



Artículo Científico

Introducción. Situación mundial del Cáncer de Mama

Introduction. World situation of Breast Cancer

Alejandro Crismatt*

*Servicio de Oncología Médica. Instituto Oncológico Nacional (ION). Panamá

Palabras Claves: cáncer de mama, consenso, tasa de incidencia.

Key word: breast cancer, consensus, incidence rate.

Correspondencia a:
Dr. Alejandro Crismatt.

Correo electrónico:
acrismatt@hotmail.com

Declaración de conflicto de intereses. Los autores han declarado que no existen conflictos de intereses con la publicación del presente trabajo.

El autor declara haber obtenido consentimiento informado de todo paciente participante. Los autores declaran autogestión como fuente de financiamiento.

Resumen

El cáncer de mama es el tumor de la mujer más diagnosticado en la gran mayoría de los países. Los factores no hereditarios son los principales impulsores de las diferencias internacionales e inter-étnicas observadas en la incidencia de este cáncer. Las tasas de incidencia del cáncer de mama han aumentado en la mayoría de los países en transición en las últimas décadas, en tanto que en la mayoría de los países más avanzados, las tasas de mortalidad por cáncer de mama han ido en descenso como resultado de la detección temprana de la enfermedad, los avances en el tratamiento y mayor accesibilidad a los servicios de salud. Los principales factores de riesgo para el cáncer de mama no son fácilmente modificables porque se derivan de exposiciones hormonales endógenas prolongadas. La prevención a través de la promoción de la lactancia materna, particularmente su mayor duración, pudiera ser beneficioso. La incidencia de cáncer de mama en Panamá se comporta de manera similar a los países con índice de desarrollo Humano en transición; ha ido en aumento en las últimas décadas como resultado del aumento en la prevalencia de los factores de riesgo conocidos y la mejoría en la recolección de datos.

Abstract

Breast cancer is the most diagnosed woman's tumor in the vast majority of countries. The non-hereditary factors are the main drivers of the international and inter-ethnic differences observed in the incidence of this cancer. Breast cancer incidence rates have increased in most countries in transition in recent decades, while in most of the more advanced countries, breast cancer death rates have been declining as a result of breast cancer. early detection of the disease, advances in treatment and greater accessibility to health services. The main risk factors for breast cancer are not easily modifiable because they are derived from prolonged endogenous hormonal exposures. Prevention through the promotion of breastfeeding, particularly its longer duration, could be beneficial. The incidence of breast cancer in Panama behaves similarly to countries with a Human Development Index in transition; It has been increasing in recent decades as a result of the increase in the prevalence of known risk factors and the improvement in data collection.

INTRODUCCIÓN

En todo el mundo, se estima aproximadamente 2.1 millones de casos de cáncer de mama para el 2018, lo que representa casi 1 de cada 4 casos de cáncer entre las mujeres.

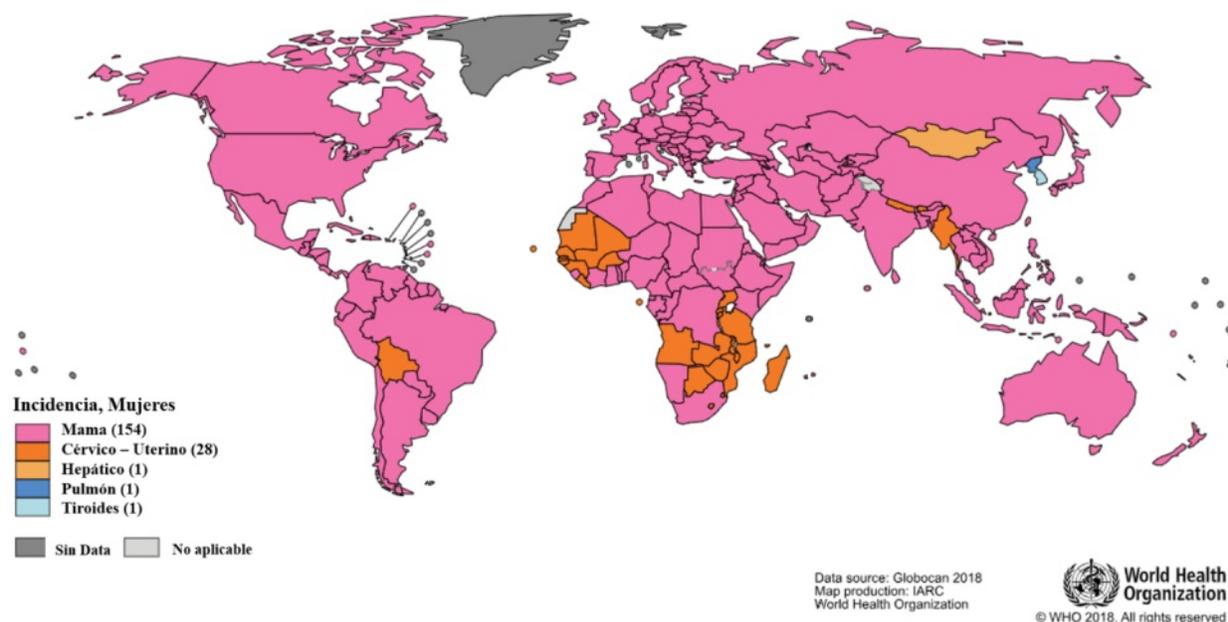
Es el cáncer diagnosticado en la mujer con mayor frecuencia en la gran mayoría de los países (154 de 185) y también es la causa principal de muerte por cáncer en más de 100 países (Ver figura 1) [1].

