



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

Informe del año 2017

**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 DE RESULTADO	PÁG. 4
• 2.2 ACTIVIDAD Y RESULTADOS DE CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA	PÁG. 7
2.2.1 Resultados de colonoscopias	PAG. 8
2.2.2 Tasas de detección	PAG. 10
ANÁLISIS VALORES PREDICTIVOS	PÁG. 10
CONCLUSIONES	PÁG. 12

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

1. EL PROGRAMA

El cáncer colorrectal constituye una de las enfermedades neoplásicas susceptibles de obtener un notable beneficio en su pronóstico mediante la realización de Programas de Cribado. El objetivo del cribado es la detección precoz de la presencia de lesiones precancerosas (adenomas) o de cáncer en estadios muy iniciales en individuos completamente asintomáticos, permitiendo así el tratamiento efectivo precoz y, con ello, el aumento de la supervivencia por esta enfermedad.

El Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal (PCCR) en Cantabria se implantó a finales de 2008 y, desde la publicación de la **Orden SSI/2065/2014**, de 31 de octubre, este cribado forma parte de la **Cartera de Servicios del SNS**, que fija como objetivo invitar a participar en el Programa al 100% de la población de esta edad, en 2025.

En **2016**, la Dirección General de Salud Pública modificó totalmente el funcionamiento del Programa, con el objetivo de mejorar la fiabilidad en la prueba de detección de sangre oculta en heces y aumentar la participación de la población diana. Por tal motivo, se decidió el cambio del test inmunoquímico cualitativo (Hemotest[®]) por el inmunoquímico cuantitativo (OC-sensor[®]) como prueba de screening, con un punto de corte de 20 µg/gr de heces o 100 ng/ml de buffer y el cambio del circuito de participación efectuando, en un único envío al domicilio, la invitación y el test que permite realizar el análisis.

En **2017** se ha extendido la invitación al 100% de las personas residentes en Cantabria con Tarjeta Sanitaria (TIS) de entre 50 y 69 años, conforme a lo dispuesto en la cartera de servicios del SNS.

La invitación a participar se realiza mediante carta personalizada firmada por la Consejera de Sanidad que contiene en su extremo superior izquierdo 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. De este modo, la persona que desee participar únicamente 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 son procesadas diariamente y sus resultados 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 notifican los resultados a las personas participantes, en función del resultado:

- Los resultados negativos del test de SOH se notifican por carta, que se acompaña de un folleto de educación para la salud sobre cuidados y factores de riesgo, así como la información de que volverá a ser citado pasados dos años, hasta los 69 años.
- El resultado positivo del test de SOH se notifica 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.
- Por parte del facultativo de Atención Primaria se realiza la anamnesis establecida en el Programa para realizar un despistaje previo a la indicación de la colonoscopia y, si no existen causas de exclusión o contraindicaciones para la realización de la prueba, se propone la realización de la misma.

- Si el paciente acepta la colonoscopia, desde Administración del Centro de Salud, se tramita 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 tiene lugar 7-10 días antes de la realización de la colonoscopia, para recibir material e instrucciones para la preparación adecuada de la prueba.

2. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

La presentación de indicadores y de resultados está fijada mediante criterios establecidos en la Red de Cribados a nivel nacional. Los resultados anuales de cada Programa son evaluados en el año siguiente, una vez que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos derivados de las lesiones detectadas con el cribado, puedan haber concluido y se dispone de toda la información clínica debidamente validada.

En este documento se muestran los **indicadores de participación** correspondientes al año 2017 y los **indicadores de resultado** de las personas participantes en el Programa de cribado que cumplieron 51 a 69 años durante ese año, que fueron invitadas a participar y que entregaron una muestra válida para su análisis. La Guía Europea de Control de Calidad en Cribado y Diagnóstico del Cáncer Colorrectal marca la idoneidad de objetivos para los Programas Europeos de Cribado Colorrectal.

