

Guía de práctica clínica de prevención del cáncer colorrectal: hacia un abordaje integral, integrado y coordinado

La necesidad del abordaje preventivo del cáncer colorrectal (CCR) resulta poco discutible en la actualidad, aunque se advierten ciertas dudas sobre la capacidad de nuestro sistema sanitario para realizarlo. En los últimos años se ha avanzado significativamente en el conocimiento de los mecanismos que participan en la génesis y desarrollo del CCR, lo que ha motivado el ensayo de diferentes estrategias preventivas que pueden contribuir a disminuir la elevada incidencia y mortalidad de esta enfermedad. Precisamente, para su detección precoz se dispone de recomendaciones explícitas del Consejo de la Unión Europea a sus Estados Miembros (2003/878/CE)¹ y del Plan Integral del Cáncer del Ministerio de Sanidad y Consumo, de próxima publicación.

Como sucede en la mayoría de los países desarrollados, la magnitud del CCR en nuestro medio es considerable y en la actualidad es la segunda neoplasia más frecuente, tanto en varones como en mujeres; se diagnostican 19.000 nuevos casos anuales y si se consideran ambos sexos en conjunto, ocupa el primer lugar en incidencia y representa la segunda causa de muerte por cáncer². La supervivencia de la enfermedad en España es discretamente inferior a la media europea.

A pesar de la notable morbilidad que genera, hay medidas de prevención primaria que pueden incidir en las diversas etapas del desarrollo de esta neoplasia. La mayoría de los CCR puede ser detectada en la fase presintomática de la enfermedad, ya que se estima un período medio de 10 años entre la aparición del pólipo adenomatoso precursor y su progresión hacia carcinoma invasivo. La evidencia científica disponible permite afirmar que la resección de estos pólipos colorrectales y el seguimiento endoscópico tras la polipectomía de adenomas avanzados contribuirían a reducir de manera significativa la incidencia del CCR, por lo que la detección y tratamiento del CCR en sus estadios iniciales incrementaría la supervivencia de los individuos afectados y permitiría reducir las tasas globales de mortalidad.

Es probable que estas intervenciones tengan una buena relación coste-efectividad, en condiciones habituales de la práctica clínica, mediante abordajes poblacionales con una alta participación de la población diana, siempre que haya una estrecha colaboración y coordinación de todos los niveles asistenciales implicados en la prevención del CCR.

Sólo así, con una actuación integral, integrada y coordinada, será factible el objetivo final de toda intervención preventiva de base poblacional, que es la disminución de las tasas de incidencia y mortalidad de la enfermedad.

Ineludiblemente, la prevención del CCR requiere la gestión de diferentes estrategias de actuación, ya que no constituye una entidad única sino un conjunto de enfermedades o formas de presentación, la mayoría esporádicas y algunas claramente hereditarias; además, hay un porcentaje de agregaciones familiares sin un claro patrón de transmisión. El hecho de compartir algunas etapas de su historia natural permite su abordaje conjunto, pero con una orientación diferenciada según los rasgos específicos de cada entidad. En consecuencia, hay una marcada variabilidad poblacional en el riesgo de desarrollar un CCR, determinada fundamentalmente por la edad (a partir de 50 años), los antecedentes personales de adenomas o enfermedad inflamatoria intestinal y/o los antecedentes familiares de poliposis adenomatosa familiar, CCR hereditario no asociado a poliposis o CCR familiar. La estratificación de la población en niveles de riesgo es absolutamente necesaria para poder proponer la estrategia de cribado más adecuada.

Desde el punto de vista conceptual, en las guías de práctica clínica (GPC) se define un conjunto de recomendaciones, desarrolladas de manera sistemática, con el objetivo de guiar a los profesionales y los pacientes en el proceso de toma de decisiones sobre las intervenciones sanitarias más adecuadas en el abordaje de una condición clínica específica y en circunstancias sanitarias concretas. Así, ayudan al profesional a asimilar, evaluar e implantar la numerosa evidencia científica disponible y las opiniones basadas en la mejor práctica clínica mediante unas recomendaciones explícitas que pueden influir de manera favorable en el ejercicio clínico. Con estas premisas, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), la Asociación Española de Gastroenterología (AEG) y el Centro Cochrane Iberoamericano (CCI) priorizaron la elaboración de la Guía de Práctica Clínica de Prevención del CCR (marzo de 2004) dentro del Programa de «Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada»³. Se trata de la primera GPC elaborada en España que

aborda la prevención del CCR según los estratos poblacionales de riesgo y desde una perspectiva integrada en la que se incluyen estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria, y también coordinada; por ello, es un instrumento de trabajo común para numerosas especialidades médicas, tanto de la atención primaria como de la especializada, que tiene como objetivo favorecer una atención integral del paciente y en él prima su flexibilidad de adaptación a grupos poblacionales y entornos sanitarios concretos para que resulte aceptado por todos los niveles sociales y sanitarios implicados en la prevención del CCR.

