GINEKOLOGIA ETA OBSTETRIZIARAKO
EUSKAL ERAKUNDEAREN
XX. BILERA

XX REUNIÓN DE LA SOCIEDAD VASCA
DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Screening del cáncer de mama
Presente y futuro

Manuel de Toro Iglesias

Galdakao-Usansolo

SVGO-GOEE

svgo@svgo.es

Niveles de Prevención de Leavell y Clack

Edad
Factores hereditarios, …
Desconocidos

CRIBADO

SVGO-GOEE

OPORTUNISTA

- No organizado
- Dirigida a individuos
- Acceso por recomendación médica/solicitud del individuo
- Difícil de evaluar

Individualizado

Impacto en salud pública?

POBLACIONAL

- Organizado centralmente
- Dirigido a la población
- Acceso por invitación
- Evaluable
  - Covertura
  - Resultados
  - Control calidad

Equidad

Población diana

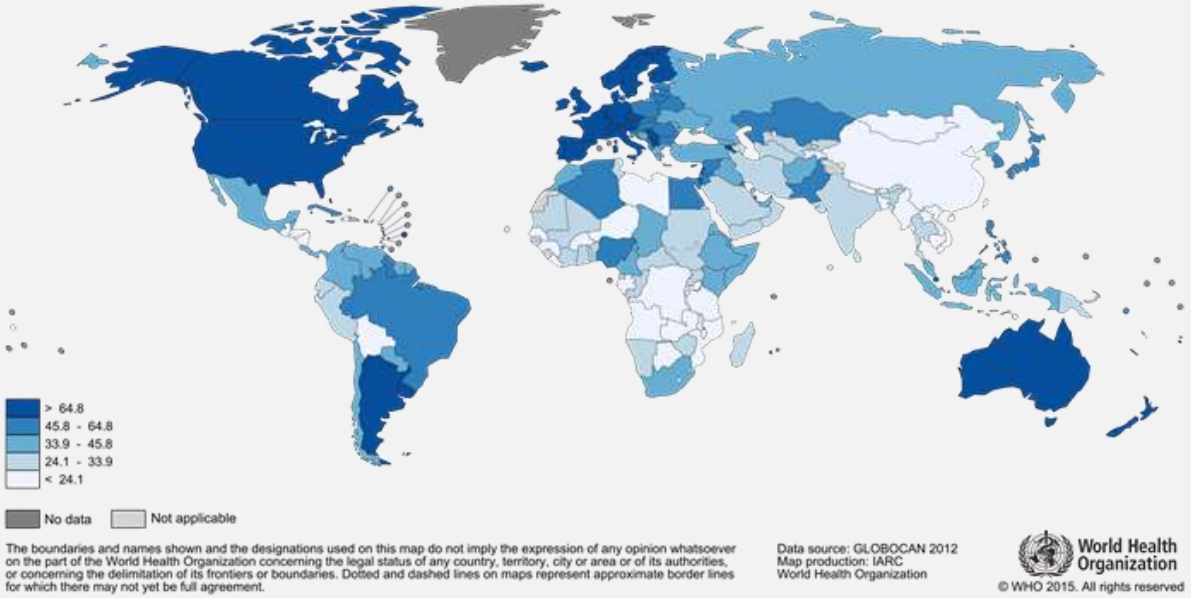
Control

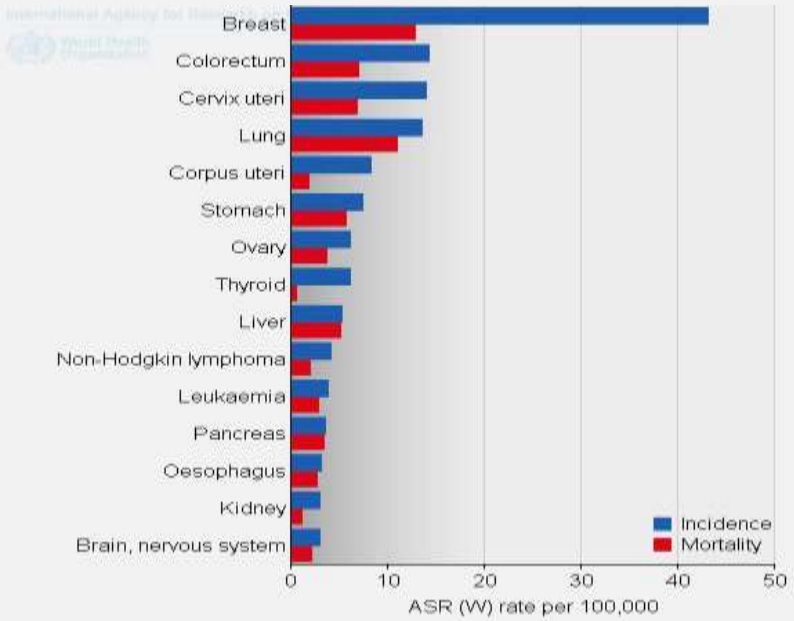
SVGO-GOEE

➢Problema de salud pública:

- Neoplasia mas frecuente en la mujer
- En 2013: 1,8 Millones nuevos casos/año. 464,000 muertes/año.
- Tasa mortalidad 26,35/100,000 mujeres en España

➢Detectable y tratable en etapa presintomática: 1,5-4 años





SVGO-GOEE

- Prueba
  - Efectiva y eficaz:
    - Sensibilidad > 80%.
    - Especificidad 90-95%
    - VPP: 5-10% : pruebas complementarias
  - Aceptada por población y sanitarios

- Fundamento
  - TNM factor pronostico más importante: “Cuanto antes mejor”

Concepto en evolución

SVGO-GOEE

- Primeros ensayos aleatorizados
  - ✓ HIP NY 1963
  - ✓ Malmo I y II 1976
  - ✓ Suecia Two-Contry 1977
  - ✓ Edinburgo 1978
  - ✓ Canada I y II 1980
  - ✓ Estockholm 1981
  - ✓ Goteborg 1982
  - ✓ UK trial 1991

>500.000 mujeres
> 10 años seguimiento

Periodic Screening for Breast Cancer: The HIP Randomized Controlled Trial

*Sam Shapiro**

- Poblacionales finales 80-principios 90
- España. Pionera Navarra 1990

Region/Country	Program Type	Year Program Began
Europe		
Denmark	State/provincial/regional	1991
France	National, with regional implementation	1989
Iceland	National	1987
Italy	National, with regional implementation	2000
Luxembourg	National	1992
Netherlands	National	1989
Norway	National	1996
Portugal	State/provincial/regional	1990
Spain	State/provincial/regional	1990
Sweden	State/provincial/regional	1986
Switzerland	State/provincial/regional	1999
United Kingdom	National	1988
North America		
Canada	National, with provincial implementation	1988
United States	Mammography registry system	1995
South America		
Uruguay	National	1990
Middle East		
Israel	National	1997
Asia/Pacific		
Australia	National, with state implementation	1991
Japan	National	2002
New Zealand	National	1998

Comunidad	Año de inicio	Año en el que se alcanza la cobertura total	Período de estudio	Grupo de edad de la población objetivo
Andalucía	1995	2006	1995-2003	50-65
Aragón	1997	2006	1997-2004	50-64
Asturias	1991	2000	1998-2004	50-64
Baleares	1997	--	1998-2004	50-64
Canarias	1999	2005	1999-2004	50-64/69
Cantabria	1997	1997	2003-2004	50-64
Castilla-La Mancha	1992	1997	2004-2005	45-64/69
Castilla y León	1992	1996	1992-2004	45-64/69
Cataluña	1992	2004	2004-2005	50-64/69
Ceuta	2001	2006	2005-2006	45-65/70
Extremadura	1998	2005	2003-2005	50-65
Galicia	1992	1998	1992-2003	50-64
Madrid	1999	2001	1999-2004	50-64
R. de Murcia	1995	1999	1995-2004	50-64/69
Navarra	1990	1992	1990-2004	45-64/69
País Vasco	1995	2000	1995-2004	50-64
La Rioja	1993	1995	1993-2004	45-65
C. Valenciana	1992	2001	1992-2004	45-64/69

SVGO-GOEE

Cribado en el Pais Vasco

1995 Araba y Alto Deba. 1997 resto de la CAPV

- Mx bianual
- Dos proyecciones: CC y OML
- Mx digital a partir del 2008
- 50-69 años desde 2006
- 40-49 años en mujeres con antecedentes familiares de primer grado desde 2011.

¿Qué es el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama?

Es una actividad científicamente reconocida que consiste en la realización de mamografías de ambas mamas cada 2 años.

¿A quién se dirige?

A mujeres de la Comunidad Autónoma del País Vasco de entre 50 y 69 años [illegible] único motivo de exclusión, el estar diagnosticada de cáncer de mama. *

¿Cómo se participa?

La citación se lleva a cabo mediante carta en la [illegible] el lugar, fecha y hora de la cita.

¿Qué se hace el día de la cita?

[illegible] primero, se lleva a cabo la recogida de los datos para la historia y a continuación se realizan las Mamografías. [illegible] el estudio?

Después de que el Radiólogo o Radióloga haya visto las Mamografías, existe la posibilidad de que sea necesario realizar otras pruebas para completar el estudio, como una Ecografía u otras Mamografías.

¿Cómo se informa de los resultados?

Recibirá por correo en su domicilio 2 informes (pudiendo, si lo desea, hacer llegar uno de ellos a su médico) con la recomendación de cuándo realizar la siguiente Mamografía.

¿Cuáles son los beneficios de participar?

En la mayoría de los casos se detectan lesiones muy pequeñas, que no se manifiestan por la palpación y que sólo es posible descubrir mediante la Mamografía.

(*) En 2011, se aprueba la inclusión de mujeres de 40-49 años con antecedentes familiares de cáncer de mama de 1er grado (madre, padre, hermana/o, hija/o).

