Red de Programas de Cribado de Cáncer



XIVReunión Anual Red de Programas Cribado Cáncer

Lanzarote 11-13 mayo 2016

Conclusiones

Cáncer de mama

1. Nuevas tecnologías de imagen en la mama y su impacto en las dosis

Marisa Chapel, radiofísica del HUNSC, habla de las nuevas leyes que regulan las dosis de radiación que se puede recibir, recordando que la dosis se acumula en el tejido glandular. Las mamas densas, al radiarlas más por la mayor dificultad que tienen para su diagnóstico, tienen asimismo mayor probabilidad de desarrollar un cáncer radioinducido.
Recordó la importancia de tener un buen equipo de mamografía, pero sobre todo, de un buen servicio técnico y sus ajustes, a fin de dar la menor dosis con el mejor resultado posible.
Respecto a la tomosíntesis, en las últimas revisiones, se demuestra un claro aumento en la sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de cáncer de mama, en las mamas densas, no así con las microcalcificaciones y consigue disminuir las rellamadas. Explica que usarla en el cribado, supondría la necesidad de curvas de aprendizaje de los radiólogos, y por ello , un aumento en el tiempo de lectura, en los sobrediagnósticos a los que nos enfrentaríamos, el aumento de dosis que recibiría la paciente al sumarla a la imagen en 2D, y sobre todo, la mayor capacidad de almacenamiento que precisarían las imágenes. Por todo ello se debe valorar la rentabilidad.

2. Plataformas Genéticas

El Dr Batista, oncólogo médico del HUC, defiende el uso de las Plataformas Genéticas en las pacientes con un cáncer de mama y fenotipo luminal B, en las cuales se evitaría el tratamiento con Quimioterapia en un alto porcentaje de las mismas , si el resultado es de " bajo riesgo de recidiva" sobre todo por sus efectos secundarios y por su precio, con todo lo que comporta en uso de recursos de medicinas, personal, lugar físico, etc
Refiere que existen cuatro plataformas validadas actualmente, cada una de las cuáles estudia distintos genes que predicen el riesgo de recidiva del tumor y defiende el uso de la plataforma de segunda generación "Endopredict". Cuenta la experiencia de su hospital, dónde muchas pacientes se han beneficiado de este estudio.

3. Ampliar el Cribado a los 74 años?

María Ederra, de Navarra, nos cuenta cómo hay 4 países en Europa que ofrecen la mamografía hasta los 74 años, alguno como experiencia piloto. En Reino Unido, que como sabemos tienen el cribado cada tres años, ofrecen otra mx entre los 47 y 49 años y los 71 y 73 años.
Existe suficiente evidencia de que el cribado, en este grupo de edad, disminuye la mortalidad, pero hay dudas de que los beneficios superen a los riesgos y por esto no está claro el beneficio NETO.
De momento ningún programa de cribado en España se plantea ampliar la edad.

4. Seguimiento de la Patología Mamaria de Riesgo en los Programas

Mar Sánchez, de Cantabria, distinguió las lesiones BIRADS 3a (sin atipias), que incluirían al Papiloma intraductal, las cicatrices radiales y el T. Phyllodes benigno, y las lesiones BIRADS 3b (con atipias), incluyendo aquí la hiperplasia ductal atípica, la neoplasia lobulillar in situ, como lesiones de un mayor riesgo relativo de desarrollar un cáncer de mama.
Habló del riesgo de infradiagnóstico que se produce en estas pacientes cuando se realiza una BAG y el sobretratamiento que supone el realizar en las mismas una escisión quirúrgica, por lo que propone extender el uso de la BAV como técnica de diagnóstico y de tratamiento.
Propone el seguimiento de las lesiones sin atipias en los programas, anualmente, durante cinco años desde el diagnóstico y cada dos hasta los 69 años ; el seguimiento de las lesiones con atipias anualmente y la exclusión de los programas del lobulillar in situ. Se propone ante la gran variabilidad del manejo de estas lesiones en los programas, buscar un consenso y crear un grupo de trabajo para realizar un consenso de mínimos. Se apunta Cantabria , Canarias y La Rioja, y está y abierta a la participación de cualquier otra comunidad.

