

# Consulta de expertos sobre tamizaje del cáncer colorrectal en América Latina y el Caribe

Informe de la reunión de la OPS celebrada el 16 y 17 de marzo del 2016 Washington, D.C. (Estados Unidos)



Se publica también en inglés:  
*Expert Consultation on Colorectal Cancer Screening in Latin America and the Caribbean*  
Document Number: PAHO/NMH/16-003

### **Catalogación en la Fuente, Biblioteca Sede de la OPS**

\*\*\*\*\*

Organización Panamericana de la Salud

Consulta de expertos sobre tamizaje del cáncer colorrectal en América Latina y el Caribe. Informe de la reunión (Washington, DC – 16 y 17 de marzo del 2016). Washington, DC : OPS, 2016.

1. Neoplasias Colorrectales – diagnóstico.
2. Cribado.
3. Práctica Clínica Basada en la Evidencia.
4. Normas Técnicas.
5. Testimonio de Experto.
6. Américas. I. Título.

Número de documento: PAHO/NMH/16-003

(Clasificación NLM: WI 529)

© Organización Panamericana de la Salud 2016. Todos los derechos reservados.

Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones, deberán dirigirse al Departamento de Comunicaciones a través de su sitio web ([www.paho.org/permissions](http://www.paho.org/permissions)). El Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

# Índice

ANTECEDENTES .....	5
SESIÓN 1: PRUEBAS CIENTÍFICAS SOBRE EL TAMIZAJE DEL CÁNCER COLORRECTAL.....	7
Guía de la OMS sobre detección temprana y tamizaje del cáncer en entornos de recursos limitados ...	7
Modalidades de tamizaje del cáncer colorrectal: resumen de datos probatorios.....	8
Requisitos de un programa de tamizaje eficaz del cáncer colorrectal .....	9
Debate durante la sesión 1 .....	9
SESIÓN 2: PUESTA EN COMÚN DE LAS EXPERIENCIAS DE AMÉRICA DEL NORTE .....	10
Directriz para el tamizaje del cáncer colorrectal del Canadá .....	10
Programa de tamizaje del cáncer colorrectal en Ontario, Canadá.....	10
Programa de tamizaje del cáncer colorrectal de los CDC .....	11
Perspectivas sobre el tamizaje del cáncer colorrectal en Puerto Rico .....	11
Debate durante la sesión 2 .....	11
SESIÓN 3: EL TAMIZAJE DEL CÁNCER COLORRECTAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: LOGROS Y RETOS (parte I) .....	12
Argentina.....	12
Chile .....	12
Costa Rica .....	13
México.....	13
Perú .....	13
Debate durante la sesión 3 .....	13

<b>SESIÓN 4: EL TAMIZAJE DEL CÁNCER COLORRECTAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: LOGROS Y RETOS (parte II)</b> .....	14
Bahamas.....	14
Barbados .....	14
Brasil.....	15
Cuba .....	15
Suriname .....	15
Debate durante la sesión 4 .....	16
<b>SESIÓN 5: OBSTÁCULOS, RETOS Y NECESIDADES PARA EL TAMIZAJE DEL CÁNCER COLORRECTAL</b> .....	16
<b>SESIÓN 6: ESTRATEGIAS PARA ABORDAR LOS OBSTÁCULOS, LOS RETOS Y LAS NECESIDADES</b> .....	17
<b>SESIÓN 7: GARANTÍA DE LA CALIDAD Y NORMAS DE DESEMPEÑO PARA PROGRAMAS DE TAMIZAJE DEL CÁNCER COLORRECTAL</b> .....	19
<b>SESIÓN 8: COLABORACIÓN Y APOYO TÉCNICO</b> .....	19
<b>CONCLUSIONES</b> .....	20
<b>APÉNDICE 1: Programa</b> .....	21
<b>APÉNDICE 2: Lista de participantes</b> .....	24

## ANTECEDENTES

En la Región de las Américas, el cáncer colorrectal es el cuarto cáncer más frecuente, y es responsable de aproximadamente 246.000 nuevos casos y 112.000 muertes cada año. Se prevé que los casos de cáncer colorrectal aumentarán en un 60%, hasta llegar a 396.000 nuevos casos para el 2030. Las tasas de incidencia más altas del cáncer colorrectal se observan en Canadá, Uruguay y Barbados, mientras que los países de Centroamérica son los que tienen las tasas más bajas.

El cáncer colorrectal puede ser objeto de tamizaje y de detección temprana, puesto que tiene su origen predominantemente en lesiones precursoras no malignas que pueden ser detectadas y tratadas de manera eficaz. Numerosas asociaciones médicas de ámbito nacional han elaborado directrices para el tamizaje del cáncer colorrectal. Dichas directrices incluyen, en general, para una población de riesgo promedio, iniciar el tamizaje a la edad de 50 años y mantenerlo hasta la edad de 75 años. Las modalidades recomendadas para el tamizaje varían en las distintas directrices, pero en general incluyen la prueba de sangre oculta en las heces (FOBT, por sus siglas en inglés), la prueba inmunoquímica fecal (FIT, por sus siglas en inglés), la sigmoidoscopia flexible o la colonoscopia. Sea cual sea la prueba utilizada, para que sea eficaz se requiere un programa de tamizaje organizado, con procesos y procedimientos establecidos para lograr una cobertura alta, una tasa de tratamiento elevada y una garantía de la calidad en el servicio.

Mientras que en Canadá y los Estados Unidos hay programas de tamizaje del cáncer colorrectal establecidos, la mayoría de los países de América Latina y el Caribe (ALC) no disponen todavía de tales programas o de directrices para el tamizaje, y a menudo no cuentan con servicios para el tratamiento del cáncer colorrectal en el sector público. Además, no hay una guía sobre la forma de ejecutar eficazmente programas de tamizaje del cáncer colorrectal basados en la evidencia y de alta calidad, en particular en los entornos de recursos limitados.

