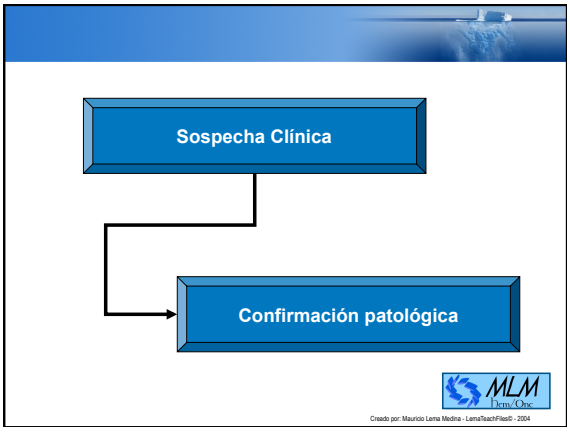
Enfoque del paciente con cáncer
MLM
Dem/Onc


Sospecha Clínica
Confirmación patológica
MLM
Dem/Onc
Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFiles© - 2004

SIN DIAGNÓSTICO
INCONTROVERTIBLE
(PATOLOGÍA)
NO ES POSIBLE FORMULAR
UN PLAN DE MANEJO
ONCOLÓGICO
ADECUADO
MLM
Dem/Onc
Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFiles© - 2004

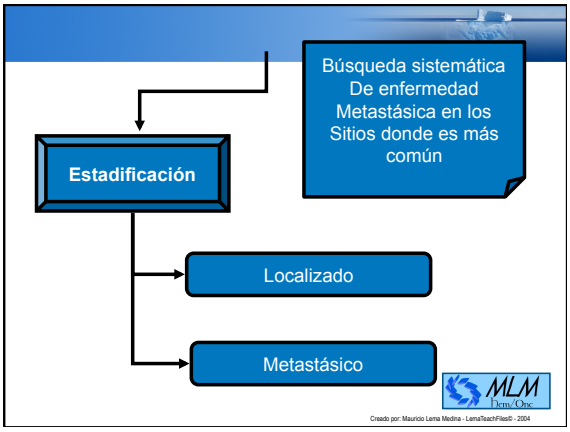
Diagnóstico de cáncer

Estrategia diagnóstica usual (Colombia)

Tumor	Método diagnóstico usual	Comentario
Cáncer de mama	Biopsia guiada por ecografía	Core-needle
Cáncer del pulmón	Biopsia (broncoscopia/TAC)	-
Cáncer de próstata	Biopsia guiada por ecografía	Transrectal
Cáncer de estómago	Biopsia guiada por endoscopia	-
Cáncer de colon y rectal	Biopsia guiada por endoscopia	-
Cérvix uterino	Biopsia guida por colposcopia	-
Linfoma	Biopsia escisional	Arquitectura
Carcinoma de ovario	Laparotomía	-
Cáncer de páncreas	Biopsia guiada por TAC	-
Carcinoma hepatocelular	Biopsia guiada por TAC	-
Leucemia	Biopsia de médula ósea	Mielograma

Page • 4

Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFiles® - 2011



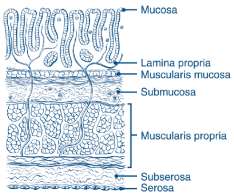
Estadificación con el TNM

- **T:**
  - Tumor
- **N:**
  - Compromiso de los ganglios linfáticos regionales (lymph Nodes)
- **M:**
  - Compromiso a distancia (Metastasis)

MLM Derm/Onc

Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFiles© - 2004

TNM – 1: T (Cáncer de colon y recto)



Primary Tumor (T)

- **TX** Primary tumor cannot be assessed
- **T0** No evidence of primary tumor
- **Tis** Carcinoma in situ: intraepithelial or invasion of lamina propria[1]
- **T1** Tumor invades submucosa
- **T2** Tumor invades muscularis propria
- **T3** Tumor invades through the muscularis propria into pericolorectal tissues
- **T4a** Tumor penetrates to the surface of the visceral peritoneum[2]
- **T4b** Tumor directly invades or is adherent to other organs or structures[2,3]

AJCC – TNM 7th Ed, 2010
http://www.cancerstaging.org/ 06.02.2011

MLM Derm/Onc

Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFiles© - 2011

TNM – 2: N (Cáncer de colon y recto)

Regional Lymph Nodes (N)[4]

- **NX** Regional lymph nodes cannot be assessed
- **N0** No regional lymph node metastasis
- **N1** Metastasis in 1–3 regional lymph nodes
- **N1a** Metastasis in one regional lymph node
- **N1b** Metastasis in 2–3 regional lymph nodes
- **N1c** Tumor deposit(s) in the subserosa, mesentery, or nonperitonealized pericolic or perirectal tissues without regional nodal metastasis
- **N2** Metastasis in 4 or more regional lymph nodes
- **N2a** Metastasis in 4–6 regional lymph nodes
- **N2b** Metastasis in 7 or more regional lymph nodes

