

Prueba inmunológica de sangre oculta en heces en pacientes con sintomatología compatible con cáncer colorrectal: recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica y su utilización en el Sistema Nacional de Salud

Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



RED ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN
DE TECNOLOGÍAS Y PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

Prueba inmunológica de sangre oculta en heces en pacientes con sintomatología compatible con cáncer colorrectal: recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica y su utilización en el Sistema Nacional de Salud

Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN



MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD



RED ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS Y PRÁCTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



**EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO**

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2018

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la Red *Bibliotekak* del Gobierno Vasco: <http://www.bibliotekak.euskadi.eus/webOpac>

Edición: 1.^a, abril 2018

Internet: www.euskadi.eus/publicaciones

Edita: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz

Fotocomposición: Composiciones RALI, S.A.
Costa, 12-14 – 48010 Bilbao

NIPO: 731-18-062-8 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad)

Este documento ha sido realizado por OSTEBA en el marco de la financiación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para el desarrollo de actividades del Plan anual de trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones del SNS, aprobado en el Pleno del Consejo Interterritorial de 13 de abril de 2016 (conforme al Acuerdo del Consejo de Ministros de 17 de junio de 2016).

Para citar este informe:

López de Argumedo M., Reviriego E., Portillo I. Prueba inmunológica de sangre oculta en heces en pacientes con sintomatología compatible con cáncer colorrectal: recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica y su utilización en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2018. **Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA.**

Índice de autoras

Marta López de Argumedo Glez. de Durana. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitarias. Departamento de Salud. Gobierno Vasco/Eusko Jaurlaritz. Vitoria-Gasteiz (Araba/Álava).

Eva Reviriego Rodrigo. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitarias. Departamento de Salud. Gobierno Vasco/Eusko Jaurlaritz. Vitoria-Gasteiz (Araba/Álava).

María Isabel Portillo Villares. Coordinadora del Programa de cribado Cáncer Colorrectal y Prenatal en Osakidetza. Servicio Vasco de Salud - Osakidetza. Bilbao (Bizkaia).

Sociedades científicas que han colaborado en el proyecto

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (**semFYC**)

Sociedad Española de Patología Digestiva (**SEPD**)

Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (**SEED**)

Asociación Española de Gastroenterología (**AEG**)

Agradecimientos

Salvador Tranche. Presidente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC).

Inés Barea. Secretaria de Dirección de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC).

Vicky Soriano. Secretaria de Dirección de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC).

Rafael Rotaeché. Miembro de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC).

Fernando Carballo. Presidente de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD).

Marién Castillo. Técnico del Área de Inteligencia Digestiva de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD).

Ferrán González-Huix. Presidente de la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED).

Luis Bujanda. Presidente de la Asociación Española de Gastroenterología (AEG).

Carlos J. Moreno. Director General de Ordenación Profesional, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Cristina Quesada. Enfermera. Jefa de la Unidad de Atención Primaria de Buenavista. O.S.I. Ezkerraldea Enkarterri. Bizkaia.

Eduarne Marañón. Enfermera. Jefa de la Unidad de Atención Primaria de Arrasate. O.S.I. Alto Deba. Gipuzkoa.

Joaquín Cubiella. Especialista en Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. Ourense.

Revisión externa

Enrique Quintero. Jefe del Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Canarias.

Maria Luz Jáuregui García. Jefa de Unidad de Gestión Clínica. OSI Tolosaldea. Osakidetza.

Maidor Mateos del Pino. Dirección de Asistencia Sanitaria. Osakidetza.

Declaración de conflictos de intereses

Los/as autores/as y revisores/as declaran que no tienen intereses que puedan competir con el interés primario y los objetivos de este informe e influir en su juicio profesional al respecto.

Coordinación y difusión del proyecto

Desarrollo científico y coordinación técnica: Marta López de Argumedo Glez. de Durana (Osteba), Eva Reviriego Rodrigo (Osteba), e Isabel Portillo Villares (Osakidetza).

Documentalista: Lorea Galnares Cordero (Osteba).

Coordinación y gestión administrativa: Rosana Fuentes Gutiérrez (Osteba).

Edición y difusión: María Asun Gutiérrez Iglesias, Eneko Borja Morala, Eva Reviriego Rodrigo, Iñaki Gutiérrez Ibarluzea y Lorea Galnares Cordero (Osteba).

Autora para correspondencia

Marta López de Argumedo: osteba5-san@euskadi.eus

Índice

Abreviaturas	13
Resumen estructurado	15
Laburpen egituratua	18
Structured summary	21
I. Introducción	24
I.1. Descripción del problema de salud	24
I.2. Prueba inmunoquímica de sangre oculta en heces para el triage de pacientes sintomáticos	26
I.3. Prueba inmunoquímica de sangre oculta en heces para el cribado de CCR en personas asintomáticas	27
I.4. Justificación del enfoque de esta evaluación	28
II. Objetivos	29
II.1. Objetivos generales	29
III. Metodología	30
III.1. Revisión sistemática de Guías de Práctica Clínica	30
III.1.1. Tipo de abordaje	30
III.1.2. Pregunta de investigación	31
III.1.3. Criterios de inclusión y criterios de exclusión	31
III.1.4. Estrategia de búsqueda	32
III.1.5. Selección de los estudios	33
III.1.6. Extracción de datos y síntesis de la evidencia	33
III.1.7. Evaluación de la calidad de las Guías de Práctica Clínica	34
III.2. Encuesta sobre los criterios de indicación de la prueba de sangre oculta en heces en pacientes con síntomas compatibles con CCR	35
III.2.1. Tipo de abordaje	35
III.2.2. Población objetivo y selección de la muestra	35
III.2.3. Diseño de la encuesta	36
III.2.4. Envío y recepción de los cuestionarios	37
III.2.5. Análisis estadístico de los datos	38

IV. Resultados	39
IV.1. Resultados de la revisión sistemática de GPC sobre manejo clínico de pacientes con síntomas compatibles con CCR	39
IV.2. Resultados y recomendaciones de la guía seleccionada	39
IV.2.1. Capacidad diagnóstica de las pruebas de SOH	40
IV.3. Resultados sobre los criterios para la indicación de la prueba de sangre oculta en heces en pacientes con síntomas compatibles con CCR en el SNS	42
IV.3.1. Datos sociodemográficos	42
IV.3.2. Manejo clínico de pacientes sintomáticos para CCR	44
IV.3.2.1. Detección de SOH en pacientes sintomáticos	44
IV.3.2.2. Realización de colonoscopia en pacientes sintomáticos	47
IV.3.2.3. Tiempos de demora	48
IV.3.2.4. Indicación de pruebas en función de los síntomas y de la edad	49
IV.3.3. Identificación de aspectos de mejora en el manejo clínico de pacientes con síntomas compatibles con CCR	51
V. Discusión	52
Limitaciones del estudio	53
VI. Conclusiones	54
VII. Recomendaciones	55
VII.1. Para la práctica clínica	55
VII.2. Para la gestión sanitaria	55
VIII. Referencias	56
IX. Anexos	61
Anexo IX.1. Estrategias de búsqueda	61
Anexo IX.2. Cuestionario	64
Anexo IX.3. Resultados de la búsqueda de GPC	83
Anexo IX.4. GPC excluidas	85
Anexo IX.5. Evaluación de la calidad de la evidencia de la Guía de Práctica Clínica con AGREE II	86

Abreviaturas

AE: Atención Especializada

AEG: Asociación Española de Gastroenterología

AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation

AP: Atención Primaria

CC.AA.: Comunidades Autónomas

CCR: Cáncer colorrectal

GPC: Guía/s de práctica clínica

Hb: Hemoglobina

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

O.S.I.: Organización Sanitaria Integrada

PICO: Población, intervención, comparación y outcomes/resultados

RS: Revisión sistemática

SEED: Sociedad Española de Endoscopia Digestiva

SemFYC: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

SEPD: Sociedad Española de Patología Digestiva

SNS: Sistema Nacional de Salud

SOH: Sangre oculta en heces

SOHg: Detección de SOH basada en resina de guayaco

SOH-I: Detección inmunológica de sangre oculta en heces

µg: Microgramos

EII: Enfermedad inflamatoria intestinal

VPP: Valor predictivo positivo

VPN: Valor predictivo negativo

Resumen estructurado

Título: Prueba inmunológica de sangre oculta en heces en pacientes con sintomatología compatible con cáncer colorrectal: recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica y su utilización en el Sistema Nacional de Salud.

Autoras: López de Argumedo M., Reviriego E., Portillo I.

Palabras clave: fecal immunochemical test, iFOBt, FIT, colorectal cáncer.

Fecha: diciembre 2017

Páginas: 86

Referencias: 38

Lenguaje: Castellano, y resumen en castellano, euskera e inglés.

Introducción

En los programas de detección precoz del cáncer colorrectal (CCR) en personas asintomáticas a nivel estatal se utiliza la prueba inmunoquímica de sangre oculta en heces. Sin embargo, no se conocen cuáles son los criterios que se aplican en pacientes sintomáticos para indicar la realización de la prueba de sangre oculta en heces o la colonoscopia.

El estudio pormenorizado de la situación asistencial en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de los pacientes que presentan síntomas compatibles con cáncer colorrectal es importante para poder establecer una estrategia que permita abordar adecuadamente este problema de salud.

La determinación de la utilidad y de la indicación de las pruebas de sangre oculta en heces en pacientes sintomáticos redundará en los perfiles de seguridad de las pruebas diagnósticas y en la reducción de pruebas complementarias innecesarias.

Objetivo

1. Conocer los estándares clínicos actuales para la indicación de la prueba de sangre oculta en heces a pacientes con sospecha clínica de CCR.
2. Explorar los criterios clínicos por los que se decide realizar la prueba de sangre oculta en heces a pacientes sintomáticos en el Sistema SNS.
3. Identificar aspectos de mejora en el manejo clínico de pacientes con síntomas compatibles con cáncer colorrectal.

Metodología

El objetivo nº 1 se abordó mediante la realización de una revisión sistemática de Guías de Práctica Clínica (GPC) basadas en la evidencia científica que proporcionen recomendaciones sobre la utilización de la prueba de sangre oculta en heces en pacientes con sintomatología compatible con CCR.

El objetivo nº 2 se abordó mediante una encuesta dirigida a profesionales del SNS que trabajan en Atención Primaria o en Atención Especializada del Aparato Digestivo, con la finalidad de conocer la utilización de la prueba de sangre oculta en heces en pacientes con sintomatología compatible con cáncer colorrectal.

Mediante la realización de los procesos anteriores ha sido posible abordar el objetivo nº 3, contrastando los resultados de la encuesta con las recomendaciones establecidas en las guías en relación a las indicaciones de la prueba de sangre oculta en heces, con el fin de proponer acciones a nivel del SNS que permitan mejorar el abordaje clínico de pacientes sintomáticos y la eficiencia del sistema, basada en el conocimiento de nuestro entorno y en la mejor evidencia científica.

Análisis económico: SÍ NO

Opinión de Expertos: SÍ NO

Resultados y discusión

Fueron seleccionadas seis GPC para su lectura a texto completo. Finalmente la GPC «*Quantitative faecal immunochemical tests to guide referral for colorectal cancer in primary care*» publicada por *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) en julio de 2017 fue la única que cumplió con los criterios de selección establecidos. También se tuvo en cuenta la información procedente del informe de evaluación titulado «*Faecal immunochemical tests to triage patients with lower abdominal symptoms for suspected colorectal cancer referrals in primary care: A systematic review and cost-effectiveness analysis*», comisionado y publicado por NICE, en el que se basan algunas recomendaciones de esta GPC.

La encuesta realizada a profesionales sanitarios fue completada por 558 personas, 402 de ellos eran profesionales de Atención Primaria (72 %) y 156 de Atención Especializada (28 %).

Conclusiones

La GPC más actual recomienda el uso de las pruebas de SOH inmunoquímicas OC Sensor, HM-JACKarc y FOB Gold en Atención Primaria para guiar la derivación de las personas con síntomas inexplicables y ausencia de

sangrado siempre que no cumplan los criterios de derivación descritos en la GPC NICE previa.

La utilización de las pruebas de SOH inmunoquímicas en pacientes sintomáticos presenta, en general, una buena correspondencia con las recomendaciones de la GPC analizada según los datos aportados por los 558 profesionales del SNS que respondieron a la encuesta. Aun así, se detectan algunas discrepancias en relación a la solicitud de SOH en pacientes con sangrado rectal, en el número de muestras de heces solicitadas para detección de sangre oculta en heces y en el manejo clínico cuando las pruebas de SOH-I son negativas o positivas.

Laburpen egituratua

Izenburua: Gorozkietan ezkutatutako odolaren proba immunologikoa, koloneko eta ondesteko minbiziarekin bat egiten duten sintomak dauzkaten pazienteengan: Praktika Klinikoen Gidetako gomendioak eta horien erabileraren Osasun Sistema Nazionalen

Agileak: López de Argumedo M., Reviriego E., Portillo I.

Gako-hitzak: fecal immunochemical test, iFOBT, FIT, colorectal cáncer.

Data: 2017ko abendua

Orrialdeak: 86

Erreferentziak: 38

Hizkuntza: Gaztelania, eta laburpena gaztelaniaz, euskaraz eta ingelesez.

Sarrera

Sintomarik ez duten pertsonengan koloneko eta ondesteko minbizia goiz detektatzeko programetan, gorozkietan ezkutatutako odolaren proba immunokimikoa (GEO-I proba) egiten da estatu-mailan. Alabaina, ez daki-gu zein irizpide ezartzen den sintomak dauzkaten pazienteengan, gorozkietan ezkutatutako odolaren proba edo kolonoskopia egitea agintzeko orduan.

Garrantzitsua da koloneko eta ondesteko minbiziarekin bat egiten duten sintomak dauzkaten pazienteek Osasun Sistema Nazionalen daukaten egoera asistentzialari buruzko ikerketa xehea egitea, osasun-arazo hori behar bezala jorratzea ahalbidetuko duen estrategia egokia ezarri ahal izateari begira.

Sintomak dauzkaten pazienteen gorozkietan ezkutatuta dagoen odolaren probak erabiltzeko eta agintzeko modua zehazteak eragina edukiko du proba diagnostikoen segurtasun-profiletan eta behar ez diren proba osagarrien murrizketan.

Helburua

1. Sintomengatik koloneko eta ondesteko minbizia eduki dezaketen pazienteei gorozkietan ezkutatuta dagoen odolaren proba egitea agintzeko dauden estandar klinikoak ezagutzea.
2. Osasun Sistema Nazionalen sintomak dauzkaten pazienteei gorozkietan ezkutatuta dagoen odolaren proba egitea erabakitzeko irizpide klinikoak miatzea.

3. Koloneko eta ondesteko minbiziarekin bat egiten duten sintomak dauzkaten pazienteak klinikoki maneiatzeko orduan egin daitezkeen hobekuntzak identifikatzea.

Metodologia

Ebidentzia zientifikoan oinarritzen diren eta koloneko eta ondesteko minbiziarekin bat egiten duten sintomak dauzkaten pazienteen gorozkietan ezkutatuta dagoen odolaren proba erabiltzeari buruzko gomendioak ematen dituzten gidak (Praktika Klinikoen Gidak) sistematikoki berrikusiz jorratu zen 1. xedea.

2. xedea jorratzeko, galdera-sorta bidali zitzaizen lehen mailako arretan edo digestio-aparatuko arreta espezializatuan lan egiten duten Osasun Sistema Nazionaleko profesionalei, koloneko eta ondesteko minbiziarekin bat egiten duten sintomak dauzkaten pazienteen gorozkietan ezkutatuta dagoen odolaren proba nola erabiltzen duten jakiteko asmoz.

Bi prozesu horiek eginda, 3. xedea jorratu ahal izan da. Horretarako, galdera-sortaren erantzunak eta gidetan gorozkietan ezkutatutako odolaren probari buruz ageri diren oharrek alderatu dira, sintomak dauzkaten pazienteen jorratze klinikoa edota gure ingurunearen ezagutzan eta ebidentzia zientifiko onenean oinarrituta dagoen sistemaren efizientzia bera hobetzea ahalbidetuko duten ekintzak proposatzeko xedez, Osasun Sistema Nazionalaren mailan.

