

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

---

**Informe del año 2020**

**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 .....	PÁG. 9
2.2.2 Tasas de detección .....	PÁG. 11
ANÁLISIS VALORES PREDICTIVOS .....	PÁG. 11
CONCLUSIONES .....	PÁG. 14

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>	8
<b>Tabla 5. Indicadores de calidad colonoscopias de cribado</b>	8
<b>Tabla 6. Lesiones detectadas en las colonoscopias</b>	9
<b>Tabla 7. Estadio de los tumores detectados</b>	10
<b>Tabla 8. Tasa de detección</b>	11
<b>Tabla 9. Valores predictivos positivos del test de SOH</b>	12

## 1. EL PROGRAMA

Hoy por hoy, el cáncer colorrectal, es el tumor más frecuente diagnosticado en España. Es el segundo en frecuencia en ambos sexos, después del de próstata en hombres y del de mama en mujeres.

En cuanto a la mortalidad en 2020, fu el tumor responsable del mayor número de muertes en hombres y en mujeres. En hombres el cáncer causante del mayor número de fallecimientos fue el de pulmón, seguido del colorrectal. En mujeres la letalidad mayor fue debida al cáncer de mama, seguido del de pulmón y colorrectal.

La mortalidad del cáncer colorrectal parece que varía de forma más rápida que en otros tumores debido a cambios en la dieta y en el estilo de vida. Se estima que un 70% de los tumores colorrectales pueden evitarse con medidas dietéticas y nutricionales. Los factores de riesgo de este tipo de cáncer son: la edad (el 90% de los casos diagnosticados fueron en mayores de 50 años), la predisposición genética y las enfermedades de base (la enfermedad inflamatoria intestinal aumenta el riesgo de sufrir esta patología), hábitos dietéticos y nutricionales (consumo de carne roja y procesada), la obesidad, el alcohol. Actuando como factores protectores: el consumo de fibra, fruta y vegetales, de lácteos, folatos, calcio y vitamina D, así como el ejercicio y la actividad física.

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

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

El Programa de Cribado de Cáncer Colorrectal (PCCR) se instauró en Cantabria 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.

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 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. La persona que desee participar tomará la muestra con el colector, pegará la etiqueta adhesiva sobre el tubo y lo introducirá en la bolsa de plástico, para posteriormente depositarlo en uno 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, en donde diariamente son procesadas y, sus resultados transferidos de forma segura al sistema informático de Gestión del Programa. Desde la Unidad de Gestión del Programa de cribado de cáncer colorrectal, ubicada en la Dirección General de Salud Pública, se informa a las personas participantes de los resultados:

- Si el resultado del test de SOH es negativo se notifica 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.

- Si el resultado del test de SOH es positivo, se comunica por vía telefónica desde la Dirección General de Salud Pública con el fin de dar cita con el/la médico/a de familia correspondiente, en un plazo máximo de 72 horas.

El facultativo de Atención Primaria realizará mediante la oportuna anamnesis, el 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 tramitará 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 se efectuará 7-10 días antes de la realización de la colonoscopia, para recibir el material y las instrucciones necesarias para la adecuada preparación de la misma.