Teniendo en cuenta esta situación, la Organización Panamericana de la Salud, en colaboración con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos,

convocó una consulta de expertos sobre el tamizaje del cáncer colorrectal. Los objetivos de la reunión fueron:

- presentar el conocimiento existente y la evidencia disponible con respecto a los métodos de tamizaje del cáncer colorrectal;
- comentar estrategias, experiencias útiles y retos existentes para ejecutar con éxito programas de tamizaje del cáncer colorrectal de alta calidad en los países de la Región de las Américas; e
- intercambiar ideas e identificar oportunidades para crear o fortalecer los programas de tamizaje del cáncer colorrectal en la región, considerando unos requisitos de desempeño y de garantía de calidad que sean viables.

La reunión contó con 26 participantes de 14 países, junto con representantes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC). Los participantes representaban a los ministerios de salud y los Institutos Nacionales del Cáncer de los países de la región.

La reunión empezó con los comentarios de Silvana Luciani, del Programa Regional de Enfermedades No Transmisibles de la OPS, acerca de la situación del cáncer colorrectal y los retos que plantea en América Latina y el Caribe; seguido de los comentarios de Mona Saraiya de la División del Cáncer de los CDC, acerca de cómo las experiencias del programa de tamizaje del cáncer colorrectal de los Estados Unidos pueden aportar enseñanzas importantes para otros países de la región. Hubo una serie de presentaciones de las experiencias y los retos enfrentados por los países, así como un debate sobre las estrategias factibles para establecer programas de tamizaje del cáncer colorrectal en los países de América Latina y el Caribe. En este informe se resumen las ponencias y los debates de la reunión, así como las ideas que surgieron respecto a cómo continuar avanzando para mejorar la situación del tamizaje del cáncer colorrectal en la región.

## **SESIÓN 1: EVIDENCIA SOBRE EL TAMIZAJE DEL CÁNCER COLORRECTAL**

En la primera sesión de la reunión se realizó un examen de la posición de la OMS sobre el tamizaje del cáncer en los entornos de recursos limitados; las diferentes modalidades de tamizaje del cáncer colorrectal existentes, con sus ventajas y desventajas; y los requisitos de control de la calidad del tamizaje del cáncer colorrectal. Las presentaciones de esta primera sesión, sirvieron de base para los debates durante el resto de la reunión.

### **Guía de la OMS sobre detección temprana y tamizaje del cáncer en entornos de recursos limitados**

Andre Ilbawi, del Programa contra el Cáncer de la OMS, presentó un panorama general de la posición de la OMS respecto al establecimiento de programas de tamizaje del cáncer en entornos de recursos limitados. En tales entornos, la OMS sugiere priorizar el diagnóstico temprano en las personas con síntomas, con preferencia sobre el tamizaje en las personas asintomáticas. La diferencia entre la detección temprana y el tamizaje es que este último identifica la enfermedad en una población general, mientras que el diagnóstico temprano identifica los síntomas y ello requiere muchos menos recursos. Para que sea eficaz, es necesario un programa bien organizado y accesible, que disponga de procesos de garantía de la calidad. En el caso del tamizaje, se necesita una cobertura de al menos un 70% de la población. Los programas bien organizados de tamizaje y de detección temprana del cáncer pueden reducir los costos de tratamiento, mejorar los resultados y reducir la mortalidad a nivel de la población. En cambio, la incidencia baja de una enfermedad y la baja calidad de la prueba y los procesos de detección tienen una repercusión negativa en la eficacia de los programas de tamizaje.

Algunos países informan de que disponen de programas de tamizaje, pero con una participación inferior al 50%. Esto significa que, aun cuando el tamizaje se ofrezca, es ineficaz dado que gran parte de la población no tiene conocimiento de ello, no lo utiliza o no tiene acceso al servicio. Se dispone de instrumentos y conocimientos prácticos que permiten aumentar la participación en el tamizaje, pero es necesario aplicarlos para aumentar la cobertura.

Otro aspecto clave es que los programas de tamizaje del cáncer deben integrarse en los programas más amplios de control del cáncer con objeto de asegurar no solo el diagnóstico sino también un envío rápido del paciente al especialista adecuado y el acceso a un tratamiento eficaz.

## **Modalidades de tamizaje del cáncer colorrectal: resumen de la evidencia**

Las diversas pruebas de detección disponibles para el tamizaje del cáncer colorrectal fueron presentadas por Jesús García-Foncillas, Director del Instituto OncoHealth de España. El cáncer colorrectal se desarrolla lentamente a partir de las lesiones precursoras, que pueden tardar de 10 a 15 años en convertirse en un cáncer. Esto proporciona cierto tiempo para que se pueda realizar el tamizaje. Las recomendaciones sobre el tamizaje del cáncer colorrectal varían según el nivel de riesgo existente en la población y pueden resumirse de la siguiente forma: en una población de riesgo promedio, realizar el tamizaje de los 50 a los 75 años; en una población de riesgo alto, el tamizaje debe empezar antes de los 50 años de edad. Esta población incluye la formada por personas con antecedentes familiares de cáncer colorrectal, enfermedad inflamatoria, síndromes genéticos (por ejemplo, síndrome de Lynch) o antecedentes previos de cáncer.

Se presentaron las diversas pruebas existentes para el tamizaje del cáncer colorrectal, entre las que se encuentran las que se indican a continuación.

Colonoscopia: En esta prueba se usa un tubo flexible con una cámara pequeña para ver el colon y detectar anormalidades, incluidos los pólipos. Si se encuentran pólipos, pueden resecarse durante la colonoscopia. Esta es una prueba eficaz, pero requiere de preparación intestinal y sedación.

Colonografía: En esta prueba se usa una tomografía computarizada con radiación de dosis baja para ver el colon. Es una prueba menos invasora que la colonoscopia, pero alcanza su mejor resultado con las lesiones de más de 10 mm. Sus ventajas son que es una prueba rápida y que no requiere sedación. Sin embargo, sí requiere una preparación intestinal, usa radiación y es posible que sea necesaria de todos modos una colonoscopia de seguimiento.