Cáncer de colon

1. Mesa de Cribado de CCR en España

Teresa Barata, de Canarias, recuerda la importancia de monitorizar, registrar y evaluar los indicadores mínimos en el control de calidad de los Programas de cribado poblacional de CCR, según los estándares de la Guía Europea de Control de Calidad.

Elena Pérez, de Valencia, nos habló de la situación del Cribado de CCR en España , de la cobertura de los programas y de los indicadores de proceso y resultado. La cobertura de los programas ronda en estos momentos el 19% y la participación se encuentra en torno al 50%. Ya existe el programa en todas las comunidades, ya que Extremadura, que era la que faltaba, comenzó en el 2016. Recordó el plazo indicado desde el Ministerio para alcanzar el 100% de cobertura, establecido en el 2020 y pidió un esfuerzo a la hora de consensuar los indicadores, ya que en colon , existe una gran discrepancia en la recogida de datos lo que dificulta la comparación entre programas.
Nere Mendizábal, del País Vasco, nos habló de las estrategias que están implantando en zonas de poca participación, a fin de disminuir las desigualdades que acompañan a ciertas clases sociales.

Magdalena García, de Baleares, nos presentó los resultados de la encuesta de sedación en colonoscopia y habló de la necesidad, o no, de presencia de anestesistas en la sedación de las colonoscopias. Se pidió un documento de consenso entre las Sociedades de Endoscopistas y Anestesistas que aclare la situación.

2. Mesa de seguimiento de los Adenomas

Francisco Pérez, de Murcia, habló de los indicadores de seguimiento de los adenomas en los programas, como el % de colonoscopias realizadas en el tiempo adecuado, y de los relacionados con el proceso como: el % de colonoscopias completas y complicaciones de las mismas, e indicadores de resultado, como el % de colonoscopias negativas, % de adenomas de riesgo elevado, de riesgo intermedio, de riesgo bajo, el % de cánceres invasivos, los estadios encontrados...
Los resultados se deben presentar desagregados por edad y sexo, y después de 2011 los adenomas

los dividen en riesgo intermedio y alto.

Violeta Malo de Molina, digestivo del CHUIMI, responsable de la consulta de alto riesgo, habló del manejo de los pacientes con adenomas de alto e intermedio riesgo. Los de riesgo intermedio reciben un informe para ellos y para el médico de cabecera y se le hace la petición de la colonoscopia de control a los 3 años. Los a alto riesgo se ven en su consulta y se le pide la colono de seguimiento. En caso de los pT1, ellos consensúan el tratamiento con los pacientes, que en muchos casos prefieren operarse, encontrándose en un alto porcentaje de los casos, con la sorpresa de afectación ganglionar a pesar de tener factores de buen pronóstico.
Se comentó la opción de que los familiares de pacientes con un sólo caso de cáncer en la familia, acudieran a los programas poblaciones y no a las consultas de alto riesgo.

Isabel Idígoras, del País Vasco, habló de las recomendaciones sobre el seguimiento de los pacientes con adenomas de bajo riesgo, proponiendo que sean seguidos en los programas poblacionales con FIT a los cinco años de la colonoscopia, indicación que ellos empezaron a seguir en 2011.

3. Cáncer de intervalo

Isabel Portillo, del País Vasco, expuso el protocolo y la metodología de búsqueda de cánceres de intervalo en el programa de cribado de CCR y la experiencia y resultados en su comunidad. Recuerda que debemos mejorar el seguimiento de los casos postcolonoscopias .

4. TSOH en población de riesgo de alto Riesgo familiar

Enrique Quintero, digestivo del HUC en Tenerife, reafirmó el cribado con TSOH en personas con alto riesgo familiar, recordando que el cáncer de colon es una patología relacionada con la edad y con la agregación familiar, en familiares de primer grado de pacientes con CCR y que se triplica la posibilidad de tenerlo en los síndromes polipósicos.

