

**FACTORES ASOCIADOS
A LA NO PARTICIPACIÓN
EN EL CRIBADO DEL
CÁNCER COLORRECTAL
EN CANTABRIA**

**REASONS OF NON-
PARTICIPATION IN THE
COLORECTAL
NEOPLASMS STRAINING
IN CANTABRIA**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

BÁRBARA GALÁN GÓMEZ

TUTOR: MIGUEL SANTIBAÑEZ MARGÜELLO

18/06/2015

AGRADECIMIENTOS

Quiero aprovechar estas líneas para agradecer a esas personas que me han apoyado a la hora de cursar el Máster en Investigación en Cuidados de Salud.

En primer lugar, gracias a mi familia, sobre todo a mi padre, sin el cual la realización de este proyecto de investigación un hubiese sido posible.

Gracias a todos los profesores que a lo largo de este curso han logrado aumentar mis conocimientos en investigación, y sobre todo, despertar mi interés en este ámbito de la enfermería, en especial a Miguel Santibañez, tutor de este proyecto de investigación. Muchas gracias por tu tiempo y dedicación.

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	8
2. INTRODUCCIÓN.....	10
ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL.....	11
2.1. EL CÁNCER COLORRECTAL EN EL MUNDO.....	12
2.2. EL CÁNCER COLORRECTAL EN EUROPA.....	16
2.3. EL CÁNCER COLORRECTAL EN ESPAÑA.....	20
2.4. EL CÁNCER COLORRECTAL EN CANTABRIA.....	25
2.5. CONCLUSIONES SOBRE EL IMPACTO DEL CÁNCER COLORRECTAL A NIVEL MUNDIAL, EUROPEO, NACIONAL Y LOCAL.....	27
2.6. LOS PROGRAMAS DE DETECCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL.....	28
2.7. TIPOS DE CRIBADO.....	31
2.8. PRINCIPIOS DE CRIBADO DE LA POBLACIÓN.....	32
2.9. REQUISITOS PARA EL CRIBADO ORGANIZADO.....	35
2.10. VALOR DE LA PRUEBA DE SANGRE OCULTA EN HECES COMO PRUEBA DE CRIBADO.....	36
2.11. APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE CRIBADO.....	38
2.12. LA PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS DE CRIBADO.....	38
2.13. EL PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL EN CANTABRIA.....	44
2.14. CAUSAS DE LA NO PARTICIPACIÓN EN CANTABRIA.....	47
JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	49
3. HIPÓTESIS.....	50
4. OBJETIVOS.....	52
5. METODOLOGÍA.....	54
5.1. DISEÑO Y SUJETO DE ESTUDIO.....	55
5.2. METODOLOGÍA CUANTITATIVA.....	55
VARIABLES	
RECOGIDA Y ANÁLISIS DE DATOS	
CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA Y DE LA POTENCIA DEL ESTUDIO	
PILOTAJE PREVIO DEL CUESTIONARIO	
LIMITACIONES DEL ESTUDIO	
5.3. METODOLOGÍA CUALITATIVA.....	59
TRABAJO DE CAMPO	
GUIÓN	
EJES A EXPLORAR	
ANÁLISIS	
6. PLAN DE TRABAJO.....	63
6.1. CRONOGRAMA.....	64

FACTORES ASOCIADOS A LA NO PARTICIPACIÓN EN EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN
CANTABRIA

6.2.	PRESUPUESTO: COSTE DEL ENVÍO POR PERSONA.....	65
6.3.	PLAN DE DIFUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES.....	65
6.4.	CONSIDERACIONES ÉTICAS: CONSENTIMIENTO Y RESPECTO DE LA CONFIDENCIALIDAD Y EL ANONIMATO.....	66
7.	BIBLIOGRAFÍA.....	67
8.	ANEXOS.....	72
8.1.	CARTA DE SOLICITUD DE COLABORACIÓN POR PARTE DE SALUD PÚBLICA.....	73
8.2.	CUESTIONARIO.....	75

ÍNDICE DE TABLAS

- Tabla 1: Incidencia y mortalidad por cáncer colorrectal, en hombres y mujeres a nivel mundial. Globcan 2012. (2)
- Tabla 2: Mortalidad por cáncer colorrectal en Cantabria, 1997-2008. Programa de detección precoz de cáncer colorrectal en Cantabria, Segunda Edición. (1)
- Tabla 3: Razones de no participación en el cribado de cáncer colorrectal. (23)
- Tabla 4: Tasas de participación en el cribado de cáncer colorrectal en diferentes comunidades autónomas. Fuente: Red de Programas de Cribado de cáncer.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

