

Morbimortalidad en cáncer colorrectal según nivel asistencial de inicio del proceso diagnóstico

Ana I. Nogales-García^{1*}, Esteban González-López^{2,3} y Francisco Camarrelles-Guillem^{2,4}

¹Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes; ²Facultad de Medicina, Departamento de Medicina, Unidad Docente de Medicina de Familia, Universidad Autónoma de Madrid; ³Centro de Salud Universitario de Villanueva de la Cañada, Villanueva de la Cañada; ⁴Centro de Salud Universitario Infanta Mercedes. Madrid, España

Resumen

Antecedentes: El cáncer colorrectal es el tercer tumor más diagnosticado en el mundo, ocupa el segundo lugar respecto a la mortalidad y la supervivencia varía según el estadio clínico al diagnóstico. Es por ello un problema de gran importancia y magnitud, y con un importante gasto sanitario. **Objetivo:** Describir las diferencias en la morbimortalidad de los pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal según lugar de inicio de estudio (atención primaria vs. urgencias) y evaluar las diferencias en el diagnóstico del cáncer colorrectal en un área geográfica tras la implantación del programa de cribado Prevecolon®. **Método:** Estudio descriptivo, observacional, longitudinal y retrospectivo. Se evaluaron 1,110 pacientes diagnosticados y tratados de cáncer colorrectal en el Hospital Universitario Infanta Sofía, del 8 de marzo de 2008 al 31 de diciembre de 2021. **Resultados:** De los 1,110 pacientes, 628 (56.6%) procedían de atención primaria y 482 (43.4%) de urgencias. El 50% de los pacientes se diagnosticó en estadios avanzados (III y IV). El tiempo de demora diagnóstica fue menor en los pacientes de urgencias ($p < 0.001$) pero la mortalidad fue casi el doble en los pacientes cuyo estudio se iniciaba en urgencias ($p < 0.001$). **Conclusiones:** Los pacientes que inician el estudio desde urgencias presentan la enfermedad en estadios más avanzados y muestran una morbimortalidad mayor que aquellos cuyo estudio se inicia en atención primaria.

Palabras clave: Atención primaria. Urgencias. Neoplasias colorrectales. Morbilidad. Mortalidad.

Morbidity and mortality in colorectal cancer according to the level of care at the beginning of the diagnostic process

Abstract

Background: Colorectal cancer is the third most diagnosed tumor worldwide, it ranks second in terms of mortality, survival varies depending on the clinical stage at diagnosis. It is therefore a problem of great importance and magnitude with significant health expenditure. **Objective:** To describe the differences in the morbidity and mortality of patients diagnosed with colorectal cancer according to the place of study initiation (primary care vs. emergencies) and to evaluate the differences in the diagnosis of colorectal cancer in a geographic area after the implementation of the Prevecolon® screening program. **Method:** Descriptive, observational, longitudinal and retrospective study, 1,110 patients diagnosed and treated for colorectal cancer were evaluated at the Hospital Universitario Infanta Sofía, from March 8, 2008 to December 31, 2021. **Results:** Of the 1,110 patients, 628 (56.6%) came from primary care and 482 (43.4%) from the emergency department. Fifty percent of the patients were diagnosed in advanced stages (III and IV). The diagnostic delay time was shorter in Emergency patients ($p < 0.001$), but mortality was almost twice in patients whose study began in Emergencies ($p < 0.001$). **Conclusion:** Patients who begin the study for colorectal cancer in the emergency department present the disease in more advanced stages and show greater morbidity and mortality than those whose study begins in Primary care.

Keywords: Primary health care. Emergencies. Colorectal neoplasms. Morbidity. Mortality.

*Correspondencia:

Ana I. Nogales-García
E-mail: anogui@gmail.com

Fecha de recepción: 21-08-2024
Fecha de aceptación: 10-03-2025
DOI: 10.24875/j.gamo.25000065

Disponible en internet: 10-07-2025
Gac Mex Oncol. 2025;24(2):68-75
www.gamo-smeo.com

2565-005X/© 2025 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Según los datos del Observatorio de la Asociación Española Contra el Cáncer, se estima que en España se diagnosticaron 40,203 nuevos casos de cáncer colorrectal en 2023, siendo el segundo tumor más frecuente en varones después del de próstata y el segundo en mujeres después del de mama.

Durante 2023 el número de casos nuevos de cáncer colorrectal en la población entre 50 y 69 años fue de 15,737, con 84 nuevos casos detectados por 100,000 habitantes¹.