2.1 Indicadores de participación y resultado.

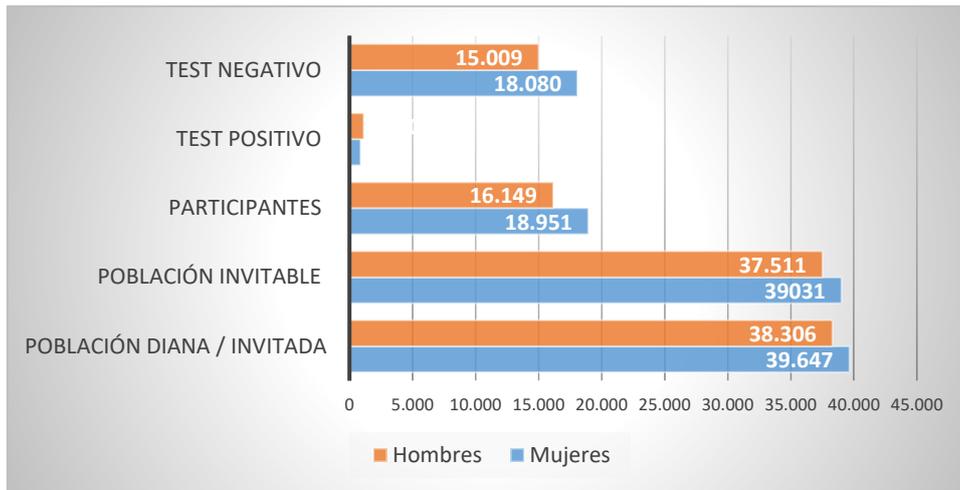
El cálculo del denominador se realiza teniendo en cuenta **el número de personas con invitación válida**, es decir, las cartas de invitación enviadas y efectivamente recibidas, restando las cartas devueltas, de quienes cumplían 51 a 69 años durante el año 2017.

- Población **DIANA**, personas con TIS que cumplen 51, 53, 55, 57, 59, 61, 63, 65, 67 y 69 años en 2017.
- Población **NO INVITABLE**, aquella que no ha sido posible localizar tras haber sido devuelta la carta de invitación.
- Invitación **NO VÁLIDA**, se considera invitación no válida aquella en la que después de haber sido enviada, se pueden identificar personas con criterios de exclusión (éxitus, residentes fuera de la CCAA, colonoscopia completa realizada en los últimos 5 años, etc.).

En 2017 se ha enviado invitación a 77.953 personas. La población efectivamente invitada ha sido de 76.542 debido a que 1.411 personas no pudieron ser localizadas en los domicilios registrados en CIVITAS

Tabla 1. Participación y resultados por sexo, cifras absolutas.

Indicadores de participación y resultado	Total	Mujeres	Hombres
Población diana / invitada	77.953	39.647	38.306
Población invitable	76.542	39.031	37.511
Participantes	35.100	18.951	16.149
Test positivo	2.011	871	1.140
Test negativo	33.089	18.080	15.009



La participación sobre invitaciones válidas alcanza el **45,8%**. La Guía Europea de Control de Calidad en Cribado y Diagnóstico del Cáncer Colorrectal y la Red Nacional de Cribados consideran aceptable una participación >45% (tabla 2).

Tabla 2. Tasas de participación y resultado por sexo.

