

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

Informe del año 2011.

Dra. Mar Navarro Córdoba.
Dr. Álvaro González de Aledo Linos.
Dra. M^a Antonia Muñoz Lavín.

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
Servicio de Salud Pública.
Sección de Promoción y Educación para la Salud.

Santander, 05 de noviembre de 2012.

Índice

Introducción.....	3
Extensión de la cobertura.....	3
Problemas metodológicos en la evaluación.....	5
Actividad y resultados de citación, captación y cribado en Atención Primaria.....	6
Actividad y resultados del cribado en Atención Especializada.....	12
2ª ronda del programa.....	16
Unidad Multidisciplinar del Cáncer Colorrectal del Hospital Valdecilla.....	19
Conclusiones.....	20
Temas pendientes.....	21

Introducción.

La evaluación del año 2011 nos ha permitido un mayor conocimiento de la respuesta dada a la invitación por parte de la población diana. Como nuestro programa no incluye fecha límite de respuesta a la invitación, hemos constatado que de los que acudieron en 2011 casi un 20% no habían sido invitados en ese año sino en fecha previa. Por otro lado en 2011 se ha extendido el programa por toda la Comunidad, abarcando con ello los Centros de Salud de la zona de Laredo que no habían entrado en el pilotaje, así como algunos de la zona de Torrelavega-Reinosa cuyos hospitales de referencia son Sierrallana y Tres Mares. Y en 2011 se ha iniciado la segunda vuelta en los cuatro primeros Centros de Salud participantes.

De todo ello constatamos que el volumen de datos manejado, así como la complejidad de sus relaciones, con los procesos de depuración y validación que llevan implícitos, hacen necesario un sistema de información potente y ágil. La herramienta actual, con la que se pudo poner en marcha el programa, se verá pronto sobrepasada e incapaz de asegurar el rigor que es exigible para la evaluación de programas de screening en el entorno nacional de la Red de Cribados. La obligación de dar una respuesta veraz y rápida a las cuestiones surgidas en el desarrollo de este programa, no sólo como reflexión y examen de lo realizado en nuestra Comunidad, sino como comparación con los indicadores nacionales y europeos, hace que queramos poner especial énfasis en la necesidad de un sistema de información adecuado. En aras de este compromiso de implicación conjunta, y tras la Reunión de la Red Nacional de Programas de Cribado de Cáncer celebrada en Mayo de 2011 en Santander, con el objetivo de poner en común el contenido de la Guía Europea de Garantía de Calidad en Cribado y Diagnóstico de Cáncer Colorrectal, hemos adaptado los indicadores y criterios contenidos en este informe a lo definido en dicha Guía, la cual se convierte en nuestro referente.

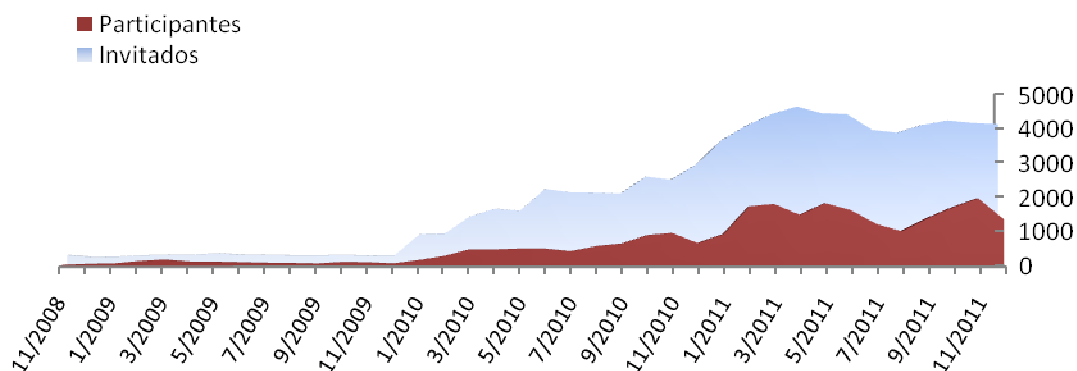
Extensión de la cobertura.

En 2011 se ha extendido la cobertura a toda la población diana en Cantabria (hombres y mujeres con Tarjeta Sanitaria de 55-69 años) incluyendo a lo largo del primer trimestre los Centros de Salud que faltaban de la zona de Torrelavega-Reinosa y 4 Centros de Salud de la zona de Laredo (Gama, Meruelo, Alto Asón y Cotolino II) que no habían sido incluidos en años previos. Así mismo los 4 Centros de Salud incluidos en el pilotaje del programa se encuentran desde noviembre de 2010 en su 2ª vuelta (Ampuero, Colindres, Santoña y Laredo).

Las personas que tienen un seguro privado también pueden acudir al Centro de Salud de su zona para realizarse el test de SOH, sin embargo estas personas no reciben la invitación por carta.

La situación hasta diciembre de 2011 se expone en la *figura 1*, donde se pone de manifiesto el incremento de invitaciones al cribado a medida que se ha extendido por todo el territorio de la Comunidad, y el número de participantes. No se ha podido, de momento, ampliar la franja de edad a las cohortes de 50 a 54 años pero se seguirá trabajando en la consecución de este objetivo así como colaborando, cuando se estime oportuno, en las actividades que en relación con la sensibilización y fomento de la participación se desarrollen al amparo de la Alianza para la Prevención del Cáncer de Colon.

