



PLAN ANDALUZ DE ONCOLOGÍA

INFORME SITUACIÓN CRIBADO CÁNCER DE COLÓN EN ANDALUCÍA

14 de Enero de 2021

Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica

INFORME DESDE LA COORDINACIÓN DEL PLAN INTEGRAL DE ONCOLOGÍA SOBRE EL CRIBADO DE CÁNCER DE COLON

EL CÁNCER DE COLON Y RECTO: MAGNITUD DEL PROBLEMA

El cáncer colorrectal (CCR) es uno de los cánceres más frecuentes en los países desarrollados, con una incidencia en aumento en las últimas décadas. Si se tiene en cuenta a ambos sexos, en Europa es el segundo cáncer de mayor incidencia poblacional, mientras que en España y Andalucía es el cáncer más frecuente.

En Europa es el tercer cáncer más frecuente en hombres, y el segundo en mujeres; mientras que en España ocupa el segundo lugar entre los cánceres más frecuentes, tanto en hombres como en mujeres. Los cánceres más frecuentemente diagnosticados en España en 2020 serán los de colon y recto (44.231 nuevos casos), próstata (35.126), mama (32.953), pulmón (29.638) y vejiga urinaria (22.350).

En Andalucía, el CCR ocupa el segundo lugar en incidencia, tanto en los hombres (detrás del cáncer de próstata) como en las mujeres (detrás del cáncer de mama). Para el año 2017 se han estimado 3.794 casos nuevos de CCR en hombres y 2.872 en mujeres en Andalucía, lo que corresponde a unas tasas de incidencia estandarizadas de 73,0 y 46,2 por 100.000 habitantes, respectivamente.

Por lo que se refiere a la mortalidad por CCR, en España ocupa una posición intermedia en relación a otros países europeos, y Andalucía tiene una mortalidad por CCR que se sitúa en torno a la media española.

De acuerdo con la última información del Instituto Nacional de Estadística proporcionada en diciembre de 2019, correspondiente al año 2018, los tumores constituyeron la segunda causa de muerte en España (26,4% de los fallecimientos) por detrás de las enfermedades del sistema circulatorio (28,3% de las muertes), al igual que en años anteriores. Al igual que en los últimos dos años, los tumores fueron la primera causa de muerte entre los varones en España. Los cánceres que produjeron más defunciones en 2018 fueron los de pulmón, colorrectal, páncreas, mama, próstata, hígado y vías biliares y estómago, todas ellas con más de 5.000 fallecimientos (Tabla 1). El cáncer colorrectal provocó 11.265 muertes siendo la segunda causa en cifras totales, segunda en varones y tercera en mujeres.

Si bien la incidencia del CCR está aumentando entre ambos sexos en Andalucía, como también sucede en el resto de España y Europa, la mortalidad por este tipo de cáncer, en cambio, parece tener una evolución diferente en hombres y mujeres en los últimos años. En Andalucía, se ha producido un aumento de la mortalidad por CCR en los hombres, más acentuado en el periodo 1985-1998 (un 3,79% de incremento anual medio), y menos pro-

nunciado durante el periodo 1998-2015 (crecimiento medio anual de 0,75%). En mujeres, por su parte, se observa un aumento de la mortalidad durante el periodo 1985-1996 (incremento medio anual de 2,68%, estadísticamente significativo), seguido de un ligero descenso en el periodo 1996-2015 (0,92% decremento medio anual, estadísticamente significativo).

Tabla 1.

Fuente INE-2018	Total	Hombres	Mujeres
Carcinoma de pulmón	22.13322	17.181	4.952
Carcinoma de colon-recto	11.265	6.690	4.575
Carcinoma de páncreas	7.132	3.299	3.833
Carcinoma de mama	6.621	87	6.534
Carcinoma de próstata	5.841	5841	0

PREVENCIÓN PRIMARIA: LOS FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER DE COLON Y RECTO.

En la etiología del CCR están implicados factores de riesgo genéticos y ambientales, siendo más importantes los relacionados con los estilos de vida. Solo un 5-10% de los casos pueden considerarse hereditarios, y un 20% de tipo familiar, mientras que el 70% de los casos de CCR son esporádicos. Así, estudios recientes destacan la importancia de mejorar los estilos de vida para disminuir el riesgo de cáncer de colon-recto. Entre los factores de riesgo podemos distinguir los modificables y los no modificables.

Los **factores de riesgo no modificables** pueden considerarse como de riesgo medio, por ejemplo, la edad (el 90% de los casos de CCR se diagnostica en personas mayores de 50 años) y de riesgo alto. Entre los de riesgo alto se encuentran los siguientes:

- Los antecedentes personales o familiares de CCR, sobre todo cuando hay más de un familiar de primer grado afectado y los casos antes de los 60 años, o de pólipos colorectales.
- Antecedentes personales de enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa).
- Los síndromes hereditarios. Son trastornos genéticos específicos, la mayoría de los cuales se heredan de forma autosómica dominante, que están asociados con un riesgo muy alto de desarrollar cáncer de colon.
- La altura en la edad adulta. Los factores de desarrollo que conducen a un mayor cre-

cimiento lineal (marcado por la altura alcanzada por un adulto) son causa de CCR, con alto nivel de evidencia científica.