La incidencia del cáncer colorrectal es mayor en hombres que en mujeres, y supuso el 14.1% de todos los tumores diagnosticados en 2023¹. Además, ocupa el segundo lugar respecto a la mortalidad (con 15,385 defunciones al año), tras el cáncer de pulmón¹.

Los porcentajes de supervivencia global a los 5 años varían según el estadio clínico: el 90% en personas con cáncer colorrectal en estadio localizado y menor del 10% en estadio avanzado. La supervivencia es algo mejor para el cáncer de colon que para el cáncer de recto^{2,3}. Por ello, desde hace unos años se han ido instaurando progresivamente programas de detección precoz, con intención de detectar cuanto antes los casos de cáncer colorrectal. Ello redundaría en una mejoría notable de la calidad de vida y un mejor control de la enfermedad, tanto en casos localizados como en enfermedad avanzada⁴.

El número de cánceres diagnosticados en España está aumentando desde hace décadas, probablemente en relación con el crecimiento poblacional, el envejecimiento de la población, la exposición a factores de riesgo (tabaco, alcohol, obesidad, sedentarismo) y en algunos tipos de cáncer, por el aumento de la detección precoz. La instauración de programas de cribado puede llevar aparejada una reducción de la mortalidad y, por tanto, un aumento del número de casos⁵.

Asimismo, estos programas ahorran gastos al sistema sanitario, ya que el coste del tratamiento de un cáncer de colon metastásico puede ser tres veces más que el de un cáncer de colon localizado⁶.

Por tanto, el cáncer colorrectal es una de las localizaciones tumorales en las que hablar de diagnóstico precoz tiene más sentido, por tratarse de un problema de salud pública de máxima envergadura y porque la supervivencia se relaciona con el estadio diagnóstico.

En España el programa de cribado de cáncer colorrectal es una estrategia de salud pública que ofrece el Sistema Nacional de Salud (SNS). Se incorporó a la

cartera común de servicios del SNS en 2014, y está incluido en el Programa de Actividades Preventivas de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC)⁷.

El riesgo de padecer cáncer colorrectal aumenta con la edad y es más común después de los 50 años. La media de edad al momento del diagnóstico del cáncer de colon es de 62 años en hombres y 63 años en mujeres. En el caso del cáncer de recto, la edad promedio en dicho momento es de 65 años en ambos sexos^{8,9}.

Es por ello por lo que el programa de cribado de cáncer colorrectal está dirigido a hombres y mujeres entre 50 y 69 años y consiste en detectar en las heces pequeñas cantidades de sangre, que no son visibles al ojo humano, por medio del *test* de detección de sangre oculta en heces⁴, en la Comunidad de Madrid el programa de cribado se denomina Prevecolon[®].

El objetivo de este estudio es describir las características de los pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal en el área de influencia del Hospital Universitario Infanta Sofía (HUIS) según el nivel asistencial de inicio de estudio, entre marzo de 2008 y diciembre de 2021, y analizar si gracias a la implantación del programa de cribado Prevecolon[®] se han detectado cambios en el diagnóstico del cáncer colorrectal.

Método

Estudio observacional descriptivo longitudinal y retrospectivo con enfoque analítico. Se estudiaron los pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal en el HUIS de San Sebastián de los Reyes, cuyo ámbito de influencia está compuesto por dos ciudades integradas en la Corona Metropolitana de Madrid, San Sebastián de los Reyes y Alcobendas y 53 municipios. El distrito abarca 1,844 km² y es el más extenso de la Comunidad de Madrid¹⁰.

El estudio se ha realizado entre 2019 y 2024, se incluyeron los pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico histológico de cáncer colorrectal, diagnosticados y tratados en el HUIS, entre marzo de 2008 y diciembre de 2021, excluyéndose aquellos pacientes diagnosticados y/o tratados en otro centro hospitalario, pacientes con recidivas de cáncer colorrectal previo al inicio del estudio, y pacientes que presentaron otro tipo de cáncer en el transcurso del estudio.

La recogida de datos se realizó revisando las historias clínicas hospitalarias mediante el programa informático Selene[®] y las historias de atención primaria con el programa informático Horus[®].