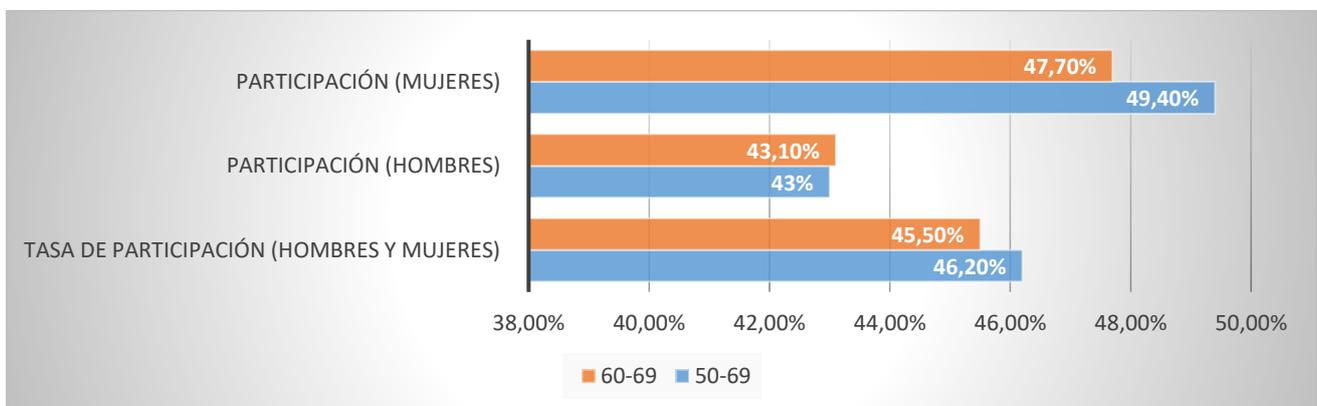
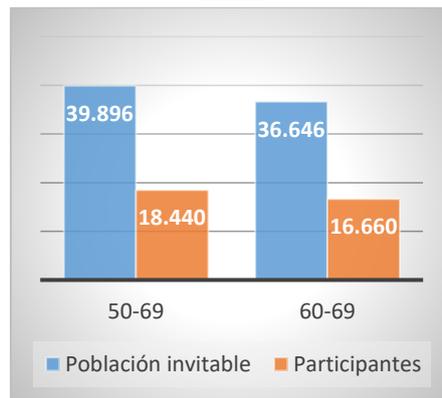
Indicadores principales	Total	Guía Europea	Mujeres	Hombres
Participación corregida	45,8%	≥ 45%	48,5%	43%
Test SOH positivo	5,7%	7,1%	4,6 %	7,1 %

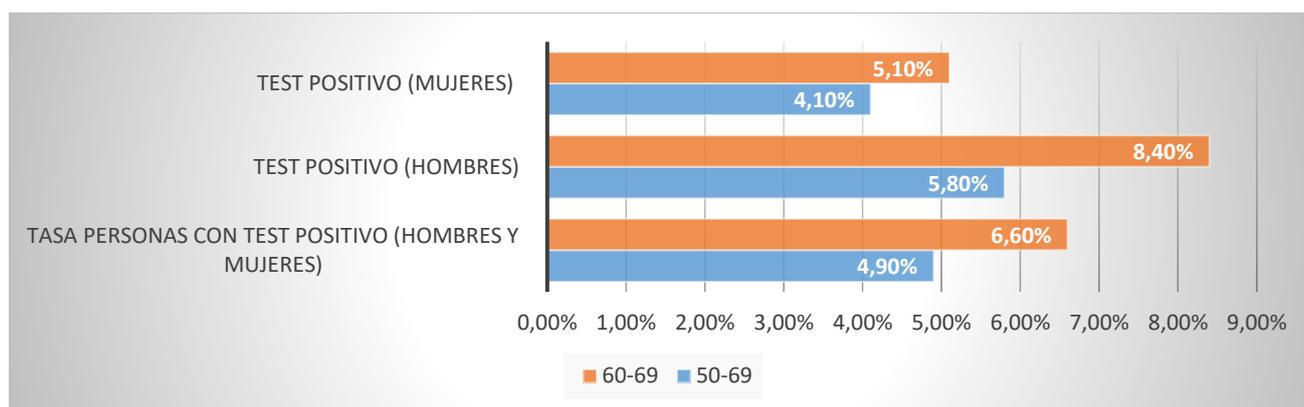


Indicadores de participación e indicadores de resultados del test de SOH, por grupos de edad y por sexo (tabla 3)

Tabla 3. Indicadores principales por grupos de edad.

