Programa de Detección Precoz del Cáncer Colorrectal en Cantabria

Informe 2025

GOBIERNO de CANTABRIA
CONSEJERÍA DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA

ÍNDICE

El Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal de Cantabria.....2
Informe de actividad y resultados del año 2025.....4
Prueba de cribado. Participación y resultados 4
Confirmación diagnóstica.....7
Colonoscopias y hallazgos.....7
Tasas de detección y valores predictivos.....8
Estadiaje de los cánceres detectados.....10
Conclusiones.....11

EL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER COLORRECTAL DE CANTABRIA

El cáncer colorrectal es el tumor más frecuentemente diagnosticado en la población general, y el segundo de mayor incidencia en ambos sexos, después del de próstata en hombres y del de mama en mujeres. En 2025 se diagnosticaron 44.573 casos nuevos en España. Es la segunda causa de muerte por cáncer, por detrás del cáncer de pulmón: cada año se producen alrededor de 15.000 muertes por esta causa, lo que representa casi el 14% de todas las muertes por cáncer en España.

La incidencia y la mortalidad del cáncer colorrectal están estrechamente relacionadas con la dieta y el estilo de vida, hasta el punto de que se estima que un 70% de los tumores colorrectales pueden evitarse con medidas dietéticas. Los factores de riesgo más importante son: la edad (el 90% de los casos diagnosticados fueron en mayores de 50 años), la predisposición genética como la poliposis adenomatosa familiar o el síndrome de Lynch, las enfermedades inflamatorias como la enfermedad de Crohn o la colitis ulcerosa, la alimentación -sobre todo el consumo de carne roja y procesada- y también el alcohol y la obesidad. Por el contrario, el consumo de fibra, fruta y vegetales, lácteos, folatos, calcio y vitamina D, así como el ejercicio y la actividad física, actúan como factores protectores.

La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, incluye el cribado de enfermedades como un conjunto de actividades orientadas a la detección, el diagnóstico y el tratamiento precoces, que se ofrecen activamente a la población más susceptible aunque no tenga síntomas ni haya demandado ayuda médica.

El cribado de cáncer colorrectal permite encontrar, en personas completamente asintomáticas, tanto cáncer propiamente dicho pero en estadios muy iniciales como lesiones precancerosas (adenomas), por lo que facilita un tratamiento precoz y, por tanto, una supervivencia mayor.

El Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal (PCCR) se instauró en Cantabria a finales de 2008. El Sistema Nacional de Salud (SNS) lo incorporó como parte de su cartera de servicios con la Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, en la que se establece como objetivo la invitación a participar en el programa a la población de entre 50 a 69 años.

La prueba de cribado es la determinación de sangre oculta en una muestra de heces (SOH) con periodicidad bienal. La invitación a participar se realiza mediante carta personalizada que contiene una etiqueta adhesiva, con un código de barras único, identificativo de la persona, un colector para recoger la muestra y un folleto con instrucciones. Una vez tomada la muestra, esta debe depositarse en uno de los contenedores específicos del programa que se encuentran en todos los centros de salud de la comunidad.

Las muestras son enviadas al laboratorio de análisis clínicos del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, donde diariamente son procesadas y sus resultados transferidos de forma segura al sistema informático de gestión del programa. Desde la unidad de gestión,

ubicada en la Dirección General de Salud Pública, de la Consejería de Salud, se informa a las personas participantes de los resultados:

- Si el resultado del test de SOH es negativo, se notifica por carta, que se acompaña de un folleto de educación para la salud sobre cuidados y factores de riesgo y que informa de una nueva invitación a participar al cabo de dos años.
- Si el resultado del test de SOH es positivo, se comunica por vía telefónica desde la Dirección General de Salud Pública y se proporciona una cita con el/la médico/a de Atención Primaria en un plazo máximo de 5 días hábiles. Si la comunicación telefónica no fuera posible, el resultado se envía por correo certificado, indicando la necesidad de pedir cita con su médico/a.

