

SESIONES CIENTÍFICAS

INCIDENCIA DEL CÁNCER DE MAMA EN EL PARTIDO DE NECOCHEA DIFERENCIAS EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SEGÚN ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Gustavo Melo,* Carlos Arce.**

RESUMEN

Objetivo

En el presente trabajo se describe y analiza la problemática del cáncer de mama en el período 2004-2011 en la ciudad de Necochea y su partido. Se hallaron 241 casos en dicho período y se evaluaron según incidencia, tipo histológico, tamaño tumoral, estatus ganglionar, tipo de cirugía, edad, lado de la afección, receptores hormonales de estrógeno y progestágeno, HER2/neu, estadio y mortalidad.

Material y métodos

Se realizó el estudio obteniendo los datos del laboratorio de patología en los sectores de salud público y privado, durante los años 2004-2011. En el sector público se evaluaron los hospitales Emilio Ferreyra e Irurzún, en el sector privado se evaluaron las clínicas privadas Cruz Azul y Regional. Los datos de mortalidad se obtuvieron del Registro Nacional de las Personas.

Resultados

Se halló que en el ámbito público el acceso a los servicios de salud es deficitario, consultando las pacientes en estadios más avanzados, con peor pronóstico, con menos cirugías conservadoras y por consiguiente, con mayor mortalidad.

Conclusión

Se finaliza con la certeza que deben instrumentarse estrategias publicitarias de prevención primaria, además de la consulta precoz ante los signos y síntomas de enfermedad, y si fuera posible, tamizado poblacional con mamografía, especialmente orientado a los sectores de menor acceso a la información y de bajos recursos, con la certeza que esta política será la única forma de obtener resultados más equitativos en toda la población.

Palabras clave

Cáncer de mama. Diagnóstico. Tratamiento.

* Médico del Consultorio de Patología Mamaria del Hospital Emilio Ferreira, Necochea.

** Médico integrante del Servicio de Patología Mamaria, Sanatorio Boratti, Posadas.

Correo electrónico del Dr. Gustavo Melo: melogustavodavid@gmail.com

SUMMARY

Objective

This paper is aimed at describing and analyzing the issue of breast cancer during the time period of 2004-2011 in the city of Necochea and its surrounding district. During that period, 241 breast cancer cases were found and evaluated according to incidence, histological type, tumor size, node status, type of surgery, age, side involved, estrogen and progesterone hormone receptors, HER2/neu status, stage and mortality rates.

Materials and methods

The study was carried out using data from the pathology lab both in public and private health contexts, between 2004 and 2011. As for the public health environment, the information was taken from Emilio Ferreyra Hospital and Irurzún Hospital; Cruz Azul Clinic and Regional Clinic, were used as sources of information for the private health context. Mortality rates were obtained from the National Registry of Individuals.

Results

It was found that the access to public healthcare services is deficient compared to private health care services. Patients arrive with more advanced breast cancer, poorer prognostics, less conservative surgeries and, consequently, mortality rates are higher.

Conclusion

We strongly believe that there is a need for advertising campaigns aimed at primary prevention, besides early consultation of signs and symptoms of the illness and, if possible, population screening using mammographies. These efforts should focus on the population with less access to information and fewer financial resources, so as to achieve fairer health outcomes across the whole population.

Key words

Breast cancer. Diagnostic. Treatment.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es una patología que afecta a la población mundial y, según donde se lo estudie, encontramos diferencias en incidencia y mortalidad. Si consideramos los tumores malignos femeninos, éste ocupa la principal causa de muerte en la mayoría de los países, lo que plantea una situación desafiante para el sistema sanitario de cualquier comunidad (Ministerio de Salud de la Nación, 2009).

Aunque se considera como una patología que afecta más a regiones industrializadas, la tasa de mortalidad es mayor en países en vías de desarrollo. En Argentina se combinan dos aspectos negativos, ya que en incidencia es como

los países desarrollados, y la mortalidad como las regiones de menos recursos. La tasa de mortalidad en Argentina asciende a 21,8 casos cada 100.000 habitantes en 5 años y la mortalidad absoluta es de 5.400 habitantes por año; estas cifras son superadas en América Latina sólo por Uruguay, que presenta una tasa de 24,1 casos cada 100.000 habitantes en 5 años. Los datos en nuestro país tienen los sesgos de haber sido tomados según los certificados de defunción, donde a veces no está precisada con exactitud la causa mediata de muerte específica (Viniestra, et ál. 2010).