Distant Metastasis (M)

- **M0** No distant metastasis
- **M1** Distant metastasis
- **M1a** Metastasis confined to one organ or site (for example, liver, lung, ovary, nonregional node)
- **M1b** Metastases in more than one organ/site or the peritoneum

AJCC – TNM 7th Ed, 2010
http://www.cancerstaging.org/ 06.02.2011

Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFilesD - 2011

TNM – 2: Estadificación (Cáncer de colon)

ANATOMIC STAGE/PROGNOSTIC GROUPS

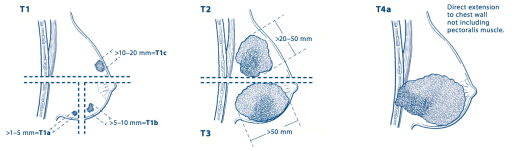
Stage	T	N	M	Dukes*	MAC*
0	Tis	N0	M0	–	–
I	T1	N0	M0	A	A
	T2	N0	M0	A	B1
IIA	T3	N0	M0	B	B2
IIB	T4a	N0	M0	B	B2
IIC	T4b	N0	M0	B	B3
IIIA	T1–T2	N1/N1c	M0	C	C1
	T1	N2a	M0	C	C1
IIIB	T3–T4a	N1/N1c	M0	C	C2
	T2–T3	N2a	M0	C	C1/C2
	T1–T2	N2b	M0	C	C1
IIIC	T4a	N2a	M0	C	C2
	T3–T4a	N2b	M0	C	C2
	T4b	N1–N2	M0	C	C3
IVA	Any T	Any N	M1a	–	–
IVB	Any T	Any N	M1b	–	–

AJCC – TNM 7th Ed, 2010
http://www.cancerstaging.org/ 06.02.2011

Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFilesD - 2011

TNM – 1: T (Cáncer de mama)

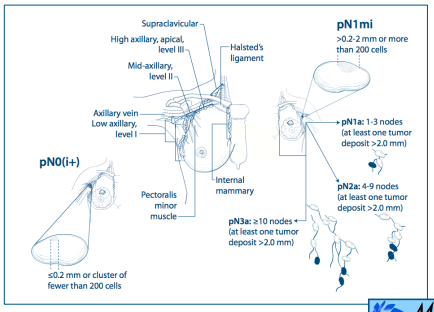
Breast Cancer Staging 7th EDITION



AJCC – TNM 7th Ed, 2010
http://www.cancerstaging.org/ 06.02.2011

Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFilesD - 2011

TNM – 2: N (Cáncer de mama)



AJCC – TNM 7th Ed, 2010
http://www.cancerstaging.org/ 06.02.2011

Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFlesD - 2011

Diagnóstico de cáncer

Estrategia diagnóstica usual (Colombia)

Tumor	Estadificación	Otros
Mama	Rayos X de tórax, Ecografía abdominal, Gammagrafía ósea	Receptores hormonales, HER2
Pulmón	TAC de tórax, RM cráneo, Gamma ósea / PET CT	Mutación EGFR
Próstata	Gammagrafía ósea, Rayos X tórax / WBMRI	PSA
Estómago	TAC de abdomen total, Rayos X de tórax, Laparoscopia	-
Colon y recto	TAC (o RM) de tórax y abdomen total	CEA, mutación KRAS (metastásico)
Cérvix uterino	RM de abdomen y pelvis, Rayos X de tórax	-
Linfoma	TAC de cuello, tórax, abdomen y pelvis, biopsia médula ósea / PET CT	CD20, CD5, Ciclina, bcl-2, LDH, etc
Ovario	TAC de abdomen total, rayos X de tórax	Ca 125, resección óptima vs subóptima
Páncreas	TAC de abdomen total	Ca 19.9
Hepatocelular	TAC de abdomen, Childs-Pugh	Alfa feto proteína
Leucemia	Citogenética, translocaciones, mutaciones	

Page • 14

Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFlesD - 2011

Desempaño (Performance status)

Estado funcional

ECOG	Grado
Actividad normal	0
Sintomático, ambulatorio	1
Confinado ≤ 50% tiempo vigilia	2
Confinado > 50% tiempo vigilia	3
Confinado 100% tiempo	4
Muerto	5

ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group

Karnofsky (KPS)	Grado
Actividad normal	100%
No labora, cuida de si mismo	70%
Incapaz de cuidar de si mismo	60%
Hospitalizado/Institucionalizado	40%
Moribundo	20%
Muerto	0%

Page • 15

Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFlesD - 2011

Estadío

Desempeño

E: Temprano D: Bueno	E: Avanzado D: Bueno
E: Temprano D: Malo	E: Avanzado D: Malo

Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFiles© - 2004

E: Temprano
D: Bueno

- **Usualmente curable**
- **Usualmente tratable con medidas locoregionales**
  - Cirugía
  - Radioterapia
- **Quimioterapia frecuentemente**
  - Disminuir riesgos de recurrencia
  - Cuando es modalidad fundamental de tratamiento (i.e. Linfomas)
- **Bajo riesgo de muerte por TOXICIDAD del tratamiento**

Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFiles© - 2004

E: Temprano
D: Malo

- **Usualmente curable**
- **Usualmente tratable con medidas locoregionales**
  - Cirugía
  - Radioterapia
- **Quimioterapia en algunos casos**
  - Disminuir riesgos de recurrencia
  - Cuando es modalidad fundamental de tratamiento (i.e. Linfomas)
- **Alto riesgo de muerte por TOXICIDAD del tratamiento**

E: Avanzado
D: Bueno

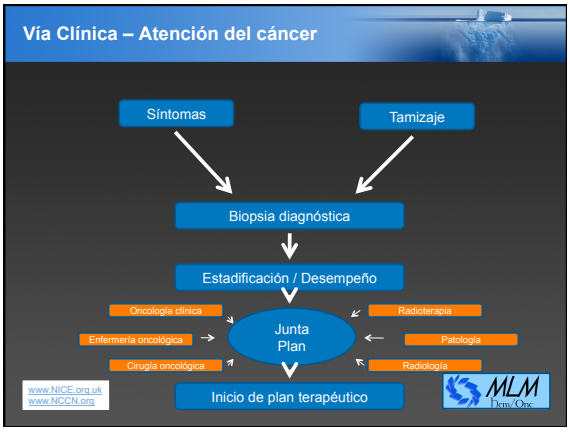
- **Usualmente incurable**
- **Terapia sistémica o multimodal es la regla**
- **Expectativa de curación en algunos:**
  - Tumores germinales de ovario y testículo
  - Enfermedad trofoblástica gestacional
  - Linfomas y leucemias
  - Carcinoma de células pequeñas
  - Carcinoma de mama
  - Cáncer de colon metastásico
- **Bajo riesgo de muerte por TOXICIDAD del tratamiento**

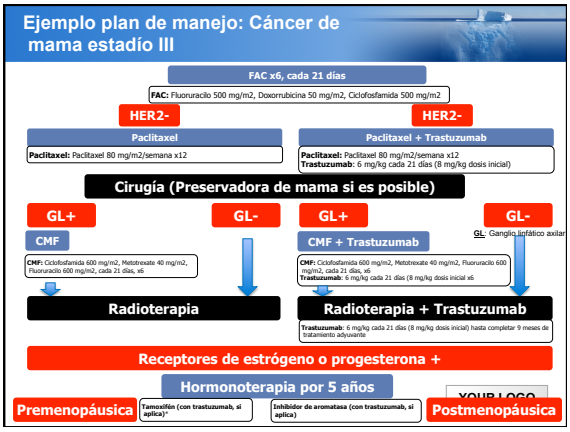
Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFiles© - 2004

E: Avanzado
D: Malo

- **Usualmente incurable**
- **Expectativa de vida corta (< 3 meses)**
- **Terapia para controlar los síntomas**
  - Dolor
  - Disnea
  - Ansiedad
  - Constipación, etc
- **Alto riesgo de muerte por TOXICIDAD del tratamiento antineoplásico específico**

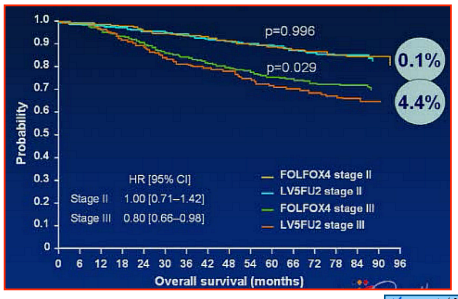
Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFiles© - 2004


Vía Clínica – Atención del cáncer
Síntomas
Tamizaje
Biopsia diagnóstica
Estadificación / Desempeño
Oncología clínica
Radioterapia
Enfermería oncológica
Junta Plan
Patología
Cirugía oncológica
Radiología
Inicio de plan terapéutico
www.NICE.org.uk
www.NCCN.org
MLM Dem/Onc


