

GUÍA PARA EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Información para la prevención y detección
temprana del cáncer colorrectal

INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA
DEL CÁNCER COLORRECTAL

Julio A. Roca 781 Piso 8º - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
(011) 5219-1088

pnpcrr.inc@msal.gov.ar - www.msal.gov.ar/inc



PROGRAMA NACIONAL DE CÁNCER
COLORRECTAL



PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN
Y DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER
COLORRECTAL



AUTORIDADES

Presidenta de la Nación

DRA. CRISTINA FERNÁNDEZ DE KIRCHNER

Ministro de Salud de la Nación

DR. DANIEL G. GOLLAN

Directora del Instituto Nacional del Cáncer

DRA. GRACIELA JACOB

Consejo Ejecutivo del Instituto Nacional del Cáncer

DR. EDUARDO CAZAP

DR. DANIEL GOMEZ

DR. RICARDO KIRCHUK

DR. JAVIER OSATNIK

DRA. LUISA RAFAILOVICI

AC. DR. ROBERTO PRADIER (MIEMBRO HONORARIO)

Coordinadora Técnica

DRA. MARÍA VINIEGRA

Coordinador Administrativo

LIC. GUSTAVO REIJA



DESARROLLO DE CONTENIDOS

Dr. Ubaldo Alfredo Gualdrini

Lic. Luciana Eva Iummato

Lic. María Laura Bidart

REVISIÓN DEL DOCUMENTO

Dra. Karina Kopitowski (A.A.M.F.)

Dra. Romina Gaglio (Remediar+Redes)

Dra. Analía Gil (Remediar+Redes)

CORRECCIÓN DE ESTILO

Lic. Juan Ignacio Calcagno Quijano

ILUSTRACIONES

Juan del Prado

DISEÑO

Coordinación General de Información Pública y Comunicación

Ministerio de Salud de la Nación

Emmanuel Filomena - Solange Coste

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1	
ALGUNOS CONCEPTOS SOBRE EL CÁNCER COLORRECTAL (CCR)	9
• LA EPIDEMIOLOGÍA DEL CCR	9
• HISTORIA NATURAL DEL CCR	10
• FACTORES DE RIESGO Y GRUPOS CON RIESGO INCREMENTADO	12
• PREVENCIÓN PRIMARIA DEL CCR	14
• PREVENCIÓN SECUNDARIA. LA DETECCIÓN TEMPRANA.	15
• TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO	18
CAPÍTULO 2	
EL ROL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN EL ABORDAJE DEL CÁNCER COLORRECTAL (CCR)	21
• EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER COLORRECTAL	21
• ACCIONES NECESARIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA EN LA APS	26
• PERCEPCIONES SOBRE EL CCR	36
BIBLIOGRAFÍA	43
EN LA RED	43





INTRODUCCIÓN

El **cáncer colorrectal (CCR)** es uno de los tumores malignos más frecuentes y representa un problema de salud pública a nivel mundial.

El **Instituto Nacional del Cáncer (INC)** ha iniciado la implementación del *Programa Nacional de prevención y detección temprana del CCR* con el objetivo de disminuir la incidencia del cáncer colorrectal y su tasa de mortalidad en la Argentina. Su propósito es lograr la accesibilidad de toda la población al programa y garantizar la calidad de las intervenciones y los procesos, con un monitoreo y evaluación permanentes.

El *Programa Nacional de prevención y detección temprana del CCR* ha elaborado este material con los objetivos de:

- **brindar herramientas** para promover la prevención del cáncer colorrectal y contribuir de este modo a la reducción de la incidencia y mortalidad por esta enfermedad.
- **brindar información clave** sobre CCR que ayudará a médicos y equipos de salud a comprender la importancia de la detección temprana, el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado de la enfermedad.
- **ofrecer pautas claras y rigurosas** encaminadas a aumentar la expectativa de vida de las personas y mejorar su calidad de vida, contribuyendo con la salud pública.

Esta guía está destinada a los equipos de Atención Primaria de la salud para fortalecer su capacidad de realizar acciones de prevención y desarrollar tareas de detección temprana.

También para favorecer su rol en el seguimiento y cuidado de las personas que -habiendo finalizado su tratamiento- vuelven a los controles en los centros de Atención Primaria de la Salud.





CAPÍTULO 1

ALGUNOS CONCEPTOS SOBRE EL CÁNCER COLORRECTAL

1. LA EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER COLORRECTAL

El cáncer colorrectal (CCR) es un problema de salud pública en todo el mundo, tanto por la cantidad de mujeres y hombres afectados, como por las complejidades que impone su abordaje. Algunas cifras lo demuestran:

- En Argentina, se producen 13.500 nuevos casos cada año, de los cuales aproximadamente 7.200 son hombres y 6.300 mujeres.
- Sin distinción de sexos, es el tercero en incidencia (luego del cáncer de mama y del cáncer de próstata) y el segundo de mayor mortalidad (luego del cáncer de pulmón), con más de 7.000 fallecimientos anuales.
- Según sexo, los datos de incidencia de cáncer en la Argentina -estimados por la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer¹ en 2012- señalan que el cáncer de mayor incidencia en mujeres sería el de mama con una tasa ajustada según población mundial de 71 casos por cada 100.000 mujeres, seguido por el de cuello uterino y el colorrectal; y en los hombres, el cáncer de próstata (44/100.000 hombres), seguido por el de pulmón y colorrectal².
- El CCR se produce en más del 90% de los casos en personas mayores de 50 años, razón por la cual el envejecimiento que se observa en la población representa un factor primordial a tener en cuenta para las próximas décadas.
- En el análisis de la tasa de mortalidad ajustada por sexo observamos (ver gráfico 1) que en los hombres las tasas más altas se ubican en la región Sur: Santa Cruz, Tierra del Fuego y Chubut, siendo la de mayor mortalidad Santa Cruz con 27,9, superando ampliamente la tasa media del país de 15,04. Otras provincias que superan la tasa media del país son Entre ríos, Santa Fe, Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y La Pampa.

1. International Agency for Research on Cancer (IARC), OMS, 2012.

2. Las tasas brutas de incidencia fueron de 92/100.000 para mama y 55/100.000 para próstata en nuestro país.





- Las tasas estandarizadas más bajas de mortalidad específica por CCR en hombres se hallaron en el NOA, siendo la provincia de Jujuy la que presenta la tasa más baja, con 4,89 (ver Gráfico).
- En las mujeres, la mortalidad por esta causa fue menor que en los hombres; no obstante esto, el patrón se mantiene; las más altas se registraron en el Sur del país (ver gráfico), aunque cambia el orden: en primer lugar, Tierra del Fuego con 12,47, seguida por Santa Cruz y Neuquén. Por encima de la tasa media del país (8,93) también están: Entre Ríos, Santa Fe, Chubut, Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Mendoza, San Luis y Río Negro.
- Las tasas ajustadas por sexo de mortalidad más bajas en mujeres -como muestra el gráfico 2- para el CCR, en forma similar a lo que ocurre con los hombres, se encontraron en las provincias del NOA, donde Catamarca presenta el valor más bajo de 4,48 y Tucumán tiene la tasa más alta de la región con 5,91.