La incidencia a lo largo del país es difícil de establecer, debido a la falta de estadísticas nacionales. Tomando los datos de las ciudades de

Concordia y Bahía Blanca (únicas localidades con registro de tumores), se infiere que son detectados 74 casos nuevos cada 100.000 habitantes por año, según GLOBOCAM (Ferlay, et ál. 2010). O sea, 17.000 nuevos casos por año.

Se ha reconocido que frente al cáncer de mama, la tasa de curación a 5 años depende del volumen de enfermedad al momento del diagnóstico. Alcanzando el 80% en los estadios 0-I, 75% en estadio II y 30% en estadio III (Hayat, et ál. 2007). Esto permite tratamientos menos agresivos, cuanto más temprano es el diagnóstico.

Para la detección precoz del cáncer de mama, son necesarias acciones que promuevan el *screening*, tratamiento y seguimiento de la población a nivel general en los sectores de salud del ámbito público y privado.

Entendemos que la situación descripta frente al cáncer de mama, sumada al hecho de que en el país no exista un registro nacional de tumores, vuelve necesario generar información que permita conocer con mayor profundidad dicha problemática; en este caso en la ciudad de Necochea, localizada al sureste de la provincia de Buenos Aires, Argentina.

Conocer las características de esta patología en la región, permitirá implementar estrategias de prevención y tratamiento adecuado. Para ello se analizaron los casos acaecidos en el período entre enero del 2005 y noviembre del 2011; atendidos en los servicios de salud de la localidad, tanto en el ámbito público como privado.

Objetivo general

Por medio del presente trabajo de investigación se pretende conocer la situación local con relación al cáncer de mama, con el propósito de obtener información acerca de la incidencia, mortalidad y problemática en el distrito y permitiendo diseñar estrategias de prevención, detección precoz y tratamiento oportuno.

Objetivo específico

- Determinar la incidencia en el distrito.
- Identificar la edad en la que se presenta dicha patología mamaria.
- Conocer la variabilidad del tamaño tumoral, tipo histológico y estatus ganglionar en los distintos casos identificados.
- Reconocer receptores de estrógeno y progesterona, diferenciar el HER2/neu para cada caso.
- Detectar la mortalidad global y causa específica.

Hipótesis

Reconocemos como base racional que a menor estadio tumoral se corresponde una mayor supervivencia, lo que se traduce en menor morbilidad y mortalidad.

Como consecuencia de lo anterior se deduce que cuando más precoz es el diagnóstico, mayor es la sobrevida y el período libre de enfermedad.

TIPO DE ESTUDIO, MATERIALES Y MÉTODOS

Se planteó un estudio de tipo retrospectivo diacrónico, en base al análisis descriptivo de casos. El mismo permitirá lograr un estado de la cuestión acerca de la incidencia del cáncer de mama en Necochea.

En primera instancia, se efectuó un relevamiento institucional del sector salud, detectando los laboratorios de patología de la comunidad. Para la colecta se utilizaron las bases de datos e información de los laboratorios identificados y se consultaron fuentes secundarias e indicadores de salud.

Como instrumento se confeccionó una ficha compuesta por las diferentes variables a indagar (número de casos, histología, tamaño tumoral,



Figura 1. Localización de Necochea en la República Argentina.

estado axilar, tipo de cirugía, lado de la afección, receptores hormonales y HER2/neu). Estas variables, se cruzaron con otras, como edad y servicio de atención de la salud (público o privado), las cuales funcionaron como descriptoras de la población afectada.

La ciudad de Necochea es cabecera de un partido homónimo, ubicado al sudeste de la provincia de Buenos Aires (República Argentina), cuya superficie es de 4.455 km² y su densidad de población es de 20 habitantes por km² (Figura 1).