Prueba de sangre oculta en heces / prueba inmunoquímica fecal (FOBT / FIT): En esta prueba se examina la posible presencia de sangre en las heces, que puede ser un signo de un cáncer o de pólipos grandes. Un resultado positivo de la prueba deberá ir seguido luego de una colonoscopia. Estas pruebas son las más comúnmente utilizadas en los programas de tamizaje del cáncer colorrectal a nivel de la población. La FIT tiene la ventaja sobre la FOBT de que no requiere preparación intestinal antes de la realización de la prueba.

Prueba de ADN fecal: Esta prueba detecta el ADN de las células cancerosas que pueden haberse exfoliado desde la cavidad colorrectal con el paso de las heces. La prueba es más precisa que la



de FOBT / FIT y, además, no es invasora y es de fácil uso. Hay algunas pruebas comercializadas –Cologuard – que pueden realizarse en el domicilio y enviarse a un laboratorio para el análisis.

Prueba sérica: Esta prueba, aunque no se usa de manera general, detecta la sobreexpresión de marcadores del cáncer colorrectal a través de un análisis de sangre.

### **Requisitos de un programa de tamizaje eficaz del cáncer colorrectal**

Larry von Karsa, ex jefe del grupo de garantía de la calidad del CIIC presentó los requisitos para establecer programas de tamizaje eficaces del cáncer colorrectal, y resaltó que los mejores programas de tamizaje son aquellos que están organizados y se aplican a nivel de la población y tienen un porcentaje de participación elevado. Esto puede lograrse utilizando diferentes estrategias, como las invitaciones individuales o las comunicaciones a través de medios de difusión. Los programas de tamizaje deben tener directrices para el tamizaje basadas en la evidencia, una buena estructura del sistema de salud, métodos de garantía de la calidad y un sistema de información que permita registrar la población, los resultados de las pruebas de tamizaje y el tratamiento.

La calidad es lo que mantiene un equilibrio favorable entre los efectos beneficiosos y nocivos de los programas de tamizaje. Por lo tanto, la calidad debe constituir un componente clave en el presupuesto de los programas de tamizaje, y se le debe asignar un 10% - 20% del presupuesto de los programas. La decisión de crear programas de tamizaje no puede basarse en la situación con respecto al cáncer en la actualidad, ya que se tardan muchos años en establecerlos, y es muy importante planificarlos con antelación.

### **Debate durante la sesión 1**

Durante el debate en grupo, se señaló que no podemos esperar a que exista una tecnología de tamizaje ideal, sino que es preciso empezar a planificar ahora programas de tamizaje organizados, dado que la carga del cáncer colorrectal está aumentando en la mayoría de los países de la región. La clave está en establecer un programa que sea viable en el contexto del sistema de salud existente y con los recursos disponibles, y en elaborar estrategias destinadas a alcanzar una tasa de participación alta.

## **SESIÓN 2: PUESTA EN COMÚN DE LAS EXPERIENCIAS DE AMÉRICA DEL NORTE (ESTADOS UNIDOS Y CANADÁ)**

En esta sesión, los participantes examinaron las experiencias del tamizaje del cáncer colorrectal en las Américas, empezando con las del Canadá y los Estados Unidos que tienen programas bien establecidos.

### **Directriz para el tamizaje del cáncer colorrectal del Canadá**

El Grupo de Estudio de Salud Preventiva Canadiense emitió en febrero del 2016 una nueva directriz para el tamizaje del cáncer colorrectal en el Canadá, que fue presentada por Maria Bacchus, presidenta del comité responsable de la directriz. La recomendación general es someter a tamizaje la población de riesgo promedio entre 50 y 74 años de edad, con el empleo de FOBT o FIT cada 2 años y, en las personas en las que se obtenga un resultado de la prueba anormal, realizar un seguimiento con colonoscopia. El tamizaje no se recomendó para las personas de edad igual o superior a 75 años. Al formular la directriz, se usó la metodología GRADE y se examinó la evidencia disponible en cuanto a la eficacia, los efectos negativos y las preferencias de los pacientes. Las nuevas directrices están siendo promovidas por medio del *Canadian Medical Association Journal*.

### **Programa de tamizaje del cáncer colorrectal en Ontario (Canadá)**

Las experiencias del programa contra el cáncer colorrectal de Ontario fueron presentadas por Linda Rabeneck, de *Cancer Care Ontario*. El programa se puso en marcha en 2009, después de un proyecto piloto de tres años y de un periodo de dos años de trabajo preparatorio para obtener apoyo político y público y financiamiento para el programa. El programa ha alcanzado una cobertura del tamizaje de 60% de la población destinataria, una tasa de resultados positivos de la FOBT de un 4%, y una tasa de seguimiento de un 80%. El sistema de información *InScreen* ha sido útil para captar la información adecuada para realizar una supervisión de los resultados del programa, así como para asegurar que se lleve a cabo un seguimiento de los pacientes con resultados positivos de la prueba. Se identificó que la promoción de líderes clínicos, la obtención de la atención de los medios de comunicación y el hecho de disponer de portavoces destacados tenían un efecto positivo en el programa, por lo que respecta a la educación sanitaria del público acerca del cáncer colorrectal, y aumentaban la participación pública en el tamizaje.

## **Programa de tamizaje del cáncer colorrectal de los CDC**

El programa de tamizaje del cáncer colorrectal de los CDC, que presta servicio a las personas infraseguradas o no aseguradas, se inició en 2009 después de un proyecto experimental. El programa de los CDC va destinado a personas de 50 a 64 años de edad (las de más de 65 años de edad disponen de la cobertura de Medicare), con el empleo de pruebas de FOBT / FIT anuales o de una colonoscopia cada 10 años. Se ha aplicado el tamizaje a más de 60.000 personas y se están realizando acciones de educación de salud y de proyección externa para aumentar la participación en el programa. Uno de los mayores retos estriba en mantener la calidad de la prueba de detección, ya que varía enormemente según el lugar en el que se realiza el tamizaje. Un componente de seguimiento y evaluación usa indicadores establecidos para evaluar la repercusión del programa.