Actividad	Grupos de edad	
	50-59	60-69
Población inevitable	39.896	36.646
Participantes	18.440	16.660
Tasa de participación (hombres y mujeres)	46,2%	45,5%
Participación (hombres)	43%	43,1%
Participación (mujeres)	49,4%	47,7%
Tasa personas con test positivo (hombres y mujeres)	4,9%	6,6%
Test positivo (hombres)	5,8%	8,4%
Test positivo (mujeres)	4,1%	5,1%





Aspectos a destacar:

- Mayor **participación** de las mujeres en todos los grupos de edad.
- Mayor **proporción de resultados positivos** del test de SOH en hombres en todas las edades.
- Mayor **proporción de positivos** conforme aumenta la **edad en ambos sexos**.

2.2 Actividad y resultados de confirmación diagnóstica

La confirmación diagnóstica se realiza mediante colonoscopia. De las 2.011 personas con test positivo, se indicó colonoscopia a 2005 y la realizaron siguiendo la vía normalizada del Programa 1734 personas, lo que supone una tasa de aceptación del 86,5% (tabla 5).

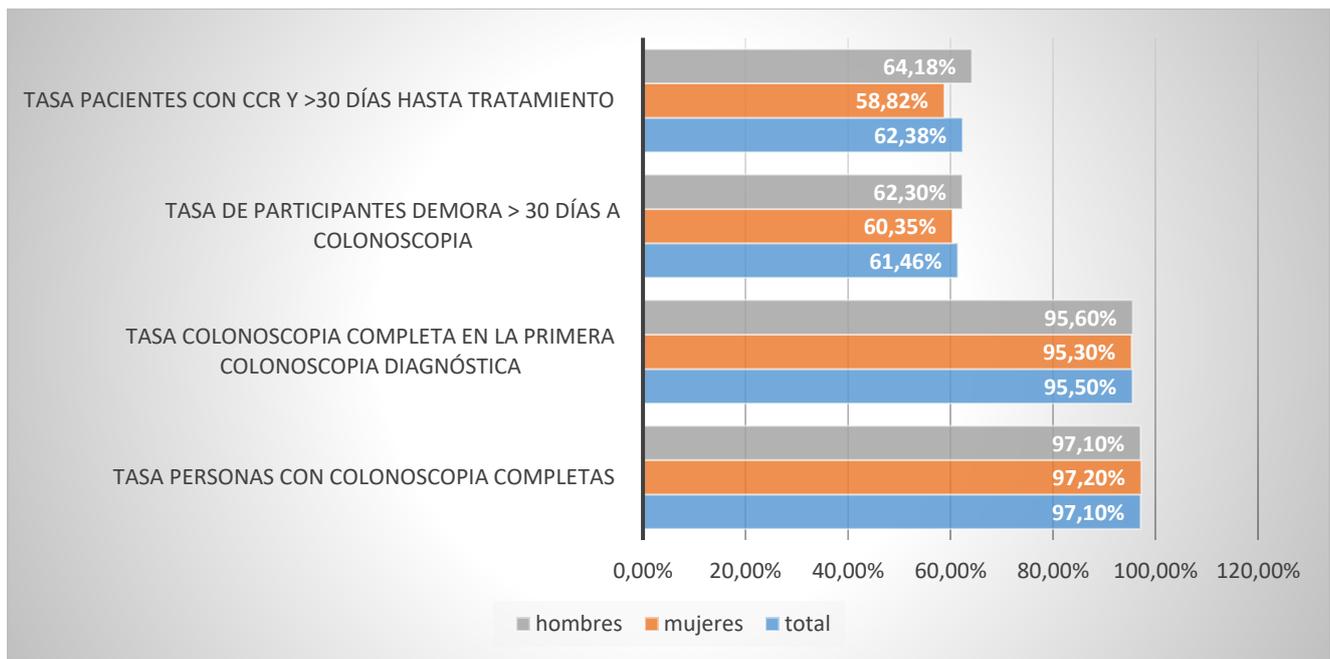
Tabla 4. Actividad colonoscopias de cribado.