Con el fin de caracterizar brevemente la localidad y su población, diremos que el núcleo urbano Necochea y Quequén está situado a 500 km de la Capital Federal de la República Argentina y dista 120 Km de la localidad de Mar del Plata, ciudad con la cual se mantienen múltiples contactos comerciales y en relación a la atención de salud.

La actividad económica primaria de la localidad gira en torno al sector agropecuario, en coordinación con la exportación portuaria. El

desarrollo industrial es escaso y el sector comercial y de servicios se encuentra en incipiente desarrollo. Por otra parte, si bien Necochea siempre ha tenido potencial turístico, la explotación y el crecimiento del mismo se ha incrementado notoriamente en los últimos años.

Según los datos oficiales del año 2010, la población total de la localidad es de 92.933 habitantes, siendo 44.420 varones y 48.513 mujeres (Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010).

El sector salud

La organización del sector salud local se caracteriza por una cobertura compartida entre el sector público, el sector de obras sociales y el sector privado, que se complementan tanto a nivel de la provisión de servicios, como en términos de financiamiento y coordinación en el aseguramiento social.

Instituciones públicas del sector salud de la ciudad de Necochea

El área de salud de la localidad se halla encabezada por la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Necochea. Esta dependencia del estado municipal tiene a su cargo la administración de fondos y recursos en torno al campo de la salud, ya sea que hablemos de insumos, medicamentos o equipamientos.

Las dependencias del área de salud pública para la ciudad de Necochea son el Hospital Municipal Dr. Emilio Ferreyra y los centros de atención primaria de la salud (CAPS) con anclaje barrial, que ascienden a un total de ocho. Estos enclaves son los que se localizan en la ciudad de Necochea, contando con otras dependencias del sistema de salud local:

- Los establecimientos para la atención de salud pública de la ciudad de Quequén, específicamente el Hospital José Irurzún y los cuatro CAPS con anclaje barrial.

- Los centros de atención pública de la salud del interior del partido de Necochea, correspondientes a cuatro delegaciones: La Dulce, Claraz, J. N. Fernández y Ramón Santamarina.

Instituciones privadas del sector salud de la ciudad de Necochea

Habiendo descripto sucintamente la composición del sector de atención pública de salud, caracterizaremos ahora la dinámica del sector privado, considerando clínicas y consultorios.

En la ciudad de Necochea existen dos clínicas privadas para la atención integral de la salud. Clínica Regional y Clínica Cruz Azul. En ambas se prestan servicios de atención de diferentes especialidades médicas y se atienden diversas obras sociales, así como las coberturas públicas IOMA (Instituto de Obra Médica Asistencial) y PAMI (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados).

Si nos enfocamos en los consultorios privados, los servicios de atención se nuclean básicamente por especialidades, contando con un total de 215 profesionales, de 30 especialidades diferentes (alergias e inmunología, anatomía patológica, anestesiología, cardiología, cirugía, clínica médica, dermatología, diagnóstico por imágenes, ecografía general, endocrinología, gastroenterología, hematología, infectología, medicina general, nefrología, neumonología, neurocirugía, neurología, obstetricia y ginecología, oftalmología, oncología, ortopedia y traumatología, otorrinolaringología, pediatría, neonatología, práctica general, psiquiatría, reumatología, terapia intensiva y urología).

Con relación a recursos humanos y servicios referentes al tratamiento del cáncer de mama, en la comunidad se encuentran ejerciendo 22 médicos ginecólogos y algunos cirujanos generales; los mismos trabajan tanto en sus consultorios privados, como en las clínicas, y en muchos casos, los mismos profesionales también trabajan en el sector público, con días de con-

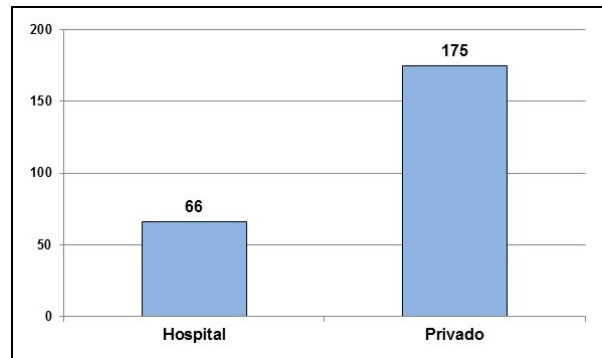


Figura 2. Número de casos.

sulta en los hospitales municipales. Son dos los laboratorios que realizan análisis patológicos, uno privado y el otro dependiente del Hospital Municipal.

