

Artículos científicos / *Scientific articles*

Programa de detección precoz del cáncer colorrectal

Clavera C, Estepa L, Milà MA, Navarrete A, Formento AM, Tabares AM.

Servicio de Endoscopia Digestiva. WIDER-BARCELONA. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Recibido en octubre de 2016; aceptado en febrero de 2017. Disponible en internet desde octubre de 2017.

Resumen

Introducción: El cáncer colorrectal es el más frecuente en hombres y mujeres en Cataluña y es la segunda neoplasia con mayor mortalidad. El Hospital Universitario Vall d'Hebron se incorpora al Programa de Detección Precoz del Cáncer Colorrectal (PDPCCR) en junio de 2015. La prueba de elección para el estudio de participantes con resultado positivo de sangre oculta en heces es la colonoscopia. **Objetivos.** Valorar los resultados de los primeros meses de implantación del programa en el Servicio de Endoscopia Digestiva. **Material y Métodos:** Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo que incluye a los participantes en el PDPCCR de entre 50 y 69 años de edad con un resultado positivo en la prueba de sangre oculta en heces (PDSOH) desde el inicio del programa y que han sido sometidos a colonoscopias de cribado en nuestro servicio. Variables recogidas: número de participantes, edad, sexo, número de colonoscopias, escala Boston, número y grado histológico de las lesiones. **RESULTADOS:** Un total de 11.175 (33,11%) de las personas invitadas han decidido participar y de estos 911 (8,15%) han obtenido un resultado positivo en la PDSOH. Se someten a colonoscopia 638 (70,03%), 370 hombres (57,99%) y 268 mujeres (42,01%). Se evaluó la calidad de la preparación del colon mediante la Escala Boston obteniendo como resultado una preparación adecuada (97,83%) y una mala preparación (2,17%). Se detectaron 59 ABR, 88 ARM, 69 AAR y 14 CI. **Conclusiones:** El hecho de que la prueba de detección de sangre oculta en heces sea sencilla, se realice en casa y que la realización de la colonoscopia sea con sedación favorece la adhesión al programa. La eficacia de una colonoscopia depende de la limpieza del colon.

Palabras clave: Cribado de cáncer colorectal, Enfermería.

Colorectal Cancer Early Screening Program

Abstract

Introduction: Colorectal is the most frequent cancer in men and women in Catalonia and the second neoplasm with high mortality. Vall d'Hebron University Hospital was enrolled in the Early Colorectal Cancer Screening Program in June 2015. Colonoscopy is the choice for the study of participants with positive fecal occult blood. **Goals.** Evaluate the results of first months of program implantation in the Service of Digestive Endoscopy. **Material and Methods:** We performed a retrospective observational study that include, participants between 50 and 69 years with a positive fecal occult blood test (PDSOH) from the beginning of the program and who have undergone screening colonoscopies in our service. Variables collected participant's number, age, sex, number of colonoscopies, Boston scale, number and histological grade of lesions. **Results:** 11,175 (33.11%) of the invited persons have decided to participate, 911 (8.15%) have obtained a positive result in the PDSOH. 638 (70.03%), 370 men (57.99%) and 268 women (42.01%) were submitted to colonoscopy. The quality of colon preparation was evaluated using the Boston Scale: adequate preparation (97.83%) and poor preparation (2.17%). We detected 59 ABR, 88 ARM, 69 AAR and 14 CI. **Conclusions:** The fact that the fecal occult blood test is simple performed at home and colonoscopy with sedation favors adherence to the program. The effectiveness of a colonoscopy depends on the colon cleansing.

Key words: Colorectal Cancer Screening, Nursing.

*Autor para correspondencia: capri_31_@hotmail.com

2341-3476 - © AEEED 2014. Todos los derechos reservados.

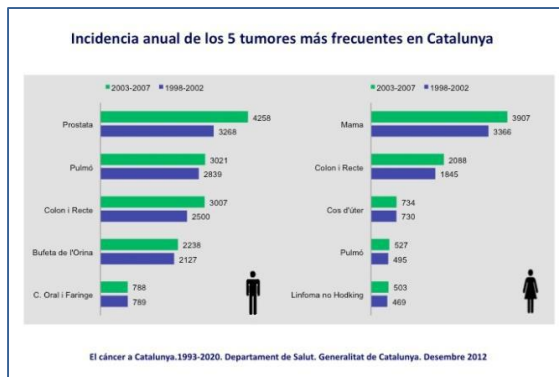
Introducción

El cáncer colorrectal (CCR) es una de las neoplasias más frecuentes (ocupa el tercer lugar) a nivel mundial. (6,7)



A nivel europeo, España ocupa un lugar intermedio en relación a la incidencia y la mortalidad de este cáncer y en la mayoría de países europeos, la incidencia va aumentando. (6,7)

En Cataluña el cáncer colorrectal es el más frecuente en la población adulta sin distinción de sexo (aproximadamente 5.500 casos anuales en datos de 2007) y es la segunda neoplasia con mayor mortalidad (aproximadamente 2.100 muertes en datos de 2007). (1)



La prueba de detección de sangre oculta en las heces es una prueba de detección precoz de eficacia demostrada.

