



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Departamento de Postgrado

**“ACEPTACION, CONCURRENCIA Y RESULTADOS
DE LA COLONOSCOPIA DE TAMIZAJE DE CANCER
COLORRECTAL”**

Carrera de Especialista Universitaria en Gastroenterología

Director: Prof. Dr. Alejandro Jmelnitzky

Autor: Mariana Belén García Rosales

Lugar de realización: Servicio de Gastroenterología. H.I.G.A. Gral. San Martín, La Plata

Dirección postal del autor: mabegarcia@live.com.ar

RESUMEN

Introducción: Se evaluó el grado de aceptación, concurrencia y factores asociados a la colonoscopia de tamizaje del carcinoma rectocolónico, en pacientes que asistieron a un hospital público. **Pacientes y métodos:** Se efectuó un estudio prospectivo, descriptivo, de tipo observacional. Participaron del programa de prevención del cáncer colorrectal, 102 pacientes que asistieron al Consultorio de Gastroenterología del Hospital "General San Martín", desde diciembre de 2009 hasta mayo de 2010. **Resultados:** La adherencia fue mayor en los pacientes con antecedentes de pólipos adenomatosos, en los que refirieron antecedentes de cáncer colorrectal o adenomas en familiares de primer grado y en los que se sometieron a una colonoscopia previamente. La instrucción fue primaria en el 52 % de los casos. El 45 % de los pacientes conocía los programas de prevención. El 19 % de los pacientes refirió una colonoscopia anterior y el 5 % otro método de tamizaje. La relación entre el médico y el paciente podría ser fundamental. **Conclusión:** La aceptación de la colonoscopia como método de tamizaje fue del 97 %, mientras que la concurrencia fue del 69 %. En el 27 % de los asistentes se encontraron pólipos colorrectales.

Palabras clave: Aceptación, concurrencia, resultados, colonoscopia, tamizaje.

SUMMARY

Introduction: We evaluated the degree of acceptance, concurrence and factors associated with screening colonoscopy of colorectal carcinoma in patients attending a public hospital. **Patients and methods:** We performed a prospective study, descriptive, observational. Participated in the program of prevention of colorectal cancer 102 patients attending the Gastroenterology Clinic of the Hospital General San Martín ", from December 2009 until May 2010. **Results:** Adherence was higher in patients with a history of adenomatous polyps, in those who reported a history of colorectal cancer or adenomas in first-degree relatives and in those who underwent a colonoscopy earlier. The instruction was primary in 52% of cases. 45% of patients knew the prevention programs. 19% of patients reported previous colonoscopy and 5% other screening method. The relationship between doctor and patient could be critical. **Conclusion:** The acceptance of colonoscopy as a screening method was 97%, while the concurrence was 69%. In 27% of the participants were found in colonic polyps.

Keywords: Acceptance, concurrence, results, screening colonoscopy.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PÁGINA

I. Resumen	2
II. Índice de contenidos	3
II. Introducción: Definición del problema, marco teórico y justificación	4
III. Objetivos	11
IV. Pacientes y Métodos	13
V. Resultados	24
VII. Discusión	44
VIII. Agradecimientos	51
IX. Bibliografía	52

“ACEPTACIÓN, CONCURRENCIA Y RESULTADOS DE LA COLONOSCOPIA DE TAMIZAJE DEL CÁNCER COLORRECTAL”

INTRODUCCIÓN

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La naturaleza intrínseca de la colonoscopia puede ser una barrera importante que limita a los pacientes a considerarla aceptable y afecta la voluntad de someterse a dicho examen.

Este estudio surgió ante la falta de estudios en Argentina acerca de la aceptación y la concurrencia por parte de los pacientes, a efectuarse la colonoscopia de tamizaje del cáncer colorrectal, en el contexto del hospital público. Este trabajo nos permitió conocer la aceptabilidad, la concurrencia y los resultados obtenidos en las colonoscopias de tamizaje de la muestra poblacional en estudio.

MARCO TEÓRICO

Las estadísticas sanitarias accesibles locales e internacionales, coinciden en señalar a la Argentina como un país con alta prevalencia de cáncer colorrectal. Constituye aquí la 2^{da} causa de muerte por cáncer, sólo superada por el cáncer de pulmón y representa el 3% de las muertes totales por cualquier causa que se registran, dando cuenta de unas 6500 muertes anuales, unas 18 muertes diarias por cáncer colorrectal. ⁽¹⁾

El riesgo de padecer un cáncer colorrectal durante el periodo de vida es de 4-6%⁽²⁾. A pesar de los avances en el tratamiento; la supervivencia a cinco años es del 90% si la enfermedad se diagnostica mientras está localizada (es decir, confinado a la pared del

intestino), pero sólo el 68% para la enfermedad regional (cáncer colorrectal con afectación de ganglios linfáticos) y del 10% si hay metástasis a distancia. ⁽³⁾

El número absoluto de casos aumentará en las próximas dos décadas como resultado del envejecimiento y la expansión de las poblaciones, tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. ⁽⁴⁾

El término “pólipo” se refiere a una masa discreta que protruye en la luz intestinal. Según los datos de tamizaje utilizando colonoscopia, la prevalencia descrita de los pólipos adenomatosos está en el rango de 18 a 36%. El hallazgo neoplásico más frecuente del tamizaje de cáncer colorrectal es el adenoma. ⁽⁴⁾

Ha sido demostrada la reducción de la mortalidad por cáncer colorrectal asociada a la detección temprana de la enfermedad y la disminución de la incidencia del cáncer como consecuencia de la resección de los pólipos adenomatosos. ⁽¹⁾ Se estima que esta disminución de la incidencia del carcinoma rectocolónico rondaría el 75 % de los casos. ⁽⁵⁾

Si bien son pocos los estudios de prevención de cáncer colorrectal en Argentina, se considera que los beneficios ya demostrados son lo suficientemente claros y extrapolables a nuestro medio, lo que permite recomendar fuertemente la implementación de estrategias de pesquisa para la detección temprana de dicha neoplasia y la vigilancia de las enfermedades asociadas a la misma. ⁽¹⁾

Existen dos categorías de métodos de pesquisa: Los estudios estructurales del colon y los estudios en materia fecal, los mismos se detallan a continuación:

- Colonoscopia:

Pruebas científicas indirectas demuestran que la colonoscopia reduce la incidencia y la mortalidad del cáncer colorrectal. ⁽⁶⁾ Este procedimiento favorece la detección del cáncer colorrectal en fases iniciales y la resección de los pólipos adenomatosos.

La sensibilidad de la colonoscopia para detectar adenomas ≥ 10 mm es del 98%, y para los de tamaño ≥ 5 mm del 97%⁽⁶⁾.

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) manejo oportuno y apropiado de eventos adversos; (7) seguimiento adecuado de los resultados histopatológicos y (8) recomendación correspondiente para la vigilancia de acuerdo a las normas publicadas. ⁽¹⁾

La colonoscopia es un procedimiento eficaz que debe ser considerado en la pesquisa del cáncer colorrectal (Recomendación B). El intervalo entre colonoscopias debe ser de 10 años cuando se cumplen con los criterios de calidad ya expuestos (Recomendación B). ⁽¹⁾

- Rectosigmoideoscopia flexible hasta 60 cm:

El uso de Rectosigmoideoscopia flexible en el tamizaje del cáncer colorrectal fue evaluado en estudios de casos y controles de alta calidad y en estudios de cohortes asociándose con una reducción en la mortalidad por cáncer colorrectal entre el 60-80% en la zona del colon alcanzada, permitiendo además el diagnóstico y tratamiento de los pólipos hallados en el trayecto explorado. ⁽⁷⁾

La recomendación estándar sigue siendo el intervalo de 5 años (Recomendación B).

⁽⁶⁾ La Rectosigmoideoscopia flexible es un procedimiento eficaz que debe ser considerado en la pesquisa de cáncer colorrectal (Recomendación B). La detección por rectosigmoideoscopia flexible de un pólipo adenomatoso requiere la realización de una colonoscopia (Recomendación A). ⁽¹⁾

- Colonoscopia virtual:

Si bien no se disponen de ensayos clínicos aleatorizados que evalúen su eficacia como método de pesquisa del cáncer colorrectal en términos de reducción de la mortalidad, pruebas científicas indirectas avalan su incorporación como método de pesquisa en el grupo de pacientes de riesgo promedio ⁽⁸⁻⁹⁾. Se ha demostrado que la colonoscopia virtual permite la identificación del cáncer colorrectal en fases iniciales y la identificación de pólipos adenomatosos. La colonoscopia virtual muestra una tasa de detección de pólipos $\geq 10\text{mm}$ y de neoplasias avanzadas similar a la colonoscopia ⁽⁷⁾. La sensibilidad es de aproximadamente 90% para lesiones $\geq 10\text{mm}$, similar a la colonoscopia y superior al colon por enema doble contraste ^(7,10). La colonoscopia virtual cada 5 años se considera como alternativa de pesquisa en pacientes de riesgo promedio (Recomendación C). Es también la mejor opción ante una colonoscopia incompleta ⁽¹²⁾. Se deberá realizar una colonoscopia a los pacientes con pólipos $\geq 6\text{mm}$ diagnosticados por colonoscopia virtual ⁽⁸⁾.

- Colon por Enema doble contraste:

No existen ensayos clínicos aleatorizados que evalúen la eficacia del colon por enema doble contraste en el rastreo del cáncer colorrectal, en cuanto a su incidencia y mortalidad. La sensibilidad del colon por enema doble contraste es menor que la de la colonoscopia y la colonoscopia virtual, siendo de aproximadamente 48% para pólipos de tamaño mayor a 10mm ⁽⁷⁾. 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 colonoscopia. El colon por enema doble contraste no debería considerarse como alternativa en la pesquisa del cáncer colorrectal, no obstante, aun así es una mejor opción a la ausencia de pesquisa (Recomendación C). De ser considerado en pacientes de riesgo promedio, el colon por enema doble contraste debe realizarse cada 5 años. ⁽¹⁾

- Sangre Oculta en Materia Fecal 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 los días previos. Si el test es positivo debe ser seguido de colonoscopia 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 cáncer colorrectal (Recomendación A).⁽¹⁾

- Test inmunohistoquímico):

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 colonoscopia completa. Si el resultado es negativo debe realizarse anualmente. Es recomendado en el contexto de pesquisa para la detección de cáncer colorrectal (Recomendación A).⁽¹⁾

- 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 colonoscopia completa. Algunas guías internacionales consideran que hay suficiente evidencia para incluirlo como una opción aceptable para la pesquisa de cáncer colorrectal.⁽¹⁾

- 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.

En la práctica, en nuestro medio la implementación de programas preventivos está muy lejos de ponerse en práctica de manera regular en todos los habitantes.⁽¹⁾

Pese al cúmulo de evidencia a favor de la utilización de procedimientos de prevención del cáncer colorrectal, no todos los médicos en nuestro país indican en forma sistemática a sus pacientes las estrategias preventivas. Por otra parte, investigaciones locales demuestran que los pacientes parecen esperar el consejo médico para iniciar la pesquisa.⁽¹³⁾

Idealmente, un procedimiento de pesquisa debería ser una prueba simple y barata que pudiera aplicarse fácilmente a toda la población en riesgo. Si bien estos criterios no se cumplen en la colonoscopia, este abordaje es el “patrón de oro” y los pacientes con resultados positivos en cualquier otra prueba de pesquisa deberían ser derivados posteriormente para efectuar una colonoscopia. En algunos países en los que se dispone de los recursos necesarios, la colonoscopia se ha convertido en el procedimiento más prevalente para el tamizaje del carcinoma rectocolónico.⁽⁴⁾ Dicho estudio permite visualizar el colon de manera completa y en caso de encontrar pólipos, éstos pueden ser extraídos en el mismo procedimiento.⁽¹⁴⁾ Las complicaciones mayores aparecen en 1–2 por 1000 casos.⁽⁴⁾

Debido a que la colonoscopia es el método más sensible para detectar adenomas, permite efectuar diagnóstico y tratamiento en una sesión, ofrece un intervalo de tiempo de protección mayor que otros métodos de tamizaje y se realiza con sedación⁽¹⁵⁾ (Lo cual es percibido por muchos pacientes ven como una ventaja); en el Servicio de Gastroenterología del H.I.G.A. “Gral. San Martín” se utiliza la colonoscopia como método de detección temprana del carcinoma colorrectal.

JUSTIFICACIÓN

El propósito de esta investigación fue discriminar el grado de aceptación, percibido por el médico al indicar la colonoscopia ante el acuerdo verbal del paciente; de la

conurrencia de dichos pacientes a efectuarse la endoscopia, en el contexto del tamizaje del carcinoma rectocolónico en un hospital público de la República Argentina. Este estudio nos ayudó a conocer los factores asociados a una mayor y a una menor adhesión a efectuarse de dicho estudio y nos permitirá reforzar los programas de tamizaje de dicha neoplasia. Los resultados de este trabajo aportaron información estadística local acerca de los resultados obtenidos en la colonoscopia de tamizaje en la población que aceptó someterse a dicho estudio.

OBJETIVOS

PRIMARIO

Evaluar el porcentaje de concurrencia de los pacientes a efectuarse una colonoscopia de tamizaje del cáncer colorrectal, en el contexto del hospital público.

SECUNDARIOS

1. Evaluar el porcentaje de aceptación de la colonoscopia como método de tamizaje de dicha neoplasia, por parte de los pacientes que asisten a un hospital público.
2. Conocer los motivos de la falta de aceptación de la colonoscopia como método de pesquisa del cáncer colorrectal expuestos por los pacientes.
3. Identificar las características de la muestra estudiada asociadas a una mayor y a una menor aceptación de dicho estudio.
4. Clasificar a los pacientes a los cuales se les propuso efectuarse la colonoscopia según el nivel de riesgo de presentar cáncer colorrectal.
5. Analizar el diagnóstico y/o motivo de consulta del paciente que asiste al Consultorio de Gastroenterología y su correlación con el grado de aceptación de la colonoscopia.
6. Comparar el grado de aceptación de los pacientes que se efectuaron una colonoscopia previa con el de aquellos a los cuales se les propuso efectuar la misma por primera vez.
7. Evaluar el porcentaje de los pacientes que refieren haber recibido información previamente acerca del tamizaje del cáncer colorrectal.
8. Evaluar el porcentaje de pacientes que se practicaron otros métodos de detección del cáncer colorrectal.