Los datos generados a partir de los distintos objetivos específicos, se tradujeron en información sobre la evolución, tratamiento y pronóstico de los diferentes casos, permitiéndonos clasificarlos y diferenciarlos por tipos. Además, se pudo identificar el tipo de población y grupo etario más susceptible, lo que permitirá una mejor planificación de acciones preventivas frente a posibles casos.

Se obtuvieron los datos de la base informática del laboratorio de patología, del hospital y del ámbito privado.

RESULTADOS

En base a la lectura bibliográfica y al análisis de fuentes secundarias, pudimos reconocer que la incidencia a lo largo del país es diferente. La incidencia anual para Necochea es de 34,4 casos cada 100.000 habitantes por año, lo cual contrasta con la incidencia a nivel nacional que se encuentra en 74 casos cada 100.000 habitantes por año, según el GLOBOCAM (Ferlay, et ál. 2010).

El análisis desgregado de los datos nos permitió conocer que los casos registrados en el período reportado (2005-2011) fueron 241 pacientes, de las cuales 175 pacientes se atendieron en

Tipo histológico	n
Ductal invasivo	203
Lobulillar invasivo	19
Ductolobular	2
Medular	1
Papilar	3
Ductal in situ	13

Tabla I

el sector privado (72,7%) y 66 pacientes en el ámbito público (27,3%) (Figura 2).

Tipo histológico

Diferenciando el tipo histológico del tumor, pudimos conocer que existe variabilidad, con amplia preponderancia del carcinoma ductal invasivo (Tabla I y Figura 3).

Tamaño tumoral

El tamaño tumoral se asocia al pronóstico y sobrevida. En la localidad de Necochea, identificamos grandes diferencias entre quienes se atendieron en el sector público y privado. Ob-

Sector público		Sector privado	
In situ	Ningún caso	In situ	14 casos
T1	17 casos	T1	87 casos
T2	33 casos	T2	76 casos
T3-T4	16 casos	T3-T4	12 casos

Tabla II. Tamaño tumoral.

servamos que en los hospitales, la mayoría fueron tumores T3-T4, presentando un panorama inverso al del ámbito privado, en el cual la mayoría de los casos correspondían al nivel T1 (Tabla II).

Como se puede apreciar en el gráfico (Figura 4), en el ámbito privado se presenta una proporción mayor de T1 y T2. Se puede agregar que el hallazgo de tumores in situ, sólo se vio en el ámbito privado.

Estatus ganglionar

Encontramos sobre 241 pacientes, 66 casos axilas negativas, correspondiendo 56 casos al grupo atendido en el privado y 10 casos al tratado en el hospital. En 25 casos la axila no fue explorada; en 14 casos por ser in situ (privado)

