

SESIONES CIENTÍFICAS

ATLAS DE TENDENCIAS DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA ARGENTINA 1980-2001

Dora Loria

RESUMEN

Las tendencias de la mortalidad por cáncer de mama se estudiaron usando el análisis de regresión de *joinpoint*.

El análisis de la mortalidad por cáncer de mama en Argentina y en la región Central durante las dos décadas, de 1980 al 2001, reveló una leve tendencia creciente de las tasas. En la región NOA las tasas aumentaron algo más, con un porcentaje estimado de cambio anual cercano al 2%.

En las provincias argentinas, las tasas de mortalidad por cáncer de mama variaron entre 32,7 y 13,5/100.000.

Los datos de incidencia de cáncer en el país son escasos. Sólo el Registro de Bahía Blanca y alrededores tuvo sus datos con la calidad suficiente como para ser presentados en el último volumen de la publicación Incidencia de cáncer en cinco continentes, Vol. IX (Iarc, Lyon).

No se dispone de datos con base poblacional para identificar las condiciones socioeconómicas y reproductivas de las pacientes con cáncer de mama.

Palabras clave

Cáncer de mama. Mortalidad. Incidencia. Sobrevida. Tendencias. Diferencias geográficas.

SUMMARY

Cancer mortality trends were studying using the joinpoint regression analysis.

The analysis of the breast cancer mortality in Argentina and in the Central region during the two decades from 1980 to 2001 showed a slight increasing trend. In the NOA region, mortality rates increased more, with an estimated percentage of annual change near to 2% per year.

Breast cancer mortality rates in argentine provinces range between 32.7 and 13.5/100,000.

Incidence data are scarce for all the country. Only date from the Bahia Blanca

Cancer Registry are available in the last volume of Cancer Incidence in Five Countries (Vol IX, IARC Sci Pub, Lyon).

No population based data are available to identify socioeconomic and reproductive conditions of females with breast cancer.

Key words

Breast cancer. Mortality. Incidence. Survival. Trends. Geographical differences.

Los datos que tenemos en el país no son todo lo detallados que quisiéramos. Voy a referirme primero a los datos de mortalidad, después un poco a los datos de incidencia y luego intentar ver por qué no podemos contestar las preguntas que me hicieron.

En cuanto a mortalidad, nosotros venimos estudiando la mortalidad por cáncer desde 1980 con diversos atlas. Lo que hicimos en este último año fue hacer un atlas de tendencias de mortalidad, con la idea de que también en las tendencias se pudiera decir algo del comportamiento de los tumores en general y los de mama en particular.

Este atlas de tendencias lo hicimos con la misma base de datos con que hacíamos los anteriores; es decir, en base a los informes de defunción que tiene el Ministerio de Salud. Todos sabemos que esos informes que nacen de los certificados de defunción tienen errores por defecto, porque muchas muertes nos aparecen como paro cardiorrespiratorio no traumático. Sabemos que en general cuando dice cáncer, es porque el cáncer existió, pero que tenemos algunas localizaciones mejor definidas que otras. Que no nos atreveríamos a hablar de cáncer de pulmón en base a los certificados de defunción, pero que nos animamos un poco más de hablar de cáncer de mama, sabiendo que lo que vamos a decir tiene un error por defecto, aunque algunos indicadores de los certificados de defunción nos dicen que la calidad ha mejorado en algunas provincias.

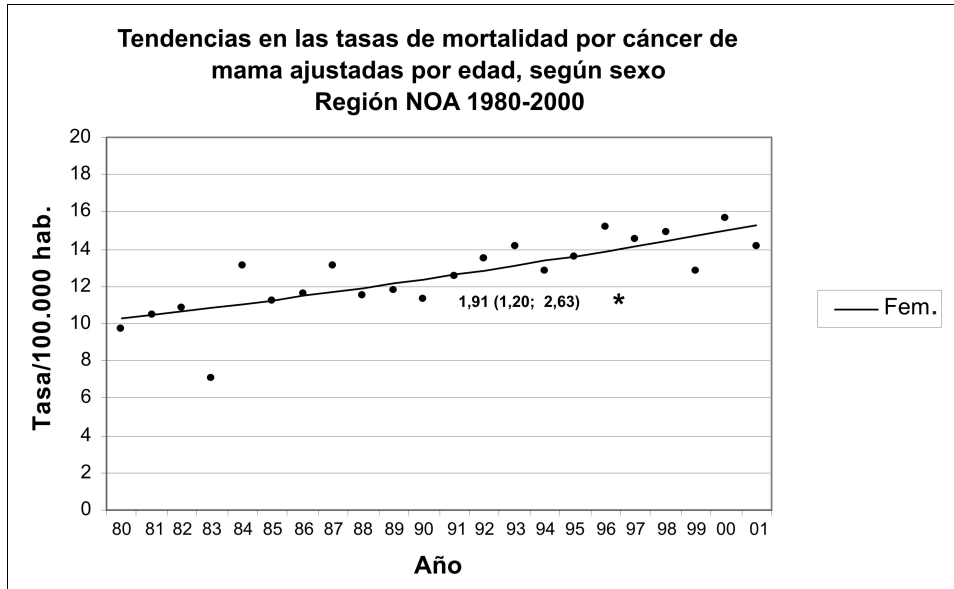
La metodología para estudiar las tendencias es tomar los datos de defunción y hacer un análisis de regresión, para encontrar la mejor curva

que une los puntos dados por las tasas de mortalidad y encontrar si hay cambios en el comportamiento a lo largo del período que estudiamos y el porcentaje de cambio en las tasas, si es que lo hay. Editamos un CD con estos datos que dejo en la Sociedad, por si a alguien le interesa.

