

La continuidad asistencial como requisito indispensable para un programa de cribado

Martín Caicoya
Coordinación de programas
Dirección General de Calidad e Innovación
Principado de Asturias

PRINCIPLES AND PRACTICE OF SCREENING FOR DISEASE

J. M. G. WILSON

*Principal Medical Officer, Ministry of Health,
London, England*

G. JUNGNER

*Chief, Clinical Chemistry Department, Sahlgren's Hospital,
Gothenburg, Sweden*



WORLD HEALTH ORGANIZATION

GENEVA

1968

James Maxwell Glover Wilson

b.31 Aug 1913 d.31 Dec 2006

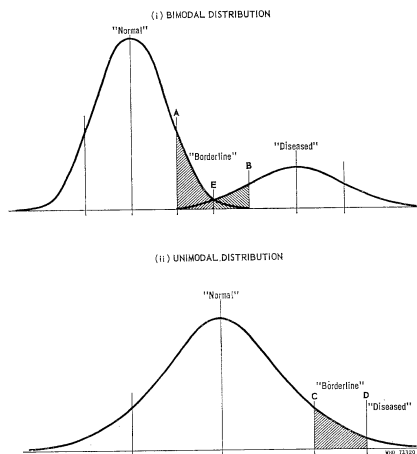
MRCs LRCP(1937) MB BChir Cantab(1938) MRCP(1947)

FRCP(1966) FFPHM(1972) FRCP Edin(1981)

- Max returned from India in 1957 and took up the post of senior medical officer at the Ministry of Health.
- It is during this period that Max really influenced medicine and health policy in the UK.
- Dick Cohen, followed by Sir Douglas Black were the chief scientists. Although he was offered the post of deputy chief medical officer in 1976, he became disillusioned with the department
 - Walter Holland

**Gunner Jungner. Chief of the Clinical Chemistry
Department of Sahlgren's Hospital in Gothenburg, Sweden**

FIG. 2. DISTRIBUTION OF A VARIABLE IN A POPULATION



The object of screening for disease is to discover those among the apparently well who are in fact suffering from disease. They can then be placed under treatment and, if the disease is communicable, steps can be taken to prevent them from being a danger to their neighbours. In theory, therefore, screening is an admirable method of combating disease, since it should help detect it in its early stages and enable it to be treated adequately before it obtains a firm hold on the community.

In practice, there are snags. In developing countries there is as a rule

Shapiro S, Strax P, Venet L (1966). "Evaluation of Periodic Breast Cancer Screening With Mammography". *Journal of the American Medical Association (JAMA)* **195**(9): 111.



Los sesgos y el H.I.P Study

- **Lead time in breast cancer detection and implications for periodicity of screening.**

Sam Shapiro, Judith D. Goldberg and George B. Hutchison

Am J Epidemiol. 1974 Nov;100(5):357-66.

LOS VIEJOS Y BUENOS CRITERIOS DE CRIBADO

1. Problema de salud importante.
2. Tratamiento aceptable en pacientes con enfermedad reconocida.
3. Recursos para el diagnóstico y tratamiento.
4. Estadio preclínico o latente reconocible.
5. Test adecuado.
6. Test aceptable por la población.
7. Conocer la historia natural de la enfermedad.
8. Acuerdo sobre a quién tratar como paciente.
9. Estrategia coste/efectiva-al compararla con otras de salud.
10. Proceso mantenido.

Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years

Anne Andermann, Ingeborg Blancquaert , Sylvie Beauchamp , Véronique Déry
BLT 86, 2008

1. El cribado debe responder a una necesidad reconocible.
2. Los objetivos deben definirse al inicio.
3. Población diana definida.
4. Evidencia científica de su efectividad.
5. Integrar educación, cribado, servicios clínicos y gestión del programa.
6. Control de calidad con mecanismos para minimizar los riesgos potenciales.
7. Asegurar elección informada, confidencialidad y respeto por la autonomía.
8. Promover equidad y acceso a cribado para la totalidad de la población diana.
9. La evaluación debe estar planificada desde el inicio.
10. Los beneficios globales del programa superan los riesgos.

Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years

Anne Andermann, Ingeborg Blancquaert , Sylvie Beauchamp , Véronique Déry
BLT 86, 2008

- **Evidencia científica de su efectividad.**
- La detección precoz se justifica si tratar la enfermedad en estadios tempranos es más beneficioso que tratar cuando se presentan con signos y síntomas.
- Ahora demostrarlo es más complicado por el cribado oportunista. Véase lo que ocurrió con el cáncer de próstata

LOS VIEJOS Y BUENOS CRITERIOS DE CRIBADO

- Conocer la historia natural de la enfermedad
- Tratamiento aceptable y útil
- Recursos para el diagnóstico y tratamiento
- Acuerdo sobre a quién tratar y no tratar

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

- No existe tal cosa como curso natural, predecible.
- Hay un abanico de posibilidades asociadas a probabilidades que pueden aquilatarse en mayor o menor grado dependiendo del agente, el huésped y las circunstancias donde interaccionan.



VARIABILIDAD

- Es una constante en la naturaleza
- Stephen J Gould resalta la variabilidad en los proyectos corporales de los seres vivos en el cámbrico como fuente de resistencia, en contraste con la uniformidad de los proyectos en el mundo actual
- *Wonderful Life* by Stephen J. Gould

VARIABILIDAD

- La variabilidad en la frecuencia cardiaca, medida latido a latido, es un indicador de buen pronóstico en pacientes con riesgo de arritmias.
- La rigidez es predictor de arritmias que pueden ser fatales

VARIABILIDAD

- La variabilidad no es una condición necesaria sino una consecuencia de la flexibilidad y adaptabilidad a las condiciones cambiantes.
- En si misma no es un merito.

VARIABILIDAD

- La pregunta que nos hacemos es ¿cómo reconocemos lo que es a través de la variación?
- En nuestro caso, ¿cómo reconocemos la enfermedad?

VARIABILIDAD EN EL ARTE

- André Lhot: las invariante plásticas
 - El diseño o dibujo o signo expresivo, que preexiste a todo color o modelo
 - El color u oposición de tonos calientes y fríos
 - El valor u oposición de sombras y luces
 - Todo ello dispuesto según las necesidades del ritmo

A la recherche des invariants plastiques

VARIABILIDAD

- NO HAY ENFERMEDADES...

SINO ENFERMOS.

VARIABILIDAD

- DE ESTO SE DEDUCE QUE
HAY TANTAS PRÁCTICAS
MÉDICAS COMO ENFERMOS



VARIABILIDAD

- Pierre-Charles Alexandre Louis (1782-1872): "L'examen des malades et la recherche des faits généraux". Paris 1837.
- Buscar lo que es permanente en el cambio
- Es la base de la epidemiología

Acuerdo sobre a quién tratar y a quién no tratar

- La historia natural de la tuberculosis es compleja.
- Sólo el 2% de los infectados enfermarán, la mayoría los dos primeros años desde la infección
- Cuando se hace detección precoz, no siempre se trata a las personas mayores de, por ejemplo, 50 años porque el riesgo del tratamiento supera a los beneficios de evitar la enfermedad.
- La probabilidad de que estén infectados desde hace años es alta: su riesgo de enfermar inferior al 0,1%. Este riesgo se reduce en el 60% con tratamiento al coste de tomar medicación y posibles complicaciones.
- Tomamos decisiones en base a probabilidades y riesgos.

Acuerdo sobre a quién tratar y a quién no tratar

- Si se hace detección precoz en cáncer hay que tratar siempre los casos descubiertos.
- Porque es una enfermedad potencialmente mortal.
- Nos gustaría tratar solamente los que fueran a producir la muerte en el paciente.
- No conocemos bien la historia natural de la enfermedad. Tenemos vagas ideas en cuanto a la velocidad progresión.
- Esto define la periodicidad, y no el riesgo.

RIESGO FRENTE A VELOCIDAD

- Si el riesgo de cáncer se multiplica por 2 o por 10, por exposiciones, por ejemplo uso de estrógenos-progestágenos para la mama, o hx familiar positiva, mientras la velocidad de progresión no varíe, no hay ninguna razón para hacer cribado más frecuentemente.
- El riesgo modifica la eficiencia del cribado, no la efectividad. Si la incidencia es baja se salvarán menos vidas, pero el impacto será idéntico: disminución de la mortalidad 20%, 30% o el que sea.