Se recogieron variables sociodemográficas (edad y sexo), clínico-asistenciales (procedencia del paciente –Atención Primaria, Urgencias, Prevecolon[®]–, fecha de consulta de síntomas, fecha de confirmación del diagnóstico de cáncer, tiempo transcurrido desde la consulta al diagnóstico, motivo de consulta, valoración por comité de tumores, tratamiento recibido), datos relativos al tumor (tipo histológico, localización, grado de diferenciación, estadificación patológica –pT, pN, pM–, estadio diagnóstico), datos relativos a la morbilidad del paciente (número de visitas a urgencias, número de tratamientos recibidos, ingreso en unidad de cuidados intensivos, tiempo de evolución de la enfermedad), evolución del paciente (remisión clínica, progresión o *exitus*) y otros (fechas de última revisión, alta o *exitus*, número de recaídas).

Se tomó como fecha de primer síntoma la fecha de derivación desde el Centro de Salud, o en su caso la fecha por la que consultaron en el servicio de urgencias. Como fecha de confirmación de enfermedad se aceptó la de la confirmación anatomopatológica del diagnóstico de cáncer.

En el análisis descriptivo de los datos, las variables cualitativas se resumen con su distribución de frecuencias. Las variables cuantitativas se presentan con media (y desviación estándar) o mediana (y rango intercuartílico) según su distribución.

El estudio entre las diferencias de los pacientes cuyo diagnóstico de cáncer colorrectal se inicia en atención primaria, frente a aquellos en los que se inicia en urgencias, se realizó mediante el *test* de χ^2 o prueba exacta de Fisher. Para estudiar las diferencias de medias de las variables cuantitativas entre estos grupos se usó el *test* de Student o Mann-Whitney en función de si estas variables siguen distribución normal o no respectivamente. Se estudió la supervivencia acumulada, el tiempo de evolución hasta el fallecimiento, mediante el método de Kaplan-Meier, y se comparó esta supervivencia entre los grupos de estudio con modelos de regresión de Cox.

Al no ser homogéneos los grupos de estudio en variables basales como edad y sexo, en el análisis de las variables de resultado, se comprobó si estas modifican el efecto de los grupos de estudio, mediante modelos de regresión lineal, logística o de Cox en función de la variable de estudio que se estuviese analizando.

Se ha considerado un grado de significación del 5% ($p < 0.05$). Todos los cálculos estadísticos se realizaron utilizando SPSS (versión 26.0 IBM Corp[®]; EE.UU.). Para la elaboración del estudio se siguió la guía

STROBE (*STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology*).

Resultados

La base de datos inicial comprendía un total de 1,587 pacientes con cáncer de colon diagnosticados entre febrero de 2008 y diciembre de 2021. Se depuró esta, retirando a aquellos pacientes que no cumplían criterios, eliminándose tres grupos de pacientes: aquellos en los que no se cumplía el origen del inicio del estudio (inicio del estudio por algún especialista del HUIS, pero no desde urgencias o atención primaria), los pacientes en los que el diagnóstico o tratamiento no se realizó en el HUIS y los pacientes que concomitantemente con el cáncer de colon presentaban otro tumor (Fig. 1).

Finalmente se obtuvo una muestra de 1,110 pacientes, de los cuales 628 (56.6%) procedían de atención primaria y 482 (43.4%) procedían de urgencias (Fig. 1).

Además, se analizaron aparte los 12 pacientes procedentes del programa preventivo Prevecolon[®] (Fig. 1).

La media de edad al diagnóstico de forma global era de 70 años, con una edad en los pacientes que iniciaban el estudio en atención primaria de 69 años, y de 71 años en el caso de inicio del estudio en urgencias. Siendo esa diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$), y al analizar la distribución de edad según lugar de inicio de estudio, se observó que la edad mínima de los pacientes que consultan en urgencias (30.82 años) es menor que la edad de los que inician el estudio en atención primaria (34.59 años).

La distribución por sexo fue de 438 mujeres (39.5%) y 672 hombres (60.5%) (Tabla 1).

Al analizar el estadio se observó que el 50% de los pacientes se diagnosticó en estadios avanzados (III y IV), con un porcentaje del 60.5% en los pacientes procedentes de Urgencias y un 41.2% en los procedentes de atención primaria. Estas diferencias eran significativas ($p < 0.01$) (Tabla 1).

La localización más frecuente correspondió al colon izquierdo, con el 34% de los casos, siendo más frecuente la localización en colon (colon derecho, colon transversal y colon izquierdo), con el 68.6%, que en recto (unión rectosigma y recto), con el 31.4% (Tabla 1).

La variedad histológica en el 80% de los casos era el adenocarcinoma (Tabla 1).

Los motivos de consulta eran similares en ambos ámbitos, pero con diferencias significativas en algunos de ellos según lugar de inicio de estudio (Tabla 2).

