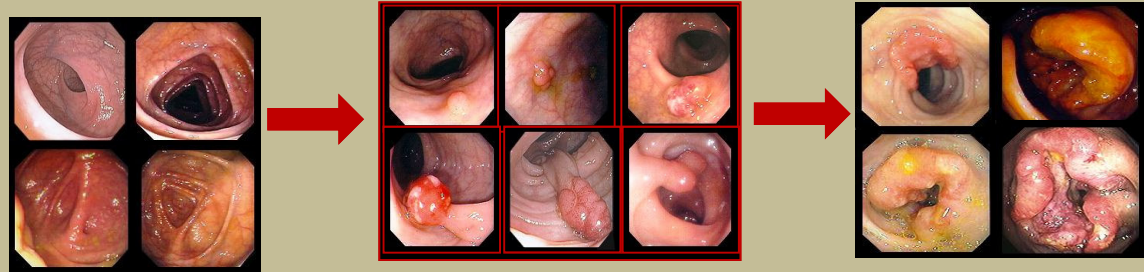




Reunión Anual de la Red de
Programas de Cribado de Cáncer

Asturias, 9 a 11 de junio de 2010



Impacto y estandarización en los servicios asistenciales del proceso de confirmación diagnóstica de los programas de cribado de cáncer colorrectal.



PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE
CÁNCER DE COLON Y RECTO



Fernando Carballo

Arrixaca
Hospital Universitario
"Virgen de la Arrixaca"

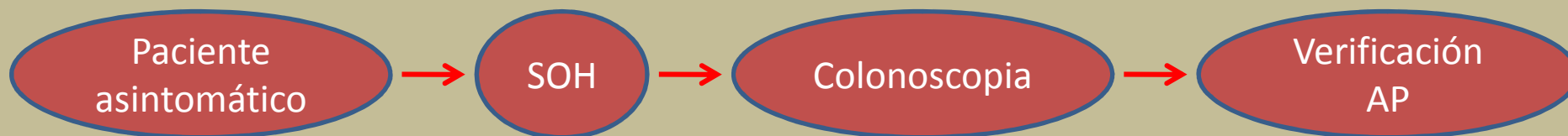
ESTRUCTURA

- **Peculiaridades del cribado CCR**
- **Etapas de participación de los servicios asistenciales en el cribado CCR**
- **Impacto de la etapa de confirmación diagnóstica**
- **Modelización del proceso**
- **“Asistencialización” de la prevención**

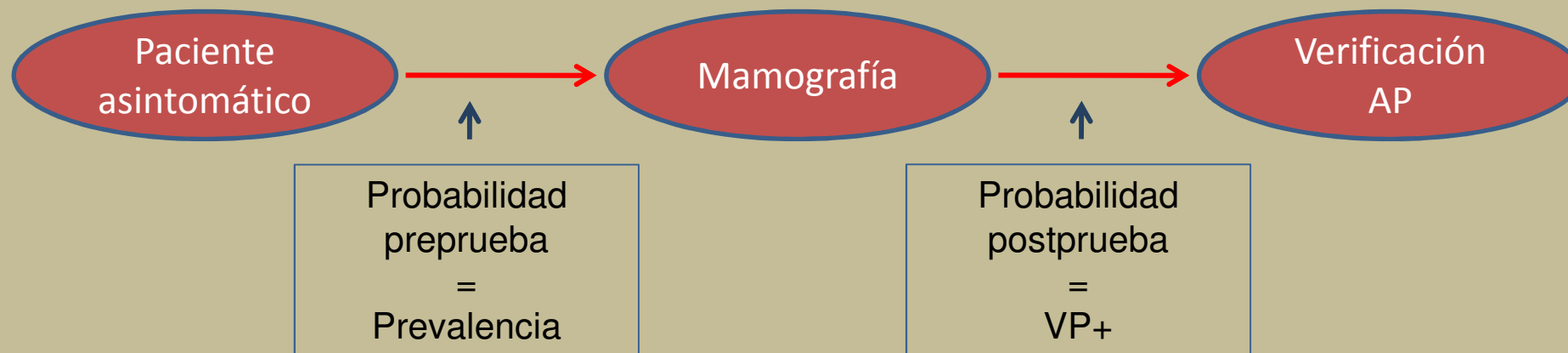
Cribado mama



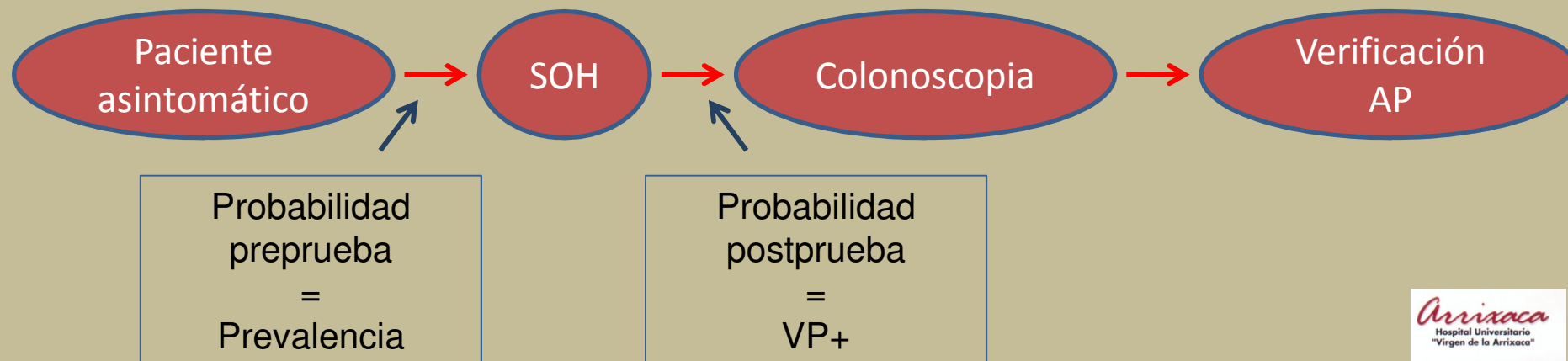
Cribado colon



Cribado mama



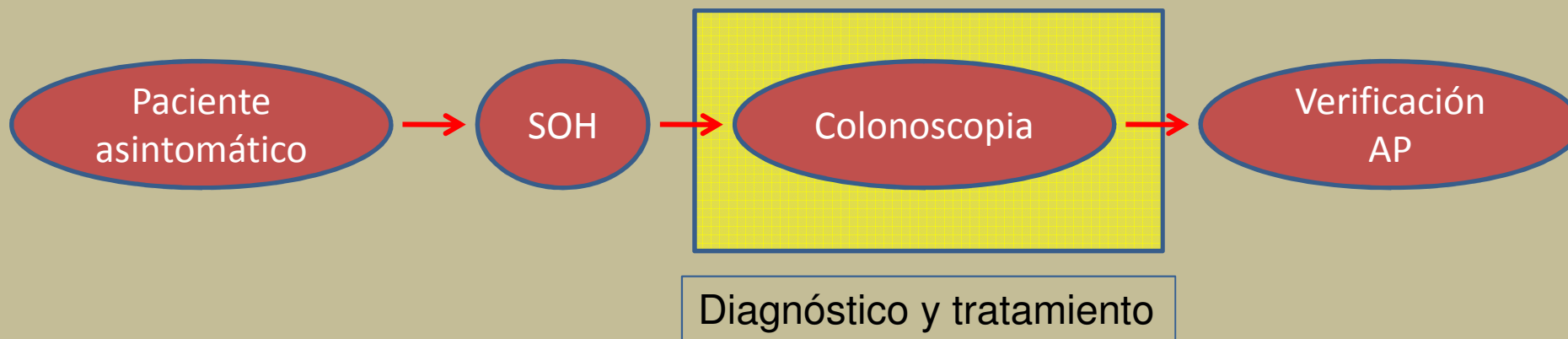
Cribado colon



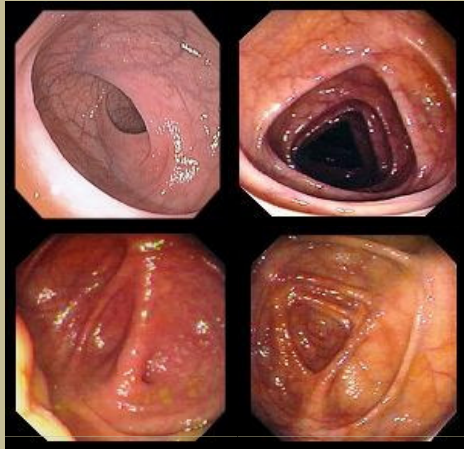
Cribado mama



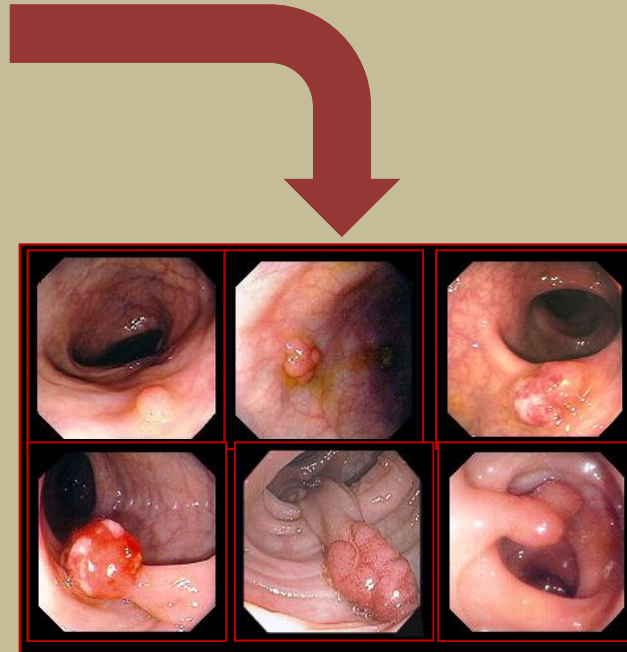
Cribado colon



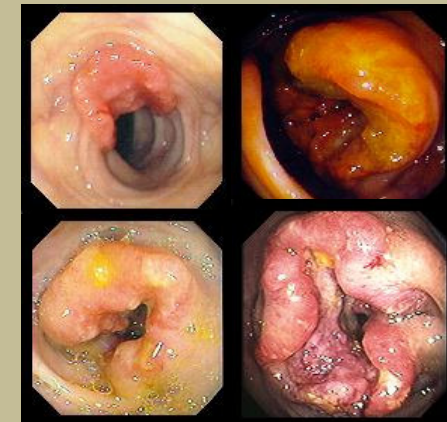
Prevención y tratamiento del cáncer de colon