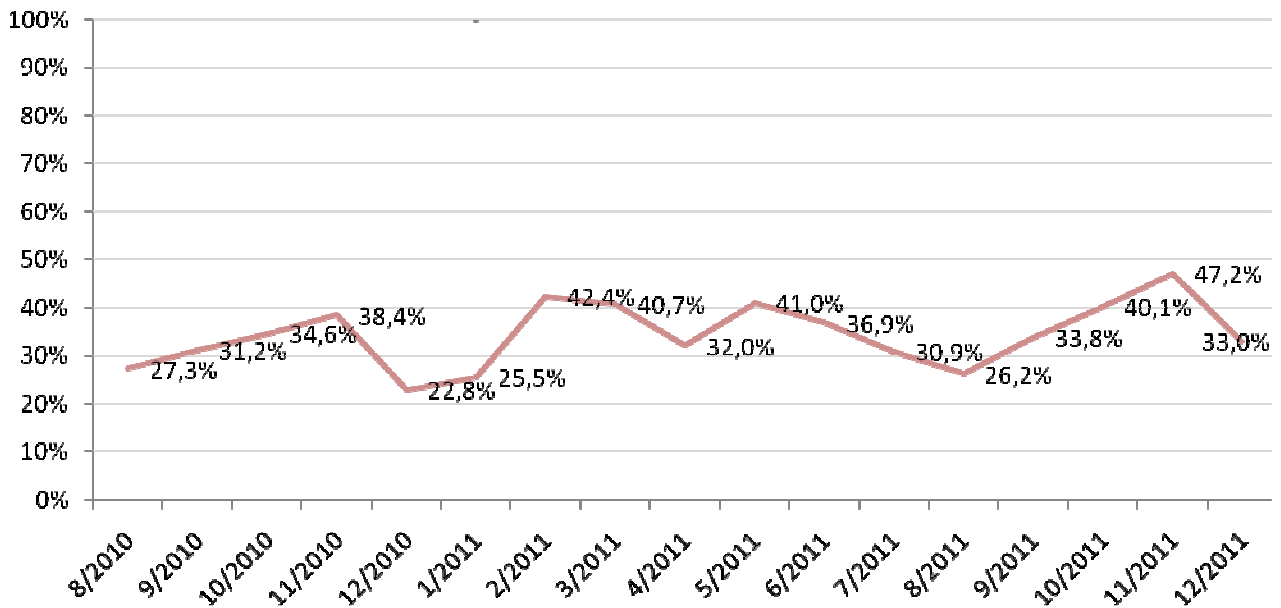
Figura 1. Actividad mensual del programa.



En el primer trimestre del 2011 se han sumado los Centros de Salud de Nansa, Buelna, Suances, Liébana, Saja, San Vicente, Torrelavega-Centro, Alto Asón, Gama, Meruelo y Cotolino II, con lo que el cribado se está ofreciendo actualmente de manera universal en Cantabria.

La evolución de la participación a lo largo del año se muestra en la figura 2, en relación a los últimos meses de 2010. Los periodos vacacionales de diciembre y verano se asocian con una menor respuesta al cribado.

Figura 2. Evolución de la participación



Problemas metodológicos en la evaluación.

Las características de nuestro programa en el que, a diferencia de otras Comunidades Autónomas, no se señala una fecha límite de respuesta a la invitación, así como las limitaciones que tenemos con nuestra herramienta de información y obtención de indicadores, hace pertinentes algunas matizaciones.

De cara al informe que se presenta a nivel nacional se evalúa voluntariamente un año después, es decir, al final de 2012 se realiza la evaluación del 2011, para dar tiempo a que acudan los pacientes más “rezagados”. Hay que tener en cuenta que en nuestra Comunidad responden a la invitación pasados 3 meses algo más del 10 %, y entre los 9 meses y el año un 4 %. Aunque este porcentaje que responde tardíamente es similar al encontrado en fases iniciales del programa, en números absolutos es cada vez mayor al aumentar la población participante. En un intento de disminuir esta respuesta tardía que distorsiona y dificulta el planteamiento que desde la Red de Cribados se propone respecto a la tipología del mismo (“inicial primera invitación”, “inicial segunda o más invitaciones”, “sucesivo

regular” o “sucesivo irregular”) se ha incluido en la carta de invitación del 2012 una fecha límite de 6 meses en la que aconsejamos participar tras la recepción de la misma.

La complejidad de un cribado de esta naturaleza requiere de un sistema de información sólido, capaz de manejar gran cantidad de datos, que permita la gestión de los mismos con series de valores y la gestión de resultados, fundamental en la obtención de un cuadro de mandos de consulta rápida y actualizada. La herramienta actual de Office, los libros de Excel preparados para macros y las exportaciones a SPSS han permitido informar a la Red Nacional de Cribados de nuestra situación en 2011, pero no pueden abarcar ni soportar análisis futuros con rigor y fiabilidad.

De cara al presente documento se presentan los indicadores “de resultado” con los pacientes incluidos en el año 2011, utilizando la herramienta de Office que veníamos empleando desde el comienzo. Entenderemos como pacientes *incluidos* los que han acudido en 2011 en respuesta a la carta de invitación, sea ésta de 2010 o 2011, y diferenciando los que van ya en la 2ª vuelta. Esta es una “foto” de nuestra actividad asistencial en relación al cribado durante 2011.

Actividad y resultados de citación, captación y cribado en Atención Primaria.

Actividad por Centros de Salud.

