

Cribado del cáncer colorrectal: el trigo está en las gavillas y la casa tiene cimientos

Colorectal cancer screening: actions have been taken and the cart has been put behind the horse

Señora directora:

En relación con el artículo *Cribado del cáncer colorrectal: no es lo mismo predicar que dar trigo, ni se empieza la casa por el tejado*, publicado en su revista¹, querríamos matizar algunas de las afirmaciones que contiene respecto a la efectividad del cribado, la baja participación de la población o la posible iatrogenia asociada a la práctica de la colonoscopia.

Entre las distintas pruebas de cribado que se han venido proponiendo, la determinación de sangre oculta en heces y la sigmoidoscopia han demostrado su efectividad en ensayos clínicos controlados y aleatorizados, con un nivel de evidencia 1 y un grado de recomendación A². Así, la reducción de la mortalidad por cáncer colorrectal se sitúa entre un 15% y un 18%, y se estima que puede llegar hasta el 30%^{2,3}. Además, la detección y la resección de pólipos adenomatosos puede reducir la incidencia de esta neoplasia^{2,3}.

El tipo de prueba empleado, junto con el modelo organizativo del programa, son los principales determinantes de la participación^{2,3}. Un estudio reciente demuestra que la utilización de métodos inmunológicos aumenta en un 12,7% la participación y en un 1,2% las tasas de detección de adenomas avanzados y de cáncer colorrectal, en comparación con la prueba de guayaco⁴. La sensibilidad del test inmunológico para la detección de cáncer colorrectal y adenomas ≥ 1 cm alcanza el 98% y el 67%, respectivamente, mientras que la especificidad es del 99% y el 97%^{2,3}.

La introducción de modelos organizativos que mejoren la accesibilidad al programa, el grado de información de la población sobre éste y la participación de los agentes de atención primaria puede incrementar significativamente el cumplimiento². En los programas de detección precoz de cáncer colorrectal de Barcelona y de la comarca del Alt Penedès se ha contemplado la incorporación del farmacéutico comunitario en el plan funcional y la coordinación con los equipos de atención primaria, con lo cual se están alcanzando ya participaciones superiores al 45% y tasas de detección de cáncer y de adenomas de alto riesgo de 4,6 por mil y de 18,2 por mil, respectivamente.

Las complicaciones asociadas a la sedoanalgesia, la propia colonoscopia o la extirpación de pólipos son aún menos frecuentes, en un contexto de cribado, que las que menciona el artículo citado.

No obstante, con el fin de minimizarlas es fundamental un estricto control de calidad en las unidades de endoscopia que las realizan. Conscientes de ello, la Asociación Española de Gastroenterología y la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva han elaborado la *Guía de práctica clínica de calidad en la colonoscopia de cribado del cáncer colorrectal*⁵, cuyos indicadores de calidad ya están siendo adoptados por los programas⁶.

La comparación de los resultados preliminares de nuestros programas con los obtenidos en experiencias previas en el entorno, tanto en lo que se refiere a las tasas de participación y positividad como al valor predictivo para la detección de cáncer colorrectal y adenomas, sugiere que algunos aspectos ligados a la estructura y el proceso de dichas actividades pudieran ser importantes para su efectividad en términos poblacionales⁷.

Bibliografía

1. Segura A. Cribado del cáncer colorrectal: no es lo mismo predicar que dar trigo, ni se empieza la casa por el tejado. *Gac Sanit.* 2011;25:331-2.
2. Castells A, Marzo-Castillejo M, Mascort JJ, et al. Prevención del cáncer colorrectal. Actualización 2009. *Gastroenterol Hepatol.* 2009;32:717.e1-58.
3. Segnan N, Patnick J, von Karsa L. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. 1st ed. Luxembourg: European Commission, Publications Office of the European Union; 2010. p. 450.
4. van Rossum LG, van Rijn AF, Laheij RJ, et al. Random comparison of guaiac and immunochemical fecal occult blood tests for colorectal cancer in a screening population. *Gastroenterology.* 2008;135:82-90.
5. Jover R, editor. Guía de práctica clínica de calidad en la colonoscopia de cribado del cáncer colorrectal. Madrid: EDIMSA; 2011.
6. Pla Director d'Oncologia. Proposta de criteris generals d'organització i funcionament del Programa de Detecció Precoç de Càncer de Còlon i Recte de Catalunya.
7. Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte Barcelona Esquerra-Litoral Mar. Pla Funcional. Hospital Clínic, Parc de Salut Mar i Col·legi de Farmacèutics de Barcelona. Barcelona. 2010. Disponible en: <http://www.prevenciacolonbcn.org/professionals/>

Rafel Guayta-Escolies^{a,*}, Antoni Castells^a, Francesc Macià^a, Gemma Binefa^b y Grupo de Investigación del Programa de Prevención del Cáncer de Colon y Recto (PROCOLON)

