

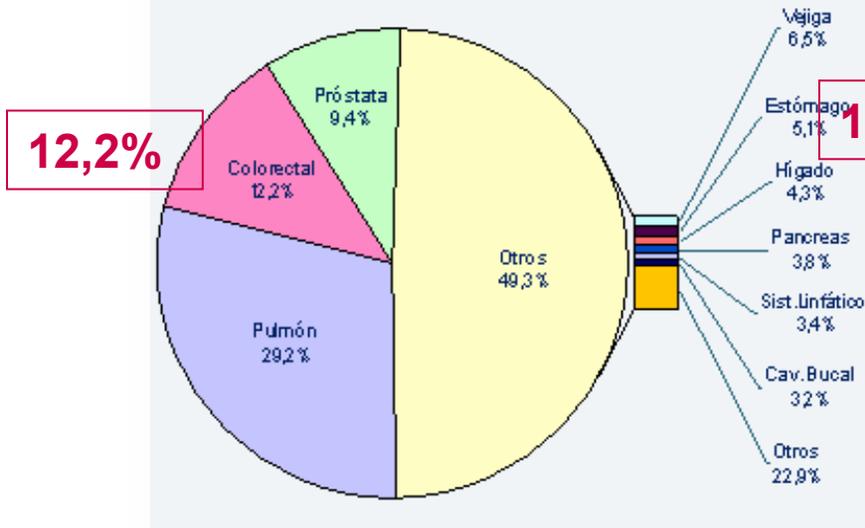
PROGRAMA CÁNCER COLORRECTAL COMUNIDAD VALENCIANA

Justificación

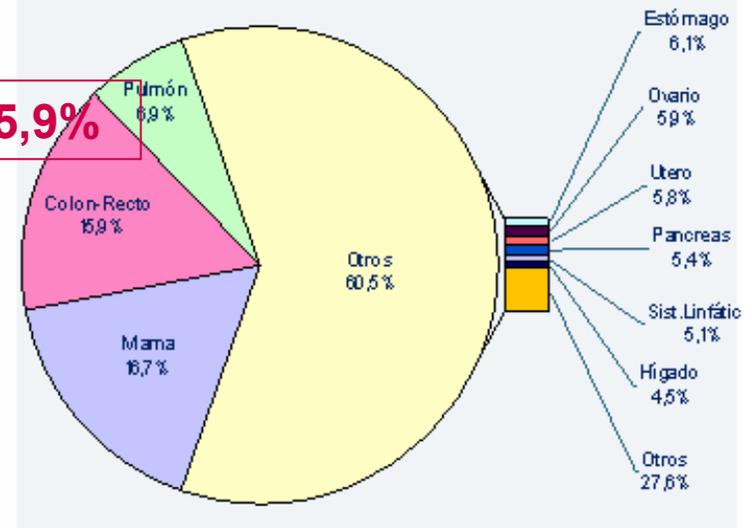
- El CCR es la **segunda causa** de muerte por cáncer en los países occidentales
- Incidencia en la CV: 0.41 ‰ \approx 1.238 casos/año
- La incidencia y riesgo acumulado de desarrollar la enfermedad aumentan con la edad.
- La tasa de supervivencia a los 5 años depende del estadio de la enfermedad.