Existen tres estudios de gran envergadura que se han llevado a cabo sobre el CCR utilizando la detección de sangre oculta en heces anual o bianualmente y se ha podido comprobar que la reducción de la mortalidad por CCR puede oscilar del 15 al 33%.

El CCR es un tumor en el que las estrategias de prevención han mostrado ser efectivas.

Los hombres diagnosticados en el periodo 2000-04 han sobrevivido un 10,4% más que los que fueron diagnosticados en el periodo 1990-1994, este aumento fue del 5,7% en las mujeres.

El 50,3% de los hombres diagnosticados de cáncer en el periodo 2000-04 han sobrevivido a los 5 años del diagnóstico.

El 60,9% de las mujeres diagnosticadas de cáncer en el periodo 2000-04 han sobrevivido a los 5 años del diagnóstico. (3)

"Mejora de la supervivencia de los enfermos oncológicos en Catalunya"

Hombres	1990 - 94	2000 - 04	Mujeres	1990 - 94	2000 - 04
Próstata	53,6	63,7	Mama	76,9	82,8
Recte i anus	46,4	57,8	Cos uteri	73,6	75,6
Limfoma no Hodgkin	46,0	57,2	Limfoma no Hodgkin	55,0	62,8
Colón	46,1	55,0	Leucèmies	45,0	57,8
Leucèmies	36,9	46,4	Colón	48,0	54,9
C. oral i faringe	28,9	37,6	Recte i anus	42,9	54,4
Fetge	8,8	12,1	Ovari	36,8	40,7
Pulmó	8,9	9,9	Pulmó	17,2	13,9
Total	39,9	50,3	Total	55,2	60,9

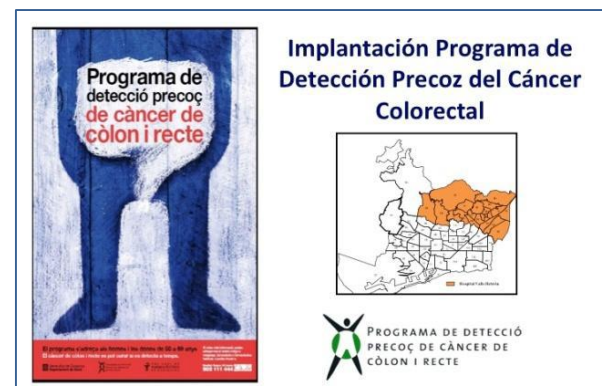
El cáncer a Catalunya.1993-2020. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Desembre 2012

Según el Plan de Salud de Catalunya (1) los Objetivos para el año 2020 en CCR son:

- Implantar en el 100% del territorio de Catalunya el cribado de cáncer colorrectal en la población diana (hombres y mujeres de entre 50 y 69 años).
- Lograr una participación del 65% en el programa.

Siguiendo estos objetivos se realiza la ampliación territorial del Programa de Detección Precoz del Cáncer Colorrectal (PDPCCR) (4) en Barcelona que se desarrollará con una cadencia de 2 años desde octubre de 2015 hasta noviembre de 2017.

(1ra ronda)

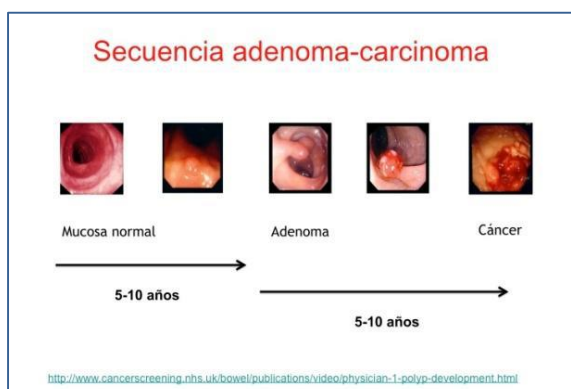


Este Programa comenzó como un estudio piloto en el año 2000 en el área de Hospitalet y que se está llevando a cabo y extendiendo por toda Catalunya.

