



Libertad y Orden

HECHOS & ACCIONES

República de Colombia
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
Empresa Social del Estado

ISSN: 2011-883X



**Instituto Nacional
de Cancerología-ESE**
Colombia
Por el control del cáncer

Volumen 4 - Número 2 - Julio de 2012

Bogotá D.C.

Hechos y Acciones es un boletín cuyo objetivo es resaltar aspectos importantes en relación con el control del cáncer en el país. Cada número estará enfocado en un tema específico que se difundirá con énfasis en tomadores de decisiones y planificadores de actividades a quienes una experiencia positiva pueda orientar a replicarla en su área o población objeto.

El cáncer de mama: un problema creciente en Colombia

Contenido	Pág
El cáncer de mama: un problema creciente en Colombia	1
Entrevista destacada Doctor Raúl Hernando Murillo	2
Estudio piloto para la detección temprana de cáncer de mama	5
Programa de detección temprana de cáncer de mama	6
Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama	9

Comité Editorial

Carolina Wiesner Ceballos
Jesús Cotes Millán
Devi Puerto

Coordinación editorial

Carolina Wiesner Ceballos
Subdirectora General de Investigaciones,
Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención

Diagramación e Impresión:

Espacio Gráfico Comunicaciones S.A.

Corrección de estilo:

Espacio Gráfico Comunicaciones S.A.

Periodicidad: 2 números anuales.

Los lectores pueden reproducir los contenidos del Boletín Hechos y Acciones siempre y cuando respeten los derechos de autor e indiquen las referencias de acuerdo con los estándares establecidos.

El cáncer de mama es una enfermedad de impacto mundial, que tiene una alta prevalencia en países desarrollados y en vías de desarrollo (MSPS-Colciencias, 2013). Es el segundo cáncer más común en el mundo y el más frecuente entre las mujeres, con cerca de 1,67 millones de casos nuevos diagnosticados en 2012 (25% de todos los cánceres). Es el cáncer más común en las mujeres, tanto en países más desarrollados (794,000 casos) como en los menos desarrollados (883,000 casos). (Globocan, 2012).

Las tasas de incidencia varían según las regiones del mundo, con tasas que van desde 27 por 100.000 en el África Central y Asia Oriental, hasta 96 por 100.000 en Europa Occidental. Las tasas de mortalidad también varían, siendo mayor la supervivencia en regiones desarrolladas; se encuentran tasas que van de 6 por 100.000 habitantes en el este de Asia a 20 por 100.000 en África Occidental. (Globocan, 2012).

Se ubica como la quinta causa de muerte por cáncer en general (522.000 muertes) y si bien es la causa más frecuente de muerte por cáncer en las mujeres en las regiones menos desarrolladas (324.000 defunciones, 14.3% del total), ahora es la segunda causa de muerte por cáncer en las regiones más desarrolladas (198.000 muertes, 15,4%) después del cáncer de pulmón. (Globocan, 2012).

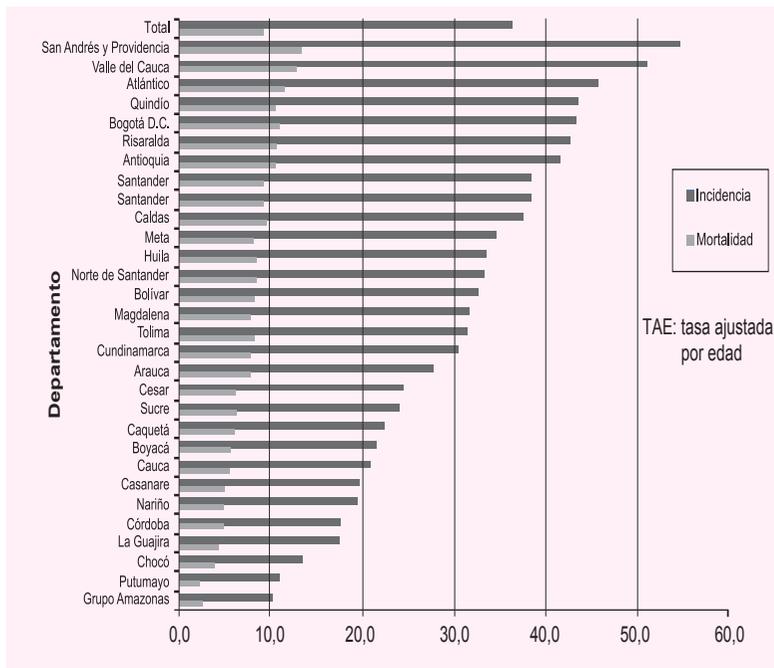
En Colombia, se diagnostican cerca de 7.000 casos nuevos cada año, y mueren alrededor de 2.500 mujeres por esta causa (MSPS-Colciencias, 2013). De acuerdo con las estimaciones de incidencia, en el período de 2000-2006, el cáncer de mama fue la primera localización en mujeres.

