

CANCER DE COLON. DISCURSO. ORDEN.-

CANCER DE COLON-DISCURSO APERTURA CURSO ACADEMIA

Excmo. Sr. D. Antonio Campos Muñoz Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental.

Excmo. Sr. D. Gonzalo Piedrola Angulo, Presidente de Honor del Instituto de Academias de Andalucía.

Excma. Dña. María Castellanos Arroyo. Vicepresidenta de la Real Academia de Medicina.

Iltmo. Francisco Martínez Amo. Presidente del Consejo Andaluz de Colegios Médicos.

Iltmo. Sr. D. Raimundo Carlos García Secretario de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental.

Iltmos. Sres. Presidentes de los Ilustres Colegios Oficiales de Almería, Granada, Málaga, Jaén y Melilla

Excmo. e Ilustrísimos compañeros Académicos.-

Ilustrísimos representantes de otros Colegios Oficiales Sanitarios (Odontología y Farmacia)

Autoridades Civiles, Militares y Religiosas

Queridos amigos y compañeros-

Querida Familia.

Sras. Y Sres.-

Es para mí un gran honor y profundo orgullo, ocupar esta Tribuna en el día de hoy y dictar el discurso de inauguración de este año Académico 2014.

Mi ingreso en esta docta casa se llevó a cabo hace ya 10 años, tendiendo como sede, el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Almería, provincia Acogedora, Hospitalaria y Brillante, donde desarrollo mi actividad profesional desde hace más de 30 años.

Puedo afirmarles que han sido 10 años pletóricos, llenos de vivencias, de entusiasmo, compañerismo, de grandes ejemplos y de un profundo aprendizaje para mí.

El discurso inaugural del año 2013, correspondió a la Excma. Prof. Dña. María del Carmen Maroto quien dictó una brillante conferencia.

Tras ella, le corresponderían a otros muy dignos y queridos compañeros, que por diversas razones y circunstancias, no han podido estar hoy en esta tribuna.

Mi reconocimiento, mi afecto y profundo cariño y respeto a todos ellos.

Es por ello, si cabe aún más, que aumenta mi responsabilidad en el día de hoy, que asumo en toda su plenitud y profundidad.

Al conocer la designación, como ponente del discurso inaugural, se plantea el tema a elegir, en tan trascendente situación y momento y sin lugar a dudas en un Foro de excelencia académica y científica.

He deseado y elegido que fuese un tema de mi especialidad, que está presente en mi actividad diaria asistencial, docente e investigadora, a lo largo de estas últimas 4 décadas dedicadas a la Medicina, desde la vertientes de mi formación en Medicina Interna y Gastroenterología, ambas de las manos, en el más alto y avanzado concepto de ambas especialidades.

El tema elegido en el día de hoy es:

“La prevención del Cáncer de Colon. Un compromiso social y cívico.

Mi especial atención y dedicación al Cáncer de Colon, tiene varios orígenes, algunos circunstanciales y otros concatenados a mi actividad diaria.

MI labor cotidiana de Gastroenterólogo Clínico y Endoscopista, precisa que diagnostique habitualmente pacientes afectos de esta patología y proceda a realizarle un estudio exhaustivo.

Debido al aumento progresivo de los mismos, se han creado Unidades Monográficas de Cáncer Colorrectal en nuestros hospitales de tipo Médico y de tipo Quirúrgico, la cual dirijo en mi Hospital, desde su fundación, en su vertiente diagnóstica y de prevención del mismo.-

Mi otra condición especial de empatía, complicidad y responsabilidad, nace de mi condición de Secretario, ya hace varios años., de la en su día, recién creada Unidad de Tumores de mi Hospital.

El verificar tras los informes de los patólogos, que los tumores más frecuentes tras los dermatológicos, eran los de Colorectales, con descenso muy significativo de los Tumores Gástricos, origen de mi Tesis Doctoral, algunos años antes, aumentaba de manera considerable mi vinculación.

D. Gregorio Marañón, una de nuestras grandes glorias científicas y humanista y miembro de cinco de las Reales Academias, afirmaba que: "La verdadera grandeza de la ciencia acaba valorándose por su utilidad."

Confío que mi exposición y conclusiones cumplan con plenitud, la premisa del Prof. Marañón.

La Gastroenterología ha vivido en estas últimas 4 décadas, un auténtico periodo de Época de Oro, donde hemos asistido al desarrollo y nacimiento de nuevos descubrimientos en áreas diagnósticas y terapéuticas, que hacen unos años era impensable.