Aunque los factores genéticos y hereditarios (que incluyen antecedentes personales o familiares de cáncer de

mama u ovario y mutaciones hereditarias -BRCA1, BRCA2 y otros genes de susceptibilidad-) representan del 5% al 10% de los casos de cáncer de mama, los estudios en inmigrantes han demostrado que los factores no hereditarios son los principales impulsores de las diferencias internacionales e inter-étnicas observadas en la incidencia.

Las comparaciones de poblaciones de bajo riesgo que migran a poblaciones de alto riesgo han revelado que las tasas de incidencia de cáncer de mama aumentan en generaciones sucesivas [2].

Figura 1. Mapa Global. Cáncer más frecuente en mujeres por país, según incidencia. 2018.

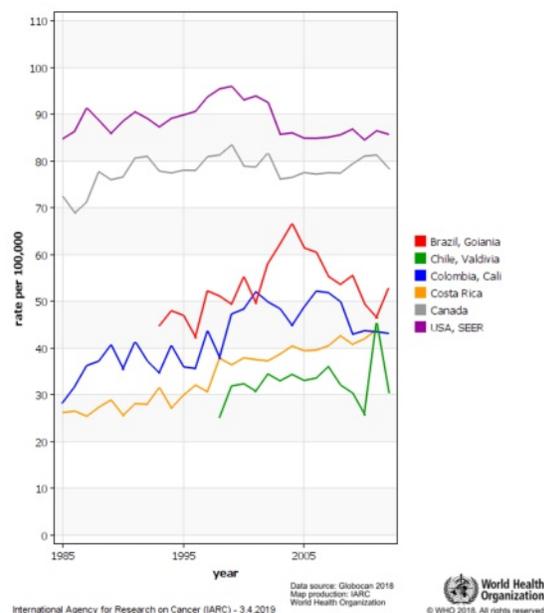


El índice de desarrollo humano (IDH) es una medida resumida del desarrollo humano, que mide el avance conseguido por un país en tres dimensiones básicas: disfrutar de una vida larga y saludable, acceso a educación y nivel de vida digno. El IDH es la media geométrica de índices normalizados que miden los logros en cada dimensión, y utiliza diversos indicadores para su cálculo: esperanza de vida al nacer, años promedio de escolaridad y años esperados de escolarización e ingreso familiar disponible o consumo per cápita; es por tanto una medida comparativa de la esperanza de vida, la alfabetización, la educación y el nivel de vida correspondiente a países de todo el mundo. Las tasas de incidencia elevadas de cáncer de mama en los países con índices de Desarrollo Humano (IDH) muy alto se atribuyen a una mayor prevalencia de factores de riesgo conocidos, y las tasas de incidencia en aumento en los países en transición (IDH altos) son la consecuencia de una mayor prevalencia de factores de riesgo conocidos relacionados con la menstruación (edad temprana en la menarquía, edad más avanzada en la menopausia), reproducción (Nuliparidad, edad tardía en el primer nacimiento y menos hijos), ingesta de hormonas exógenas (uso de anticonceptivos y terapia de reemplazo hormonal), nutrición (consumo de alcohol) y antropometría (mayor peso, aumento de peso durante la edad adulta y distribución de la grasa corporal); mientras que la lactancia materna y la actividad física son factores protectores conocidos [3]. Sin embargo, el conocimiento todavía es limitado acerca de cómo las variaciones geográficas o temporales en las tasas se relacionan con factores etiológicos específicos.