En 2010, fue la segunda causa de muerte en mujeres, después del cáncer de cuello uterino. En nuestro país, se observa una tendencia al incremento de la mortalidad por este tipo de cáncer, contrastando con la tendencia significativa a la disminución en la mortalidad por cáncer de cuello uterino. (MSPS-INC, 2012)

Las elevadas razones de incidencia/mortalidad para los principales cánceres indican un mal pronóstico, lo que podría atribuirse a estados muy avanzados al momento del diagnóstico o falta de eficacia en el tratamiento. En el caso de cáncer de mama, la información disponible sobre el estadio clínico en el diagnóstico muestra por ejemplo que en Bogotá, 60% de los cánceres son identificados en estados avanzados. Respecto a esto, se han encontrado importantes problemas en la oportunidad de la atención del cáncer de mama. En Bogotá, más del 50% de las mujeres sintomáticas se demoran más de tres meses entre la primera consulta y el inicio del tratamiento para el cáncer de mama (Piñeros M., et al, 2012), lo cual constituye una desventaja en términos del pronóstico de la enfermedad.

En cuanto a la incidencia por departamentos entre los años 2002-2006, los que presentaron el mayor número de nuevos casos, son: San Andrés y Providencia, Valle del Cauca, Atlántico, Quindío y Bogotá D.C. (INC, 2002-2006).

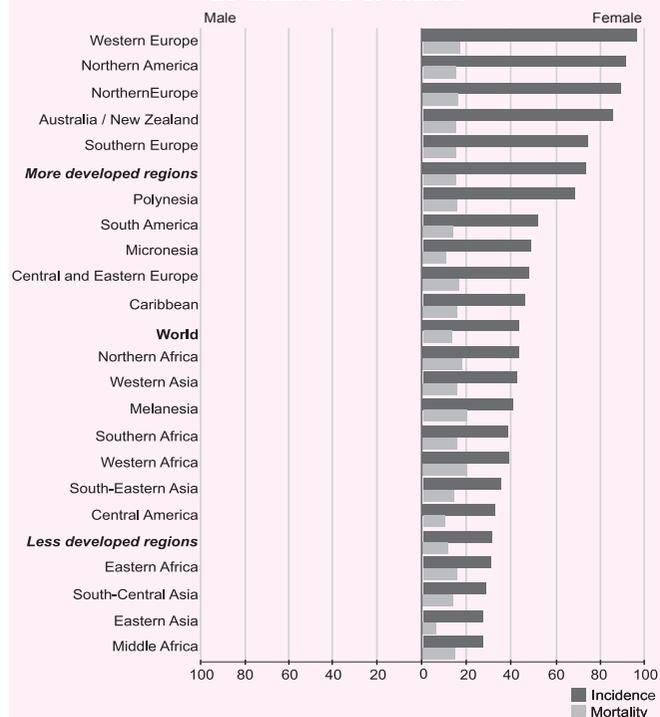
Ilustración 2: Incidencia y mortalidad por cáncer de mama en mujeres, según departamento, Colombia, 2002-2006.



Fuentes: Instituto Nacional de Cancerología, ESE., Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer. Cáncer de mama, incidencia estimada según departamentos, Colombia, 2002-2006. Marion Piñeros Petersen, Constanza Pardo Ramos. Oscar Gamboa Garay, Gustavo Hernández Suárez.

Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia. Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología, ESE. Colombia, 2010.

Ilustración 1: Incidencia y mortalidad por cáncer de mama en el mundo



Fuente: GLOBOCAN 2012 (IARC)

Entrevista destacada



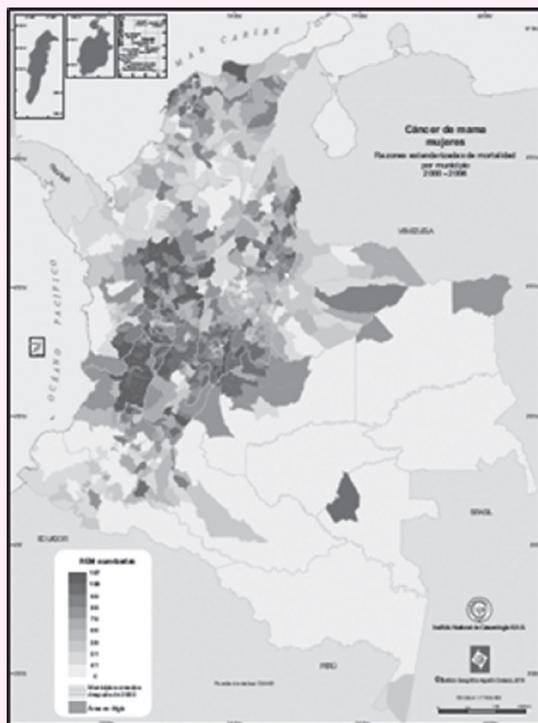
Doctor Raúl Hernando Murillo
Director General Instituto Nacional de Cancerología ESE

Realizada por: Dra. Devi Puerto - Coordinadora Grupo de Prevención y Detección Temprana del Cáncer - Instituto Nacional de Cancerología ESE.

