

ORIGINAL BREVE

Recibido: 27 de mayo de 2020
Aceptado: 3 de junio de 2020
Publicado: 26 de enero de 2021

PROGRAMA PILOTO DE CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER COLORRECTAL EN CASTILLA-LA MANCHA. RESULTADOS PARCIALES TRAS PRIMERA RONDA: 2015-2018

Laura Valiente González (1), Ricardo de Miguel Ibáñez (2) y Francisco Escribano Sotos (3)

(1) Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca. España.

(2) Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca. España.

(3) Universidad de Castilla La Mancha. Centro de Estudios Sociosanitarios. Albacete. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

RESUMEN

Fundamentos: El cáncer colorrectal (CCR) es considerado un problema de salud pública por su alta incidencia y mortalidad en los países desarrollados. La prevención primaria no es fácil, debido al desconocimiento de los principales factores de riesgo y a la dificultad de modificar factores de riesgo conocidos, pero se trata de uno de los pocos tumores que cumple los criterios para ser susceptible de cribado. En España, el *Programa de Cribado Poblacional de CCR* se implantó en Cataluña en el año 2000, seguida de la Comunidad Valenciana en 2005, comenzando en Castilla-La Mancha en abril de 2015. El objetivo del trabajo fue realizar un estudio descriptivo de los resultados obtenidos en la primera ronda del *Programa de Cribado Poblacional de CCR* en el Hospital Virgen de la Luz de Cuenca.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional a partir de las colonoscopias realizadas desde el 1 de mayo de 2015 hasta noviembre de 2018, analizándose el número de lesiones detectadas, la histología, el sexo y la franja de edad con mayor afectación, así como si existió relación entre las distintas variables mediante prueba de Chi cuadrado de Pearson. Las variables cualitativas se presentaron mediante su distribución en frecuencias absolutas y relativas, y las cuantitativas por media y desviación estándar.

Resultados: La tasa de participación fue del 48,06%. El 7,25% de los test de sangre oculta en heces (TSOH) realizados fueron positivos y el 89% de las personas con test positivo se realizaron una colonoscopia. La positividad del test de sangre oculta en heces inmunológico y la tasa de detección de adenomas fueron mayores en hombres. El 70,7% de los cánceres colorrectales se diagnosticaron en estadios precoces. No existió relación entre la edad y la presencia de lesiones avanzadas.

Conclusiones: Las tasas de personas con adenomas y con cánceres invasivos en la provincia de Cuenca resultan inferiores a las registradas en toda Castilla-La Mancha.

Palabras clave: Cáncer colorrectal, Colonoscopia, Cribado, Adenocarcinoma, TNM, Castilla-La Mancha.

Correspondencia:
Laura Valiente González
C/Colón, nº30, 2ºE
16002 Cuenca, España
lvalienteg@sescam.jccm.es

ABSTRACT

Colorectal cancer screening pilot program in Castilla-La Mancha. Partial results after first round: 2015-2018

Background: Colorectal cancer is considered a public health problem due to its high incidence and mortality in developed countries. Primary prevention is not easy owing to the lack of knowledge of the main risk factors and the difficulty of modifying known risk factors, but it is one of the few tumors that meet the criteria for screening. In Spain, the *Colorectal Cancer Population Screening Program* was implemented in Catalonia in 2000, followed by the Valencian Community in 2005, beginning in Castilla La Mancha in April 2015. The objective was to carry out a descriptive study of the results obtained in the first round of the *Colorectal Cancer Screening Program* at the Virgen de la Luz Hospital in Cuenca.

Methods: A retrospective, descriptive and observational study was carried out from the colonoscopies carried out from May 1, 2015 to November 2018, analyzing the number of lesions detected, the histology, the sex and the age range with the greatest affectation, as well as if there was a relationship between the different variables using Pearson's Chi square test. The qualitative variables were presented by means of their distribution in absolute and relative frequencies, and the quantitative ones by mean and standard deviation.

Results: The participation rate was 48.06%. 7.25% of fecal occult blood test were positive and 89% with a positive test had a colonoscopy. The positive of immunological fecal occult test and the detection rate of adenomas were higher in men. 70.7% of colorectal cancers were diagnosed in early stages. There was no relationship between age and the presence of advanced lesions.

Conclusions: The rates of people with adenomas and people with invasive cancers in Cuenca province are lower than those registered in Castilla-La Mancha.

