



CARTAS AL DIRECTOR

Efectividad del screening con determinación de sangre oculta en heces (SOH) del cáncer colorrectal. Experiencia en un estudio de vigilancia laboral

Effectiveness of colorectal cancer screening using faecal occult blood (fob). Experience in an occupational surveillance study

Sr. Director:

El objetivo de este trabajo es evaluar el impacto y resultados de una campaña de promoción de la salud con determinación de sangre oculta en heces (SOH), para prevención del cáncer colorrectal (CCR) en una población laboral.

El CCR es la segunda neoplasia más frecuente en países occidentales y la segunda causa de muerte en España de cáncer¹.

La mayoría de los casos de CCR surgen de pólipos adenomatosos benignos, con una alta incidencia entre los adultos mayores de 50 años, aunque la gran mayoría de ellos no se malignizan².

Las campañas de cribado de CCR pretenden detectar los CCR y los pólipos adenomatosos. El largo período de tiempo entre la aparición del pólipo y la transformación en cáncer, permite su detección y extirpación en el período asintomático. La resección endoscópica de pólipos adenomatosos es preventiva, reduciendo la incidencia y mortalidad por esta neoplasia³⁻⁵.

Material y métodos

Estudio transversal descriptivo. Se llevó a cabo entre trabajadores de 50 a 65 años, de una empresa de seguros en 2010-11.

El método elegido fue la técnica de inmunocromatografía «Occultech», porque detectaba específicamente la hemoglobina humana y no requería ninguna restricción alimentaria previa². Las pruebas inmunológicas de SOH tienen una sensibilidad para la detección del CCR (61-69%), con una especificidad del 91-98%^{5,6}. Algunos carcinomas y pólipos adenomatosos no sangran, por lo que se recomienda realizar anualmente para mejorar la sensibilidad.

Resultados

De los 559 individuos que reunían criterios de cribado para prevención secundaria de CCR, participaron 107 (19,14%), de los cuales 3 (2 varones y una mujer) tuvieron resultado positivo (2,8%).

A estos 3 pacientes se les siguió y se les preguntó por:

- Antecedentes personales y familiares.
- Si habían consultado con algún médico para continuar el estudio.
- Pruebas complementarias.
- En un caso tenía antecedentes personales de hemorroides. Su médico de familia no le daba importancia al valor de la prueba aunque la remitió al gastroenterólogo, el cual le solicitó una colonoscopia, pero no se la quiere hacer por miedo a una perforación.
- En un segundo caso fue a medicina interna y, según refirió, le dijo que no era muy útil, y tampoco le aconsejó colonoscopia. Ante los mensajes contradictorios que recibió, ha decidido no hacerse colonoscopia ni se quiere repetir la SOH.
- En un tercer caso, este paciente había tenido diarrea unos días antes de la prueba. Fue al gastroenterólogo, le repitió la SOH, que fue negativa. Le dijeron que la prueba no era muy útil, aunque le solicitaron una colonoscopia. Debido a los mensajes contradictorios recibidos no se la hizo y prefiere repetirse la SOH en un año.

Conclusiones

Creemos que el cribado está justificado como medida de prevención de CCR porque tiene muy buena relación coste-beneficio⁵. En una revisión Cochrane⁶ sobre la detección de CCR con las pruebas de sangre oculta en heces se valoraron cuatro ensayos controlados aleatorios en los que se obtuvieron una reducción en el riesgo relativo del 16% para la mortalidad por cáncer colorrectal (RR: 0,84; IC: 0,78 a 0,90).

Sin embargo, la SOH necesita la confirmación diagnóstica con una colonoscopia, una prueba que mucha gente tiene miedo a hacerse.

Además, habría que informar a los profesionales sanitarios de la utilidad de estas medidas preventivas. Creemos

que no se conoce su eficacia, como así hemos tenido experiencia en los casos que salieron positivos.

En resumen, pensamos que la SOH es efectiva con sus limitaciones, pero los profesionales no alentamos ni transmitimos en ocasiones de forma adecuada la utilidad de la prueba.

Agradecimientos

Agradecimientos a Beatriz, sin cuya colaboración no hubiese sido posible este trabajo.