Lo que encontramos para la mortalidad por cáncer de mama en el país desde 1980 al 2001, es que pareciera haber un leve aumento de las tasas. Las tasas de mortalidad en 1980 están alrededor de 20 defunciones por cada 100.000 mujeres y por año. Aumentan levemente a un ritmo de 0,44% anual. A partir de 1997 parece haber un punto de inflexión con una leve disminución de casi el 1%, pero esta disminución aún no es estadísticamente significativa.

Para todos los tumores, el comportamiento de la región Central es siempre parecido al del país (por el gran peso de la población que vive en estas provincias). Para cáncer de mama, vemos que empezando, como para el país, con una tasa un poco mayor de 20 defunciones por cada 100.000 mujeres, se mantuvo prácticamente constante a lo largo de todo el período.

Para la región NOA, las tasas de mortalidad empezaron con valores más bajos. Aquellos que se acuerdan de nuestros primeros trabajos, en cuanto a la mortalidad mirada en correlación al NBI, veíamos que en las provincias más pobres la tasa de mortalidad por cáncer de mama era más baja que en las zonas más ricas. En el Cuadro 1 se muestra el mapa de lo que pasaba entre 1980 y 2001. La tasa de mortalidad ha ido aumentando a lo largo de todo el período en casi un 2% del valor de la tasa anual; este aumento



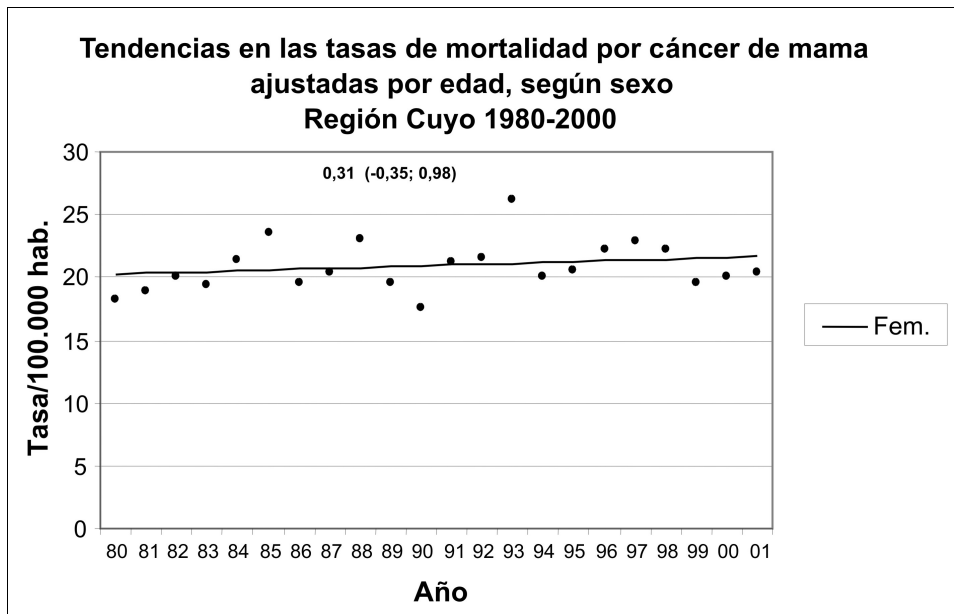
Cuadro 1

es estadísticamente significativo.

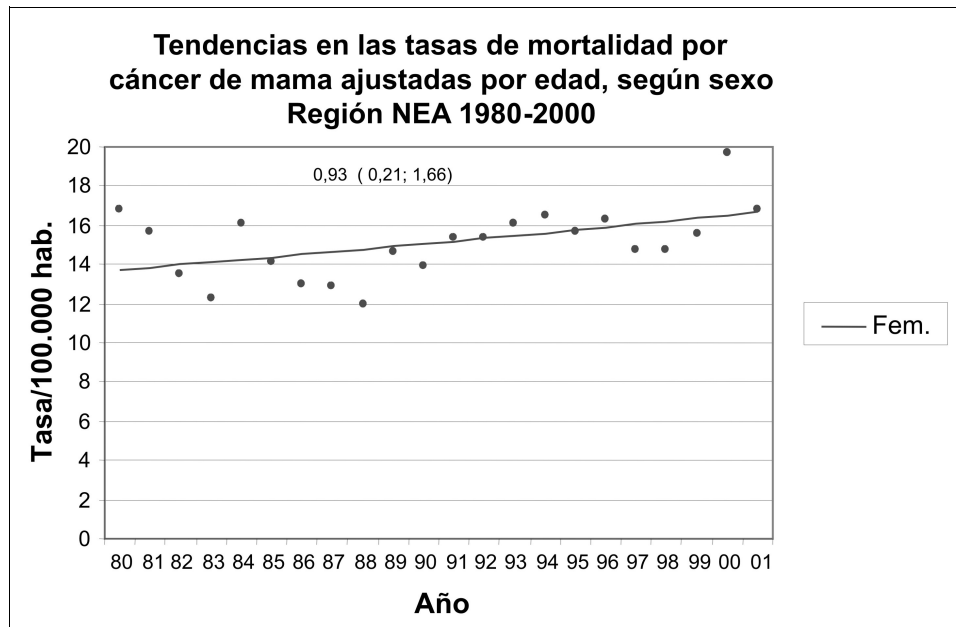
En Cuyo se observan tasas aproximadamente iguales a las de la región Central, con un aumento muy leve del 0,3% anual, que no es estadísticamente significativo (Cuadro 2). Como ustedes ven en las provincias con menor po-