D.P. Dr. Murillo, ¿podría contarnos por favor los antecedentes y los objetivos del proyecto piloto de investigación para la detección temprana de cáncer de mama?

R.M. La investigación viene de una parte de la situación alrededor del cáncer de mama en el país y de otra parte del desarrollo de la Guía de Práctica Clínica desarrollada en 2007. En la situación de cáncer de mama lo que nosotros veíamos en ese momento es que había una tendencia creciente de la mortalidad, al punto que el cáncer de mama estaba en su momento llegando al mismo nivel del cáncer de cuello uterino y esa situación de hecho siguió presentándose de tal manera que hoy el cáncer de mama es la primera causa de cáncer en las mujeres colombianas y prácticamente iguala el nivel de mortalidad del cáncer de cuello uterino. Ese era un primer punto que nos hablaba de la necesidad de poder organizar intervenciones para el control de la enfermedad.

Cáncer de mama en mujeres 2000-2006



Fuente: Atlas de Mortalidad por Cáncer en Colombia. Instituto Nacional de Cancerología. 2010.

Dentro del análisis de la situación lo que encontramos cuando publicamos el Atlas de Mortalidad por Cáncer de Mama en el año 2004 es que esa mortalidad estaba principalmente centrada en los grandes centros urbanos del país. Eso era particular para el cáncer de mama y mucha gente preguntó si era porque la gente se iba a morir a las grandes ciudades y por eso quedaba registrado así, pero esa situación solo se daba para el cáncer de mama, no para otros tipos de cáncer de los que hicimos el análisis, lo que

hacía pensar que no era un problema de registro únicamente sino que había algo más y de hecho eso coincide con la epidemiología del cáncer de mama. Seguramente hay un problema de sub registro, probablemente muchas muertes en comunidades rurales o intermedias no se registran, pero también hay una coincidencia con la epidemiología de la enfermedad, en donde esta enfermedad se da de manera más frecuentemente en poblaciones con mejores condiciones sociales y económicas, en donde hay factores como la obesidad, la menarca temprana, la terapia de reemplazo hormonal, entre otros.

Adicionalmente a eso revisamos cómo se estaba comportando la relación mortalidad/incidencia, es decir, qué tanto la mortalidad representa de la incidencia, que es una aproximación a la letalidad y a la supervivencia, pues entre más cercana esté la mortalidad de la incidencia, se supone que más letal es la enfermedad y hay menos supervivencia. Lo que vimos es que Colombia es un país que tiene una relación mortalidad/incidencia alta, más alta que la de otros países de América Latina que tienen mejores condiciones de desarrollo social y económico. Toda esta circunstancia nos llevó a pensar que de una parte, como ya lo había dicho, que venía creciendo la mortalidad y la incidencia y por otra parte, que la mortalidad estaba siguiendo a la incidencia, es decir, me parece importante aclararlo, porque por ejemplo en los países desarrollados ha habido un gran aumento en los casos de cáncer de mama, pero la mortalidad no ha ido en la misma vía; puede estar aumentando la incidencia pero la mortalidad se está reduciendo precisamente por la introducción de estrategias para la detección temprana.

Como encontramos esa situación particular se trabajó en el desarrollo de Guías de Práctica Clínica, basadas en una revisión sistemática de literatura y en reuniones de consenso y la Guía termina recomendando que el país inicie una estrategia de detección temprana basada en la tamización y esa tamización la recomienda para mujeres de 50-69 años de edad, con mamografía cada dos años y con examen clínico anual. En razón a que en las reuniones de consenso se discutió mucho el tema de recursos y la factibilidad de aplicación de esa recomendación, la decisión fue recomendar no que se arrancara un programa poblacional extendido, sino que se arrancara un programa que en su momento se llamó de oportunidad, pero nosotros preferimos denominarlo de base, lo que quiere decir que de manera sistemática se ofrezca a todas las mujeres que entran en contacto con los servicios de salud en el rango de edad de la recomendación, es decir, entre 50-69 años, inscribirlas dentro de un programa de tamización basado en mamografía y examen clínico, tal como lo expliqué antes.

Una vez se generaron esas recomendaciones, surgió la preocupación grande de cómo implementar esto, entonces decidimos poner esa recomendación a prueba en una experiencia piloto y diseñamos el piloto para la evaluación de alternativas en detección temprana de cáncer de mama en Colombia. En esencia consistió en aplicar las recomendaciones a un grupo de instituciones y a través de ellas a un grupo de mujeres y dejar como control a otras instituciones y las mujeres en donde las cosas se hacían como se venían haciendo tradicionalmente.

