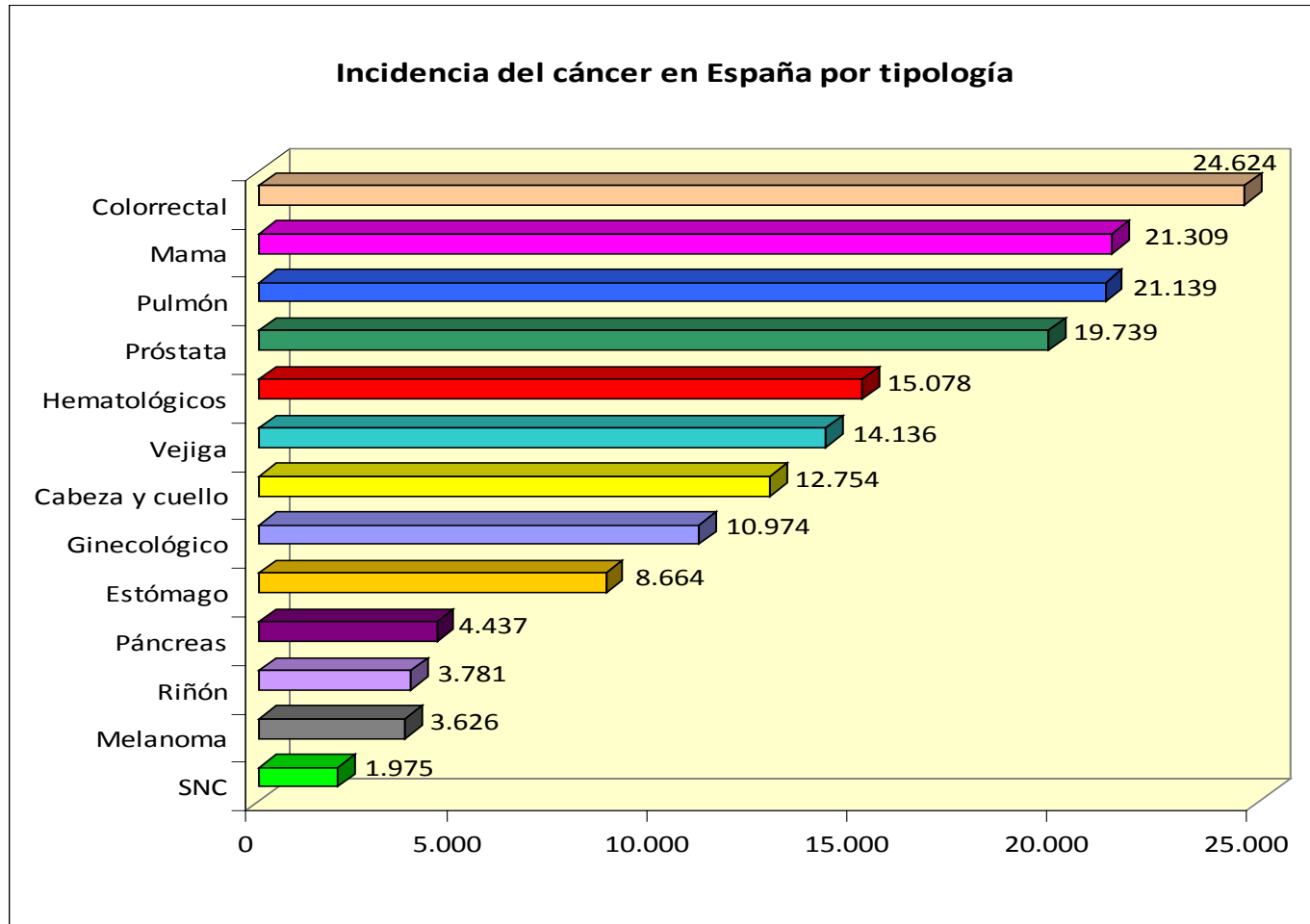


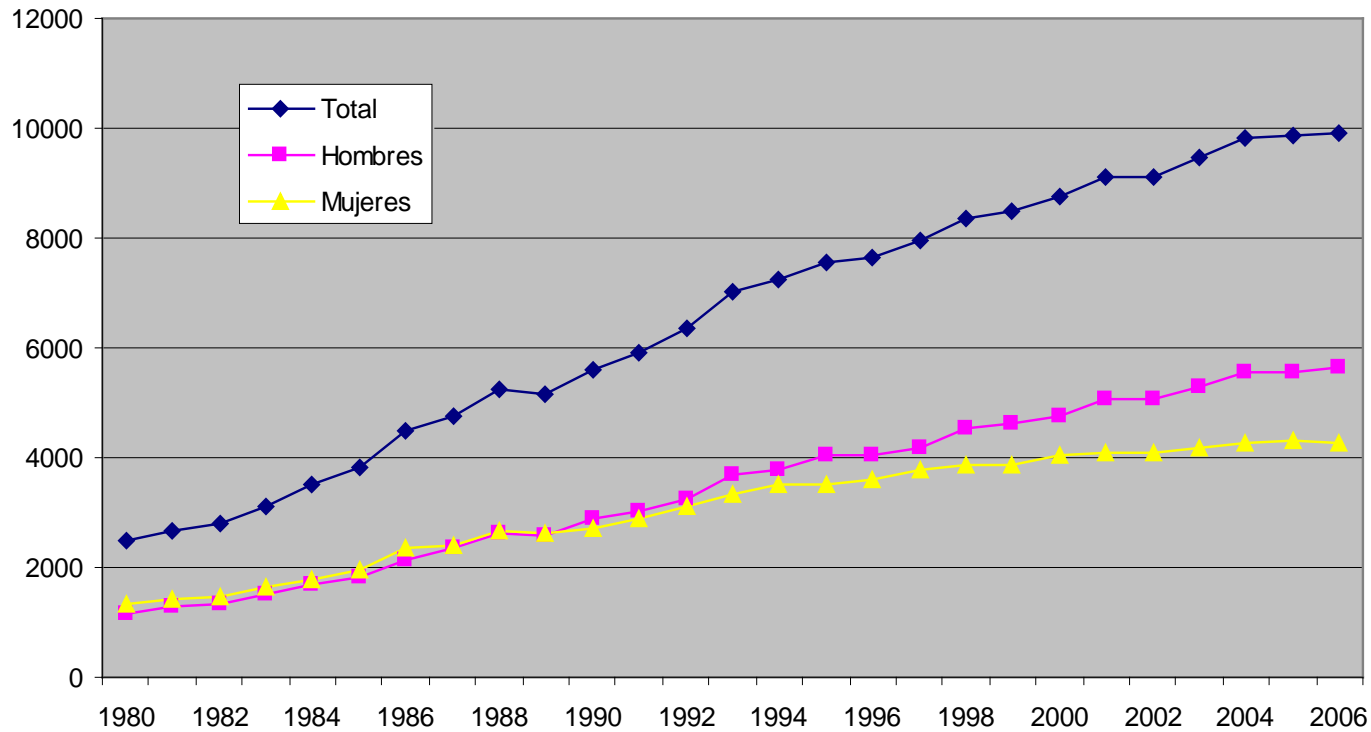
CRIBADO DEL CANCER COLORRECTAL

**Cáncer de Colon. Perspectivas actuales
Alicante, 27-3-2012**

El cáncer colorrectal es ya el primero por incidencia en España



Mortalidad en España. CCR 1980-2006