## 2. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

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

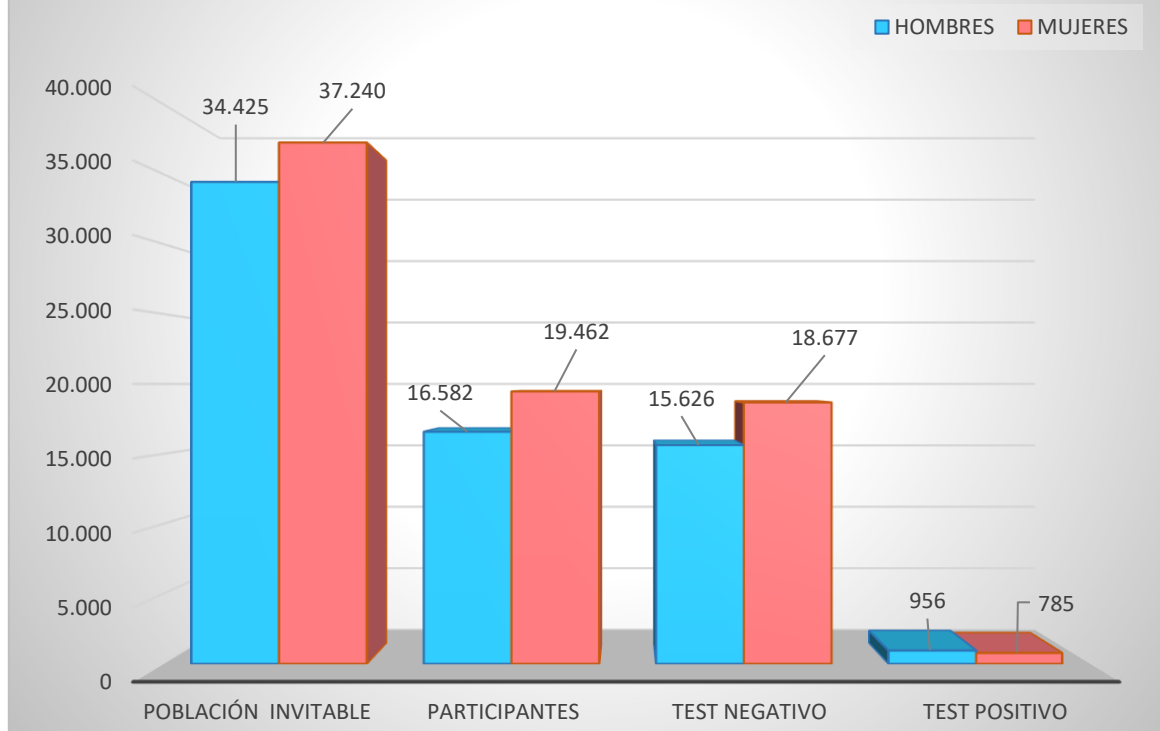
Seguidamente enumeraremos los **indicadores de participación** y los **indicadores de resultado** de las personas participantes en el programa de cribado que cumplieron 51 a 69 años durante 2020, que fueron invitadas a participar y que entregaron una muestra válida para su análisis. Quien marca la idoneidad de objetivos para los programas europeos de cribado colorrectal., es la Guía Europea de control de calidad en la detección y diagnóstico del cáncer colorrectal

### 2.1 Indicadores de participación y resultado

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

Indicadores de participación y resultado	Total	Mujeres	Hombres
<b>Población invitable</b>	<b>71.665</b>	37.240	34.425
<b>Participantes</b>	<b>36.044</b>	19.462	16.582
<b>Test positivo</b>	<b>1.741</b>	785	956
<b>Test negativo</b>	<b>34.303</b>	18.677	15.626

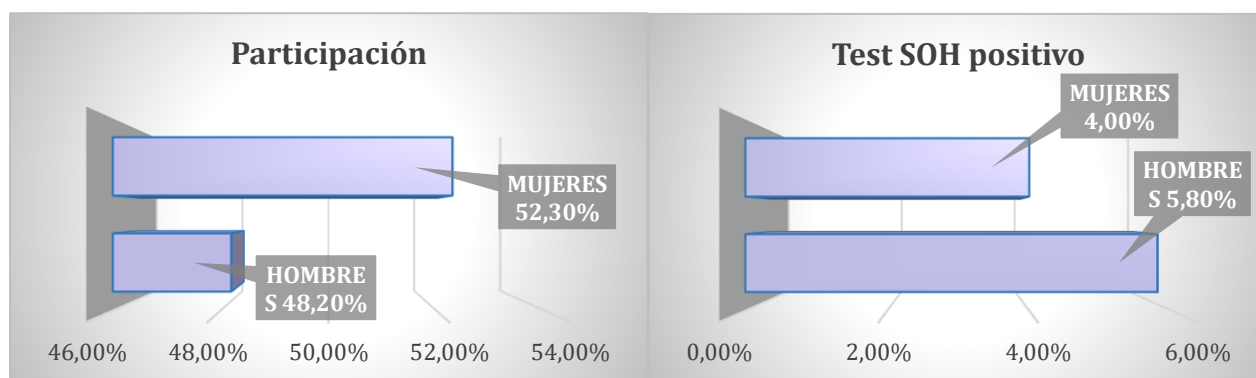
## Participación y resultados por sexo (cifras absolutas)



La **participación** ha sido del **50,3%**. La Guía Europea de control de calidad en la detección y diagnóstico del cáncer colorrectal y la Red Nacional de Cribados consideran un nivel aceptable la tasa de participación  $\geq 45\%$ , siendo deseable  $< 65\%$ .