El avance que ha significado la Ecografía Abdominal, La Eco-Endoscopia, la Tomografía Axial Computarizada, La Resonancia Nuclear Magnética, EL PET_TAC ha sido de una gran magnitud y trascendencia.

Actualmente Vivimos en la Era Bio, la conjunción entre Ciencia y Tecnología.-

La Biomedicina nos ha abierto nuevos caminos, permitiéndonos el diagnóstico precoz de un determinado grupo de enfermedades, así como el desarrollo de nuevos fármacos y mejoría sustancial en el tratamiento.

El conocimiento del Genoma Humano marco un hito muy importante en la Medicina, un antes y un después.-

El moderno concepto de **Medicina Predictiva** se ha ido desarrollando a raíz del conocimiento del Sistema HLA, denominados Antígenos de Histocompatibilidad y afianzándose de manera significativa con los hallazgos de la Medicina Genómica.-

La Medicina Predictiva se define hoy como la identificación de individuos sanos, que tienen predisposición a padecer determinada enfermedad.

La Medicina Predictiva tiene también la posibilidad de detectar aquellos pacientes que no tienen, tal predisposición y estarían protegidos, con una especial resistencia genética.

Por lo tanto en el día de hoy. el objetivo de la Medicina Predictiva es determinar la **susceptibilidad** o **resistencia** a padecer enfermedades en el individuo sano.

El gran desarrollo adquirido por la Medicina Genómica está permitiendo ampliar brillantemente el concepto de Medicina Predictiva al identificarse alteraciones genéticas que tras el estudio epidemiológico correspondiente, pueden señalar predisposiciones más o menos precisas, para el padecimiento de algunas enfermedades.

Todos los grandes avances de la Genética Molecular están conduciendo a nuevos soportes de la Medicina Clínica, en los mas variados aspectos.

La práctica clínica actual de la Medicina sufre un proceso de transformación de manera significativa, identificando los factores de riesgo, tanto los existentes en el individuo, como en el medio ambiente y que en conjunción con otros factores desarrollan y determinan la enfermedad.

Veremos como a la luz de los conocimientos actuales, el Cáncer de Colon está muy directamente relacionado con los postulados antes expuestos.

ESTADO ACTUAL. LA PROYECCION DEL CANCER DE COLON.-

- El Cáncer Colo Rectal es un problema Mundial.
- Es uno de los Problemas de Salud Publica más importante y uno de los mayores retos a los que se enfrenta la Medicina en la actualidad-
- La incidencia anual se estima a nivel Mundial en un Millón de casos,. con una mortalidad de más de 500.000. pacientes.
- El número absoluto de casos aumentara en las próximas dos décadas en los países en desarrollo, así como en los países en vías de desarrollo.

El cáncer Colorrectal (CCR) es el tumor maligno más frecuente en España, al considerar ambos sexos y la segunda causa de fallecimiento por cáncer.

Cada semana se diagnostican en España más de 500 casos de Cáncer Colorrectal y fallecen casi 260 personas por la enfermedad.

Las estimaciones epidemiológicas son que se incrementara notablemente el número absoluto de casos anuales.

El cáncer Colorrectal es un tumor perfectamente prevenible, siendo curable en el 90% de los casos , cuando se diagnostica de manera precoz, por lo que se le conoce como paradigma de los tumores prevenibles.

Una de las facetas más trascendente y de gran importancia, es la demostración, exhaustiva de la utilidad de la implantación de programas de cribado.

Ello ha evidenciado que reduce la incidencia y la mortalidad por Cáncer Colorrectal.

En España si no se instauran medidas de detección precoz, se estima que, en los próximos años, 1 de cada 20 hombre y una de cada 30 mujeres presentaran un CCR antes de los 75 años.

Los últimos datos facilitados por el Instituto Nacional de Estadísticas, nos indican que en el año 2009, fallecieron en España, 14,238 personas por Cáncer Colorrectal (CCR) lo que representa alrededor de 260 muertes a la semana.

En números absolutos y citando la misma fuente, dicha cifra supone un aumento del 2.93% con respecto al año previo de 2008 y del 22% si se compara con la publicada en 1999 (11.300 fallecimientos).

El CCR es la segunda causa de muerte por tumores en España y en la Unión Europea, tras el Cáncer de Pulmón.