Ejemplo plan de manejo: Cáncer de mama estadío III
FAC x6, cada 21 días
FAC: Fluoruracilo 500 mg/m2, Doxorrubicina 50 mg/m2, Ciclofosfamida 500 mg/m2
HER2-
HER2-
Paclitaxel
Paclitaxel: Paclitaxel 80 mg/m2/semana x12
Paclitaxel + Trastuzumab
Paclitaxel: Paclitaxel 80 mg/m2/semana x12
Trastuzumab: 6 mg/kg cada 21 días (8 mg/kg dosis inicial)
Cirugía (Preservadora de mama si es posible)
GL+
GL-
GL+
GL-
GL: Ganglio linfático axilar
CMF
CMF: Ciclofosfamida 600 mg/m2, Metotrexate 40 mg/m2, Fluoruracilo 600 mg/m2, cada 21 días, x6
CMF + Trastuzumab
CMF: Ciclofosfamida 600 mg/m2, Metotrexate 40 mg/m2, Fluoruracilo 600 mg/m2, cada 21 días, x6
Trastuzumab: 6 mg/kg cada 21 días (8 mg/kg dosis inicial x6
Radioterapia
Radioterapia + Trastuzumab
Trastuzumab: 6 mg/kg cada 21 días (8 mg/kg dosis inicial) hasta completar 9 meses de tratamiento adyuvante
Receptores de estrógeno o progesterona +
Hormonoterapia por 5 años
Premenopáusica
Tamoxifén (con trastuzumab, si aplica)*
Inhibidor de aromatasa (con trastuzumab, si aplica)
Postmenopáusica

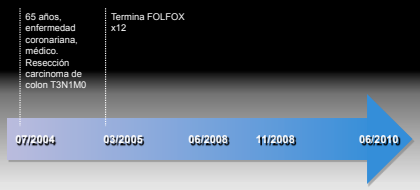
Caso
Cáncer de colon estadío III en 07/2004,
65 años, enfermedad coronariana, médico. Resección carcinoma de colon T3N1M0
07/2004
03/2005
06/2008
11/2008
06/2010
MLM Dem/Onc

MOSAIC – Supervivencia global por estadío 2 y 3 (a 6 años)



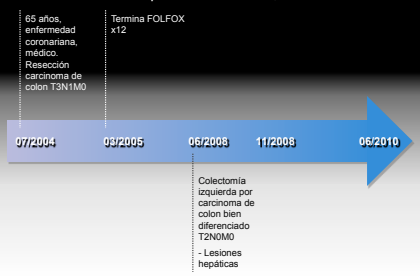
Caso

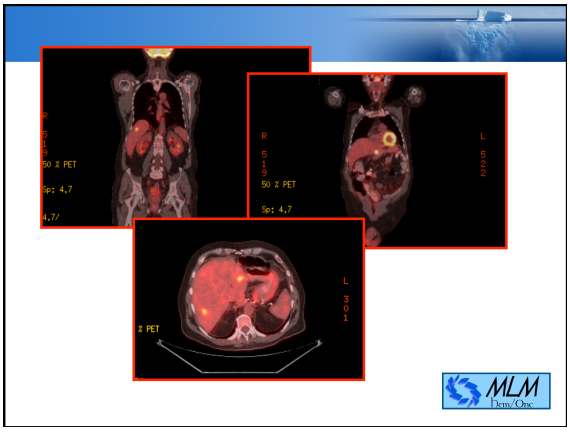
Cáncer de colon estadío III en 07/2004,



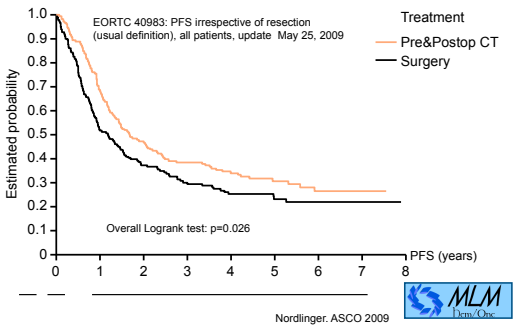
Caso

Paciente de 71 años con cáncer de colon estadío III en 07/2004, metastasectomía hepática en 11/2008, en QT x 1.5 años



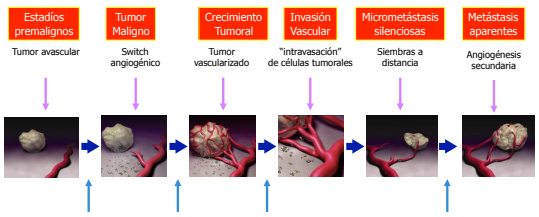


Resectable patients: PFS improved by perioperative chemotherapy



Nordlinger. ASCO 2009

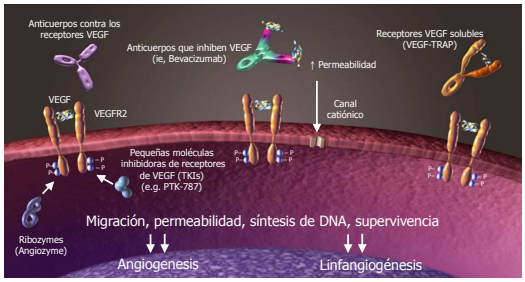
La Angiogénesis hace parte de los procesos de formación, crecimiento tumoral, y metástasis



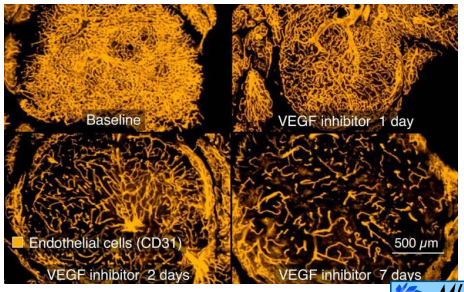
Etapas del desarrollo tumoral en los que participa la angiogénesis

