

Una herramienta de ayuda en la decisión mejoró la adherencia al tamizaje de cáncer de colorrectal

A decision aid tool improved adherence to colorectal cancer screening

Comentado de:

Emery J, Jenkins MA, Saya S, et al. *Br J Gen Pract* 2023. *BJGP*2022.0480. doi: 10.3399/BJGP.2022.0480. PMID:37012077¹

Objetivo

Evaluar la eficacia de una herramienta de ayuda en la decisión para aumentar la adherencia al tamizaje de cáncer colorrectal (CCR).

Diseño y lugar

Ensayo clínico aleatorizado doble ciego realizado en diez consultorios de medicina general en Melbourne, Australia.

Pacientes

Fueron incluidas personas de 50 a 74 años de edad sin antecedentes personales conocidos de CCR, enfermedad inflamatoria intestinal o síndrome de CCR hereditario, reclutados en la sala de espera de los consultorios médicos. La mitad de los participantes en ambas ramas estaba al día con el tamizaje de CCR al momento de la intervención.

Intervención

Los participantes fueron aleatorizados a una evaluación del riesgo de desarrollar CCR seguido de asesoramiento sobre el tamizaje de esta enfermedad mediante la herramienta CRISP por parte de asistentes de investigación entrenados (grupo tamizaje) o bien a una presentación general acerca de cómo reducir el riesgo de desarrollar CCR mediante cambios en el estilo de vida (grupo control).

CRISP es una herramienta electrónica que permite calcular el riesgo absoluto de un individuo de desarrollar CCR a cinco años y a lo largo de su vida en base a algunas características personales: consumo de frutas, vegetales y carnes rojas, tabaquismo, antecedentes familiares de cáncer, entre otros. Luego de la eva-

luación, los individuos visualizaron su riesgo de padecer CCR y de morir por esta enfermedad y recibieron una recomendación de realizar una videocolonoscopía (VCC) cada 5 años cuando el riesgo absoluto de desarrollar CCR superaba el 2,5% a 5 años, o bien una prueba de sangre oculta en materia fecal (SOMF) cada 2 años cuando el riesgo era menor a 2,5%. El riesgo del grupo control se determinó a partir de sus antecedentes familiares de cáncer.

El asesoramiento fue llevado a cabo antes de la consulta médica. Se entregó un reporte escrito a los participantes y sus médicos de cabecera, y se los alentó a que discutieran el tema en la consulta.

Medición de resultados principales

Proporción de participantes que, según la historia clínica, completaron el tamizaje de CCR derivado de su riesgo basal de desarrollar CCR en los doce meses posteriores a la intervención. Fue realizado un análisis por intención de tratar y un análisis de subgrupos no preespecificado de acuerdo al estado previo con respecto al tamizaje (si estaban al día o no lo estaban).

Resultados principales

Fueron incluidas 363 personas en el grupo tamizaje y 361 en el grupo control. No hubo diferencias significativas en las características basales de los grupos. El 96% de los participantes en ambos grupos tenían un riesgo promedio de desarrollar CCR al momento de la intervención. La Tabla 1 presenta los resultados principales del estudio. No hubo diferencias entre los grupos en cuanto a la percepción del riesgo propio de desarrollar CCR o la ansiedad relacionada con el cáncer.

Conclusión de los autores

La utilización de una herramienta de ayuda en la decisión aumentó la adherencia al tamizaje de CCR en individuos que no estaban al día.

Tabla 1. Resumen de resultados principales del estudio

| Desenlaces | Grupo tamizaje (N=363, %) | Grupo control (N=361, %) | Diferencia de riesgo (IC 95 %) | p-valor |
|-------------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------------|---------|
| Tamizaje apropiado a 12 meses | 259 (71,5 %) | 234 (65 %) | 6,5 % (-0,28 a 13,2) | 0,057 |
| - Con tamizaje vencido | 110 (59,8 %) | 70 (38,9 %) | 20,3 % (10,3 a 30,4) | <0,001 |
| - Con tamizaje al día | 149 (83,7 %) | 164 (91,1 %) | -7,2 % (-13,5 a -0,9) | 0,042 |

Fuente de financiamiento / Conflicto de interés de los autores: El trabajo fue financiado por una beca del sistema público de salud de Australia. Los autores declararon no tener conflictos de interés.

