



**Programa de Detección
Precoz
del Cáncer Colorrectal
en Cantabria**

Informe del año 2019

**Dirección General de Salud Pública
Consejería de Sanidad**

Marta Pacheco Gorostiaga

ÍNDICE

EL PROGRAMA	PÁG. 3
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	PÁG. 4
● 2.1 INDICADORES DE PARTICIPACIÓN Y RESULTADO	PÁG. 4
● 2.2 ACTIVIDAD Y RESULTADOS DE CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA	PÁG. 8
2.2.1 Resultados de colonoscopias	PÁG. 9
2.2.2 Tasas de detección	PÁG. 11
ANÁLISIS VALORES PREDICTIVOS	PÁG. 12
CONCLUSIONES	PÁG. 13

TABLAS	Página
Tabla 1. Participación y resultados por sexo, cifras absolutas	5
Tabla 2. Tasas de participación y resultado por sexo	6
Tabla 3. Indicadores principales por grupos de edad	6
Tabla 4. Actividad colonoscopias de cribado	8
Tabla 5. Indicadores de calidad colonoscopias de cribado	8
Tabla 6. Lesiones detectadas en las colonoscopias	9
Tabla 7. Estadio de los tumores detectados	10
Tabla 8. Tasa de detección	11
Tabla 9. Valores predictivos positivos del test de SOH	12

1. EL PROGRAMA

En España, actualmente en la población general, el cáncer es la segunda causa de muerte después de las enfermedades del aparato circulatorio, aunque en los hombres sigue siendo la primera desde el año 2000. En 2018, uno de cada tres fallecimientos en hombres y uno de cada cinco en mujeres se debieron a tumores malignos, lo que supone más de la cuarta parte de las defunciones en España en ese año.

Hoy por hoy, el cáncer colorrectal, es el segundo en frecuencia tanto en hombres como en mujeres, y el primero si se consideran los casos en ambos sexos.

Se estima que un 70% de los tumores colorrectales pueden evitarse con medidas dietéticas y nutricionales. Los factores de riesgo de este tipo de cáncer son: la edad (el 90% de los casos diagnosticados fueron en mayores de 50 años), la predisposición genética y las enfermedades de base (la enfermedad inflamatoria intestinal aumenta el riesgo de sufrir esta patología), hábitos dietéticos y nutricionales (consumo de carne roja y procesada), la obesidad, el alcohol (consumos superiores a 100 gramos a la semana). Mientras que actúan como factores protectores: el consumo de fibra, fruta y vegetales, de lácteos, folatos, calcio y vitamina D, así como el ejercicio y la actividad física.

Conforme con la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, se entiende por cribado aquellas actividades orientadas a la detección precoz de la enfermedad, su diagnóstico y tratamiento temprano, que se ofrecen activamente al conjunto de la población susceptible de padecer la enfermedad, aunque no tenga síntomas ni haya demandado ayuda médica.

El cáncer colorrectal es una de las enfermedades neoplásicas idóneas para la obtención de un claro beneficio en su pronóstico mediante la realización de programas de cribado. El objetivo del cribado es la detección precoz de los adenomas (lesión precancerosa) o de cáncer en estadios muy iniciales en individuos completamente asintomáticos, facilitando un tratamiento precoz y, por tanto, una supervivencia mayor.

El Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal (PCCR) en Cantabria se implantó a finales de 2008 y, forma parte de la **Cartera de Servicios del SNS** desde la publicación de la **Orden SSI/2065/2014** de 31 de octubre, en la que se designa como objetivo la invitación a participar en el programa al 100% de la población de entre 50 a 69 años, en 2025.

En **2016** desde la Dirección General de Salud Pública se reformó el funcionamiento del programa. Por una parte, se sustituyó como prueba de screening el test inmunoquímico cualitativo (Hemotest[®]), por el inmunoquímico cuantitativo (OC-sensor[®]), con un punto de corte de 20 µg/gr de heces o 100 ng/ml de buffer y por otra, se modificó el circuito de participación a un envío único al domicilio de la invitación y del test para la realización del análisis.

En **2017** fueron invitadas a participar en el programa el 100% de las personas residentes en Cantabria con Tarjeta Sanitaria (TIS) de 50 a 69 años.

La invitación a participar se lleva a cabo mediante carta personalizada firmada por el Consejero de Sanidad, en cuyo extremo superior izquierdo aparece una etiqueta identificativa adhesiva, con un código de barras único, que identifica de forma inequívoca al participante. Contiene también un colector para recoger la muestra de heces y un folleto con las instrucciones para la correcta recogida de la misma. La persona que desee participar tiene que tomar la muestra con el colector, pegar la etiqueta adhesiva sobre el tubo, introducirlo en la bolsa de plástico y depositarlo en cualquiera de los contenedores específicos del programa que se encuentran en todos los centros de salud de la comunidad.

Las muestras son enviadas al laboratorio de análisis clínicos del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, donde se procesan diariamente y, sus resultados son transferidos de forma segura al sistema informático de

Gestión del Programa. Desde la Unidad de Gestión del Programa de cribado de cáncer colorrectal, ubicada en la Dirección General de Salud Pública, se hacen saber los resultados a las personas participantes, en función del resultado:

- Los resultados negativos del test de SOH se notifican por carta, junto con un folleto de educación para la salud sobre cuidados y factores de riesgo, así como la información de una nueva invitación pasados dos años, hasta los 69 años.
- El resultado positivo del test de SOH se comunica por vía telefónica desde la Dirección General de Salud Pública con el fin de dar cita con su médico de familia en el centro de salud, en un plazo máximo de 72 horas.

