

VII JORNADA DEL PROGRAMA DE DETECCIÓ PRECOÇ DEL CÀNCER DE MAMA DE TARRAGONA-TERRES DE L'EBRE. CONCLUSIONS

TAULA 1. EL PROGRAMA DE CATALUNYA – OPCIONS DE MILLORA

- ❖ **Situació del Programa de detecció precoç de càncer de mama de Catalunya. Estratègia de millora de la qualitat del Programa**
 - ✓ El cribratge de càncer de mama (CM) té beneficis significatius (reducció de la mortalitat per CM) però també té efectes adversos (falsos positius, sobrediagnòstic, ...)
 - ✓ El benefici del cribratge i el balanç favorable entre beneficis i efectes adversos justifica continuar oferint el Programa
 - ✓ S'ha d'oferir a la població informació sobre beneficis i efectes adversos, de manera que permeti prendre una decisió informada sobre si vol o no vol participar en el Programa
 - ✓ Elevada dispersió de recursos: 16 oficines tècniques de cribratge, 58 unitats radiològiques, 149 radiòlegs i 199 tècnics en radiodiagnòstic
 - ✓ El Programa que s'ofereix ha de garantir la qualitat i s'ha d'avaluar periòdicament
 - ✓ A nivell d'avaluació global del Programa de Catalunya (2.013), els resultats són bons per la majoria d'indicadors però amb àrees de millora
 - ✓ Hi ha una variabilitat important en els indicadors de procés i resultats entre diferents unitats de cribratge
 - ✓ Hi ha una notable estabilitat en els resultats globals sense que s'observi una tendència marcada de millora
 - ✓ Cal una estratègia activa i sistemàtica, amb implicació de tots els actors, per fer un pas més en la millora de la qualitat

- ❖ **El Programa de detecció precoç de càncer de mama de Tarragona-Terres de l'Ebre. Principals indicadors de la setena volta**
 - ✓ La població convidada a la setena volta ha estat de 91.000 dones (increment acumulat del 88% des de la primera volta)
 - ✓ Han participat 58.700 dones en total (64.5% de la població convidada). La participació varia molt entre unitats radiològiques i entre tipus de cribratge
 - ✓ L'adherència al Programa és d'un 91%
 - ✓ Qualsevol acció que s'ha fet per influir sobre la participació s'ha vist traduïda en un augment d'aquesta (exemple ABS Calafell)
 - ✓ La proporció de dones a les que es recomana un control avançat als 6 o 12 mesos ha anat disminuint al llarg de les voltes tal com recomanen les Guies Europees
 - ✓ El nombre de dones a les que es torna a citar després de la mamografia per a la realització d'exploracions addicionals (invasives o no invasives) ha tornat a augmentar en aquesta volta (5.1%). El percentatge és molt diferent si es tracta de les dones que

es citen per primera vegada (10.5%), de si es tracta de dones que ja han participat en altres ocasions (3.8%)

- ✓ En aquesta setena volta s'ha enregistrat la taxa més elevada de detecció de càncers des de que es va començar el Programa. Han estat un total de 284 casos que representen una taxa de 4.8 casos per mil dones participants
- ✓ Un 62.8% dels casos detectats estan en estadis 0 i I. El 71% no tenen afectació ganglionar. El 87% tenen receptors hormonals positius.
- ✓ En quant als tractaments quirúrgics, en el 83% dels casos s'ha fet cirurgia conservadora i al 26% s'ha fet limfadenectomia
- ✓ Des de la quarta volta, coincidint amb la introducció de la tècnica del buidament selectiu del gangli sentinella, s'observa cert canvi en la proporció tant de les característiques dels casos detectats com dels tractaments aplicats (disminució del percentatge de casos en estadis precoços, augment de la proporció de casos amb ganglis afectats, disminució de limfadenectomies axil·lars)
- ✓ Des de l'inici del Programa s'han convidat 132.366 dones, han participat 94.647, s'han fet 371.487 mamografies i s'han detectat 1.479 casos de càncer
- ✓ Objectius a curt-mitjà termini de la unitat de coordinació i avaluació:
 - Treball conjunt amb el Pla Director d'Oncologia
 - Millora de la taxa de participació
 - Millorar el feed-back amb l'Atenció Primària de Salut
 - Sistematitzar la millora del monitoratge de les unitats radiològiques i del feed-back amb els professionals

TAULA 2. ASPECTES RELACIONATS AMB LA SENSIBILITAT DEL PROGRAMA

❖ Estudi dels càncers d'interval

- ✓ Les taxes de càncer d'interval (CI) són indicadors precoços de l'impacte potencial del Programa
- ✓ No hi ha diferències significatives entre les taxes de CI de les diferents voltes del Programa
- ✓ Al voltant d'un 40-45% dels CI eren ocults a la mamografia o eren veritables intervals. El 55% presentaven signes mínims a la mamografia de cribratge o eren falsos negatius.
- ✓ Per tal de monitorar millor la sensibilitat del Programa, cal assegurar la classificació dels CI per categories, de manera sistemàtica
- ✓ La proporció d'estadis precoços entre els CI és inferior a l'observada en els càncers detectats pel Programa
- ✓ La supervivència de les dones amb CI és significativament inferior a la de les dones amb càncers detectats pel Programa
- ✓ El monitoratge dels CI és un bon sistema per avaluar la sensibilitat i l'especificitat del Programa i per garantir la seva qualitat
- ✓ A partir de la segona volta, l'estimació de la sensibilitat fluctua al voltant del 75% i la de l'especificitat al voltant del 97%

