



PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER COLORRECTAL EN LA CAPV

PRESENTACIÓN DEL CONSEJERO DE SANIDAD

Bilbao, 7 de mayo de 2008

Buenos días, egun on:

Hoy les hemos convocado para informarles sobre una nueva iniciativa adoptada por el Departamento de Sanidad para reforzar la prevención y el diagnóstico precoz de una enfermedad que constituye un problema de salud importante en nuestro país: el cáncer de colon y recto.

¿Y cómo de importante es esta enfermedad? Miren:

- Es el tumor más frecuente en la población general, el 2º en las mujeres, tras el de mama y el 3º en los hombres, tras los de pulmón y próstata;
- Cada año, más de 1.600 personas son diagnosticadas de este cáncer en Euskadi. De ellas, 1.000 son hombres y 600 mujeres;

- Además, casi 2.000 pacientes al año son hospitalizados por este motivo (1.250 hombres y 750 mujeres);
- Las tasas de mortalidad se cifran en 32/100.000 en hombres y en 13/100.000 en mujeres.

A la vista de todos estos datos, queda claro que estamos hablando de una prioridad para la sanidad que, evidentemente, trata permanentemente de mejorar su abordaje. Para ello, una de las primeras cosas que debe mirarse es qué características presenta la enfermedad para adaptar las estrategias a desarrollar.

Características del cáncer de colon

En el 80% de los casos, este cáncer se origina en un pólipo intestinal que sufre una transformación maligna tras un periodo prolongado de hasta 10 años.

Para cuando produce síntomas evidentes ya se encuentra en una etapa avanzada.

La edad es uno de los factores de riesgo principales: a partir de los 50 años, cada década duplica la incidencia de cáncer colorectal.

Estudios recientes indican un aumento de la incidencia por obesidad y por consumos elevados de alcohol y de carnes rojas (Informe 2007 sobre "Nutrición, actividad física y prevención del cáncer", de

la Fundación Mundial para la Investigación sobre el cáncer, del que se han hecho eco las principales publicaciones científicas).

La mayoría de los casos son esporádicos, es decir, no tienen antecedentes familiares (70%).

A su vez, la supervivencia a los cinco años mejora enormemente cuanto antes se diagnostique. Sólo es de un 15% cuando el diagnóstico se realiza en fase IV (un estadio avanzado de la enfermedad) pero alcanza entre el 75%-90% cuando se diagnostica en las fases I-II (fases precoces).

Es decir, se trata de un proceso de evolución lenta, que no da síntomas evidentes hasta cuando ya ha avanzado mucho, que tiene una relación muy directa con la edad y cuyo pronóstico mejora mucho con un diagnóstico precoz.

A partir de ahí, la pregunta que surge es inmediata:

¿Pueden disminuirse la mortalidad y la incidencia del cáncer de colon-recto?

La revisión de la evidencia científica es concluyente a este respecto: se pueden disminuir con dos tipos de actuaciones que, por cierto, no son en absoluto incompatibles:

- Actuando sobre los factores de riesgo modificables (estilos de vida);
- Mediante un diagnóstico precoz, realizado en personas sin síntomas, para permitir un tratamiento en fases iniciales de la enfermedad.

En el primero de los casos, es conocida la ya tradicional insistencia de este Departamento en el fomento de la actividad física y una dieta saludable, que seguiremos impulsando, como no puede ser de otra manera.

Pero para que el diagnóstico precoz tenga un valor comunitario, habría que plantearse hacer unas pruebas diagnósticas a toda la población diana y, como todo programa de cribado poblacional, debe haber unas condiciones mínimas que lo justifiquen. Estas son:

Condiciones para recomendar una prueba de cribado en población asintomática:

- Conocimiento suficiente de la historia natural de la enfermedad;
- Que el diagnóstico precoz mejore el pronóstico de la enfermedad;
- Que la enfermedad sea un problema de salud relevante;

- Que exista una prueba de cribado aceptable, válida y razonablemente segura (para el éxito del programa es imprescindible que la población citada acuda al mismo);
- Y que la eficacia del cribado se haya demostrado.

Analizadas todas estas cuestiones por el Grupo de expertos nombrados específicamente por el Departamento de Sanidad, se ha comprobado que la evidencia científica concluye que el cáncer de colon y recto es efectivamente un problema de salud pública (lo hemos visto al principio); que su prevención es eficaz a través del cribado en población mayor de 50 años para identificar y tratar precozmente a personas con pólipos; y que la prueba de cribado de elección es la determinación de sangre oculta en heces, con la que se puede reducir la mortalidad del cáncer colorrectal entre un 15% y un 33%.

Por todas esas razones, y estudiadas las recomendaciones tanto del Grupo de trabajo como del Consejo Asesor sobre el Cáncer en Euskadi, el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco ha decidido implantar un Programa de detección precoz del cáncer colorrectal en Euskadi.