Los **factores de riesgos modificables**, relacionados con los estilos de vida, son muy importantes en el CCR, y abren la posibilidad de la prevención primaria. Los factores modificables que se han relacionado con un mayor riesgo de padecer CCR son:

- Sobrepeso u obesidad. También parece aumentar la probabilidad de morir en pacientes con CCR.
- Consumo de alcohol. Se ha observado una asociación positiva entre el consumo de alcohol y un mayor riesgo de CCR, de modo que consumir 2 o más bebidas alcohólicas al día aumenta el riesgo de CCR.
- Consumo de tabaco. Fumar se ha asociado a un incremento de la incidencia y la mortalidad de CCR. El riesgo de padecer CCR aumenta un 38% por el incremento de 40 cigarrillos al día.
- Consumo de carnes rojas y procesadas. El consumo a largo plazo de carnes rojas o carnes procesadas parece estar asociada con un mayor riesgo de CCR. Consumir más de 500 gr a la semana de carnes rojas y más de 50 gr a la semana de carnes procesadas aumenta en un 18% el riesgo de desarrollar cáncer colorrectal.
- Diabetes. Existe una evidencia creciente acerca de la asociación entre diabetes y CCR.

Por otro lado, la evidencia científica ha encontrado **factores protectores** frente al CCR, relacionados también con los estilos de vida y los hábitos alimentarios:

- Actividad física. La actividad física moderada realizada de forma regular está asociada con la protección contra el CCR.
- Dieta. La dieta rica en granos integrales, verduras, frutas y fibra se ha asociado a un menor riesgo de padecer CCR. Otros posibles factores protectores de la dieta son los productos lácteos y los suplementos de calcio.

En este sentido, el World Cancer Research Fund en su última actualización de mayo de 2018 ofrece **recomendaciones** con nivel de evidencia alta para la **prevención primaria** del CCR:

- Moderar el consumo de carne roja, carne procesada y carne cocinada muy hecha o en contacto directo con el fuego.
- Promover una dieta baja en grasas y rica en fibra, frutas y verduras.
- Promover la realización de ejercicio físico y evitar el sobrepeso y la obesidad.
- Evitar el consumo de tabaco y moderar el consumo de alcohol.

DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER COLORRECTAL

La supervivencia del cáncer colorrectal depende en gran medida del estadio en el momento del diagnóstico, oscilando entre el 90-95% a los 5 años en los casos diagnosticados en estadio I, y entre 5-12% en los diagnosticados en estadio IV. Esta relación entre estadio al diagnóstico y supervivencia pone de manifiesto la importancia de la detección precoz en este tipo de cáncer.

Elementos clave para considerar efectiva una estrategia de detección precoz son el conocimiento sobre la historia natural de la enfermedad y que exista un tiempo de latencia largo entre la aparición de una lesión premaligna y su transformación a cáncer. El CCR es uno de los cánceres en los que mejor se conoce la historia natural de la enfermedad. Existe una lesión premaligna (el pólipo adenomatoso) que no suele dar síntomas, pero que tiene una evolución lenta hasta convertirse en cáncer.

Los pólipos son lesiones relativamente frecuentes y su prevalencia aumenta a partir de los 50 años. La mayoría tiene carácter benigno, y tienen un largo periodo de latencia, que hace posible el diagnóstico y tratamiento precoz. Así, las estrategias poblacionales de diagnóstico precoz del CCR van dirigidas, por tanto, no sólo a detectar el cáncer en estadios precoces, sino a detectar y extirpar lesiones premalignas, que permitirán reducir la incidencia de CCR.

Por tanto el CCR es una entidad susceptible de cribado, dado que constituye un problema de salud importante por su elevada incidencia y morbimortalidad asociada, se conoce su historia natural, se dispone de pruebas de cribado que permiten detectar la enfermedad en las fases iniciales, y el tratamiento es más efectivo cuando la lesión se diagnostica en un estadio temprano.

EL CRIBADO POBLACIONAL DEL CÁNCER COLORRECTAL

Existen distintos métodos de cribado que han sido evaluados en ensayos clínicos, demostrando un buen rendimiento diagnóstico para detectar pólipos adenomatosos y cánceres en estadios iniciales, así como su capacidad para reducir la mortalidad por cáncer colorrectal. Se ha evidenciado la reducción del riesgo relativo de mortalidad por CCR de entre el 16% y el 25% entre la población sometida a cribado con test de Sangres Oculta en Heces (SOH).

Aunque la colonoscopia es el "gold estandar" para la exploración del colon y recto, y es la prueba complementaria del cribado con test de SOH, no existe evidencia publicada de ensayos aleatorizados sobre su eficacia como prueba primaria en el cribado. Además de esta ausencia de datos, la mayor complejidad, invasividad y menor aceptación por la población hacen que no sea habitualmente utilizada.

Independientemente del método de detección utilizado, el cribado del cáncer colorrectal es uno de los cribados más coste-efectivos. Esto es debido a su capacidad, no solo de detectar precozmente los casos de cáncer, sino del ahorro derivado de la reducción de la incidencia. En un análisis reciente, se ha estimado en España que el coste por AVAC (años de vida ganados ajustado por calidad de vida) es de 2.154 euros (si se compara un programa basado en la prueba de SOH frente a no hacer cribado).

