

PROGRAMA GALEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DO CANCRO COLORRECTAL: RESULTADOS DA PRIMEIRA ROLDA DE INVITACIÓNS EN FERROL (2013-2015).....	páxina 1
ABROCOHO DE FARINXITE ESTREPTOCÓCICA DE PROBABLE ORIXE ALIMENTARIA.....	páxina 6
INCIDENCIA DE ENFERMIDADE INVASORA POR GRAM NEGATIVOS RESISTENTES A CARBAPENEMS EN GALICIA EN 2013 E 20014.....	páxina 12

PROGRAMA GALEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DO CANCRO COLORRECTAL: RESULTADOS DA PRIMEIRA ROLDA DE INVITACIÓNS EN FERROL (2013-2015)

Introdución. O cancro colorrectal (CCR) é, no noso medio, o tumor maligno máis prevalente no conxunto da poboación^{1,2}. A maior parte destes cancros diagnósticanse en estadios avanzados, o que afecta á supervivencia dos pacientes. A detección precoz mediante o test de sangue oculto en feces (SOF), ademais de reducir a incidencia deste tumor mediante a extirpación de lesións precancerosas (adenomas) pode diminuír a mortalidade por CCR entre un 30% e un 35%³⁻⁵.

No ano 2013 a Dirección Xeral de Saúde Pública puxo en marcha o Programa Galego de Detección Precoz do Cancro Colorrectal na Estrutura Organizativa de Xestión Integrada de Ferrol (EOXI) coas seguintes características:

- Poboación obxectivo: Homes e mulleres de 50 a 69 anos
- Proba de cribado: Sangue oculto en feces (SOF) de tipo inmunolóxico cuantitativo
- Intervalo entre dúas probas de cribado: 2 anos

Sistemática do Programa. A poboación obxectivo recibe no seu domicilio unha carta de invitación a participar no Programa, acompañada dunha tarxeta de aceptación (con franqueo pagado) que deberá devolver ao Programa no caso de aceptar. Seguidamente se lle envía o material necesario para a toma da mostra e as instrucións para recollela. Unha vez recollida, a persoa participante deposita a mostra no seu Centro de Saúde, dende onde se remitirá ao laboratorio do hospital de referencia para a súa análise.

As persoas con resultado negativo recibirán unha carta con este resultado de normalidade e volveráselles a invitar no prazo de dous anos. As persoas con resultado positivo no test son citadas na consulta do seu médico de atención primaria, para explicarlles o significado deste resultado positivo e a necesidade de realizar unha colonoscopia para descartar ou confirmar a presenza de lesións malignas ou premalignas.

A colonoscopia de cribado ten un carácter diagnóstico e terapéutico, xa que se trata de visualizar e extirpar todas as lesións suxestivas de malignidade. Unha vez realizada a colonoscopia, e extirpadas, no seu caso, as lesións suxestivas de malignidade e analizadas no laboratorio de Anatomía Patolóxica, o Programa de cribado realiza unha avaliación de risco CCR de todos os pacientes, clasifícaos de acordo a este risco e establece o seguimento adecuado para cada un, como se mostra na táboa 1.

RESULTADO DA COLONOSCOPIA		SEGUIMENTO INDICADO
Colonoscopia normal		Proba de SOF aos 10 anos
Colonoscopia con lesións suxestivas de malignidade	Paciente de risco baixo	Proba de SOF aos 5 anos
	Paciente de risco intermedio	Seguimento colonoscópico aos 3 anos e aos 5 anos. Tras dúas colonoscopias negativas, SOF aos 5 anos
	Pacientes de risco alto	Seguimento colonoscópico ao ano, aos 3 anos e aos 5 anos. Estes pacientes non volverán ao cribado con SOF, e manteranse en seguimento colonoscópico ata os 75 anos de idade
	Pacientes con CCR	Cita en vía rápida e exclusión do programa

Indicadores do Programa. Para a avaliación do Programa utilízanse os seguintes indicadores:

Participación: Persoas con test entregado do total de persoas con invitación válida, en porcentaxe.