D.P. *¿Cuáles han sido los hallazgos más relevantes a partir de este proyecto implementado?*

R.M. El proyecto estaba dirigido a mirar dos cosas grandes, una de ellas, era mirar el comportamiento de los estados clínicos al momento del diagnóstico de la enfermedad. Nosotros teníamos unos datos que nos hablaban que el 60% de los estados clínicos se presentaban en estados avanzados y nuestra intención era poder reducir estos estados clínicos hacia el 30%, como un desenlace intermedio que ayudaría seguramente en la reducción de la mortalidad. El otro gran propósito era el impacto que podría tener sobre la cobertura de tamizaje una intervención de este tipo, en la que no se buscan todas las mujeres de una población dada, sino solamente las que llegan por ellas mismas a los servicios de salud son incluidas en la estrategia. Adicionalmente había otras cosas que se querían mirar, como el comportamiento de la incidencia, los costos asociados al programa, entre otros.

En cuanto a los hallazgos, algo muy interesante en cuanto a los estados clínicos, es que logramos una reducción importante en los estados clínicos al momento del diagnóstico; por ejemplo en el grupo de intervención alrededor del 70% de los casos fueron diagnosticados en estados tempranos, del I al IIA. En segundo lugar, se evidencia que hubo un aumento global de la incidencia es decir, se detectaron muchos más casos de cáncer en el grupo de intervención, nosotros creemos que es el efecto de la búsqueda activa como ocurre en cualquier programa de tamización, pero no hubo diferencia ente el grupo de intervención y el control en estados avanzados de la enfermedad en donde tuvieron un comportamiento similar, pero en los estados tempranos tuvieron una incidencia mayoritaria en el grupo de intervención; eso habla de que el aumento en la incidencia en el grupo de intervención se dio a expensas de detectar cánceres en estados tempranos de la enfermedad, lo cual debería redundar en una reducción de la mortalidad.

Otro elemento importante es que no observamos efecto sobre la cobertura poblacional, pues hicimos una

encuesta de cobertura antes y después de la intervención y no observamos efecto sobre la cobertura poblacional; nosotros creemos que eso se debe al hecho de que en el estudio participaron solamente 4 EPS de 25 posibles en su momento, entonces creemos que se debe a que esas 4 EPS ya venían haciendo actividades de detección temprana de cáncer de mama, por tanto habían avanzado parcialmente en el tema de cobertura. De hecho en la línea de base que hicimos se evidenció que en esa población el antecedente de mamografía era alrededor del 55%, luego era mucho más alta que lo que pedía el sistema. Esto nos hace pensar que esta estrategia de tamización de base institucional seguramente pueda servir como un punto intermedio para irse preparando, de tal manera que un programa de tamización avance hacia una tamización organizada poblacional.

Hubo otras cosas menores pero que son interesantes, tuvimos la posibilidad de estimar con un mayor nivel de detalle los costos asociados a un programa de este tipo; estamos trabajando en algunos análisis de costo efectividad e hicimos alguna revisión de qué tantos procedimientos adicionales se hacen sobre la mama a partir de una estrategia de tamización y encontramos que estamos dentro de los estándares internacionales.

D.P. *¿De qué manera cree Usted que los resultados de esta investigación impacta en las políticas para la detección temprana de cáncer de mama en Colombia?*

R.M. Ya he mencionado algunas cosas, pero adicionalmente creemos en primer lugar, que es posible avanzar dentro del sistema de salud hacia una mayor cobertura poblacional de la tamización; el segundo elemento es que es clave que la detección temprana se programe y se trabaje en el nivel primario de atención; creemos a partir de la experiencia del pilotaje que se debe empoderar muchísimo al personal de enfermería y a los médicos generales; que se trabaje especialmente con los auxiliares de enfermería en los hospitales y creemos que algunas especialidades como cirugía general pueden apoyar mucho la estrategia por ejemplo en la realización de biopsias y otro tipo de procedimientos si se desarrollan las competencias adecuadas, podrían ayudar mucho a que hubiese una mayor cobertura. La experiencia también nos muestra en cuanto a cobertura, que a pesar que consideramos que se puede quizá mover dentro de una estrategia de base institucional, es decir, como una tamización de oportunidad, que hay que hacerlo progresivamente en los grandes centros urbanos del país; no estamos preparados para irnos todavía a la zona rural, ya que hay muchas cosas relativas a la mamografía,

al control de calidad de la mamografía, entre otros, que no harían que el programa funcione en la totalidad del territorio nacional en este momento, pero creemos que en la inmensa mayoría de las ciudades capitales y algunas intermedias tendrían capacidad para implementarlo.

D.P. *¿Considera Usted que en Colombia debería existir un Programa Nacional para la detección temprana de cáncer de mama?*

R.M. Yo creo que sí, tal como lo expresé, hay varios elementos que aprendimos en este proceso y son una verdad de a puño en programas de salud pública; los programas necesitan coordinación, necesitan seguimiento; no consideramos posible que las EPS a modo propio establezcan unas directrices; es necesaria una conducción desde un nivel superior que ponga en acuerdo la forma en que se están desarrollando las intervenciones; encontramos que los mensajes o estrategias educativas hacia las mujeres son bastante confusas, cada uno dice lo que quiere, cada uno plantea las cosas como quiere; las estrategias de inducción de la demanda son bien diferenciales y no necesariamente bien programadas; no hay programas de control de calidad y hay muy poco seguimiento a las mujeres positivas; todas esas cosas se deben coordinar desde un nivel central, obviamente las EPS e IPS serán operadores de los programas pero debería haber un nivel de coordinación.

