



Alianza para la prevención
del cáncer de colon
www.alianzaprevencioncolon.es

LIBRO DE RESÚMENES

Barreras en la implantación
del cribado del

CÁNCER DE COLON

en España



Madrid, 30 de marzo de 2011

Coordinadores: Silvia Camacho, Ana Fernández Marcos, Teresa González, Ana Pastor, Pedro Pérez Segura y Juan Diego Morillas.

Con el apoyo de: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Organización Médica Colegial (OMC), Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España, Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España, Real Academia Nacional de Medicina, Gerencia del Hospital Clínico San Carlos, y las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas de: Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.

Edita: Alianza para la Prevención del Cáncer de Colon en España. Madrid, 2011

▶ Índice

1. Prólogo. Dr. Josep María Borràs	6
2. Presentación. Dr. Juan Diego Morillas	7
3. Cribado poblacional del cáncer colorrectal: 10 años de experiencia en España. Principales dificultades detectadas para su implantación. Experiencias de:	
3.1. Canarias. Dra. Mariola de la Vega Prieto	8
3.2. Cantabria. Dr. Álvaro González de Aledo Linos	9
3.3. Castilla y León. Dra. María del Carmen Romero Hergueta	10
3.4. Cataluña. Dr. Josep A. Espinàs	12
3.5. Comunidad Valenciana. Dra. Dolores Salas	13
3.6. La Rioja. Dra. María Luz de los Mártires Almingol	14
3.7. Murcia. Prof. Francisco Pérez Riquelme	15
3.8. País Vasco. Dra. Isabel Portillo Villares	16
4. ¿Qué hemos aprendido del cribado de cáncer de mama? ¿Qué podemos aplicar al cribado del cáncer colorrectal? Dra. Nieves Ascunce Elizaga	17
5. Implicaciones del cribado en otras actividades asistenciales:	
5.1. ¿Cómo influye el cribado del cáncer colorrectal en la labor asistencial de las unidades de endoscopia? Prof. Fernando Carballo Álvarez	18
5.2. Cribado del cáncer colorrectal. Una opinión desde la atención primaria. Dra. María Luz Marqués González	19
6. Barreras en la participación. Factores que determinan los resultados:	
6.1. Conocimiento y percepción de la población sobre el cribado de cáncer colorrectal. Estudio de la Asociación Española Contra el Cáncer. Dr. Luis Paz-Ares	20
6.2. Estudio COLONPREV. Dr. Vicent Hernández Ramírez	21
6.3. Papel de las farmacias comunitarias en los programas de cribado de cáncer colorrectal. Dr. Rafael Guayta-Escolies	23
6.4. Guías de calidad para el cribado del cáncer de colon. Dr. Rodrigo Jover	24
7. Limitaciones en la extensión del cribado en España. Situación actual:	
7.1. Andalucía. Dra. Rosario Fernández Echegaray	25
7.2. Aragón. Dr. Juan Carlos Palacín Arbués	26
7.3. Asturias. Dra. Isabel Palacio Vázquez	27
7.4. Baleares. Dra. María Ramos Montserrat	28
8. Necesidad de implantar una atención coordinada y multidisciplinaria en la población española con riesgo elevado de padecer un cáncer colorrectal. Dr. Pedro Pérez Segura y Dr. Francesc Balaguer Prunés	29

1. Prólogo

La prevención del cáncer colorrectal

Un año más tenemos ocasión de presentar el resumen de la jornada que celebró la Alianza para la Prevención del Cáncer de Colon en España centrado este año en las barreras en la prevención del cáncer colorrectal. En las siguientes páginas se revisa el estado de la situación de los programas de cribado del cáncer colorrectal activos en nuestro país así como las perspectivas de las distintas Comunidades Autónomas para los próximos meses. Los datos presentados son, pues, de la máxima actualidad en un momento clave en la implantación de este programa.

Como es conocido, la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud aprobó en el año 2009 la propuesta de realizar el cribado poblacional del cáncer de colon y recto en los hombres y mujeres entre 50 y 69 años con periodicidad bienal y mediante la prueba de la detección de la sangre oculta en heces. Este cribado ha sido motivo de programas piloto en distintas Comunidades Autónomas desde el año 2000 con resultados que han sido evaluados positivamente para recomendar su extensión a toda la población. Por otro lado, es indudable el impacto que este cáncer tiene en nuestra comunidad, ya que es el primero en número de casos nuevos cuando se unen hombres y mujeres por encima de los cánceres más conocidos en un ámbito público. Uno de los retos pendientes es precisamente el de mejorar el conocimiento por parte de la población del impacto de este tumor y de la posibilidad de diagnóstico precoz efectivo que permitirá no solo mejorar el pronóstico de los pacientes sino, en un número significativo de casos, reducir la incidencia del cáncer.

La actividad desarrollada por la Alianza es un elemento clave en la extensión del conocimiento por parte de la población y de sus representantes políticos de la necesidad y la viabilidad de la actuación frente al reto que supone este tumor en nuestro país. El hecho de que en la Alianza converjan las sociedades científicas más directamente involucradas en esta actividad preventiva, diagnóstica y terapéutica junto con el voluntariado y los pacientes, la convierte en un actor clave para dinamizar la sociedad. Por tanto, es para mí un motivo de satisfacción poder presentar esta nueva publicación que, además del intrínseco valor científico, tiene la virtud de recordarnos el camino que hemos recorrido y, mucho más importante, el que nos queda por recorrer así como los potenciales problemas que debemos afrontar en el proceso de implantación del cribado del cáncer colorrectal en España. No puedo más que felicitar a los miembros de la Alianza por su actividad continuada así como a todos aquellos que apoyan su actividad y promueven el progreso de la prevención del cáncer colorrectal en el marco de nuestro sistema sanitario.

Dr. Josep M^º. Borràs
Coordinador Científico
Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud

2. Presentación

Es muy grato asumir la representación de todos los miembros de la Alianza para presentar esta monografía titulada **“Barreras en la implantación del cribado del cáncer de colon en España”**, y que recoge las ponencias de la jornada científica, celebrada el pasado 30 de marzo de 2011 en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

En primer lugar, se ha analizado la experiencia de aquellas Comunidades Autónomas (CCAA) que ya tienen implantado el cribado poblacional. Para ello se ha contado con la participación de Josep Alfons Espinàs (Cataluña), Dolores Salas (Valencia), Francisco Pérez-Riquelme (Murcia), Isabel Portillo (País Vasco), Álvaro González de Aledo (Cantabria), Mariola de la Vega (Canarias), María Luz de los Mártires Almingol (La Rioja) y Carmen Romero (Castilla y León). Así mismo, se han evaluado las dificultades que existen para iniciar el cribado en aquellas otras CCAA que no disponen todavía de él, y han intervenido: Rosario Fernández Echegaray (Andalucía), Juan Carlos Palacín (Aragón), Isabel Palacio (Asturias), María Ramos Monserrat (Baleares), Andrés González-Navarro (Madrid) y Nieves Ascunce (Navarra). Nieves Ascunce (Navarra) ha explicado cómo se pueden aplicar al cribado del cáncer de colon los conocimientos obtenidos del cribado del cáncer de mama en España.

Además, María Luz Marqués (País Vasco) y Fernando Carballo (Murcia) han resaltado las repercusiones asistenciales del cribado en Atención Primaria y Atención Hospitalaria (Unidades de Endoscopia). Luis Paz-Ares (Sevilla) ha presentado un estudio de la Asociación Española Contra el Cáncer sobre el conocimiento y percepción del cáncer de colon en la población española; Vicent Hernández (Vigo) ha expuesto la participación poblacional en el estudio COLONPREV. Rafael Guayta (Barcelona) ha explicado la participación de los farmacéuticos en el cribado del cáncer de colon; y Rodrigo Jover (Alicante) ha evaluado los factores que se asocian a la presencia de adenomas colónicos. Por último, Pedro Pérez Segura (Madrid) y Francesc Balaguer (Barcelona) han expuesto una declaración promovida por

la Alianza sobre la atención sanitaria a la población de riesgo elevado de padecer cáncer de colon.

Todas las ponencias referidas demuestran el alto nivel científico y la gran implicación en la prevención y detección precoz del cáncer de colon de las administraciones sanitarias, profesionales sanitarios y otras entidades sociales. En representación de la Alianza, agradecer encarecidamente a todos los ponentes y los moderadores su encomiable aportación. Desde su inicio la Alianza ha adquirido un profundo compromiso cívico con la sociedad española y constituye un foro abierto a todos.

Dr. Juan Diego Morillas

Coordinador

Alianza para la Prevención del Cáncer de Colon

Alianza para la Prevención del Cáncer de Colon

Formada por sociedades científicas, asociaciones de pacientes y organizaciones no gubernamentales, tiene como objetivos fomentar y divulgar la importancia del cáncer de colon y promocionar las medidas encaminadas a su prevención.

Actualmente la Alianza incluye 15 entidades miembros: Asociación Española Contra el Cáncer (**aecc**), Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT), Asociación Española de Gastroenterología (AEG), EuropaColon España, Federación Española de Asociaciones de Ostomizados (FEDAO), Fundación Cofares, Fundación Tejerina, Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP-IAP), Sociedad Española de Diagnóstico por Imagen (SEDIA), Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED), Sociedad Española de Epidemiología (SEE), Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR) y Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD).