Normal

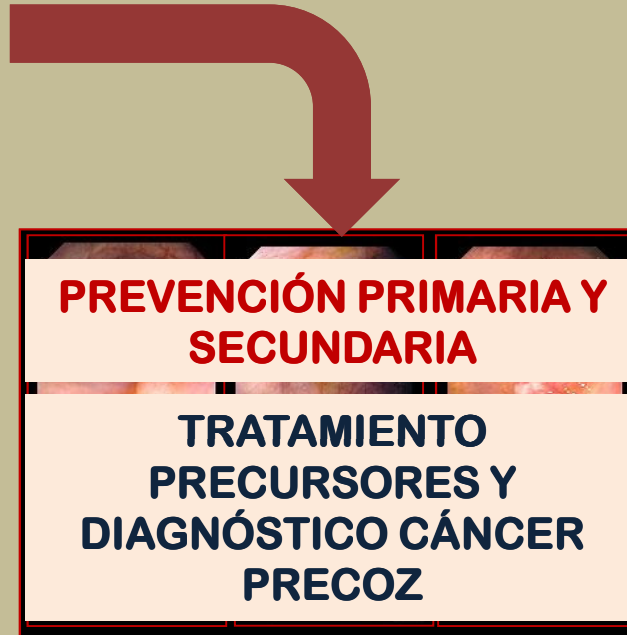


Precursores / Ca Precoz



Ca Invasivo / Ca Avanzado

Prevención y tratamiento del cáncer de colon



Precursores / Ca Precoz



Ca Invasivo / Ca Avanzado



(COURTESY: AD COUNCIL/ACC)



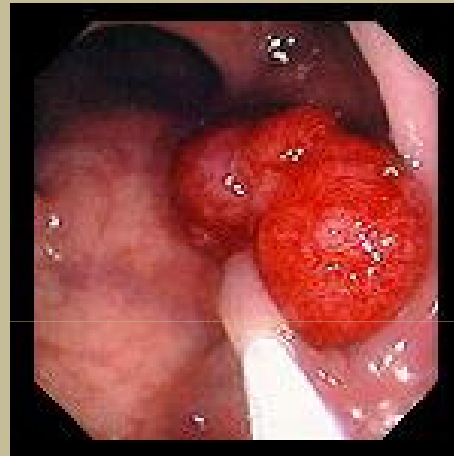
Arrixaca
Hospital Universitario
"Virgen de la Arrixaca"

Fernando Carballo

Colon polyps. Stop them before they go bad.

Colon cancer doesn't always start with a polyp. Get the polyps early and stop colon cancer before it even starts. And that's for both you and yours. Don't get a bad case just because. Call 800-458-2273 or www.aacr.org

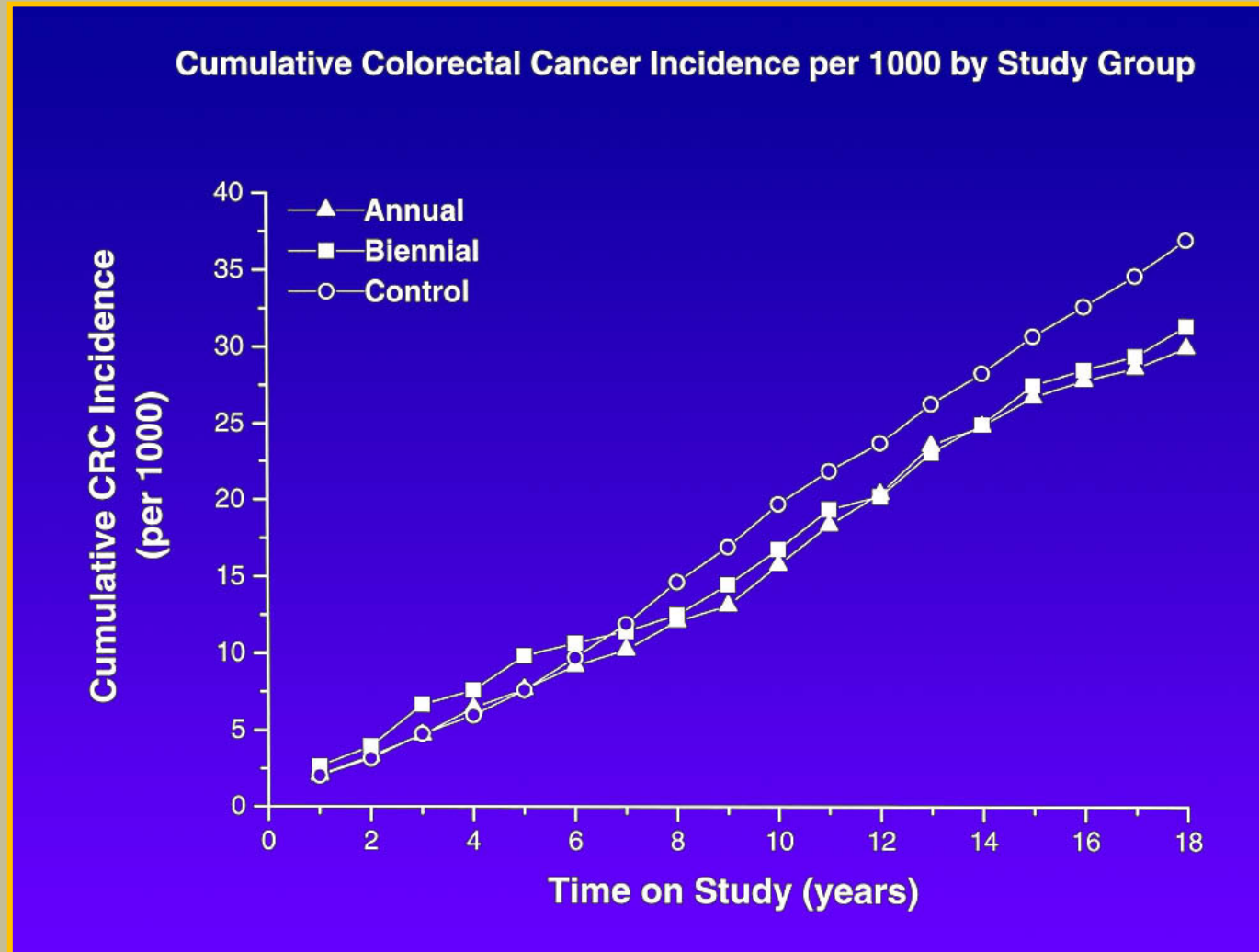
Colon cancer. Get the facts. Get the polyps. Get the cure.



DIANAS DEL CRIBADO DE CCR

- **Diagnóstico precoz de cáncer**
 - Prevención secundaria
 - Disminución de mortalidad
- **Eliminación de precursores (pólipos)**
 - Prevención primaria
 - Disminución de incidencia