9. Evaluar el porcentaje de pacientes con resultados patológicos en la colonoscopia, individualizando el análisis por patología (Especialmente en aquellos pacientes con patología colorrectal pre neoplásica o neoplásica).
10. Analizar las terapéuticas endoscópicas que se efectuaron en el grupo en pacientes con resultados patológicos.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se efectuó un estudio prospectivo, descriptivo, de tipo observacional.

El Servicio de Gastroenterología del Hospital Interzonal General de Agudos “General San Martín” de La Plata, se ubica en la Provincia de Buenos Aires, Argentina. Es un centro de derivación a nivel provincial y nacional; y es considerado un centro de alta complejidad dentro de la red hospitalaria de la República Argentina. Es considerado un centro de entrenamiento avanzado por la Organización Mundial de Gastroenterología.

Se les recomendó a los pacientes que concurrieron al Consultorio de Gastroenterología del dicho hospital (Luego de informarlos adecuadamente), participar de un plan de tamizaje del cáncer colorrectal, desde el primero de diciembre de 2009 hasta el 31 de mayo de 2010. Se recolectaron 102 pacientes en dicho plazo, a los cuales se les recomendó efectuarse dicho estudio sin costo económico alguno.

Se utilizó como base de la prescripción de la colonoscopia a la Guía de Recomendaciones para la Prevención del Cáncer Colorrectal establecida por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, en el año 2004. Que se expone a continuación.

GUÍA DE RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL: CONSENSO ARGENTINO 2004

Tabla 1. Grupo de riesgo bajo o promedio

GRUPO DE RIESGO BAJO O PROMEDIO (70- 80% DEL TOTAL)	RECOMENDACIÓN		
	INICIO	OPCIONES (#)	INTERVALO
A: Toda la población de 50 años o más, asintomática y sin factores de riesgo.	50 años	1-TSOMF	1-Anual. Si es (+): Estudio total del Colon.
		2- Ex Proctológico (Tacto rectal + FRSC)	2- C/ 5 años. Si es (+) Estudio total del Colon.
B: Cáncer colorrectal en un familiar de 2° ó 3° Grado	50 años	3-TSOMF + Ex. Proctológico (Tacto rectal + FRSC)	3-TSOMF Anual + FRSC c/ 5 años. Si es (+): Estudio total del colon.
C: Cáncer colorrectal o pólipos adenomatosos en un familiar de 1er. Grado mayor de 60 años o en dos de 2° grado	40 años	4- Estudio total del colon (*): a) CEDC + tacto rectal ó b) Colonoscopia + Tacto Rectal.	4-: A) Cada 5 años b) Cada 10 años

Abreviaturas:

TSOMF: Test de sangre oculta en materia fecal.

FRSC: Fibrorrectosigmoideoscopia.

CEDC: Radiología de colon por enema con doble contraste.

(#) La elección del método debe ser valorada por el médico en el contexto clínico del paciente y de acuerdo a la calidad relativa de los métodos de estudio disponibles en una comunidad determinada. La decisión debe ser tomada en conjunto con el paciente luego de informarle sobre las ventajas y limitaciones de las distintas opciones.

(*) Estudio total del colon: La colonoscopia hasta ciego es el método de elección Si la colonoscopia no permite evaluar la totalidad del colon se realizará un colon por enema con doble contraste. Con la colonoscopia, el CEDC y la FRSC siempre se efectuará un tacto rectal. El colon por enema con doble contraste debe asociarse con una FRSC si es necesario mejorar la visualización rectosigmoidea.

Cuadro 2. Grupo de riesgo moderado

GRUPO DE RIESGO MODERADO (20 – 30% DEL TOTAL)	INICIO	RECOMENDACION	INTERVALO
Antecedente personal de 1 ó 2 pólipos adenomatosos tubulares < de 1 cm.	Desde la resección endoscópica completa	Colonoscopia	A los 5 años. (*) Si es normal a los 5 años incluir en Riesgo bajo.
Antecedente personal de adenoma > de 1cm.) ó componente vellosa >de 25% ó displasia ó 3 a 4 adenomas de cualquier tamaño (descartar Poliposis Adenomatosa Familiar)	Desde la resección endoscópica completa	Colonoscopia	A los 3 años (*) Si es normal repetir a los 5 años. Si nuevamente es normal incluir en riesgo bajo
Más de 5 adenomas ó 3 mayores de 1 cm	Desde la resección completa	Colonoscopia	Al año (*) y luego de acuerdo a hallazgos
Antecedente Personal de Cáncer colorrectal operado y resecado con intento curativo.(Vigilancia)	Luego de la Cirugía (#)	Colonoscopia	A los 3 años. Si es normal cada 5 años.
Antecedente de Cáncer colorrectal o pólipos adenomatosos en un familiar de 1er. Grado menor de 60 años o en 2 ó más a cualquier edad.	A partir de los 40 años o 10 años antes del caso familiar más joven.	Colonoscopia	Cada 5 años.

(*) Siempre que el estudio del colon en el primer examen haya sido completo.

(#) Asumiendo que el examen total del colon se efectuó en el momento o previamente a la intervención quirúrgica. Si esto no fue posible se debe estudiar el resto del colon dentro de los 3 a 6 meses de la cirugía.

Cuadro 3. Grupo de riesgo elevado o alto

GRUPO DE RIESGO ELEVADO O ALTO (5 – 10% DEL TOTAL)	RECOMENDACION	INICIO	INTERVALO
A: Antecedentes de Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF)	FRSC Considerar Test y Asesoramiento genético en Centro Especializado.	10-12 años	Cada 1-2 años Si es (+) debe indicarse colectomía (&)
B: Antecedentes de Cáncer Colónico Hereditario no asociado a Poliposis Criterios Amsterdam / Bethesda	Colonoscopia Test y Asesoramiento Genético en Centro especializado	Desde los 20 25 años	Cada 1-2 años
C: Enfermedad Inflamatoria Intestinal (Rectocolitis Ulcerosa) (#)	Colonoscopia (con biopsias para detectar displasia)	A: Colitis Izquierdas y enfermedad de Crohn a partir de los 12 años de evolución. B: Pancolitis a partir de los 8 años de evolución.	Cada 1-2 años Cada 1-2 años

(&) En caso de indicarse colectomía total con ileorrectoanastomosis debe continuarse con la vigilancia endoscópica rectal anual y del tracto digestivo alto mediante endoscopia esofagogastroduodenal cada 1-3 años de acuerdo a los hallazgos. Se aconseja consultar en Centro especializado.

(#) Para la Enfermedad de Crohn, si bien no existe evidencia firme, se recomienda un programa de vigilancia moderada mediante colonoscopia y biopsias para detectar displasia

cada 1-2 años en las formas extendidas a partir de los 12 años de evolución de la enfermedad.

Cáncer colorrectal hereditario no asociado a poliposis (Síndrome de Lynch)

Para establecer si una familia es portadora de Síndrome de Lynch se debe analizar si esta cumple los criterios clínicos de Amsterdam I y su posterior modificación en 1999 (Amsterdam II).

Criterios clínicos de Amsterdam I y II

1. Tres afectados por cánceres asociados a Lynch (Colorrectal, endometrio, intestino delgado, uréter y pelvis renal).
2. Uno de ellos familiar de 1º grado de los otros dos.
3. Dos o más generaciones sucesivas afectadas.
4. Al menos 1 caso diagnosticado antes de los 50 años.
5. Exclusión de poliposis adenomatosa familiar.
6. Tumores verificados histológicamente.

Si se cumplen los criterios clínicos de Amsterdam II y se dispone de test genético se solicita el mismo siempre que, como ocurre con la PAF, se realice dentro de un Centro especializado con asesoramiento genético.

Para cuando los criterios clínicos de Amsterdam no se cumplen, por ejemplo en el caso de familias pequeñas o desconocimiento de antecedentes familiares, se crearon los criterios de Bethesda, menos estrictos que los de Amsterdam y a partir de los cuales se investiga inestabilidad en microsatélites o inmunohistoquímica.

Criterios de Bethesda (modificación 2003)

Indicativos de búsqueda de inestabilidad microsatélites y/o Inmunohistoquímica

B1- Individuos con cáncer colorrectal menores de 50 años

B2- Individuos con cáncer colorrectal o relacionados (estómago, vejiga, uréter, pelvis renal, vía biliar, glioblastomas, adenomas de glándulas sebáceas, queratoacantomas, carcinomas de intestino delgado) sincrónicos o metacrónicos

B3-Individuos con cáncer colorrectal menor de 60 años con microscopía sugestiva de inestabilidad en microsatélites

B4-Cáncer colorrectal en paciente con 1 o más familiares de primer grado con cáncer colorrectal o relacionados con 1 menor de 50 años (incluye adenomas en menores de 40 años)

B5-Cáncer colorrectal con 2 o más familiares con cáncer colorrectal o relacionados a cualquier edad.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

1. Participaron del estudio todos los pacientes que estaban contemplados en las recomendaciones de tamizaje establecidas en la Guía de Recomendaciones para la Prevención del Cáncer Colorrectal efectuada en el año 2004, avalada por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
2. Se seleccionó un grupo etario que abarcaba desde los 15 hasta los 75 años de edad.
3. Se incluyeron a los pacientes que aceptaron responder las preguntas establecidas en la primer planilla, luego de proponerles efectuarse la colonoscopia.

Los criterios de exclusión se detallan a continuación:

1. Pacientes que no poseían la indicación médica de efectuarles estudios de tamizaje de cáncer colorrectal.
2. Pacientes con contraindicaciones para someterse a la colonoscopia.
3. Pacientes con diagnóstico presuntivo de cáncer colorrectal.
4. Pacientes en los cuales los datos recolectados en la primer planilla se encontraban incompletos o con alguna diferencia detectada posteriormente al comparar los datos con el programa de registro de historias clínicas y estudios endoscópicos del Servicio.

El médico que le propuso efectuarse la colonoscopia al paciente completó en una primer planilla el nombre y apellido del mismo, tipo y número de documento de identidad, edad, si aceptó someterse a la colonoscopia y en los casos en los cuales los pacientes se negaron a participar, los motivos que expusieron. Además se les interrogó acerca del nivel de instrucción que poseían, el grupo de riesgo al cual pertenecían, el motivo de consulta y cuando fue posible, el diagnóstico de cada paciente, si es la primer colonoscopia que se le solicitó, si se le efectuaron otros métodos de tamizaje de cáncer colorrectal. Se le preguntó a cada paciente si recibió información previamente acerca del tamizaje del cáncer colorrectal.

A continuación se adjunta la **primera planilla**.

Posteriormente se recopilaron los resultados obtenidos en las colonoscopias de los pacientes a los cuales se les propuso el tamizaje, que efectivamente concurrieron a efectuarse dicho estudio por medio del programa de registro de historias clínicas y estudios endoscópicos del Servicio. Se completó una segunda planilla en la cual se consignó la presencia de pólipos, su localización, tamaño, cantidad, histología, si se exploró el colon hasta el ciego, si se efectuó algún procedimiento de resección de los mismos y los resultados obtenidos en el análisis histológico en estos casos, otras patologías que se diagnosticaron.

El material histológico que se obtuvo en las colonoscopias (polipectomías, mucosectomías, biopsias), fue analizado por el Servicio de Anatomía Patológica del H.I.G.A. General San Martín y posteriormente, los datos obtenidos fueron agregados al programa de registro de historias clínicas y estudios endoscópicos del Servicio.

Además, se recolectó información de los pólipos detectados en colonoscopias anteriores de dichos pacientes que se habían efectuado por otros motivos, a través del mismo Programa.