Distribución Porcentual de la Mortalidad por Grupos Tumorales y Sexo. CV 2004

Hombres



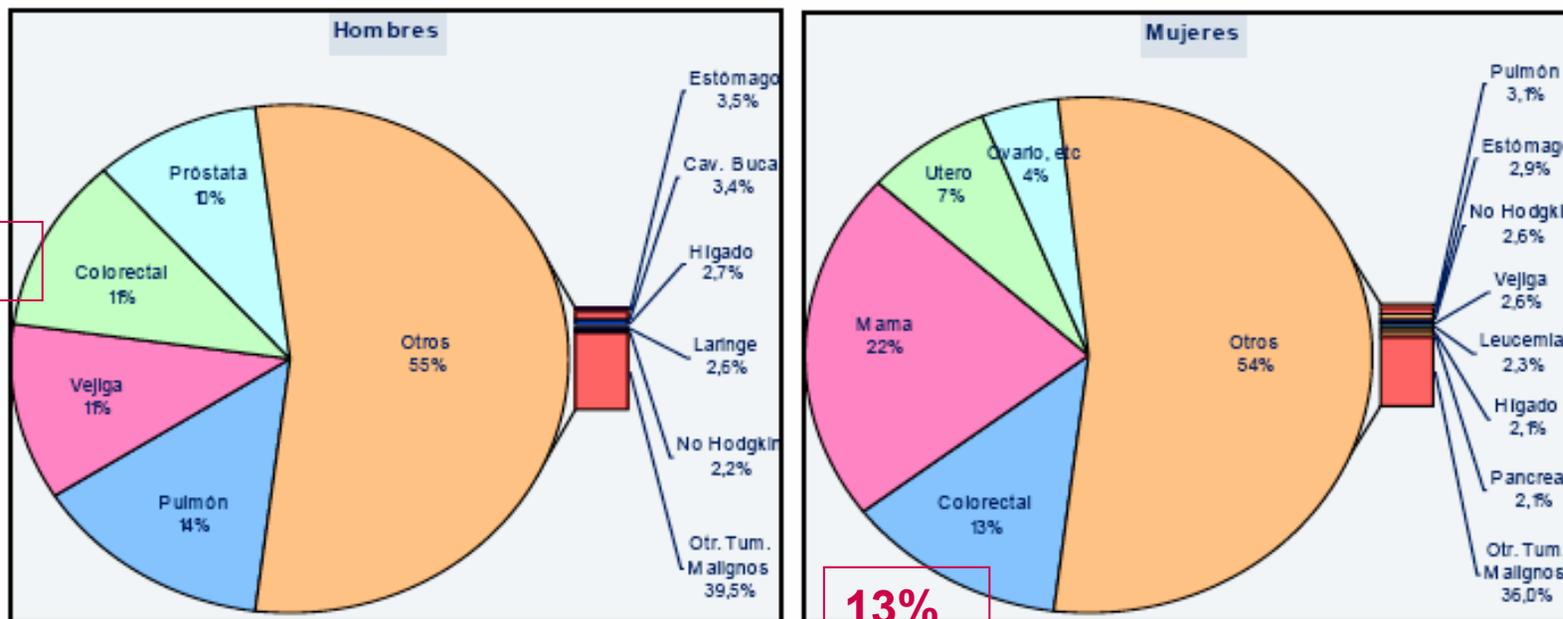
Mujeres



Fuente: Registro de Mortalidad de la C.V.

Elaboración: Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP.

Distribución Porcentual de la Incidencia por Grupos Tumoraes y Sexo. SIO ALTAS CV 2003



Elaboración : Servicio de Estudios Epidemiológicos y Estadísticas Sanitarias. DGSP.

Fuente: SIO ALTAS 2003

Historia natural

- La gran mayoría de los CCR evolucionan desde lesiones pre-malignas (PÓLIPO ADENOMATOSO - ADENOMA).
- El riesgo de desarrollar un pólipo adenomatoso es del **19%**, y alrededor del **2 – 5%** de estos pólipos desarrollará un carcinoma invasor en 10 años.

Justificación

- El CCR es un buen candidato para *el cribado*:

1. *alta incidencia y prevalencia a nivel mundial.*

2. *largo periodo desde la aparición del pólipo hasta la presencia del carcinoma invasor (aprox. 10 años).*

3. *posibilidad de tratamiento endoscópico de los pólipos*

4. *la supervivencia depende del estadio de la enfermedad*

- La baja tasa de adherencia a políticas de *cribado* obliga al desarrollo de técnicas no invasivas.

Técnicas diagnósticas

1. **Test de sangre oculta en heces**: barato y no invasivo. Realizado anual o bi-anualmente
↓mort. entre 13 – 33%.
2. **Sigmoidoscopia**: No se identifican aprox. 50% de lesiones. Se realiza cada 5 años.
3. **Colonoscopia**: técnica de referencia. Detecta 87 – 94% de los pólipos (6 – 10 mm.). Se realiza cada 10 años.
4. **Otras técnicas**: Colonoscopia Virtual, Detección DNA Fecal

EFECTOS DEL CRIBADO

FAVORABLES

MEJOR PRONÓSTICO EN ALGUNOS CASOS (CÁNCERES EVITADOS, MUERTES EVITADAS, AÑOS DE VIDA GANADOS)

TRATAMIENTOS MENOS AGRESIVOS EN ALGUNOS CASOS (CALIDAD DE VIDA, AHORRO DE COSTES)

TRANQUILIDAD POR RESULTADO NEGATIVO

DESFAVORABLES

EXÁMENES INNECESARIOS
ANSIEDAD EN FP
BIOPSIAS NEGATIVAS
MÁS AÑOS DE VIDA CON ENFERMEDAD
SOBRETREATAMIENTO
FALSA TRANQUILIDAD EN FN
AUMENTO COSTES

Recomendación del Consejo sobre el cribado de cáncer” de la Comisión de las comunidades europeas” (2003)

- ***Cribado de citología cérvico-vaginal para las anomalías del cuello del útero, que debe empezar, a más tardar, a la edad de 30 años y, definitivamente, no antes de los 20 años de edad.***
- ***Cribado de mamografía para el cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años, de acuerdo con las «Guías europeas de garantía de calidad del cribado mamográfico»***
- ***Cribado de sangre oculta en heces para el cáncer colorrectal en hombres y mujeres de 50 a 74 años***

