

Debate

Cribado del cáncer colorrectal: No es lo mismo predicar que dar trigo, ni se empieza la casa por el tejado

Colorectal cancer screening: actions speak louder than words and the cart goes after the horse

Andreu Segura

Área de Salud Pública, Institut d'Estudis de la Salut, Barcelona

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de mayo de 2011

Aceptado el 23 de mayo de 2011

On-line el 28 de junio de 2011

No, porque no es lo mismo predicar que dar trigo, ni se empieza la casa por el tejado.

Como cualquier otra buena causa, la prevención puede exponernos a serios problemas¹. Mientras no se desarrolla una estrategia comunitaria de promoción de la salud y prevención primaria, se intensifican esfuerzos para implantar el cribado, sin un firme compromiso institucional y organizativo que garantice el buen funcionamiento de estos programas, algo que ya se echaba en falta hace unos años².

Cada vez son más sólidos los indicios que apuntan al papel etiológico del exceso de peso, la alimentación inadecuada y el abuso del alcohol³. Es plausible, pues, una estrategia basada en la prevención primaria, ya que las beneficiosas consecuencias de una alimentación saludable y de una actividad física moderada, además de la posible reducción de la incidencia del cáncer colorrectal, contribuirían a prevenir otras enfermedades y mejorarían positivamente la salud, entendida como capacidad de gozar más plenamente la vida.

Sin embargo, la Estrategia NAOS de 2005 no ha conseguido invertir la tendencia al sedentarismo y la obesidad de nuestra sociedad. Cambiar los comportamientos es muy difícil sin modificar los condicionantes sociales de esas conductas, como el urbanismo, el transporte, las condiciones de trabajo o el acceso a alimentos adecuados.

Actuar sobre las causas de las causas demanda el compromiso del poder (legislativo y ejecutivo) a favor de una sociedad más saludable. Y el Proyecto de ley general de salud pública, en trámite parlamentario al escribir este comentario, no incluye instrumentos para que la iniciativa de salud en todas las políticas trascienda la mera retórica⁴, sin medicalizar más la vida cotidiana, como ha ocurrido al tratar los factores de riesgo como enfermedades, lo que incrementa de modo poco eficiente y equitativo la carga asistencial, encarece la sanidad y limita la autonomía y la responsabilidad de las personas y las comunidades.

Mientras la perspectiva comunitaria no avanza, sí tiene algún éxito el empeño de algunos profesionales, entidades y fundaciones⁵, traducido en el desarrollo, por algunas comunidades autónomas, de programas de cribado basados en la detección de sangre oculta en heces.

No obstante, es primordial que las autoridades sanitarias se comprometan a respetar los requisitos necesarios que optimizan los beneficios y minimizan los perjuicios, más allá de una mera formalización, desde luego bienvenida⁶. Esta actitud, en el caso de la prevención, resulta imprescindible, ya que buena parte de la población no obtendrá ningún beneficio directo personal al participar. Como señala Muir Gray⁷, durante 20 años director del UK National Screening Committee, el cribado siempre hace daño, aunque algunos hagan menos mal que bien a un coste razonable, por lo que no sólo es imprescindible disponer de pruebas de su eficacia antes de generalizar su uso, sino que hay que garantizar que la gestión del programa mantiene el balance entre beneficios y perjuicios contrastado experimentalmente⁷. Así, los efectos positivos del cribado del cáncer de cérvix en Inglaterra y Gales apenas se notaron hasta que el programa fue objeto de radicales cambios tras una evaluación rigurosa⁸, lo cual no ha ocurrido en España, donde el cribado de este cáncer es mayoritariamente oportunista y poco evaluado.

En este sentido, la evaluación del programa poblacional de prevención secundaria del cáncer de mama muestra muchos aspectos mejorables, como son la necesidad de llevar a cabo estandarizaciones, tanto las que afectan a los equipamientos (p. ej., seguridad de las instalaciones) como a los observadores (destreza en la exploración y en la interpretación de los hallazgos), y a las posibles ineficiencias e inequidades⁹, o a los aspectos éticos, como la información a las personas convocadas¹⁰.