Gráfico 1: Tasas anualizadas de mortalidad específica por cáncer de colon y recto estandarizadas con población mundial por 100.000 habitantes, en hombres según jurisdicciones del país agrupadas en quintiles de mortalidad. Argentina, quinquenio 2007-2011.



Fuente: Atlas de mortalidad por cáncer, Argentina 2007-2011. Instituto Nacional del cáncer, Ministerio de Salud de la Nación.

2. HISTORIA NATURAL DEL CÁNCER COLORRECTAL

El desarrollo del cáncer colorrectal (CCR) se produce como consecuencia de una compleja interacción de factores hereditarios y otros denominados ambientales que se relacionan con la alimentación y el estilo de vida.

Su historia natural lo transforma en uno de los tumores más prevenibles.

En más del 80-90% de los casos el CCR tiene una lesión precursora, el pólipo adenomatoso o adenoma, que puede crecer lentamente y transformarse en un cáncer si no se detecta y extirpa a tiempo. Los pólipos adenomatosos en el colon se producen cuando los mecanismos normales que regulan la renovación epitelial se alteran.

Los adenomas representan el 70% de los pólipos colónicos diagnosticados, son algo más frecuentes en hombres que en mujeres y su incidencia aumenta con la edad. Son raros en personas menores de 40 años de edad, excepto en pacientes con síndromes genéticos.

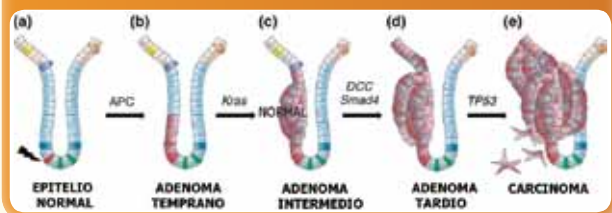
La progresión de los adenomas hacia el CCR (secuencia adenoma-carcinoma, ver gráfico 3), es un proceso en etapas que se desarrolla lentamente estimándose en más de 10-15 años para adenomas menores a 1 cm.

Gráfico 2: Tasas anualizadas de mortalidad específica por cáncer de colon y recto estandarizadas con población mundial por 100.000 habitantes, en mujeres según jurisdicciones del país agrupadas en quintiles de mortalidad. Argentina, quinquenio 2007-2011.



Fuente: Atlas de mortalidad por cáncer, Argentina 2007-2011. Instituto Nacional del cáncer, Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 3: Secuencia adenoma-carcinoma.





La mayoría de los pólipos adenomatosos son extirpables mediante colonoscopia. Su lenta progresión hacia el cáncer brinda una ventana suficientemente amplia para su detección y resección, que junto a una vigilancia adecuada permiten un significativo impacto en la reducción de la incidencia del CCR.

Es fundamental promover la prevención y detección temprana del CCR: si los pólipos se extirpan puede evitarse la aparición del cáncer y si el cáncer se detecta a tiempo las posibilidades de curación son muy altas.

3. FACTORES DE RIESGO Y GRUPOS CON RIESGO INCREMENTADO

Alrededor del **75% de los CCR son esporádicos** (como indica el gráfico 4) y se desarrollan en personas que no presentan antecedentes personales ni hereditarios demostrados de la enfermedad.

En este grupo mayoritario de casos esporádicos, la edad es el principal factor de riesgo de CCR.

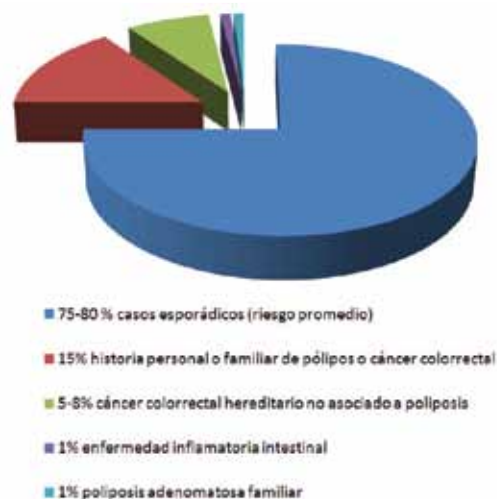
El **25% de los casos de CCR corresponden a personas con riesgo adicional** (ver gráfico 4) debido a las siguientes situaciones:

- **Antecedente personal de adenoma o cáncer colorrectal.** Las personas que ya han tenido un pólipo adenomatoso o cáncer colorrectal tienen más riesgo. En el caso de los adenomas, este riesgo depende del número y tamaño de los mismos.
- **Enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulce-rosa y enfermedad de Crohn).** Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa y colitis de Crohn) presentan un mayor riesgo de CCR que la población general (relacionado con el proceso de inflamación crónica de la mucosa colónica que la enfermedad implica).
- **Antecedente familiar de adenoma o cáncer colorrectal.** Estos casos, si bien no responden a ningún síndrome hereditario (Lynch y Poliposis Adenomatosa Familiar-PAF), tienen un incremento del riesgo dependiendo del número de familiares, el tipo de parentesco y la edad de aparición del cáncer.

- **Antecedente de poliposis adenomatosa familiar (PAF).** La PAF es una enfermedad hereditaria, caracterizada por la presencia de cientos de pólipos adenomatosos en colon y recto con un riesgo de CCR cercano al 100% de no mediar un diagnóstico y tratamiento oportunos.

- **Antecedente familiar de cáncer hereditario colónico no asociado a poliposis (síndrome de Lynch).** Es una enfermedad hereditaria asociada a mutaciones germinales en los genes reparadores de los errores de la replicación del ADN que causa CCR y otros tumores extracolónicos. El CCR suele presentarse antes de los 50 años de edad.

Gráfico 4: Personas con CCR según grupo de riesgo.



De acuerdo al riesgo relativo que representan los diferentes antecedentes señalados, clásicamente se divide al total de la población en los siguientes grupos:

A. Grupo de riesgo bajo o promedio (70-80% del total de la población):

1. Toda la población de 50 o más años de edad sin factores de riesgo.
2. Población con antecedente familiar de cáncer colorrectal o adenomas en un familiar de 2° o 3° grado.
3. Población con antecedente familiar de cáncer colorrectal o adenomas en un familiar de 1° grado (madre, padre, hermano, hijo) mayor de 60 años o en dos familiares de 2° grado.

B. Grupo de riesgo moderado (20-30% del total de la población):

1. Población con antecedente personal de adenomas (se subdivide este grupo teniendo en cuenta el tamaño y número de los adenomas, la histología vellosa o grado de displasia).





2. Población con antecedente personal de cáncer colorrectal resecado previamente con intento curativo. Se establece un régimen de vigilancia.
3. Población con antecedente de cáncer colorrectal o pólipos adenomatosos en un familiar de 1° grado menor de 60 años o en dos familiares de 1° grado independientemente de la edad.

