

Réplica (Reply)

Hemos leído con interés los comentarios de los autores de la Carta al Director a nuestro editorial. Coincidimos plenamente en que ante el problema de salud que representa el cáncer colorrectal hay que trabajar para prevenirlo, diagnosticar adecuadamente los casos sintomáticos, tratar los casos diagnosticados y promover la detección temprana cuando la evidencia de un balance favorable entre los beneficios y los riesgos y la factibilidad de su implantación generalizada lo permitan.

Los resultados de los ensayos clínicos han demostrado la eficacia del cribado de cáncer colorrectal mediante detección de sangre oculta en heces. Los datos sobre el beneficio de este cribado indican que el balance entre beneficios y riesgos es favorable¹ y razonable en comparación con otros cribados establecidos: el número necesario de personas que hay que cribar para evitar una muerte por cáncer colorrectal es de 747 en 7,8 años para el ensayo de Nottingham¹ y de 470 en 10 años para el danés², ambos con cribado cada 2 años mediante detección de sangre oculta en heces. Merece la pena resaltar que el porcentaje de personas que tuvieron que realizarse una colonoscopia para el estudio de un resultado positivo fue, a lo largo de todo el ensayo, del 4% (en 7,8 años) en el estu-

dio de Nottingham y del 4,3% (en 10 años) en el danés muy lejos del 31% (en 13 años) en el estudio de Minnesota³.

Otro aspecto importante es la aceptación de un programa poblacional de cribado de cáncer colorrectal. Los datos disponibles en nuestro medio indican que ésta es claramente inferior que para otros cribados ya establecidos como el de cáncer de mama. El desconocimiento sobre la existencia y eficacia de este cribado y la poca familiaridad con el mismo por parte de la población diana son factores que, junto con otros como las propias características de la prueba de cribado, pueden explicar la limitada participación. En este sentido, un estudio reciente pone de manifiesto que se puede conseguir una participación que puede llegar hasta el 58% con métodos de invitación más intensivos⁴. Los programas piloto nos han de permitir valorar la factibilidad de generalizar este cribado, estudiar formas de conseguir una mayor participación informada en este cribado y diseñar programas que adecuen los recursos invertidos en el programa a los resultados esperados en caso de generalizarse.

Josep M. Borràs / Josep A. Espinàs
Institut Català d'Oncologia.
Servei Català de la Salut.
jmborras@ico.scs.es

Bibliografía

1. Robinson MH, Hardcastle JD, Moss SM, Amar SS, Chamberlain JO, Armitage NC, et al. The risks of screening: data from the Nottingham randomised controlled trial of faecal occult blood screening for colorectal cancer. *Gut* 1999;45:588-92.
 2. Kronborg O, Fenger C, Olsen J, Jorgensen OD, Sondergaard O. Randomised study of screening for colorectal cancer with faecal-occult-blood test. *Lancet* 1996;348:1467-71.
 3. Lang CA, Ransohoff DF. What can we conclude from the randomized controlled trials of fecal occult blood test screening? *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1998;10:199-204.
 4. Courtier R, Casamitjana M, Macia F, Panades A, Castells X, Gil MJ, et al. Participation in a colorectal cancer screening programme: influence of the method of contacting the target population. *Eur J Cancer Prev* 2002;11:209-13
-