El facultativo de Atención Primaria realizará la oportuna anamnesis y, si no existen causas de exclusión o contraindicaciones, propondrá la realización de una colonoscopia, que proporcionará un diagnóstico definitivo. Si el paciente acepta la colonoscopia, el propio centro de salud tramitará la cita en el servicio de endoscopia digestiva del hospital correspondiente a su área de salud, y con enfermería.

La cita para la realización de la colonoscopia no debe exceder el plazo de 5 semanas desde la comunicación del resultado positivo del test de SOH. Y la cita con enfermería del centro de salud se fijará 7-10 días antes de la realización de la colonoscopia, con el fin de proporcionar al paciente las instrucciones y el material necesarios para una adecuada preparación intestinal.

Ante un resultado positivo del TSOH, el objetivo de la colonoscopia es la búsqueda y extirpación de todas las lesiones encontradas durante la exploración que puedan ser la causa del sangrado, lo cual le confiere una doble función: diagnóstica, porque permite el estudio anatomopatológico de las piezas, y terapéutica, porque permite eliminar los tumores. Su efecto preventivo también es doble: de prevención secundaria, porque hace posible erradicar tumores malignos en estadios precoces, y de prevención primaria, porque permite eliminar adenomas de riesgo que podrían evolucionar a carcinoma.

Un programa de cribado poblacional debe estar sujeto a evaluaciones periódicas que permitan medir su calidad y valorar su metodología y sus resultados. Esa evaluación se hace mediante la obtención de estadísticas y la aplicación de indicadores que deben mantenerse en rangos y estándares establecidos según la evidencia científica. En el caso del cribado de cáncer colorrectal, el programa de Cantabria toma como referencia los objetivos marcados por la Guía europea de control de calidad y la Red Nacional de Cribados. Existen indicadores para evaluar el proceso de cribado y otros para valorar los resultados.

Todos los datos que contiene este informe corresponden a las invitaciones incluidas en los ficheros generados por el programa de detección precoz entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2025, independientemente de cuándo se iniciara y cuándo se haya completado el proceso de cribado.

ACTIVIDAD Y RESULTADOS DEL CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL. AÑO 2025

Prueba de cribado. Participación y resultados

La Dirección General de Salud Pública recuperó en 2025 las cifras de invitación para la detección precoz de cáncer colorrectal previas a la pandemia de Covid-19, después de varios años en los que se habían sucedido las interrupciones y las ralentizaciones del cribado, de forma que la media de cartas enviadas mensualmente en 2025 superó las 8.200.

La prueba de cribado es el test de sangre oculta en heces (TSOH). La participación hace referencia al número o el porcentaje de personas que han entregado una muestra válida de entre todas las que recibieron una invitación válida. La tasa de participación entre las personas invitadas en 2025 fue del 50,73%, lo que está por encima del nivel aceptable (≥45%), pero aún alejado del nivel deseable (>65%), que fijan la Guía Europea de control de calidad en la detección y diagnóstico del cáncer colorrectal y la Red Nacional de Cribados. Los siguientes gráficos y tablas muestran los datos de invitación, participación en el programa y resultados de la prueba de cribado por sexos y grupos de edad.

Tabla 1. Participación y resultados, en cifras absolutas y porcentajes, por sexo

indicador	mujeres	hombres	total
población con invitación válida	51.323	48.067	99.390
participantes	27.326	23.169	50.495
tasa de participación	**53,21%**	**48,18%**	**50,78%**
tests SOH positivos	1.278	1.521	2.799
tasa de tests SOH positivos	**4,68%**	**6,56%**	**5,54%**
tests SOH negativos	26.048	21.648	47.696