C. Grupo de riesgo alto (5-10% del total de la población):

1. Población con antecedente familiar de poliposis adenomatosa familiar (PAF).
2. Población con antecedente de cáncer colorrectal hereditario familiar no asociado a poliposis (síndrome de Lynch).
3. Población con enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn).

4. PREVENCIÓN PRIMARIA DEL CÁNCER COLORRECTAL.

La prevención primaria tiene como objetivos identificar los factores de riesgo en la dieta y en el estilo de vida de las personas para intentar modificarlos.

Tanto la dieta como las actividades que las personas adoptan pueden incidir en las diferentes etapas del desarrollo del CCR, ya sea previamente a la aparición de los adenomas, durante el crecimiento de éstos o en el proceso de transformación a cáncer.

Las recomendaciones son:

- *consumir una dieta rica en fibras, especialmente vegetales y frutas;*
- *disminuir el consumo de carnes rojas y grasas de origen animal;*
- *ingerir productos ricos en calcio (lácteos);*
- *realizar ejercicio físico regularmente y evitar el sobrepeso;*
- *disminuir el consumo de bebidas alcohólicas y evitar el tabaco.*

Estas recomendaciones son de carácter general y constituyen lo que se denomina **prevención primaria del cáncer de colon y recto.**

5. PREVENCIÓN SECUNDARIA. LA DETECCIÓN TEMPRANA.

La edad es uno de los principales factores de riesgo para desarrollar el CCR.

A partir de los 50 y hasta los 75 años es necesario que todas las personas, aunque no tengan síntomas, se efectúen chequeos regulares para detectar y extirpar los adenomas o detectar y tratar el cáncer colorrectal en una etapa temprana. Esto se denomina **prevención secundaria de la enfermedad**.

En caso de existir antecedentes familiares o personales de cáncer colorrectal (CCR) o pólipos puede ser necesaria la realización de exámenes a más temprana edad.

El CCR con frecuencia no presenta síntomas hasta una etapa avanzada. Las personas que presenten síntomas (como sangrado o cambios en la forma habitual de evacuar el intestino, dolores abdominales o rectales frecuentes, anemia o pérdida de peso) deben ser derivadas a un médico gastroenterólogo o proctólogo.

En síntesis, es fundamental recomendar la consulta médica a todas las personas en las siguientes situaciones:

- Varones y mujeres mayores de 50 años aunque no tengan síntomas ni antecedentes familiares.
- Las personas con enfermedad inflamatoria intestinal (sin importar su edad).
- Todas las personas que, aunque no tengan síntomas, tengan antecedentes personales o familiares de pólipos o cáncer colorrectal (sin importar su edad).

La Prevención secundaria implica la realización de estudios de detección de pólipos o cáncer en fases tempranas.

Los estudios de detección recomendados son:

- **Test de sangre oculta en materia fecal inmunoquímico:**

Se utiliza para saber si hay presencia de sangre en la materia fecal, no observable a simple vista. Varias son las causas que pueden generar la aparición de sangre





oculta en la materia fecal, entre ellas los pólipos o el cáncer colorrectal. Una ventaja de este examen es su simpleza y que puede ser realizado por la persona en su propia casa.

Las pruebas inmunoquímicas para detectar sangre en la materia fecal (TSOMFI) son las más específicas, responden sólo a la hemoglobina humana y no detectan hemoglobina de origen animal, por lo cual no requieren dieta previa, lo que incrementa considerablemente la aceptación de la población. La realización de estos test en forma anual o bienal ha demostrado ser un método efectivo para reducir la mortalidad por CCR.



Test inmunoquímico de sangre oculta en materia fecal (TSOMFI).

• La colonoscopia

Es un estudio endoscópico que mediante un tubo flexible con una cámara permite examinar minuciosamente el colon y el recto. De esta manera posibilita la detección y extirpación de pólipos o la detección de cáncer. La realizan profesionales especializados, requiere preparación del intestino y en general se realiza con sedación por lo cual la persona no experimenta dolor alguno. En el mismo estudio se pueden extirpar los pólipos previniendo el cáncer colorrectal.



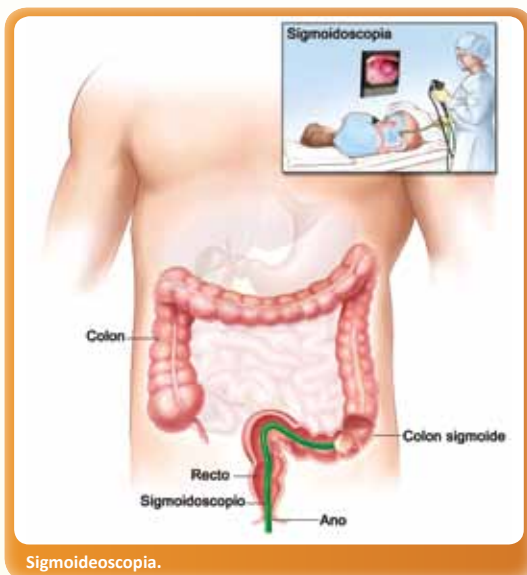
Colonoscopia.

Es el método de elección en pacientes sintomáticos y para las personas con test de sangre oculta en materia fecal positiva, ya que permite la visualización directa de toda la mucosa colorrectal para la detección de adenomas o CCR en etapas tempranas.

La edad óptima para una única colonoscopia es a los 55 años de edad. El tamizaje con colonoscopia en personas de riesgo promedio no se debe realizar antes de los 50 ni luego de los 75.

- **Sigmoideoscopia:**

Consiste en la introducción de un endoscopio (sigmoideoscopio), que es un tubo flexible, en el recto y parte distal del colon del paciente (colon sigmoideo). Es un chequeo que realiza un profesional especializado en su consultorio, en un hospital o una clínica. El sigmoideoscopio le permite al médico examinar el interior del intestino para detectar posibles pólipos o tumores en el segmento estudiado.



- **Radiografía de colon por enema de bario:**

Es una radiografía para observar el colon y el recto, donde se introduce un líquido llamado sulfato de bario. Luego se obtienen radiografías para lograr una buena visión del colon y del recto. Si al bario se le agrega la inyección de aire (técnica de doble contraste) se obtienen imágenes de mucho mejor calidad que aumentan la detección de lesiones polipoideas.

- **Colonoscopia virtual:**

Es un método de estudio que se realiza mediante una tomografía computarizada que permite examinar el colon y recto mediante la reconstrucción virtual de múltiples cortes tomográficos efectuada por una computadora, en dos dimensiones (2-D) y tres dimensiones (3-D). Este estudio requiere preparación del intestino, se hace sin sedación y en caso de hallarse alguna patología debe complementarse con una colonoscopia convencional.





- **Test de ADN en materia fecal:**

Se trata de un examen de la materia fecal donde se investigan las alteraciones genéticas (ADN) en las células que se encuentran en las heces. Este estudio todavía no está universalmente aceptado ni es utilizado en programas poblacionales de prevención del CCR. Resulta una alternativa promisorio para el futuro.