TELEFONOS DE INFORMACION DEL PROGRAMA:

- Area Sanitaria Araba	945 14 69 13
- Area Sanitaria Gipuzkoa	943 02 30 30
- Comarca Interior	945 00 60 61
- Bilbao – Barakaldo – Sestao	944 03 36 10
- Resto Area Sanitaria Bizkaia	944 03 36 11

Osakidetza

TITIETAKO MINBIZIA GOIZ DETEKTATZEKO PROGRAMA

SVGO-GOEE

Datos acumulados (CAPV) desde el comienzo del Programa, hasta el 30 de junio de 2016

Citas válidas realizadas	2.170.988	--
Exploraciones realizadas	1.746.535	80,5%
Revaloraciones (otras pruebas radiológicas)	154.663	8,9%
Mujeres derivadas a H. Referencia (cat. 3HR-4-5)	18.890	1,1%

Es un Programa del Departamento de Salud y Osakidetza que consiste en la realización de mamografías de ambas mamas, cada 2 años.

2 ¿A QUIÉN SE DIRIGE?

A mujeres de Euskadi de entre 50 y 69 años de edad, así como a las de 40 a 49 años con antecedentes familiares de cáncer de mama de primer grado (madre, hermana, hija, padre, hermano, hijo), siendo el único motivo de exclusión, el estar diagnosticada de cáncer de mama.

3 ¿CÓMO SE PARTICIPA?

La citación se lleva a cabo mediante carta en la que figura el lugar, fecha y hora de la cita.

4 ¿QUÉ SE HACE EL DÍA DE LA CITA?

En primer lugar, se recogen los datos para la historia clínica y a continuación, se realizan las mamografías.

5 CON LAS MAMOGRAFÍAS ¿HA TERMINADO EL ESTUDIO?

Después de que el Radiólogo o Radióloga haya visto las mamografías, existe la posibilidad de que para completar el estudio, sea necesario realizar otras pruebas, como una ecografía u otras mamografías.

Se enviarán por correo al domicilio dos informes con la recomendación de cuándo realizar la siguiente mamografía. Si lo desea, puede entregar uno de ellos a su médico/a.

7 ¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DE PARTICIPAR?

En la mayoría de los casos se detectan lesiones muy pequeñas que no se manifiestan por la palpación y que solo es posible descubrir mediante la mamografía.

TELÉFONOS DE INFORMACIÓN DEL PROGRAMA:

Araba-Álava	945 14 69 13
Gipuzkoa	943 02 30 30
OSI Barakaldo-Sestao	944 03 36 10
OSI Barrualde-Galdakao	945 00 60 61
OSI Bilbao-Basurto	944 03 36 10
OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces	944 03 36 11
OSI Uribe	944 03 36 11

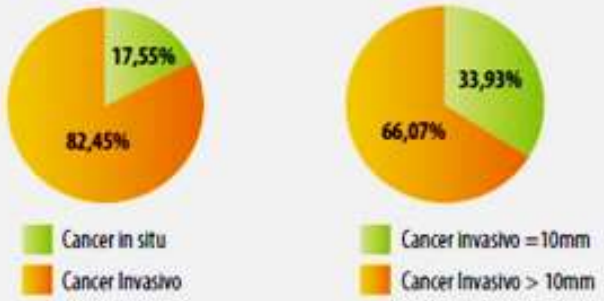
Mujeres de 40 a 49 años, con antecedentes familiares de cáncer mama de primer grado 945 00 64 13

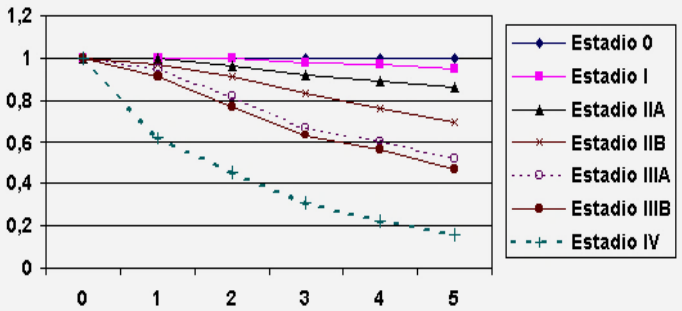
SVGO-GOEE

Cribado en el Pais Vasco

Datos acumulados (CAPV) desde el comienzo del Programa, hasta el 30 de junio de 2016

Cánceres detectados	**8.005**
Ca. in situ / detectados	16,4%
Invasivo ≤ 10 mm / invasivos	34,8%
Tratamiento conservador	82,4%
Tasa de Detección por 1.000 mujeres exploradas	4,6‰

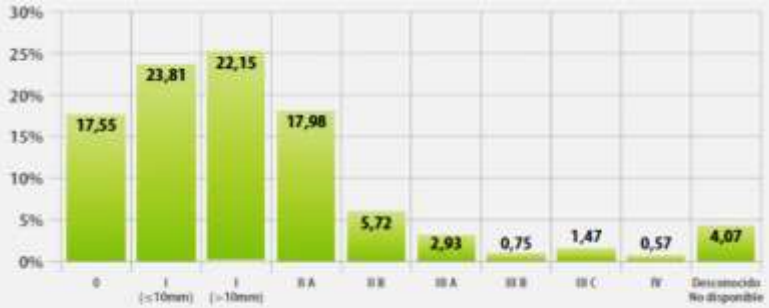




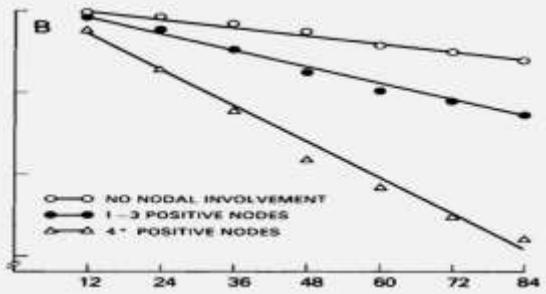
Coste en 2009:

Por mujer cribada: 42,28€

Por cáncer detectado: 11.522,57€



>70% N0



Carter et al. Cancer 63:181-187, 1989

EL CORREO

18 octubre 2015

La tasa de supervivencia del cáncer de mama en Euskadi es del 84,7 %

SVGO-GOEE

Nada reemplaza la detección temprana
19 de Octubre
Día Internacional Contra el Cáncer de Mama

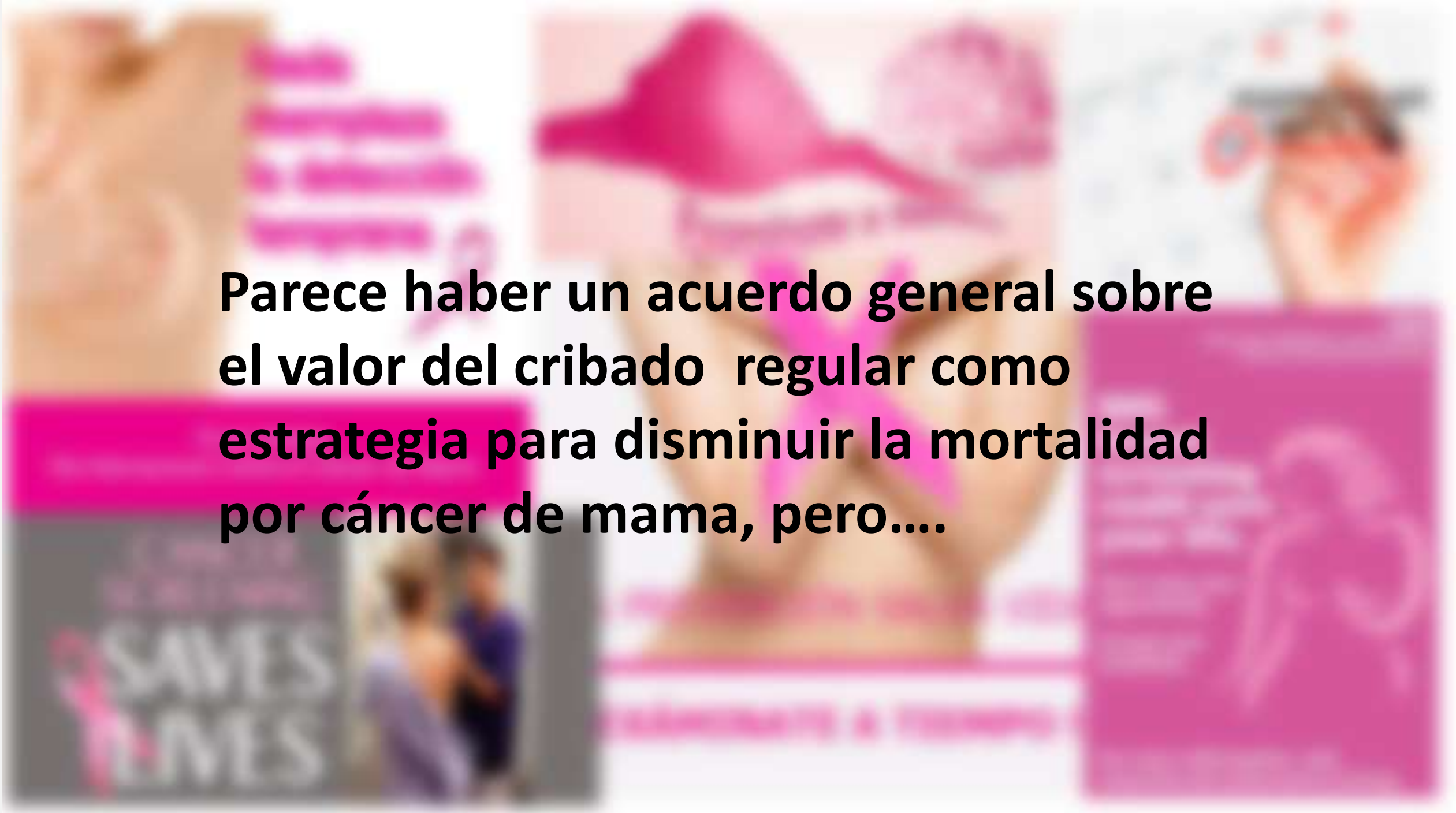
PREVÉN EL CÁNCER DE MAMA
Examínate a tiempo

WEDNESDAY
THURSDAY
FRIDAY
SATURDAY
MAMMOGRAM
appt. 8 AM

CANCER SCREENING
SAVES LIVES

A PREVENCIÓN SALVA VIDAS
EXÁMINATE A TIEMPO !!!

