



CARTA CIENTÍFICA

Utilidad del test de sangre oculta en heces para el diagnóstico del cáncer colorrectal en la práctica clínica en atención primaria



Utility of faecal occult blood test for the diagnosis of colorectal cancer in clinical practice in primary care

El cáncer colorrectal (CCR) es el tercer tumor maligno más prevalente en Europa¹. En España se desarrollan programas de cribado de CCR en personas asintomáticas entre los 50 y 69 años mediante el test de sangre oculta en heces inmunológico (TSOHi). Los síntomas son pobres predictores del CCR², siendo en estos casos la colonoscopia la prueba diagnóstica de referencia. Sin embargo, la colonoscopia es invasiva, cara y no exenta de complicaciones.

El objetivo del trabajo fue analizar la utilidad del TSOHi en la práctica clínica diaria en atención primaria (AP) en pacientes sintomáticos. Se analizan los TSOHi (OC-Sensor[®], punto de corte de 10 µgHb/g de heces y una sola muestra) durante los años 2009 y 2015, pertenecientes a un centro de salud que abarca una población aproximada de 20.270 habitantes. Se recogieron muestras de 405 pacientes que habían acudido por sintomatología digestiva (edad media de 62 años y 51% mujeres). Un 14,8% (60 pacientes) de TSOHi fueron positivas. En un 16% de los casos no constaban los motivos de petición en la historia clínica y en un 13% los antecedentes familiares. Entre los TSOHi positivos, el 55% fueron varones y la edad media 69 años vs. 61 en los negativos ($p < 0,001$). El síntoma que más se asoció a positividad del test fue la anemia (31,6%). En un 83% de los positivos se realizó colonoscopia. En 10 pacientes (16%) se encontraron adenomas de bajo riesgo, en 7 (12%) adenomas de alto riesgo, en 20 (40%) CCR y en el resto fue normal. El 73% de los CCR se encontraban en estadios I y II. Entre los TSOHi negativos hubo 2 CCR que se diagnosticaron con colonoscopia. Entre los TSOHi positivos que no se hicieron colonoscopia y tras 3 años de seguimiento no se diagnosticó ningún CCR. Un paciente presentó un cáncer gástrico. La precisión del TSOHi para CCR se muestran en la [tabla 1](#). Una limitación del trabajo es el carácter retrospectivo del mismo y el número limitado de pacientes.

Estos resultados muestran como el TSOHi es una herramienta diagnóstica útil para descartar CCR en pacientes que acuden por síntomas a AP y que el TSOHi tiene una buena eficacia diagnóstica en la detección del CCR. El alto valor predictivo negativo, cercano al 100%, significa que la probabilidad de que exista un resultado falso negativo sería muy

Tabla 1 Rendimiento diagnóstico de TSOHi para CCR en pacientes sintomáticos

	Valor	IC 95%
Sensibilidad; (%)	90,9	72,2-97,5
Especificidad; (%)	89,6	86,1-92,2
VPP; (%)	33,3	22,7-45,9
VPN; (%)	99,4	97,9-99,8
CP ⁺	8,7	6,31-12,01
CP ⁻	0,1	0,03-0,38
Prevalencia; (%)	5,4	3,4-8,1

CCR: cáncer colorrectal; CP⁻: coeficiente de probabilidad negativo; CP⁺: coeficiente de probabilidad positivo; TSOHi: test de sangre oculta en heces inmunológico; VPN: valor predictivo negativo; VPP: valor predictivo positivo.

baja. Por lo tanto, en aquellos sujetos sintomáticos, pero, con un TSOHi negativo, no estaría indicada la realización de una colonoscopia, salvo que persistan los síntomas.

Cabe destacar el dato de que solo en un 13% de los pacientes a los que se les solicitó el TSOHi tenían recogidos los antecedentes familiares. Como reconocen todas las guías³, este factor es clave para determinar el riesgo de CCR y, por tanto, es necesario incidir en su recogida. El número total de peticiones de TSOHi durante los años 2009-2016 fue de 405 pruebas, lo que supone aproximadamente un 2% de la población. Este número fue probablemente menor de lo recomendable, sobre todo sabiendo que uno de los motivos más frecuentes de consultas en atención primaria es por sintomatología digestiva. Además, según recientes estudios, solo la mitad de los pacientes con CCR se han realizado un TSOHi en AP en los meses previos a ser diagnosticados⁴. Se conoce que las consultas médicas múltiples y continuas en AP prolongan la duración del intervalo diagnóstico^{5,6}, y se ha visto que entre el 25-30% de los pacientes con CCR tardaron más de 90 días en ser diagnosticados, desde que presentaron los primeros síntomas hasta llegar al diagnóstico⁴. Detectar a estos pacientes y hacer un TSOHi puede ayudar a orientar el diagnóstico precoz en AP, y sirve para seleccionar a los pacientes que precisan una colonoscopia preferente.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Agradecimientos

A todo el equipo del Centro de Salud de Alza y al Grupo de Investigación de Atención Primaria de Biodonostia por la ayuda recibida.