blación los puntos están más dispersos, porque cuando los números no son tan grandes los datos fluctúan más.

En el NEA hay un aumento de casi el 1% de las tasas de mortalidad. Este aumento es estadísticamente significativo (Cuadro 3). Esto con res-



Cuadro 2



Cuadro 3

pecto a la mortalidad por cáncer de mama en general de 1980 a 2001.

En la región patagónica tenemos una figura extraña; las tasas de mortalidad que aumentan mucho al principio y alrededor de 1990 aparece una disminución. No encontramos ninguna explicación para esto, excepto una mejora en la calidad de la certificación. No hay nada que pueda justificar un aumento del 5% anual de las tasas desde 1980 a 1989. Seguramente esto está explicado, por lo menos prioritariamente, por la certificación.

La otra cosa que miramos dentro de las regiones, era el comportamiento en los distintos grupos etarios. No hay ningún perfil de comportamiento homogéneo, los datos son muy heterogéneos, pero lo único que nos llamó la atención y que nos pareció interesante, es que tanto para el país entero como para la región Centro, a partir de 1991 las tasas disminuyen en las mujeres jóvenes de 25 a 44 años, con más o menos un 2% de disminución anual. Esto podría acercarnos quizás a la respuesta de una de las preguntas que me hicieron; es decir, si tenemos algu-

nos efectos sobre detecciones más tempranas. Una disminución en la mortalidad de las mujeres jóvenes, podría pensarse como efecto de mayor tasa de realización de mamografía espontánea (y no como mamografía de *screening*) o de diagnóstico temprano, y que tuvieron la suerte de escapar de la mortalidad.

Después observamos también qué es lo que ocurre en las provincias. En el Cuadro 4 hemos puesto las defunciones en el período del 2000 al 2004 y las tasas ajustadas. Recuerden que si queremos comparar provincias, países, etc., tenemos que trabajar con tasas ajustadas por edad. Las tasas crudas son la realidad de lo que ocurre dentro de la provincia. Estas tasas están ordenadas de mayor a menor, con lo cual vemos que tenemos una tasa muy alta en Tierra del Fuego. Ésta es una provincia con una población muy pequeña y los números son muy fluctuantes; así que probablemente éste no es un valor muy real. Pueden ir desde el 32 por cada 100.000 mujeres en Tierra del Fuego al 13 en Jujuy.

Acá también tenemos, como ya vimos ante-

MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA FEMENINO POR PROVINCIA 2000-2004							
Provincia	Defunc.	Tasa ajustada	Tasa cruda	Provincia	Defunc.	Tasa ajustada	Tasa cruda
T. del Fuego	38	32,7	12,8	Formosa	186	22,3	14,8
Capital Federal	4.006	28,9	48,7	Tucumán	639	21,7	18,8
Córdoba	2.616	27,7	32,4	Corrientes	403	21,1	17,0
Santa Fe	2.639	26,8	32,9	Chubut	186	21,0	16,7
San Juan	407	26,8	26,2	Chaco	373	20,7	15,3
San Luis	226	26,7	23,9	Neuquén	198	20,7	14,4
La Pampa	216	25,7	27,7	Río Negro	235	19,1	15,4
Mendoza	1.074	24,7	25,8	Misiones	303	18,5	12,1
Buenos Aires	10.272	24,4	27,9	Santiago del Est.	284	17,9	14,9
Entre Ríos	724	22,9	24,7	Salta	322	16,4	11,6
Santa Cruz	81	22,4	15,6	Catamarca	110	15,5	13,1
				Jujuy	156	13,5	9,9

Cuadro 4

riormente, que la tasas más bajas están en la zona menos rica del país y las tasas de mortalidad más altas en las zonas más ricas (Capital Federal, Córdoba, Santa Fe).

