

## Mortalidad evitable y cáncer de colon y recto

Sr. Director:

Nos sorprendió que en el artículo de Gispert et al<sup>1</sup> sobre la lista de causas de mortalidad evitable se excluyese al cáncer de colon y recto. Si bien las listas de causas de mortalidad evitable han sufrido notables cambios durante los últimos años, las revisiones recientes<sup>2</sup>, algunas de las publicaciones citadas en el artículo y otras no citadas sí lo incluyen. Por tanto, cabe deducir que en la etapa inicial de búsqueda bibliográfica que exponen los autores sí figuraba esta causa de muerte y que durante el proceso de consenso se decidió excluirla. Según nuestra opinión, es un error.

El cáncer de colon y recto se sitúa en segundo lugar en el *ranking* de causas de muerte por tumores en España, tanto en varones como en mujeres<sup>3</sup>, y es uno de los de mayor incidencia en todos los Registros de Cáncer españoles<sup>4</sup>. Este tumor cumple la definición de mortalidad evitable propuesta por los autores en la tabla 1 (pág. 186): «casos de muerte por enfermedades o causas externas que disponen de tratamiento o medidas de prevención y que podrían haberse evitado si el sistema sanitario hubiera actuado correctamente en todos sus pasos». La evidencia científica demuestra abrumadoramente que hay medidas consagradas de prevención primaria y secundaria de este tumor.

En primer lugar, gran número de estudios han identificado diversos factores de riesgo y de protección de esta neoplasia, y que los cambios en la exposición a estos factores disminuyen su incidencia y mortalidad. Entre estos factores está el consumo de tabaco<sup>5</sup>, el consumo de alcohol<sup>6,7</sup>, la ingesta de carnes rojas y procesadas<sup>8</sup>, el déficit de ácido fólico y su interacción con el consumo de alcohol<sup>9,10</sup>, el sedentarismo<sup>11</sup>, el sobrepeso<sup>12</sup> y la hiperglucemia<sup>13</sup>, todas ellas exposiciones potencialmente modificables. De hecho, se ha verificado que el potencial de prevención primaria de este tumor modificando las exposiciones citadas es uno de los más importantes, ya que reduce su incidencia en un 71%<sup>14,15</sup>. La aplicación de estas medidas ha producido un descenso mantenido en la incidencia y la mortalidad por este tumor en varios países y, tristemente, en otros como España, que nunca las aplicaron apropiadamente, la incidencia y la mortalidad por cáncer de colon y recto ha aumentado imparablemente durante las últimas décadas, superando a las de los países que históricamente las tenían más altas<sup>3,4,16</sup>.

En segundo lugar, hay una sólida evidencia científica sobre la eficacia de algunos procedimientos para la detección precoz de este cáncer. Varios ensayos clínicos controlados con asignación aleatoria y el metaanálisis de éstos han demostrado que la detección de sangre oculta en heces es una medida eficaz para reducir la mortalidad por estos tumores<sup>17</sup>. Asimismo, otro tipo de estudios han demostrado la eficacia de la rectosigmoidoscopia para su detección precoz<sup>18-20</sup>. La combinación de ambos procedimientos y otros, como la colonoscopia, que están en estudio, pueden mejorar en un futuro cercano la eficacia de los programas de detección precoz.

Por todo lo expuesto, consideramos que el cáncer de colon y recto cumple todos los requisitos estipulados por los auto-

res para incluirlo en los 2 grupos de causas seleccionadas: las susceptibles de intervención por los servicios de asistencia sanitaria (programas de detección precoz) y los susceptibles de intervención por políticas sanitarias intersectoriales (programas de prevención primaria).

Algunos investigadores de prestigio sobre el tema de mortalidad evitable están haciendo comparaciones internacionales sobre sus tendencias, en las que se incluye a España y al cáncer de colon y recto como causa evitable<sup>21</sup>. Si la lista propuesta por los autores prosperase, se subestimaría sensiblemente el impacto de la mortalidad evitable en España y se comprometería la evaluación de las medidas de prevención primaria y secundaria aplicadas para su reducción, imposibilitando además la comparabilidad de nuestros resultados con los de otros países.