3. Cribado poblacional del cáncer colorrectal: 10 años de experiencia en España. Principales dificultades detectadas para su implantación. Experiencias de:

3.1. Canarias. Dra. Mariola de la Vega Prieto

Responsable del Servicio de Programas Oncológicos. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de la Salud. Gobierno de Canarias.

El cáncer de colon y recto es un importante problema de salud pública en España, tanto por su incidencia como por su mortalidad. En Canarias, la incidencia anual es de aproximadamente 893 casos. Ante esta situación, desde la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias se decide poner en marcha el "Programa de Diagnóstico Precoz de Cáncer Colorrectal".

Se han propuesto distintas estrategias preventivas para su diagnóstico y tratamiento precoz; sin embargo, la única que ha mostrado su eficacia mediante ensayos comunitarios es la que utiliza la determinación de sangre oculta en heces (SOH) como prueba de cribado, y la colonoscopia óptica como prueba de confirmación diagnóstica.

Siguiendo estas recomendaciones se comienza el pilotaje en el último semestre de 2009, tras llevar a cabo los siguientes pasos: 1) revisión bibliográfica, 2) constitución del Comité Asesor, 3) desarrollo de protocolos y circuitos de derivación, 4) diseño de soporte publicitario y papelería, 5) desarrollo de un software específico, 6) definición de la población diana y test a utilizar y 7) valoración de recursos humanos y técnicos necesarios.

Una vez llevado a cabo lo anterior se decide:

- Población diana: comenzar por la población de 50-69 años, excluyendo aquellas personas que no son subsidiarias de un programa de *screening* (recomendaciones de la guía de Gastroenterología).
- Test Inmunológico cuantitativo, con un corte de 100mg.
- Periodicidad bienal.
- Organización centralizada para gestión y planificación, y descentralizada en el diagnóstico y tratamiento.
- Recursos humanos propios, salvo el personal de las Unidades de endoscopia, que se verá reforzado en los hospitales por los que empezemos.
- Pilotaje de dos ZBS en Tenerife y Gran Canaria.

Facilidades para la implantación:

- Experiencia previa en programas de *screening*.
- Aporte de experiencia de otras CCAA en este programa.
- Contar con protocolos y guías ya elaboradas.
- Apoyo institucional.
- Motivación tanto de los profesionales sanitarios de AE como de AP.
- Desarrollo de software informático específico.

Dificultades encontradas:

- Crisis económica.
- Sobrecarga de trabajo en los Servicios de Digestivo de los Hospitales.
- Deficiente calidad BBDD poblacional.
- Cita abierta.
- Cribado oportunista desde Atención Primaria.
- Fragmentación del territorio.
- Baja sensibilización/educación sanitaria de la población.

Resultados obtenidos (a 31/12/2010)

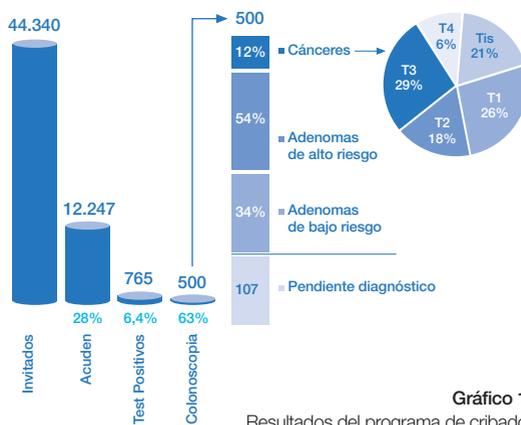


Gráfico 1
Resultados del programa de cribado de cáncer colorrectal en Canarias.

3.2. Cantabria. Dr. Álvaro González de Aledo Linos

Jefe de Sección de Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública.
Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria.

En 2007, la Consejería de Sanidad de Cantabria tomó la decisión de realizar el cribado universal de cáncer colorrectal. Se constituyó un grupo de trabajo que redactó el documento técnico, comenzando el pilotaje en 4 Centros de Salud en noviembre de 2008. La idea original era ir extendiéndolo en 2009, pero como el cribado está completamente integrado en las actividades de Atención Primaria, y aquel año hubo que asumir las actividades extraordinarias de la pandemia gripal, se pospuso la ampliación a enero de 2010. En febrero de 2011 se completó la extensión a todas las zonas básicas de salud, por lo que el cribado ya es universal en esta Comunidad.

Entre las facilidades encontradas para esta extensión tan rápida, se pueden reseñar cuatro:

1. Haber sido definido como programa prioritario por la Consejería de Sanidad, lo que ha ayudado a superar muchas dificultades.
2. La existencia de unos cupos óptimos en Atención Primaria (1.500 cartillas / médico), fruto de una serie de decretos de los años 2004-05 y un concurso en el año 2005-06 que aumentó los efectivos de Atención Primaria un 38%.
3. Este hecho ha permitido el modelo del programa implantado, único en España y totalmente centrado en el equipo de Atención Primaria. Básicamente consiste en que la carta de citación (que se envía cada dos años a la población diana cuando cumple una determinada edad, es decir, no por criterios geográficos sino etarios) recomienda solicitar cita en la consulta de enfermería.

Con la participación actual (ligeramente superior al 30%) supone una carga de trabajo de un paciente cada una o dos semanas a cada enfermera. La enfermera hace una anamnesis estructurada para descartar la existencia de factores de riesgo personales o familiares que supongan una contraindicación o una exclusión. Si existen, lo remite al especialista de Aparato Digestivo a través de su médico de familia y, si no es el caso, le entrega el material para la recogida de las heces.

4. Y, finalmente, debido a la elección de un test inmunológico cualitativo, que se puede realizar en el mismo Centro de Salud y da el resultado en un valor neto ("positivo", "negativo" o "no válido"), en lugar de un resultado numérico de hemoglobina en µg/gr de heces. Se lee en un recipiente similar al test de embarazo, por lo que no precisa un entrenamiento complicado para su interpretación.

Las ventajas de este test son las siguientes:

1. Evita la remisión de heces al laboratorio y devolución de los informes.
2. Se evitan interrupciones del programa por averías y no hay que esperar a acumular un número determinado de muestras para analizarlas en serie.
3. Entrevista previa con personal sanitario lleva a mejor aplicación de las exclusiones, menor tasa de positivos (4,6%) y menor número de colonoscopias.
4. Evita compra de equipos y aparataje.
5. No hay "inválidos" o con errores técnicos, no se generan repeticiones.
6. Rapidez: resultados positivos en menos de 5 minutos en lugar de en varios días.
7. Inmediatez en la comunicación del resultado: en el mismo momento en lugar de una carta varios días después.
8. Economía: 2,1€/determinación; reducción inmediata al haber dos marcas.
9. Facilidad y versatilidad en la extensión: sólo precisa el curso de formación y la distribución de los kits.
10. Evita el efecto subjetivo del "umbral arbitrario" de un test cuantitativo.
11. Resultados muy similares al cuantitativo de mismo umbral.

La comparación de las patologías detectadas con los otros programas que usan test cuantitativos permite garantizar la misma fiabilidad en sus resultados (**tabla 1**).

Entre las dificultades o aspectos a resolver, destacan:

1. La carga trabajo de colonoscopias, a la que inicialmente se hizo frente con la contratación de un endoscopista (para una población diana de cerca de 100.000 personas), pero que posiblemente sea insuficiente al universalizarse el programa y mejorar la participación.
2. La insuficiencia del sistema de información existente, que ha podido ser resuelta en Atención Primaria mediante adaptaciones en el programa OMI-AP, pero que deberá ampliarse a la atención especializada, siendo preciso lograr su integración con otros registros y mejorar la explotación.



Resultados comparativos

Parámetro	Cantabria*	País Vasco	Murcia
Test	Cualitativo	Cuantitativo	Cuantitativo
Nº muestras	2	1	2
Tasa de +	5,6%	6,5 - 9,3%	10 - 11 %
VPP para Ca invasivo	4,0%	5,1 %	3,6%
VPP para AAR	35,6%	38,6%	41,2%
VPP para ABR	23,5%	16,4%	21,2%
VPP para Ca+AAR+ABR	62,5%	60,1%	66,0%

* MUY IMPORTANTE: sólo pacientes de riesgo medio (los de alto riesgo siguen otra vía a través de las consultas de Digestivo).

Tabla 1
Comparación de resultados de programas con test cualitativo y programas con test cuantitativo.

3.3. Castilla y León. Dra. María del Carmen Romero Hergueta

Jefe de la Sección de Programas Preventivos del Servicio de Promoción de la Salud y Programas Preventivos. Dirección General de Salud Pública e I+D+i. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.

Según el Registro Poblacional de Cáncer del año 2006, en Castilla y León la tasa de incidencia de cáncer colorrectal fue de 51,5/100.000 habitantes en el caso de los hombres y de 28,4/100.000 habitantes en mujeres, que son cifras superiores a las encontradas en la media de España.