El potencial para reducir la mortalidad de estos programas se basa en dos tipos de acciones: la detección y extirpación de lesiones precancerosas (reduce la incidencia de CCR) y la detección de cánceres en estadios precoces (mejora el pronóstico).

En cualquier programa de cribado hay que considerar también la posibilidad de efectos adversos. En el caso del CCR, no hay riesgos importantes asociados a la realización de la prueba de SOH y éstos están sobre todo ligados las consecuencias psicosociales de recibir un resultado falso positivo (necesidad de realizar pruebas adicionales, ansiedad hasta la confirmación de que se trata de un falso positivo), un resultado falso negativo que puede producir una falsa sensación de seguridad y demorar el diagnóstico por síntomas de alarma, la posibilidad del sobrediagnóstico y sobretratamiento (lo que resulta en investigaciones o tratamientos innecesarios). La colonoscopia, necesaria para la confirmación diagnóstica, es un procedimiento bastante seguro; pero puede tener algunas complicaciones. En general, se trata de complicaciones leves (pequeños sangrados por heridas en el colon), y sólo en muy raras ocasiones podría producirse una complicación grave (sangrado importante o perforación que requiera de posterior cirugía de reparación).

El éxito de un programa de cribado dependerá en buena parte de la calidad de cada una de sus fases: identificación de la población diana, invitación, realización de la prueba de cribado, estudio de los casos positivos y tratamiento de los casos diagnosticados. De esta manera, la calidad de todo el programa depende de la organización. Es por esta razón por la que la UE recomienda que el cribado de cáncer se implante como un programa organizado, de tipo poblacional y con un sistema de garantía de calidad, frente al modelo de cribado oportunista, en el que la participación depende de la iniciativa del ciudadano o el profesional, y donde no hay una organización responsable de los diferentes aspectos del cribado.

CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS PARA IMPLANTAR UN PROGRAMA POBLACIONAL DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE COLON Y RECTO.

El CCR es una patología donde se cumplen los criterios requeridos para la implantación de un programa poblacional de detección precoz:

- Constituye un problema de salud importante, por su elevada incidencia y morbimortalidad asociada.

- Se conoce la historia natural de la enfermedad, incluyendo el tiempo aproximado de latencia entre la lesión precancerosa y el cáncer invasivo.
- El tiempo de latencia es lo suficientemente largo como para poder detectar lesiones precancerosas y cánceres en estadios precoces.
- Existe una prueba de cribado – el test de sangre oculta en heces- que puede considerarse simple, segura, fiable, válida y con un precio asequible.
- Existe un acuerdo que está basado en la evidencia científica sobre las pruebas y el proceso a seguir para confirmar el diagnóstico en aquellos casos en que la prueba de SOH ha resultado positiva, y sobre el tratamiento a seguir en los casos de cáncer colorectal confirmado.
- Existe evidencia de que el tratamiento es más efectivo cuando se diagnostica el cáncer en un estadio temprano que cuando el diagnóstico ocurre en un estadio más avanzado.
- La efectividad de un programa poblacional de cribado de CCR, en términos de reducción de la mortalidad, se ha probado mediante ensayos clínicos con asignación aleatoria.
- El programa de cribado completo (prueba de cribado, pruebas de confirmación diagnóstica, tratamiento) puede ser aceptable tanto para la población como para los profesionales.
- Los beneficios del programa completo son superiores a los daños que pueden derivarse del mismo (por ejemplo, los falsos positivos).

OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CCR

OBJETIVO GENERAL

Reducir la carga de enfermedad en la población andaluza, en términos de disminución de la incidencia y mortalidad por cáncer de colon y recto en la población de riesgo medio (hombres y mujeres de entre 50 y 69 años), y de mejora de la calidad de vida en los casos detectados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Alcanzar una participación de al menos un 45% de la población citada en el programa.
- Alcanzar una tasa de adherencia del programa de al menos el 75%
- Garantizar una adecuada coordinación entre los diferentes niveles asistenciales implicados y una continuidad asistencial, con el fin de lograr un diagnóstico y tratamiento lo

más precoz posible, así como un seguimiento de los casos detectados.

METODOLOGÍA Y SITUACIÓN CRIBADO EN ANDALUCÍA

El cribado de cáncer colorrectal en Andalucía, sigue las recomendaciones de la Comisión Europea y de la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud, recogidas en BOE nº 269 de 6 de noviembre de 2014, cuyas bases se establecen de la siguiente forma:

- Cribado poblacional dirigido a residentes en Andalucía con edades comprendidas entre 50-69 años, en los que no exista antecedentes personales ni familiares.
- Prueba de cribado: Sangre oculta en heces.
- Periodicidad: La prueba se realiza cada 2 años a los participantes con resultado anterior negativo.