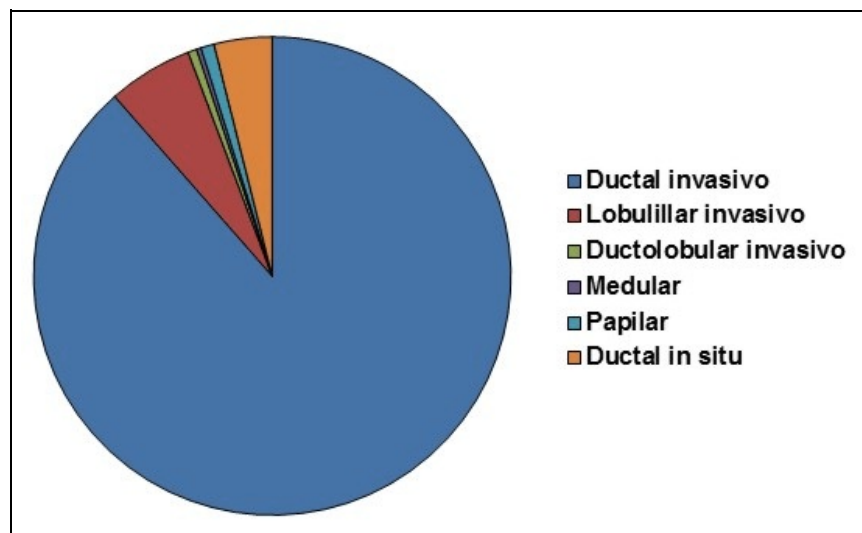


Figura 3. Clases histológicas.

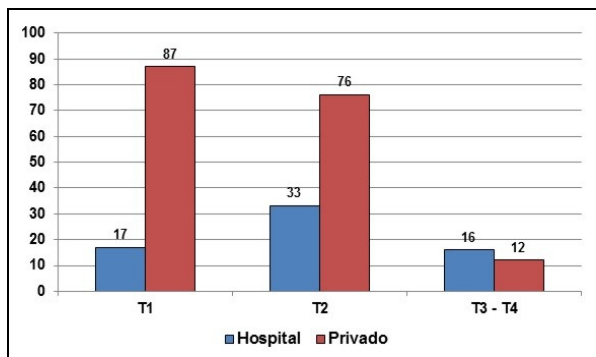


Figura 4. Tamaño tumoral sobre el total de 241 casos (privado 175 casos; hospital 66 casos).

y en 11 casos no se pudo determinar el motivo (7 casos en el hospital y 4 casos en privado) (Figura 5).

Tipo de cirugía

Sobre el total de casos identificados, el 74% fueron tratadas mediante cirugías conservadoras y para el 26% restante se efectuaron mastectomías.

Si diferenciamos entre las dos poblaciones (aquellas mujeres que se atienden en el sector público y aquellas que se atienden en privado) encontramos que en el hospital se realizaron

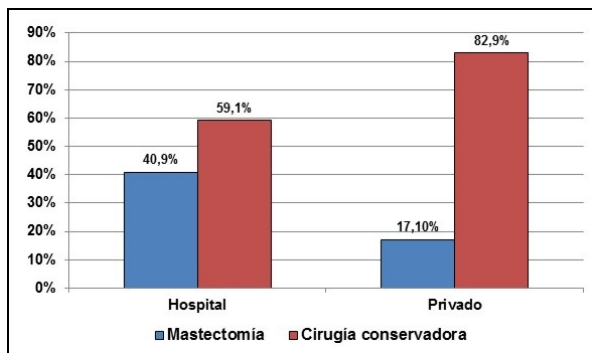


Figura 6. Tipo de cirugía según el lugar de atención.

40,9% de mastectomías y 59,1% cirugía conservadora, contrastando con el sector privado con 17,1% de mastectomías y 82,9% conservadoras.

Por medio de este gráfico (Figura 6) podemos observar que las cirugías conservadoras fueron mayoría en el ámbito privado. Se resalta que en el sector de salud pública, se cuenta con la posibilidad de realizar los mismos tratamientos que en el sector privado. Tanto en materia de cirugías, como de tratamientos adyuvantes, contando con oncólogo y con tratamiento radiante en la ciudad de Mar del Plata, con un transporte municipal a disposición de las pacientes.