En esta Comunidad Autónoma, la prevención del cáncer colorrectal se aborda desde el año 2005 con el "Programa de Consejo Genético en Cáncer Hereditario". Desde entonces, las Unidades de Consejo Genético han atendido 870 consultas sobre cáncer colorrectal hereditario, habiéndose realizado test genético a 630 pacientes (con un resultado de 84 positivos).

Además, actualmente se está finalizando un estudio piloto sobre cribado poblacional de cáncer colorrectal, fundamentado en los objetivos del "III Plan de Salud de Castilla y León", las recomendaciones de la Unión Europea y la "Estrategia Nacional del Cáncer".

El último trimestre de 2009 se diseñó la estrategia de cribado y se instaló el autoanalizador en el hospital. El pilotaje se inició en febrero de 2010 y termina en mayo

de 2011. Una vez finalizado, se analizarán los resultados y se planificará la extensión progresiva del cribado a toda la Comunidad Autónoma.

El estudio piloto se lleva a cabo en las Zonas Básicas de Salud que tienen como referente el Hospital de Medina del Campo. Como aspectos básicos del protocolo del estudio piloto, resaltar:

- La sensibilización de los profesionales sanitarios (Atención Primaria y Atención Especializada).
- La invitación e información a la población diana (hombres y mujeres de 50-69 años de edad), mediante carta personalizada.
- Como prueba de cribado, se ha optado por el test de sangre oculta en heces, inmunológico cuantitativo (siendo el punto de corte 100 ng/ml).
- En los Centros de Salud se entregan los kits y se recogen las muestras, que son enviadas al laboratorio para su procesado.

- Si el resultado del cribado es negativo, se remite carta al paciente.
- En caso de que el resultado del cribado sea positivo, se le cita para consulta con su médico de Atención Primaria, que le explicará el resultado y le indicará la conveniencia de realizar una colonoscopia en el hospital.
- La confirmación diagnóstica se lleva a cabo por el Servicio de Digestivo y el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital.

Se ha creado un sistema de información (programa informático) en el que se graban todos los procesos y los resultados del programa de cribado.

Como resultados provisionales obtenidos hasta el momento (a 1 de marzo de 2011):

- Población diana: **13.245**
- Invitaciones válidas: **11.964**
- Pruebas de cribado realizadas: **5.403**
- Participación: **46,4%**
- Tasa de test positivos: **6,9%**
- Aceptación de colonoscopias: **98,5%**
- Colonoscopias realizadas: **266**; Hombres: **168 (63,16%)**, Mujeres: **98 (36,84%)**
- Lesiones anatomopatológicas (nº de pacientes):
 - Adenocarcinomas: **18 (VPP: 4,23%)**
 - Adenomas de Alto Riesgo: **67 (VPP: 20,63%)**
 - Adenomas de Bajo Riesgo: **133 (VPP: 66,66%)**

Sistema de información y evaluación



Junta de Castilla y León

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER COLORRECTAL

Nombre: CARMEN ROMERO HERGUETA
Rol: [DPCC_ADM DPCC_USUARIO]
Ubicación: CONSEJERÍA DE SANIDAD

Buscar Mi cuenta ?  

Captación Participantes Cribado TSOH Colonoscopias Anatomía Patológica Resultado Informes Mantenimiento

APLICACIÓN DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER COLORRECTAL

Captación

- Alta de participantes
- Generación de cartas de invitación
- Gestión de cartas de invitación

Participantes

- Buscar
- Gestión de listas

Cribado TSOH

- Grabar datos del test de sangre oculta en heces
- Generar cartas de resultado negativo
- Citar para recogida de resultado positivo TSOH
- Citar para realización de colonoscopia

Colonoscopias

- Generar carta de preparación para la colonoscopia
- Generar consentimiento informado para la colonoscopia
- Grabar datos de colonoscopias
- Grabar resultados de colonoscopias

3.4. Cataluña. Dr. Josep A. Espinàs

Oficina de Cribatge del Càncer de Catalunya. Pla Director d'Oncologia de Catalunya.
Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

El “Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto” se inició en Cataluña en el año 2000, como una prueba piloto para valorar su factibilidad y posible generalización a toda la población. En el estudio piloto, el cribado consistía en una prueba de detección de sangre oculta en heces de tipo bioquímico que se ofrecía con periodicidad bienal a los hombres y mujeres de 50-69 años. La valoración de la prueba piloto por parte del Consejo Asesor de Cribado de Cáncer fue positiva y se recomendó su generalización progresiva a toda la población diana, aunque con un test de tipo inmunoquímico.

Las principales dificultades encontradas para la implantación del programa hacen referencia a:

1. La política de cribado. La existencia de un abanico de pruebas y recomendaciones en el año 2000 dificultó la puesta en marcha. La recomendación específica del Consejo de Europa y de la “Estrategia en Cáncer” del Sistema Nacional de Salud facilitó su implantación.
2. La organización del sistema de salud en Cataluña con diferentes proveedores y descentralización de la gestión en las regiones sanitarias ha requerido un trabajo de consenso para tener un programa homogéneo (imagen, sistema informático, etc.) pero adaptado a las características locales en aquellos aspectos en los que es conveniente.
3. Invitación y participación. Los primeros resultados de la prueba piloto mostraron una baja participación. La simplificación de los circuitos para la recogida y retorno del test, y el cambio a un test inmunológico han mejorado la participación, aunque el nuevo test obliga a cumplir unos requerimientos más estrictos de tiempo y temperatura durante todo el circuito para garantizar la estabilidad de las muestras.
4. Prueba de cribado y laboratorio. El test de guayaco puso en evidencia la dificultad de garantizar la homogeneidad y calidad del procesado y lectura entre diferentes laboratorios. La adopción de un test inmunológico (cuantitativo y de lectura automatizada) y la limitación del número de laboratorios del programa garantiza una mayor calidad y homogeneidad.
5. Colonoscopias. Una de las principales dificultades encontradas ha sido el déficit de profesionales adecuadamente formados en determinadas áreas geográficas. Para solventar este problema y minimizar el impacto negativo del programa en las colonoscopias diagnósticas, se han aportado recursos económicos adicionales y se han organizado sesiones específicas para las colonoscopias de cribado.
6. La publicación de la “Guía Europea de Garantía de Calidad en cribado y diagnóstico de cáncer colorrectal” y la “Guía de Calidad en la colonoscopia de cribado del cáncer colorrectal” de la AEG-SEED aportan un marco científico adecuado para asegurar y monitorizar la calidad y seguridad en la realización de las colonoscopias.
7. Recursos económicos. Aunque este cribado sea claramente coste-efectivo, o incluso produzca un ahorro a medio/largo plazo, su puesta en marcha requiere de recursos económicos adicionales (tests, laboratorio, colonoscopias). La actual limitación en la disponibilidad de recursos económicos va a suponer un enlentecimiento temporal de la extensión del programa.

3.5. Comunidad Valenciana. Dra. Dolores Salas

Oficina Plan de Cáncer. Dirección General de Salud Pública.
Conselleria de Sanitat de Valencia.

En la actualidad, distintos organismos están recomendando activamente la puesta en marcha de programas de cribado poblacional en el cáncer colorrectal (CCR), entre ellos el Consejo de la Unión Europea recomienda el test de detección de sangre oculta en heces (SOH) en hombres y mujeres de 50 a 74 años, con carácter bienal. La Estrategia del Cáncer del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad (2009) se marca como objetivo la puesta en marcha de programas de cribado de cáncer colorrectal.

En España se inició la puesta en marcha de programas de CCR con algunos programas piloto promovidos por las administraciones autonómicas: en Cataluña desde el año 2000, Comunidad Valenciana y Región de Murcia desde finales del 2005 principios del 2006, con el fin de valorar la factibilidad de extender estos programas a gran escala. Estos proyectos piloto han realizado una o más rondas, estas experiencias han permitido concluir que es factible la puesta en marcha de programas poblacionales de forma progresiva asegurando las máximas garantías de calidad.

Actualmente (año 2011), además de Cataluña, Comunidad Valenciana y Región de Murcia que ya están extendiendo sus programas progresivamente a su población diana, las administraciones sanitarias de otras comunidades autónomas como: País Vasco, Cantabria y Canarias ya están aplicando programas de cribado de CCR y otras han empezado experiencias piloto o van a empezarlas en el 2011 (La Rioja, Aragón, Castilla-León, Andalucía y Extremadura), el resto se han comprometido a su puesta en funcionamiento.

Existe cierta variabilidad respecto a la edad de la población diana (la mayoría 50-69 años) ya que algunos programas han empezado por cohortes específicas para luego extenderlo progresivamente a las demás.

Todos los programas utilizan el test de sangre oculta en heces inmunológico (Cantabria utiliza un test cualitativo y todas las demás cuantitativo), la periodicidad es cada dos años, y el número de muestras es uno y el punto de corte en 100 excepto en Murcia que se realizan dos tomas de muestras.

Los programas de cribado en España se coordinan a través de la red de cribado de cáncer.

