



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

---

**Informe del año 2018**

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

## 1. EL PROGRAMA

El cáncer colorrectal es una de las enfermedades neoplásicas que reúne los requisitos necesarios para el logro de un alto beneficio en su pronóstico mediante la realización de Programas de Cribado. El objetivo del cribado es la detección precoz de las lesiones precancerosas (adenomas) o de cáncer en estadios muy iniciales en individuos completamente asintomáticos, posibilitando un tratamiento precoz y, por tanto, el aumento de la supervivencia.

El Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal (PCCR) en Cantabria se instauró 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, con el propósito de mejorar la fiabilidad en la prueba de detección de sangre oculta en heces y aumentar la participación de la población diana. Promulgándose por una parte, el cambio como prueba de screening del test inmunoquímico cualitativo (Hemotest<sup>®</sup>), por el inmunoquímico cuantitativo (OC-sensor<sup>®</sup>), 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** se amplió la invitación al 100% de las personas residentes en Cantabria con Tarjeta Sanitaria (TIS) de 50 a 69 años, conforme a lo dispuesto en la cartera de servicios del SNS.

La invitación a participar se realiza 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 además 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 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 notifican 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 prueba.

## 2. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

La Red Nacional de Cribados es la que fija los criterios de presentación de indicadores y resultados. Los resultados anuales del Programa se evalúan al año siguiente, una vez que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos derivados de las lesiones detectadas con el cribado puedan haber concluido, y así disponer de toda la información clínica debidamente ratificada.

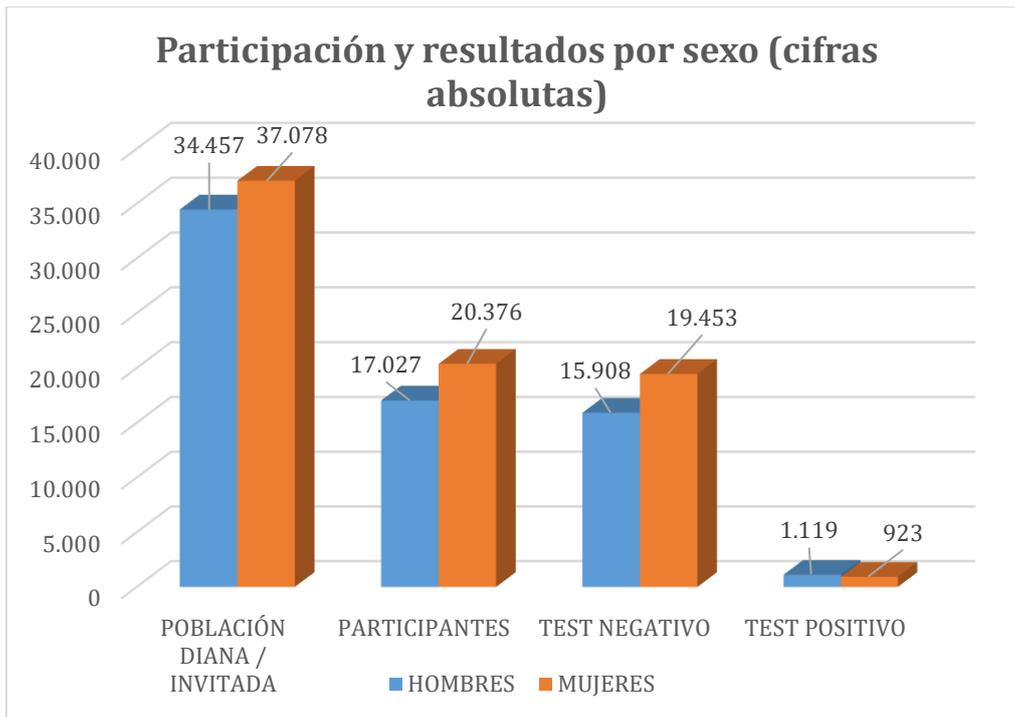
Seguidamente expondremos los **indicadores de participación** y los **indicadores de resultado** de las personas participantes en el Programa de cribado que cumplieron 51 a 69 años durante 2018, que fueron invitadas a participar y que entregaron una muestra válida para su análisis. La Guía Europea de 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

- Población **DIANA**, personas con TIS que cumplen 51, 53, 55, 57, 59, 61, 63, 65, 67 y 69 años en 2018.
- 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 (éxitus, residentes fuera de la CCAA, colonoscopia completa realizada en los últimos 5 años, etc.).