El facultativo de Atención Primaria efectuará la anamnesis establecida en el programa para la ejecución del despistaje previo a la indicación de la colonoscopia y, si no existen causas de exclusión o contraindicaciones para la realización de la misma, se propone su realización.

Si el paciente acepta la colonoscopia, desde administración del centro de salud, se cursa ese mismo día la cita en el servicio de Endoscopia Digestiva del hospital correspondiente a su área de salud, y con enfermería.

La cita de enfermería en su centro de salud tendrá lugar 7-10 días antes de la realización de la colonoscopia, para recibir material e instrucciones para la preparación adecuada de la misma.

2. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Los criterios de presentación de indicadores y resultados los determina la Red Nacional de Cribados. Con el fin de disponer de toda la información clínica debidamente ratificada, los resultados anuales del programa se evalúan al año siguiente, para que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos derivados de las lesiones detectadas con el cribado puedan haber concluido.

Se indican a continuación los **indicadores de participación** y los **indicadores de resultado** de las personas participantes en el programa de cribado que cumplieron 51 a 69 años durante 2019, que fueron invitadas a participar y que entregaron una muestra válida para su análisis. Quien marca la idoneidad de objetivos para los programas europeos de cribado colorrectal., es la Guía Europea de control de calidad en la detección y diagnóstico del cáncer colorrectal

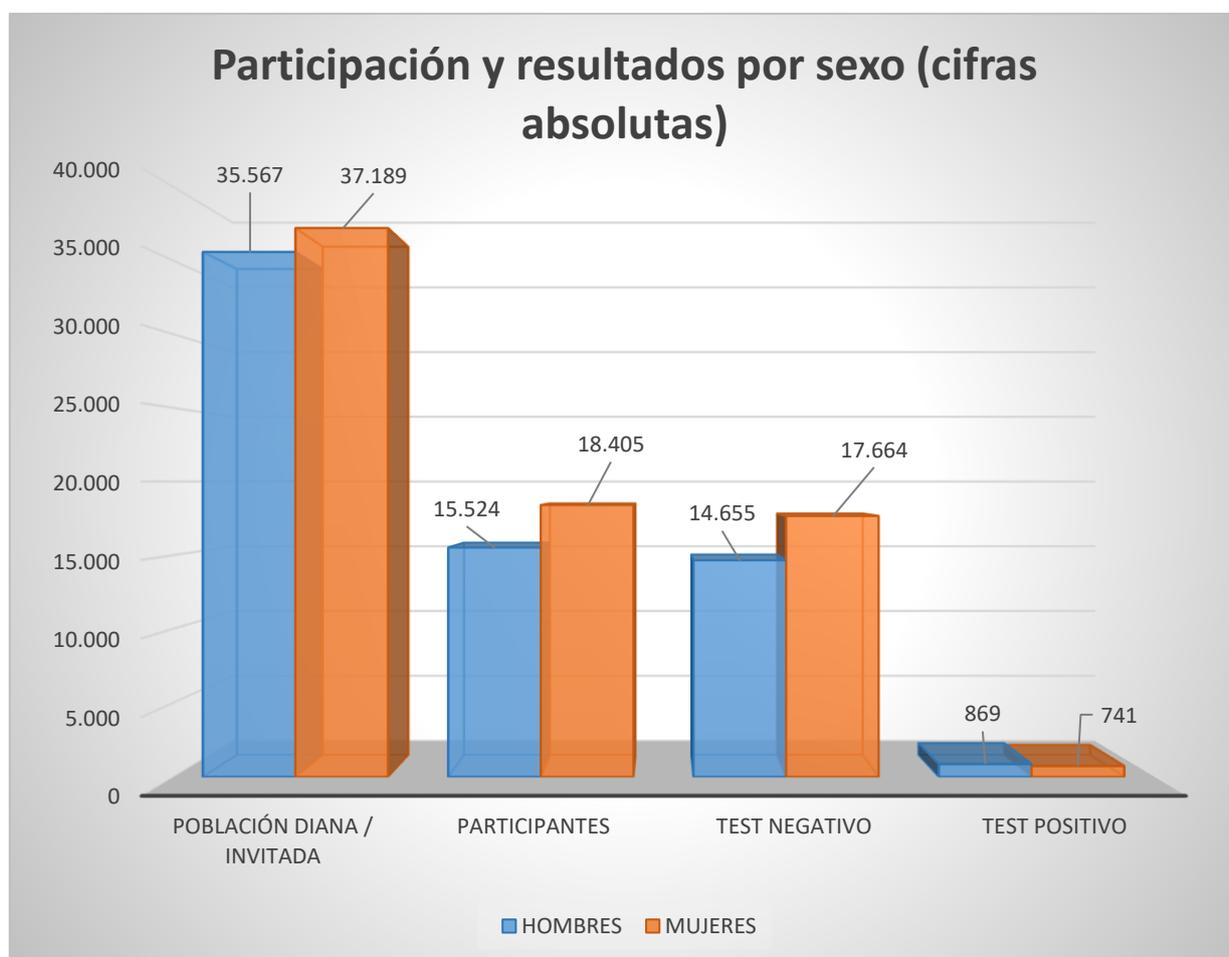
2.1 Indicadores de participación y resultado

- Población **DIANA**, mujeres y hombres con TIS, residentes en Cantabria, que cumplen 51, 53, 55, 57, 59, 61, 63, 65, 67 y 69 años en 2019.
- Población **NO INVITABLE**, aquella que no ha sido posible localizar tras haber sido devuelta la carta de invitación.