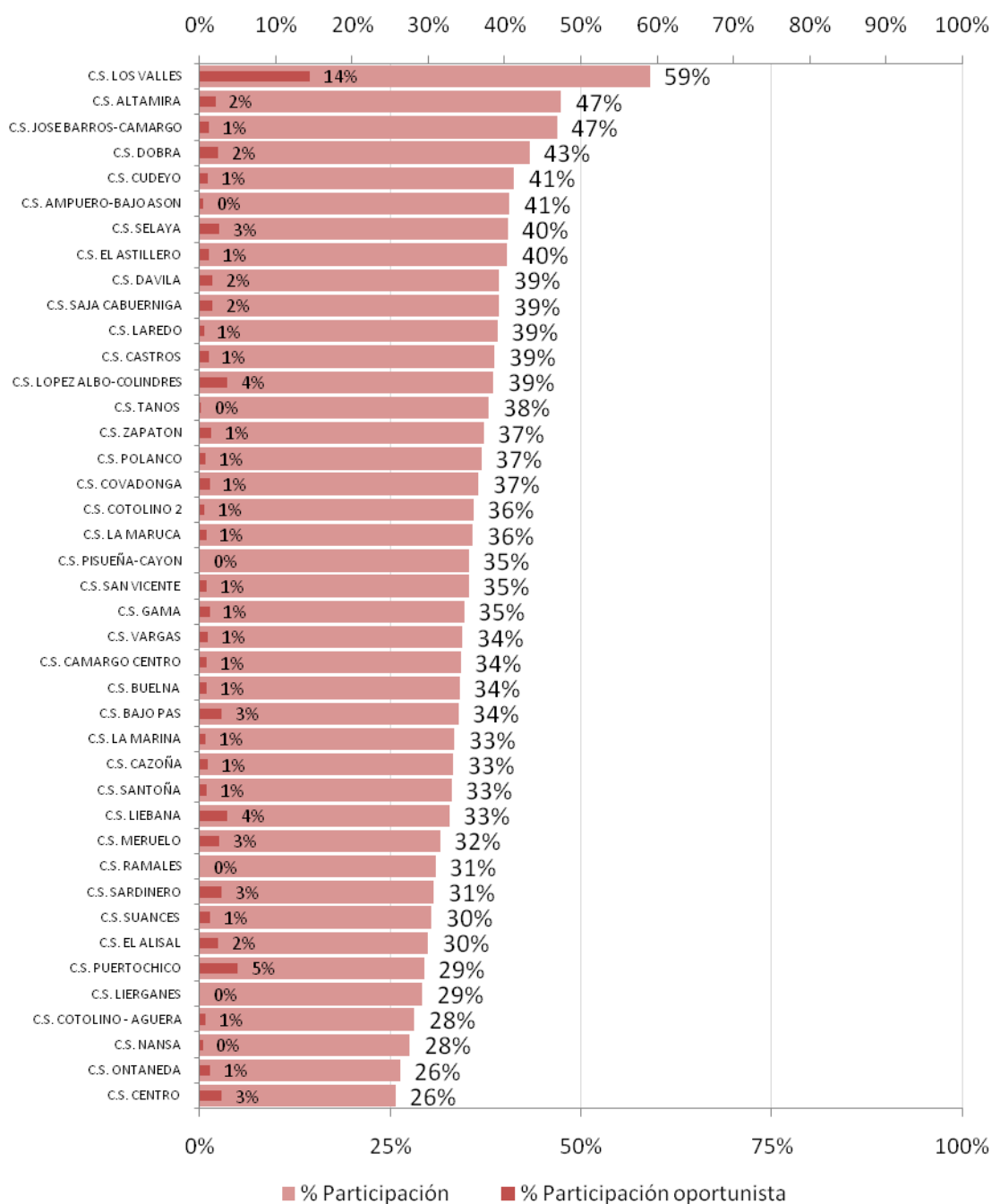
En la *tabla 1* se muestra la participación en cada Centro de Salud, ordenados de mayor a menor participación, lo que da una idea de la carga de trabajo que ha generado el programa en Atención Primaria. Oscila entre el 59 y el 26%, con una media del 36% (*figura 3*). Hay que hacer una matización respecto a Campoo-Los Valles; en la actualidad estos dos centros están separados, pero los primeros meses del año este centro englobaba a ambos, y el dato está presentado para el conjunto de ambos centros.

Tabla 1. Invitaciones y participantes por Centro de Salud

Centro de Salud	% Participación	% Participación oportunistas
C.S. LOS VALLES/CAMPOO	59%	14%
C.S. JOSE BARROS-CAMARGO	47%	1%
C.S. ALTAMIRA	47%	2%
C.S. DOBRA	43%	2%
C.S. AMPUERO-BAJO ASON	41%	0%
C.S. CUDEYO	41%	1%

C.S. EL ASTILLERO	40%	1%
C.S. SELAYA	40%	3%
C.S. LOPEZ ALBO-COLINDRES	39%	4%
C.S. CASTROS	39%	1%
C.S. LAREDO	39%	1%
C.S. SAJA CABUERNIGA	39%	2%
C.S. DAVILA	39%	2%
C.S. TANOS	38%	0%
C.S. COVADONGA	37%	1%
C.S. POLANCO	37%	1%
C.S. ZAPATON	37%	1%
C.S. LA MARUCA	36%	1%
C.S. COTOLINO 2	36%	1%
C.S. GAMA	35%	1%
C.S. SAN VICENTE	35%	1%
C.S. PISUEÑA-CAYON	35%	0%
C.S. BAJO PAS	34%	3%
C.S. BUELNA	34%	1%
C.S. CAMARGO CENTRO	34%	1%
C.S. VARGAS	34%	1%
C.S. LIEBANA	33%	4%
C.S. SANTOÑA	33%	1%
C.S. CAZOÑA	33%	1%
C.S. LA MARINA	33%	1%
C.S. MERUELO	32%	3%
C.S. SARDINERO	31%	3%
C.S. RAMALES	31%	0%
C.S. EL ALISAL	30%	2%
C.S. SUANCES	30%	1%
C.S. LIERGANES	29%	0%
C.S. PUERTOCHICO	29%	5%
C.S. NANSA	28%	0%
C.S. COTOLINO - AGUERA	28%	1%
C.S. CENTRO	26%	3%
C.S. ONTANEDA	26%	1%

Figura 3. Participación por Centro de Salud.