Actividad	Total	Guía Europea	Mujeres	Hombres
Nº personas con colonoscopias indicada	2.005		869	1.136
Nº de personas con colonoscopias realizadas	1.734		746	988
Nº personas con colonoscopia completa*	1.684*		725	959
Tasa personas con aceptación colonoscopia	86,5%	85%	85,8%	87%
Complicaciones graves de la colonoscopia	9		3	6

*El número de personas con colonoscopia completa en la primera colonoscopia diagnóstica han sido 1656 y el número de personas con colonoscopia completa tras la repetición han sido 28, lo que supone un total de **1684** colonoscopias completas realizadas (aquellas colonoscopias que alcanzan la válvula ileocecal) lo que representa una tasa de 97,1%, alcanzando los objetivos del Programa

Tabla 5. Indicadores de calidad colonoscopias de cribado.

Indicadores	Total	Guía Europea	Mujeres	Hombres
Tasa personas con colonoscopia completas	97,1%	>90%	97,2%	97,1%
Tasa colonoscopia completa en la primera colonoscopia diagnóstica	95,5%		95,3%	95,6%
Tasa complicaciones graves de la colonoscopia	0,5%		0,4%	0,6%
Tasa de participantes demora > 30 días a colonoscopia	61,46%		60,35%	62,3%
Tasa pacientes con CCR y >30 días hasta tratamiento	62,38%		58,82%	64,18%



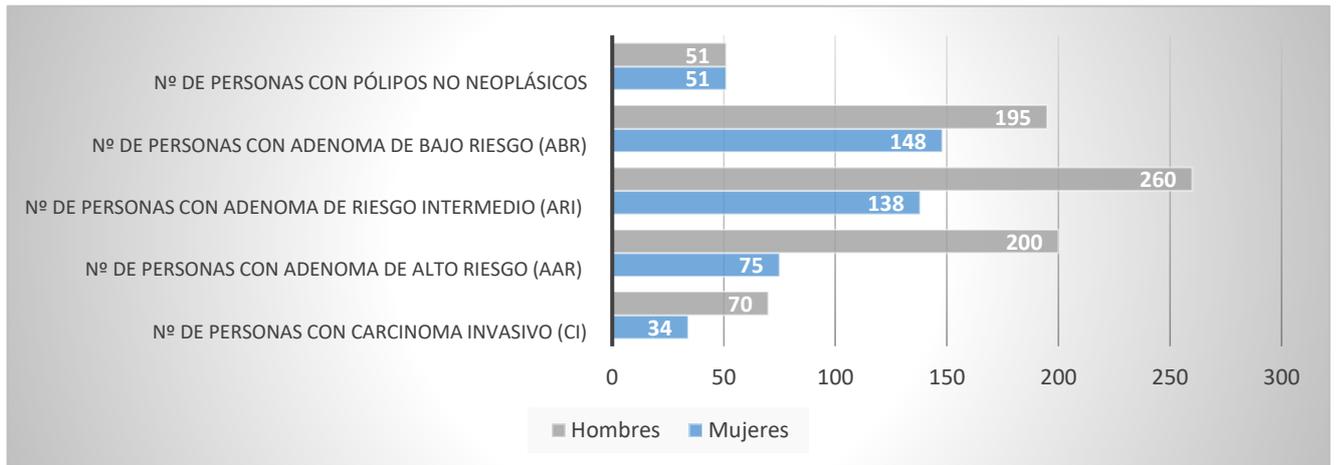
2.2.1 Resultados de colonoscopias

En 2017, en 104 personas se identificó carcinoma invasivo, en 275 adenomas de alto riesgo (AAR), en 398 adenomas de riesgo intermedio (ARI) y en 343 adenomas de bajo riesgo (ABR).

El número de personas en las que se encontró “cualquier adenoma” fueron 1016, de las cuáles, en 673 (66,2%) los adenomas eran de riesgo alto e intermedio.