- Invitación **NO VÁLIDA**, invitación que después de haber sido enviada, se pueden identificar criterios de exclusión (exitus, residentes fuera de la CCAA, colonoscopia completa realizada en los últimos 5 años, etc.).

Tabla 1. Participación y resultados por sexo, cifras absolutas

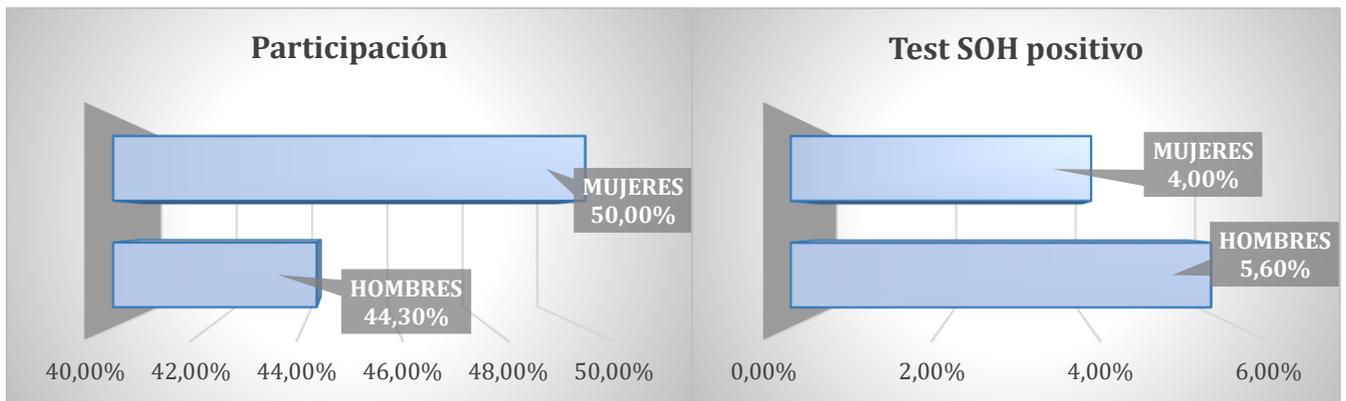
Indicadores de participación y resultado	Total	Mujeres	Hombres
Población diana / invitada	72.756	37.189	35.567
Participantes	33.929	18.405	15.524
Test positivo	1.610	741	869
Test negativo	32.319	17.664	14.655



La participación conseguida ha sido del **47,2%**. La Guía Europea de control de calidad en la detección y diagnóstico del cáncer colorrectal y la Red Nacional de Cribados consideran aceptable una participación $\geq 45\%$ (tabla 2).