Poon RT-P, et al. J Clin Oncol 2001;19:1207–25

Agentes dirigidos contra la vía de la angiogénesis



Regresión de los vasos sanguíneos tumorales después de terapia antiangiogénica

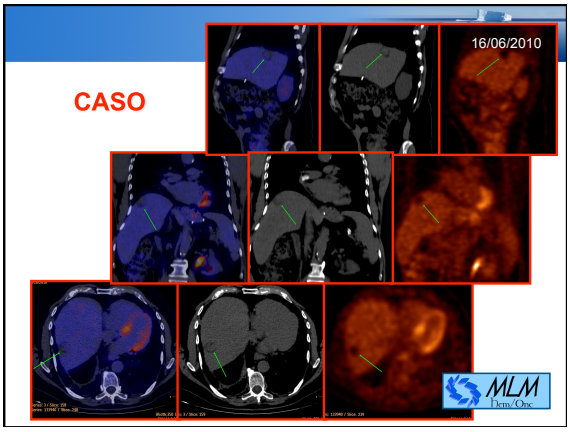


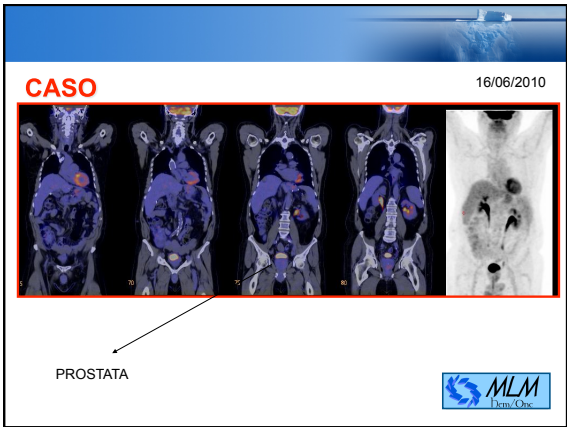
Caso

Paciente de 71 años con cáncer de colon estadío III en 07/2004, metastasectomía hepática en 11/2008, en QT x 1.5 años

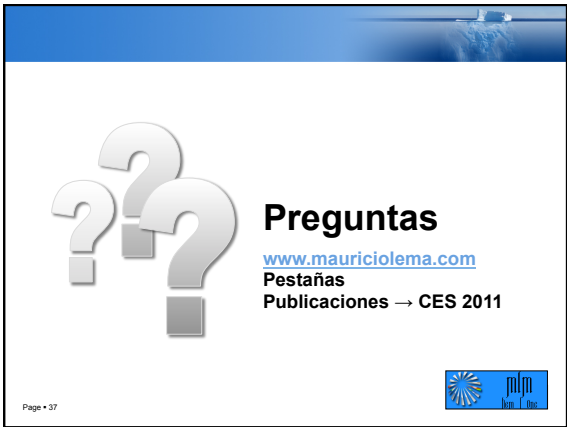
- 07/2004: 65 años, enfermedad coronariana, médico. Resección carcinoma de colon T3N1M0
- 03/2005: Termina FOLFOX x12
- 06/2008: Colectomía izquierda por carcinoma de colon bien diferenciado T2N0M0
  - Lesiones hepáticas
- 11/2008: Metastasectomía hepática luego de FOLFIRI + Bevacizumab x3 meses
- 06/2010: Quimioterapia con FOLFIRI + Bevacizumab x >1.5 años
  - K-ras nativo

PET para establecer si hay progresión tumoral. PET para definir si se suspende quimioterapia.

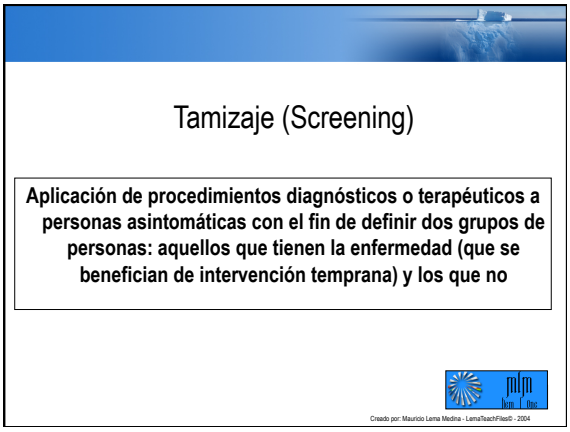

CASO
16/06/2010
MLM
Dem/Onc


CASO
16/06/2010
PROSTATA
MLM
Dem/Onc

Excelencia en oncología
Requisito para la curación
El manejo por médico aislado...
Ya no es una opción...
Varias MODALIDADES son necesarias: Cirugía, Quimioterapia, Radioterapia, etc
Secuencia
Cirugía – Quimioterapia – Radioterapia
Quimioterapia – Cirugía – Radioterapia
Radioquimioterapia – Cirugía
Etcetera
Manejo de recaídas
Intención curativa:
Testículo
Colon
Melanoma
Leucemias
Linfomas
MLM
Dem/Onc