Analisi ekonomikoa: BAI **EZ** **Adituen iritzia:** **BAI** EZ

Emaitzak eta eztabaida

Sei PKG hautatu ziren, osorik irakurtzeko. Azkenean, «*Quantitative faecal immunochemical tests to guide referral for colorectal cancer in primary care*» PKGa izan zen ezarritako hautapen-irizpideak bete zituen bakarra. *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) erakundeak argitaratu zuen, 2017ko ekainean. Era berean, kontuan hartu zen «*Faecal immunochemical tests to triage patients with lower abdominal symptoms for suspected colorectal cancer referrals in primary care: A systematic review and cost-effectiveness analysis*» izenburua duen ebaluazio-txostenetik ateratako informazioa. NICEk agindu eta argitaratu zuen txosten hori, eta bertan oinarritzen dira PKG horren gomendio batzuk.

558 pertsonak bete zuten osasun-arloko profesionalei egindako galdera-sorta; horietatik, 402 lehen mailako arretako profesionalak ziren (% 72), eta 156 arreta espezializatukoak (% 28).

Ondorioak

PKG berrienak, pertsonen deribatzea gidatzeko gomendatzen du, OC Sensor, HM-JACKarc eta FOB Gold deritzen GEO proba immunokimikoak erabiltzea lehen mailako arretan. Pertsona horien ezaugarriak dira: ulergaitzak diren sintomak edukitzea eta odolustarik ez edukitzea. Beti ere, aurreko PKG NICE gidan azaldutako deribatze irizpideak betetzen ez dituztenean.

GEO proba immunokimikoek sintomak dauzkatenean erabiltzeak bat egiten du, oro har, aztertu den KPGaren gomendioekin inkesta erantzun zuten Osasun Sistema Nazionalaren 558 profesionalen emandako datuen arabera. Hala ere, desadostasunak hautematen dira ondestean odola duten pazienteengan GEO proba eskatzeari dagokionean, gorozkietan ezkatutako odola hautemateko eskatzen diren gorozki-laginen kopuruan eta GEO-I proben maneiu klinikoa emaitzak negatiboak edo positiboak direnean.

Structured summary

Title: Immunological faecal occult blood test for patients with symptoms compatible with colorectal cancer: recommendation of Clinical Practice Guides and use in the National Health System.

Authors: López de Argumedo M., Reviriego E., Portillo I.

Key words: fecal immunochemical test, iFOBT, FIT, colorectal cáncer.

Date: December 2017

Pages: 86

References: 38

Language: Spanish and summary in Spanish, Basque and English.

Introduction

In early detection tests for colorectal cancer (CRC) in asymptomatic persons at state level, the immunochemical faecal occult blood test is used. However, the criteria to be applied to symptomatic patients to indicate the faecal occult blood test or colonoscopy are not known.

An in-depth study of the healthcare situation in the National Health System (NHS) for patients presenting symptoms compatible with colorectal cancer is necessary in order to establish an adequate strategy that enables this health problem to be dealt with effectively.

The determination of the utility and recommendation of faecal occult blood tests in symptomatic patients results in safety profiles of diagnostic tests and in a reduction unnecessary complementary tests.

Objectives

1. Find out the current clinical standards for recommending faecal occult blood tests for patients with clinically suspected CRC.
2. Explore the clinical criteria used in deciding to carry out a faecal occult blood test on symptomatic patients in the NHS.
3. Identify aspects that can be improved in the clinical management of patients with symptoms compatible with CRC.

Methodology

Objective no. 1 was fulfilled via a systematic review of Clinical Practice Guides (CPG) based on scientific evidence that provide recommendations

for the use of the faecal occult blood test in patients with symptoms compatible with CRC.

Objective no. 2 was fulfilled by a survey for professionals in the NHS who work in Primary Health Care or in Specialised Digestive System Care in order to find out about the use of the faecal occult blood test in patients with symptoms compatible with colorectal cancer.

The use of these two processes made it possible to fulfil objective no. 3, comparing the results of the survey with the recommendations established in the guides regarding recommendations for faecal occult blood testing, in order to propose measures at NHS level so as to improve clinical management of symptomatic patients and the efficiency of the system, based on knowledge of our environment and the best scientific evidence.

Economic analysis: YES **NO** **Expert Opinion:** **YES** **NO**

Results and discussion

Six CPGs were selected for reading of the entire text. Finally the CPG «*Quantitative faecal immunochemical tests to guide referral for colorectal cancer in primary care*» published by the *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* in July 2017 was the only one to comply with the established selection criteria. Also included was the information from the assessment report titled «*Faecal immunochemical tests to triage patients with lower abdominal symptoms for suspected colorectal cancer referrals in primary care: A systematic review and cost-effectiveness analysis*» commissioned and published by the NICE, on which some recommendations of this CPG are based.

The survey carried out on healthcare professionals was completed by 558 persons, 402 of whom were Primary Care professionals (72 %) and 156 of whom worked in Specialist Care (28 %).

Conclusions

The most recent CPG recommends the use of OC Sensor, HM-JACKarc and FOB Gold quantitative faecal immunochemical tests in Primary Care to guide referral for suspected CRC in people without rectal bleeding who have unexplained symptoms but do not meet the criteria for a suspected cancer pathway referral outlined in the previous NICE's guideline.

The use of immunodemeical FOBTs on symptomatic patients generally presents a good match with the recommendation of the CPG that was analysed, according to 558 professionals of the NHS that answered

the survey. Even so, some discrepancies were noticed, mostly regarding the request for FOBT in patients with rectal bleeding, in the number of faecal samples requested to detect blood hidden in faeces and in the clinical management when the I-FOBT tests are negative or positive.

I. Introducción

I.1. Descripción del problema de salud

El cáncer colorrectal (CCR) es el tumor maligno más frecuente en Europa cuando se analizan conjuntamente ambos sexos y la segunda causa de mortalidad por cáncer. En España, en 2012 se diagnosticaron más de 19.200 nuevos casos y 8.742 personas fallecieron por esta enfermedad (1).

Los principales factores de riesgo para el desarrollo de esta neoplasia son la edad superior a 50 años, tener uno o más familiares de primer grado afectados por la enfermedad, padecer una enfermedad inflamatoria crónica intestinal (EII), un síndrome hereditario de CCR o tener antecedentes personales de neoplasia colorrectal avanzada (adenoma avanzado o CCR).

A pesar de los avances logrados en los últimos años en el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad, no se ha observado una mejoría importante en la supervivencia a los 5 años, que permanece entre el 50 % y el 60 % en la mayoría de los países europeos. Esto es debido a que en más del 80 % de los pacientes sintomáticos, la enfermedad se encuentra ya avanzada en el momento del diagnóstico. A pesar de estos datos, el CCR es una neoplasia prevenible.

El CCR es un tumor de crecimiento lento y suele seguir un curso clínico larvado, lo que dificulta su diagnóstico precoz. La sintomatología del CCR depende de la localización del tumor. Los síntomas y signos más frecuentes son los siguientes (2):

1. Hemorragia digestiva baja, en forma de rectorragia o hematoquecia: suele ser un sangrado lento y crónico que rara vez se manifiesta como una hemorragia grave con repercusión hemodinámica. Si el tumor se localiza en recto-sigma, el sangrado suele ser visible macroscópicamente.
2. Cambio del hábito intestinal, en forma de estreñimiento o diarrea, de más de 6 semanas de evolución: que se presenta de forma fija o alternando con períodos de normalidad siendo más característico de los tumores del colon izquierdo.
3. Anemia ferropénica: más frecuente en cáncer del colon derecho, donde el sangrado pasa desapercibido por el paciente y se presenta en forma de síndrome anémico (astenia progresiva que puede acompañarse de anorexia y pérdida de peso) y anemia ferropénica.

4. Dolor abdominal acompañado de síndrome constitucional o cambio del hábito intestinal, más habitual en tumores en estadios más avanzados. El dolor suele ser inespecífico, de localización difusa o bien localizada en una zona.
5. Cuando el cáncer se localiza en recto puede acompañarse de «síndrome rectal», que se caracteriza por tenesmo, urgencia defecatoria, sangrado rectal y moco con las deposiciones.
6. En ocasiones, el CCR se diagnostica cuando aparecen complicaciones locales, como la oclusión intestinal o con menos frecuencia, la perforación intestinal. Otras complicaciones menos frecuentes son los abscesos, las fístulas, la hematuria y la polaquiuria por invasión vesical o la emisión de heces por vagina en caso de invasión vaginal.
7. En los casos en los que el cáncer lleva largo tiempo de evolución puede producirse un «síndrome constitucional» con astenia, anorexia y pérdida de peso o también síntomas derivados de metástasis a distancia.
8. Masa abdominal o rectal palpable.

El valor predictivo positivo (VPP) de los síntomas y signos de sospecha de CCR se modifican de manera significativa con la edad. El VPP de la rectorragia en el grupo de 40-59 años es de un 2 %, mientras que en el grupo de 70-79 años es del 21 % (2). Este bajo VPP de los síntomas hace difícil su valoración clínica. La guía de práctica clínica (GPC) publicada en 2011 por el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) del Reino Unido (3) destaca entre las características que pueden sugerir patología grave, la hemorragia rectal, la masa abdominal en el examen clínico, la anemia por deficiencia de hierro, pero también síntomas más inespecíficos tales como un cambio persistente en el hábito intestinal. La última revisión de esta guía indica que estos síntomas tienen un VPP para el CCR de 0,1-3 % (4).

Una revisión sistemática (5) concluye que los síntomas son pobres predictores de la enfermedad subyacente y recomiendan que en ausencia de cualquier predictor fiable de la patología, la derivación de los pacientes sintomáticos a Atención Especializada (AE) para su valoración, siendo la colonoscopia la prueba de referencia para la detección de la enfermedad intestinal significativa por su alta capacidad diagnóstica. Sin embargo, la colonoscopia presenta también algunos inconvenientes. Entre ellos destacan la necesidad de preparación y de sedación y la posibilidad de que se produzcan complicaciones graves como la perforación colónica o la hemorragia digestiva, que si bien son poco frecuentes, requieren hospitalización en el 0,05 % y 0,1 % de los casos respectivamente, y conllevan una mortalidad de

0,002 % (6). Además, la edad y la comorbilidad pueden aumentar el riesgo de complicaciones (6,7). Es por ello importante proporcionar estrategias que ayuden a los profesionales a seleccionar adecuadamente a los pacientes a los que se indica la realización de una colonoscopia, eligiendo a aquellos que más se van a beneficiar de ello.

I.2. Prueba inmunoquímica de sangre oculta en heces para el triage de pacientes sintomáticos

Diferentes autores han planteado que la prueba inmunoquímica de sangre oculta en heces (SOH-I) puede ser un instrumento apropiado para indicar una colonoscopia preferente a los pacientes sintomáticos para CCR. En 2010 Oono *et al.* (8) indicaron que la SOH-I era una prueba útil para el cribado y la detección de CCR en pacientes con síntomas. Posteriormente otros estudios (9-14) han confirmado esta observación. El estudio de Cubie-lla *et al.* de 2014 (12) indica que la SOH-I tiene una alta precisión diagnóstica en pacientes sintomáticos, incluso mayor que los criterios SIGN y NICE que se aplican con frecuencia en la práctica clínica. Estiman que si se usara SOH-I con un punto de corte de 100 ng/ml (equivalente a 20 μ Hb/gr heces en la mayoría de los kits) en sustitución de los criterios propuestos por NICE, se detectarían un 42 % más de CCR y se realizarían un 19,6 % menos de colonoscopias. Asimismo, el estudio publicado por Rodríguez-Alonso *et al.* (15) ha determinado que la prueba SOH-I detecta mejor el CCR que las actuales estrategias basadas en síntomas de alto riesgo.

El estudio de MacDonald *et al.* (9) determinó que la concentración de corte de hemoglobina (Hb) fecal que presenta una óptima sensibilidad y especificidad es 50 ng Hb/ml. En estas condiciones el Valor Predictivo Negativo (VPN) para el CCR, para el adenoma de alto riesgo (más de 3 adenomas o alguno mayor de 1 cm), para adenoma de bajo riesgo o para EII es 100 %, 94 %, 93,5 % y 94 % respectivamente.

El estudio publicado por Elias *et al.* (16) en pacientes con sospecha de patología colorrectal significativa (CCR, EII, diverticulitis, adenoma avanzado >1 cm) procedentes de 266 centros de Atención Primaria (AP) de Holanda, concluye que un modelo de predicción clínica que incluya información de la historia clínica, del examen físico y de la prueba SOH-I permite descartar enfermedad colorrectal significativa y evita la derivación innecesaria a endoscopia en aproximadamente un tercio de los pacientes de AP con sospecha de enfermedad.

De estos estudios se deduce que en los pacientes que presentan síntomas compatibles con CCR, la medición de la concentración de hemoglobina fecal mediante métodos inmunoquímicos puede ser una prueba eficaz para ‘descartar’ enfermedad colorrectal significativa.

I.3. Prueba inmunoquímica de sangre oculta en heces para el cribado de CCR en personas asintomáticas

Aproximadamente el 70 % de los CCR se desarrollan sobre pólipos adenomatosos avanzados (de tamaño superior a un centímetro, con displasia grave o con más del 20 % de componente vellosos), mientras que hasta el 30 % restante se desarrollan por la «vía serrada». Estas lesiones y los CCR precoces (invasión hasta la submucosa) se caracterizan por presentar pérdidas inapreciables de sangre en las heces de forma intermitente, que pueden detectarse con las pruebas de SOH antes de que tengan manifestación clínica, lo que permite una detección precoz de la enfermedad.

Algunos programas de detección precoz de CCR empezaron utilizando como prueba de cribado la detección de SOH basada en resina de guayaco (SOHg). Estos programas han migrado a la prueba de SOH-I, al evidenciarse una mayor aceptación de la población y una mejora en las tasas de detección (17-19). La prueba de SOH-I se basa en que un anticuerpo monoclonal o policlonal adecuado puede reconocer y unirse al componente globina de la Hg humana. Mediante el etiquetado de estos anticuerpos es posible detectar y medir el complejo anticuerpo-Hg. El resultado de este análisis puede valorarse de forma cualitativa (resultado positivo o negativo) o de forma cuantitativa (determinando un punto de corte para considerar positiva la prueba).

En pacientes asintomáticos, la detección de SOH con una frecuencia anual o bienal es la estrategia más extendida para el cribado poblacional del CCR (20). Esto se basa fundamentalmente en la eficacia demostrada por esta práctica para reducir de forma significativa la mortalidad y la incidencia a largo plazo de esta enfermedad, así como su coste-efectividad. De hecho, es la opción recomendada actualmente por la Comisión Europea (21), por la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud (SNS) (actualización 2009) (22) y por la Guía Europea para el cribado y diagnóstico de CCR (23).

En España, los programas de cribado de cáncer son poblacionales y están integrados en una Red de Programas de Cribado de Cáncer, lo que

permite su estandarización y evaluación según criterios establecidos (24) y acordes con la Guía Europea.

En 2014, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) incorporó en la Cartera Básica de Servicios el cribado poblacional de CCR dirigido a mujeres y hombres entre 50-69 años con riesgo promedio a través de la realización de SOH bienal y colonoscopia como prueba de confirmación diagnóstica, teniendo como objetivo cubrir toda la población diana estatal en 2025 (25).

Estos programas de cribado del CCR tienen repercusión en la actividad de los sistemas sanitarios dando lugar a un aumento en la demanda de colonoscopia (26). Se ha estimado que la implementación de un programa poblacional de detección precoz de CCR duplica la demanda de colonoscopias en 20 años, principalmente por el aumento en las colonoscopias de seguimiento (27). Es por ello esencial proporcionar información a los profesionales sobre la indicación de la colonoscopia y sobre la selección de los pacientes que más se van a beneficiar de ello.

I.4. Justificación del enfoque de esta evaluación

Los objetivos planteados para este estudio de evaluación fueron inicialmente los de conocer la validez diagnóstica y la seguridad de la prueba SOH-I de sangre oculta en heces en pacientes sintomáticos y realizar un análisis coste-efectividad en el diagnóstico del CCR en pacientes sintomáticos. Sin embargo, al iniciar este estudio se identificó un protocolo propuesto por NICE (28) para el desarrollo de un estudio de evaluación cuyos objetivos coincidían con el proyecto encargado a Osteba por el MSSSI. Con el fin de evitar duplicidades y de obtener una información que complementase a la anterior, se decidió cambiar los objetivos originales y realizar un análisis descriptivo sobre el uso actual de la SOH-I en pacientes sintomáticos en el SNS, de forma que junto a la evidencia que aportase NICE se posibilitase una toma de decisión informada en el contexto estatal.