Tabla 2. Tasas de participación y resultado por sexo

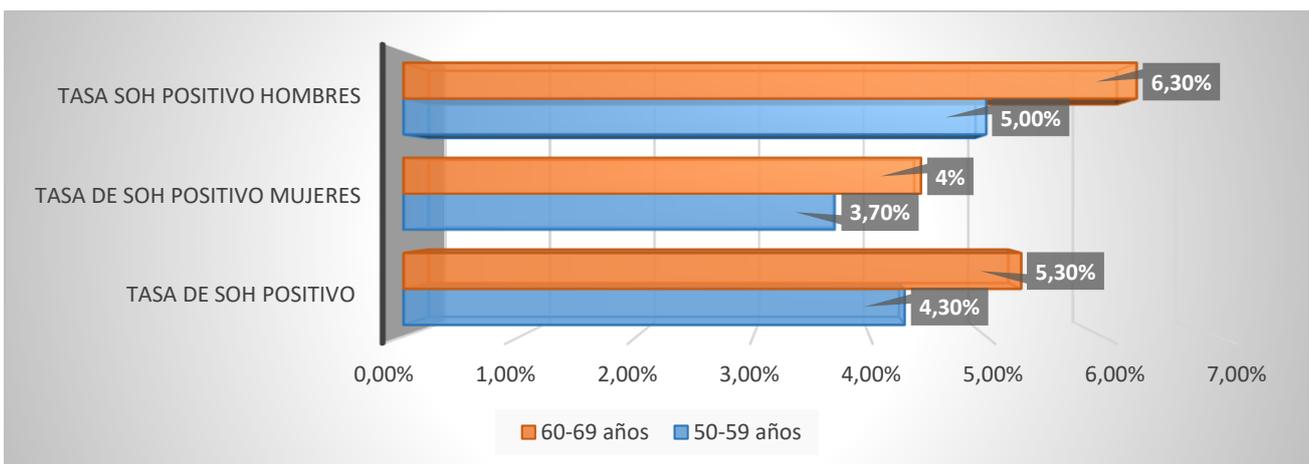
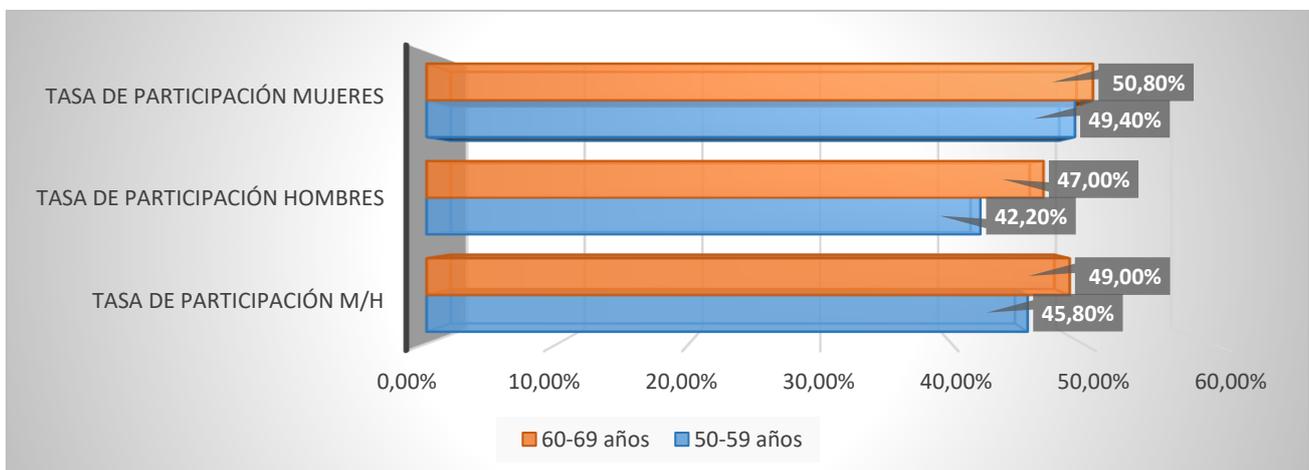
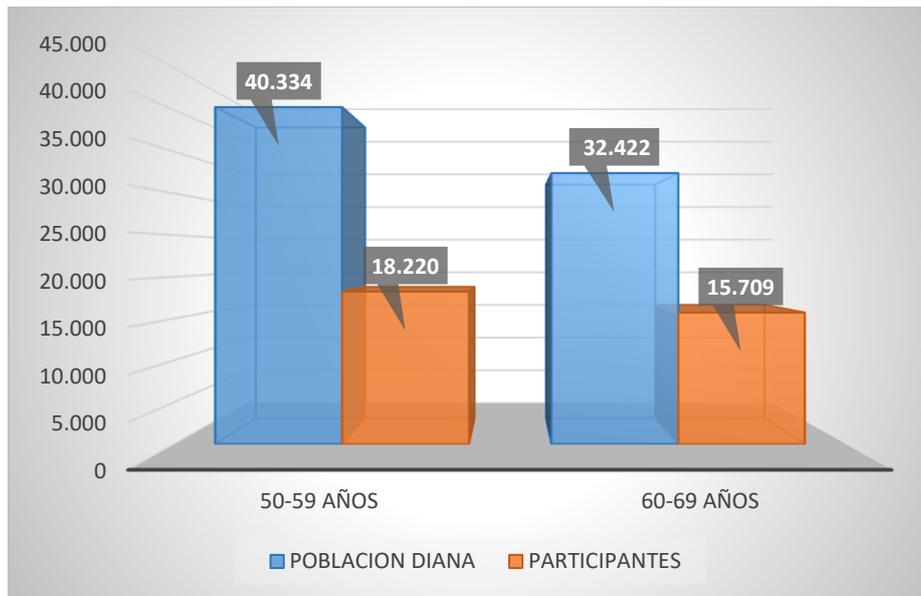
Indicadores principales	Total	Guía	Mujeres	Hombres
		Europea		
Participación	47,2%	≥ 45%	50%	44,3%
Test SOH positivo	4,7%	4-11%	4 %	5,6 %



Indicadores de participación e indicadores de resultados del test de SOH, por grupos de edad y por sexo (tabla 3)

Tabla 3. Indicadores principales por grupos de edad

Actividad	Grupos de edad	
	50-59	60-69
Población diana / invitada	40.334	32.422
Participantes	18.220	15.709
Tasa de participación (hombres y mujeres)	45,8%	49%
Participación (hombres)	42,2%	47%
Participación (mujeres)	49,4%	50,8%
Tasa personas con test positivo (hombres y mujeres)	4,3%	5,3%
Test positivo (hombres)	5%	6,3%
Test positivo (mujeres)	3,7%	4,4%



Conclusión:

- Mayor **participación** de las mujeres con independencia del grupo de edad.
- Mayor **porcentaje de resultados positivos** del test de SOH en hombres en todas las edades.
- Mayor **proporción de positivos** en ambos sexos según aumenta la edad.

2.2 Actividad y resultados de confirmación diagnóstica

La confirmación diagnóstica se realiza mediante colonoscopia. De las 1.610 personas con test positivo, se indicó colonoscopia a 1.544 y de ellas realizaron la misma siguiendo la vía normalizada del programa 1.392 personas, lo que supone una tasa de aceptación del 90,1% (tabla 5).

