



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



EDITORIAL

Programas de detección precoz del cáncer colorrectal: un reto de integración y calidad asistencial



Early colorectal cancer detection programs: An integration and quality healthcare challenge

J. Grau^{a,*} y A. Castells^b

^a Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, Hospital Clínic, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^b Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínic, IDIBAPS, CIBEREHD, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 25 de abril de 2014; aceptado el 28 de abril de 2014

Disponible en Internet el 11 de junio de 2014

El cáncer colorrectal (CCR) es el más frecuente en España si tenemos en cuenta ambos sexos. Se estima la incidencia anual en unas 35.000 personas asociada a unas tasas de mortalidad del 50%. Las previsiones futuras, que asocian un incremento de la incidencia y de la supervivencia, incidirán en importantes crecimientos de la prevalencia y demanda sanitaria derivada de la enfermedad¹.

La mayoría de los cánceres colorrectales se desarrollan a partir de pólipos adenomatosos. Pese a que la presencia de pólipos es frecuente en la población, solo un pequeño porcentaje progresará a cáncer. El tiempo medio necesario para completar esta progresión es largo, probablemente de 10 años o más, hecho que permite prevenir o detectar precozmente el CCR y mejorar el diagnóstico. Las principales estrategias de cribado aceptadas actualmente se basan bien en pruebas en heces (prueba de detección de sangre oculta en heces [PDSOH]), bien en pruebas estructurales (sigmoidoscopia, colonoscopia). La utilización de la PDSOH inmunológica ha demostrado su eficacia en la reducción de la mortalidad y de la incidencia mediante la detección de CCR y de pólipos adenomatosos. A su vez,

en programas poblacionales, favorece la participación y es más coste-efectiva respecto a la colonoscopia, sin presentar diferencias en la detección de cánceres en relación con la colonoscopia². A partir de estas evidencias la Unión Europea recomienda a todos los estados miembros (*Council European Union 2003*)³ realizar programas de cribado poblacional para el CCR mediante PDSOH a hombres y mujeres de 50 a 74 años.

En España, en 2006, el Sistema Nacional de Salud asumió el cribado del CCR con PDSOH y, más recientemente, la comisión interterritorial del Ministerio de Sanidad lo ha incorporado a la cartera de servicios comunes. A partir de entonces se han ido implantando programas por toda la geografía española, estimándose una cobertura del 17% en 2012. Las comunidades con mayor cobertura son: Cantabria (72%), País Vasco (71%), La Rioja (50%), Valencia (46%), Canarias (39%), Murcia (28%), Cataluña (21%) y Aragón (14%). Por su parte, Galicia, Castilla-León, Extremadura y Navarra están empezando a desarrollar sus programas⁴.

El primer gran reto para la implantación de un programa de detección precoz del CCR es la integración y coordinación entre niveles asistenciales. La obtención de la población diana y la gestión diaria de las invitaciones (salud pública) ha de permitir la participación mediante la realización de un test de cribado (medicina preventiva). Las personas con resultados positivos al test son invitadas a realizar

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: jgrau@clinic.ub.es, jaumegrau@ub.edu (J. Grau).

una colonoscopia con finalidades diagnósticas y/o terapéuticas (exploración complementaria hospitalaria realizada por gastroenterología). Dependiendo de sus resultados, las personas con lesiones adenomatosas deben realizar un seguimiento con su médico de cabecera (medicina primaria) mientras que las personas con cáncer se incorporan al circuito asistencial hospitalario (gastroenterología, cirugía, oncología médica, y/u oncología radioterápica).

El segundo gran reto es una óptima calidad en cada etapa del proceso que maximice los beneficios y evite daños potenciales causados por el programa, como por ejemplo, ansiedad innecesaria, costes económicos inapropiados o la exposición al riesgo de procedimientos invasivos para el diagnóstico y, si es necesario, extirpación de las lesiones detectadas.

La comisión europea ha publicado la *European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis* en un esfuerzo por recoger toda la evidencia disponible para mejorar el control del CCR y establecer estándares de calidad⁵. Por su parte, en el ámbito local, los programas deben elaborar planes funcionales donde se recojan todos los circuitos, situaciones específicas que puedan suceder y los indicadores que se utilizarán para evaluarlo⁶.

Invitación de la población diana

La invitación de la población diana se realiza mediante correo postal. Por tanto, se necesita disponer de una base de datos con todas las referencias postales de los hombres y mujeres entre 50 y 69 años que vivan en un territorio. Esta base de datos puede variar en cada comunidad dependiendo de la disponibilidad, la calidad y la actualización de la misma. El registro de asegurados y el padrón son las más utilizadas en España. A su vez, debemos depurar la población diana de aquellas personas con criterios de exclusión como, por ejemplo, personas con CCR o aquellas que están en seguimiento por situaciones que les comportan un riesgo más alto (antecedentes personales de pólipos adenomatosos o enfermedad inflamatoria intestinal y síndromes familiares de CCR). La depuración se puede realizar previamente a la invitación mediante la explotación de bases de datos poblacionales y/o hospitalarias, o recabando información a partir de atención primaria o directamente de las personas invitadas.

Entrega y recogida de la prueba de cribado

La accesibilidad de la población a la prueba de cribado facilitará la participación en la misma. Una correcta explicación de cómo debe realizarse la prueba y una recogida diligente incidirán en la calidad de los resultados. Los centros de atención primaria son el recurso más utilizado para dispensar y recoger la prueba de cribado. Otros programas han optado por enviar directamente la prueba por correo postal y efectuar la recogida en los centros de atención primaria. Finalmente, una tercera alternativa es la dispensación y recogida en las oficinas de farmacia, como en el Programa de detección precoz de Barcelona⁶. Su distribución y accesibilidad, junto con la preparación y predisposición de los farmacéuticos, la convierte en una alternativa óptima.