En conclusión: el cribado poblacional de cáncer de colon y recto, es una actividad que se ha iniciado o tienen previsto iniciar la mayoría de CCAA a corto plazo.

A través de la red de programas de cribado de cáncer en España, los programas de cribado de colon siguen criterios comunes y sistemas de información compatibles, que permiten la comparabilidad de resultados.

www.cribadocancer.org

3.6. La Rioja. Dra. María Luz de los Mártires Almingol

Directora Gerente del Área de Salud de La Rioja.

El cáncer de colon y recto constituye la neoplasia más frecuente en hombres y mujeres en España, y la segunda causa de muerte por cáncer. Pero, además, es un tumor que se puede beneficiar de medidas preventivas.

Siguiendo la estrategia definida en el “II Plan de Salud de La Rioja 2009-2013” (entre cuyos objetivos se persigue disminuir la incidencia de los cánceres evitables a través de programas de detección precoz), en mayo de 2010 el Área de Salud de La Rioja activó la primera fase del “Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon”, dirigida inicialmente a la población de entre 50 y 54 años, para ir abarcando progresivamente nuevos rangos etarios y llegar a toda la población de La Rioja de menos de 75 años (unas 60.000 personas). Recientemente, el Área de Salud ha finalizado el *screening* a la población del primer tramo de edad que quedaba por incluir en el programa de los últimos centros de salud.

El Plan de Salud contempla 2013 como el año en el que la Comunidad Autónoma de La Rioja ofertará el programa de cribado organizado para las personas con alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y en ese mismo período existe el compromiso de que el cribado poblacional haya cubierto al menos al 50% de la población diana.

A tres años de alcanzar este objetivo, Salud diseñó la estrategia para desarrollar este programa de forma paulatina. La alta implicación del Servicio de Admisión del Hospital San Pedro y de la Atención Primaria han sido elementos clave en el desarrollo y éxito del programa.

El procedimiento se inicia con el envío de cartas a la población diana, invitando a participar en esta actuación preventiva; y es la enfermera de los centros de salud quien mantiene la primera cita informativa con el usuario y la que suministra el kit para la prueba de detección de sangre oculta en heces.

La muestra, posteriormente, se entrega en el centro de salud y, si el resultado es positivo, el usuario es citado por el médico de familia para continuar con el procedimiento diagnóstico (que incluye, en buena parte de los casos, la realización de colonoscopia en el hospital); si el resultado es negativo, también se le comunica al usuario, así como la posibilidad de realizarse un nuevo cribado a los dos años. La información a los ciudadanos sobre este programa de cribado de cáncer de colon se resuelve a través de los teléfonos habituales de “Salud Responde”.

En cuanto a los datos registrados hasta la fecha, se han enviado 14.157 cartas a los ciudadanos incluidos en ese primer rango etario y, de ellos, han participado 6.106 personas en el mismo (participación del 40%). De este grupo, un 6% que presentaba sangre oculta en heces, se les ha realizado una colonoscopia. A 172 pacientes se les ha diagnosticado una patología polipoidea, y en 13 casos se ha constatado la presencia de un cáncer colorrectal.

3.7. Murcia. Prof. Francisco Pérez Riquelme

Coordinador del Programa de Prevención de Cáncer de Colon y Recto.
Profesor Asociado Universidad de Murcia.

¿Está justificado un programa de prevención? En la Región de Murcia un informe (2004) concluye que el cáncer de colon y recto es un problema de salud pública y existen pruebas sobre la eficacia y eficiencia de su prevención, recomendándose el inicio de un proyecto piloto. Así, se pone en marcha en el año 2006, y sus resultados proporcionan la información necesaria para planificar su extensión a toda la región.

La voluntad política ha sido fundamental en el inicio y la extensión de este programa. Se expresa en el “Plan de Salud 2015 de la Región de Murcia” (macro-política). La implicación de la dirección política de la Consejería (micropolítica) es muy importante en todo el proceso. En Murcia, el equipo organizador tuvo este respaldo durante el proyecto piloto y en la actualidad, en plena fase de expansión, se han incorporado dos subdirectores del Servicio Murciano de Salud al mismo.

También se ha logrado evitar conflictos de liderazgos. En la organización, en general, hay un nivel para la coordinación general y evaluación, otro que dirige y coordina la fase de cribado y un tercero para la dirección de la fase de confirmación diagnóstica y tratamiento (los dos primeros pueden estar unificados). Es recomendable aclarar y establecer cuanto antes las competencias y responsabilidades de cada nivel.

Respecto a las resistencias al cambio, se asume que el programa introduce modificaciones o nuevas actividades en los servicios, lo que puede provocar resistencias explícitas o implícitas. La voluntad política, una estrategia de alianzas, información científica suficiente, mostrar un modelo práctico y el apoyo de un líder reconocido ayudan a resolverlas.

Una reflexión, que es prioritaria: ¿mantener las “colonoscopias clínicas” o introducir el cribado? ¿Conocemos los resultados de unas y otras? ¿No estaremos ante una falacia de las prioridades?

En cuanto a los recursos, con frecuencia se intenta utilizar el programa para resolver los problemas de recursos de los servicios o generar conflictos al competir con otros servicios por los mismos. Es conveniente que el programa disponga de recursos financieros propios o cuando menos que estén previstos. La prevención del cáncer de colon y recto es rentable económica y socialmente, pero requiere inversión. En la Región de Murcia el coste anual estimado del programa extendido son unos 3.500.000€, más los recursos humanos para la fase de cribado, la coordinación y evaluación del programa.

La actual crisis económica influye en la voluntad política; los recursos (plan de extensión), las resistencias y la dirección de los centros (restricciones en la gestión de recursos humanos). Pero tenemos que aceptar la crisis como una oportunidad, más aún cuando se sabe que los programas preventivos del cáncer de colon y recto son altamente costo-efectivos. Ante la escasez de recursos, ¿cuál es la elección? En mi opinión, lo socialmente más rentable, y este programa lo es en alto grado.

3.8. País Vasco. Dra. Isabel Portillo Villares

Coordinadora del Programa de Cribado de Cáncer de Colorrectal Osakidetza.
Servicio Vasco de Salud.

La puesta en marcha del "Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal (PCCR)" en nuestra Comunidad Autónoma fue facilitada por la existencia de un Registro Poblacional, el Plan de Salud, un Consejo Asesor de Cáncer y la aprobación por el Departamento de Sanidad en 2008 de una propuesta realizada por un grupo multidisciplinar perteneciente al Consejo Asesor.

Las principales dificultades de puesta en marcha se debieron a los problemas crónicos de coordinación Primaria-Especializada, la saturación de colonoscopias, la falta de especialistas de digestivo y de equipamientos adecuados.

Sin embargo, la posibilidad de contar con una historia clínica virtual (en pleno proceso de expansión y de integración), así como con la actitud positiva de todos los implicados (autoridades y directivos, profesionales de Atención Primaria, Laboratorio, Digestivo, Anatomía

Patológica, entre otros) hizo posible realizar reuniones de consenso de las que surgió un programa coordinado y en continua mejora.

Desde 2008 se han ido poniendo los cimientos de un programa organizado: facilitación de la participación de los ciudadanos por el envío del "kit" a domicilio y depósito en horario de apertura de su Centro de Salud; Atención Primaria como pilar fundamental del Programa, con circuitos ágiles de recepción y envío de muestras, gestión de casos positivos por médico y enfermera de Atención Primaria; colonoscopia con sedación en el hospital de referencia; y seguimiento postcolonoscopia coordinado entre Primaria-Especializada.

La inversión, tanto en recursos humanos e instalaciones, en el área de endoscopias ha permitido pilotar y extender el programa con proyección de cobertura total (2012-2013).

Fases de Extensión del Programa. Población Diana

Fase I 2009	28.185 personas: 8 Centros de Salud	5,6% cobertura
Fase II 2010	125.528 personas: 31 Centros de Salud	30,4% cobertura
Fase III 2011	102.626 personas: 38 Centros de Salud	55% cobertura (30.145 personas 2ª vuelta)
2012/2013	100% población diana 1ª vuelta (490.000 personas) y 55% 2ª vuelta	

Principales resultados (23/09/2011)

Periodo	Invitados	Participan	Positivos	Adenoma de alto riesgo	Cáncer Invasivo
2009	27.578	16.063 (57,7%)	7,8%	431 (26,8 x 1.000 participantes)	61 (3,8 x 1.000 participantes)
2010	115.675	72.217 (62,43%)	6,9%	1.913 (26,5 x 1.000 participantes)	285 (3,9 x 1.000 participantes)

Como conclusiones principales, cabe resaltar la alta tasa de participación, posiblemente debida a las facilidades dadas a los participantes, la implicación de los profesionales de Atención Primaria y de los hospitales, así como facilitación del despliegue por las autoridades

sanitarias. Además, se documenta una alta tasa de detección de lesiones, lo que podría deberse fundamentalmente al Valor Predictivo Positivo (VPP) de la prueba inmunológica, la participación de los profesionales y a la calidad de las colonoscopias.

4. ¿Qué hemos aprendido del cribado de cáncer de mama? ¿Qué podemos aplicar al cribado del cáncer colorrectal?