Las tasas de incidencia del cáncer de mama han aumentado en la mayoría de los países en transición en las últimas décadas; inclusive, algunos de los aumentos más pronunciados han ocurrido en países con tasas históricamente bajas de América del Sur, África y Asia. Es probable que las tendencias se deban a una combinación de

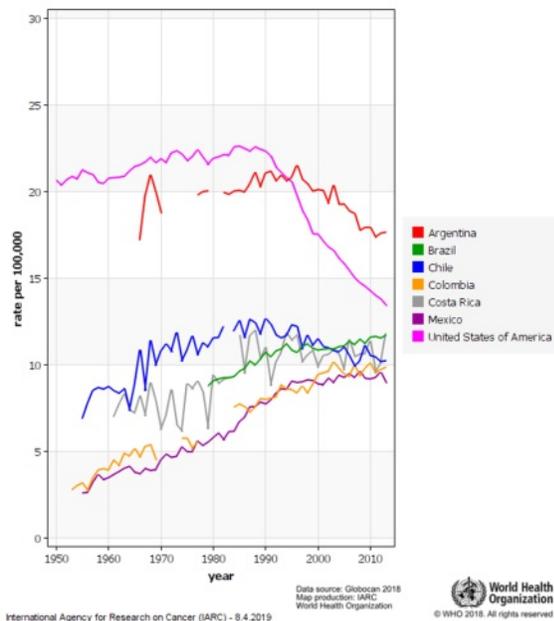
factores demográficos relacionados con el desarrollo social y económico, que incluyen el aplazamiento de la maternidad y tener menos hijos, mayores niveles de obesidad e inactividad física, y aumentos en la detección y sensibilización del cáncer de mama. En varios países desarrollados, incluidos los Estados Unidos, Canadá, el Reino Unido, Francia y Australia, la caída en la incidencia a principios del 2000 se debió en parte a las disminuciones en el uso de tratamiento hormonal en mujeres posmenopáusicas después de la publicación del ensayo de Iniciativa de Salud de la Mujer, que vinculó el uso de hormonas con el aumento del riesgo de cáncer de mama (Ver figura 2) [4, 5]. Los principales factores de riesgo pa-

Figura 2. Cáncer de mamá - Incidencia según Países de América



ra el cáncer de mama no son fácilmente modificables porque se derivan de exposiciones hormonales endógenas prolongadas, aunque la prevención a través de la promoción de la lactancia materna, particularmente su mayor duración, pudiera ser beneficioso. En la mayoría de los países con IDH muy alto, las tasas de mortalidad por cáncer de mama han ido en descenso como resultado de la detección temprana de la enfermedad, los avances en el tratamiento y mayor accesibilidad a los servicios de salud (Ver figura 3).

Figura 3. Cáncer de Mama - Mortalidad según países de América



El Cáncer de Mama en Panamá

Panamá ocupa el lugar 66 en el mundo y el 5to en Latinoamérica, en lo que respecta al índice de Desarrollo Humano [6]. La incidencia de cáncer de mama en Panamá se comporta de manera similar a los países con índice de desarrollo Humano en transición; ha ido en aumento en las últimas décadas como resultado del aumento en la prevalencia de los factores de riesgo conocidos y la mejoría en la recolección de datos (Ver figura 4).

