

30 Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria

SAMFyC

13-15 / junio • Palacio de Exposiciones y Congresos de Granada

Granada 2024



30 Congreso
SAMFyC:
*Una historia de
emociones*

¿CÓMO VA EL CRIBADO DEL CÁNCER?

Melanie Tassone Olmo. Grupo de Trabajo de Cáncer



ÍNDICE

- Cifras del cáncer en España
- Cribado
- Tipos de cribado (poblacional y oportunista)
- Objetivos del cribado
- Cribados poblacionales en nuestro medio: CCR, mama y CCU.



Las cifras del cáncer en España | 2024

SEOM Sociedad Española de Oncología Médica

REDECAN Red Española de Registros de Cáncer

INCIDENCIA (Estimación para 2024)*

286.664 NUEVOS CASOS DE CÁNCER

HOMBRES: 161.678 MUJERES: 124.986

PRÓSTATA (30.316)		MAMA (36.395)	
COLON Y RECTO (27.009)		COLON Y RECTO (17.285)	
PULMÓN (22.483)		PULMÓN (10.285)	
VEJIGA (18.247)		CUERPO ÚTERO (7.305)	

*La estimación no incluye los efectos de la pandemia de COVID-19.

MORTALIDAD (Año 2022)

TUMORES (29,0%) PULMÓN COLON PRÓSTATA	ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES (27,9%) TUMORES (20,4%) MAMA PULMÓN COLON
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES (24,4%)	ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (8,1%)
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (10,2%)	ENFERMEDADES INFECCIOSAS (8,0%)
ENFERMEDADES INFECCIOSAS (8,5%)	

EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

MORTALIDAD **SUPERVIVENCIA**

DEBIDO A:

- P Prevención
- DP Diagnóstico precoz
- AT Avances terapéuticos
- † En hombres, ¿tabaquismo

SUPERVIVENCIA

SE HA DUPLICADO EN LOS ÚLTIMOS 40 AÑOS

PRÓSTATA Y TESTÍCULO (90%)	↑	TIROIDES (93%)
TIROIDES (86%)	↑	MELANOMA CUTÁNEO (89%)
PÁNCREAS (7%)	↓	MAMA (86%)
PULMÓN (12%)	↓	PÁNCREAS (10%)
ESÓFAGO (13%)	↓	HÍGADO Y ESÓFAGO (16%)
	↓	PULMÓN (18%)

FACTORES DE RIESGO

1/3 MUERTES POR CÁNCER SE DEBEN A 5 FACTORES DE RIESGO EVITABLES

- TABACO
- INFECCIONES
- ALCOHOL
- SEDENTARISMO
- DIETAS INADECUADAS (INSUFICIENTE FRUTA Y VERDURA)

OTROS FACTORES IMPORTANTES

- RADIACIÓN ULTRAVIOLETA**
- EDAD. RIESGO DE PADECER UN CÁNCER**

Hasta los 80 años: 41,1% (Hombres) / 28% (Mujeres)

A los 85 años: 48,4% (Hombres) / 32,4% (Mujeres)



CRIBADO

*"La **aplicación sistemática** de una prueba para **identificar a individuos** con un riesgo suficientemente alto de sufrir un determinado **problema de salud** como para **beneficiarse de una investigación** más profunda o una acción preventiva, entre una población que no ha buscado atención médica por esa enfermedad"*

OMS



Tipos de cribado:

Poblacional:

Actividad orientada a la **detección precoz** de una enfermedad, **ofrecida activamente** al conjunto de la población **SANA** susceptible de padecer la enfermedad, aunque no tenga síntomas ni haya demandado asistencia sanitaria.

Universal y financiado públicamente independientemente del tipo de aseguramiento de la persona.



Oportunista:

Centrado en la **población consultante** en los centros sanitarios y que se presta a petición del interesado o en una consulta por otros motivos. Produce **mayor carga de trabajo** y no tiene gran respaldo científico.