❖ El paper del tècnic en la mamografia

- ✓ En el cribratge poblacional el tècnic és la majoria de vegades el primer professional amb qui la dona té contacte
- ✓ Un bon tècnic és aquell que fa correctament tots els passos del procés mamogràfic (identificació, inspecció i interpretació)
- ✓ El tècnic ha de ser conscient de que forma part d'un equip on la comunicació és una eina fonamental
- ✓ Els resultats del Programa també depenen del treball del tècnic
- ✓ Una mamografia ben feta pot salvar vides
- ✓ El diagnòstic del càncer de mama és un treball en equip

❖ Lesions mamàries que posen al patòleg en un compromís: perquè necessitem més material?

- ✓ El 90% dels diagnòstics es poden fer amb el material resultant d'una BAG (biòpsia amb agulla gruixuda)
- ✓ És imprescindible disposar de la màxima informació clínica i radiològica del cas
- ✓ El gran problema el presenten el grup de lesions proliferatives que s'originen en el lobel (hiperplàsia ductal usual-HDU, hiperplàsia ductal atípica-HDA, carcinoma in situ-CIS)
- ✓ La diferència entre una HDA i un CIS bàsicament està en la mida. Per consens entre patòlegs és 2 mm
- ✓ Quan es presenten lesions combinades amb atípies i HDU és necessari disposar de la totalitat de la lesió perquè no es pot estar segur de que no amaguin un carcinoma infiltrant
- ✓ En els casos de lesions molt grans com el cas de lesions esclerosants complexes no sabem si els 3-4 cilindres de material representen tota la lesió; en aquest casos es recomana l'extirpació ja que no es té la garantia de que no porti associat un carcinoma infiltrant
- ✓ Un altre grup difícil de diferenciar són les lesions grans que han crescut ràpidament (fibroadenoma/tumor Phyllodes); la diferència dependrà del marge de creixement, el nombre de cèl·lules i el nombre de mitosis. Això serà molt difícil de saber si no es disposa de tota la peça
- ✓ Gràcies a la immunohistoquímica es poden resoldre molts casos sempre que es disposi de tota la informació clínica i radiològica necessària

TAULA 3. ÈTICA – COMUNICACIÓ

❖ Ètica i informació en els programes de cribratge: principis ètics i virtuts

- ✓ S'ha de passar del paternalisme mèdic a la presa de decisions compartides

- ✓ S'ha de tenir en compte que estem en una societat canviant i, cal preguntar-se si tot el que es pot fer tècnicament és èticament correcte? Els pacients tenen uns drets i els professionals unes obligacions
- ✓ Quan un pacient ha de prendre una decisió ha de conèixer tots els elements significatius perquè la decisió sigui ponderada d'acord amb els seus propis interessos. Tot pacient té dret a la informació en qualsevol circumstància
- ✓ El professional té l'obligació de donar una informació no esbiaixada o motivada pels seus interessos, com a pas previ per obtenir el consentiment del pacient abans de qualsevol intervenció
- ✓ El pacient ha de ser competent per poder prendre la decisió. La decisió ha de ser raonada i raonable
- ✓ Un bon professional no només ha de curar sinó que també ha de cuidar
- ✓ Un bon metge ha de ser empàtic i bon comunicador

❖ Aspectes pràctics de la comunicació al llarg del procés de cribatge

- ✓ Saber-nos comunicar correctament augmenta la taxa d'èxit terapèutic i la satisfacció del pacient
- ✓ En el procés de cribatge destaquem tres moments claus en què sense una bona comunicació l'angoixa pot jugar un paper negatiu: carta d'invitació, trucada per a reconvoatòria per a exploracions addicionals i fase de diagnòstic
- ✓ La informació ha de ser fàcil d'entendre, ha de transmetre els conceptes de la detecció precoç i ha d'estar adaptada a cada fase del Programa i a cada persona
- ✓ La trucada telefònica per a reconvocar la dona per a exploracions complementàries és el punt que provoca més angoixa de tot el procés de cribatge
- ✓ El paper de la gestora de casos és essencial per millorar la qualitat assistencial i és la persona de referència en tot el procés

❖ Una experiència personal

- ✓ Es presenta l'experiència viscuda per dues participants al Programa, de dues unitats radiològiques diferents, a les que finalment se'ls ha detectat un càncer de mama
- ✓ Importància de com es diu el què es diu
- ✓ Angoixa que es genera en diferents moments del procés diagnòstic
- ✓ Reconeixement de l'equip humà que han trobat en els professionals
- ✓ Importància de la quantitat i la qualitat de la informació
- ✓ Importància de respectar els intervals de temps i que siguin el més curts possibles
- ✓ Agraïment per l'existència del Programa i perquè es continuï portant a terme