Tiene como Objetivo General reducir la mortalidad y la incidencia por cáncer de colon y de recto en Catalunya y como Objetivos Especificos reducir el número de casos de CCR diagnosticados en estadios avanzados y detectar y tratar adecuadamente las lesiones precursoras de CCR.

El CCR es una patología que cumple claramente las condiciones que se piden para que se pueda aplicar un cribado poblacional (Criterios de Wilson y Jungner (1968) (2) dado que:

1. Es un problema de salud importante.
2. Comienza con una etapa durante la cual la persona no presenta ningún síntoma y se conoce la historia natural de la neoplasia.
3. El CCR se trata de manera eficaz si se logra diagnosticar en estadios no muy avanzados de la enfermedad, lo que se consigue con el cribado.
4. Se ha demostrado, también, la relación coste-efectividad de los programas de cribado y también, que la detección del cáncer en estadios precoces, disminuye la mortalidad de la neoplasia y permite aplicar un tratamiento menos agresivo y con menos morbilidad asociada.
5. Este cribado se ofrece como programa poblacional y se organiza para alcanzar la máxima cobertura y participación, con más equidad y calidad.



Programa Detección Precoz Cáncer Colorectal (PDPCCR) (4)

Programa Detección Precoz del Cáncer Colo-Rectal (PDPCCR) (4)

Las características del programa son:

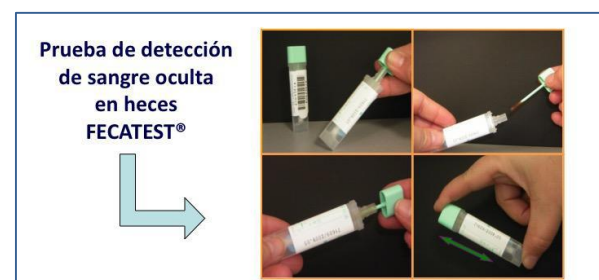
- 1- **Población diana:** hombres y mujeres de 50 a 69 años de edad pertenecientes a las ABS con Hospital Vall d'Hebron como referente.
- 2- **Prueba de cribado:** prueba de detección de sangre oculta en heces de tipo inmunológico cuantitativo (FECATEST®) con punto de corte en 100ng hemoglobina/mL de buffer (17 a 20 mg Hb/g heces).
- 3- **Periodicidad:** bianual.
- 4- **Participación:** invitación individual.
- 5- **Estudio de elección de los casos positivos:** colonoscopia con sedación sin necesidad de ingreso.
- 6- **Coordinación con la asistencia primaria**
- 7- **Sistema de información único para todo el programa**
- 8- **Evaluación de los resultados:** anual

El Programa es único para toda Cataluña pero se ofrece y se gestiona de manera descentralizada.

El Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto de Cataluña utiliza un aplicativo informático único desarrollado específicamente y que permite la gestión del Programa en sus diferentes fases (carga y actualización de la población diana, invitaciones, resultados de la PDSOH, colonoscopia y otras exploraciones, etc.) y la obtención de los datos para su evaluación.

El sistema informático del Programa facilita, mediante recordatorios, la realización de colonoscopias de seguimiento cuando éstas sean consecuencia de la participación en el Programa.

Consiste en la realización de una prueba de detección de sangre oculta en las heces utilizando la PDSOH inmunológica (FECATEST®), la recogida de muestra es sencilla y rápida y no hay restricción dietética previa.



La convocatoria para participar en el programa se realiza mediante una carta de invitación que envía la oficina de cribado del territorio.

En la carta se indica las oficinas de farmacia donde se puede recoger el colector de la muestra de heces y donde se ha de devolver posteriormente para su análisis.

Si el resultado de la prueba es negativo, se vuelve a realizar la invitación a los dos años.

Si la prueba es positiva, se recomienda hacer una colonoscopia para identificar el motivo de la hemorragia.

Las oficinas de cribado del territorio son las responsables de la gestión y el seguimiento del programa en su territorio.

La Oficina de Cribado de Cataluña se responsabiliza de la coordinación y evaluación del programa en toda Cataluña.

Los criterios de definición de la **población diana** son:

- Hombre o mujer de 50 a 69 años de edad
- Posesión de tarjeta sanitaria (Registro Central de Asegurados, RCA).
- Domicilio en el territorio donde está implantado el Programa, dado el carácter poblacional del Programa, el criterio que determina la inclusión es el Área Básica de Salud (ABS) asignada según el domicilio.

Son **criterio de exclusión automática**:

- Éxito
- Error de edad
- Cambio de domicilio en territorio donde no está implantado el Programa
- Error de domicilio
- Baja voluntaria.