- **Cápsula endoscópica:**

Se trata de un dispositivo pequeño que se ingiere (vía oral) y permite, por medio de pequeñas cámaras de vídeo incorporadas en los dos extremos de la cápsula, tomar imágenes en su tránsito al colon. Esta técnica requiere preparación del intestino y no permite la toma de biopsias o la extirpación de pólipos. Aunque tiene potencial todavía su desempeño en el diagnóstico es marcadamente inferior en comparación con la colonoscopia. No se aconseja aún en programas de prevención del CCR.

6. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

Preferentemente, el diagnóstico, la estadificación, el tratamiento y el seguimiento de los pacientes con CCR debe ser realizado por equipos interdisciplinarios especializados en el manejo de esta patología (incluyendo especialistas en cirugía, coloproctología, oncología, gastroenterología, diagnóstico por imágenes, anatomopatólogos, cuidados paliativos, nutrición, salud mental). En el caso de no contar con las herramientas necesarias para el abordaje completo de los pacientes, se sugiere su derivación a centros de referencia.

La cirugía es la principal opción de tratamiento para el cáncer colorrectal. La colectomía con resección en bloque de los ganglios linfáticos regionales consiste en extirpar el segmento de intestino afectado junto a los ganglios linfáticos regionales y eventuales órganos adyacentes involucrados.

El médico especialista seleccionará el tratamiento más adecuado dependiendo de la diseminación de la enfermedad, por lo cual es esencial una correcta estadificación de la misma. Cuanto más localizada se encuentre la enfermedad mayor es la posibilidad de tratamientos quirúrgicos menos invasivos (cirugía laparoscópica, por ejemplo).

El tratamiento puede complementarse con la administración de drogas específicas para tratar el cáncer por vía endovenosa u oral (quimioterapia) y con la aplicación de rayos (radioterapia). Para los pacientes médicamente inoperables o que presentan tumores localmente irresecables, se podrá recomendar tratamiento primario con quimioterapia con el objetivo de convertir a la lesión en resecable. **Todas estas decisiones se deben discutir en el ámbito de un comité de tumores interdisciplinario.**

A pesar del tratamiento óptimo, entre un 30% y un 50% de los pacientes con cáncer de colon presentan una recaída y mueren por la enfermedad. Más del 80% de las recurrencias se presentan en los primeros 3 años posteriores al tratamiento.

El seguimiento luego del tratamiento tiene como objetivos evaluar posibles complicaciones terapéuticas, descubrir recurrencias potencialmente curables e identificar tumores metacrónicos³.

3. Se entiende por neoplasia metacrónica aquella que aparece tras el diagnóstico de la neoplasia índice, pero no hay unanimidad de criterios en el intervalo de tiempo entre el diagnóstico del cáncer índice y el de la segunda neoplasia, variando notablemente de unos autores a otros. Winawer SJ, Fletcher RH, Miller L, Godlee F, Stolar MH, Mulrow CB, et al. Colorectal cancer screening: clinical guidelines and rationale. Gastroenterology 1997; 112: 594-642.





CAPÍTULO 2

EL ROL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN EL ABORDAJE DEL CÁNCER COLORRECTAL

1. EL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER COLORRECTAL

Este apartado detalla cuáles son las tareas del equipo de atención primaria de la salud en la prevención del cáncer colorrectal en el marco del Programa Nacional de prevención y detección temprana del CCR.

EL PROGRAMA

El Programa tiene la finalidad de lograr la accesibilidad de toda la población, garantizando la calidad de las intervenciones y los procesos, con un monitoreo y evaluación permanentes. Su objetivo principal es disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer colorrectal.

Para ello se proponen las siguientes líneas de acción:

- Instalar el control del cáncer colorrectal como prioridad en la agenda de salud pública.
- Unificar criterios para el tratamiento y seguimiento de lesiones precancerosas y cáncer colorrectal con garantías de calidad.
- Fortalecer los servicios de diagnóstico y tratamiento.
- Mejorar los circuitos de derivación, seguimiento y tratamiento.
- Informar y sensibilizar a la comunidad acerca de la prevención y detección temprana del cáncer colorrectal.
- Establecer un sistema de información estratégica que incluya la vigilancia epidemiológica, el monitoreo y la evaluación de la calidad y el impacto del programa.





Descripción de las acciones del Programa

El Programa de prevención y detección temprana del cáncer colorrectal propone por un lado la implementación de un Programa de tamizaje en la población general y por otro, el control y seguimiento de los grupos más vulnerables (grupos con mayor riesgo).

Tamizaje en población general

Criterios de inclusión:

- Personas con riesgo habitual o promedio de CCR:
 - Ambos sexos, entre 50 y 75 años.
 - Sin antecedentes personales o familiares.
 - Sin síntomas que puedan relacionarse con patología colónica.

Para el tamizaje del CCR en población general se establece como la estrategia más apropiada el test inmunoquímico de sangre oculta en materia fecal (TiSOMF) de forma anual, este método de pesquisa ha demostrado en estudios controlados y randomizados una reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer colorrectal, y es una de las estrategias de pesquisa del CCR considerada costo-efectiva para la población de ambos sexos entre 50 y 75 años.

En el caso de test de sangre oculta en materia fecal positivo, el paciente debe ser derivado para la colonoscopia complementaria asegurando la accesibilidad y la calidad del estudio. Si en la colonoscopia hay hallazgos patológicos, se hará tratamiento y seguimiento individualizado por patología de acuerdo a las normativas vigentes.

Grupos con riesgo incrementado

Criterios de inclusión:

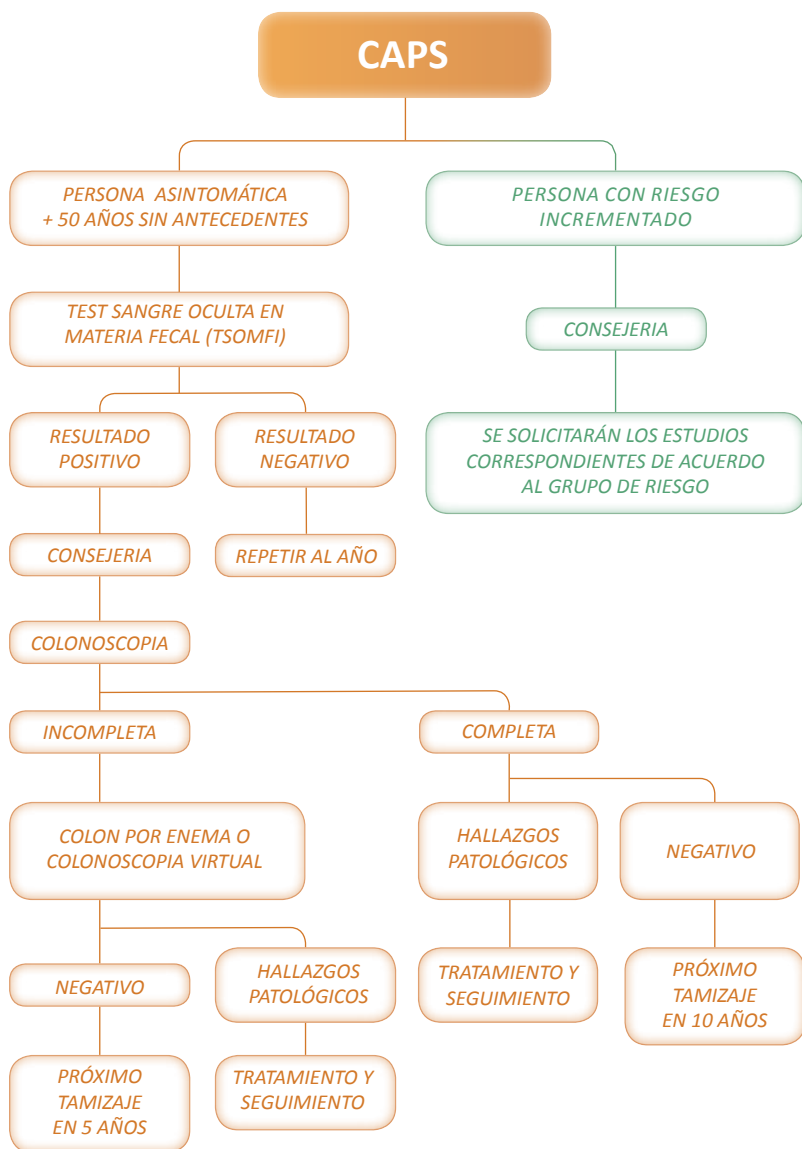
- Personas con antecedentes personales de pólipos adenomatosos o cáncer colorrectal
- Personas con antecedentes familiares de adenomas o cáncer colorrectal
- Personas con antecedentes de poliposis adenomatosa familiar u otras poliposis colónicas
- Personas con antecedentes de enfermedad inflamatoria intestinal
- Personas que cumplan criterios clínicos de cáncer colorrectal hereditario no asociado a poliposis (síndrome de Lynch)

La estrategia de prevención y detección temprana es, para este grupo, la consulta médica en una “consejería de evaluación de antecedentes y riesgo”, llevada adelante por gastroenterólogos, o médicos clínicos entrenados, que realizarán una estratificación del riesgo de los individuos, establecerán los estudios y tratamientos correspondientes, el seguimiento de los pacientes y serán un nodo fundamental del registro del Programa.





DIAGRAMA 1: PAUTAS PARA LA ATENCIÓN



La implementación

El Programa Nacional de prevención y detección temprana de CCR se implementa en distintos niveles de atención de la salud, cada uno cumpliendo una función dentro de un circuito de captación - diagnóstico - tratamiento - seguimiento:

PRIMER NIVEL (CAPS y hospitales de la jurisdicción):

Prevención a través del método de tamizaje con Test de Sangre Oculta en Materia Fecal Inmunoquímico (TSOMFI) a los hombres y mujeres entre los 50 y 75 años de edad. En los casos positivos se realizará una colonoscopia. Derivación a la consejería de evaluación de antecedentes y riesgo.

Detección de personas con riesgo elevado de cáncer colorrectal. Derivación a la consejería de evaluación de antecedentes y riesgo.



SEGUNDO NIVEL (Consejería de evaluación de antecedentes y riesgo):

Análisis del riesgo de la persona y su familia a través de una entrevista de evaluación de antecedentes familiares y personales. Derivación para exámenes y eventuales tratamientos y seguimiento del paciente.

La consejería puede estar en los hospitales **de referencia del 2º nivel de atención así como en los CAPS del 1º nivel**, según las características y recursos de cada jurisdicción.



TERCER NIVEL (Centros de estudio y tratamiento en los hospitales referencia):

Realización de métodos de estudio y tratamientos necesarios.



CUARTO NIVEL (Unidad de coordinación central): Coordinación de las diferentes unidades del programa, capacitaciones a todos los equipos involucrados, monitoreo y evaluación del Programa.





2. ACCIONES NECESARIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA EN LA APS

Equipos de salud

Las características de esta enfermedad y las acciones de prevención y detección temprana no son muy conocidas entre la población. En general se desconoce la influencia que tienen en el desarrollo del CCR los antecedentes familiares y personales y existe confusión en relación con los estudios aconsejados.

En este contexto, el equipo de salud puede llegar a toda la comunidad para acercar información precisa sobre las acciones recomendadas, tanto para la prevención primaria como secundaria de la enfermedad.

LA ESTRATEGIA “3 PASOS PARA PREVENIR EL CCR”

Proponemos trabajar la prevención del cáncer colorrectal (CCR) mediante la estrategia de “3 pasos para prevenir el ccr” para ser implementada como parte del trabajo de promoción de la salud e inclusión de las personas en el programa, facilitando su accesibilidad al sistema y al cuidado de su salud.

PASO 1



ENCONTRAR:

- **A mujeres y hombres.**
- **De 50 años o más.**
- **Sin síntomas.**
- **Sin antecedentes.**

Recuerde:

Las personas que tengan familiares con antecedentes de cáncer o pólipos colorectales deben consultar con el médico (sin importar la edad).

Las personas que tienen síntomas (sangrado o cambios en la forma habitual de evacuar el intestino, dolor abdominal o rectal frecuente, anemia o pérdida de peso) deben concurrir al médico para evaluar su situación

PASO 2



INFORMAR:

- **Que el cáncer colorrectal se puede prevenir.**
- **Que afecta principalmente a mujeres y varones mayores de 50 años.**
- **Que el CCR no presenta síntomas hasta que no se halla en una etapa avanzada.**
- **Qué existe el test de sangre oculta en materia fecal que puede detectar pólipos (que aparecen antes del desarrollo del cáncer) o CCR en fases tempranas.**
- **Que el test se realiza una vez por año.**

PASO 3



INVITAR:

- **A realizarse el test de sangre oculta en materia fecal a hombres y mujeres de 50 a 75 años (explique que no requiere dieta previa y cómo se toma la muestra).**





1. *Desenroscar la tapa del tubo colector y extraer la varilla para la recolección de la muestra sin perder el líquido del recipiente (es fundamental que no se vuelque el líquido del recipiente para que no salga incorrecto el resultado de la prueba)*
2. *Introducir la punta de la varilla varias veces en la materia fecal buscando cubrir la punta ranurada (no debe llenarse el tubo, solo se debe pinchar la materia fecal)*
3. *Reintroducir la varilla con la muestra en el recipiente original, enroscar firmemente la tapa y agitar para que se mezcle con el reactivo del recipiente. Debe guardarse en la heladera (temperatura entre 2 y 8 grados) y entregarse durante la semana siguiente (no dejar pasar más de 7 días) al centro de salud/laboratorio.*

• A retirar los resultados.

Los resultados posibles son:

- **Positivo:** Significa que se ha detectado sangre en la materia fecal⁴.
- **Negativo:** Significa que no se ha detectado sangre.
- **No válido:** Se debe repetir el test (nuevo kit).
 - Ante un resultado **positivo** se recomienda realizar un estudio llamado colonoscopia para conocer las causas del sangrado.
 - Ante un resultado **negativo** se recomienda realizar una nueva prueba de sangre oculta en materia fecal al año siguiente.