Las comunidades autónomas (CC.AA.) con mayor índice de mortalidad son Asturias, País Vasco, Galicia, Castilla-León, La Rioja y Cataluña.

Las comunidades con menor incidencia son Ceuta, Melilla y Castilla-La Mancha-

La incidencia anual ajustada, según la edad, del CCR en España es de 60.4/100.000 en los hombres y de 34.10/100.000 en las mujeres, con tasas similares a la media de los países de la Unión Europea, que son de 60.5 y 37.2 respectivamente.

En el año 2002 la incidencia estimada de CCR en España fue de 21.964 casos nuevos, mientras que 5 años después en 2007, la cifra alcanzaba casi los 26.000 casos nuevos.

Ya conocemos la incidencia del año 2012 y ha sido de 33.800 casos nuevos. Lo que supone que en España alrededor de 600 personas son diagnosticadas de CCR todas las semanas, lo que equivale a 85 casos diarios.

Cuando analizamos la situación de países europeos, los datos de respecto al CCR son similares a España. En Europa se diagnosticaron, en el año 2008, 3.200.000 casos nuevos de cáncer

El objetivo de los programas de prevención del cáncer colorrectal es reducir su incidencia y la mortalidad asociada. En este caso se trata de una enfermedad que reúne las características de susceptibilidad para el cribado:

- a) es un problema de salud con una elevada incidencia y mortalidad;
- b) se tiene bastante conocimiento de su historia natural;
- c) se dispone de métodos diagnósticos que permiten detectar la enfermedad en fases iniciales;
- d) su tratamiento es más efectivo si se diagnostica precozmente.

Debemos de tener en cuenta que en la actualidad sólo el 17% de la población española se beneficia del cribado o prevención del cáncer colorrectal.

De hecho, son solo 12 de las 17 comunidades autónomas las que realizan estas pruebas de prevención. Entre las regiones que no las realizan está Andalucía.

En algunas de la Comunidades, en donde el Cribado se realizaba de manera habitual y con excelentes resultados, los recortes sanitarios han dado lugar a la suspensión de los programas de cribado.

De manera reiterada en las Jornadas de Avances en Cáncer de Colon durante los años 2012 y 2013 realizadas en el Colegio Oficial de Médicos de Almería con el apoyo institucional de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental, con sede en Granada, se ha confeccionado un Manifiesto solicitando la puesta en marcha del proceso de cribado en Andalucía y en el resto de la Comunidades, donde aún no se realiza.

GRANDES AVANCES EN EL CANCER DE COLON. ; DESDE EL PAPIRO DE EBERTH HASTA EL BOSON DE HIGGS.-

Son muchos los avances que hemos experimentados en las ultimas 4 décadas en relación al Cáncer de Colon y su lista sería muy extensa, centrándonos en aquellos relacionados con el tema que nos ocupa.

PRIMER LUGAR: EPIGENETICA.

El término de epigenetica nace de las s interacciones entre los genes y el ambiente

El cáncer Colorrectal ha sido tomado como prototipo de ambos cambios genéticos yepigeneticos, debido al amplio rango de lesiones patológicas y a que los cambios epigeneticos persisten a lo largo de toda la enfermedad.-

Las células tumorales albergan tanto alteraciones epigeneticas, como modificaciones genéticas que interactúan en todas las fases del desarrollo tumoral, permitiendo el progreso de la enfermedad.

Estas epimutaciones pueden dar lugar a la carcinogénesis de dos maneras:

1. Silenciando los genes supresores de tumores.
2. Mediante la activación de los Oncogenes.

La investigación va encaminada al día de hoy a conocer esos cambios epigeneticos y aplicarlos en la prevención y detección precoz del Cáncer de Colon.

El cáncer CCR es una enfermedad muy compleja que afecta a múltiples vías celulares, tales como, como el Ciclo celular, Apoptosis , cambios hormonales, invasión celular tumoral y las metástasis.-

SEGUNDO LUGAR. MICROBIOTA INTESTINAL.

Los principios de la importancia de la dieta rica en fibra y pobre en grasas, asociados al tipo de Flora o Microbiota intestinal y su papel en la carcinogénesis del Cáncer de Colon, juegan en el día de hoy un papel trascendente. Las variaciones geográficas importantes de la incidencia del Cancer de Colon y el estudio de ambas variables reseñadas., nos confirman ampliamente este apartado.

Recordemos que el ProfBurkit fue el pionero de la afirmación entre dieta y cáncer, durante sus años de estancia en Africa.