Tabla 4. Actividad colonoscopias de cribado

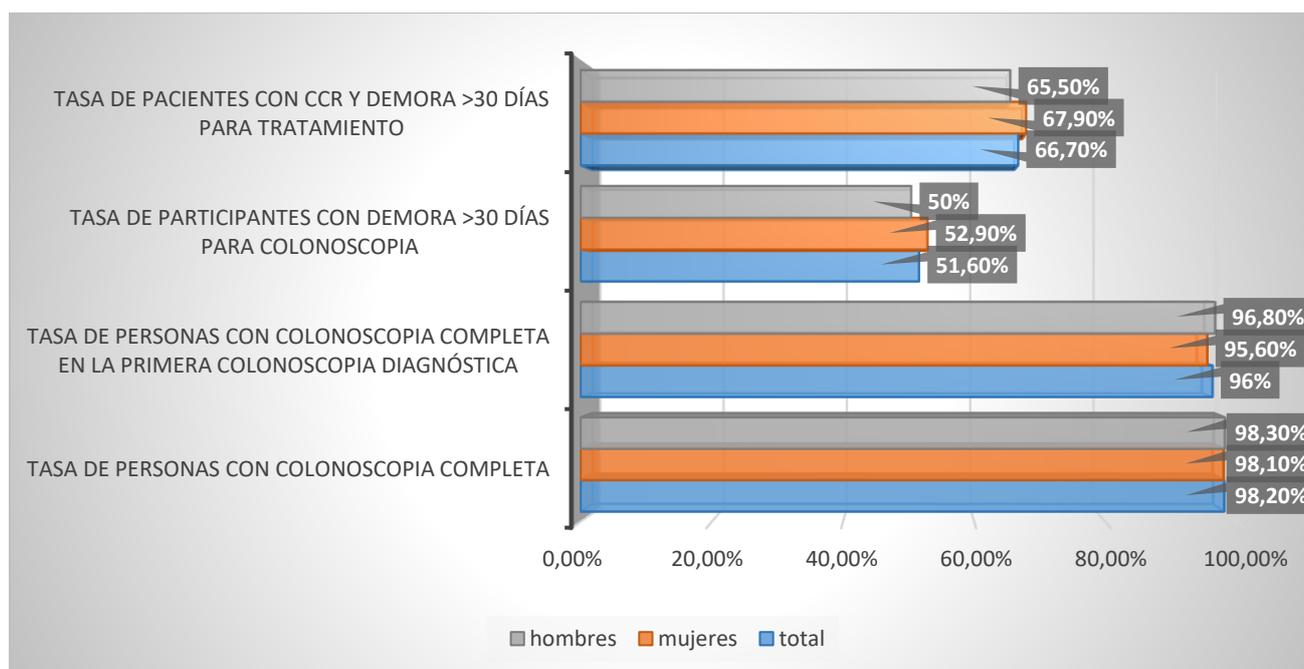
Actividad	Total	Guía Europea	Mujeres	Hombres
Nº personas con colonoscopias indicada	1.544		706	838
Nº de personas con colonoscopias realizadas	1.392		643	749
Nº personas con colonoscopia completa*	1.367*		631	736
Tasa personas con aceptación colonoscopia	90,1%	85%	91,1%	89,4%
Complicaciones graves de la colonoscopia	3**		2	1

*El número de personas con colonoscopia completa en la primera colonoscopia diagnóstica han sido 1.342 y el número de personas con colonoscopia completa tras la repetición han sido 25, lo que supone un total de **1.367** colonoscopias completas realizadas (aquellas colonoscopias que alcanzan la válvula ileocecal) lo que representa una tasa de 98,2%, alcanzando los objetivos del Programa

Número de personas con **muerte en un plazo inferior o igual a 30 días tras la colonoscopia óptica u otras complicaciones graves que puedan atribuirse a la prueba (ingreso hospitalario por perforación, hemorragia con necesidad de transfusión o síndrome vagal grave que precise reanimación, o síndrome semejante a la peritonitis)

Tabla 5. Indicadores de calidad de las colonoscopias de cribado

Indicadores	Total	Guía Europea	Mujeres	Hombres
Tasa personas con colonoscopia completas	98,2%	>90%	98,1%	98,3%
Tasa colonoscopia completa en la primera colonoscopia diagnóstica	96,4%		95,6%	96,8%
Tasa complicaciones graves de la colonoscopia	0,2%		0,3%	0,1%
Tasa de participantes demora > 30 días a colonoscopia	51,6%		52,9%	50,4%
Tasa pacientes con CCR y >30 días hasta tratamiento	66,7%		67,9%	65,5%