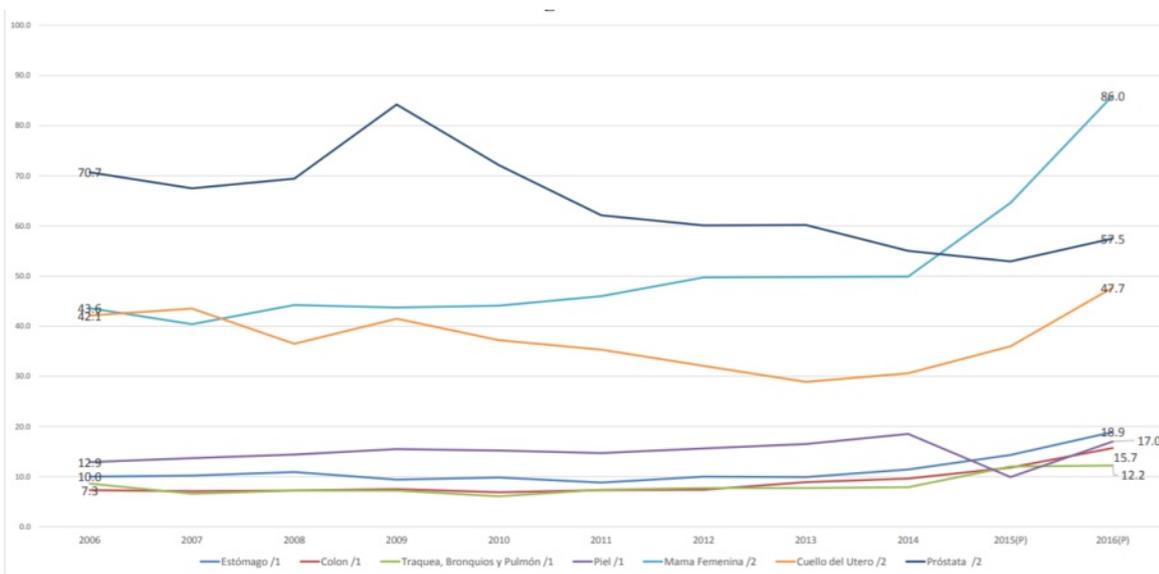
En los países con IDH muy alto (USA, Chile, Argentina, Uruguay) ya se empieza a ver una disminución marcada en la mortalidad por cáncer de mama. En Panamá todavía la mortalidad va en aumento, similar a nuestros países vecinos con IDH en transición (Ver figura 5).

Reducir la incidencia de Cáncer de Mama representa un reto para la salud pública, ya que el eslabón más importante de la cadena: los factores de riesgo, continuará en aumento, como consecuencia de los estilos de vida adquiridos por la mujer en las últimas décadas (Menos hijos, menos lactancia materna, factores dietéticos...) y el envejecimiento de la población. Sin embargo, sabemos por el comportamiento de las tasas de incidencia en los países con IDH elevado que en algún momento las curvas se estabilizarán. De ahí que los esfuerzos deben estar orientados a disminuir la mortalidad no solo con la detección temprana (mamografía), sino con el diagnóstico oportuno, el tratamiento apropiado (Grupos Multidisciplinarios, tecnología y medicamentos) y el control de los factores de riesgos prevenibles.

Metodología del primer Consenso del Cáncer de mama de la Sociedad Panameña de Oncología (SPO)

La Sociedad Panameña de Oncología (SPO) en conjunto con otras sociedades afines, se propuso el objetivo de

Figura 4. Tasas de los Principales Tumores Malignos en la República de Panamá por año, según Sitio Anatómico



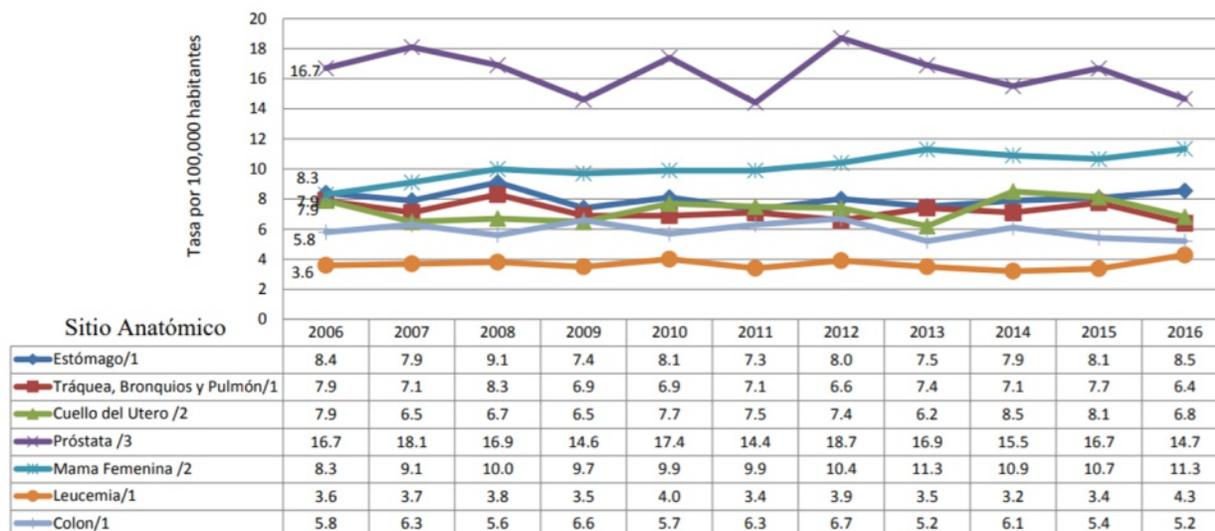
(P) Datos preliminares, pendientes a procesos de depuración

(1) Tasa calculada en base a la estimación de la población total por 100,000 habitantes, al 1° de julio del año respectivo; incluidos los melanoma de piel (C44 Piel) (

(2) Tasas Específicas: calculada en base a la población total mayor de 15 años, según sexo, por 100,000 habitantes, al 1° de julio del año respectivo.

