

## Mortalidad evitable y cáncer de colon y recto

Sr. Director:

Nos sorprendió que en el artículo de Gispert et al<sup>1</sup> sobre la lista de causas de mortalidad evitable se excluyese al cáncer de colon y recto. Si bien las listas de causas de mortalidad evitable han sufrido notables cambios durante los últimos años, las revisiones recientes<sup>2</sup>, algunas de las publicaciones citadas en el artículo y otras no citadas sí lo incluyen. Por tanto, cabe deducir que en la etapa inicial de búsqueda bibliográfica que exponen los autores sí figuraba esta causa de muerte y que durante el proceso de consenso se decidió excluirla. Según nuestra opinión, es un error.

El cáncer de colon y recto se sitúa en segundo lugar en el *ranking* de causas de muerte por tumores en España, tanto en varones como en mujeres<sup>3</sup>, y es uno de los de mayor incidencia en todos los Registros de Cáncer españoles<sup>4</sup>. Este tumor cumple la definición de mortalidad evitable propuesta por los autores en la tabla 1 (pág. 186): «casos de muerte por enfermedades o causas externas que disponen de tratamiento o medidas de prevención y que podrían haberse evitado si el sistema sanitario hubiera actuado correctamente en todos sus pasos». La evidencia científica demuestra abrumadoramente que hay medidas consagradas de prevención primaria y secundaria de este tumor.

En primer lugar, gran número de estudios han identificado diversos factores de riesgo y de protección de esta neoplasia, y que los cambios en la exposición a estos factores disminuyen su incidencia y mortalidad. Entre estos factores está el consumo de tabaco<sup>5</sup>, el consumo de alcohol<sup>6,7</sup>, la ingesta de carnes rojas y procesadas<sup>8</sup>, el déficit de ácido fólico y su interacción con el consumo de alcohol<sup>9,10</sup>, el sedentarismo<sup>11</sup>, el sobrepeso<sup>12</sup> y la hiperglucemia<sup>13</sup>, todas ellas exposiciones potencialmente modificables. De hecho, se ha verificado que el potencial de prevención primaria de este tumor modificando las exposiciones citadas es uno de los más importantes, ya que reduce su incidencia en un 71%<sup>14,15</sup>. La aplicación de estas medidas ha producido un descenso mantenido en la incidencia y la mortalidad por este tumor en varios países y, tristemente, en otros como España, que nunca las aplicaron apropiadamente, la incidencia y la mortalidad por cáncer de colon y recto ha aumentado imparablemente durante las últimas décadas, superando a las de los países que históricamente las tenían más altas<sup>3,4,16</sup>.

En segundo lugar, hay una sólida evidencia científica sobre la eficacia de algunos procedimientos para la detección precoz de este cáncer. Varios ensayos clínicos controlados con asignación aleatoria y el metaanálisis de éstos han demostrado que la detección de sangre oculta en heces es una medida eficaz para reducir la mortalidad por estos tumores<sup>17</sup>. Asimismo, otro tipo de estudios han demostrado la eficacia de la rectosigmoidoscopia para su detección precoz<sup>18-20</sup>. La combinación de ambos procedimientos y otros, como la colonoscopia, que están en estudio, pueden mejorar en un futuro cercano la eficacia de los programas de detección precoz.

Por todo lo expuesto, consideramos que el cáncer de colon y recto cumple todos los requisitos estipulados por los auto-

res para incluirlo en los 2 grupos de causas seleccionadas: las susceptibles de intervención por los servicios de asistencia sanitaria (programas de detección precoz) y los susceptibles de intervención por políticas sanitarias intersectoriales (programas de prevención primaria).

Algunos investigadores de prestigio sobre el tema de mortalidad evitable están haciendo comparaciones internacionales sobre sus tendencias, en las que se incluye a España y al cáncer de colon y recto como causa evitable<sup>21</sup>. Si la lista propuesta por los autores prosperase, se subestimaría sensiblemente el impacto de la mortalidad evitable en España y se comprometería la evaluación de las medidas de prevención primaria y secundaria aplicadas para su reducción, imposibilitando además la comparabilidad de nuestros resultados con los de otros países.

Por todo lo expuesto, consideramos que la lista es incompleta si no se incluye el cáncer de colon y recto, y que en su estado actual no debería alentarse su uso en España.