Tabla 6. Lesiones detectadas en las colonoscopias

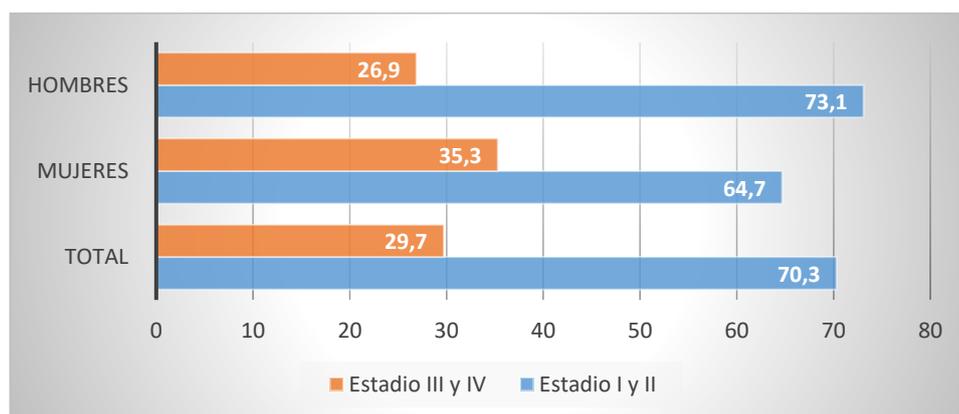
	Total	Mujeres	Hombres
Nº de personas con Carcinoma invasivo (Ci)	104	34 (32,7%)	70 (67,3%)
Nº de personas con Adenoma de Alto Riesgo (AAR)	275	75 (27,3%)	200 (72,7%)
Nº de personas con Adenoma de Riesgo Intermedio (ARI)	398	138 (34,7%)	260 (65,3%)
Nº de personas con Adenoma de Bajo Riesgo (ABR)	343	148 (43,1%)	195 (56,9%)
Nº de personas con pólipos no neoplásicos	102	51 (50%)	51 (50%)
Nº de personas con colonoscopia sin alteraciones (normal: falsos positivos)	101 (5,8%)	71 (9,5%)	30 (3%)



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

Tabla 7. Estadio de los tumores detectados.

	Total	Mujeres	Hombres
Estadio I y II	71 (70,3%)	22 (64,7%)	49 (73,1%)
Estadio III y IV	30 (29,7%)	12 (35,3%)	18 (26,9%)
Estadio desconocido	3	0	3



De los **104** carcinomas diagnosticados, 71 (70,3%) se encontraban en estadios I y II, lo cual va asociado a un mejor pronóstico (supervivencia a los 5 años de >90 para el estadio I y del 60-75 % para el estadio II).

Por sexos, en casi todas las categorías de hallazgos de lesiones se aprecia una proporción mayor del sexo masculino (carcinoma invasivo 67,3%, AAR 72,7%, ARI 65,3% y ABR 56,9%).

La incidencia de adenomas y cáncer es más baja en mujeres, si bien presentan un porcentaje más elevado de cánceres en estadios III y IV (vinculados a un peor pronóstico).

2.2.2 Tasas de detección

Estas tasas de detección reflejan la prevalencia de la enfermedad en nuestra Comunidad. El Programa de Cantabria se encuentra dentro de los márgenes en la tasa de detección de carcinomas invasivos **3‰**. Por su parte, la tasa de detección de cualquier adenoma **28,9‰** es superior al valor establecido de referencia en la Guía Europea.

Tabla 8. Tasa de detección.

TASAS de detección	Total	Tasa Esperable	Mujeres	Hombres
Tasa de personas con Carcinoma invasivo (Ci)	3‰	1,8 - 9,5	1,8	4,3
Tasa de personas con Adenoma de Alto Riesgo (AAR)	7,8‰		3,9	12,4
Tasa de personas con Adenoma de Riesgo intermedio (ARI)	11,3‰		7,3	16,1
Tasa de personas con Adenoma de Bajo Riesgo (ABR)	9,8‰		7,8	12,1
Tasa de personas con pólipo no neoplásicos	2,9‰		2,7	3,2
TASAS acumuladas				
Tasa de personas con cualquier Adenoma (ABR++ARI+AAR)	28,9‰	13,3 - 22,3	19	40,6
Tasa de personas con cualquier Adenoma y Cáncer invasivo (ABR+ARI+AAR +Ci)	31,9‰		20,8	44,9