Reducción incidencia CCR: Seguimiento Minnesota



Cortesía del Prof. Jack Mandel

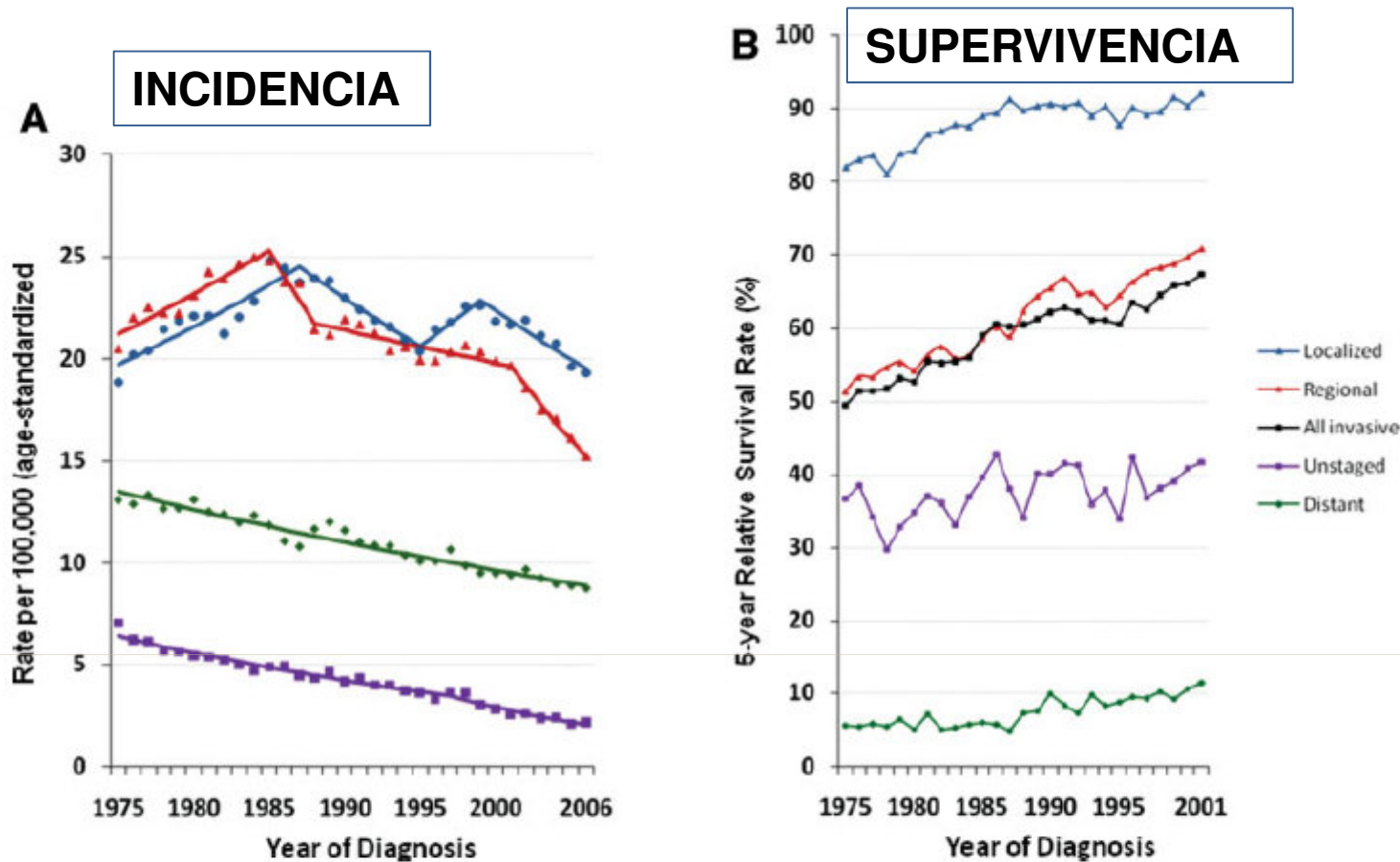
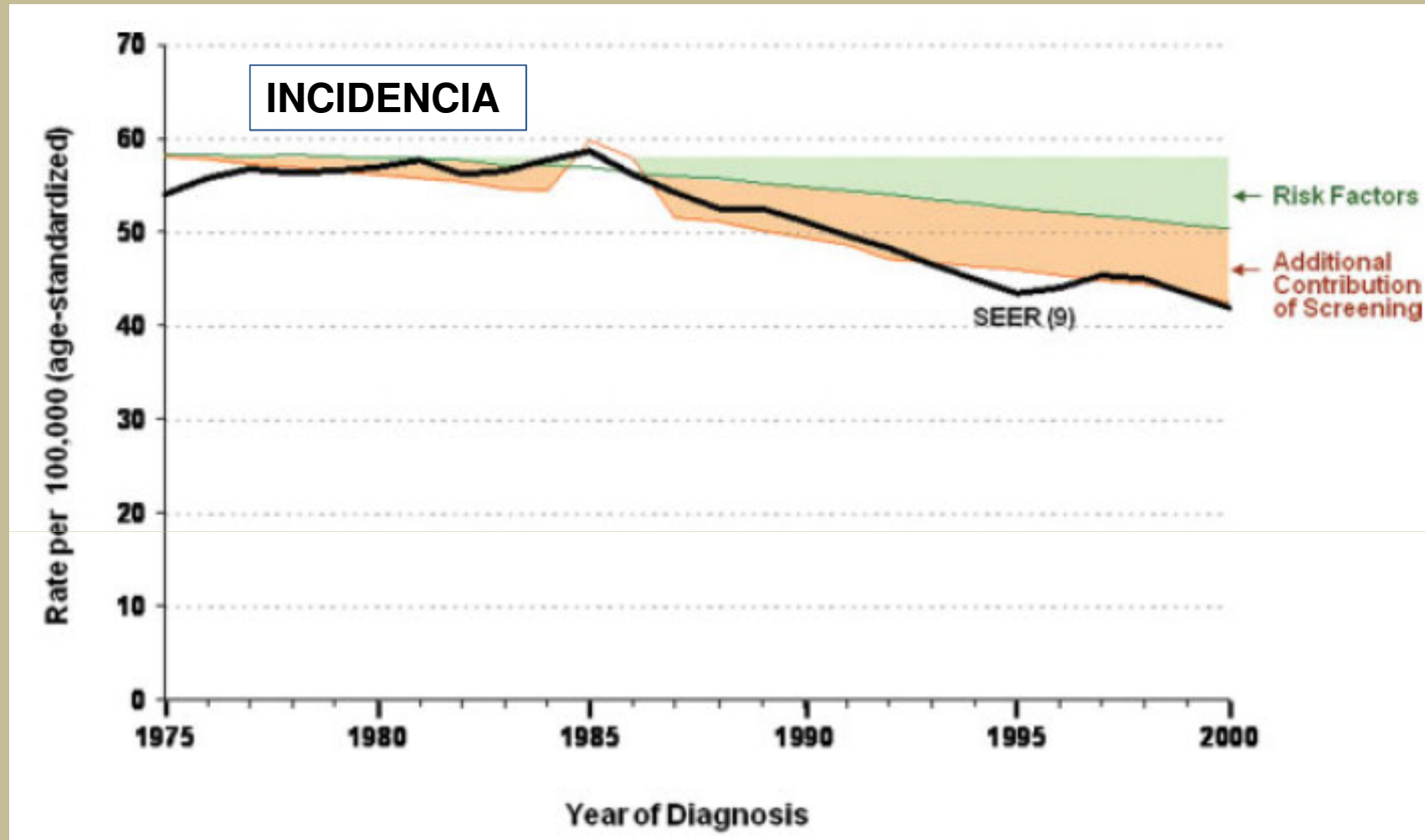
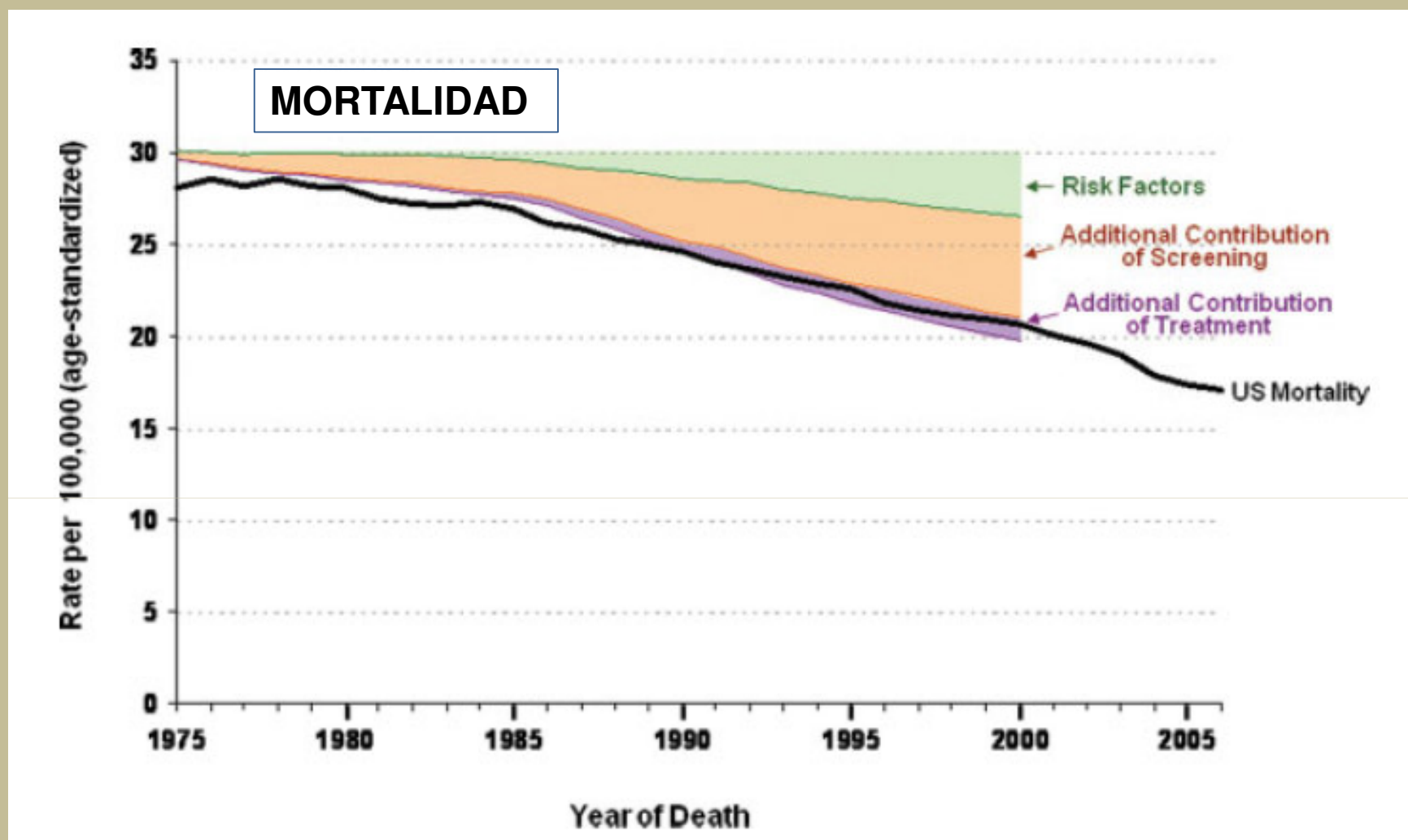


Figure 2. (A) Trends in stage-specific age-standardized colorectal cancer (CRC) incidence rates by year of diagnosis (1975-2006) for all races, both sexes. Joinpoint regression with up to 4 joinpoints are calculated using Version 3.3.1 (April 2008) from the National Cancer Institute. (B) Trends in CRC 5-year relative survival by stage at diagnosis and year of diagnosis (1975-2001) for all races, both sexes. Data are from the Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) 9 areas which cover about 10% of the U.S. population. Stage analyses were based on Extent of Disease (EOD) and Collaborative Stage (CS) Data Collection System. Incidence rates are age-adjusted to the 2000 US Std Population (19 age groups). Relative survival was calculated with the SEER*Stat software (<http://www.seer.cancer.gov/seerstat>) version 6.5.2; NCI; 2009.