Comentario

El CCR es una de las principales causas de muerte y enfermedad a nivel mundial^{2,3}. La probabilidad individual de desarrollar CCR a lo largo de la vida es cercana al 5% en la población general, aunque existe una importante variación interindividual y se han descrito múltiples factores que pueden influir en este riesgo, desde los relacionados con el estilo de vida (alimentación,

actividad física, consumo de alcohol o tabaco) hasta los antecedentes familiares de cáncer y el uso de medicación preventiva, como los antiinflamatorios no esteroideos o los suplementos de calcio³. La mayoría de las guías de práctica clínica sobre tamizaje de CCR incorporan una estratificación del riesgo en base a los antecedentes familiares, pero no tienen en cuenta las variables relacionadas con el estilo de vida ni estiman el riesgo individual de padecer esta enfermedad, con la excepción de la guía no gubernamental desarrollada por el grupo MAGIC, comentada en números anteriores de esta revista⁴⁻⁶. Los autores del estudio resumido proponen el cálculo del riesgo individual mediante la herramienta CRISP y extrapolan las recomendaciones de la guía australiana de tamizaje de CCR: hacer tamizaje con SOMF cuando el riesgo a cinco años de desarrollar CCR es menor a 2,5% (similar al de la población general), o bien con VCC cuando este riesgo es mayor a 2,5% (similar al de la población con riesgo incrementado debido a sus antecedentes familiares)⁷. Es interesante destacar que cuando el riesgo es menor a 2,5% la herramienta recomienda en contra de realizar una VCC debido a que el beneficio neto de hacer tamizaje con este método es menor que con la SOMF, al tomar en cuenta los potenciales daños asociados con el procedimiento.

El estudio¹ muestra que la intervención sólo aumenta la adherencia al tamizaje en individuos que no lo tenían al día. Si bien este resultado corresponde a un análisis de subgrupos no preespecificado en el protocolo original y la diferencia a favor del tamizaje no alcanzó significancia estadística en el análisis primario, consideramos que la comparación entre individuos que tenían o no esta práctica preventiva al día es razonable. Además los participantes se distribuyeron aproximadamente en una mitad para cada subgrupo.

Por otro lado, la herramienta no incorpora de forma explícita la toma de decisiones compartidas, ni los valores o preferencias de los pacientes ni evalúa conflictos decisionales. No existe ningún nivel de riesgo para el cual la herramienta recomiende en contra de realizar el tamizaje de CCR en los individuos mayores de 50 años. Esto se encuentra en consonancia con la mayoría de las guías de práctica clínica que proponen el tamizaje universal en mayores de 50 años, pero contrasta con la guía del BMJ que se expide en contra de realizar tamizaje cuando el riesgo individual a 15 años es menor a 3% por ausencia de reducciones significativas en la mortalidad global⁵. Por estas razones, es probable que la toma de decisiones compartidas en el tamizaje de CCR siga creciendo en los próximos años⁸.

En cuanto a la validez externa del estudio, cabe destacar dos aspectos. Por un lado, se trató de un ensayo en el cual la intervención fue llevada a cabo por asistentes de investigación especialmente entrenados, por lo cual se necesita más evidencia para evaluar cómo funcionaría la intervención en las condiciones de la práctica real. Los autores proponen que la evaluación del riesgo y el asesoramiento sea llevado a cabo por enfermeros de atención primaria antes de la consulta médica¹. Por otro lado, el modelo de predicción de riesgo en el cual se basan las recomendaciones fue validado en población australiana y no es transferible de manera directa a otras poblaciones. Existen otros modelos de predicción de riesgo, por ejemplo el QCancer propuesto por la guía antes mencionada, que en general incorporan datos de países de Europa y Norteamérica y pueden subestimar o sobreestimar el riesgo en otras poblaciones^{5,9}. En particular, cabe destacar que Argentina es un país de incidencia intermedia de CCR, mientras que tanto Australia como el Reino Unido son países de alta incidencia de la enfermedad, por lo que de aplicar la herramienta a nuestros pacientes es probable que sobreestimemos su riesgo⁴.