Recuerde:

Las personas que tengan familiares con antecedentes de cáncer o pólipos colorectales deben consultar con el médico (sin importar la edad).

Las personas que tienen síntomas (sangrado o cambios en la forma habitual de evacuar el intestino, dolor abdominal o rectal frecuente, anemia o pérdida de peso) deben concurrir al médico para evaluar su situación.

4. Es importante aclarar que el resultado positivo de la prueba de sangre oculta en materia fecal no es un indicador directo de adenomas o cáncer de colon y recto, ya que el sangrado también puede deberse a alguna otra lesión en la mucosa. Por ello es necesario realizar una colonoscopia que confirme la causa del sangrado.

ANTE UN TEST POSITIVO Y ANTE PERSONAS CON SÍNTOMAS Y/O CON ANTECEDENTES PERSONALES O FAMILIARES ES NECESARIO DERIVAR A LAS PERSONAS A LA CONSEJERÍA DE EVALUACIÓN DE ANTECEDENTES Y RIESGO.

A su vez los equipos de APS pueden identificar y derivar a las personas con riesgo incrementado a través de la implementación de un breve cuestionario:

- *¿Usted o algún un familiar suyo tuvo o tiene algún problema en los intestinos?*
- *¿Tuvo usted algún pólipo o cáncer de colon y recto (colorrectal)?*
- *¿Tiene usted algún familiar cercano (padre, madre o hermano o hijo) que haya tenido un cáncer colorrectal o pólipos colorrectales?*

LAS PERSONAS CON RIESGO INCREMENTADO SON:

- Personas que han tenido pólipos adenomatosos o un CCR previo
- Familiares directos de una persona que ha tenido CCR o pólipos adenomatosos
- Personas con colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn (enfermedad inflamatoria intestinal)

Deben acercarse a la consejería⁵ de evaluación de antecedentes y riesgo en el hospital más próximo, donde participarán de una entrevista y se les aconsejarán los controles pertinentes al caso.

Es importante que los profesionales de la salud puedan utilizar palabras claras y sencillas, aún para explicar procesos complejos.

Se recomienda traducir el uso de términos técnicos a un lenguaje cotidiano (utilizar la palabra intestino para nombrar al colon y recto, por ejemplo), así como revisar si la persona entendió las indicaciones con claridad.

5. Como se definirá en el próximo apartado “Los espacios de asesoramiento o consejería son “un proceso a través del cual un integrante del equipo de salud y un paciente dialogan para explorar e identificar las circunstancias particulares de riesgo del paciente” OPS-OMS, 2006.





Si el paciente no entiende las indicaciones, es conveniente explicarle de otra manera o a quien lo acompaña.

En este sentido, la comunicación que se promueva desde los equipos de salud cumplirá un rol fundamental para garantizar el derecho del paciente a ser atendido sin distinción alguna -ya sea por su condición socioeconómica, etnia, sexo u orientación sexual, sus ideas y/o creencias religiosas- y a recibir un trato digno, con respeto a sus convicciones personales.

A MODO DE SÍNTESIS

Las tareas principales de la Atención Primaria de la Salud:

- Realizar el TSOMFI a varones y mujeres mayores de 50 años y brindar el asesoramiento previo y posterior a la realización del test.
- Informar a la comunidad sobre las formas de prevención del CCR.
- Identificar los posibles casos de pacientes de alto riesgo.
- Derivar a las consejerías de evaluación de antecedentes y riesgo en los hospitales de la zona.
- Realizar el seguimiento de los pacientes que regresan a los controles en los CAPS⁶.

REALIZACIÓN DEL TSOMFI

A varones y mujeres de 50 a 75 años (brindarles asesoramiento previo y posterior a la realización del test).



INFORMACIÓN Y DIFUSIÓN

Cada CAPS brindará asesoramiento a la comunidad acerca del CCR, los grupos con riesgo incrementado y la importancia de la prevención y la consulta médica.



6. CAPS: centros de atención primaria de la salud.



IDENTIFICACIÓN DE POSIBLES CASOS DE PACIENTES DE MAYOR RIESGO

- Personas con antecedentes personales de pólipos adenomatosos o CCR.
- Personas con enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn).
- Personas con antecedente familiar de adenoma o cáncer colorrectal.
- Personas con antecedente familiar de poliposis adenomatosa.
- Personas con antecedente familiar de cáncer hereditario colónico no asociado a poliposis (Síndrome de Lynch).



DERIVACIÓN A LA CONSEJERÍA DE EVALUACIÓN DE ANTECEDENTES Y RIESGO

En hospitales del 2º nivel de atención (de acuerdo a las características y recursos de cada jurisdicción también podrá funcionar en el 1º nivel de atención) se habilitarán los consejerías de evaluación de antecedentes y riesgo. Allí se brindará asesoramiento a los pacientes en función de los exámenes y el seguimiento médico más adecuado para cada caso.

El rol de la APS es fundamental para identificar, asesorar, acompañar y derivar a las personas a los servicios especializados.

También para realizar acciones de prevención y desarrollar tareas de detección temprana (TSOMFi).

Por último, es fundamental fortalecer su rol en el seguimiento y cuidado de las personas que -una vez finalizado su tratamiento- vuelven a los controles en los centros de Atención Primaria de la Salud (ver diagrama 2).





DIAGRAMA 2: CRITERIOS PARA IDENTIFICAR GRUPOS CON RIESGO INCREMENTADO

Cáncer familiar

- Edad temprana de diagnóstico (40-45 años).
- Adenomas ≥ 2 cm en menores 40 años.
- ≥ 10 adenomas colónicos (acumulativo).
- Dos o más afectados con CCR en la genealogía.
- CCR en más de una generación familiar.
- CCR múltiple (sincrónico o metacrónico).
- Historia familiar o personal de tumores: asociación de tumores extracolónicos (útero, ovario, estómago, lesiones cutáneas, etc.).
- Etnia de riesgo (por ej.: judíos asquenazíes, etc.).

Síndrome de Lynch

- Tres o más familiares con un tumor asociado al síndrome de Lynch.
- Uno debe ser familiar en primer grado de los otros dos.
- Dos generaciones sucesivas afectadas.

Poliposis adenomatosa familiar

- Pacientes con múltiples pólipos adenomatosos colorrectales.
- Pacientes con antecedentes familiares de PAF

Enfermedad inflamatoria intestinal

- Pacientes con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn).

Antecedentes personales de adenomas y CCR

- Pacientes con 1-2 adenomas menores de 10 mm (riesgo bajo).
- Pacientes que han tenido 3 a 10 adenomas o uno mayor de 10 mm (riesgo intermedio).
- Pacientes que han tenido más de 10 adenomas o uno mayor de 20 mm (alto riesgo).
- Pacientes que han tenido cáncer colorrectal.

Las personas con riesgo de cáncer familiar y hereditario (Lynch y PAF) deberán derivarse al consultorio de asesoramiento genético en cáncer y, paralelamente, a la vigilancia endoscópica.

DIAGRAMA 3: RECOMENDACIONES PARA LOS GRUPOS CON RIESGO INCREMENTADO. VIGILANCIA ENDOSCOPICA Y SEGUIMIENTO.