Porcentaxe de test SOF positivo: Persoas con test positivo do total de persoas con resultado válido do test, en porcentaxe.

Taxa de aceptación da colonoscopia: Persoas con colonoscopia realizada do total de persoas con colonoscopia indicada, en porcentaxe.

Taxas de detección de adenomas (de alto/intermedio/baixo risco) ou de CCR: Persoas con adenomas (de alto/intermedio/baixo risco) ou de CCR por cada mil persoas con test entregado.

Valor predictivo positivo (VPP) da SOF para adenomas (de alto/intermedio/baixo risco) ou para CCR: Persoas con adenomas (de alto/intermedio/baixo risco) ou de CCR do total de persoas que fixeron colonoscopia, en porcentaxe.

Estadio do CCR. Para cualificar o estadio dos CCR detectados seguiuase a 7ª Edición da Estadiaxe TNM do American Joint Committee on Cancer.

Resultados da primeira rolda de invitacións. As invitacións para participar comezaron a enviarse en marzo do 2013 e o ciclo completo rematou en xuño de 2015. En total implicouse aos 28 centros de saúde da EOXI, nos que se formou a todo o persoal médico e de enfermería e se ofreceu unha charla breve ao persoal administrativo, para que coñecesen o circuito do Programa e facilitasen a participación dos usuarios.

En total invitouse a participar a máis de 52.000 persoas de 50 a 69 anos, dos cales entregaron o test máis de 25.000, o que supón unha participación do 48%, sendo preto de 7 puntos superior nas mulleres que nos homes (Táboa 2). A participación aumenta sistematicamente coa idade, manténdose en todos os grupos de idade unha maior participación das mulleres, como se pode observar na Figura 1.

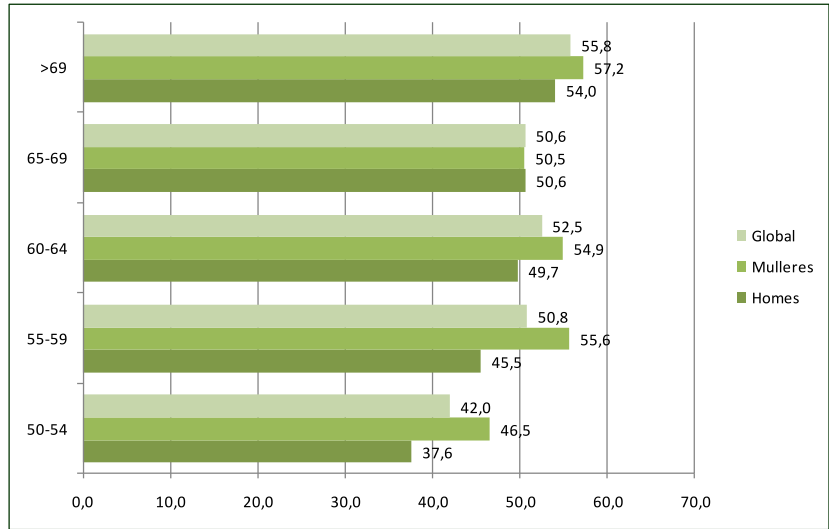
A proba de SOF foi positiva no 7'2% das persoas que a realizaron (1.812 persoas), valor que fica no rango observado en Europa⁶. Esta positividade foi máis de 3 puntos porcentuais superior nos homes que nas mulleres (Táboa 2), e a diferenza aumenta coa idade, como se pode observar na Figura 2.

Indicáronse 1.800 colonoscopias, xa que 12 persoas foron excluídas por razóns diversas. De estas leváronse a cabo 1.727 colonoscopias, o que supón unha taxa de aceptación do 96%, sen apenas diferenzas entre homes e mulleres (Táboa 2).