Criterios de exclusión temporal:

- Colonoscopia realizada en los últimos 5 años.
- Síntomas o signos digestivos bajos.

Criterios de exclusión permanente:

- Antecedente personal de cáncer colorrectal.
- Antecedente personal de patología colorrectal (colitis ulcerosa, E. de Crohn y adenomas colorrectales).
- Enfermedad terminal o invalidez grave que contraindique el estudio del colon.

- Antecedente personal de colectomía total.
- Historia familiar de poliposis adenomatosa familiar u otros síndromes polipósicos, o cáncer colorrectal hereditario no asociado a poliposis.
- Antecedentes familiares de cáncer colorrectal. Se excluirán del programa las personas con:
 - 2 o más familiares de primer grado diagnosticados de cáncer colorrectal.
 - 1 familiar de primer grado diagnosticado de cáncer colorrectal antes de 60 años.

El **proceso de invitación del Programa** consta de:

- Una carta de presentación individual para las personas invitadas por primera vez en el programa.
- Una carta de invitación individual.
- Una carta de recordatorio individual para las personas que no responden a la carta de invitación.
- Una carta de salida del Programa al llegar al último episodio de cribado.

** Se invitará a hombres y mujeres que tengan 50-69 años durante el año en el que se cursa la invitación en su ABS, independientemente de la que tengan en el momento concreto de recibirla (**pueden tener 49 años o 70 años**). El programa informático incorpora este criterio de selección.*

La Prueba de Cribado del Programa es la prueba de detección de sangre oculta en heces (PDSOH) de tipo inmunológica cuantitativa que se ofrecerá con periodicidad bienal.

Se realiza una única PDSOH (FECATEST®) para todo el Programa, así se garantiza la homogeneidad del Programa, realizándose una nueva determinación sólo en los casos en que no haya sido posible el análisis de la misma (muestra mal recogida, rotura del tubo o cualquier otra incidencia que imposibilite su análisis).

El criterio de positividad de la PDSOH se establece en un punto de corte de 100 ng de hemoglobina por mL de buffer que equivaldría a una concentración de entre 17 a 20 mg de hemoglobina por gramo de heces.

Se considerará positiva cualquier muestra con una concentración igual o superior a 100 ng / mL.

El circuito de entrega de los colectores y de recogida de los colectores con la muestra se realiza a través de las farmacias colaboradoras.

El colector de la muestra y los circuitos de entrega y recogida de las mismas permiten la vinculación entre los datos del participante (carta de invitación) y la muestra (Colector) con el mínimo riesgo de error.

El laboratorio llevará a cabo la recepción, identificación, procesamiento, análisis de las muestras y el envío de los resultados garantizando la trazabilidad de cada una de las muestras.

La prueba de elección para el estudio de las personas con un resultado positivo de la PDSOH es la **colonoscopia**.

Previa a la realización de la colonoscopia, se hará una valoración de las posibles contraindicaciones o situaciones que requieran alguna actuación específica que se efectuará mediante una entrevista presencial unos días antes de la realización de la prueba en la Consulta de Enfermería de nuestro Servicio.

Actividades de la enfermera en la Consulta de Cribado:

Primera visita:

- Atención presencial de los participantes con resultado positivo a la PDSOF.
- Identificación de potenciales contraindicaciones para la realización de la colonoscopia, mediante recogida de antecedentes patológicos, medicación que toma habitualmente y antecedentes familiares.
- Identificación de los participantes con un riesgo incrementado de CCR en base a su historia personal y / o familiar, y derivación al circuito asistencial que les corresponda.
- Identificación de exclusiones a través de la anamnesis realizada.
- Solicitud y programación de la prueba y de una visita sucesiva.
- Entrega de información sobre colonoscopia y anestesia.
- Entrega del consentimiento informado (autorización para la realización de colonoscopia de cribado) para que lo entregue el día de la prueba (firmado o sin, si es que tuviera alguna duda).
- Entrega y explicación de cómo hacer la preparación colónica.

Visita sucesiva:

- Comunicación de los resultados a los pacientes a los que se ha efectuado una colonoscopia con resultado no negativo.

-Establecer el riesgo individual de lesiones metacrónicas en base a los resultados de la colonoscopia.

-Comunicación de este riesgo al participante y al correspondiente equipo de atención primaria.

-Derivar si fuera necesario a la unidad especializada que corresponda, según resultado de colonoscopia e informe de anatomía patológica (Unidades de EII, CAR-CCR, CCR).

-Educación sanitaria explicando hábitos saludables para prevenir el CCR.