Antecedentes	Vigilancia	Periodicidad
FPG con CCR 50-60 años	Colonoscopia 40 años.	Cada 5 años .
FPG con CCR < 50 años	Colonoscopia 40 años o 10 años antes del Dx. más temprano.	Cada 3-5 años según genealogía.
FPG con CCR ≥ 60 años (#)	Colonoscopia 50 años.	Cada 5 años.
Dos FPG relacionados con CCR a cualquier edad	Colonoscopia 40 años o 10 años antes del Dx. más temprano.	Cada 3-5 años según genealogía.
Dos FSG relacionados con CCR a cualquier edad (#)	Colonoscopia 50 años.	Cada 5 años.
Un FSG o cualquier FTG con CCR o un FPG con adenoma (*)	Colonoscopia 50 años.	Cada 10 años.
Antecedentes de Lynch	Colonoscopia a partir de los 20-25 años o 10 años antes de la edad del caso familiar más joven. Asesoramiento genético en un centro especializado.	Cada 1-2 años.
Antecedentes de PAF	Colonoscopia o rectosigmoideoscopia a partir de los 10-12 años. Si es positivo, evaluar cirugía. Asesoramiento genético en un centro especializado.	Cada 1-2 años.
Enfermedad inflamatoria intestinal	Colonoscopia con biopsias escalonadas a partir de los 15 años de evolución de la enfermedad (en colitis izquierda). Colonoscopia con biopsias escalonadas a partir de los 8 años de evolución de la enfermedad (en pancolitis).	Cada 1-2 años.





DIAGRAMA 3: RECOMENDACIONES PARA LOS GRUPOS CON RIESGO INCREMENTADO. VIGILANCIA ENDOSCOPICA Y SEGUIMIENTO. (CONT.)

Antecedentes	Vigilancia	Periodicidad
Antecedentes personales de adenomas de riesgo bajo: 1- 2 adenomas adenomas < 10 mm adenomas tubulares y DBG	Pesquisa de rutina: colonoscopia a los 5 - 10 años.	Cada 5 - 10 años
Antecedentes personales de adenomas de riesgo intermedio: 3 a 10 adenomas uno $\geq$ 10 mm adenomas vellosos o displasia de alto grado	Colonoscopia a los 3 años.	Examen negativo: cada 5 años. Dos exámenes negativos consecutivos: pesquisa de rutina (5 a 10 años). Hallazgo de adenomas de riesgo bajo o intermedio: cada 3 años. Hallazgo de adenomas de alto riesgo: cada año.
Antecedentes personales de adenomas de riesgo alto: más de 10 adenomas uno $\geq$ 20mm 1 o varios pólipos aserrados >10mm con displasia	Colonoscopia al año.	Examen negativo o adenomas de riesgo bajo o intermedio: cada 3 años. Dos exámenes negativos consecutivos: cada 5 años Hallazgo de adenomas de alto riesgo: cada año.
Antecedentes personales de CCR	Colonoscopia al año de la cirugía.	Si es normal, repetir a los 3 años. Luego, cada 5 años.

FPG: familiar de primer grado / **FSG:** familiar de segundo grado / **FTG:** familiar de tercer grado / **CCR:** cáncer colorrectal / **Dx.:** diagnóstico.

(#) Algunas guías sugieren colonoscopia desde los 40 años, cada 10 años.

(*) Considerados como población general / método preferible colonoscopia.

CONSEJERÍAS DE EVALUACIÓN DE ANTECEDENTES Y RIESGO DE CCR

Los espacios de asesoramiento o consejería son “un proceso a través del cual un integrante del equipo de salud y un paciente dialogan para explorar e identificar las circunstancias particulares de riesgo del paciente, conocer sus desafíos para el cambio de comportamiento deseable, favorecer la toma de decisiones, establecer metas y desarrollar planes que permitan alcanzar las metas” (OPS-OMS, 2006).

Este proceso de asesoramiento es una tarea específica que permite a las personas relacionarse con otras en forma directa, íntima y personalizada. Se utiliza para brindar apoyo, información y acompañamiento para que las personas eviten situaciones de riesgo, adopten conductas seguras, conozcan sus derechos y puedan acceder a servicios y profesionales.



La consejería: entrevista de evaluación de antecedentes y riesgo.

La ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, entre otras cosas, establece:

- **Asistencia:** El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente.
- **Trato digno y respetuoso:** El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.





- **Intimidad:** Toda actividad médico - asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles;
- **Confidencialidad:** El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente.
- **Autonomía de la Voluntad:** El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.
- **Información Sanitaria:** El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.
- **Interconsulta Médica:** El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

La salud es un derecho humano básico garantizado por la ley. Estos lineamientos dan un marco a la tarea de los profesionales en general y a los procesos de consejería para el asesoramiento y la prevención sobre eventos de salud en particular.

3. PERCEPCIONES SOBRE EL CCR

Consideramos prioritario promover que los equipos de salud puedan tener en cuenta todos los obstáculos que surgen en lo cotidiano para lograr el acceso a la atención de la salud e intentar asumir el desafío de modificar aquellas prácticas que produzcan una mejoría de la salud y la calidad de vida de las personas.

De esta forma, conocer las barreras culturales que se expresan como representaciones y/o percepciones sobre la enfermedad y los estudios relacionados con su detección resulta imprescindible.

Masculinidad y feminidad

Los modelos contruidos socialmente sobre aquello que significa ser hombre y ser mujer varían en cada cultura y en cada momento histórico.

Estos modelos definen oportunidades, roles, responsabilidades, formas de sentir, de enfermar y modos de relacionarse con otros.

Estos modelos tienen consecuencias en la salud de hombres y mujeres: por ejemplo se reconoce que los hombres demoran para concurrir a los servicios de salud y generalmente sólo recurren cuando están enfermos, ya que los modelos de la masculinidad tradicional hacen que el cuidado de su propia salud sea negligente. En el caso de las mujeres, generalmente relegan el cuidado de su salud por priorizar el de terceros: los hijos y las personas mayores de la familia. O concurren en determinados periodos, por ejemplo cuando están embarazadas.

Sobre el cáncer

Cuando nos introducimos en la temática específica, las representaciones sociales sobre el cáncer lo revelan como una enfermedad fatal, que causa sufrimiento y limitaciones, que en general no se nombra y se asocia directamente a la muerte.

En relación con el CCR en particular, es importante considerar las percepciones que las personas tienen sobre los exámenes que pesquisen esta enfermedad. La colonoscopia y el tacto rectal son procedimientos que representan una invasión de la privacidad, y muchas veces puede considerarse que “afectan la masculinidad”. Se trata de exámenes que se ven dificultados por la incomodidad -física y psicológica- y la vergüenza que pueden ocasionar.

A su vez la colostomía u otro estoma intestinal- temporaria o definitiva- es una situación que puede implicar sufrimiento y requiere un trabajo posterior para retomar el control de la vida, ya que puede ocasionar aprehensión por ejemplo en relación a la actividad sexual, así como complicaciones para retomar el trabajo, ambas situaciones de gran impacto en las subjetividades masculinas.