TERCER LUGAR. Carcinogenesis: VIA SERRATA.

Hasta hace poco años, se pensaba que en la Historia Natural la mayoría de los CCR procedían de una lesión precursora común conocida como adenoma o pólipo adenomatoso. Esta lesión aunque benigna posee potencial de malignización a través de la vía llamada “tradicional” de la carcinogénesis, relacionada con la inestabilidad cromosómica e iniciada mediante la inactivación del gen APC. Sin embargo hoy sabemos que solo un 70-80% están implicados en esta vía. Uno de los avances más significativos de la Oncología Digestiva de los últimos años ha sido el reconocimiento de las lesiones serradas, como precursoras de CCR, por la vía llamada Serrada de la carcinogénesis, responsable de un 20-30% del total de los CCR.

Estas lesiones con una características endoscópicas y anatomopatológicas, específicas, que les diferencian de los adenomas, tienen una importante relevancia clínica, ya que los CCR detectados en los periodos de intervalo corresponden a este tipo de tumores.

(el tumor de intervalo, es el que aparece entre 2 colonoscopias de cribado).-

Además estudios recientes demuestran que los pacientes con Pólipos Serrados grandes o múltiples, tienen una mayor incidencia de desarrollar CCR.

CANCER DE COLON. UNA VISION REALISTA EN EL DIA DE HOY.-

La Medicina del Siglo XX ha tenido fundamentalmente un fin curativo y se ha caracterizado, por un gran auge de la investigación básica, el diagnóstico y el tratamiento. Ello ha ido en detrimento en muchos casos en la detección precoz o cribado de las enfermedades más prevalentes. La Sanidad Española se ajusta por completo a este perfil.

El coste de esta opción es cada día mayor y supone un elevado consumo de recursos con un aumento importante del gasto sanitario.

Estos datos, así como la longevidad de la población, hacen inexcusable medidas de prevención y detección precoz del CCR.-

Así en la actualidad, el conjunto de la población española supera los 47.000.000 de habitantes, de las cuales, alrededor de 8.000.000 tienen más de 65 años, ello representa el 17.2% del total.

Las proyecciones estadísticas para el año 2041, nos indican que los mayores de 65 años superaran los 14.000.000 de habitantes y supondrán más del 29% de toda la población.

La esperanza de vida de la sociedad española se ha incrementado de manera relevante en el Siglo XX. Así se ha pasado de una esperanza media de vida de 34.8 años en 1900 a 81,6 en los años actuales. Las mujeres españolas tienen una esperanza de vida de 84,6 años y los varones de 78,5 años.

Los datos descritos tienen una repercusión evidente en varios ordenes, de manera especial en la salud de la población y en la distribución de los recursos socio sanitarios.

Es necesario un cambio de actitud en el que se de prioridad a las medidas de prevención y detección precoz, ya que a medio plazo, ello va a suponer, entre otras cosas, un ahorro evidente del gasto sanitario

La cuestión que se plantea en los foros sanitarios y científicos es: Prevenir o Curar en época de crisis. La respuesta es contundente y clara. La prevención.-

Se estima que en España, si no se implanta medidas de detección precoz, uno de cada 20 hombres y una de cada 30 mujeres presentaran un CCR antes de los 75 años.

COSTE EFECTIVIDAD-

El coste medio del diagnóstico y tratamiento del Cáncer Colorrectal es elevado.

En los datos publicados por la Alianza para la Prevención del CCR se estima que superan de 27.000 Euros, sin contabilizar los fármacos biológicos utilizados en pacientes con enfermedad avanzada.

Los programas poblacionales de cribado mediante la detección de sangre ocultas en heces contribuyen a reducir un tercio la mortalidad de la enfermedad. En la mayoría de los países de la UE incluida España, la estrategia recomendada al día de hoy es el análisis de sangre oculta en heces en la modalidad inmunológico (SOHi) con una periodicidad bienal, aplicada a la población general entre 50 y 69 años.

Un aspecto muy relevante de cualquier intervención sanitaria es el coste que conlleva.

Los análisis de coste eficacia y coste efectividad nos demuestran fehacientemente que el cribado de CCR mediante cualquier método (Sangre Oculta en Heces, Colonoscopia total hasta ciego) es el procedimiento más coste eficaz y coste efectivo con amplia diferencia con respecto a otros programas de prevención del cáncer.

TRES GRANDES OBJETIVOS MARCADOS EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE COLÓN.