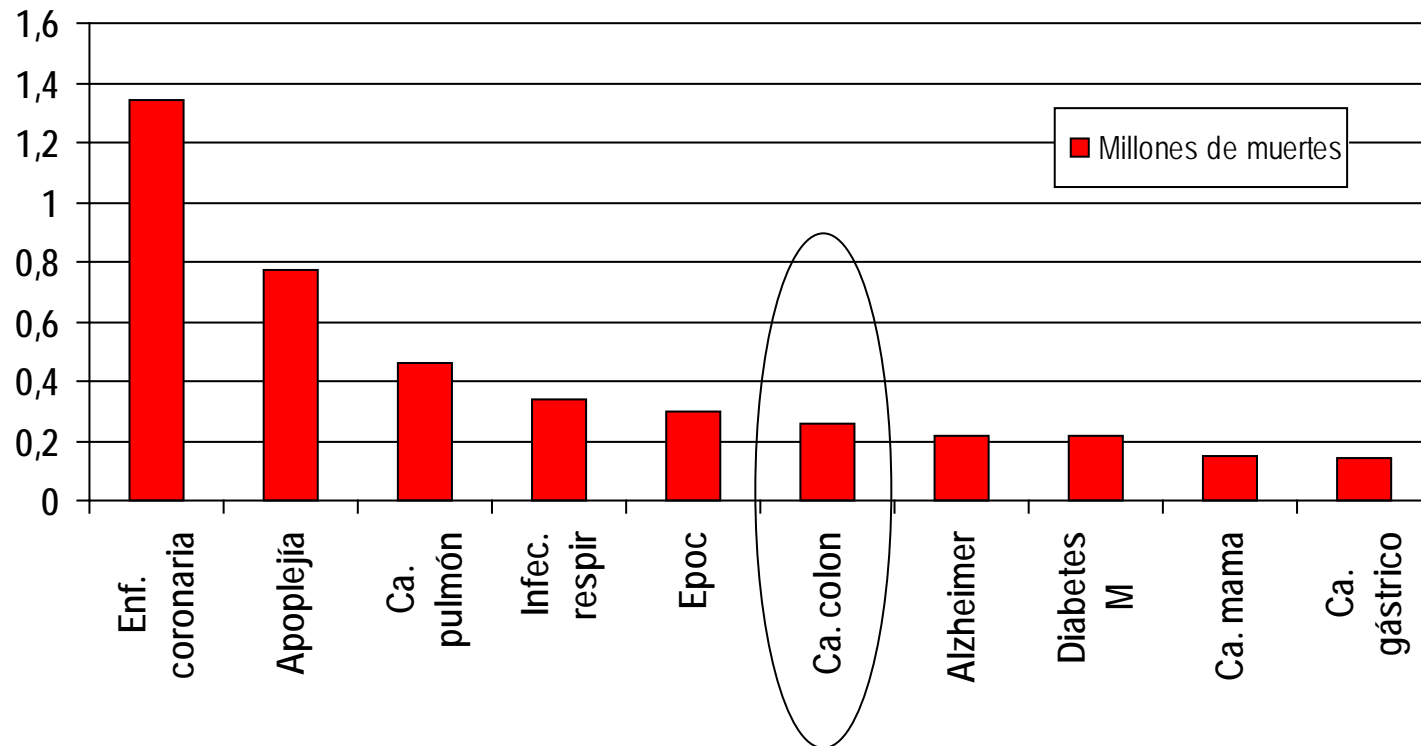


Fuente ine base. 29/IV/2008. Elaboración propia.

Incidencia y mortalidad del cáncer

El cáncer colorrectal (CCR) es la 6ª causa de muerte

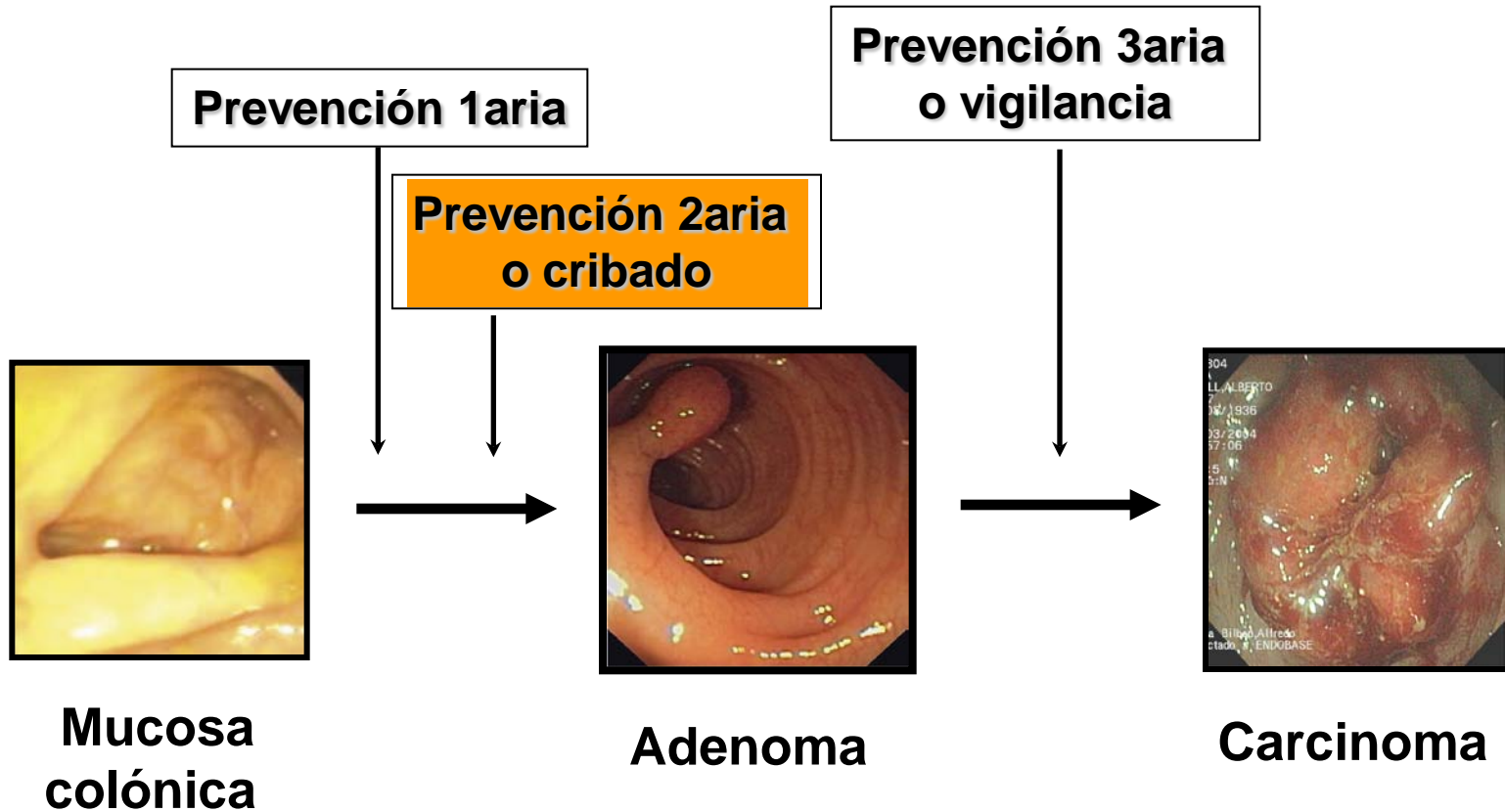
Causas de mortalidad en países con ingresos altos.