A continuación se adjunta la **segunda planilla**:

Número de pólipos en la última colonoscopia:

Localización Colon: Ciego Recto

Ascendente

Transverso

Descendente

Tamaño < 0,5 cm

0,5 a 1 cm

1 a 3 cm

> 3 cm

Tipo histológico

Displasia

Adenoma tubular

Alto grado

Adenoma tubulovelloso

Bajo grado

Adenoma vellosos

Indefinido para displasia

Hiperplásico

Sin displasia

Técnica de resección

Resección mucosa endoscópica

Dissección submucosa endoscópica

Polipectomía

No se efectúa

Cáncer colorrectal

Localización Colon: Ciego Recto

Ascendente

Transverso

Descendente

Divertículos

Angiodisplasias

Normal

Otras lesiones:

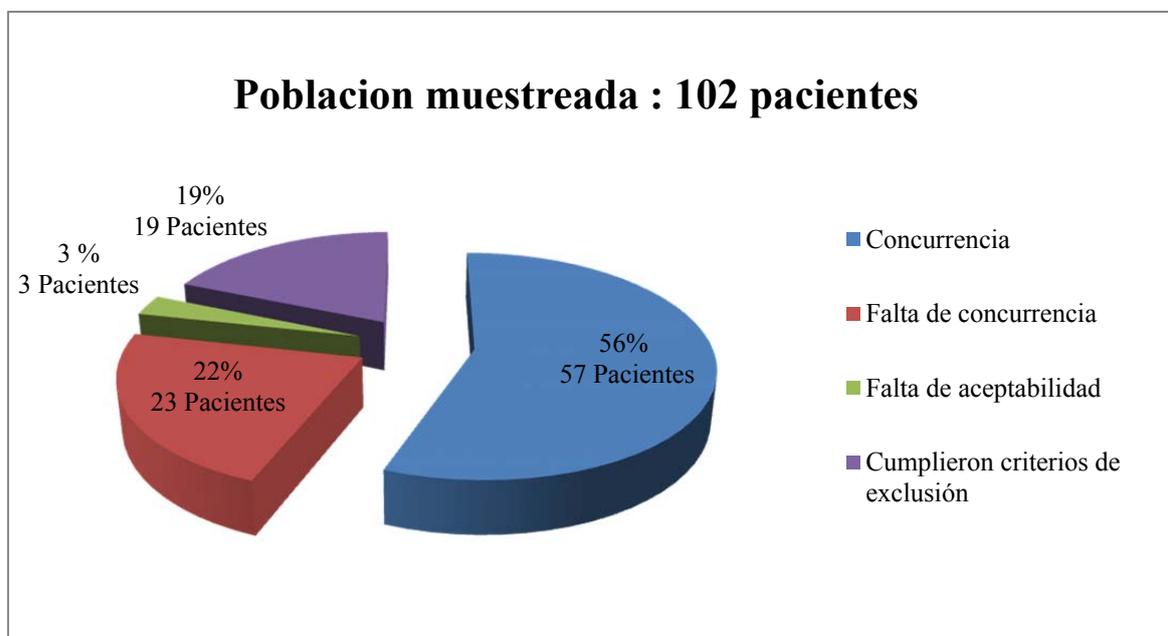
RESULTADOS

POBLACION MUESTREADA

La población muestreada fue de 102 pacientes, de los cuales se excluyeron 19 pacientes (18,63 %) por estar contemplados dentro de los criterios de exclusión:

- Pacientes con datos incompletos en la primer planilla: 11
- Pacientes con alguna diferencia entre los datos de la primer planilla con los recolectados posteriormente del programa informático de registro de historias clínicas y el programa informático de estudios endoscópicos del Servicio: 7
- Pacientes que no estaban contemplados en las recomendaciones de tamizaje establecidas en la Guía de Recomendaciones para la Prevención del Cáncer Colorrectal: 1

Figura 1. Población muestreada.



MUESTRA ESTUDIADA

Finalmente, la muestra estudiada fue de 83 pacientes, lo cual se corresponde con el 81,37 % de la población muestreada, sobre la cual se enfocará este estudio.

Se clasificó a los pacientes en tres grupos:

- Falta de aceptación: Pacientes que no aceptaron efectuarse la colonoscopia luego de que se les propusiera dicho estudio como método de tamizaje del cáncer colorrectal en la consulta gastroenterológica (3 pacientes).
- Falta de concurrencia: Pacientes que aceptaron efectuarse la colonoscopia de pesquisa en la consulta gastroenterológica, pero posteriormente no concurrieron a efectuarse dicho estudio (23 pacientes).
- Concurrencia: Pacientes que concurrieron a efectuarse la colonoscopia (57 pacientes). Sólo se evaluaron los resultados obtenidos en las colonoscopias que exploraron el colon hasta ciego.

Figura 2. Muestra estudiada.



MOTIVOS DE LA FALTA DE ACEPTACIÓN:

- Miedo a los efectos adversos de la colonoscopia: 1 paciente (33,33%).
- Vergüenza relacionada con el procedimiento: 1 paciente (33,33%).
- Colonoscopia previa sin anestesia: 1 paciente (33,33%).

FACTORES ANALIZADOS POR GRUPOS DE PACIENTES:

EDAD:

Tabla 4. Edad promedio de los pacientes por grupo.

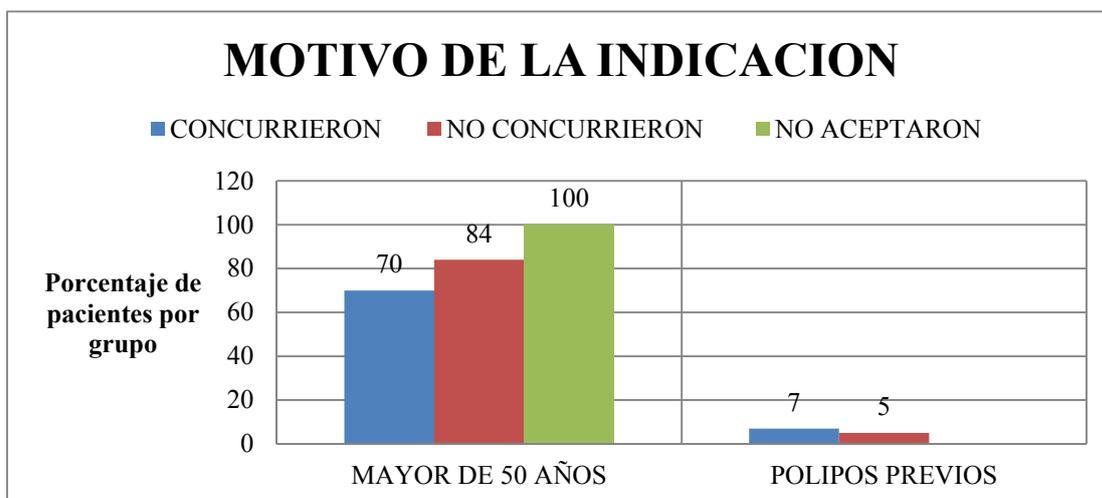
Grupos	Edad promedio
Falta de aceptabilidad	60,33 Años
Falta de concurrencia	55,48 Años
Concurrencia	57,32 Años

MOTIVO DE LA INDICACIÓN:

Tabla 5. Motivo personal de indicación de la colonoscopia.

Motivo de la indicación	Mayor de 50 años	Pólipos previos	Antecedentes de EEI, CCHNP o PAF
Concurrencia	47 Pacientes	4 Pacientes	Ningún paciente
Falta de concurrencia	21 Pacientes	1 Paciente	Ningún paciente
Falta de aceptabilidad	3 Pacientes	Ningún paciente	Ningún paciente

Figura 3. Porcentaje de pacientes por grupo según el motivo personal de indicación.



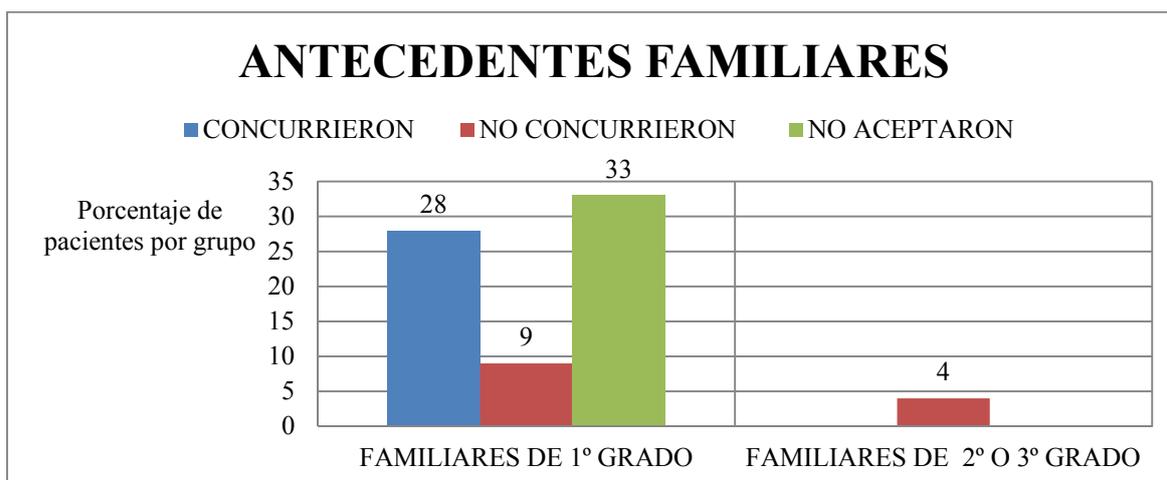
ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER COLORRECTAL O DE POLIPOS ADENOMATOSOS

Tabla 6. Motivo familiar de indicación de la colonoscopia.

Antecedentes familiares de Cáncer Colorrectal o de pólipos adenomatosos	Familiares de 1° grado	Familiares de 2° o 3° grado
Concurrencia	16 Pacientes	Ningún paciente
Falta de concurrencia	2 Pacientes	1 Paciente
Falta de aceptación	1 Paciente	Ningún paciente

El único paciente que no aceptó efectuarse la colonoscopia refirió como motivo, que le efectuaron una colonoscopia de pesquisa anteriormente sin anestesia.

Figura 4. Porcentaje de pacientes por grupo según el motivo familiar de indicación.

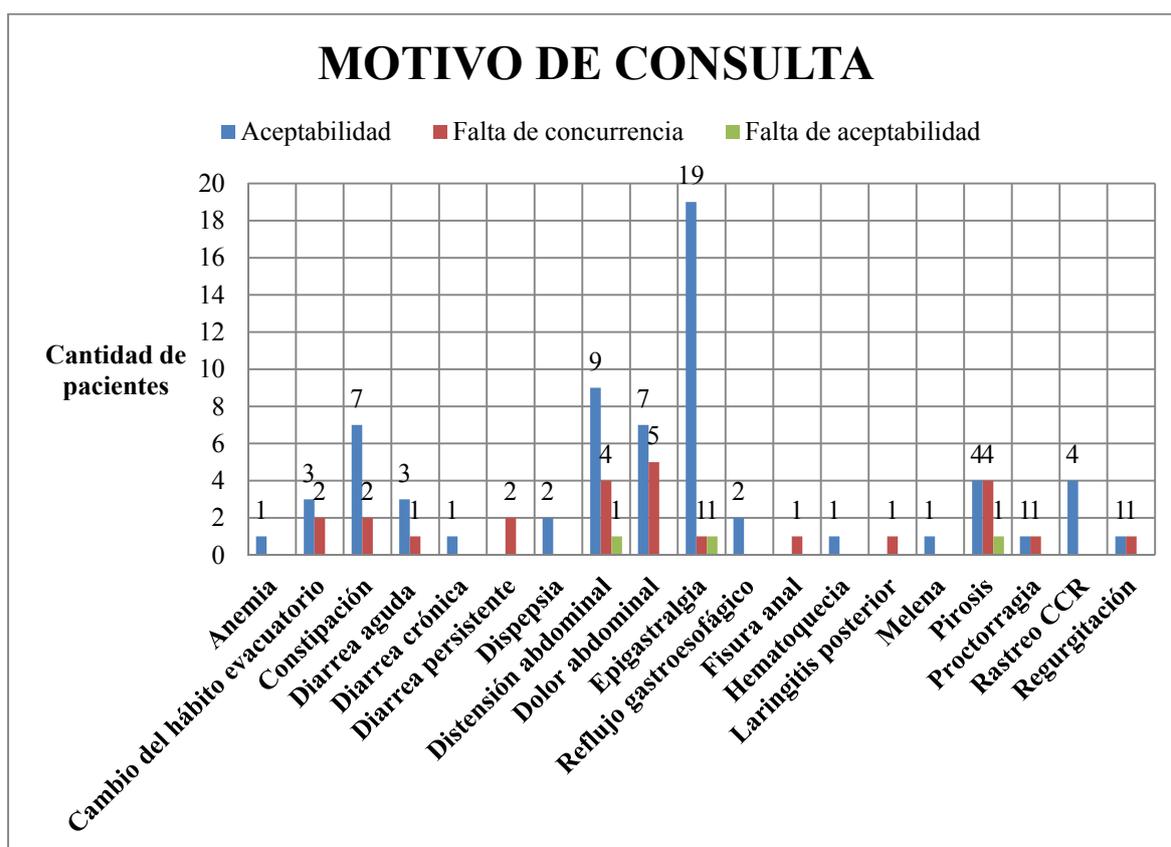


MOTIVO DE CONSULTA:

Tabla 7. Porcentaje de motivos de consulta por grupo de pacientes.

Motivo de consulta	Aceptabilidad	Falta de concurrencia	Falta de aceptabilidad
Anemia	2 %		
Cambio del hábito evacuatorio	5 %	8 %	
Constipación	11 %	8 %	
Diarrea aguda	5 %	4 %	
Diarrea crónica	2 %		
Diarrea persistente		8 %	
Dispepsia	3 %		
Distensión abdominal	14 %	16 %	33 %
Dolor abdominal	11 %	20 %	
Epigastralgia	29 %	4 %	33 %
Reflujo gastroesofágico	3 %		
Fisura anal		4 %	
Hematoquecia	2 %		
Laringitis posterior		4 %	
Melena	2 %		
Pirosis	6 %	16 %	33 %
Proctorragia	2 %	4 %	
Tamizaje cáncer colorrectal	6 %		
Regurgitación	2 %	4 %	

Figura 5. Motivos de consulta en cada grupo de pacientes.