Key words: Colorectal cancer, Colonoscopy, Screening, Adenocarcinoma, TNM, Castilla La Mancha.

Cita sugerida: Valiente González L, De Miguel Ibáñez R, Escribano Sotos F. Programa piloto de cribado poblacional de cáncer colorrectal en Castilla-La Mancha. Resultados parciales tras primera ronda: 2015-2018. Rev Esp Salud Pública. 2021; 95: 26 de enero e202101011

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal (CCR) es considerado un problema de salud pública por su alta incidencia y mortalidad en los países desarrollados. A nivel mundial es la segunda causa de muerte tras el cáncer de pulmón, seguido del cáncer gástrico y el hepatocarcinoma⁽¹⁾. La mayoría de los tumores colorrectales son esporádicos (70-80%), y solo un pequeño porcentaje corresponde a formas hereditarias⁽²⁾.

La prevención primaria no es fácil debido al desconocimiento de los principales factores de riesgo y a la dificultad de modificar determinados factores de riesgo conocidos (ejercicio físico, cambios de dieta, tabaquismo, etc.). Por ello, se han planteado diversas estrategias de detección precoz (prevención secundaria) basadas en la sospecha de que un tratamiento precoz de las lesiones detectadas mejoraría el pronóstico de esta neoplasia, evitando su aparición o reduciendo su mortalidad⁽³⁾.

El CCR es uno de los pocos tumores que cumple los criterios para ser susceptible de cribado (Criterios de Wilson y Jungers, 1968) ya que, como ya ha sido expuesto, es un importante problema de salud pública por su alta morbimortalidad, presenta una historia natural conocida (con una fase presintomática larga en la que el diagnóstico mejora el pronóstico), existen métodos de cribado con alta sensibilidad y especificidad, seguros, baratos, bien aceptados por los pacientes y con pocos efectos secundarios, y además existe un tratamiento eficaz⁽⁴⁾.

Actualmente, la exploración más aceptada para la realización del cribado es el test de sangre oculta en heces (TSOH), que ha demostrado en diversos estudios reducciones en la mortalidad de hasta el 30%. Entre los distintos TSOH, el más aceptado es el inmunoquímico, ya que presenta mayor sensibilidad, requiere una única

muestra de heces y no es necesario realizar restricciones dietéticas^(2,5).

En España el *Programa de Cribado Poblacional de CCR* se implantó en Cataluña en el año 2000, seguida de la Comunidad Valenciana en 2005, comenzando en Castilla-La Mancha en abril de 2015⁽⁶⁾ como programa piloto en tres áreas sanitarias: Cuenca, Guadalajara y Talavera de la Reina. Posteriormente se amplió al resto de la comunidad.

El *Programa para la Detección Precoz de CCR* puesto en marcha por el Gobierno de Castilla-La Mancha tiene como objetivo principal realizar un abordaje más precoz de la enfermedad, lo que supondrá un mejor pronóstico, una necesidad de tratamientos menos agresivos, con mejoría de la calidad de vida de los pacientes, y una supervivencia superior.

El objetivo del trabajo fue la realización de un estudio descriptivo de los resultados obtenidos en la primera ronda del *Programa de Cribado Poblacional de CCR* en el Hospital Virgen de la Luz de Cuenca.

MATERIAL Y MÉTODOS

Fuentes de datos y materiales. El *Programa de Cribado Poblacional de CCR* en la provincia de Cuenca comenzó en abril de 2015 como un programa piloto dentro de Castilla-La Mancha, y la primera ronda finalizó en julio de 2018. La población diana estuvo constituida por mujeres y hombres de 50 a 69 años, lo que supuso un total de 40.032 personas.

Los criterios de exclusión fueron: antecedentes personales de CCR, adenomas o enfermedad inflamatoria intestinal, colectomía previa, antecedentes familiares de CCR, colonoscopia realizada en los 5 años previos, incapacidad física o mental, cambio de comunidad autónoma o *éxitus*.

Las invitaciones para participar en el programa comenzaron a realizarse desde los centros de atención primaria de la provincia de Cuenca, de manera presencial o mediante llamada telefónica, en abril de 2015 y, posteriormente, se realizó mediante una carta de invitación personalizada que se envió desde la Consejería de Sanidad a partir de julio de 2016.