- Si la colonoscopia es negativa no es necesario realizar segunda visita, en el servicio de endoscopias se le comunica el resultado de la prueba y desde la oficina técnica también se les envía carta para comunicar el resultado y lo que tienen que hacer referente a los próximos controles.

- Cierre y grabación en el aplicativo informático del estado final de todos los participantes en el PDPCCR a los que se les ha programado una colonoscopia.

- Si CCR no se cerraría hasta comprobar el resultado final de todo el episodio (resultado de IQ y de otros tratamientos).

La preparación necesaria para realizar la colonoscopia consiste en efectuar una dieta pobre en fibra vegetal los 4 días previos y dieta líquida el día antes de la prueba, junto con la administración de una solución evacuante (preparaciones de Polietilenglicol PEG o de Picosulfato sódico).

Es importante que esta se administre lo más cercano posible al momento de realizar la exploración, quedando en ayunas desde que finalice su administración.

En los individuos que reciben tratamiento anticoagulante, hay que tener en cuenta su riesgo tromboembólico (alto o bajo) para modificar la pauta de acuerdo con los protocolos escritos establecidos en el territorio.

Los individuos que reciben tratamiento con hierro oral deberán suprimirlo durante los 7 días previos a la exploración.

En los individuos con antecedentes de prótesis valvular y vascular, historia de endocarditis o shunt pulmonar es opcional la realización de antibioticoterapia profiláctica, mientras que en los pacientes con cirrosis hepática es recomendado hacerlo.

Debe existir un **consentimiento informado para la colonoscopia**, el cual irá firmado por la persona (o tutor legal) a la que se realiza la exploración y por el endoscopista que la efectúa.

Este documento le habrá sido entregado por la enfermera de la consulta quien le habrá proporcionado las explicaciones verbales adecuadas.

El documento, debidamente firmado, se conservará durante un mínimo de 5 años.

La colonoscopia se efectuará con sedo-analgésia.

Una colonoscopia será incompleta cuando no se pueda realizar la exploración completa del colon llegando a fondo de saco cecal.

Si la colonoscopia es incompleta por la aparición de trastornos hemodinámicos o cardiorrespiratorios, hay que repetir habiendo tratado previamente la posible causa e intensificando las medidas de vigilancia anestésica.

Si la colonoscopia está mal preparada (Escala Boston inferior a 6) hay que repetirla extremando la preparación del colon y averiguar la causa de ello.

Se recomienda la resección de todos los pólipos. Siempre que sea posible y a criterio del endoscopista, se hará en una misma sesión.

Es necesario recuperar todos los pólipos extirpados para su posterior análisis anatomopatológico.

La técnica para la polipectomía dependerá del tamaño y morfología de los pólipos y se utilizará la técnica endoscópica de resección más adecuada a criterio del endoscopista:

- Pólipos pequeños (2-3 mm.), resección con pinza fría.
- Pólipos pedunculados, resección con asa.
- Pólipos planos o grandes, (asa, mucosectomía, disección submucosa, etc.).

La colonoscopia se realiza en sesiones específicas para el programa de cribado, diferenciadas del resto de actividad de la unidad de endoscopia.

Al terminar la exploración, se informa a la persona de los resultados de la misma, tanto verbalmente

como por escrito, antes de que deje la Unidad de Endoscopia.

Las neoplasias que se pueden detectar en el colon o recto pueden ser **adenomas** (benignos) o **adenocarcinomas** (malignos).

1. Adenoma

- Según su **morfología** se clasifican en:

1. Convencionales (Con displasia)

- Tubular
- Túbulo-veloso
- Velloso

2. Serrados

- Pólipo hiperplásicos * Sin displasia
- Adenoma serrado sésil con o sin displasia
- Adenoma serrado con displasia

* *No es un adenoma pero sí forma parte de las lesiones polipoidales aserradas que se pueden encontrar en una colonoscopia.*

- Según el **grado de displasia** se clasifican en:

1. Bajo grado:

- Displasia leve
- Displasia moderada

2. Alto grado:

- Displasia grave o severa

- Según la **clínica** se dividen en 3 categorías:

1. Adenoma de bajo riesgo:

- 1 o 2 adenomas
- Tamaño <10 mm.
- Criterios adicionales: morfología tubular y neoplasia de bajo grado.

2. Adenomas de riesgo intermedio:

- 3-4 adenomas y tamaño <10 mm., o.
- 1 adenoma ≥ 10 mm. y <20 mm.
- Criterios adicionales: veloso o neoplasia de alto grado

3. Adenoma de alto riesgo:

- ≥ 5 adenomas, o
- 1 adenoma ≥ 20 mm.