Como último dato de la mortalidad, observamos cuatro períodos 1985-1989, 1990-1994, 1995-1999 y 2000-2004. El atlas iba nada más que hasta 2001 y quisimos extendernos un poco más (Cuadro 5). Se indican las defunciones en el período (que nuevamente son 5 años), las tasas crudas y las tasas ajustadas por edad. Como ven, las tasas crudas parecieran no haber cambiado mucho, sólo aumentaron un poco. Pero si queremos comparar períodos, debemos hacerlo con las tasas ajustadas y vemos que éstas no cambiaron. ¿Por qué puede haber aumentado la mortalidad en la tasa cruda? Porque la tasa cruda no está ajustada por edad y la población va envejeciendo en sucesivos períodos. Es lógico que me encuentre con tasas más altas porque el cáncer aumenta a medida que aumenta la edad de la mujer. Por último, está la famosa tasa acumulada (que es de la que deriva la frase: "una de cada diez mujeres, si vive hasta los 74 años va a morir de un cáncer de mama"). Ésta es nuestra realidad; la tasa acumulada de mortalidad expresada en porcentajes es 2%; es decir, dos de cada cien mujeres (0,2 de cada 10 mu-

jes) morirá de cáncer de mama si vive hasta los 75 años y no fallece por ninguna otra causa.

Como ustedes saben, el único modo de obtener datos de incidencia es en base a los resultados de los registros de cáncer de base poblacional. En Argentina, en este momento, hay varios registros que están funcionando. Está funcionando el registro en Córdoba, Mendoza, Entre Ríos, el sur de la provincia de Buenos Aires, creo que en La Pampa, Chaco, Tierra del Fuego y Río Negro (puedo estar omitiendo alguno); pero de todos ellos el único cuyos datos actuales han sido aprobados por la Organización Mundial de la Salud como de calidad, son los del sur de la provincia de Buenos Aires. El registro de Bahía Blanca y alrededores, dice que el promedio anual para el período 1998-2002 fue de 166 casos de cáncer de mama, con una tasa de incidencia cruda anual de 111,4 casos nuevos por cada 100.000 mujeres. La incidencia anual ajustada por edad (utilizada para comparación con otras provincias) es de 85,7 casos por cada 100.000 mujeres. La tasa acumulada de incidencia (distinta de la tasa acumulada de mortalidad) es de 9,73% y expresa que 10 de cada 100 mujeres entre 0 y 74 años en la zona de Bahía Blanca van a tener un cáncer de mama, si no mueren antes por ninguna otra causa. Tam-

MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA EN MUJERES - ARGENTINA					
Período	Defunción/período	Población	Tasa cruda *	Tasa ajustada *	Tasa acumulada **
1985-1989	19.042	15.703.083	24,3	20,2	2,2%
1990-1994	21.856	16.935.914	25,8	21,0	2,3%
1995-1999	24.199	18.174.973	26,6	20,8	2,2%
2000-2004	25.776	19.225.943	26,9	20,1	2,2%

* Tasa por 100.000 mujeres/año. ** Tasa acumulada hasta los 75 años. Loria D. Datos no publicados.

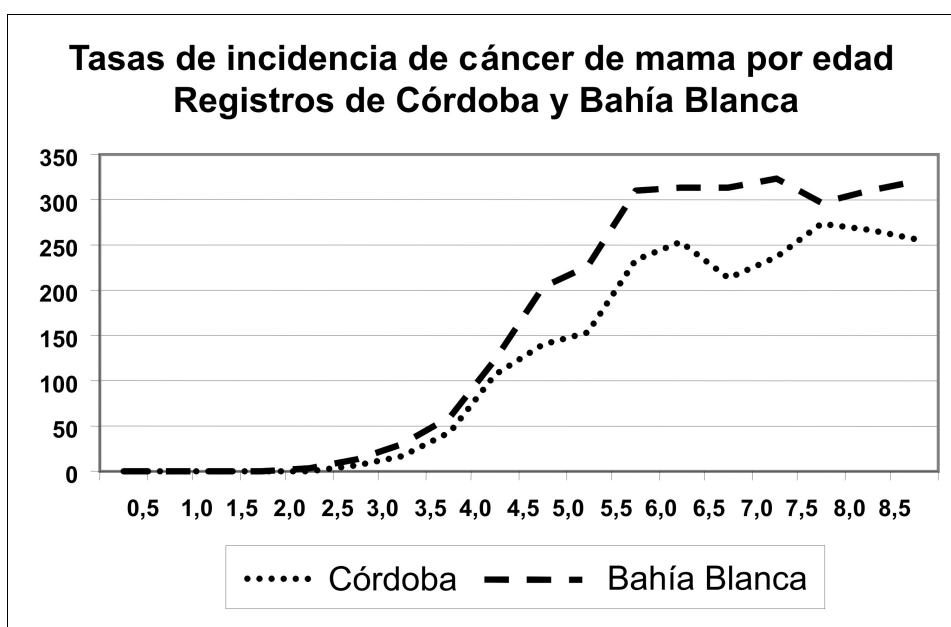
Cuadro 5

bién tenemos datos preliminares del registro de tumores de la provincia de Córdoba, en el período del 2004 al 2006, con un promedio anual de 1.290 casos, una tasa de incidencia cruda anual de 76,6 casos cada 100.000 mujeres y una tasa de incidencia anual ajustada por edad de 62,7 casos cada 100.000 mujeres.

Si observamos en el Cuadro 6 referido a estas dos poblaciones, cómo es la distribución etaria, a qué edad de la mujer van apareciendo los tumores; vemos que las curvas son muy homogéneas. Comienza a haber casos entre los 25 y 30 años y en el último período, alrededor de los 70 años en adelante ya se tiene una constante.