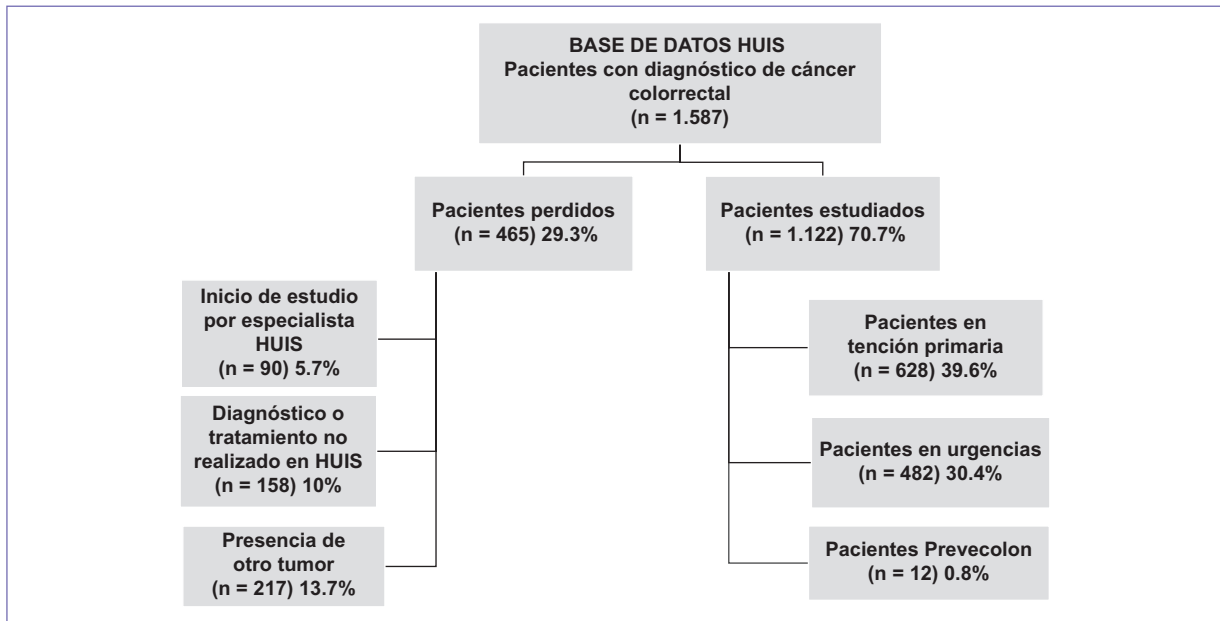


Figura 1. Diagrama de flujo. Esquema del estudio: observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo. HUIS: Hospital Universitario Infanta Sofía.

Tabla 1. Características de los pacientes incluidos en el estudio

Características	Total (n = 1110)	Atención primaria (n = 628)	Urgencias HUIS (n = 482)	p
Edad	70.69 (12.21%)	69.76 (11.24%)	71.89 (13.28%)	0.005
Sexo				0.001
Hombres	672 (60.5%)	406 (64.6%)	266 (55.2%)	
Mujeres	438 (39.5%)	222 (35.4%)	216 (44.8%)	
Estadio				< 0.001
0	135 (12.4%)	113 (18.1%)	22 (4.7%)	
I	177 (16.2%)	129 (20.7%)	48 (10.2%)	
II	239 (21.9%)	124 (19.9%)	115 (24.5%)	
III	276 (25.3%)	154 (24.7%)	122 (26.0%)	
IV	265 (24.3%)	103 (16.5%)	162 (34.5%)	
Localización				< 0.001
Colon	761 (68.6%)	386 (61.5%)	375 (77.8%)	
Recto	349 (31.4%)	242 (38.5%)	107 (22.2%)	
Descriptor morfológico				
Carcinoma <i>in situ</i>	142 (12.8%)	117 (18.6%)	25 (5.2%)	
Adenocarcinoma	892 (80.4%)	476 (75.8%)	416 (86.3%)	
Adenocarcinoma mucinoso	58 (5.2%)	28 (4.5%)	30 (6.2%)	
Células en anillo de sello	2 (0.2%)	1 (0.2%)	1 (0.2%)	
Tumor neuroendocrino	13 (1.2%)	6 (1%)	7 (1.5%)	
GIST	2 (0.2%)	0	2 (0.4%)	
Globolet cells	1 (0.1%)	0	1 (0.2%)	

GIST: tumor del estroma gastrointestinal; HUIS: Hospital Universitario Infanta Sofía.