Bibliografía

1. Pili M, Cabanillas JL, Bejar L. Mortalidad evitable y cáncer de colon y recto. *Gac Sanit.* 2007;21:176–7.
2. Reinoso L, Diaz R, Belanger D. Cribado del cáncer colorrectal en vigilancia de salud laboral. *Medicina del trabajo.* 2008;12–22.
3. Valera J, Hurtado H, Zoltan F. Test inmunológico para hemorragia oculta: correlación con hallazgos colonoscópicos. *Gastr Lati-noam.* 2007;18:21–4.
4. Mandel JS, Church TR, Bond JH, Ederer F, Geisser MS, Mongin SJ, et al. The effect of fecal occult-blood screening on the incidence of colorectal cancer. *N Engl J Med.* 2000;343:1603–7.
5. 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, Elsevier España, S.L. 2009. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/viewGPC.aspidGuia>.
6. Hewitson P, Glasziou P, Irwig L, Towler B, Watson E. Detección del cáncer colorrectal con la prueba de sangre oculta en materia fecal (Hemoccult) (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3. Oxford: Update Software Ltd; 2008 [citado 2010], Disponible en: <http://www.update-software.com> (traducida de The Cochrane Library, Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

A. Rosillo González*, S. García Menéndez
y A. Díaz-Mayordomo

Centro de Salud Tres Cantos-2, Tres Cantos, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: arosillo@telefonica.net
(A. Rosillo González).

doi:10.1016/j.semerg.2011.06.016

Factores de riesgo cardiovascular y tratamiento en pacientes que han presentado un ictus seguidos en atención primaria

Cardiovascular risk factors and treatment in stroke patients in primary care

Sr. Director:

El ictus constituye una de las principales causas de invalidez, incapacidad y morbimortalidad en la población adulta en los países desarrollados. En España constituye la segunda causa de muerte después de la enfermedad isquémica cardíaca, con una incidencia anual que oscila entre los 132 y los 174 casos por 100.000 habitantes, y con una prevalencia de entre 500 y 800 casos por cada 100.000 habitantes, por lo que su prevención y manejo constituye una prioridad para nuestros servicios de salud^{1–4}. Los objetivos del presente estudio son: 1) conocer el grado de registro y control de los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes con ictus atendidos en un centro de salud de nuestra región, y 2) describir del tratamiento farmacológico registrado en los pacientes con ictus.

Para ello se diseñó un estudio observacional descriptivo, transversal, valorado a través de los registros en la historia clínica de nuestros pacientes. Para su realización fueron seleccionados 6 médicos de familia que analizaron un total de 57 casos de ictus confirmados y seguidos desde atención primaria. El estudio se realizó entre septiembre y diciem-

bre de 2010. Las variables analizadas fueron edad, sexo, tipo de ictus, factores de riesgo cardiovascular registrados (hipertensión arterial, diabetes, dislipidemia, tabaquismo), hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}), colesterol LDL (y su control) y medicación recibida.

Los resultados obtenidos los podemos clasificar en los siguientes apartados:

- Datos sociodemográficos y tipo de ictus: edad, sexo, tipo de ictus: de los 57 pacientes estudiados, 12 (21,05%) tenían menos de 65 años y 45 (78,95%) tenían 65 o más años. Respecto al sexo, 32 (56,14%) eran mujeres y 25 (43,86%), hombres. En cuanto al tipo de ictus, en 7 (12,28%) era hemorrágico, en 48 (84,21%) era isquémico y en 2 (3,51%) no constaba el tipo.
- Factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, diabetes, dislipidemia, tabaquismo. Los factores de riesgo cardiovascular registrados fueron hipertensión arterial en 32 pacientes (56,14%), dislipidemia en 14 (24,56%), diabetes en 23 (40,36%) y tabaquismo en 3 (5,26%). De los 23 diabéticos registrados, 13 (56,52%) tenían registrada la hemoglobina glucosilada.
- Registro y control de colesterol LDL: el colesterol LDL estaba registrado en 30 (52,63%) pacientes. De estos 30, en 16 (53,33%) era inferior a 100 mg/dl, en 12 (40%) estaba entre 100 y 130 mg/dl, y en 2 pacientes (6,66%) era superior a 130 mg/dl.
- Tratamiento empleado: respecto al tratamiento con estatinas, recibían estos fármacos 26 pacientes (45,61%). Bloqueantes del sistema renina angiotensina se emplearon en 32 pacientes (56,14%). Estaban antiagregados