

**DOCUMENTO DE POSICIONAMIENTO DE LA
SOCIEDAD VALENCIANA DE PATOLOGIA
DIGESTIVA ANTE EL RETO DE LA
IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE CRIBADO
DEL CANCER COLORRECTAL EN LA
COMUNIDAD VALENCIANA**

VALENCIA, DICIEMBRE DE 2016

INDICE

IMPORTANCIA DEL PROGRAMA DE CRIBADO DEL CÁNCER	
COLORRECTAL.....	3
RESULTADOS DE LA ENCUESTA	5
RESULTADOS GLOBALES.....	5
ACTIVIDAD EN LAS AREAS DE ENDOSCOPIA.....	5
ANALISIS DE LOS RECURSOS MATERIALES EN LAS AREAS DE	
ENDOSCOPIAS.....	7
EXPERIENCIA DEL ENDOSCOPISTA (resultados en 20 hospitales).....	8
SEDACION EN CRIBADO DE CCR.....	8
ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA DE CRIBADO DE CCR	8
SEGUIMIENTO DEL PACIENTE TRAS LA COLONOSCOPIA	9
PROPUESTA DE ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA DE CCR.....	11
PRINCIPALES PROBLEMAS DETECTADOS	12
PROPUESTA DE CAMBIO DE ORGANIZACIÓN DE LA	
CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA DEL CRIBADO DEL CÁNCER	
COLORRECTAL.....	14

IMPORTANCIA DEL PROGRAMA DE CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL

El cáncer colorrectal (CCR) es un grave problema de salud en el que el cribado es capaz de reducir su mortalidad e incidencia. La colonoscopia, acto central de este tipo de cribado, permite tanto el diagnóstico precoz como la eliminación de sus precursores, los adenomas. Se sabe que el cribado de CCR es altamente coste-efectivo. Sólo los costes directos del CCR en España pueden estimarse en más de mil millones de euros anuales. El diagnóstico precoz y los cánceres evitados gracias al cribado pueden disminuir estos costes en un 40%. (*Carballo F, et al. Prevenir o curar en época de crisis: a propósito del cribado de cáncer de colon y recto. Rev Esp Enf Dig. 2012;104:537-545*).

Las colonoscopias de seguimiento derivadas de los programas de cribado de CCR ocupan aproximadamente el 20% de la actividad endoscópica en los hospitales de Europa, a lo que hay que añadir las visitas médicas necesarias, por lo que se estima que el consumo de recursos que de ello se deriva es muy elevado. (*Hassan C, et al. Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy. 2013;45:842-51*).

En el Plan Oncológico de la Comunitat Valenciana 2002-2006, de la Conselleria de Sanidad, se recogió por primera vez entre sus objetivos el mejorar el nivel de salud de la población mediante la mejora en el pronóstico de los casos de CCR a través de su diagnóstico precoz en los grupos de riesgo. Por ello, en el año 2006 (y sus modificaciones posteriores en 2008 y 2016) se establecieron por primera vez las remuneraciones aplicables para dicha actividad. (*ACUERDO de 28 de abril de 2006, del Consell, por el que se establecen las remuneraciones aplicables para determinadas actividades de detección precoz del cáncer colorrectal. [2006/X4986]*).

Desde hace varios años, y concretamente desde la celebración en Valencia en el año 2013 de la "III JORNADA-TALLER DE ACTUALIZACIÓN

DEL PLAN DE PREVENCIÓN EN CCR DE LA COMUNITAT VALENCIANA”, distintos profesionales directamente implicados en la actividad endoscópica y de seguimiento de pacientes derivados del Programas de Cribado de CCR en la Comunitat Valenciana han mostrado su malestar ante cómo se organiza y remunera esta actividad. Por ello, desde Mayo de 2016 se ha creado un Grupo de Trabajo en el que se han incluido de forma voluntaria personas interesadas en solucionar la situación de precariedad y heterogeneidad en la que se encuentran inmersos los Servicios/Unidades de Medicina Digestiva/Endoscopias Digestivas de los hospitales de nuestro entorno respecto a la implantación paulatina del Programa. Tras un primer contacto inicial entre los componentes del grupo y posteriormente con la Junta Directiva de la Sociedad Valenciana de Patología Digestiva, se ha elaborado una encuesta para conocer la magnitud del problema y para recibir propuestas de mejora del mismo. Esta encuesta fue enviada a principios de Julio de 2016 a todos los Jefes de Servicio/Unidad de Medicina Digestiva/Medicina Interna de los hospitales de la Comunitat Valenciana.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA

RESULTADOS GLOBALES

Encuesta remitida a 25 hospitales, habiéndose obtenido respuesta de todos ellos (100%): Hospital Comarcal de Vinaròs, Hospital General Universitario de Castelló, Consorcio Hospital Provincial de Castelló, Hospital de La Plana, Hospital de Sagunto, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Hospital Arnau de Vilanova de Valencia, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Hospital de Requena, Consorcio H. General Universitario de Valencia, Hospital Universitario Dr. Peset, Hospital de La Ribera, Hospital Francesc de Borja de Gandia, Hospital de Denia, Hospital de Xàtiva, Hospital Virgen de Los Lírios, Hospital de La Marina Baixa (Vilajoiosa), Hospital Universitario San Juan de Alicante, Hospital General de Elda-Virgen de la Salud, Hospital General Universitario de Alicante, Hospital General Universitario de Elche, Hospital Vega Baja (Orihuela), Hospital de Torrevieja, Hospital de Manises, Hospital del Vinalopó (Elche-Crevillente).

De los hospitales que han cumplimentado la encuesta, 20 (80%) son hospitales de gestión pública y 5 (20%) de gestión privada.

Han contestado 13 Jefes de Sección (52%), 6 Médicos Adjuntos (24%), 3 Responsables de Unidad (12%) y 3 Jefes de Servicio (12%).

La mediana (mínimo-máximo) de número de camas que disponen los hospitales encuestados es 300 (83-1000).

La mediana (mínimo-máximo) en el número de habitantes del área que asisten los hospitales es de 190.501 (53.170-356.806). Los percentiles 25 y 75 son 158.726 y 272.860 habitantes, respectivamente.

ACTIVIDAD EN LAS AREAS DE ENDOSCOPIA

La mediana (mínimo-máximo) del número total de colonoscopias (de Cribado o no) que se realizaron en 2015 en cada hospital fue de 2745 (768-4323).

La mediana (mínimo-máximo) en la demora en la cita de endoscopias fue de 3 (1-8) meses en citas sin sedación (n=11), 3 (0-14) meses en citas con sedación sin anestesista (n=19), y de 6 (0-19) meses en citas con sedación asistida por anestesista (n=21).

El horario de realización de colonoscopias de Cribado es vespertino en 15 (60%) hospitales, matinal en 4 (16%) y ambos en 4 (16%).

Se cumplimentan los hallazgos endoscópicos en la aplicación Karvis en 8 hospitales (32%).

En la siguiente tabla se muestran otros aspectos respecto a los recursos en las áreas de endoscopia:

	Mediana	Mín-máx
Nº de gabinetes para exploraciones en la Unidad	2	1-6
Número total de colonoscopios disponibles	6	2-12
Número de colonoscopios de alta definición disponibles	2	0-4
Número de facultativos del servicio con dedicación preferente a endoscopias	2	0-7
Número de facultativos que realizan endoscopias de cribado de CCR	5	0-9
Nº de diplomados en enfermería con dedicación preferente a endoscopias	3	1-8
Nº de diplomados en enfermería que realizan endoscopias de cribado de CCR	4	0-14
Nº de auxiliares en enfermería con dedicación preferente a endoscopias	2	0-5
Nº de auxiliares en enfermería que realizan endoscopias de cribado de CCR	2	0-14
Número de celadores dedicados a cribado de CCR	0	0-1
Número de endoscopistas en la Unidad durante la jornada de cribado de CCR (refleja la posibilidad de ayuda de otro compañero en caso de necesidad)	1	1-5
<i>Número de colonoscopias totales (de cribado o no) que ha practicado cada facultativo en el año 2015</i>	404	85-1300

ANALISIS DE LOS RECURSOS MATERIALES EN LAS AREAS DE ENDOSCOPIAS

Para ello se han dividido los hospitales según su número de camas: \leq 250 camas, 7 (28%); 251-400 camas, 10 (40 %); $>$ 400 camas, 8 hospitales (32%).

Sólo habría que destacar que:

- A) Los hospitales de 251-400 camas tienen mayores tiempos de espera (en torno a 7 meses) en la práctica de colonoscopias en general, comparado con respecto al resto de hospitales (4 meses los hospitales pequeños y 6 meses los más grandes).
- B) La mayor parte de los hospitales de $<$ 400 camas (13/15; 87%) tienen al menos 2 gabinetes de exploraciones.
- C) Los 8 hospitales de $>$ 400 camas tienen una mediana (mín-máx) de 8 (5-12) colonoscopios, siendo 6 (2-10) en el resto. Además, 2 (1-4) son de alta definición en ellos, frente a 1 (0-3) en el resto.