A las personas que aceptaron la invitación se les realizó TSOH inmunológico y, en caso de ser positivo, el médico de atención primaria fue el encargado de comunicárselo al sujeto, recomendando la realización de colonoscopia con sedación, explicándole en qué consistía la exploración y la preparación del colon para la misma.

Las colonoscopias se realizaron en la unidad de endoscopias del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca, centro de referencia de la gerencia única de Cuenca, entre mayo de 2015 y noviembre de 2018, administrando medicación sedoanalgésica y siguiendo las recomendaciones de la Asociación Española de Gastroenterología (AEG)⁽⁷⁾. En algunos casos, indicados por el endoscopista, la exploración se realizó bajo sedación por parte del anestesiólogo.

Durante la colonoscopia se realizó polipectomía endoscópica de las lesiones polipoideas susceptibles de tratamiento endoscópico en un primer tiempo, y se tomaron biopsias de las lesiones sospechosas de malignidad y de aquellas no aptas para tratamiento endoscópico. En algunos casos, debido a la complejidad de las lesiones o a las características del paciente, se realizó resección endoscópica en una segunda colonoscopia.

Los resultados del test de sangre oculta en heces (TSOH) se obtuvieron de los registros provinciales a través de la dirección del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca, y los resultados de las colonoscopias se consiguieron de los registros de información e historia clínica a través

de Mambrino XXI (programa de historia clínica electrónica del SESCAM).

Se recopilaron datos sociodemográficos (edad en el momento de la colonoscopia, sexo) y resultados de la prueba, así como tratamiento realizado.

Análisis de datos. Se trató de un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional realizado en el Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca, en el que se analizaron un total de 1.396 colonoscopias recogidas mediante inclusión sistemática. En la **figura 1** se muestra el esquema general del estudio.

Los resultados se analizaron utilizando el programa SPSS[®] versión 22.

Se realizó un análisis descriptivo de los datos que fueron recogidos tras la realización de la colonoscopia y durante el periodo de tratamiento, en caso de que este fuese necesario.

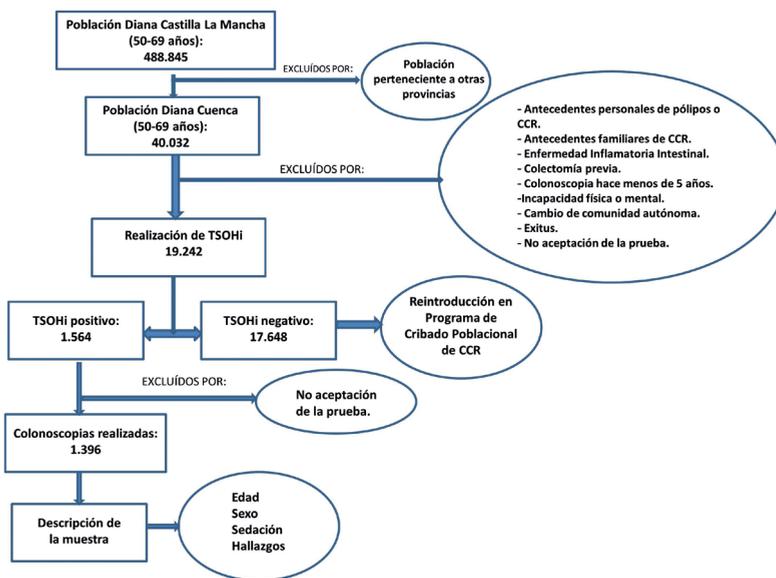
Se definió colonoscopia completa cuando se logró la intubación cecal.

Los pólipos se clasificaron, según su histología siguiendo la adaptación de la clasificación revisada de Viena para el cribado de CCR, en no neoplásicos, neoplasia mucosa de bajo grado, neoplasia mucosa de alto grado y carcinoma⁽⁸⁾. Los adenocarcinomas se clasificaron por estadios según la clasificación TNM⁽⁹⁾.

Por otro lado, se clasificaron según su tamaño en de bajo riesgo (<1cm), de riesgo medio (1-2cm) y de alto riesgo (>2cm), por la presencia o ausencia de componente vellosos, por el número de pólipos visualizados durante la colonoscopia y en función de la localización de la lesión de mayor tamaño.

Las variables cualitativas se presentaron mediante su distribución en frecuencias absolutas

Figura 1
Esquema general del estudio.



y relativas, y las cuantitativas por media y desviación estándar.