Se muestra igualmente la “**participación oportunista**”, definida como el porcentaje de pacientes que se han hecho el test de sangre oculta en heces sin estar invitados mediante carta, respecto al total de los que se han hecho el test. **La participación oportunista global es del 2%**, y ha bajado 4 puntos porcentuales respecto a la evaluación del pasado año lo cual se acerca al objetivo pretendido de no

dar lugar a este tipo de participación, que distorsiona el flujo establecido de entrada al cribado y no permite calcular adecuadamente las cargas de trabajo.

Resultados del cribado en Atención Primaria.

En 2011 se ha invitado a 51.293 personas, el correo ha devuelto 1.321 invitaciones por lo que la población realmente invitada ha sido de 49.972, con una participación global del 36,1% (considerando personas que han respondido a la invitación y han acudido al Centro de Salud). Si consideramos la participación como personas con test efectivamente realizado, es del 31,7%. En ambos casos están por encima del objetivo inicial del 30%, pero hay que tener en cuenta que este objetivo se planteó para las fases iniciales del cribado, cuando se estaban implantando. El objetivo actual, según la Guía Europea y la revisión más reciente de nuestro Programa, es del 45% aceptable y 65% deseable, y no se alcanza (*tabla 2*).

Tabla 2. Indicadores de participación y positividad por sexo.

	total	Objetivo	mujeres	hombres
Actividad				
Población diana	51.293		26.296	24.997
Población no accesible	1.321		600	721
Población invitada	49.972		25.696	24.276
Participantes	18.016		10.069	7.947
Test positivo	736		304	432
Test negativo	15.088		8.552	6.536
Test no entregado	2.192		1.213	979
Indicadores principales.				
Invitaciones válidas	97,4%	≥90	97,7%	97,1%
Participación (Test entregado/Población invitada) ¹	31,7%	≥30 ²	34,5%	28,7%
Participación (Acuden al CS/Población invitada)	36,1%	≥30 ²	39,2%	32,7%
Positividad del test SOH	4,7%	<10	3,4%	6,2%

¹ La diferencia con los que acuden al CS se debe a los que tienen antecedentes, motivos de exclusión o no entregan el test.

² 30% en fase de implantación, posteriormente 45%, ver texto.

En la *tabla 2* se muestran los indicadores de participación y positividad globales y por sexos, en la *tabla 3* por grupos de edad, y en la *tabla 4* y *figura 5* por ambos criterios.

Tabla 3. Actividad e indicadores principales en Atención Primaria por grupos de edad.

Actividad	Grupos de edad		
	55-59	60-64	65-69
Población diana	21.748	13.695	15.850
Indicadores principales			
Participación ⁱ	33,1%	39,7%	35,5%
Positividad del test SOH	3,7%	4,9%	5,5%
Invitaciones válidas	96,8%	97,7%	98,1%
Población no accesible	700	313	308
Población invitada	21.048	13.382	15.542
Participantes	6.976	5.314	5.514
Test positivo	228	227	264
Test negativo	5.959	4.414	4.563
Test no entregado	789	673	687

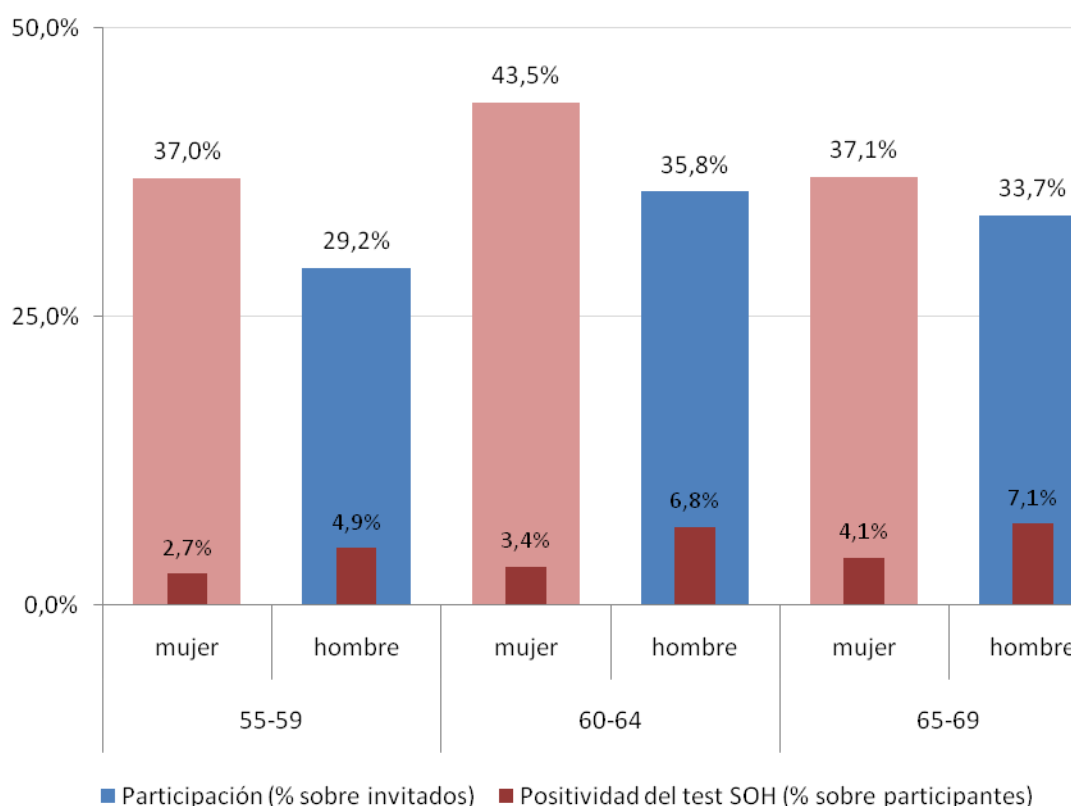
i: Participantes/Población invitada

Tabla 4. Actividad e indicadores por grupos de edad y sexo.