## **Perspectivas sobre el tamizaje del cáncer colorrectal en Puerto Rico**

Puerto Rico ha iniciado recientemente un programa de tamizaje del cáncer colorrectal, adhiriéndose a las directrices de los Estados Unidos. La concientización acerca del cáncer colorrectal sigue siendo baja en la población puertorriqueña, y se está llevando a cabo una campaña de educación para estimular la participación en el programa de tamizaje. Los mensajes en las redes sociales, la información de los proveedores y los recordatorios a los usuarios para someterse al tamizaje forman parte de esta campaña. El programa es reciente, y es demasiado pronto para medir su cobertura y sus repercusiones, pero se están haciendo grandes esfuerzos por disponer de un programa bien organizado, utilizando la red de atención primaria de salud en todo Puerto Rico.

## **Debate durante la sesión 2**

Las principales enseñanzas extraídas de las experiencias del Canadá y los Estados Unidos respecto al tamizaje del cáncer colorrectal son que la educación pública sobre la salud, la proyección externa y los recordatorios a los pacientes son fundamentales para alcanzar una cobertura elevada del tamizaje; que se necesita tiempo para planificar suficientemente, guiar y ampliar a mayor escala un programa de tamizaje del cáncer colorrectal; y que es necesario el convencimiento técnico y político, así como el apoyo de los interesados directos, incluidos los profesionales médicos y el público, antes de poner en marcha el programa.

## **SESIÓN 3: EL TAMIZAJE DEL CÁNCER COLORRECTAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: LOGROS Y RETOS (parte I)**

Aunque las tasas del cáncer colorrectal están aumentando en general en América Latina y el Caribe, son pocos todavía los países de la región que han elaborado un programa de tamizaje. En esta sesión, los representantes de los ministerios de salud de los siguientes países presentaron la situación del cáncer colorrectal en su país, el estado de su programa de tamizaje, y los retos y los factores que facilitan el establecimiento de un programa eficaz en el país.

### **Argentina**

El cáncer colorrectal es la tercera causa de cáncer en el país. En 2012, la Argentina estableció un programa nacional de tamizaje del cáncer colorrectal, usando la directriz europea de tamizaje de este tipo de cáncer. El programa se dirige a una población de riesgo promedio de entre 50 y 74 años de edad, con el empleo de la prueba FIT una vez al año, así como a la población de riesgo alto de entre 50 y 74 años de edad con el empleo de la colonoscopia. Se emplean promotores de salud y agentes comunitarios de salud para la educación de la población sobre la salud y para promover el tamizaje. El sistema de información SITAM recopila y analiza información de los pacientes y del programa. Se han desarrollado herramientas de capacitación y de garantía de la calidad. Entre los retos y los obstáculos que tiene que enfrentar el programa se encuentran los siguientes: concientización baja del público y participación baja en el tamizaje, cuellos de botella y retrasos en los servicios de colonoscopia, y financiamiento sostenible a largo plazo de los programas.

### **Chile**

El cáncer colorrectal es la cuarta causa de cáncer en Chile, aunque las tasas están aumentando. Actualmente no hay ningún programa de tamizaje del cáncer colorrectal, debido a que los recursos son limitados y a que el convencimiento político y de los interesados directos para crear un programa es también limitado. En un área de Chile, Magallanes, se ejecutó un proyecto piloto llamado PRENEC, que produjo resultados positivos, pero puso de manifiesto también los retos que hay que enfrentar y los cuellos de botella existentes con la colonoscopia. El Ministerio de Salud está interesado en la ampliación del proyecto piloto a otros sitios, pero ello requeriría

recursos y asistencia. Chile tiene cobertura y acceso universales por lo que respecta al diagnóstico y el tratamiento del cáncer, incluido el colorrectal.

### **Costa Rica**

El cáncer colorrectal es el cuarto tipo del cáncer más frecuente, y el país no dispone todavía de un programa de tamizaje del cáncer colorrectal. Costa Rica sí tiene un sistema de salud pública que proporciona a la población los servicios de diagnóstico y tratamiento del cáncer. El Ministerio de Salud está considerando un proyecto piloto para el tamizaje del cáncer colorrectal. Los obstáculos observados son el financiamiento limitado, la baja concientización del público, la falta de directrices nacionales y las limitaciones de capacidad, incluida la de recursos humanos limitados, para gestionar el envío de los pacientes al nivel secundario de atención sanitaria.

### **México**

El cáncer colorrectal es el cuarto tipo del cáncer más común en México, que no dispone todavía de un programa de tamizaje del cáncer colorrectal. En un hospital se llevó a cabo un pequeño proyecto piloto con el empleo de colonoscopia. El diagnóstico y tratamiento del cáncer colorrectal están incluidos en el programa contra el cáncer, y el seguro de salud pública “Seguro Popular” proporciona cobertura para el diagnóstico y tratamiento del cáncer. Se está fortaleciendo en el país el registro del cáncer.

### **Perú**

El cáncer colorrectal es el quinto cáncer más frecuente en el Perú y en este país se detecta normalmente en estadíos avanzados. No hay ningún programa de tamizaje del cáncer colorrectal. El diagnóstico y tratamiento del cáncer colorrectal están cubiertos a través del programa nacional contra el cáncer, “Plan Esperanza”, que se inició en el 2011 y está mejorando el acceso a la atención. Continúan existiendo dificultades debidas a que el número de proveedores de servicios de salud capacitados es limitado en algunas zonas geográficas, y al bajo nivel de concientización de la población con respecto al cáncer colorrectal.

### **Debate durante la sesión 3**

En todos los países de la región se observaron obstáculos comunes para establecer un programa de tamizaje del cáncer colorrectal. Entre ellos se encuentran los recursos limitados, la poca concientización y las creencias culturales acerca del cáncer, así como las capacidades limitadas del sistema de salud para realizar un tamizaje a nivel de la población. Hubo un acuerdo general

respecto a que los países deben empezar ahora a planificar un futuro programa de tamizaje del cáncer colorrectal, fomentando la concientización, comprendiendo las necesidades del sistema de salud para un programa de este tipo, logrando el convencimiento de los interesados directos y trabajando por asegurar un financiamiento sostenible.