Una de las novedades de este planteamiento con respecto a los que se están haciendo en algunos otros sistemas sanitarios de nuestro entorno es que no vamos a hacer un estudio piloto, sino que, una vez asumidas las evidencias científicas, hemos considerado que hay

suficientes argumentos para acometer la implantación del programa en toda la CAPV, con las siguientes características.

Características del Programa de Cáncer colorrectal para Euskadi

- El Programa se dirigirá a todas las mujeres y todos los hombres de 50 a 69 años, que son los límites de edad en los que los ensayos han demostrado una mayor efectividad;
- Las pruebas se realizarán cada dos años;
- Se utilizará el test de sangre oculta en heces, técnica no invasiva de cumplimentación en el domicilio. Les explico someramente el procedimiento:

Procedimiento para la recogida de la muestra

Con el kit suministrado por la coordinación del programa, se recoge en una lámina una cantidad muy pequeña de materia fecal inmediatamente después de emitirla.

Una vez realizado, se cierra y presiona la tapa de la lámina, se anota la fecha y se guarda a temperatura ambiente.

Estos pasos se repiten hasta completar las muestras de 3 deposiciones consecutivas.

Se introducen las láminas en el sobre y se entregan en las urnas que habrá dispuestas en el centro de salud, desde donde se enviarán al laboratorio para su análisis.

- En los casos en los que dicho test dé un resultado positivo, se realizará una colonoscopia diagnóstica con sedación en el hospital de referencia correspondiente;
- El Programa pivotará sobre un **centro coordinador**, la **atención primaria** y la atención hospitalaria.

Dados el volumen de población incluida y las exigencias organizativas que un programa de estas características requiere, se implantará en tres fases, tal y como ya se hizo en el Programa de detección precoz del cáncer de mama:

Fechas previstas

Fase I: comienzo en los municipios seleccionados en una Comarca sanitaria de cada Territorio Histórico, que representen adecuadamente las características poblacionales que persigue el programa (último trimestre 2008);

Fase II: extensión al resto de municipios de esas Comarcas (paulatina, en función de las características de cada Comarca, a partir de 2009);

Fase III: extensión al conjunto de la CAPV (a partir de 2010 hasta su implantación completa, en función del análisis de los resultados de las dos fases anteriores).

Fase I:

En la primera fase, se invitará a participar en el programa a 28.000 mujeres y hombres de 50 a 69 años, de los que casi 16.000 serán de Bizkaia, algo más de 8.000 de Gipuzkoa y aproximadamente 4.000 de Araba.

En Bizkaia el Programa comenzará en los municipios de Mungia, Erandio y Leioa de la Comarca Uribe; en Gipuzkoa, en los municipios de Pasajes San Pedro y Zarautz, de la Comarca Ekialde; y en Araba, comenzaremos por la Unidad de Atención Primaria de Zaramaga, de Vitoria-Gasteiz.

Básicamente, la estructura del programa funcionará de la siguiente manera:

Estructura del programa

La Coordinación se encargará de la difusión y el material informativo común, del envío de cartas a los domicilios invitando a participar en el test, de enviar los tests de cribado cuando la invitación es aceptada, de informar de los resultados cuando son negativos (ausencia de sangre) y de la evaluación y seguimiento del

programa, para lo que contará con un sistema de información específico.

En atención primaria, se recogerán las muestras en urnas en horario completo de los centros de salud (que se enviarán al laboratorio del hospital de referencia correspondiente) y las y los médicos de cabecera informarán de los casos positivos y de su significado, entregarán al paciente el consentimiento informado para la colonoscopia y el material para la preparación de la misma.

El hospital, por último, se encargará del procesamiento de las muestras, de la realización de las colonoscopias en el plazo establecido y del establecimiento del tratamiento en cada caso, remitiendo la información a la coordinación del programa.

Una vez implantado el programa en toda la Comunidad, cuyo coste estimado es de 2.700.000 € al año, cada dos años **estarán llamados a participar en el mismo 496.179 personas de 50 a 69 años**, de las que se calcula 13.500 darán un resultado positivo en el test de sangre oculta en heces, lo que conllevará la realización de unas 11.500 colonoscopias para confirmación de diagnóstico y una detección de 2.400 personas con cánceres y lesiones precancerosas en cada vuelta completa del programa que, insisto, se completa cada dos años.

En conclusión, se diagnosticarán de manera precoz 1.200 cánceres y lesiones precancerosas al año, lo que incrementará la supervivencia y la curación del cáncer colorrectal en Euskadi, que es el objetivo último del programa que presentamos hoy.

Gabriel M^a Inclán Iribar
CONSEJERO DE SANIDAD