Edwards BK et al. Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, 1975-2006, Featuring Colorectal Cancer Trends and Impact of Interventions (Risk Factors, Screening, and Treatment) to Reduce Future Rates. *Cancer* 2010; 116: 544-73

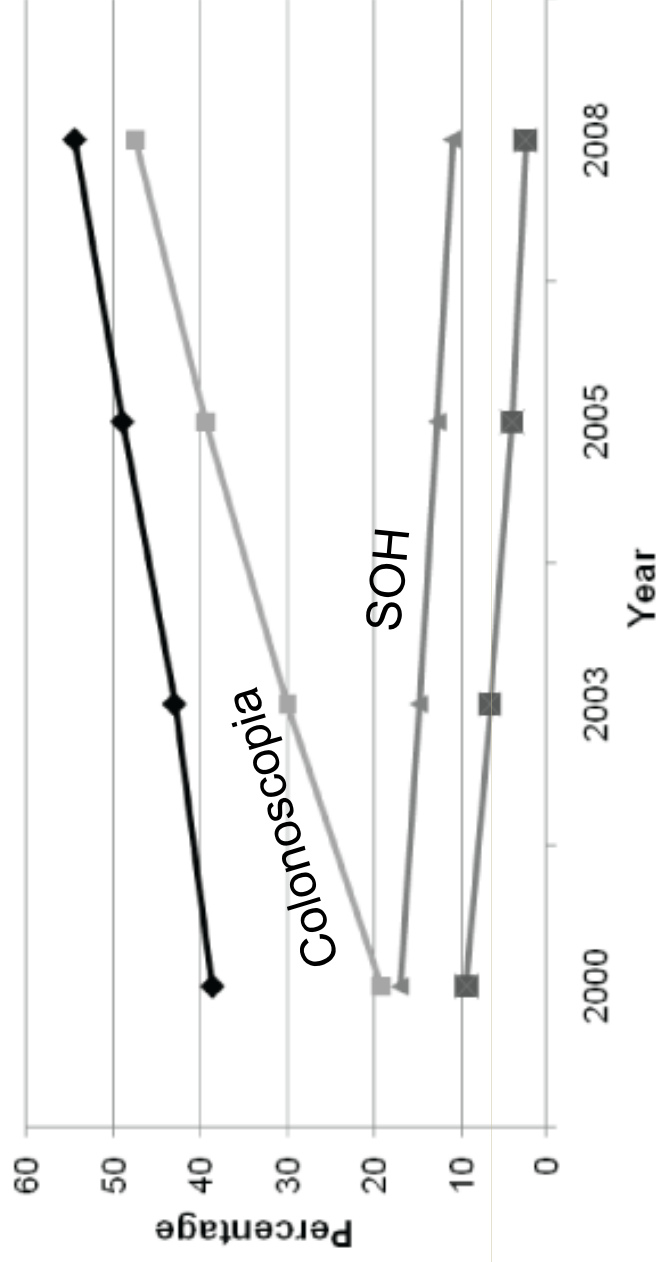


Edwards BK et al. Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, 1975-2006, Featuring Colorectal Cancer Trends and Impact of Interventions (Risk Factors, Screening, and Treatment) to Reduce Future Rates. *Cancer* 2010; 116: 544-73



Edwards BK et al. Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, 1975-2006, Featuring Colorectal Cancer Trends and Impact of Interventions (Risk Factors, Screening, and Treatment) to Reduce Future Rates. Cancer 2010; 116: 544-73

Colorectal cancer screening modality trends in adults ages 50-75, United States, 2000–2008



— Any exam (FOB T in past year, sigmoidoscopy in past 5 years, or colonoscopy in past 10 years)

— Colonoscopy in past 10 years

— Home FOB T in past year

— Sigmoidoscopy in past 5 years

Source: National Health Interview Survey Public Use Data File 2000, 2003, 2005, and 2008. National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention. Data synthesis courtesy of Carrie Klabunde.

LE VAMOS A METER
UN TUBO POR EL RECTO Y
SE LO SACAREMOS POR
LAS FOSAS NASALES...
¡PAVÉ COMO ESTÁ,
ESA RODILLA...

¿HAY
QUE VENÍ
ENAYUNAJA...?

¡NO, PORDIÓS,
TAMPOCO HAY QUE
SUFRIR SIN
NECESIDAD...!

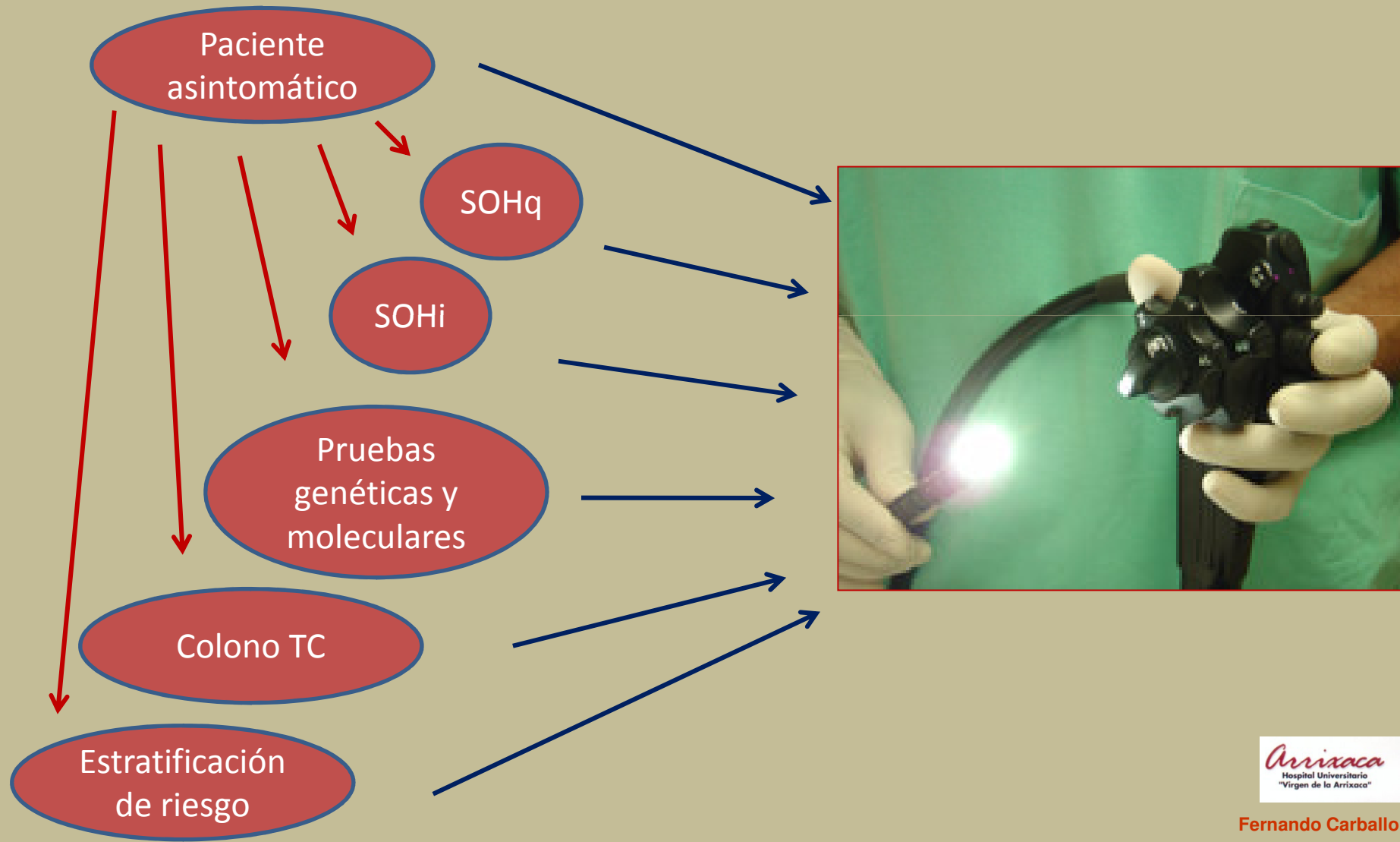
CHASGRABIA
...

by J. MORGAN

ESCENARIO DEL CRIBADO DE CCR

- **Perspectiva social (Salud pública/Sistema Sanitario)**
 - Reducción de mortalidad e incidencia en la población general
- **Perspectiva individual**
 - ¿Qué hay de mi cáncer?, porque yo he venido a hablar de mi cáncer...
- **Perspectiva de mercado**
 - Promoción de estrategias

CRIBADO CCR: Todos los caminos conducen a...



Peculiaridades de la colonoscopia de cribado

- **Aspectos conceptuales**
 - Ciudadan@ convertido en paciente
 - El hallazgo de una lesión no justifica en si mismo la confirmación diagnóstica
- **Criterios técnicos**
 - Identificar tantas lesiones como existan
 - Competencia técnica diagnóstica y terapéutica contrastadas

Indicadores de calidad



- ✓ NIVEL DE LIMPIEZA DEL COLON
- ✓ EXPLORACION COMPLETA DEL COLON
- ✓ POLIPOS Y LESIONES PLANAS EXTIRPADAS
- ✓ TIEMPO DE RETIRADA DEL ENDOSCOPIO
- ✓ IDENTIFICACION DE TRATAMIENTOS QUE INTERFIERAN EN LA HEMOSTASIA
- ✓ PROFILAXIS ANTIBIÓTICA
- ✓ VALORACION DEL RIESGO ANESTESICO
- ✓ COMPLICACIONES

Resultados calidad



INDICADOR	Cumplimiento indicador	Esperado	Validez
Limpieza	90.5% (IC 95%:84-96)	85%	p:0.0094
Intubación cecal	93.2% (IC 95%:88-98)	90%	p:0.02
<u>Polipos</u>	95.7% (IC95% 89.4-98.8)	95%	<u>NS;p:0.98</u>
<u>T.Retirada</u>	88% (IC 95%:81-94)	X	X
ASA	94,33 % (IC 95%:89,47-99.21)	100%	X
Profilaxis ATB	97% (IC 95%: 92%-99%)	100%	X
Tratamientos	97% (IC 95%: 92%-99%)	100%	X
Hemorragia	100%	100%	X
Perforación	100%	100%	X

Morán S, et al. Colonoscopy quality assessment . Rev Esp Enferm Dig 2009; 101: 107-16.