Gráfico 1. Participación por sexo

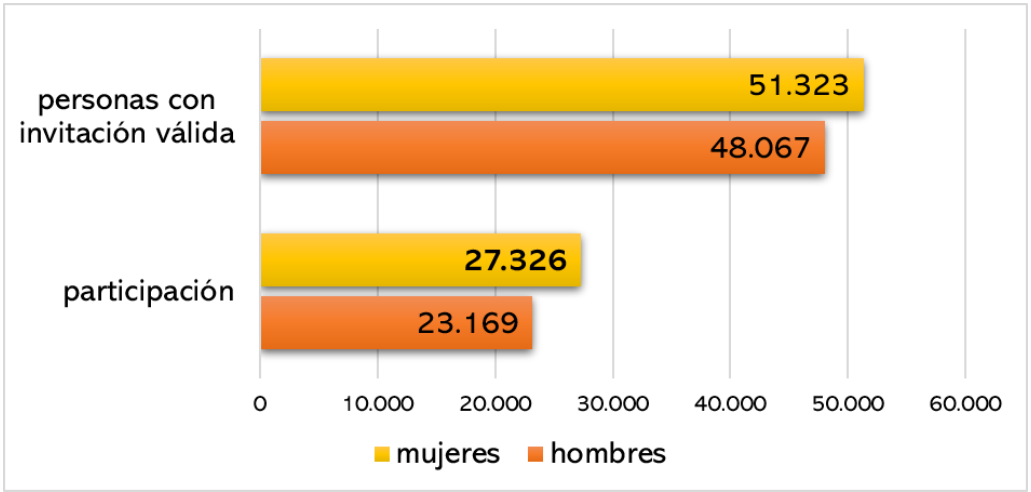


Gráfico 2. Participación y resultados de la prueba de cribado, por sexo

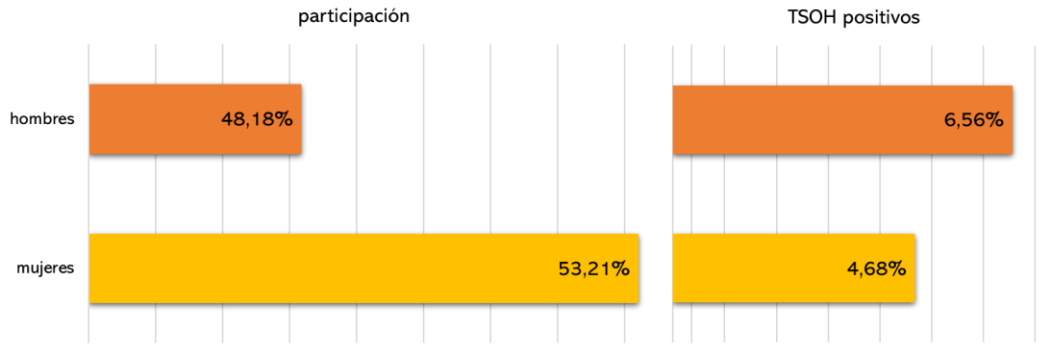


Tabla 2. Participación y resultados de la prueba de cribado, por sexo y rango de edad

indicador	grupos de edad*	
	50-59 años	60-69 años
invitaciones válidas	43.995	53.925
participantes	21.069	28.643
tasa de participación	**47,86%**	**53,09%**
hombres	44,75%	50,95%
mujeres	50,91%	55,03%
núm. de tests SOH positivos	909	1.836
tasa de TSOH positivos	**4,31%**	**6,41%**
hombres	5,29%	7,46%
mujeres	3,48%	5,53%

**Además de las personas de entre 50 y 69 años, franja de edad en la que está indicado el cribado, en 2025 se generaron por diversos motivos invitaciones para 7.750 hombres y mujeres de 70 años o más, de los cuales participaron un 52,95%.*