Se realizó el estudio de los resultados obtenidos en función de edad, sexo, sedación y colonoscopia completa o incompleta mediante estudio de tablas cruzadas, valorando si existía asociación entre las variables mediante prueba de Chi cuadrado de Pearson. Se consideró estadísticamente significativo si $p < 0,05$

El estudio contó con la aprobación del Comité Ético de Investigación del Área de Salud de Cuenca y en su realización se respetaron los acuerdos de la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

La primera ronda del Programa de Cribado Poblacional de CCR se inició en Cuenca en abril de 2015, finalizando la invitación en julio de 2018.

Se realizaron 864 colonoscopias a varones y 532 colonoscopias a mujeres. La edad media en el momento de la colonoscopia fue de 60,71 años (IC 95% 60,39-61,02).

Para la sedación, en 961 colonoscopias se utilizó midazolam y fentanilo; en 402, propofol administrado por el endoscopista; en 26, sedación controlada por anestesista; 7 personas no recibieron ningún tipo de sedación.

La colonoscopia fue completa en 1.312 casos (93,98%) e incompleta en los 84 restantes, debido a mala preparación, problemas anatómicos o mala tolerancia del paciente, realizándose una segunda colonoscopia en 58 casos.

Se observó una relación estadísticamente significativa entre el tipo de sedación y la realización de colonoscopia completa o incompleta ($p=0,02$). El 83,3% de los pacientes con colonoscopias incompletas recibieron sedación con

midazolam y fentanilo; el 14,4%, con propofol controlado por endoscopista; el 2,4%, con sedación por anestesista; se completaron el 100% de las colonoscopias realizadas sin sedación.

La colonoscopia fue normal en 431 casos, y 965 presentaron hallazgos significativos (69,12%).

Se encontró una relación estadísticamente significativa entre el sexo y la presencia de hallazgos. El 69,4% de las colonoscopias en las que se observaron lesiones se realizaron a hombres, frente al 30,6% que correspondieron a mujeres ($p < 0,0001$).

La anatomía patológica de las lesiones halladas en las colonoscopias fue pólipos hiperplásicos en 66 casos, adenomas de bajo grado en 682 casos, adenomas de alto grado en 81 casos y adenocarcinoma en 83 casos (5,94% del total de colonoscopias realizadas). No se consiguieron recuperar los pólipos en 23 casos.

El 67,9% de las colonoscopias con hallazgo de adenomas de alto grado y el 74,7% de las colonoscopias con hallazgo de adenocarcinoma se realizaron a hombres, lo que demostró una asociación estadísticamente significativa ($p = 0,005$) entre el sexo y el resultado anatómopatológico.

La proporción de personas con cualquier tipo de adenoma y de personas con cáncer invasivo detectado en nuestra provincia fue de 39,71 y 2,81, respectivamente (tasa por 1.000 personas).

De los adenocarcinomas detectados, el 33,73% correspondieron a estadio 0 (28), el 20,48% a estadio I (17), el 15,66% a estadio II (13), el 21,69% a estadio III (18) y el 7,23% a estadio IV (6).

Los resultados por edad y sexo se muestran en las figuras 2 y 3.

Figura 2
Tasa de detección de pólipos en hombres por edad.