Objetivo del cribado

Reducir **morbilidad y mortalidad** precoz

Mejorar el pronóstico con la detección precoz

- Hay cribados que **disminuyen la incidencia** al detectar y eliminar lesiones premalignas (ej. Adenomas con polipsectomía colonoscópica).
- Hay cribados que adelantan el diagnóstico pero no identifican lesiones precursoras **aumentan la incidencia**.



¿Cómo evaluar si un cribado es efectivo?

Los **beneficios** tienen que **superar** los **riesgos, inconvenientes y costes**.

Mediante **ENSAYOS CLÍNICOS**



Variables que se tienen que evaluar en los EC

Incidencia

Mortalidad específica por cáncer

Porcentaje de falsos positivos

Sobrediagnóstico

Análisis de coste-efectividad y coste-utilidad.

¿Mortalidad global? **CONTROVERSIA**

Supervivencia



¿Cuál es el futuro de los cribados?

No generalizados.

Ofrecerlos de forma selectiva a la **población de riesgo**.

Cuidado con: "*ley de cuidados inversos*"



CRIBADOS POBLACIONALES EN NUESTRO MEDIO

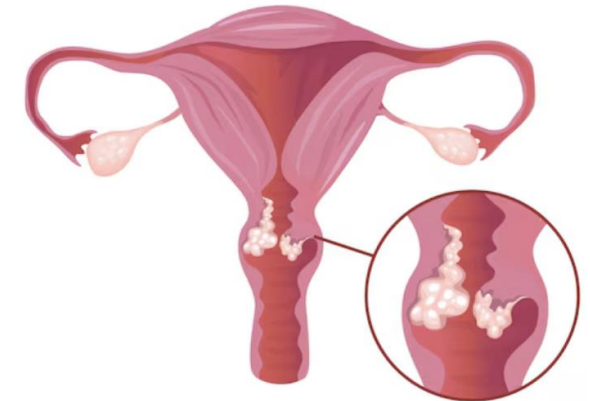


MAMA 2006

CCR 2014



cervical cancer



CCU 2019-2024



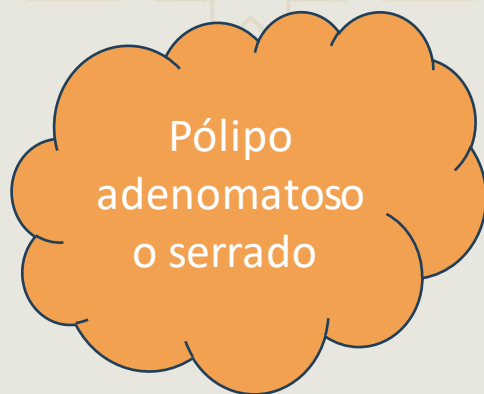
CÁNCER COLORECTAL

- Aumento del **riesgo a partir de los 50 años** (en las últimas décadas, aumento en menores de 50 años).
- CCR esporádico de presentación temprana suelen presentar enfermedad avanzada localizada en **colon izquierdo**
- Aumento de **supervivencia** de **cáncer de colon** respecto a cáncer de recto.



Historia natural

La mayoría de pólipos **no progresa**.



Es **ideal** tanto en su prevención (detección y resección: disminuye incidencia) como cribado (detección en estadio temprano).



Pruebas de cribado del CCR



SOHg: Disminuye ligeramente la mortalidad

Sigmoidoscopia: Disminuye la incidencia de CCR incluso 15 años después tras cribado único.

SOHi/Colonoscopia: efectividad algo más reducida pero mayor sensibilidad y similar especificidad por lo que se considera superior para detectar CCR.