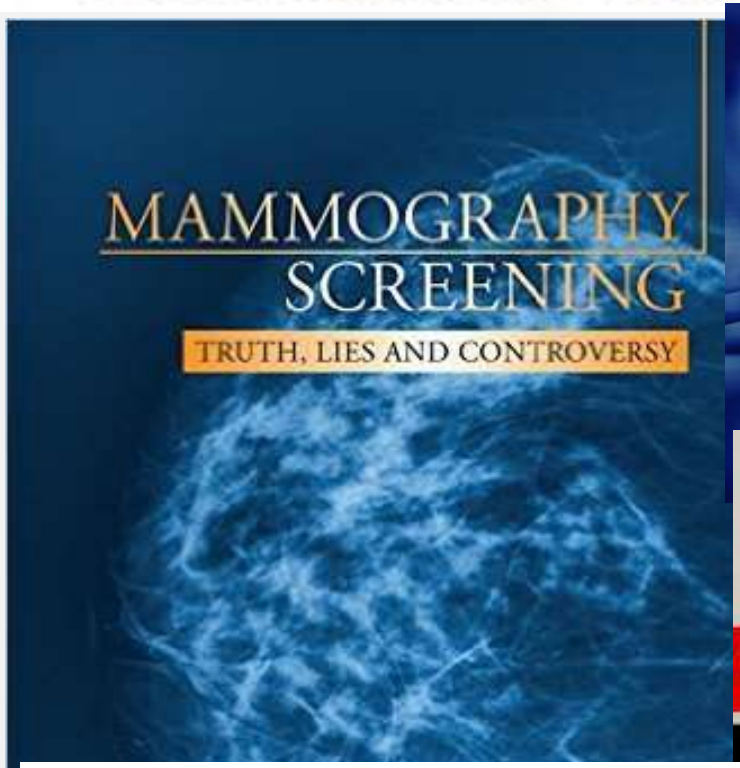
NHS
Heywood, Middleton and Rochdale
Clinical Commissioning Group
NHS breast screening could save your life.
Don't miss your opportunity.
Accept your invitation.
For more information, visit
www.hmr.nhs.uk/breastscreening



Parece haber un acuerdo general sobre el valor del cribado regular como estrategia para disminuir la mortalidad por cáncer de mama, pero….

EL CORREO

Uno de los pioneros en la detección del cáncer de mama rechaza las mamografías

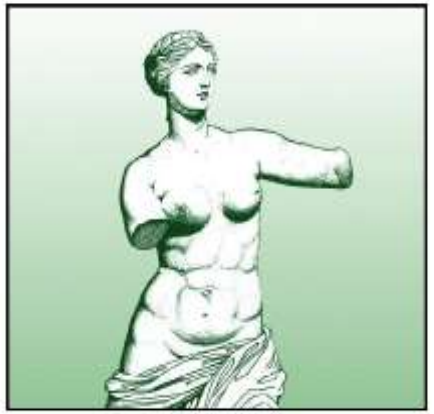


Public health

Is screening for breast cancer with mammography justifiable?

Peter C Gøtzsche, Ole Olsen

LA MAMOGRAFÍA COMO MÉTODO DE CRIBADO PARA DETECTAR EL CÁNCER DE MAMA



¿Cuáles son las beneficios y perjuicios de participa
en un programa de cribado
para detectar el cáncer de mama?

¿Cuántas mujeres se beneficiarán al participar en e
programa de cribado y a cuantas se perjudicará?

¿Cuál es la evidencia científica?

Lo que siempre quiso saber sobre el cribado mamográfico
Publicado por el Centro Nórdico Cochrane, 2012

Objetivos del Cribado Poblacional

- Reducir morbilidad del tratamiento
- Reducir mortalidad general y por cáncer
- Reducir mortalidad especifica por cáncer de mama
- Reducir la incidencia de canceres avanzados
- Mayor tranquilidad en casos con resultado negativo

SVGO-GOEE

Reducir morbilidad de tratamiento

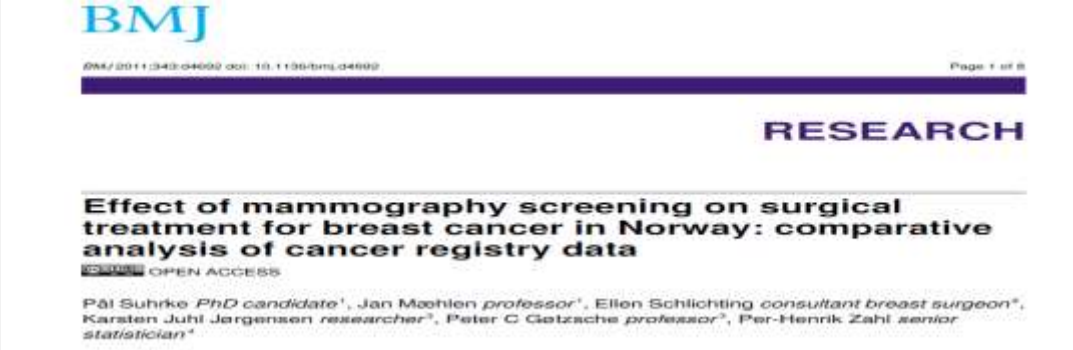
- España 2006: 68,50% T<2 cm

- País Vasco 2016: 17,6% mastectomias

Tabla 19. Tumores invasivos según tamaño				
CC.AA.	T1mic y T1ab	T1c		
Andalucía	23,18	34,52		
Aragón	34,53	39,79		
Baleares	27,78	15,43		
Canarias	25,27	45,85		
Cantabria	33,93	35,71	28,57	1,79
Castilla y León	26,28	22,87	32,36	18,49
Cataluña	32,16	43,12	24,72	0,00
Madrid	37,19	30,49	31,10	1,22
Murcia	16,13	43,61	37,54	2,72
Navarra	39,36	39,24	19,10	2,30
País Vasco	33,08	44,23	21,14	1,54
Rioja	32,58	44,44	19,19	3,79
Valencia	27,44	40,57	25,92	6,07
Total	**30,34**	**38,50**	**26,05**	**5,11**

SVGO-GOEE

Reducir morbilidad del tratamiento

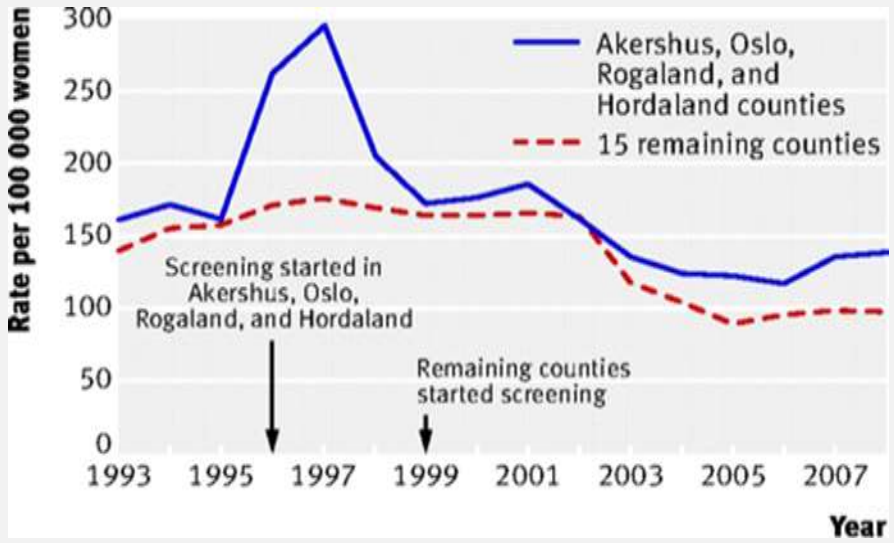

BMJ

RESEARCH

Effect of mammography screening on surgical treatment for breast cancer in Norway: comparative analysis of cancer registry data

OPEN ACCESS

Pål Suhrke *PhD candidate*[1], Jan Maehlen *professor*[1], Ellen Schlichting *consultant breast surgeon*[2], Karsten Juhl Jørgensen *researcher*[3], Peter C Gøtzsche *professor*[3], Per-Henrik Zahl *senior statistician*[4]



Screening for breast cancer with mammography (Review)