También hay registros en Río Negro y Entre Ríos. La tasa de incidencia cruda anual de Río Negro (la más baja de las que voy a presentar, hasta ahora) es 48,5 casos por cada 100.000 mujeres. En toda la provincia de Entre Ríos (antes tenía solamente el registro de Concordia) la tasa de incidencia ajustada anual es de 61,1 casos. Quiere decir que se observa un perfil desde aproximadamente 49 a 80, siendo la tasa más baja la de la provincia patagónica, que también tenía tasas de mortalidad bajas.

La otra pregunta que me hicieron se refería a si se puede saber algo sobre el perfil de la mujer con cáncer de mama respecto del estudio



Cuadro 6

SOBRE DATOS DEL ESTUDIO DE 1984			
	Registros de base poblacional	Registros hospitalarios/institucionales Estudios clínicos/encuestas	Comentarios
Estado civil	No	No	Variable
Nivel socioeconómico (indicadores)	No	A veces	Se puede estimar con conjunto de indicadores
Sistema de atención de salud	Generalmente no	A veces	Puede ser variable
Edad a la menarca, partos, lactancia, estado hormonal, antecedentes familiares	No	A veces	
Práctica autoexamen, frecuencia mamografías, <i>screening</i>	Si existe programa de control, puede ser que se incluya dato	A veces	

Cuadro 7

que se había hecho en 1984. No tuve entre manos el trabajo de 1984 para ver metodológicamente cómo lo habían hecho; pero sin verlo les digo que seguro que ese trabajo (los métodos epidemiológicos han cambiado mucho en los últimos años) tiene deficiencias si lo miro como uno actual, porque seguramente ésa no es una muestra estadísticamente significativa de todos los cánceres de mama que ocurren en la población. Por lo cual, no sé si ése era un perfil de mujeres con cáncer de mama de algunos centros de atención o de algunas provincias, pero estoy casi segura que no era de todo el país.

Una de las preguntas realizadas en 1984 era el estado civil y actualmente en ninguno de los trabajos epidemiológicos se toma más el estado civil, porque el estado civil es mucho más variable de lo que fue alguna vez. Quizás lo que se quería en realidad saber era lo relativo a actividad sexual u otra cosa en lugar del estado civil. El estado civil no se pregunta en general en los datos de los registros de base poblacional, e incluso si tenemos registros hospitalarios, estudios clínicos o encuestas, es una pregunta poco confiable.

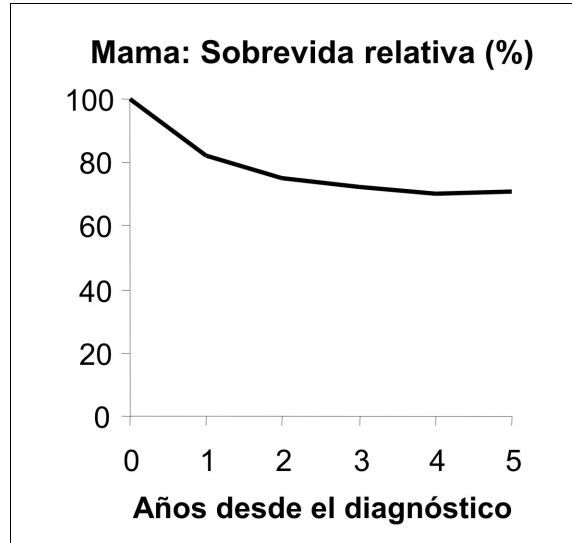
Otra pregunta fue sobre el perfil actual del nivel socioeconómico (Cuadro 7). Es otra pre-

gunta difícil de contestar, a menos que se hagan los trabajos de correlación. Los registros de base poblacional no asientan ningún dato de nivel de indicador socioeconómico. En registros muy avanzados, a veces cruzan con educación, que puede ser un cierto indicador de nivel socioeconómico. Mientras que en los registros hospitalarios o estudios clínicos, este dato se puede obtener. Se podría también estimar el nivel socioeconómico de otros indicadores: dónde vive la mujer, etc., pero serían estimaciones y no mediciones. Así que no puedo contestarles el perfil actual acerca del nivel socioeconómico de las pacientes.

Generalmente los registros de base poblacional no consignan datos sobre el sistema de atención de salud. Es difícil para nosotros tomarlo, porque nuestras mujeres cambian bastante de sistema de atención de salud en los últimos años. Puede ser que cuando se diagnosticó estaba adherida a un sistema de nivel de salud distinto al de hacía 20 años atrás, cuando se gestó el tumor; es decir, es un dato que generalmente no se toma.

Como datos generales, edad a la menarca, número de partos, lactancia, antecedentes familiares de cáncer de mama, etc., los registros de

SOBREVIDA DE CASOS DE TUMORES DE MAMA INCIDENTES EN 1994-1997				
Seguimiento al 31-12-01 • RT de Concordia				
	S. obs. (%)	S. rel. (%)		
			0-44	21
1 año	80	82	45-59	51
3 años	67	72	60-74	56
5 años	61	71	75+	34
95% IC	(51-71)	(59-82)	Total	162



Cuadro 8

base poblacional no los toman y los registros hospitalarios y estudios clínicos los tienen.