Tasa de detección de adenomas

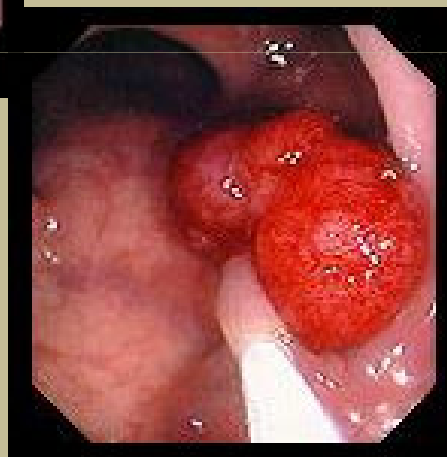
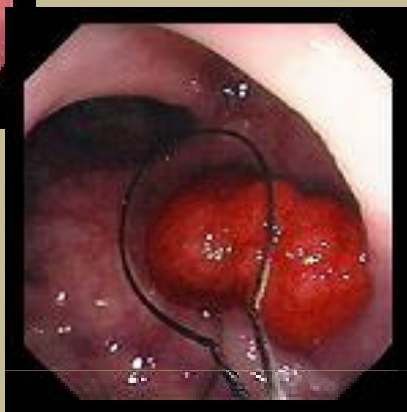
Tasa de cánceres intervalo por 100.000 pacientes-año

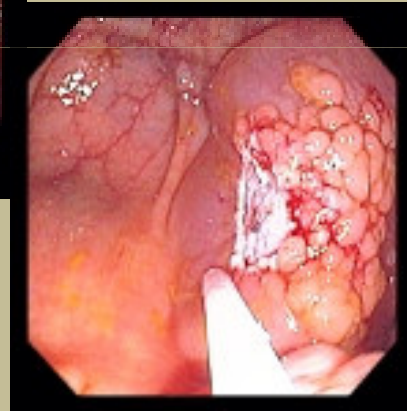
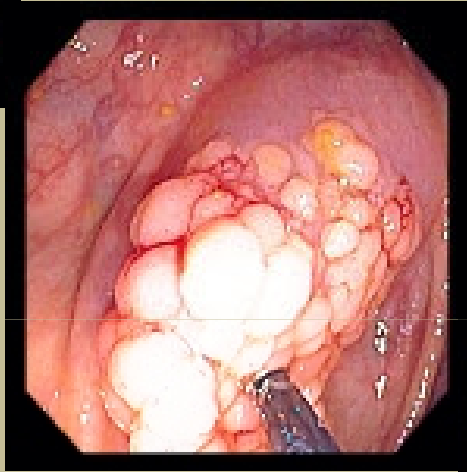
Endoscopistas > 20 % de adenomas detectados = 2,4

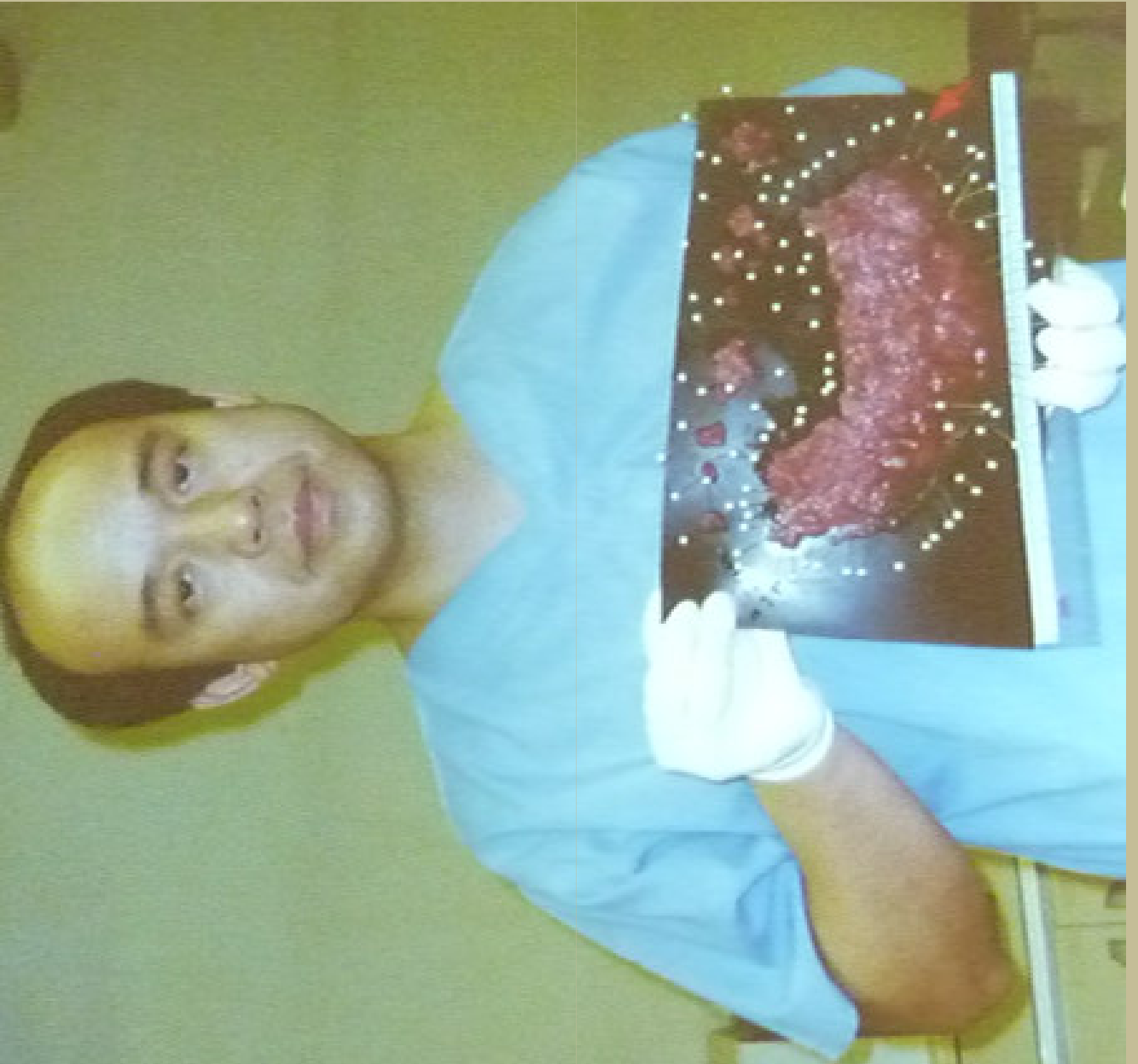
Endoscopistas < 20 % de adenomas detectados = 22,1 a 33,6

Kaminski MF, Regula J, Kraszewska E, et al. Quality indicators for colonoscopy and the risk of interval cancer. *N Engl J Med*. 2010;362:1795-1803.









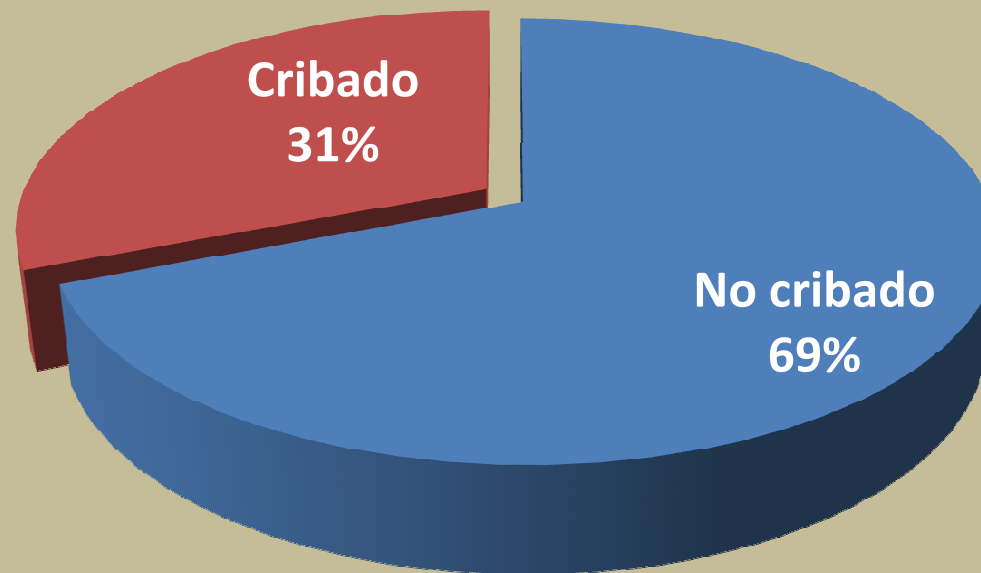
Etapas de participación de los servicios asistenciales en un cribado CCR tipo

- **Despliegue, captación y realización de la prueba de SOH.**
 - **Atención primaria / Laboratorio**
- **Confirmación diagnóstica y tratamiento de precursores y cáncer no invasivo**
 - **Digestivo / Anatomía patológica**
- **Tratamiento cáncer invasivo**
 - **Cirugía / Oncología**
- **Seguimiento**
 - **Digestivo / Cirugía / Oncología / A. primaria**