DETECTAR PARA INTERVENIR

- El objetivo de un programa de detección, aunque lleve ese nombre, es tratar en un momento de la hx natural que es más vulnerable.
- Sin embargo, no es raro que los programas de detección precoz se concentran en eso: en la detección

DETECTAR PARA INTERVENIR

- La detección es un programa de salud pública.
- Pero el diagnóstico es un proceso clínico que realizan los servicios clínicos.
- Y no digamos el tratamiento...
- Aquí aparece el primer escollo.

DETECTAR PARA INTERVENIR

- Por eso los programas de detección viajan dentro de la organización, unas veces están en salud pública, otras en un organismo mixto, otras en los servicios clínicos y siempre bajo la tutela de varios estamentos.
- Muchos jefes...y teóricamente, mucha (des) coordinación.

Todos somos iguales, pero algunos más iguales que otros

- Los cánceres detectados ¿son más iguales que otros?
- ¿Por qué más responsabilidad con ellos que con un ciudadano que descubrió su cáncer casualmente?

Todos somos iguales, pero algunos más iguales que otros

- La eficacia de un programa de cribado no reside en la detección, que es la llave, sino en el tratamiento adecuado de los casos detectados.
- El mismo derecho que tienen los que se detectan en la actividad ordinaria.
- El sistema debe asegurar la calidad para todos.

Todos somos iguales, pero algunos más iguales que otros

- Hacer bien lo que hay que hacer en el momento oportuno.
- Y evaluar los procesos y los resultados.
- Eso se llama guía de práctica clínica.
- En el caso del cribado, las guías han de comprender todas las acciones.
- En Asturias se denominan: Programas Clínicos de Atención Interdisciplinar.

PCAI

- Cáncer de mama
- Cáncer de intestino grueso
- Cáncer de próstata
- Ictus
- Cardiopatía isquémica
- EPOC
- Ansiedad

PCAI

- Diabetes
- Hipertensión
- Depresión
- Dolor crónico músculo-esquelético
- Demencia
- Alcoholismo
- Embarazo-parto-puerperio

ASPECTOS CLÍNICOS CUBIERTOS

- Detección precoz del cáncer de mama.
- Diagnóstico radiológico: clasificación de las lesiones radiológicas y actuaciones según tipo de lesión mamaria.
- Diagnóstico anatomopatológico:
 - Punción biopsia con aguja fina, Biopsia con aguja gruesa y Biopsia escisional/Tumorectomía.
 - Protocolo macroscópico de las piezas quirúrgicas de mastectomía.
 - Especímenes de la disección axilar. Manejo del ganglio centinela.

ASPECTOS CLÍNICOS CUBIERTOS

- Diagnóstico y estadificación de la enfermedad.
- Tratamiento local del cáncer de mama. Tratamiento quirúrgico conservador. Tratamiento quirúrgico radical. Cirugía de la axila. Tratamiento radioterápico en cáncer de mama.
- Criterios de actuación en el tratamiento adyuvante.
- Criterios de actuación en el tratamiento sistémico primario (neoadyuvante).
- Integración y secuencia del tratamiento locorregional y sistémico.

ASPECTOS CLÍNICOS CUBIERTOS

- Seguimiento y apoyo social.
- Calidad de vida y secuelas de tratamiento.
- Tratamiento de las recurrencias y de las metástasis.
- Consejo genético.
- Otras situaciones: Enfermedad de Paget en el hombre, cáncer de mama en el hombre, cáncer oculto de mama, segunda neoplasia en la misma mama, carcinoma in situ, carcinoma bilateral, cáncer de mama y embarazo y otros tumores.