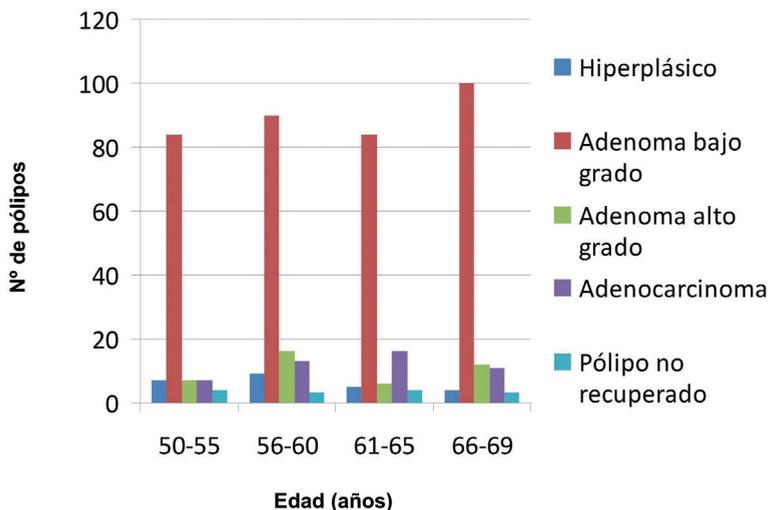
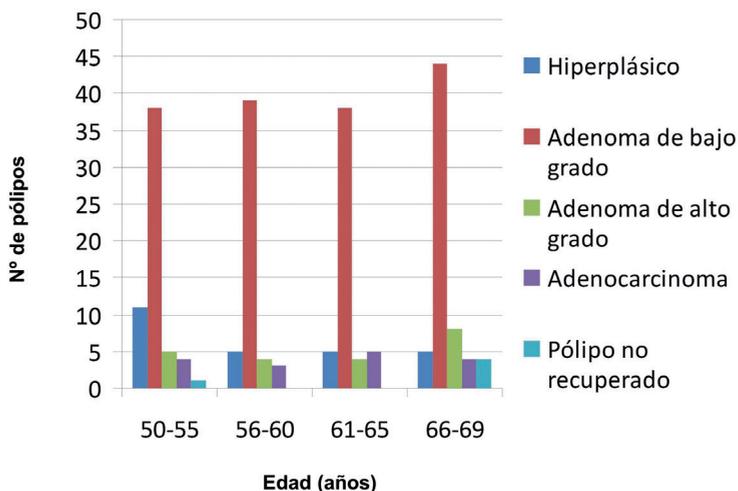


Figura 3
Tasa de detección de pólipos en mujeres por edad.



DISCUSIÓN

Los datos obtenidos en el análisis muestran una tasa de participación (48,06%) por encima de la registrada en Castilla-La Mancha, y ligeramente superior a la observada en la primera ronda de cribado de cáncer colorrectal en otras regiones de España, pero por debajo del alto grado de participación registrado en el País Vasco (>65%)^(5,10,11,12,13).

Se deben tomar medidas para concienciar a la población y a los profesionales sanitarios sobre la importancia de este programa de cribado y analizar las posibles barreras para aumentar la tasa de participación, que en el caso de nuestro hospital podrían estar en relación con la distribución geográfica, ya que se defiende que para reducir la mortalidad por CCR se necesitan cifras de participación superiores al 50%^(14,15). A pesar de que la participación en nuestro centro no supera esa cifra, el dato obtenido es esperanzador, teniendo en cuenta que es uno de los tres

hospitales que comenzaron con el programa piloto de cribado de CCR en Castilla-La Mancha.

En nuestro estudio, el test de sangre oculta en heces es positivo en el 7,25%, cifra que se encuentra dentro del porcentaje de positivos recogido en España, que va del 4,4 al 11,1%, y un poco por debajo del obtenido en Castilla-La Mancha (8%)⁽¹³⁾. La positividad es mayor en hombres que en mujeres, al igual que la tasa de detección de adenomas, de manera similar a lo observado en otros estudios⁽¹⁶⁾.

A diferencia de otros programas de cribado, en nuestro hospital no se observa un aumento de las lesiones avanzadas relacionadas con el envejecimiento, apareciendo estas lesiones casi por igual en todos los grupos de edad⁽¹⁵⁾. Esto podría deberse a que un amplio porcentaje de la población conquense pertenece al medio rural, caracterizado por un entorno más saludable, con menor índice de contaminación ambiental, y donde la población mantiene, por lo general,

una mayor actividad física a pesar de la edad y realiza una dieta basada en alimentos menos procesados que en zonas urbanas⁽¹⁷⁾.

La colonoscopia se realiza en el 89% de los casos indicados, lo que muestra una alta aceptación de la prueba pero inferior a otros programas, siendo la tasa de aceptación en Castilla-La Mancha del 95,25%. El 93% de las colonoscopias son completas, resultados que coinciden con otros estudios entre los que se incluyen los resultados obtenidos en Castilla-La Mancha (95,8%)⁽¹³⁾, y en más de la mitad de los casos resultaron terapéuticas. Estos resultados se encuentran por encima del nivel deseable de colonoscopia completa (>90%)^(5,10).

La tasa de personas con cualquier tipo de adenoma en Cuenca es inferior a las registradas en Castilla-La Mancha, al igual que la tasa de personas con cáncer invasivo detectado, siendo ésta última una de las tasas más bajas en relación con las tasas registradas en la mayoría de comunidades autónomas de nuestro país⁽¹³⁾.