D.P. *¿De acuerdo con su experiencia, cuáles son los elementos críticos para la reducción de la mortalidad por cáncer de mama?*

R.M. Yo considero que lo fundamental es el acceso a un tratamiento oportuno; creo que de hecho si el país orientara mucho mejor a las mujeres que consultan por síntomas mamarios, ya sería un aporte grande a la reducción de la mortalidad, aún si no avanzamos en la tamización; en mi opinión, el tema de tratamiento oportuno y una buena orientación de las mujeres que consultan por síntomas mamarios resulta esencial; en cáncer de mama es uno de los casos en que el tratamiento hace un aporte importante a la reducción de la mortalidad, ese punto es crítico y tenemos información sobre una serie de barreras de acceso, muchas de ellas de los servicios de salud, que si se trabajan van a aportar de manera significativa a la reducción de la mortalidad.

D.P. *¿El Instituto Nacional de Cancerología qué planes tiene hacia el futuro en relación con el control del cáncer de mama?*

R.M. Nosotros estamos generando las recomendaciones a través de las guías de práctica clínica y estamos en disposición de seguir apoyando al país en lo que se refiere al control de la enfermedad; nuestra meta como lo he expresado, es reducir el estado clínico al momento del diagnóstico, tener coberturas altas de tamización y tener un seguimiento prácticamente del 100% de las mujeres que resulten positivas en una prueba de tamización.

Estudio piloto para la detección temprana de cáncer de mama

Entre los años 2008 y 2010, el INC inició la implementación de un estudio piloto que pretendía evaluar el impacto de un programa de tamización de oportunidad con examen clínico de la mama y mamografía sobre el estadio clínico de cáncer de mama dentro del SGSS en Bogotá. El mismo, contó con la participación de 5 EPS y estaba dividido en dos brazos, uno de intervención y uno de control. En el brazo de intervención se implementaron las recomendaciones en detección temprana para mujeres sintomáticas y tamización de oportunidad con mamografía (dos proyecciones) y examen clínico de la mama en mujeres de 50 a 69 años que asistieron a los centros.

Los médicos generales fueron entrenados en examen clínico de la mama e interpretación de reportes de mamografía; así mismo, se capacitaron radiólogos, técnicos de radiología y enfermeras jefes de los programas de prevención y promoción. Igualmente, se implementó un programa de control de calidad sobre las dos pruebas diagnósticas, sobre los equipos, las placas y la lectura. El brazo control no fue objeto de ninguna intervención y en estos centros las actividades de tamización se realizaron de manera rutinaria a las asumidas por la EPS en cumplimiento de las normas vigentes.

Algunos de los resultados mostraron que en el grupo de intervención se realizó examen clínico de la mama a 7.345 mujeres (98.8%), en el grupo control 281 mujeres fueron examinadas (3.3%). En el primer grupo el 82% de las mujeres tenían examen clínico de la mama normal.

La mamografía fue ordenada a 7.394 (99.8%) mujeres del grupo de intervención y se realizó a 6.678 (90%). En el grupo control la mamografía se ordenó a 1.399 (16.6%) mujeres y el examen fue realizado a 948 (67.76%). Las

mamografías de tamizaje fueron 6.507 (97.43%) en el grupo de intervención y 912 (96.20%) en el de control. En este estudio clínico se diagnosticaron 23 pacientes con cáncer de mama en el brazo de intervención, de las cuales, el 73% (17) se encontraban en estados clínicos tempranos (in situ, I y IIA), a diferencia del 50% (9) del grupo control.

Los resultados completos de este importante ensayo clínico están próximos a ser publicados internacionalmente.

Programa de detección temprana de cáncer de mama

Gracias al trabajo articulado y mancomunado con el Ministerio de Salud y Protección Social, se ha implementado desde el año 2011 un Programa para la detección temprana de cáncer de mama, mediante el cual se ha buscado fortalecer las entidades territoriales, aseguradores e instituciones

prestadoras de servicios de salud participantes, para el desarrollo de una estrategia integral para la detección temprana del cáncer de mama.

En el marco de convenios interadministrativos suscritos entre las dos entidades y mediante la asesoría de expertos internacionales, se realizó la estructuración del Programa piloto en detección temprana de cáncer de mama, que se implementó en 6 ciudades priorizadas de Colombia: Bogotá, Cali, Neiva, San Andrés, Bucaramanga y Pereira. En estas ciudades y en aras de implementar el programa a nivel territorial, se lograron acciones de gestión con varias EPS, Secretarías de Salud y universidades.