PROGRAMA CÁNCER COLORRECTAL COMUNIDAD VALENCIANA

OBJETIVO PRINCIPAL

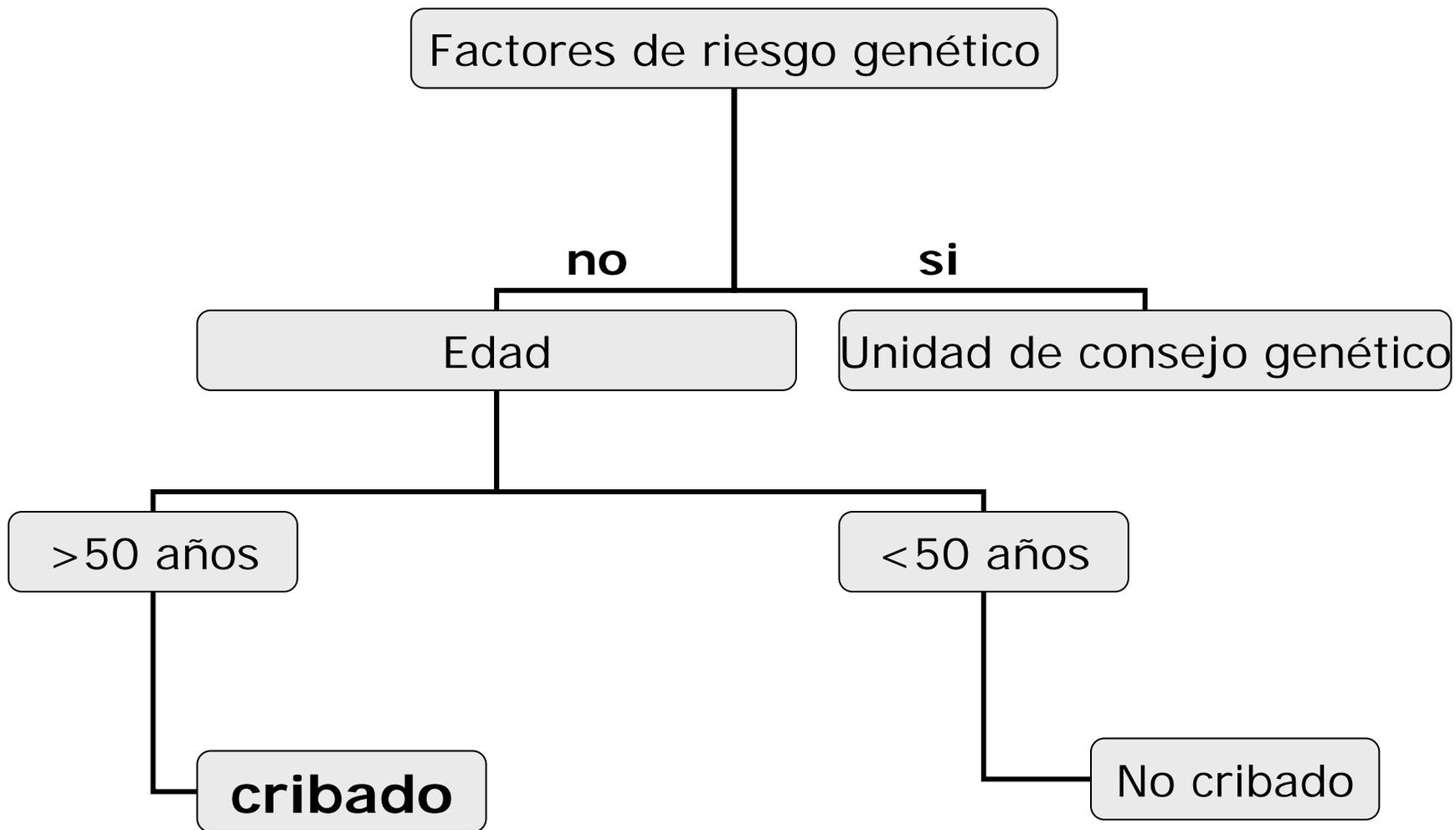
- **Mejorar el estado de salud de la población de la Comunidad Valenciana mediante la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer colorrectal.**