Gráfico 3. Participación por rango de edad

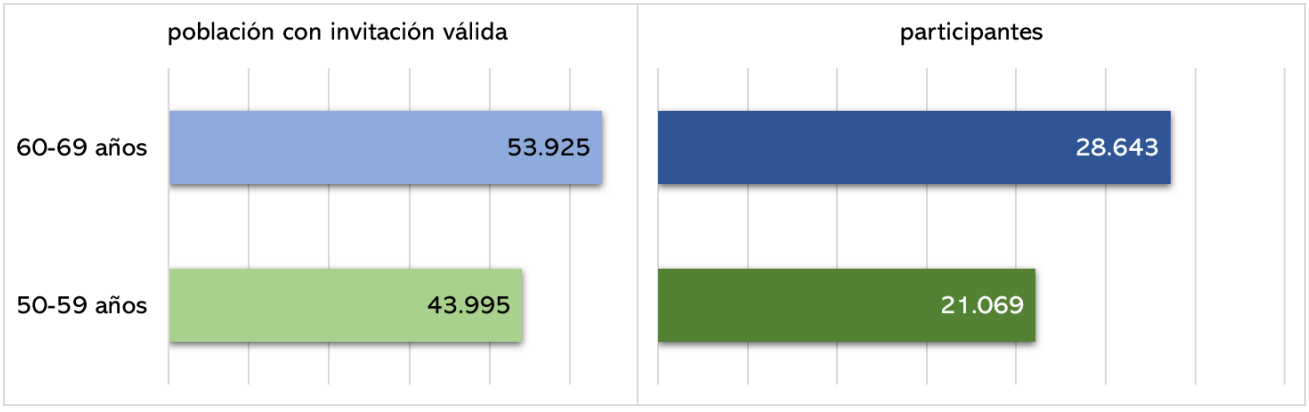
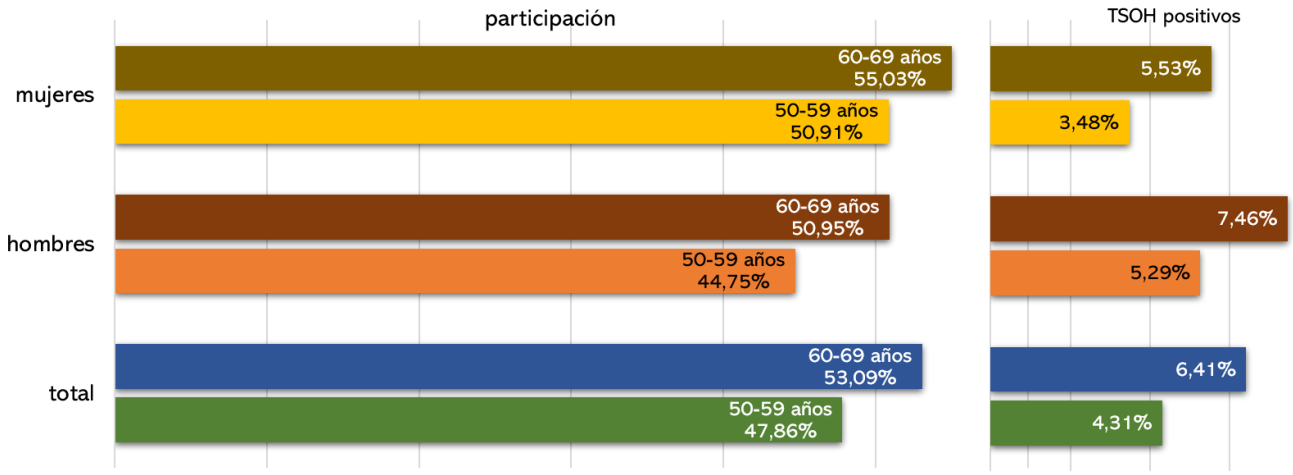


Gráfico 4. Participación en el programa y tasa de TSOH positivos, por sexo y rango de edad



La participación es mayor en la población femenina en todos los rangos de edad: participaron el 53,21% de las mujeres frente al 48,18% de los hombres invitados al programa en 2025. En cuanto a los resultados de la prueba de cribado, el porcentaje de positivos es mayor en los hombres (6,56% de los que participan con prueba válida, frente al 4,68% de las mujeres). Respecto a la edad, en ambos sexos es mayor el porcentaje de positivos en el rango de 60 a 69 años (6,41%) en comparación con el de 50 a 59 años (4,31%).