Con el fin de fortalecer el componente de educación continua a profesionales de la salud vinculados a la detección temprana del cáncer de mama, se logró el diseño, estructuración, implementación y evaluación de un curso en detección temprana de cáncer de mama dirigido a médicos generales, bajo la metodología de aprendizaje activo.



Fuente: Tomada por Devi Puerto



Fuente: Tomada por Devi Puerto



Fuente: Tomada por Devi Puerto

Para su replicación, se formaron como capacitadores a médicos especialistas en mastología, cirugía y ginecología y se organizó una red de mastólogos regionales.



Fuente: Archivo fotográfico Grupo de Prevención y Detección Temprana del Cáncer



Fuente: Tomada por Devi Puerto

Adicionalmente, se llevaron a cabo capacitaciones presenciales y virtuales adelantadas a médicos especialistas en patología, radiología, ginecología y medicina familiar.

Así mismo, se concertaron acciones de gestión con 6 universidades de las ciudades priorizadas, a través de las cuales, y con el concurso de las Secretarías de Salud Municipales, se realizó la replicación de los cursos a médicos generales ampliándose la cobertura de las actividades propuestas.



Fuente: Tomada por Devi Puerto



Fuente: Tomada por Devi Puerto



Fuente: Tomada por Devi Puerto

En cuanto a control de calidad de servicios mamográficos, entre los años 2010 y 2012 mediante el concurso del equipo de profesionales del INC, se realizaron visitas técnicas a 39 mamógrafos en diferentes centros de mamografía que se vincularon de manera voluntaria, localizados en 6 ciudades de Colombia; estas visitas se adelantaron con el fin de realizar pruebas de control de calidad de mamografía analógica y digital, haciendo recomendaciones de acuerdo a los resultados obtenidos.



Fuente: Archivo fotográfico Grupo de Prevención y Detección Temprana del Cáncer

El objetivo ha sido acompañar a estas instituciones para la creación de una cultura de calidad y una constante mejora en la prestación del servicio, buscando que en los centros de mamografía las imágenes producidas permitan obtener una información diagnóstica adecuada con la menor dosis de radiación posible a la paciente. Los centros que fueron visitados entre 2010 y 2011 comenzaron a ser revisitados en 2012 para analizar las mejoras en los diferentes ítems evaluados en la visita inicial.

Complementariamente, se realizaron cursos en control de calidad de mamografía a funcionarios de las entidades territoriales y a tecnólogos de estos centros mamográficos.

Así mismo, se escribió, publicó y distribuyó el Manual de Control de Calidad de Mamografía Analógica, se escribió el Manual de Control de Calidad en Mamografía Digital y el Manual de Control de Calidad en Mamografía dirigido a tecnólogos. Es importante resaltar que durante el 2012 se incluyó la mamografía de tamizaje en el POS del régimen subsidiado, como producto de las precitadas acciones conjuntas Ministerio – INC.



Adicionalmente, se escribió, imprimió y distribuyó el Manual en Detección Temprana de Cáncer de Mama dirigido a médicos generales, el cual contó con la participación de un selecto grupo de médicos mastólogos del Instituto Nacional de Cancerología ESE.

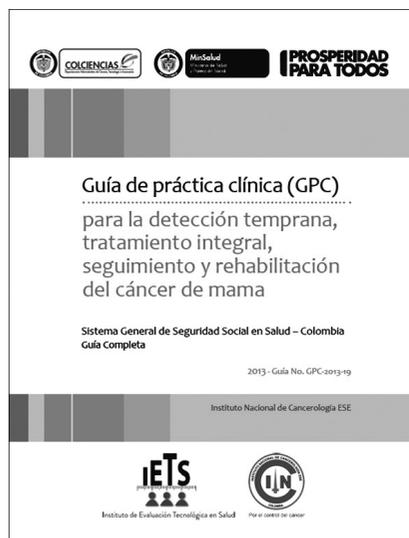


También se produjo y distribuyó el plegable llamado “Tres secretos para el cuidado del seno”, dirigido a la comunidad en general, lo cual incluyó su socialización con organizaciones de la sociedad civil que trabajan con mujeres por el control del cáncer.



Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama¹

En el año 2012, se elaboró la Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, por parte del Instituto Nacional de Cancerología ESE y Fedesalud.



¹ Se agradece la información suministrada por la Dra. Esperanza Peña, líder metodológica de la guía

Fue desarrollada en conjunto con la Sociedad Colombiana de Mastología, Asociación Colombiana de Hemato-Oncología, la Asociación Colombiana de Radiología, la Sociedad Colombiana de Patología, la Asociación Colombiana de Enfermería Oncológica, la Asociación Colombiana de Cuidado Paliativo, la Asociación Colombiana de Rehabilitación, el Instituto de Salud Pública de México y el respaldo de FEDESALUD.²

El objetivo general de la misma es generar recomendaciones para la detección temprana en mujeres, atención integral, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en Colombia.