II. Objetivos

II.1. Objetivos generales

- Conocer los estándares actuales propuestos por las GPC y por informes de evaluación sobre el uso de la prueba de SOH-I en pacientes con sospecha clínica de CCR.
- Explorar los criterios clínicos por los que se realiza en la práctica clínica habitual la prueba de SOH-I en pacientes con sintomatología compatible con CCR en el SNS.
- Identificar aspectos de mejora en el manejo clínico de pacientes con síntomas compatibles con CCR.

III. Metodología

El primer objetivo planteado se abordó mediante la realización de una revisión sistemática (RS) con el objetivo de identificar los estándares actuales aportados por las GPC y por los informes de evaluación más recientes sobre el uso de la prueba de SOH-I en pacientes con sospecha clínica de CCR.

El segundo objetivo se acometió mediante la realización de una encuesta dirigida a profesionales de AP y AE del SNS sobre el manejo clínico del CCR con la finalidad de explorar los criterios clínicos por los que se decide realizar SOH en pacientes con sintomatología compatible con CCR.

Mediante la realización de estos dos procesos fue posible afrontar el tercer objetivo, contrastando los resultados del cuestionario con las recomendaciones establecidas en las GPC en relación a las indicaciones de la SOH-I, con el fin de proponer acciones que supongan una mejora en el abordaje de pacientes sintomáticos en base al conocimiento de nuestro entorno y a la mejor evidencia científica disponible.

III.1. Revisión sistemática de Guías de Práctica Clínica

III.1.1. Tipo de abordaje

Se realizó una búsqueda sistemática de las GPC más actuales (desde 2011 hasta septiembre de 2017) y de buena calidad metodológica que analizarán la utilización de la prueba SOH-I en pacientes con sintomatología compatible con CCR, considerando que estas GPC constituyen la expresión de los estándares de práctica basados en la evidencia científica.

Para ello se realizó una búsqueda estructurada en bases de datos indexadas, un proceso de lectura crítica de las mismas utilizando el instrumento *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE II)* (29), una síntesis de los resultados y el análisis de las recomendaciones de las mismas.

III.1.2. Pregunta de investigación

La pregunta de investigación que surge del primer objetivo planteado fue: «¿Cuáles son las recomendaciones de las GPC más actuales sobre la indicación de SOH-I en pacientes con síntomas compatibles con CCR?».

Para facilitar la definición de la estrategia de búsqueda, esta pregunta se expresó en formato PICO (población, intervención, comparación y outcomes/resultados) (tabla 1).

Tabla 1. **Formulación de pregunta PICO**

«¿Cuáles son las recomendaciones de las GPC más actuales sobre la indicación de SOH-I en pacientes con síntomas compatibles con CCR?»	
Descripción	Alcance
Población	Personas con sintomatología susceptible de CCR (combinando síntomas, edad y sexo): – Cambios de hábitos intestinales. – Dolor abdominal. – Masa abdominal o rectal. – Anemia ferropénica de origen no filiado.
Intervención	Prueba de sangre oculta en heces inmunoquímica (SOH-I).
Comparación	Colonoscopia o seguimiento evolutivo.
Outcomes/Resultados	Criterios clínicos aplicados en la práctica clínica.
Diseño de estudios	Guías de Práctica Clínica e informes de evaluación.

III.1.3. Criterios de inclusión y criterios de exclusión

Criterios de inclusión

- *Tipo de estudios*: se seleccionaron GPC e informes de evaluación, considerando que este tipo de documentos tienen entre sus objetivos fundamentales desarrollar estándares de calidad asistencial.
- *Población a estudio*: personas que presentan síntomas compatibles con CCR.
- *Tipo de prueba diagnóstica*: prueba de SOH-I.
- *Idiomas*: español e inglés.
- *Fechas*: publicación desde 2011 hasta septiembre de 2017.

Criterios de exclusión

- Documentos que no incluyeran información específica sobre la prueba inmunológica de sangre oculta en heces para el manejo de pacientes con sintomatología compatible con CCR.
- GPC e informes que abordaran exclusivamente el cribado de CCR.
- GPC de baja calidad metodológica según los criterios AGREE II. Este instrumento ha sido recomendado a nivel internacional y por GuíasSalud (30) en el ámbito de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias y validado como instrumento de referencia para valorar la calidad de las GPC. Se consideraron GPC de baja calidad aquellas que presentaron una puntuación menor del 50 % en alguna de las áreas valoradas.

III.1.4. Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda inicial exploratoria para valorar el volumen de información publicado sobre el tema de estudio, su calidad e identificar los términos clave a utilizar en la estrategia de búsqueda. A partir de esta primera búsqueda, se realizó una búsqueda sistemática de GPC con recomendaciones para la indicación de la SOH-I en pacientes con síntomas compatibles con CCR y que aportaran criterios para derivar a los pacientes a la realización de colonoscopia diagnóstica o a un seguimiento clínico.

Bases de datos

Las bases de datos utilizadas para la búsqueda se detallan en la Tabla 2, y fueron seleccionadas por su relevancia en relación al tema de estudio planteado.

Tabla 2. **Principales fuentes de información especializadas en Guías de Práctica Clínica**

Fuentes de información con enlaces
CMA Infobase
Fisterra
G-I-N international guideline library
GuíaSalud
National Guideline Clearinghouse
New Zealand Guidelines Group

Este proceso se completó mediante una búsqueda en metabuscadores generales como *TripDatabase* y *Pubmed / Medline*.

La estrategia de búsqueda aplicada se explica detalladamente en el Anexo IX.1.

Palabras clave y límites

La estrategia incluyó, entre otros, los siguientes términos en lenguaje libre y controlado: «*colorectal cancer*» AND «*fecal immunochemical test*».

Se tomaron en cuenta aquellas guías e informes cuya publicación o actualización no excediese de 5 años.

De igual forma, se procedió a la revisión manual de las referencias de los trabajos identificados con la finalidad de localizar aquellos estudios no recuperados en las búsquedas automatizadas.

Se crearon alertas semanales con el objetivo de localizar los últimos estudios publicados en las diferentes bases de datos consultadas y hasta la fecha de edición del documento.

III.1.5. Selección de los estudios

De forma independiente y por pares se realizó el análisis de los resultados de la búsqueda de GPC potencialmente relevantes en todas las fuentes descritas. Posteriormente se eliminaron los documentos duplicados y se seleccionaron aquellos que cumplían los criterios de selección anteriormente descritos.

Una vez recuperadas las GPC e informes de potencial interés, se realizó una lectura de las mismas a texto completo por pares, excluyendo aquellas que no cumplían los criterios de selección preestablecidos. Los desacuerdos se registraron y se resolvieron por consenso mediante nueva revisión por pares de los documentos completos originales.

III.1.6. Extracción de datos y síntesis de la evidencia

Se extrajo la información más relevante sobre las características de las GPC, las intervenciones, los resultados del estudio así como la información sobre la metodología de las GPC incluidas. Esta información se recogió en tablas elaboradas a tal fin.

De cada GPC se extrajeron al menos las siguientes variables:

- Nombre del autor principal y año de publicación.
- Objetivo de la guía.
- Metodología de la guía.
- Medidas de resultados y recomendaciones incluidas en la guía.
- Fuentes de la evidencia de las recomendaciones.
- Conclusiones extraídas por los autores de la guía.
- Calidad de la guía.

III.1.7. Evaluación de la calidad de las Guías de Práctica Clínica

La evaluación de la calidad metodológica de las guías fue valorada mediante el instrumento AGREE II (29) por dos investigadoras de forma independiente. Las divergencias se solventaron mediante revaloración y consenso.

El instrumento AGREE II ha sido publicado por *Agree Research Trust* y ha sido validado para evaluar el rigor metodológico y la transparencia de GPC. Consta de 23 ítems incluidos en 6 dominios de calidad:

- Dominio 1. Alcance y Objetivo
- Dominio 2. Participación de los implicados
- Dominio 3. Rigor en la elaboración
- Dominio 4. Claridad en la presentación
- Dominio 5. Aplicabilidad
- Dominio 6. Independencia editorial

La evaluación mediante el instrumento AGREE II permite asignar una puntuación en función de la calidad global de la guía. El análisis de la calidad de las GPC y el cálculo de las puntuaciones se realizó siguiendo las indicaciones del manual del usuario que acompaña al instrumento. Con los resultados de la evaluación por pares se diseñó una tabla resumen en el programa *Microsoft Excel 2010®*, para generar un promedio de cada dominio.

III.2. Encuesta sobre los criterios de indicación de la prueba de sangre oculta en heces en pacientes con síntomas compatibles con CCR

III.2.1. Tipo de abordaje

Para desarrollar el segundo objetivo, se realizó un estudio transversal descriptivo mediante una encuesta realizada a profesionales sanitarios del SNS relacionados con el manejo clínico de pacientes con síntomas compatibles con CCR.

III.2.2. Población objetivo y selección de la muestra

La «población diana» la constituyeron los médicos de AP, AE de digestivo y endoscopia digestiva del SNS.

La «población accesible» fueron los profesionales sanitarios que forman parte de las Sociedades Científicas del SNS relacionadas con estas especialidades médicas. Las sociedades contactadas en relación con AP fueron la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN), la Sociedad Española de Medicina General (SEMG) y en relación a la especialidad de Aparato Digestivo la Asociación Española de Gastroenterología (AEG), la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD) y la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED).

Tras intentar establecer contacto con todas ellas, las sociedades científicas que finalmente participaron en este proyecto fueron las siguientes:

Atención Primaria

- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)

Atención Especializada

- Asociación Española de Gastroenterología (AEG)
- Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD)

- Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED) a través de 30 participantes en grupos de trabajo en proyectos de investigación multicéntricos.

En el caso de semFYC, AEG y SEPD se firmó un acuerdo de colaboración y se realizó un envío programado de los cuestionarios.

El muestreo llevado a cabo fue un muestreo no probabilístico, estratégico o de conveniencia, de respuesta voluntaria en todas las fases de selección de las personas a encuestar.

III.2.3. Diseño de la encuesta

La recogida de la información se realizó mediante un cuestionario elaborado *ad hoc* para evaluar el manejo clínico de los pacientes con síntomas compatibles con CCR. Para su elaboración se buscaron y consultaron artículos científicos y encuestas sobre esta temática (ver Anexo IX.1.).

En base a la experiencia de trabajos previos (31,32) y a los objetivos de esta investigación, se desarrollaron versiones consecutivas del cuestionario que fueron revisadas y discutidas con asesores externos de AP y AE. Teniendo en cuenta todos los comentarios recibidos durante la fase de pilotaje del cuestionario, se redactó una encuesta adaptada a los dos grupos de profesionales sanitarios.

El cuestionario final se compuso de 22 preguntas organizadas en cinco secciones: 1) datos sociodemográficos (5 preguntas); 2) disponibilidad de la prueba y conocimientos sobre la misma (6 preguntas); 3) actuación clínica ante diferentes supuestos clínicos (4 preguntas); y 4) actuación en función de los resultados de SOH/colonoscopia y listas de espera (6 preguntas) y 5) comentarios generales (1 pregunta). Se incluyeron algunas «preguntas filtro» para hacer una diferenciación del enfoque de algunas preguntas entre AP y AE (Ver Anexo IX.2).

La encuesta se proporcionó en castellano y se distribuyó de forma electrónica tanto a AP como a AE con una carta de presentación de los investigadores del proyecto. El cuestionario se envió a través del link *Manejo clínico de pacientes con sintomatología compatible con cáncer colorrectal* para que pudiese ser respondida online.

III.2.4. Envío y recepción de los cuestionarios

El envío de los cuestionarios se realizó a través de las Sociedades Científicas anteriormente mencionadas. En el caso de las sociedades semFYC y SEPD el envío se realizó por correo electrónico a sus socios/as. La SEPD difundió además la carta de presentación y el enlace al cuestionario a través de su intranet y de redes sociales (Facebook, Twitter y LinkedIn). La AEG lo difundió a través de su boletín. Los miembros de la SEED que han participado de manera individual recibieron la encuesta online por correo electrónico (tabla 3).

Tabla 3. **Método de difusión del cuestionario en función de las sociedades científicas**

Nombre de la Sociedad	Método de difusión-fechas envíos	N
semFYC	Correo electrónico (mailing) 27 de Julio (primer envío) - 21 de Septiembre (recordatorio)	20.000 socios (15.000 direcciones de correo electrónico).
SEPD	Correo electrónico (mailing) + Difusión en la intranet Web de la Sociedad + Facebook + Twitter + LinkedIn 22 de Septiembre (primer envío) – 14 de Octubre y 4 de noviembre (recordatorios)	1.794
AEG	Boletín Finales de Julio (primer envío) – Principios de Octubre (recordatorio)	1.000
SEED	Correo electrónico	30

Se empleó la plataforma web «Encuesta Fácil» para diseñar, difundir y almacenar automáticamente las respuestas de los profesionales en una base de datos en formato electrónico para su posterior interpretación.

El envío online de la encuesta se realizó en el mes de julio de 2016 y se enviaron recordatorios en los meses de septiembre/octubre de 2016. Las respuestas de quienes cumplieron el cuestionario se registraron automáticamente en la plataforma de «Encuesta Fácil» gestionada por una persona del equipo de investigación. La recogida de respuestas a la encuesta se cerró el 17 de noviembre de 2016.

En el caso de la SEED no se realizó un envío sistematizado del cuestionario a todos los socios por problemas de plazos para el cierre de la en-

cuesta, pero fue posible contactar con 30 miembros que formaban parte de equipos de trabajo de estudios internacionales que fueron informados por miembros del equipo investigador y accedieron a participar en el proyecto.

III.2.5. Análisis estadístico de los datos

La información recogida en la encuesta fue analizada con los programas *IBM SPSS Statistics 21* y *Microsoft Excel 2010*®.

En el caso de las variables asociadas de respuesta libre, se realizó un análisis del contenido de estas respuestas individualmente por dos investigadores mediante codificación en categorías. Las discrepancias inter-observadores se resolvieron por consenso.

IV. Resultados

IV.1. Resultados de la revisión sistemática de GPC sobre manejo clínico de pacientes con síntomas compatibles con CCR

El resultado detallado de la búsqueda y selección de GPC se detalla en el Anexo IX.3.

Tras un proceso de preselección y eliminación de duplicados, fueron seleccionadas seis GPC para su lectura a texto completo. Finalmente la GPC «*Quantitative faecal immunochemical tests to guide referral for colorectal cancer in primary care*» publicada por NICE en julio de 2017 (4) fue la única que cumplió con los criterios de selección establecidos. Esta GPC está orientada a proveer de información sobre el manejo de pacientes sintomáticos para CCR en el ámbito de AP.

Además se ha tenido en cuenta la información aportada por un informe de evaluación comisionado y publicado por NICE y en el que se basan algunas recomendaciones de esta GPC (34). Los detalles del proceso de selección y de valoración de la calidad se especifican en los Anexos IX.3., IX.4. y IX.5.

La calidad metodológica de la GPC seleccionada ha sido valorada mediante el instrumento AGREE II (29) y ha obtenido una puntuación mayor del 60 % en todas las áreas por lo que ha sido considerada «adecuada». El área de menor puntuación ha sido el de «Claridad» por la compleja redacción de algunas de sus recomendaciones.

IV.2. Resultados y recomendaciones de la guía seleccionada

Las recomendaciones de la GPC NICE 2017 sobre el manejo clínico de pacientes con síntomas compatibles con CCR en AP se resumen en la tabla 4.