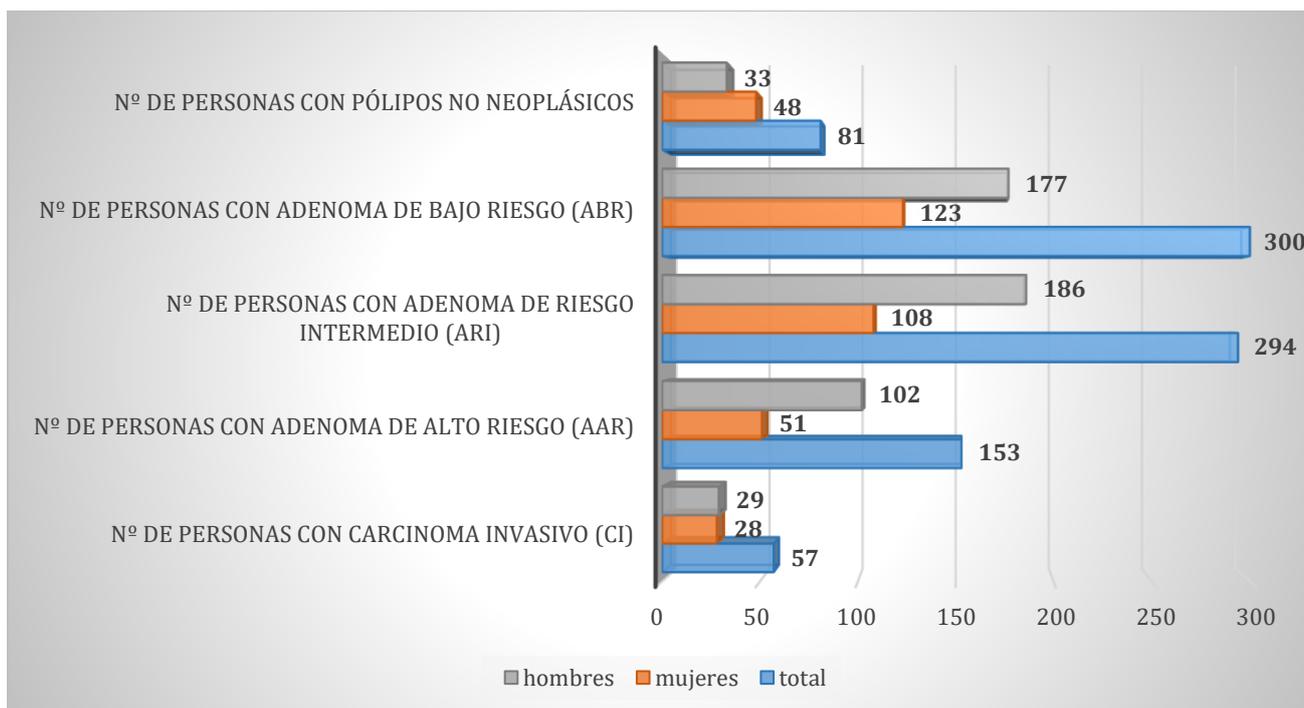
2.2.1 Resultados de colonoscopias

El número de carcinomas invasivos identificados en 2019 fueron 57, adenomas de alto riesgo (AAR) 153, adenomas de riesgo intermedio (ARI) 294 y adenomas de bajo riesgo (ABR) 300.

El número de personas en las que se encontró “cualquier adenoma” fueron 747, de las cuáles, en 447 (59,8%) los adenomas eran de riesgo alto e intermedio.

Tabla 6. Lesiones detectadas en las colonoscopias

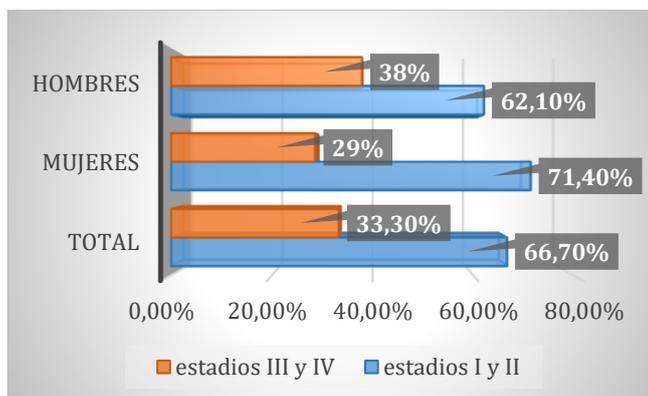
	Total	Mujeres	Hombres
Nº de personas con Carcinoma invasivo (Ci)	57	28 (49,1%)	29 (50,9%)
Nº de personas con Adenoma de Alto Riesgo (AAR)	153	51 (33,3%)	102 (66,7%)
Nº de personas con Adenoma de Riesgo Intermedio (ARI)	294	108 (36,7%)	186 (63,3%)
Nº de personas con Adenoma de Bajo Riesgo (ABR)	300	123 (41%)	177 (59%)
Nº de personas con pólipos no neoplásicos	81	48 (59,3%)	33 (40,7%)
Nº de personas con colonoscopia sin alteraciones (normal: falsos positivos)	75 (5,4%)	53 (70,7%)	22 (29,3%)



El **estadio diagnóstico** de los tumores detectados (tabla 7).

Tabla 7. Estadio de los tumores detectados

	Total	Mujeres	Hombres
Estadio I y II	38 (66,7%)	20 (71,4%)	18 (62,1%)
Estadio III y IV	19 (33,3%)	8 (28,6%)	11 (37,9%)
Estadio desconocido	0	0	0



Los carcinomas diagnosticados han sido **57**, de los cuales 38 (66,7%) se encontraban en estadios I y II, lo que lleva consigo un pronóstico mejor (supervivencia a los 5 años de >90 para el estadio I y del 60-75 % para el estadio II).

En cuanto a las lesiones detectadas, en casi todos los tipos se aprecia una proporción mayor de ellas en los hombres (carcinoma invasivo 50,9%, AAR 66,7%, ARI 63,3% y ABR 59%).

En mujeres, nos encontramos con menor número de adenomas y de cáncer, y con un porcentaje de cánceres en estadios I y II superior (vinculados a un pronóstico más favorable).