Esta guía está dirigida a las mujeres de la población general susceptibles a ser tamizadas, a las mujeres con riesgo de tener cáncer de mama y a las mujeres y hombres con diagnóstico de cáncer de mama en cualquier estadio. Dentro de los compromisos adquiridos con Colciencias y con el entonces Ministerio de la Protección Social, el desarrollo de la GPC incluyó una propuesta de plan de implementación de algunas recomendaciones. Este proceso comenzó con la realización de un taller de identificación de barreras y facilitadores en la atención del cáncer de mama en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. A esta actividad se convocó a los principales actores del sistema y contó con la participación de representantes del grupo desarrollador de la guía.

Algunas de las principales barreras citadas por los participantes fueron: a) fragmentación en la prestación; b) ausencia de vigilancia y control; c) falta de políticas públicas para el cáncer; d) falta de programas de detección del cáncer; e) fraccionamiento en la atención; f) ausencia de políticas a nivel institucional; g) falta gestión del riesgo; h) diferentes criterios de práctica clínica.

Con base en una revisión y calificación de la evidencia disponible al momento de desarrollar la GPC, los integrantes del grupo desarrollador de la misma hicieron la priorización de las recomendaciones que consideraron críticas para su implementación, con el propósito de racionalizar los gastos de atención que ocasiona la detección, tratamiento y rehabilitación de estos pacientes.

² Tomado del documento de alcance y objetivos de la guía de atención integral para la detección temprana, atención integral, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama. Disponible en: <http://www.cancer.gov.co/contenido/contenido.aspx?catID=480&conID=1191>

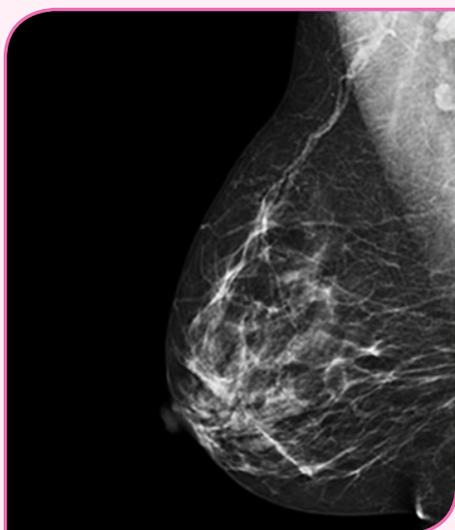
Las recomendaciones de la GPC para la detección temprana del cáncer de mama, son:

Recomendaciones de detección temprana³

Tamización de base poblacional

Mamografía

1. **Recomendación fuerte:** Se recomienda realizar tamización de base poblacional organizada mediante mamografía de dos proyecciones, cada dos años en mujeres de 50 a 69 años, siempre incluido dentro de un programa de detección, diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer de mama.
2. **Recomendación fuerte:** No se recomienda realizar tamización de rutina con mamografía en mujeres de 40-49 años de edad. La decisión de iniciar tamización regular con mamografía cada dos años antes de los 50 años debe ser individual y debe tener en cuenta el contexto del paciente incluyendo sus valores en relación con beneficios y daños.
3. **Punto de buena práctica clínica:** Se recomienda realizar detección temprana en mujeres sintomáticas independientemente de su edad, utilizando las estrategias diagnósticas adecuadas que puedan incluir la mamografía o la ecografía.



Fuente: Archivo fotográfico Grupo de Prevención y Detección Temprana del Cáncer

³ Está información está incluida en el texto de la Guía.

Tamización de base poblacional

Examen Clínico

4. **Recomendación fuerte:** Se recomienda la realización del examen clínico de la mama a partir de los 40 años, como parte del examen clínico general de la mujer, por lo menos una vez al año con un método estandarizado y por parte de médicos debidamente entrenados, asegurando la referencia inmediata y oportuna a un sistema de diagnóstico adecuado, en el evento de haber detectado lesiones sospechosas.
5. **Punto de buena práctica clínica:** Se recomienda la implementación de escenarios para la enseñanza del examen clínico de la mama, con el fin de generalizar y estandarizar la técnica.

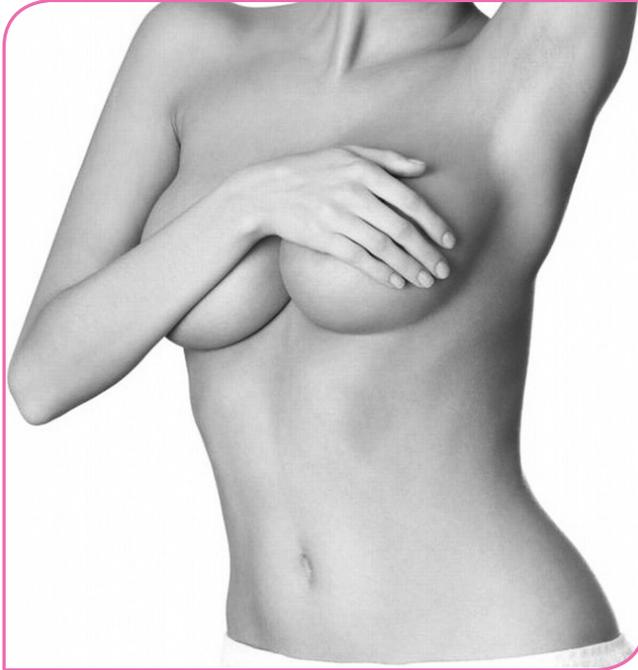


Fuente: Foto tomada por la Doctora Sandra Díaz

Tamización de base poblacional

Autoexamen

6. **Punto de buena práctica clínica:** No se recomienda la realización del autoexamen de la mama como estrategia de tamización. Se recomienda la enseñanza del autoexamen como estrategia de concientización y autoconocimiento.