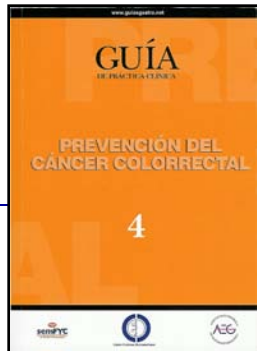
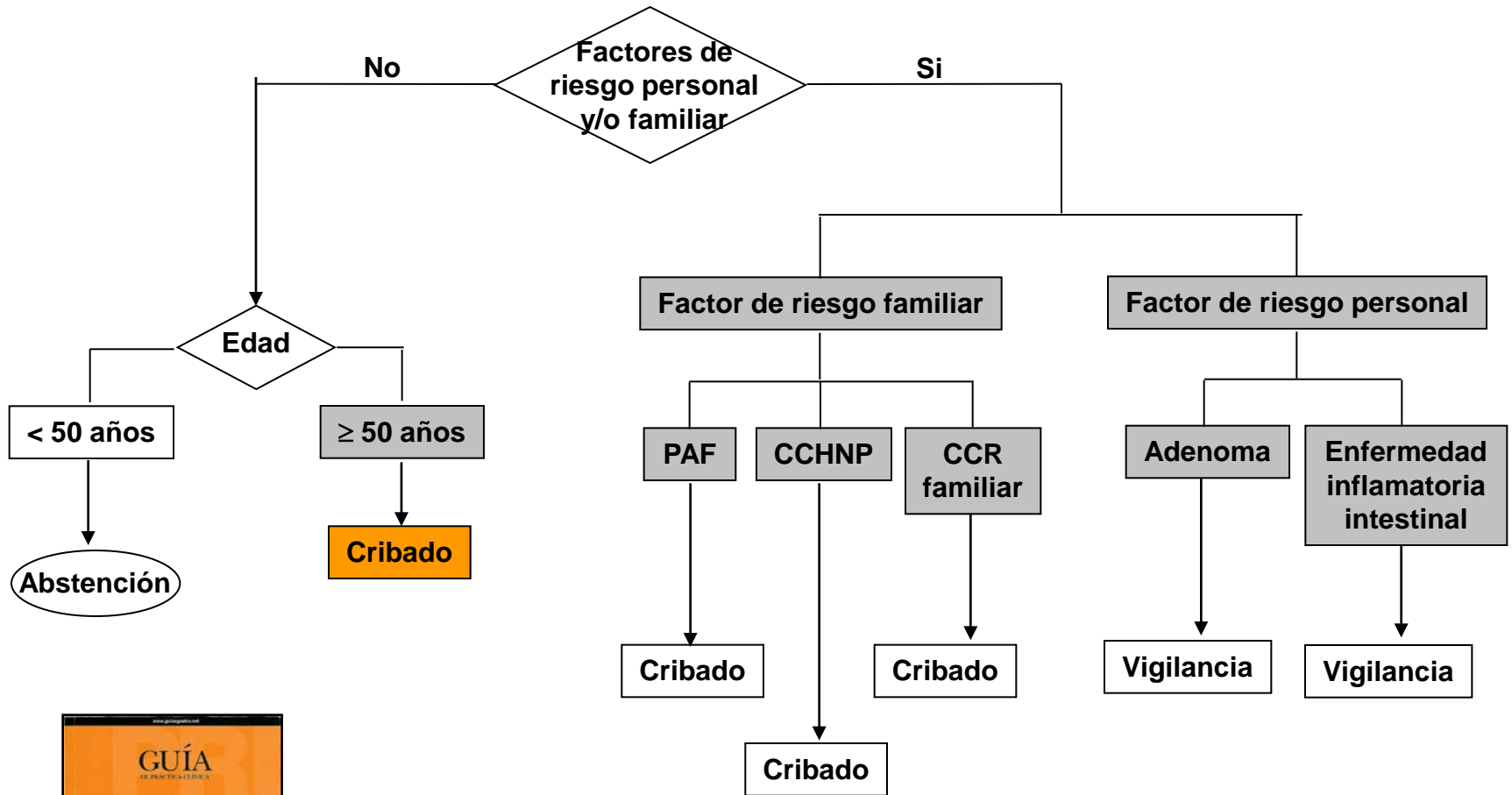
Elaboración propia.

Fuente: Las 10 causas principales de defunción por grandes grupos de ingresos* (2002) Hoja descriptiva N° 310 Marzo de 2007 OMS