3. ANÁLISIS VALORES PREDICTIVOS

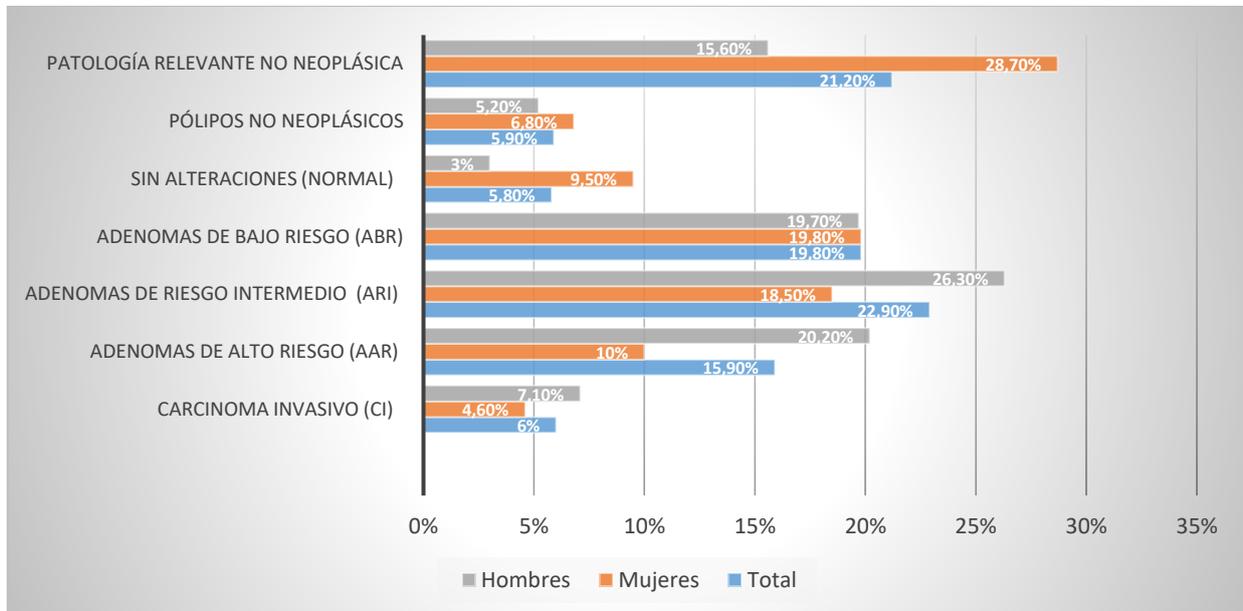
Los **valores predictivos** evalúan la eficacia real de la prueba de Sangre Oculta en Heces como método diagnóstico de sospecha de cáncer colorrectal, tanto en su vertiente de resultado positivo (probabilidad de tener un cáncer colorrectal si la prueba resulta positiva) como en el resultado negativo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

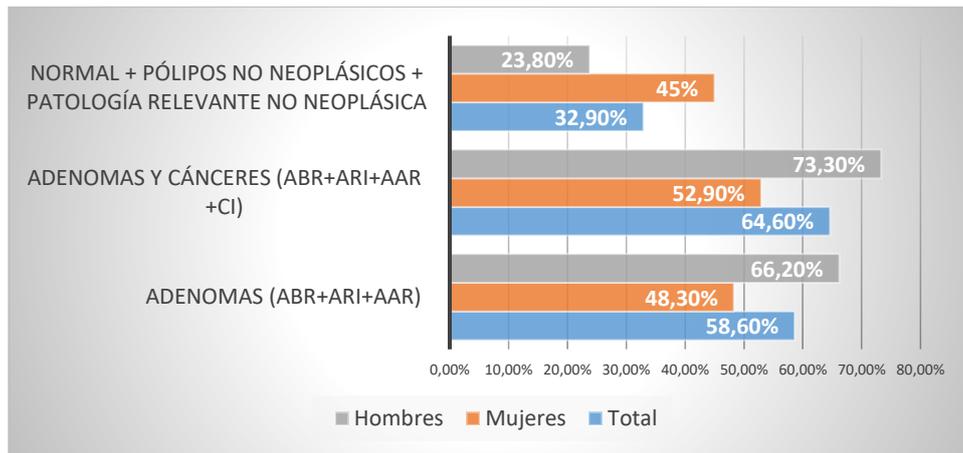
Valores predictivos positivos del cribado (VPP) (tabla 8).