A pesar de las diferencias en la población que cubre cada uno de los hospitales y en el número de camas, no hay grandes diferencias en la mediana (mín-máx) de endoscopias (de cribado +- de seguimiento) que se han practicado en las jornadas de cribado en 2015:

\leq 250 camas: 290 (15-1194);

251-400 camas: 360 (122-498);

$>$ 400 camas: 467 (412-566).

A este respecto, según Salud Pública, los datos son los siguientes:

\leq 250 camas: 306 (26-646) colonoscopias por TSOH positivo;

251-400 camas: 287 (107-443);

$>$ 400 camas: 392 (242-523).

EXPERIENCIA DEL ENDOSCOPISTA (resultados en 20 hospitales)

Los endoscopistas que realizan colonoscopias de cribado de CCR han realizado un total de 48.404 colonoscopias (de cribado o no) en 2015. La mediana (mínimo-máximo) del número de colonoscopias totales que ha practicado cada facultativo es de 404 (85-1300).

Hasta 16 (19%) del total de los 86 endoscopistas que participan en el Programa han realizado menos de 200 colonoscopias en 2015. La mitad de los endoscopistas realizan al menos 400 colonoscopias/año.

SEDACION EN CRIBADO DE CCR

Siempre se ofrece sedación al paciente en 20/23 (87%) hospitales. El responsable de la sedación es el anestesista (9; 36%), el endoscopista (8; 32%), o según los casos, anestesista o endoscopista (4; 16%) o endoscopista o intensivista (1; 4%). El endoscopista es responsable de la sedación sobre todo en los hospitales de tamaño medio, en el 50% de los casos (anestesia lo hace en el 30%).

Hay disponibilidad de área de Recepción y preparación de pacientes en 13/23 (52%) hospitales y hay disponibilidad de área de Recuperación (en Endoscopias) en 16/22 (64%) hospitales.

ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA DE CRIBADO DE CCR

El 50% de los hospitales habían iniciado el Programa en 2013, el 75% en 2014. Las endoscopias se realizan en el propio hospital del Departamento (en el año 2016) en 23 hospitales (92%): dos hospitales (Hospital de La Plana y Hospital General Universitario de Castelló) derivan las endoscopias solicitadas desde Salud Pública al Consorcio Hospital Provincial de Castelló.

Cada hospital realizó en 2015 una mediana (mínimo-máximo) de 393 (15-1194) colonoscopias dentro del horario asignado al Programa de Cribado de CCR. Por otra parte, en Salud Pública hay constancia de que esta cifra es de 321 (26-646) colonoscopias (sólo pacientes con TSOH positivo). Esta diferencia (del 30%) podría deberse a que 7 hospitales (28%) realizan las

endoscopias de seguimiento generadas por el Programa dentro de las propias jornadas de endoscopias de Cribado.

Según la encuesta, la mediana (mínimo-máximo) del tiempo de espera de cita en colonoscopia desde que se informa al paciente la positividad en el TSOH (en este momento) es de 6 (3-40) semanas, con una media (DE) de 9,3 (9,1) semanas (en ningún caso el tiempo de espera es igual o inferior a 2 semanas). Sólo 5/21 hospitales (24%) tienen 4 semanas de tiempo de espera. En 17 (81%) hospitales es de 8 semanas, 4 veces más de lo recomendado en las guías nacional e internacionales y el doble de lo recomendado en el propio Programa.

El 52% de los encuestados (12/23) disponen de información actualizada de los resultados globales del Programa y sólo 2 (9%) tienen resultados individuales de cada endoscopista.

Ante la pregunta “¿Consideras debidamente remunerado el programa de cribado de CCR?”, 23 (92%) han contestado “No” y 2 (8%) NS/NC.

El 56% piensan que las colonoscopias de cribado de CCR suponen, en general, un acto de complejidad alta y el 44% de complejidad media.

Por ello, el 88% opinan que las colonoscopias deberían realizarse por el personal habitual del área de Endoscopias (recordemos que más de la mitad de los facultativos que participan en el Programa no son personal habitual de Endoscopias, así como casi la mitad de enfermería y la mitad de auxiliares).

Además, el 56% opina que las endoscopias del Programa deberían hacerse siempre en jornadas de trabajo ordinario.