Actividad	55-59		60-64		65-69	
	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre
Población diana	10.999	10.749	6.964	6.731	8.333	7.517
Indicadores principales						
Participación	37,0%	29,2%	43,5%	35,8%	37,1%	33,7%
Positividad del test SOH	2,7%	4,9%	3,4%	6,8%	4,1%	7,1%

Llama la atención la mayor participación de las mujeres (en torno a 8 puntos superior a los varones en menores de 65 años) a pesar de su menor tasa de positividad y su menor incidencia de cáncer colorrectal, hecho que también se aprecia en otras Comunidades.

Figura 4. Participación y positividad del test de SOH por grupos de edad y sexo.



De los 18.016 participantes, 211 (1,17%) tenían antecedentes familiares o personales. Estas personas son remitidas a las consultas de digestivo y no se hacen el test de SOH, por eso este 1,17% de los participantes es la carga de trabajo que en teoría se generaría para las consultas de Aparato Digestivo. Otros 269 (1,5%) tenían alguna causa de exclusión definitiva o temporal. Finalmente otros 1.712 (9,5%) no entregaron las muestras de heces a pesar de haber retirado los tubos de recogida (Tabla 5).

Tabla 5. Personas que no entregan el test sobre participantes (SOH, Epc, ns/nc)

	total	% ⁱ	mujeres	%	hombres	%
Exclusión por causa (Epc) ¹	480	2,7%	285	2,8%	195	2,5%
A la espera (ns/nc)	1.712	9,5%	928	9,2%	784	9,9%
Total de personas que no entregan el test	2.192	12,2%	1.213	12,0%	979	12,3%
Participantes (SOH+Epc+ns/nc)	18.016		10.069		7.947	

(1) Epc=Exclusión por causa

Como hecho importante que tendrá sus repercusiones principalmente en la evaluación de 2012, hay que señalar que a finales de 2011 hubo un problema en el suministro de los Hemotest que obligó a paralizar el programa durante cerca de 3 meses. En los últimos meses de 2011 algunos invitados pudieron encontrarse que en el Centro de Salud carecían del Hemotest y la realización del mismo se demoró 2-3 meses, hasta que estuvo de nuevo disponible. Esto se traducirá en un incremento de los incluidos en 2012, que en realidad fueron invitados en 2011, y podría explicar una menor participación a finales de 2011.

Actividad y resultados del cribado en Atención Especializada.

En 2011 se han realizado 490 colonoscopias procedentes del cribado (40 al mes) en ambos hospitales Marqués de Valdecilla y Sierrallana, empezando este último en febrero. En el segundo semestre del año se ha incorporado el Hospital Tres Mares, de Reinososa. Se contrató un especialista en Aparato Digestivo que se incorporó al Hospital Sierrallana, además del que ya se había contratado en Valdecilla. El promedio de 40 colonoscopias al mes se refiere sólo a las procedentes de pacientes con sangre positiva. A ellas habría que añadir las derivadas del cribado en familiares, tanto familias detectadas al hacer la anamnesis como los familiares de los pacientes con adenomas y cánceres detectados con la sangre oculta.

Tabla 6. Actividad e indicadores principales de colonoscopias de cribado.

	total	Objetivo	mujeres	hombres
Actividad				
Colonoscopias indicadas (test SOH pos)	736		304	432
Colonoscopias realizadas	490		191	299
Causas de no realización de la colonoscopia				
Contraindicación	2		0	2
No aceptación	141		64	77
Complicaciones de colonoscopias				
Hemorragia postcolonoscopia	6		1	5
Perforación debida a colonoscopia	1		1	0
Defunción asociada a colonoscopia	0		0	0

Indicadores principales

Colonoscopias de cribado/mes (promedio)	40			
Tasa de aceptación	80,8%	>90	78,9%	82,2%
Colonoscopias completas	94,1%	>90	93,2%	94,6%
Tasa de hemorragia postcolonoscopia (por 1.000)	12,2	<6	5,2	16,7
Demora entre test SOH+ y colonoscopia (días, mediana)	55	≤60	56	54
Tasa de participantes con tiempo de demora ≤ 60d	56,3%	≥95	55,0%	57,2%
Demora entre diagn. CCR y 1ª terapia (días, mediana)	56	≤28	49	56

De los 736 pacientes con test positivo a los que se indicó la colonoscopia, 141 no la aceptaron, lo que da una tasa de aceptación del 80,8%, no alcanzando el objetivo de nuestro programa de superar el 90% (*tabla 6*). No obstante se sitúa en un porcentaje muy similar al promedio de otras Comunidades Autónomas. Si, siguiendo las directrices marcadas por la Guía Europea plasmadas en los indicadores de la Red de Programas de Cribado de Cáncer, consideramos las personas con colonoscopia realmente realizada, el indicador de aceptación baja al 66,5 %, ya que sólo se han realizado en la sanidad pública hasta el momento de la evaluación 490 colonoscopias.

Los 103 pacientes que habiendo aceptado la colonoscopia finalmente no se la realizaron pueden haberla demorado por razones médicas (enfermedades intercurrentes), ser exclusiones o contraindicaciones sobrevenidas (incluso fallecimientos), haber acudido a la medicina privada (nos consta que muy pocos casos), o tratarse de rechazos que no se hicieron explícitos en la entrevista con el médico. Estos 103 casos que en teoría aceptan la colonoscopia pero que no nos consta que se la hayan hecho en la sanidad pública son el 17,3 %. Esta es una situación muy preocupante porque en el peor de los escenarios serían pacientes que sangran pero a los que no hemos sido capaces de convencer de seguir el procedimiento diagnóstico, perdiendo los beneficios del cribado. En estos aspectos debemos seguir insistiendo con los profesionales implicados para concretar mejor esta situación.

