodríguez Artalejo F, Villar Alvarez F. Criterios para la detección precoz de la enfermedad en la población. *Med Integr* 1989; 13: 199-204.
8. Hakama M, Miller AB, Day NE, eds. *Screening for cancer of the uterine cervix*. IARC Scientific Publications núm. 76. Lyon. International Agency for Research on Cancer 1986.
9. Koss L. The Papanicolaou test for cervical cancer detection. *JAMA* 1989; 261: 737-743.
10. IARC working group on evaluation of cervical cancer screening programmes. *Screening for squamous cervical cancer: Duration of low cytology and its implication for screening policies*. *BMJ* 1986; 293: 659-665.
11. Walter D, Day NE. Estimation of the duration of a preclinical disease state

- using screening data. *Am J Epidemiol* 1983; 118: 865-886.
12. NIH/NCI consensus development meeting on breast cancer screening. *Prev Med* 1978; 7: 269-278.
 13. Baker LH. Breast Cancer Detection Demonstration Project: Five years summary report. *CA* 1982; 33: 194-225.
 14. Gohagan JK, Rodes ND, Blackwell CW et al. Individual and combined effectiveness of palpation, thermography and mamography in breast cancer screening. *Prev Med* 1980; 9: 713-721.
 15. Shapiro S, Venet P, Strax P, Roeser R. Ten to fourteen years effect of screening on breast cancer mortality. *J Natl Cancer Inst* 1982; 69: 349-355.
 16. Tabar L, Fagerberg CJ, Gad A et al. Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mamography. *Lancet* 1985; 1: 829-832.
 17. Anderson I, Aspergren K, Janzon L et al. Mammographic screening and mortality from breast cancer: The Malmö mammographic screening trial. *BMJ* 1988; 297: 943-948.
 18. Eddy DM. Screening for breast cancer. *Ann Intern Med* 1989; 111: 389-399.