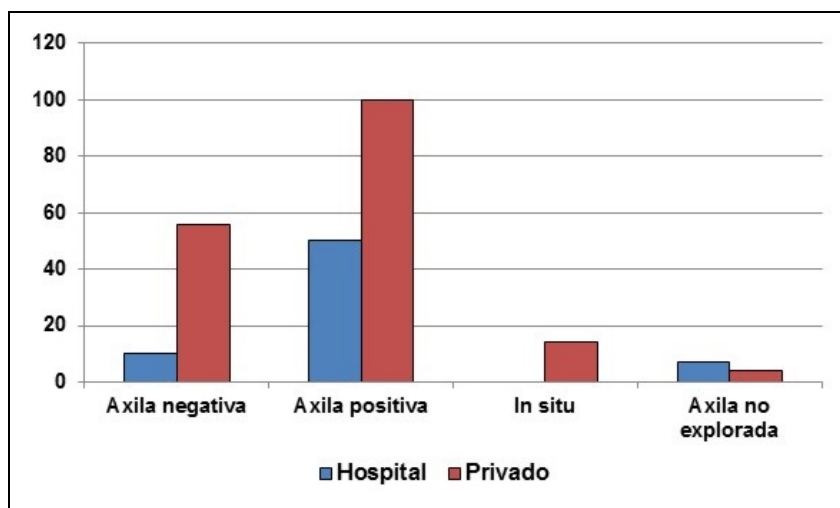


Figura 5. Estatus ganglionar sobre el total de 241 casos.

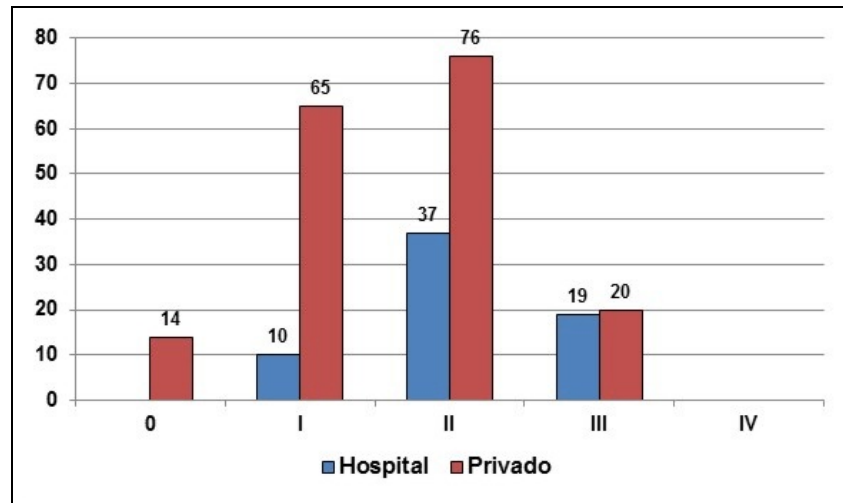


Figura 7. Dispersión según estadio (número absoluto de casos).

Edad y lado de afección

Sobre 241 pacientes encontramos 113 casos en mama izquierda y 128 casos en mama derecha.

En cuanto a la edad sólo 35 de 241 pacientes fueron menores o iguales a 49 años; resultando en su mayoría mujeres en etapa posmenopáusica.

Receptores de estrógeno, progesterona y HER2/neu

El análisis de los receptores para estrógeno y progesterona arrojó como resultado que el 75% de los casos eran positivos y el 25% restante negativos.

En el caso del HER2/neu se reportaron 189 determinaciones (2005-2011). En el hospital 19,0% fueron positivos, 7,8% dudosos y el resto negativos. Mientras que en privado 7,6% positivos, 4,0% dudosos y el resto negativos.

Estadio

El reconocimiento de los estadios permite presuponer la sobrevivida a 5 años, que en esta-

do 0 y I es de 80%, estadio II 75% y estadio III 30% (Hayat, et ál. 2007).

Como se puede observar en el gráfico (Figura 7), en la comunidad hospitalaria no hubo estadio 0, 10 casos fueron estadio I, 37 casos estadio II y 19 casos estadio III. En el ámbito privado fueron 14 casos estadio 0, 65 casos estadio I, 76 casos estadio II y 20 casos estadio III.

No se constatan casos estadio IV al momento del diagnóstico inicial posquirúrgico.

Estos valores contrastan con los números en la población de Estados Unidos, donde estadios 0 y I suman el 55% y estadios II el 35% (Ortobagyi, et ál. 2005). Situación muy diferente en nuestra población, donde en el ámbito privado los porcentajes entre estadio 0 y I suman 40% y estadio II 43%. Siendo para la comunidad hospitalaria 15% y 56%, respectivamente.