^a Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto de Barcelona, España

^b Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto, Institut Català d'Oncologia, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rguayta@cofb.net (R. Guayta-Escolies).

doi:10.1016/j.gaceta.2011.11.009

Respuesta a la carta «Cribado del cáncer colorrectal: el trigo está en las gavillas y la casa tiene cimientos»

Response to the Letter "Colorectal cancer screening: actions have been taken and the cart has been put behind the horse"

Resulta estimulante recibir la aclaración (mediante una fórmula tan cortés como la de matizar) de que iniciativas locales de prevención del cáncer de colon, como la que se lleva a cabo en Barcelona y la comarca del Alt Penedès, sí cuidan como se merecen algunos de los aspectos prácticos necesarios para conseguir una cobertura eficiente y equitativa. Cuestiones éstas a las que no siempre se presta la atención necesaria, aunque condicionen decisivamente el impacto final que en términos de mortalidad general y específica se alcanza.

Precisamente porque son factores que tienen que ver con la gestión cotidiana, a menudo se dejan para el final o incluso se olvidan, de donde surgía buena parte de las dudas y reticencias expresadas en mi artículo¹ que ha merecido la amable atención de Guayta et al.² Claro que me hubiera gustado más recibir el desmentido que demostrara que todos los programas que se han ido poniendo en marcha en España garantizan el buen funcionamiento de las actividades implicadas, y en particular que se comprueba efectivamente el cumplimiento de los requisitos de calidad establecidos, entre los cuales merece destacarse que las pruebas de confirmación diagnóstica sean efectuadas por profesionales específicamente acreditados y mediante procedimientos objeto de validación continuada para alcanzar el máximo grado posible de seguridad, de lo cual podrían hacer dudar algunos episodios que han trascendido a los medios de comunicación³. Pero con ser imprescindible, la seguridad no es más que una de las características de los programas preventivos que

convocan a personas que, en la mayoría de los casos, no padecen lesiones.

Además, desde luego, de la efectividad, hay que tener en cuenta la eficiencia y la equidad. Y para evaluar a todas ellas conviene disponer de información sobre la evolución de la incidencia de este tipo de tumores en la población diana. Una información que, para la mayoría de la población española, no está disponible directamente, ya que los registros de cáncer de ámbito poblacional cubren menos del 30% del conjunto y las diferencias entre ellos son notables: entre 27,2 y 12,6 por 100.000 varones (tasa estandarizada) en Girona y Cuenca, respectivamente⁴.

Tampoco queda claro el compromiso de los servicios sanitarios públicos a la hora de garantizar la continuidad de estas actividades, que perderían todo su potencial sentido si se convirtieran en prácticas esporádicas de detección oportunista, como lamentablemente ocurre en muchas de las consultas médicas de nuestro país y de otros países ricos, en las que entre otras actividades clínicas preventivas de dudoso valor y éticamente discutibles⁵ es habitual que a los varones de más de 50 años de edad se les solicite una determinación del antígeno específico de próstata, aunque resulte contrario a las recomendaciones científicas⁶. Quizás, pues, conviniere poner énfasis en la prevención de esta iatrogenia y despilfarro que, por cierto, se recomendaba a bombo y platillo en un reciente telediario de TVE⁷.

Bibliografía

1. Segura A. Cribado del cáncer colorrectal: no es lo mismo predicar que dar trigo, ni se empieza la casa por el tejado. Gac Sanit. 2011;25:331-2.
2. Guayta-Escobies R, Castells A, Macià F, et al. Cribado del cáncer colorrectal: el trigo está en las gavillas y la casa tiene cimientos. Gac Sanit. 2011.
3. Vilà C. Denuncien l'hospital de Figueres per negligència mèdica en la mort d'una dona. Diari de Girona, 25 de gener de 2011. Disponible en: <http://www.diaridegirona.cat/comarques/2011/01/25/denuncien-lhospital-figueres-negligencia-medica-mort-duna-dona/460609.html>
4. Curado MP, Edwards B, Shin HR, et al., editores. Cancer incidence in five continents, IX. Lyon: IARC; 2007. IARC Scientific Publication No. 160.
5. Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I. Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? BMJ. 2003;327:498-500.
6. Chou R, Crosswell JM, Dana T, et al. Screening for prostate cancer: a review of the evidence for the U.S. Preventive Medicine Task Force. Ann Intern Med. 2011. Disponible en: <http://www.annals.org/content/early/2011/10/07/0003-4819-155-11-201112060-00375.1.long#fn-group-1>
7. TVE. Telediario de las 21 horas del 15 de septiembre de 2011. Disponible en: <http://www.rtve.es/alacarta/videos/telediario/telediario-21-horas-15-09-11/1198424/>.

Andreu Segura

Área de Salud Pública, Institut d'Estudis de la Salut, Barcelona, España
Correo electrónico: andreu.segurab@gencat.cat

doi:10.1016/j.gaceta.2011.11.010