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

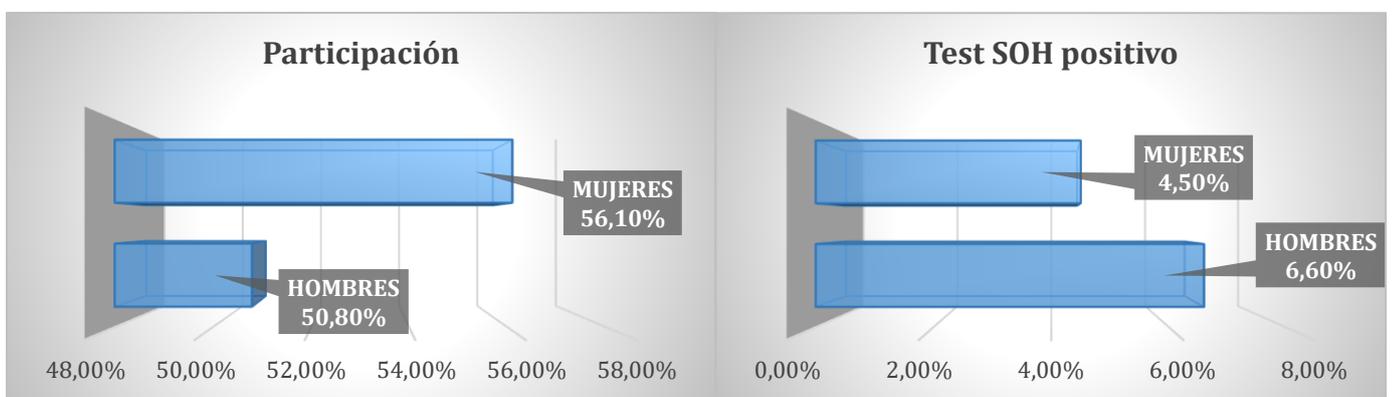
Indicadores de participación y resultado	Total	Mujeres	Hombres
<b>Población diana / invitada</b>	<b>71.535</b>	37.078	34.457
<b>Participantes</b>	<b>37.403</b>	20.376	17.027
<b>Test positivo</b>	<b>2.042</b>	923	1.119
<b>Test negativo</b>	<b>35.361</b>	19.453	15.908



La participación conseguida ha sido del **53,6%**. La Guía Europea de Control de Calidad en Cribado 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**