**Tabla 2. Tasas de participación y resultado por sexo**

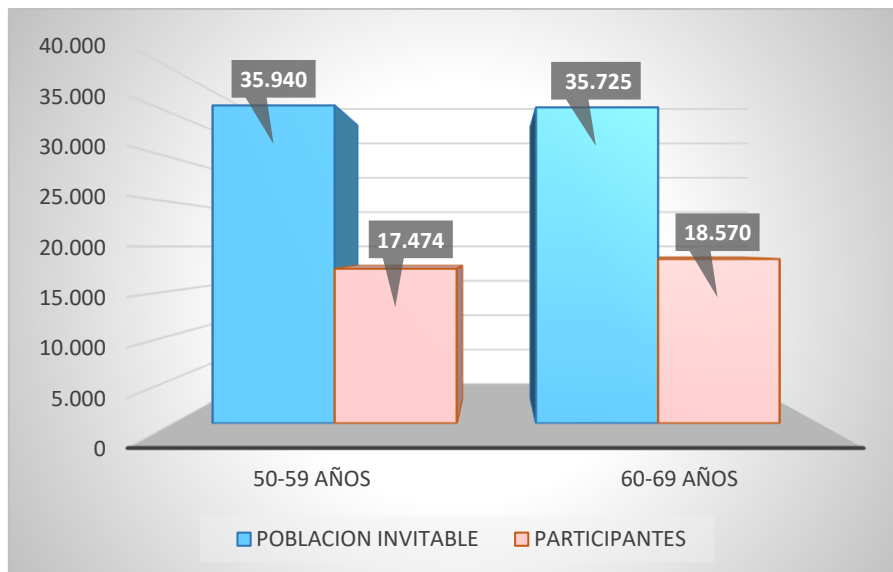
Indicadores principales	Total	Guía Europea		
		Mujeres	Hombres	
<b>Participación</b>	<b>50,3%</b>	$\geq 45\%$	<b>52,3%</b>	<b>48,2%</b>
<b>Test SOH positivo</b>	<b>4,8%</b>	<b>4 %</b>	<b>5,8 %</b>	

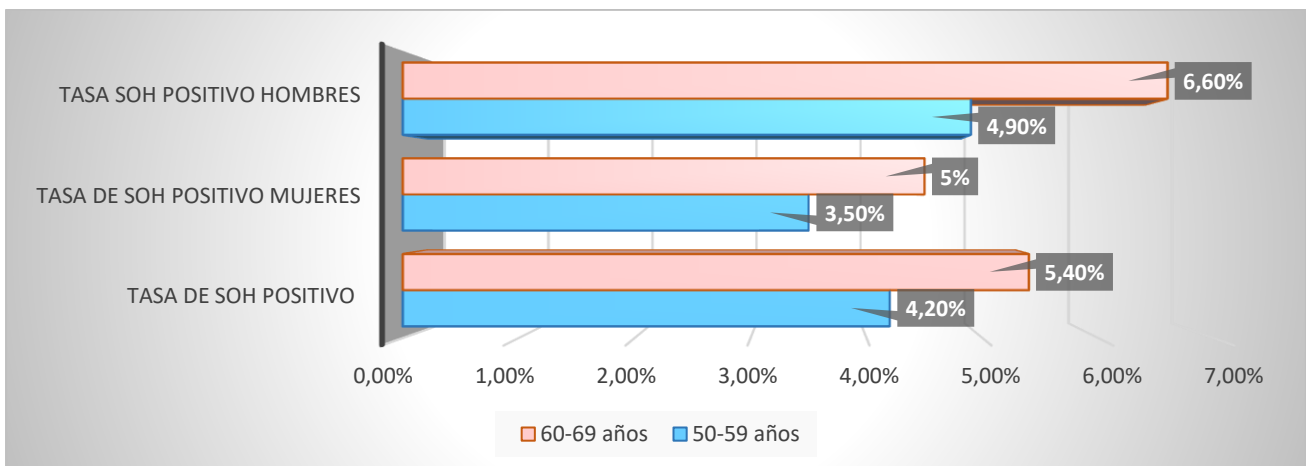
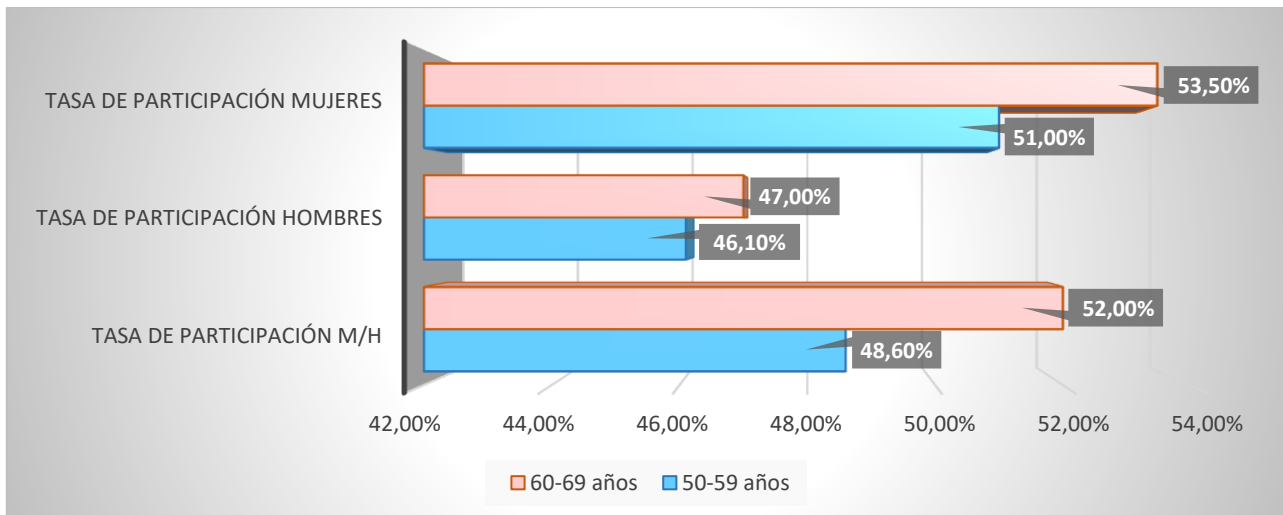


