



EDITORIAL semFYC

¿Estamos convencidos de nuestro papel en la prevención y detección precoz del cáncer colorrectal?

Are we convinced of our role in the prevention and early detection of colorectal cancer?

El cáncer colorrectal (CCR) es una enfermedad de gran magnitud¹. Las tasas de incidencia se han incrementado de forma significativa en la última década, de tal manera que representa la segunda causa de incidencia y mortalidad por cáncer, tanto en hombres como en mujeres en la mayoría de los países desarrollados, y el primer lugar si consideramos conjuntamente ambos sexos¹.

La etiología del CCR es heterogénea y se han descrito factores ambientales y genéticos relacionados con su aparición. La mayoría de los tumores son esporádicos, originados a partir de un pólipo adenomatoso, y en su génesis predominan los factores ambientales (hábitos dietéticos y estilos de vida). Una pequeña proporción corresponde a formas hereditarias en las que predominan los factores genéticos (poliposis adenomatosa familiar, cáncer colorrectal no polipósico)².

El CCR reúne las condiciones requeridas para considerarlo susceptible de cribado². Se dispone de diversas pruebas de cribado eficaces que permiten detectar la enfermedad en fases iniciales². La prueba de detección de sangre oculta en heces guayaco (SOHg), aunque no es la ideal, se justifica por los resultados de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) en términos de reducción de la mortalidad y por su favorable relación coste-efectividad. El test inmunológico (SOHi) evita los inconvenientes de la restricción dietética y farmacológica del guayaco, mejora el cumplimiento, favorece una mejor estandarización y control de calidad del proceso y permite seleccionar el punto de corte más eficiente, para la indicación de colonoscopia, según la disponibilidad de recursos. La colonoscopia es la prueba más sensible y específica, pero presenta más complicaciones, requiere más recursos (personal entrenado e instalaciones adecuadas), y es peor aceptada por la población que la detección de SOH o la sigmoidoscopia. La sigmoidoscopia flexible ha sido evaluada mediante ECA y se considera una buena alternativa. Es más segura que la colonoscopia, la preparación del paciente es más fácil y no requiere sedación ni monitorización.

Actualmente está en marcha el ECA COLONPREV, promovido por la Asociación Española Gastroenterología, y financiado con la colaboración de la Fundación de la Asociación Española Contra el Cáncer y del Instituto de Salud Carlos III, que compara el cribado con SOHi y la colonoscopia³. El reclutamiento se ha realizado en 8 comunidades autónomas (CCAA), invitando a participar a la población de riesgo medio. Los resultados en su primera ronda muestran que la detección de CCR con SOHi es comparable a la colonoscopia (OR = 0,99 [IC95%:0,61-1,64]), aunque no la detección de adenomas avanzados, donde el rendimiento es superior con la colonoscopia OR = 2,30 [IC95%:1,97-2,59]³. Los resultados en términos de reducción de la mortalidad no estarán disponibles hasta dentro de 10 años.

La Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud⁴, aprobada por el Consejo Interterritorial en el año 2009, así como las recomendaciones de los diferentes planes de salud de las CCAA, recogen la propuesta de realizar el cribado poblacional del CCR en la población de 50 a 69 años, con periodicidad bienal y mediante la prueba de SOH. Cataluña, Valencia, Murcia, Canarias, País Vasco, Cantabria, Extremadura, Castilla y León, La Rioja y Navarra cuentan con programas de cribado dirigidos a una parte de su población diana^{5,6}. Otras CCAA tienen el compromiso de iniciar su programa^{5,6}. No obstante, la crisis económica ha obligado a redefinir los calendarios de implantación.

Los niveles de participación (entre un 32,1 y un 59%) y la cobertura (12% de la población diana) en el conjunto de estos programas no son óptimos⁵⁻⁷. La experiencia del País Vasco muestra que una mayor implicación de los profesionales de atención primaria (AP), con la recomendación por parte de su médico de participar en el programa, incrementa significativamente la tasa de respuesta⁶. Otros programas han obtenido tasas de participación aceptables cuando el test de SOH se ofrece a través de las oficinas de farmacia.

Los resultados no publicados del ECA COLONPREV también muestran una mayor tasa de participación en aquellas CCAA donde los profesionales de AP colaboran más activamente.

La comunidad científica avala la idoneidad del cribado del CCR, porque considera que su balance beneficio-riesgo es favorable, y las autoridades sanitarias (Salud Pública) han decidido su implantación, con la consiguiente dotación de recursos (diseño de circuitos apropiados, garantía de calidad de las pruebas diagnósticas y de los tratamientos). Sin embargo, para que este cribado logre los efectos esperados se debe garantizar una participación de la población diana superior al 50%. De ahí la necesidad de integrar e implicar a todos los estamentos capaces de promover una mayor participación (AP, atención especializada, oficinas de farmacia y medios de comunicación).

El PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la salud en atención primaria)⁸, la semFYC y sus diversas sociedades federadas también apoyan el cribado de CCR, pero abogan por una amplia reflexión sobre el papel de AP. En nuestra opinión, allí donde está en marcha un programa, la colaboración de los profesionales de AP debe ser activa, básicamente: 1) promoviendo la participación y adherencia al cribado. Los profesionales de AP informan sobre los beneficios, riesgos, acciones recomendadas y alternativas, por tanto es posible que la recomendación del equipo de AP sea determinante, tal como parecen demostrar algunos programas; 2) valorando criterios de exclusión. La capacidad para determinar si el paciente pertenece a la población diana, valorando criterios de exclusión y categorías de riesgo (antecedentes familiares y/o personales) y considerar si es preciso su derivación a las unidades de consejo genético, sitúa al equipo de AP en un lugar privilegiado para obtener la información; 3) garantizando la continuidad y el correcto seguimiento de los pólipos, y 4) e, incluso, informando al paciente del resultado en el test de SOH y solicitando la colonoscopia.