- Gráfico 1: Tasa incidencia cáncer colorrectal en varones. Globocan 2012 (2)
- Gráfico 2: Tasa de incidencia de cáncer colorrectal en mujeres. Globocan 2012 (2)
- Gráfico: Tasa de mortalidad en varones por cáncer colorrectal. Globocan 2012 (2)
- Gráfico 4: Tasa de mortalidad en mujeres por cáncer colorrectal. Globocan 2012 (2)
- Gráfico 5: Tasas estimadas de incidencia y mortalidad en Europa para diferentes cánceres (2012). Globocan 2012 (2)
- Gráfico 6: Comparación de las tasas de incidencia de cáncer colorrectal (en varones) en varios países de la UE. Globocan 2012 (2)
- Gráfico 7: Comparación de tasas de mortalidad por cáncer colorrectal (en mujeres) en varios países de la UE. Globocan 2012 (2)
- Gráfico 8: Comparación de tasas de incidencia (en mujeres) de cáncer colorrectal. Globocan 2012. (2)
- Gráfico 9: Comparación de tasas de mortalidad (mujeres) entre varios países de la UE. Globocan 2012. (2)
- Gráfico 10: Tasa de incidencia de cáncer de colon, recto y ano por sexo en España. 2012 (2)
- Gráfico 11: Tasas estandarizadas de cáncer de Colorrectal en España. Registro de Tumores de Cantabria 1997-2011(4)
- Gráfico 12: Incidencia y mortalidad por cáncer colorrectal, en ambos sexos, en España, 2012. Globocan 2012 (2)
- Gráfico 13: Número de defunciones anuales por cáncer colorrectal en España 2003-2012. Instituto de Salud Carlos III. (5)
- Gráfico 14: Tasa ajustada de defunción de cáncer colorrectal según sexo en España 2003-2012. Instituto de Salud Carlos III. (5)
- Gráfico 15: Edad media de fallecimiento por cáncer de colon según sexo 2003-2012. Instituto de Salud Carlos III. (5)
- Gráfico 16: Edad media de fallecimiento por cáncer de recto según sexo 2003-2012. Fuente: Instituto de Salud Carlos III. (5)
- Gráfico 17: Incidencia de cáncer colorrectal, 1997-2011. Registro Poblacional de Tumores de Cantabria. (4)

FACTORES ASOCIADOS A LA NO PARTICIPACIÓN EN EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN CANTABRIA

- Gráfico 18: Incidencia de cáncer colorrectal en Cantabria, 1997-2008. Programa de detección precoz de cáncer colorrectal en Cantabria, Segunda Edición. (1)
- Gráfico 19: Evolución de las tasas de incidencia y mortalidad del cáncer colorrectal en Cantabria (1997-2011). Registro de Tumores de Cantabria. (4)
- Gráfico 20: Test de Sangre Oculta en Heces (TSOH).
- Gráfico 21: Variables que intervienen en este estudio.

1. RESUMEN

ANTECEDENTES: El cáncer colorrectal a nivel mundial, europeo, nacional y regional, representa un importante problema de salud pública, como reflejan las tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad que tiene esta enfermedad actualmente. Además, se debe tener en cuenta también el elevado coste de su tratamiento (28.000€/paciente, sin contar el coste de los fármacos de los pacientes en un estadio avanzado). Como consecuencia, la detección precoz de esta enfermedad representa una prioridad de acción reconocida por todos los estamentos sanitarios, mediante la realización del test de sangre oculta en heces (cada uno o dos años), ya que es el método inmunológico más coste-eficaz. Es recomendable su realización a partir de los 50 años, aunque en Cantabria todavía no se ha aumentado el rango de edad, comenzando aún desde los 55 años. A pesar de ello la tasa de participación en Cantabria es subóptima, no existiendo estudios que hayan profundizado en los motivos para la no participación.

OBJETIVO: Determinar los factores asociados a la no participación en la prueba de cribado de cáncer colorrectal en Cantabria.

METODOLOGIA: Estudio transversal (N=720 personas) mediante cuestionario autocumplimentado enviado por correo postal, complementado con metodología cualitativa (grupos de discusión) efectuado sobre una muestra representativa de personas invitadas a participar en el programa de cribado de cáncer colorectal de Cantabria y que no han acudido a su Centro de Salud a realizarse la prueba de sangre oculta en heces.

PALABRAS CLAVES: Neoplasias Colorrectales, Cribado, Sangre Oculta, Participación Ciudadana, Prevención Secundaria.

ABSTRACT

BACKGROUND: Colorectal Neoplasms, in a worldwide, european, national and local level, represents an important problema in public health, as incidence, prevalence and mortality rates represent nowadays. Moreover, we should bear in mind, the high cost of this disease's treatment (28,000 €/ person without count the treatment of people in a advanced stage of disease). Consequently, a precocious detection of this disease

FACTORES ASOCIADOS A LA NO PARTICIPACIÓN EN EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN CANTABRIA

represents a priority action which is recognised by health authorities, through carrying out the occult blood in faeces test (every one or two years), due to the fact that it is the best immune method sood value for Money and effective. It is advisable to carry out this test since 50 years old, although in Cantabria it isn't increased the age's rank, starting since 55 years old still. Despite this fact, the participation rate in Cantabria is under the optimun point, without the existence of studies which deeping in the not participation reasons.