Estrategias de detección temprana, seguimiento y manejo en población de alto riesgo

7. **Recomendación fuerte. Calidad de evidencia. Baja.** Se recomienda alguna de estas medidas para disminuir la probabilidad de cáncer de mama en mujeres del grupo de alto riesgo:
 - Mastectomía radical profiláctica
 - Ooforectomía bilateral
 - Uso de tamoxifeno o raloxifeno
8. **Punto de buena práctica clínica.** Se recomienda considerar cada caso de manera individual (edad, paridad, tipo de mama) y discutir ampliamente con la mujer hasta encontrar la estrategia más adecuada.
9. **Recomendación fuerte.** Se recomienda realizar anualmente, resonancia magnética (RM) con contraste en mujeres con alto riesgo para desarrollar cáncer de mama.
10. **Recomendación fuerte. Consenso formal del grupo desarrollador.** Se recomienda reemplazar el uso de la resonancia magnética en mujeres con alto riesgo para desarrollar cáncer de mama con las pruebas de mamografía más ecografía cuando la resonancia no esté disponible o cuando hay contraindicación para realizarla (falla renal crónica severa o claustrofobia).

11. **Recomendación fuerte. Consenso formal del grupo desarrollador.** En el grupo de mujeres de riesgo medio, se recomienda realizar tamización imagenológica anual desde los 30 años con mamografía y sustituir la RM por ecografía anual, además del examen clínico de mama.

Para lograr el desarrollo y definición de la GPC, en primer lugar se convocaron las asociaciones científicas, gremiales y de pacientes que tuvieran relación directa con la atención del cáncer de mama en Colombia: Asociación Colombiana de Mastología, Asociación Colombiana de Radiología, Asociación Colombiana de Hematología y Oncología Clínica, Asociación de Enfermería Oncológica Colombiana, AMESE entre otras; estas entidades designaron a algunos de sus miembros y con ellos se constituyó el grupo desarrollador de la GPC.

Adicionalmente, se participó de forma continua a la comunidad académica, a representantes de la industria farmacéutica, aseguradores, prestadores de servicios de salud etc. Se realizaron jornadas de divulgación sobre el alcance y objetivos de la guía, sobre las preguntas de interés y finalmente sobre las recomendaciones generadas que incluyó la realización en mayo de 2012 de un consenso nacional de expertos para la generación de recomendaciones que fueran controversiales. Durante el desarrollo del proyecto se tuvo participación de estos actores, se acogieron los puntos que se encontraron pertinentes y se respondió cada una de las peticiones realizadas. En este sentido, el Instituto Nacional de Cancerología se distinguió por su proceso de participación masiva en la elaboración de la GPC.

La GPC fue socializada al país en 2013 y se encuentra disponible para consulta pública en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social: <http://gpc.minsalud.gov.co/guias/Pages/Gu%C3%ADa-de-c%C3%A1ncer-de-mama.aspx>

Bibliografía

- Ferlay J., Soerjomataram I, Ervik M., Dikshit R., Eser S., Mathers C., Rebelo M., Parkin DM, Forman D., Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Available from: <http://globocan.iarc.fr>.
- Instituto Nacional de Cancerología, ESE., Grupo Vigilancia Epidemiológica del Cáncer. Cáncer de mama, incidencia estimada según departamentos, Colombia, 2002-2006.
- Marion Piñeros Petersen, Constanza Pardo Ramos. Oscar Gamboa Garay, Gustavo Hernández Suárez. Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia. Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología, ESE. Colombia, 2010.
- Ministerio de Salud y Protección Social - Instituto Nacional de Cancerología, ESE. Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021. Bogotá, D.C. 2012.
- Ministerio de Salud y Protección Social-Colciencias. Instituto Nacional de Cancerología ESE. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud IETS. Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama. Versión para profesionales de la salud - 2013 Guía No. GPC-2013-19. ISBN: 978-958-8838-28-1 Bogotá, Colombia Abril de 2013.
- Piñeros M., Sánchez R., Cendales R., Perry F., Ocampo R, García AO. y cols. Características sociodemográficas, clínicas y de la atención de mujeres con cáncer de mama en Bogotá. Rev Colomb Cancerol 2008;12(4):181-190. Citado por: Ministerio de Salud y Protección Social - Instituto Nacional de Cancerología, ESE. Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021. Bogotá, D.C. 2012.