Son **criterios de exclusión en el cribado** situaciones tales como antecedentes personales de CCR, sintomatología sospechosa de CCR, antecedentes familiares de CCR, exploraciones colorrectales realizadas en los últimos 2 años, etc. En el caso de tener sintomatología o alto riesgo de CCR, se derivarán siguiendo las indicaciones del Proceso Asistencial Integrado (PAI). El seguimiento de las personas de alto riesgo individual o familiar se realiza en las unidades de digestivo de los hospitales.

La **prueba de cribado utilizada es el Test de Sangre Oculta en Heces (TSOH)** se basa en que el cáncer colorrectal o sus lesiones precursoras sangran y la detección de este sangrado hace sospechar el cáncer. Muchas veces la hemorragia detectada es secundaria a otras patologías no graves tales como la presencia de hemorroides o fisuras anales. En estos casos no se puede descartar la posible existencia de un CCR. De este modo, parece que el colon es el origen de los sangrados inadvertidos y es importante descartar la existencia de patologías graves.

Las distintas Comunidades autónomas comenzaron el desarrollo tras su incorporación en la cartera de servicios, desarrollo que se realizó de manera desigual en el territorio nacional.

La Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) en un informe realizado en Marzo del 2018 denunciaba la situación de inequidad de los programas de cribado de cáncer de colon en España. Andalucía quedaba situada como unos de los principales “puntos negros”, con especial mención a las provincias de Huelva, Sevilla y Córdoba en las que además la incidencia y/o mortalidad de cáncer se encuentra por encima de la media española.

El Cribado de CCR empezó en la Comunidad de Andalucía con un pilotaje en marzo de 2014, iniciándose su extensión a toda la Comunidad en abril de 2018. La extensión del cribado poblacional se ha realizado en dos fases:

- El 30 de abril de 2018 en los 11 Distritos Sanitarios que iniciaron la fase de pilotaje, continúan con la extensión del cribado en todos los Centros de Atención Primaria que dependen de ellos. Se ha alcanzado una cobertura global del 19,86%, con un rango que oscila entre el 3.36% y el 44.10%

- El 4 de junio de 2018 en los 22 Distritos restantes, se realiza formación, y se inicia el cribado en sus Centros de Atención Primaria de forma progresiva a partir del mes de junio. Se ha alcanzado una cobertura global del 10.78%, con un rango que oscila entre el 3.44% y el 46,13%

El los datos disponibles a 31 de Diciembre DE 2018 el 97,18% de los centros habían iniciado las invitaciones a la participación de su población adscrita al programa de cribado, en total 288.326 andaluces. Se comenzó invitando en primer lugar a las personas de 69 años y posteriormente a las de 68 años y así sucesivamente hasta los 50 años. De la población invitada el porcentaje de aceptación, es decir aquellas personas que reenviaron la carta recibida para que se les enviara el kit para la detección de sangre oculta en heces, fue del 20,86%. El porcentaje de test positivos era de un 11,31%, en consonancia con lo esperado y alineado con los datos de otros programas de cribado similares. Esto motivó la indicación de 1009 colonoscopias y la realización de 580. Los resultados de las colonoscopias realizadas eran los siguientes (Tabla 2)

Tabla 2. Resultados de las colonoscopias realizadas en el programa de cribado (Dic 2018)

Colonoscopias realizadas	580	Porcentaje
Adenomas de bajo riesgo	80	13,8%
Adenomas de riesgo intermedio	151	26,03%
Adenomas de alto riesgo	37	6%
Cáncer invasivo	1	0,17%
Total lesiones	269	46%

EVOLUCIÓN PROGRAMA DE CRIBADO

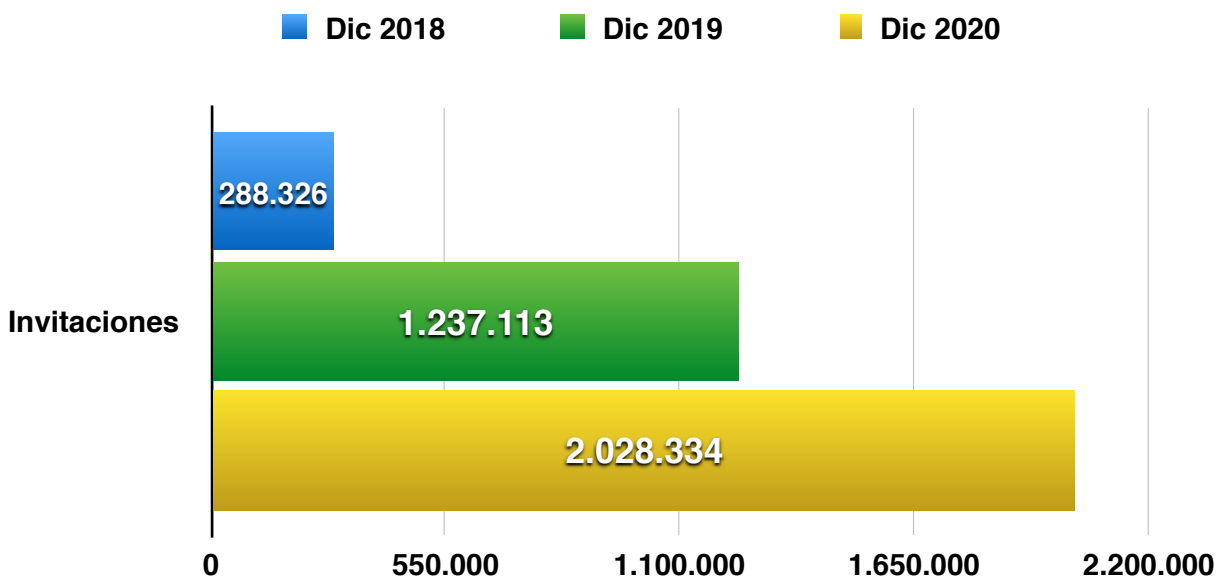
Esa era la situación en Diciembre de 2018. En Febrero de 2019 el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía aprobó un presupuesto específico para extender el cribado de colon a toda la población diana.