El tiempo medio transcurrido desde la fecha en la que consultan por el primer síntoma y la fecha de confirmación fue de 84 días. En el caso de inicio del

estudio en atención primaria la demora media fue de 113 días, mientras que en el caso de inicio del estudio en urgencias fue de 47 días. Comparando en un

Tabla 2. Motivo y lugar de inicio de estudio

Características		Total (n = 1110)	Atención primaria (n = 628)	Urgencias HUIS (n = 482)	p
Motivo inicio del estudio	Hallazgo radiológico	6 (0.5%)	2 (0.3%)	4 (0.8%)	0.249
	Cribado CCR	2 (0.2%)	2 (0.3%)	0	
	Hallazgo quirúrgico	1 (0.1%)	0	1 (0.2%)	
	Antecedentes familiares CCR	23 (2.1%)	23 (3.7%)	0	
	Seguimiento pólipos	21 (1.9%)	20 (3.2%)	1 (0.2%)	< 0.001
	Tumoración abdominal	15 (1.4%)	8 (1.3%)	7 (1.5%)	0.799
	Pérdida de peso	237 (21.4%)	123 (19.6%)	114 (23.7%)	0.101
	Dolor abdominal	372 (33.5%)	103 (16.4%)	269 (55.8%)	< 0.001
	Proctalgia	37 (3.3%)	25 (4%)	12 (2.5%)	0.17
	Astenia	129 (11.6%)	45 (7.2%)	84 (17.4%)	< 0.001
	Anemia	334 (30.1%)	199 (31.7%)	135 (28%)	0.185
	Rectorragia	430 (38.7%)	277 (44.1%)	153 (31.7%)	< 0.001
	Diarrea	209 (18.8%)	140 (22.3%)	69 (14.3%)	0.001
	Estreñimiento	281 (25.3%)	144 (22.9%)	137 (28.4%)	0.037
	Falta vaciamiento	4 (0.4%)	3 (0.5%)	1 (0.2%)	
	SOH positiva	143 (12.9%)	129 (20.5%)	14 (2.9%)	< 0.001
	Obstrucción	72 (6.5%)	6 (1%)	66 (13.7%)	< 0.001
	Perforación	29 (2.6%)	4 (0.6%)	25 (5.2%)	< 0.001

CCR: cáncer colorrectal; HUIS: Hospital Universitario Infanta Sofía; SOH: sangre oculta en heces.

diagrama de cajas la demora entre ambos ámbitos, se observa que el diagnóstico en los pacientes que acuden a urgencias es hasta un 50% más precoz y con menor dispersión de días en el 75% de los pacientes, pero con valores extremos similares en ambos casos (Fig. 2).

Al analizar la morbilidad de los pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal se observó que había diferencias en el número de visitas a urgencias: los pacientes cuyo estudio se iniciaba en urgencias tenían una frecuentación en urgencias del doble respecto a los pacientes de atención primaria y posiblemente la morbilidad era mayor.

A la hora de analizar la evolución de los pacientes se tuvieron en cuenta: la remisión, la progresión de la enfermedad y la mortalidad. En todos los casos se comprobó que no era necesario ajustar por edad y sexo, ya que dichas variables habían mostrado diferencias significativas según origen de inicio del diagnóstico, y que las diferencias en la remisión, progresión y

mortalidad entre los pacientes procedentes de atención primaria y los pacientes procedentes de urgencias eran significativas ($p < 0.001$) (Tabla 3).

La mortalidad se analizó también en relación con la localización tumoral (colon y recto), sin observarse diferencias significativas, con una mortalidad similar en ambas localizaciones cifrada en torno al 30%.

El análisis de la supervivencia muestra que en atención primaria la mediana de supervivencia se sitúa en 5,087 días, mientras que en urgencias es de 2,179 días, dicha diferencia en la supervivencia sí es significativa e implica que el riesgo de fallecer es el doble en pacientes procedentes de urgencias frente a los pacientes procedentes de atención primaria, sin ser preciso ajustar por edad y sexo (Fig. 3).