Procesamiento y resultados de la prueba de cribado (prueba de detección de sangre oculta en heces inmunológica)

La muestra debe llegar al laboratorio en perfectas condiciones. Pese a que su procesamiento está actualmente automatizado, la presencia de personal experto mejora el rendimiento analítico (reproducibilidad de la prueba, linealidad de la dilución) y clínico de la prueba (sensibilidad, especificidad y valores predictivos).

Una vez obtenidos los resultados deben comunicarse a cada persona. En los resultados negativos se realiza mediante correo postal, mientras que en los positivos se suele contactar telefónicamente con el participante para concertar una visita. La gestión de la ansiedad ante una prueba de cribado positiva es un aspecto relevante.

La mayoría de programas están incorporando la figura de la enfermera de proceso, quien se encarga de la atención de todas las personas con una prueba de cribado positiva y de su seguimiento durante todo el proceso diagnóstico.

Prueba diagnóstica (colonoscopia)

La colonoscopia desempeña un papel central en el programa de cribado, ya que es la prueba que permite establecer el diagnóstico y, en muchas ocasiones, también el tratamiento de los pólipos colorrectales que se detecten. Una mala calidad técnica de la prueba puede conllevar su repetición, un incremento de falsos negativos (cáncer de intervalo) o, incluso, un incremento de las complicaciones. Debido a esta preocupación la Asociación Española de Gastroenterología, junto con la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva, han creado un grupo de trabajo dedicado a elaborar instrumentos de mejora para la colonoscopia de cribado. Fruto de su trabajo es la *Guía de práctica clínica de calidad en la colonoscopia de cribado*⁷ y la realización de programas de formación específicos. En el momento actual está evaluando la posibilidad de llevar a cabo un programa de acreditación y reacreditación de unidades de endoscopia de cribado.

Temas transversales

En los programas de cribado de CCR adquieren mucha importancia temas transversales que afectan a todos los niveles asistenciales. Cabe destacar:

- Plan de comunicación que ayude a divulgar la importancia del cribado y sus objetivos.
- Historia clínica unificada que permita disponer de toda la información clínica de cada persona y, en consecuencia, facilite la toma de decisiones en cada nivel asistencial.
- Evaluación de la satisfacción, tanto de las personas invitadas como de los profesionales que participan.
- Evaluación epidemiológica del proceso y de sus resultados.

Somos conscientes de que la suma de todos estos esfuerzos implica dotaciones presupuestarias en un momento de

fuertes restricciones económicas en nuestro país. ¿Es el momento de priorizar estos programas? La respuesta posiblemente reside en demostrar que el cribado del CCR posee una buena relación coste-efectividad. En este sentido, en España se ha estimado que la estrategia de PDSOH bienal frente a no realizar cribado tiene un coste incremental de 2.233 euros por año de vida ajustado por calidad de vida (AVAC), situándola entre las estrategias de prevención más baratas⁸. Todo ello teniendo en cuenta que, en la práctica clínica española, el coste medio de un paciente diagnosticado de CCR es de 9.968 euros, y su tratamiento y seguimiento durante 5 años asciende a 27.000 euros⁹.

En conclusión, los programas poblacionales de detección precoz del CCR cumplen los criterios establecidos por la OMS¹⁰ para su implantación: el CCR es un problema de salud importante, dispone de tratamiento eficaz y aceptado, tiene una etapa inicial asintomática y una historia natural bien establecida, hay pruebas de cribado adecuadas y coste-efectivas y está demostrado mediante ensayos clínicos aleatorizados que la detección precoz disminuye la mortalidad por CCR.

¿Se animan a participar?

Bibliografía

1. López-Abente G, Ardanaz E, Torrella-Ramos A, Mateos A, Delgado-Sanz C, Chirlaque MD. Changes in colorectal cancer incidence and mortality trends in Spain. *Ann Oncol*. 2010;21 Suppl 3:iii76–82.
2. Quintero E, Castells A, Bujanda L, Cubiella J, Salas D, Lanás Á, et al. Colonoscopy versus fecal immunochemical testing in colorectal-cancer screening. *N Engl J Med*. 2012;366:697–706.
3. Council Recommendation of 2 December 2003 on cancer screening (2003/878/EC). 2003 [consultado 10 Abr 2014]. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:327:0034:0038:EN:PDF>
4. Salas Trejo D. Implantación del cribado de cáncer de colon y recto en España 2013 [consultado 10 Abr 2014]. Disponible en: <http://www.programascancerdemama.org/images/archivos/06.LSalas.ImplantacionCCCR.pdf>
5. Segnan N, Patnick J, Von Karsa L. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. European Commission. 1.^a ed. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010.
6. Plan Funcional: Programa de detección precoz de cáncer de colon y recto. Barcelona: Esquerra i Litoral Mar; 2010. p. 94 [consultado 3 Abr 2014]. Disponible en: <http://www.prevenciacolonbcn.org/media/upload/arxius/1006-PlaFuncional.pdf>
7. Jover R, Herráiz M, Alarcón O, Brullet E, Bujanda L, Bustamante M, et al. Clinical practice guidelines: Quality of colonoscopy in colorectal cancer screening. *Endoscopy*. 2012;44:444–51.
8. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica de prevención del cáncer colorrectal. Actualización 2009. Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2009.
9. Novoa AM, Cots F, Macià F, Castells X. Cost of the diagnostic process in colorectal cancer. *Med Clin (Barc)*. 2008;130:116–7.
10. Wilson JMM. Principles and practice of screening for disease 1968 [consultado 23 Abr 2014]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_34.pdf