Miguel Gili / Juan Luis Cabanillas / Luis Béjar  
Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública,  
Universidad de Sevilla, Sevilla, España.

### Bibliografía

1. Gispert R, Barés M, Puigdefàbregas A, y el Grupo de Consenso en la Mortalidad Evitable. La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España. *Gac Sanit.* 2006;20:184-93.
2. Nolte E, McKee M. Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. London: Nuffield Trust; 2004.
3. Centro Nacional de Epidemiología. La situación del cáncer en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
4. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Storm H. Cancer incidence in five continents. Vols. I-VIII. Lyon: IARC CancerBase N.º 7; 2005. Disponible en: <http://www-dep.iarc.fr/>
5. Giovannucci E. An updated review of the epidemiological evidence that cigarette smoking increases risk of colorectal cancer. *Cancer Epidemiol Biomark Prev.* 2001;10:725-31.
6. Longnecker MP, Orza MJ, Adams ME, Vioque J, Chalmers TC. A metaanalysis of alcoholic beverage consumption in relation to risk of colorectal cancer. *Cancer Causes Control.* 1990;1:59-68.
7. Cho E, Smith-Warner SA, Ritz J, Van den Brandt PA, Golditz GA, Folsom AR, et al. Alcohol intake and colorectal cancer: a pooled analysis of 8 cohort studies. *Ann Intern Med.* 2004;140:603-13.
8. Norat T, Lukanova A, Ferrari P, Riboli E. Meat consumption and colorectal cancer risk: dose-response meta-analysis of epidemiological studies. *Int J Cancer.* 2002;98:241-56.
9. Giovannucci EL. Epidemiologic studies of folate and colorectal neoplasia: a review. *J Nutr.* 2002;132 Suppl:2350-5.
10. McCullough ML, Giovannucci EL. Diet and cancer prevention. *Oncogene.* 2004;23:6349-64.
11. Samad AKA, Taylor RS, Marshall T, Chapman MAS. A meta-analysis of the association of physical activity with reduced risk of colorectal cancer. *Colorectal Disease.* 2005;7: 204-13.
12. Pischon T, Lahmann PH, Boeing H. Body size and risk of colon and rectal cancer in the European Prospective Investigation

- into Cancer and Nutrition (EPIC). *J Natl Cancer Inst.* 2006; 98:920-31.
13. Cooney KA, Gruber SB. Hyperglycemia, obesity, and cancer risks on the horizon. *JAMA.* 2005;293:235-6.
  14. Platz EA, Willett WC, Colditz GA, Rimm EB, Spiegelman DL, Giovannucci EL. Proportion of colon cancer risk that might be preventable in a cohort of middle-aged US men. *Cancer Causes Control.* 2000;11:579-88.
  15. Willett WC. Balancing life-style and genomics research for disease prevention. *Science.* 2002;296:695-8.
  16. López-Abente G, Pollan M, Vergara A, Moreno C, Moreo P, Ardanaz E, et al. Age-period-cohort modeling of colorectal cancer incidence and mortality in Spain. *Cancer Epidemiol Biomark Prev.* 1997;6:999-1005.
  17. Towler B, Irving L, Glasziou P, Kewenter J, Weller D, Silagy C. A systematic review of the effects of screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. *BMJ.* 1998;317:559-65.
  18. Selby JV, Friedman GD, Quesenberry CP, Weiss NS. A case-control study of screening sigmoidoscopy and mortality from colorectal cancer. *N Engl J Med.* 1992;326:653-7.
  19. Newcomb PA, Norfleet RG, Storer BE, Surawicz TS, Marcus PM. Screening sigmoidoscopy and colorectal cancer mortality. *J Natl Cancer Inst.* 1992;84:1572-5.
  20. Müller AD, Sonnenberg A. Protection by endoscopy against death from colorectal cancer. A case-control study among veterans. *Arch Intern Med.* 1995;155:1741-8.
  21. Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. *BMJ.* 2003;327:1129-33.

## Crerios para determinar la lista de causas de mortalidad evitable: una discusión inevitable

*Sr. Director:*

Agradecemos la carta al director de Gili et al<sup>1</sup> en la que comentan nuestro artículo de consenso sobre la lista de causas de mortalidad evitable (ME)<sup>2</sup>, aunque discrepamos respecto a considerar un error la no inclusión del cáncer de colon y recto (CCR) en la lista.