Ejemplo impacto asistencial cribado CCR



Colonoscopias semanales*

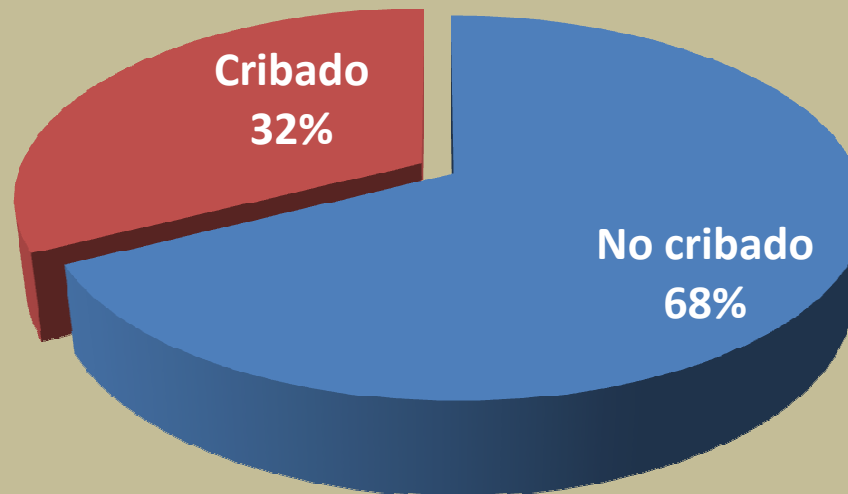


* Excluidas alto riesgo y seguimiento

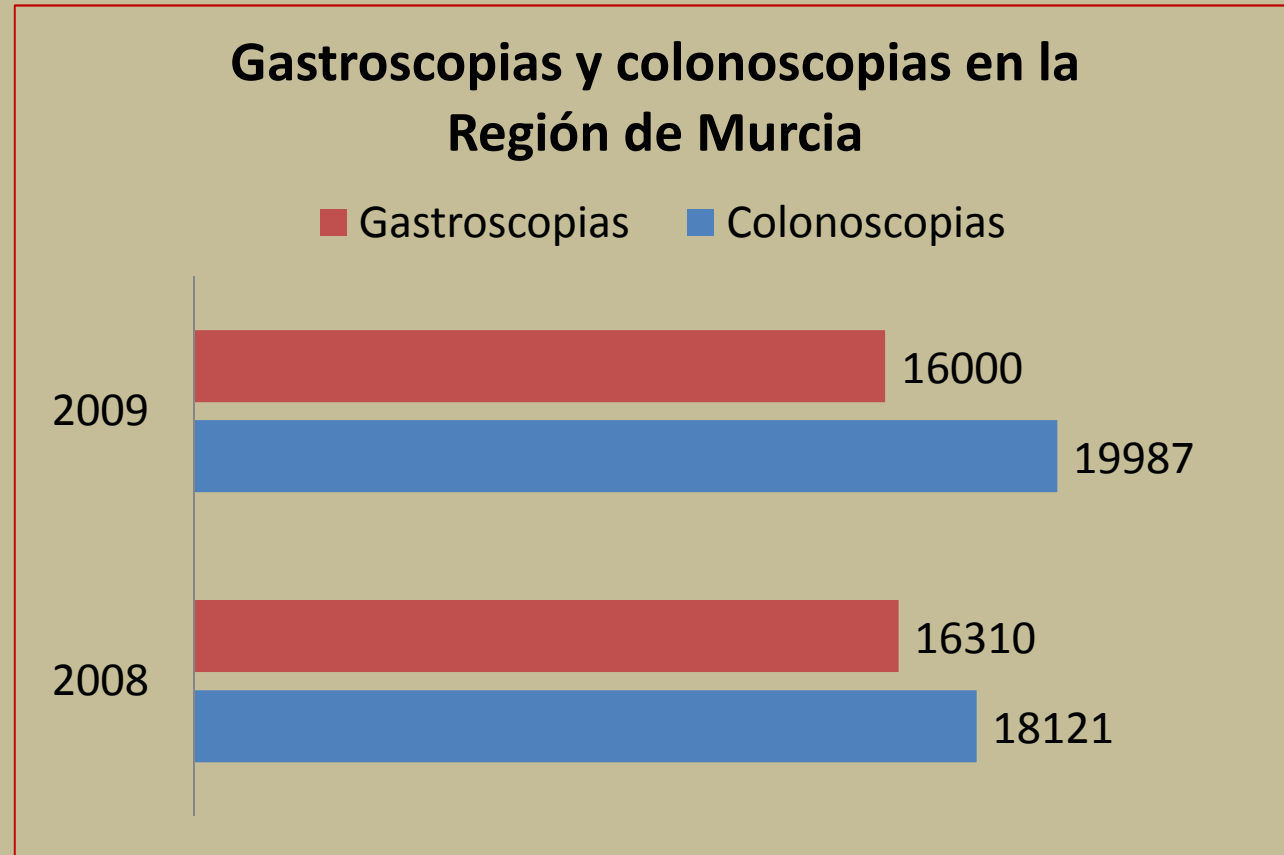
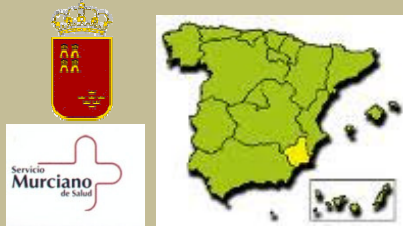
Ejemplo impacto asistencial cribado CCR



Agendas semanales de endoscopia en general



Ejemplo impacto asistencial cribado CCR



10,3 % de incremento en colonoscopias con tan solo un 25% de despliegue del cribado

¿Se justifica este esfuerzo?



PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE
CÁNCER DE COLON Y RECTO

Resultados 01/01/2006 a 31/12/2007

TASAS DE DETECCIÓN POR CADA MIL PERSONAS CRIBADAS

Tasa detección cáncer invasivo	3,37 %
Tasa de detección adenoma de alto riesgo (AAR)	38,80 %
Tasa de detección de adenoma de bajo riesgo (ABR)	19,80 %
Tasa de detección de Ca invasivo + DAG/Ca in situ	11,58 %
Tasa de detección de Ca invasivo + DAG + otros AAR	42,18 %
Tasa de detección de todas las neoplasias	61,98 %

DAG = Displasia de alto grado

¿Se justifica este esfuerzo?



PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE
CÁNCER DE COLON Y RECTO

Resultados 01/01/2006 a 31/12/2007

TASAS DE DETECCIÓN POR CADA 100 COLONOSCOPIAS REALIZADAS

Tasa detección cáncer invasivo	3,92 %
Tasa de detección adenoma de alto riesgo (AAR)	45,04 %
Tasa de detección de adenoma de bajo riesgo (ABR)	22,98%
Tasa de detección de Ca invasivo + DAG/Ca in situ	13,45 %
Tasa de detección de Ca invasivo + DAG + otros AAR	48,96 %
Tasa de detección de todas las neoplasias	71,94 %

DAG = Displasia de alto grado

¿Se justifica este esfuerzo?



PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE
CÁNCER DE COLON Y RECTO

Resultados 01/01/2006 a 31/12/2007

NNE y NNC

(Cohorte explorada)

NNE para adenomas + cáncer	1,39
NNE para lesión significativa (PAR + cáncer)	2,04
NNE para Ca invasivo + in situ + intramucoso + DAG	7,43
NNC para adenomas + cáncer	16,13
NNC para lesión significativa (PAR + cáncer)	23,71
NNC para Ca invasivo + in situ + intramucoso + DAG	86,36

¿Se justifica este esfuerzo?



Estimación de cánceres diagnosticados por el programa frente a los esperados por la incidencia local de CCR

	Sin programa Incidencia bienal cáncer (‰)	Cribado Ca invasivo (‰)	Cribado Cambios malignos (‰)
Cáncer diagnosticado	1,774	3,37	11,58

Razón Ca invasivo: 1,9 a 1
Razón cambios malignos: 6,53 a 1
NNC Ca invasivo = 627
NNC cambios malignos = 102

¿Se justifica este esfuerzo?



Probabilidad pre y post prueba positiva de SOHi para la detección de adenomas

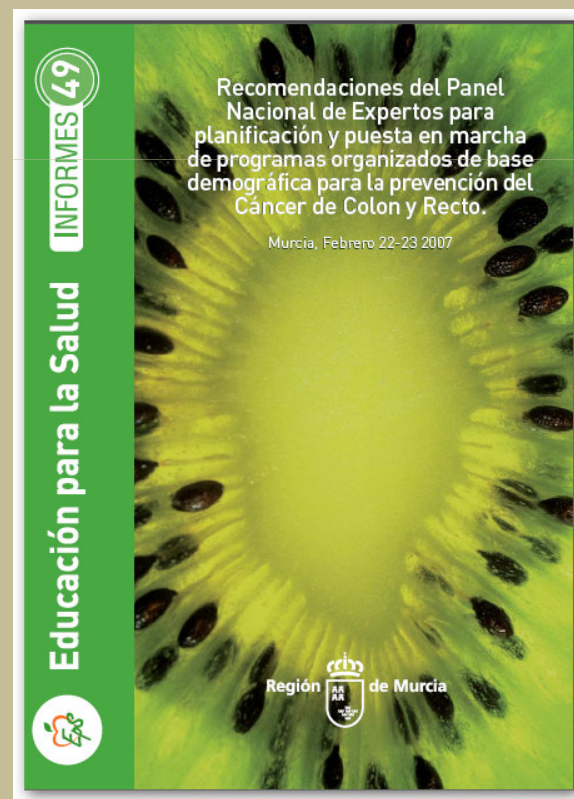
	Probabilidad de diagnóstico con colonoscopia * %	Probabilidad post prueba en programa de cribado (VVP) %
AAR (incluye DAG)	18	45
Total adenomas	29	68

* Lieberman et al. NEJM 2000 / Imperiale et al. NEJM 2000

Diseño, planificación, estandarización y control, evaluación: claves de viabilidad



PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE
CÁNCER DE COLON Y RECTO



Guías clínicas en Gastroenterología

Algoritmo 3.
Estrategia de vigilancia
en los adenomas
colorectales tras la
polipectomía endoscópica.

¹Criterios de buen pronóstico: margen de resección libre, carcinoma bien o moderadamente diferenciado y ausencia de invasión linfática y vascular.

²Fundamentalmente aquellos que requieren una resección fragmentada.

³Adenoma avanzado: ≥ 10 mm, con componente vellosa, o con displasia de alto grado.