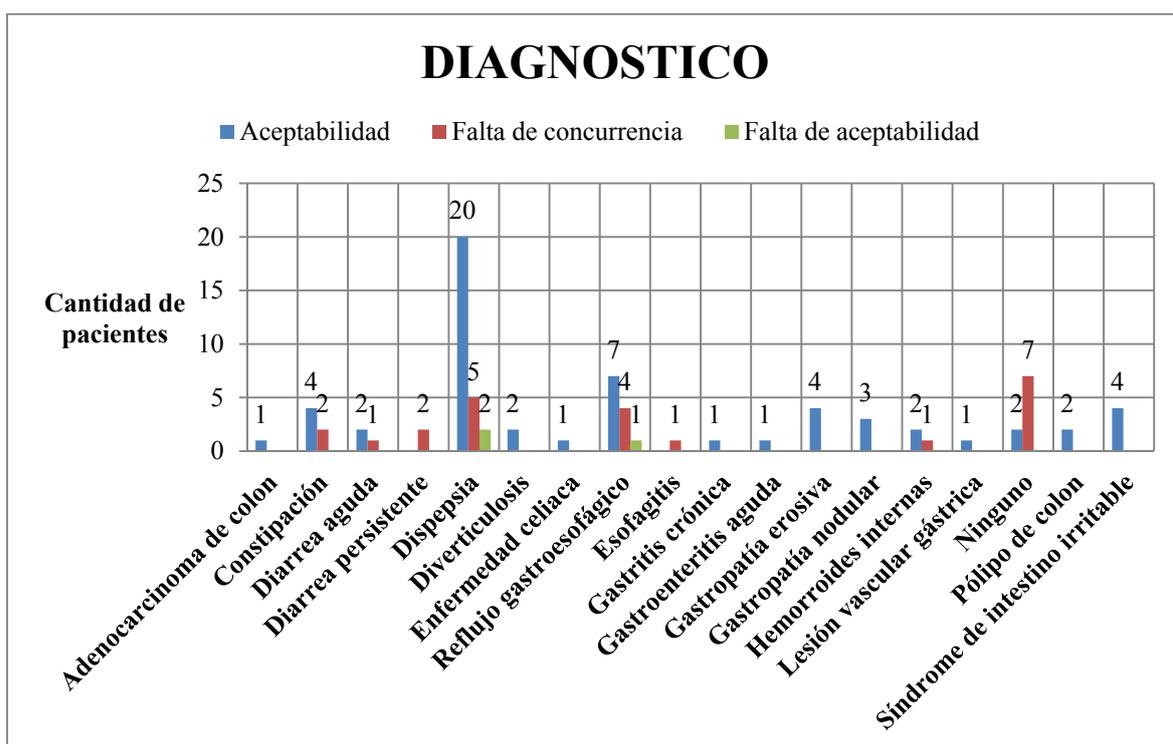
DIAGNOSTICO

Tabla 8. Porcentaje de diagnósticos por grupo de pacientes.

Diagnóstico	Aceptabilidad	Falta de concurrencia	Falta de aceptabilidad
Adenocarcinoma de colon (Colonoscopia incompleta)	2 %		
Constipación	7 %	9 %	
Diarrea aguda	4 %	4 %	
Diarrea persistente		9 %	
Dispepsia	35 %		67 %
Diverticulosis	4 %		
Enfermedad celiaca	2 %		
Reflujo gastroesofágico	12 %	17 %	33 %
Esofagitis		4 %	
Gastritis crónica	2 %		
Gastroenteritis aguda	2 %		
Gastropatía erosiva	7 %		
Gastropatía nodular	5 %		

Diagnóstico	Aceptabilidad	Falta de concurrencia	Falta de aceptabilidad
Hemorroides internas	4 %	4 %	
Lesión vascular gástrica	2 %		
Ninguno	4 %	31 %	
Pólipo de colon	4 %		
Síndrome de intestino irritable	7 %		

Figura 6. Diagnósticos en cada grupo de pacientes.



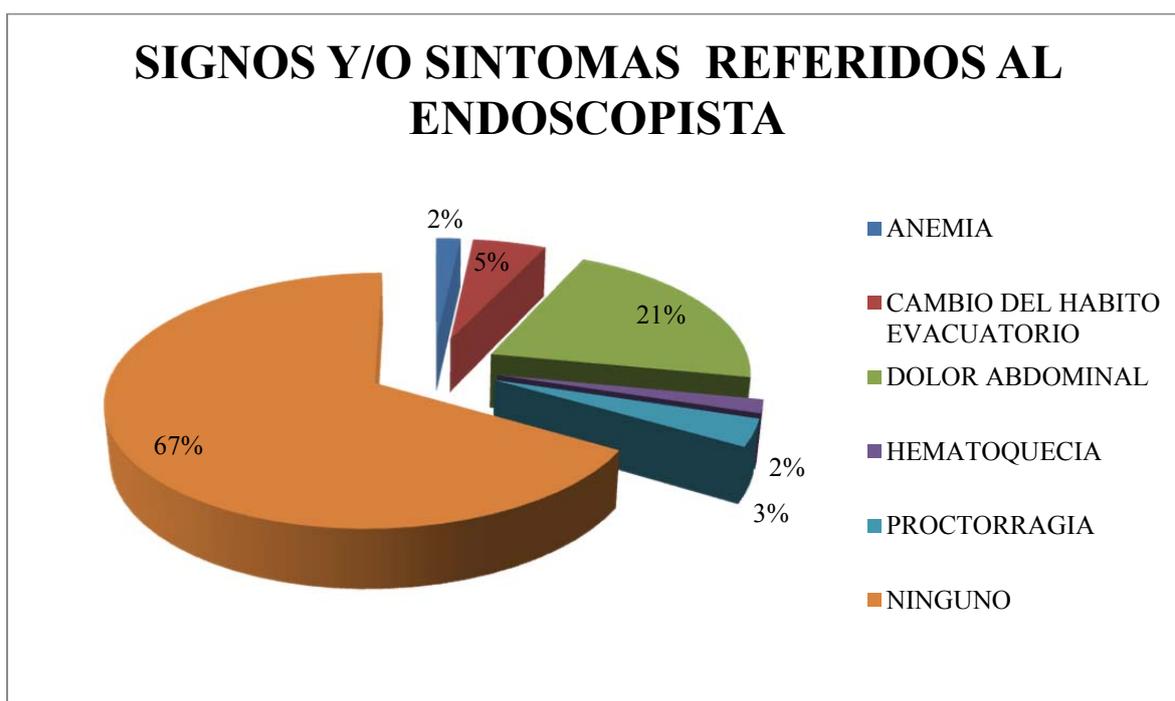
SIGNOS Y/O SÍNTOMAS DE ALARMA REFERIDOS AL ENDOSCOPISTA

Previamente a efectuar la colonoscopia, el endoscopista le preguntó a cada paciente si presentaba anemia, dolor abdominal, cambio del hábito evacuatorio, hematoquecia y proctorragia. El 33 % de los pacientes refirieron presentar alguno de los citados signos o síntomas. La distribución se manifiesta a continuación.

Tabla 9. Signos y/o síntomas de alarma referidos al endoscopista antes de la endoscopia.

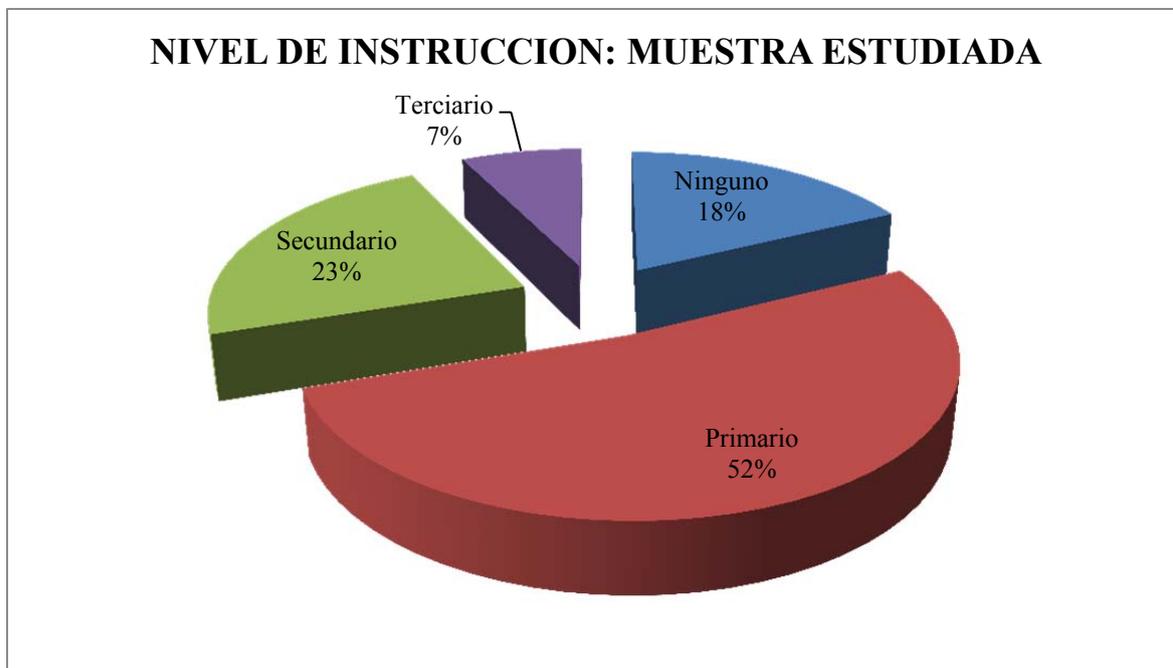
Signos y/o síntomas de alarma referidos al endoscopista	Cantidad de pacientes
Anemia	1 Paciente
Cambio del habito evacuatorio	3 Pacientes
Dolor abdominal	12 Pacientes
Hematoquecia	1 Paciente
Proctorragia	2 Pacientes

Figura 7. Porcentaje de signos y/o síntomas de alarma referidos al endoscopista previamente a efectuar la colonoscopia.



NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Figura 8. Nivel de instrucción* de la muestra expresado en porcentajes.

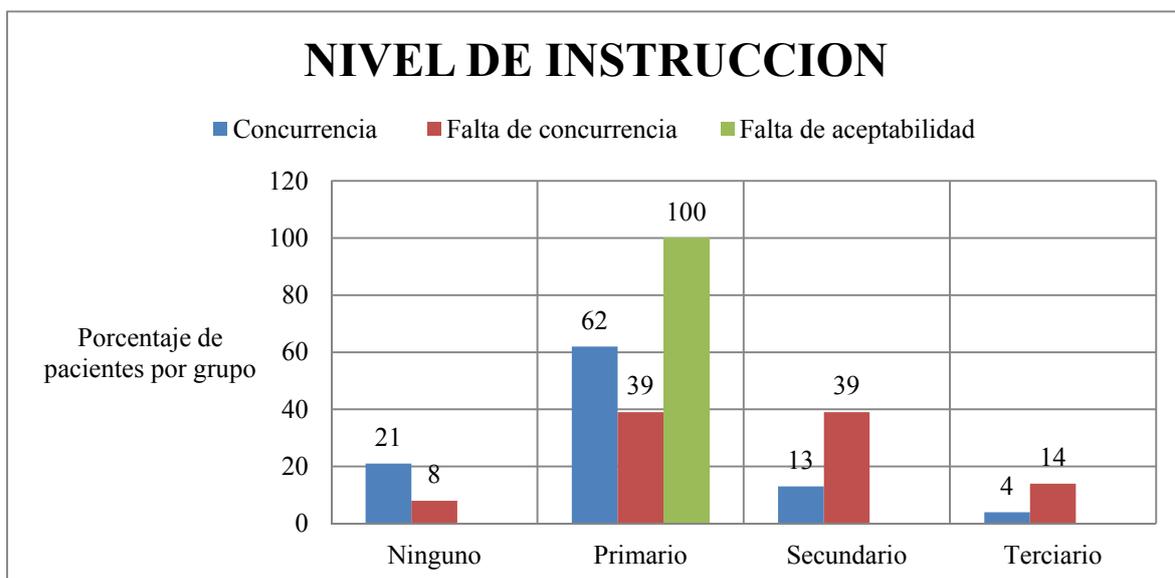


* Nivel de educación: Falta de escolarización se considera ninguno, igual o menor a 7 años de estudio, equivale a nivel primario. Desde 8 hasta 12 años de estudio, equivale a nivel secundario. Desde 13 hasta 15 años de instrucción, se considera terciario.

Tabla 10. Relación entre el nivel de instrucción y los grupos de pacientes.

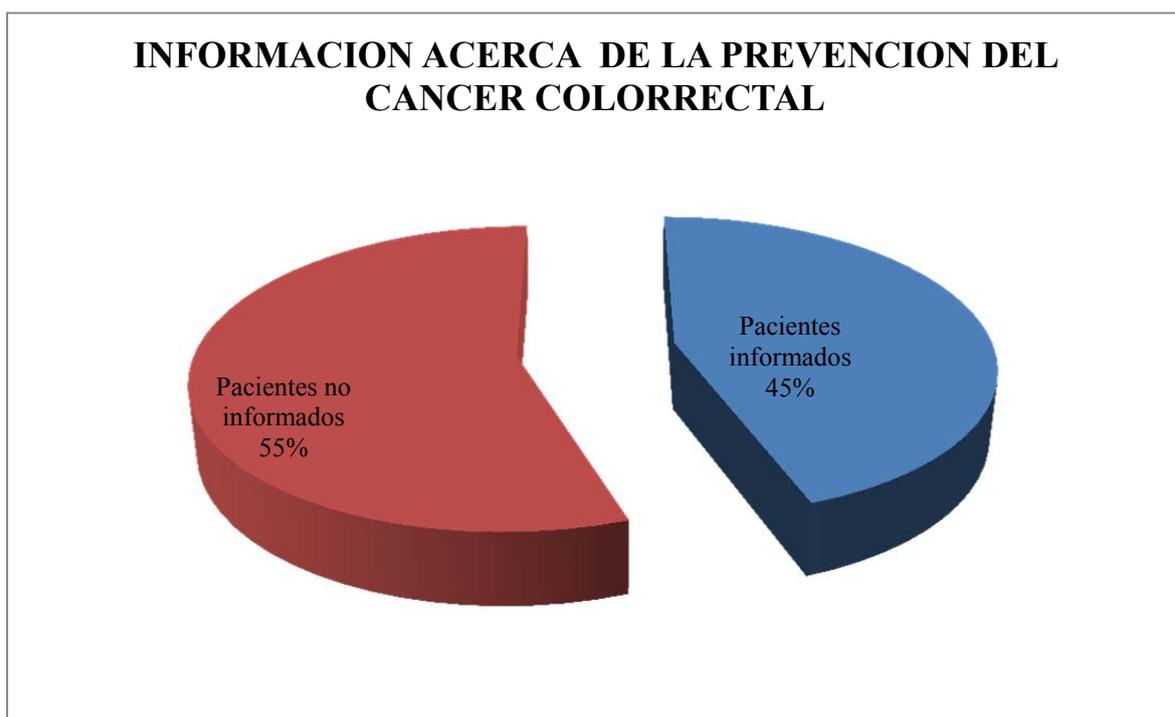
Nivel de instrucción	Concurr encia	Falta de concurrencia	Falta de aceptación	Nº de pacientes por nivel de instrucción
Ninguno	14	3	0	17
Primario	33	14	3	50
Secundario	8	14	0	22
Terciario	2	5	0	7

Figura 9. Porcentaje de pacientes por grupo clasificados según el nivel de instrucción.



