



XVIII REUNIÓN ANUAL DE LA RED DE PROGRAMAS DE CRIBADO DE CÁNCER

CONCLUSIONES

CÁNCER COLORECTAL

1. Situación del Cribado de CCR en España

Lola Salas expuso la situación de cobertura en España, que a finales del 2014 llegó al 27%, habiéndose iniciado e implantado el cribado en prácticamente todas las CCAA si bien el piloto iniciado en Extremadura se ha parado. En los datos del 2013, la participación media supera el 50% con mayor participación en mujeres y con un 91% de participación en sucesivas rondas de sucesivos regulares. La detección de lesiones pre-malignas y malignas es superior en hombres que en mujeres, siendo la tasa de detección de cáncer de 4,3 y 1,9 por mil participantes en hombres y mujeres respectivamente. En los estadios de cáncer no se encontraron diferencias en grupos etarios, sin embargo el estadio se encontró más avanzado en mujeres. El Valor Predictivo Positivo se situó en 60% para adenomas y 4,96 para cáncer. Se debe mejorar la recogida de datos de colonos completas, complicaciones graves y personas con test inadecuado.

Como experiencias, Elena Pérez de Valencia destacó la cobertura del 100% conseguida y los cambios organizativos realizados para mejorar la participación. Rosario Fernández de Andalucía destacó las dificultades por ser una región muy poblada y dispersa con 28 puntos de gestión si bien con buena respuesta en el piloto realizado. Nieves Ascunce de Navarra destacó el aprendizaje del cribado de cáncer de mama la amplia cobertura alcanzada y la organización conseguida.

En cuanto a las personas con colonoscopia realizada, Jaume Grau expuso el estudio realizado en Catalunya y la necesidad de realizar un análisis más pormenorizado de las exclusiones dado que no todas las personas excluidas lo fueron de forma correcta, y personas con esta causa de exclusión fueron invitadas al Programa.

2. Cáncer de Intervalo

Raquel Zubizarreta expuso las definiciones y los indicadores del documento de cribado y Eunáte Arana la aplicación en el País Vasco, destacándose la necesidad de la búsqueda activa de casos sobre todo en el seguimiento de colonoscopias negativas y adenomas.



3. Clasificación de los pólipos y seguimiento de lesiones

Toni Castells hizo un repaso de la clasificación y evidencia de los pólipos serrados junto con Mikel Larzabal, proponiendo una clasificación más ajustada a la Guía Europea que permita hacer un seguimiento por todos adecuado hasta que no se desarrollen estudios controlados más robustos.

Se expuso un video realizado sobre las biopsias de cribado en Anatomía Patológica informativo y formativo para los profesionales, desarrollado en Osakidetza.

Francisco Pérez expuso las pautas de seguimiento de los Programas de Cribado y la necesidad de incorporar los seguimientos en la dinámica de estos haciendo hincapié en la incertidumbre de seguimientos futuros a partir de los resultados de segundas y terceras colonoscopias post-colonoscopia basal.

4. Proyectos de Investigación

Lola Salas e Isabel Portillo expusieron brevemente los objetivos y la metodología del Proyecto multicéntrico de Beneficios y efectos adversos (FIS 2012-2015) del que ya se han planificado publicaciones (Participación, Falsos Positivos, Lesiones detectadas). Estudio finalizado.

Luis Bujanda expuso el estado de seguimiento de COLONPREV, destacando que la rama FIT hasta la fecha acumula mayor número de lesiones detectadas que la rama colonoscopia, con una alta participación y un número menor de pruebas invasivas para detectar tanto cáncer como adenoma avanzado. El estudio finalizará en 2019 con datos definitivos.

Joaquín Cubiella expuso el estado de análisis de SeguiColon que mejorará el conocimiento sobre el riesgo de los adenomas avanzados a 1 ó 3 años según sus características de tamaño, número, componente vellosos o displasia de alto grado de casos 2009-2010.