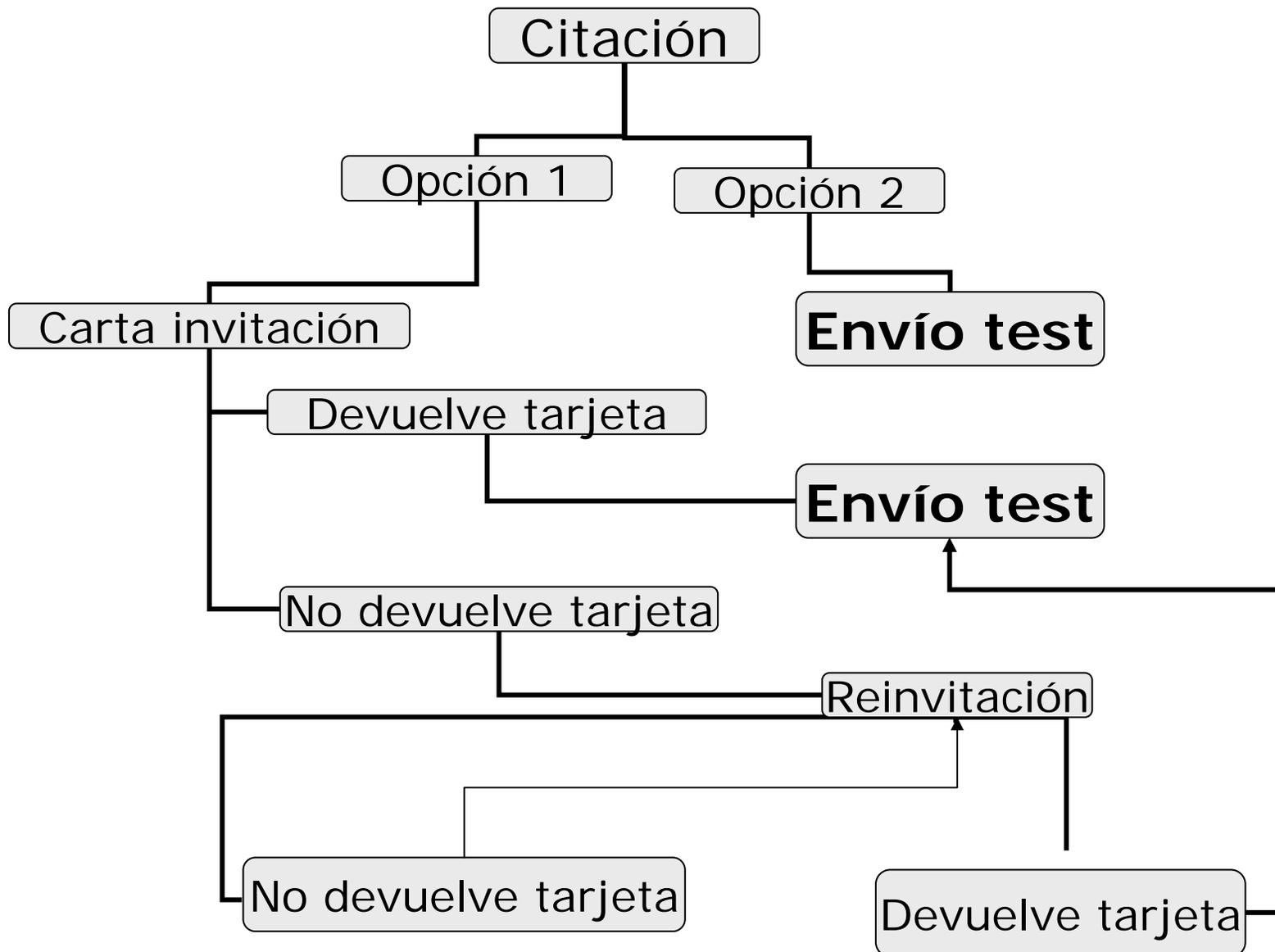
OBJETIVOS ESPECIFICOS

- **Conocer la aceptabilidad en la población diana de un programa de cribado poblacional de CCR con TSOH, cada dos años.**
- **Evaluar alternativas organizativas**
- **Determinar la calidad técnica:** resultados del test, valor predictivo, etc...
- **Determinar las necesidades de recursos humanos y técnicos, para su futura extensión.**

Población diana

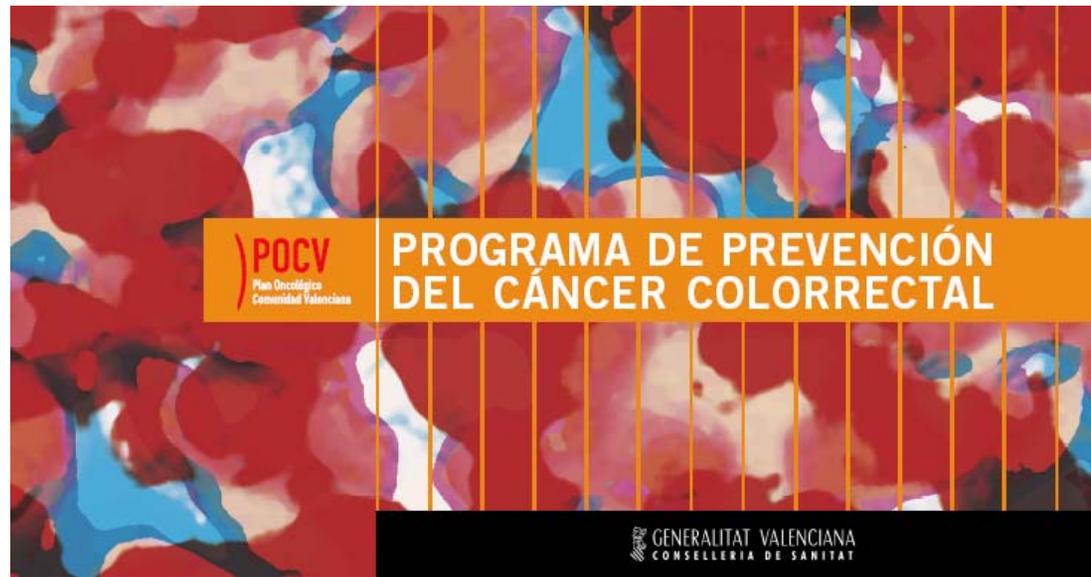
	50-54		55-59		60-64		65-69		70-74		total		
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	mujeres	hombres	TOTAL
Poblacion diana	8698	8461	15132	13753	14507	12791	11785	10485	5896	5118	56018	50608	106626
Exclusiones	446	533	569	580	526	520	480	463	429	388	2450	2484	4934
Poblacion diana Real	8252	7928	14563	13173	13981	12271	11305	10022	5467	4730	53568	48124	101692





PRUEBA

Test de Sangre Oculta en Heces (TSOH), basada en resina de **GUAIACO**, sin rehidratación. Se recogen dos muestras de tres deposiciones consecutivas sin restricción dietética ni medicamentosa.