Gøtzsche PC, Jørgensen KJ

2013

THE COCHRANE COLLABORATION®

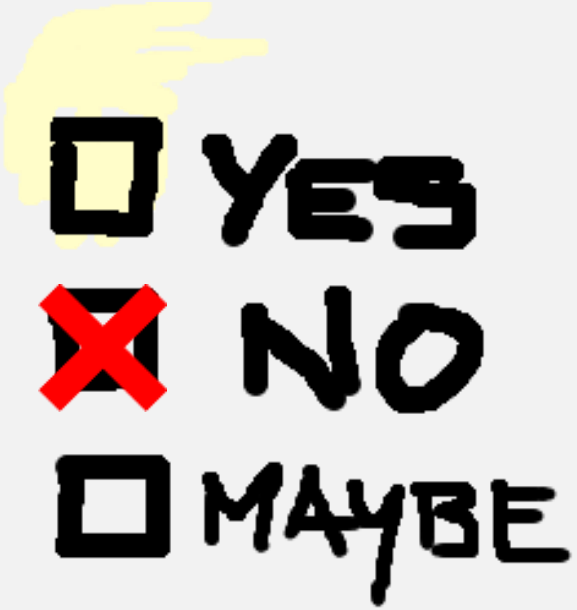
Incremento en cirugías RR 1,42

Incremento en mastectomías RR 1,2

SVGO-GOEE

Objetivos del Cribado Poblacional

- Reducir morbilidad del tratamiento
- Reducir mortalidad general y por cáncer



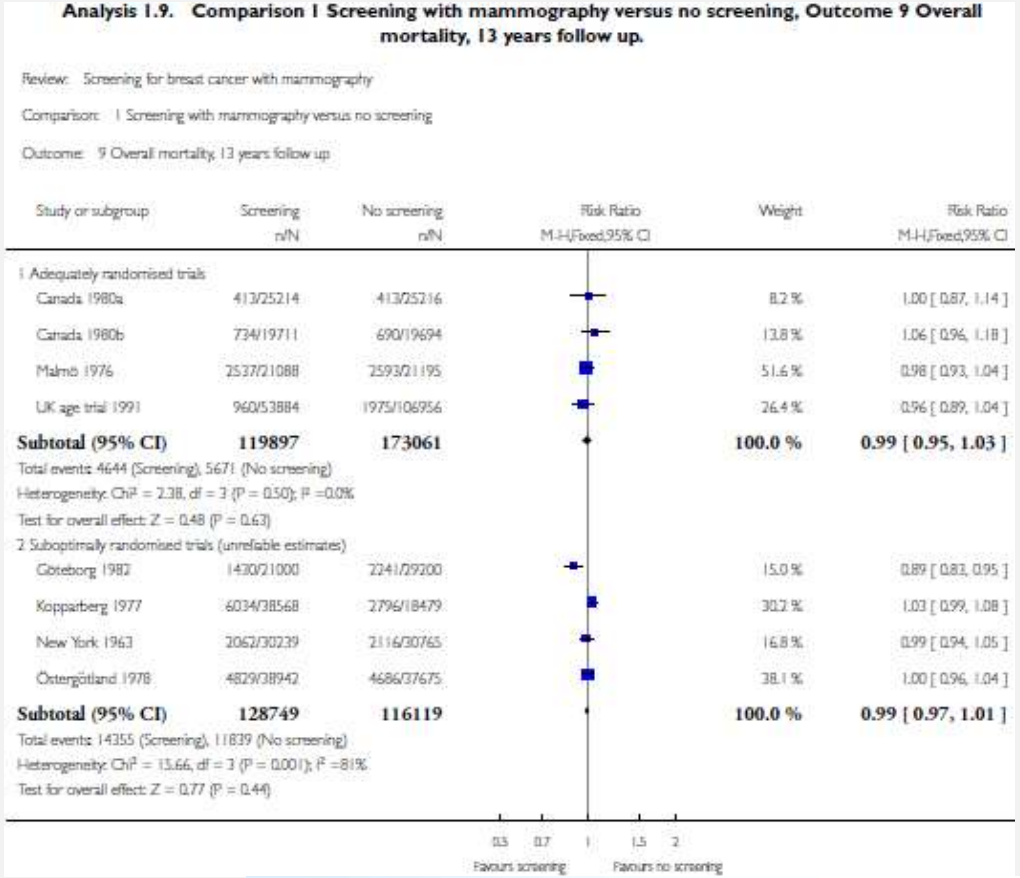
No es el cribado, sino el **cambio de los estanderes de tratamiento**, el responsable del aumento de la cirugía conservadora

SVGO-GOEE

Mortalidad general y por cáncer

- Ningún estudio ha demostrado diferencias significativas

- Revisión Cochram 2013
  - **General RR 0,99**
  - **Cancer RR 0,99**



Analysis 1.9. Comparison 1 Screening with mammography versus no screening, Outcome 9 Overall mortality, 13 years follow up.

Review: Screening for breast cancer with mammography

Comparison: 1 Screening with mammography versus no screening

Outcome: 9 Overall mortality, 13 years follow up

Study or subgroup	Screening n/N	No screening n/N	Risk Ratio M-H,Fixed,95% CI	Weight	Risk Ratio M-H,Fixed,95% CI
1 Adequately randomised trials					
Canada 1980a	413/25214	413/25216		8.2 %	1.00 [0.87, 1.14]
Canada 1980b	734/19711	690/19694		13.8 %	1.06 [0.96, 1.18]
Malmö 1976	2537/21088	2593/21195		51.6 %	0.98 [0.93, 1.04]
UK age trial 1991	960/53884	1975/106956		26.4 %	0.96 [0.89, 1.04]
Subtotal (95% CI)	**119897**	**173061**		**100.0 %**	**0.99 [0.95, 1.03]**
Total events: 4644 (Screening), 5671 (No screening)					
Heterogeneity: Chi² = 2.38, df = 3 (P = 0.50); I² =0.0%					
Test for overall effect: Z = 0.48 (P = 0.63)					
2 Suboptimally randomised trials (unreliable estimates)					
Göteborg 1982	1430/21000	2241/29200		15.0 %	0.89 [0.83, 0.95]
Kopparberg 1977	6034/38568	2796/18479		30.2 %	1.03 [0.99, 1.08]
New York 1963	2062/30239	2116/30765		16.8 %	0.99 [0.94, 1.05]
Östergötland 1978	4829/38942	4686/37675		38.1 %	1.00 [0.96, 1.04]
Subtotal (95% CI)	**128749**	**116119**		**100.0 %**	**0.99 [0.97, 1.01]**
Total events: 14355 (Screening), 11839 (No screening)					
Heterogeneity: Chi² = 15.66, df = 3 (P = 0.001); I² =81%					
Test for overall effect: Z = 0.77 (P = 0.44)					

SVGO-GOEE

Objetivos del Cribado Poblacional

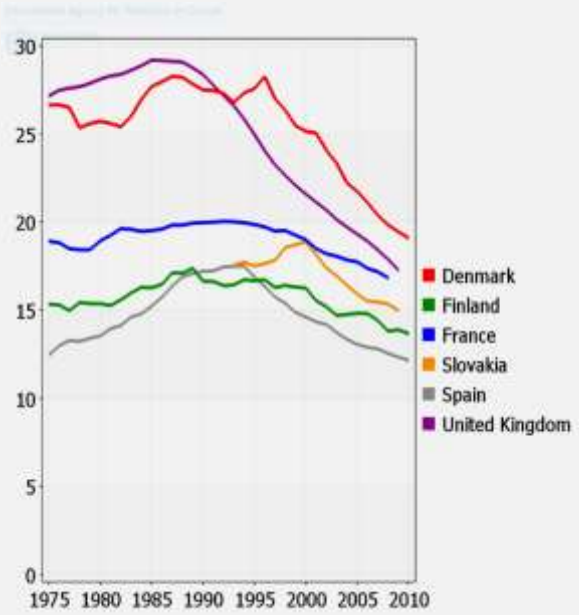
- Reducir morbilidad del tratamiento
- Reducir mortalidad general y por cáncer
- Reducir mortalidad especifica por cáncer de mama

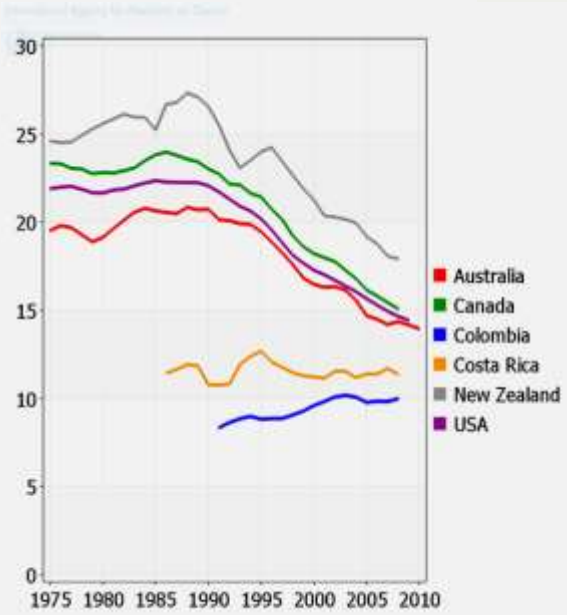
El cribado no aumenta la esperanza de vida de las mujeres

Tampoco reduce mortalidad por cáncer

SVGO-GOEE

Mortalidad especifica por Cáncer de mama





- Mejores tratamientos actuales. HT, QT

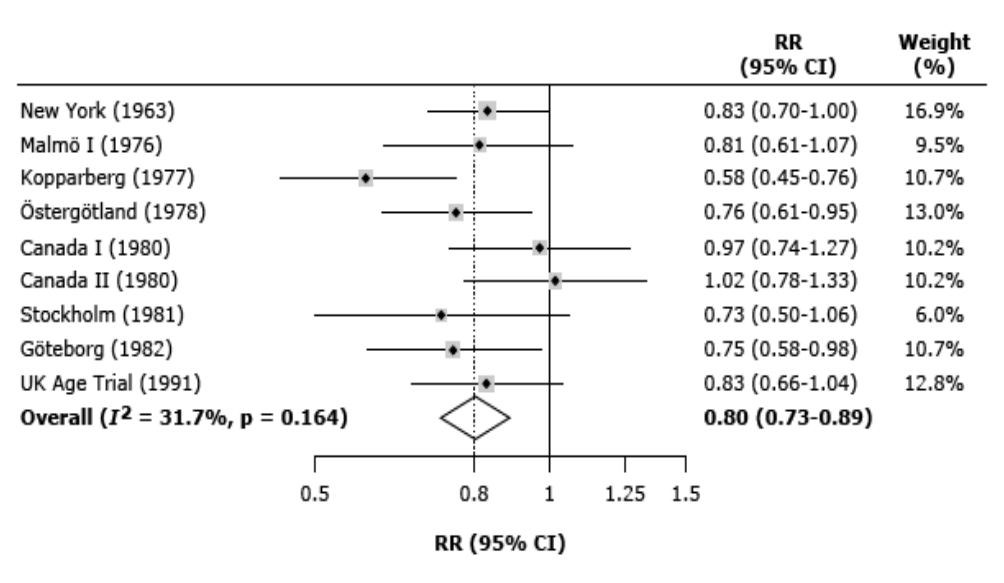
- Mayor eficacia en cribados actuales

SVGO-GOEE

Riesgo de mortalidad por Cáncer de mama

Metanalisis de estudios randomizados (40-69años)