. RECOMENDACIONES CLAVE

- Se recomienda el cribado mediante mamografía bienal en la mujeres entre 50-69 años.
- Valorar cada caso diagnosticado de forma individual y en el contexto de un equipo multidisciplinar
- La demora para tratamiento quirúrgico del cáncer de mama no debe ser superior a 4 semanas
- Los datos histopatológicos obligados para la toma de decisiones son: el tamaño del tumor, el grado de diferenciación, la afectación ganglionar, la invasión vascular, el estado de los receptores hormonales, y la presencia de sobreexpresión el HER-2

. RECOMENDACIONES CLAVE

- La cirugía conservadora seguida de radioterapia está indicada en el tratamiento loco-regional de los tumores en estadio I y II, en ausencia de factores que lo contraindiquen.
- Se debe indicar radioterapia complementaria tras la cirugía en las siguientes situaciones: cirugía conservadora, tumores mayores de 5 cm, afectación de más de 3 ganglios en la axila, o cirugía axilar inadecuada.
- La hormonoterapia es eficaz en todas las mujeres con presencia de receptores hormonales en el tumor, independientemente de ningún otro factor.
- La quimioterapia de combinación mejora la supervivencia en mujeres con cáncer de mama menores de 70 años. La evaluación del riesgo familiar será realizada en atención especializada.

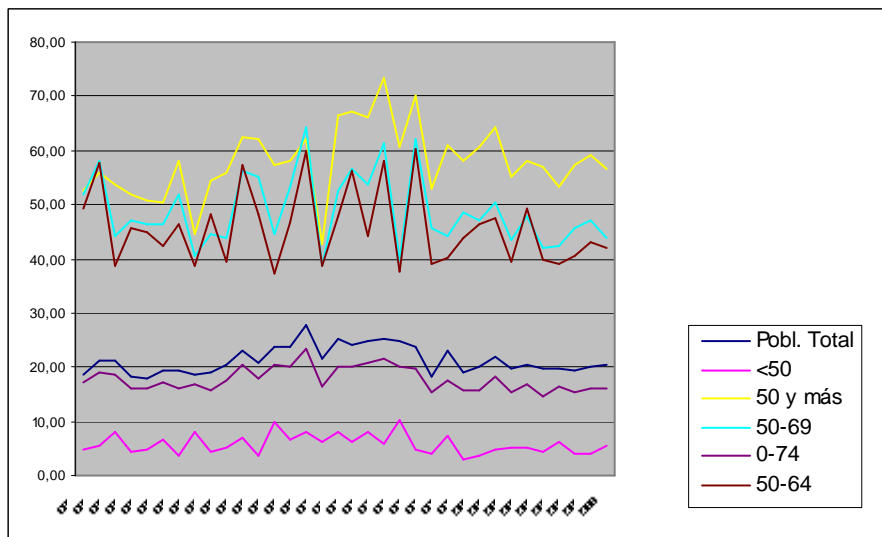
. RECOMENDACIONES CLAVE

- Toda mujer identificada como de alto riesgo deberá recibir consejo genético.
- Aquellas mujeres identificadas como de riesgo moderado y alto serán seguidas dentro de programas específicos.
- En el seguimiento de las mujeres tras el tratamiento inicial se recomienda la realización de anamnesis y examen físico, una analítica general y una mamografía anual.
- La determinación de marcadores tumorales o de otras exploraciones de forma rutinaria y en ausencia de otros datos clínicos no resulta efectiva.

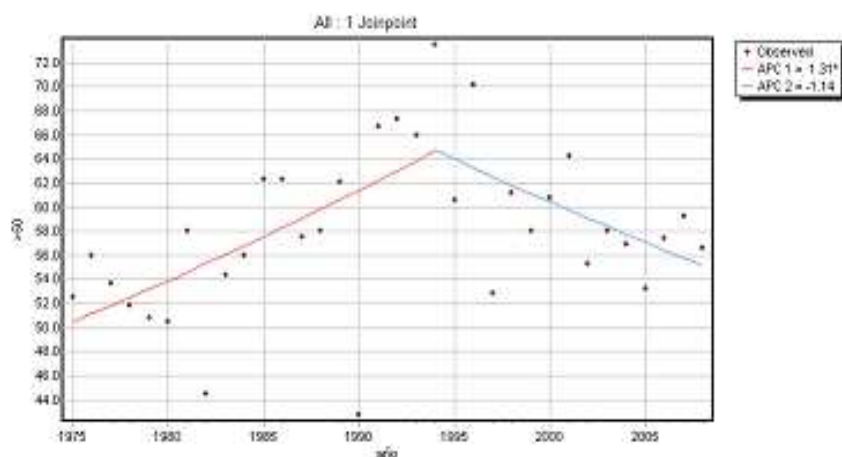
CRITERIOS DE EVALUACION

- Tenemos los de detección.
- Existen unos indicadores de calidad de la indicación quirúrgica: porcentaje de cirugías conservadores
- Pero ¿cuáles son los de tratamiento?
 - ¿Se podría evaluar con la mortalidad?
 - ¿Convendría acordar y emplear indicadores de adecuación del tratamiento a las recomendaciones?