Tarjeta de participación
Tarjeta de participació



**INSTRUCCIONES PARA LA
TOMA DE LA MUESTRA
(TEST DE SANGRE OCULTA EN HECES)**

Material para la recogida de las muestras:

El sobre que adjuntamos contiene:

- 3 laminas de cartón, cada una comprende 2 Áreas (A y B).
- 6 aplicadores de madera (espátulas) para la recogida de heces; una para cada Área.
- 3 etiquetas identificativas.
- En total tiene que recoger 3 deposiciones consecutivas, aunque sean del mismo día.
- De cada deposición, recogerá dos muestras utilizando dos espátulas diferentes.



Observaciones:

- La muestra de material fecal no se debe recoger mientras se está con la menstruación o con hemorroides sangrantes.
- Una vez recogidas las muestras, manténgalas a temperatura ambiente, fuera del calor y luz solar.
- No ponerlas en el frigorífico. No ponerlas en papel de celofán.

Procedimiento para la recogida de la muestra

A) Deposite en el interior del sanitario (water) papel higiénico en suficiente cantidad para evitar que las heces se sumerjan del todo en el agua o bien utilice una superficie firme.

B) • Levante la tapa de la primera lámina. (figura 1)

- A partir de una muestra de heces depositada sobre un papel o superficie firme recoja una cantidad muy pequeña de materia fecal (tamaño de una lenteja) inmediatamente después de emitirlas, usando una de las espátulas de madera.

- Extiéndala dentro del Área A. (figura 2)

- Tire la espátula.

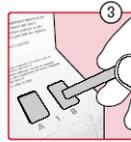
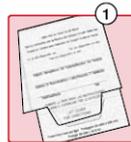
- Repita la misma operación con otra espátula tomando una segunda muestra de las mismas heces para el Área B. (fig. 3)

- Una vez realizado, cierre y presione la tapa de la lámina, anote la fecha de recogida y guárdela a temperatura ambiente. (figura 4)

- Repita estos pasos hasta completar las muestras de 3 deposiciones consecutivas, aunque sean del mismo día.

C) Envío de las muestras

- Introducir las laminas en el sobre adjunto y entregarlo en su Centro de Salud en cuanto las tenga recogidas.



Entrega y procesado de los TSOH

- El Centro de Salud habilita una urna o caja para la recepción de los test.
- Las muestras son procesadas y valoradas por personal formado específicamente para ello.

Interpretación resultados del TSOH. POSITIVO

Se considera positivo (presencia de sangre en heces) cuando existan 5 o más casillas positivas, en este supuesto se deriva a Asistencia Especializada para confirmación diagnóstica mediante la colonoscopia.

Interpretación resultados del TSOH.

POSITIVO DEBIL

Se considera positivo débil la presencia de 4 o menos casillas (+)

Se realiza segunda prueba con restricción

Se considera positivo el test cuando una o más casillas (+) se procederá a remitir a confirmación diagnóstica

Si todas las casillas fueran (-) se indicará una nueva toma de muestras a los 6 meses

Si cualquier casilla fuera (+) se derivara a confirmación diagnóstica

Si resultara (-) se repetirá la prueba a los dos años

Interpretación resultados del TSOH

· **NEGATIVOS**

Son negativos (ausencia de sangre en heces) cuando las 6 casillas son negativas. Se repetirá a los dos años.

Interpretación resultados del TSOH

ERRORES TÉCNICOS

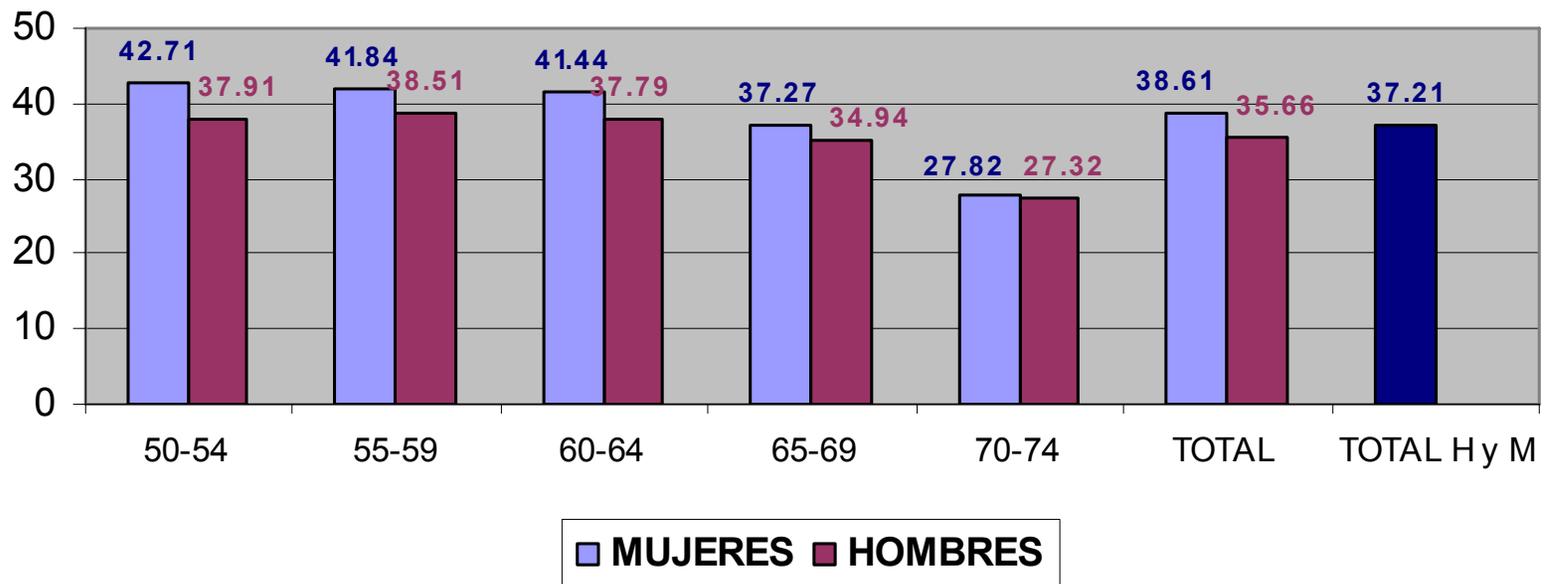
Cuando existan errores técnicos en la toma de la muestra que imposibilite el procesado de la misma, se indicará de nuevo la prueba como si fuera la primera vez.