Tabla 4. **Recomendaciones de la GPC NICE 2017 sobre manejo clínico en AP de pacientes sintomáticos para CCR (4)**

<p>Se recomienda realizar las pruebas inmunoquímicas fecales cuantitativas OC Sensor, HM-JACKarc y FOB Gold en Atención Primaria para orientar la derivación de personas sin sangrado rectal que presentan síntomas inexplicables y que no cumplen los siguientes criterios de derivación a una vía clínica* de sospecha de cáncer (con consulta en 2 semanas):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener 40 años o más y presentar pérdida de peso inexplicable y dolor abdominal, o <ul style="list-style-type: none"> – Tener 50 años o más y presentar un sangrado rectal inexplicable, o – Tener 60 años o más y presentar anemia ferropénica o cambios en los hábitos intestinales, o – Presentar una prueba de sangre oculta en heces positiva. • Adultos que presentan una masa rectal o abdominal. • Tener menos de 50 años y presentan sangrado rectal más alguno de los siguientes síntomas no justificados: <ul style="list-style-type: none"> – Dolor abdominal – Cambios de hábitos intestinales – Pérdida de peso – Anemia ferropénica
<ul style="list-style-type: none"> • Los resultados deben ser interpretados aplicando un umbral de 10 µg Hg/gr de heces. Las empresas deben proporcionar asesoramiento a los laboratorios sobre el rendimiento de la prueba, y garantizar la estandarización de los resultados.
<ul style="list-style-type: none"> • Se deberán auditar los resultados y monitorizar el uso de los recursos asociados a las pruebas OC Sensor, HM-JACKarc y FOB Gold.
<ul style="list-style-type: none"> • Actualmente no se dispone de evidencia suficiente para establecer una recomendación sobre la prueba de hemoglobina o de hemoglobina/haptoglobina RIDASCREEN en Atención Primaria para orientar la derivación por sospecha de cáncer colorrectal a personas sin sangrado rectal que tienen síntomas inexplicables y que no cumplen con los criterios de derivación.

* Vía clínica de sospecha de cáncer: el paciente será visto dentro de los plazos de demora admitidos para casos con sospecha de cáncer (2 semanas en el momento de la publicación de la GPC)

A la hora de analizar las posibles áreas de mejora, se ha asumido que la recomendación de la GPC analizada sobre derivación a la «Vía clínica de sospecha de cáncer» corresponde en la práctica clínica con la derivación al especialista, derivación a colonoscopia y/o a realización de otras pruebas por vía preferente que según la normativa actual es aquella solicitud que debe realizarse en un periodo máximo de 15 días (33).

IV.2.1. Capacidad diagnóstica de las pruebas de SOH

La prueba OC-Sensor presenta la siguiente capacidad diagnóstica (34):

- Una sensibilidad del 92,1 % (IC 95 %: 86,9 %-95,3 %) y una especificidad del 85,5 % (IC 95 %: 78,3 %-91,0 %) para un umbral de 10 µg Hg/gr de heces.

- Para un umbral de 15 µg de Hg/gr de heces la sensibilidad estimada es 92,3 % (IC 95 %: 86,6 %-96,1 %) y la especificidad 86,9 % (IC 95 %: 85,6 %-88,1 %).

La comparación de las implicaciones prácticas de la aplicación de un umbral de 4 µg Hg/gr o de 10 µg Hg/gr de heces (10, 15) asumiendo una cohorte hipotética de 1.000 personas, determina que aplicando este último valor umbral se evitarían 350 colonoscopias correctamente evitadas (tabla 5).

Tabla 5. **Implicaciones de la aplicación de la prueba SOH-I OC-Sensor (34)**

Umbral	10 Hb/gr heces	4 Hb/gr heces
Derivaciones correctas a colonoscopia (verdaderos positivos)	31	33
Derivaciones incorrectas a colonoscopia (falsos positivos)	198	548
CCR no detectados (falsos negativos)	2	0
Colonoscopias correctamente evitadas (verdaderos negativos)	769	419

Para la prueba con HM-JACKKarc si se aplica un umbral de 10 µg Hg/gr de heces (34) y asumiendo una cohorte hipotética de 1.000 personas con prevalencia de CCR del 2,2 % se calcula que se evitarían 749 colonoscopias correctamente evitadas (Tabla 6):

Tabla 6. **Implicaciones de la aplicación de la prueba SOH-I con HM-JACKKarc (34)**

Umbral 10 Hb/gr heces	
Derivaciones correctas a colonoscopia (verdaderos positivos)	22
Derivaciones incorrectas a colonoscopia (falsos positivos)	229
CCR no detectados (falsos negativos)	0
Colonoscopias correctamente evitadas (verdaderos negativos)	749

Según el análisis coste-efectividad realizado la SOH-I es más coste-efectiva que el triage con SOH-g o que la ausencia de triage (38).

Esta evidencia respalda el triage de CCR en pacientes sintomáticos con SOH-I mediante las pruebas OC Sensor, HM-JACKKarc y FOB Gold. La prueba OC-Sensor es la más respaldada al haber sido analizada por un mayor número de estudios.

El comité elaborador de la GPC NICE 2017 ha puntualizado varios aspectos de interés para la práctica clínica:

- Considerando la alta heterogeneidad de los síntomas en personas con bajo riesgo de CCR y la complejidad del manejo clínico de estos pacientes, es asumible que exista variabilidad en la práctica clínica. Es por ello que la derivación del paciente a una vía diagnóstica para descartar cáncer (con cita en las dos semanas siguientes) será pertinente siempre que el profesional médico considere sospechosa una situación clínica.
- Una prueba SOH-I positiva puede ser producida por otras patologías diferentes al CCR (pólipos, EII), por lo que la confirmación diagnóstica por colonoscopia puede ser también útil para descartar otras patologías distintas al CCR.
- Si la prueba de SOH resulta positiva y no se detectan anomalías en la colonoscopia, es adecuada la indicación de otras pruebas diagnósticas.
- Si bien la prueba SOH-I presenta una tasa elevada de resultados falsos positivos para CCR, su realización pueden resultar compensada por la posibilidad de detectar otras enfermedades de colon susceptibles de ser atendidas.
- Actualmente no se dispone de evidencia suficiente que permita decidir sobre el interés de utilizar puntos de corte diferentes para las SOH-I en mujeres, personas mayores o personas en tratamiento con medicamentos que pueden causar sangrado intestinal.
- La utilización de SOH-I presenta ventajas, tanto analíticas como prácticas, con respecto a la prueba SOHg.

IV.3. Resultados sobre los criterios para la indicación de la prueba de sangre oculta en heces en pacientes con síntomas compatibles con CCR en el SNS

IV.3.1. Datos sociodemográficos

El cuestionario fue respondido en su totalidad por 558 personas, de las cuales 402 eran profesionales de AP (72 %) y 156 de AE (28 %).

No fue posible estimar la tasa de respuesta a la encuesta debido a que se aplicó un muestreo no probabilístico y a la heterogeneidad de los métodos empleados para la difusión del cuestionario (vía correo electrónico, web, boletín, redes sociales).

La distribución de las respuestas por Comunidades Autónomas (CC. AA.) se describe en la tabla 7.

Tabla 7. **Distribución por Comunidades Autónomas de los profesionales de AP y AE que respondieron al cuestionario***

Comunidades Autónomas	AP (N=402)	AE (N=156)
Andalucía	15 %	13 %
Aragón	3 %	2 %
Cantabria	1 %	1 %
Castilla y León	6 %	4 %
Castilla-La Mancha	3 %	4 %
Cataluña	13 %	6 %
Comunidad de Madrid	16 %	19 %
Comunidad Valenciana	7 %	11 %
Extremadura	2 %	2 %
Galicia	6 %	12 %
Illes Balears	2 %	1 %
Islas Canarias	4 %	6 %
La Rioja	2 %	0 %
Navarra	3 %	4 %
País Vasco	7 %	7 %
Principado de Asturias	7 %	4 %
Región de Murcia	2 %	6 %

* No respondieron al cuestionario profesionales de Ceuta ni de Melilla.

Del total de 558 respuestas válidas, 60 % fueron respondidas por mujeres (65 % en AP y el 49 % en AE) y por profesionales que trabajaban mayoritariamente en núcleos urbanos con más de 15.000 habitantes.

Los profesionales de AP que respondieron a la encuesta tenían más años de experiencia que los de AE (Tabla 8).

Tabla 8. **Datos sociodemográficos de los profesionales que responden al cuestionario**

	Atención Primaria (n = 402)		Atención Especializada (n = 156)		Totales
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje
Sexo					
Hombre	142	35 %	79	51 %	40 %
Mujer	260	65 %	77	49 %	60 %
Edad					
< 30 años	37	9 %	15	10 %	9 %
31-40 años	67	17 %	53	34 %	22 %
41-50 años	121	30 %	45	29 %	30 %
51-60 años	160	40 %	26	17 %	33 %
61-69 años	17	4 %	17	11 %	6 %
Ámbito					
Rural	119	29 %	5	3 %	22 %
Urbano	277	69 %	147	94 %	76 %
NS/NC	6	1 %	4	3 %	2 %
Años de experiencia profesional					
10 años o menos	98	25 %	62	40 %	28 %
De 11 a 20 años	126	31 %	55	35 %	32 %
21 años o más	178	44 %	39	25 %	40 %

IV.3.2. Manejo clínico de pacientes sintomáticos para CCR

IV.3.2.1. Detección de SOH en pacientes sintomáticos

Aumento en la indicación de detección de SOH

Un 87 % de los profesionales que respondieron a la encuesta, tanto de AP como de AE, consideraron que en los últimos 5 años se ha producido un aumento de la indicación de pruebas de detección de SOH.

Criterios para indicar la detección de SOH

El cribado de CCR fue el criterio más utilizado para indicar una prueba de SOH, tanto por los profesionales de AP como de AE. Otros criterios de indicación frecuentes, principalmente en AP, fueron la sospecha de CCR, la evaluación de pacientes sintomáticos y la existencia de antecedentes familiares de CCR (figura 1).

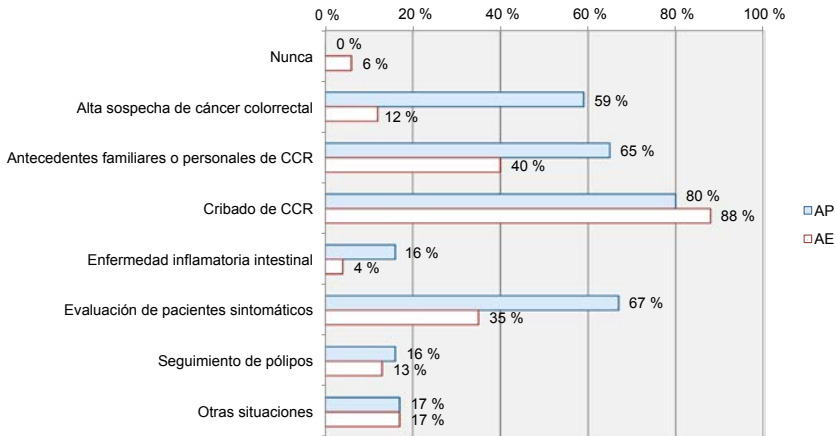


Figura 1. **Situaciones solicitud de pruebas de SOH (respuesta múltiple)**

Número de muestras solicitadas

El 55 % de los profesionales de AP y el 40 % de AE indicaron la recogida de más de una muestra de heces al solicitar una prueba de SOH.

Conocimiento del tipo de prueba de SOH

El 50 % de los médicos de AP y el 17 % en AE refirieron que «no saben o no contestan» sobre el tipo de prueba de SOH que se utiliza en su entorno sanitario.

El 54 % de los profesionales de AE consideraron que en su entorno se utiliza la prueba SOH-I cuantitativa, el 25 % la SOH-I cualitativa y el 3 % la SOH-g (Figura 2).

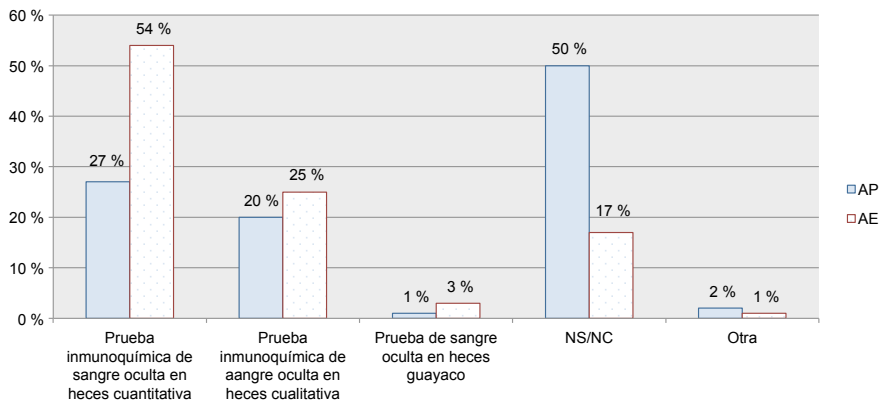


Figura 2. **Conocimiento de la prueba de sangre oculta en heces utilizada en su centro**

Número de solicitudes al mes en pacientes sintomáticos

Lo más frecuente fue que en un mes normal los profesionales de AP y AE solicitaran entre 1 y 5 pruebas de SOH.

Actitud ante prueba de sangre oculta negativa y síntomas persistentes

Cuando la prueba SOH es negativa y los síntomas persisten, la mayoría de los profesionales optaron por hacer un seguimiento de la evolución clínica y/o por indicar la realización de una colonoscopia (figura 3).

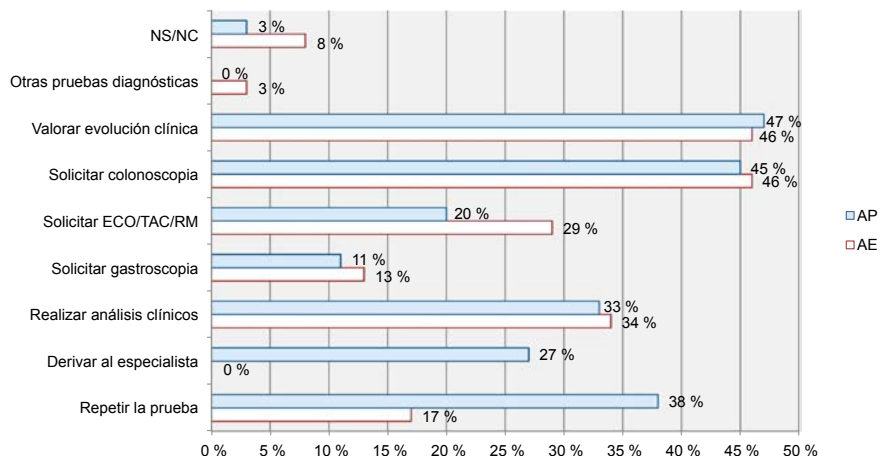


Figura 3. **Actitud ante prueba de sangre oculta negativa y síntomas persistentes**

Un 38 % de profesionales en AP y un 17 % en AE repetirían la prueba SOH en caso de que fuese negativa.

Actitud ante una prueba de sangre oculta en heces positiva en pacientes sintomáticos

Cuando la prueba de SOH resulta positiva una amplia mayoría de los profesionales de AP y AE indicaron la realización de una colonoscopia (figura 4).

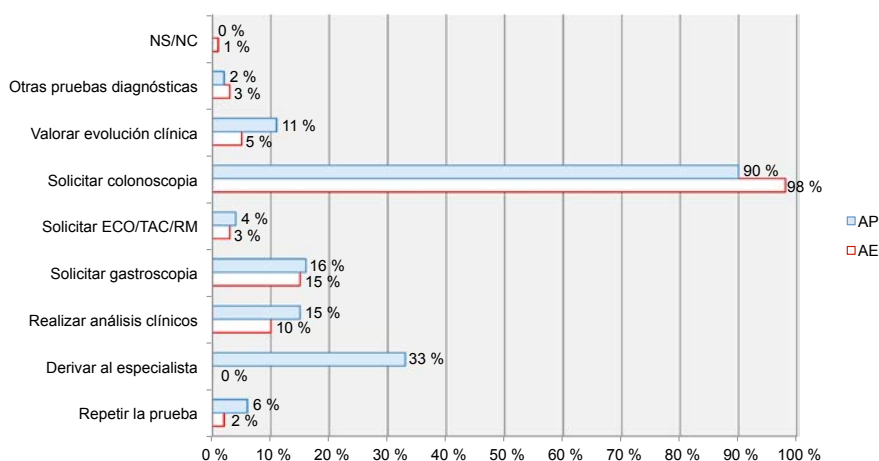


Figura 4. Actitud ante una prueba de sangre oculta en heces positiva en pacientes sintomáticos

Repetición de prueba SOH positiva

Ante una prueba de SOH con resultado positivo el 86 % de los médicos de AP y el 97 % en AE no consideraron necesario repetir la prueba.