Pero la duda y el gran reto es si desde la AP nos deberíamos plantear ofrecer el cribado oportunista del CCR allí donde no se haya puesto en marcha un cribado poblacional. Ofrecer un cribado oportunista implica varias cuestiones complejas. Es necesario garantizar una serie de aspectos clave: el consenso de protocolos y actividades entre todos los profesionales e instituciones implicados, una estructura de monitorización y seguimiento de resultados a través de un sistema de información y registro único, la información a todos los implicados y un liderazgo compartido entre los servicios de salud pública, la AP y la especializada y, naturalmente, sin obviar el compromiso de las administraciones. La incorporación del cribado oportunista en la consulta de AP aumentaría la participación y avanzaríamos hacia la cobertura universal de la población susceptible de beneficiarse del cribado del CCR.

Los profesionales de AP han de sentirse coprotagonistas en el diseño y puesta en marcha de los programas de prevención y en la creación de circuitos específicos para garantizar un relación fluida entre los diferentes niveles asistenciales. Han de participar activamente en la elaboración de protocolos para mejorar la atención de pacientes con riesgo aumentado de desarrollar un CCR. También difundir las recomendaciones sobre hábitos saludables y la

educación en el reconocimiento de los posibles signos y síntomas de sospecha. Todo ello con el apoyo de las sociedades científicas, en la promoción de actividades de formación continuada de los profesionales (incluyendo formación específica de residentes) y en la difusión de las recomendaciones en diferentes foros: tecnologías de la información y la comunicación, revistas de referencia, jornadas y congresos.

La semFYC participa de forma activa en la Alianza para la Prevención del Cáncer de Colon^{9,10} fundamentalmente a través de los miembros del PAPPS, con representantes en todas las CCAA. Pero más allá de esta participación, para luchar de forma más eficaz contra el CCR y tratar de reducirlo se requieren cambios fundamentales en las formas de actuar de todos los implicados, muy especialmente de los propios profesionales de AP. Es necesario potenciar todas las particularidades de la AP como ámbito idóneo para incorporar las actividades preventivas y de promoción de la salud.

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento a los miembros del grupo de cáncer del PAPPS por sus comentarios y aportaciones.

Bibliografía

1. GLOBOCAN 2008. Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008 [consultado 20 Abril 2012]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/>
2. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica de prevención del cáncer colorrectal. Actualización 2009. Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2009. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada: 4.
3. Quintero E, Castells A, Bujanda L, Cubiella J, Salas D, Lanás A, et al., COLONPREV Study Investigators. Colonoscopy versus fecal immunochemical testing in colorectal-cancer screening. *N Engl J Med.* 2012;366:697-706.
4. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, 2010 [consultado 15 Abril 2012]. Disponible en: www.msps.es/organizacion/sns/ActualizacionEstrategiaCancer.pdf
5. Barreras en la implantación del cribado del cáncer de colon en España. Libro resúmenes. Madrid, 30 de marzo de 2011.
6. Jornada de actualización en cribado de Cáncer Colorrectal. Lecciones aprendidas. Palacio Euskalduna – Bilbao – 9 de marzo de 2012.
7. Jornada sobre «Cribado de Cáncer Colorrectal. Fortalezas y limitaciones». Instituto Catalán de Oncología, el Hospital Clínic, el Colegio de Farmacéuticos y la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). Barcelona, 28 de marzo de 2012.
8. Marzo-Castillejo M, Bellas Beceiro B, Vela Vallespín C, Nuin Villanueva M, Bartolomé-Moreno C, Vilarrubi Estrella M, et al. Prevención del Cáncer. Recomendaciones 2012. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la salud en atención primaria (PAPPS). *Aten Primaria.* 2012;44 Supl 1:23-5.
9. Andreu García M, Marzo M, Mascort J, Quintero E, García-Alfonso P, López-Ibor C, et al. Alianza para la Prevención del Cáncer de Colon en España. [Prevention of colorectal cancer]. *Aten Primaria.* 2009;41:127-8.

10. Morillas JD, Castells A, Oriol I, Pastor A, Pérez-Segura P, Echevarría JM, et al., en representación de la Alianza para la Prevención del Cáncer de Colon en España. [The Alliance for the Prevention of Colorectal Cancer in Spain. A civil commitment to society]. *Gastroenterol Hepatol*. 2012;35:109–28.

M. Marzo-Castillejo^{a,b,*}, J. Mascort Roca^{b,c}
y A. Pastor Rodríguez-Moñino^{b,d}

^a *Unitat de Suport a la Recerca de Costa de Ponent– IDIAP Jordi Gol, Direcció d'Atenció Primària Costa de Ponent, Institut Català de la Salut, Barcelona, España*

^b *Representante de semFYC en la Alianza para la Prevención del Cáncer*

^c *ABS Florida Sud. Institut Català de la Salut, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España*

^d *Dirección Técnica de Docencia e Investigación, Gerencia de Atención Primaria de Madrid, España*

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: mmarzoc@gencat.cat
(M. Marzo-Castillejo).