Se debe tener presente también el **margen de resección de las polipectomías**, que puede ser:

- Libre de lesión
- Afectado por displasia de bajo grado
- Afectado por displasia de alto grado

2. Adenocarcinoma

- Según el **tipo histológico** se clasifican (WHO 2000) en:

- Adenocarcinoma
- Adenocarcinoma mucinoso (> 50% de mucina extracelular)
- Adenocarcinoma de células en anillo de sello (> 50% de células en anillo de sello)
- Carcinoma medular
- Carcinoma escamoso
- Carcinoma adenoescamoso
- Carcinoma de célula pequeña
- Carcinoma indiferenciado

- Según el **grado histológico** se clasifican en:

1. Bajo grado:

- Adenocarcinoma bien diferenciado o G1.
- Adenocarcinoma moderadamente diferenciado o G2.

2. Alto grado:

- Adenocarcinoma poco diferenciado o G3.
- Carcinoma indiferenciado o G4.
- Carcinoma de células en anillo de sello.
- Carcinoma de célula pequeña.

Para facilitar la comunicación de los resultados del PDPCCR, los pacientes con adenocarcinoma se clasificarán en:

- **Carcinoma invasivo:** carcinoma que invade la submucosa y, tiene capacidad de diseminación
- **Carcinoma no invasivo:** carcinoma que no invade la submucosa

En resumen, la **evolución** de las lesiones colorrectales es la siguiente:

No Invasivo

1. Pólipo o adenoma sin displasia
2. Adenoma con displasia de bajo grado
3. Adenoma con displasia de alto grado

Invasivo

4. Adenocarcinoma intraepitelial
5. Adenocarcinoma intramucoso
6. Adenocarcinoma infiltrando

La actuación al finalizar el cribado es la siguiente, si se cumple los criterios de inclusión:

- **No participantes:** nueva invitación a los 2 años.
- **Participante con resultado de PDSOH negativa:** nueva invitación a los 2 años.

- **Participante con resultado de PDSOH positiva:** según el resultado de la colonoscopia.

- **Normal:** reincorporación al Programa a los 10 años con PDSOH.

- **Patología no neoplásica:** Enfermedad inflamatoria intestinal.

Se comunicará a su médico la patología detectada y se excluirá del Programa

- **Otra patología no neoplásica:** se comunicará a su médico la patología detectada y se reincorporará al Programa a los 10 años con PDSOH.

- **Paciente con adenoma de bajo riesgo:** nueva invitación a los 2 años.

- **Paciente con adenomas de riesgo intermedio:** exclusión y seguimiento según protocolo.

- **Paciente con adenoma de alto riesgo:** exclusión y seguimiento según protocolo

- **Paciente con cáncer colorrectal:** exclusión del Programa y derivación a los servicios asistenciales especializados.

- **Paciente con síndromes polipósicos:** exclusión del Programa y derivación a los servicios asistenciales especializados.

En ocasiones, no es posible recuperar el pólipo para su análisis anatomopatológico, lo que dificulta la clasificación del paciente y por tanto el establecimiento del tratamiento y su seguimiento.

Para minimizar esta eventualidad se recomienda efectuar una biopsia antes de la resección en aquellos pólipos que se prevea la dificultad para recuperarlo.

Cuando no se disponga de evaluación anatomopatológica se adoptará una actitud conservadora dirigida a minimizar el riesgo del paciente, teniendo en cuenta el número de pólipos y / o el tamaño de la lesión:

- Si el pólipo es menor de 5 mm., se considera hiperplásico.

- Si el pólipo es de 5 a 9 mm., se considera adenoma de bajo riesgo.

- Si el pólipo es mayor o igual de 10 mm., se considera adenoma de alto riesgo.

- Si hay 3 o más pólipos (independientemente del tamaño) es adenoma de alto riesgo.

Objetivo

El objetivo del trabajo es valorar los resultados obtenidos en los primeros meses de implantación de la primera ronda del **Programa de Detección Precoz del Cáncer Colorectal (PDPCCR)** de Barcelona realizado en nuestro Servicio de Endoscopia Digestiva.

Material y Método

Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo que incluye a los participantes en el PDPCCR con un resultado positivo en la prueba de sangre oculta en heces (PDSOH) desde el inicio del programa en nuestro Servicio de Endoscopia Digestiva de Noviembre de 2015 hasta Julio del 2016, cuya edad se encuentra entre los 50 y 69 años y que han sido sometidos a colonoscopias de cribado bajo técnica de sedación anestésica para el diagnóstico de confirmación.