IV.3.2.2. Realización de colonoscopia en pacientes sintomáticos

Posibilidad de solicitar colonoscopias desde AP

El 81 % de los profesionales de AP participantes tenían la posibilidad de indicar la realización de colonoscopias sin derivar al especialista.

Criterios de indicación de colonoscopia desde AP

En AP la indicación de colonoscopia se realizó principalmente cuando la prueba de SOH era positiva (tabla 9).

Tabla 9. **En caso afirmativo, ¿en qué situaciones solicitas una colonoscopia? (respuesta múltiple)**

	Atención Primaria (n = 326)	
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nunca, siempre derivo al especialista	4	1 %
Alta sospecha de CCR	281	86 %
Antecedentes familiares o personales de CCR	271	83 %
Cribado de CCR	162	50 %
Enfermedad inflamatoria intestinal	99	30 %
Seguimiento de pólipos	249	76 %
Prueba de Sangre Oculta en Heces +	286	88 %
NS/NC	1	0 %
Otras	20	6 %

Criterios de no indicación de colonoscopia

Cuando la prueba de SOH era positiva, los criterios más frecuentes para no solicitar una colonoscopia fueron mayoritariamente la negativa del paciente, la baja esperanza de vida o por el riesgo grave de complicaciones. En estos casos, la mayoría de los profesionales de AP y de AE (61 % y 67 % respectivamente), optaron por solicitar «Pruebas de imagen».

IV.3.2.3. Tiempos de demora

Demora para la atención en consulta de AE

Los profesionales de AP estimaron que un 10 % de los pacientes son atendidos antes de un mes, pero la mayoría creían que los pacientes esperaban entre 1 y 2 meses para ser valorados en consulta por un especialista. El 36 % opinaron que la demora alcanzaban entre 3 y 6 meses.

Demora para colonoscopia según la prioridad

La mayoría de los profesionales sanitarios consultados consideraron que las colonoscopias solicitadas de forma preferente se realizan generalmente en el plazo de un mes (45 % en AP y 55 % en AE), mientras que las solicitadas con prioridad normal suelen tardar entre 3 y 6 meses (44 % en AP y 37 % en AE).

IV.3.2.4. Indicación de pruebas en función de los síntomas y de la edad

Indicación de SOH en función de los síntomas y de la edad

– Tanto en AP como en AE, la indicación de SOH se relacionó con el tipo de síntomas del paciente, independientemente de su edad.

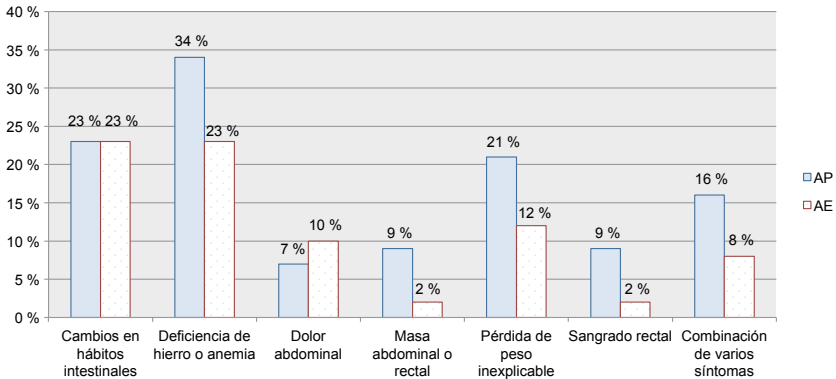


Figura 5. Indicación de prueba SOH en pacientes de ≤ 50 años

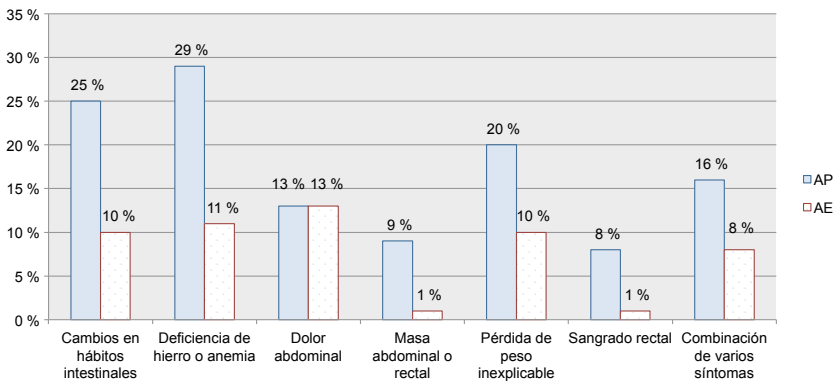


Figura 6. Indicación de prueba SOH en pacientes entre 50 y 70 años

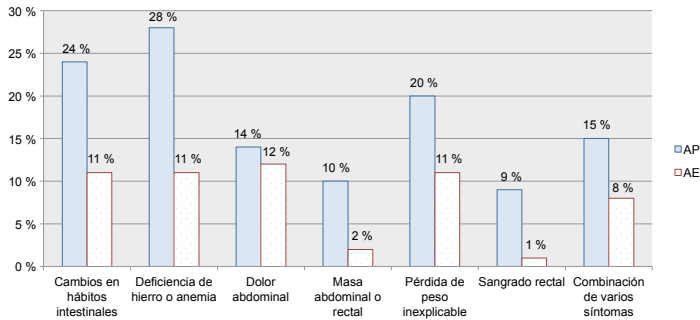


Figura 7. Indicación de prueba SOH en pacientes mayores de 70 años

Indicación de colonoscopia en función de los síntomas y de la edad

– Los profesionales de AP y AE coincidieron en indicar la colonoscopia principalmente cuando exista sangrado rectal o masa abdominal/rectal, independientemente de la edad del paciente.

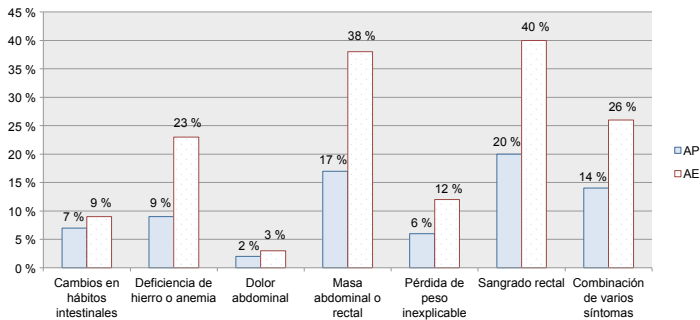


Figura 8. Indicación de Colonoscopia en pacientes ≤ 50 años

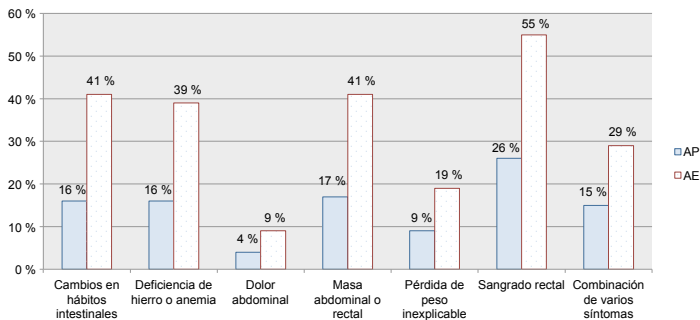


Figura 9. Indicación de Colonoscopia en pacientes entre 50 y 70 años

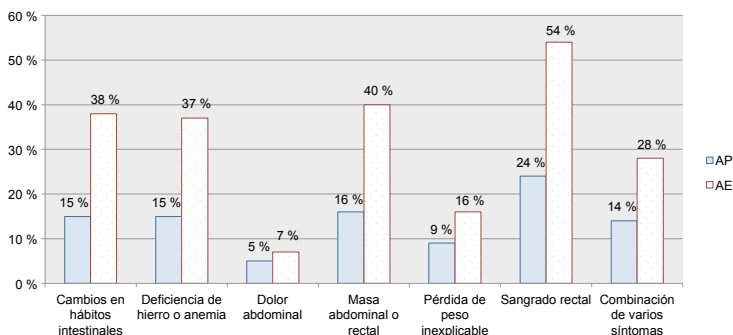


Figura 10. Indicación de Colonoscopia en pacientes mayores de 70 años

IV.3.3. Identificación de aspectos de mejora en el manejo clínico de pacientes con síntomas compatibles con CCR

Al contrastar los resultados de la encuesta realizada a profesionales de AP con las recomendaciones de la GPC analizada, se observó, una buena correspondencia general entre las recomendaciones de la GPC NICE 2017 y la práctica habitual. Aun así, se identificaron algunas áreas de mejora:

- En algunos casos (9 %) se realiza prueba de SOH en pacientes con sangrado rectal. Esto difiere de la recomendación de la GPC NICE que considera el sangrado rectal como un criterio directo de derivación a una vía diagnóstica para descartar CCR.
- En los pacientes mayores de 50 años que presentan anemia ferropénica o cambio de hábitos intestinales se opta a menudo por realizar pruebas de SOH. Esta práctica contrasta con la recomendación de la GPC de derivar a una vía diagnóstica preferente a estos pacientes.
- Un alto porcentaje de profesionales optan por solicitar colonoscopia cuando la prueba de SOH es negativa (figura 3). Teniendo en cuenta los elevados valores de VPN (cercasas al 100 %) de las pruebas de SOH-I, la probabilidad de que exista un resultado falso negativo sería muy baja, por lo que no se recomienda la indicación de colonoscopia en estos casos, salvo que persistan los síntomas o la que valoración individual del riesgo del paciente oriente a lo contrario.
- La demora en la realización de colonoscopia preferente y de la atención en consulta por un especialista a menudo no concuerdan con los tiempos establecidos por la normativa vigente (máximo 15 días) (34).

V. Discusión

La GPC NICE 2017 recomienda el uso de las pruebas de SOH-I OC Sensor, HM-JACKarc y FOB Gold para la práctica clínica habitual en AP para guiar la derivación de las personas que tienen síntomas compatibles con sospecha cáncer colorrectal con bajo riesgo. Estas pruebas deben usarse en combinación con el juicio clínico y con los resultados de otras pruebas para decidir si corresponde remitir al paciente a una vía clínica para descartar CCR.

Cuando existe sangrado rectal, la GPC NICE de 2017 recomienda derivar directamente a los pacientes a una vía diagnóstica preferente para descartar CCR. Los resultados de la encuesta indican que al menos al 9 % de los pacientes con sangrado rectal se les realizan pruebas de SOH, lo que indica un aspecto susceptible de mejora de la práctica clínica.

Otro aspecto destacable es la variabilidad detectada entre los profesionales de AP y AE en cuanto al número de muestras utilizadas para la realización de la prueba de SOH. La mayoría de los especialistas indican la toma de una sola muestra, mientras que los médicos de AP indican más a menudo más de una muestra (3 en su mayoría). Esto puede ser explicado, en parte, por el hecho de que las pruebas inmunoquímicas que requieren de una muestra de heces han ido sustituyendo a las pruebas de guayaco que habitualmente requerían tres muestras.

En cuanto al tipo de pruebas utilizadas en el SNS para la detección de SOH, parece que se corrobora un uso muy limitado de las pruebas basadas en resina de guayaco siendo, según los profesionales, la SOH-I cuantitativa la más utilizada.

Por otra parte, la mitad de los médicos de AP que han participado en la encuesta han respondido «No sabe/No contesta» a la pregunta sobre conocimiento del tipo de prueba SOH que se utiliza en su área sanitaria. Es posible que los médicos de AP estén recibiendo información insuficiente sobre las pruebas que se utilizan para determinar la sangre en heces y sobre su capacidad diagnóstica, lo que dificulta la toma de decisiones en el manejo clínico de estos pacientes.

En cuanto a los criterios para indicar una SOH, el más frecuentemente aplicado es el cribado para la detección precoz de CCR. Consideramos factible que la actual heterogeneidad en la implantación de los programas de cribado para el CCR en las CC.AA. del SNS conlleva el uso oportunista de pruebas de SOH con el fin de paliar la falta de programas de cribado pobla-

cional en aquellas CC.AA. en las que todavía no se haya implantado un programa de cribado en su totalidad.

Recientes publicaciones sobre el manejo clínico de pacientes sintomáticos y la evidencia aportada por la GPC NICE 2017 muestran que la SOH-I presenta valores de VPN cercanos al 100 % para el CCR, lo que revela la utilidad de esta prueba para descartar aquellos pacientes con menos probabilidad de presentar CCR. Este hecho es importante de cara a la práctica clínica, ya que permitiría evitar la indicación de colonoscopia a sujetos con SOH-I <10 mcg/g/heces.

En cuanto al análisis realizado en función de la edad, se observa que ésta no parece influir en el manejo clínico de los pacientes con síntomas ya que tanto SOH como colonoscopias se indican más en función de los síntomas que de la edad de los pacientes.

Limitaciones del estudio

- Al no disponer de los datos de contacto de los médicos de AP y de AE del SNS no ha sido posible realizar un muestreo probabilístico que permitiera inferir los resultados obtenidos, lo que le confiere a este estudio un carácter exploratorio.
- El contacto con los profesionales a encuestar se ha realizado de manera heterogénea en función de las alternativas propuestas por las Sociedades Científicas colaboradoras: semFYC distribuyó el cuestionario a través correo electrónico a sus socios, la AEG distribuyó la encuesta a través su boletines mensuales de julio y octubre, la SEPD realizó una distribución por correo electrónico directamente a los socios, colocó banners en su página web y difundió el cuestionario en sus redes sociales y en el caso de la SEED sólo fue posible distribuir el cuestionario a algunos socios implicados en proyectos de investigación.
- Todos los profesionales encuestados forman parte de alguna Sociedad Científica lo que puede plantear un sesgo de selección de la población de interés.

VI. Conclusiones

- Las recomendaciones aportada por la GPC más actual indican que las pruebas de SOH inmunoquímicas OC Sensor, HM-JACKarc y FOB Gold son útiles en Atención Primaria para orientar la derivación de pacientes que presentan síntomas inexplicables y que presentan bajo riesgo de padecer CCR, es decir, que no cumplen los siguientes criterios de derivación a una vía clínica de sospecha de cáncer:
 - Tener 40 años o más y presentar pérdida de peso inexplicable y dolor abdominal, o
 - Tener 50 años o más y presentar un sangrado rectal inexplicable, o
 - Tener 60 años o más y presentar anemia ferropénica o cambios en los hábitos intestinales, o
 - Presentar una prueba de sangre oculta en heces positiva.
 - Adultos que presentan una masa rectal o abdominal.
 - Tener menos de 50 años y presentan sangrado rectal MÁS alguno de los siguientes síntomas no justificados: dolor abdominal, cambios de hábitos intestinales, pérdida de peso o anemia ferropénica.
- La utilización de estas pruebas en pacientes sintomáticos en el SNS presenta, en general, una buena correspondencia con las recomendaciones de la GPC analizada. Aun así, se detectan algunos aspectos de discrepancia principalmente en relación a la solicitud de SOH en pacientes con sangrado rectal, en el número de muestras de heces solicitadas para detección de sangre oculta en heces y en el manejo clínico cuando las pruebas de SOH-I son negativas o positivas.

VII. Recomendaciones

VII.1. Para la práctica clínica

- Se recomienda guiar el manejo clínico de los pacientes sintomáticos para CCR con bajo riesgo mediante las pruebas de SOH-I OC Sensor, HM-JACKarc y FOB Gold.
- Si se detecta sangrado rectal o masa abdominal o rectal, no se recomienda realizar SOH-I sino su derivación directa a una vía diagnóstica para descartar CCR.
- No se recomienda repetir la prueba de SOH en caso de prueba de sangre oculta en heces positiva, sino derivar a una vía diagnóstica para descartar CCR.
- No se recomienda la realización de colonoscopia a los pacientes que consultan por síntomas sugestivos de CCR con prueba SOH-I negativa, salvo que persistan los síntomas o que la valoración individual del riesgo del paciente oriente a lo contrario.

VII.2. Para la gestión sanitaria

- Se recomienda proporcionar más información a los profesionales de AP sobre el tipo de pruebas que se realizan en el SNS y su capacidad diagnóstica para orientar la decisión clínica.