Mortalidad

Los datos de mortalidad fueron obtenidos a través de los certificados de defunción del Registro Nacional de las Personas, en los cuales se halla como primera causa de muerte el diagnóstico de paro cardiorrespiratorio no traumático; y como segunda causa lo que el médico certifi-

te crea correcto. Por supuesto que esto está sesgado, ya que a veces la muerte fue por un motivo que nada tuvo que ver con el cáncer de mama previo, y en otras ocasiones se pone como primera causa de muerte otra patología, siendo el cáncer de mama el verdadero motivo del deceso. Para nuestro trabajo encontramos que el valor total de fallecidos hasta el 30 de abril de 2012 (dentro de nuestros 241 casos) son 32 pacientes; con 13 casos que tienen como segunda causa de muerte cáncer de mama. A su vez esto está comprendido entre los años 2005-2011 en 92.933 habitantes, (o sea, en 7 años). Si lo extrapolamos a 5 años, cada 100.000 habitantes, la cifra es de 24 pacientes como mortalidad global (40% mortalidad específica por cáncer de mama). Cifra comparable con la mortalidad en Capital Federal que es de 28 cada 100.000 por quinquenio (según Viniegra, et ál. 2010). Para finalizar del total de fallecidas (32), 14 casos corresponden al hospital, lo cual coincide con lo avanzado de la enfermedad al momento de la consulta.

DISCUSIÓN

Podemos afirmar que según nuestros datos, en primer término, contamos con una incidencia del problema mucho menor que la media nacional (34,4 contra 74,0 casos cada 100.000 habitantes por año). Sin embargo, este dato debería retomarse en otro estudio por medio del cual se pudiera comprobar que porcentaje del total de casos, corresponde a migración espontánea hacia otra ciudad.

En segundo lugar debemos resaltar la gran diferencia en el acceso a la salud entre las dos poblaciones estudiadas; habiéndose hallado en el ámbito hospitalario (público) tumores más voluminosos, con mayor cantidad de ganglios positivos, menos estudios de receptores y HER2/neu, más cantidad de mastectomías y mayor mortalidad con relación al número de casos, (hospital 14 fallecidas sobre 61 casos y privado

17 fallecidas sobre 175 casos).

Si comparamos según estadio al momento del diagnóstico, claramente se llega más tarde a la consulta que en los países desarrollados. Lo que permite explicar, en parte, la mayor morbilidad y mortalidad presentada en nuestro contexto.

En base a la información generada, vemos que hay mucho por hacer. Se debería planificar campañas de promoción, prevención con control anual de la población y generar estrategias para garantizar mayor equidad en el acceso a la salud. Quizá una manera sea la implementación de *screening* diagnóstico y las campañas publicitarias donde se preconicen ciertos hábitos tendientes a la prevención primaria.

Siendo el cáncer de mama un problema real de salud pública, es momento de implementar medidas a nivel local y nacional, con normativas que sean llevadas a cabo en forma igualitaria para toda la población, y que puedan ser sostenidas en el tiempo.

CONCLUSIONES

Se considera que según los datos hallados y tal como lo suponíamos en nuestra hipótesis de trabajo, la población atendida en el sector público no se presenta en fases tempranas de la patología, sino en estadios más avanzados, resultando en cirugías más radicales. Todo se traduce en un mayor esfuerzo por parte del equipo de salud y en peores resultados en términos de calidad de vida y supervivencia, haciendo visible inequidades en el tratamiento y pronóstico del cáncer de mama.

Agradecimientos

A los médicos patólogos, María Lorenzo Paz y Daniel Cabral, quienes aportaron en forma desinteresada los datos del laboratorio, tanto en el hospital como privado.

A la licenciada en antropología Lourdes

Poujol, quien apoyó y guió en la construcción de dicho trabajo, desde su inicio hasta el final.