Acrónimos



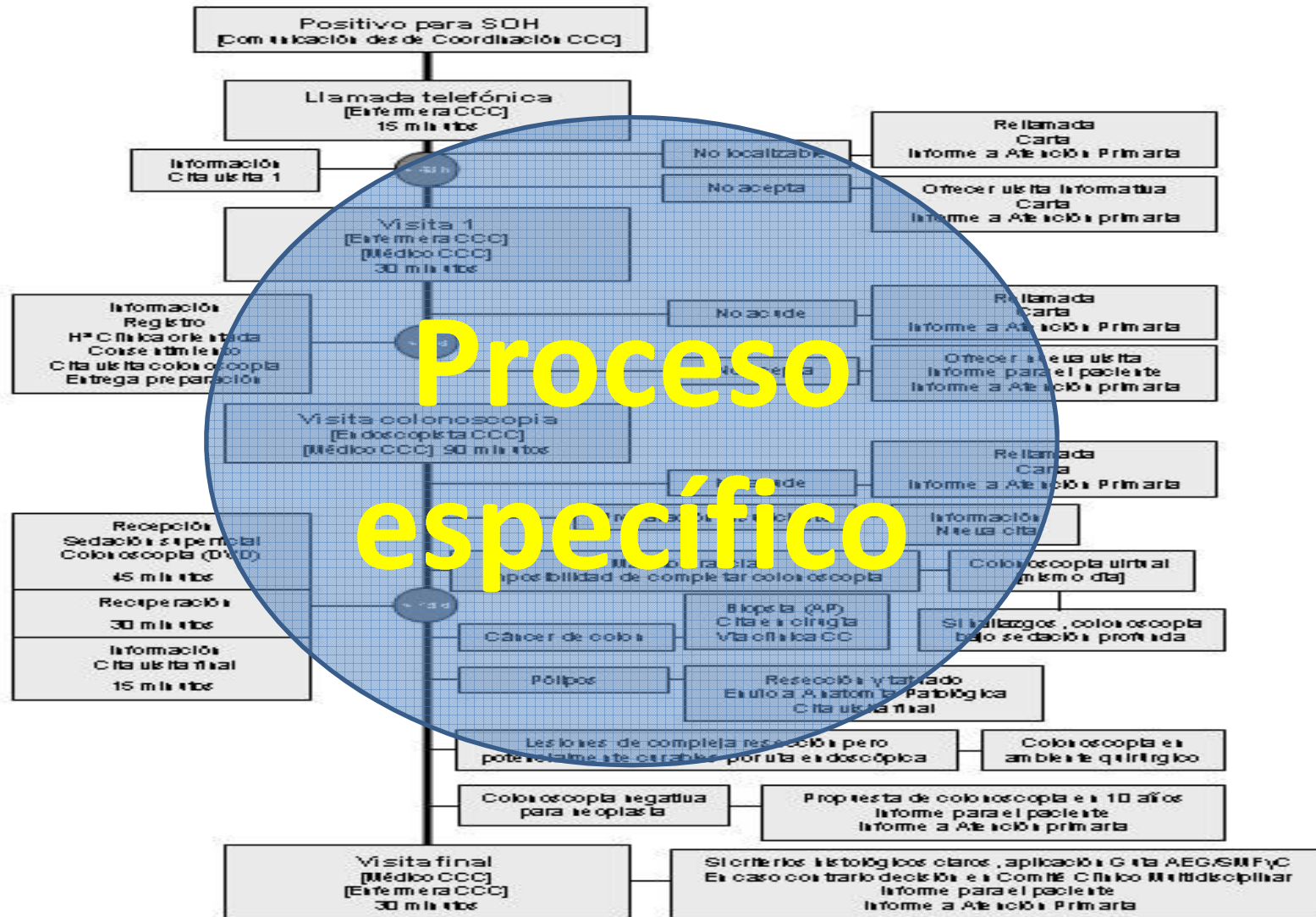
Metodología y decisiones estandarizadas

[VER ALGORITMO DESPLEGABLE](#)

Recommendations of the National Panel of Experts for the Planning and Start up of demographic based programmes on Colorectal Cancer Prevention

Murcia, February 22-23 2007

CIRCUITO DEL PROCESO PROGRAMA PILOTO DE CRIBADO EN CÁNCER COLORRECTAL (FASE DE CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA)



Construyendo el proceso

1. Definición global del proceso

1. Definición funcional del proceso

2. Límites del proceso: entrada, marginal y final

3. Responsable del proceso

2. Destinatarios y objetivos del proceso

1. Destinatarios y expectativas del proceso

2. Objetivos y flujos de salida. Características de calidad

3. Componentes del proceso

1. Elementos que intervienen y recursos del proceso

2. Actividades del proceso. Características de calidad

4. Representación gráfica del proceso

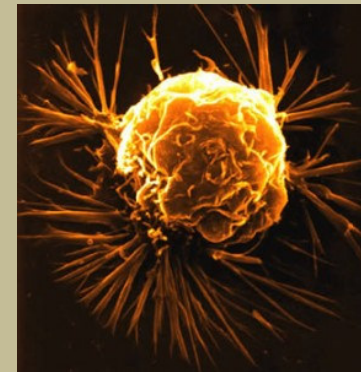
Diagrama de flujos del proceso

5. Indicadores

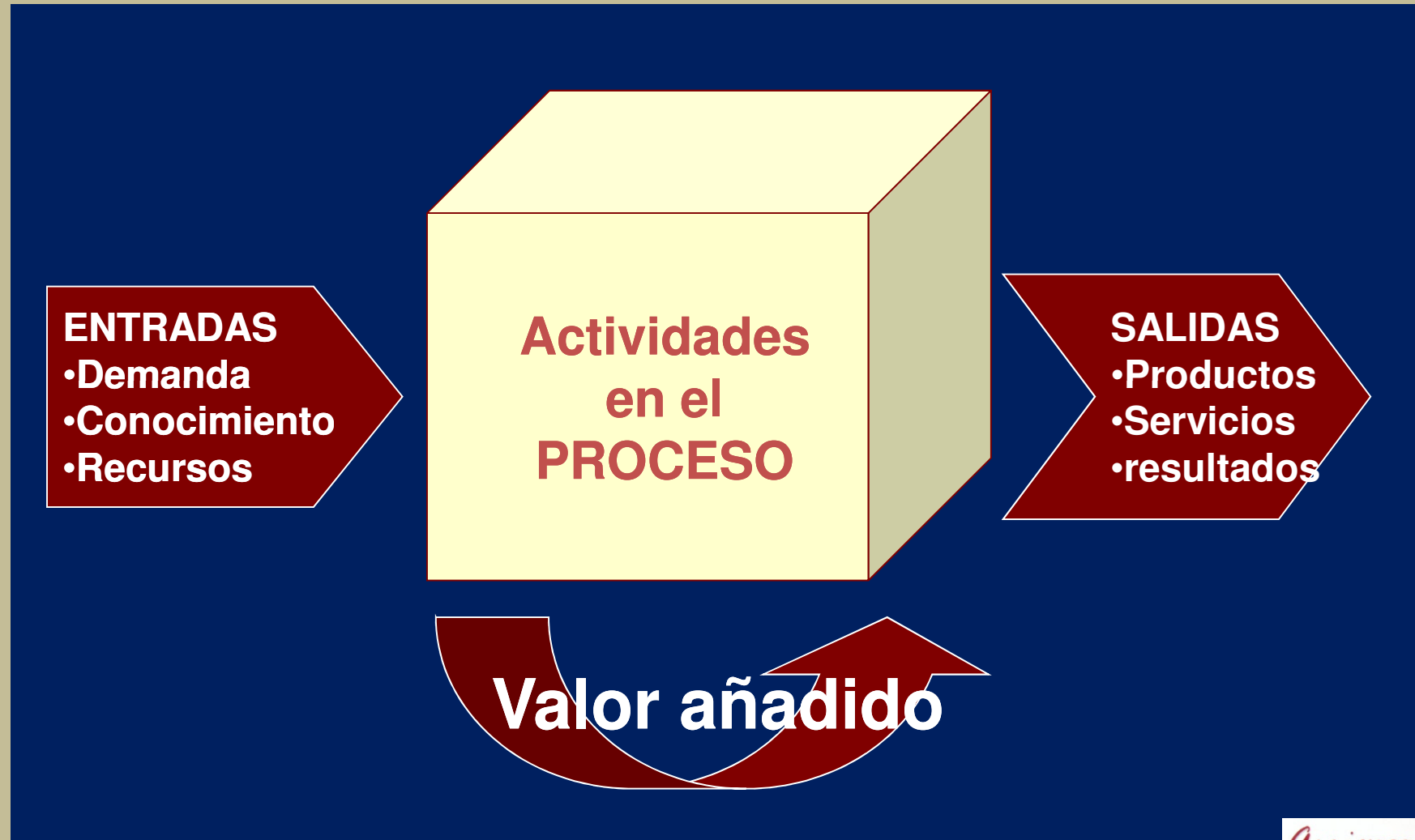
Estructura de indicadores del proceso

LA BATALLA DEL CCR

Necesitamos emplear todos los recursos disponibles, dispuestos en perfecto orden de batalla