Bibliografía

1. GLOBOCAN. Global Cancer Observatory. [consultado 20 Feb 2019] Disponible en: <http://gco.iarc.fr/>.
2. Cubiella J, Salve M, Díaz-Ondina M, Vega P, Alves MT, Iglesias F, et al. Diagnostic accuracy of the faecal immunochemical test for colorectal cancer in symptomatic patients: Comparison with NICE and SIGN referral criteria. *Colorectal Dis.* 2014;16:O273–82, <http://dx.doi.org/10.1111/codi.12569>.
3. Actualización 2018. Guía Práctica Clínica sobre el diagnóstico y prevención del cáncer colorrectal | www.aegastro.es. [consultado 17 Feb 2019] Disponible en: <https://www.aegastro.es/publicaciones/publicaciones-aeg/guias-de-practica-clinica/actualizacion-2018-guia-practica-clinica-sobre-el-diagnostico-y-prevencion-del-cancer-colorrectal>.
4. Swann R, McPhail S, Witt J, Shand B, Abel GA, Hiom S, et al. Diagnosing cancer in primary care: Results from the National Cancer Diagnosis Audit. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 2018;68:e63–72, <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp17X694169>.

5. Lyrtzapoulos G, Wardle J, Rubin G. Rethinking diagnostic delay in cancer: How difficult is the diagnosis? *BMJ.* 2014;349:g7400, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g7400>.
6. Esteve M, Leiva A, Ramos M, Pita-Fernández S, González-Luján L, Casamitjana M, et al., DECCIRE GROUP. Factors related with symptom duration until diagnosis and treatment of symptomatic colorectal cancer. *BMC Cancer.* 2013;13:87, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2407-13-87>.

M. Angeles Gutiérrez-Stampa^a, Vanessa Aguilar Gama^{a,*} y Luis Bujanda^b

^a Centro de Salud de Alza, Donostia-San Sebastián, Gipuzkoa, España

^b Departamento de Digestivo, Instituto Biodonostia, Centro de Investigación Biomédica en Red en Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Universidad del País Vasco (UPV/EHU), San Sebastián, Gipuzkoa, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vaguilargama@gmail.com

(V. Aguilar Gama).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.07.009>

0212-6567/ © 2019 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Grado de conocimiento del Código Europeo contra el Cáncer entre los estudiantes universitarios, residentes y profesionales sanitarios de atención primaria



Degree of knowledge of the European Code against Cancer among university students, residents and health professionals of primary care

Sr. Editor:

El cáncer constituye una de las principales causas de morbilidad, siendo responsable de 14 millones de casos nuevos en el mundo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹. La incidencia de cáncer en Europa en 2018 fue del 23,4% (GLOBOCAN)².

El plan de acción europeo contra el cáncer, creado por la OMS, establece las 12 principales recomendaciones para la prevención del cáncer, recogidas en el Código Europeo contra el Cáncer (CECC), cuyo objetivo es promover estilos de vida saludables y disminuir los factores de riesgo de desarrollar cáncer³.

El Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS)⁴ de la semFYC, incorpora en su última actualización de 2018 los consejos del CECC. Una de las líneas de investigación del grupo de evaluación y mejora del PAPPS ha girado en torno a la difusión, conocimiento y actitud de distintas poblaciones con respecto al CECC⁵⁻⁷. Al no existir

investigaciones previas acerca del conocimiento que presentan los estudiantes de grado de medicina y enfermería con relación al CECC, se planteó un estudio descriptivo para comprobar dicho conocimiento, comparándolo con el de los médicos de familia y enfermeros de atención primaria (AP), y con los médicos internos residentes (MIR) de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC).

La población de estudio estuvo constituida por 215 estudiantes de medicina y 341 de enfermería de la Facultad de Medicina y Enfermería de la Universidad de Córdoba y 95 estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Francisco de Vitoria de Madrid. Esta submuestra se comparó con otra encuestada en un estudio previo, constituida por 98 MIR y 1.374 médicos y enfermeras de AP del Sistema Nacional de Salud⁷. El cuestionario fue creado por miembros de los grupos de trabajo del PAPPS-semFYC⁴, siendo sometido a un proceso de validación lógica-aparente y de contenido por consenso, y diseñado para ser autocumplimentado de manera anónima. Las variables analizadas fueron la edad, el sexo, el centro y el curso de formación, y el grado de conocimiento del CECC.

En el análisis comparativo se incluyeron 2.385 sujetos; el 60,0% eran médicos de familia, el 8,6% enfermeras, el 4,1% MIR, el 13,0% estudiantes de medicina y el 14,3% estudiantes de enfermería. El 57,8% (IC 95%: 58,0-62,0) afirmó desconocer el CECC. Como se describe en la [tabla 1](#), los estudiantes varones de enfermería (82,9%, $p < 0,001$) y los sujetos de menor edad ($p < 0,001$) fueron los que mostraron más desconocimiento del CECC, mientras que los médicos y las enfermeras de AP (51,8 y 52,2%, respectivamente) son los que en mayor grado lo conocen.