0,80 RR



Independen UK panel.. Lancet 2012

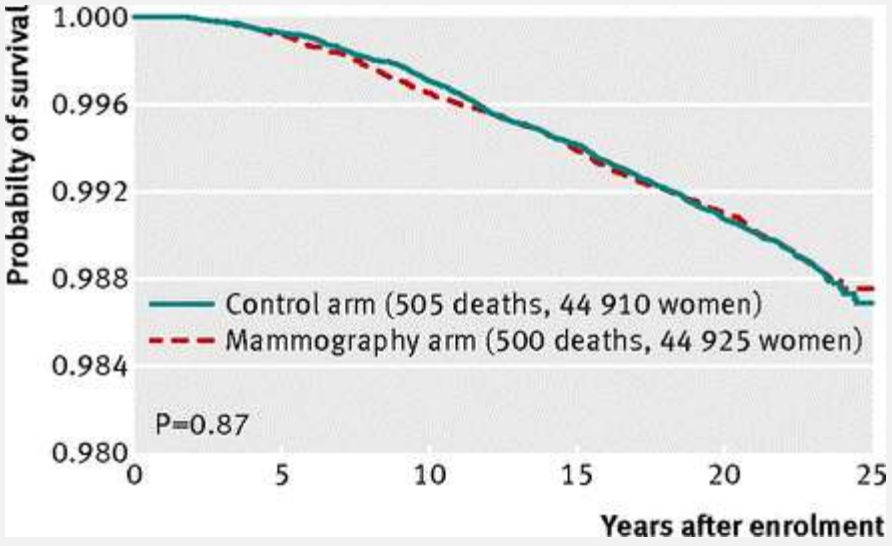
BMJ

RESEARCH

Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial

OPEN ACCESS

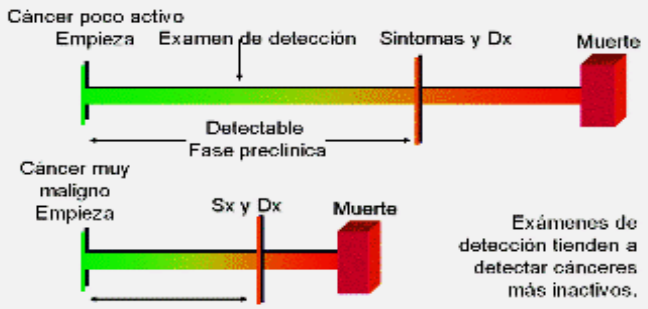
Anthony B Miller professor emeritus, Claus Wall data manager, Cornelia J Baines professor emerita, Ping Sun statistician, Teresa To senior scientist, Steven A Narod professor



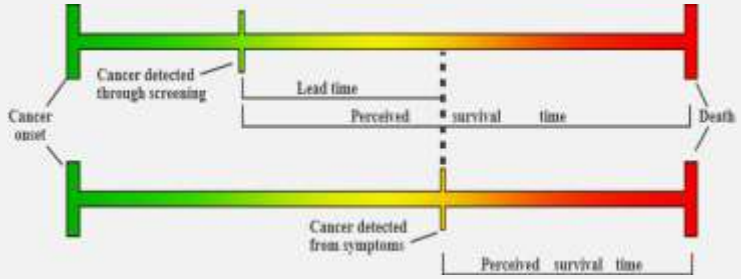
SVGO-GOEE

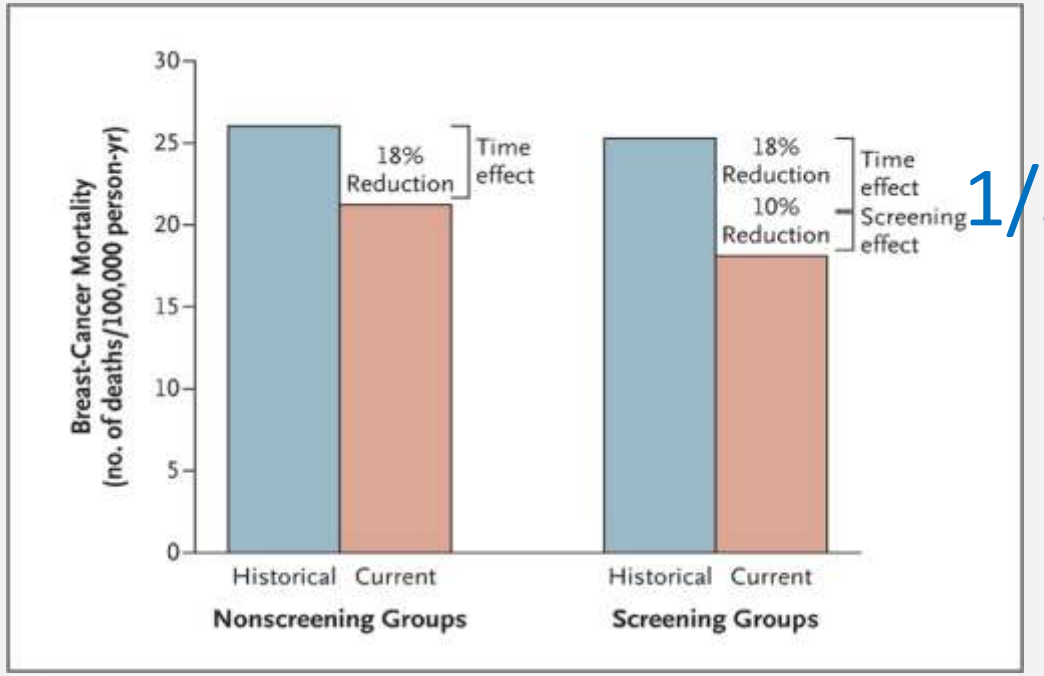
DUDAS

Sesgo de duración

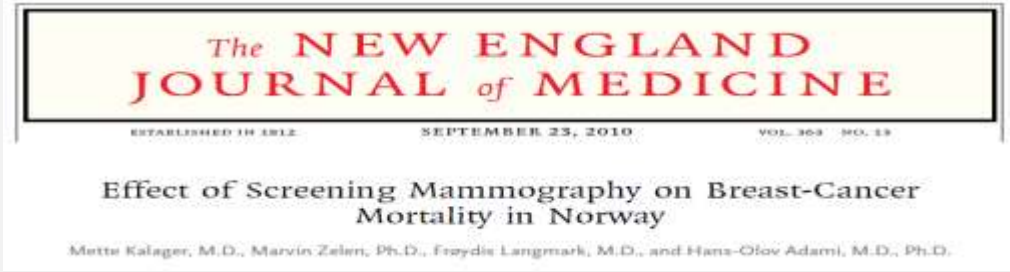


Sesgo de adelantamiento





1/3


The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812 SEPTEMBER 23, 2010 VOL. 363 NO. 13

Effect of Screening Mammography on Breast-Cancer Mortality in Norway

Mette Kalager, M.D., Marvin Zelen, Ph.D., Freydis Langmark, M.D., and Hans-Olov Adami, M.D., Ph.D.

SVGO-GOEE

- CSTF 2011: 18%
- EUROSCREEN 2012: 25-31%
- IUKP 2013: 20%
- IARC 2015: 23%
- UPSTF 2016:

20-30%

Table 1. Breast Cancer Deaths Avoided (95% CI) per 10 000 Women Screened by Repeat Screening Mammography Over 10 Years: Data From Randomized, Controlled Trials*

Variable	Ages 40-49 y	Ages 50-59 y	Ages 60-69 y	Ages 70-74 y
Breast cancer deaths avoided	3 (0-9)	8 (2-17)	21 (11-32)	13 (0-32)

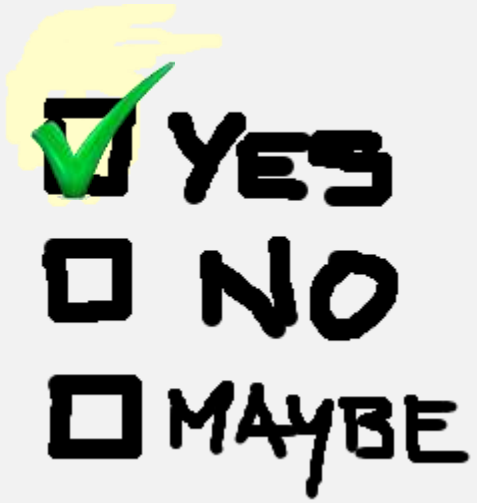
* All women did not have 100% adherence to all rounds of screening offered in the randomized, controlled trials.