Dra. Nieves Ascunce Elizaga

Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de Navarra. Instituto de Salud Pública.

La puesta en marcha de programas de cribado exige el cumplimiento de unos criterios básicos, criterios que tanto en el caso del cáncer de mama como en el colorrectal se cumplen. Pero, además, la experiencia de 20 años de trabajo en el desarrollo de programas de cribado de cáncer de mama nos permite señalar algunas cuestiones que deben considerarse cuando se vaya a desarrollar un programa de cribado de cáncer colorrectal.

- La decisión de puesta en marcha debe basarse en criterios técnicos, pero es preciso un compromiso político que permita la dotación de recursos suficientes para garantizar no sólo su inicio sino su viabilidad y continuidad en el tiempo.
- El programa debe tener un carácter poblacional. Las bases del programa se establecerán teniendo en cuenta el objetivo del programa, que no puede ser otro que la obtención de la máxima disminución de mortalidad (objetivo que debe recordarse continuamente). Es recomendable que se consensúen a nivel nacional a fin de ofrecer programas similares, al menos en sus aspectos básicos.
- El cribado es un proceso continuo que comienza con la aplicación del test de cribado y termina con la aplicación del tratamiento a los casos detectados. Se deberá garantizar la calidad de todas las fases del mismo, a fin de minimizar los aspectos adversos.
- La participación es un aspecto clave para el éxito de un programa de cribado, pero la decisión de participar o no debe tomarse tras recibir una información completa sobre beneficios y efectos negativos. El mensaje debería ser único, independientemente de donde proceda (lo que exige un consenso previo al respecto).
- La evaluación debe ser es una actividad imprescindible de todo programa de cribado. Para ello, se deberá desarrollar un sistema de información que permita tanto la gestión y evaluación del proceso de cribado como la evaluación de sus resultados.

Al los pocos años del inicio de los primeros programas de cribado de cáncer de mama se constituyó lo que se conoce como la “Red de programas españoles de cribado” que, aunque no está constituida formalmente, ha permitido la coordinación por consenso de los responsables de los programas de cribado de cáncer de mama de las 17 CC.AA. El trabajo en Red ha permitido, entre otras cosas:

- Conocer la situación.
- Unificar criterios y estándares.
- Incorporar innovaciones.
- Compartir información y experiencias.
- Compartir herramientas (como la página web en la que se puede encontrar información de los programas: www.cribadocancer.org)

Los programas de cribado de cáncer colorrectal se han incorporado a la mencionada Red, con lo que ya desde su inicio participan de las ventajas de este tipo de coordinación.

El cribado es un proceso complejo, con un día a día lleno de dificultades y problemas, pero si realmente se realiza un proceso de calidad se obtendrá el beneficio que se persigue, y eso es lo que debe guiar el trabajo de los que nos dedicamos a este tipo de actividad.

5. Implicaciones del cribado en otras actividades asistenciales

5.1. ¿Cómo influye el cribado del cáncer colorrectal en la labor asistencial de las unidades de endoscopia? Prof. Fernando Carballo Álvarez

Profesor Titular y Jefe de Servicio de Medicina Aparato Digestivo. Director de la Unidad de Gestión Clínica de Digestivo del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

La colonoscopia es el punto de confluencia de todas las estrategias de cribado del cáncer colorrectal (CCR). En el programa de prevención del CCR que se sigue en la Región de Murcia (al igual que en muchos otros programas), se ha apostado por incrementar la eficiencia de las colonoscopias, realizándolas sólo si una determinación previa de sangre oculta en heces por método inmunoquímico resulta positiva.

Aún así, el incremento de la actividad endoscópica ligado a este programa representa aproximadamente un 30% más respecto de las endoscopias que habitualmente realiza una Unidad de Endoscopia sin cribado. Estos datos proceden de la medición directa de la actividad asistencial realizada en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, en el que se concluye que el 31% de las colonoscopias semanales llevadas a cabo son del programa de cribado, frente al 69% de otras indicaciones.

Dado que las colonoscopias de cribado son en su mayor parte intervencionistas, en este mismo estudio se objetiva que hasta el 32% del tiempo total endoscópico, incluyendo todo tipo de técnicas, es ocupado por este mismo programa.

Por otra parte, la comparación de los datos globales de actividad endoscópica de la Región de Murcia para 2008 y 2009 (año este último en el que se inicia la extensión del programa de cribado regional) indican un aumento de colonoscopias de un 10% frente a sólo un 2% de las gastroscopias, aún cuando en ese momento (2009) el programa no había alcanzado el 30% de su extensión.

Para justificar este esfuerzo, y planificar adecuadamente la extensión de los programas de cribado, es importante saber que la colonoscopia de cribado (al menos en nuestro programa) sirve para reseca algún tipo de neoplasia avanzada en aproximadamente un 40% de las ocasiones (algo más de un 60% si se considera todo tipo de adenomas). Este alto rendimiento soporta la idea de que no deben limitarse estos programas, sino trabajar más bien en la disminución de colonoscopias mal indicadas, empezando por las que se hacen en exceso en los seguimientos tras las polipectomías realizadas. Es clave en este punto aplicar las correspondientes guías de práctica clínica.

Por otra parte, todos los estudios hasta ahora realizados demuestran que el cribado de CCR es altamente coste-efectivo, con ventaja respecto al de mama. Así, por ejemplo, un programa basado en SOHi anual presenta un ratio coste-efectividad incremental de tan sólo 2.154€ por año de vida ganado ajustado por calidad (López Bastida, 2006).

En conclusión, los programas de cribado de CCR implican un coste y esfuerzo considerable, pero están ampliamente justificados por el alto rendimiento clínico de las colonoscopias realizadas y en el muy favorable ratio coste-efectividad de los programas en las que asientan.

5.2. Cribado del cáncer colorrectal. Una opinión desde la atención primaria.

Dra. María Luz Marqués González

Directora Gerente de Comarca Uribe de Atención Primaria. Osakidetza. País Vasco.

En el 2008, el Consejo Asesor del Cáncer del País Vasco recomienda efectuar el cribado del cáncer de colon en esta Comunidad Autónoma, y emite unos requisitos para la puesta en marcha del programa que lo aborde. Uno de estos requisitos es la necesaria implicación de la Atención Primaria.

En Osakidetza se inicia en el año 2009 la implantación con la denominada "Fase" I en 8 Centros de Salud, que implica a una población diana de 28.000 pacientes. La estrategia para lograr esta implicación y las decisiones que se tomaron para llevarla a cabo son referidas en esta comunicación, diferenciando los puntos críticos y los facilitadores.

Se consideran puntos críticos los incluidos en la estrategia de implantación:

1. Envío paulatino de invitaciones.
2. Envío del kit a domicilio.
3. Recogida de la muestra a cualquier hora en el horario de apertura del centro de salud.
4. Procesamiento de la muestra sin generar volantes.
5. Devolución del resultado sin generar volante.
6. Envío del resultado al domicilio del paciente.
7. Envío del resultado al médico de familia.

Se consideran facilitadores, las propuestas para la gestión de actividades con los profesionales de Atención Primaria:

1. Distribución de las distintas actividades entre los profesionales del equipo del centro de salud.
2. Dispositivo para solventar dudas e imprevistos en el proceso.
3. Actividades de sensibilización y formación de los profesionales.
4. Información de los resultados agregados del cribado a los profesionales del centro de salud.
5. Encuesta para conocer la opinión de los profesionales sobre las distintas fases del proceso.
6. Devolución de los resultados de dichas encuestas.

En definitiva, se ha logrado una buena integración de las actividades del programa en las tareas diarias y un alto grado de satisfacción por parte de los profesionales.



6. Barreras en la participación. Factores que determinan los resultados

6.1. Conocimiento y percepción de la población sobre el cribado del cáncer colorrectal. Estudio de la Asociación Española Contra el Cáncer.

Dr. Luis Paz-Ares

Presidente del Comité Técnico Nacional de la Asociación Española Contra el Cáncer.

La Asociación Española Contra el Cáncer (**aecc**), a través de su Observatorio del Cáncer, ha realizado un estudio entre la población de 50 a 69 años con el fin de conocer las percepciones y posibles barreras hacia los programas de cribado en cáncer colorrectal. Entre los objetivos de investigación planteados se buscaba identificar el nivel de información que tiene la población sobre este tumor, su intención de participar en estos programas de cribado e identificar, por un lado, las barreras que frenen su participación y, por otro, los argumentos movilizadores que animan a la realización de las pruebas.

El cáncer colorrectal es uno de los tumores más frecuentes entre la población, afectando tanto a hombres como mujeres; sin embargo, el nivel de información y conocimientos sobre este tumor es mayoritariamente bajo. Un 54% de la población reconoce tener poca o ninguna información sobre el cáncer colorrectal. Son el cáncer de mama, en las mujeres, y el cáncer de próstata, en los hombres, los más conocidos, considerados los más frecuentes entre la población y los que más preocupación generan.