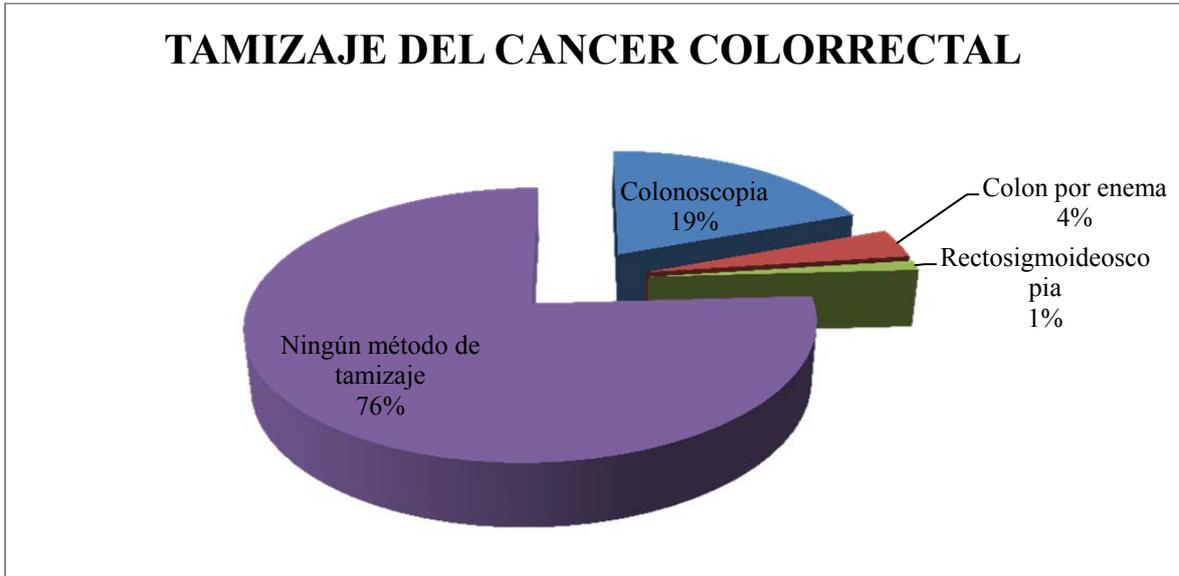
INFORMACIÓN ACERCA DE LOS PROGRAMAS DE TAMIZAJE DEL CANCER COLORRECTAL

Figura 10. Pacientes de la muestra estudiada informados acerca de la prevención del carcinoma rectocolónico.



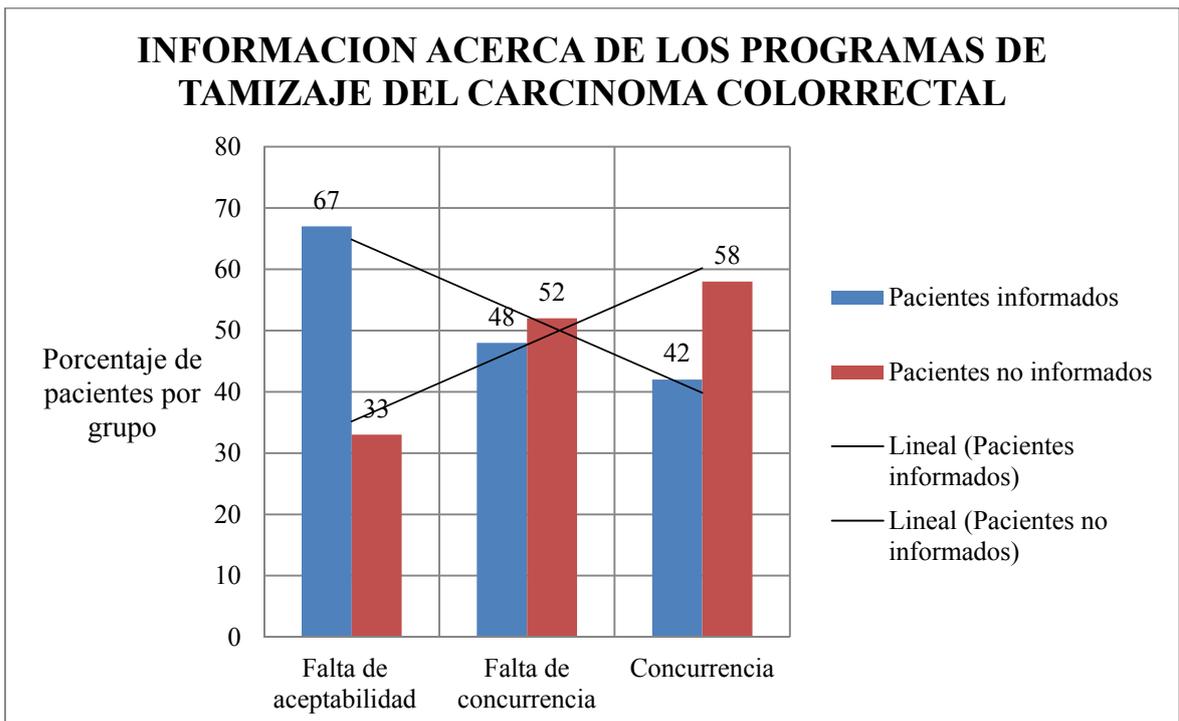
PACIENTES QUE SE EFECTUARON ALGUN METODO DE RASTREO DEL CARCINOMA RECTOCOLONICO ANTES DE LA CONSULTA ACTUAL

Figura 11. Porcentaje de pacientes de la muestra estudiada que se efectuaron algún método de rastreo del carcinoma rectocolónico.



INFORMACION DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCION POR GRUPOS

Figura 12. Porcentaje de pacientes por grupo, informados acerca de los programas de tamizaje del carcinoma rectocolónico.



COLONOSCOPIA PREVIA

Tabla 11. Cantidad y porcentaje de pacientes que fueron sometidos a la colonoscopia antes de la consulta gastroenterológica.

Grupo	Se efectuaron una colonoscopia previa	Porcentaje del grupo	No se efectuaron una colonoscopia previa
Falta de aceptabilidad	1 Paciente	33%	2 Pacientes
Falta de concurrencia	Ningún paciente	0%	23 Pacientes
Concurrencia	15 Pacientes	26,30%	42 Pacientes
Suma de pacientes	16 Pacientes		67 Pacientes
Porcentaje de pacientes	19,28%		80, 72 %

OTRO MÉTODO DE DETECCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL

Tabla 11. Cantidad y porcentaje de pacientes que fueron sometidos al colon por enema con doble contraste antes de la consulta gastroenterológica.

Grupo	Colon por enema	Porcentaje del grupo
Falta de aceptabilidad	Ningún paciente	0%
Falta de concurrencia	1 Paciente	4,35%
Concurrencia	2 Pacientes	3,51%
Suma de pacientes	3 Pacientes	
Porcentaje de pacientes	3,61%	

Tabla 12. Cantidad y porcentaje de pacientes que fueron sometidos a la rectosigmoideoscopia antes de la consulta gastroenterológica:

Grupo	Rectosigmoideoscopia	Porcentaje del grupo
Falta de aceptabilidad	Ningún paciente	0%
Falta de concurrencia	Ningún paciente	0%
Concurrencia	1 Paciente	1,75%
Suma de pacientes	1 Paciente	
Porcentaje de pacientes	1,20%	

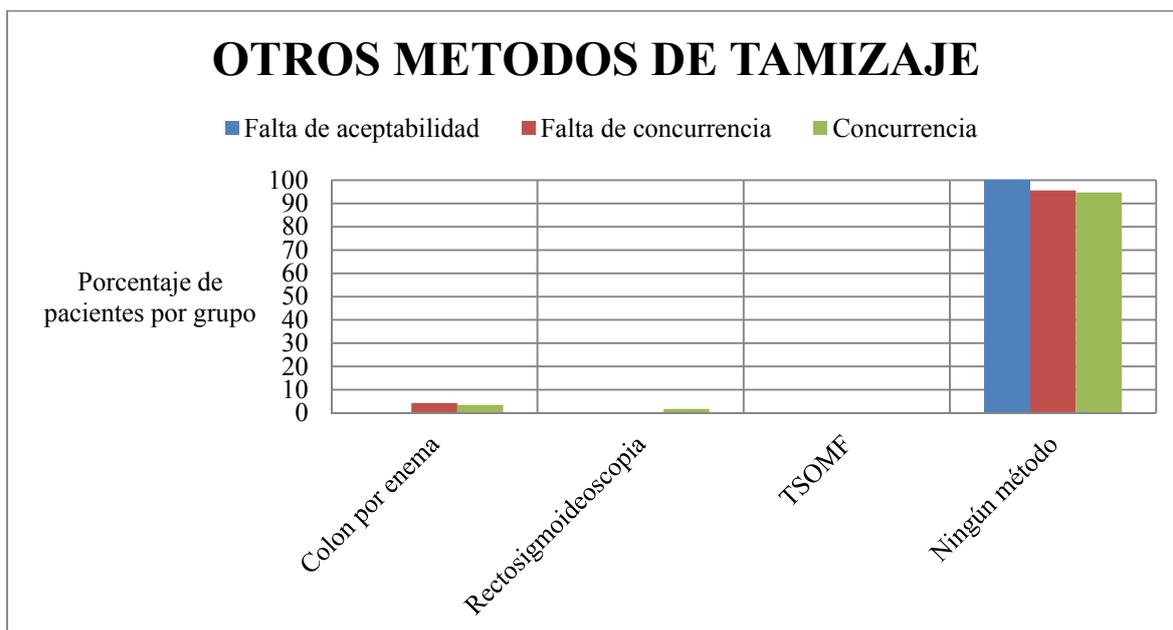
Tabla 13. Cantidad y porcentaje de pacientes que fueron sometidos al test de sangre oculta en materia fecal antes de la consulta gastroenterológica.

Grupo	Test de sangre oculta en materia fecal	Porcentaje del grupo
Falta de aceptabilidad	Ningún paciente	0%
Falta de concurrencia	Ningún paciente	0%
Concurrencia	Ningún paciente	0%
Suma de pacientes	Ningún paciente	
Porcentaje de pacientes	0%	

Tabla 14. Cantidad y porcentaje de pacientes que no fueron sometidos a otros métodos de tamizaje del cáncer colorrectal antes de la consulta gastroenterológica.

Grupo	Ningún método de tamizaje	Porcentaje del grupo
Falta de aceptabilidad	3 Pacientes	100%
Falta de concurrencia	22 Pacientes	95,65%
Concurrencia	54 Pacientes	94,74%
Suma de pacientes	79 Pacientes	
Porcentaje de pacientes	95,18%	

Figura 13. Porcentaje de pacientes sometidos a otros métodos de rastreo del cáncer colorrectal.



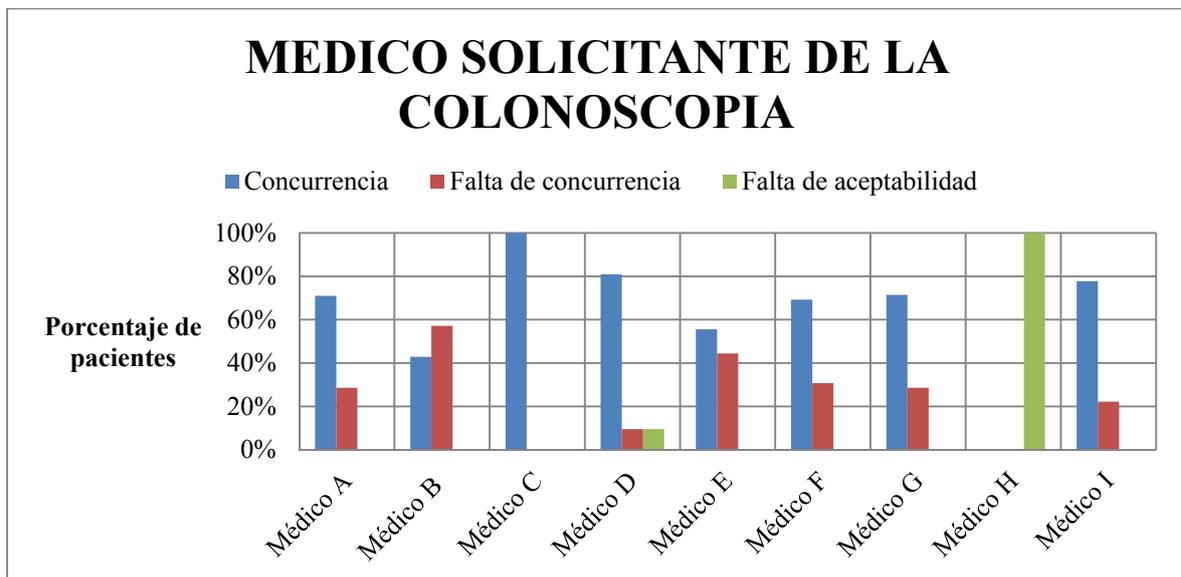
MEDICO SOLICITANTE:

Durante el estudio 9 médicos completaron la primera planilla, los cuales fueron denominados arbitrariamente con letras. Este grupo de médicos estuvo conformado por 7 residentes pertenecientes a 1°, 2° y 3° año de gastroenterología y por 2 médicas especialistas en gastroenterología.