0,88 RR	0,86 RR . 14%	0,67 RR. 33%	0,80

SVGO-GOEE

Objetivos del Cribado Poblacional

- Reducir morbilidad del tratamiento
- Reducir mortalidad general y por cáncer
- Reducir mortalidad especifica por cáncer de mama
- Reducir la incidencia de canceres avanzados

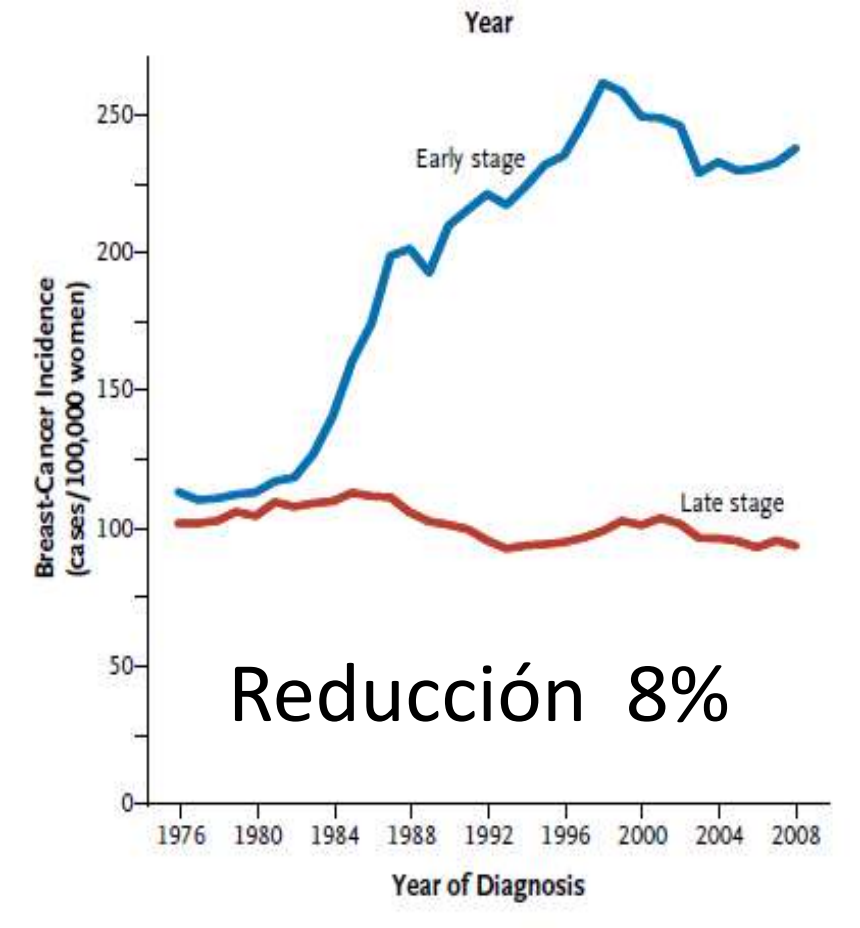


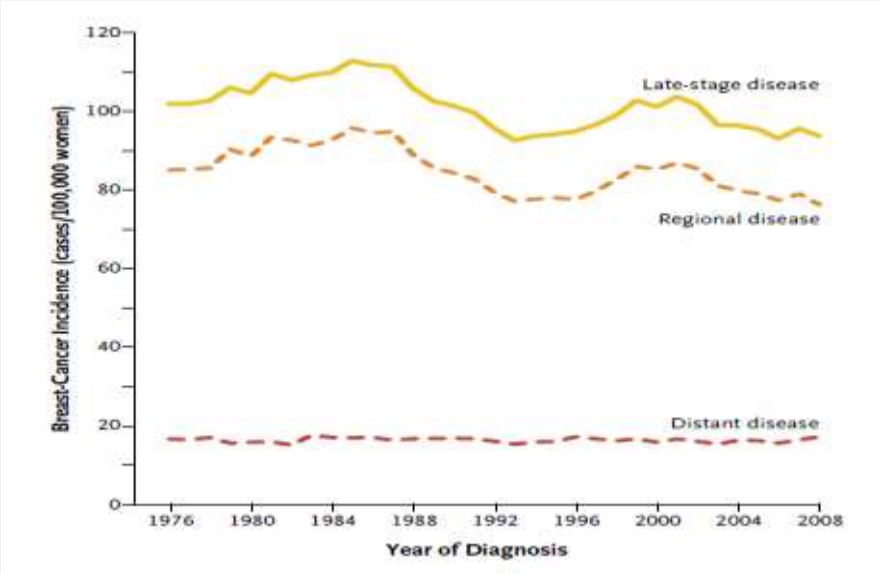
Reducción mortalidad del 10-30%

1 muerte por cada 235 (100-2000) mujeres cribadas

SVGO-GOEE

Reducir la incidencia de cánceres avanzados





SVGO-GOEE

Objetivos del Cribado Poblacional

- Reducir morbilidad del tratamiento
- Reducir mortalidad general y por cáncer
- Reducir mortalidad especifica por cáncer de mama
- Reducir la incidencia de canceres avanzados
- Mayor tranquilidad en casos con resultado negativo

Si, pero en menor proporción de lo esperado

SVGO-GOEE

Resultado Negativo

- **Verdadero negativo:**
  - Tras una mamografía normal la mujer siente la seguridad de estar sana … paro la mayoría de las mujeres se sienten sanas antes de realizar la mamografía.
  - La propia invitación a participar en el cribado puede causar inseguridad.
- **Falso negativo:**
  - 0,2 mujeres /1000 mujeres cribadas (IUKP)
  - Falsa sensación de seguridad
  - Retraso en el diagnóstico

SVGO-GOEE

Objetivos del Cribado Poblacional

- Reducir morbilidad del tratamiento
- Reducir mortalidad general y por cáncer
- Reducir mortalidad especifica por cáncer de mama
- Reducir la incidencia de canceres avanzados
- Mayor tranquilidad en casos con resultado negativo

Si … pero con matices

SVGO-GOEE

Riesgos del cribado

- Falsos positivos
- Sobrediagnóstico
- Cánceres radioinducidos

Falsos positivos

Recomendación de estudios adicionales en mujeres que no se demuestra cáncer 1 año después de Mx

Ansiedad, depresión y ↓ vitalidad

Coste Económico

1 cáncer de cada 12 mujeres estudiadas

1 cáncer de cada 2 mujeres estudias

↓Edad

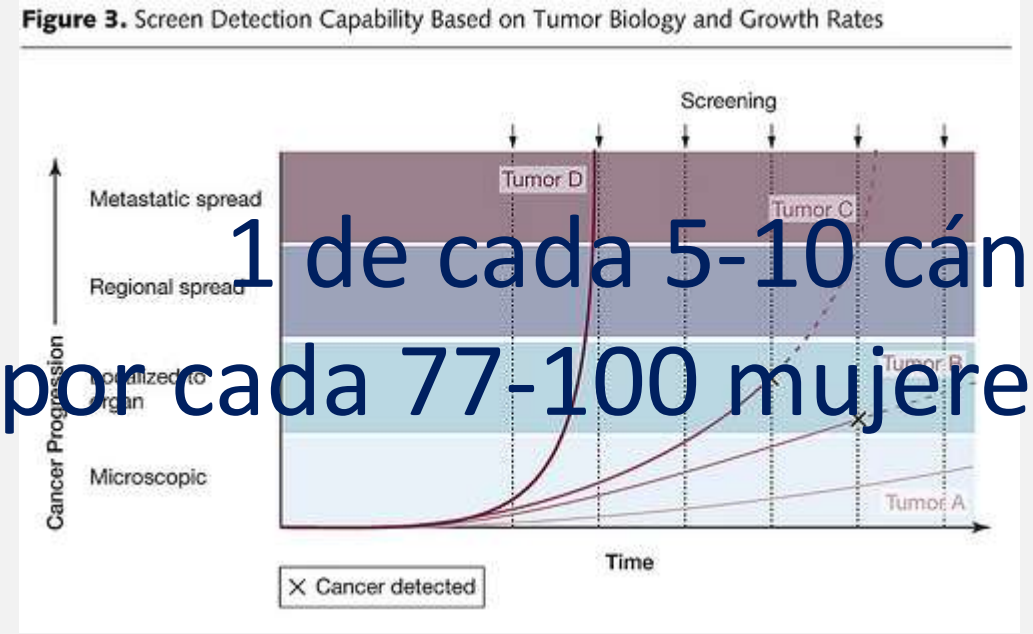
Riesgo acumulado tras 10 rondas: 20,39%, 3% para biopsia

↑ Densidad mamaria

SVGO-GOEE

Sobrediagnóstico

Detección de lesiones que no causarían morbilidad o mortalidad si no se encontraran



1 de cada 5-10 cánceres diagnosticados

1 por cada 77-100 mujeres invitadas durante 20 años

Estudios randomizados
- ✓ CBCS 22%
- ✓ Malmo 18,7%
- ✓ UK Indep.: 19%

Estudios observacionales
- ✓ 0-64%
- ✓ Noruego: 15-25%
- ✓ Noruega+Suecia: 33%
- ✓ EUROSCREEN: 1-10%

Estudios de Modelos estadísticos
- ✓ CISNET 12,5%

No se puede medir directamente

SVGO-GOEE

DOI:10.1093/jnci/djt268
Advance Access publication September 24, 2013

©The Author 2013. Published by Oxford University Press. All rights reserved.
For Permissions, please e-mail: journals.permissions@oup.com.