Confirmación diagnóstica. Colonoscopias

La colonoscopia es la prueba de confirmación diagnóstica cuando el TSOH resulta positivo. De las 2.799 personas con test positivo y en las que se indicó colonoscopia, acudieron a realizarse la prueba 2.518 personas, a las que fue necesario realizar un total de 2.901 exploraciones. La diferencia entre personas y número de exploraciones puede explicarse, entre otros factores, por la calidad de la preparación del intestino que se hace antes de la colonoscopia, pues solo cuando la preparación es adecuada es posible explorar la totalidad del colon con garantías. Finalmente, fue posible realizar una colonoscopia completa en 2.406 personas, y en 2.244 de ellas la colonoscopia arrojó un resultado válido de cribado y fue posible un diagnóstico.

Tabla 3. Actividad de colonoscopias diagnósticas

indicador	mujeres	hombres	total
personas con indicación de colonoscopia	1.278	1.521	2.799
personas con colonoscopia realizada	1.135	1.383	2.518
personas con colonoscopia completa*	1.038 95,14%	1.259 95,74%	2.406 95,47%
tasa de complicaciones de la colonoscopia**	2,00%	2,29%	2,15%
personas con resultado válido de la colonoscopia	1.027 80,36%	1.217 80,01%	2.244 80,17%

**Colonoscopias completas son aquellas que alcanzan la válvula ileocecal, por tanto, las que permiten obtener un resultado válido. Un 95,47% alcanza los objetivos del programa.*
***Para esta tabla se han considerado solo las colonoscopias en las que se han producido complicaciones (1.069), y de éstas, las que se clasifican como graves, se producen en los 30 días siguientes a la colonoscopia y requieren ingreso hospitalario: hemorragia que haya necesitado transfusión (8), perforación o cuadro semejante a peritonitis (3), depresión respiratoria (8), parada cardiorrespiratoria (4) y muerte (0).*

La calidad de las colonoscopias en un programa de cribado está determinada, entre otros factores, por el porcentaje de colonoscopias completas, las complicaciones graves y el tiempo de demora entre la visita al médico de Atención Primaria cuando se obtiene un resultado positivo del TSOH y la cita para la endoscopia diagnóstica (entre las personas incluidas en las invitaciones de 2025, esta demora fue mayor de 30 días en el 80 por ciento de casos).

Resultados de las colonoscopias diagnósticas

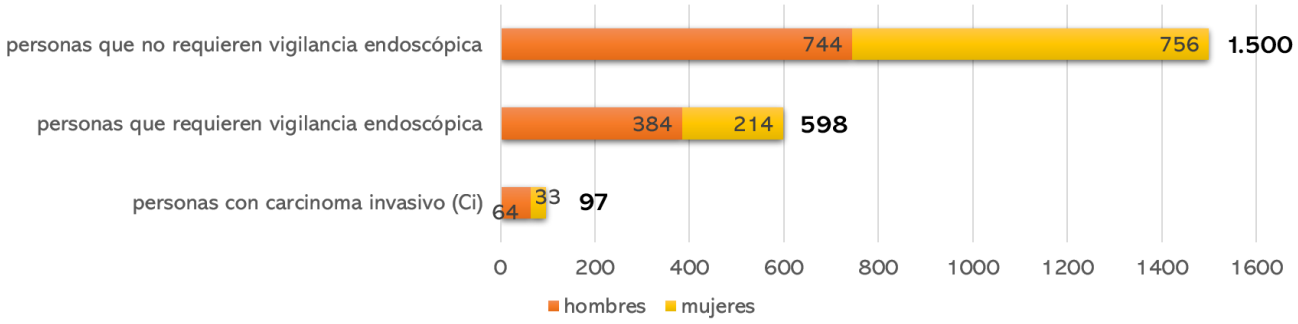
Entre las 2.244 personas con indicación de colonoscopia en las que se pudo obtener un resultado válido, se encontraron 91 carcinomas invasivos, tal como se muestra en la tabla 4 y el gráfico 5. En cuanto al resto de resultados de las colonoscopias, 8 personas fueron diagnosticadas de carcinoma in situ (no infiltrante), en 598 personas se encontraron lesiones que requieren vigilancia endoscópica, mientras que en otras 1.500 los hallazgos no necesitan de un seguimiento con nueva colonoscopia.