## **SESIÓN 4: EL TAMIZAJE DEL CÁNCER COLORRECTAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: LOGROS Y RETOS (parte II)**

Después de un receso, la reunión prosiguió con las presentaciones de otros países sobre el estado de su programa de tamizaje del cáncer colorrectal, y los retos y los factores que facilitan el establecimiento de un programa eficaz.

### **Bahamas**

El cáncer colorrectal es el tercer cáncer más frecuente, después de los de próstata y de mama en las Bahamas. Hay cinco gastroenterólogos en el país que prestan servicios de detección del cáncer colorrectal. No hay ningún programa de tamizaje organizado, aunque existe una oportunidad de desarrollar uno, dada la reciente introducción del programa de Seguro de Enfermedad Nacional. La colonoscopia es el método que más se utiliza, aunque también se emplean en el país el enema de bario, la FOBT y colonoscopia de tomografía computarizada. Los retos más importantes estriban en la baja concientización del público, el bajo cumplimiento de los médicos, las limitaciones de recursos del sistema de salud y el hecho de que el apoyo al tamizaje del cáncer colorrectal por parte de los interesados directos sea también limitado. Se ha emprendido una campaña en los medios de comunicación para promover la concientización y sensibilizar al público sobre la colonoscopia y la detección temprana del cáncer colorrectal. Se ha elaborado una aplicación para teléfono celular, la “Adenoma Detection App”, como herramienta para promover la garantía de la calidad y el seguimiento de los pacientes. Es necesaria una mayor promoción de la causa y una mayor educación sanitaria respecto al tamizaje del cáncer colorrectal en el país.

### **Barbados**

El cáncer colorrectal es el tercer cáncer más frecuente. El país no dispone de un programa de tamizaje del cáncer colorrectal. La población tiene un buen acceso a la atención primaria, aunque

el acceso a la colonoscopia se realiza tan solo mediante la remisión al especialista y hay solo dos gastroenterólogos en el país. Un factor que puede facilitar el futuro establecimiento de un programa de tamizaje es la existencia de un buen sistema de salud pública, con un buen registro del cáncer. Es necesario educar al público y a los médicos acerca del tamizaje del cáncer colorrectal, así como crear una demanda del público y un apoyo político al establecimiento de un programa.

### **Brasil**

En el Brasil, el cáncer colorrectal es el cuarto cáncer más común, aunque es más frecuente en el Sur del país. El Brasil no dispone de un programa de tamizaje del cáncer colorrectal, ni existen directrices nacionales para ello, pero puede accederse a la FOBT y a la colonoscopia en algunos servicios de salud. Los retos para establecer un programa de tamizaje del cáncer colorrectal estriban en los recursos necesarios para cubrir un país grande y en la necesidad de aumentar la capacidad de los servicios de colonoscopia. El sistema de salud pública, SUS, proporciona la cobertura y el acceso a los servicios de salud a la mayoría de la población y esto es un factor que podría facilitar el desarrollo de un programa de tamizaje eficaz.

### **Cuba**

El cáncer colorrectal es el cuarto cáncer más frecuente en Cuba. Aunque no hay ningún programa de tamizaje organizado del cáncer colorrectal, Cuba tiene, desde 2007, un programa nacional integral para el control del cáncer que proporciona a la población servicios de detección temprana, diagnóstico y tratamiento. La FOBT es la prueba que más se utiliza y el instituto nacional de biotecnología de Cuba ha elaborado su propia prueba. Las directrices del país para el tamizaje del cáncer colorrectal recomiendan una prueba anual con FOBT en las personas de 50 años o más. Se inició un programa piloto y se ha previsto ampliarlo en un plazo de cinco años. El reto principal estriba en la concientización limitada de la población sobre el cáncer colorrectal.

### **Suriname**

El cáncer colorrectal es el cuarto cáncer más frecuente, y la mayoría de los casos se detectan en estadios avanzados. No hay ningún programa de tamizaje del cáncer colorrectal, y en el sistema de salud se usa la directriz holandesa. Se está avanzando en la elaboración de un programa nacional contra el cáncer, y ello brinda la oportunidad de incluir actividades y servicios en relación con el cáncer colorrectal. Los principales obstáculos para establecer un programa de

tamizaje del cáncer colorrectal son la concientización limitada, las barreras culturales frente al tamizaje del cáncer, las limitaciones de la infraestructura de atención de salud y el hecho de que los recursos humanos sanitarios sean también limitados (hay dos gastroenterólogos en el país).

#### **Debate durante la sesión 4**

El debate se centró en cuál es la mejor manera de integrar los servicios de tamizaje dentro de un sistema de salud con una infraestructura limitada. Sin embargo, independientemente de estos obstáculos, se acordó que la concientización del público, mediante la educación sanitaria de la población destinataria y de las instancias normativas acerca del tamizaje del cáncer colorrectal y mediante la creación de la voluntad política respecto al tamizaje del cáncer son pasos iniciales importantes para el establecimiento de un programa.

### **SESIÓN 5: OBSTÁCULOS, RETOS Y NECESIDADES PARA EL TAMIZAJE DEL CÁNCER COLORRECTAL**

Los participantes en la reunión examinaron los obstáculos comunes, los retos y las necesidades de los países para establecer y mantener programas de tamizaje de calidad para el cáncer colorrectal. El debate fue moderado por Stephen Taplin quién señaló que el proceso del tamizaje se produce a niveles múltiples, desde el nivel del paciente hasta el de la política sanitaria nacional. El debate se centró en la siguiente pregunta: “¿qué factores influyen en la ejecución del tamizaje del cáncer colorrectal en su país?”

Se señalaron las barreras culturales y la baja concientización del público y de los proveedores. Las personas solicitan atención médica cuando es demasiado tarde y la población no participa en los programas de tamizaje. Además, los políticos no sienten la urgencia de invertir más en el tamizaje del cáncer y la mala situación económica de algunos países limita su capacidad de crear un nuevo programa de tamizaje del cáncer colorrectal. Se destacaron también las características de los sistemas de salud y su fragmentación como un obstáculo importante. Por último, se resaltó el reto que supone en muchos países con recursos humanos sanitarios limitados, especialmente por lo que respecta a especialistas en el cáncer.