Nas 1.727 colonoscopias realizadas detectáronse 106 persoas con CCR invasor, 263 con adenomas de alto risco, 414 con adenomas de risco medio e 334 con adenomas de baixo risco. Por xénero, as taxas de detección foron sempre máis altas nos homes que nas mulleres, destacando que a de cancros invasores é preto do dobre e a de adenomas de alto risco de preto do cuádruplo (Táboa 3).

son de declaración obrigatoria urxente ao SAEG todos os casos de enfermidade con:
Febre > 38º C, exantema máculo-papular e : tose ou rinite ou conxuntivite.

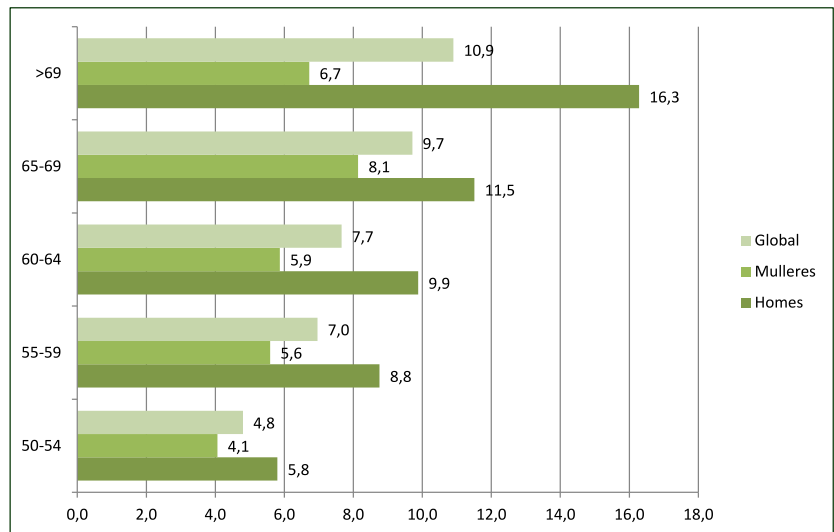
Figura 1. Resultados de participación por sexo e grupos de idade



Táboa 2. Resultados de participación e de test de SOF positivos.

	Mulleres	Homes	TOTAL	Referencia Europea ⁶
N.º Persoas invitadas	27.379	24.746	52.125	
N.º Persoas con test SOF entregado	14.110	11.095	25.205	
Participación	52%	45%	48%	
Porcentaxe de test SOF positivo	5'8%	9'0%	7'2%	4'4%-11'1%
N.º Persoas con colonoscopia realizada	781	946	1.727	
Taxa de aceptación da colonoscopia	95%	97%	96%	

Figura 2. Porcentaxe de probas de SOF positivas, por sexo e grupos de idade.



son de declaración obrigatoria urgente ao SAEG todos os casos de enfermidade con:
Febre > 38º C, exantema máculo-papular e : tose ou rinite ou conxuntivite.

	Mulleres	Homes	TOTAL	Referencia Europea ³
N.º Persoas con CCR invasor	42	64	106	
Taxa de detección de cancro invasor	3'0 ‰	5'8 ‰	4'2 ‰	1'8 ‰ - 9'5 ‰
VPP para CCR invasor	5'4 %	6'8 %	6'1 %	4'5 % - 8'6 %
N.º Persoas con adenomas de alto risco	62	201	263	
Taxa de detección de adenomas de alto risco	4'4 ‰	18'1 ‰	10'4 ‰	
VPP para adenomas de alto risco	7'9 %	21'3 %	15'2 %	
N.º Persoas con adenomas de risco medio	171	243	414	
Taxa de detección de adenomas de risco medio	12'1 ‰	21'9 ‰	16'4 ‰	
VPP para adenomas de risco medio	21'9 %	25'7 %	24'0 %	
N.º Persoas con adenomas de baixo risco	144	190	334	
Taxa de detección de adenomas de baixo risco	10'2 ‰	17'1 ‰	13'3 ‰	
VPP para adenomas de baixo risco	18'4 %	20'1 %	19'3 %	

Figura 3. Valor predictivo do resultado positivo da proba de SOF para CCR, para adenoma de calquera nivel de risco e para ausencia de achados colonoscópicos relacionados co CCR, para homes mulleres e homes na primeira rolda de cribado.