Tabla 4. Hallazgos de las colonoscopias diagnósticas

indicador	mujeres	hombres	total
personas con carcinoma invasivo	**25**	**61**	**87**
personas con carcinoma in situ	**5**	**3**	**8**
personas con adenomas de alto riesgo	45	72	117
personas con adenomas de riesgo medio	169	312	481
personas que requieren vigilancia endoscópica*	**214**	**384**	**598**
personas que no requieren vigilancia endoscópica**	756	744	1.500
personas con seguimiento en consulta hospitalaria***	54	80	134

**Requieren vigilancia endoscópica, con mayor o menor periodicidad, aquellas personas en las que se han encontrado adenomas de alto riesgo y de riesgo medio -el riesgo hace referencia a la probabilidad de desarrollar un carcinoma a partir de esos dos tipos de lesiones premalignas-.*
***No requieren vigilancia endoscópica las personas cuya colonoscopia haya sido normal o con hallazgos de adenomas de bajo riesgo, pólipos no neoplásicos y otras patologías intestinales no graves. Se les indica seguimiento en el programa de cribado con la periodicidad indicada.*
****Requieren seguimiento en consulta especializada de Digestivo las personas diagnosticadas de cáncer y las que han sido diagnosticadas de patología digestiva grave no neoplásica.*

Gráfico 5. Resultados de las colonoscopias diagnósticas e indicaciones de seguimiento



Tasas de detección y valores predictivos

Las tasas de detección de las distintas lesiones mediante colonoscopia permiten conocer la prevalencia del cáncer colorrectal en la comunidad autónoma entre las personas de 50 a 69 años, que es la franja de edad de mayor incidencia. Y la prevalencia de lesiones de riesgo, sobre todo adenomas que pueden convertirse en adenocarcinomas.

Tabla 5. Tasas de detección de cáncer y de adenomas

tasa de detección	mujeres	hombres	total
CCR* (carcinomas in situ e invasivos)	1,21‰	2,76‰	**1,92‰**
AAR*	1,65‰	3,11‰	**2,32‰**
ARM*	6,18‰	13,47‰	**9,53‰**
CCR + AAR + ARM (tasa acumulada)	9,04‰	19,34‰	**13,76‰**
ABR*	11,34‰	18,30‰	**14,54‰**
pólipos no neoplásicos	1,32‰	1,38‰	**1,35‰**

**CCR: cáncer colorrectal (incluye carcinomas invasivos e in situ). AAR: adenoma de alto riesgo. ARM: adenoma de riesgo medio. ABR: adenoma de riesgo bajo.*

Por su parte, los valores predictivos determinan la capacidad real del test de sangre oculta en heces como método de cribado de sospecha de cáncer colorrectal, tanto en caso de resultado positivo (probabilidad de tener un cáncer colorrectal si la prueba resulta positiva) como en caso de resultado negativo (probabilidad de no tener un cáncer colorrectal si el resultado de la prueba es negativo).

Tabla 6. Valores predictivos positivos de la prueba de cribado

Valor predictivo positivo del TSOH +	mujeres	hombres	total
CCR* (carcinomas in situ e invasivos)	3,10%	5,08%	**4,17%**
AAR* + ARM*	20,11%	30,45%	**25,72%**
CCR* + AAR + ARM (VPP* acumulado)	23,21%	35,53%	**29,89%**

**CCR: cáncer colorrectal (incluye carcinomas invasivos e in situ). AAR: adenoma de alto riesgo. ARM: adenoma de riesgo medio. VPP: valor predictivo positivo.*

El valor predictivo positivo del test de cribado (VPP) para cáncer invasivo han sido del 4,17%, y del 51,05 por ciento para todas las causas de sangrado.