A la señora técnica de laboratorio Mirta Ferrari, quien aportó en forma práctica los datos a examinar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boletín de Vigilancia de Enfermedades no Transmisibles y Factores de Riesgo N° 1, del Ministerio de Salud de la Nación) (MSAL 2009).
2. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No.10 [Internet]: Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>, 2010.
3. Hayat MJ, Howlader N, Reichman ME, Edwards BK. Cancer statistics, trends, and multiple primary cancer analyses from the surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program. *Oncologist* 2007; 12: 20-37.
4. Hortobagyi GN, de la Garza Salazar J, Pritchard K, Amadori D, Haidinger R, Hudis CA, Khaled H, Liu MC, Martin M, Namer M, O'Shaughnessy JA, Shen ZZ, Albain KS, ABREAST Investigators. The global breast cancer burden: variations in epidemiology and survival. *Clin Breast Cancer* 2005; 6: 391-401.
5. Viniegra, et ál. Informe cáncer de mama en Argentina, organización, cobertura, y calidad de las acciones de prevención y control. OMS, 2010.
6. INDEC. Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010.

DEBATE

Dr. Elizalde: Quisiera hacer una pregunta y después una observación. ¿El estadio 0 es el carcinoma in situ?

Dr. Melo: Sí.

Dr. Elizalde: El 100% de sobrevida. Usted puso estadio 0 y I, 80% de sobrevida.

Dr. Melo: Porque estaba involucrado el estadio 0 y el I.

Dr. Novelli: Lo que sesga es el estadio I.

Dr. Elizalde: Claro, pero, por eso digo, el estadio 0 no debería estar incluido. La segunda cosa, de acuerdo a todo lo que leyó, me surge

que no es un problema de equidad, porque el hospital público les brinda las mismas posibilidades. Me parece que no es equidad en lo que hace a tratamiento y a conductas terapéuticas; me parece que es más un problema de educación. Siempre digo que la única vacuna universal contra toda enfermedad es la educación y debemos apuntar más a educar a la población, porque ustedes tienen la posibilidad en el hospital público, incluso tienen a disposición transporte público que los llevan a Mar del Plata, que donde supongo le harán el tratamiento de quimioterapia, la radioterapia adyuvante, la hormonoterapia o lo que fuera, en forma gratuita. Hay que trabajar sobre la educación de la población y en eso la Sociedad está comprometida absolutamente y estamos con campañas dirigidas específicamente a la población. Usted va a escuchar desde cosas muy banales, como puede ser la pregunta del corpiño. El último artículo que sacamos del corpiño con aro que todos deben haber leído y que hemos tenido una réplica nacional infernal. Nos han llamado de todos lados, por si el aro produce cáncer o no. Esta fantasía fue respondida y fue la verdad. Tuvimos réplica en diarios y en muchos medios, porque fue importante. Esto es lo que hay que hacer, es educar a la población. Pienso que al control en salud tiene que venir cuando no tiene nada. Ya no importa si va al público o al privado, porque le pueden ofrecer lo mismo.

Dr. Melo: Sí, la oferta es igual. De hecho la mayoría de los médicos trabajan en los ambos lados.

Dr. Elizalde: De todas maneras, muy valioso porque es difícil trabajar en un lugar pequeño y hacer una producción científica, así que, por lo menos en mi caso, lo felicito.

Dr. Lebrón: Bueno ante todo quisiera felicitar a los doctores por haber traído a este ámbito desde una localidad como Necochea. Me imagino no debe ser nada fácil conseguir todos los datos que presentaron y que honra un poco a la Sociedad que desde Necochea traigan este

aporte, que creo que es de sumo interés. No sé si usted está en el privado.

Dr. Melo: En el privado y en el público.

Dr. Lebrón: Usted saca los datos de los dos ámbitos, digo.

Dr. Melo: La verdad es que desde que hice el curso bienal estoy a cargo del consultorio del hospital, el único integrante.

Dr. Lebrón: ¿Cuál es el hospital?

Dr. Melo: Se llama Emilio Ferreyra.

Dr. Lebrón: Aparte de estas felicitaciones, como una observación, ustedes tienen una sobrevida bastante alta. La sobrevida que presentaron en estadios I, II y III es más alta que lo habitual. Pienso que se debe un poco a que ustedes están tomando sobrevida a 5 años. Creo que en mama, desde hace muchísimos años se dice que una paciente se puede considerar curada cuando pasaron 10 años del tratamiento. Puede estar ahí la diferencia.