La tasa de colonoscopias completas (las que alcanzan la válvula ileocecal) ha sido del 94,1%, superando el objetivo del programa del 90%.

La tasa de hemorragia postcolonoscopia ha sido de 12,2 ‰. En números absolutos son 6 casos, 5 en varones y 1 en mujeres. Se produjo una perforación en una mujer.

La **mediana de tiempo de demora entre el test de sangre oculta en heces positivo y la colonoscopia ha sido de 55 días**, cumpliendo el objetivo de nuestro programa de no superar los 60 días. Este es un objetivo que, en nuestra Comunidad, hemos considerado aceptable dadas las cargas de trabajo generadas. No obstante la Guía Europea establece el límite en 31 días, estando alejados de este indicador europeo. El porcentaje de participantes con tiempo de demora menor de 60 días ha sido de 56,3 %.

La demora entre el diagnóstico de cáncer y la primera intervención terapéutica ha sido de 56 días (*tabla 6*), no consiguiendo alcanzar el objetivo.

Resultados de las colonoscopias.

Los casos detectados, los valores predictivos positivos y tasas de detección se muestran en las *tablas 7, 8 y 9*. Se han detectado **53 carcinomas**. Siguiendo la nueva clasificación de la Guía Europea no se consideran ya los carcinomas in situ, que pasan a clasificarse como Adenomas de Alto Riesgo. Generalmente estos pólipos se detectan y extirpan endoscópicamente, con lo cual y respecto a la clasificación previa han pasado a “engrosar” las tasas de Adenomas de Alto Riesgo. Con la nomenclatura anterior el número de carcinomas detectados sería superior. En 2011 se han detectado 84 AAR (adenomas de alto riesgo), 92 de Riesgo Intermedio (ARI) y 76 de bajo riesgo (ABR). Se han extirpado por tanto 252 lesiones adenomatosas susceptibles de degenerar en carcinoma.

Tabla 7. Resultados diagnósticos de colonoscopias realizadas.

	total	mujeres	hombres
Resultados diagnósticos (casos absolutos)			
CA invasivo (Ci)	53	14	39
Adenoma de Alto Riesgo (AAR)	84	19	65
Adenoma de Riesgo intermedio	92	32	60
Adenoma de Bajo Riesgo (ABR)	76	25	51
Pólipo hiperplásico	66	20	46
Otros diagnósticos no relacionados con CCR	185	81	104
Sin alteraciones (normal)	39	25	14

En la *tabla 8* se muestra el **estadio diagnóstico** de los casos de cáncer detectados. 23 de los 53 (43,3%) se encontraban en estadio I, asociados a buen pronóstico como está descrito (en estadio I la supervivencia a los 5 años es mayor del 90%).

Tabla 8. Estadio de los tumores detectados.

	total	mujeres	hombres
Características de los tumores detectados (estadios)			
0	0	0	0
I	23	6	17
II	11	2	9
III	14	3	11
IV	1	1	0
Desconocido	4	2	2

Los **valores predictivos positivos del cribado (VPP)** se exponen en la *tabla 9*. Se superan los valores previstos para los adenomas (AAR y ARI se evalúan conjuntamente, por lo que sumando ambos se supera el indicador del 30%) y también para el carcinoma invasivo (10,8% frente al objetivo de >5%).

Tabla 9. Valores predictivos positivos del test de SOH.

	total	Objetivo	mujeres	hombres
Valores predictivos positivos del test SOH+				
Ca invasivo (Ci)	10,8%	>5	7,3%	13,0%
Adenoma de alto riesgo (AAR)	17,1%	>30	9,9%	21,7%
Adenoma de riesgo intermedio (AIR)	18,8%		16,8%	20,1%
Adenoma de bajo riesgo (ABR)	15,5%	>15	13,1%	17,1%
Pólipo hiperplásico	13,5%		10,5%	15,4%
Sin alteraciones (normal)	8,0%		13,1%	4,7%
Otros diagnósticos no relacionados con CCR	37,8%		42,4%	34,8%
VPP acumulados				
Adenomas (ABR+ARI+AAR)	51,4%	>45	39,8%	58,9%
Adenomas y cánceres (ABR+ARI+AAR +Ci)	62,2%	>50	47,1%	71,9%

Tasas de detección.

Se reflejan en la *Tabla 10*. Estas tasas son también el reflejo de la prevalencia de la enfermedad en nuestra Comunidad, así la tasa de carcinoma invasivo se ha incrementado desde el comienzo del programa y prácticamente se ha duplicado respecto a la del año 2010.

Tabla 10. Tasa de detección (casos por 1000 participantes)

	total	Objetivo	mujeres	hombres
Tasas de detección (casos por 1000 participantes)				
CA invasivo (Ci)	3,3	>4	1,6	5,6
Adenoma de Alto Riesgo (AAR)	5,3	>30	2,1	9,3
Adenoma de Riesgo intermedio (AIR)	5,8		3,6	8,6
Adenoma de Bajo Riesgo (ABR)	4,8	>10	2,8	7,3
Pólipo hiperplásico	4,2		2,3	6,6
Otros diagnósticos no relacionados con CCR	11,7		9,1	14,9
Sin alteraciones (normal)	2,5		2,8	2,0
Tasas de detección acumuladas				
Adenomas (ABR++ARI+AAR)	15,9	>40	9	25
Adenomas y cánceres (ABR+ARI+AAR +Ci)	19,3	>44	10	31

2ª ronda del programa.