Rodrigo Jover expuso el nuevo proyecto multicéntrico Europeo EpoS que permitirá realizar seguimientos más adecuados al riesgo contrastando diferentes pautas. Así mismo la necesidad de evaluar por endoscopista la tasa de detección de adenoma (Paradox) para disminuir los cánceres de intervalo post-colonoscopia. (Comienzo 2015 de ambos)



CÁNCER DE MAMA

1.-Nuevas tecnologías: Tomosíntesis y plataformas diagnósticas

De acuerdo a la evidencia la tomosíntesis no sustituye actualmente a la mamografía digital como método de cribado único, aunque resulta útil como herramienta confirmatoria, necesiéndose estudios que analicen el rol de la tomosíntesis en la mortalidad por cáncer de mama.

Resultados preliminares del programa de cribado del Onkologikoa de Donostia con dicha técnica, reflejan un aumento de la tasa de detección y disminución de tasa de rellamadas a expensas de un incremento asumible de las dosis glandulares de radiación. Los resultados preliminares del ensayo realizado en Córdoba son prometedores y permitirían plantear nuevas estrategias de cribado. Se necesitará valorar a largo plazo tanto el impacto sobre los cánceres de intervalo como sobre la disminución de la mortalidad.

En relación con las plataformas genómicas, en pacientes con cáncer de mama localizado N_0/N_{1mic} con receptores hormonales positivos y Her2-, y con algún criterio añadido (grado de diferenciación, y otros) el uso de plataformas genómicas puede ayudar a optimizar el tratamiento con disminución de indicaciones de QT a mujeres con bajo riesgo de recidiva. Varios ensayos en marcha con algunas de estas plataformas, podrán producir mayor evidencia en esta materia.

2.-Protocolos en cáncer familiar y mamografías en mujeres con prótesis mamarias

El protocolo de cáncer familiar ha sido implantado en dos CCAA, otras dos comunidades comunican que están pendientes de implantación y algunas limitaciones encontradas para su implantación serían la modificación de la aplicación informática en el apartado de antecedentes familiares y la adecuación del nuevo protocolo a las diversas situaciones organizativas de las CCAA. La mayor dificultad está en la clasificación del riesgo en función de quien aporte los datos de los antecedentes familiares, así como del receptor de los mismos.

Asimismo, el protocolo sobre prótesis se ha implantado en un número pequeño de comunidades aunque las dificultades para su implantación no sean tan importantes como en el anterior caso.



3.-Sobrediagnóstico

Probablemente este es el efecto adverso de más trascendencia de este y otros tipos de cribado. Cuantificar la magnitud del mismo es muy complejo, pero en base a estudios realizados con metodologías más depurada se puede estimar que el porcentaje rondaría el 10% cifra asumible si se garantiza el beneficio del programa en términos de disminución de mortalidad.

4.-El cribado personalizado como un reto futuro.

Partiendo de una modelización matemática, las estrategias variables adaptadas al riesgo individual de padecer cáncer de mama, producen menos efectos adversos y son más eficientes que las estrategias fijas. Las estrategias personalizadas conllevarían intensificar el cribado en una minoría de mujeres (las de mayor riesgo) y reducir la carga de cribado en la mayoría de mujeres (las de bajo riesgo).

La implantación de un cribado personalizado debe de ir precedido de una mejora en el conocimiento de los factores asociados al riesgo de cáncer y de la mejora en los modelos de medida del riesgo individual de cáncer de mama.

En la actualidad no es posible comenzar a implantar cribados personalizados debido a su complejidad ya que hay demasiados factores que deben ser considerados en cada mujer y las estrategias de cribado deben ser revaluadas y adaptadas regularmente y de forma individual. Esto supone un cambio muy importante para la salud pública, para los responsables de planificar y gestionar los programas, para el colectivo de profesionales que atienden a las mujeres participantes y para las propias mujeres.

Sin embargo los programas poblacionales deben de ir trabajando en esta línea, profundizando en el manejo de aquellos factores de riesgo que pueden ser más determinantes en la aparición de un cáncer de mama (densidad mamaria, antecedentes familiares, etc).