Consejo europeo 2003	SOH de 50-74 años *mucha variabilidad	
Actual propuesta de la UE	SOHi de triage previo colonoscopia de seguimiento	
USPSTF 2021	Cualquier prueba de cribado: Recomendación A 50-75 años y B 45-49 años	
	SOHg/SOHi	anual
	DNA-SOHi	1-3 años
	ColonoTAC	5 años
	Sigmoidoscopia flexible	5 años
	Sigmoidoscopia flexible + SOHi	10 años anual
	Colonoscopia	10 años
Sociedades Americanas	Datos suficientes para iniciar cribado a los 45 años	
PAPPS 2022	SOHi	50-74 años, anual
	Sigmoidoscopia ó Colonoscopia	50-74 años, c/15 años o única en edad de máximo riesgo 55-64 años



En nuestro medio

50-69 años: SOHi cada 2 años

55- 64 años

sigmoidoscopia/colonoscopia única en edad de máximo riesgo

Futuro



Individualizar en función del riesgo

10 años del programa de cribado de cáncer colorrectal en España

Una historia de éxito de la lucha contra el cáncer



La incorporación del cribado del cáncer colorrectal dentro de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud ha sido un logro significativo en la lucha contra el cáncer, acción en la cual la Asociación Española Contra el Cáncer ha tenido un papel clave.

2007



Test de Sangre Oculta en Heces (TSOH) una prueba válida para los programas de detección precoz del cáncer de colon; la Asociación Española Contra el Cáncer impulsó un proyecto de investigación del Dr. Antoni Castells con el que se consiguió confirmar el Test de Sangre Oculta en Heces (TSOH) como una prueba válida para los programas de detección precoz del cáncer de colon.

600.000 firmas para lograr que el cribado de cáncer de colon se incluyese en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.



2013

2014



Se introduce el **Test de Sangre Oculta en Heces (TSOH)** para la realización de los programas de cribado poblacional del cáncer colorrectal dentro de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

Campanias de sensibilización sobre el Test de Sangre Oculta en Heces (TSOH) y la participación de la sociedad en el cribado de cáncer colorrectal.



2016

2024



Seguimos trabajando activamente para que su implantación llegue al 100% en todas las Comunidades Autónomas.



CÁNCER DE MAMA

La **mitad de los cánceres de mama** pueden explicarse por factores reproductivos y la enfermedad mamaria proliferativos

10% asociado a AF y hereditarios

BRCA1 y **BRCA2** aumentan el riesgo de cáncer de mama del 45 al 65% a los 70 años, aumenta el riesgo de cáncer de ovario un 39% en BRCA1 y del 10-17% en BRCA2.





Tendencia a la evaluación en función del riesgo

Union europea	Ampliar el cribado a mujeres menores de 50 años (mamografía o tomosíntesis digital en < 50 años ó RM en mamas densas)
USPSTF 2016	Riesgo medio: en actualización. Riesgo elevado: ofrecer tamoxifeno, raloxifeno o inhibidores de la aromatasa (B)
PAPPS 2022	50-69 años con riesgo medio mamografía cada 2 años (evidencia moderada) 70-74 años con riesgo medio mamografía cada 2 años (evidencia baja)

Elaborado a partir de: Marzo Castillejo M, Bartolomé Moreno C, Bellas Beceiro B, et al. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización PAPPS 2022. Elsevier. 2022; 54 (10):24-40



En nuestro medio

Prueba de cribado: **Mamografía**

50-69 años con riesgo medio: mamografía cada 2 años

70-74 años con riesgo medio: mamografía cada 2 años

En **riesgo elevado** (AP o AF relacionados con BRCA): derivación a consejo genético



CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO (CÉRVIX)

Incidencia y mortalidad de las más bajas.

Principal factor de riesgo: **Virus del Papiloma Humano (VPH)**, es condición necesaria pero no suficiente. Presente en el 99,7% de los CCU.



