

Universidad Abierta Interamericana

Sede Regional Rosario

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Título del trabajo:

“Frecuencia de personas asintomáticas entre 50 y 75 años que se realizan algún estudio para la pesquisa de cáncer colorrectal, en los consultorios externos de Clínica Médica del Hospital Zonal de Agudos San Felipe y en los consultorios externos sitios en Calle Garibaldi 72 de la San Nicolás de los Arroyos, Pcia. de Bs As, durante los meses de julio y agosto del 2014”

Autor

Ricardini, Marcos Luis

E-mail:marcos_ricardini22@hotmail.com

Tutor

Swinny, Susana

Cotutor

Ricardini, Rodolfo Luis

Índice

Índice.....	2
Resumen.....	3
Introducción.....	5
Marco teórico.....	8
Objetivos.....	33
Materiales y métodos.....	34
Resultados estadísticos.....	37
Discusión.....	45
Conclusión.....	49
Bibliografía.....	51
Anexo.....	55

Resumen

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es una patología importante, frecuente y fácilmente detectable con tasas de curación de más del 90% en estadios tempranos, a pesar de todo esto, vemos que el porcentaje de pesquisa es muy bajo lo que hace que sea de trascendental importancia el tema de estudio.

Objetivo: Identificar la frecuencia de personas asintomáticas que entre 50 y 75 años se realizaron algún estudio para la pesquisa del cáncer colorrectal en el Hospital Zonal de Agudos San Felipe y en un instituto de consultorios externos de la ciudad de San Nicolás de los Arroyos en los meses de, julio y agosto del 2014.

Materiales y métodos: el estudio fue tipo observacional, de corte transversal. Los datos fueron recabados mediante entrevistas anónimas, voluntarias e individuales. El universo quedo determinado por 118 personas de 50 a 75 años asintomáticas, que asistieron al Hospital Zonal de Agudos San Felipe y a un instituto privado de consultorios externos de la ciudad de San Nicolás de los Arroyos en los meses de julio y agosto del 2014. Resultados: del total de la población entrevistada, el 35,6% (42) se realizo algún estudio (Sangre Oculta en Materia Fecal -SOMF- o colonoscopia) para la pesquisa del CCR. La mayoría cree que es una enfermedad frecuente (66,1%) y que lo que más ayuda a disminuir el riesgo de padecerla es el diagnostico precoz (57,6%), pero muy pocos creen que si se diagnostica en estadios tempranos las chances de curación son muy altas (24,6%) En cuanto a los factores de riesgo, el 22,9% tienen antecedentes familiares de CCR y la mayoría come carnes rojas (39%). Conclusión: se identifico un bajo porcentaje de

personas que se hacen los estudios de manera preventiva, por lo cual se recomienda insistir en la difusión por medio de campañas para disminuir el número de muertes por CCR, mejorar la calidad de vida de la población y disminuir el gasto en salud que provoca el tratamiento de la enfermedad avanzada.

Palabras claves: cáncer colorrectal (CCR), pesquisa, tasa de curación.

Introducción

Las enfermedades no transmisibles se han transformado en un problema prioritario en la salud pública en el mundo, no solo en los países desarrollados que ya han experimentado una transición epidemiológica, sino también en los países en desarrollo, que se encuentran transitando esta transformación.¹

El cáncer, con más de 10 millones de nuevos casos por año y alrededor de 22 millones de personas afectadas en el mundo, se posiciona como la segunda causa de muerte en los países desarrollados.¹

En Argentina, el cáncer colorrectal (CCR) ocupa el tercer lugar en incidencia de tumores detrás del cáncer de mama y próstata, con aproximadamente 1.300.000 nuevos casos por año².

En las mujeres, el CCR es la segunda neoplasia más frecuente en el mundo luego del cáncer de mama (570.000 casos, el 9,4% del total) y es la tercera causa de muerte por tumores malignos después del cáncer de mama y de pulmón (288.000 defunciones, un 8,6% del total). Es el tercer cáncer más común en el mundo en los hombres (664.000 casos, 10,0% del total) después del cáncer de pulmón y de próstata, y la cuarta causa más común de muerte por tumores malignos (321.000 muertes, un 7,6% del número total de muertes por cáncer) luego del cáncer de pulmón, de próstata y de estómago.²

En la Argentina, según estimaciones de la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC), se produjeron 11.000 nuevos casos de CCR en 2008, y los datos de mortalidad del Ministerio de Salud de la Nación muestran que en 2009 en nuestro país fallecieron 6.613 personas por esta causa, el 11,5% del total de muertes por tumores malignos.³

En la actualidad, cuando se diagnostica un cáncer colorrectal, en más del 60% de los casos la enfermedad ya se encuentra avanzada a nivel regional o a distancia, y éste es el principal factor que influye en la sobrevida global, que se ubica en alrededor del 60%.³

Cuando el diagnóstico se efectúa en etapas tempranas (Estadios I y II o Dukes A), situación que ocurre sólo en el 37% de los casos, la sobrevida global puede superar el 95% a los 5 años.⁴ Otros hablan de una tasa de supervivencia de más del 90%.⁵

La historia natural del CCR lo transforma en uno de los tumores más prevenibles, ya que tiene una lesión precursora: el pólipo adenomatoso, de lento crecimiento, cuya detección y resección mediante colonoscopia permite disminuir eficazmente la incidencia.³

Además, la lenta progresión del adenoma hacia el cáncer favorece las estrategias de pesquisa y permite un diagnóstico temprano y un tratamiento más efectivo.³

Se recomienda realizar la pesquisa de CCR en hombres y mujeres adultos, a partir de los 50 años y hasta la edad de 75 años, utilizando alguno de los siguientes métodos de estudio: ³

-Sangre Oculta en Materia Fecal (SOMF) anual (Recomendación A) ³

-Rectosigmoideoscopia Flexible (RSCF) cada 5 años (Recomendación B) ³

-Colonoscopia convencional (CC) cada 10 años (Recomendación B) ³

Si bien los datos tanto a nivel mundial como nacional son escasos o nulos, mas aun en la ciudad de San Nicolás de los Arroyos, considero que son de vital importancia ya que permitirían conocer la realidad del problema y a partir de ésta, plantear diferentes estrategias para impulsar campañas de detección precoz para el cáncer colorrectal.

Por lo antes expuesto, considerando la importancia del tema, la frecuencia del CCR en la población y el porcentaje de sobrevida a los 5 años en pacientes con pesquisa de dicha patología, entre otros, se tratara de reflejar el porcentaje de personas asintomáticas entre 50 y 75 años, que se sometieron a alguno de los estudios propuestos para detectar el CCR.

Marco teórico

Introducción

Las enfermedades no transmisibles se han transformado en un problema prioritario en la salud pública del mundo no solo para los países desarrollados que ya han experimentado la transición epidemiológica sino también para los países en desarrollo, que se encuentran transitando esta transformación. La transición se produce cuando las comunidades que eran afectadas en forma predominantes por las enfermedades infecciosas, consecutivas a deficiencias nutricionales, pasan a sufrir enfermedades crónicas no transmisibles. Este pasaje esta signado por la mutación de estilos de vida rurales, de comunidades en medios no urbanizados, a los estilos de vida propios de los países industrializados.¹

De esta forma, el cáncer, con más de 10 millones de nuevos casos por año de alrededor de 22 millones de personas afectadas en el mundo, se posiciona como la segunda causa de muerte en los países desarrollados.¹

En la Argentina, durante el período 1997-2001 el cáncer causó 266.546 muertes, es decir, el 18,8% del total de las muertes del período.²

Entre las neoplasias más frecuentes se hayan el cáncer colorrectal (CCR). Varios factores han hecho que el interés por la epidemiología del CRR se haya intensificado en las últimas décadas: los cambios en la dieta, la exposición a

nuevos factores ambientales, el mayor conocimiento sobre carcinógenos y factores genéticos, y la mejor caracterización de las formas hereditarias.⁵

Incidencia

La cantidad de casos se han incrementado de manera sostenida a partir de 1975. Mientas en ese año se registraban alrededor de 500.000 casos por año en el mundo, en 1990 se registraron 783.000 nuevos casos. Esto representa entre un 9% y un 10% de todos los cánceres nuevos en el mundo. En el año 2002 el *Globocan* estimó que se producían 528.000 muertes por año, con una pérdida promedio de 13 años en la expectativa de vida. La incidencia es similar en ambos sexos y la relación colon/recto es de 2 a 1 en los hombres y 3 a 1 en las mujeres. A pesar de estas diferencias, los datos epidemiológicos de las neoplasias colónicas y rectales suelen considerarse en conjunto.⁵

La incidencia del CCR presenta amplia variación internacional siendo la más alta en los países hemisféricos occidentales, donde llegaría hasta el 13% de todos los cánceres diagnosticados.⁴

En Estados Unidos, país que tiene una de las incidencias de CCR más altas del mundo, este tumor es el tercer cáncer en orden de frecuencia, con 147.500 casos diagnosticados en 2003. Los índices más bajos corresponden a África Asia y América Latina.⁵

La incidencia del CCR ha cambiado en los últimos 30 años, mostrándose un sostenido aumento en casi todos los países industrializados, acompañando a las modificaciones en el estilo de vida y a la prolongación de la expectativa de la misma.⁶

A pesar de los avances en la prevención y el tratamiento, la tasa de mortalidad por CCR no se ha modificado sustancialmente. Solo los grupos poblacionales con mejor educación y acceso a los sistemas de salud han mostrado mejores tendencias. En los Estados Unidos, mientras en mujeres y hombres de raza blanca la mortalidad se redujo en un 20% y un 8,5%, respectivamente, en mujeres y hombres de raza negra se elevó un 22,5% y un 2,6%, respectivamente.⁵ Respecto de la incidencia de CCR en la Argentina, carecemos de datos estadísticos nacionales y solo contamos con registros nacionales aislados, que no son extrapolables a todo el país. Los únicos datos oficiales fueron estimados por el proyecto *Globocan* 2002, basándose en los registros de mortalidad por causa. Entre los varones la incidencia de CCR ocupa el tercer lugar luego del cáncer de pulmón y de próstata. En las mujeres ocupa el tercer lugar después del cáncer de mama y de cuello uterino.⁵

En el ámbito regional, de acuerdo por los datos publicados por los registros de Concordia y Bahía Blanca, la incidencia de CCR entre los varones se sitúa en tercer lugar luego del cáncer de pulmón y de próstata. En las mujeres también ocupa el tercer lugar en concordia (luego del de mama y cuello de útero), mientras

que en Bahía Blanca se sitúa en segundo lugar, solamente superado por el cáncer de mama.⁵

En el ámbito nacional la mortalidad cruda por CCR en los varones ocupa el tercer lugar entre los cánceres después del de pulmón y próstata. Entre las mujeres, se ubicó también en el tercer lugar.¹

Factores de riesgo

La forma más frecuente de presentación de CCR es la esporádica; sin embargo, entre el 3% y el 6% se transmite de forma hereditaria, es decir, son ocasionados por la presencia de una mutación de alta penetrancia en la línea germinal que origina cuadros como síndrome de Lynch y los síndromes polipósicos. Adicionalmente, alrededor del 1% se presenta asociado con enfermedades inflamatorias intestinales.⁷

A continuación mencionaremos los factores de riesgo más frecuentes que se presentan en la forma esporádica.

Edad

Es el factor de riesgo más importante en las personas sin antecedentes personales ni familiares. El 90% de los casos se diagnostica en mayores de 50 años. La curva de incidencia se eleva a partir de los 40 años, con un incremento regular a medida que aumenta la edad, sin picos observables.⁸

Factores ambientales

Desempeñan un papel clave en el desarrollo de las formas esporádica, dando fundamento a la variada incidencia que se observa alrededor del mundo. El hecho de que el 70% de los casos de CCR sea atribuible a factores de riesgo modificables (culturales, sociales, estilos de vida, etc.) convierte a esta patología en una de las neoplasias cuya ocurrencia sería potencialmente prevenible. Esta posibilidad de prevención requiere la identificación y caracterización de los factores asociados con un aumento o una disminución del riesgo.⁸

Alimentación

La evidencia médica disponible indica que la ingesta de grasa y carnes rojas se encuentran asociadas a un mayor riesgo de CCR. La ingesta de vegetales, frutas y fibras han sido postuladas como un elemento protector. Esto se cree que puede explicar el menor riesgo de CCR en África con respecto a los países occidentales.⁸

Actividad física

Hay evidencia de estudios epidemiológicos que señalan que los individuos que realizan más actividad física tienen menor riesgo de CCR. La asociación se mantiene aun luego de controlar otros factores de riesgos conocidos, como los dietarios y el índice de masa corporal. Las personas que tienen trabajos sedentarios (menos del 20% del tiempo con actividad física) presentan un riesgo 1.6 veces más altos que aquellas que desarrollan trabajos que requieren actividad

física durante más del 80% del tiempo. La posible explicación para esta asociación negativa es la aceleración del tránsito producida por la liberación de prostaglandinas.⁸

Obesidad

Los estudios sobre la obesidad como factor de riesgo para CCR no han sido consistentes; sin embargo, se considera que esto puede deberse a que en los estudios retrospectivos el bajo peso resultante de la enfermedad puede haber distorsionado el análisis. Por el contrario, existe evidencia que relaciona la obesidad con adenomas. Esto no parece ser solamente producto de una mayor ingesta, sino de diferencias en el metabolismo de los individuos. Aquellos que emplean la energía con mayor eficiencia parecen tener menor riesgo de CCR.⁸

Factores hereditarios

Se estima que el 10% de los CCR ocurre en pacientes con predisposición genética.⁷

Cáncer de colon hereditario no polipósico (síndrome de Lynch). Lynch y cols. describieron dos formas diferentes de cáncer de colon hereditario. Estas afecciones que surgen de adenomas pueden causar 4 a 6% de las neoplasias malignas colorrectales. El síndrome I de Lynch es un cáncer hereditario que suele ocurrir en colon proximal, es específico de sitio dentro de una familia afectada y suele ser el único tipo de tumor que presentan estos pacientes. En 40% de los

enfermos que se vigilan cuando menos 10 años, puede desarrollarse un CCR metacrónico. Al parecer el síndrome es autosómico dominante y no se acompaña de gran número de pólipos de colon. En el síndrome II de Lynch, o “síndrome de cáncer familiar”, hay cáncer colorrectal, endometrial, gástrico y de otros tipos. También es un síndrome autosómico dominante. Los miembros de familias con estos síndromes deben seleccionarse a una edad temprana en busca de pólipos o cáncer de colon.⁹

Poliposis adenomatosa familiar

La poliposis adenomatosa familiar (PAF) es un síndrome autosómico dominante que se diagnostica cuando un paciente tiene más de 100 pólipos adenomatosos en el colon o se descubre en un miembro de una familia con PAF la presencia de adenomas de colon. La PAF incluye, también, síndromes con manifestaciones extraintestinales como *Síndrome de Gardner* (quiste de inclusión epidérmica, osteomas óseos y pólipos de colon) y *Turcot* (pólipos de colon y tumores cerebrales). La edad promedio en que se descubre un paciente nuevo con PAF es a los 29 años y en quienes se diagnostica por primera vez un cáncer colorrectal relacionado con PAF es de 39 años. Los pacientes con PAF (más de 100 pólipos) desarrollan cáncer en 100% de las ocasiones si no se extirpa el colon.⁹

Pólipos

Hamartoma:

Síndrome de Peutz-Jeghers. El síndrome consiste en pigmentación por melanina en las áreas mucocutáneas y Hamartomas de músculo liso intestinal en todo el tubo digestivo. Es un síndrome que se hereda de con carácter autosómico dominante. En estos pacientes se ha confirmado un riesgo total de 2 a 13% de cáncer intestinal de origen gástrico, de intestino delgado y de colon. Los síntomas incluyen hemorragias u obstrucción intestinal secundaria a invaginación. El tratamiento consiste en extirpar cualquier pólipo mayor a 1.5cm, incluso si es asintomático.⁹

Poliposis juvenil. Los pólipos juveniles ocurren como dilataciones quísticas de estructuras glandulares dentro del estroma fibroblástico de la lámina propia. Suelen causar síntomas de hemorragia u obstrucción gastrointestinal por invaginación, con el pólipo como punto guía. En casi 1% de los lactantes se habrá descubierto un pólipo juvenil aislado en la infancia. Se observa una segunda frecuencia máxima a los 25 años de edad. No se ha comprobado que estos pólipos juveniles aislados tengan potencial maligno. La poliposis múltiple de colon (pólipos juveniles difusos) es un síndrome autosómico dominante con penetrancia alta que conlleva a un riesgo mayor de cáncer en el tubo digestivo y otros tejidos no gastrointestinales.⁹

Pólipos hiperplásicos: son comunes en el colon. Se estima que son 10 veces más frecuentes que los adenomas. Suelen ser menores de 5 cm de diámetro y con una mucosa engrosada sin atipia. Se sugiere que son “marcadores” de la presencia de adenomas de colon.⁹

Otras lesiones: *Síndrome de Cowden*. Es autosómico dominante. Produce cáncer de mama, enfermedad de la tiroides y pólipos gastrointestinales, en ocasiones con cáncer gastrointestinal.⁹

Adenoma

El adenoma o pólipo adenomatoso de colon o recto es una neoplasia benigna. Es una proliferación y división celular no restringida en un área bien circunscrita de epitelio glandular dentro de la mucosa del colon. La superficie suele ser redondeada y aterronada, como una frambuesa, o plana y aterciopelada con aspecto lanudo. Los pólipos pueden existir en forma pedunculada, sésil o semisésil. Se clasifican como adenoma tubular, adenoma tubulovelloso o adenoma velloso. El grado de diferenciación celular depende del grado de atipia.⁹

Secuencia de pólipo a cáncer. Suele aceptarse que en la mayoría de los pacientes un adenoma benigno ha sido precursor de un cáncer colorrectal. Pero también puede surgir en mucosa no adenomatosa. La secuencia de adenoma a carcinoma sugiere que la mucosa de colon evoluciona por varias etapas hasta el desarrollo final de un cáncer invasivo. La frecuencia máxima de diagnóstico de pólipos de colon es a los 50 años y la de desarrollo de cáncer es a los 60. Ello indicaría que hay un lapso de 10 años para la conversión de un pólipo adenomatoso en cáncer.⁹

Trastornos premalignos

Colitis ulcerosa: la frecuencia total de neoplasias en pacientes con pancolitis es de 1% anual después de 10 años; en consecuencia el riesgo acumulativo de cáncer es de 10% cuando la enfermedad ha durado 20 años. Se ha comparado que la displasia que se identifica en la mucosa del colon en biopsias colonoscópicas repetidas es un precursor del cáncer.⁹

Enfermedad de Crohn: la frecuencia total de cáncer en pacientes con enfermedad de Crohn es de un 7% en 20 años. Los pacientes con estrechez de colon tienen una frecuencia ligeramente más alta de adenocarcinoma en el sitio de estrechamiento fibroso. En total el riesgo de neoplasia en estos enfermos solo es un poco mayor que el de la población general y ciertamente menor que en pacientes con colitis ulcerosa o PAF.⁹

Signos y síntomas

Los signos y síntomas del cáncer colorrectal son variables e inespecíficos. Los que llevan con mayor frecuencia a los pacientes a buscar atención médica incluyen hemorragia rectal, cambio en las defecaciones y dolor en abdomen. La presencia de síntomas notables o la forma en la que se manifiesten depende un poco del sitio del tumor y la extensión de la enfermedad.⁹

Presentación subaguda: típicamente los tumores en colon derecho no originan alteraciones en las defecaciones (aunque los grandes que secretan moco pueden causar diarrea). Es posible que los pacientes observen heces oscuras o alquitranadas, pero con mayor frecuencia estas neoplasias causan hemorragias

ocultas verdaderas que el enfermo no detecta. Esta hemorragia crónica puede causar anemia ferropénica con la consiguiente fatiga, disnea o palpitaciones. Las pruebas negativas para sangre oculta en las heces no descartan la presencia de cáncer de intestino grueso ya que la hemorragia por tumores de colon tiende a ser intermitente. El dolor en abdomen bajo se relaciona con mayor frecuencia con tumores de colon izquierdo más estrechos. Es de tipo cólico y puede aliviarse con las defecaciones. Los síntomas no agudos menos comunes de cáncer de intestino grueso incluyen pérdida de peso y fiebre. En pocas ocasiones hay septicemia, pero puede ocurrir en cualquier etapa de un tumor de intestino grueso; una bacteriemia por *streptococcus bovis* sugiere firmemente carcinoma colorrectal.⁹

Presentación aguda: una proporción importante de pacientes se atiende por primera vez con síntomas agudos que indican obstrucción o perforación de intestino grueso. La oclusión de colon sugiere firmemente cáncer en particular en pacientes de edad avanzada. En menos de 10% de enfermos con cáncer colorrectal ocurre obstrucción completa, pero es una urgencia que requiere diagnóstico y tratamiento quirúrgico inmediatos. Los pacientes con obstrucción completa se quejan de incapacidad para eliminar gases o heces, dolor en abdomen tipo cólico y distensión abdominal. Al examen físico se descubre un abdomen distendido, timpánico; en ocasiones es posible palpar el tumor obstructor como una masa abdominal.⁹

Si la obstrucción no se alivia y el colon continúa distendido, la presión en la pared intestinal puede exceder la de los capilares y no llegará sangre oxigenada a la

pared del intestino lo que origina isquemia y necrosis. En estos casos el paciente se quejará de dolor intenso del abdomen y en la exploración se encontrará hipersensibilidad de rebote y disminución o ausencia de ruidos intestinales. Si no se trata de inmediato la necrosis evoluciona hasta la perforación con peritonitis fecal y sepsis.⁹

El intestino grueso también puede perforarse en el sitio del tumor, tal vez porque una neoplasia transmural pierde su riego y se torna necrótica. Estos casos se confunden con facilidad con diverticulitis aguda y el proceso inflamatorio puede limitarse al sitio de la perforación; sin embargo, es posible que en algunos pacientes no se contenga una perforación y origine peritonitis generalizada. En casos raros ocurre la perforación hacia un órgano vecino (por lo general vejiga o vagina) y se manifiesta por neumaturia, fecaluria o drenaje vaginal feculento.⁹

Desafortunadamente los primeros signos de cáncer de colon dependen a veces de una enfermedad metastásica. Las metástasis hepáticas masivas pueden causar prurito e ictericia. La presencia de ascitis, ovarios crecidos y depósitos diseminados en los pulmones en una radiográfica de tórax pueden deberse a cáncer de colon por otra parte asintomático.⁹

Diagnóstico y rastreo

A pesar de que el pronóstico del CCR es excelente cuando se diagnostica en etapas tempranas (Dukes A=95% de supervivencia a los 5 años), esta enfermedad sigue siendo una causa mayor de muerte por cáncer. Esto se debe

fundamentalmente al retraso diagnóstico. El rastreo es una herramienta que permite mejorar la mortalidad y disminuir los costos del tratamiento. Cuando hablamos de rastreo no se debe incluir aquí los pacientes sintomáticos, por el contrario, debe entenderse como una estrategia de implementación poblacional para detectar una enfermedad en etapa temprana y asintomática con el fin de disminuir su mortalidad. Para alcanzar este objetivo, dado que más del 80% de los CCR se presenta en forma esporádica, las estrategias deben dirigirse a la población de riesgo promedio (personas sin antecedentes familiares ni otro factor de riesgo más que la edad).⁷

Para que una estrategia sea efectiva en este contexto no solo se requiere que la enfermedad en cuestión cumpla los requisitos de una enfermedad rastreable (alta prevalencia, etapa preneoplásica suficientemente prolongada para permitir su detección, método de diagnóstico sensible para identificar la enfermedad en la etapa presintomática, tratamiento adecuado para la afección detectada por rastreo, intervención apropiada que permite reducir la morbimortalidad en caso de prueba positiva), sino, además que el índice de adhesión poblacional sea suficientemente alto. Entran aquí también en consideración aspectos en la implementación que incluyen recursos humanos y económicos.⁷

Recomendaciones de pesquisa en personas con riesgo habitual o promedio

Estas recomendaciones se aplican:

A) A partir de los 50 años en:

1. Personas de ambos sexos, asintomáticos y sin factores de riesgo.¹⁰
2. Personas con antecedentes familiares de CCR en un familiar de 2º o 3º grado.¹⁰
 - B) A partir de los 40 años en personas con antecedentes familiares de adenomas o CCR en un familiar de primer grado mayor de 60 años o en dos familiares de segundo grado.¹⁰

En este grupo de riesgo habitual el Consenso:

1. Recomienda realizar la pesquisa de CCR en hombres y mujeres adultos, a partir de los 40 / 50 años y hasta la edad de 75 años (Recomendación B), utilizando alguno de los siguientes métodos de pesquisa: ¹⁰

- Sangre Oculta en Materia Fecal (SOMF) anual (Recomendación A)
- Rectosigmoideoscopia Flexible (RSCF) cada 5 años (Recomendación B)
- Colonoscopia convencional (CC) cada 10 años (Recomendación B)
- Colonoscopia Virtual (CV) cada 5 años (Recomendación GC)
- Colon por Enema Doble Contraste (CEDC) cada 5 años (Recomendación GC)

2. No recomienda la pesquisa rutinaria de CCR en adultos de 76 a 85 años. Podrían existir consideraciones especiales que lo justificaran en un paciente individual, quedando a criterio médico (Recomendación C).¹⁰

3. No recomienda la pesquisa en adultos mayores de 85 años (Recomendación D).¹⁰

4. El grupo de trabajo recomienda que los test de SOMF aceptados para la pesquisa individual o poblacional deben ser: test de guayaco en muestras de materia fecal no rehidratadas o el test de tipo inmunológico (Recomendación B). El test de bencidina no debe ser utilizado (Recomendación D).¹⁰

5. Concluye que, en el caso individual la implementación de cualquiera de los métodos de pesquisa propuestos debe ser determinado en base a las posibilidades del medio, la experiencia del médico y las posibilidades y preferencias de cada paciente (Recomendación GC).¹⁰

6. Recomienda que para implementar un plan de pesquisa poblacional deberán utilizarse aquellos métodos estandarizados y validados, que ofrezcan accesibilidad al mismo, costo-efectividad y aceptación de la población. Insta a las autoridades sanitarias y las instituciones prestadoras de servicios de salud de la Argentina a que prioricen los programas de detección temprana sistemática de pólipos y CCR (Recomendación GC).¹⁰

Consideraciones especiales respecto a los distintos métodos de pesquisa y el intervalo recomendado para cada uno de ellos:

- Colonoscopia (CC).

Si bien no se dispone de estudios aleatorizados y controlados que lo demuestren, pruebas científicas indirectas muestran que la colonoscopia reduce la incidencia y mortalidad del CCR. Este procedimiento no sólo favorece la detección del CCR en fases iniciales, sino que también permite reducir la incidencia, a través de la identificación y la resección de los pólipos adenomatosos. La sensibilidad de la colonoscopia es para detectar adenomas ≥ 10 mm es del 98%, y para los de tamaño ≥ 5 mm del 97%. Para su implementación como método de pesquisa debe asegurarse su disponibilidad y la calidad del método mediante: 1) formación y experiencia del operador; 2) adecuada evaluación del riesgo; 3) examen completo hasta el ciego con adecuada preparación intestinal y sedación; 4) capacidad de detectar y extirpar los pólipos con seguridad; 5) gestión oportuna y apropiada de eventos adversos; 7) seguimiento adecuado de los resultados histopatológicos y 8) recomendación correspondiente para la vigilancia de acuerdo a las normas publicadas. La colonoscopia es un procedimiento eficaz que debe ser considerado en la pesquisa del CCR (Recomendación B). El intervalo entre colonoscopias debe ser de 10 años cuando se cumplen con los criterios de calidad ya expuestos (Recomendación B). Ante una colonoscopia incompleta que no permite evaluar la totalidad del colon, se realizará una CV (preferentemente) o CEDC.¹⁰

- Rectosigmoideoscopia flexible (RSCF) hasta 60 cm.

El uso de RSCF en pesquisa del CCR fue evaluado en estudios de casos y controles de alta calidad y estudios de cohortes asociándose con una reducción en la mortalidad por CCR entre el 60-80% en la zona del colon alcanzada,

permitiendo además el diagnóstico y tratamiento de los pólipos hallados en el trayecto explorado. La eficacia de la RSCF y por ende el intervalo entre estudios, como en el caso de la CC, también depende de la calidad del método: formación del operador, alcance del estudio al menos hasta 40 cm de inserción, adecuada preparación y correcto manejo de los hallazgos. Si bien cuando el examen lo realiza un endoscopista experimentado en un paciente bien preparado, un intervalo de 10 años puede estar justificado, la recomendación estándar sigue siendo el intervalo de 5 años. El riesgo de neoplasia proximal es más elevado cuando la RSCF detecta un adenoma distal mientras que es bajo en presencia de pólipos hiperplásicos aislados. La RSCF es un procedimiento eficaz que debe ser considerado en la pesquisa de CCR (Recomendación B). La detección por RSCF de un pólipo adenomatoso requiere la realización de una CC completa (Recomendación A). La detección por RSCF de un pólipo hiperplásico no requiere la realización de una CC completa (Recomendación B). El intervalo entre RSCF debería ser, por lo menos, de 5 años (Recomendación B).¹⁰

- Colonoscopia virtual (CV).

Si bien no se disponen de ensayos clínicos aleatorizados que evalúen su eficacia como método de pesquisa del CCR en términos de reducción de la mortalidad, pruebas científicas indirectas de reciente publicación avalan su incorporación como método de pesquisa en el grupo de pacientes de riesgo promedio. Se ha demostrado que la CV permite la identificación del CCR en fases iniciales y la identificación de pólipos adenomatosos. En diversos estudios comparativos, la CV

muestra una tasa de detección de pólipos $\geq 10\text{mm}$ y de neoplasias avanzadas similar a la CC. La sensibilidad es de aproximadamente 90% para lesiones $\geq 10\text{mm}$, similar a la CC y superior al CEDC. Es requisito para su implementación como método de pesquisa asegurar la calidad del método mediante adecuada: 1) preparación intestinal, 2) distensión del colon, 3) parámetros de adquisición de la CV en TC multidetector ≥ 4 filas 4) dosis de radiación, 5) interpretación por radiólogos entrenados. De esta manera la CV cada 5 años se considera como alternativa de pesquisa en pacientes de riesgo promedio (Recomendación GC). Es también la mejor opción ante una CC incompleta. Se deberá realizar CC a los pacientes con pólipos $\geq 6\text{mm}$ diagnosticados por CV.¹⁰

- Colon por Enema doble contraste (CEDC).

Actualmente no existen ensayos clínicos aleatorizados que evalúen la eficacia del CEDC en la pesquisa del CCR, en cuanto a su incidencia y mortalidad. La sensibilidad del CEDC es menor que la de la CC y CV, siendo de aproximadamente 48% para pólipos de tamaño mayor a 10mm. El método no permite la toma de biopsias ni la resección simultánea de pólipos, por lo tanto ante hallazgos positivos (1 o más pólipos $\geq 6\text{mm}$), se requiere un examen completo del colon por CC. En este contexto el CEDC no debería considerarse como alternativa en la pesquisa del CCR, no obstante, es importante resaltar que aún así es una mejor opción a la ausencia de pesquisa (Recomendación GC). De ser considerado en pacientes de riesgo promedio, el CEDC debe realizarse cada 5 años.¹⁰

- Sangre Oculta en Materia Fecal (SOMF) con técnica de guayaco.

Se requieren 2 muestras de 3 deposiciones consecutivas (6 en total) tomadas en el hogar. Debe evitarse la ingesta de AINES, vitamina C, carnes y algunas verduras en días previos. Si el test es positivo debe ser seguido de CC completa. Si el test es negativo debe realizarse anualmente para aumentar la sensibilidad del estudio. Es recomendado en el contexto de pesquisa para la detección de CCR (Recomendación A).¹⁰

- Test inmunohistoquímico (TiSOMF).

Se requiere 1 muestra de 2 deposiciones consecutivas (2 en total) tomadas en el hogar. No requiere restricciones en la dieta o en la ingesta de suplementos. Si el resultado es positivo debe ser seguido de CC completa. Si el resultado es negativo debe realizarse anualmente. Es recomendado en el contexto de pesquisa para la detección de CCR (Recomendación A).¹⁰

- Test de detección de ADN en materia fecal.

Se desconoce el intervalo apropiado para repetirlo. Se requiere una sola muestra de aproximadamente 30g de materia fecal. Si el test es positivo, debe ser seguido de una CC completa. Algunas guías internacionales consideran que hay suficiente evidencia para incluirlo como una opción aceptable para la pesquisa de CCR. • El Tacto rectal no constituye un método de pesquisa de neoplasias colorrectales,

sino que forma parte del examen físico y complementa un estudio endoscópico del recto o el colon de buena calidad.¹⁰

Etapa y pronóstico

Cuando no existe enfermedad metastásica obvia solo es posible determinar la etapa precisa del CCR después de la resección quirúrgica y el análisis histopatológico. A diferencia de otros tumores sólidos, el tamaño de la lesión primaria tiene poca influencia en el pronóstico de cáncer de colon. Los factores que se relacionan más estrechamente con el resultado final son: a) profundidad de la penetración del tumor en la pared del intestino, b) afección de ganglios linfáticos regionales y c) presencia de metástasis distantes. Durante los últimos decenios se han elaborado múltiples sistemas de clasificación de las etapas, pero por su sencillez aun se utiliza ampliamente el propuesto por Dukes en 1932 para describir el cáncer rectal. El esquema de clasificación propuesto por Dukes solo se relacionaba con el cáncer rectal e incluía seis etapas, sin embargo la variante de este sistema que se utiliza con mayor frecuencia incluye una cuarta etapa (metástasis distantes) y se amplió para incluir los cánceres de colon.⁹

La *American College of Surgeons Commission on Cancer* recomienda adoptar el sistema TNM (tumor-ganglios-metástasis) (figura n° 1) de clasificación de la etapa que identifica por separado la profundidad de invasión del tumor (T), el estado de los ganglios linfáticos regionales (N) y la presencia de metástasis distantes (M). El TNM proporciona una información patológica más detallada y puede convertirse al

de Dukes más sencillo. La etapa I equivale a la etapa A de Dukes, la II a la B de Dukes, la III a la C de Dukes y la IV a la D de Dukes.⁹

La supervivencia a 5 años demuestra claramente la importancia pronóstica de la etapa de la enfermedad. Los mejores resultados se relacionan con la afección en etapa I con supervivencia de más del 90% de los pacientes a los 5 años. En la etapa II este índice es de entre 60 y 80% y en pacientes con metástasis en ganglios linfáticos (etapa III) la supervivencia a 5 años varía de 20 A 50%. Menos del 5% de los pacientes sobrevive cuando existen metástasis distantes.⁹

Figura 1: Sistema de clasificación del CCR según TNM

Table 1

1987 AJCC/UICC Staging Classification of Colorectal Cancer

Primary Tumor (T)

TX	Primary tumor cannot be assessed
T0	No evidence of tumor in resected specimen (prior polypectomy or fulguration)
Tis	Carcinoma in situ present
T1	Invades submucosa
T2	Invades muscularis propria
T3-T4	Depends on whether the serosa is present
	<i>Serosa present:</i>
T3	Invades through muscularis propria into subserosa Serosa (but not through) Pericolic fat within the leaves of the mesentery
T4	Invades through serosa into free peritoneal cavity or through serosa into a contiguous organ
	<i>No serosa (distal two-thirds of rectum, posterior left or right colon):</i>
T3	Invades through muscularis propria
T4	Invades other organs (vagina, prostate, ureter, kidney)

Regional Lymph Nodes (N)

NX	Nodes cannot be assessed (eg, local excision only)
N0	No regional node metastases
N1	1-3 positive nodes
N2	4 or more positive nodes
N3	Central nodes positive

Distant Metastases (M)

MX	Presence of distant metastases cannot be assessed
M0	No distant metastases
M1	Distant metastases present

Dukes' Staging System Correlated With TNM

Dukes' A = T1 N0 M0

T2 N0 M0

Dukes' B = T3 N0 M0

T4 N0 M0

Dukes' C = Any T N1 M0, any T N2 M0

Dukes' C2 = Any T N3 M0

Dukes' D = Any T any N M1

Modified Astler-Coller (MAC) System Correlated With TNM

MAC A = T1 N0 M0

MAC B1 = T2 N0 M0

MAC B2 = T3 N0 M0, T4 N0 M0

MAC B3 = T4 N0 M0

MAC C1 = T2 N1 M0, T2 N2 M0

MAC C2 = T3 N1 M0, T3 N2 M0

T4 N1 M0, T4 N2 M0

MAC C3 = T4 N1 M0, T4 N2 M0

Modified from American Joint Committee on Cancer: *Manual for Staging of Cancer*, 3rd ed. Philadelphia, JB Lippincott, 1988; and from Union Internationale Contre le Cancer: *TNM Classification of Malignant Tumors*, 4th ed. Geneva, UICC, 1987.

Tratamientos

Si bien los tratamientos son una parte importantísima de la enfermedad colorrectal, éstos exceden ampliamente la temática de este trabajo, por lo cual solo nos centraremos en algunos conceptos básicos.

Opciones terapéuticas:

- a. Tratamiento quirúrgico.
- b. Tratamiento quimioterápico.
- c. Tratamiento radioterápico.

Tratamiento quirúrgico:

- 1. Hemicolectomía derecha.
- 2. Colectomía transversa.
- 3. Hemicolectomía izquierda.
- 4. Sigmoidectomía.
- 5. Operación de Henry Hartmann.
- 6. Operación de Dixon.
- 7. Operación de Miles.
- 8. Operación de Mikulicz.
- 9. Operación de Bevan.
- 10. Colostomía.

Quimioterapia: las drogas más utilizadas son:

5-fluoruracilo

Leucovorina

Oxiliplatino

Capecitabine

Irinotecan

Levamisol

Radioterapia:

La radioterapia se puede usar de forma adyuvante (luego de la cirugía) o neoadyuvante (se realiza antes de la cirugía), esto va a depender de el tipo de tumor, del sitio y del paciente.

Tipos de tratamientos con radiación:

Radioterapia de rayos externos: en este tratamiento, se enfoca la radiación en el cáncer desde una máquina que está fuera del cuerpo. Este es el tipo que se usa con mayor frecuencia en las personas con cáncer de colon o de recto. Los tratamientos se administran 5 días a la semana por muchas semanas. Cada tratamiento dura sólo unos minutos, aunque el tiempo de preparación (colocarle en el lugar correcto para el tratamiento) usualmente toma más.

Radioterapia endocavitaria: para algunos tumores rectales pequeños la radiación se puede administrar con un pequeño dispositivo que se coloca en el recto a través del ano. Cada tratamiento dura sólo unos minutos y luego se retira el dispositivo. Este tratamiento se repite aproximadamente tres veces más en alrededor de 2 semanas de diferencia para una dosis completa. Este tratamiento permite que la radiación llegue al recto sin pasar a través de la piel y otros tejidos cercanos.

Braquiterapia (terapia de radiación interna): en este método se colocan partículas o semillas pequeñas de material radiactivo cerca o directamente en el cáncer. La radiación sólo se desplaza una corta distancia, limitando los efectos sobre los tejidos sanos adyacentes. Algunas veces se usa este método para tratar a las personas con cáncer rectal, especialmente las personas enfermas o de edad avanzada que no pueden tolerar la cirugía.

Radioembolización: algunos pacientes que tienen mucha propagación al hígado, pero poca o ninguna propagación a otras partes distantes del cuerpo **pueden** recibir tratamiento con infusión a través de la arteria que conduce al hígado. El médico inyecta diminutas partículas de vidrio que son cubiertas con un átomo radiactivo (yttrium-90). Estas partículas bloquean algunos de los pequeños vasos sanguíneos que alimentan a los tumores, y su radioactividad ayuda a eliminar las células cancerosas.

Objetivos

Objetivos Generales.

- ✓ Identificar la frecuencia de personas asintomáticas que entre 50 y 75 años se realizaron algún estudio para la pesquisa del cáncer colorrectal en el Hospital Zonal de Agudos San Felipe y en un instituto de consultorios externos de la ciudad de San Nicolás de los Arroyos en los meses de julio y agosto del 2014.

Objetivos Específicos.

- ✓ Analizar los motivos por los cuales no se realizan dichos estudios.
- ✓ Determinar la creencia de los encuestados sobre la frecuencia del CCR.
- ✓ Determinar la creencia de la población a estudiar sobre las chances de curación en los estadios tempranos de la enfermedad.
- ✓ Identificar los factores de riesgo de los encuestados para contraer cáncer colorrectal.
- ✓ Determinar la creencia sobre qué es lo que más contribuye a disminuir el riesgo de padecer la enfermedad.

Materiales y métodos

Se llevó a cabo un estudio de tipo observacional, de corte transversal.

El universo quedo determinado por 118 personas asintomáticas de 50 a 75 años que asistieron a entidades sanitarias, una pública y otra privada; La primera, fue los consultorios externos del servicio de clínica médica del Hospital Zonal de Agudos San Felipe y la segunda, un instituto de consultorios externos ubicados en Garibaldi 72, ambos localizados en la ciudad de San Nicolás de los Arroyos.

La recolección de los datos se realizo durante los meses de, julio y agosto del 2014.

Para dicho estudio, se realizó una entrevista la cual fue contestada de forma anónima, individual y voluntaria. La misma constaba de 9 preguntas semiestructuradas y cuyas variables fueron las siguientes:

- ✓ Establecimiento: público o privado.
- ✓ Sexo: masculino o femenino.
- ✓ Edad: entre 50 y 60 años, entre 61 y 70 años y entre 71 y 75 años.
- ✓ Creencia sobre la frecuencia del CCR: muy frecuente, frecuente, poco frecuente, no es frecuente.
- ✓ Creencia sobre la chance de curación del CCR en estadios tempranos: muy altas, altas, bajas, no hay chances de curación.

- ✓ Antecedentes familiares de CCR: no o si (si la respuesta era afirmativa, se hacia la distinción entre familiares de primer o segundo grado).
- ✓ Fue estudiado para descartar CCR (sangre oculta en materia fecal o colonoscopia): si o no.
- ✓ Predominio de la alimentación: frutas y verduras, carnes rojas, carnes blancas.
- ✓ Creencia sobre lo que más disminuye el riesgo de padecer la enfermedad: prontitud con la que se diagnostica, como se trata la misma, la alimentación, no sabe/no contesta.
- ✓ Realización de controles precoces para la detección del CCR: si o no (si la respuesta es negativa) no sabía que se podía detectar de forma precoz, por miedo, por vergüenza, porque el médico no lo sugirió.

Los datos recabados de las encuestas anónimas fueron codificados y cargados en una planilla de datos en Microsoft Excel para su posterior procesamiento y análisis con el software estadístico SPSS.

Para el análisis específico de los datos se trabajó para las variables cualitativas con frecuencias y porcentajes. Se realizaron gráficos de sectores, barras y barras comparativas.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- ✓ Personas de 50 a 75 años.
- ✓ Personas de ambos sexos
- ✓ Personas que concurrieron a los consultorios de las entidades citadas durante los meses de julio y agosto
- ✓ Personas asintomáticas.

Criterios de exclusión:

- ✓ Personas que tienen o tuvieron CCR actualmente.
- ✓ Personas sintomáticas.
- ✓ Personas menores de 50 años o mayores de 75 años
- ✓ Personas que concurrieron a los servicios en otro período de tiempo(no julio-agosto /14)
- ✓ Personas que hayan presentado o presenten algún tipo de cáncer del aparato digestivo diferente al CCR

Resultados Estadísticos

A continuación se presentan los resultados de las entrevistas realizadas a las personas asintomáticas entre 50 y 75 años que se realizan algún estudio para la pesquisa de cáncer colorrectal en San Nicolás de los Arroyos.

La muestra quedó conformada por 118 personas de ambos sexo, a las cuales se les realizó la entrevista tanto en lugares públicos como privados de la ciudad de San Nicolás de los Arroyos entre los meses de Julio y Agosto de 2014.

Establecimiento

Tipo de establecimiento	Frecuencia	%
privado	73	61,9
público	45	38,1
Total	118	100

El 61,9% (73) de los encuestados respondieron en un establecimiento privado, y el 38,1% (45) en un establecimiento público.

Sexo

Sexo	Frecuencia	%
femenino	73	61,9
masculino	45	38,1
Total	118	100

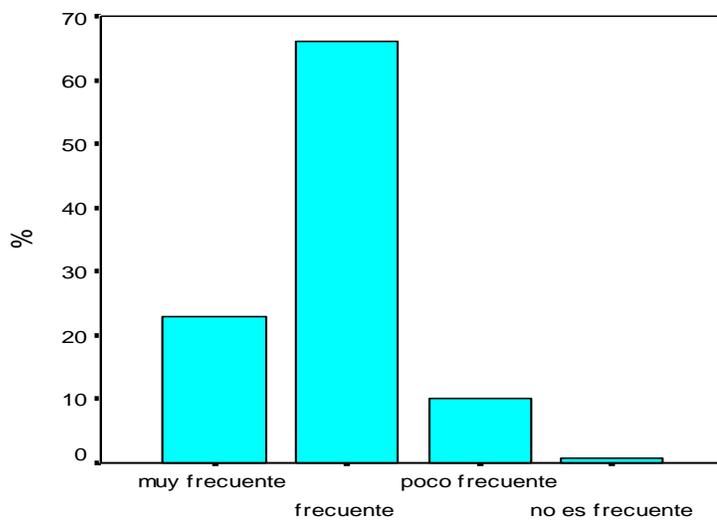
El 61,9% (73) de las personas encuestas son de sexo femenino y el 38,1% (45) de sexo masculino.

Edad

Edad	Frecuencia	%
entre 50 y 60 años	49	41,5
entre 61 y 70 años	45	38,1
entre 71 y 75 años	24	20,3
Total	118	100

El 41,5% (49) de las personas encuestadas tiene entre 50 y 60 años, el 38,1% (45) entre 61 y 70 años, y el 20,3% (24) entre 71 y 75 años.

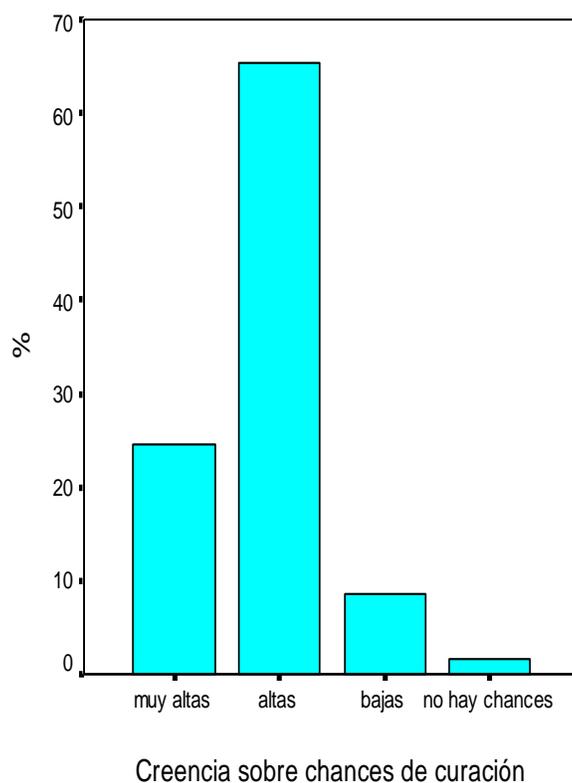
Creencias sobre la frecuencia del cáncer de colon y recto



Creencia sobre el cáncer de colon y recto

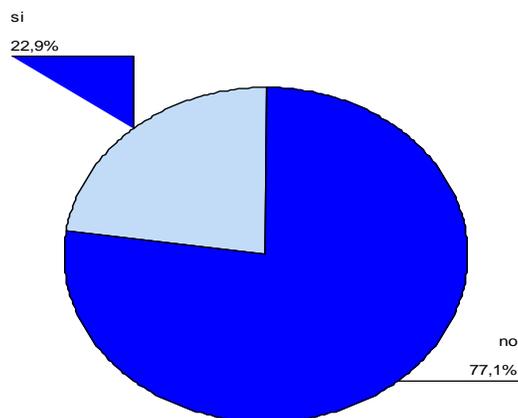
El 22,9% (27) de los encuestados cree que es muy frecuente, el 66,1% (78) cree que es frecuente, el 10,2% (12) poco frecuente y el 0,8% (1) cree que no es frecuente.

Creencias sobre las chances de curación del cáncer de colon y recto



El 24,6% (29) de los encuestados considera que las chances de curaron son muy altas, el 65,3% (77) considera que son altas, el 8,5% (10) bajas y un 1,7% (2) considera que no hay chances de curación.

Antecedentes familiares de con cáncer de colon



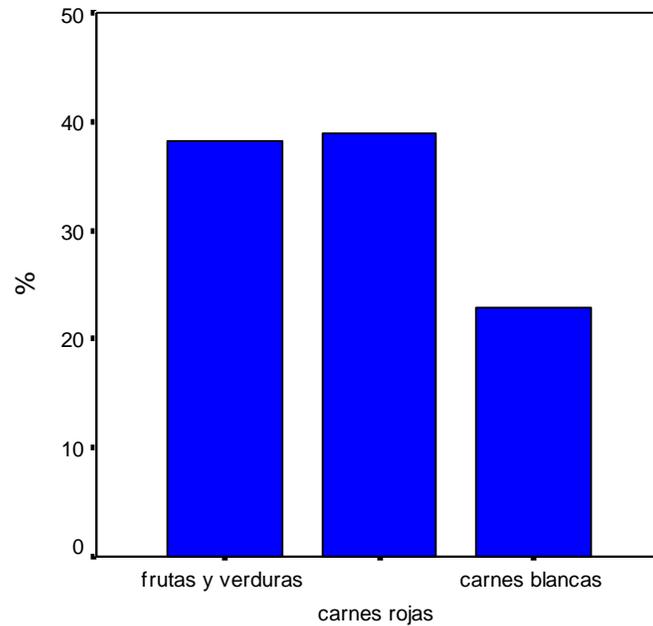
El 77,1% (91) de los encuestados no tiene antecedentes familiares con cáncer de colon, y el 22,9% (27) si.

A esos 27 que sí tienen antecedentes se les preguntó el tipo de parentesco y respondieron lo siguiente:

Respuestas	Frecuencia	%
padres, madres o hijos	16	59,3
abuelos, nietos o hermanos	11	40,7
Total	27	100

El 59,3% (16) de los encuestados refiere que tiene antecedentes de padres, madres o hijos; y el 40,7% (11) de abuelos, nietos o hermanos.

Alimentos que predominan en la dieta habitual



En su alimentación predominan

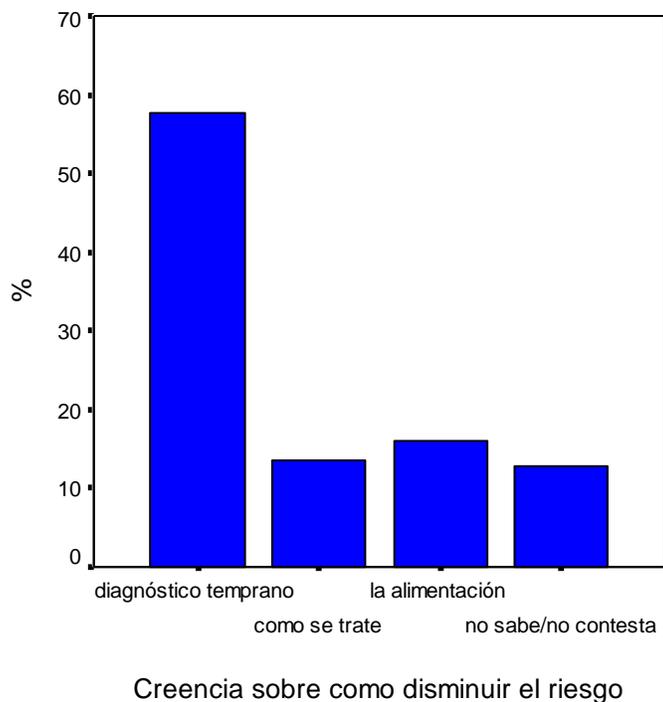
El 39% (46) de los encuestados refiere que predominan las carnes rojas en su alimentación, el 38,1% (45) refiere que predominan las frutas y verduras, y el 22,9% (27) las carnes blancas.

¿Alguna vez ha sido estudiado para descartar cáncer de colon o recto?

Respuestas	Frecuencia	%
No	72	61
Si	46	39
Total	118	100

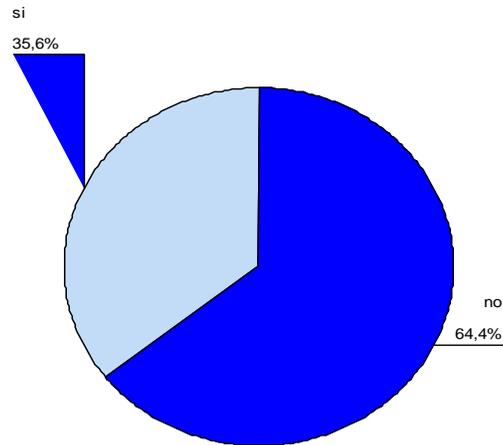
El 61% (72) dice que nunca ha sido estudiado, y el 39% (46) dice que alguna vez ha sido estudiado.

¿Qué es lo que más contribuye a disminuir el riesgo de tener la enfermedad?



El 57,6% (68) cree que el disminuir el riesgos depende de la prontitud con la que se diagnostica, el 16,1% (19) cree que depende de la alimentación, el 13,6% (16) de cómo se trate la enfermedad, y el 12,7% (15) no sabe.

Realización de controles para la pesquisa del cáncer de colon y recto



El 64,4% (76) de los encuestados no se realizó o realiza controles para la pesquisa del cáncer de colon y recto, y el 35,6% (42) si se realiza.

A los 76 encuestados que no se realizan o realizaron controles se les pregunto los motivos, y las respuestas fueron las siguientes:

Respuestas	Frecuencia	%
porque el médico no lo sugirió	42	55,3
no sabía que se podía detectar de forma precoz	17	22,4
por miedo	11	14,5
por vergüenza	6	7,9
Total	76	100

El 55,3% (42) refieren que no se realizó controles porque el médico no se lo sugirió, el 22,4% (17) porque no sabía que se podía detectar de forma precoz, el 14,5% (11) por miedo y el 7,9% (6) por vergüenza.

Discusión

En las últimas décadas, el avance de la tecnología aplicada al área de la salud y la consistente mejora de la calidad y expectativa de vida, han dejado al descubierto una gran cantidad de enfermedades propias de la edad adulta y la vejez entre ellas el cáncer colorrectal. Esto ha llevado a un aumento de la prevalencia de la enfermedad y con ello la constante preocupación del sistema de salud para que las personas participen en campañas de detección precoz del CCR no solo a nivel nacional sino también internacional.

En el presente estudio se han analizado las creencias, algunos factores de riesgo, antecedentes personales y familiares, realización de controles precoces acerca del CCR, entre otros.

En primer lugar uno de los aspectos más importantes fue identificar la frecuencia de personas asintomáticas, que entre 50 y 75 años se realizaron algún estudio para la pesquisa del CCR en el Hospital Zonal de Agudos San Felipe y en un instituto de consultorios externos de la ciudad de San Nicolás de los Arroyos en los meses de julio y agosto del 2014. Del total de la muestra, el 64,4% (76) de los entrevistados no se realizó o realiza controles para la pesquisa del cáncer de colon y recto, y el 35,6% (42) si se realiza dichos controles, la tasa de participación es parecida a la hallada por Burgos-Llamazeres¹¹ en Cantabria, España y a la de López¹² y cols. en Valencia, España. A nivel nacional, el Ministerio de Salud refiere que en reiteradas oportunidades se propusieron planes para el cribado pero por diferentes motivos no se pudieron llevar a cabo³, es por esto, que no tenemos

datos oficiales al respecto. Al 64,4% que respondieron que no, representados por 76 encuestados se les indago sobre los motivos por los cuales no se realizan los controles diagnósticos precoces encontrándonos con que el 55,3% (42) refieren que no se realizó controles porque el médico no se lo sugirió, el 22,4% (17) porque no sabía que se podía detectar de forma precoz, el 14,5% (11) por miedo y el 7,9% (6) por vergüenza. En comparación con los trabajos de Ramos¹³ y cols. y Casal y cols.¹⁴ vemos que en estos últimos los motivos predominantes son el miedo y la vergüenza.

Otro punto a determinar era la creencia de los entrevistados acerca de la frecuencia del CCR; En este punto se encontró que el 22,9% (27) de los encuestados cree que es muy frecuente, el 66,1% (78) cree que es frecuente, el 10,2% (12) poco frecuente y el 0,8% (1) cree que no es frecuente. Estos son comparables con el informe realizado por Europacolon¹⁵ en España donde la mayoría de los encuestados dicen que es una patología frecuente.

El siguiente aspecto importante a destacar fue sobre la creencia de la población respecto al porcentaje de curación de la enfermedad en estadios temprano. Aquí el 24,6% (29) de los entrevistados consideró que las chances de curación son muy altas, el 65,3% (77) refiere que son altas, el 8,5% (10) que son bajas y un 1,7% (2) piensa que no hay chances de curación. Estos datos discrepan con el trabajo de Europacolon¹⁵, realizado en España, donde solo una minoría cree en las posibilidades de curación/supervivencia.

En cuanto a los factores de riesgo que se analizaron fueron los antecedentes familiares y los hábitos dietéticos; En el primer caso, el 77,1% (91) de los entrevistados no tiene antecedentes familiares con cáncer de colon, y el 22,9% (27) si; Y de estos últimos, el 59,3% (16) refiere que tiene antecedentes de padres o hijos; y el 40,7% (11) de abuelos, hermanos o nietos. , estas tasas están algo por debajo de las propuestas por Ramos y cols¹³. donde el 32,6 % tienen antecedentes personales sin hacer distinción entre primer y segundo grado. En otro trabajo, propuesto por Ferrero Fernández y cols.¹⁶ sugiere que casi el 16% tiene antecedentes familiares y de estos, algo menos del 9% fueron familiares de primer grado. En lo que concierne a los hábitos dietéticos, encontramos que el 39% (46) de los entrevistados refiere que en su dieta predominan las carnes rojas en su alimentación, el 38,1% (47) que predominan las frutas y verduras, y el 22,9% (27) las carnes blancas. Datos que coinciden con los del trabajo de Pou y cols.¹⁷ realizado en la ciudad de Córdoba (Argentina), donde predomina las carnes rojas en la dieta.

Con respecto a la creencia sobre los factores que más contribuyen a disminuir el riesgo de padecer la enfermedad encontramos que: el 57,6% (68) cree que el disminuir los riesgos depende de la prontitud con la que se diagnostica, el 16,1% (19) cree que depende de la alimentación, el 13,6% (16) de cómo se trate la enfermedad, y el 12,7% (15) no sabe/no contesta. Si comparamos nuestros datos con los de estudio de Europacolón¹⁵ vemos características similares donde el 60

% cree que depende de la prontitud del diagnóstico, el 13% de cómo se trate, casi el 4% cree que depende de la alimentación y el 20% no sabe/no contesta.

Conclusión

El presente trabajo ha puesto de manifiesto la baja frecuencia de personas asintomáticas entre 50 y 75 años que se realizan algún estudio (SOMF o colonoscopia) para la pesquisa del CCR en el Hospital Zonal de Agudos San Felipe y en un instituto privado de consultorios externos la ciudad de San Nicolás de los Arroyos, representada por el 35,6 %, porcentaje bajo en relación con la alta tasa de curación (más del 90 % en estadios tempranos) sumándole a esto, la simpleza y accesibilidad, en lo que respecta a las técnicas de pesquisa.

Teniendo en cuenta que el CCR es una patología muy prevalente en nuestro medio, de fácil diagnóstico y con alta tasa de curabilidad, expuesta en el párrafo anterior, no nos podemos dar el lujo de suministrar insuficiente información a nuestros ciudadanos acerca del tema.

El CCR al igual que otras enfermedades graves, como el cáncer de próstata o de cérvix, tiene una alta tasa de pesquisa; pero a diferencia de éstos, un bajo grado de participación de la población.

Apreciación Personal

Estoy convencido, que con el incremento de campañas de difusión por medio de folletos, avisos radiales, televisivos, banners en los distintos centros de salud, etc., que aporten mayor y mejor información sobre la patología en cuestión y las técnicas diagnósticas, sumados a una promoción de hábitos dietéticos más saludables por parte de la sociedad, como así también, el compromiso del

personal de salud de insistir sobre la pesquisa, favorecería el incremento de la calidad de vida de las personas, disminuyendo consecuentemente el gasto en tratamientos y hospitalizaciones muchas veces tardío e innecesarias.

Sería mi deseo ferviente poder trabajar activamente para el logro de una concientización mayor sobre la importancia del CCR en la comunidad médica y por supuesto también a nivel de la sociedad para contribuir a paliar la morbimortalidad por esta causa.

Bibliografía

- 1- World Health Organization. The world Health Report: Making the Difference. Emerging epidemics and persistent problems (2010).
- 2- Instituto Nacional del Cáncer (2014) Estadísticas. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/cancer-colorrectal> (Consultada el 15 de agosto del 2014)
- 3- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2014) Cáncer Colorrectal en Argentina. Recuperado de http://www.msal.gov.ar/inc/images/stories/downloads/publicaciones/equipo_medico/Cancer_colorrectal/Diagnostico_situacional_del_cncer_colorrectal_en_Argentina.pdf (Consultada: el 17 de agosto del 2014)
- 4-Edwards BK, et al. Annual Report to the nation on the Satus of Cancer 1975-2002: Featuring population based trends in cancer treatmen. J Natl Cancer Inst 2005; 97: 1408-1427
- 5- Vaccaro CA y cols.. Cancer colorrectal: Epidemiologia y registros de cáncer colorrectal. Buenos Aires: Delhospital ediciones; 2007. P. 19-35.
- 6- Jemal, A., Bray, F., Center, M. M., Ferlay, J., Ward, E., & Forman, D. (2011). Global cancer statistics. CA: a cancer journal for clinicians, 61(2), 69-90.

- 7- Vaccaro CA y cols.. Cáncer colorrectal: Rastreo: Estrategias y Fundamentos. Buenos Aires: Delhospital ediciones; 2007. p. 107-124.
- 8- Hano García, O. M., Wood Rodríguez, L., Galbán García, E., & Abreu Vázquez, M. D. R. (2011). Factores de riesgo para el cáncer colorrectal. Revista Cubana de Medicina, 50(2), 118-132.
- 9- Brunicardi FC y cols.. Schwartz Principios de cirugía: Colon, Recto y Ano. 9 ed. McGraw-Hill; 2010 p. 1013-1074.
- 10- De cirugía, Academia Argentina, et al. Guía de recomendaciones para la prevención y detección precoz del cáncer colorrectal. 2010.
- 11- Brugos-Llamazares, V., González de Aledo, A., Vada-Sánchez, J., & Terán-Lantarón, Á. (2010). Resultados del programa de detección precoz de cáncer colorrectal en Cantabria durante el periodo noviembre de 2008 a marzo de 2010. Rev Esp Salud Pública, 84(6), 755-768.
- 12- López, A. M., Trejo, D. S., Felis, T. S., Romero, M. P., Sáez, M. G., Martínez, M. A.,... & Serrano, I. G. (2010). Programa de cribado de cáncer colorrectal de la comunidad valenciana. Resultados de la primera ronda: 2005-2008. Revista Española Salud Pública, 84(6), 729-741.
- 13- Ramos, M., Taltavull, M., Piñeiro, P., Nieto, R., & Llagostera, M. (2013). Attitudes of primary health care users to a colorectal cancer screening program. Gaceta Sanitaria, 27(6), 516-520.

- 14- Casal, E. R., Velazquez, E. N., Mejia, R. M., Cuneo, A., & Perez-Stable, E. J. (2009). Rastreo del cáncer colorrectal. Conocimiento y actitud de la población. *Medicina*, 69(102), 135.
- 15- Europacolon. (2007) Encuesta sobre el grado de conocimiento cáncer colorrectal entre la población española. Recuperado de <http://www.europacolonespana.org/informe-encuesta.pdf> pg. 16 (Consultada: el 29 de septiembre del 2014)
- 16- Ferrero Fernández, I. E., Echevarría Broz, C., Miguel González, I., Horta Valvidares, M., & García González, J. V. (2012). Prevalencia declarada de antecedentes familiares de cáncer colorrectal en la población de Gijón. *Semergen-Medicina de Familia*, 38(8), 498-504.
- 17- Pou, S. A., Niclis, C., Aballay, L. R., Tumas, N., Román, M. D., Muñoz, S. E.,... & del Pilar Díaz, M. (2014). Cáncer y su asociación con patrones alimentarios en Córdoba, Argentina. *Nutrición Hospitalaria*, 29(n03), 618-628.
- 18- Cortés, A., Bravo, L. E., García, L. S., & Collazos, P. (2014). Incidencia, mortalidad y supervivencia por cáncer colorrectal en Cali, Colombia, 1962-2012. *salud pública de México*, 56(5), 457-464.
- 19- Instituto Nacional del Cáncer (2014) Sala de Situación del Cáncer en Republica Argentina 2014. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/inc/images/stories/downloads/SaladeSituacionCColorrectal> 2014. (Consultada: el 25 de septiembre del 2014)

20- Machado Pineda, M., Rodríguez Fernández, Z., González Tuero, J. H., & Rodríguez Ramírez, R. (2011). Relación diagnóstico y supervivencia en el cáncer de colon. *Medisan*, 15(11), 1566|page-1576.

Anexo

Esta encuesta anónima fue formulada para llevar a cabo un trabajo de investigación de la Universidad Abierta Interamericana. Dicho trabajo se titula:

“Frecuencia de personas asintomáticas entre 50 y 75 años que se realizan algún estudio para la pesquisa de cáncer colorrectal, en los consultorios externos de Clínica Médica del Hospital Zonal de Agudos San Felipe y en los consultorios externos sites en Calle Garibaldi 72 de la San Nicolás de los Arroyos, Pcia. de Bs As, durante los meses de julio y agosto del 2014”

Establecimiento: Privado Público

1- Sexo: Masculino Femenino

2- Edad: Entre 50 y 60 años

Entre 61 y 70 años

Entre 71 y 75 años

3- Usted cree que el cáncer de colon y recto es:

Muy frecuente

Frecuente

Poco frecuente

No es frecuente

4- Si el cáncer de colon y recto se detecta en estadios tempranos de la enfermedad, usted cree que las chances de curación son:

Muy altas

Altas

Bajas

No hay chances de curación

5- ¿Tiene antecedentes de familiares con cáncer de colon?

Sí- ¿En caso de que sea sí su respuesta, fue en: Padres, hermanos o hijos (1° grado)

Abuelos, tíos, nietos. (2° grado)

No

6- ¿Alguna vez ha sido estudiado para descartar cáncer de colon o recto?

Sí

No

7- En su alimentación predominan: (marque una sola opción)

Frutas y verduras

Carnes rojas (vaca, cerdo, cordero)

Carnes blancas (pescado, pollo)

8- Según lo que usted cree y conoce: ¿Qué es lo que más contribuye a disminuir el riesgo de tener la enfermedad? (marque una sola opción)

La prontitud con la que se diagnostica

Cómo se trate la misma

La alimentación

No sabe / No contesta

9- ¿Se realizó o realiza controles para la detección precoz del cáncer de colon y recto?

Si

No ¿En caso de que no, por que motivo? No sabía que se podía detectar de forma precoz

Por miedo

Por vergüenza

Porque el médico no lo sugirió

¡Muchas gracias por su colaboración!