Preguntas
www.mauriciolema.com
Pestañas
Publicaciones → CES 2011
Page • 37

Tamizaje para el Cáncer
Evaluación de la Evidencia
Am Fam Physician 2001;63:513-22
Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFilesⓇ - 2004


Tamizaje (Screening)
Aplicación de procedimientos diagnósticos o terapéuticos a personas asintomáticas con el fin de definir dos grupos de personas: aquellos que tienen la enfermedad (que se benefician de intervención temprana) y los que no
Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFilesⓇ - 2004

Tamizaje

El propósito del tamizaje es:

Disminuir Mortalidad

Disminuir Morbilidad

El diagnóstico temprano sólo es importante si el tratamiento precoz disminuye morbimortalidad

Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFiles© - 2004

Tamizaje

Aspectos éticos del tamizaje

- Reversión de la relación médico paciente
  - El médico (o sistema de salud) busca al paciente potencial (sin síntomas) para ejecutar procedimientos.
  - Los procedimientos deben ser de reconocida eficacia en diagnóstico precoz
  - El diagnóstico precoz debe ser eficaz
- Gasto de recursos escasos por la sociedad
- Sufrimiento inducido por los falsos positivos y falsos negativos

Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFiles© - 2004

NNS

NNS = 1/ARR

ARR: Valor absoluto de la reducción del riesgo relativo

Número de personas a las que hay que practicarle tamizaje por un tiempo definido para que se salve una vida

Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFiles© - 2004

Mamografía

- **Número de Personas Aleatorizadas a Tamizaje**
  - 248192
- **Número de Personas Aleatorizadas a Control**
  - 208157
- **Número de Muertes en las Tamizadas**
  - 837
- **Número de Muertes en las Control**
  - 902

Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFilesⓒ - 2004

Mamografía

- **Riesgo de Muerte en las Tamizadas**
  - 837 / 248192 = 0.0035
- **Riesgo de Muerte en las Control**
  - 902 / 208157 = 0.0043
- **ARR**
  - 0.0043 – 0.0035 = 0.0008
- **NNS**
  - 1 / 0.0008 = 1250

Lancet 2000; 355: 129-34

Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFilesⓒ - 2004

Cáncer de Mama

- **Test**
  - Mamografía anual de los 40 a los 50 años de edad
- **Tiempo de Tamizaje**
  - 10 años
- **Disminución de Mortalidad**
  - 8%
- **NNS: 3125**

Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFilesⓒ - 2004

Cáncer de Mama

- **Test**
  - Mamografía anual de los 50 a 70 años de edad
- **Tiempo de Tamizaje**
  - 10 años
- **Disminución de Mortalidad**
  - 23%
- **NNS: 543 - 1250**

Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFilesⓒ - 2004

Cáncer del Cuello Uterino

- **Test**
  - Papanicolau
- **Tiempo de Tamizaje**
  - 10 años
- **Disminución de la mortalidad**
  - 80%
- **NNS: 1140**

Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFilesⓒ - 2004

Cáncer Colorectal

- **Test**
  - Sangre Oculta en Fecales seguida por Colonoscopia (si esta es positiva)
- **Tiempo de Tamizaje**
  - 10 años
- **Disminución de Mortalidad**
  - 15%
- **NNS: 588 - 1000**

Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFilesⓒ - 2004

Costos Directos Por Vida Salvada (millones $)

Mamografía anual 50-70 años	**542**
Mamografia anual 40-50 años	**3125**
Citología vaginal anual	**267**
Sangre Oculta en Fecales seguida por colonoscopia	**523**

Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFilesⓒ - 2004

Tamizaje Recomendado

- **Cáncer colon y recto** ♀♂

- Sigmoidoscopia ≥ 50 años, cada 3-5 años
- Sangre oculta en fecales ≥ 50, años cada año
- Tacto rectal ≥ 40, cada año
- Colonoscopia total ≥ 50, cada 10 años
- Entre otros

American Cancer Society

Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFilesⓒ - 2004

Estratificación de riesgo para cáncer de colon

Riesgo promedio (5.5%)
- >50 años
- Sin historia de adenoma colónico
- Sin historia de cáncer de colon
- No historia de enfermedad inflamatoria intestinal
- No historia familiar

Riesgo aumentado
- Historia de adenoma o SSP
- Historia de cáncer de colon y recto
- Enfermedad inflamatoria intestinal
  - Enf. Crohn
  - Colitis ulcerativa idiopática
- Historia familiar de cáncer de colon
  - Familiar 1º x1 , 2º x2 con cáncer de colon / adenoma avanzado
  - >2 familiares - Lynch