Esta falta de información y conocimiento sobre el cáncer colorrectal se asocia, en general, a un desconocimiento sobre los propios factores de riesgo. Existe la percepción generalizada de que sin una presencia de síntomas, antecedentes personales/familiares y si no hay patología relacionada con el aparato digestivo no existe un riesgo aumentado de sufrir esta enfermedad, es decir, se identifica una clara percepción de disminución del riesgo personal por desconocimiento y falta de información sobre la verdadera incidencia del tumor, sus factores

de riesgo asociados y/o hábitos que pueden influir en su desarrollo.

Respecto a la existencia de los programas de cribado y las técnicas empleadas, tampoco son conocidos: el 61% de los encuestados desconoce qué tipo de pruebas diagnostican precozmente el cáncer colorrectal, y del 39% que dice conocerlas aluden mayoritariamente a la colonoscopia. Una vez que se les ha facilitado más información sobre el programa y la técnica empleada consideran muy positiva su existencia y revelan una intención favorable a participar, en base a la posibilidad de conseguir una detección temprana y al beneficio emocional de estar haciendo algo por uno mismo en cuanto al cuidado de la salud.

Los argumentos identificados durante la investigación como aquellos movilizadores a la participación de la población en los programas son:

- La existencia de mensajes que transmitan los beneficios (en tasa de curación) asociados a un diagnóstico precoz.
- Implicar al médico de Atención Primaria/médico de familia en la importancia de participar en los programas de cribado de cáncer.
- Fomentar las ventajas del test de sangre oculta en heces (SOH), mucho mejor aceptado que la colonoscopia y, sin embargo, apenas conocido.
- Facilitar información sobre el cáncer colorrectal, ya que su desconocimiento frena su participación (al considerarlo no necesario).

6.2. Estudio COLONPREV. Dr. Vicent Hernández Ramírez

Servicio de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.
Coordinador en Galicia de la Alianza para la Prevención del Cáncer de Colon.

El cribado de cáncer colorrectal (CCR) es eficaz para disminuir la mortalidad y la incidencia de esta enfermedad; sin embargo, la participación en los programas de cribado no es óptima. La participación es un aspecto muy relevante ya que tiene relación con la eficacia, con los años de vida ganados y con el coste-efectividad. Los actores con mayor influencia en la participación (salvo aquellos relacionados con el propio individuo) son la existencia de un cribado poblacional organizado, centrado en atención primaria y realizado con el test de SOH, y la recomendación de participar por parte del médico habitual. En España, la participación en los programas de cribado varía entre el 32,1% y el 59%.

El estudio COLONPREV es un estudio prospectivo, multicéntrico, randomizado y controlado, que pretende evaluar la eficacia del test de SOH inmunológico bienal y de la colonoscopia cada 10 años en la reducción de la mortalidad por CCR a 10 años. En este estudio participan 8 comunidades autónomas (Aragón, Canarias, Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia, Madrid, Murcia y País Vasco) y se ha calculado un tamaño muestral de 55498 individuos, estimando una participación del 30% y del 20% en el brazo de SOH y de colonoscopia, respectivamente. Los individuos eran invitados mediante una carta en la que se les explicaba los beneficios del cribado de CCR, se les indicaba el tipo de prueba de cribado que les había correspondido y la forma de contactar con el equipo investigador. En la **tabla 2** se muestra la organización en cada comunidad autónoma.

Los datos de participación disponibles a 31 de marzo de 2011 muestran que se ha cribado al 28,9% de la población invitada (el 19,2% mediante SOH y el 9,7% mediante colonoscopia), con una participación del 38,4% en el brazo de SOH y del 19,4% en el de colonoscopia. En el País Vasco, Galicia y Comunidad Valenciana la participación ha sido superior a la media.

Conclusiones:

- La participación en el estudio COLONPREV es inferior a la descrita en los programas de cribado activos en España. Esto podría justificarse por las características del estudio: existencia de una rama de cribado mediante colonoscopia, necesidad de acudir a una cita para ser incluido, existencia de criterios de exclusión.
- Existen importantes diferencias de participación entre las distintas comunidades autónomas. Éstas podrían deberse a factores organizativos (las comunidades con mayor participación han centrado el estudio en el ámbito de Atención Primaria) y a factores relacionados con el entorno de la población (el País Vasco y Galicia presentan una alta mortalidad por CCR lo que puede condicionar una mayor predisposición de los habitantes a participar en programas de cribado).

	Carta invitación firmada por	Modo de contacto con el equipo investigador (*)	Lugar de visita de inclusión
Aragón	Médico de Familia	Inicialmente: teléfono Posteriormente: cita	Centro de salud
Canarias	Especialista	Inicialmente: teléfono Posteriormente: cita	Hospital
Cataluña	Especialista	Teléfono	Centro de Salud u Oficina de Cribado (Hospital)
Comunidad Valenciana	Autoridad Sanitaria	Cita	Centro de Salud
Galicia	Médico de Familia	Cita	Centro de Salud
Madrid	Inicialmente: Coordinador Atención Primaria y Especialista. Posteriormente: se añade Médico de Familia.	Teléfono	Hospital
Murcia	Autoridad Sanitaria	Cita	Centro de Salud
País Vasco	Especialista	Teléfono	Centro de Salud

(*) Teléfono: el individuo debía realizar una llamada telefónica para concertar la cita.
Cita: el individuo recibía en la carta de invitación una cita programada para la Visita de Inclusión, con un teléfono de contacto en caso de no poder acudir a esta cita.

Tabla 2
Organización del estudio COLONPREV
en las CCAA participantes.

6.3. Papel de las farmacias comunitarias en los programas de cribado de cáncer colorrectal. Dr. Rafael Guayta-Escolies

Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.

Asesor de Proyectos científicos del Colegio de Farmacéuticos de Barcelona.

El cribado del cáncer colorrectal (CCR) en población de riesgo medio ha demostrado ser eficaz en la reducción tanto de su incidencia como de su mortalidad. La limitación más importante de estos programas es la participación de la población, un aspecto fundamental para alcanzar el beneficio perseguido. Los principales determinantes de la participación son el modelo organizativo del programa y el tipo de prueba empleado. La participación de otros agentes en dichos programas podría aumentar significativamente la participación y adherencia.

Las farmacias y los farmacéuticos comunitarios (por su accesibilidad, equilibrio territorial y rol profesional) representan un recurso valioso en la aplicación de programas de prevención secundaria sobre poblaciones de riesgo, tal y como demuestra la evidencia existente en cribado oportunista de otros factores de riesgo (HTA, VIH, EPOC).

Sobre esta premisa, y a fin de lograr un aumento de la participación y cobertura se decide, en el marco de la planificación estratégica del “Programa de Detección Precoz del Cáncer de Colon y Recto (PDPCCR)”, incorporar al farmacéutico comunitario en la gestión del continuum asistencial, facilitando la dispensación y recogida del test de detección de sangre oculta en heces, y su posterior remisión al laboratorio de referencia.

En el mismo escenario de actuación, el farmacéutico proporciona información y motivación intrínseca a

los ciudadanos, colabora en la resolución de incidencias y constituye un enlace directo entre los ciudadanos y las Oficinas Técnicas responsables del programa, con el objetivo de mejorar la adherencia al mismo.

Por indicación del “Pla Director d'Oncologia”, y financiado por el Consorci Sanitari de Barcelona, el PDPCCR se inicia en la ciudad de Barcelona durante el último trimestre de 2009 como un proyecto cooperativo entre el Hospital Clínic, el Hospital del Mar y el Col·legi de Farmacèutics de Barcelona. Dicho programa se dirige a la población diana constituida por los hombres y mujeres de 50 a 69 años pertenecientes a las áreas básicas de salud de Barcelona-Esquerra y Litoral-Mar.

Los resultados preliminares, correspondientes a 7 áreas básicas y con la participación de 99 farmacias, demuestran una participación del 43,1% (16.417 individuos), obteniéndose una tasa de positividad del 6,3% (rango 5,6 a 9,8%, ligeramente por encima del rango esperado).

La elevada participación, en línea con la de los programas más exitosos y muy superior a la prevista (atendiendo a experiencias previas en nuestro entorno), sugiere que la inclusión de la farmacia comunitaria en la cogestión de programas de prevención secundaria favorece la participación y, consecuentemente, la efectividad y eficiencia de los mismos en la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer colorrectal.

6.4. Guías de calidad para el cribado del cáncer de colon. Dr. Rodrigo Jover

Unidad de Gastroenterología. Hospital General Universitario de Alicante.

El cáncer de colon y recto (CCR) es una enfermedad prevenible. Por una parte, la historia natural del CCR es ampliamente conocida y se sabe que se necesitan al menos 10 años para que los cambios genéticos y moleculares que los provocan progresen y llegue a formarse una tumoración maligna. Por otro lado, se encuentra bien establecida la existencia de una lesión premaligna a partir de la cual se forma el CCR, el pólipo adenomatoso. Además, es conocido que algunas características de estos pólipos adenomatosos (tales como el tamaño superior a 1 cm o la existencia de algunos datos histológicos como la displasia de alto grado o el componente vellosos) confieren al adenoma un mayor potencial maligno.