OBJETIVOS PRIORITARIOS:

I) SENSIBILIZAR A LA POBLACIÓN, A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD, A LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER DE COLÓN.

En la sociedad actual existe una profusión de mensajes e información, incluidas las noticias médicas, a través de los diversos medios de comunicación, que induce con frecuencia a difuminar los problemas reales.

La información sobre temas médicos en los medios de comunicación es muy heterogénea. A veces se banalizan los hallazgos científicos y en otros parecen demostrar que está cerca la solución de determinadas enfermedades.

La divulgación sanitaria es un instrumento muy potente de educación sanitaria de la población, pero no está desprovista de inconvenientes.

El tratamiento de los temas sanitarios, en muchas ocasiones, están más orientados a impactar, en contraposición a educar o formar.

Ello ha sido objeto de estudios como el Prof. Miguel Bruguera, brillante Hepatólogo y Prof. Universitario, el cual en una reciente publicación, nos deja las siguientes reflexiones:

1. La información en la prensa escrita sobre temas médicos tienen consecuencias notables en la opinión y actitud en los ciudadanos y en los profesionales sanitarios.
2. Los profesionales que cubren la información sanitaria deben de ser prudentes en la elección de los temas y evitar tratarlos con sensacionalismo, teniendo el riesgo de causar un impacto negativo en sus lectores o de provocar falsas expectativas.
3. Los medios de comunicación tienen, en relación con las noticias científicas y especialmente en las médicas, una función informativa, pero también tendrían de tenerla de carácter divulgador y educativo.
4. Los profesionales sanitarios debemos de asumir que las noticias seleccionadas por los medios de comunicación no son siempre las más relevantes desde el punto de vista científico.-

Tenemos en nuestra Sociedad Andaluza un ejemplo muy claro, el cual data de hace más de una década escasamente.

En los albores de la Investigación con Células Madres, donde se hicieron inversiones públicas millonarias, se crearon desde el inicio unas expectativas que sabíamos no podían ser realidad a corto plazo, pero el mensaje a la Sociedad fue otro y teníamos en nuestras consultas y salas de conferencia a madres, que exigían el tratamiento de sus hijos diabéticos insulino dependientes, con células madres.

El estigma asociado al cáncer durante muchos años, la escasa cultura de Salud Pública y la poca relevancia en los planes de estudios nacionales, así como las connotaciones peyorativas asociadas a la localización anatómica del tumor, han motivado la escasa preocupación de la población general y de los propios profesionales sanitarios, por la detección precoz del CCR.

Un reciente estudio llevado a cabo por el observatorio del cáncer de la Asociación Española de la Lucha contra el Cáncer (AECC), acerca de la percepción y conocimiento del CCR en la población española y destaca que el 61% de los encuestados desconoce que tipo de pruebas se utiliza en el diagnóstico precoz. Además, más del 50% de la población apenas conoce los aspectos relacionados con el tumor y solo un 25% lo considera un problema de salud relevante.

A ello debemos de sumar que el conocimiento de la patología coloproctológica ha sido en muchas ocasiones relegadas a unas simples Hemorroides, con el retraso diagnóstico importante, que ello ha conllevado.

Estos datos confirman ampliamente el desconocimiento que existe sobre la enfermedad y la necesidad de información adecuada sobre las medidas de prevención y detección precoz.

Unos de los puntos vitales es **la Prevención primaria**, orientadas a disminuir el desarrollo de riesgo de la enfermedad. Cada vez existe mayor evidencia de la relación entre la Obesidad, Dieta inadecuada, Inactividad Física, Alcoholismo y Tabaquismo con el riesgo de presentar una neoplasia Colorrectal.

La modificación del estilo de vida de las sociedades occidentales y especialmente de la Sociedad Española, puede ser un punto crucial en la prevención primaria del CCR.

II). SEGUNDO OBJETIVO.

PROMOVER LA REALIZACION DE PROGRAMAS POBLACIONALES DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE COLON EN PERSONAS DE RIESGO MEDIO (HOMBRES Y MUJERES DE 50-69 AÑOS).

Cribado poblacional del CCR.- Resumen Historico

Desde la década de los años 50 el aumento progresivo de la incidencia y mortalidad por CCR ha supuesto un problema sanitario creciente en los países occidentales.

Por dicho motivo a partir de dicha década, se viene preconizando la implantación de medidas de detección precoz de CCR en la población asintomática de riesgo medio.