Los invitados a la segunda ronda del programa (4 Centros de Salud de la zona de Laredo que entraron en el pilotaje) han sido 3.830 personas. En 111 la carta ha sido devuelta con lo que quedan 3.719 invitaciones válidas lo que supone un 97,1% de las invitaciones (*Tabla 11*).

La 2ª ronda debería incluir los resultados de los que participan por 1ª vez (personas que en la primera ronda no participaron) y por 2ª vez (los que sí participaron en la primera) dando una visión global y más realista de los resultados y la carga de trabajo esperables para la Sanidad Pública en la 2ª ronda. Algunos problemas del registro informático ya comentados nos impiden obtener resultados de la segunda ronda en su conjunto. Podemos sólo presentar los de la 2ª participación, es decir, personas que participaron en la primera ronda, fueron negativas (ya que las positivas salen del cribado) y vuelven a participar en la 2ª ronda. Sus resultados se recogen en las *tablas 11 y 12*. Se

sigue observando, como en informes previos, un descenso de la participación y de la positividad, lo que confirma que la carga de trabajo de colonoscopias irá disminuyendo conforme avancen las rondas.

Tabla 11. Actividad e indicadores principales (2ª Participación).

	total	Objetivo	mujeres	hombres
Actividad				
Población diana	3.830		1.880	1.950
Población no accesible	111		41	70
Población invitada	3.719		1.839	1.880
Participantes	785		443	342
Test positivo	19		10	9
Test negativo	699		394	305
Test no entregado	67		39	28
Indicadores principales				
Invitaciones válidas	97,1%	≥90	97,8%	96,4%
Participación (Test entregado/Población invitada)	19,3%	≥30	22,0%	16,7%
Participación (Acuden al CS/Población invitada.)	21,1%	≥30	24,1%	18,2%
Positividad del test SOH	2,7%	<10	2,5%	2,9%

Tabla 12. Actividad e indicadores de colonoscopia (2ª participación).

	total	Objetivo	mujeres	hombres
Actividad				
Colonoscopias indicadas (test SOH pos)	19		10	9
Colonoscopias realizadas	12		7	5
Causas de no realización de la colonoscopia				
Contraindicación	1		0	1
No aceptación	4		1	3
Complicaciones de colonoscopias				
Hemorragia postcolonoscopia	0		0	0
Perforación debida a colonoscopia	0		0	0
Defunción asociada a colonoscopia	0		0	0

Indicadores principales

Tasa de aceptación	78,9%	>90	90,0%	66,7%
Colonoscopias completas	91,7%	>90	100,0%	80,0%
Tasa de hemorragia postcolonoscopia (por 1.000)	0,0	<6	0,0	0,0
Demora entre test SOH+ y colonoscopia (días, mediana)	82,5	≤60	83	75
Tasa de participantes con tiempo de demora ≤ 60d	25,0%	≥95	14,3%	40,0%

En la *Tabla 13* presentamos los resultados diagnósticos de las colonoscopías realizadas. En esta segunda participación no se ha detectado ningún cáncer.

Tabla 13. Resultados diagnósticos de colonoscopias realizadas (2ª Participación)

Resultados diagnósticos (casos absolutos)	total	mujeres	hombres
CA invasivo (Ci)	0	0	0
Adenoma de Alto Riesgo (AAR)	2	2	0
Adenoma de Riesgo intermedio	1	0	1
Adenoma de Bajo Riesgo (ABR)	3	2	1
Pólipo hiperplásico	1	0	1
Otros diagnósticos no relacionados con CCR	7	3	4
Sin alteraciones (normal)	1	0	1

En la *Tabla 14* se exponen los principales indicadores comparando la población global sometida a cribado con los que participan en la segunda ronda. Se observa una menor participación, una menor positividad, la misma tasa de aceptación de la colonoscopia y peores indicadores de demora.

Tabla 14. Comparación de indicadores entre población global y participantes en 2ª ronda.

Indicador	Global	2ª participación
Participación (%)	36	21
Positividad (%)	4,7	2,7
Aceptación de la colonoscopia (%)	80,8	78,9
Demora entre test SOH+ y colonoscopia (días, mediana)	55	82
% Pacientes con tiempo demora ≤ 60 días	56	25

Unidad Multidisciplinar del Cáncer Colorrectal del Hospital Valdecilla.

Queremos destacar nuestra participación en la Unidad Multidisciplinar del Cáncer Colorrectal de Valdecilla. Como la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer colorrectal implica a numerosas especialidades (gastroenterología, cirugía, anatomía patológica, radiología, oncología médica, oncología radioterápica, genética, epidemiología, salud pública) esta Unidad pretende un cambio del modelo organizativo que supere la división por especialidades y ofrezca al paciente una atención integral y continuada.

La puesta en marcha de esta Unidad cuenta con el aval de las principales Instituciones Sanitarias de Cantabria. Sus objetivos son:

1) Cambios en el modelo organizativo. Los Servicios Hospitalarios hacen una cesión expresa de su jerarquía en aras a una mejoría del proceso asistencial. Significa un cambio estructural en la organización que pasa a ser transversal, basado en la gestión por procesos. Las decisiones son tomadas en el ámbito de la unidad y compartidas y discutidas, de acuerdo con unos criterios o protocolos previamente aceptados por las diferentes partes que conforman la Unidad.

2) Desarrollo de una práctica clínica de vanguardia. Implementación de estrategias para establecer el riesgo individual de desarrollar un cáncer colo-rectal con la creación de una consulta de valoración del riesgo de cáncer de colon. Introducción y evaluación de nuevas alternativas diagnósticas y de tratamiento mínimamente invasivo, e implantación de tratamientos multimodales personalizados.