Se trató el tipo de apoyo que los países necesitan para superar estas barreras. Se señaló que las organizaciones internacionales de salud y las asociaciones médicas eran asociados que podrían



ayudar a abogar por la inversión en los programas de tamizaje del cáncer colorrectal. Se recomendó llevar a cabo en primer lugar un programa piloto para el tamizaje del cáncer colorrectal, y ampliarlo luego en función de las enseñanzas extraídas. Chile, Costa Rica y el Brasil comunicaron su intención de iniciar un programa de tamizaje del cáncer colorrectal. Para ello, se sugirió la asistencia en el desarrollo de directrices, la capacitación de los proveedores, las campañas en los medios de comunicación, los sistemas de información y los procedimientos de garantía de la calidad. Hay enseñanzas que pueden extraerse de los programas de tamizaje del cáncer de mama y del de cuello uterino.

## **SESIÓN 6: ESTRATEGIAS PARA ABORDAR LOS OBSTÁCULOS, LOS RETOS Y LAS NECESIDADES**

En esta sesión, los participantes trataron las estrategias viables y realistas para satisfacer las necesidades de los países en cuanto a la mejora de la situación del cáncer colorrectal. Se debatieron estrategias sobre la mejor manera de aumentar el tamizaje del cáncer colorrectal en el programa de salud pública; promover las inversiones y establecer la infraestructura necesaria para el tamizaje, el diagnóstico y tratamiento del cáncer; y sensibilizar a la población acerca del tamizaje. Se trataron con mayor detalle los siguientes temas.

### *Estrategias de prevención primaria*

Los mensajes y las campañas de promoción de la salud y de la vida saludable deben incluir mensajes acerca de la prevención y el tamizaje del cáncer colorrectal. La finalidad es concientizar y difundir el conocimiento acerca del cáncer colorrectal, los factores de riesgo alimentarios y de modos de vida asociados con el riesgo del cáncer colorrectal y promover una alimentación saludable que podría reducir el riesgo de cáncer. Estas estrategias podrían ser elaboradas y aplicadas a nivel regional, nacional y subnacional por los principales interesados directos de la comunidad de salud pública.

### *Capacitación*

Se destacó que la capacitación de los proveedores de atención primaria por lo que respecta a los métodos de educación, asesoramiento y tamizaje era una estrategia importante que podría aplicarse de inmediato. Esto incluiría integrar la información acerca del tamizaje y la detección temprana del cáncer colorrectal en los programas de los estudios de medicina y de enfermería, así como llevar a cabo sesiones especiales de capacitación. Se señaló la necesidad de formar a más profesionales en la colonoscopia y se plantearon preguntas acerca de las posibilidades de aplicar turnos rotatorios en este campo.

#### *Adaptación de las directrices para el tamizaje*

Las directrices existentes para el tamizaje han sido elaboradas predominantemente por los países con sistemas de salud sólidos y con recursos suficientes para los programas de tamizaje aplicados a nivel de la población. Estas directrices deben adaptarse para su uso en los entornos de recursos limitados y para incluir las aportaciones de los principales interesados directos influyentes del país. Por ejemplo, la mayoría de las directrices recomiendan iniciar el tamizaje en las personas de 50 años de edad, pero en un entorno de recursos limitados puede ser más eficaz y viable limitar el uso del tamizaje a las personas de más de 60 años y alcanzar primero una cobertura alta del tamizaje en esta población antes de ampliarlo al grupo de edad pretendido. Las directrices deben considerar también qué prueba de detección es apropiada para el contexto y las condiciones del país. La FOBT y la FIT son pruebas apropiadas y asequibles, pero se están introduciendo nuevas tecnologías.

#### *Planificación de los servicios para satisfacer la demanda*

Es importante planificar el programa, basándose en el tamaño y la distribución de la población, la disponibilidad de los servicios y la ubicación geográfica de la máxima concentración del cáncer colorrectal. Además, para asegurar el seguimiento de los pacientes sometidos a tamizaje, el nivel secundario de los servicios de atención debe ser capaz de asumir la cantidad de casos que le sean remitidos por el nivel de atención primaria como resultado del tamizaje. Esto evitará la saturación de los servicios de salud y que se formen cuellos de botella en cuanto a la colonoscopia.

## **SESIÓN 7: GARANTÍA DE LA CALIDAD Y NORMAS DE DESEMPEÑO PARA PROGRAMAS DE TAMIZAJE DEL CÁNCER COLORRECTAL**

Dada la importancia que tiene la garantía de la calidad en el tamizaje del cáncer, se dedicó una sesión a tratar las normas mínimas para la garantía de la calidad y la forma de ejecutar un programa de garantía de la calidad en entornos de recursos limitados. Se acordó que la guía europea para la garantía de la calidad en el tamizaje del cáncer colorrectal es un marco de referencia muy completo que podría ser usado por los países de la región. Incluye indicadores y normas para: la cobertura de las invitaciones a participar, la tasa de captación, el tiempo transcurrido entre la realización de la prueba y los resultados, la tasa de remisión de casos, el cumplimiento de la colonoscopia y la tasa de tratamiento.

La garantía de la calidad debe ser parte integrante de la planificación de un programa de tamizaje del cáncer colorrectal. Debe iniciarse primero un programa piloto y deben considerarse las necesidades de infraestructura, las necesidades de equipamiento y las necesidades de recursos humanos y financieros. Es importante planificar la disponibilidad de un número suficiente de proveedores y de un equipamiento suficiente para poder realizar el volumen esperado de colonoscopias. El proceso de tamizaje debe incluir controles de calidad en todas las etapas del proceso: invitaciones, participación en el tamizaje, recogida correcta de las muestras, transporte de las muestras, procesamiento y notificación de los resultados a los pacientes. Una vez aplicado con éxito un proyecto piloto, la transición a su expansión debe tener en cuenta también los procedimientos de garantía de la calidad. Se señaló que el programa de garantía de la calidad debe adaptarse a la realidad de las condiciones del sistema de salud.