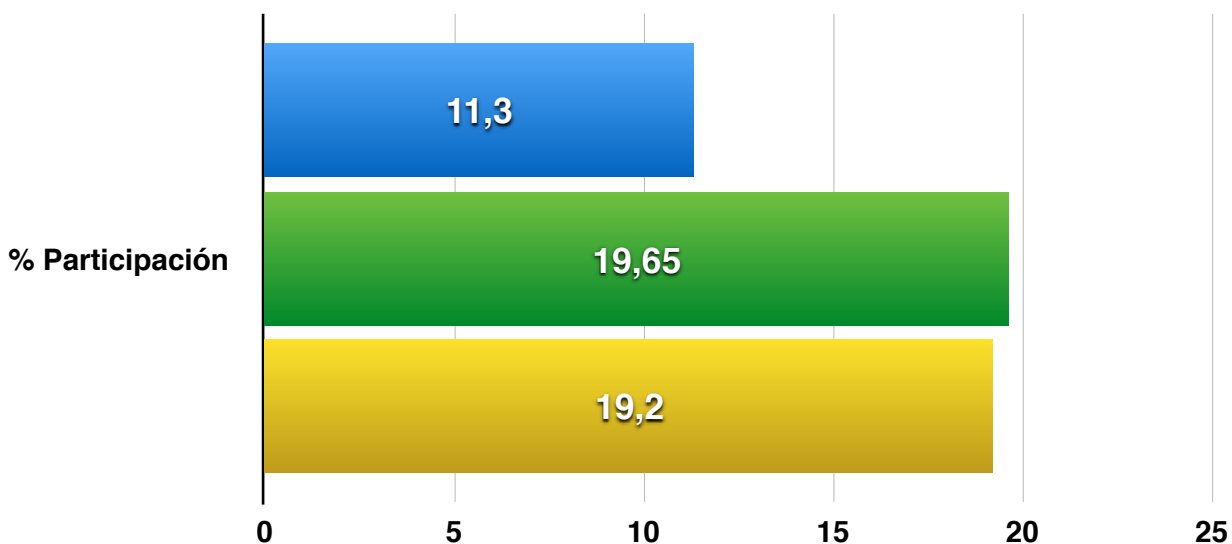
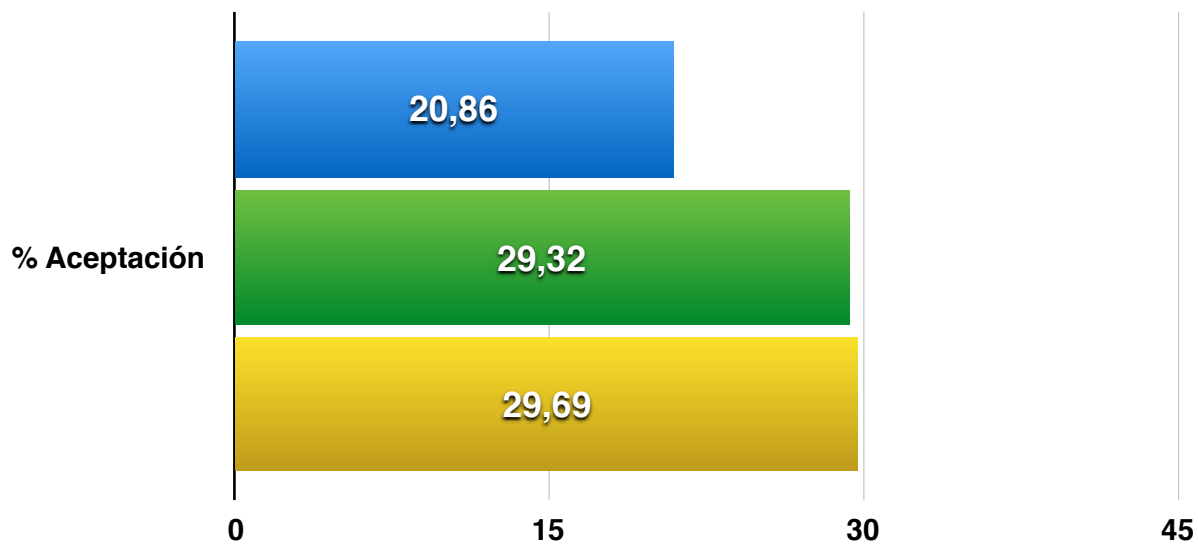
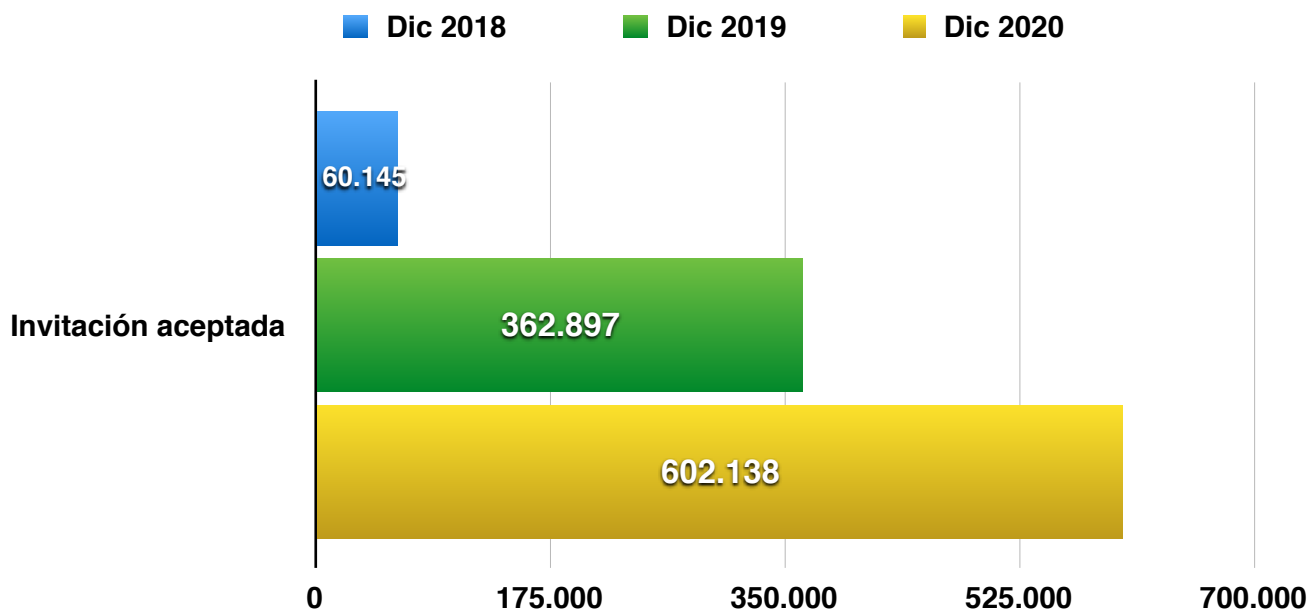
Durante 2019 se aumentó el número de personas invitadas a participar en el programa, en Diciembre de 2019 se habían alcanzando 1.237.113 de ciudadanos con una cobertura de 57,38%, iniciándose el 100% de los centros.