La herramienta CRISP¹⁰ se encuentra disponible en línea, al igual que la propuesta por el grupo MAGIC¹¹.

Conclusiones del comentador

La herramienta CRISP representa un desarrollo interesante para individualizar la decisión acerca del tamizaje de CCR. Si bien su efecto para mejorar la adherencia a esta práctica preventiva es prometedor, es necesario contar con mayor evidencia acerca de la efectividad de la herramienta y su aplicabilidad en nuestro medio antes de implementarla a nivel poblacional.

Sebastián Sguiglia [Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires. sebastian.sguiglia@hospitalitaliano.org.ar]

Sguiglia S Una herramienta de ayuda en la decisión mejoró la adherencia al tamizaje de cáncer de colorrectal. *Evid Actual Pract Ambul.* 2023;26(3):e007080. Available from: <https://dx.doi.org/10.51987/EVIDENCIA.V26I4.7080>. Comentado de: Emery J, Jenkins MA, Saya S, et al. The Colorectal cancer RISK Prediction (CRISP) trial: a randomised controlled trial of a decision support tool for risk-stratified colorectal cancer screening. *Br J Gen Pract* 2023. *BJGP*.2022.0480. doi: 10.3399/BJGP.2022.0480. PMID:37012077

Referencias

1. Emery JD, Jenkins MA, Saya S, et al. The Colorectal cancer RISK Prediction (CRISP) trial: a randomised controlled trial of a decision support tool for risk-stratified colorectal cancer screening. *Br J Gen Pract.* 2023;73(733):e556–e565.
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209–258.
3. Keum N, Giovannucci E. Global burden of colorectal cancer: emerging trends, risk factors and prevention strategies. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2019;16(12):713–745.
4. Yonamine K, Kirschbaum A. Recomendaciones para el tamizaje organizado de cáncer colorrectal en población de riesgo promedio en Argentina; 2022. Available from: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-06/2022-06-recomendaciones-tamizaje-organizado-de-ccr--poblacion-riesgo-promedio-Argentina.pdf>.
5. Buskermolen M, Cenin DR, Helsingen LM, et al. Colorectal cancer screening with faecal immunochemical testing, sigmoidoscopy or colonoscopy: a microsimulation modelling study. *BMJ.* 2019;367:5383–5383.
6. Franco JVA. Nuevas recomendaciones para el rastreo de cáncer colorrectal. Comentado de: HelsingenLM, et al. Colorectal cancer screening with faecal immunochemical testing, sigmoidoscopy or colonoscopy: a clinical practice guideline. *BMJ* 2019; 367:l5515. *Evid Actual Práct Ambul.* 2019;22(4):e002024.

7. Cancer Council Australia. Clinical practice guidelines for the prevention, early detection and management of colorectal cancer ;. Available from: https://wiki.cancer.org.au/australia/Guidelines:Colorectal_cancer.
8. Maes-Carballo M, García-García M, Gómez-Fandiño Y, et al. Systematic review of shared decision-making in guidelines about colorectal cancer screening. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2022;31(6):e13738.
9. Usher-Smith JA, Walter FM, Emery JD, et al. Risk prediction models for colorectal cancer: a systematic review. *Cancer Prev Res Phila Pa*. 2016;9(1):13–26.
10. The University of Melbourne. Centre of Research Excellence: Optimising Screening for Colorectal Cancer;. Available from: <https://crisp.org.au/crisp-v4/?jsessionid=95C714F30F584409FE460BCF18BE36D4?0>.
11. Multiple Comparison SoF - MAGIC. Colorectal cancer screening; 2019. Available from: <https://matchit.magicvidence.org/190220dist/#/>.