En este ámbito de trabajo se creó un grupo interdisciplinario formado por médicos de familia, gastroenterólogos y metodólogos para el diseño y desarrollo de la GPC de Prevención del CCR. Para integrar los diferentes niveles preventivos y de riesgo del CCR, en la guía se incluyen capítulos dedicados a la prevención primaria, la estratificación del riesgo poblacional, el cribado del CCR en la población con un riesgo medio, la poliposis adenomatosa familiar, el CCR hereditario no asociado a poliposis y el CCR familiar, así como la vigilancia de los adenomas colorrectales y la enfermedad inflamatoria intestinal. Cada capítulo se estructura bajo una serie de preguntas clínicas seguidas de una síntesis de la evidencia científica, de la que derivan unas recomendaciones según el nivel de evidencia disponible de acuerdo con la metodología del Centre for Evidence-Based Medicine de Oxford y la adaptación del Centro Cochrane Iberoamericano. Para facilitar el manejo de la GPC se han incorporado algoritmos de decisión preventiva; además, como complemento del texto se ofrece una guía de referencia rápida en la que se resumen las recomendaciones insertadas en los diferentes capítulos y una relación de anexos en los que se aborda el análisis genético en las formas hereditarias del CCR, los factores facilitadores y limitativos para la implantación de la GPC, las áreas de investigación futura, información para pacientes, recursos de interés en Internet para profesionales y pacientes y un glosario de términos relacionados. Está disponible en formato electrónico en una web específica (www.guiasgastro.net) y en las webs de las sociedades científicas/instituciones participantes: semFYC (www.semfy.com), AEG (www.aegastro.es) y CCI (<http://www.cochrane.es>).

En un escenario de prevención del CCR, la atención primaria desempeña un papel fundamental a través de la difusión de medidas de prevención primaria, proponiendo el cribado a la población de riesgo medio, identificando a los individuos con un alto riesgo mediante una adecuada historia personal familiar y compartiendo con atención especializada el manejo y seguimiento de los individuos con lesiones colorrectales específicas.

El sistema sanitario se enfrenta al reto de proporcionar una adecuada cobertura al cribado de la población con un riesgo medio como grupo poblacional más numeroso, ya que representa a los individuos sin factores de riesgo relacionados con el CCR a partir de los 50 años. En esta GPC se

exponen las estrategias de implementación del cribado del CCR en nuestro medio: por un lado, se debe promover la identificación de los individuos con un mayor riesgo, los cuales pueden beneficiarse de las intervenciones específicas del cribado o de un seguimiento de alta efectividad, y por otro lado, se debe incluir en el cribado a la población con un riesgo medio. Los individuos susceptibles de cribado deberían ser correctamente informados de los riesgos y beneficios de las opciones disponibles. Hay diferentes estrategias de cribado, por lo que la elección de la prueba y la periodicidad adecuada (sangre oculta en heces [SOH] anual o bienal, asociada o no a sigmoidoscopia cada 5 años, sigmoidoscopia quinquenal o colonoscopia cada 10 años) dependen no sólo de la evidencia científica disponible, sino también de su aceptabilidad y de la disponibilidad de recursos. A pesar de que la SOH no es la prueba ideal, la evidencia sobre su eficacia tiene una buena calidad, se acompaña de una adecuada relación coste-efectividad medida en otros entornos y su aplicación resulta factible con los recursos ordinarios. La sigmoidoscopia podría ser más eficaz que la SOH y es más segura que la colonoscopia, pero parece prudente esperar a que se publiquen los resultados de los ensayos clínicos actualmente en curso para disponer de una mayor solidez de las evidencias; aun así, su implementación como método de cribado conllevaría una importante inversión adicional en instalaciones y profesionales. La colonoscopia es la prueba más sensible y específica, pero se asocia a un mayor riesgo y consume más recursos; sin embargo, en un futuro podría ser la estrategia idónea si los ensayos iniciados sustentan la bondad de una única colonoscopia a lo largo de la vida en la edad de máxima incidencia del CCR, con el fin reducir la incidencia y la mortalidad de esta neoplasia.

Debemos admitir que hay circunstancias que afectan a las decisiones. No se dispone de suficientes experiencias acerca de la aceptabilidad del cribado en las poblaciones seleccionadas, y la planificación de las estrategias no ha contado con una estimación adecuada de los recursos humanos y los materiales precisos para garantizar su efectividad. En este sentido, las iniciativas sanitarias que pretenden evaluar la implantación real y los resultados de las diferentes opciones de cribado (Canarias, Instituto Catalán de Oncología) se muestran como un valor añadido de indudable interés para el futuro.

Por tanto, una vez seleccionada la estrategia de cribado, cada entorno sanitario debe decidir si su aplicación se realiza bajo un programa de cobertura poblacional, para lo que resulta imprescindible la evaluación previa de su aceptabilidad, efectividad y relación coste-efectividad en el medio concreto mediante estudios piloto o la validación de experiencias previas, así como el diseño de un programa que tenga en cuenta todos los aspectos éticos, legales, sociales, clínicos, organizativos y económicos que permitan garantizar su calidad, y en consecuencia, su contribución a la reducción de la morbimortalidad del CCR. Y esto sólo se puede conseguir si el cribado del CCR se incluye en los

planes de salud de las diferentes comunidades autónomas. Por ello, confiamos que esta GPC ayude a concienciar a la población, los profesionales y las autoridades sanitarias acerca de la importancia de la prevención del CCR.

B. Bellas Beceiro, J. Ferrándiz Santos, J.J. Mascort Roca, F.J. Amador Romero y M. Marzo Castillejo

Miembros del Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención del Cáncer Colorrectal. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

Bibliografía

1. Recomendación del Consejo de la Unión Europea de 2 de diciembre de 2003 sobre cribado del cáncer (2003/878/CE). Bruselas: Diario Oficial de la Unión Europea, 16-12-2003.
2. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2000: cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. 10th ed. Lyon: IARC Press, 2001.
3. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de prevención del cáncer colorrectal. Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano, 2004.