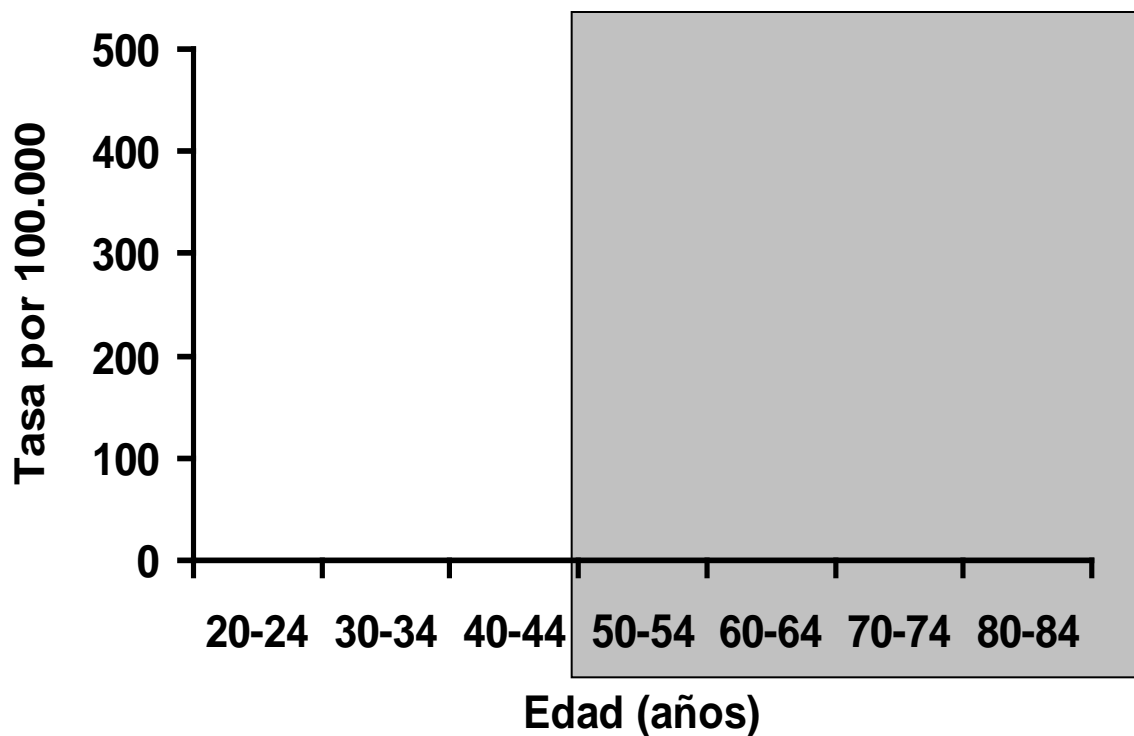
Prevención del cáncer colorrectal



Clasificación del riesgo de CCR



Cribado del CCR: población de riesgo medio

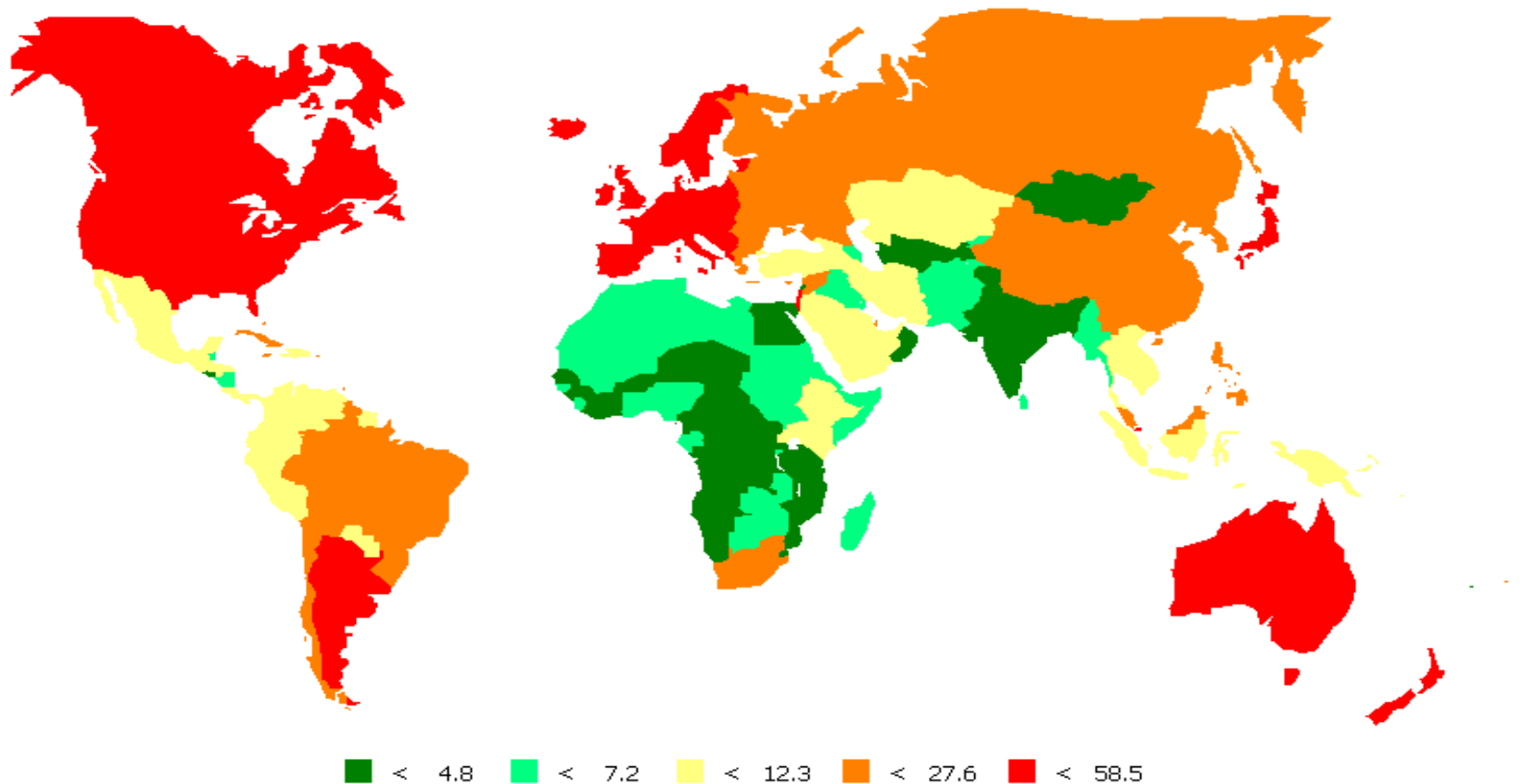


Condiciones para aplicar un cribado poblacional (Frame y Carlson, 1975)

- **Problema de salud importante**
- **Etapas inicial asintomática e historia natural bien establecida**
- **Tratamiento eficaz y aceptado**
- **Prueba de cribado adecuada**
- **Buena relación coste-efectividad**
- **Detección precoz disminuye la morbi-mortalidad**

Cáncer colorrectal

Incidencia estandarizada por edad/100.000

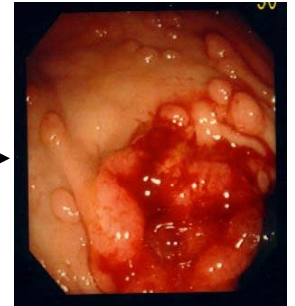
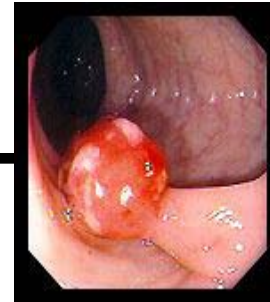
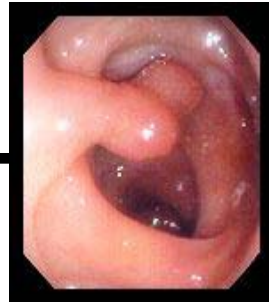
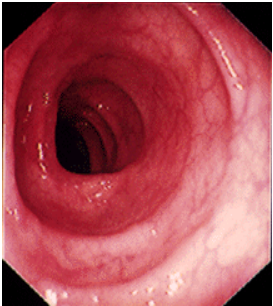