Se documentaron el número, tamaño (mm.), morfología (pedunculados, sésiles o planos) y la ubicación (recto, sigma, colon izquierdo, transversal, derecho, ángulo hepático y en ciego).

Cuando las colonoscopias fueron incompletas a los pacientes se les ofreció una nueva colonoscopia.

Variables recogidas: número de participantes, edad, sexo, número de colonoscopias con intubación cecal, escala de Boston obtenida, número de pólipos extirpados y grado histológico de las lesiones.

Los endoscopios utilizados fueron colonoscopios Olympus estándar de adultos.

Resultados

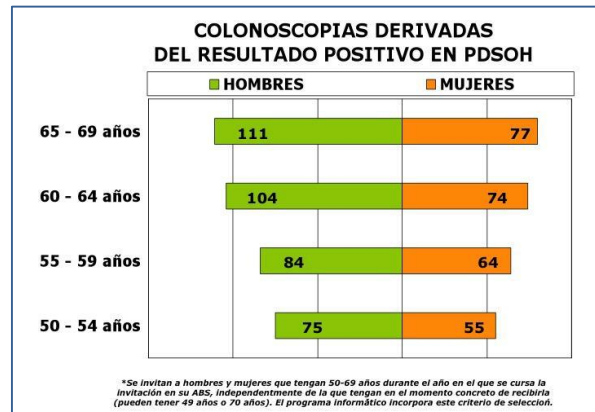
Hasta el momento tenemos un total de 11.175 (33,11%) de las personas invitadas que han decidido participar.

De estas un total de 911 (8,15% de los participantes) han obtenido un resultado positivo en la PDSOH.

Hemos realizado colonoscopia con sedación a 638 de los que 370 son hombres (57,99%) y 268 son mujeres (42,01%).

Desglosados por franjas de edad y sexo son:

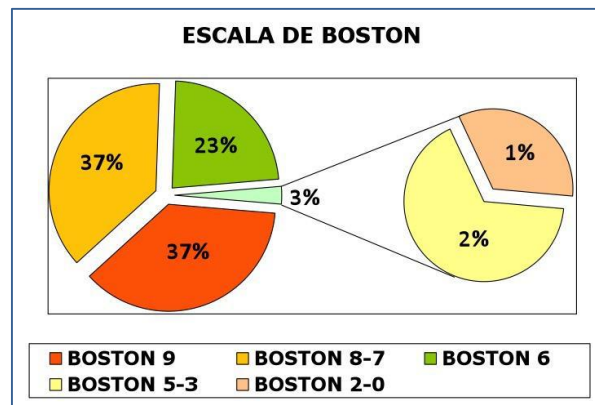
- de 50 a 54 años 75 Hombres y 55 Mujeres
- de 55 a 59 años 84 Hombres y 64 Mujeres
- de 60 a 64 años 104 Hombres y 72 Mujeres
- de 65 a 69 años 111 Hombres y 80 Mujeres



Las dos franjas de edad con más resultados positivos son la de 60 a 64 años de edad con 104 Hombres y 72 Mujeres y la de 65 a 69 años con 111 Hombres y 80 Mujeres, en total 367 personas que representan el 56,72% de las colonoscopias realizadas.

Se evaluó la calidad de la preparación del colon mediante Escala de Boston.

Los pacientes con una preparación adecuada (97%) se consideraron los que habían obtenido como resultado una valoración de entre 6 y 9 en la Escala de Boston.



Los que obtuvieron una valoración inferior (3%) fueron considerados como mala preparación y la colonoscopia tuvo que ser repetida.

Se evaluaron los motivos de la mala preparación en la consulta de enfermería donde se programó la repetición de la colonoscopia siendo la causa de esta el incumplimiento de las recomendaciones dietéticas y de toma de solución evacuante.

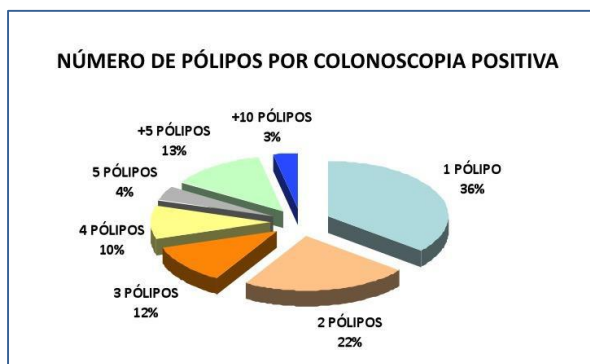
La tasa de intubación cecal fue de 97%, dentro del rango establecido por las directrices europeas como deseables (95,6%).