Los datos a finales de 2019 (Diciembre de 2019) se muestran resumidos en la siguiente tabla.

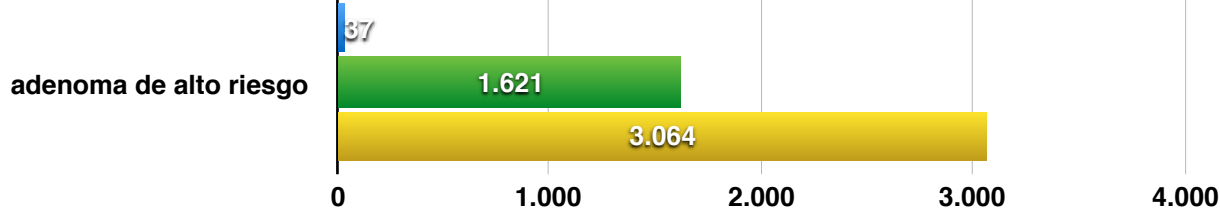
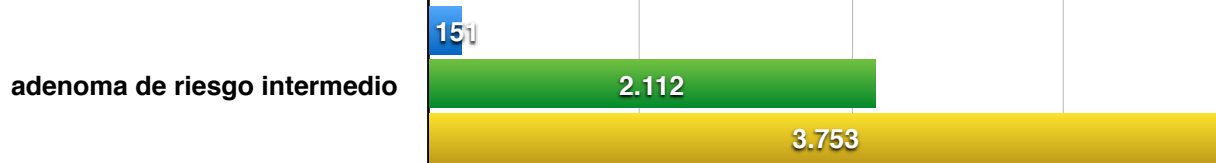
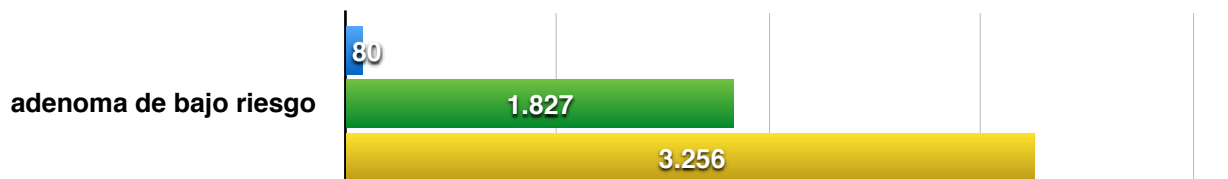
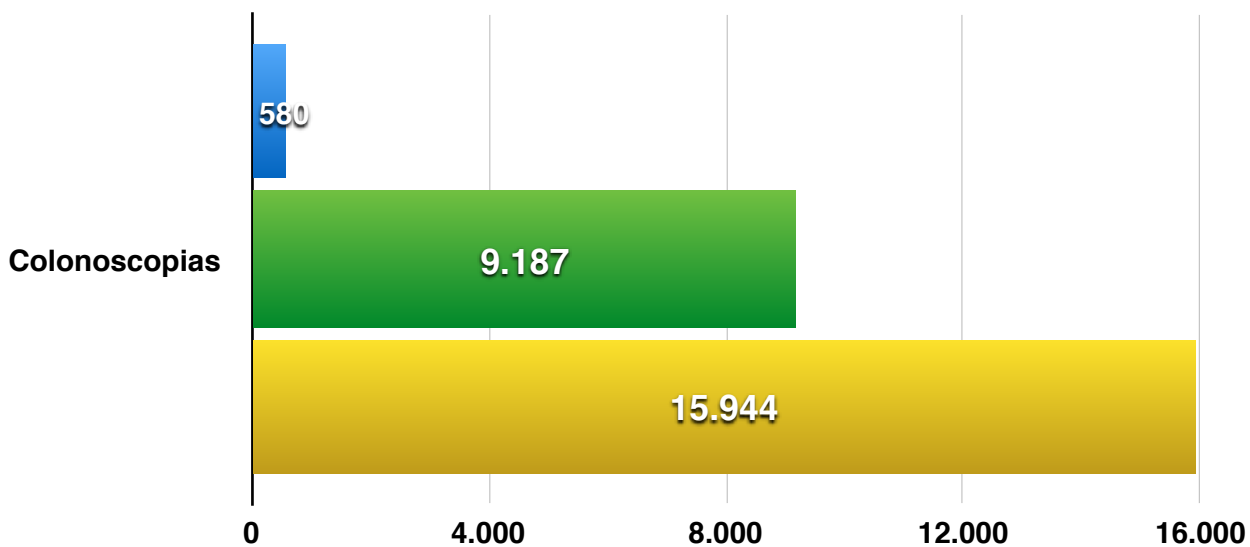
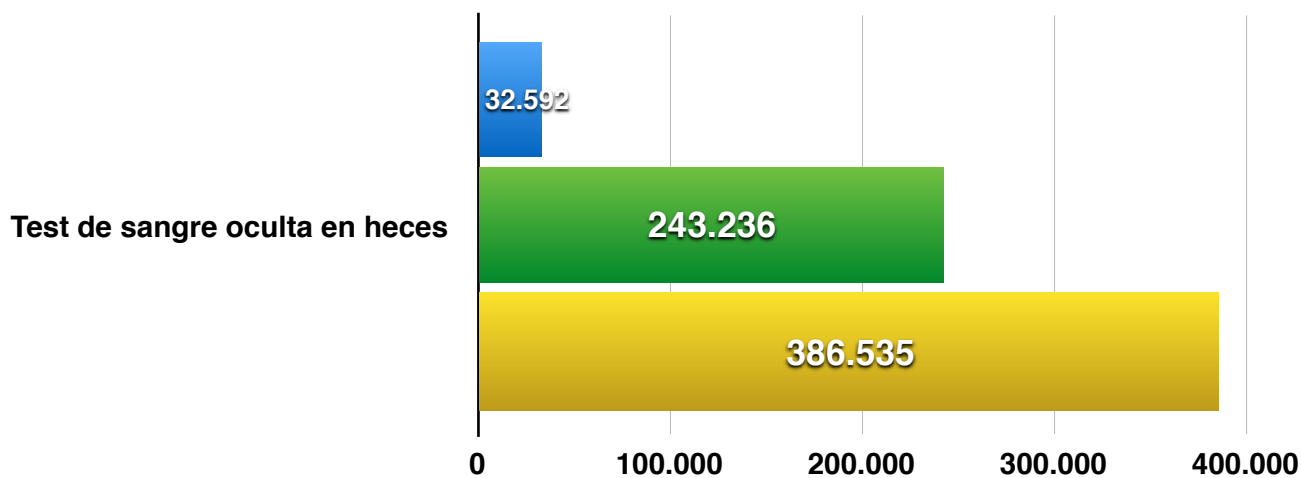
Invitados	1.237.113
Cobertura	57,38%
Centros iniciados	100%
Invitación aceptada	362.897
% aceptación	29,32%
Test entregados	243.236
% participación	19,65%
Test válidos	241.549
Test positivos	21.827
% test positivos	9,04%
Colonoscopia indicada	12.362
% colonoscopia indicada	56,46%
Colonoscopia realizada	9.187
% colonoscopia realizada	74,32%