CÁNCER DE CÉRVIX

Informe sobre la situación del cribado de cáncer de cérvix en España 2014

El cribado de cáncer de cérvix en España se realiza, en términos generales, mediante programas oportunistas dentro de la Atención Primaria de Salud. Existe una importante heterogeneidad en cuanto a métodos de organización y gestión. Sin embargo, existe una tendencia a constituirse en programas de los considerados “organizados”, estableciendo unidades de gestión específicas, sistemas de información y actualizando los protocolos de actuación, y con captación activa de determinadas cohortes. La prueba primaria de cribado sigue siendo mayoritariamente la citología. La determinación de VPH se va implantando progresivamente.

Aproximadamente la mitad de las CCAA está en proceso de revisión de sus programas. Al menos seis CCAA están actualmente valorando la incorporación de la prueba de VPH como prueba primaria de cribado. Seis CCAA están realizando o planificando estudios piloto o introducción progresiva de los cambios decididos.

Impacto de la implantación de un programa de cribado poblacional de cáncer de cérvix Conclusiones generales

La implantación de un programa de cribado poblacional de cáncer de cérvix produce una reducción significativa y relevante de la incidencia y de la mortalidad por cáncer de cérvix comparado con el cribado oportunista.

La estrategia de cribado que incluye determinación de ADN VPH como prueba primaria y triage con citología presenta una tasa de detección y un valor predictivo positivo significativamente mayor a la de citología convencional en lesiones CIN2+, y CIN3+. El análisis de la especificidad relativa no ha encontrado resultados estadísticamente diferentes entre las dos técnicas.

Relativas a las implicaciones organizativas:

- Una adecuada base organizativa es un requisito sine qua non para implementar un programa de cribado poblacional seguro y efectivo.
- La transición de un modelo oportunista a poblacional debe de hacerse de forma gradual y mediante estudios pilotos que permitan verificar el adecuado nivel de calidad.
- Los médicos de Atención Primaria y las matronas juegan un papel fundamental a la hora de proporcionar información sanitaria sobre el cribado, para lo cual es necesario que todos los profesionales implicados dispongan de protocolos actualizados.



- El coste del cribado poblacional organizado propuesto por la recomendaciones europeas incrementa el coste anual y por 100.000 mujeres en un 19%

Se presenta la experiencia del País Vasco de centralización del procesamiento y diagnóstico del cribado de cáncer de cérvix en un laboratorio único, utilización de medio líquido y detección de VPH. Se muestran las ventajas y las dificultades. Así mismo se describe lo que la historia clínica electrónica puede aportar al programa de cribado de cáncer de cérvix.



ACTUALIZACIÓN DE CRIBADOS Y PROPUESTAS

Josep Alfons Espinás expuso las evidencias disponibles sobre cribado de cáncer de mama, colorrectal, pulmón y ovario. En estos dos últimos casos se precisan evidencias tanto sobre las pruebas como los intervalos y el impacto de los mismos.

Ana Belén Fernández Llanes expuso los resultados de la encuesta de cribado de cáncer de mama contestada por 15 CCAA, encontrándose dificultades en la estimación de la cobertura y el tratamiento de las exclusiones. Se propone a través del correo enviar propuestas de mejora para el año que viene.

Isabel Idigoras expuso la estrategia para lograr altas cotas de participación llevadas en el País Vasco y se debatió la posibilidad de contactar con personas que no hayan participado en ninguna vuelta como se hizo en cribado de mama.

Lola Salas expuso el Proyecto nuevo presentado al FIS de Cáncer de Intervalo en Cáncer Colorrectal en el que se han involucrado la mayoría de los Programas y que está abierto si lo aprueban a nuevas colaboraciones. **Isabel Portillo** señaló la necesidad de investigar en desigualdades en cribado de Cáncer Colorrectal, siendo ahora solo posible obtener el índice de deprivación en Valencia y País Vasco. **Josep Alfons Espinás** expuso los datos preliminares del estudio multicéntrico Bele sobre asociación de lesiones benignas con desarrollo de cáncer de mama.

Nieves Asuncion y Lola Salas actualizaron la información sobre la participación en redes, Alianza Contra el Cáncer, CanCon y Red de Cribado cuya reunión se celebrará del 2-4 de Junio en Rotterdam.

Mariola de la Vega anunció finalmente que la reunión de cribado del 2016 se celebrará en Canarias la segunda semana de Mayo. Se irá actualizando la información en la web.