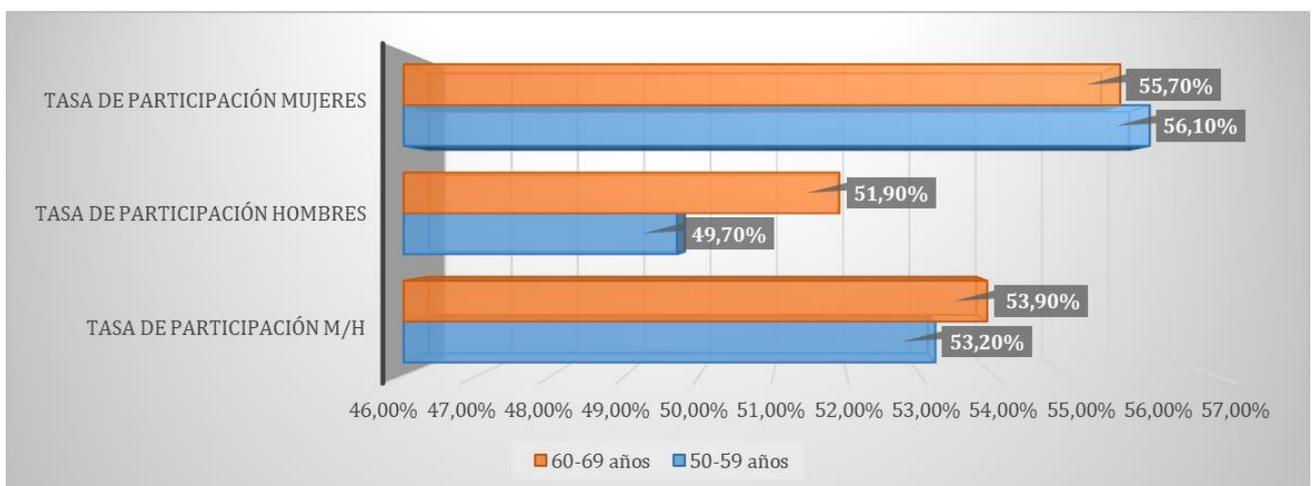
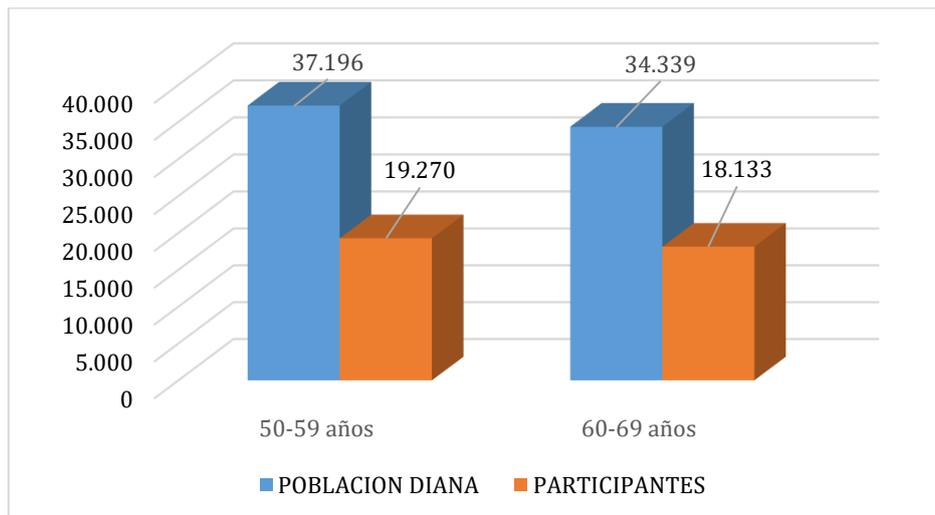
Indicadores principales	Total	Guía Europea	Mujeres	Hombres
Participación	53,6%	$\geq 45\%$	56,1%	50,8%
Test SOH positivo	5,5%	4-11%	4,5 %	6,6 %