En Europa , las instituciones de la Unión Europea, reunidas en Milan,.instan a una acción coordinada en al año de 1985, en el Marco del programa Europa contra el Cáncer.

La magnitud del problema sanitario del CCR y la evidencia científica hacen que el Consejo de la Unión Europea en el **año 2003,** presenta una propuesta, en la que insta a los países miembros a implantar programas de cribado poblacional para la detección precoz del CCR, mediante el análisis de Sangre Oculta en Heces (SOH) para hombres y mujeres de 50 hasta los 74 años (se amplía la edad de 69 a 74 años),que posteriormente fue aceptada y publicada.

En España, en la década de los años 90 surgen iniciativas aisladas que propugnan el cribado del CCR, pero no es hasta el año 2000 donde aparece el primer programa piloto institucional, en el Municipio de Hospitalet de Llobregat.

Posteriormente en el 2005, se le suma la Comunidad Valenciana y Murcia, ambos incluidos en sus planes oncológicos.

A finales del año 2006, solo 128.074 personas estaban incluidas en España en programas piloto, lo que suponía alrededor del 1.35% de la población diana de entre 50 y 69 años.

La pregunta es: ¿ que ha ocurrido desde el año 2006, hasta la actualidad “?

El Ministerio de Sanidad en la Estrategias de Cáncer en el año 2006, recomienda la implantación del cribado, actualizándose posteriormente en el 2009, planteándose como objetivos prioritarios , una cobertura del 50% de la población en el año 2015.

Muy recientemente en Julio 2013, el Ministerio de Sanidad, publica una normativa, donde se compromete a financiar los cribados de cáncer de colon y ponerlos en marcha en las comunidades que no lo tienen implantados.

En la actualidad solo 7 de las 12 comunidades autónomas, tienen en marcha el cribado y solo un 17% de la población diana, se ve incluida.

En conclusión, podemos afirmar que, tanto las directrices del Consejo de la Unión Europea, como de la Estrategia del Cáncer en España y los planes de salud oncológicos de las comunidades autónomas, recomiendan el cribado población del CCR en la población general de 50-74 años, mediante análisis de sangre oculta en heces de tipo inmunológico. Si la prueba es positiva se recomienda colonoscopia óptica con sedación, que cumplan criterios estrictos de calidad.

III TERCER OBJETIVO.

GARANTIZAR LA CORRECTA ATENCION DE LAS PERSONAS DE ALTO RIESGO DE PRESENTAR CANCER COLORRECTAL.

Uno de los capítulos mas trascendentes y de mayor responsabilidad en la Prevención, es detectar a los pacientes asintomáticos de alto riesgo de padecer un CCR, en especial, aquellos con antecedentes familiares de primer grado o que sean portadores de una mutación genética, que induce a un Síndrome Hereditario. En este grupo especial debemos de realizar una Colonoscopia de manera directa.

Se estima que alrededor de un 25% de los casos de CCR, ocurren en personas con antecedentes familiares de CCR y por ello se denominan formas familiares.-

Asimismo, las formas con mutaciones genéticas, los llamados Síndromes Hereditarios (verbigracia, el Síndrome de Lynch y la Poliposis Familiar Multiple) que representan un 5% del total de los CCR.-

Permitidme que en esta noche del mes de Enero del año de gracia del 2014 apertura del Curso de la Real Academia de Medicina de Granada. me despida con una reflexión de un ensayo de Michel Winock, titulado el Siglo de los Intelectuales escrito en el año 2010.

La reflexión dice así:

“La conciencia cívica y la cooperación entre las personas son las bases éticas de la sociedad y constituyen una cuestión que nos implica a todos”-

Es por ello, que pesar de las circunstancias que actualmente azotan a nuestra sociedad, inmersa en una crisis de gran trascendencia económica y como no de valores, y no importando cuan estrecho sea el camino:

Es preciso concienciar a los profesionales sanitarios, sociedades científicas, instituciones sanitarias, académicas, docentes y a la propiedad sociedad civil, sobre un problema de salud muy relevante y que requiere la participación y la implicación de todos.-

Finalizo con una frase de Albert Einsten que dice:

«quien quiera resultados distintos, debe dejar de hacer lo mismo de siempre».

Está en nuestras manos, en vuestras manos, a través de la solidaridad, divulgación, la PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE COLÓN, COMO UN DEBER CÍVICO , UN DEBER SOCIAL, INELUDIBLE E IRRENUNCIABLE.

He dicho.