Registro Nacional del Cáncer, Panamá (http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/general/boletin_2014_rncp.pdf)

Figura 5. Tasas de las principales defunciones de Tumores malignos por año, según sitio Anatómico



Nota: En base en la Lista de Mortalidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (Decima Revisión)

(1) Tasa calculada en base a la estimación de la población total por 100,000 habitantes, al 1° de julio del año respectivo

(2) Tasa Calculada en base a la población femenina por 100,000 habitantes, al 1° de julio del año respectivo

(3) Tasa Calculada en base a la población masculina por 100,000 habitantes, al 1° de julio del año respectivo

Fuente Documental: Base de Datos de defunciones de Estadísticas Vitales, INEC

Registro Nacional del Cáncer, Panamá (http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/general/boletin_2014_rncp_.pdf)

discutir con los diferentes especialistas que forman parte del grupo multidisciplinario para entender los objetivos que se persiguen en este primer consenso, es importante aclarar las diferencias entre dos términos que se utilizan de manera intercambiable, pero que en la práctica conllevan objetivos completamente distintos: Consenso y Guías [7].

Consenso: “Es una declaración pública sobre un aspecto particular del conocimiento médico que generalmente está acordado como un conocimiento basado en la evidencia y el estado del arte, por un grupo representativo de expertos en esa área.”

Guías: “Es una declaración que ayuda a determinar un curso de acción. Las directrices pueden ser emitidas por cualquier organización para hacer que las acciones de sus empleados o divisiones sean más predecibles, y presumiblemente de mayor calidad.”

Como bien lo indica la definición de “consenso” nuestro objetivo final es revisar la literatura sobre el Cáncer de Mama y llegar a un acuerdo sobre los conceptos básicos del diagnóstico y tratamiento; quedará para cada hospital y grupo multidisciplinario definir sus propias guías, ya que éstas dependen en gran parte de la población que se maneja (Atención primaria, Secundaria, Terciaria) y los recursos con los que se cuenta. Este consenso permitirá asesorar a los médicos sobre la mejor manera posible y aceptable de abordar un área particular de toma de decisiones sobre el diagnóstico, la gestión o el tratamiento y servirá de base para revisar la información actual del tema de manera sintetizada. En un futuro cercano, pretende ser la base sobre la cual se tomen las decisiones en el país para el manejo de estas pacientes.

Para este consenso se utilizó el Método de Adecuación RAND / UCLA para sintetizar la literatura científica y la opinión de expertos sobre temas de atención médica. Este método, que se ha convertido en un paradigma principal para la evaluación de la calidad en medicina, es un mecanismo para alcanzar un acuerdo formal sobre cómo se debe interpretar la ciencia en el mundo real. La metodología incluye dos rondas de evaluación, la primera por cada evaluador individualmente, y la segunda después de una discusión cara a cara con todos los evaluadores [8].

Para la organización del consenso, la Sociedad Panameña de Oncología (SPO) designó a un grupo de especialistas en oncología con el objetivo de diseñar, organizar y liderar el consenso (Grupo 0). Este grupo de médicos seleccionó a otro grupo de especialistas en oncología o especialidades afines (Grupo 1), con la finalidad de desarrollar el manuscrito operacional (Contenido + primer grupo de recomendaciones). Una vez confeccionado el Manuscrito operacional, se envió vía correo electrónico a un segundo grupo de médicos (Especialistas en Oncología o especialidades afines) que no habían estado involucrados en los procesos previos (Grupos 2), para que dieran su opinión y recomendaciones (Ve figura 6). Los 3 grupos se reunieron el 28 de abril del 2018 para revisar cada recomendación.

Para cada recomendación se requirió de un número mínimo de votantes y para que se considerará consenso, la recomendación debía tener > 66, 67 % de los votos. En caso de que no hubiese consenso, se permitía 3 intervenciones por los miembros del grupo y del panel por al menos 30 segundos y luego se volvía a votar.

Figura 6. Participantes del Primer Consenso de Cáncer de mama.