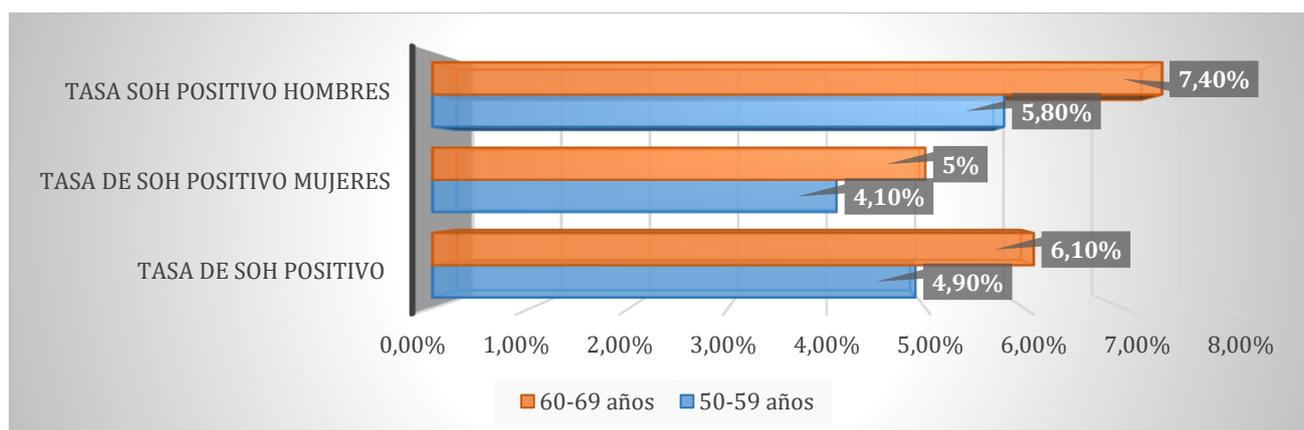


**Indicadores de participación e indicadores de resultados del test de SOH, por grupos de edad y por sexo (tabla 3)**

**Tabla 3. Indicadores principales por grupos de edad**

Actividad	Grupos de edad	
	50-59	60-69
Población diana / invitada	37.196	34.339
Participantes	19.270	18.133
Tasa de participación (hombres y mujeres)	53,2%	53,9%
Participación (hombres)	49,7%	51,9%
Participación (mujeres)	56,1%	55,7%
Tasa personas con test positivo (hombres y mujeres)	4,9%	6,1%
Test positivo (hombres)	5,8%	7,4%
Test positivo (mujeres)	4,1%	5%





En 2018:

- Mayor **participación** de las mujeres con independencia del grupo de edad.
- Mayor **proporción 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 2.042 personas con test positivo, se indicó colonoscopia a 2031 y la realizaron siguiendo la vía normalizada del Programa 1.846 personas, lo que supone una tasa de aceptación del 90,9% (tabla 5).

**Tabla 4. Actividad colonoscopias de cribado**

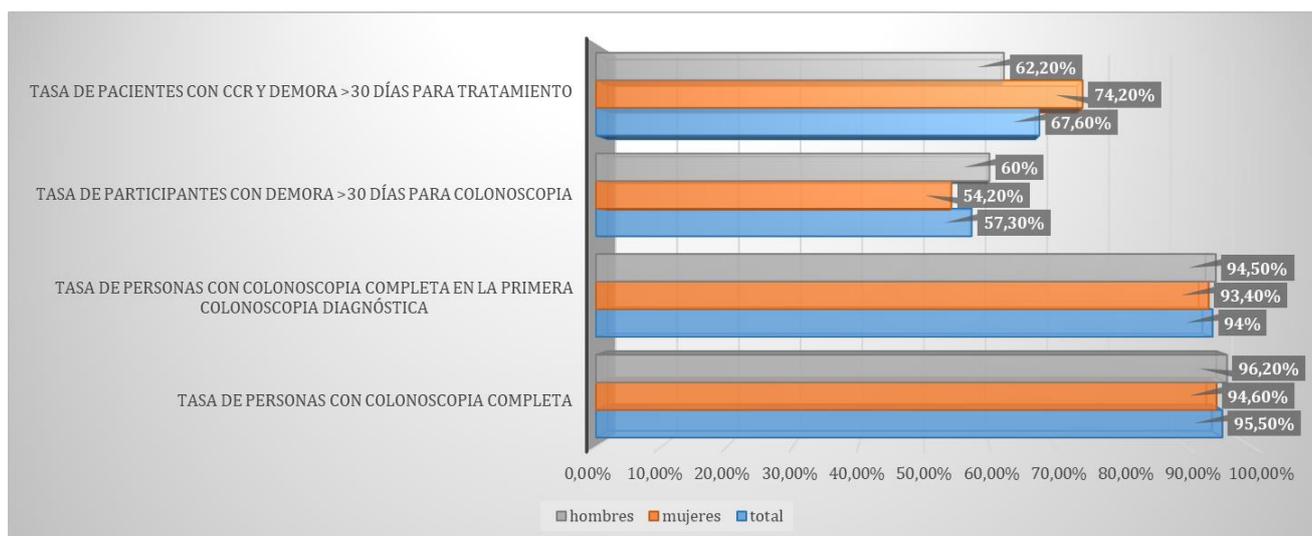
Actividad	Total	Guía Europea	Mujeres	Hombres
<b>Nº personas con colonoscopias indicada</b>	<b>2.031</b>		920	1.111
<b>Nº de personas con colonoscopias realizadas</b>	<b>1.846</b>		833	1.013
<b>Nº personas con colonoscopia completa*</b>	<b>1.763*</b>		788	975
<b>Tasa personas con aceptación colonoscopia</b>	<b>90,9%</b>	85%	90,5%	91,2%
<b>Complicaciones graves de la colonoscopia</b>	<b>5**</b>		4	1