**Indicadores de participación e indicadores de resultados del test de SOH, por grupos de edad y por sexo (tabla 3)**

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

Actividad	Grupos de edad	
	50-59	60-69
Población invitada	35.940	35.725
Participantes	17.474	18.570
Tasa de participación (hombres y mujeres)	48,6%	52%
Participación (hombres)	46,1%	50,3%
Participación (mujeres)	51%	53,5%
Tasa personas con test positivo (hombres y mujeres)	4,2%	5,4%
Test positivo (hombres)	4,9%	6,6%
Test positivo (mujeres)	3,5%	4,5 %





- **Participación:** mayor en las mujeres.
- **Resultados positivos del test de SOH:** mayor en hombres.
- **La proporción de positivos** aumenta con independencia del sexo a medida que aumenta la edad del participante.

## 2.2 Actividad y resultados de confirmación diagnóstica

La confirmación diagnóstica se realiza mediante colonoscopia. De las 1.741 personas con test positivo, se indicó colonoscopia a 1.735 y de ellas realizaron la misma siguiendo la vía normalizada del programa 1.508 personas, lo que supone una tasa de aceptación del 86,9% (tabla 4).

**Tabla 4. Actividad colonoscopias de cribado**

Actividad	Total	Guía Europea	Mujeres	Hombres
Nº personas con colonoscopias indicada	1.735		783	952
Nº de personas con colonoscopias realizadas	1.508		690	818
Nº personas con colonoscopia completa*	1.487*		678	809
Tasa personas con aceptación colonoscopia	86,9%	85%	88,1%	85,9%
Complicaciones graves de la colonoscopia	0**		0	0

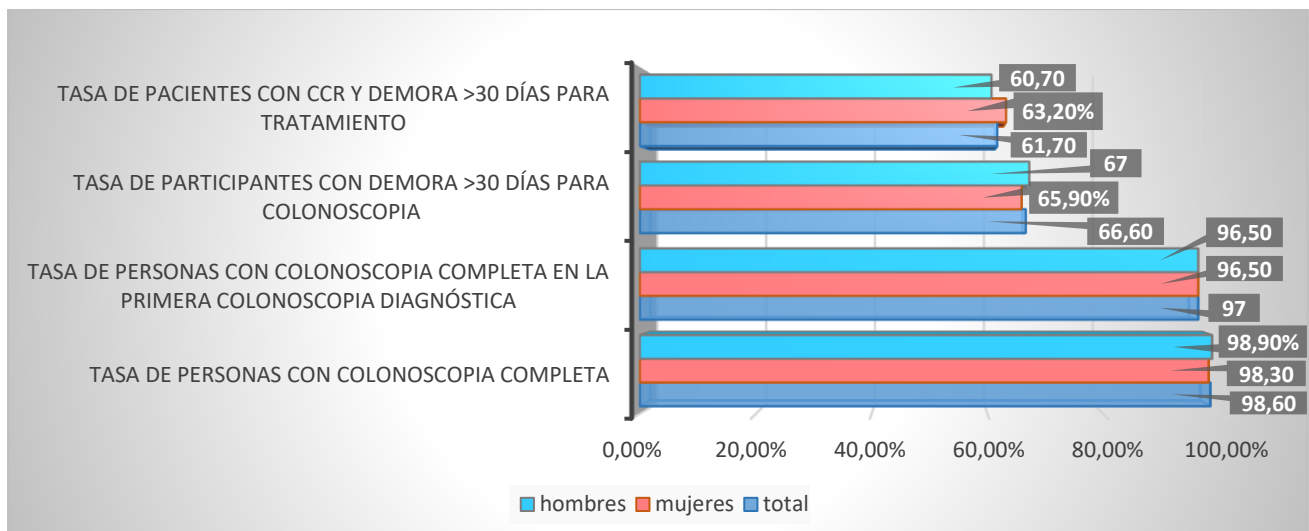
\*El número de personas con colonoscopia completa en la primera colonoscopia diagnóstica han sido 1.455 y el número de personas con colonoscopia completa tras la repetición han sido 32, lo que supone un total de **1.487** colonoscopias completas realizadas (aquellas colonoscopias que alcanzan la válvula ileocecal) lo que representa una tasa de 98,6%, alcanzando los objetivos del Programa