Participantes del Primer Consenso de Cáncer de Mama de la Sociedad Panameña de Oncología		
Grupo 0	Grupo 1	Grupo 2
Dr. Alejandro Crismatt (OM) Coordinador General		Dr. Enrique Díaz (OM) Dr. Carlos Aguilar (CO) Dra. María Lim (OM) Dr. Ernesto Domínguez (GO) Dr. Yong Loo (OM) Dr. Felipe Wong (GO) Dra. Cristiane Martins (OM) Dr. Erasmo Martínez (GO) Dr. José Pinto (OM) Dr. Baltazar Isaza (RI) .Dr. Juan Pablo Barés (OM) Dr. Ivette Clavel (RA) Dr. Julio Santamaría (OM) Dr. Arnulfo Gardellini (RA) Dra. Taysser Sowley (OM) Dr. Yiselt Pérez (RA) Dr. Rafael Araúz (RO) Dra. Elba García (RA) Dr. Jackson Lio (RO) Dra. Onika Pinzón (PA) Dr. Eliecer Chérigo (RO) Dra. Yalibeth González (PA) Dr. Keith Britton (RO) Dra. Mónica Chavez (PA) Dr. Francisco Gómez (RO) Dra. Karen Suñe (CP) Dr. Yassir Ruiz (RO)
Dr. Joel Moreno (OM) Mesa 1	Dra. Bleixen Admadé (GO) Dr. Hector Tapia (RI) Dra. Olivia El Ahtar (CO) Dra. Ruth Vergara (PA)	Dr. José Manuel Fábrega (CO) Dra. Yamileth Pereira (CO) Dr. Roberto García (CO) Dr. Algis Herrera (CO) Dr. Carlo Magno Castillero (CO)
Dr. Moisés Cukier (CO) Mesa 2	Dr. Erick Araúz (OM) Dra. Irma Barrera (PA) Dra. Karla franco (RO) Dra. Maylin Ruiz (RI)	
Dr. José Luis Amador (OM) Mesa 3	Dr. Mario Guardia (OM) Dr. Ignacio Véliz (OM) Dr. Karen Suñe (CP) Dr. Gaspar Pérez- Jiménez (RO)	

Abreviaturas: Oncología Médica (OM), Radio-Oncología (RO), Cirugía Oncológica (CO), Cuidados Paliativos (CP), Radiología Intervencionista (RI), Ginecología Oncológica (GO), Radiología (RA), Patología (PA)

CONCLUSIÓN

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en la mujer y su incidencia va en aumento, por lo tanto, representa una oportunidad única del sistema de salud y sus profesionales de autoevaluar su rol y participación en el manejo integral de estas pacientes.

Este consenso es un paso más hacia reconocer la importancia de la interacción de múltiples profesionales y disciplinas con la finalidad de encontrar soluciones a un problema de salud.

AGRADECIMIENTO

A todos los colegas que brindaron su tiempo y disposición de manera gratuita y voluntaria con el único fin de mejorar la atención de nuestros pacientes y de enriquecer el conocimiento nacional de la enfermedad; y en especial a nuestros pacientes, que con su lucha diaria alimentan nuestro afán de ser mejores profesionales y seres humanos.

REFERENCIAS

- [1] Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: Cancer J Clin.* 2018; 68(394-424):p. 394-424.
- [2] Ziegler R, Hoover R, Pike M, et al. Migration patterns and breast cancer risk in Asian-American women. *J Natl Cancer Inst.* 1993; 85:p. 1819-1827.
- [3] Brinton L, Gaudet M, Gierach G. *Cancer Epidemiology and Prevention.* 4th ed. New York: Oxford University Press; 2018.
- [4] Rossouw J, Anderson G, Prentice R, et al. Risks and benefits of estrogen plus pro-gestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA.* 2002; 288: p. 321-333.
- [5] Ravdin P, Cronin K, Howlander N N, et al. The decrease in breast-cancer incidence in 2003 in the United States. *N Engl J Med.* 2007; 356(1670-1674): p. 1670-1674.
- [6] Selim. In *Human Development Indices and Indicators: 2018 Statistical Update.* New York: United Nations Development Programme; 2018. p. 112.
- [7] De Boeck K, Castellani C, Elborn J. Medical consensus, guidelines, and position papers: A policy for the ECFS. *Journal of Cystic Fibrosis.* 2014;13(5):p.495-498.
- [8] Nair R, Aggarwal R, Khanna D, et al. Methods of Formal Consensus in Classification/Diagnostic Criteria and Guideline Development. *Seminars in arthritis and rheumatism.* 2011; 41(2):p. 95-105.