VIII. Referencias

- (1) GLOBOCAN. Spain 2012 I. Crude and age-standardized rates per 100,000. 25-11, 2016. Disponible en: http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-ap?mode=cancer&mode_population=continents&population=900&sex=0&cancer=6&type=0&statistic=0&prevalence=0&color_palette=default&projection=natural-earth.
- (2) Gobierno Canarias. Guía de Actuación en Cáncer Colorrectal Disponible en: Disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/c01fb8f7-3d4c-11e3-a0f5-65699e4ff786/Agendacolorrectal.pdf>
- (3) National Institute for Health and Care Excellence. The diagnosis and management of colorectal cancer. London: NICE 2011.; Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG131>
- (4) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Quantitative faecal immunochemical tests to guide referral for colorectal cancer in primary care Diagnostics guidance. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/dg30>
- (5) Fitzpatrick-Lewis D, Ali MU, Warren R, Kenny M, Sherifali D, Raina P. Screening for Colorectal Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Colorectal Cancer*. 2016 Dec;15(4):298-313. Disponible en: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1533-0028\(16\)30028-7](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1533-0028(16)30028-7)
- (6) Dominitz JA, Eisen GM, Baron TH, Goldstein JL, Hirota WK, Jacobson BC, et al. Complications of colonoscopy. *Gastrointestinal endoscopy*. 2003 Apr;57(4):441-445.
- (7) Lin OS. Performing colonoscopy in elderly and very elderly patients: Risks, costs and benefits. *World Journal of Gastrointestinal Endoscopy*. 2014 05/16;6(6):220-226. Disponible en: <https://www.wjnet.com/1948-5190/full/v6/i6/220.htm>
- (8) Oono Y, Iriguchi Y, Doi Y, Tomino Y, Kishi D, Oda J, Takayanagi S, Mizutani M, Fujisaki T, Yamamura A, Hosoi T, Taguchi H, Kosaka M, Delgado P. A retrospective study of immunochemical fecal occult blood testing for colorectal cancer detection. *Clin Chim Acta*. 2010 Jun 3;411(11-12):802-5. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000989811000152X>
- (9) McDonald PJ, Digby J, Innes C, Strachan JA, Carey FA, Steele RJ, Fraser CG. Low faecal haemoglobin concentration potentially rules out significant colorectal disease. *Colorectal Dis*. 2013 Mar;15(3):e151-9. Disponible en: <http://online-library.wiley.com/doi/10.1111/codi.12087/abstract;jsessionid=83F1BB06EA622AF79B2A1195756AAB11.f04t04>
- (10) Mowat C, Digby J, Strachan JA, et al. Faecal haemoglobin and faecal calprotectin as indicators of bowel disease in patients presenting to primary care with

bowel symptoms. *Gut*. 2016;65(9):1463-1469. doi:10.1136/gutjnl-2015-309579. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5036251/>

- (11) Widlak MM, Thomas CL, Thomas MG, Tomkins C, Smith S, O'Connell N, Wurie S, Burns L, Harmston C, Evans C, Nwokolo CU, Singh B, Arasaradnam RP. Diagnostic accuracy of faecal biomarkers in detecting colorectal cancer and adenoma in symptomatic patients. *Aliment Pharmacol Ther*. 2017 Jan;45(2):354-363. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apt.13865/abstract;jsessionid=3036128EBBBF2DF80A9E4F3A8FC5A2ED.f04t03>
- (12) Cubiella J, Digby J, Rodríguez-Alonso L, Vega P, Salve M, Díaz-Ondina M, Strachan JA, Mowat C, McDonald PJ, Carey FA, Godber IM, Younes HB, Rodríguez-Moranta F, Quintero E, Álvarez-Sánchez V, Fernández-Bañares F, Boadas J, Campo R, Bujanda L, Garayoa A, Ferrandez Á, Piñol V, Rodríguez-Alcalde D, Guardiola J, Steele RJ, Fraser CG; COLONPREDICT study investigators. The fecal hemoglobin concentration, age and sex test score: Development and external validation of a simple prediction tool for colorectal cancer detection in symptomatic patients. *Int J Cancer*. 2017 May 15;140(10):2201-2211. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.30639/abstract>
- (13) Godber IM, Todd LM, Fraser CG, MacDonald LR, Younes HB. Use of a faecal immunochemical test for haemoglobin can aid in the investigation of patients with lower abdominal symptoms. *Clin Chem Lab Med*. 2016 Apr;54(4):595-602. Disponible en: <https://www.degruyter.com/view/j/cclm.2016.54.issue-4/cclm-2015-0617/cclm-2015-0617.xml>
- (14) Cubiella J, Castro I, Hernandez V, González-Mao C, Rivera C, Iglesias F, Alves MT, Cid L, Soto S, De-Castro L, Vega P, Hermo JA, Macenlle R, Martínez A, Estevez P, Cid E, Herreros-Villanueva M, Portillo I, Bujanda L, Fernández-Seara J; COLONPREV study investigators. Diagnostic accuracy of fecal immunochemical test in average- and familial-risk colorectal cancer screening. *United European Gastroenterol J*. 2014 Dec;2(6):522-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4245302/>
- (15) Rodríguez-Alonso L, Rodríguez-Moranta F, Ruiz-Cerulla A, Lobatón T, Arajol C, Binefa G, Moreno V, Guardiola J. An urgent referral strategy for symptomatic patients with suspected colorectal cancer based on a quantitative immunochemical faecal occult blood test. *Dig Liver Dis*. 2015 Sep;47(9):797-804. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1590865815003102?via%3Dihub>
- (16) Elias SG, Kok L, de Wit NJ, et al. Is there an added value of faecal calprotectin and haemoglobin in the diagnostic work-up for primary care patients suspected of significant colorectal disease? A cross-sectional diagnostic study. *BMC Medicine*. 2016;14:141. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5036273/>
- (17) Guittet L, Bouvier V, Mariotte N, et al. Comparison of a guaiac based and an immunochemical faecal occult blood test in screening for colorectal cancer in

a general average risk population. *Gut*. 2007;56(2):210-214. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1856766/>

- (18) van Rossum LG, van Rijn AF, Laheij RJ, van Oijen MG, Fockens P, van Krieken HH, Verbeek AL, Jansen JB, Dekker E. Random comparison of guaiac and immunochemical fecal occult blood tests for colorectal cancer in a screening population. *Gastroenterology*. 2008 Jul;135(1):82-90. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0016508508004782?via%3Dihub>
- (19) Lee JK, Liles EG, Bent S, Levin TR, Corley DA. Accuracy of fecal immunochemical tests for colorectal cancer: systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2014 Feb 4;160(3):171. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4189821/>
- (20) Schreuders EH, Ruco A, Rabeneck L, Schoen RE, Sung JJ, Young GP, Kuipers EJ. Colorectal cancer screening: a global overview of existing programmes. *Gut*. 2015 Oct;64(10):1637-49. Disponible en: <http://gut.bmj.com/content/64/10/1637.long>
- (21) Comisión Europea. COUNCIL RECOMMENDATION of 2 December 2003 on cancer screening. Disponible en: https://ec.europa.eu/jrc/sites/jrcsh/files/2_December_2003%20cancer%20screening.pdf, 2003.
- (22) MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 22 de octubre de 2009 ; 2010. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ActualizacionEstrategiaCancer.pdf>
- (23) European Colorectal Cancer Screening Guidelines Working Group, von Karsa L, Patnick J, Segnan N, Atkin W, Halloran S, Lansdorp-Vogelaar I, Malila N, Minozzi S, Moss S, Quirke P, Steele RJ, Vieth M, Aabakken L, Altenhofen L, Ancelle-Park R, Antoljak N, Anttila A, Armaroli P, Arrossi S, Austoker J, Banzi R, Bellisario C, Blom J, Brenner H, Bretthauer M, Camargo Cancela M, Costamagna G, Cuzick J, Dai M, Daniel J, Dekker E, Delicata N, Ducarroz S, Erfkamp H, Espinàs JA, Faivre J, Faulds Wood L, Flugelman A, Frkovic-Grazio S, Geller B, Giordano L, Grazzini G, Green J, Hamashima C, Herrmann C, Hewitson P, Hoff G, Holten I, Jover R, Kaminski MF, Kuipers EJ, Kurtinaitis J, Lambert R, Launoy G, Lee W, Leicester R, Leja M, Lieberman D, Lignini T, Lucas E, Lynge E, Mádai S, Marinho J, Maučec Zakotnik J, Minoli G, Monk C, Morais A, Muwonge R, Nadel M, Neamtui L, Peris Tuser M, Pignone M, Pox C, Primic-Zakelj M, Psaila J, Rabeneck L, Ransohoff D, Rasmussen M, Regula J, Ren J, Rennert G, Rey J, Riddell RH, Risio M, Rodrigues V, Saito H, Sauvaget C, Scharpantgen A, Schmiegel W, Senore C, Siddiqi M, Sighoko D, Smith R, Smith S, Suchanek S, Suonio E, Tong W, Törnberg S, Van Cutsem E, Vignatelli L, Villain P, Voti L, Watanabe H, Watson J, Winawer S, Young G, Zaksas V, Zappa M, Valori R. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis: overview and introduction to the full supplement publication. *Endoscopy*. 2013;45(1):51-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4482205/>

- (24) Salas Trejo D, Portillo Villares I, Espinàs Piñol JA, Ibáñez Cabanell J, Vana-clocha Espí M, Pérez Riquelme F, de la Vega Prieto M, González de Aledo Lino s Á, Idígoras Rubio I, Sacristán Terroba B, López García R, Romero Hergueta C; Spanish Cancer Screening Network. Implementation of colorectal cancer screening in Spain: main results 2006-2011. *Eur J Cancer Prev.* 2017 Jan;26(1):17-26. Disponible en: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=27167150>
- (25) MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. 2014.
- (26) P Parente F, Marino B, Ardizzioia A, Ucci G, Ilardo A, Limonta F, Villani P, Moretti R, Zucchi A, Cremaschini M, Pirola ME. Impact of a population-based colorectal cancer screening program on local health services demand in Italy: a 7-year survey in a northern province. *Am J Gastroenterol.* 2011 Nov; 106(11):1986-93.
- (27) Comas M, Mendivil J, Andreu M, Hernández C, Castells X. Long-Term Prediction of the Demand of Colonoscopies Generated by a Population-Based Colorectal Cancer Screening Program. *PLoS ONE* 2016 09/28;11(10):e0164666.
- (28) Quantitative faecal immunochemical tests to assess symptomatic people who are at low risk of colorectal cancer in primary care. Final-protocol. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/GID-DG10005/documents/final-protocol>.
- (29) Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ* 2010 Dec 14;182(18):E839-42. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3001530/>
- (30) Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Última actualización: julio 2016 Actualización del Manual Metodológico. julio 2016. Disponible en: http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboracion_2/Capitulos/completo.pdf
- (31) Sharma VK, Corder FA, Fancher J, Howden CW. Survey of the opinions, knowledge, and practices of gastroenterologists regarding colorectal cancer screening and use of the fecal occult blood test. *Am J Gastroenterol.* 2000 Dec;95(12):3629-32. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/ajg20001620>
- (32) Selby K, Cornuz J, Gachoud D, Bulliard JL, Nichita C, Dorta G, Ducros C, Auer R. Training primary care physicians to offer their patients faecal occult blood testing and colonoscopy for colorectal cancer screening on an equal basis: a pilot intervention with before-after and parallel group surveys. *BMJ Open.* 2016 May 13;6(5):e011086. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/content/6/5/e011086>
- (33) Ministerio de Sanidad y Consum. Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información

sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.. BOE-A-2003-11266 2003. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-11266>

- (34) Westwood M, Corro Ramos I, Lang S, Luyendijk M, Zaim R, Stirk L, Al M, Armstrong N, Kleijnen J. Faecal immunochemical tests to triage patients with lower abdominal symptoms for suspected colorectal cancer referrals in primary care: a systematic review and cost-effectiveness analysis. *Health Technol Assess.* 2017 May;21(33):1-234. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed-health/PMH0095603/>
- (35) Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Diagnosis and management of colorectal cancer. Edinburgh: SIGN; 2011. (SIGN publication no. 126). [December 2011]. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk>
- (36) Del Giudice ME, Vella ET, Hey A, Simunovic M, Harris W, Levitt C. Guideline for referral of patients with suspected colorectal cancer by family physicians and other primary care providers. *Can Fam Physician.* 2014 Aug;60(8):717-23,e383-90. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4131960/>
- (37) Appropriate Utilization of the Fecal Immunochemical Test (FIT) for Colorectal Cancer Screening and a Reminder of the Discontinuation of the Guaiac Fecal Occult Blood Test (gFOBT) in community patients. Disponible en: <https://www.dynalifedx.com/Portals/0/pdf/Lab%20Bulletins/2014-11-27%20FIT%20utilization%20guidelines.pdf>
- (38) National Collaborating Centre for Cancer (UK). Suspected Cancer: Recognition and Referral. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2015 Jun. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0078693/>

IX. Anexos

Anexo IX.1. Estrategias de búsqueda

Búsqueda de Guías de Práctica Clínica

Estrategia de búsqueda para la localización de Guías de Práctica Clínica para las bases de datos *National Guideline Clearinghouse* (NGC), *NICE*, *TripDatabase*, *Fisterra*, *Guiasalud*, *CMA Infobase*, *Guidelines International Network* (G-I-N), *New Zealand Guidelines Group*

Fecha de búsqueda 18/02/2016

colorectal cáncer AND fecal immunochemical test

Búsqueda de cuestionarios

Cochrane Library

Fecha búsqueda 25/05/2016

- #1 fecal or faecal or stool or stools:ti,ab,kw and immunochemic* or immunohistochemic* or immunoassay or immunochromatographic:ti,ab,kw and test* or screen* or exam* or measur*:ti,ab,kw (Word variations have been searched) 170
- #2 survey or questionnaire:ti,ab,kw (Word variations have been searched) 62067
- #3 #1 and #2 18
- #4 physician or clinician:ti,ab,kw (Word variations have been searched) 28136
- #5 #3 and #4 3

Medline, vía PUBMED

Fecha búsqueda 25/04/2016

- #1 Search fecal OR faecal OR stool OR stools 147048
«feces»[MeSH Terms] OR «feces»[All Fields] OR «fecal»[All Fields] OR «faecal»[All Fields] OR «stool»[All Fields] OR «stools»[All Fields]
- #2 Search immunochemic* OR immunohistochemic* OR immunoassay OR immunochromatographic 627468
- #3 Search test* OR screen* OR exam* OR measur* 6543303
- #4 Search #1 AND #2 AND #3 4939

- #5 Search survey OR questionnaire OR surveys OR questionnaires 1214475
 «surveys and questionnaires»[MeSH Terms] OR «surveys and questionnaires»[All Fields] OR «survey»[All Fields] OR «questionnaire»[All Fields] OR «surveys»[All Fields] OR «questionnaires»[All Fields]
- #6 Search physician OR clinician OR physicians OR clinicians 674690
 «physicians»[MeSH Terms] OR «physicians»[All Fields] OR «physician»[All Fields] OR «clinician»[All Fields] OR clinicians[All Fields]
- #7 Search #4 AND #5 AND #6 **39**

Embbase, vía Ovidweb

Fecha búsqueda 25/05/2016

- 1 (fecal or faecal or stool or stools).ti,ab,kw. 126841
- 2 (immunochemic* or immunohistochemic* or immunoassay or immunochromatographic).ti,ab,kw. 287926
- 3 (test* or screen* or exam* or measur*).ti,ab,kw. 8785834
- 4 1 and 2 and 3 2940
- 5 (survey or questionnaire or surveys or questionnaires).ti,ab,kw. 976896
- 6 4 and 5 180
- 7 (physician or clinician or physicians or clinicians).ti,ab,kw. 630408
- 8 6 and 7 **26**

Scopus

Fecha búsqueda 25/05/2016

- 1 History Search Terms (TITLE-ABS-KEY (fecal OR faecal OR stool OR stools) AND TITLE-ABS-KEY (immunochemic* OR immunohistochemic* OR immunoassay OR immunochromatographic) AND TITLE-ABS-KEY (test* OR screen* OR exam* OR measur*)) 3,172 document results
- 2 TITLE-ABS-KEY (survey OR questionnaire OR surveys OR questionnaires) 2,311,308 document results History Search Identifier
- 3 History Search Terms TITLE-ABS-KEY (physician OR clinician OR physicians OR clinicians) 779,901 document results
- 4 History Search Terms #1 AND #2 AND #3 **25 document results**

Web of Science

Fecha búsqueda 25/05/2016

- # 1 TOPIC: (fecal or faecal or stool or stools) AND TOPIC: (immunochemic* or immunohistochemic* or immunoassay or immunochromatographic) AND TOPIC: (test* or screen* or exam* or measur*)

- Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI,
CCR-EXPANDED, IC Timespan=All years 2501
- #2 TOPIC: (survey or questionnaire or surveys or questionnaires)
Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI,
CCR-EXPANDED, IC Timespan=All years 1122889
- #3 TOPIC: (physician or clinician or physicians or clinicians)
Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI,
CCR-EXPANDED, IC Timespan=All years 348920
- #4 #3 AND #2 AND #1
Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, ESCI,
CCR-EXPANDED, IC Timespan=All years **20**

Anexo IX.2. Cuestionario

El cuestionario se proporcionó en castellano y se distribuyó de forma electrónica a través del siguiente link: *Manejo clínico de pacientes con sintomatología compatible con cáncer colorrectal*

Encuesta: Manejo clínico de pacientes con sintomatología compatible con cáncer colorrectal (La prueba SOH-I cuantitativa de sangre oculta en heces)

A través de esta breve encuesta nos gustaría conocer el uso en el Sistema Nacional de Salud de la prueba de sangre oculta en heces (SOH) en pacientes con síntomas compatibles con cáncer colorrectal (CCR).