\*El número de personas con colonoscopia completa en la primera colonoscopia diagnóstica han sido 1.735 y el número de personas con colonoscopia completa tras la repetición han sido 28, lo que supone un total de **1.763** colonoscopias completas realizadas (aquellas colonoscopias que alcanzan la válvula ileocecal) lo que representa una tasa de 95,5%, 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	95,5%	>90%	94,6%	96,2%
Tasa colonoscopia completa en la primera colonoscopia diagnóstica	94%		93,4%	94,5%
Tasa complicaciones graves de la colonoscopia	0,3%		0,5%	0,1%
Tasa de participantes demora > 30 días a colonoscopia	57,3%		54,2%	60%
Tasa pacientes con CCR y >30 días hasta tratamiento	67,6%		74,2%	62,2%



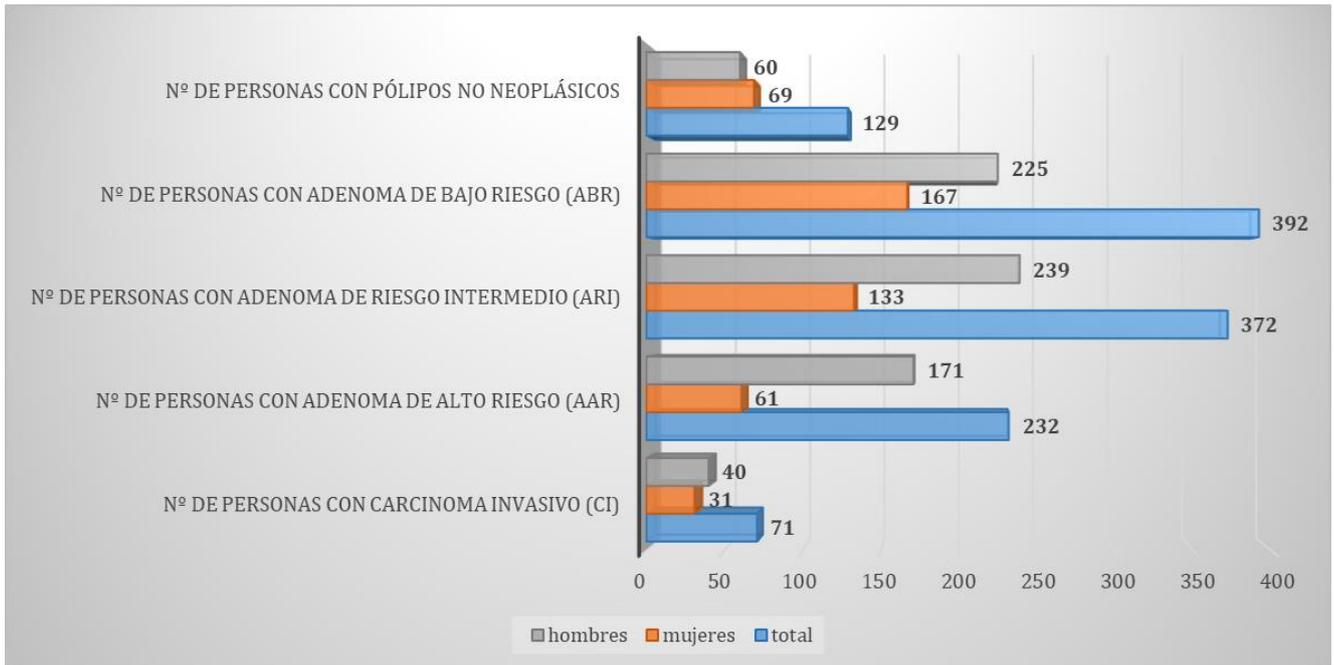
### 2.2.1 Resultados de colonoscopias

El número de personas en 2018 en las que se reconoció carcinoma invasivo fueron 71, en 232 adenomas de alto riesgo (AAR), en 372 adenomas de riesgo intermedio (ARI) y en 392 adenomas de bajo riesgo (ABR).