EDITORIALS

Ductal Carcinoma In Situ: A Rose by Any Other Name

D. Lawrence Wickerham, Thomas B. Julian

- "Lo que antes era un hallazgo infrecuente ahora representa hasta el 25% de los nuevos casos de cáncer de mama "

- "Se preguntan si el CDIS es realmente un ***cáncer*** o una ***lesión precursora*** o tal vez ***un marcador de riesgo***"

- "El porcentaje de pacientes con CDIS que va a progresar a enfermedad invasiva si no se trata no se ha establecido con precisión, pero ***es probable que implique la minoría de los casos***"

SVGO-GOEE

Consecuencias del Sobrediagnóstico

- Psicológicas
- Medicalización de su vida
- Sobretratamiento

Annals of Internal Medicine

ORIGINAL RESEARCH

Radiation-Induced Breast Cancer Incidence and Mortality From Digital Mammography Screening

A Modeling Study

Diana L. Miglioretti, PhD; Jane Lange, PhD; Jeroen J. van den Broek, MSc; Christoph I. Lee, MD, MSHS; Nicolien T. van Ravesteyn, PhD; Dominique Ritley, MPH; Karla Kerlikowske, MD; Joshua J. Fenton, MD, MPH; Joy Melnikow, MD, MPH; Harry J. de Koning, PhD; and Rebecca A. Hubbard, PhD

- Cribado bianual:
  - 50-74 años: 3 casos/10.000 mujeres 0,5 muerte/10.000 mujeres
  - 40-74 años: 4 casos/10.000 mujeres 1 muerte/10.000 mujeres
  - Mama grande: 6 casos/10.000 mujeres 1muerte/10.000 mujeres

SVGO-GOEE

Cochrane Nordic
Trusted evidence.
Informed decisions.
Better health.

swiss medical board

International Agency for Research on Cancer
World Health Organization

U.S. Preventive Services TASK FORCE

CTFPHC

CANCER RESEARCH UK

Loberg. Breast Cancer Res. 2015; 17(1): 63

SVGO-GOEE

*“Por lo tanto, **no parece razonable participar en cribados de cáncer de mama**. De hecho, al no participar en los cribados, el riesgo de tener un diagnóstico de cáncer de mama se reduce”*

Incomprensión de la sociedad
Incertidumbre

SVGO-GOEE

DIARIO MEDICO.COM

Diario

INICIO | ÁREA PROFESIONAL | ÁREA CIENTÍFICA | O

Sanidad | Profesión | Normativa | Gestión | Entorno |

Portada > Área Profesional > Entorno

SE MANTIENE EL CRIBADO ENTRE LOS 50 Y L

La SEGO recomendar control a los 35 años

La SEGO recomendará una mamografía de con foro de la AECC donde los expertos también ha ha crecido en todos los grupos de edad, al tiem ciento y la mortalidad desciende.

Isabel Gallardo Ponce | igallardo@diariomedico.com | 05/10/2

deia

INICIO | BIZKAIA | ATHLETIC | POLÍTICA | SOCIEDAD | DEPORTES | CULTURA Y OCIO

| Euskadi | Estado - Mundo | Obituarios | Historias de los vascos | Euskadi y Bizkaia en datos

Inicio > Sociedad > Estado - Mundo

AVIVAN LA POLÉMICA

La 'guerra' de las mamografías enfrenta a ginecólogos y oncólogos

Los oncólogos rechazan hacer un primer cribado a los 35 años como quieren recomendar los ginecólogos

Avivan la polémica al afirmar que no hay base científica que justifique su uso

CONCHA LAGO - Miércoles, 12 de Octubre de 2016 - Actualizado a las 06:03h

SVGO-GOEE

- **Mejorar la información** que se proporciona a las mujeres a las que se invita a participar en el programa

22188 *LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.*

1 ¿QUÉ ES EL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA?

Es un Programa del Departamento de Salud y Osakidetza que consiste en la realización de mamografías de ambas mamas, cada 2 años.

2 ¿A QUIÉN SE DIRIGE?

A mujeres de Euskadi de entre 50 y 69 años de edad, así como a las de 40 a 49 años con antecedentes familiares de cáncer de mama de primer grado (madre, hermana, hija, padre, hermano, hijo), siendo el único motivo de exclusión, el estar diagnosticada de cáncer de mama.

3 ¿CÓMO SE PARTICIPA?

La citación se lleva a cabo mediante carta en la que figura el lugar, fecha y hora de la cita.

4 ¿QUÉ SE HACE EL DÍA DE LA CITA?

En primer lugar, se recogen los datos para la historia clínica y a continuación, se realizan las mamografías.

5 CON LAS MAMOGRAFÍAS ¿HA TERMINADO EL ESTUDIO?

Después de que el Radiólogo o Radióloga haya visto las mamografías, existe la posibilidad de que para completar el estudio, sea necesario realizar otras pruebas, como una ecografía u otras mamografías.

6 ¿CÓMO SE INFORMA DE LOS RESULTADOS?

Se enviarán por correo al domicilio dos informes con la recomendación de cuándo realizar la siguiente mamografía. Si lo desea, puede entregar uno de ellos a su médico/a.

7 ¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DE PARTICIPAR?

En la mayoría de los casos se detectan lesiones muy pequeñas que no se manifiestan por la palpación y que solo es posible descubrir mediante la mamografía.

TELÉFONOS DE INFORMACIÓN DEL PROGRAMA:

OSI Barakaldo-Sestao	944 03 36 10
OSI Barrualde-Galdakao	945 00 60 61
Enkarterri-Cruces	944 03 36 11
OSI Uribe	944 03 36 11

Mujeres de 40 a 49 años, con antecedentes familiares de cáncer mama de primer grado 945 00 64 13

TITIETAKO MINBIZIA

Osakidetza

Sobrediagnóstico?

Sobretratamiento ?

información “comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias”

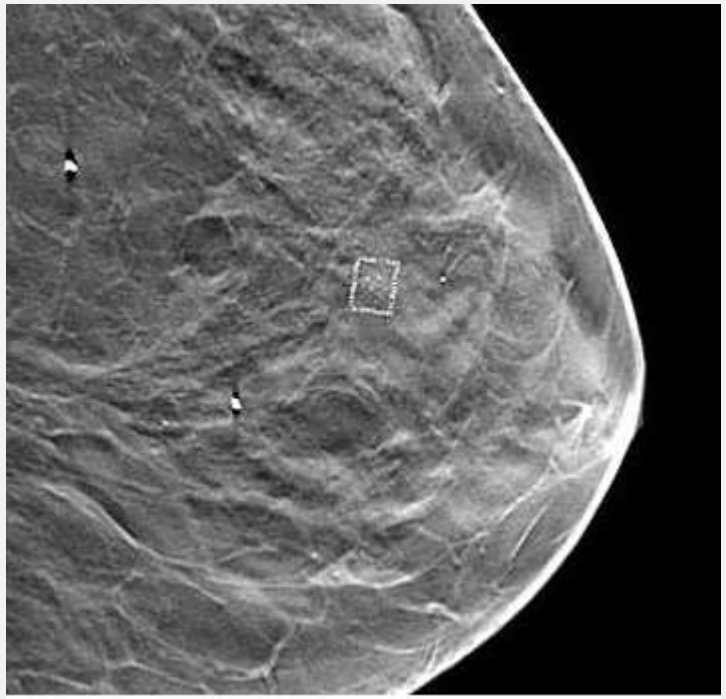
Toma de decisiones conjunta

- **Valorar Mejoras tecnológicas**

➢ Tomosintesis:

- Aumenta discretamente sensibilidad
- Disminuye tasa de rellanadas por falso positivo
- Sobrediagnóstico?

➢ RMN difusión



SVGO-GOEE

Individualizar el cribado

- Edad
- Densidad mamaria
- Factores de riesgo
  - Historia familiar
  - Historia personal de biopsias
- Predictores de riesgo

Original Research | 23 August 2016

Tailoring Breast Cancer Screening Intervals by Breast Density and Risk for Women Aged 50 Years or Older: Collaborative Modeling of Screening Outcomes ONLINE FIRST

Amy Trentham-Dietz, PhD*; Karla Kerlikowske, MD, MS*; Natasha K. Stout, PhD†; Diana L. Miglioretti, PhD; Clyde B. Schechter, MD, MA; Mehmet Ali Ergun, MSc; Jeroen J. van den Broek, MS; Oguzhan Alagoz, PhD; Brian L. Sprague, PhD; Nicolien T. van Ravesteyn, PhD; Aimee M. Near, MPH; Ronald E. Gangnon, PhD; John M. Hampton, MS; Young Chandler, DrPH, MS, MPH; Harry J. de Koning, MD, PhD; Jeanne S. Mandelblatt, MD, MPH‡; Anna N.A. Tosteson, ScD‡, on behalf of the Breast Cancer Surveillance Consortium and Cancer Intervention and Surveillance Modeling Network§

Riesgo basal – mamas grasas: Cribado cada 3 años
Riesgo basal – mamas densas : Cribado bianual
Riesgo intermedio: Cribado bianual
Riesgo intermedio-alto-mamas densas: Cribado anual

SVGO-GOEE

Y tu… ¿Cómo lo ves?

Government/society recommendations for routine mammographic screening in women at average risk

Group (date)	Frequency of screening (years)	Initiation of screening		
		40 to 49 years of age	50 to 69 years of age	≥70 years of age
Government-sponsored groups				
US Preventive Services Task Force (2016)[1]	2	Individualize*	Yes	Yes, to age 74
Canadian Task Force on Preventive Health Care (2011)[2]	2 to 3	Recommend against*	Yes	Yes, to age 74
National Health Service, United Kingdom (2013)[3]	3	Yes, start age 47	Yes	Yes, to age 73
Royal Australian College of General Practitioners (2012)[4]	2	No (eligible but not targeted)	Yes	No (eligible but not targeted)
Medical societies				
American College of Obstetricians and Gynecologists (2011)[5]	1	Yes	Yes	Yes¶
American College of Physicians (2015)[6]	1 to 2	Individualize*	Yes	Yes, to age 74
American Academy of Family Physicians (2009)[7]	2	Individualize*	Yes	Yes, to age 74
American Cancer Society (2015)[8]	1 year age 45 to 54	Yes, start age 45	Yes	Yes∆
	2 years age ≥55			
American College of Radiology (2013)[9]	1	Yes	Yes	Yes◊
Coalitions				
National Comprehensive Cancer Network (2014)[10]	1	Yes	Yes	Yes

* Women should be counseled about the harms and benefits of mammography; individualized decision based on risks and patient preference.

¶ Discuss with doctor and individualize decision after age 75.