Confirmación diagnóstica

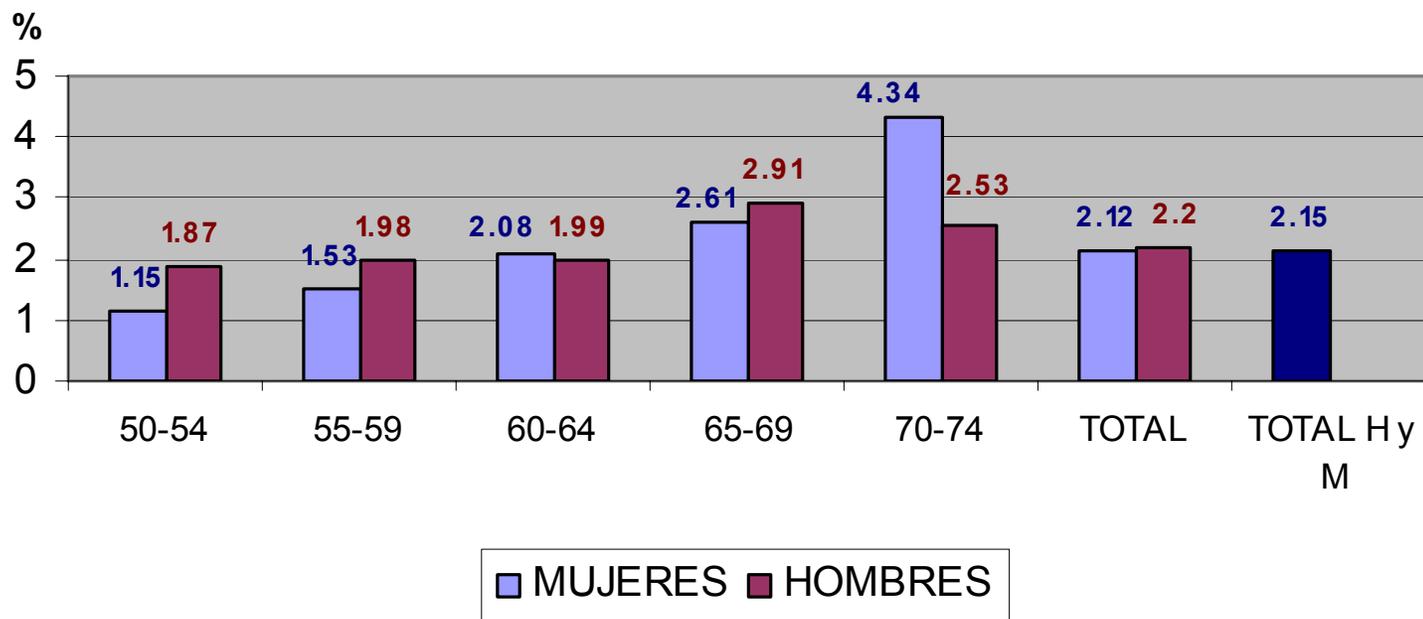
- El Hospital de referencia del departamento.
- Especialistas en digestivo expertos en colonoscopias.
- Horario especial y retribuciones especiales