En la base de datos creada, tan solo se incluyeron 12 pacientes procedentes del programa Prevecolon®, uno de los cuales era una pérdida, por presentar concomitantemente cáncer de pulmón. Estos pacientes se analizaron independientemente de los otros 1,110

Tabla 3. Evolución clínica de los pacientes

Características	Total (n = 1110)	Atención primaria (n = 628)	Urgencias HUIS (n = 482)	p
Ingreso en UCI	45 (4.1%)	21 (3.3%)	24 (5%)	0.166
Remisión	679 (61.2%)	454 (72.3%)	225 (46.7%)	< 0.001
Progresión	356 (32.1%)	155 (24.7%)	201 (41.7%)	< 0.001
Exitus	393 (35.4%)	161 (25.6%)	232 (48.1%)	< 0.001

HUIS: Hospital Universitario Infanta Sofía; UCI: unidad de cuidados intensivos.

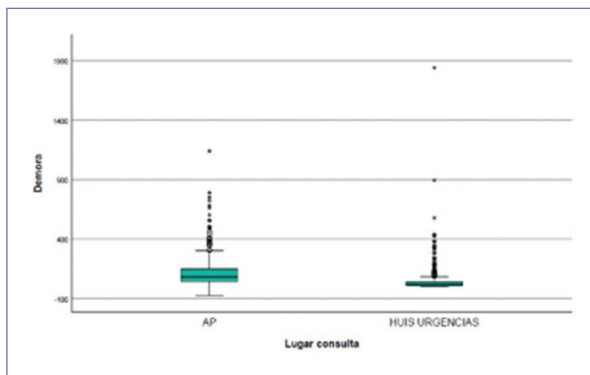


Figura 2. Demora diagnóstica según lugar de inicio de estudio. AP: atención primaria; HUIS: Hospital Universitario Infanta Sofía.

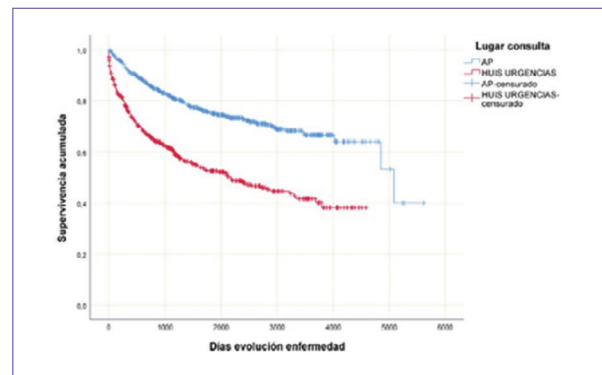


Figura 3. Supervivencia acumulada por lugar de inicio de estudio. AP: atención primaria; HUIS: Hospital Universitario Infanta Sofía.

pacientes, pero con ese volumen tan pequeño no se han podido sacar conclusiones al respecto de la implantación de programa Prevecolon[®] en nuestra zona.

Discusión

El estudio de Gunnarsson¹¹ de 2014 indica que entre el 14 y el 33% de los cánceres colorrectales se diagnostica en urgencias. Ese porcentaje fue superior (43%) en nuestro análisis, los motivos pueden ser varios: años transcurridos desde el estudio, diferencias organizativas entre sistemas asistenciales, diferencias poblacionales, etc.

La media de edad de los pacientes que consultan en urgencias es 30.2 años, inferior a los 34.5 años de media de los pacientes que inician el estudio en atención primaria, lo cual apoyaría la conclusión del estudio de Arhi¹², en el cual se afirma que la incidencia de cáncer colorrectal está aumentando entre los menores de 50 años, con un mayor diagnóstico de estos pacientes en los servicios de urgencias.

Respecto a la forma de presentación del cáncer colorrectal, hay estudios contradictorios. Por un lado, el estudio de Renzi¹³, que realiza una comparación entre pacientes diagnosticados en urgencias y atención primaria, concluye que los motivos de consulta fueron similares en ambos ámbitos. Otro estudio, de Esteva¹⁴, indica que hay diferencias entre los síntomas que presentaban los pacientes que iniciaban el estudio en urgencias y los que iniciaban el estudio en atención primaria. En nuestro estudio se confirman los datos en cuanto a la similitud de los motivos de consulta, si bien, aunque la sintomatología por la que consultan es la misma, en algunos casos como la rectorragia, la astenia, la perforación y la obstrucción, hay diferencias significativas entre los pacientes que inician el estudio en uno u otro ámbito.

El artículo de Esteva¹⁴ concluye también que las mujeres inician el estudio más frecuentemente por urgencias que los hombres, sin embargo en nuestro análisis no hemos encontrado diferencias en este caso entre

ambos ámbitos; por el contrario, sí se han encontrado diferencias en el caso de los hombres, con un mayor porcentaje de ellos que inician el estudio en atención primaria.