El número de personas en las que se encontró “cualquier adenoma” fueron 996, de las cuáles, en 604 (60,6%) los adenomas eran de riesgo alto e intermedio.

**Tabla 6. Lesiones detectadas en las colonoscopias**

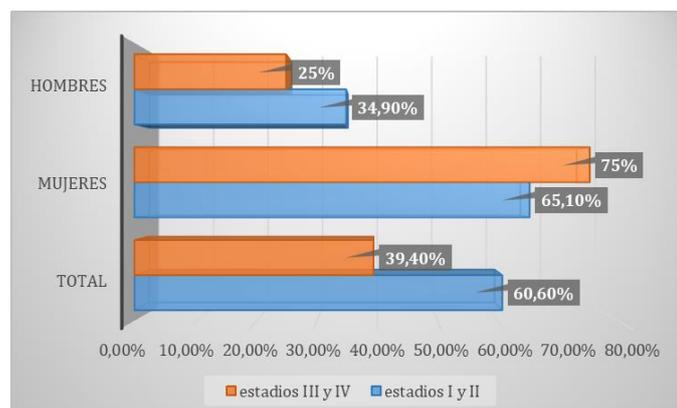
	Total	Mujeres	Hombres
Nº de personas con Carcinoma invasivo (Ci)	71	31 (43,7%)	40 (56,3%)
Nº de personas con Adenoma de Alto Riesgo (AAR)	232	61 (26,3%)	171 (73,7%)
Nº de personas con Adenoma de Riesgo Intermedio (ARI)	372	133 (35,7%)	239 (64,3%)
Nº de personas con Adenoma de Bajo Riesgo (ABR)	392	167 (42,6%)	225 (57,4%)
Nº de personas con pólipos no neoplásicos	129	69 (53,5%)	60 (46,5%)
Nº de personas con colonoscopia sin alteraciones (normal: falsos positivos)	116 (6,3%)	77 (66,4%)	39 (33,6%)



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

**Tabla 7. Estadio de los tumores detectados**

	Total	Mujeres	Hombres
<b>Estadio I y II</b>	<b>43 (60,6%)</b>	<b>28 (65,1%)</b>	<b>15 (34,9%)</b>
<b>Estadio III y IV</b>	<b>28 (39,4%)</b>	<b>21 (75%)</b>	<b>7 (25%)</b>
<b>Estadio desconocido</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>



Los carcinomas diagnosticados han sido **71**, de ellos 43 (60,6%) 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).

En cuanto a las lesiones encontradas, en casi todas las categorías se aprecia una proporción mayor de ellas en el sexo masculino (carcinoma invasivo 56,3%, AAR 73,7%, ARI 64,3% y ABR 57,4%).

En mujeres, nos encontramos con menor número de adenomas y de cáncer, en cambio el porcentaje de cánceres en estadios III y IV es superior (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 **1,9‰**. En cuanto a la tasa de detección de cualquier adenoma, el **26,6‰**, 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)	1,9‰	1,8 - 9,5	1,5	2,3
Tasa de personas con Adenoma de Alto Riesgo (AAR)	6,2‰		3	10
Tasa de personas con Adenoma de Riesgo intermedio (ARI)	9,9‰		6,5	14
Tasa de personas con Adenoma de Bajo Riesgo (ABR)	10,5‰		8,2	13,2
Tasa de personas con pólipo no neoplásicos	3,4‰		3,4	3,5
<b>TASAS acumuladas</b>				
Tasa de personas con cualquier Adenoma (ABR++ARI+AAR)	26,6‰	13,3 - 22,3	17,7	37,3
Tasa de personas con cualquier Adenoma y Cáncer invasivo (ABR+ARI+AAR +Ci)	28,5‰		19,2	39,6