Tabla 15. Cantidad de pacientes y porcentajes por grupo según el médico solicitante de la colonoscopia.

Médico	Concurrencia		Falta de concurrencia		Falta de aceptabilidad	
Médico A	5 Pacientes	71%	2 Pacientes	28,57%		
Médico B	3 Pacientes	42,86%	4 Pacientes	57,14%		
Médico C	1 Paciente	100%				
Médico D	17 Pacientes	80,95%	2 Pacientes	9,52%	2 Pacientes	9,52%
Médico E	5 Pacientes	55,56%	4 Pacientes	44,44%		
Médico F	9 Pacientes	69,23%	4 Pacientes	30,77%		
Médico G	10 Pacientes	71,43%	4 Pacientes	28,57%		
Médico H					1 Paciente	100%
Médico I	7 Pacientes	77,78%	2 Pacientes	22,20%		0%

Figura 14. Porcentaje de pacientes por grupo clasificados según el médico solicitante de la colonoscopia.



COLONOSCOPIA HASTA CIEGO:

Concurrieron 57 pacientes a efectuarse la colonoscopia, de los cuales:

- Se exploró el colon hasta ciego inicialmente o concurrieron posteriormente a una segunda colonoscopia un número de 52 pacientes.
- No se llegó a explorar el colon hasta el ciego y no concurrieron posteriormente a efectuarse algún método para completar el estudio un total de 5 pacientes.

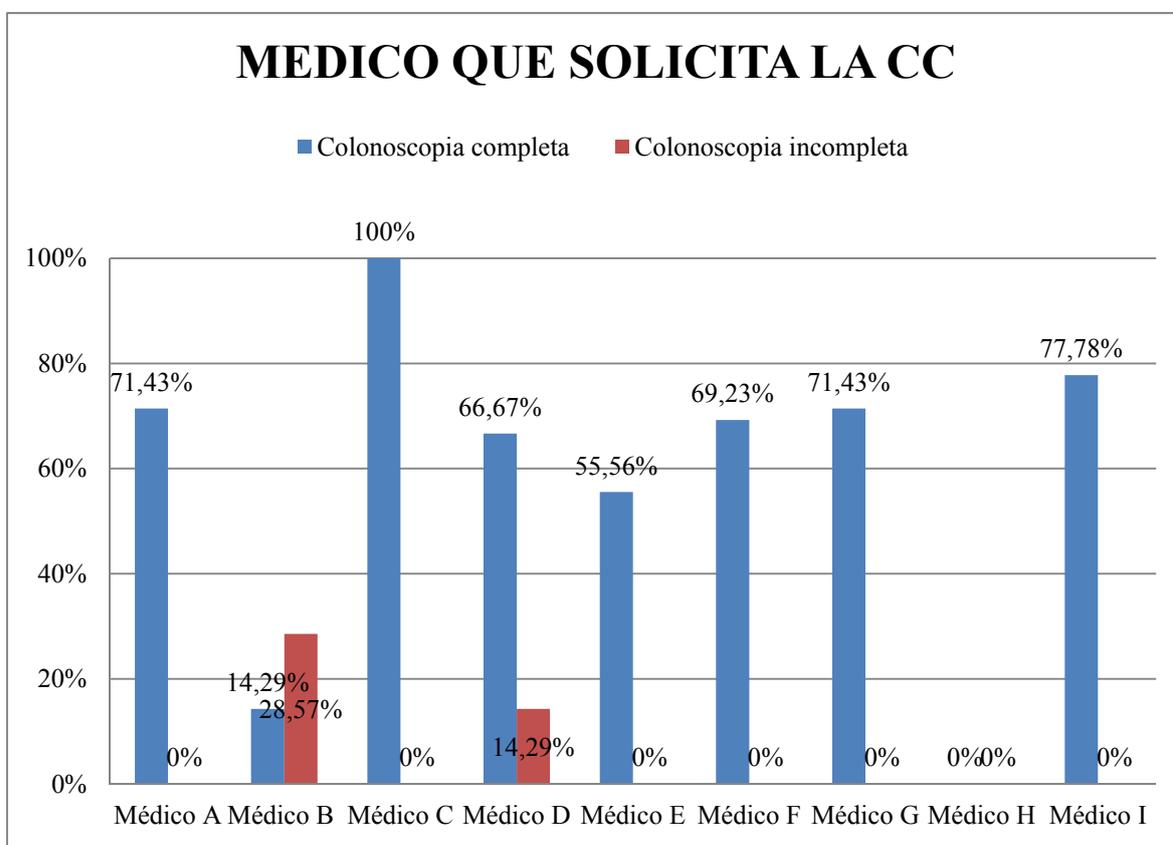
Figura 15. Porcentaje de pacientes con colonoscopia completa.



Tabla 16. Cantidad y porcentaje de pacientes con colonoscopia completa e incompleta según el médico solicitante del estudio.

Médico	Colonoscopia completa		Colonoscopia incompleta	
Médico A	5 Pacientes	71,43%	Ningún paciente	0%
Médico B	1 Paciente	14,29%	2 Pacientes	28,57%
Médico C	1 Paciente	100%	Ningún paciente	0%
Médico D	14 Pacientes	66,67%	3 Pacientes	14,29%
Médico E	5 Pacientes	55,56%	Ningún paciente	0%
Médico F	9 Pacientes	69,23%	Ningún paciente	0%
Médico G	10 Pacientes	71,43%	Ningún paciente	0%
Médico H	Ningún paciente	0%	Ningún paciente	0%
Médico I	7 Pacientes	77,78%	Ningún paciente	0%

Figura 16. Porcentaje de pacientes con colonoscopia completa e incompleta según el médico solicitante del estudio.



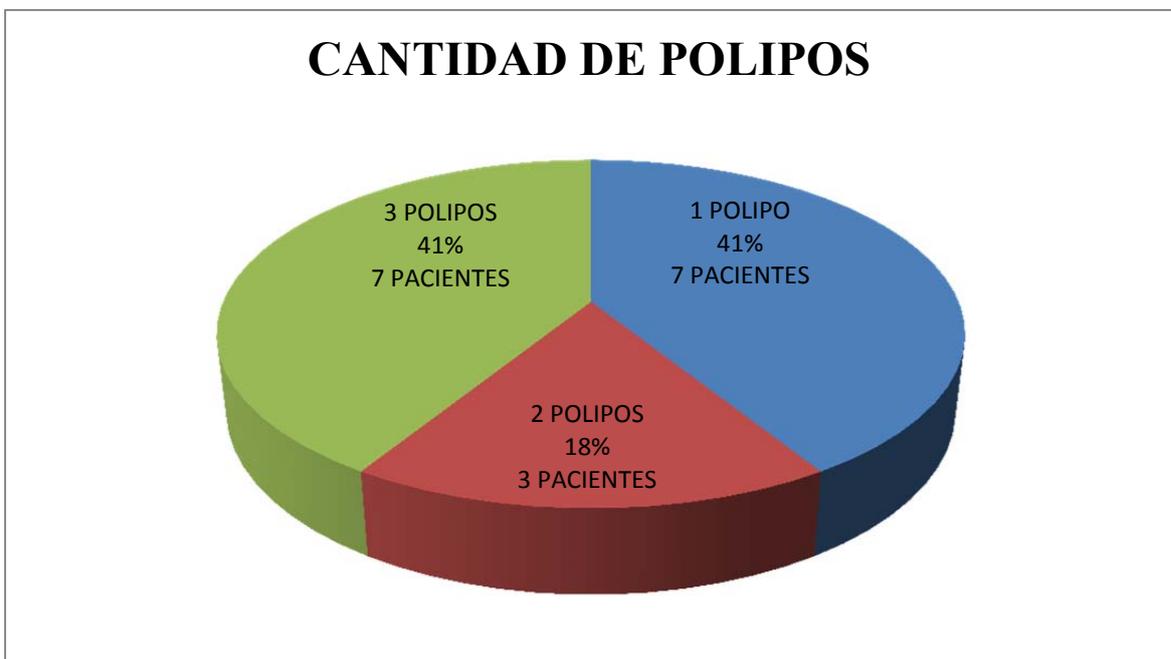
RESULTADO OBTENIDO EN LAS COLONOSCOPIAS EFECTUADAS

Se detectó adenocarcinoma de colon en uno de los pacientes en el cual la colonoscopia resultó ser incompleta, debido a que el nivel de obstrucción de la luz intestinal imposibilitó el avance del endoscopio. Se evaluaron los resultados de las colonoscopias en las cuales se exploró el colon hasta ciego únicamente.

COLONOSCOPIA DE TAMIZAJE DE CANCER COLORRECTAL:

Se exploró completamente el colon en 52 pacientes, entre los cuales se encontraron pólipos colorrectales en 17 pacientes, lo que se correspondió con un 32,7 % de los pacientes. No se detectó ningún paciente con cáncer colorrectal en este grupo.

Figura 17. Cantidad de pólipos por paciente.



El 47 % de los pólipos obtenidos fueron menores a 0,5 cm, el 29 % midieron 0,5 a 1 cm y el 24 % restante, 1 a 3 cm. Posteriormente se analizó la localización y el tipo histológico de dichos pólipos.

Figura 18. Localización de los pólipos

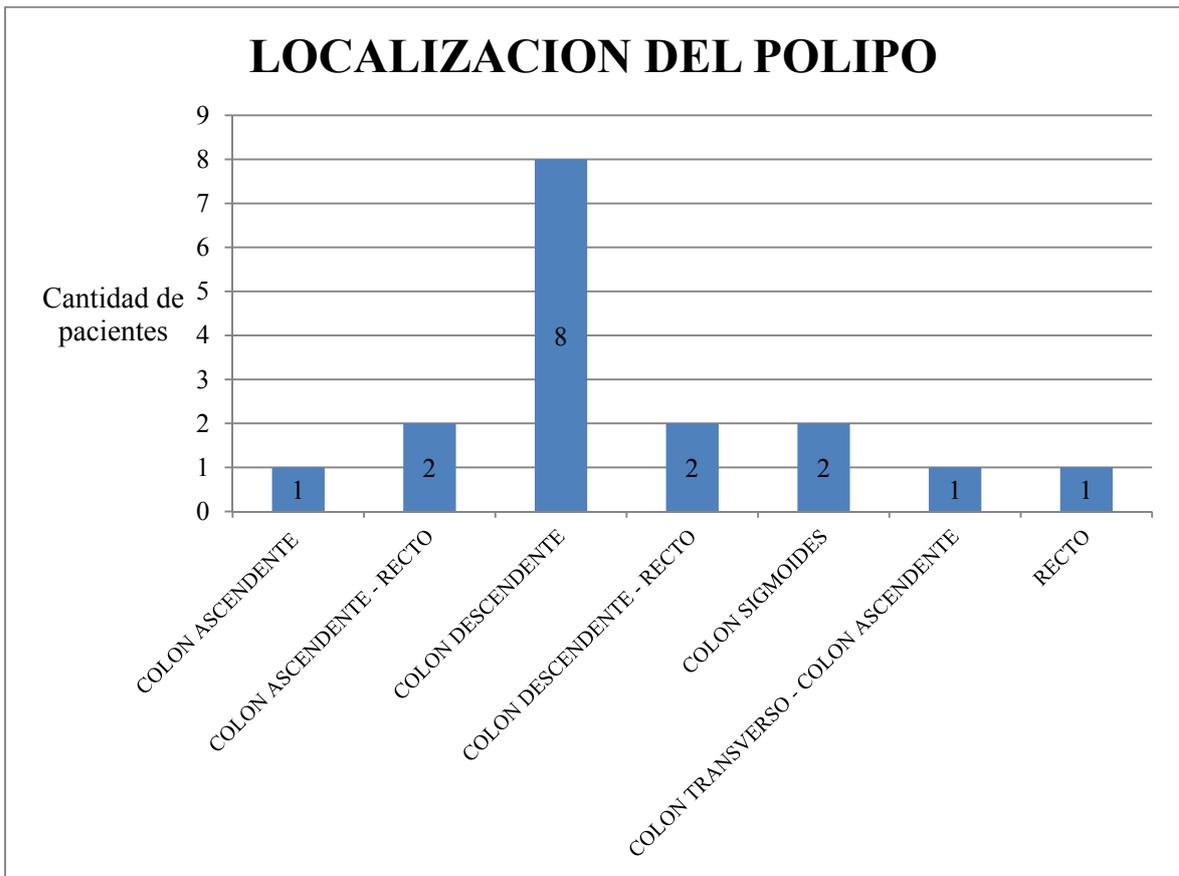
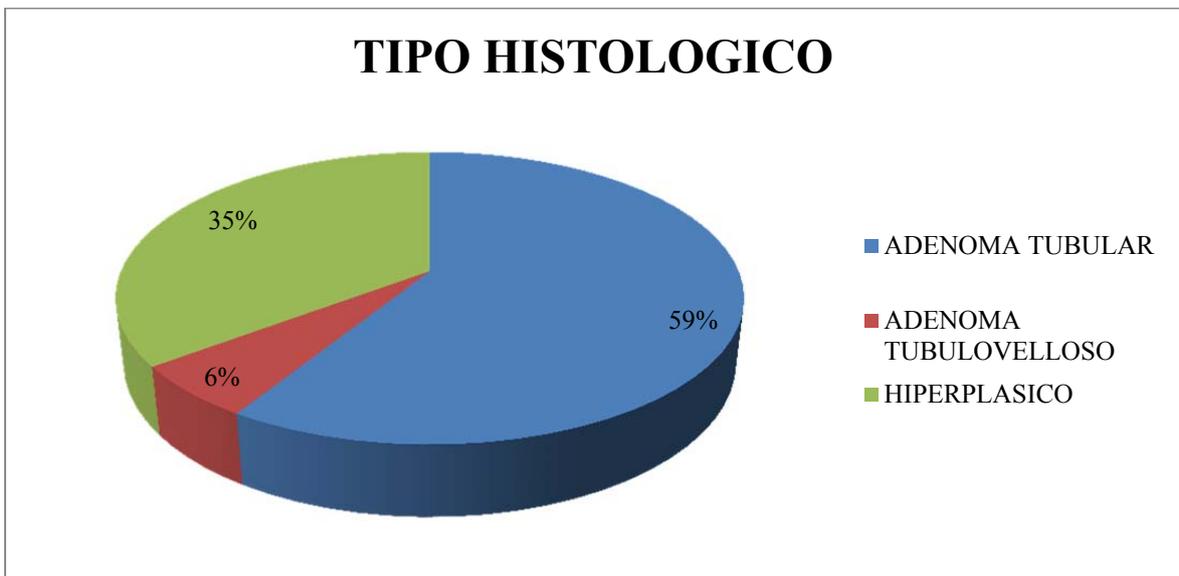
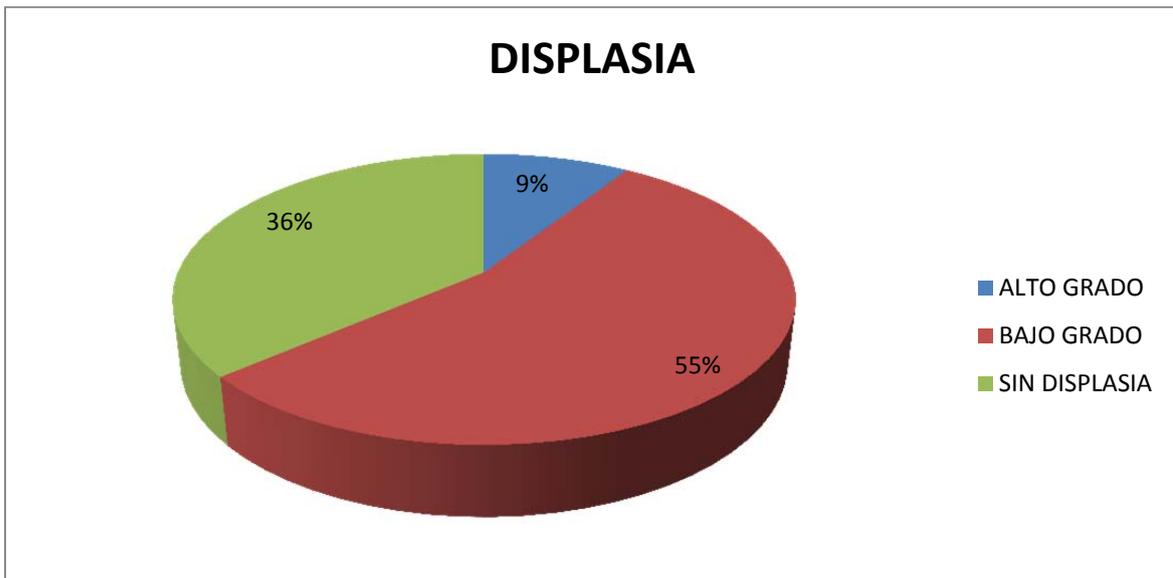