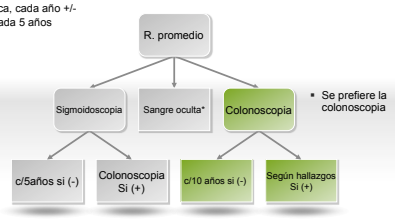
Alto riesgo (40-80%)
- S. Lynch
- S. Poliposis
  - FAP
  - AFAP
  - MYH-poliposis
  - Peutz-Jeghers
  - Poliposis juvenil
  - S. Poliposis hiperplásica

NCCN National Comprehensive Cancer Network®

Tamizaje de cáncer de colon y recto

Riesgo promedio

* **Sangre oculta:** Guaiaco o inmunohistoquímica, cada año +/- Sigmoidoscopia cada 5 años



- Se prefiere la colonoscopia

National Comprehensive Cancer Network®

Colonoscopia de tamizaje

Estadísticas de Estados Unidos / Canadá

Incidencia

- Reducción de 50% de cáncer de colon y recto (si colonoscopia + polipectomía)
- Winawer SJ et al. N Engl J Med 1993; 329: 1977-1981

Despùés de colonoscopia negativa

- 27% pólipos (intervalo mediano: 66 meses)
- Sólo 1/154 > de 1 cm
- 2.4% pólipo @<5años colonoscopia

Mortalidad

- Disminución de 3% de mortalidad por cada 1% de adopción
- Rabeneck L. Am J Gastroenterol 2010; 105: 1627-1632

Intervalo óptimo de colonoscopia

- Consenso: aprox. 10 años, en riesgo promedio
- Evidencia: >5 años

National Comprehensive Cancer Network®

Tamizaje Recomendado

- **Cáncer colon y recto** ♀♂

Sangre oculta en fecales

Disminuye la mortalidad en 30%

Falsos positivos en 1-5%

Cáncer en 2% de los positivos

Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFiles® - 2004

Tamizaje Recomendado

- **Cáncer colon y recto** ♀♂

Sigmoidoscopia

De 2 de 3 a 3 de 4 pólipos se detectan con sigmoidoscopio de 60 cm

Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFilesÐ - 2004

Tamizaje Recomendado

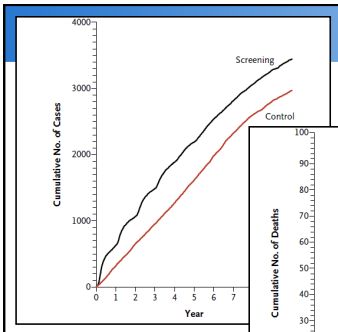
- **Cáncer próstata** ♂

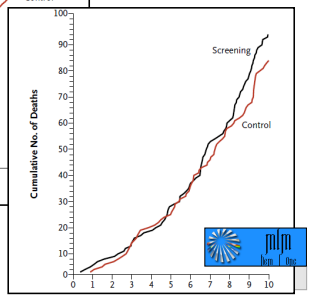
- Tacto rectal ≥ 40, cada año
- PSA ≥ 50, cada año

American Cancer Society

Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFilesÐ - 2004

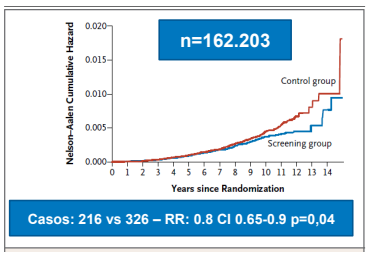
n=76.693





Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL, et al , the PLCO Project Team, **Mortality Results from a Randomized Prostate-Cancer Screening Trial.** N Engl J Med 2009 360: 1310-1319

Riesgo acumulado de muerte por cáncer de próstata



Schroder FH, Hugosson J, Roobol MJ, et al. the ERSPC Investigators, **Screening and Prostate-Cancer Mortality in a Randomized European Study** N Engl J Med 2009 360: 1320-1328

Tamizaje Recomendado

- **Cáncer Ginecológico** ♀

Citología vaginal oncológica (Papanicolau)

Iniciar a los 18, cada año x3, luego a discreción del MD

Examen pélvico

De los 18 – 40 años, cada 1-3 años

>40 años, cada año

Biopsia de endometrio

A la menopausia si paciente obesa, historia de uso de estrógenos no opuestos

American Cancer Society

Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFilesÐ - 2004

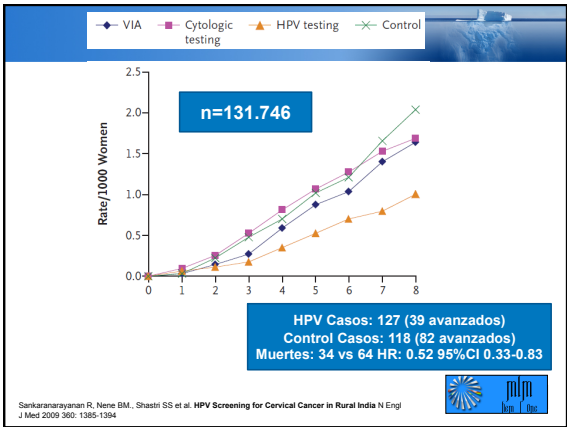
Tamizaje con Citología Cervicouterina – Recomendaciones ACOG 2009

Cervical Cytologic Screening Guidelines from the American College of Obstetricians and Gynecologists, 2009.