## 2. ANÁLISIS VALORES PREDICTIVOS

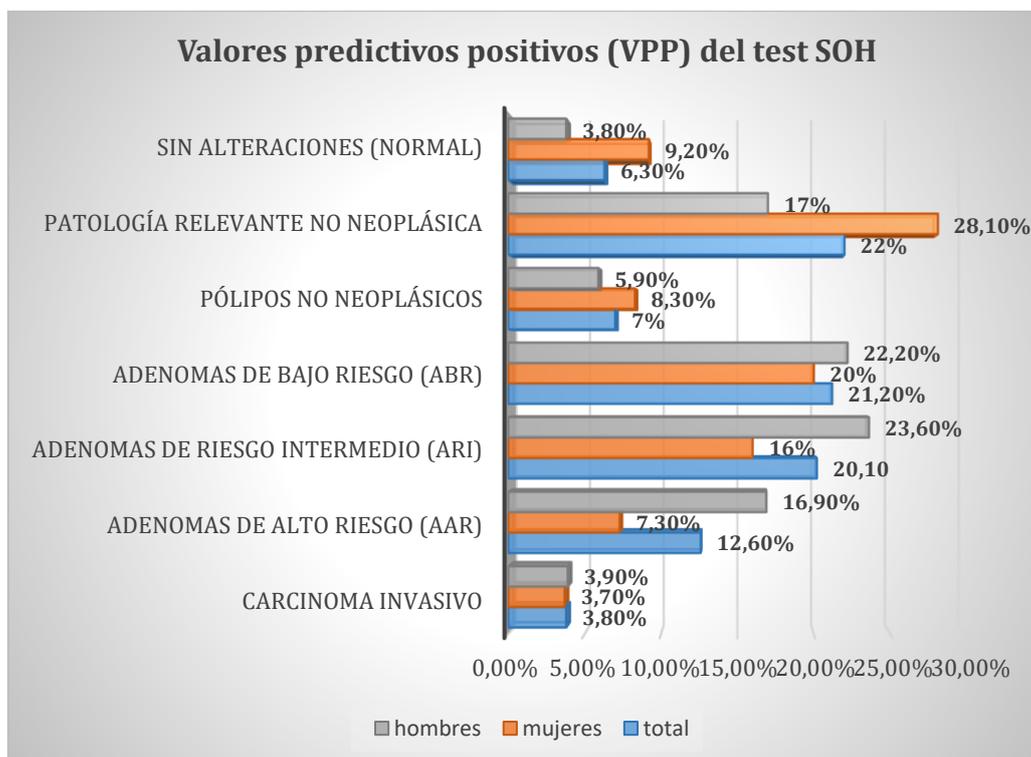
Los **valores predictivos** evalúan la eficacia real de la prueba de Sangre Oculta en Heces como método diagnóstico de sospecha de cáncer colorrectal, tanto en su vertiente de resultado positivo (probabilidad de tener un cáncer colorrectal si la prueba resulta positiva) como en el resultado negativo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

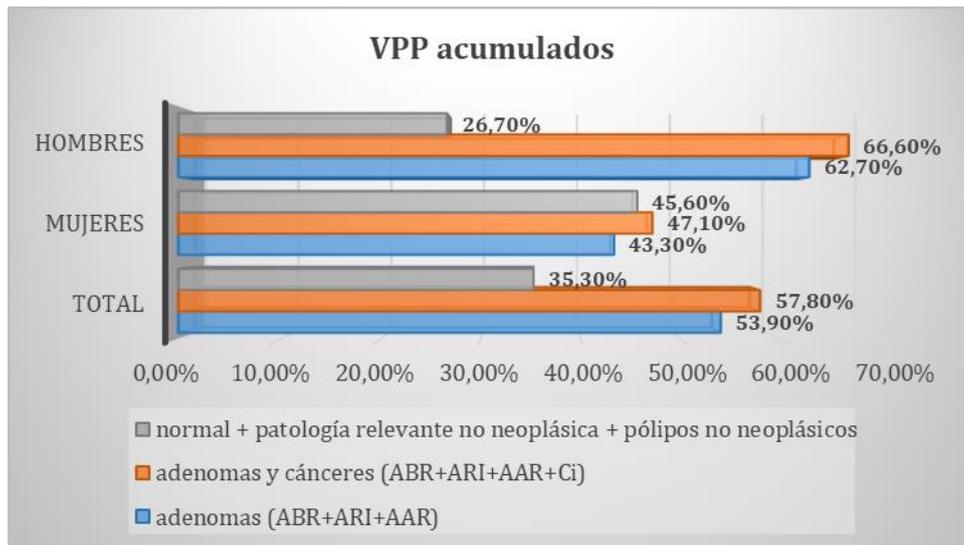
**Valores predictivos positivos del cribado (VPP) (tabla 9).**