GLOBOCAN- 2002

Historia natural del cáncer colorrectal

5 años

5 años



**Normal
mucosa**

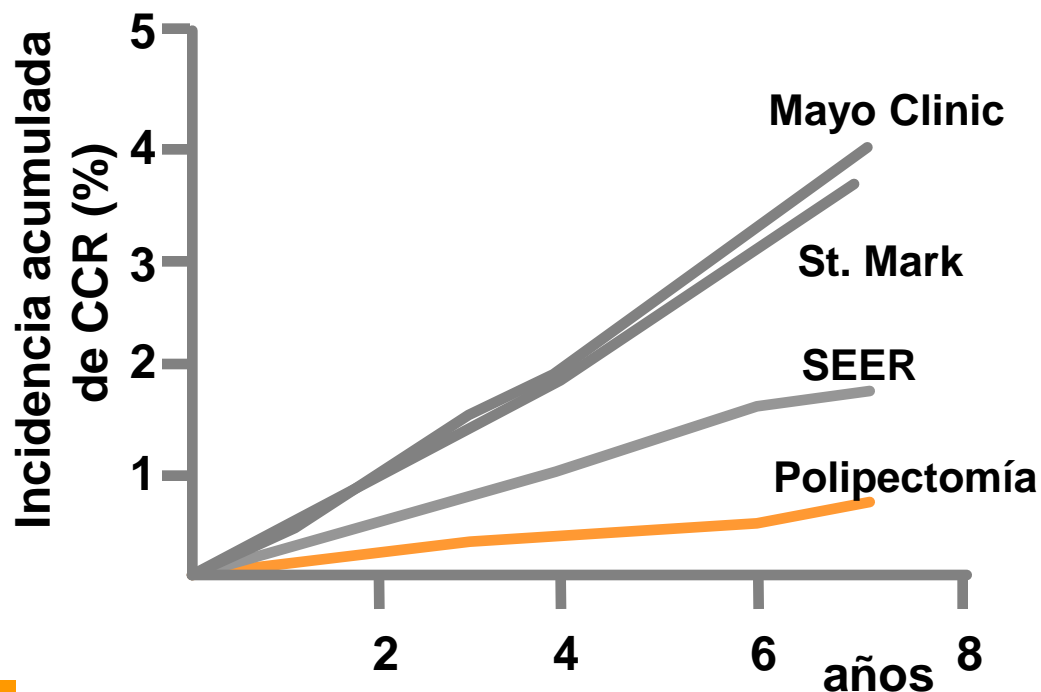
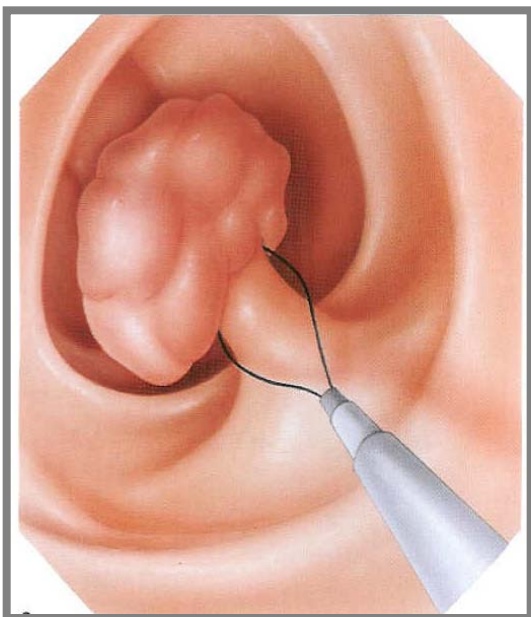
Adenoma

Carcinoma

Adenoma avanzado (alto riesgo):

- **Tamaño > 1 cm**
- **Componente vellosa**
- **Displasia de alto grado**

Polipectomía endoscópica

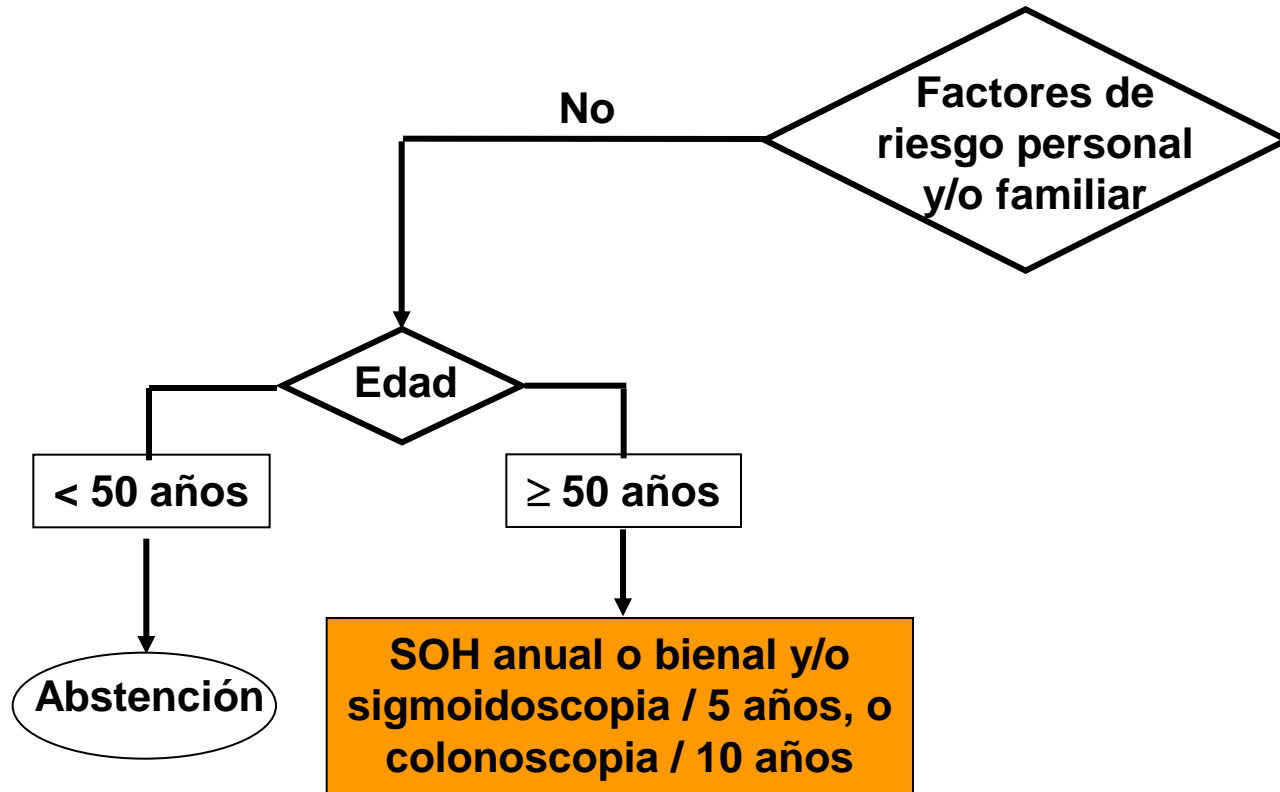


Evidencia: 1b
Recomendación: A

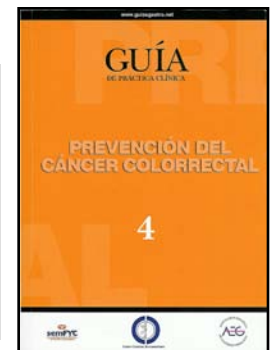
Prueba de cribado “ideal”

- **Rápida**
- **Segura**
- **Fácil de realizar**
- **Alta sensibilidad**
- **Alta especificidad**
- **Alto valor predictivo positivo**
- **Bien aceptada por la población y los profesionales**