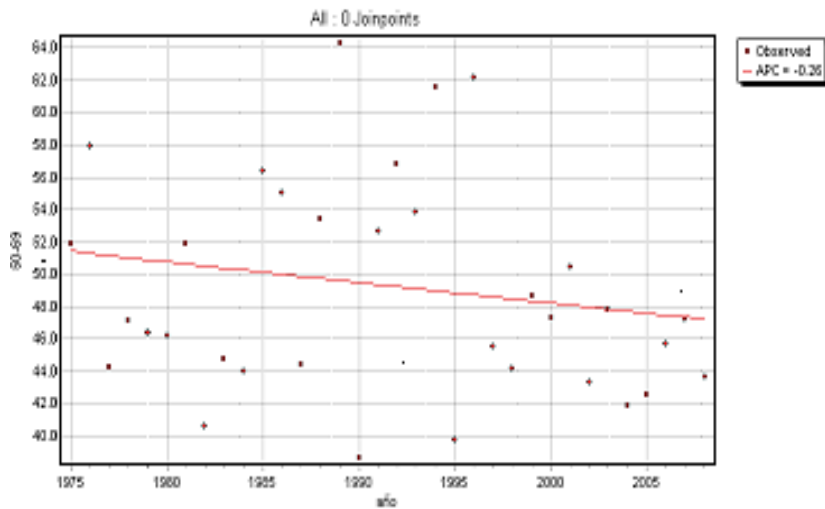
Evolución de la mortalidad por cáncer de mama en Asturias 1975-2008



Mortalidad en mayores de 50 años Joint points

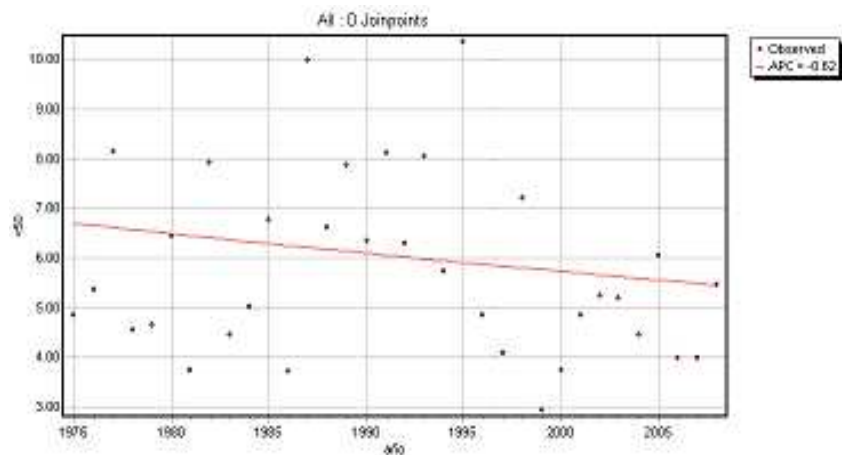


Mortalidad 50-69. Joint points



Mortalidad menores de 50 años.

- Joint points



EVALUACION

- También interesa los resultados en cuanto a calidad de los servicios
 - Se puede hacer en todos los sitios ganglio centinela
 - Se puede hacer cirugía oncoplástica en todos los centros
 - Se asegura cirugía reconstructora-en el mismo acto
 - Se asegura la misma calidad de radioterapia
 - Qué pasa con el apoyo psicológico en todo el proceso.

CONCLUSIONES

- La continuidad asistencial es un requisito indispensable para un programa de cribado.
- Dado que no es un programa vertical y depende de varias instancias, antes de iniciar un programa es imprescindible asegurar la coordinación entre detección, diagnóstico y tratamiento y definir indicadores de calidad para todo el proceso.
- Lo mismo se debe decir para los que ya están en marcha.