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

**Tabla 5. Indicadores de calidad de las colonoscopias de cribado**

Indicadores	Total	Guía Europea	Mujeres	Hombres
Tasa personas con colonoscopia completas	98,6%	>90%	98,3%	98,9%
Tasa colonoscopia completa en la primera colonoscopia diagnóstica	96,5%		96,5%	96,5%
Tasa complicaciones graves de la colonoscopia	0%		0%	0%
Tasa de participantes demora > 30 días a colonoscopia	66,6%		65,9%	67,2%
Tasa pacientes con CCR y >30 días hasta tratamiento	61,7%		63,2%	60,7%





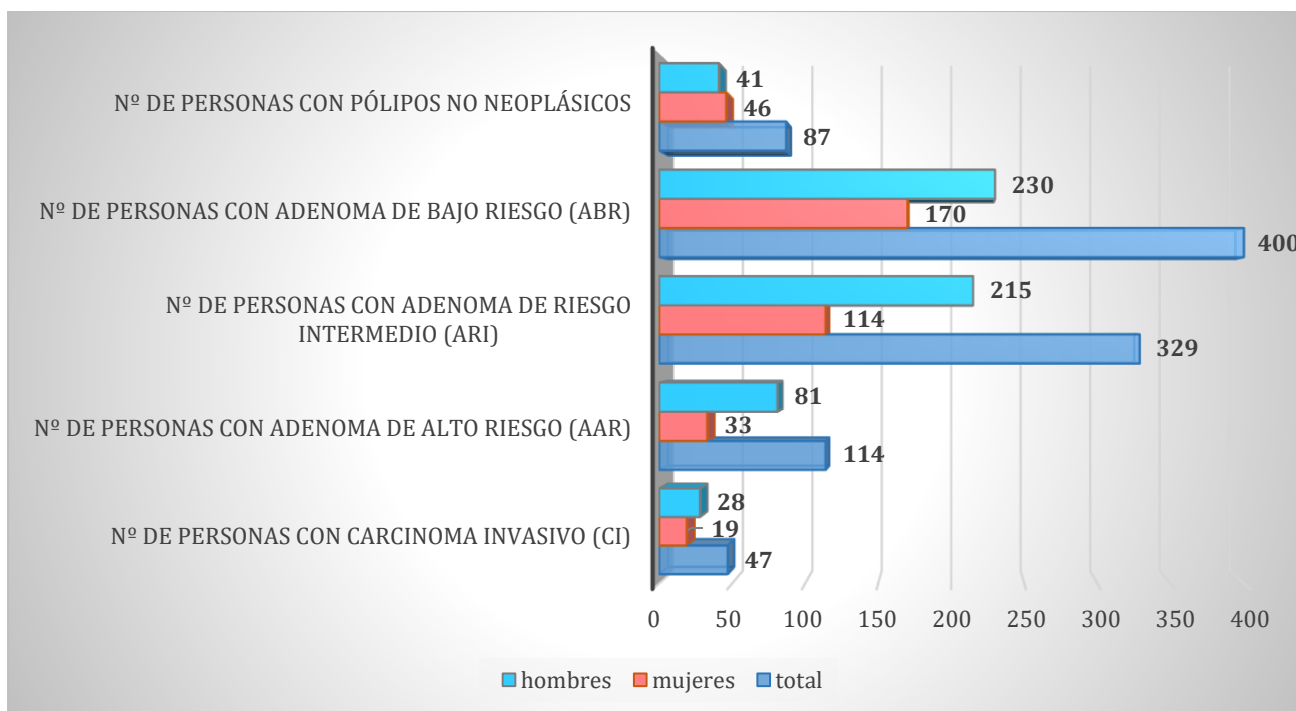
### 2.2.1 Resultados de colonoscopias

El número de carcinomas invasivos reconocidos en 2020 fueron 49, adenomas de alto riesgo (AAR) 114, adenomas de riesgo intermedio (ARI) 329 y adenomas de bajo riesgo (ABR) 400.