Historia natural

Mayoría: infección transitoria y desaparece a los 12-24 meses

Contacto con VPH

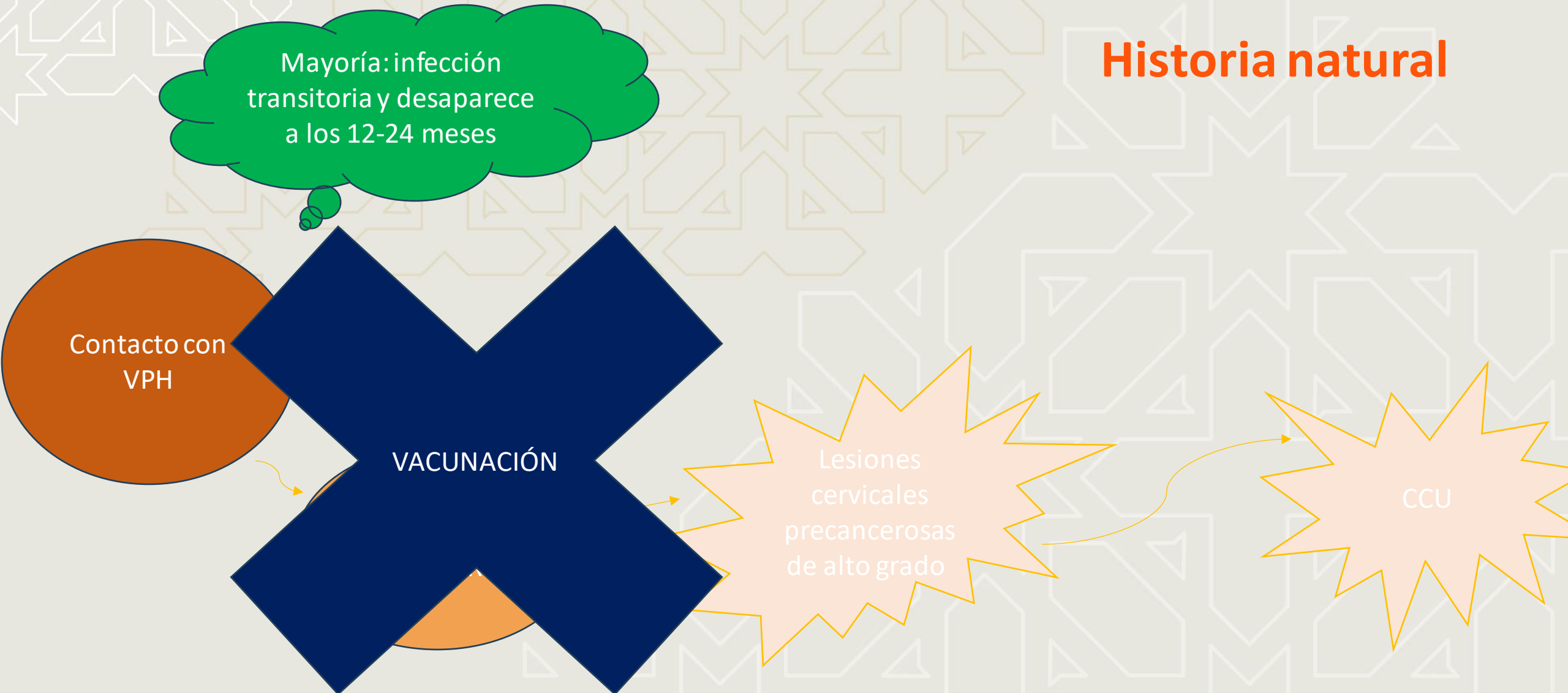
Si persiste VPH-AR

Lesiones cervicales precancerosas de alto grado

CCU



Historia natural





Pruebas de cribado

Citología (test de Papanicolau): cada 3 años, pacientes jóvenes.

Identificación de VPH-AR: cada 5 años (más sensibilidad y menor especificidad), a partir de los 30-35 años

Co-test (citología + VPH-AR): cada 5 años

Detección refleja: si citología positiva se analiza la presencia de VPH de forma automática en misma muestra.

***Autotoma**



En nuestro medio

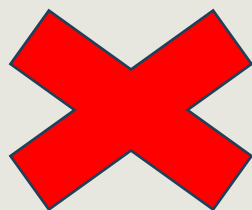
De 2019 a 2024: **cribado poblacional**

25-34 años: citología cada 3 años

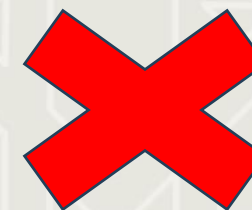
35-65 años: test VPH-AR:

Si negativo: repetir a los 5 años

Si positivo: citología



*menores de 25 ni mayores de 65,
no relaciones sexuales ni en hysterectomizadas
con extirpación de cuello de útero*





Estudio publicado en JAMA Internal Medicine por **BRETTTHAUER** y colaboradores

- Metaanálisis que ha incluido **18 ensayos clínicos aleatorizados (ECA)**
Más de 2.000.000 individuos
Seguimiento de 10-15 años
- Evalúa el resultado de los cribados poblacionales con

Sigmoidoscopia	4 ECA
Colonoscopia	1 ECA
PSA	4 ECA
TAC en fumadores	3 ECA
Mamografía	2 ECA



Tabla 1. Riesgo absoluto de muerte por cáncer específico y por todas las causas por 100 años-persona con vs. sin exámenes de detección en ensayos clínicos aleatorizados

Cribado de detección de cáncer	Número de individuos	Periodo de seguimiento (en años)	Riesgo absoluto de muerte por cáncer por 100 años-persona		Riesgo absoluto de muerte por todas las causas por 100 años-persona		RR (95% IC) mortalidad por todas las causas	Vida ganada por el cribado (95% IC)
			Con cribado	Sin cribado	Con cribado	Sin cribado		
Cáncer de mama: mamografía ^a	73.634	13	0,038	0,039	0,65	0,65	1,00 (0,95-1,04)	0 (-190 a 237)
Cáncer colorrectal: pruebas fecales cada año	457.750	15	0,05	0,07	1,8	1,8	1,00 (0,98-1,03)	0 (-164 a 110)
Cáncer colorrectal: pruebas fecales cada dos años	598.934	15	0,06	0,07	1,8	1,8	1,00 (0,99-1,01)	0 (-55 a 55)
Cáncer colorrectal: sigmoidoscopia	274.952	15	0,03	0,04	0,95	0,97	0,98 (0,95-1,00)	110 (0 a 274)
Cáncer colorrectal: Colonoscopia ^b	84.585	10	0,028	0,031	1,1	1,1	0,99 (0,96-1,04)	37 (-145 a 146)
Cáncer de próstata: PSA	675.232	10	0,03	0,03	1,3	1,3	0,99 (0,98-1,01)	37 (-37 a 73)
Cáncer pulmonar: TAC ^c	20.505	10	0,23	0,30	1,2	1,2	0,97 (0,88-1,08)	107 (-286 a 430)
Pruebas de cribado múltiple PLCO	154.887	17	0,24	0,25	1,8	1,9	0,98 (0,96-1,00)	123 (6 a 227)

Tomada de: Bretthauer M².

TC, tomografía computarizada; PLCO, próstata, pulmón, colorrectal y ovario; PSA, antígeno prostático específico; RR, riesgo relativo.

^a Perspectiva de tiempo para los resultados presentados; ^b Los valores son las tasas de mortalidad a lo largo de 10 años de seguimiento y las relaciones de riesgo correspondientes; ^c Dado que no se dieron resultados acumulativos para un tiempo de seguimiento especificado, se informa la mediana de tiempo de seguimiento.



Bibliografía

1. Coscollar Santaliestra C. Diagnóstico inoportuno de los cribados. AMF. 2024; 20 (1):58-60
2. Bonis Sanz J. Actualización en cribado de cáncer de colon, mama, cuello del útero y próstata. AMF. 2018; 14(1): 21-64
3. Riera Armengol L. Cribado de cáncer ¡prudencia!. AMF. 2024; 20 (2):62-63
4. Garzón Hernández JM, Gavilán Moral E, Pérez de los Cobos EM. Cribado de cáncer poblacional en Atención Primaria. AMF. 2023; 19(7):374-383
5. Marzo Castillejo M, Bartolomé Moreno C, Bellas Beceiro B, et al. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización PAPPS 2022. Elsevier. 2022; 54 (10):24-40
6. Pons Rodríguez A, Marzo Castillejo M, Cruz Esteve et al. Avances hacia el cribado personalizado del cáncer de mama: el papel de la Atención Primaria. Elsevier. 2022; 54(10):22-88