OPERACIONES EN LA BATALLA DEL CCR



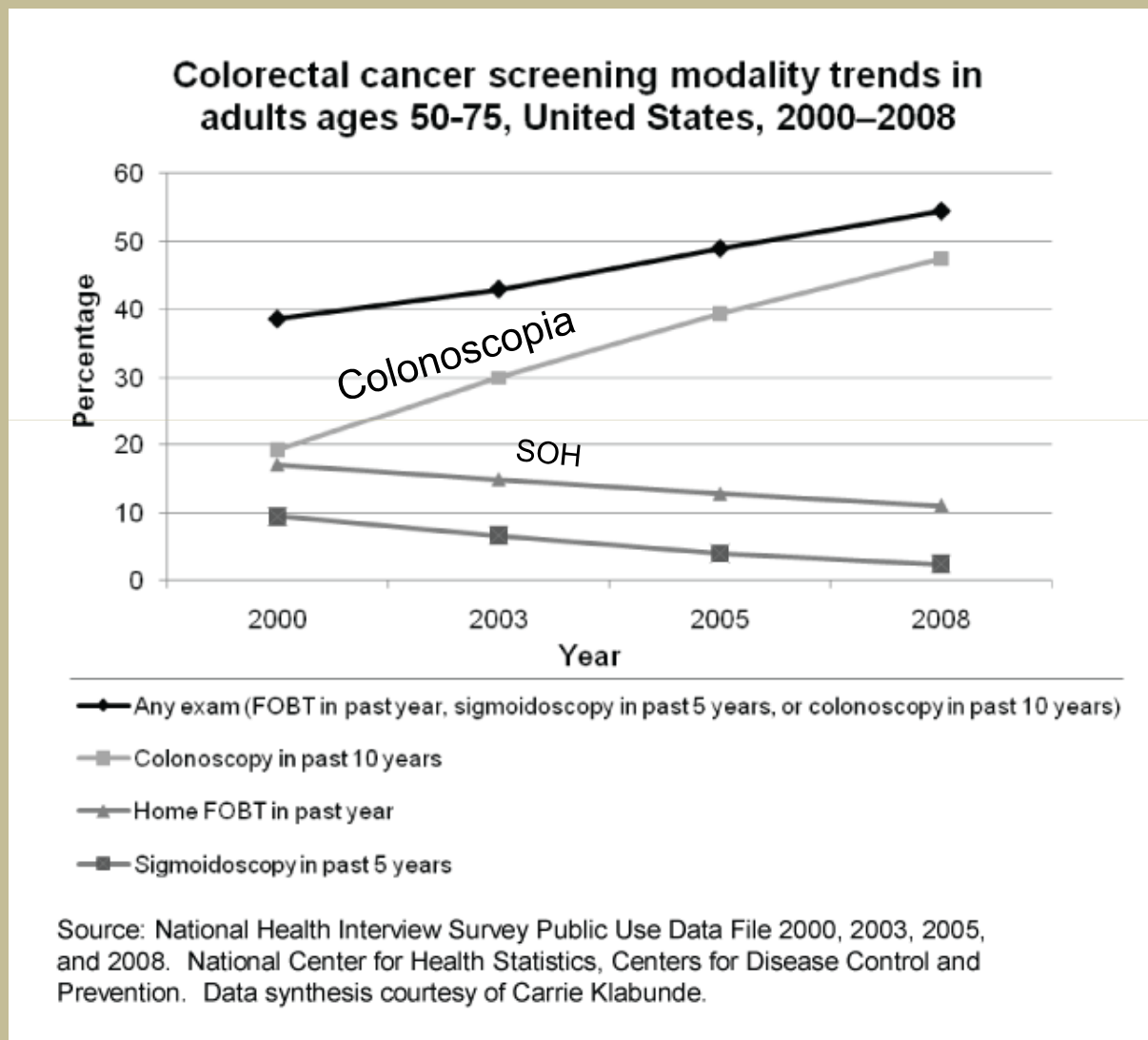
CLAVES EN EL PROCESO CCR

- **Interacción población/sociedad-salud pública**
- **Epidemiología y registros**
- **Prevención primaria**
- **Prevención secundaria / diagnóstico precoz**
- **Diagnóstico rápido de los sujetos con sospecha clínica de CCR**
- **Atención sociosanitaria a pacientes con CCR**

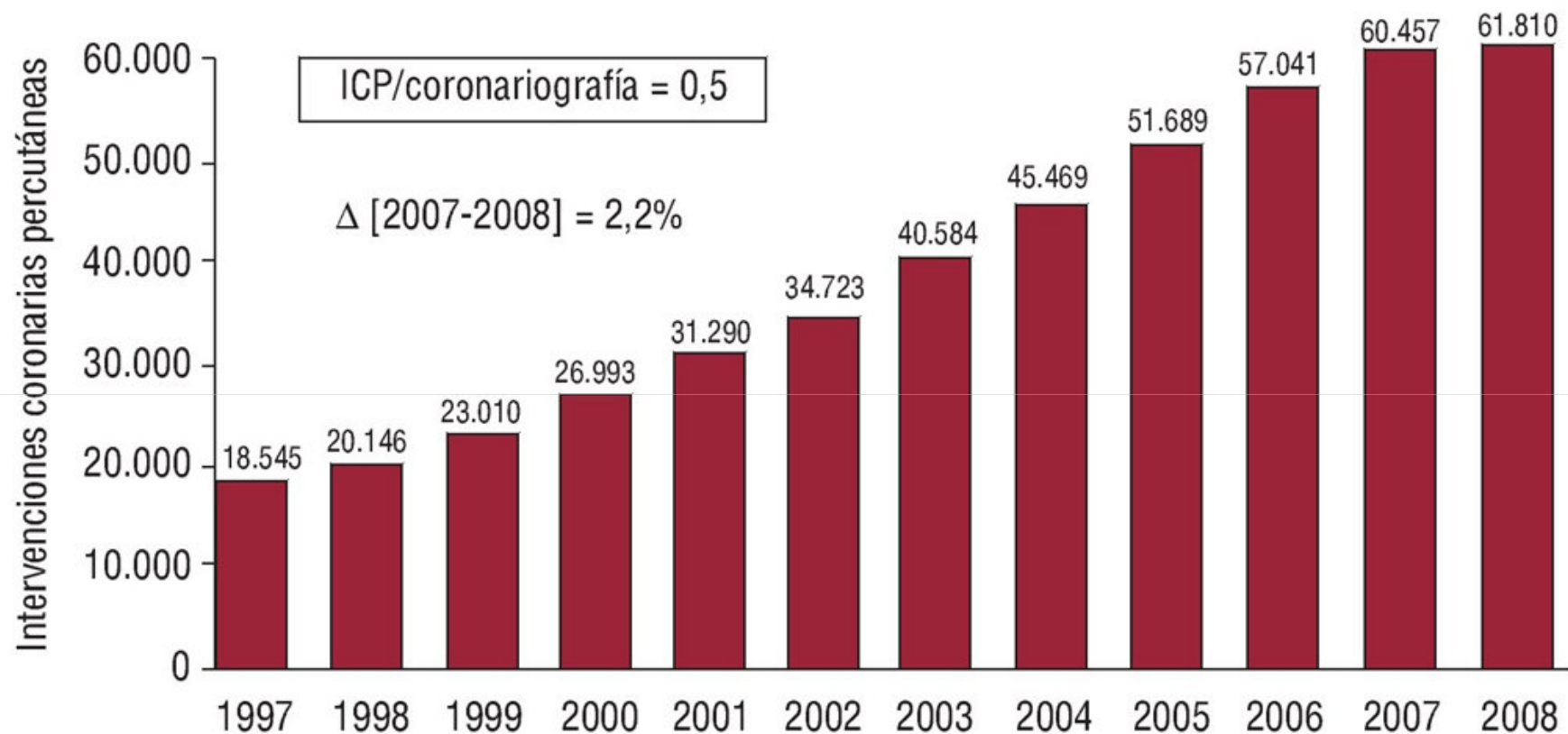
UNA VISIÓN GENERAL DEL PROCESO CCR



Antes N000, Ahora veremos..



Antes SI, y ahora también, y no preocupa



Baz JA et al. Registro Español de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. XVIII Informe Oficial de la Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista de la Sociedad Española de Cardiología (1990-2008) .Rev Esp Cardiol.2009; 62(12) :1418-34

Antes SI, y ahora también, aunque preocupa

IMPACTO ECONÓMICO DE LA INTRODUCCIÓN DE LAS NUEVAS PAUTAS DE QUIMIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO ADJUVANTE DE CÁNCER DE MAMA EN ESTADIOS II-III

	Coste total (€)
Tratamiento estandar FAC	427.894
Nuevas opciones de tratamiento	12.923.503
Coste incremental	12.495.609
Variación	2920,3%

Josep M^a Borràs
Director

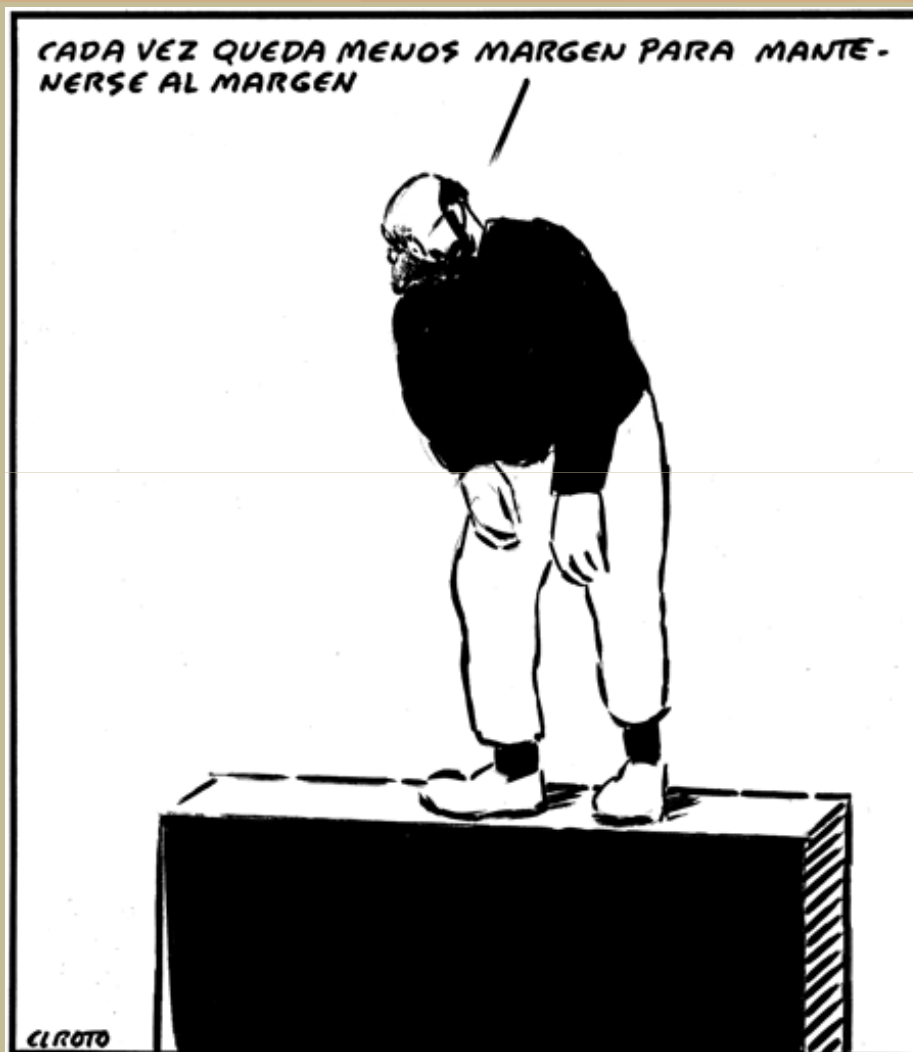
Pla Director d'Oncologia

UNA REFLEXIÓN FINAL

- **La colonoscopia ligada a cribado es una actividad emergente que está cambiando la práctica de la especialidad de aparato digestivo.**
- **La prevención del CCR es una tarea de salud multidisciplinar y compleja en la que nos necesitamos todos, y aquí y ahora debe ser considerada como una tarea de atención sanitaria prioritaria.**

PERO...

- Nos lo tenemos que creer todos...



elroto@inicia.es

Arrixaca
Hospital Universitario
"Virgen de la Arrixaca"

Fernando Carballo

Y entonces...

- Por fin podremos proclamar lo nuestro



elroto@inicia.es



MUCHAS GRACIAS