Por otra parte, la colonoscopia no mostró lesiones que puedan ser causa de sangrado en un 33,28% de las personas exploradas con esta técnica, casos que se consideran como falsos positivos. En estos casos, el seguimiento se hará en el programa de cribado con un test de sangre oculta en heces en un plazo de 10 años. El seguimiento de las personas cuyo hallazgo en la colonoscopia haya sido de adenomas de bajo riesgo o pólipos no neoplásicos se hará mediante un test de sangre oculta en heces en un plazo de 5 años.

Estadiaje de los cánceres detectados

El estadiaje del cáncer de colon sirve para determinar la extensión y gravedad de la enfermedad, lo cual es fundamental para elegir el tratamiento adecuado y prever el pronóstico del paciente. En un programa de cribado, el objetivo es detectar el cáncer en fases precoces del desarrollo, de forma que el tratamiento proporcione mayores índices de curación, mejore el pronóstico y aumente la supervivencia y la calidad de vida. El estadio de un tumor viene determinado por su tamaño, la extensión a ganglios linfáticos y las metástasis a distancia.

Entre los cánceres diagnosticados en el marco del programa de cribado en las personas invitadas en 2025, el 70 por ciento se encontraban en fases iniciales, es decir, eran tumores de pequeño tamaño o estaban localizados, sin afectación ganglionar ni extensión a otros órganos (estadios 0 a II). De ellos, un 8,24% fueron carcinomas in situ, lo que significa que las células cancerosas no habían crecido más allá de la capa mucosa. En general, este tipo de tumores tan iniciales suelen extirparse por completo durante la propia colonoscopia diagnóstica.

Tabla 7. Porcentajes de detección de cáncer colorrectal, según estadios, en los cánceres procesables

estadio	mujeres	hombres	total
estadio 0	5 (5,15%)	3 (4,68%)	**8 (8,24%)**
estadio I y II	16 (48,48%)	45 (70,31%)	**61 (61,85%)**
estadio III y IV	9 (27,27%)	16 (25,00%)	**25 (25,77%)**
estadio desconocido / sin estadio	4 (12,12%)	0	**4 (4,12%)**

Conclusiones

1. A lo largo de 2025 se recuperó el ritmo de invitaciones mensuales previo a la pandemia de Covid-19, con el envío de una media mensual superior a las 8.200.

2. La participación en el programa de cribado se mantiene en torno al 50% y siempre es superior entre las mujeres (53,21% frente al 48,18% de los hombres) en todos los rangos de edad. La participación aumenta a medida que se incrementa la edad de las personas invitadas.

3. El porcentaje de tests positivos es mayor entre la población masculina (6,56% de los participantes) que entre las mujeres (4,68%). Considerando la población total, resultaron positivas un 5,54% de las pruebas de cribado.

4. El 95% de las personas con indicación de colonoscopia (2.799) acudieron a realizársela. En 2.406 de ellas fue posible realizar una colonoscopia completa y, de éstas, en 2.244 se obtuvo un resultado válido.

5. Las colonoscopias realizadas en 2025 permitieron diagnosticar 97 carcinomas, de los cuales 87 fueron invasivos y 8 carcinomas in situ o no infiltrantes.

6. La tasa de adenomas de riesgo -alto y moderado- encontrados con la colonoscopia fue de 11,85 por cada mil personas cribadas, las cuales requieren un seguimiento endoscópico.

7. El 70% de todos los tumores diagnosticados a partir del cribado eran de pequeño tamaño o estaban localizados, sin extensión a ganglios linfáticos ni a otros órganos.