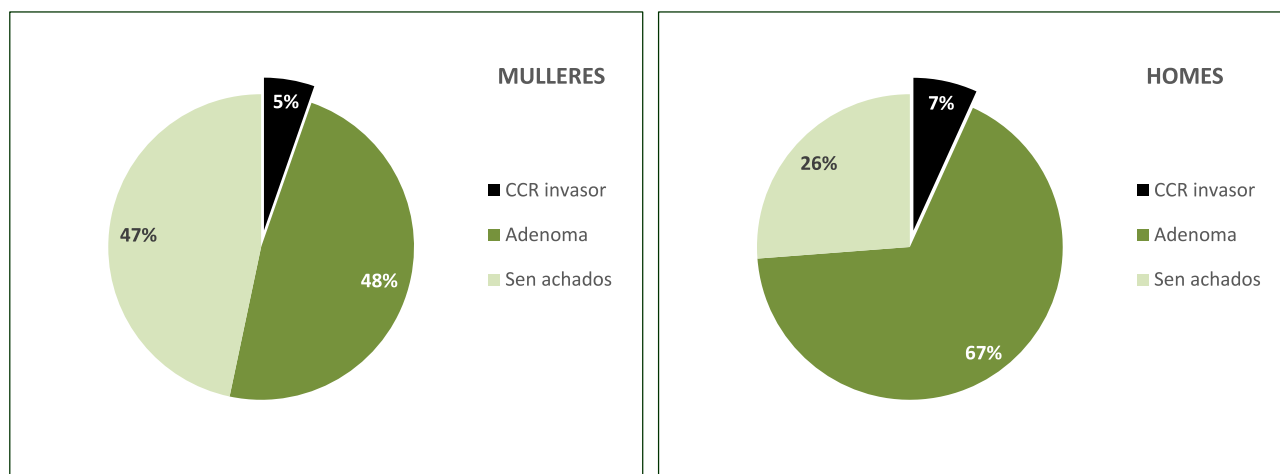
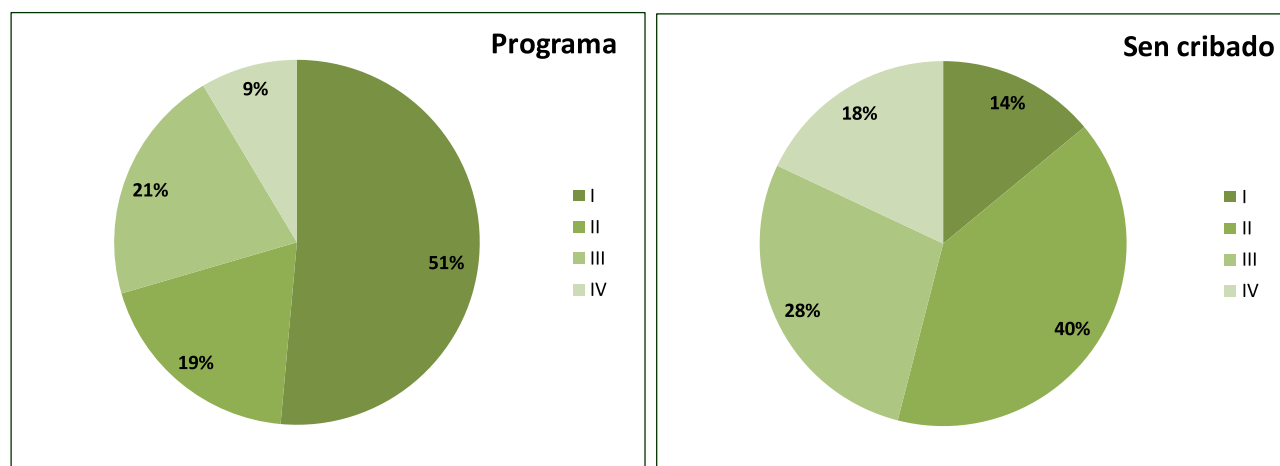


Figura 4. Estadio dos CCR invasores detectados polo Programa (105), comparación coa bibliografía⁷.