2.2.2 Tasas de detección

Estas tasas de detección revelan la prevalencia de la enfermedad en nuestra comunidad. El programa de Cantabria se encuentra por debajo de los márgenes en la tasa de detección de carcinomas invasivos **1,7‰** y, dentro de las estimaciones de referencia en la Guía Europea en cuanto a la tasa de detección de cualquier adenoma, **22‰**.

Tabla 8. Tasa de detección.

TASAS de detección	Total	Tasa Esperable	Mujeres	Hombres
Tasa de personas con Carcinoma invasivo (Ci)	1,7‰	1,8 - 9,5	1,5	1,9
Tasa de personas con Adenoma de Alto Riesgo (AAR)	4,5‰		2,8	6,6
Tasa de personas con Adenoma de Riesgo intermedio (ARI)	8,7‰		5,9	12
Tasa de personas con Adenoma de Bajo Riesgo (ABR)	8,8‰		6,7	11,4
Tasa de personas con pólipo no neoplásicos	2,4‰		2,6	2,1
TASAS acumuladas				
Tasa de personas con cualquier Adenoma (ABR++ARI+AAR)	22‰	13,3 - 22,3	15,3	29,9
Tasa de personas con cualquier Adenoma y Cáncer invasivo (ABR+ARI+AAR +Ci)	23,7‰		16,8	31,8

2. ANÁLISIS VALORES PREDICTIVOS

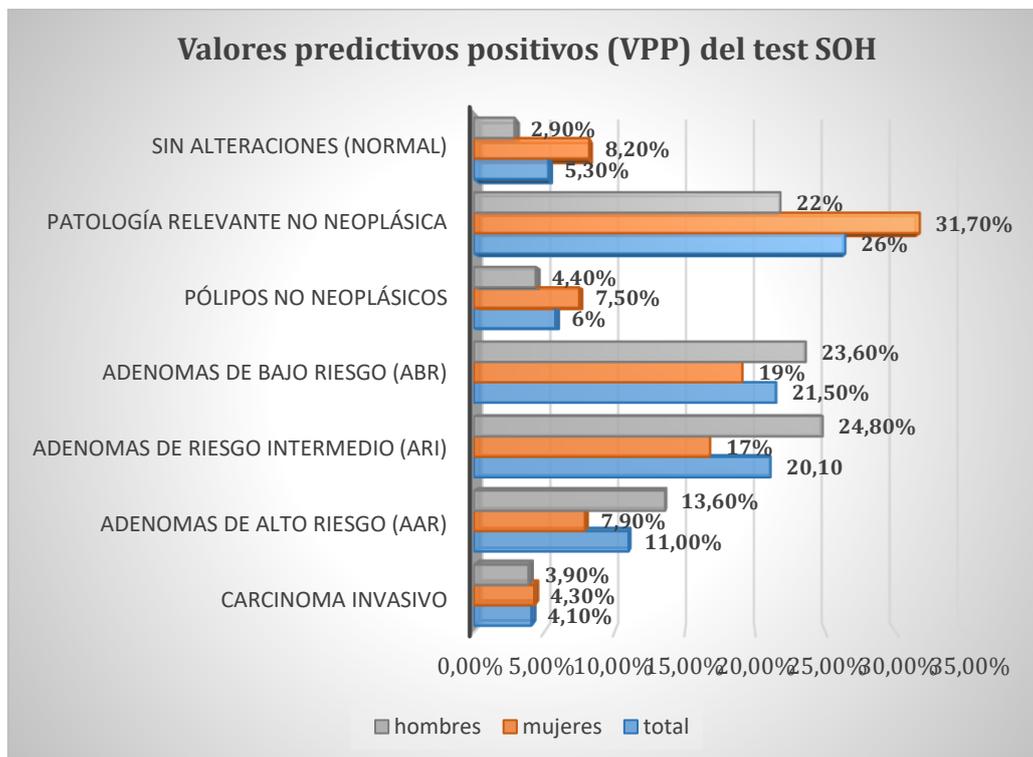
Los **valores predictivos** determinan la eficacia real de la prueba de Sangre Oculta en Heces como método diagnóstico de sospecha de cáncer colorrectal, tanto en el resultado positivo (probabilidad de tener un cáncer colorrectal si la prueba resulta positiva) como en el resultado negativo (probabilidad de no tener un cáncer colorrectal si el resultado de la prueba es negativo).

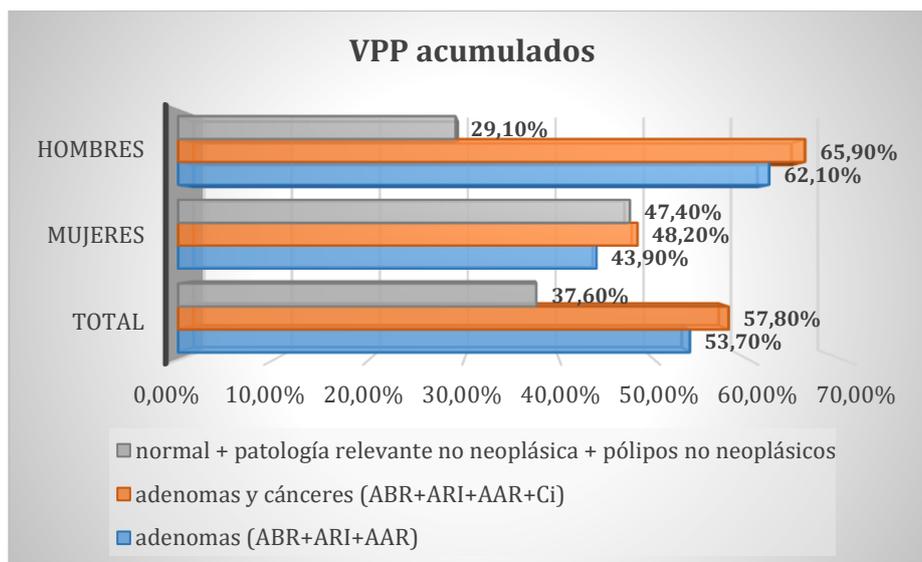
Valores predictivos positivos del cribado (VPP) (tabla 9).