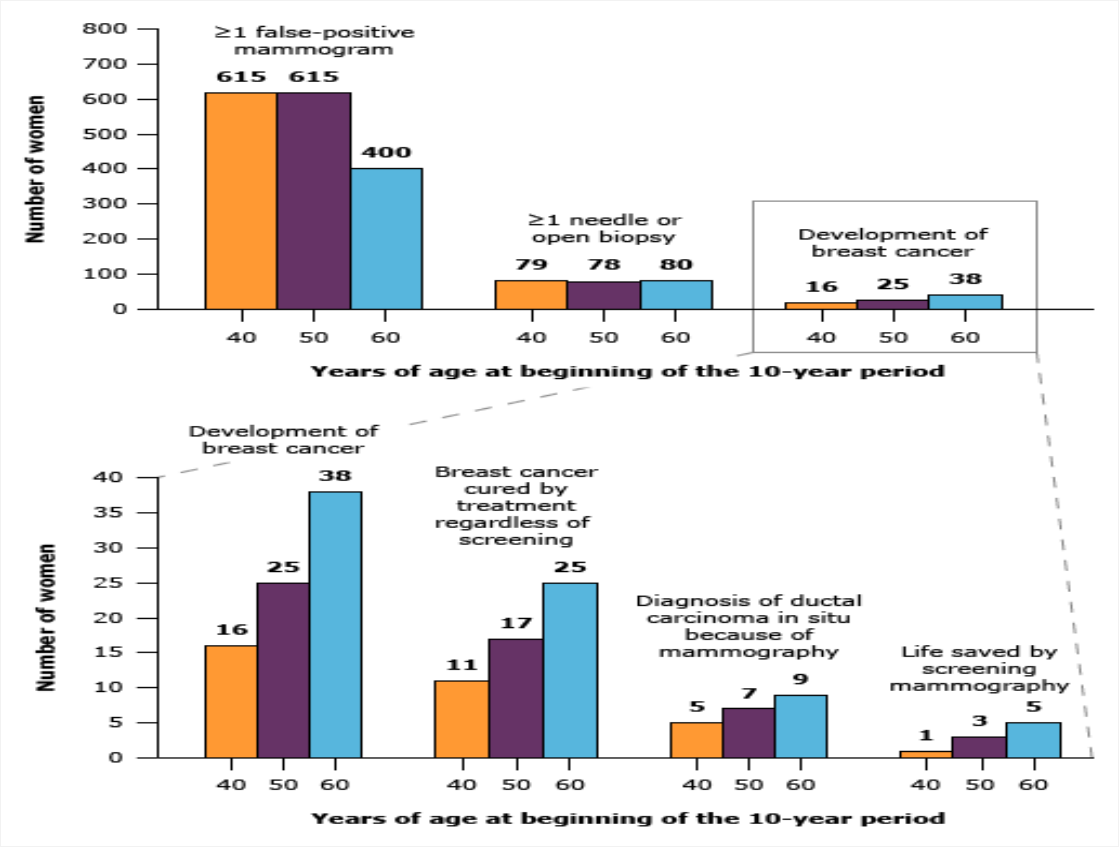


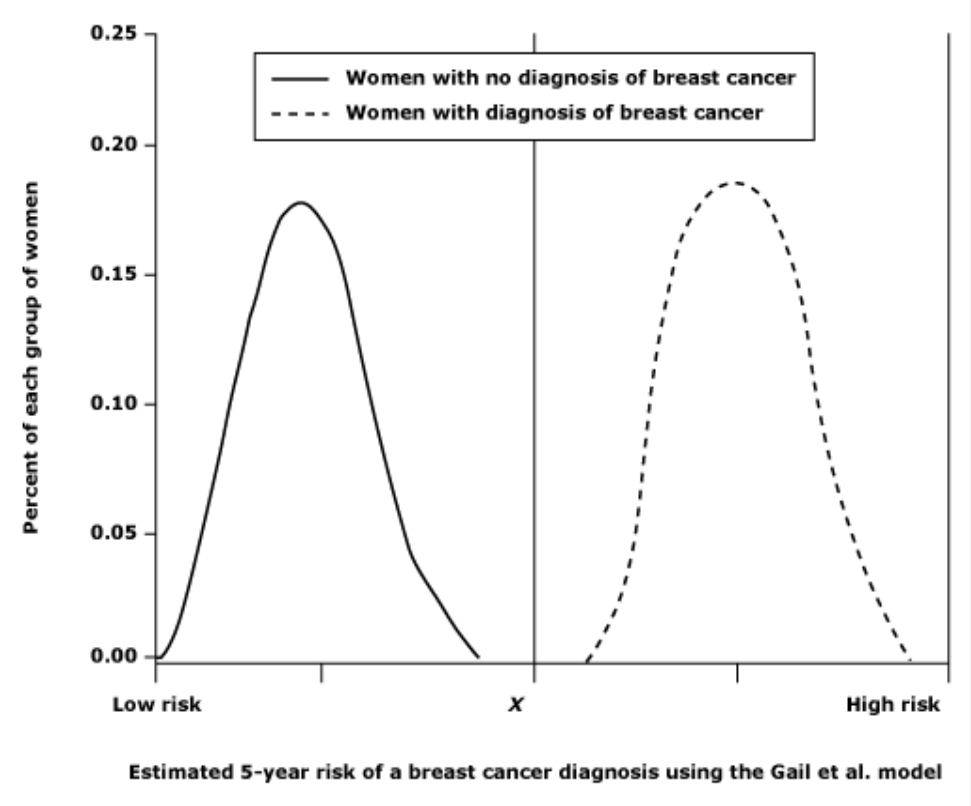
Table 3. Lifetime Benefits and Harms of Biennial Screening Mammography per 1000 Women Screened: Model Results Compared With No Screening*

Variable	Ages 40–74 y	Ages 50–74 y
Fewer breast cancer deaths, *n*	8 (5–10)	7 (4–9)
Life-years gained	152 (99–195)	122 (75–154)
False-positive test results, *n*	1529 (1100–1976)	953 (830–1325)
Unnecessary breast biopsies, *n*	213 (153–276)	146 (121–205)
Overdiagnosed breast tumors, *n*	21 (12–38)	19 (11–34)

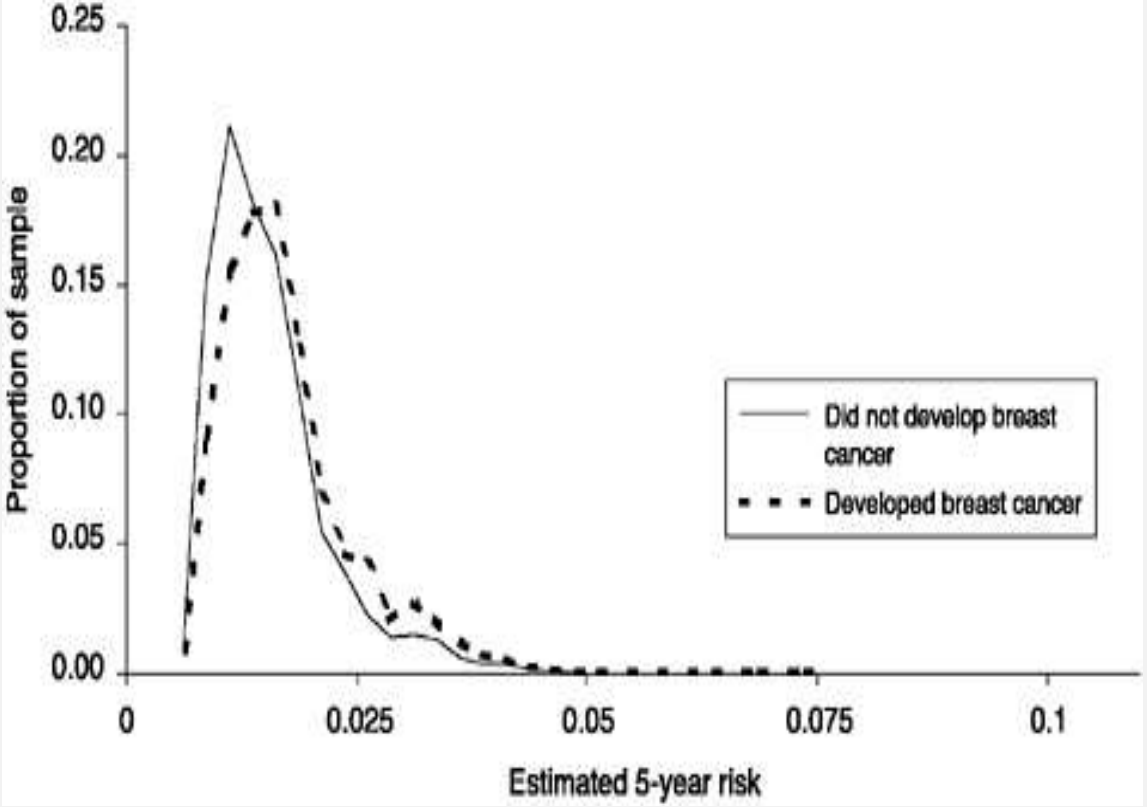
* Values reported are medians (ranges).

Table 2. Harms of One-Time Mammography Screening per 10 000 Women Screened: Breast Cancer Surveillance Consortium Registry Data

Variable	Ages 40-49 y	Ages 50-59 y	Ages 60-69 y	Ages 70-74 y
False-positive test results (false alarms), *n*	1212	932	808	696
Breast biopsies, *n*	164	159	165	175
False-negative test results (missed cancers), *n*	10	11	12	13



Concordancia 1



Concordancia 0,59

Tabla 2
Costes iniciales y de seguimiento en euros del cáncer de mama por estadío

Estadio	Coste inicial				Coste seguimiento anual
	Cirugía	Radioterapia	Quimioterapia	Total	
0 (In situ)	3.028	6.810	-	9.838	172
I	4.072	6.810	6.391	17.273	908
IIa y IIb	4.072	6.810	11.263	22.145	994
IIIa y IIIb	4.072	12.485	12.219	28.776	1.166
	Otros anual	Radioterapia anual	Quimioterapia anual	Ingresos anual	Coste seguimiento anual
IV	790	1.673	13.213	2.203	17.879