3) Programa Formativo. Programa de formación postgrado en el Hospital Virtual Valdecilla.

4) Centro de Innovación Tecnológica y de Transferencia del Conocimiento, para desarrollo de proyectos de investigación.

5) Modelo Arquitectónico de Vanguardia, con la creación de un nuevo espacio destinado endoscopia diagnóstica y terapéutica, y un área de atención multidisciplinar al paciente con patología colorrectal.

6) Apoyo al programa de detección precoz de la Consejería de Sanidad, y a su ampliación a las cohortes de 50-54 años en un futuro inmediato, de acuerdo con las recomendaciones de la bibliografía y de la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud de España.

En este sentido el representante de la Consejería de Sanidad actúa como secretario de la Unidad y ha participado en las 12 Reuniones habidas durante el año 2011, que han dado lugar a acuerdos,

decisiones y compromisos reflejados en las actas correspondientes. La Unidad ha presentado un documento de constitución apoyado por los Jefes de todos los Servicios implicados apoyando los objetivos mencionados, estando pendiente su presentación a la Consejera de Sanidad en fechas próximas.

Conclusiones.

1. Sigue habiendo una participación adecuada en el cribado (36%) teniendo en cuenta que hacemos una sola invitación (otras Comunidades Autónomas hacen 2 o más). Esto estuvo motivado por un criterio de equidad, dando prioridad al ofrecimiento del cribado a todas las zonas de Cantabria (extensión de la cobertura poblacional) antes que a insistir con muchas invitaciones a una parte de la población. Aunque se supera el objetivo inicial del 30%, éste se fijó en la fase de pilotaje. Actualmente el objetivo “aceptable” según la Guía Europea, el consenso español y el último documento de nuestro propio programa, es del 45%, y no lo alcanzamos.
2. Las tasas de positividad, valores predictivos e incidencia se van acercando a los estándares publicados a medida que aumenta la población sometida al cribado. Concretamente ha aumentado la detección de carcinomas invasivos (53 casos en un año) con una tasa de 3,3/1.000 participantes, con un estadio favorable para el pronóstico (43,3 % de los casos de los que disponemos información están en estadio I). En el momento de la evaluación hay 4 pacientes pendientes de completar estudio.
3. La carga de trabajo de colonoscopias ha sido en promedio de 40 al mes en los 2 hospitales que participan. Se refiere sólo a las de cribado (pacientes con SOH positiva). Si contáramos las derivadas del cribado familiar aproximadamente se duplicarían.
4. La tasa de **aceptación de la colonoscopia** ha sido baja (80,8% de personas que no manifiestan un rechazo), y menor aún si contamos sólo las efectivamente realizadas en la Sanidad Pública (66,5% de las indicadas). Aunque puede haber explicaciones que justifiquen esta diferencia y se comentan en el texto, nos parece un dato preocupante que tenemos que esforzarnos por corregir.

Temas pendientes.

- Como se ha explicado en el texto, hay una **necesidad urgente de establecer un sistema informático de registro** que mejore la aplicación actual de Microsoft Office, que a todas luces se ha quedado insuficiente al ampliar el cribado, y no da respuesta a los numerosos indicadores consensuados a nivel nacional y necesarios para poder evaluar el cribado en España y compararlo con los resultados de otras Comunidades Autónomas. Dicha aplicación deberá poder cruzar datos con registros hospitalarios (CMBD, Urgencias) para hacer factible la monitorización de complicaciones y efectos no deseados de la colonoscopia, en esta línea se está trabajando también a nivel nacional. Estamos intentando que sea a través del SISAPA, pero su concreción necesita de la inevitable asignación económica y la disposición de un técnico de informática al menos los primeros meses de desarrollo del sistema.
- **Está pendiente la extensión a las cohortes de 50-54 años.** Cantabria ha sido la primera Comunidad Autónoma en lograr la extensión universal del cribado pero lo hizo reduciendo un poco las edades diana por motivos prácticos. Todas las recomendaciones internacionales y nacionales, incluyendo la estrategia en cáncer del Sistema Nacional de Salud, recomiendan cribar entre los 50 y los 69 años. Esta carencia se hace aún más prioritaria por haber sido anunciada públicamente por los responsables de la Consejería, porque en realidad afectaría sólo a dos cohortes ya que se citan en años impares (serían las de 51 y 53 años) y porque los hospitales implicados están en disposición de afrontar esta ampliación, como han manifestado repetidamente.
- **Inclusión del Hospital de Laredo.** Al inicio del programa, en la fase de pilotaje, no participó por motivos coyunturales pero la situación no se rectificó con la universalización. Los pacientes positivos del área de Laredo siguen remitiéndose a Valdecilla, lo que genera muchas disfunciones fáciles de comprender.
- **Mejorar la participación (2ª carta).** Otras Comunidades Autónomas han comprobado que el envío de una segunda carta a los que no responden a la primera mejora la participación alrededor de un 15%. En Cantabria se ha dado prioridad a la universalización (por motivos de equidad) prefiriendo mandar una sola invitación a toda la población que dos a una pequeña parte de ella. Cuando el cribado se haya extendido a toda la población diana (de 50 a 69 años) sería el momento de realizar acciones encaminadas a mejorar la participación, y una de las prioritarias sería el

envío de segundas cartas. Con el sistema informático actual es imposible, y es requisito previo haber implantado un sistema de registro nuevo.

- **Incluir en la evaluación a los pacientes de riesgo.** Actualmente las cargas de trabajo y los resultados se refieren sólo a la población de riesgo medio. La inclusión de los de alto riesgo (los remitidos s las Consultas de Digestivo) evidenciaría mejor las cargas de trabajo reales y mejoraría los resultados del programa en cuanto a tasas de detección.