Cribado en población de riesgo medio



- U.S. Preventive Services Task Force
- U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer
- American Cancer Society
- AEG – semFYC - Cochrane



Cribado en población de riesgo medio: sangre oculta en heces

	n	Frecuencia	Reducción mortalidad por CCR
Minnesota ¹	46.551	anual	33% (OR: 0,67; 0,50-0,87)
Nottingham ²	152.850	bienal	15% (OR: 0,85; 0,74-0,98)
Dinamarca ³	140.000	bienal	18% (OR: 0,82; 0,68-0,99)

Evidencia: 1a
Recomendación: A

¹Mandel *et al.* NEJM 1993
²Hardcastle *et al.* Lancet 1996
³Kronborg *et al.* Lancet 1996

Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicentre randomised controlled trial

Wendy S Atkin, Rob Edwards, Ines Kralj-Hans, Kate Wooldrage, Andrew R Hart, John M A Northover, D Max Parkin, Jane Wardle, Stephen W Duffy, Jack Cuzick, UK Flexible Sigmoidoscopy Trial Investigators

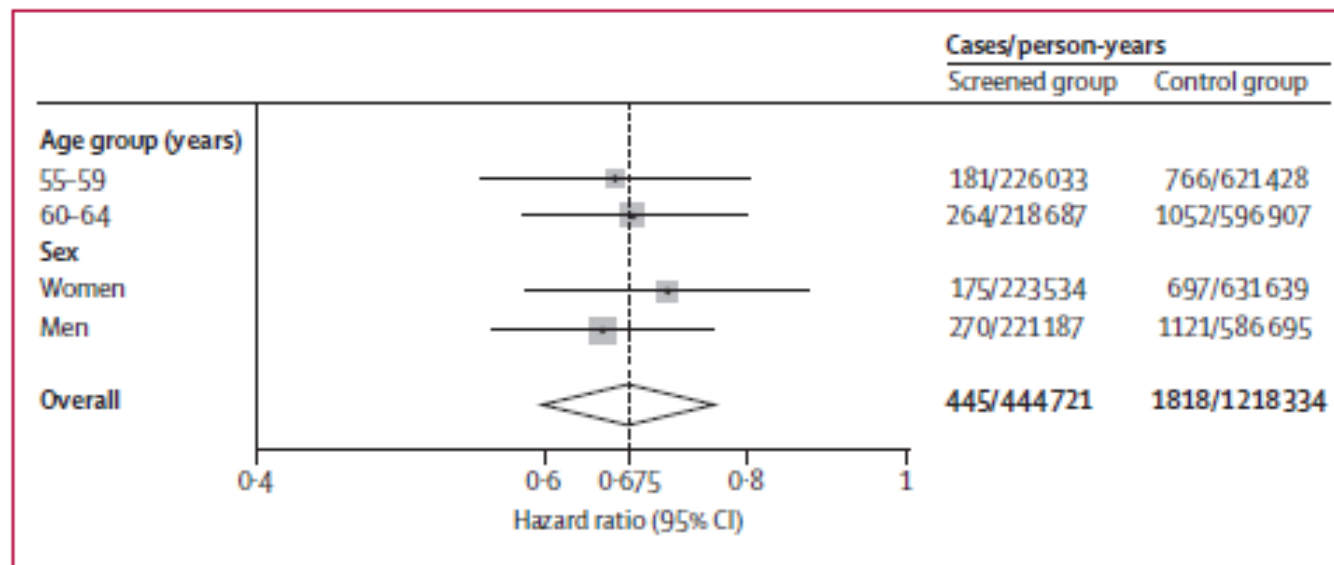


Figure 4: Hazard ratios for colorectal cancer (all sites) in screened versus control groups by age group and sex. Hazard ratios are adjusted for non-compliance with screening.

ORIGINAL ARTICLE

Colonoscopy versus Fecal Immunochemical Testing in Colorectal-Cancer Screening

Table 1. Diagnostic Yield of Colonoscopy and Fecal Immunochemical Testing (FIT), According to the Intention-to-Screen Analysis.*

Colorectal Lesion	Colonoscopy (N = 26,703)		FIT (N = 26,599)		Odds Ratio (95% CI) [†]	P Value
	Subjects	Rate	Subjects	Rate		
	<i>no.</i>	%	<i>no.</i>	%		
Cancer	30	0.1	33	0.1	0.99 (0.61–1.64)	0.99
Advanced adenoma [‡]	514	1.9	231	0.9	2.30 (1.97–2.69)	<0.001
Advanced neoplasia [§]	544	2.0	264	1.0	2.14 (1.85–2.49)	<0.001
Nonadvanced adenoma	1109	4.2	119	0.4	9.80 (8.10–11.85)	<0.001
Any neoplasia	1653	6.2	383	1.4	4.67 (4.17–5.24)	<0.001

Cost-effectiveness of CRC screening compared to other programs

	Incremental cost per live-year saved
Colorectal cancer	10,000-22,000 \$
Breast cancer	22,000 \$
Heart transplant	120,000 \$
Cervix cancer	250,000 \$