SEGUIMIENTO DEL PACIENTE TRAS LA COLONOSCOPIA

Respecto a quién revisa el resultado de la colonoscopia y de los informes de Anatomía Patológica, Atención Primaria lo hace siempre en 2 Departamentos (9%) y sólo ante pólipos de riesgo Bajo o Intermedio en 8 (35%). Dentro de Atención Especializada, en 8 hospitales (36%) se revisan los resultados en Consultas Externas, 5 (23%) en Endoscopias y 6 (27%) indistintamente en Endoscopias o Consultas Externas. Sólo 2 hospitales envían

a los pacientes a su respectivo Centro de Especialidades, y no en todos los casos.

Como ya hemos adelantado anteriormente, las colonoscopias de control derivadas del Programa se practican en jornadas ordinarias en el 17 casos (71%), en jornadas de cribado en 3 (12%) e indistintamente en 4 (17%) hospitales.

PROPUESTA DE ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA DE CCR

Los encuestados añaden en la encuestas los siguientes comentarios:

1. En cuanto a la realización de las endoscopias:
 - a. La mayoría (13/25; 52%) prefieren que se realice en jornada ordinaria, con ampliación de la plantilla, y dotación de endoscopios y material. Se precisa una agenda específica y la realización de auto conciertos por la tarde (para disminuir lista de espera).
 - b. A realizar en jornada extraordinaria (tardes): 7 (28%) hospitales.
 - c. Otros (6; 24%) prefieren unidades específicas, con personal experto y que realizarían el seguimiento posterior.
2. En cuanto al seguimiento de los pacientes (responden 18 hospitales), estas son las preferencias:
 - a. En consultas específicas, 13 (72,2%).
 - b. Por especialistas coordinados con Atención Primaria, 1 (5,5%).
 - c. Por enfermera especializada, la cual distribuiría al paciente según la anatomía patológica, 1 (5,5%).
 - d. Coordinado por Unidades de Endoscopia: 2 (11,1%).
 - e. Coordinado por Salud Pública y Consultas no presenciales: 1 (5,5%)

PRINCIPALES PROBLEMAS DETECTADOS

a. Problema asistencial:

La implantación del programa de cribado ha supuesto un notable incremento en la actividad endoscópica. Esto incluye no sólo las colonoscopias de confirmación diagnóstica tras TSOH+ y la terapéutica de lesiones pre-malignas, sino también las colonoscopias derivadas de estas, como son las de vigilancia post-polipectomía, las repeticiones necesarias por limpieza colónica inadecuada y las recitaciones para la extirpación de pólipos complejos. Además, su implantación ha ejercido un efecto “llamada” para la realización del TSOH. Por ello, en unidades de endoscopia ya saturadas asistencialmente con anterioridad, con una elevada demanda de endoscopias en pacientes sintomáticos, estas endoscopias están suponiendo un reto difícil de superar y que requiere un cambio en la orientación de los recursos dedicados al Programa que permitan dar una respuesta adecuada.

b. Malestar entre profesionales:

La implantación del Programa de Cribado en CCR ha generado un importante malestar entre los profesionales de la especialidad de Medicina Digestiva. Este malestar pone en peligro la continuidad del programa, en el que hasta ahora se trabaja de forma voluntaria en sesiones especiales, sin que haya una integración real del cribado en la práctica asistencial de las unidades en endoscopia. Esto hace que el cribado se perciba con desagrado en algunas unidades, como una carga adicional, en lugar de como una oportunidad de crecimiento.

c. Heterogeneidad:

La puesta en marcha del programa de cribado se ha hecho de forma diferente en las distintas unidades de endoscopia, que han organizado la asistencia a individuos con TSOH+ de forma distinta, siendo manifiesta una importante heterogeneidad en su desarrollo. En este sentido, cabe destacar las

diferencias entre las demoras en la realización de la colonoscopia, el horario de su realización, la cumplimentación de Karvis, la experiencia del endoscopista, la sedación administrada y el seguimiento posterior del paciente, entre otras. Este hecho también lleva a confusión y agravios comparativos, y, consecuentemente a malestar entre los profesionales. Con el fin de evitar esta heterogeneidad, sería necesario fijar unos mínimos que las Unidades de Endoscopia deberían respetar, en la línea de las recomendaciones de las Sociedades Científicas nacionales. Estos mínimos de homogeneización deberían comprender: citación en listas independientes, uso de sedación, homogeneización de demoras, equipamiento adecuado, etc.