Nuestro objetivo es visualizar su utilización en la práctica clínica y en qué medida podría ser una prueba que ayude en el diagnóstico de cáncer colorrectal. Para ello quisiéramos que, desde tu perspectiva y práctica habitual, valores sus indicaciones y su utilidad en pacientes sintomáticos.

Este estudio se enmarca dentro de un proyecto priorizado y financiado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y se desarrolla por OSTEBA- Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Gobierno Vasco.

Los datos obtenidos serán utilizados de forma confidencial y en el informe final sólo figurarán datos agregados.

Para solicitar más información sobre este proyecto contacta con: osteba5-san@euskadi.eus y recibirás el protocolo completo del estudio.

Por favor, indica si trabajas en Atención Primaria o Atención Especializada

(* Esta pregunta es obligatoria)

(* Marque una sola opción)

Atención Primaria Atención Especializada

Atención Primaria

Preg. 1. ¿En qué provincia trabajas?

(* Esta pregunta es obligatoria)

(* Marque una sola opción)

Araba/Álava Albacete Alicante/Alacant

- | | | |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Almería | <input type="checkbox"/> Guadalajara | <input type="checkbox"/> Palmas (Las) |
| <input type="checkbox"/> Ávila | <input type="checkbox"/> Gipuzkoa | <input type="checkbox"/> Pontevedra |
| <input type="checkbox"/> Badajoz | <input type="checkbox"/> Huelva | <input type="checkbox"/> Salamanca |
| <input type="checkbox"/> Balears (Illes) | <input type="checkbox"/> Huesca | <input type="checkbox"/> Sta. Cruz de Tenerife |
| <input type="checkbox"/> Barcelona | <input type="checkbox"/> Jaén | <input type="checkbox"/> Cantabria |
| <input type="checkbox"/> Bizkaia | <input type="checkbox"/> León | <input type="checkbox"/> Segovia |
| <input type="checkbox"/> Burgos | <input type="checkbox"/> Lleida | <input type="checkbox"/> Sevilla |
| <input type="checkbox"/> Cáceres | <input type="checkbox"/> Rioja (La) | <input type="checkbox"/> Soria |
| <input type="checkbox"/> Cádiz | <input type="checkbox"/> Lugo | <input type="checkbox"/> Tarragona |
| <input type="checkbox"/> Castellón/Castelló | <input type="checkbox"/> Madrid | <input type="checkbox"/> Teruel |
| <input type="checkbox"/> Ceuta | <input type="checkbox"/> Málaga | <input type="checkbox"/> Toledo |
| <input type="checkbox"/> Ciudad Real | <input type="checkbox"/> Melilla | <input type="checkbox"/> Valencia/València |
| <input type="checkbox"/> Córdoba | <input type="checkbox"/> Murcia | <input type="checkbox"/> Valladolid |
| <input type="checkbox"/> Coruña (A) | <input type="checkbox"/> Navarra | <input type="checkbox"/> Zamora |
| <input type="checkbox"/> Cuenca | <input type="checkbox"/> Ourense | <input type="checkbox"/> Zaragoza |
| <input type="checkbox"/> Girona | <input type="checkbox"/> Asturias | |
| <input type="checkbox"/> Granada | <input type="checkbox"/> Palencia | |

Preg. 2. ¿Cuál es tu sexo?

(* Esta pregunta es obligatoria)

(* Marque una sola opción)

- Hombre Mujer

Preg. 3. ¿Cuál es tu edad?

(* Esta pregunta es obligatoria)

(* Marque una sola opción)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 30 años o menos | <input type="checkbox"/> De 41 a 50 años | <input type="checkbox"/> De 61 a 69 años |
| <input type="checkbox"/> De 31 a 40 años | <input type="checkbox"/> De 51 a 60 años | <input type="checkbox"/> 70 años o más |

Preg. 4. ¿Cuántos habitantes tiene el municipio en el que ejerces la mayor parte de tu labor asistencial?

(* Esta pregunta es obligatoria)

(* Marque una sola opción)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> De 1.000 habitantes y menos | <input type="checkbox"/> De 15.000 habitantes a 49.999 habitantes |
| <input type="checkbox"/> De 1.001 habitantes a 5.000 habitantes | <input type="checkbox"/> De 50.000 habitantes y más |
| <input type="checkbox"/> De 5.001 habitantes a 14.999 habitantes | <input type="checkbox"/> NS/NC |

Preg. 5. Por favor, indica el número de años que llevas ejerciendo hasta ahora como médico de familia:

(* Esta pregunta es obligatoria)

(* Marque una sola opción)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 5 años o menos | <input type="checkbox"/> De 11 a 20 años |
| <input type="checkbox"/> De 6 a 10 años | <input type="checkbox"/> 21 años o más |

Preg. 6. ¿En qué situaciones solicitas una prueba de sangre oculta en heces? (admite más de una respuesta)

(* Esta pregunta es obligatoria)

- Nunca
- Alta sospecha de cáncer colorrectal
- Antecedentes familiares o personales de CCR
- Cribado de CCR
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Evaluación de pacientes sintomáticos
- Seguimiento de pólipos
- Otras (Por favor especifica) _____

Preg. 7. ¿Cuántas muestras indicas que se tomen para realizar la prueba de sangre oculta en heces?

(* Esta pregunta es obligatoria)

(* Marque una sola opción)

- Una muestra
- Más de una muestra
- NS/NC
- Otras (Por favor especifica) _____

Preg. 8. En los casos en los que la prueba de SOH resulta positiva, ¿sueles solicitar la repetición de la prueba?

(* Esta pregunta es obligatoria)

(* Marque una sola opción)

- Si
- No
- NS/NC

Preg. 9. Si lo sabes, indica cuál es la prueba de sangre oculta en heces que se utiliza en tu centro de trabajo

(* Esta pregunta es obligatoria)

(* Marque una sola opción)

- Prueba inmunoquímica de sangre oculta en heces cuantitativa
 Prueba inmunoquímica de sangre oculta en heces cualitativa
 Prueba de sangre oculta en heces guayaco
 NS/NC
 Otra (Por favor especifica) _____

Preg. 10. ¿Consideras que la indicación de la prueba de sangre oculta en heces ha aumentado en los últimos 5 años?

(* Esta pregunta es obligatoria)

(* Marque una sola opción)

- Si No NS/NC

Preg. 11. En un mes normal, ¿cuántas veces indicas la prueba de sangre oculta en heces a pacientes sintomáticos?

(* Esta pregunta es obligatoria)

(* Marque una sola opción)

- 0 6-10 Más de 20
 1-5 11-20

A continuación se presentan diferentes situaciones clínicas con pacientes de tres grupos de edad que acuden a tu consulta con síntomas compatibles con cáncer colorrectal.

Selecciona por favor la indicación o las indicaciones que te parecen más adecuadas en cada caso.

Preg. 12. Situación clínica 1. ¿Qué harías en el caso de un paciente adulto menor de 50 años sin antecedentes personales ni familiares de CCR que presenta los siguientes síntomas?

(* Esta pregunta es obligatoria)

	Seguimiento	Análisis clínicos	Derivar al especialista	Prueba SOH	Enema opaco	ECO/TAC/ RM	Sigmoidos- copia	Colonos- copia	Otras pruebas
Cambios en hábitos intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficiencia de hierro o anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masa abdominal o rectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de peso inexplicable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrado rectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Combinación de varios síntomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preg. 13. Situación clínica 2. ¿Qué harías en el caso de un paciente adulto entre 50 y 70 años sin antecedentes personales ni familiares de CCR que presenta los siguientes síntomas?

(* Esta pregunta es obligatoria)

	Seguimiento	Análisis clínicos	Derivar al especialista	Prueba SOH	Enema opaco	ECO/TAC/ RM	Sigmoidos- copia	Colonos- copia	Otras pruebas
Cambios en hábitos intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficiencia de hierro o anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masa abdominal o rectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de peso inexplicable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrado rectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Combinación de varios síntomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preg. 14. Situación clínica 3. ¿Qué harías en el caso de un paciente adulto mayor de 70 años sin antecedentes personales ni familiares de CCR que presenta los siguientes síntomas?

(* Esta pregunta es obligatoria)

	Seguimiento	Análisis clínicos	Derivar al especialista	Prueba SOH	Enema opaco	ECO/TAC/ RM	Sigmoidos- copia	Colonos- copia	Otras pruebas
Cambios en hábitos intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficiencia de hierro o anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masa abdominal o rectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de peso inexplicable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrado rectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Combinación de varios síntomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preg. 15. Si en alguno de los supuestos has indicado que realizarías otras pruebas, por favor especifica qué prueba y en que situaciones clínicas

Preg. 16. Si el resultado de una prueba de sangre oculta en heces es negativo (-), ¿cuál consideras la mejor opción si los síntomas persisten? (admite más de una respuesta)

(* Esta pregunta es obligatoria)

- Repetir la prueba
- Derivar al especialista
- Realizar análisis clínicos
- Solicitar gastroscopia
- Solicitar ECO/TAC/RM
- Solicitar colonoscopia
- Valorar evolución clínica
- NS/NC
- Otras pruebas diagnósticas (Por favor especifica) _____

Preg. 17. Si el resultado de una prueba de sangre oculta en heces es positiva (+), ¿cuál consideras la mejor opción? (admite más de una respuesta)

(* Esta pregunta es obligatoria)

- Repetir la prueba
- Derivar al especialista
- Realizar análisis clínicos
- Solicitar gastroscopia
- Solicitar ECO/TAC/RM
- Solicitar colonoscopia
- Valorar evolución clínica
- NS/NC
- Otras pruebas diagnósticas (Por favor especifica) _____

Preg. 18. En el caso de que una prueba de sangre oculta en heces sea positiva (+), ¿en qué casos consideras que NO debe realizarse una colonoscopia? (admite más de una respuesta)

(* Esta pregunta es obligatoria)

- Edad avanzada
- Esperanza de vida baja

- Morbilidad grave de la persona
- Paciente no lo desea
- Riesgo grave de complicación
- NS/NC
- Otros casos (Por favor especifica) _____

Preg. 19. Si no consideras adecuado realizar colonoscopia a determinados pacientes con prueba de sangre oculta en heces positiva (+) o el/la paciente se niega, ¿qué harías? (admite más de una respuesta)

(* Esta pregunta es obligatoria)

- Valoración de evolución clínica
- Repetir la prueba SOH
- Enema opaco
- Gastroscopia
- Pruebas de imagen
- Sigmoidoscopia
- NS/NC
- Otro (Por favor especifica) _____

Preg. 20. En tu centro de trabajo, ¿existe la posibilidad de solicitar directamente una colonoscopia?

(* Esta pregunta es obligatoria)

(* Marque una sola opción)

- Si No NS/NC

En caso afirmativo, ¿en qué situaciones solicitas una colonoscopia? (admite más de una respuesta)

(* Esta pregunta es obligatoria)

(* Contestar solo si:

han contestado a «En tu centro de trabajo, ¿existe la posibilidad de solicitar directamente una colonoscopia?» : «Si»)

- Nunca, siempre derivo al especialista
- Alta sospecha de cáncer colorrectal
- Antecedentes familiares o personales de CCR
- Cribado de CCR
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Seguimiento de pólipos
- Test de Sangre Oculta en Heces +
- NS/NC
- Otras (Por favor especifica) _____

Existe la posibilidad de hacer una solicitud preferente de colonoscopia?

(* Esta pregunta es obligatoria)

(* Marque una sola opción)

(* Contestar solo si:

han contestado a «En tu centro de trabajo, ¿existe la posibilidad de solicitar directamente una colonoscopia?» : «Si»)

Sí No NS/NC

¿Cuál es el tiempo de demora en solicitud preferente de colonoscopia?

(* Esta pregunta es obligatoria)

(* Marque una sola opción)

(* Contestar solo si:

han contestado a «Existe la posibilidad de hacer una solicitud preferente de colonoscopia?» : «Si» de la página « ».)

Menos de un mes Entre 3 y 6 meses NS/NC
 Entre 1 y 2 meses Más de 6 meses

¿Cuál es el tiempo de espera para la realización de una colonoscopia en la vía de prioridad normal?

(* Esta pregunta es obligatoria)

(* Marque una sola opción)

(* Contestar solo si:

han contestado a « En tu centro de trabajo, ¿existe la posibilidad de solicitar directamente una colonoscopia?» : «Si»)

Menos de un mes Entre 3 y 6 meses NS/NC
 Entre 1 y 2 meses Más de 6 meses

Preg. 21. ¿Cuál es el tiempo de demora para consulta con especialista?

(* Esta pregunta es obligatoria)

(* Marque una sola opción)

Menos de un mes Entre 3 y 6 meses NS/NC
 Entre 1 y 2 meses Más de 6 meses

Preg. 22. Para finalizar, añada cualquier comentario que te parezca interesante resaltar para mejorar el uso de la prueba de sangre oculta en heces. Muchas gracias por todas tus aportaciones

El cuestionario ha finalizado. Muchísimas gracias por el tiempo dedicado a contestarlo. Tu contribución es muy importante para alcanzar los objetivos de este estudio.

Los resultados serán publicados en la web de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (<http://www.redets.mssi.gob.es/>) y se remitirán a la Sociedad Científica a la que perteneces.

Atención Especializada

Preg. 1. ¿En qué provincia trabajas?

(* Esta pregunta es obligatoria)

(* Marque una sola opción)

- | | | |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Araba/Álava | <input type="checkbox"/> Girona | <input type="checkbox"/> Palencia |
| <input type="checkbox"/> Albacete | <input type="checkbox"/> Granada | <input type="checkbox"/> Palmas (Las) |
| <input type="checkbox"/> Alicante/Alacant | <input type="checkbox"/> Guadalajara | <input type="checkbox"/> Pontevedra |
| <input type="checkbox"/> Almería | <input type="checkbox"/> Gipuzkoa | <input type="checkbox"/> Salamanca |
| <input type="checkbox"/> Ávila | <input type="checkbox"/> Huelva | <input type="checkbox"/> Sta. Cruz de Tenerife |
| <input type="checkbox"/> Badajoz | <input type="checkbox"/> Huesca | <input type="checkbox"/> Cantabria |
| <input type="checkbox"/> Balears (Illes) | <input type="checkbox"/> Jaén | <input type="checkbox"/> Segovia |
| <input type="checkbox"/> Barcelona | <input type="checkbox"/> León | <input type="checkbox"/> Sevilla |
| <input type="checkbox"/> Bizkaia | <input type="checkbox"/> Lleida | <input type="checkbox"/> Soria |
| <input type="checkbox"/> Burgos | <input type="checkbox"/> Rioja (La) | <input type="checkbox"/> Tarragona |
| <input type="checkbox"/> Cáceres | <input type="checkbox"/> Lugo | <input type="checkbox"/> Teruel |
| <input type="checkbox"/> Cádiz | <input type="checkbox"/> Madrid | <input type="checkbox"/> Toledo |
| <input type="checkbox"/> Castellón/Castelló | <input type="checkbox"/> Málaga | <input type="checkbox"/> Valencia/València |
| <input type="checkbox"/> Ceuta | <input type="checkbox"/> Melilla | <input type="checkbox"/> Valladolid |
| <input type="checkbox"/> Ciudad Real | <input type="checkbox"/> Murcia | <input type="checkbox"/> Zamora |
| <input type="checkbox"/> Córdoba | <input type="checkbox"/> Navarra | <input type="checkbox"/> Zaragoza |
| <input type="checkbox"/> Coruña (A) | <input type="checkbox"/> Ourense | |
| <input type="checkbox"/> Cuenca | <input type="checkbox"/> Asturias | |

Preg. 2. ¿Cuál es tu sexo?