Age	Recommendation for Cytologic Screening
Under 21 yr	Avoid screening
21 to 29 yr	Screen every 2 yr
30 to 65 or 70 yr	May screen every 3 yr*
Between 65 and 70 yr	May discontinue screening†

* This recommendation applies only to women with three consecutive negative cytologic tests; exceptions include women with human immunodeficiency virus infection, compromised immunity, a history of cervical intraepithelial neoplasia grade 2 or 3, or exposure to diethylstilbestrol in utero.

† This recommendation applies only to women with three or more consecutive negative cytologic tests and no abnormal tests in the preceding 10 years; exceptions include women with multiple sexual partners.



Ca 125

- 0.6% de las ♀ tienen Ca 125 ≥ 35
- 100.000 mujeres tamizadas: 600 Ca 125 elevados
- Prevalencia de cáncer de ovario: 20 / 100.000
- Falsos positivos: 580 / 600 (96.7%)

Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFiles© - 2004

Tamizaje Recomendado

- **Cáncer de Mama** ♀

Mamografía
≥ 40, cada año

American Cancer Society

Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFiles© - 2009

CA

A Cancer Journal for Clinicians

Cancer screening in the United States, 2011: A Review of Current American Cancer Society Guidelines and Issues in Cancer Screening

Robert A. Smith, Vilma Cokkinides, Durado Brooks, Debbie Saslow, Mona Shah and Otis W. Brawley

CA Cancer J Clin 2011;61;8-30; originally published online Jan 4, 2011;
DOI: 10.3322/caac.20096

YOUR LOGO

Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFilesÐ - 2004

Breast cancer screening recommendations

BSE	Beginning in their early 20s, women should be told about the benefits and limitations of BSE. The importance of the prompt reporting of any new breast symptoms to a health professional should be emphasized. Women who choose to do BSE should receive instruction and have their technique reviewed on the occasion of a periodic health examination. It is acceptable for women to choose not to do BSE or to do BSE irregularly.
CBE	For women in their 20s and 30s, it is recommended that CBE be part of a periodic health examination, preferably at least every 3 y. Asymptomatic women aged ≥40 y should continue to receive a CBE as part of a periodic health examination, preferably annually.
Mammography	Begin annual mammography at age 40 y.[a]

Smith R, CA Cancer J Clin 2011;61:8–30.

Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFilesÐ - 2011

Colorectal cancer screening recommendations

FOBT[b] with at least 50% test sensitivity for cancer, or FIT with at least 50% test sensitivity for cancer, or	Annual, starting at age 50 y.
Stool DNA test	Interval uncertain, starting at age 50 y.
FSIG, or	Every 5 y, starting at age 50 y.
FOBT or FIT and FSIG, or	Annual FOBT or FIT, and FSIG every 5 y, starting at age 50 y.
DCBE, or	Every 5 y, starting at age 50 y.
Colonoscopy	Every 10 y, starting at age 50 y.
CT colonography	Every 5 y, starting at age 50 y.

Smith R, CA Cancer J Clin 2011;61:8–30.

Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFilesÐ - 2011

Prostate cancer screening recommendations

DRE and PSA	Men who have at least a 10-y life expectancy should have an opportunity to make an informed decision with their health care provider about whether to be screened for prostate cancer, after receiving information about the benefits, risks, and uncertainties associated with prostate cancer screening. Prostate cancer screening should not occur without an informed decision making process.[c]

Smith R, CA Cancer J Clin 2011;61:8–30.

Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFiles© - 2011

Uterine cervix cancer screening recommendations

Pap test	Cervical cancer screening should begin approximately 3 y after a woman begins having vaginal intercourse, but no later than aged 21 y. Screening should be done every y with conventional Pap tests or every 2 y using liquid-based Pap tests. At or after age 30 y, women who have had 3 normal test results in a row may get screened every 2 to 3 y with cervical cytology (either conventional or liquid-based Pap test) alone, or every 3 y with an HPV DNA test plus cervical cytology. Women aged ≥70 y who have had ≥3 normal Pap tests and no abnormal Pap tests in the last 10 y and women who have had a total hysterectomy may choose to stop cervical cancer screening.

Smith R, CA Cancer J Clin 2011;61:8–30.

Creado por: Mauricio Lema Medina - LemaTeachFiles© - 2011