En el caso de las mujeres también se verifican los sentimientos de vergüenza e incomodidad ante los estudios médicos, pero frecuentemente lo que más se evidencia es la invisibilización de sus afecciones, en especial el CCR que es considerada una enfermedad propia de los varones.





Es importante considerar las barreras culturales que existen en relación al CCR para comprender cómo intervienen en la atención de las personas y para favorecer la equidad en el acceso a la salud que se propone el programa como uno de sus objetivos.

La orientación, la prevención y la detección temprana a través del asesoramiento, la consejería, el diálogo, la sensibilidad y la empatía son fundamentales como estrategia para lograr reducir la afección del CCR.

MITOS Y REALIDADES SOBRE EL CCR

En nuestra sociedad existen algunos mitos que son tomados como verdades en relación al CCR. Es importante que los equipos de salud los conozcan y colaboren en la circulación de información veraz y confiable.

Mito 1: No hay nada que una persona pueda hacer para evitar el cáncer colorrectal.

Realidad: La alimentación rica en frutas y vegetales y baja en grasas y carnes rojas, la actividad física regular, el mantenimiento del peso corporal, evitar el tabaco y disminuir la ingesta de alcohol ayudan a disminuir el riesgo de padecer la enfermedad.

Por otro lado, los distintos exámenes preventivos pueden permitir la detección y extirpación de los pólipos antes de que se transformen en cáncer.

Mito 2: El cáncer colorrectal es, por lo general, mortal.

Realidad: El cáncer colorrectal se cura en más del 90% de los pacientes cuando se detecta tempranamente.

Y cuando se detecta en un estadio más avanzado también es curable en el 60% de los casos.

Mito 3: El cáncer colorrectal es una enfermedad que afecta mayoritariamente a los hombres.

Realidad: El CCR es el único de los cánceres más frecuentes que afecta a ambos sexos casi por igual -es ligeramente superior en los varones-.

Mito 4: Los exámenes son necesarios sólo para quienes presentan síntomas.

Realidad: Los pólipos y el cáncer de colon y recto en etapa temprana pueden no causar síntomas y en este período (etapa presintomática) la posibilidad de curación es del 90%.

Es por este motivo que se aconsejan estudios regulares en personas mayores de 50 años aunque no tengan síntomas.

Mito 5: Los exámenes son necesarios sólo en aquellas personas con antecedentes familiares o personales.

Realidad: Cerca de un 75 % de los casos nuevos de cáncer colorrectal ocurren en personas que no tienen un factor de riesgo evidente, excepto tener 50 años o más. Por lo tanto todas las personas a partir de los 50 años deben realizarse estudios preventivos.

La presencia de antecedentes familiares o personales de cáncer colorrectal o pólipos, o padecer alguna enfermedad inflamatoria intestinal, son datos que aumentan el riesgo de padecer la enfermedad. En este caso, lo conveniente es consultar con un especialista quien analizará los antecedentes para aconsejar el examen de vigilancia adecuado y la edad de comienzo.

Mito 6: Los estudios son dolorosos.

Realidad: La colonoscopia debe ser realizada por profesionales especializados y con anestesia o sedación, por lo cual la persona no experimenta dolor alguno. En el mismo estudio se pueden extirpar los pólipos previniendo el cáncer colorrectal.

Mito 7: la colonoscopia y el tacto rectal “afectan” a la masculinidad de los varones y provocan vergüenza en las mujeres.

Realidad: Las personas que se realizan una colonoscopia y/o un tacto rectal pueden considerar que realizarse estos exámenes médicos afectará su sexualidad. Es importante compartir con las personas la inexactitud de estas creencias y transmitir la idea de que los estudios son realizados por profesionales del equipo de salud, en un marco de confidencialidad con las personas y que poder realizarse estos exámenes es muy importante para prevenir el CCR.





Mito 8: La colostomía o ano contranatura (temporaria o definitiva) es inevitable e impide llevar una vida sexual activa.

Realidad: La colostomía o ano contranatura es una intervención cada vez menos frecuente y en la mayoría de los casos es temporaria. Cuanto más temprano es el diagnóstico menor es la necesidad de esta intervención. En caso de que deba realizarse, si bien es necesario un período de adaptación, la persona puede retomar sus actividades habituales. La colostomía puede producir inhibición o vergüenza pero no necesariamente ocasiona disfunción sexual. Es importante hablar con el médico sobre cualquier problema o inquietud que la persona o su pareja puedan tener.

Mito 9: Las personas con cáncer están solas y nadie las puede ayudar.

Realidad: Si bien las reacciones de cada persona ante la experiencia de tener cáncer son diversas, el aislamiento social es una circunstancia que pueden atravesar. En este sentido es fundamental que los equipos de salud puedan brindar contención y acompañamiento, y que las personas conozcan la existencia de otros recursos tales como las asociaciones de personas afectadas.





BIBLIOGRAFÍA

- Ferlay, J.; Shin, H. R.; Bray, F.; Forman, D.; Mathers, C. D.; Parkin, D. (2008): "Cancer Incidence and Mortality Worldwide", IARC Cancer Base Nº 10, Lyon, Francia, International Agency for Research on Cancer. Disponible online en: <<http://globocan.iarc.fr>>.
- Hol, C. et al. (2009): "Recommendations for demographically segmented colorectal cancer educational strategies", en Health education research, vol. 24, Nº5, pp. 876-889. Disponible online en: <<http://her.oxfordjournals.org>>.
- Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de Salud de la Nación (2012): "Diagnóstico situacional del cáncer colorrectal en Argentina. Organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control. Propuesta de programa. Año 2012". Disponible online en: <www.msal.gov.ar>.
- Ministerio de Salud de la Nación (2010): Guía de Comunicación para equipos de salud. Serie comunicación y salud desde una perspectiva de derechos, Nº 1. Disponible online en: <www.msal.gov.ar>.
- Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) (2011): Estadísticas Vitales. Información Básica año 2010. Disponible online en: <www.deis.gov.ar>.
- OPS-OMS (2006): Guía para la Consejería y Pruebas de VIH/Sida en los programas de Tuberculosis. Disponible online en: <www.paho.org>.

EN LA RED

American Cancer Society <http://www.cancer.org/espanol/cancer/colonyrecto>

American Institute for Cancer Research: www.aicr.org

Endoscopistas Digestivos de Buenos Aires: www.endiba.org.ar

European Society for Medical Oncology: www.esmo.org

Fundación Cáncer – FUCA: www.fuca.org.ar

Liga argentina de lucha contra el cáncer www.lalcec.org.ar

Instituto Nacional del Cáncer <http://www.msal.gov.ar/inc/>

International Agency for Research on Cancer www.iarc.fr www.globocan.iarc.fr 2010

Ministerio de Salud de la Nación www.msal.gov.ar/

OMS <http://www.who.int/cancer/es/>

Organización Panamericana de la Salud: www.paho.org

Sociedad Argentina de Coloproctología: www.sacp.org.ar

Sociedad Argentina de Gastroenterología: www.sage.com.ar