5. Indicadores para la evaluación de la cobertura en Programas de Cribado.

Nieves Ascunce, de Navarra, actualizó la información, relatando los problemas detectados y buscando propuestas para consenso. Insistió en la necesidad de unificar criterios en la recogida de datos en todas las comunidades.

Actualizaciones y otros temas de interés

1. Actualización en cribado de cáncer de cervix

Raquel Zubizarreta, de Galicia, nos actualizó la situación del cribado de cáncer de cérvix. Las recomendaciones son claras a favor del cribado poblacional. Nos expuso la situación del grupo de trabajo del ministerio, las indicaciones de la Guía Europea y nos hizo un resumen del estudio de Osteba y de la agencia AQUAS sobre coste-efectividad. A igual cobertura es más barato el cribado poblacional, aunque en su implantación el impacto económico sufriría un incremento. Se comentó la importancia de crear un grupo de trabajo para crear los indicadores mínimos a recoger en dicho

programa para poder compararnos.

2. Actualización en otros cribados

Josep Alfons, de Cataluña, actualizó la evidencia científica en cribados poblacionales. El de mama , más que demostrado. En el de CCR la evidencia apoya al cribado con TSOH, que es menos cruenta, tiene más aceptación y por ello, más participación. En la próstata, desde el 2012, se recomienda no hacer cribado, aunque hay un estudio nuevo para tratar de identificar si hay algún grupo de edad que pudiera beneficiarse. En cuanto a pulmón, el estudio Nelson en marcha, sin resultados aún, para evaluar a pacientes de alto riesgo sometidos a un TAC volumétrico como prueba de cribado. Habrá que esperar todavía un par de años para tener resultados.

3. Situación de la Red a nivel nacional y europeo

Elena Perez, Nieves Ascunce y Raquel Zubizarreta nos hablan de la situación de la Red a nivel nacional y europeo. Entre otros temas se comenta :

- Participación en el grupo de trabajo de cribado de cáncer de cervix del ministerio. Recuerdan la necesidad de realizar una revisión bibliográfica sobre este tema para colgarla en la página de la red. El documento del ministerio está pendiente de aprobar por cartera de servicios.
- Situación de la Estrategia en Cáncer del ministerio. No hay muchos cambios.
- Posibilidad de acreditarnos como fuente de información de datos sobre cáncer en España.
- Se acuerda salir de la Alianza contra CCR
- Situación de la participación española en la estrategia europea CanCon. En su página web hay mucha información interesante.
- Hay dos grupos a nivel europeo donde también participan españoles, como son el Grupo de desigualdades en programas de cribado, de Valencia y otro de Guías de práctica clínica donde interviene Josep Alfons Espinas.

4. Proyectos de investigación

Elena Perez, de Valencia, nos habla del proyecto “Equidad en el cribado de cáncer” y expone los resultados del proyecto “Cribea”.

5. Resumen de la reunión

Mariola de la Vega, de Canarias, nos hizo un resumen de la reunión y anunció que las próximas jornadas se celebrarán en Zaragoza.

Se acuerda la creación de distintos grupos de trabajo, abiertos a los demás programas:

- homogeneizar y revisar indicadores para el cribado de CCR, en principio integrado por Valencia, País Vasco y Cataluña
- indicadores de seguimiento de lesiones en el cribado de CCR, al que se apuntaron Murcia, Valencia, Baleares y Galicia,
- concretar items comunes para el diseño de un sistema de información para el cribado poblacional de ca de cérvix, formado por Galicia, Madrid y Baleares,
- definir un protocolo de manejo de las lesiones benignas de alto riesgo en la mama, a cargo

de Cantabria, Canarias y La Rioja.

Se cierran así las XIX jornadas anuales de la Red de Programas de Cribado de Cáncer.