Si bien tres buenos estudios poblacionales demuestran un efecto positivo del cribado mediante la prueba de sangre oculta en heces en la reducción de la mortalidad por cáncer, con una reducción del riesgo relativo de muerte por esa causa entre el 11% y el 18%, y con un menor impacto sobre el riesgo absoluto, del 0,08% al 0,16%, ninguno halla una reducción de la mortalidad total. Además, los tumores detectados son más incipientes, lo que sugiere un sobre-

Correo electrónico: andreu.segurab@gencat.cat

diagnóstico, y sólo uno de cada tres carcinomas diagnosticados en el brazo de intervención se detecta durante el cribado¹¹.

Por otro lado, la adhesión es pobre y se han observado prácticas abusivas e inadecuadas¹², lo cual tal vez tenga que ver con las molestias que produce la preparación intestinal y con el temor a los efectos adversos de la colonoscopia. Una serie española de 13.493 exploraciones registró 13 perforaciones y una defunción¹³. Si el endoscopista practicaba menos de 300 exploraciones anuales, se triplicaba el riesgo de perforación¹⁴. El programa británico advierte de que puede producirse una hemorragia copiosa por cada 150 exploraciones, una perforación cada 1.500 y una defunción cada 10.000 (<http://www.cancerscreening.nhs.uk/bowel/index.html>).

Así pues, hay razones para no empezar la casa por el tejado y llegar a un compromiso formal entre sanidad y ciudadanía, que garantice razonablemente la seguridad y la transparencia, como requisito a la inclusión del cribado poblacional del cáncer colorrectal entre las prestaciones sanitarias públicas, y que además sería conveniente asociarlo a intervenciones comunitarias sobre los determinantes colectivos de la alimentación y de la actividad física saludables.

Bibliografía

1. Starfield B, Hyde J, Gervas J, et al. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health*. 2008;62:580-3.
2. Villalbí JR, Segura A, Plasencia A. Una práctica de dudoso valor preventivo: el cribado universal del cáncer colorrectal. *Aten Primaria*. 1995;15:262-3.
3. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. *Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective*. Washington DC: AICR; 2007. p. 280-8.
4. Segura A. Comparecencia SESPAS en la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo. Congreso de los Diputados, 4 de mayo de 2011. Disponible en: www.sespas.es.
5. Alianza para la prevención del cáncer de colon. (Consultado el 10/5/2011.) Disponible en: www.alianzaprevencioncolon.es.
6. Grup de treball sobre cribratge de càncer de còlon i recte. *Proposta de criteris generals d'organització i funcionament del programa de detecció precoç de càncer de colon i recte de Catalunya*. Barcelona: Comissió Assesora de Cribratge de Càncer; 2010.
7. Muir Gray JA, Raffle AE. Preface. En: Raffle A, Muir Gray JA, editores. *Screening: evidence and practice*. New York: Oxford University Press; 2007. p. xi-110.
8. Raffle AE, Alden B, Quinn M, et al. Outcomes of screening to prevent cancer: analysis of cumulative incidence of cervical abnormality and modelling of cases and deaths prevented. *BMJ*. 2003;326:901-5.
9. Ascunce N, Ederra M, Barcos A, et al. Situación del cribado de cáncer de mama en España: características y principales resultados de los programas existentes. En: Castells X, Sala M, Ascunce N, et al., coordinadores. Descripción del cribado del cáncer en España. Proyecto DESCRIC. Madrid: Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo, Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2007. p. 31-73.
10. Meneu R. *Autonomía, beneficencia y maleficencia en los programas de prevención. A propósito de la información sobre el cribado de cáncer de mama. En: Maleficencia en los programas de prevención*. Barcelona: Fundació Grífols; 2011. p. 56-7.
11. Ekelund G, Manjer J, Zakrisson S. Population-based screening for colorectal cancer with faecal occult blood test - do we really have enough evidence? *Int J Colorectal Dis*. 2010;25:1269-75.
12. Holden DJ, Jonas DE, Portefield DS, et al. NIH conference. Systematic review: enhancing the use and quality of colorectal cancer screening. *Ann Internal Med*. 2010;152:668-76.
13. Alonso S, Dorcaratto D, Pera M, et al. Incidencia de la perforación iatrogénica por colonoscopia y resultados de su tratamiento en un hospital universitario. *Cir Esp*. 2010;88:41-5.
14. Rabeneck L, Paszat L, Hilsden R, et al. Bleeding and perforation after outpatient colonoscopy and their risk factors in usual clinical practice. *Gastroenterology*. 2008;135:1899-906.