Tal como se explicita en el apartado de material y métodos de nuestro artículo<sup>2</sup>, la lista de origen se elaboró a partir de las propuestas de otros autores publicadas hasta ese momento. Como puede apreciarse en la tabla 3 del artículo, la referencia del trabajo de mortalidad evitable que incluye el CCR al que se refieren los autores de la carta<sup>3</sup> no figura entre ellas, puesto que aún no había sido publicada en aquel momento del estudio.

La primera ronda de consultas de nuestro trabajo incluía un apartado en el que los expertos podían añadir sus propuestas sobre otras causas, y entre las respuestas se sugirió la inclusión de este cáncer. En la siguiente ronda se añadió a la lista de causas a debatir (al igual que otras propuestas nuevas), pero obtuvo menos de 5 votaciones, el número mínimo para pasar a la siguiente fase. Los argumentos en contra eran fundamentalmente la falta de pruebas firmes en relación con las intervenciones efectivas sobre los factores de riesgo y la no aceptación unánime de la eficacia y la eficiencia de los cribados poblacionales para reducir, respectivamente, la incidencia y la mortalidad por esta causa.

Si bien es cierto que los tratamientos adyuvantes del CCR, implantados en España progresivamente a partir de mediados de la década de los noventa, pueden estar empezando a aumentar la supervivencia relativa de los pacientes (situada en torno al 55% y similar a la de otros países europeos)<sup>4</sup>, esta mejora depende en gran medida del estadio de la enfermedad<sup>5</sup>. La estrategia habitual de diagnóstico precoz mediante cribados poblacionales (sangre oculta en heces y sigmoidocolonoscopía), que en el caso del CCR es aún controvertida<sup>3,6</sup>, no se ha implantado en España, más allá de los que se encuentran en fase piloto<sup>7</sup>. Tampoco es práctica habitual en la atención primaria de salud española y las recomendaciones sobre su implantación aún poco concluyentes (se desaconseja su realización en el Programa de Actividades Preventivas de la sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria<sup>8</sup>, pero se recomienda para determinados casos en el nuevo libro blanco de la prevención en Cataluña<sup>9</sup>).

El indicador de mortalidad evitable pretende detectar el desempeño de los servicios sanitarios a partir de la práctica real y de la atención que prestan efectivamente estos servicios, razón final por la que no se incluyó el CCR en nuestra lista. De otra manera, estaríamos hablando de otro tipo de indicador, más ligado a la adecuación o la accesibilidad de la prestación sanitaria. Este hecho supone una limitación del indicador, puesto que comporta que las listas utilizadas deban adaptarse a la realidad sanitaria de cada país, pero a su vez es una garantía de su validez. Lamentablemente, éste es un problema difícil de superar, pero que tampoco estaría resuelto de haberse incluido el CCR como pretenden los autores de la carta. La lista utilizada en el referido trabajo de Nolte<sup>3</sup> tampoco es comparable con la nuestra por otros motivos añadidos, como los grupos de edad y otras causas de muerte, aunque en el contexto en el que está hecho (comparar los países europeos entre sí) seguramente tiene sentido que la selección utilizada sea distinta.

Durante el período de estudio, se mantuvo actualizada la literatura médica que iba apareciendo sobre el tema (y por este motivo algunos artículos más recientes aparecen en la bibliografía general) aunque, por razones obvias, no se volvió a replantear el trabajo realizado. Lamentablemente, todo trabajo de campo, y sobre todo la publicación de sus resultados, comporta unos períodos que en algunos casos pueden perjudicar su oportunidad. Sin embargo, no por ello invalidan su utilidad como parecen sostener los autores de la carta. Tal como pone de manifiesto nuestro artículo, en las 8 publicaciones sobre mortalidad evitable de trabajos realizados en España aparecen 6 listas de causas de muerte evitables diferentes<sup>2</sup>. La lista que nuestro grupo propone, además de la actualización, supone un avance porque hace explícitos los criterios y métodos de selección y, lógicamente, está abierta a futuras revisiones.

Para terminar, agradecemos que la lista propuesta sea discutida, como han hecho Gili et al, porque la crítica constructiva permitirá mejorarla e invitamos desde aquí a oncólogos y epidemiólogos especializados en el tema de los cribados a participar en este debate.

**Rosa Gispert / Juan Gérvas /  
Julián Libroero / Mara Barés**

*Grupo de Consenso sobre la Mortalidad Evitable.*