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 para cualquier tipo de adenoma por encima del valor estimado como óptimo excepto el adenoma de alto riesgo en mujeres que se encuentra dentro del intervalo, mientras que 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
<b>Carcinoma invasivo (Ci)</b>	<b>3,8%</b>	<b>4,5 - 8,6%</b>	3,7%	3,9%
<b>Adenomas de Alto Riesgo (AAR)</b>	<b>12,6%</b>		7,3%	16,9%
<b>Adenomas de Riesgo Intermedio (ARI)</b>	<b>20,1%</b>		16%	23,6%
<b>Adenomas de Bajo Riesgo (ABR)</b>	<b>21,2%</b>		20%	22,2%
<b>Sin alteraciones (normal)</b>	<b>6,3%</b>		9,2%	3,8%
<b>Pólipos no neoplásicos</b>	<b>7%</b>		8,3%	5,9%
<b>Patología relevante no neoplásica</b>	<b>22%</b>		28,1%	17%
<b>VPP acumulados</b>				
<b>Adenomas (ABR+ARI+AAR)</b>	<b>53,9%</b>	<b>19,6 - 40,3%</b>	43,3%	62,7%
<b>Adenomas y cánceres (ABR+ARI+AAR +Ci)</b>	<b>57,8%</b>		47,1%	66,6%
<b>Normal + pólipos no neoplásicos + patología relevante no neoplásica</b>	<b>35,3%</b>		45,6%	26,7%





En un 6,3% 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 **3,8%** para cáncer invasivo, con unos valores de referencia en la Guía Europea entre 4,5% y 8,6% y del **53,9%** para cualquier tipo de adenomas, por encima del límite superior de la Guía Europea establecido en 40,3 %.

## 4. CONCLUSIONES

### 1. Características principales de la participación y de los resultados del Programa:

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

La **participación** del año 2018 en el Programa de Detección Precoz de Cribado Colorrectal ha sido de **53,6%**, correspondiendo el 56,1 a mujeres y el 50,8% 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.

2. La **tasa de resultados positivos del Test de Sangre Oculta en Heces (TSOH)** ha sido del **5,5% (6,6% en hombres y 4,5% en mujeres)**. Las cifras de positividad del test consideradas aceptables por la Guía Europea se encuentran entre el 4 y el 11%.
3. Los **valores predictivos positivos del test de cribado (VPP)** han sido del **3,8%** para cáncer invasivo por debajo de los valores de referencia en la Guía Europea (4,5% y 8,6%) y del **53,9%** para cualquier tipo de adenomas, por encima del límite superior establecido por dicha Guía (40,3 %).

4. Las **tasas de detección** han sido para cáncer invasivo del **1,9% participantes**, dentro de los límites estimados por la Guía Europea (1,8 a 9,5), y de **26,6%** para cualquier tipo de adenomas, por encima del límite superior del 22,3 de la citada Guía.
5. En números absolutos se han detectado **71 carcinomas invasivos**, de los cuales el **60,6%** se encontraban en estadios I y II.
6. La **tasa de aceptación de la colonoscopia** ha sido del **90,9%**, por encima del objetivo aceptable fijado en la Guía Europea del 85%.
7. El **porcentaje de colonoscopias completas** realizadas alcanza una tasa de **95,5%**, superior al 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, 18 de junio de 2020