Según los valores propuestos por la Guía Europea de control de calidad en el cribado y el diagnóstico de cáncer colorrectal, el programa de Cantabria se encuentra por encima del valor estimado como óptimo para cualquier tipo de adenoma, excepto el adenoma de alto riesgo en mujeres que se encuentra dentro del intervalo. Para carcinoma invasivo nos encontramos por debajo del margen propuesto por dicha Guía.

Tabla 9. Valores predictivos positivos del test de SOH.

<i>Valores predictivos positivos del test SOH+</i>	Total	Guía Europea	Mujeres	Hombres
Carcinoma invasivo (Ci)	4,1%	4,5 - 8,6%	4,3%	3,9%
Adenomas de Alto Riesgo (AAR)	11%		7,9%	13,6%
Adenomas de Riesgo Intermedio (ARI)	21,1%		16,8%	24,8%
Adenomas de Bajo Riesgo (ABR)	21,5%		19,1%	23,6%
Sin alteraciones (normal)	5,3%		8,2%	2,9%
Pólipos no neoplásicos	5,8%		7,5%	4,4%
Patología relevante no neoplásica	26,4%		31,7%	21,8%
VPP acumulados				
Adenomas (ABR+ARI+AAR)	53,7%	19,6 - 40,3%	43,9%	62,1%
Adenomas y cánceres (ABR+ARI+AAR +Ci)	57,8%		48,2%	65,9%
Normal + pólipos no neoplásicos + patología relevante no neoplásica	37,6%		47,4%	29,1%





La colonoscopia no mostró lesiones que pudieran ser causa de sangrado en el 5,3% de los casos, siendo por lo tanto “*falsos positivos*” para este método de cribado.

Los valores predictivos positivos del test de cribado (VPP) han sido del **4,1%** para cáncer invasivo, con unos valores de referencia en la Guía Europea entre 4,5% y 8,6% y, del **53,7%** para cualquier tipo de adenomas, por encima del nivel máximo de la Guía Europea, establecido en 40,3 %.

4. CONCLUSIONES

1. Participación

Una participación aceptable para un programa de cribado según la Guía Europea de control de calidad en la detección y diagnóstico del cáncer colorrectal es del 45%. La **participación** en el año 2019 en el programa de cribado de cáncer colorrectal en Cantabria fue el **47,2%**, un 50% las mujeres y un 44,3% los hombres.

Una mayor participación por tanto de las mujeres, con independencia del grupo de edad.

2. Positividad del test de sangre oculta en heces

La **tasa de resultados positivos del Test de Sangre Oculta en Heces (TSOH)** ha sido del **4,7% (5,6% en hombres y 4% en mujeres)**. La Guía Europea considera admisible una positividad del test entre el 4 y el 11%.

El porcentaje de positivos es mayor en hombres en todos los rangos de edad.

La proporción de positivos aumenta con la edad en ambos sexos.

3. Colonoscopia

La **tasa de aceptación** de la colonoscopia ha sido del **90,1%** (91,1% en mujeres y 89,4% en hombres). El objetivo señalado por la Guía Europea es el 85%.

El **porcentaje de colonoscopias completas** realizadas alcanza una tasa de **98,2%** (98,3% en hombres y 98,1% en mujeres), superior al 90% establecido en la Guía Europea.

4. Carcinomas

Se encontraron **57 carcinomas invasivos**, 29 en hombres y 28 en mujeres. De ellos el 38% se hallaban en estadio I y II y el 19% en estadio III y IV.

5. Tasas de detección

La **tasa de detección** para el cáncer invasivo fue el **1,7%o participantes** (1,9%o hombres y 1,5%o mujeres), dentro del rango fijado por la Guía Europea (1,8 a 9,5). Para cualquier tipo de adenoma el **22%o** (15,3%o mujeres y 29,9 %o hombres, en este caso por encima del 22,3%o que es el límite superior de dicha Guía).

6. Valores predictivos positivos de test de sangre oculta en heces

Los **valores predictivos positivos del test de cribado (VPP)** fueron del **4,1%** para cáncer invasivo (4,3% en mujeres y 3,9% en hombres), por debajo del límite inferior (4,5%) de la Guía Europea y del **53,7%** para cualquier tipo de adenoma (43,9% mujeres y 62,1% hombres), por encima del límite superior de la Guía (40,3%).

Marta Pacheco Gorostiaga

Coordinadora del Programa de Detección Precoz del CCR

Santander, 10 de mayo de 2021