Tanto el estudio de Esteva¹⁴ como el estudio de Murchi¹⁵ reflejan que la presentación del cáncer como urgencia es más compleja. En nuestro estudio vemos que hay dos formas clínicas (obstrucción y perforación), que suponen una forma más compleja de presentación. Además, el hecho de iniciar el estudio por urgencias en la mayoría de los casos acorta los tiempos diagnósticos, como refleja el estudio de Murchi¹⁵.

Para finalizar, el estudio de Zhou¹⁶ indica que el diagnóstico de cáncer en los pacientes que inician el estudio en urgencias se asocia a un peor pronóstico. En nuestro análisis ha quedado igualmente reflejado que los pacientes que inician el estudio en urgencias presentan un porcentaje de progresión del doble respecto a los pacientes de atención primaria, con un riesgo de fallecer dos veces mayor en los pacientes cuyo inicio se presenta en urgencias.

El número de pacientes procedentes del programa de prevención Prevecolon[®] ha sido muy escaso, sin poder por ello sacar conclusiones. Se ha relacionado la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) con una disminución del número de pacientes participantes en Prevecolon[®], ya que debido a las medidas implantadas para controlar la pandemia y reducir la mortalidad, los programas de cribado poblacional quedaron aplazados, esto se confirma en diferentes estudios¹⁷⁻¹⁹.

Dentro de las limitaciones de nuestro estudio, se debe tener en cuenta que este se basó en la recogida de datos de las historias clínicas, por lo que hubo registros en algunos pacientes que no estaban reflejados y se perdieron; además, los datos se han extraído de una sola región española.

En cuanto a las fortalezas del estudio, se trata de una base de datos con seguimiento prolongado, que abarca todos los pacientes diagnosticados y tratados por cáncer colorrectal en los últimos 13 años en el HUIS, desde la apertura de este hasta la fecha de cierre del estudio, y que realiza un estudio comparativo entre dos servicios de atención médica principal en cualquier patología, un tema que no está estudiado en la bibliografía.

Los resultados nos han dado a conocer la realidad en cuanto a las características sociodemográficas, tumorales, motivos de consulta y tratamientos realizados. También nos han informado de cuál ha sido la evolución del cáncer colorrectal en nuestra área de estudio,

permitiendo hacer un análisis exhaustivo de la situación del cáncer colorrectal en el área de influencia del HUIS.

Además, nos ha permitido conocer los tiempos de demora diagnóstica, un concepto clave para la instauración precoz de tratamientos, permitiendo valorar la necesidad o no de establecer medidas correctivas para acortar dichos tiempos.

Consideramos que los resultados del estudio podrían ser extrapolables a cualquier población con las mismas características que las de nuestra área de estudio.

Conclusiones

A partir de los resultados de nuestra investigación podemos concluir que hay un porcentaje alto de pacientes que inician el estudio desde urgencias, que en los pacientes cuyo inicio de estudio se presenta en atención primaria la evolución es más favorable con respecto a los que su estudio comienza en urgencias, y que estos últimos presentan la enfermedad en estadios más avanzados y con un porcentaje de progresión y mortalidad de casi del doble frente a los pacientes que inician el estudio en atención primaria, a pesar de que el tiempo de demora es menor.

Esto nos plantea la necesidad de revisar los motivos de los tiempos de demora desde atención primaria, obviando los motivos personales de los pacientes, en los que no podemos actuar; podemos mejorar los tiempos de espera para una cita en las consultas de atención primaria, revisar los circuitos de derivación a especializada buscando equidad, derivaciones con la misma prioridad independientemente del ámbito del que procedan los pacientes, aumentar los recursos personales y materiales para la realización de pruebas diagnósticas, y reactivar y potenciar el programa de cribado Prevecolon[®], que hoy por hoy es el mejor garante para un diagnóstico precoz y una evolución satisfactoria de la enfermedad.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que el estudio se ha realizado conforme a las normas de buena práctica clínica, siguiendo los principios éticos que tienen su origen en la Declaración de Helsinki actualizada.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio fue aprobado por la Comisión de Investigación del HUIS con fecha 27 de enero de 2021. No fue necesario el consentimiento informado. Se respetaron en todo el proceso del estudio, las normas de confidencialidad presentes en la legislación vigente. Se han seguido las recomendaciones pertinentes.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron algún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Bibliografía