El número de personas en las que se encontró “cualquier adenoma” fueron 843, y de ellos, en 443 (52,5%) los adenomas eran de riesgo alto e intermedio.

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

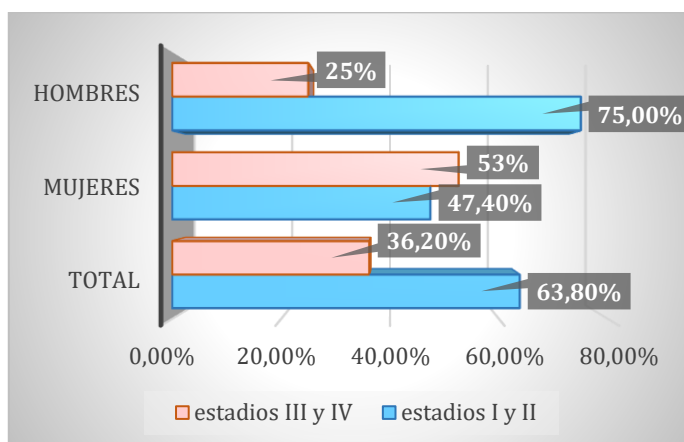
	Total	Mujeres	Hombres
<b>Nº de personas con Carcinoma invasivo (Ci)</b>	<b>47</b>	19 (40,4%)	28 (59,6%)
<b>Nº de personas con Adenoma de Alto Riesgo (AAR)</b>	<b>114</b>	33 (28,9%)	81 (71,1%)
<b>Nº de personas con Adenoma de Riesgo Intermedio (ARI)</b>	<b>329</b>	114 (34,7%)	215 (65,3%)
<b>Nº de personas con Adenoma de Bajo Riesgo (ABR)</b>	<b>400</b>	170 (42,5%)	230 (57,5%)
<b>Nº de personas con pólipos no neoplásicos</b>	<b>87</b>	46 (52,9%)	41 (47,1%)
<b>Nº de personas con colonoscopia sin alteraciones (normal: falsos positivos)</b>	<b>54 (3,6%)</b>	34 (63%)	20 (37%)



Estadio diagnóstico de los tumores detectados (tabla 7).

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

	Total	Mujeres	Hombres
<b>Estadio I y II</b>	<b>30 (63,8%)</b>	<b>9 (47,4%)</b>	<b>21 (75%)</b>
<b>Estadio III y IV</b>	<b>17 (36,2%)</b>	<b>10 (52,6%)</b>	<b>7 (25%)</b>
<b>Estadio desconocido</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>



Han sido **47** los carcinomas diagnosticados, de ellos 30 (63,8%) se encontraban en estadios I y II, lo cual va unido a un mejor pronóstico (supervivencia a los 5 años de >90 para el estadio I y del 60-75 % para el estadio II).

Las lesiones detectadas en las colonoscopias realizadas, bien sean carcinoma invasivo, AAR, ARI o ABR se percibe una proporción mayor de ellas en los hombres.

En mujeres con menor número de adenomas y de cáncer, nos encontramos con un porcentaje de cánceres en estadios I y II, es decir los que se asocian a un pronóstico más favorable, menor que en los hombres, mientras que el porcentaje en los estadios vinculados a una menor supervivencia a los 5 años (estadio III y IV) es mayor.

### 2.2.2 Tasas de detección

Estas tasas de detección revelan la prevalencia de la enfermedad en nuestra comunidad. El programa de Cantabria se encuentra en cuanto a la detección de carcinomas invasivos en el **1,3‰**, por debajo de los márgenes esperados y, en el 23,4‰, es decir por encima de las estimaciones de referencia en la Guía Europea respecto a la tasa de detección de cualquier adenoma.

**Tabla 8. Tasa de detección.**

TASAS de detección	Total	Tasa Esperable	Mujeres	Hombres
Tasa de personas con Carcinoma invasivo (Ci)	1,3‰	1,8 - 9,5 ‰	1‰	1,7‰
Tasa de personas con Adenoma de Alto Riesgo (AAR)	3,2‰		1,7‰	4,9‰
Tasa de personas con Adenoma de Riesgo intermedio (ARI)	9,1‰		5,9‰	13‰
Tasa de personas con Adenoma de Bajo Riesgo (ABR)	11,1‰		8,7‰	13,9‰
Tasa de personas con pólipo no neoplásicos	2,4‰		2,4‰	2,5‰
<b>TASAS acumuladas</b>				
Tasa de personas con cualquier Adenoma (ABR++ARI+AAR)	23,4‰	13,3 - 22,3‰	16,3‰	31,7‰
Tasa de personas con cualquier Adenoma y Cáncer invasivo (ABR+ARI+AAR +Ci)	24,7‰		17,3‰	33,4‰

## 1. ANÁLISIS VALORES PREDICTIVOS

Los **valores predictivos** determinan la capacidad real de la prueba de Sangre Oculta en Heces como método diagnóstico de sospecha de cáncer colorrectal, tanto en el resultado positivo (probabilidad de tener un cáncer

colorrectal si la prueba resulta positiva) como en el resultado negativo (probabilidad de no tener un cáncer colorrectal si el resultado de la prueba es negativo).