## **SESIÓN 8: COLABORACIÓN Y APOYO TÉCNICO**

Teniendo en cuenta la participación de las organizaciones internacionales en la reunión, los asistentes abordaron la cooperación técnica que podría ofrecerse para establecer programas de tamizaje del cáncer colorrectal en la región. Los representantes de la OPS señalaron que las presentaciones y la información analizada en esta reunión se comunicarían y se difundirían a los ministerios de salud de los países de la Región de las Américas. Se propuso también la elaboración de materiales de educación, como notas descriptivas y cursos de capacitación a través del Campus Virtual en Salud Pública de la OPS. La OMS está elaborando un documento de orientación sobre la detección temprana, así como una guía sobre las tecnologías y el personal

necesarios para la detección temprana del cáncer. El programa contra el cáncer colorrectal de los CDC y el programa contra el cáncer de Puerto Rico disponen de notas descriptivas que podrían usarse y adaptarse para programas de otros países. Las directrices europeas para la garantía de la calidad en el tamizaje del cáncer colorrectal constituyen un recurso importante que los países pueden usar y adaptar al elaborar su programa nacional.

## **CONCLUSIONES**

El cáncer colorrectal es el cuarto cáncer más frecuente en las Américas y se prevé que, para el 2030, su incidencia habrá aumentado en un 60% en la Región y que los casos de América Latina y el Caribe representarán la parte mayor de este aumento. El cáncer colorrectal puede ser objeto de tamizaje y de detección temprana; no obstante, la mayoría de los países de América Latina y el Caribe no disponen todavía de programas de este tipo. La concientización limitada acerca del cáncer colorrectal, las barreras culturales y las ideas erróneas acerca del tamizaje del cáncer, la limitación de recursos y la baja prioridad asignada al tamizaje del cáncer en los programas de salud pública son obstáculos para el establecimiento de programas de tamizaje del cáncer colorrectal en la región. No obstante, el Canadá, los Estados Unidos y la Argentina tienen experiencias de establecimiento y ejecución de programas de tamizaje del cáncer colorrectal a nivel de la población. Las enseñanzas obtenidas fueron puestas en común durante la reunión y sirven de estímulo para respaldar la presentación de programas similares por parte de otros países.

Como continuación a esta consulta de expertos, la OPS seguirá trabajando con los CDC y con otros asociados regionales para prestar a los Estados Miembros la cooperación técnica adecuada para mejorar la situación del cáncer colorrectal en la región.

## APÉNDICE 1: Programa

Miércoles, 16 de marzo de 2016	
9:00am	<p><b>BIENVENIDA Y PALABRAS DE APERTURA</b>  <i>Silvana Luciani</i>, Asesora en Prevención y Control de Cáncer, OPS  <i>Mona Saraiya</i>, Oficial Médico, División de Cáncer, CDC</p>
9:15am	<p><b>SESIÓN 1: EVIDENCIA CIENTÍFICA EN TAMIZAJE DE CÁNCER COLORRECTAL</b>  <b>Moderadora:</b> Silvana Luciani, OPS</p> <p>Directrices de la OMS acerca de la detección temprana y el tamizaje de cáncer colorrectal en áreas de recursos limitados  <i>André Ilbawi</i>, Responsable técnico, Programa de cáncer de la OMS</p> <p>Opciones de tamizaje para el cáncer colorrectal: resumen de la evidencia.  <i>Jesús García-Foncillas</i>, Director, Instituto Oncohealth Madrid, España</p> <p>Requerimientos para establecer programas de tamizaje de cáncer colorrectal  <i>Larry von Karsa</i>, ex-Jefe del Grupo de Aseguramiento de Calidad, IARC</p> <p>Preguntas y respuestas</p>
10:30am	<b>CAFÉ</b>
11:00am	<p><b>SESIÓN 2: COMPARTIENDO EXPERIENCIAS DE AMÉRICA DEL NORTE</b>  <b>Moderadora:</b> Mona Saraiya, CDC</p> <p>Última revisión de evidencia en Canadá y nuevas directrices de tamizaje para cáncer colorrectal  <i>Maria Bacchus</i>, Jefa Adjunta de Medicina, AlbertaHealth Services</p> <p>Programa de tamizaje de cáncer colorrectal en Ontario, Canadá: consideraciones y experiencias  <i>Linda Rabeneck</i>, Vicepresidente. Prevención y Control de Cáncer, Cancer Care Ontario</p> <p>Programa de tamizaje de cáncer colorrectal de los CDC: experiencia y lecciones aprendidas  <i>Djenaba Joseph</i>, Directora Médico, Programa de cáncer colorrectal de los CDC</p> <p>Perspectivas del tamizaje de cáncer colorrectal en un territorio de Estados Unidos-Puerto Rico  <i>Guillermo Tortolero-Luna</i>, Director, Control de cáncer y Ciencias de la Población, Centro Comprensivo de Cáncer de la Universidad de Puerto Rico</p>
12:30pm	<b>ALMUERZO</b>
1:30pm	<p><b>SESIÓN 3: TAMIZAJE DE CÁNCER COLORRECTAL EN LAC: ÉXITOS Y RETOS (I)</b>  <b>Moderador:</b> Bernardo Nuche, OPS</p> <p><b>ARGENTINA:</b> <i>Ubaldo Gualdrini</i>, Instituto Nacional del Cáncer  <b>CHILE:</b> <i>Lorena Báez</i>, Ministerio de Salud  <b>COSTA RICA:</b> <i>Melissa Ramírez Rojas</i>, Ministerio de Salud  <b>MÉXICO:</b> <i>Erika Ruiz Garcia</i>, Instituto Nacional del Cáncer  <b>PERÚ:</b> <i>Tatiana Vidaurre</i>, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas</p>
3:30pm	<b>CAFÉ</b>
3:45pm	<p><b>SESIÓN 4: TAMIZAJE DE CÁNCER COLORRECTAL EN LAC : ÉXITOS Y RETOS (II)</b>  <b>Moderador:</b> Guillermo Tortolero-Luna, Puerto Rico</p> <p><b>BAHAMAS:</b> <i>Eugene Cooper</i>, Hospital Princess Margaret</p>