Por todo lo expuesto, consideramos que la lista es incompleta si no se incluye el cáncer de colon y recto, y que en su estado actual no debería alentarse su uso en España.

**Miguel Gili / Juan Luis Cabanillas / Luis Béjar**  
Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública,  
Universidad de Sevilla, Sevilla, España.

### Bibliografía

- Gispert R, Barés M, Puigdefàbregas A, y el Grupo de Consenso en la Mortalidad Evitable. La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España. *Gac Sanit.* 2006;20:184-93.
- Nolte E, McKee M. Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. London: Nuffield Trust; 2004.
- Centro Nacional de Epidemiología. La situación del cáncer en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
- Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Storm H. Cancer incidence in five continents. Vols. I-VIII. Lyon: IARC CancerBase N.º 7; 2005. Disponible en: <http://www-dep.iarc.fr/>
- Giovannucci E. An updated review of the epidemiological evidence that cigarette smoking increases risk of colorectal cancer. *Cancer Epidemiol Biomark Prev.* 2001;10:725-31.
- Longnecker MP, Orza MJ, Adams ME, Vioque J, Chalmers TC. A metaanalysis of alcoholic beverage consumption in relation to risk of colorectal cancer. *Cancer Causes Control.* 1990;1:59-68.
- Cho E, Smith-Warner SA, Ritz J, Van den Brandt PA, Golditz GA, Folsom AR, et al. Alcohol intake and colorectal cancer: a pooled analysis of 8 cohort studies. *Ann Intern Med.* 2004;140:603-13.
- Norat T, Lukanova A, Ferrari P, Riboli E. Meat consumption and colorectal cancer risk: dose-response meta-analysis of epidemiological studies. *Int J Cancer.* 2002;98:241-56.
- Giovannucci EL. Epidemiologic studies of folate and colorectal neoplasia: a review. *J Nutr.* 2002;132 Suppl:2350-5.
- McCullough ML, Giovannucci EL. Diet and cancer prevention. *Oncogene.* 2004;23:6349-64.
- Samad AKA, Taylor RS, Marshall T, Chapman MAS. A meta-analysis of the association of physical activity with reduced risk of colorectal cancer. *Colorectal Disease.* 2005;7:204-13.
- Pischon T, Lahmann PH, Boeing H. Body size and risk of colon and rectal cancer in the European Prospective Investigation

- into Cancer and Nutrition (EPIC). *J Natl Cancer Inst.* 2006; 98:920-31.
13. Cooney KA, Gruber SB. Hyperglycemia, obesity, and cancer risks on the horizon. *JAMA.* 2005;293:235-6.
  14. Platz EA, Willett WC, Colditz GA, Rimm EB, Spiegelman DL, Giovannucci EL. Proportion of colon cancer risk that might be preventable in a cohort of middle-aged US men. *Cancer Causes Control.* 2000;11:579-88.
  15. Willett WC. Balancing life-style and genomics research for disease prevention. *Science.* 2002;296:695-8.
  16. López-Abente G, Pollan M, Vergara A, Moreno C, Moreo P, Ardanaz E, et al. Age-period-cohort modeling of colorectal cancer incidence and mortality in Spain. *Cancer Epidemiol Biomark Prev.* 1997;6:999-1005.
  17. Towler B, Irving L, Glasziou P, Kewenter J, Weller D, Silagy C. A systematic review of the effects of screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. *BMJ.* 1998;317:559-65.
  18. Selby JV, Friedman GD, Quesenberry CP, Weiss NS. A case-control study of screening sigmoidoscopy and mortality from colorectal cancer. *N Engl J Med.* 1992;326:653-7.
  19. Newcomb PA, Norfleet RG, Storer BE, Surawicz TS, Marcus PM. Screening sigmoidoscopy and colorectal cancer mortality. *J Natl Cancer Inst.* 1992;84:1572-5.
  20. Müller AD, Sonnenberg A. Protection by endoscopy against death from colorectal cancer. A case-control study among veterans. *Arch Intern Med.* 1995;155:1741-8.
  21. Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. *BMJ.* 2003;327:1129-33.