d. Remuneración inadecuada:

El mantenimiento del criterio retributivo que se decidió utilizar para el pilotaje del cribado durante la extensión del mismo resulta en un sistema claramente insuficiente, en el que se deja el peso de exploraciones dificultosas y que requieren un alto nivel de especialización sobre jornadas prolongadas, voluntarias e insuficientemente remuneradas. Sólo la buena voluntad del personal que participa en el Programa de Cribado hace que se siga trabajando en él, y esto es algo que probablemente, con el tiempo, llevará al cansancio de los profesionales y su negativa a participar. Consideramos que un sistema retributivo con un carácter claramente temporal no puede servir para el mantenimiento del programa de forma indefinida.

PROPUESTA DE CAMBIO DE ORGANIZACIÓN DE LA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA DEL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL

Sin ninguna duda, los servicios de Medicina Digestiva han sido los más afectados por la implantación del programa de cribado del CCR, con un incremento en la actividad endoscópica de alrededor 20% en el número de exploraciones y alrededor de una tercera parte en tiempo de trabajo dedicado a este tipo de exploraciones, por ser prolongadas y difíciles. Tampoco hay ninguna duda de que las unidades de endoscopia digestiva han realizado un importante esfuerzo para la puesta en marcha de estos programas de cribado, al que se ha dedicado a los mejores profesionales, sin generar ningún tipo de problemas, trabajando de forma activa en la elaboración de Guías de Práctica Clínica, en un ambiente claramente colaborador. Todo ello a cambio de recibir una importante carga de trabajo con una remuneración insuficiente. Llegado el momento en que el programa de cribado ya se ha extendido a todos los Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana, con la colaboración entusiasta de los Servicios de Medicina Digestiva, pensamos que la organización de este programa, en lo que respecta a las Unidades de Endoscopia, debe cambiar. Pensamos que no es posible mantener estos programas, con dedicación de los profesionales más expertos y con exploraciones de alto nivel de complejidad y duración, fuera de la estructura de las Unidades de Endoscopia y que el cribado debe ser incorporado a la práctica habitual de estas Unidades. Es, además, necesario incorporar las colonoscopias derivadas del cribado dentro del Programa. Esto pasa necesariamente por el incremento de los recursos humanos dedicados a la endoscopia digestiva, con los que hacer frente al incremento en la oferta asistencial que el cribado del CCR exige.

Es necesario dimensionar en cada Departamento de Salud el incremento en la carga laboral que el cribado ha supuesto para las Unidades de Endoscopia, y aportar los recursos humanos y estructurales necesarios para

garantizar la asistencia adecuada a los individuos que requieren confirmación diagnóstica dentro del programa de cribado. Pensamos que no es posible garantizar esta asistencia con la estructura actual, con horarios fuera de jornada laboral, voluntarios, con profesionales cansados y con una motivación cada vez menor. En opinión de la SVPD, como representante y portavoz de los especialistas en Medicina Digestiva de nuestra Comunidad, sólo podemos garantizar la continuidad del programa de cribado del CCR si éste se incorpora como una actividad más dentro de los Servicios de Medicina Digestiva, con el adecuado incremento en recursos humanos, materiales y estructurales.

Pensamos que la solución al problema asistencial generado por el cribado está en las manos de los responsables políticos de la Sanidad Valenciana, y que para ello pueden contar con la colaboración de la SVPD y de todos los Especialistas en Medicina Digestiva que hasta ahora hemos trabajado de forma muy firme en la implantación de este importante programa que tantos beneficios puede ofrecer a nuestros ciudadanos.

Consideramos que la garantía de la continuidad del Programa de Cribado del CCR en la Comunidad Valenciana pasa por el compromiso a corto-medio plazo de la Administración para la reconversión de los fondos actualmente dedicados a la retribución de los profesionales en las Unidades de Endoscopia en la ampliación de plantillas en estas unidades en los diferentes departamentos de salud participantes en el mencionado Programa. De este modo, el reto que el cribado del CCR supone para las Unidades de Endoscopia podrá ser aceptado, no como una carga indeseable de trabajo, sino como una oportunidad de crecimiento y desarrollo profesional y tecnológico, que permitirá que estas Unidades de Endoscopia que participan en el proceso de confirmación diagnóstica y en la terapéutica de lesiones pre-malignas puedan aumentar su eficiencia y ofrecer sus mejores herramientas en la importante tarea de la prevención del CCR.