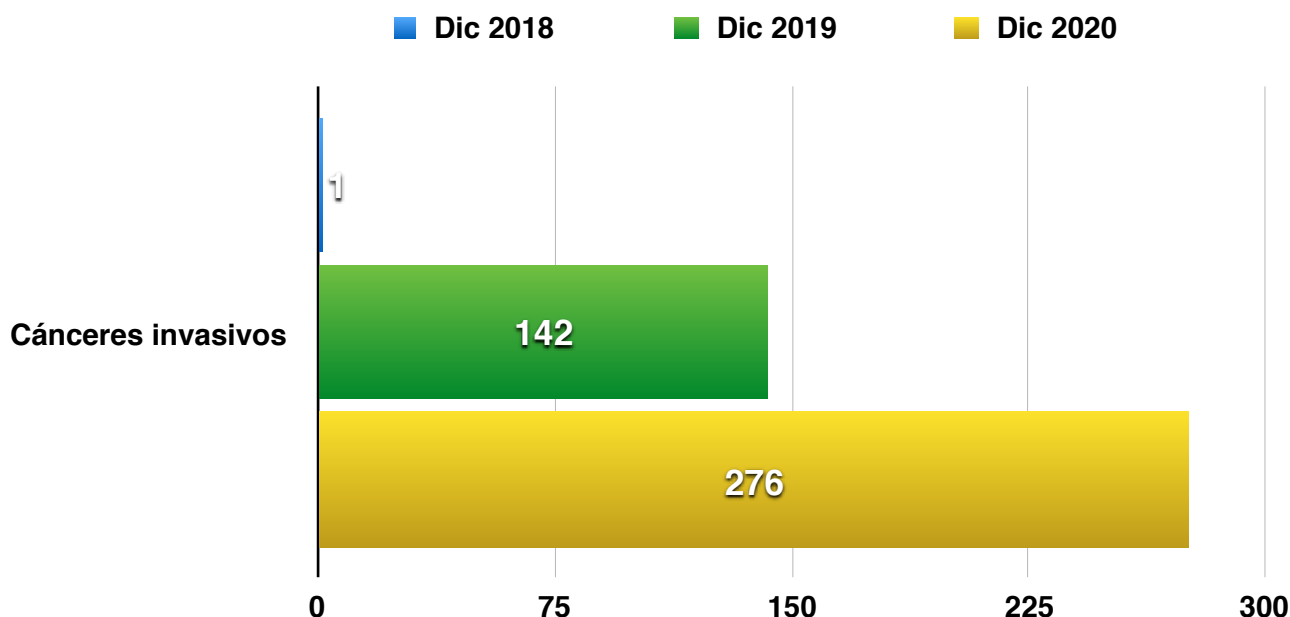
Durante el 2020 la pandemia ha dificultado la continuidad del programa de cribado. Las invitaciones al programa se suspendieron durante el estado de alarma con fecha 24 de marzo de 2020. Sin embargo no se han suspendido las pruebas programadas y se produjo un reinicio gradual de las invitaciones en cada uno de los distritos según su situación epidemiológica. En los siguientes gráficos observamos la evolución de los parámetros principales del cribado de cáncer de colon, desde su situación a diciembre de 2018 hasta los últimos datos de los que disponemos (31 de Diciembre de 2020).





■ Dic 2018 ■ Dic 2019 ■ Dic 2020





ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

En datos globales la situación actual ha mejorado respecto al inicio, no obstante la pandemia ha impedido alcanzar las cifras planteadas para final de este año. En la siguiente tabla se aportan los datos actuales

Invitados	2.028.334
Cobertura	85,76%
Centros iniciados	100%
Invitación aceptada	602.138
% aceptación	29,69%
Test entregados	389.468
% participación	19,20%
Test válidos	386.535
Test positivos	32.775
% test positivos	8,48%
Colonoscopia indicada	19.089
% colonoscopia indicada	73,24%
Colonoscopia realizada	15.944
% colonoscopia realizada	80,71%

Por lo tanto a pesar de las dificultades de la pandemia se ha alcanzado una cobertura del 85,76%, con áreas en las que la cifra está por encima del 90%. En este punto se va a realizar una reunión con los responsables de los distritos para conocer las dificultades y posibilidades de mejora en su caso, así como la puesta en marcha de planes específicos en caso de considerarse necesario.

Otro punto importante es el porcentaje de aceptación y participación. Las cifras actuales son del 29,69% y el 19,20% respectivamente, lo ideal sería aumentarlas, lo que supone un gran reto. Para ello se van a plantear estrategias de difusión del cribado y concienciación de la población, con un plan específico y con la colaboración de múltiples actores incluidos los pacientes y sus asociaciones. También esta cifra es variable de unos distritos a otros pero aquí se planteará una estrategia global.

En cuanto a la realización de las pruebas: test de sangre oculta en heces y colonoscopias, las cifras son buenas. El 80,71% de las colonoscopias realizadas de media es un dato bastante aceptable para la situación que atravesamos.

Los resultados de las colonoscopias efectuadas son claramente positivos. Se han extirpado un total de 10.173 pólipos de los que 3.064 eran de alto riesgo, ello supone un importantísimo beneficio para las personas a las que se les ha evitado el desarrollo de un cáncer colorectal. Además se han detectado 276 cánceres invasivos, por lo que ya estamos viendo los beneficios de este programa de cribado.