Figura 19. Tipo histológico de los pólipos



A su vez se separaron los pacientes con pólipos de tipo hiperplásico, quedando sólo 11 pacientes con pólipos adenomatosos, los cuales a continuación se clasifican en base al grado de displasia.

Figura 20. Presencia y grado de displasia de los pólipos adenomatosos



Se reseccionaron todos los pólipos colorrectales encontrados. El método de resección utilizado en el 100 % de los pacientes fue la polipectomía con asa.

Figura 21. Resultado de la colonoscopia.

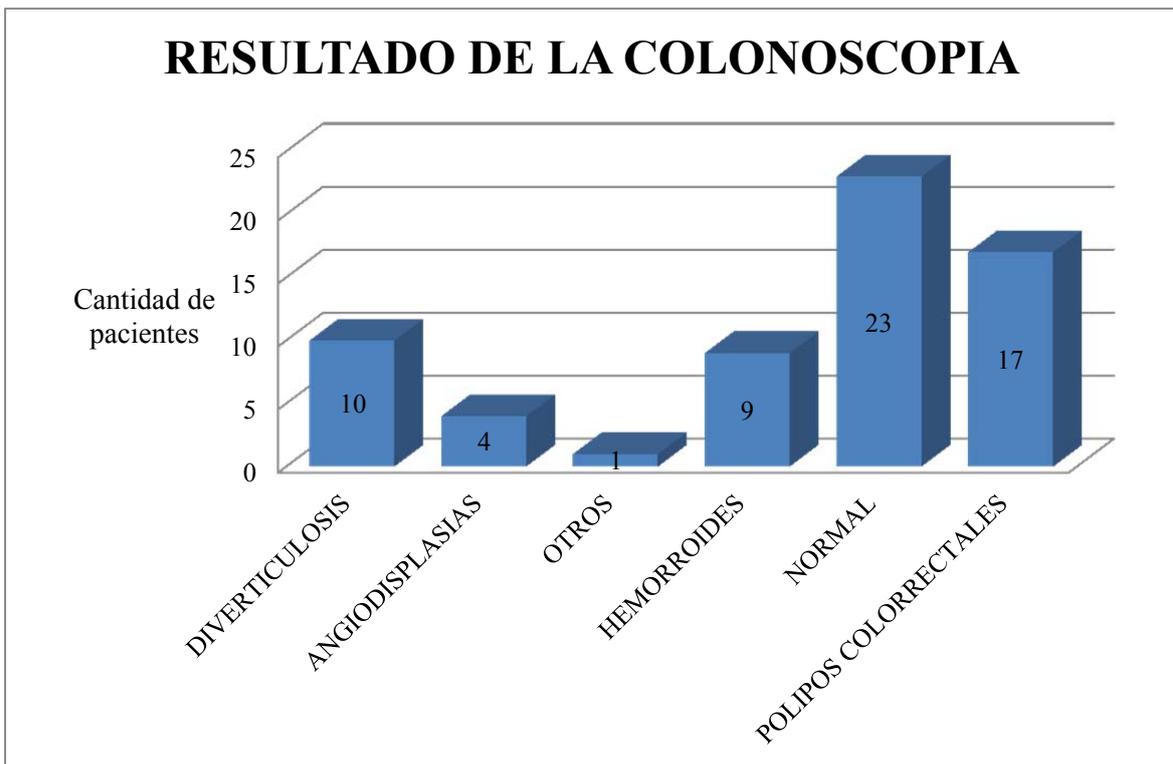
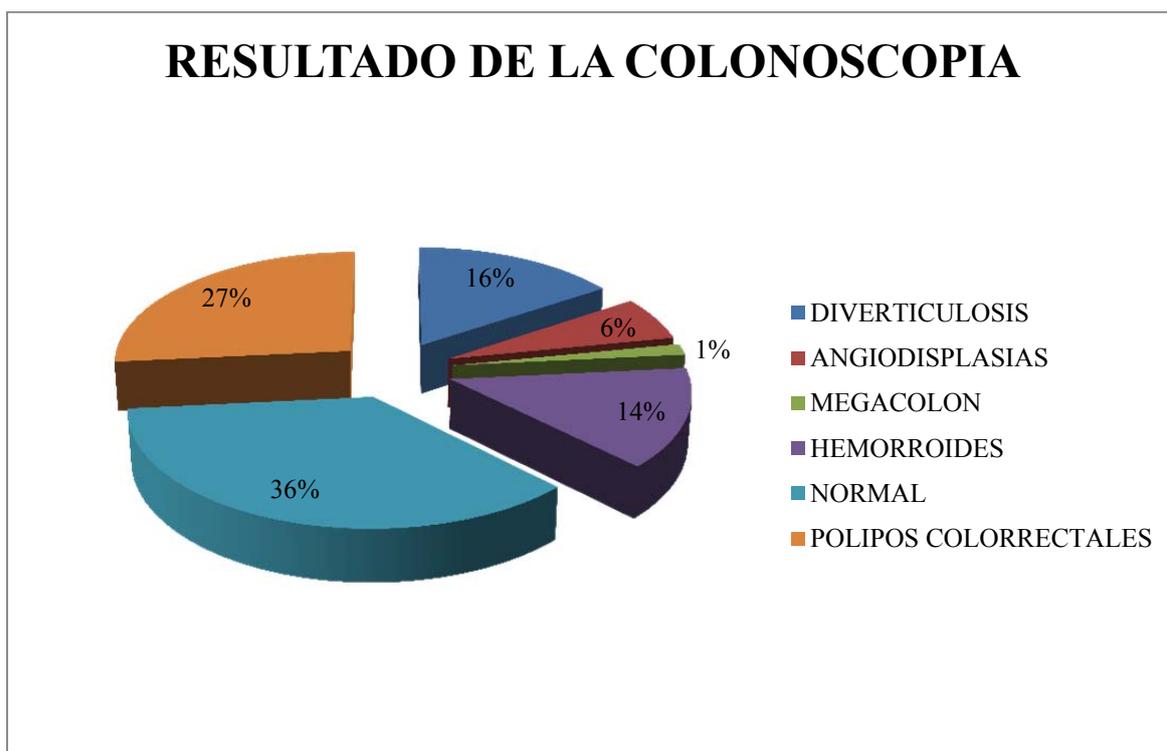


Figura 22. Resultado de la colonoscopia expresado en porcentajes



RESULTADO DE LA COLONOSCOPIA ANTERIOR:

En los 4 pacientes que refirieron polipectomías anteriormente a la consulta, se hallaron 2 pólipos en colon descendente y 1 en colon sigmoides y 1 en recto. Con respecto al tamaño, dos pólipos fueron menores a 0,5 cm y los otros dos midieron 0,5 a 1 cm. Con respecto al tipo histológico, se encontraron dos pacientes con adenoma tubular, un paciente con un pólipo inflamatorio y otro paciente con un pólipo hiperplásico. Al analizar el grado de displasia de estos 2 pólipos adenomatosos se encontró uno con displasia de bajo grado y otro sin displasia. Todos los pólipos fueron resecados utilizando la técnica de polipectomía con asa.

DISCUSIÓN

Este trabajo destacó la importancia de discriminar entre la aceptación por parte del paciente (Obtenida ante el acuerdo verbal del paciente de efectuarse la colonoscopia), de la concurrencia (Atribuible a los pacientes que efectivamente concurrieron a efectuarse dicho estudio). Si bien el 97 % de los pacientes se manifestaron a favor de someterse a dicho estudio, sólo se lo efectuaron el 69 % de los pacientes, perdiendo a un 28 % de los pacientes entre el consultorio y la sala de endoscopia.

Estos resultados se condicen con los encontrados en la bibliografía de otros países que arrojan porcentajes de concurrencia que va desde menos del 10% hasta 69 %. ^(16,17)

Esto nos demostró que la mayoría de los médicos que solicitamos dicho estudio poseíamos la impresión errónea de que “casi todos” los pacientes a los cuales le recomendábamos efectuarse la colonoscopia finalmente concurrían; desperdiciando así la oportunidad de hacer más hincapié para convencerlos acerca de la importancia de la prevención y fundamentalmente, perdiendo en la mayoría de los casos a los pacientes quienes al no efectuarse la endoscopia no concurrieron posteriormente a la consulta gastroenterológica.

Con respecto a la edad promedio de los pacientes, se observó que los de mayor edad fueron los que no aceptaron la colonoscopia (60,33 años), mientras que los pacientes que no asistieron fueron los más jóvenes (55,48 años), obteniendo una edad promedio de los que concurrieron de 57,32 años.

El principal motivo de indicación de la colonoscopia fue el hecho de ser mayor de 50 años de edad, en todos los grupos de pacientes. Cuando se analizó este último motivo por grupos; se encontró que el menor porcentaje correspondió a los pacientes que efectivamente concurrieron (70 %), en comparación con los que no aceptaron (84 %) y los

que no concurren (100 %). Los pacientes a los cuales se les había detectado pólipos colorrectales adenomatosos en otras ocasiones tuvieron una mayor concurrencia a la colonoscopia de vigilancia (7 % vs. 5 %).

La cuarta parte de los pacientes que concurren refirieron antecedentes de cáncer colorrectal o de pólipos adenomatosos en familiares de primer grado y ninguno en familiares de segundo grado. La concurrencia fue tres veces mayor en los pacientes que refirieron antecedentes de cáncer colorrectal o de pólipos adenomatosos en familiares de primer grado cuando se comparó con el grupo de los ausentes. (28 % vs. 9 %). El 4 % de los pacientes con antecedentes de cáncer colorrectal o de pólipos adenomatosos en familiares de segundo grado no concurren a dicho método de pesquisa. El único paciente que teniendo el antecedente de cáncer colorrectal en un familiar de primer grado se negó a efectuarse la colonoscopia, refirió como motivo que le efectuaron anteriormente una colonoscopia de pesquisa sin anestesia.

Estos resultados indicaron que la adherencia por parte de los pacientes a realizarse la colonoscopia fue mayor cuando los pacientes tuvieron antecedentes de pólipos colorrectales adenomatosos y cuando refirieron antecedentes de cáncer colorrectal o de pólipos adenomatosos en familiares de primer grado.

Posteriormente se evaluó el motivo de consulta de los pacientes en los distintos grupos. Los pacientes que no aceptaron efectuarse la colonoscopia consultaron por pirosis, epigastralgia y distensión abdominal. El 20 % de los pacientes que no concurren consultaron por presentar dolor abdominal, el 16 % por pirosis, el 16 % por distensión abdominal y el 24 % se dividió igualmente entre cambio del hábito evacuatorio, constipación y diarrea persistente. Mientras que en el grupo que acudió, se detectó como

motivo de consulta en el 29 % de los casos epigastralgia, en el 14 % distensión abdominal, en el 11 % dolor abdominal y en el 11 %, también, constipación.