Resultados provisionales

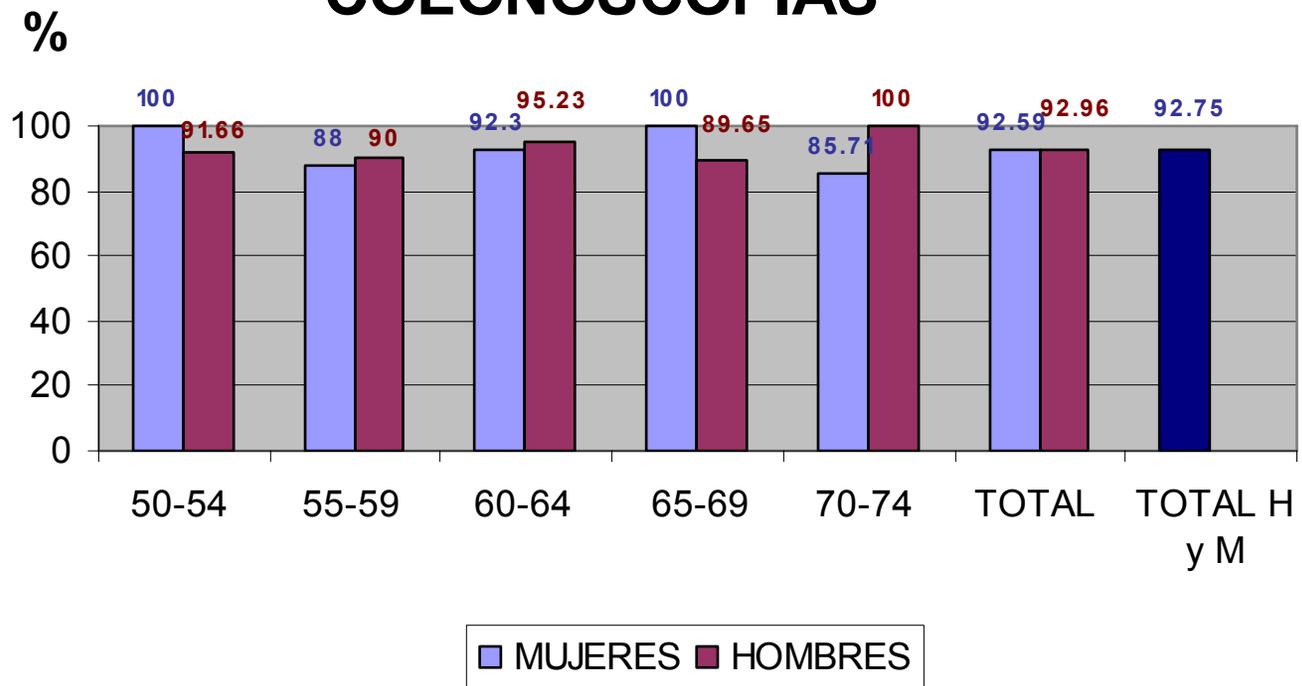
TASA DE PARTICIPACIÓN



TASA DE TEST POSITIVOS



TASA ACEPTACIÓN COLONOSCOPIAS



Calidad de la colonoscopia

Tipo colonoscopia	Diagnóstica	Diagnóstica / terapéutica
%	52,20 %	47,80 %

Tipo colonoscopia	Completa	Incompleta
%	89,30 %	10,70 %

Resumen de resultados

Periodo tiempo datos	diciembre 2005-31/12/2006
Población diana piloto	106626
Nº invitaciones válidas	40644
Nº participantes(con test válido)	15044
Tasa Participación %	37,01
Nº personas test positivos	310
Tasa de positividad del test%	2,06
Nº de colonoscopias indicadas	273
Nº de colonoscopias realizadas	246
Tasa de aceptación de colonoscopia	92,48

Tasas de detección

Tasa detección cáncer invasivo por 1000	1,5
Tasa detección AAR por 1000	4
Tasa detección ABR por 1000	1,6
Tasa cánceres estadios avanzados (III/IV) según TNM por 1000	0,27
VPP para cáncer invasivo	7,09
VPP para AAR	21,6
VPP para ABR	8,8

Tasa de detección cáncer invasivo mas adenomas de alto riesgo

Tasa detección cáncer invasivo mas adenomas de alto riesgo por 1000	5,4
---	-----

Programa del consejo genético en cáncer en la Comunidad Valenciana

Programa de Consejo Genético en Cáncer de la Comunidad Valenciana

- Se encuadra en el Plan Oncológico de la Comunidad Valenciana 2002-2006.
- Objetivo general: Reducir el riesgo de cáncer en aquellos síndromes hereditarios cuya determinación genética puede influir en su manejo clínico.
- Proporcionar **INFORMACIÓN** a los individuos en riesgo, ayudándoles a tomar **DECISIONES**, respetando la confidencialidad y la autonomía del paciente.