	<p><b>BARBADOS:</b> <i>Erika Springer-Cyrus, Hospital Queen Elizabeth</i></p> <p><b>BRAZIL:</b> <i>María Beatriz Kneipp Dias, Instituto Nacional del Cáncer</i></p> <p><b>CUBA:</b> <i>Gisela Abreu Ruiz, Ministerio de Salud</i></p> <p><b>SURINAM:</b> <i>Els Dams, Ministerio de Salud</i></p>
<b>5.30pm</b>	<b>FIN DE LA PRIMERA JORNADA</b>

<b>Jueves, 17 de marzo de 2016</b>	
<b>9:00am</b>	<b>REVISIÓN</b> de la discusión y los resultados de la primera jornada. Silvana Luciani, OPS
<b>9:15am</b>	<p><b>SESIÓN 5: BARRERAS, RETOS Y NECESIDADES DE LOS PROGRAMAS DE TAMIZAJE DE CÁNCER COLORRECTAL:</b></p> <p><b>Moderador:</b> Stephen Taplin, NCI</p> <p>Discusión moderada para identificar las barreras, retos y necesidades de cada país en el establecimiento y mantenimiento de programas de tamizaje de calidad para cáncer colorrectal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son los retos que afronta su país para establecer tamizaje para CCR que sea accesible?</li> <li>• ¿Cuáles son las barreras socioeconómicas, políticas, geográficas y culturales para establecer programas de tamizaje de CCR en su país?</li> <li>• ¿Qué tipo de apoyo necesita su país para superar las barreras que impiden establecer tamizaje de CCR?</li> <li>• ¿Cuáles son los actores en su país que pueden proporcionar ese apoyo?</li> </ul>
<b>10:30am</b>	<b>CAFÉ</b>
<b>10:45am</b>	<p><b>SESIÓN 6: ESTRATEGIAS PARA ABORDAR LAS BARRERAS, RETOS Y NECESIDADES</b></p> <p><b>Moderador:</b> Jesus Garcia-Foncillas, OncoHealth Institute</p> <p>Discusión moderada destinada a identificar estrategias realistas y asequibles que satisfagan las necesidades de cada país en la mejora de la situación del cáncer colorrectal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué estrategias, basadas en las experiencias exitosas mostradas el <b>día 1</b>, son aplicables a países de LAC?</li> <li>• ¿A través de qué estrategias se puede conseguir incluir al CCR en la agenda política, promoviendo la inversión, construyendo la capacidad de tamizaje, y sensibilizando a la población?</li> <li>• ¿Cuáles de las opciones de tamizaje podrían implementarse en áreas de recursos limitados?</li> </ul>
<b>1:00pm</b>	<b>ALMUERZO</b>
<b>2:00pm</b>	<p><b>SESIÓN 7: ASEGURAMIENTO DE CALIDAD Y REQUISITOS DE DESEMPEÑO DE LOS PROGRAMAS DE TAMIZAJE DE CÁNCER COLORRECTAL</b></p> <p><b>Moderador:</b> Larry Von Karsa, IARC</p> <p>Discusión sobre los estándares mínimos propuestos para asegurar la calidad y los requisitos de desempeño en programas de tamizaje de cáncer colorrectal de alta calidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son los indicadores propuestos para un programa de CCR en LAC?</li> <li>• ¿Cuáles son los estándares mínimos para control calidad factibles en LAC?</li> <li>• Cuáles son las consideraciones para los controles de calidad de los servicios de endoscopia, laboratorio y patología?- Equipos, seguridad y eficiencia.</li> </ul>

<b>3:00pm</b>	<b>SESIÓN 8: COLABORACIÓN Y APOYO TÉCNICO</b> Discusión acerca del apoyo técnico externo que la OPS, la OMS, los CDC y otras organizaciones podrían ofrecer a países de América Latina y el Caribe para el tamizaje de cáncer colorrectal.
<b>3.30pm</b>	<b>SIGUIENTES PASOS</b> Discusión y acuerdo de los pasos a dar para establecer una aproximación a nivel regional en la mejora del tamizaje y la detección temprana del cáncer colorrectal. <b>CONCLUSIONES</b>
<b>4.00pm</b>	<b>FIN DE LA REUNIÓN</b>

## APÉNDICE 2: Lista de participantes

<b>País</b>	<b>Nombre</b>	<b>Afiliación</b>
Argentina	Ubaldo Gualdrini	Instituto Nacional del Cáncer
Bahamas	Eugene M. Cooper	Hospital Princesa Margaret
Barbados	Erika Springer-Cyrus	Hospital Reina Elizabeth
Brasil	Sandro José Martins	Ministerio de Salud
Brasil	Maria Beatriz Kneipp Dias	Instituto Nacional del Cáncer
Canadá	Linda Rabeneck	Atención del Cáncer de Ontario
Canadá	Maria Bacchus	Servicios de Salud de Alberta
Chile	Lorena Báez Alcaíno	Ministerio de Salud
Cuba	Gisela Abreu Ruiz	Ministerio de Salud
Costa Rica	Melissa Ramírez Rojas	Ministerio de Salud
México	Erika Ruiz García	Instituto Nacional del Cáncer
Perú	Tatiana Vidaurre	Instituto Nacional del Cáncer
Perú	Jorge Ferrándiz Salazar	Ministerio de Salud
Puerto Rico	Guillermo Tortolero-Luna	Centro Comprensivo de Cáncer de la Universidad de Puerto Rico
España	Jesús García-Foncillas	Instituto OncoHealth
Suriname	Els Dams	Ministerio de salud
Estados Unidos	Greta Massetti	CDC
Estados Unidos	Mona Saraiya	CDC
Estados Unidos	Djenaba Joseph	CDC
Estados Unidos	Paul Pinsky	NIH/NCI
Estados Unidos	Stephen Taplin	NIH/NCI
CIIC-Francia	Larry Von Karsa	CIIC
OMS, Ginebra	Andre Ilbawi	OMS
OPS, Washington, D.C.	Silvana Luciani Bernardo Nuche Tabatha Santos	OPS