La práctica de autoexamen, frecuencia de mamografías y los datos de *screening*, como datos en sí no se toman, a menos que en el lugar donde estaba desarrollándose el registro también haya una campaña programada de *screening* en base poblacional, en cuyo caso se cruzan paralelamente los datos del registro con los datos del *screening*. Interesa ver la aparición de cáncer de mama entre mamografías de *screening* de las mujeres seguidas por un registro.

El último dato que les quiero dar, porque me parece que es importante, puede surgir de los datos de registros. Es un dato que desde el punto de vista de salud pública es muy importante y que todavía en Argentina tenemos muy poco estímulo para producirlo; es el dato de sobrevida poblacional. Ustedes están acostumbrados a te-

ner todos los datos de sobrevida por protocolos clínicos o protocolos quirúrgicos, que responden a la sobrevida de las pacientes que tienen las mismas condiciones de las que se incluyeron en el trabajo; pero no me dice nada de la sobrevida poblacional. Es decir, una mujer con cáncer de mama en la provincia de Córdoba, cuyo dato está dentro del registro de Córdoba, ¿qué sobrevida tiene en Córdoba? Esta sobrevida va a ser como un *pool* independientemente de si ella se atiende en público, en privado o qué protocolo sigue. Es como un promedio de todas las posibilidades de sobrevida que tiene por vivir en Córdoba. Decimos que la sobrevida es "cruda" cuando simplemente es desde el momento del diagnóstico hasta que la persona fallece, independientemente de su causa de fallecimiento.

La sobrevida "neta" es cuando fallece por la causa que estamos estudiando. En general, en el

protocolo clínico (salvo la paciente perdida) se sabe de qué fallece y tiene la sobrevida neta, pero no la tiene en el registro. El registro de base poblacional no sigue paciente a paciente con una historia clínica. Lo que puede hacer es cruzarla con los certificados de defunción, pero no hacen seguimiento. Entonces, lo que se calcula es la denominada sobrevida relativa.

La sobrevida relativa sería la sobrevida del grupo (por ejemplo, las mujeres con cáncer de mama en la provincia de Córdoba) respecto de la sobrevida de las mujeres, de la misma edad, de la población general de Córdoba. La sobrevida general la conocemos por las tablas de vida. Buscamos el grupo con la misma edad que el grupo de las mujeres que estamos analizando y sabemos qué sobrevida esperamos. Ahora, comparamos la sobrevida de nuestro grupo con cáncer de mama respecto de esta sobrevida.

Ésa es la sobrevida relativa, que es un dato muy bueno para realizar proyectos y estudios, desde el punto de vista poblacional. Es decir, que es lo más apropiado para estudiar la sobrevida poblacional cuando no se tiene el seguimiento real.

El Cuadro 8 muestra los únicos datos que por ahora se tienen como ejemplo (los casos son muy pocos) de un estudio que hicimos con los datos del registro de tumores de Concordia, con los tumores de mama incidentes desde 1994 a 1997, pero que fueron seguidos hasta el 2001. En el cuadro se puede ver la sobrevida observada, es decir, el día que falleció independientemente de la causa de muerte (porque no le creemos a la causa de defunción, por lo tanto lo único que creemos es la fecha) y la sobrevida relativa. Nos da para 1 año 82%; a 3 años 72%; y a 5 años 71%. Esto significa que las mujeres que son residentes en el departamento de Concordia, que fueron diagnosticadas entre 1994 y 1997, y que fueron seguidas hasta el 2001, como promedio tienen una sobrevida a 5 años del 71%.

Si vuelvo a ver las preguntas que me hicie-

ron al principio, vemos que contesté muy pocas, ésta es la realidad que tenemos. Leí un comentario en el diario a propósito del Congreso Mundial de Dermatología que comienza próximamente, que decía que no tenemos datos en el país. Lamento que se hagan estos comentarios, porque no tenemos datos dado que nuestros médicos no tienen la costumbre de registrar. Si los médicos registraran y brindaran los datos a los registros, aunque tenemos pocos registros, éstos tendrían mejor calidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bosetti C, Malvezzi M, Chatenoud L, Negri E, Levi F, La Vecchia C. Trends in cancer mortality in the Americas, 1970-2000. *Annals in Oncology* 16: 489-511, 2005.
2. Matos E, Loria D, Zengarini N, Fernández M, Guevel G, Marconi E, Spitale A, Rosso S. Atlas de mortalidad por cáncer en Argentina 1997-2001. Fundación Bunge y Born 2003; 150 páginas.
3. Matos E, Loria D, Vilensky M, García C. Atlas de mortalidad por cáncer en Argentina 1989-1992. Editor: Comité Argentino de Coordinación Programa Latinoamérica contra el cáncer. Buenos Aires, 1997; 167 páginas.
4. Presidencia de la Nación Argentina. Organización Panamericana de la Salud –OPS; Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación; Universidad Nacional de Lanas. Atlas de mortalidad de Argentina. Trienios 1990-1992; 1999-2001. Primera edición.
5. Parkin DM, Muir CS, Whelan SL, Gao YT, Ferlay J, Powell J. Cancer incidence in five continents, Vol VI. IARC Sci Publ 120, Lyon. IARC, 1992. <http://srab.cancer.gov/joinpoint>
6. Kim, HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. Permutation Tests for Joinpoint regression with applications to cancer rates. *Statist Med* 2000; 19: 335-351.
7. Loria D, Abriata G, Rosso S. Atlas de tendencias de mortalidad por cáncer. Argentina, 1980-2001. Buenos Aires, abril 2007. CD. [pags. www.asarca.org.ar](http://www.asarca.org.ar)