Los diagnósticos efectuados en los pacientes que no aceptaron efectuarse la colonoscopia fueron dispepsia (66 %) y enfermedad por reflujo gastroesofágico (33 %). Casi un tercio de los pacientes que no concurrieron a la colonoscopia quedaron sin diagnóstico, lo cual se atribuyó a que no se efectuaron la colonoscopia y al hecho de que faltaron posteriormente a las consultas gastroenterológicas. En el 22 % de los pacientes ausentes a la colonoscopia se diagnosticó dispepsia, en el 17 % enfermedad por reflujo gastroesofágico, en el 9 % constipación y en el 9% también, diarrea persistente. Dentro del grupo que efectivamente concurrió, en la tercera parte de los pacientes se diagnosticó dispepsia, en el 12 % enfermedad por reflujo gastroesofágico y el 21 % se distribuyó igualitariamente entre constipación, gastropatía erosiva y síndrome de intestino irritable.

Al interrogar a los pacientes, en la sala de endoscopia, acerca de si tuvieron anemia, dolor abdominal, cambio del hábito evacuatorio, hematoquecia y/o proctorragia; antes de comenzar con la colonoscopia, el 33 % de los pacientes contestaron afirmativamente. El 21 % de los pacientes refirió dolor abdominal, seguido por un 5 % que relató un cambio del hábito evacuatorio, un 3 % que refirió proctorragia y un 4 % que se distribuyó entre anemia y hematoquecia.

Se observó que el nivel de instrucción de la muestra estudiada en más de la mitad de los pacientes (52%) era primario, seguido por casi un cuarto de pacientes (23%) con nivel de instrucción secundario y el cuarto restante se distribuyó entre los pacientes sin escolaridad y con nivel de instrucción terciario (18 % y 7 %, respectivamente). No hubo pacientes universitarios en este estudio.

Entre los pacientes que concurrieron, el nivel de instrucción predominante fue el primario; seguido por los pacientes sin escolaridad, los pacientes con nivel secundario y minoritariamente con nivel terciario. Dentro del grupo de pacientes que no concurrieron, la mayoría de los pacientes se encontraron distribuidos igualitariamente entre el nivel primario y el secundario; seguidos por el nivel terciario y los pacientes sin escolarización. La totalidad de los pacientes que se negaron a realizarse la colonoscopia pertenecían al nivel de instrucción primario.

Si bien sería esperable que los pacientes con mayor nivel de instrucción tuvieran mayor adherencia y estuvieran mejor informados acerca de los programas de tamizaje del cáncer colorrectal ^(5,16), esto no se observó en este estudio. Por el contrario, se advirtió un nivel global de instrucción más alto en los pacientes que no concurrieron a efectuarse la colonoscopia. Se observó una relación inversamente proporcional entre el nivel de información acerca de los programas de rastreo del cáncer colorrectal y la concurrencia de los pacientes a la colonoscopia de pesquisa. Este estudio nos demostró la necesidad de enfatizar la recomendación en los pacientes con mayor nivel de instrucción que acuden al hospital público. Otra posibilidad sería considerar que estamos fallando en la manera de transmitir el mensaje de prevención en el grupo más instruido.

Sólo una quinta parte de los pacientes de la muestra estudiada (19 %), se habían efectuado una colonoscopia previamente a la consulta gastroenterológica, mientras que sólo el 5 % de los pacientes se sometió a algún otro método de tamizaje del carcinoma colorrectal. Este resultado posiblemente haya sido influido por el hecho de que los pacientes seleccionados acudían a un consultorio de gastroenterología a diferencia de aquellos que concurren a centros de atención primaria de la salud; aunque también se podría interpretar como cierta preferencia de los pacientes por la colonoscopia, como se observa en algunas poblaciones de otros países.^(18,19,20) El 26,3 % de los pacientes que

concurrieron se habían efectuado una colonoscopia antes de la consulta médica, a diferencia del 0 % de los pacientes que no concurrieron. Los pacientes que habían tenido la experiencia de una colonoscopia previa estuvieron bien predispuestos a repetirse el estudio cuando su médico se lo indicó nuevamente. Este resultado se condice con múltiples estudios que consideran que las mayores barreras de acceso a la colonoscopia consisten en la incertidumbre ante el desconocimiento de las características de dicho método y la falta de un médico que les sugiera efectuarse el estudio.^(16,19,21,22) La mayoría de los estudios concluyen que la concurrencia suele ser más elevada en los pacientes que anteriormente se efectuaron una prueba de detección inicial y señalan una asistencia del 80% para la colonoscopia.⁽¹⁶⁾

La totalidad de los pacientes que se negaron a efectuarse la colonoscopia tampoco se efectuaron otro método de rastreo del cáncer colorrectal, a pesar de que conformaron el grupo más informado acerca de los programas de prevención de esta neoplasia. Sólo el 4,35 % de los pacientes que no concurrieron al estudio se habían efectuado un colon por enema con doble contraste. De los pacientes que concurrieron un 3,51 % se habían efectuado un colon por enema con doble contraste y un 1,75 % se realizaron una rectosigmoideoscopia, dando un porcentaje global del 5,26%; contrariamente a lo esperado, ya que este grupo poseía la mayor proporción de pacientes no informados acerca del rastreo del cáncer colorrectal.

Es de hacer notar que si bien el 45 % de la muestra estudiada relató tener conocimiento de la existencia de programas de prevención de esta neoplasia, sólo el 24 % de los pacientes se había sometido a algún estudio de pesquisa.

Cuando se cotejaron los porcentajes de los tres grupos de pacientes con cada médico que solicitó el estudio, se descubrió la mayor variabilidad de resultados del estudio.

Los valores arrojaron desde un médico que tuvo un 100% de concurrencia hasta un médico con un 100% de falta de aceptabilidad, indicando que la relación entre el médico y el paciente podría jugar un rol fundamental en la concurrencia y la aceptación por parte de los pacientes. Este resultado coincide con lo observado en múltiples estudios efectuados en otros países ^(16,19,23,24) y con el único trabajo hallado en la revisión bibliográfica a nivel nacional.⁽¹³⁾(Encuesta telefónica efectuada a usuarios de una obra social). En la gran mayoría de los casos se observó que los médicos que más pacientes recolectaron para participar de este estudio fueron los que consiguieron un mayor porcentaje de afluencia a la colonoscopia.

En el 91 % de los pacientes que asistieron se llegó a explorar el colon hasta ciego, ya sea inicialmente o en una segunda colonoscopia. Por consiguiente, sólo se analizaron los resultados obtenidos en este grupo.

Se encontraron pólipos colorrectales en la tercera parte de los pacientes. De los cuales el 82 % de los pacientes se distribuyó igualitariamente entre los pacientes con un pólipo y los que poseían tres pólipos. En el 47 % de los pacientes se encontraron pólipos menores a 0,5 cm; en el 29 % de los casos medían de 0,5 a 1 cm y en el 24 % de los pacientes el tamaño era de 1 a 3 cm. Con respecto a la localización, en más de la mitad de los pacientes dichas lesiones se ubicaron a nivel del colon descendente, seguidos por los pólipos de recto y de colon ascendente. Cuando se analizó por tipo histológico, el 59 % de los pólipos eran adenomas tubulares, el 35 % eran pólipos hiperplásicos y el 6 % restante eran adenomas tubulovelloso. Posteriormente se analizó el grado de displasia de los pólipos adenomatosos (65 % de los pólipos encontrados) se encontró que el 36 % de los pólipos no poseían displasia, en comparación con el 55 % de los pólipos que tenían displasia de bajo grado, encontrando finalmente un 9 % de los pacientes, que poseían

displasia de alto grado. Se resecaaron todos los pólipos colorrectales encontrados por medio de la técnica de polipectomía con asa.

En el 36 % de los pacientes la colonoscopia resultó ser normal, en el 27 % se hallaron pólipos colorrectales, en un 16 % de los casos se encontró diverticulosis y en un 14 % hemorroides internas.

De acuerdo a la bibliografía revisada y los resultados obtenidos en esta serie, se concluye que los resultados obtenidos en las colonoscopias efectuadas, son similares a los de los pacientes presentados en otras series.

En los cuatro pacientes que refirieron polipectomías previamente a la consulta, se halló dos pólipos en colon descendente, uno en colon sigmoides y uno en recto. Dos pólipos fueron menores a 0,5 cm y dos pólipos midieron 0,5 a 1 cm. Con respecto al tipo histológico, se encontró dos pacientes con adenoma tubular, uno con un pólipo inflamatorio y otro con un pólipo hiperplásico. De los pólipos adenomatosos, sólo uno presentó displasia, de bajo grado.

Este trabajo se encuentra en curso y los datos expuestos son parte de los resultados preliminares; por lo tanto, posee como limitante el pequeño número de pacientes que conforman la muestra estudiada.

Si consideramos que se le propuso efectuarse una colonoscopia de tamizaje a 83 pacientes, de los cuales sólo concurren 57 personas, se detectaron pólipos en 17 pacientes, pero los pólipos eran adenomatosos solamente en 11 casos; se podría deducir que para encontrar un paciente con pólipos adenomatosos habría que efectuarle la colonoscopia a 8 pacientes (7,55 pacientes). Dicho de otra manera, encontraríamos pólipos adenomatosos en el 13 % de los pacientes a los cuales les proponemos efectuarse una colonoscopia.

AGRADECIMIENTOS

“A las autoridades, médicos gastroenterólogos y residentes del Servicio de Gastroenterología del Hospital Interzonal General de Agudos “Gral. San Martín” de La Plata y de la Cátedra de Postgrado de Gastroenterología de la Universidad Nacional de La Plata; por los conocimientos que me dispensaron durante la formación en la especialidad”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de recomendaciones para la prevención y detección precoz del cáncer colorrectal. Consenso Argentino 2010.
2. Guía de recomendaciones para la prevención del cáncer colorrectal. Consenso Argentino 2004.
3. Screening and Surveillance for the Early Detection of Colorectal Cancer and Adenomatous Polyps, 2008: A Joint Guideline From the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology Gastroenterology 2008; 134:1570–1595.
4. Tamizaje del cáncer colorrectal. Organización Mundial de Gastroenterología 2007 /Guías Prácticas de la Alianza Internacional para Cáncer Digestivo.
5. Homa K, Brzosko M, Safranow K, Marlicz K. Acceptance of screening colonoscopy in the prevention of colorectal cancer in relation to some demographic factors. Pol Merkur Lekarski. 2005 Aug; 19(110):179-82.
6. Screening for colorectal cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2008 Nov 4; 149(9):627-37.
7. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica de prevención del cáncer colorrectal. Actualización 2009. Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, y Centro Cochrane Iberoamericano; 2009. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada: 4.
8. McFarland E, Fletcher J, Pickhardt P et al. ACR Colon Cancer Committee White Paper: Status of CT Colonography 2009. J Am Coll Radiol. 2009 Nov; 6(11):756-772.

9. Castiglioni RG, Carrascosa PM. Colonoscopia Virtual: estudio prospectivo ciego para determinar sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de las lesiones colorrectales. *Revista Argentina de Coloproctología* 1999; 10: 171-181.
10. Johnson CD, Chen MH, Toledano A et al. Accuracy of CT Colonography for Detection of Large Adenomas and Cancers. *N Engl J Med* 2008; 359: 1207 - 1217.
11. Johnson CD. CT Colonography: Coming of Age. *AJR* 2009 Nov; 193: 1239 - 1242.
12. Yee J, Rosen M, Blake M, et al. ACR Appropriateness Criteria on Colorectal Cancer Screening. *J Am Coll Radiol* September 2010; Vol 7 (9): 670-678.
13. Casal ER, Velázquez EN, Mejía RM, et al. Tamizaje del Cáncer Colorrectal. Barreras y facilitadores percibidos por una población. *Medicina* 2009; 69:135-42.
14. Nicholson FB, Korman MG. Acceptance of flexible sigmoidoscopy and colonoscopy for screening and surveillance in colorectal cancer prevention. *J Med Screen* 2005; 12:89-95.
15. Rex DK. Colonoscopy: The Dominant and Preferred Colorectal Cancer Screening Strategy in the United States. *Mayo Clin Proc* 2007; 82(6):662-664.
16. Schroy PC. Barriers to Colorectal Cancer Screening: Part 1. Patient Noncompliance. *MedGenMed* 4(2), 2002.
17. Lieberman DA, Weiss DG, Bond JH, et al. Use of colonoscopy to screen asymptomatic adults for colorectal cancer. Veterans Affairs Cooperative Study Group 380. *N Engl J Med*. 2000;343:162-168.
18. Marbet UA, Bauerfeind P, Brunner J, et al. Colonoscopy is the preferred colorectal cancer screening method in a population-based program. *Endoscopy* 2008; 40: 650-655.
19. Jones RM, Woolf SH, Cunningham TD, et al. The relative importance of patient-reported barriers to colorectal cancer screening. *Am J Prev Med*. 2010 May;38(5):499-507.

20. Meissner HI, Breen N, Klabunde CN, et al. Patterns of Colorectal Cancer Screening Uptake among Men and Women in the United States. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006;15:389-394.
21. Schroy PC. Barriers to Colorectal Cancer Screening: Part 2. Patient Noncompliance. *MedGenMed* 4(2), 2002.
22. Senore C, Armaroli P, Silvani M, et al. Comparing different strategies for colorectal cancer screening in Italy: predictors of patients' participation. *Am J Gastroenterol*. 2010 Jan;105(1):188-98.
23. Harewood GC, Wiersema MJ, Melton MJ. A prospective, controlled assessment of factors influencing acceptance of screening colonoscopy. *Am J Gastroenterol* 2002; 97, 3186-3194.
24. Brenes GA, Paskett ED. Predictors of stage of adoption for colorectal cancer screening. *Prev Med*. 2000;31:410-416.