El pólipo adenomatoso es una lesión tratable mediante un eficaz procedimiento (la polipectomía endoscópica), la cual ha demostrado su capacidad para reducir la incidencia y la mortalidad por cáncer colorrectal. También se dispone de procedimientos de cribado eficaces.

El test de sangre oculta en heces reduce la mortalidad y la incidencia por CCR en las poblaciones en la que se ha aplicado, y otros procedimientos como la sigmoidoscopia flexible o la colonoscopia también han evidenciado su papel en el cribado del CCR. Por último, el cribado del CCR ha demostrado ser una herramienta coste-efectiva.

Sin embargo, pese a todo ello, la supervivencia a los 5 años del CCR en nuestro medio sigue siendo mejorable (actualmente se sitúa en el orden del 50-60%, mientras que la supervivencia del CCR detectado mediante procedimientos de cribado es superior al 90%).

La colonoscopia es el procedimiento en el que confluyen todas las medidas de cribado del CCR. No solamente permite la detección de lesiones, sino también el tratamiento de los pólipos. Sin embargo, esta prueba presenta algunas limitaciones. Especialmente, en el contexto del cribado del CCR realizado a individuos sanos y asintomáticos, se han de extremar las precauciones con el fin de conseguir que las exploraciones practicadas sean de la mayor calidad, de manera que en ellas se consiga detectar todas las lesiones existentes en el intestino grueso,

extirparlas con eficacia y seguridad y recuperarlas para estudio histológico, todo ello con las menores molestias y la mayor satisfacción del individuo sujeto del cribado.

La reciente puesta en marcha de programas de cribado poblacional del CCR en diferentes comunidades autónomas de España ha hecho aumentar el interés por la calidad en la colonoscopia de cribado. Teniendo en cuenta que la colonoscopia es un procedimiento diagnóstico y terapéutico clave en el desarrollo de un programa de cribado de base poblacional, es necesario trabajar para implementar un programa consensuado que garantice la máxima calidad posible en este tipo de intervenciones.

Por este motivo, desde los Grupos de Trabajo de Oncología Digestiva y de Endoscopia Digestiva de la Asociación Española de Gastroenterología (AEG), así como desde la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED), se propone la elaboración de una guía de práctica clínica de calidad en la colonoscopia de cribado.

Principales objetivos de esta guía de práctica clínica

1. Recabar la evidencia disponible en torno a la calidad en colonoscopia de cribado del cáncer colorrectal, de manera que sirva como instrumento a los programas de cribado, las unidades de endoscopia y los endoscopistas que realizan colonoscopias de cribado.
2. Definir indicadores de calidad y establecer, en base a la evidencia disponible, unos requisitos mínimos que las unidades de endoscopia y los endoscopistas que participan en los programas de cribado del CCR deberían cumplir.
3. Ofrecer evidencias acerca de qué medidas pueden mejorar la calidad de la colonoscopia.

Actualmente se están desarrollando los principales indicadores de calidad y resultados auditables, así como los requisitos mínimos que esta guía recomienda para unidades de endoscopia y endoscopistas. La publicación de referencia en este apartado es la *Guía de práctica clínica de calidad en la colonoscopia de cribado del cáncer colorrectal. Asociación Española de Gastroenterología y Sociedad de Endoscopia Digestiva. Madrid: EDIMSA, 2011.*

7. Limitaciones en la extensión del cribado en España.

Situación actual:

7.1. Andalucía. Dra. Rosario Fernández EcheGARAY

Subdirección de Programas y Desarrollo. Servicio Andaluz de Salud.

En Andalucía, el cribado de cáncer colorrectal está en fase de planificación y comenzará en el segundo semestre del 2011.

Características del programa:

Fuente de datos: se parte de BDU (Base de Datos de Usuarios).

Criterios inclusión: hombres y mujeres 50-69 incluidos en BDU.

Motivos de exclusión:

Definitiva:

- Antecedentes personales CCR.
- Antecedentes familiares de alto riesgo CCR.
- Antecedentes personales de patología de colon.
- Enfermedad terminal.

Temporal:

- Colonoscopia hecha hace < 5 años ó < 10 años documentada.
- Síntomas sugestivos de CCR (rectorragia, diarrea de más de 6 semanas, anemia inexplicable).

Sistema de invitación: desde Distrito de Atención Primaria (33).

Cartas de invitación:

- Carta de invitación al programa.
- Tríptico explicativo.
- Sobre aceptación con franqueo en destino (al distrito).

Envío del kit a domicilio.

Entrega del kit en centro de AP.

Tipo test: Inmunológico (corte 100 ng/ml); muestra única.

Periodicidad: 2 años.

Recepción y transporte de muestras: Centro de Salud.

Número centros interpretación test: 8

Las muestras se analizarán en un laboratorio de referencia provincial.

Centros de AP, función de Enfermería:

1. Información del significado de una prueba de SOH positiva.
2. Comprobación de criterios de exclusión del cribado y derivación al médico de atención primaria.
3. Información sobre colonoscopia y entrega de documento de consentimiento informado.
4. Explicación de la preparación para la colonoscopia, entrega de la información por escrito y del preparado para la limpieza del colon.
5. Recogida de información sobre factores que pueden implicar la necesidad de sedación profunda en la colonoscopia.
6. Recomendaciones en personas que siguen tratamiento con anticoagulantes/antiagregantes o hierro oral.
7. Citación para la realización de colonoscopia en el hospital.

Hospitales confirmación diagnóstica: 46 hospitales del SSPA.

Etapas de la implantación del programa en Andalucía. Inicio (en 2011):

- En 9 municipios (8 provincias): 5.000 personas.
- Población de 69 años.
- 9 Distritos de AP (27%).
- 45 Centros de AP (3%).
- 8 Laboratorios provinciales (100%).
- 9 UGC/Servicio de Digestivo (19,5%).

Extensión progresiva del programa (en 5 años): comenzará con la extensión a toda la cohorte de 69 años de Andalucía y se irá ampliando hacia las cohortes con menos edad (desde los 69 hasta los 50 años), hasta abarcar a toda la población susceptible (1.700.000 personas).

7.2. Aragón. Dr. Juan Carlos Palacín Arbués

Técnico de la Dirección General de Planificación y Aseguramiento Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón.

Según fuentes del Ministerio de Sanidad (2005), las tasas de mortalidad por cáncer colorrectal en Aragón correspondientes a los años 1996-2000 fueron (por cada 100.000 habitantes) del 26,7 en hombres y del 15,5 en mujeres, similares a las españolas (27,8 y 16,2 respectivamente).

Para reducir la mortalidad por cáncer colorrectal, el Consejo de la Unión Europea recomienda la puesta en marcha de programas de detección precoz que efectúen cribados poblacionales a hombres y mujeres entre 50 y 74 años, mediante la prueba de detección de sangre oculta en heces y la colonoscopia para seguimiento de los casos que han dado positivo en dicha prueba. El intervalo del cribado debería ser de uno a dos años.

La “Estrategia en Cáncer del SNS”, aprobada en 2006 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y actualizada en octubre del 2009, recoge estos planteamientos y dispone, entre otros objetivos en este ámbito: garantizar el correcto seguimiento de las personas con pólipos adenomatosos considerados de alto riesgo o con enfermedad inflamatoria del intestino y favorecer el acceso a unidades especializadas de carácter multidisciplinar a las personas con riesgo de cáncer hereditario. Por último, la Declaración del Parlamento Europeo de 25 de noviembre de 2010 insta a la Comisión y a los estados miembros a introducir el cribado de cáncer colorrectal (CCR) a nivel nacional y fomentar la aplicación de las mejores prácticas en el cribado de este tumor.

El cribado de cáncer colorrectal en población de riesgo alto viene realizándose desde el año 2002 en nuestra comunidad como una actividad más dentro de los servicios de Gastroenterología de los hospitales de las tres capitales aragonesas. Se ha sistematizado el cribado en familiares directos de pacientes con CCR o que padecen enfermedad inflamatoria intestinal, colitis ulcerosa y en aquella población con características de CCR hereditario (PAF, CCHNP, síndrome de Lynch).

En el primer semestre del año 2011 se implantará el cribado poblacional para 23.000 personas entre 50 y 59 años en nueve zonas básicas de salud de las tres provincias. Concretamente, en las zonas de “Perpetuo Socorro”, “Pirineos” y “Santo Grial” de la ciudad de Huesca, “Oliver”, “Delicias Norte” y “Univérsitas” correspondientes a la ciudad de Zaragoza y las zonas de salud de “Teruel Centro” y “Teruel Ensanche” en Teruel capital, además de la zona de salud de Alcañiz.

El cribado se realizará a partir de una única muestra para detección de sangre oculta en heces (SOH), a través del método inmunológico cuantitativo. Como principales características, destacar que la invitación a participar en el programa se realizará por carta desde Atención Primaria; además, el circuito de colonoscopia de cribado estará diferenciado de los circuitos de colonoscopia diagnóstica y se llevará a cabo con los recursos actualmente existentes en el sistema sanitario de Aragón.

7.3. Asturias. Dra. Isabel Palacio Vázquez

Jefa de la Unidad de Atención al Cáncer. Servicio de Salud del Principado de Asturias.