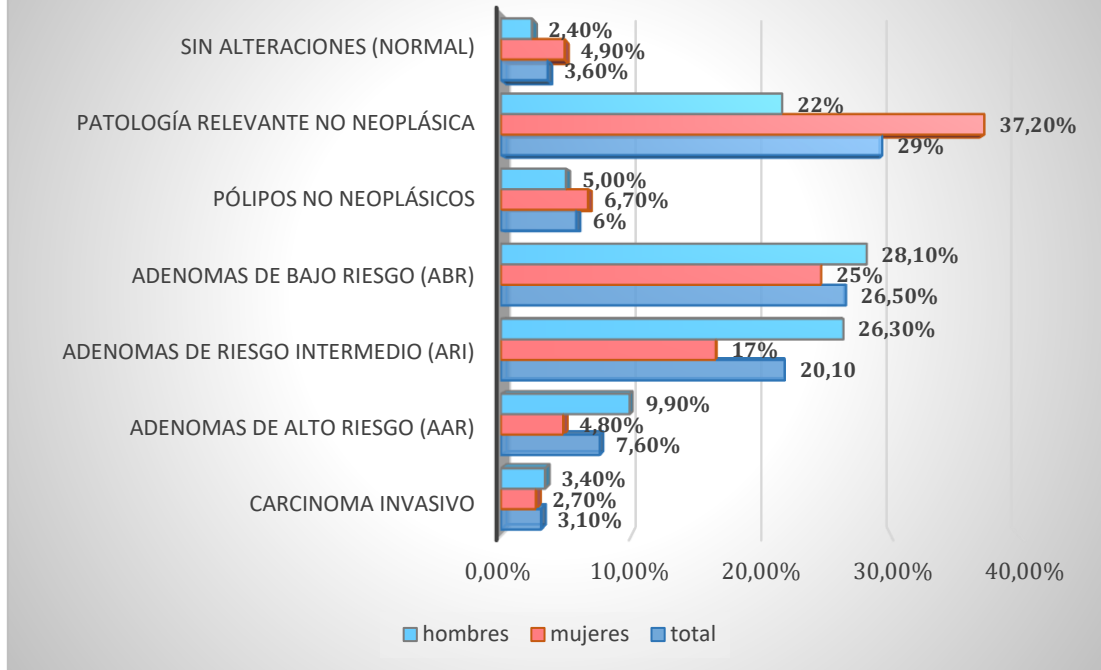
### Valores predictivos positivos del cribado (VPP) (tabla 9).

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

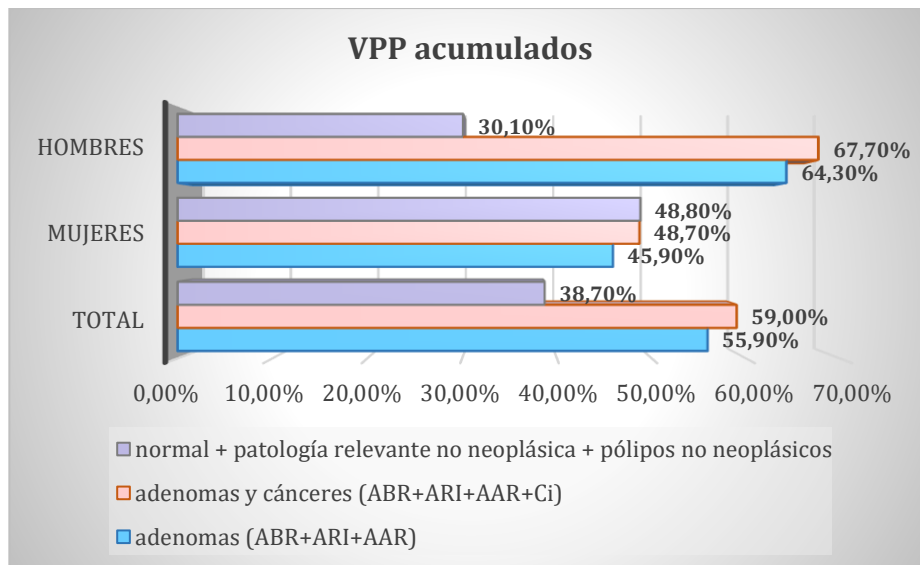
**Tabla 9. Valores predictivos positivos del test de SOH.**

<i>Valores predictivos positivos del test SOH+</i>	Total	Guía Europea	Mujeres	Hombres
<b>Carcinoma invasivo (Ci)</b>	<b>3,1%</b>	<b>4,5 - 8,6%</b>	2,7%	3,4%
<b>Adenomas de Alto Riesgo (AAR)</b>	<b>7,6%</b>		4,8%	9,9%
<b>Adenomas de Riesgo Intermedio (ARI)</b>	<b>21,8%</b>		16,5%	26,3%
<b>Adenomas de Bajo Riesgo (ABR)</b>	<b>26,5%</b>		24,6%	28,1%
<b>Sin alteraciones (normal)</b>	<b>3,6%</b>		4,9%	2,4%
<b>Pólipos no neoplásicos</b>	<b>5,8%</b>		6,7%	5%
<b>Patología relevante no neoplásica</b>	<b>29,3%</b>		37,2%	22,6%
<b>VPP acumulados</b>				
<b>Adenomas (ABR+ARI+AAR)</b>	<b>55,9%</b>	<b>19,6 - 40,3%</b>	45,9%	64,3%
<b>Adenomas y cánceres (ABR+ARI+AAR +Ci)</b>	<b>59%</b>		48,7%	67,7%
<b>Normal + pólipos no neoplásicos + patología relevante no neoplásica</b>	<b>38,7%</b>		48,8%	30,1%

### Valores predictivos positivos (VPP) del test SOH



### VPP acumulados



La colonoscopia no mostró lesiones que pudieran ser causa de sangrado en el 3,6% de los casos, siendo por lo tanto “*falsos positivos*” para este método de cribado.

Los valores predictivos positivos del test de cribado (VPP) han sido del **3,1%** para cáncer invasivo, con unos valores de referencia en la Guía Europea entre 4,5% y 8,6% y, del **55,9%** para cualquier tipo de adenomas, por encima del nivel máximo de la Guía Europea, establecido en 40,3 %.

## 4. CONCLUSIONES

### 1. Participación

Según la Guía Europea de control de calidad en la detección y diagnóstico del cáncer colorrectal una tasa de participación  $\geq 45\%$ , es un nivel aceptable. En el año 2020 en el programa de cribado de cáncer colorrectal en Cantabria la **participación** fue el **50,3%**, un 52,3% las mujeres y un 48,2% los hombres.

Constatándose una mayor participación en las mujeres, con independencia del grupo de edad.

### 2. Positividad del test de sangre oculta en heces

El **4,8%** ha sido la **tasa de resultados positivos del Test de Sangre Oculta en Heces (TSOH)**, **5,8% en hombres y 4% en mujeres**. La Guía Europea considera permisible una positividad del test entre el 4 y el 11%.

El porcentaje de positivos es mayor en hombres en todas las categorías de edad.

En ambos sexos a mayor edad, mayor relación de positivos.

### 3. Colonoscopia

El objetivo señalado por la Guía Europea respecto a la tasa de aceptación de la colonoscopia es el 85%. En nuestra comunidad autónoma la **tasa de aceptación** de la colonoscopia ha sido del **86,9%** (88,1% en mujeres y 85,9% en hombres).

La **tasa de personas con colonoscopias completas** realizadas ha alcanzado el **98,6%** (98,9% en hombres y 98,3% en mujeres), por encima del 90% establecido en la Guía Europea.

### 4. Carcinomas

Se hallaron en las colonoscopias realizadas **47 carcinomas invasivos**, 28 en hombres y 19 en mujeres. Detectándose en estadio I y II el 30% y en estadio III y IV el 17%

### 5. Tasas de detección

Para el cáncer invasivo la **tasa de detección** fue el **1,3% participantes** (1‰ mujeres y 1,7‰ hombres), dentro de los niveles fijados por la Guía Europea (1,8 a 9,5). El **23,4%** (16,3‰ mujeres y 31,7 ‰ hombres) para cualquier tipo de adenomas, superior al 22,3‰, techo establecido por dicha Guía.

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

Los **valores predictivos positivos del test de cribado (VPP)** han sido inferiores al límite más bajo (4,5%) de la Guía Europea para el cáncer invasivo, el **3,1%** (2,7% en mujeres y 3,4% en hombres), y superiores al límite más alto (40,3%) de la Guía Europea, el **55,9%**, para cualquier tipo de adenoma (45,9% mujeres y 64,3% hombres).

Marta Pacheco Gorostiaga

Coordinadora del Programa de Detección Precoz del CCR

Santander, 24 de abril de 2023