El alto porcentaje de lesiones avanzadas diagnosticadas y la detección de los cánceres invasores en estadios precoces (70,7% del total de neoplasias) hacen pensar que la implantación del programa de cribado poblacional de cáncer colorrectal conseguirá, a medio plazo, reducir de manera significativa la morbimortalidad producida por este tipo de cáncer⁽¹²⁾.

La principal limitación de este estudio es que se basa únicamente en los resultados de uno de los hospitales de Castilla-La Mancha, que comenzó con el programa piloto, por lo que se trata de resultados parciales que, debido a las diferencias geográficas y poblacionales entre las distintas provincias de la comunidad, hacen posible que estos resultados no puedan ser extrapolables a todas ellas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Las Cifras del Cáncer en España 2019. SEOM 2019.
2. Castells A. Cribado del cáncer colorrectal. *Gastroenterol Hepatol.* 2015;38:64–70.
3. Castells X, Sala M, Ascunce N, Salas D, Zubizarreta R, Casamitjana M et al. Descripción del cribado del cáncer en España: Proyecto DESCRIC. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. *Inf Evaluación Tecnol Sanit AATRM* núm 2006/01. 2007.
4. Wilson JMG JG. Principles and Practice of Screening for Disease. WHO Public Paper 34. Geneva World Health Organ. 1968;168.
5. Málaga A, Salas D, Sala T, Ponce M, Goicoechea M, Andrés M et al. Programa de cribado de cáncer colorrectal de la comunidad Valenciana. Resultados de la primera ronda: 2005-2008. *Rev Esp Salud Publica.* 2010;84(6):731–43.
6. Salas D. Situación e implantación hasta el 2017. Programas de Cribado de Cáncer Colorrectal en España. Red de Programas de Cribado de Cáncer. 2018.
7. Simón MA, Bordas JM, Campo R, González-Huix F, Igea F, Monés J. Consensus document of the Spanish Association of Gastroenterology on sedoanalgesia in digestive endoscopy. *Gastroenterol Hepatol.* 2006 Mar 1;29(3):131–49.
8. Albéniz Arbizu E, Pellisé Urquiza M, Alberca de las Parras F, Alonso Aguirre P, Álvarez MA, Barquero Declara D, et al. Guía clínica para resección endoscópica de pólipos de colon y recto. SEED. 2017.
9. De Rojas JRN. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento del carcinoma de colon y recto: Generalidades. *Rev Gastroenterol Mex.* 2008 Apr 1;73(2):114–7.

10. Solé Llop ME, Cano del Pozo M, García Montero JI, Carrera-Lasfuentes P, Lanas Á, Solé Llop ME et al. Programa de cribado poblacional de cáncer colorrectal en Aragón. Primeros resultados. *Gac Sanit.* 2018;32(6):559–62.
11. Portillo I, Idígoras I, Ojembarrena E, Arana-Arri E, Zubero MB, Pijoán JI et al. Principales resultados del programa de cribado de cáncer colorrectal en el País Vasco. *Gac Sanit.* 2013;27(4):358–61.
12. Bucodental AS, Escolares DOS. Boletín epidemiológico de Galicia. 2007;XIX:2007.
13. Evaluación programas de cribado de cáncer colorrectal. Red de Programas de Cribado de Cáncer. 2017. p. 53.
14. Courtier R, Casamitjana M, Macià F, Panadés A, Castells X, Gil MJ et al. Resultados de un estudio de cribado poblacional de neoplasia colorrectal. *Cir Esp.* 2009;85(3):152–7.
15. Trejo DS, Villares IP, Piñol JAE, Cabanell JI, Espí MV, Riquelme FP et al. Implementation of colorectal cancer screening in Spain: Main results 2006-2011. *Eur J Cancer Prev.* 2017 Jan 1;26(1):17–26.
16. Salas Trejo D, Portillo Villares I, Espinàs Piñol JA, Ibáñez Cabanell J, Vanaclocha Espí M, Pérez Riquelme F et al. Implementation of colorectal cancer screening in Spain. *Eur J Cancer Prev.* 2017;26(1):17–26.
17. Bandrés AC, Barra A. Patrón alimentario en dos poblaciones pertenecientes a la dieta mediterránea distintas: Rural y urbana. *Rev Esp Nutr Comunitaria.* 2007;13(1):11–7.