Evidencia: 2a

Recomendación: B

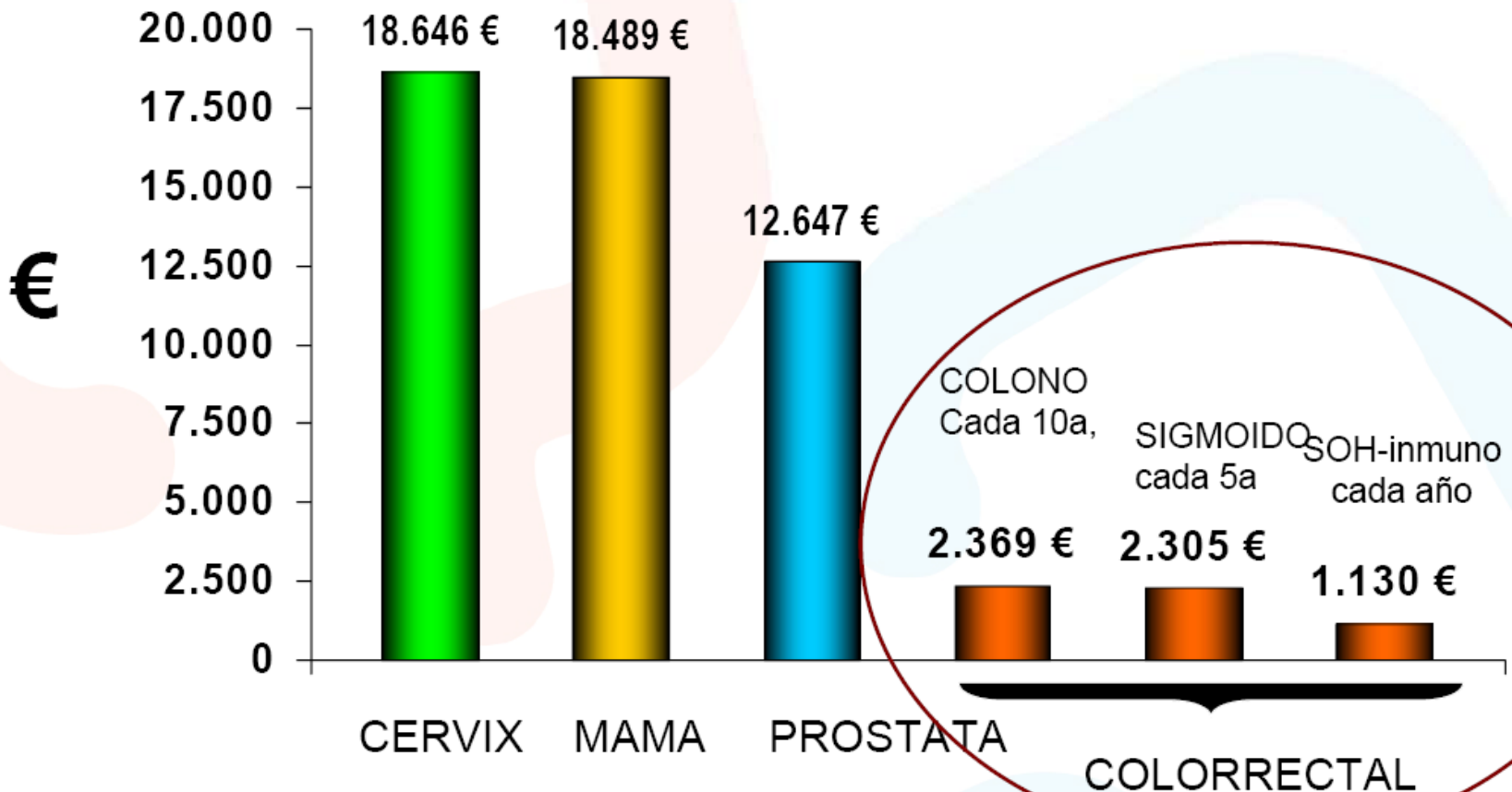
Pignone M. Ann Intern Med 2002

Lieberman *et al.* Gastroenterology 1995

Ranking de Coste-efectividad

Cribado del Cáncer

Coste/AVAC



Colonoscopia de cribado

Una situación especial

- Individuo asintomático llamado a ser cribado. Deben tener la mejor experiencia posible
- Finalidad preventiva y no diagnóstica
- Colonoscopia normal implica salida del cribado. Pérdida de oportunidad
- Complicaciones “no justificadas”
- La colonoscopia de cribado no debe interferir en la realizada a personas sintomáticas
- La mejora en la calidad de la colonoscopia de cribado hace mejorar la colonoscopia en individuos sintomáticos

- Es fundamental que la colonoscopia en el programa de cribado sea realizada por endoscopistas y unidades de endoscopia que reúnan los **máximos requisitos de calidad**
- Dos opciones para conseguirlo:
 - **Seleccionar las mejores unidades para el cribado**
 - **Establecer elementos de mejora en la calidad**
- **Fijar** estándares de calidad y **monitorizar** su cumplimiento

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE
CALIDAD EN LA COLONOSCOPIA
DE CRIBADO DEL CÁNCER
COLORRECTAL



GRUPO DE TRABAJO AEG-SEED
PROGRAMA DE CALIDAD
EN COLONOSCOPIA DE CRIBADO



Clinical practice Guidelines: quality of colonoscopy in colorectal cancer screening



On behalf of the SPANISH SOCIETY OF GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY and the SPANISH ASSOCIATION OF GASTROENTEROLOGY.

R. Jover, M. Herráiz, O. Alarcón, E. Brullet, L. Bujanda, M. Bustamante, R. Campo, R. Carreño, A. Castells, J. Cubiella, P. García-Iglesias, A. J. Hervás, P. Menchén, A. Ono, A. Panadés, A. Parra-Blanco, M. Pellisé, M. Ponce, E. Quintero, J. M. Reñé, A. Sánchez del Río, A. Seoane, A. Serradesanferm, A. Soriano Izquierdo, E. Vázquez Sequeiros

Spanish Society of Gastroenterology (AEG) and Spanish Society of Gastrointestinal Endoscopy (SEED) Working Group.

Endoscopy 2012, en prensa

REQUISITOS MINIMOS UNIDADES DE ENDOSCOPIA

INDICADOR	NIVEL ACEPTABLE
Tiempo de espera tras TSOH+	< 6 semanas
Proporción de exploraciones con preparación buena-excelente	>90% de las colonoscopias
Programa de endoscopia independiente para cribado	Existencia del mismo
Registro de complicaciones	Existencia del mismo
Existencia de hoja de información y documento de consentimiento informado	100% de exploraciones
Acontecimientos adversos relacionados con falta de evaluación previa	<10% de los acontecimientos adversos
Programa de control y vigilancia de desinfección trimestral	Existencia del mismo
Programa de mejora continua de la calidad	Existencia del mismo
Personal capacitado	Al menos 2 endoscopistas que cumplan los requisitos de calidad (véase Tabla 3)

REQUISITOS MINIMOS ENDOSCOPISTAS

INDICADOR	NIVEL ACEPTABLE
Tasa de detección de adenomas	>20% (si se emplea la colonoscopia como estrategia de cribado primaria) >40% (si se emplea la colonoscopia como estrategia de cribado secundaria, tras un resultado positivo en el TSOH)
Tiempo de retirada del endoscopio	> 6 minutos
Número de colonoscopias no tuteladas	Previas a su incorporación al programa: 400 Anuales: 200
Tasa de intubación cecal	> 95% de las colonoscopias
Uso de sedación	> 90% de las colonoscopías
Tasa de perforación colónica	< 1/1000 colonoscopias
Tasa de sangrado post-polipectomía	< 1/200 polipectomías
Descripción de las características de los pólipos	100% de las colonoscopias
Extirpación endoscópica de pólipos pediculados y sesiles/planos de hasta 2 cm	> 95% de los pólipos
Tasa de pólipos extirpados recuperados	> 95% de los pólipos > 10 mm > 80% de los pólipos < 10 mm



Cáncer de colon

ES EL TUMOR **MÁS FRECUENTE**.
CUANDO SE DETECTA A TIEMPO
SE PUEDE CURAR
EN EL 90% DE LOS CASOS

SI TIENES MÁS DE 50 AÑOS
SEAS HOMBRE O MUJER, HABLA CON TU MÉDICO



Alianza para la prevención
del cáncer de colon
www.alianzaprevencioncolon.es



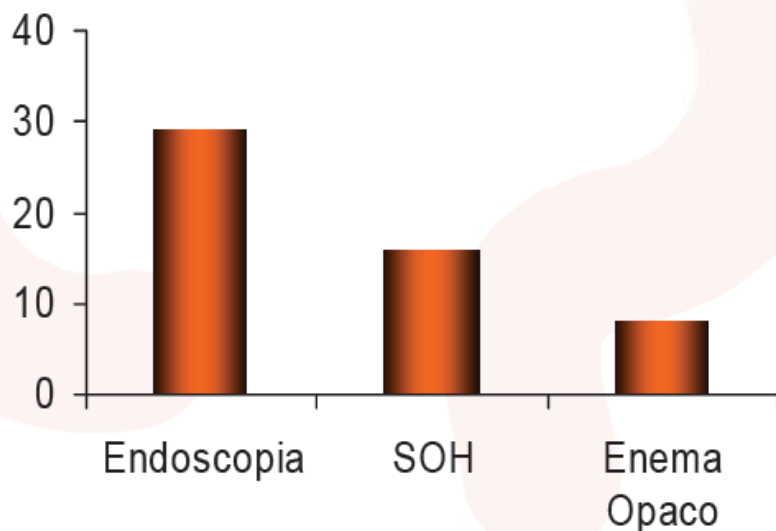
Asociación Española Contra el Cáncer
www.aecc.es - Infocáncer 900 100 036