En Asturias, se diagnostican cada año 850 nuevos casos de cáncer colorrectal y se producen 450 fallecimientos por esta causa, con una incidencia creciente. La mayor parte de los casos se localizan en colon izquierdo (75%).

Un análisis de la situación realizado hace 3 años estimó una limitación importante para implantar un programa de cribado poblacional en esta comunidad autónoma, tanto de índole económica como de recursos humanos con capacitación para llevarlo a cabo con las suficientes garantías. Con todo, adquirimos el compromiso de garantizar y organizar la detección temprana en población de alto riesgo (por antecedentes personales y familiares) mediante colonoscopia, según se recoge en el protocolo correspondiente (disponible en www.astursalud.es).

Un estudio realizado entre más de 100 pacientes con cáncer colorrectal mostró que casi la mitad de ellos tenían antecedentes familiares (80% de ellos de primer grado) y que la edad mediana en el momento del diagnóstico era significativamente menor en este grupo de enfermos con respecto a los que carecían de historia familiar.

Asimismo, un estudio prospectivo realizado sobre más de 400 colonoscopias en 4 centros mostró, entre otros datos interesantes, que un 30% presentaban una preparación deficiente y en un 9% de los casos la indicación del estudio era inadecuada.

A la vista de este panorama, si bien no hemos emprendido un cribado poblacional, hemos puesto en marcha un programa de detección precoz en

población de riesgo elevado. Ésta es una oportunidad para racionalizar el uso de la colonoscopia en Asturias mediante el diseño de circuitos explícitos que favorezcan la solicitud desde Primaria, el intercambio de información entre niveles, la mejor aplicación de los protocolos de limpieza y el establecimiento de recogida de datos y requisitos mínimos de calidad de las colonoscopias.

En el programa se recogen, además, las indicaciones de solicitud de colonoscopia diagnóstica (rectorragia en <50 años, hallazgos patológicos en exploración o radiología, anemia ferropénica, diarrea crónica, cambio de hábito intestinal, tenesmo, riesgo familiar, riesgo personal -pólipos, enfermedad inflamatoria-), y las situaciones en las que la solicitud se considera inadecuada (colonoscopia normal en los 5 años previos, personas asintomáticas antes del intervalo recomendado, seguimiento de un cáncer antes del intervalo recomendado, rectorragias con síntomas anales en <45 años con exploración normal).

De forma complementaria a este programa, se han llevado a cabo las siguientes acciones:

- Desarrollo de una alerta dentro de los planes personalizados de Atención Primaria, mediante el despliegue de la pantalla correspondiente en OMI-AP.
- Adquisición de nuevos productos para la preparación del colon.
- Diseño de una guía para pacientes que se van a someter a una colonoscopia, enfatizando la importancia de una preparación adecuada.

7.4. **Baleares.** Dra. María Ramos Montserrat

Responsable de la Estrategia de Cáncer. Direcció General de Salut Pública i Participació.
Conselleria de Salut i Consum. Govern de les Illes Balears.

Entre los años 2008 y 2010 se llevó a cabo un estudio preparatorio para la puesta en marcha del Programa de Cribado Poblacional de Cáncer de Colon y Recto que exploró los conocimientos y actitudes de los profesionales de Atención Primaria y de sus usuarios sobre este programa, contando con financiación del Fondo de Investigación Sanitaria (PI07/90590).

Este estudio ha sido de gran utilidad para definir el modelo de programa que se quiere implantar en Baleares, un modelo centrado en Atención Primaria de salud siguiendo el ejemplo del País Vasco. Igualmente, ha servido para determinar los elementos clave en los que debe incidir la sensibilización de la población para promover la participación en el programa.

Durante el 2011 estaba previsto iniciar el Programa de Cribado Poblacional de Cáncer de Colon y Recto en Baleares; sin embargo, la crisis económica nos ha obligado a redefinir la estrategia.

Con el fin de diseñar un programa con garantías de aplicación inmediata y mantenido en el tiempo se ha iniciado un estudio para conocer el porcentaje de adecuación de las colonoscopias que se realizan en el sistema sanitario público de Baleares, lo que nos permitirá conocer el potencial de ahorro que tiene el sistema para hacer frente a las colonoscopias del futuro programa de cribado, a la vez que será útil para tomar contacto con los digestólogos, que son los actores clave para garantizar el éxito del programa.

8. Necesidad de implantar una atención coordinada y multidisciplinaria en la población española con riesgo elevado de padecer un cáncer colorrectal.

Dr. Pedro Pérez Segura¹ y Dr. Francesc Balaguer Prunés²

¹Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

²Servicio de Gastroenterología. Hospital Clínic de Barcelona. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Barcelona.

La mayoría de casos de cáncer colorrectal (CCR) acontecen en individuos sin antecedentes familiares de este tumor (70-80%), mientras que una pequeña proporción de ellos corresponde a formas hereditarias, ya sea síndromes polipósicos (1%), CCR hereditario no asociado a poliposis o síndrome de Lynch (2-5%) y CCR asociado al gen MUTYH (1%). Sin embargo, se estima que en un 20-25% adicional de casos puede existir un componente hereditario asociado aún no bien establecido, lo que se conoce como CCR familiar.

Las estrategias de cribado o *screening* tienen como objetivo identificar individuos asintomáticos con lesiones precancerosas (pólipos) o en una fase inicial de la progresión tumoral, con el fin de disminuir la incidencia y mortalidad por CCR. Para aumentar la rentabilidad de estas estrategias de cribado es fundamental la identificación y caracterización de aquellas poblaciones con una mayor incidencia de lesiones colorrectales mediante historia clínica personal y familiar y, eventualmente, con diversas técnicas moleculares. Así, desde un punto de vista práctico, la probabilidad individual de padecer CCR se divide en riesgo medio, que corresponde a individuos de edad ≥ 50 años sin factores de riesgo adicionales (susceptibles de medidas de cribado poblacional), y riesgo alto, que corresponde a aquellos individuos con algún factor de riesgo asociado (síndromes hereditarios, antecedente personal y/o familiar de adenomas o CCR) y que requieren un programa de cribado más intensivo.

Desde la Alianza para la Prevención del Cáncer de Colon, entidad que agrupa a la mayoría de sociedades

científicas y asociaciones implicadas en la prevención de esta enfermedad, se ha promovido la creación de un grupo de expertos de diversas especialidades que han integrado un foro de debate sobre la atención a la población con riesgo elevado de padecer un CCR en España. La creación de este foro de debate en el seno de la Alianza, al igual que la propia Alianza, supone un hito en nuestro país, porque pone de manifiesto que numerosos profesionales de gran experiencia, sociedades científicas, asociaciones de pacientes y organizaciones no gubernamentales son capaces de trabajar al unisono con el único objetivo de proporcionar una mejor atención a nuestros conciudadanos.

Este foro de debate ha incluido profesionales destacados de las siguientes especialidades: Endoscopia Digestiva, Gastroenterología, Cirugía Digestiva, Enfermería, Medicina de Familia, Medicina Legal, Radiología, Anatomía Patológica, Genética, Calidad, Salud Pública, Servicios de Prevención, Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Psicología Clínica y Medicina del Trabajo.

Se ha efectuado un resumen de las consideraciones más repetidas por parte de todos los encuestados dividido en las siguientes áreas de interés: formación, educación, asistencia e investigación.

Formación: casi todos los grupos opinan que la formación en este campo debería ser más importante y que debería venir de la mano, en general, de las sociedades científicas, incluyendo esta formación dentro del propio periodo de residencia y con un carácter multidisciplinar.

Educación: área clave para que la población juegue un papel más activo en la identificación de casos de alto riesgo.

Asistencia: dentro de este campo se establecen dos subgrupos: manejo clínico y organización. Dentro del primero de ellos, todos los grupos consultados hacen hincapié en la importancia de saber cómo identificar a estas familias y cuáles son los pasos a seguir a posteriori. La realización de estudios genéticos también está considerada por diferentes especialidades y, en función del centro o área geográfica, están organizadas de una manera u otra. Un área de especial interés dentro de este apartado de manejo clínico es el de los estudios endoscópicos, destacando especialmente la calidad de los mismos.

Desde el punto de vista organizativo hay un elemento que se repite en las conclusiones de todas las especiali-

dades: la necesidad de crear unidades clínicas específicas (clínicas de alto riesgo o unidades de consejo genético) para este grupo de población; estas unidades deberían estar formadas por todos aquellos profesionales que puedan aportar conocimiento en el manejo de estas familias, independientemente del área de la Medicina en la que desarrollen su labor. Por otro lado, existe una demanda clara sobre la necesidad de coordinar bien a todos los niveles sanitarios implicados.

Investigación: todas las sociedades preguntadas consideran clave la investigación en este campo, abordando puntos relacionados con la epidemiología, la clasificación del riesgo de una manera más certera, aspectos clínicos y de prevención así como líneas relacionadas con la coordinación y gestión de procesos; y todo esto, dentro de un ambiente multidisciplinar y coordinado.

Con la colaboración de:



Organiza:



Alianza para la Prevención del Cáncer de Colon. Entidad formada por 15 organizaciones:

