

La pesquisa de cáncer de colon en Cuba: cuatro años de trabajo

González Fernández, Rebeca Sonia

¹ Centro de Inmunoensayo/Investigaciones, BioCubaFarma, La Habana, Cuba, rebeca.gonzalez@cie.cu

Resumen: Introducción: Existe consenso mundial en el uso de la determinación de sangre oculta en heces fecales para la pesquisa de cáncer de colon. El Centro de Inmunoensayo aporta desde marzo de 2013 el SUMASOHF, una prueba inmunológica rápida para diagnóstico precoz y seguimiento de desórdenes gastrointestinales que provocan sangramiento con alto grado de sensibilidad. La misma se ha incluido en el algoritmo para el control del cáncer de colon en Cuba. **Objetivo:** Evaluar la pesquisa de cáncer de colon del 2013 al 2016 en el sistema nacional de salud. **Método:** Se procesaron datos obtenidos de modelos estadísticos del MINSAP y los Anuarios Estadísticos. **Resultados:** La cobertura alcanzada en relación a la población de 50 años o más se ha incrementado de 1,5% en el 2013 a 10,7 en el 2016. La positividad fue de 10,4% en el 2013 y de 9,2% en el 2016. El número de fallecidos incrementa de 1168 en el 2013 a 2331 en el 2016 que disminuye con respecto al 2015. La tasa de mortalidad por 100 000 habitantes aumenta de 18,5 en el 2013 a 20,7 en el 2016 que disminuye con respecto al 2015. **Conclusiones:** La pesquisa continúa consolidándose en el sistema nacional de salud.

Palabras claves: cáncer de colon, tamizaje, Cuba

I. INTRODUCCIÓN

Existe consenso en que las pruebas más recomendadas para la detección precoz del cáncer colorrectal son la determinación de sangre oculta en la materia fecal, la sigmoidoscopia y la colonoscopia. Además se señala, entre otros procedimientos de pesquisa radiográficas, el enema de bario con doble contraste. Otras técnicas también se aplican como la colonoscopia por tomografía computarizada o colonoscopia virtual pero aún no han demostrado que disminuya la mortalidad y están en estudio pruebas que analizan el ADN humano en la materia fecal o en muestras de sangre. (1-3)

La pesquisa tiene como meta detectar la lesión pre-neoplásica definida, el adenoma, que se puede detectar y tratar efectivamente. La probabilidad de padecer adenoma colorrectal es del 20% a través de toda la vida y su pico de incidencia se produce entre los 55 y los 65 años de edad. La probabilidad de padecer un cáncer colorrectal es del 4 al 6% a través de toda la vida y su máxima incidencia se produce entre los 65 y los 75 años. Más del 90% de los casos se halla precedido por alteraciones pre-malignas. El 75% se desarrollan en personas sin antecedentes personales o familiares por lo que la pesquisa no se realiza a grupos de riesgo o solo se resolvería alrededor del 20% del total de los casos. La curación de la enfermedad alcanza el 80 al 90% cuando el diagnóstico se hace en etapas tempranas. Afecta por igual a hombre y mujeres. (4)

En relación a los daños que pueden causar, se señala que la sigmoidoscopia y la colonoscopia son procedimientos incómodos y dolorosos. Además pueden presentarse con poca frecuencia complicaciones como perforación, hemorragias o eventos cardiovasculares. En relación a la determinación de sangre oculta en la materia fecal, se señala la posibilidad de falsos positivos que serán sometidos a otras investigaciones y los falsos negativos relacionados con que las lesiones pueden no sangrar o que este sea intermitente lo que demoraría el diagnóstico. (5)

La OMS reconoce los resultados obtenidos en la disminución de la mortalidad por esta enfermedad con la pesquisa con sigmoidoscopia y la detección de sangre oculta en materia fecal anual, insistiendo en la necesidad de que se logre un cumplimiento elevado de la prueba para obtenerse mayores beneficios en la población general y que guarde proporción con los gastos que se generen. (6,7)

En Cuba se recomienda para pacientes asintomáticos mayores de 50 años la determinación de sangre oculta en materia fecal con frecuencia anual y la rectosigmoidoscopia flexible o colon por enema de doble contraste cada 5 años. En el grupo de riesgo familiar, la colonoscopia cada 5 años. En el caso de la primera no solo utiliza la prueba del guayacol sino que se cuenta desde el año 2013, con una prueba inmunológica específica para la hemoglobina humana denominada SUMASOHF que fue diseñada por el Centro de Inmunoensayo y es distribuida en todo el país por TecnoSuma Internacional S.A.

El SUMASOHF es una prueba rápida cualitativa para la detección de sangre oculta en heces fecales. Es un inmunoensayo cromatográfico tipo sándwich muy útil para el diagnóstico precoz y seguimiento de trastornos gastrointestinales que provocan sangramiento con alto grado de sensibilidad. En cinco minutos pueden detectarse niveles de hemoglobina humana en la materia fecal tan pequeños como 0,2 µg/mL. (8)

II. MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los modelos 241-509-01 Tecnología SUMA de 2013 al 2016 y se revisaron los Anuarios Estadísticos de igual periodo. Los datos obtenidos fueron procesados estadísticamente de forma manual con calculadora y se analizaron en una computadora Pentium IV con sistema operativo Windows XP. Los resultados fueron presentados en tablas de distribución de frecuencias para su análisis y discusión. Se utilizaron técnicas de estadística descriptiva como el porcentaje. Los textos

fueron procesados en Word XP y las tablas fueron realizadas en Excel XP. El informe final fue confeccionado utilizando la plantilla orientada por los organizadores del evento.

III. RESULTADOS

La OMS asegura que para obtener los resultados esperados la pesquisa debe lograr una cobertura adecuada de la población. (6) La tabla 1 muestra la cobertura alcanzada.

Tabla 1 Cobertura de la pesquisa. Cuba 2013-2016.

	Población de 50 años y más	Pruebas realizadas	Porcentaje
2013	3361244	50756	1,5
2014	3451951	97812	2,8
2015	3745811	333816	8,9
2016	3861038	412069	10,7

Las coberturas alcanzadas son bajas que no favorecen la disminución de la mortalidad que es la meta del conjunto de acciones que establece el Programa Integral para el Control del Cáncer en el país. (9) En el 2013 cuando se introducía este producto se planificó realizar alrededor de 963 291 pruebas en los 116 municipios de mayor mortalidad por esta causa. Si se tiene en cuenta esta estrategia se alcanzó una cobertura de 5,3% que también resulta muy baja.

La tabla 2 recoge la positividad de las pruebas realizadas.

Tabla 2 Positividad de las pruebas adquiridas. Cuba 2013-2016.

	Pruebas realizadas	Positivas	porcentaje
2013	50756	5290	10,4
2014	97812	9022	9,2
2015	333816	29428	8,8
2016	412069	37728	9,2

La positividad fue superior al resto de los años lo que se debe a que solo se desarrolló en municipios de alta mortalidad por esta causa. Los estudios publicados que utilizan pruebas inmunológicas reportan 8,8% de positividad lo que se corresponde con los resultados obtenidos. (10,11)

El impacto de la pesquisa se debe evidenciar en indicadores “duros” de salud, es decir, en la incidencia y mortalidad. Se considera muy poco tiempo para evaluar el impacto de esta estrategia, sin embargo, se revisaron datos estadísticos que se consideraron de interés.

En relación a la incidencia, solo se han publicado datos del 2013 de los años incluidos en el estudio. Lo esperado sería un incremento de los casos diagnosticados por la pesquisa con una prueba específica para detección de la hemoglobina humana. La tabla 3 recoge la incidencia en los tres últimos anuarios publicados.

Tabla 3 Incidencia del cáncer de colon. Cuba 2011-2013.

	Total casos	Tasa ajustada hombre	Tasa ajustada mujer
2011	2245	9,9	12,5
2012	2494	11,5	12,8
2013	2517	11,2	13,2

La incidencia no se incrementó con el inicio de la pesquisa, lo que puede estar relacionada con la baja cobertura alcanzada en el 2013, incluso en el 2013, se reduce la tasa en los hombres

Reducir la mortalidad es uno de los objetivos claves, más cuando fue la segunda causa por tumores en ambos sexos en el 2016 (12). La tabla 4 muestra el comportamiento de la mortalidad.

Tabla 4 Mortalidad por cáncer de colon. Cuba 2013-2016.

	Total casos	Tasa
2013	2064	18,5
2014	2196	19,7
2015	2349	20,9
2016	2331	20,7

Se observa una ligera disminución de número de fallecidos y de la tasa por 100 000 habitantes en el 2016. Aunque es muy prematuro para definir que ese sea el inicio de una tendencia o relacionarlo únicamente con la pesquisa, es un indicador que debe continuarse monitoreando.

IV. CONCLUSIONES

La pesquisa de cáncer de colon con SUMASOHF continúa consolidándose en el sistema nacional de salud.

REFERENCIAS

1. American Cancer Society. Detailed Guide: Colon and Rectum Cancer. 2012. Disponible en <http://www.cancer.org/Cancer/ColonandRectumCancer/DetailedGuide/index> [Consulta: 13/3/2014]
2. Aune D, Chan DS, Lau R, Viera R, Greenwood DC, Kampman E, Norat T. Dietary fibre, whole grains, and risk of colorectal cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *BMJ*. 2011 Nov 10;343:617.
3. American Cancer Society. Recomendaciones de la Sociedad Americana Contra el Cáncer para la detección temprana del cáncer colorrectal. 2014. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/colonyrecto/guiadetallada/cancer-colorrectal-early-deteccion-recomendations> [Consulta: 13/3/2014]
4. WGO/IDCA Internacional para Cáncer Digestivo: Tamizaje del cáncer colorrectal. 2007. Disponible en http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/es/pdf/guidelines/cancer_colorectal_tamizaje_screening_y_vigilancia.pdf [Consulta: 12/3/2007]

5. INC. Exámenes de detección del cáncer colorrectal. 2014. Disponible en: www.cancer.gov/espanol/pdq/deteccion/colorrectal/HealthProfessional [Consulta: 22/4/2014]
6. WHO. National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines. 2nd Edition. ISBN 92 4 154557 7. 2008. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancer/9241545577/en/> [Consulta: 10/3/2014]
7. OMS. Detección temprana. Control del cáncer. Aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces. ISBN 9789243547336. 2007. Disponible en: http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_planning/es/ [Consulta: 10/3/2014]
8. Herrera R, Lorenzo A, et al. SUMASOHF para el diagnóstico de sangre oculta: evaluación analítica desarrollada en el Centro de Inmunoensayo. 2012. Disponible en: <http://www.convencionsalud2012.sld.cu/index.php/convencionsalud/2012/paper/viewPaper/1684> [Consulta: 23/4/2014]
9. MINSAP. Programa Integral para Control del Cáncer. Estrategia Nacional para el Control del Cáncer. ISBN 9789592128156. 2012. Disponible en: http://www.paho.org/cub/index.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D378%26Itemid%3D&sa=U&ei=3d6pU5a5KIilyASy74GoBA&ved=0CAYQFjAA&client=internal-uds-cse&usg=AFQjCNGbj82tkF2Qv8VdxYtRr-UC5j1XcQ [Consulta: 10/3/2014]
10. Pedreira, S. Estudio Piloto II de Prevención y Detección Precoz del Cáncer Colorrectal. 2004. Disponible en: <http://www.coloproctologia.com.ar/prevencion/archivos/estudio2.pdf> [Consulta: 10/3/2014]
11. Fernández, J.L. Pesquisa del cáncer colorrectal con una prueba inmunológica para sangre oculta en materia fecal. Acta gastroenterol. Latinoam; 29(2):73-8,1999.
12. MINSAP. Anuario Estadístico 2016. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/> [Consultado 21/10/2016]