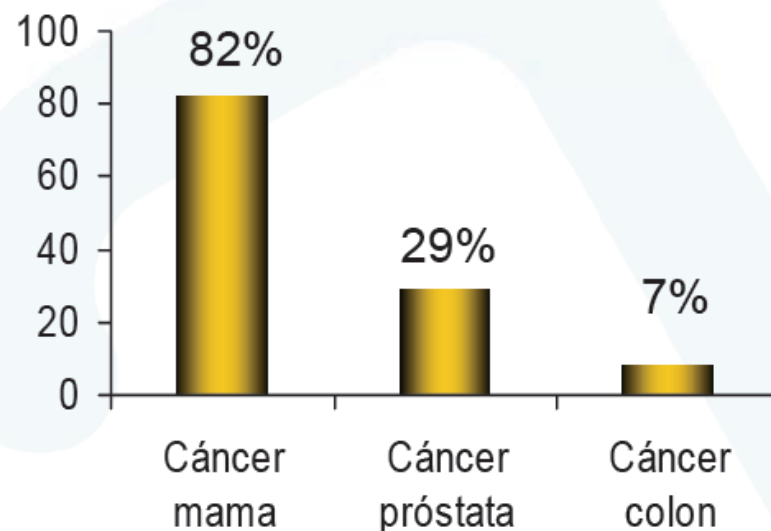
El nivel de conocimiento y utilización de pruebas para el Dx precoz del CCR en España es muy pobre

Encuesta en 800 participantes (Edad Media = 66 ± 6 años)

Porcentaje de personas que Conocían alguna prueba Dx



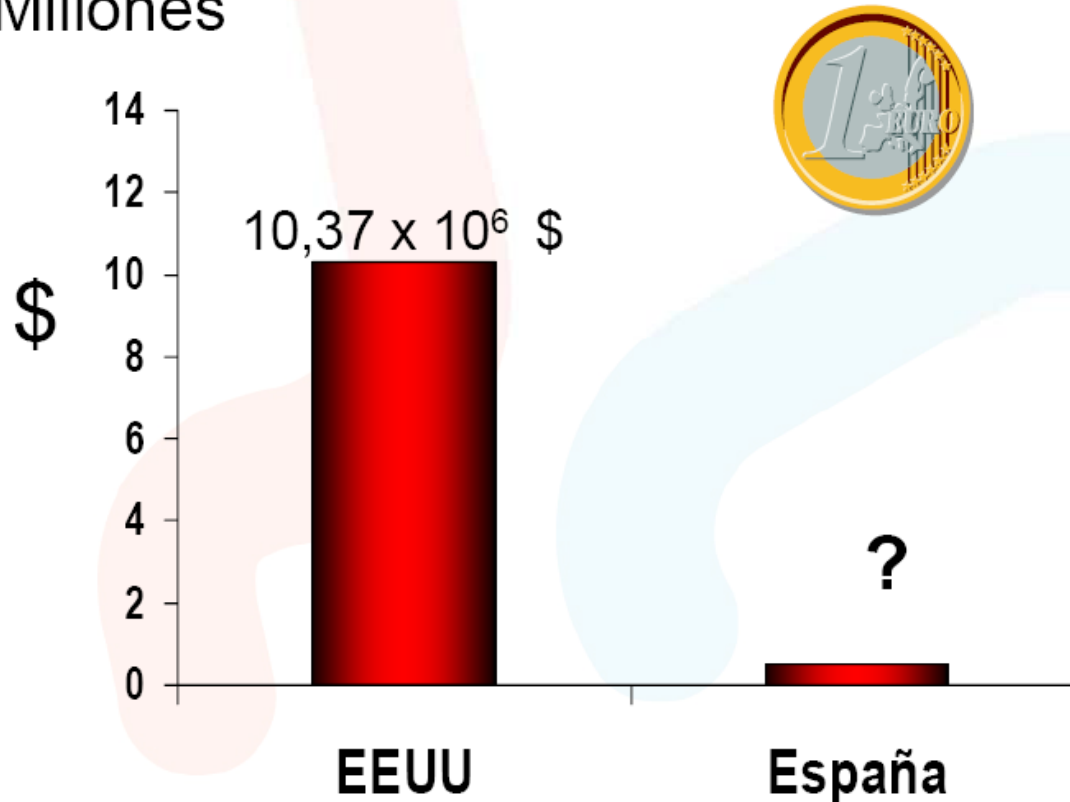
Individuos que se han realizado algún test Dx en el periodo recomendado



Sólo un 20% conocían algún síntoma relacionado con el CCR

Inversión de la Administración Pública para el Cribado del CCR en 2004

Millones





¿Por qué una "Alianza"?

Nos hemos unido para

DIVULGAR Y DIFUNDIR
LA IMPORTANCIA DEL
CÁNCER DE COLON Y
RECTO



PROMOCIONAR LAS
MEDIDAS
ENCAMINADAS A LA
PREVENCIÓN DEL
CÁNCER DE COLON Y
RECTO



ALIANZA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE COLON EN ESPAÑA

www.alianzaprevencioncolon.es

Qué es y cómo detectarlo

Consejos para prevención

La Alianza

Sala de prensa

Agenda



“Cuando se detecta a tiempo, el cáncer de colon se puede curar en el 90 % de los casos.”

Carmen Posadas

? Qué es y cómo detectarlo

- ▶ ¿Qué es el cáncer de colon?
- ▶ ¿Cómo se produce?
- ▶ Grupos de riesgo
- ▶ Síntomas
- ▶ Pruebas para diagnosticarlo
- ▶ Preguntas frecuentes

Consejos para prevención

- ▶ ¿Es muy frecuente el cáncer de colon?
- ▶ Consejos para su prevención

La Alianza

- ▶ Objetivos
- ▶ Fundadores
- ▶ Links de interés

Miembros de la Alianza:



Objetivos de la Alianza



- **Sensibilizar a la población, profesionales de la salud y administración sanitaria de la importancia de la prevención del cáncer de colon.**
- **Promover la realización de programas poblacionales de detección precoz de cáncer de colon en personas de riesgo medio (hombres y mujeres de 50-69 años).**
- **Garantizar la correcta atención de las personas de alto riesgo para el desarrollo de cáncer de colon.**

GRACIAS