- Asociación Española Contra el Cáncer. Dimensiones del cáncer [Internet]. Asociación Española Contra el Cáncer, Observatorio contra el cáncer [citado el 13 de junio de 2024]. Disponible en: <https://observatorio.contraelcancer.es/explora/dimensiones-del-cancer>
- American Cancer Society. Key Statistics for Colorectal cancer [Internet]. American Cancer Society [citado el 14 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.net/cancer-types/colorectal-cancer/statistics>
- Asociación Española Contra el Cáncer. Esperanza de vida y supervivencia de cáncer de colon [Internet]. Asociación Española Contra el Cáncer, Observatorio contra el cáncer [citado el 14 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-colon/evolucion-cancer-colon>
- Asociación Española Contra el Cáncer. ¿Qué tipos de cáncer se pueden prevenir con pruebas de detección precoz? [Internet]. El Blog de la Asociación Española Contra el Cáncer [citado el 15 de junio de 2024]. Disponible en: <https://blog.contraelcancer.es/cribado-cancer>
- Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España 2023 [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica; 2023 [citado el 15 de junio de 2024]. Disponible en: https://seom.org/images/Las_cifras_del_Cancer_en_Espana_2023.pdf
- Oliver Wyman. El impacto económico y social del cáncer en España [Internet]. Madrid: Oliver Wyman, Asociación Española Contra el Cáncer 2020 [citado el 15 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.oliverwyman.es/content/dam/oliver-wyman/lberia/Publications/el-impacto-economico-y-social-del-cancer-en-espana.pdf>
- Marzo-Castillejo M, Bartolomé-Moreno C, Bellas-Beceiro B, Melús-Palazón E, Vela-Vallespín C. Recomendaciones de Prevención del Cáncer. Actualización PAPPs 2022. Aten Primaria. 2022;54(102440):102440.
- American Cancer Society. Colorectal cancer risk factors [Internet]. American Cancer Society [citado el 14 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.net/cancer-types/colorectal-cancer/statistics>
- MSD. Cáncer de colon [Internet]. MSD; septiembre 2022 [citado el 14 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.msd.es/stories/cancer-de-colon>
- Hospital Universitario Infanta Sofía. Memoria 2022 [Internet]. Madrid: Secretaría General del Servicio Madrileño de Salud [citado el 15 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/memo/memoria_2022_hu_infanta_sofia_ok.pdf
- Gunnarsson H, Jennische K, Forssell S, Granström J, Jestin P, Ekholm A, et al. Heterogeneity of colon cancer patients reported as emergencies. World J Surg. 2014;38(7):1819-26.
- Arhi CS, Ziprin P, Bottle A, Burns EM, Aylin P, Darzi A. Colorectal cancer patients under the age of 50 experience delays in primary care leading to emergency diagnoses: a population-based study. Colorectal Dis. 2019;21(11):1270-78.
- Renzi C, Lyratzopoulos G, Card T, Chu TP, Macleod U, Ratchet B. Do colorectal cancer patients diagnosed as an emergency differ from non-emergency patients in their consultation patterns and symptoms? A longitudinal data-linkage study in England. Br J Cancer. 2016;115(7):866-75.
- Esteva M, Ruidíaz M, Sánchez MA, Pértega S, Pita-Fernández S, Macià F, et al. Emergency presentation of colorectal patients in Spain. PLoS One. 2018;13(11):e0207143.
- Murchie P, Smith SM, Yule MS, Adam R, Turner ME, Lee AJ, et al. Does emergency presentation of cancer represent poor performance in primary care? Insights from a novel analysis of linked primary and secondary care data. Br J Cancer. 2017;116(9):1148-58.
- Zhou Y, Abel GA, Hamilton W, Pritchard-Jones K, Gross CP, Walter FM, et al. Diagnosis of cancer as an emergency: a critical review of current evidence. Nat Rev Clin Oncol. 2017;14(1):45-56.
- Al-Kuwari MG, Abdulmalik MA, Al-Mudahka HR, Bakri AH, Al-Baker WA, Abushaikh SS, et al. The Impact of covid-19 pandemic on the preventive services in Qatar. J Public Health Res. 2021;10(1):1910.
- Bărbulescu L-N, Rădulescu V-M, Bărbulescu L-F, Mogoantă S-Ștefăniță. The influence of the COVID-19 pandemic on colorectal cancer secondary preventive healthcare measures. Healthcare (Basel). 2023;11(17):2457.
- Kinslow CJ, DeStephano DM, Neugut AI, Taparra K, Horowitz DP, Yu JB, et al. Site-specific patterns of early-stage cancer diagnosis during the COVID-19 pandemic. JNCI Cancer Spectr. 2024;8(3):pkae022.