(* Esta pregunta es obligatoria)

(* Marque una sola opción)

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hombre | <input type="checkbox"/> Mujer |
|---------------------------------|--------------------------------|

Preg. 3. ¿Cuál es tu edad?

(* Esta pregunta es obligatoria)

(* Marque una sola opción)

- 30 años o menos De 41 a 50 años De 61 a 69 años
 De 31 a 40 años De 51 a 60 años 70 años o más

Preg. 4. ¿Cuántos habitantes tiene el municipio en el que ejerces la mayor parte de tu labor asistencial?

(* Esta pregunta es obligatoria)

(* Marque una sola opción)

- De 1.000 hab. y menos De 15.000 hab. a 49.999 hab.
 De 1.001 hab. a 5.000 hab. De 50.000 hab. y más
 De 5.001 hab. a 14.999 hab. NS/NC

Preg. 5. Por favor, indica el número de años que llevas ejerciendo hasta ahora como especialista del aparato digestivo:

(* Esta pregunta es obligatoria)

(* Marque una sola opción)

- 5 años o menos De 11 a 20 años
 De 6 a 10 años 21 años o más

Preg. 6. ¿En qué situaciones solicitas una prueba de sangre oculta en heces? (admite más de una respuesta)

(* Esta pregunta es obligatoria)

- Nunca
 Alta sospecha de cáncer colorrectal
 Antecedentes familiares o personales de CCR
 Cribado de CCR
 Enfermedad inflamatoria intestinal
 Evaluación de pacientes sintomáticos
 Seguimiento de pólipos
 Otras (Por favor especifica) _____

Preg. 7. ¿Cuántas muestras indicas que se tomen para realizar la prueba de sangre oculta en heces?

(* Esta pregunta es obligatoria)

(* Marque una sola opción)

- Una muestra
 Más de una muestra

- NS/NC
 Otras (Por favor especifica) _____

Preg. 8. En los casos en los que la prueba de SOH resulta positiva, ¿sueles solicitar la repetición de la prueba?

(* Esta pregunta es obligatoria)

(* Marque una sola opción)

- Si No NS/NC

Preg. 9. Si lo sabes, indica cuál es la prueba de sangre oculta en heces que se utiliza en tu centro de trabajo

(* Esta pregunta es obligatoria)

(* Marque una sola opción)

- Prueba inmunoquímica de sangre oculta en heces cuantitativa
 Prueba inmunoquímica de sangre oculta en heces cualitativa
 Prueba de sangre oculta en heces guayaco
 NS/NC
 Otra (Por favor especifica) _____

Preg. 10. ¿Consideras que la indicación de la prueba de sangre oculta en heces ha aumentado en los últimos 5 años?

(* Esta pregunta es obligatoria)

(* Marque una sola opción)

- Si No NS/NC

Preg. 11. En un mes normal, ¿cuántas veces indicas la prueba de sangre oculta en heces a pacientes sintomáticos?

(* Esta pregunta es obligatoria)

(* Marque una sola opción)

- 0 6-10 Más de 20
 1-5 11-20

A continuación se presentan diferentes situaciones clínicas con pacientes de tres grupos de edad que acuden a tu consulta con síntomas compatibles con cáncer colorrectal.

Selecciona por favor la indicación o las indicaciones que te parecen más adecuadas en cada caso.

Preg. 12. Situación clínica 1. ¿Qué harías en el caso de un paciente adulto menor de 50 años sin antecedentes personales ni familiares de CCR que presenta los siguientes síntomas?

(* Esta pregunta es obligatoria)

	Seguimiento	Análisis clínicos	Prueba SOH	Enema opaco	ECO/TAC/IRM	Sigmoidos- copia	Colonos- copia	Otras pruebas
Cambios en hábitos intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficiencia de hierro o anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masa abdominal o rectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de peso inexplicable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrado rectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Combinación de varios síntomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preg. 13. Situación clínica 2. ¿Qué harías en el caso de un paciente adulto entre 50 y 70 años sin antecedentes personales ni familiares de CCR que presenta los siguientes síntomas?

(* Esta pregunta es obligatoria)

	Seguimiento	Análisis clínicos	Prueba SOH	Enema opaco	ECO/TAC/IRM	Sigmoidos-copia	Colonos-copia	Otras pruebas
Cambios en hábitos intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficiencia de hierro o anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masa abdominal o rectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de peso inexplicable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrado rectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Combinación de varios síntomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preg. 14. Situación clínica 3. ¿Qué harías en el caso de un paciente adulto mayor de 70 años sin antecedentes personales ni familiares de CCR que presenta los siguientes síntomas?

(* Esta pregunta es obligatoria)

	Seguimiento	Análisis clínicos	Prueba SOH	Enema opaco	ECO/TAC/RM	Sigmoidos- copia	Colonos- copia	Otras pruebas
Cambios en hábitos intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficiencia de hierro o anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masa abdominal o rectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de peso inexplicable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrado rectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Combinación de varios síntomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preg. 15. Si en alguno de los supuestos has indicado que realizarías otras pruebas, por favor especifica qué prueba y en que situaciones clínicas

Preg. 16. Si el resultado de una prueba de sangre oculta en heces es negativo (-), ¿cuál consideras la mejor opción si los síntomas persisten? (admite más de una respuesta)

(* Esta pregunta es obligatoria)

- Repetir la prueba
- Realizar análisis clínicos
- Solicitar gastroscopia
- Solicitar ECO/TAC/RM
- Solicitar colonoscopia
- Valorar evolución clínica
- NS/NC
- Otras pruebas diagnósticas (Por favor especifica) _____

Preg. 17. Si el resultado de una prueba de sangre oculta en heces es positiva (+), ¿cuál consideras la mejor opción? (admite más de una respuesta)

(* Esta pregunta es obligatoria)

- Repetir la prueba
- Realizar análisis clínicos
- Solicitar gastroscopia
- Solicitar ECO/TAC/RM
- Solicitar colonoscopia
- Valorar evolución clínica
- NS/NC
- Otras pruebas diagnósticas (Por favor especifica) _____

Preg. 18. En el caso de que una prueba de sangre oculta en heces sea positiva (+), ¿en qué casos consideras que NO debe realizarse una colonoscopia? (admite más de una respuesta)

(* Esta pregunta es obligatoria)

- Edad avanzada
- Esperanza de vida baja
- Morbilidad grave de la persona
- Paciente no lo desea

- Riesgo grave de complicación
- NS/NC
- Otros casos (Por favor especifica) _____

Preg. 19. Si no consideras adecuado realizar colonoscopia a determinados pacientes con prueba de sangre oculta en heces positiva (+) o el/la paciente se niega, ¿qué harías? (admite más de una respuesta)

(* Esta pregunta es obligatoria)

- Valoración de evolución clínica
- Repetir la prueba SOH
- Enema opaco
- Gastroscopia
- Pruebas de imagen
- Sigmoidoscopia
- NS/NC
- Otro (Por favor especifica) _____

Preg. 20. ¿Existe la posibilidad de hacer una solicitud preferente de colonoscopia?

(* Esta pregunta es obligatoria)

(* Marque una sola opción)

- Si
- No
- NS/NC

¿Cuál es el tiempo de demora en solicitud preferente de colonoscopia?

(* Esta pregunta es obligatoria)

(* Marque una sola opción)

(* Contestar solo si:

han contestado a «¿Existe la posibilidad de hacer una solicitud preferente de colonoscopia?»: «Si»)

- Menos de un mes
- Entre 3 y 6 meses
- NS/NC
- Entre 1 y 2 meses
- Más de 6 meses

Preg. 21. ¿Cuál es el tiempo de espera para la realización de una colonoscopia en la vía de prioridad normal?

(* Esta pregunta es obligatoria)

(* Marque una sola opción)

- Menos de un mes
- Entre 3 y 6 meses
- NS/NC
- Entre 1 y 2 meses
- Más de 6 meses

Preg. 22. Para finalizar, añade cualquier comentario que te parezca interesante resaltar para mejorar el uso de la prueba de sangre oculta en heces. Muchas gracias por todas tus aportaciones

El cuestionario ha finalizado. Muchísimas gracias por el tiempo dedicado a contestarlo. Tu contribución es muy importante para alcanzar los objetivos de este estudio.

Los resultados serán publicados en la web de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (<http://www.redets.mssi.gob.es/>) y se remitirán a la Sociedad Científica a la que perteneces.

Anexo IX.3. Resultados de la búsqueda de GPC

La búsqueda original dio lugar a un total de 111 artículos de los cuales 32 fueron duplicados. Un total de 6 artículos fueron obtenidos a texto completo para su posible inclusión en el estudio, de los cuales 4 de ellos finalmente fueron rechazados por no cumplir los criterios de inclusión (ver estudios excluidos en el punto IV.2.2). Solamente una GPC fue seleccionada para la inclusión en la revisión. El proceso de selección de los estudios se presenta en la figura 11.

Tabla 10. **Resultados de la búsqueda en las fuentes consultadas**

Fecha de la búsqueda: julio 2016	
Nombre fuente	Número de artículos encontrados
CMA Infobase	10
Fisterra	2
GuíaSalud	0
Guidelines International Network (G-I-N)	78
National Guideline Clearinghouse	17
New Zealand Guidelines Group	4

Límites: GPC publicadas, revisadas o actualizadas a partir del año 2011.

En la actualización de la búsqueda no se localizaron GPC adicionales para ser incluidas en la revisión.

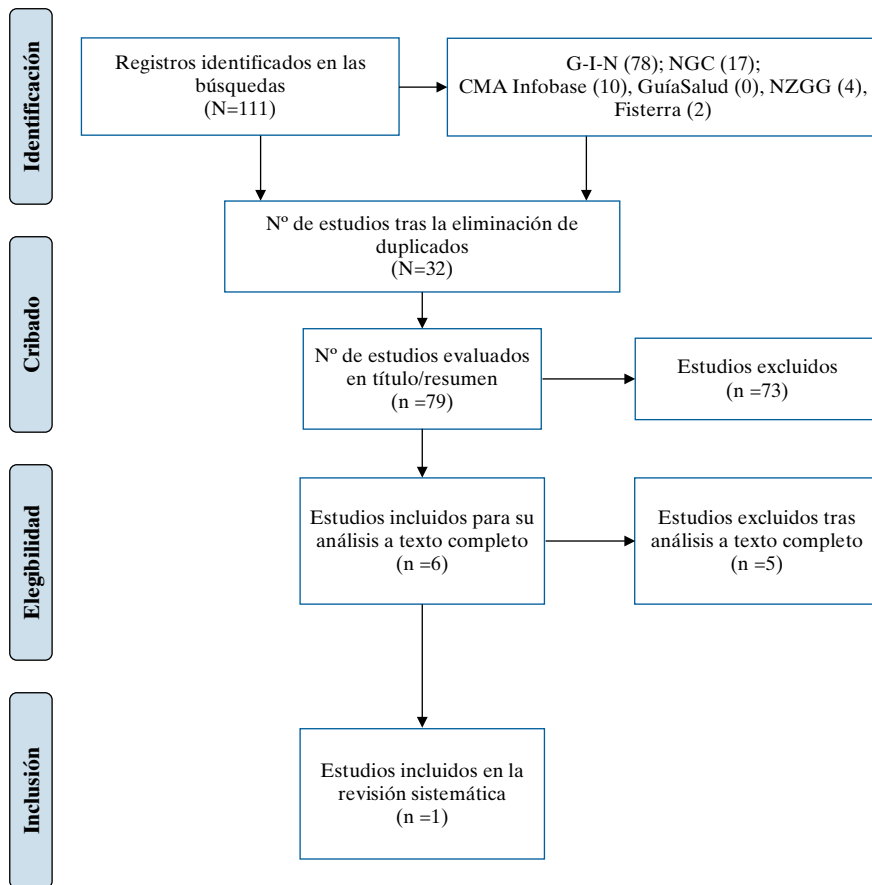


Figura 11. Diagrama de flujo de la selección de artículos realizada

Anexo IX.4. GPC excluidas

Tabla 11. **GPC excluidas y razones para su exclusión**

Referencias	Razón para exclusión
Diagnosis and management of colorectal cancer (35)	No valora pacientes sintomáticos.
Guideline for Referral of Patients with Suspected Colorectal Cancer by Family Physicians and Other Primary Care Providers (36)	Solamente incluye información sobre la utilización de la prueba SOH-I en poblaciones asintomáticas dentro de los programas de cribado de CCR.
Guía de actuación en cáncer colorrectal (2)	Solamente incluye información sobre la utilización de la prueba SOH-I en poblaciones asintomáticas dentro de los programas de cribado de CCR.
Appropriate Utilization of the Fecal Immunochemical Test (FIT) for Colorectal Cancer Screening and a Reminder of the Discontinuation of the Guaiac Fecal Occult Blood Test (gFOBT) in community patients (37)	Solamente incluye información sobre la utilización de la prueba SOH-I en poblaciones asintomáticas dentro de los programas de cribado de CCR. Ofrece recomendaciones sobre la no utilización de la prueba SOH-I en pacientes sintomáticos pero sin hacer constar su metodología o fuentes de evidencia en las que se basan sus recomendaciones.
National Collaborating Centre for Cancer (UK). Suspected Cancer: Recognition and Referral. (38)	GPC seleccionada inicialmente, pero tras publicar su última versión en la que se eliminó la recomendación sobre criterios para la indicación de pruebas de SOH en julio de 2017 quedó excluida.

Anexo IX.5. Evaluación de la calidad de la evidencia de la Guía de Práctica Clínica con AGREE II

Siguiendo los criterios del instrumento AGREE II ²⁹, la GPC «*Quantitative faecal immunochemical tests to guide referral for colorectal cancer in primary care*» National Institute for Health and Care Excellence de 2017(4) fue recomendada para el análisis comparativo.

Tabla 12. Resultados de la evaluación de la GPC NICE 2017 con AGREE II

Guía	Alcance y objetivo	Participación de implicados	Rigor en la elaboración	Claridad en la presentación	Aplicabilidad	Independencia editorial
NICE 2017	86 %	67 %	66 %	61 %	73 %	79 %

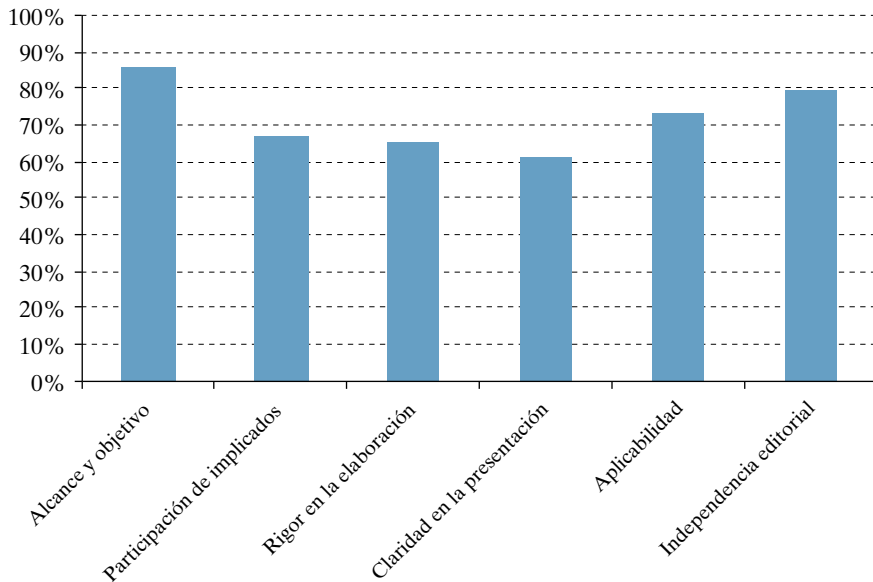


Figura 12. Puntuaciones medias de los seis dominios de la GPC NICE 2017