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 para cualquier tipo de adenoma por encima del valor estimado como óptimo, mientras que para carcinoma invasivo nos encontramos dentro 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)	6%	4,5 - 8,6%	4,6%	7,1%
Adenomas de Alto Riesgo (AAR)	15,9%		10%	20,2%
Adenomas de Riesgo Intermedio (ARI)	22,9%		18,5%	26,3%
Adenomas de Bajo Riesgo (ABR)	19,8%		19,8%	19,7%
Sin alteraciones (normal)	5,8%		9,5%	3%
Pólipos no neoplásicos	5,9%		6,8%	5,2%
Patología relevante no neoplásica	21,2%		28,7%	15,6%
VPP acumulados				
Adenomas (ABR+ARI+AAR)	58,6%	19,6 - 40,3%	48,4%	66,3%
Adenomas y cánceres (ABR+ARI+AAR +Ci)	64,6%		52,9%	73,4%
Normal + pólipos no neoplásicos + patología relevante no neoplásica	32,9%		45%	23,8%





En un 5,8% de los pacientes, la colonoscopia no mostró lesiones que pudieran ser causa de sangrado, siendo por lo tanto “*falsos positivos*” para esa técnica de cribado.

Los valores predictivos positivos del test de cribado (VPP) han sido del **6%** para cáncer invasivo, con unos valores de referencia en la Guía Europea entre 4,5% y 8,6% y del **58,6%** para cualquier tipo de adenomas, por encima del límite superior de la Guía Europea establecido en 40,3 %.

4. CONCLUSIONES

- Características principales de la participación y de los resultados del Programa:
 - Mayor **participación** de las mujeres en todos los grupos de edad.
 - Mayor **proporción de resultados positivos del test de SOH** en hombres en todas las edades.
 - Mayor **proporción de test positivos** conforme aumenta la **edad en ambos sexos**.
- La **participación** correspondiente al año 2017 en el Programa de Detección Precoz de Cribado Colorrectal es de **45,8%**, siendo en mujeres el 48,5% y el 43% en hombres. La Guía Europea de Control de Calidad en Cribado y Diagnóstico del Cáncer Colorrectal establece el 45% de participación como objetivo aceptable para un Programa de cribado. Este objetivo se alcanza sólo en la población de mujeres, pero no en hombres.
- La **tasa de resultados positivos del Test de Sangre Oculta en Heces (TSOH)** ha sido del **5,7% (7,1% en hombres y 4,6% en mujeres)**. La Guía Europea considera aceptables las cifras de positividad del test entre el 4 y el 11%.
- Los **valores predictivos positivos del test de cribado (VPP)** han sido del **6%** para cáncer invasivo, con unos valores de referencia en la Guía Europea entre 4,5% y 8,6% y del **58,6%** para cualquier tipo de adenomas, por encima del límite superior de esta Guía establecido en 40,3 %.
- Las **tasas de detección** han sido para cáncer invasivo del **3% participantes**, dentro de los límites estimados por la Guía Europea de 1,8 a 9,5, y de **28,9%** para cualquier tipo de adenomas, por encima del límite superior del 22,3 de la citada Guía.

6. En números absolutos se han detectado **104 carcinomas invasivos**, de los cuales el **70,3%** se encontraban en estadios I y II.
7. La **tasa de aceptación de la colonoscopia** ha sido del **86,5%**, por encima del objetivo aceptable fijado en la Guía Europea del 85%.
8. El **porcentaje de colonoscopias completas** realizadas alcanza una tasa de **97,1%**, por encima del 90% establecido en la Guía Europea de Control de Calidad en Cribado y Diagnóstico del Cáncer Colorrectal.

Marta Pacheco Gorostiaga

Coordinadora del Programa de Detección Precoz del CCR

Santander, 12 de marzo de 2019