Los resultados de las colonoscopias fueron:
 - 195 (30,14%) negativas,
 - 449 (69,40%) con hallazgo de lesiones.

En cuanto al número de pólipos los datos son:

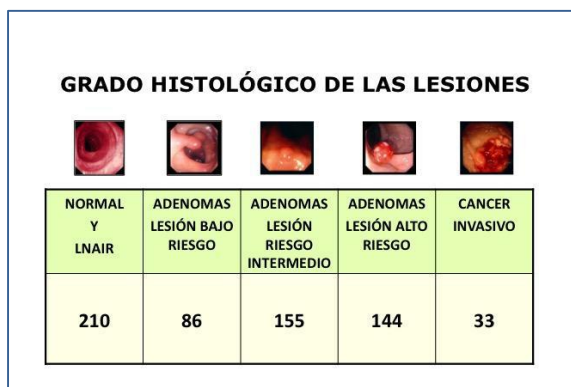
- 166 (36,97%) presentaron 1 pólipo
- 103 (23,60) presentaron 2 pólipos
- 55 (12,25) presentaron 3 pólipos
- 44 (9,80%) presentaron 4 pólipos
- 19 (4,23%) presentaron 5 pólipos
- 59 (13,14%) presentaron más de 5 pólipos
- 16 (3,56%) presentaron más de 10 pólipos

* de las colonoscopias positivas



Grado histológico de las lesiones encontradas:

- 86 (13,30%) Lesión de Bajo Riesgo (LBR).
- 155 (23,95%) Lesión Riesgo Intermedio (LRI).
- 144 (22,25%) Lesión de Alto Riesgo (LAR).
- 28 (4,32%) Cáncer Invasivo (CI).
- 13 (2,01%) Polipósis.
- 3 (0,46%) Enfermedad Inflamatoria Intestinal.



Al analizar las tasas de detección por grupos de edad y sexo observamos que tanto para ADK pTis LRA y Cánceres Invasivos las cifras alcanzadas

son mayores en hombres que en mujeres. Se observa una tendencia al aumento con la edad tanto en hombres como en mujeres.

La localización anatómica de las lesiones fue:

- Sigma: 225 (27%)
- Colon Izquierdo: 148 (17%)
- Colon transverso: 137 (16%)
- Colon Derecho: 127 (15%)
- Recto: 127 (15%)
- Ángulo Hepático: 47 (5%)
- Ciego: 45 (5%)



Conclusiones

Lograr una alta participación de la población en estos programas es clave para conseguir reducir la morbi-mortalidad asociada a este cáncer.

El hecho de que la prueba de detección de sangre oculta en heces es muy sencilla y se realiza en casa implica una mayor participación.

La eficacia de una colonoscopia depende de la visualización adecuada de todo el colon y depende de la limpieza del intestino y la experiencia del endoscopista en la realización de exámenes cuidadosos con el fin de no perder ninguna lesión, alcanzar el ciego y eliminar todos los pólipos detectados.

En nuestro estudio, la limpieza intestinal adecuada es alta (97%), pensamos que este excelente resultado se debe a las recomendaciones impartidas en la Consulta de Enfermería donde a los participantes se les proporciona toda la información del proceso a realizar para conseguir una buena limpieza del colon y se adapta e individualizan las indicaciones, podría decirse que es una "preparación a la carta" teniendo en cuenta las características de la persona.

La tasa de intubación cecal es del 97% y está dentro del rango establecido por las directrices europeas como deseables (95,6%).

Los esfuerzos en la detección precoz del cáncer de colon están contribuyendo ya a reducir estas cifras, por eso creemos que se debe seguir trabajando en programas de prevención.

Bibliografía

1. Pla de salut de Catalunya 2016-2020 Un sistema centrat en la persona: públic, universal i just.
2. Aspectos generales del cribado .Delgado M.
3. Aspectos generales del cribado. Delgado. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Desembre 2012.
4. Criteris Generals d'organització i Funcionament del Programa de Detecció Precoç de Cancer de Colon i Recte de Catalunya. Document elaborat pel Grup de treball sobre cribratge de càncer de còlon i recte de la Comissió Assessora de Cribratge de Càncer. Novembre 2012
5. Necesidad de una atención coordinada y multidisciplinaria en la población española con riesgo elevado de desarrollar cáncer colorrectal. Pérez Segura P, Balaguer F. *Gastroenterol Hepatol*.2012.
6. <http://globocan.iarc.fr/Pages/Map.aspx>
7. La situación del cáncer en España. Lopez-Albente G, Pollán Santamaría M, AragonésN, Pérez B et al.
8. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.