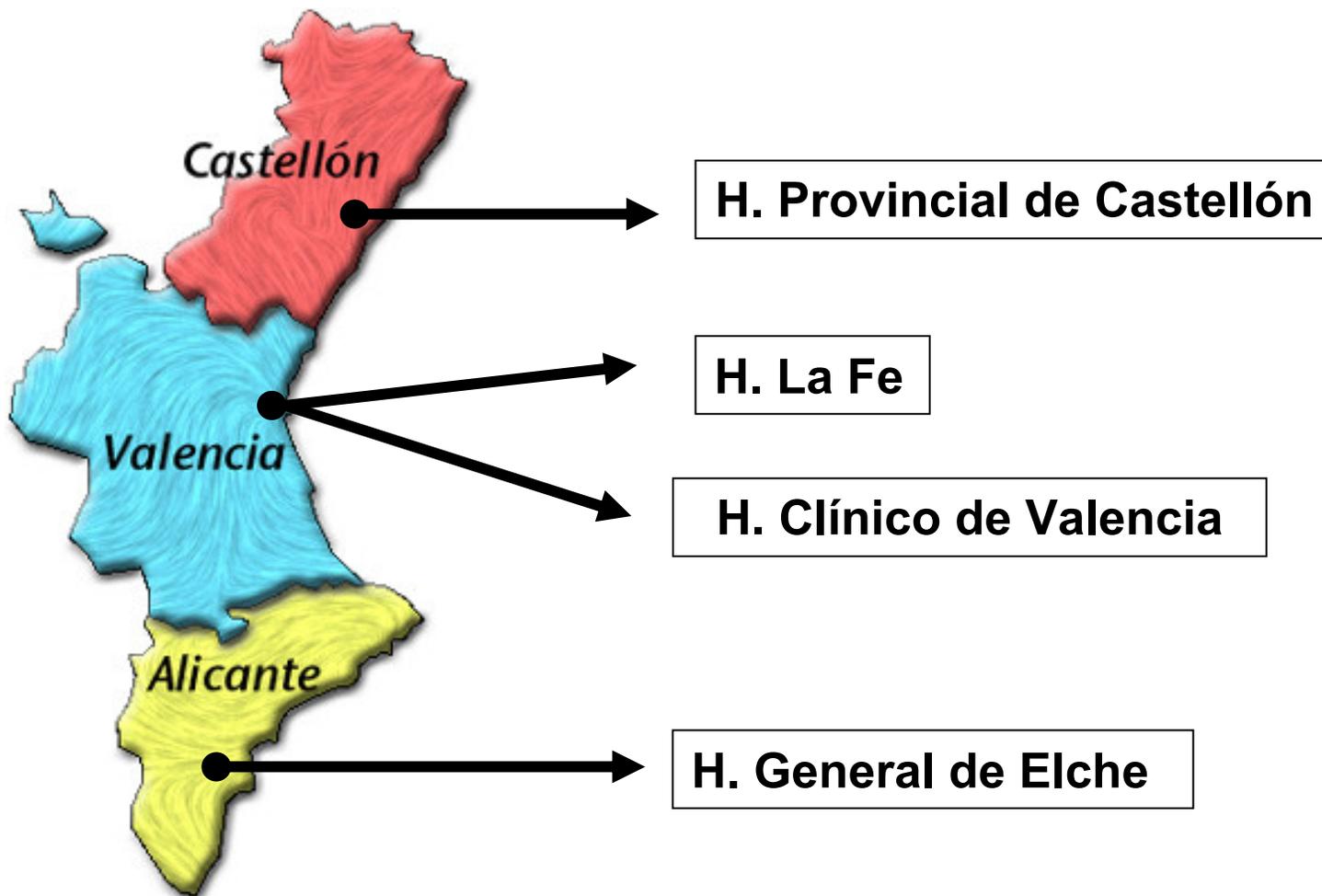
PROGRAMA DE CONSEJO GENÉTICO EN EL CÁNCER

(Série 0: Programas sanitarios nº 01)

ENFERMEDADES EN LAS QUE SE OFERTA CONSEJO GENÉTICO

- Cáncer de Mama y Ovario familiar
- Cáncer de Colon Hereditario No Polipósico (CCHNP) o Síndrome de Lynch I y II**
- Poliposis Adenomatosa de Colon Familiar (PAF)
- Neoplasia Endocrina Múltiple (MEN 2) y Carcinoma Medular de Tiroides Familiar
- Von Hippel-Lindau (angiomatosis, cáncer renal)
- Retinoblastoma Hereditario

Unidades de Consejo Genético en Cáncer en la Comunidad Valenciana



ATENCIÓN PRIMARIA

- Identificar casos
- Seguimiento de individuos de bajo riesgo

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

- Identificar casos
- Seguimiento de individuos valorados como bajo riesgo
- Seguimiento de individuos de alto riesgo

U.C.G.C.

- Valorar riesgo
- Diagnóstico genético
- Recomendaciones individuales
- Apoyo psicológico

LABORATORIO

- Estudio de casos índice
- Estudio de familiares

Resultados preliminares

- Consultantes : **2538**
- **Cumplen criterios 1814**
(71,47 % del total de consultantes)
- **Familias 1087**

Situación del cribado de cáncer de colon y recto en España

Situación del cribado de cáncer de colon y recto en España

Comunidad autónoma	Programa poblacional
Cataluña	si
Comunidad Valencia	si
Murcia	si

Comunidad autónoma	Previsto
Andalucía	si
Asturias	si
Baleares	si
Canarias	si
Castilla- León	si
Galicia	si
Extremadura	si
Madrid	si
País Vasco	si

Conclusiones

- **Conocer la aceptabilidad en la población diana de un programa de cribado poblacional de CCR con TSOH, cada dos años.**

- **Participación mas baja que en cáncer de mama.**
- **Aumenta con las rellamadas.**
- **Mas alta en Valencia y Murcia que en Cataluña.**
- **Pendiente de valorar, el envío directo del test, aunque de momento se observan pocas diferencias.**

Conclusiones

- **Evaluar alternativas organizativas**

- **Centralizar la interpretación del test de cribado.**
- **Reforzar AP. Mejor respuesta donde hay mayor colaboración de atención primaria.**
- **Homogeneizar los diferentes informes: colonoscopia, pruebas de imagen, anatomía patológica. Oncoguía colon y recto**
- **Necesidad de recursos específicos para colonoscopia.**

Conclusiones

- **Determinar la calidad técnica:** resultados del test valor predictivo, etc...

- **Los resultados hasta el momento parecidos a otros programas.**
- **Valorar el cambio de tipo de test al inmunológico**

Conclusiones

- **Determinar las necesidades de recursos humanos y técnicos, para su futura extensión.**

• **Implantación progresiva en los diferentes departamentos**

Muchas gracias