DEBATE

Dr. Dávalos: Quisiera hacerle un comentario a la Doctora, en cuanto a la referencia a una disminución de la mortalidad, sobre todo en las

mujeres jóvenes, hasta los 44 años. Eso va en contra de que el *screening* disminuya la mortalidad en todo el mundo. Se ha visto que en el grupo de mujeres jóvenes es donde el *screening* menos efecto tiene en la disminución de la mortalidad. Creo que en esa gente joven si hay una mejoría en el descenso de la mortalidad, es por la terapia adyuvante.

Dra. Loria: Probablemente usted tenga razón en las dos cosas. Por eso, me cuidé de decir *screening*, porque en realidad generalmente ese grupo no está sometido a lo que denominamos *screening*, a lo sumo está sometido a diagnósticos espontáneos, mamografías espontáneas; pero es cierto, probablemente haya las dos cosas. Lo que pasa que la mejora de los tratamientos también deberíamos verla en edades un poco más avanzadas y no la vemos. Entonces, debe haber algo más que la mejora en el tratamiento, porque si fuera sólo eso, posiblemente la veríamos también en los grupos más grandes.

Dr. Dávalos: Quisiera hacerle otro comentario. Primero, en la Argentina no hay *screening*, salvo el que se hizo una vez en la Policlínica Bancaria. Otro aspecto que me llama la atención es que hablan que no le dan demasiado importancia al nivel socioeconómico y en la tasa de mortalidad en los grupos a la izquierda del Cuadro 4, que teóricamente tienen un mayor desarrollo socioeconómico, tiene una tasa de mortalidad del 26%, y en el grupo de la derecha donde están Salta, Corrientes, Formosa, Chaco, la tasa de mortalidad por cáncer de mama es prácticamente la mitad, del 11%.

Dra. Loria: Puede ser que me haya expresado mal. Justamente observen que a la derecha están las provincias de nivel socioeconómico bajo. Yo no dije que no se le dé importancia, dije que no se toma el dato, que es una cosa muy distinta a no darle importancia. Le doy importancia y uno de mis últimos trabajos se titula "Cáncer y nivel socioeconómico"; yo creo que tiene mucha importancia. Lo que dije es que los registros no toman el dato, que es una cosa dis-

tinta. Incluso, no sólo el nivel socioeconómico, sino lo que es relacionado a educación, hábito. Ese aumento que vemos en la mortalidad en el NOA y en el NEA, creo que está relacionado con una influencia occidental o mejora (entre comillas) del estilo de vida de las mujeres del NOA o NEA; es decir, un acercamiento a menos número de hijos, a menos lactancia, a comer de un modo distinto. Creo que el parecerse a la Capital y a los grandes centros, está llevando al aumento del cáncer de mama. Creo que tiene mucha importancia el nivel socioeconómico.

Dr. Dávalos: La tercera observación (no sé si entendí mal), es que usted mostró una tasa de incidencia anual de 48 por cada 100.000 mujeres en Río Negro, en todo el mundo la tasa de prevalencia en la primera ronda de *screening* (cuando hay *screening*) es de 6 por cada 1.000 mujeres; y la tasa de incidencia, que son los cánceres que aparecen después, rondan valores de 2 ó 3 por cada 1.000 mujeres. Acá estamos diez veces menos.

Dra. Loria: Ésta no es una población según *screening*, es población general. De hecho es la tasa más baja que tenemos de todas las demás que les mostré. No doy garantía sobre estos datos, porque la Agencia Internacional de Cáncer de IARC, todavía no le dio el aval de calidad; pero es cierto también que las provincias patagónicas tienen menor mortalidad. Nosotros somos muy heterogéneos en el país en cuanto a los tumores y no me extrañaría que el día que midamos bien la incidencia, tengamos regiones con incidencia de 90 por cada 100.000 mujeres y regiones con incidencia de 50 ó 65 por cada 100.000 mujeres.

Dr. Núñez De Pierro: Una pregunta, y me disculpará si es fuera de su charla porque desafortunadamente no pudimos escucharla íntegra. Qué confiabilidad, qué fuentes y como se explica, que uno pueda tener cifras de incidencia de cáncer de mama, de mortalidad de cáncer de mama, en la Argentina, mucho más de fuentes extranjeras que de fuentes propias. Es decir por

ejemplo, uno se encuentra en un congreso internacional y un relator habla sobre la incidencias en distintas regiones del mundo y da cifras sobre la Argentina. ¿Qué confiabilidad tienen esas cifras?

