

# Cobertura de examen clínico y mamografía de tamización para cáncer de mama en mujeres bogotanas

## Breast Cancer Screening Coverage with clinical examination and Mammography Among insured women in Bogota

Walter Arboleda<sup>1,2</sup>, Raúl Murillo<sup>1</sup>, Marion Piñeros<sup>1</sup>, Fernando Perry<sup>1</sup>, Sandra Díaz<sup>1</sup>, Édgar Salguero<sup>1</sup>, Oswaldo Sánchez<sup>1</sup>, César Poveda<sup>1</sup>, Carolina Casas<sup>1</sup>, Lina Rincón<sup>1</sup>, Yolanda Rueda<sup>1</sup>, Dimelza Osorio<sup>1</sup>

1 Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá, Colombia.

2 Fundación Universitaria Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia.

## Resumen

**Objetivo:** Determinar la cobertura de examen clínico y mamografía de tamización para cáncer de mama en un grupo de mujeres bogotanas afiliadas a seguros de salud. **Métodos:** Se realizó una encuesta telefónica a 4.526 mujeres entre 50 y 69 años, residentes en Bogotá y en municipios vecinos, afiliadas a tres compañías de seguros de salud. Se excluyeron las mujeres con antecedente personal de cáncer de mama. La cobertura de tamización se valoró como la proporción de mujeres con antecedente de mamografía y examen clínico de la mama. Se estimó la frecuencia en la vida, en los últimos dos años y en el último año. Se analizaron factores asociados a la práctica de tamización, mediante el cálculo de OR ajustados. **Resultados:** La frecuencia de vida de uso del examen clínico y mamografía fue de 59,3% y 79,8% respectivamente; el 49,7% y el 65,6% de las mujeres se realizó los exámenes con fines de tamización; el resto, con fines diagnósticos (sintomáticas). El 34,2% tenía examen clínico en el último año, y el 54%, mamografía en los últimos dos años. La educación y el antecedente familiar de cáncer de mama estuvieron asociados a la práctica de tamización. **Conclusiones:** La cobertura de examen clínico de la mama como método de tamización es baja. Las coberturas de mamografía son superiores a lo exigido por el sistema colombiano, pero inferiores a las coberturas útiles reportadas en países desarrollados.

**Palabras clave:** mamografía, tamizaje masivo, neoplasias de la mama, palpación, Colombia.

Correspondencia

Raúl Murillo. Subdirección de Investigaciones y Salud Pública, Instituto Nacional de Cancerología. Av. 1ª No. 9-85. Bogotá, Colombia.  
Tel.: (57-1) 334 1360.

Correo electrónico: rmurillo@cancer.gov.co

Fecha de recepción: 12 de diciembre del 2008. Fecha de aprobación: 2 de junio del 2009.

## Abstract

**Objectives:** To determine the coverage of clinical breast examination (CBE) and mammography for screening of breast cancer among a group of insured women in Bogotá. **Methods:** A telephone survey was carried out with 4,526 women between the ages of 50 and 69, residing in Bogotá or its suburbs, who were insured by one of three commercial health plans. Women with a history of breast cancer were excluded. Screening coverage was estimated as the proportion of women who had had a mammography or CBE. Estimates were established for lifetime frequency, two years prior the survey, and one year prior the survey. Factors associated with screening procedures were analyzed with calculations based on adjusted OR. **Results:** Lifetime frequency of CBE was 59.3% and 79.8% for mammography; and 49.7% and 65.6% of women respectively underwent the tests for screening purposes; the remainder, for diagnostic purposes (breast symptoms). CBE reported a 34.2% one year coverage and mammography reported a 54% two years coverage. Screening was associated to cancer education and family history of breast cancer. **Conclusion:** Coverage of CBE for screening purposes is low. Mammography coverage is above that required by the Colombian Health Ministry, but below that reported by developed countries.

**Key words:** Mammography, mass screening, breast neoplasms, palpation, Colombia.

## Introducción

El cáncer de mama es el tumor maligno más diagnosticado y la segunda causa de muerte por patología maligna en las mujeres de todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 1,2 millones de mujeres contraerán anualmente cáncer de mama, y de ellas el 18% estará en América Latina (1).

Pese a que Colombia, desde la perspectiva global, se localiza entre los países con incidencia intermedia de cáncer de mama (TAE 30,3 por 100.000) frente a naciones desarrolladas como Estados Unidos (TAE 101,1 por 100.000), esta enfermedad representa una carga creciente entre las mujeres colombianas, a tal punto que hoy su incidencia no difiere mayormente de la de cáncer de cuello uterino (TAE 36,4 por 100.000), el cual es considerado como el mayor problema de salud pública relativo al cáncer en nuestro país (2).

Igualmente, la mortalidad por esta enfermedad ha mostrado un incremento constante durante las últimas décadas, y hoy es la tercera causa de muerte por cáncer en la población de mujeres colombianas (3). A diferencia de lo observado en el resto del país, en Bogotá la mortalidad se redujo en un 25% entre 1981 y 2000 (4).

Algunos modelos que evalúan la efectividad de la tamización y el tratamiento en la reducción de mortalidad por cáncer de mama plantean que, quizás, la terapia adyuvante tiene una contribución similar, para este propósito, a la de la tamización (5).

A pesar de que la evidencia sobre la eficacia de la tamización de cáncer de mama con mamografía es controversial (6-8), existe un relativo consenso acerca de la capacidad de esta tecnología para reducir la mortalidad por cáncer de mama entre un 25 y un 30% en la población de 50 a 69 años (5,6). Contrariamente, el autoexamen de mama no ha mostrado ser útil para disminuir la mortalidad, y en cuanto al examen clínico no hay evidencia que soporte su uso como método único de tamización (9-11); sin embargo, se ha encontrado que puede ser beneficioso dentro de un programa de tamización que incluya mamografía.

Colombia no tiene un programa de tamización, y existen algunas normas que abordan el tema, pero que no suplen los objetivos de esta (Fig. 1). La frecuencia de uso de la mamografía en mujeres mayores de 60 años en ciudades latinoamericanas y del Caribe oscila entre el 8,2% (La Habana) y el 30,2% (São Paulo) (12). Según la Encuesta Nacional