Tamén do valor predictivo do resultado positivo da proba de SOF é maior en homes que en mulleres, aínda que a diferenza non é tan ampla como na taxa de detección (Táboa 3). No conxunto da poboación, o VPP varía entre o 24'0% para os adenomas de risco medio e o 6'1% para o CCR invasor (Táboa 3). Para o conxunto de adenomas e CCR, o VPP é do 65%, o 53% en mulleres e o 74% en homes (Figura 3).

O 70% dos cancros detectados na área sanitaria de Ferrol foron en estadios precoces (I e II). A distribución por estadios e a comparación cos estadios ao diagnóstico sen cribado móstrase na Figura 4. Á dereita mostrase a estadiaxe habitual dos cancros colo-rectais diagnosticados cando se manifestan clinicamente (sen cribado)⁷. Neste caso o 46% dos cancros diagnóstícanse en estadios III e IV e só o 14% en estadio I.

Para rematar, compre salientar que periodicamente faise unha revisión do CMBD hospitalario para identificar posibles complicacións da colonoscopia que requiren ingreso (hemorraxia grave, perforación ou peritonite). Non se detectaron complicacións graves inmediatas nin diferidas aos 30 días tras a colonoscopia de cribado nos anos revisados 2013 e 2014.

COMENTARIO:

Rematado o piloto do Programa de cribado de Cancro colo-rectal que abarcou o primeiro ciclo de invitacións na EOXI de Ferrol, os resultados poden cualificarse de excelentes. En concreto:

- Tanto a participación (48%) como a aceptación da colonoscopia nos casos nos que o test de SOF foi positivo (96%), foron superiores ao esperado nunha rolda inicial (37 e 90%, respectivamente)⁸.
- As taxas de detección de adenomas, especialmente os de alto risco, xunto coas taxas de detección de cancros invasores e o elevado número destes que se encontran en estadios precoces (I e II), garanten que a medio prazo lograranse os resultados previstos en termos de mortalidade, supervivencia, incidencia e calidade de vida relacionados con este cancro³⁻⁵.

En consecuencia, o Programa continúa na EOXI de Ferrol e estase implantando na EOXI de Ourense. O seguinte paso é continuar a súa expansión a toda a poboación galega, estando previsto comezar este ano 2016 tamén noutras EOXI.

BIBLIOGRAFÍA:

- ¹ Sanchez MJ et al. Incidence and mortality in Spain: estimates and projection for the period 1981-2012. *Ann Oncol* 2010; 21 (Suppl 3): iii 30-36.
- ² Ferlay J et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer* 2013; 49(6): 1374-1403.
- ³ Saito H. Screening for colorectal cancer: current status in Japan. *Dis Colon Rectum* 2000; 43 Suppl 10: S78-84.
- ⁴ Saito H et al. Reduction risk of mortality from colorectal cancer by fecal occult blood screening with immunochemical hemagglutination test. A case-control study. *Int J Cancer* 1995; 61 (4): 465-9.
- ⁵ Nakajima M et al. Prevention of advanced colorectal cancer by screening using the immunochemical faecal occult blood test: a case-control study. *Br J Cancer* 2003; 89 (1): 23-8
- ⁶ Segnan N, Patnick J, von Karsa L, eds. European Commission. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First edition 2010. Luxembourg. Publications Office of the European union.
- ⁷ Rossum LG et al. Earlier stages of colorectal cancer detected with immunochemical faecal occult blood tests. *Neth J Med* 2009; 67 (5): 182-6.
- ⁸ Red de Programas de cribado de cáncer. Situación de los programas de cribado de cáncer colorrectal en España. Año 2011. Disponible en <http://www.cribadocancer.es/index.php/cancer-colorrectal/red-de-programas-de-cribado-espanoles/situacion>.