Dra. Loria: Los datos de mortalidad están bien elaborados en la Argentina; pero además, todos los países mandan sus datos de mortalidad a un *pool* de base de datos que es la Organización Mundial de la Salud. Cualquiera puede entrar a la web de la Organización Mundial de la Salud y hacer el análisis que quiera. Están los datos sueltos y si usted los analiza bien le dan los resultados bien, en caso contrario le dan los resultados mal. Después hay unas estimaciones de incidencia, que incluso son muy lindas porque tienen un mapeado de la Agencia Internacional de Cáncer IARC (Globocan); mapeado por gente que no tiene idea clara de cómo es nuestro país. En el mapa nosotros somos todos homogéneos. Para todos los tumores la Argentina tiene una incidencia de mama, una incidencia de cuello de útero. Entonces, los que hablan afuera dan estos datos; yo no podría dar estos datos, porque sé que no son ciertos, pero esos mapas son muy lindos. Yo no tengo un programa que realice mapeo por provincias porque es de muy alto costo, pero ellos tienen esos mapas y los dan, y las clases son mucho más lindas que presentando las tablas.

Dr. Núñez De Pierro: En síntesis, la respuesta sería que los datos no son confiables, que era la pregunta.

Dra. Loria: Son estimaciones. A veces las estimaciones son buenas. No siempre una estimación es un mal dato. A veces a falta de datos es buena una estimación. Lo que pasa es que en nuestro país tenemos incluidas diversas argentinas; entonces, tenemos que tener mucho cuidado en hacer estimaciones para todo el país, en usar los datos de algunos estudios y extrapolarlos a todos. Yo diría que no son confiables, depende para qué. Si usted lo que quiere hacer es más o menos, por ahí le sirven esos datos. Si us-

ted quiere implantar una política de salud, ver si en algún lugar tiene más que otro, ahí no son confiables.

Dr. Mysler: Sé que en la Argentina los datos no son muy claros. En Estados Unidos (donde realmente les encantan las estadísticas, tienen los medios y el tiempo, por suerte para ellos, para hacerlas) es justamente donde se vio la disminución en la incidencia de cáncer de mama a partir de 2003. Yo no leí el trabajo específicamente, pero por lo que recuerdo fue aproximadamente de 6,5%. Los mismos norteamericanos todavía no se explican el porqué. Ellos lo relacionan de alguna manera al trabajo que hizo William en el 2002 y que hubo una disminución muy grande en lo que se refiere a las recetas de medicamentos de estrógenos; se pasó de 60 millones que se estaban recetando por año aproximadamente, a 20 millones desde el 2001 al 2005, una diferencia muy significativa. Pero igualmente no se explica del todo esta disminución. También hubo una disminución en el *screening*, pero esta disminución tampoco lo explica. Tampoco estaría claro si yo dijera que por dejar de tomar hormonas hoy, dentro de un año va a bajar la incidencia; no tendría sentido, porque si lo que está generando el carcinoma es la hormona, en un año no debería encontrar diferencia. Entonces, lo que ellos plantean es que se está hablando de tumores que, en realidad, ya estaban en la mama y que lo que estamos haciendo es demorar la aparición y que quizás, a largo plazo, el resultado sea el mismo. No sé si usted ha leído los trabajos norteamericanos al respecto. ¿Qué explicación tiene como epidemióloga de esto y de lo que ellos mismos están planteando? O sea, qué relación hay entre una cosa y la otra y hasta qué punto se encuentra una concordancia.

Dra. Loria: Yo los leí poco y leí trabajos europeos, también, de discusión. La realidad es que creo que todavía hay que darse un tiempo. Nosotros para tener nuestros datos venimos siempre atrás, en todo venimos con un paso

más atrás. No sé, creo que todavía pondría un signo de interrogación, que lo tienen ellos y que también lo tenemos nosotros. Cuando uno empieza actividades de *screening*, lo que encuentra es aumento de incidencia, porque encuentra al principio lesiones que no buscaba. Cuando no hay *screening* y se empieza a hacerlo, se pasa de ninguna acción de búsqueda a acciones de búsqueda. Entonces, de repente se encuentran lesiones antes de que aparecieran por su biología normal. Puede ser que en algún momento posterior al *screening* la incidencia suba, no porque el *screening* lo produjo, sino por que se detectó una cosa que antes no medía y no veía. Entonces, parte de esa bajada sea también que ahora no se contó si están con *screening* las que tienen que estarlo y entonces no tenemos más ese aumento. No hay muchas explicaciones, discuten los epidemiólogos.

Dr. Lorusso: Todos estos datos publicados en la bibliografía son conocidos. Lo que noso-

tros pretendimos es preguntarle a la Doctora, qué pasa realmente en la Argentina y como decía el Dr. Núñez De Pierro, si los datos son confiables. Uno tiene una especie, si me permiten la expresión, de sensación térmica de que la mortalidad por cáncer de mama está disminuyendo, porque cada vez encontramos y tratamos tumores más pequeños y tenemos mejores terapias adyuvantes, igual a lo que pasa en el mundo, pero no tenemos forma de ejemplificarlo o confirmarlo.

Dra. Loria: Además, es cierto que los encuentra más pequeños y los trata bien. Perdón, ¿usted dónde trabaja Doctor?

Dr. Lorusso: En el CEMIC.

Dra. Loria: No quise preguntar el lugar específicamente, sino si trabaja en ámbito público o privado. Posiblemente usted ve eso, pero no sé si en todo el país es así. Entonces, tenemos en general la imagen del lugar donde uno está bajando.

PÁGINA PARA PUBLICIDAD