OBJECTIVE: To determine the factors which are associate with the non-participation in the colorectal neoplasms straining test in Cantabria.

METHODOLOGY: Cross study (N=720 people), through a self-completed questionnaire by post, in adittion to qualitative methodology (discussión group)carried out on a representative simple of the people who was invited to participate in the straining colorectal neoplasms program in Cantabria and who, finally, disdn't go to their Health Center to carry out the occult blood in faeces test.

KEYWORDS: Colorectal Neoplasms, Straining, Occult Blood, Citizen Participation, Secondary Prevention

2. INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL

El presente Trabajo de Fin de Máster pretende ofrecer una alternativa exploratoria práctica y metodológicamente estructurada para evaluar las motivaciones, de índole personal que hacen que una persona decida no participar en un programa de cribado de cáncer colorrectal.

Se trata de conocer los principales factores que pueden justificar el rechazo a realizar una prueba considerada objetivamente como sencilla y que cumple ampliamente con los requisitos propios de la evidencia científica y la validez metodológica correspondientes para aportar un incuestionable beneficio individual y poblacional.

No pretende emitir juicios de valor ético o moral sobre el comportamiento de los individuos por el rechazo a un ofrecimiento tan rotundamente beneficioso para su salud y calidad de vida futuras, porque se parte del principio de autonomía de las personas para decidir sobre sus actos y la aceptación o no de una invitación, realizada desde una institución sanitaria pública con la pretensión de mejorar su futuro vital es un paradigma de la acción preventiva desde la perspectiva de la salud pública.

Pero, además, se enmarca dentro de la acción profesional del personal de enfermería no tanto en su vertiente técnico-clínica sino como agente de salud pública en la comunidad interaccionando con los usuarios del sistema sanitario asistencial público en el que se integran las acciones preventivas directas individuales sobre la población.

Y es que, en concreto, el Programa de cribado de cáncer de colon es un buen ejemplo de integración en la práctica enfermera del proceso de gestión autónoma del procedimiento clínico no solo para la realización de la prueba de sangre oculta en heces sino, para la realización de un “primer cribado” de inclusión/exclusión (se exploran los antecedentes personales y familiares relacionados con el cáncer colorrectal) para este programa preventivo, aplicando un protocolo específico de anamnesis.

El hecho de que el diseño del proceso haya considerado pertinente que sea realizado por el personal de enfermería representa un avance más en el reconocimiento de las competencias en enfermería dentro de un progresivo desarrollo de la autonomía profesional también en el ámbito de la salud pública.

Si duda, el personal de enfermería además de sus correspondientes habilidades técnicas sanitarias se aproxima progresivamente a asumir en la práctica numerosas

competencias específicas de las que deben tener los profesionales de salud pública. Competencias que se deben enmarcar un campo de actividad multidisciplinaria y multiprofesional.

Difícilmente un único profesional puede adquirirlas todas, pero no es muy difícil reconocer en la actividad enfermera buenas dosis de cierta capacidad para persuadir y convencer, para tener iniciativa, para desarrollar un pensamiento conceptual y analítico, mantener un grado elevado de autoconfianza y tener una notable capacidad de comprensión interpersonal para cooperar y trabajar en equipo.

2.1. EL CÁNCER COLORRECTAL EN EL MUNDO

El último informe (2014) sobre la situación mundial del cáncer presentado por el IARC (Centro Internacional de Investigación del Cáncer) pone de manifiesto cómo la carga de cáncer crece a un ritmo alarmante y pone el acento en la necesidad de poner en práctica urgentemente estrategias de prevención eficaces para luchar contra esta enfermedad.(1)

El cáncer es una de las principales causas de morbi-mortalidad en todo el mundo. Si en el año 2012 se diagnosticaron en todos el mundo unos 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer, las previsiones señalan que el número de nuevos casos aumentará un 70% en los próximos 20 años debido tanto al aumento en la esperanza de vida como al incremento del uso de métodos de detección precoz cada vez más precisos y accesibles a la población mediante programas organizados de carácter poblacional y selectivos.(1)

Referido al año 2012, el cáncer colorrectal es el tercer más común en hombres con 746.000 casos anuales (10% del total) y el segundo más frecuente en mujeres con 614.000 casos anuales (9,2% del total). De ellos, el 55% ocurren en países desarrollados y la distribución geográfica es muy similar para hombres y mujeres en cuanto a las tasas de incidencia estando las tasas más elevadas en Australia/Nueva Zelanda con 44,8/100.000 en varones y 32,2/100.999 en mujeres). Por su parte, las menores tasas de incidencia se localizan en las regiones del oeste de África con un 4,5/100.000 en varones y 3,8/100.000 en mujeres. (1)

FACTORES ASOCIADOS A LA NO PARTICIPACIÓN EN EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN CANTABRIA

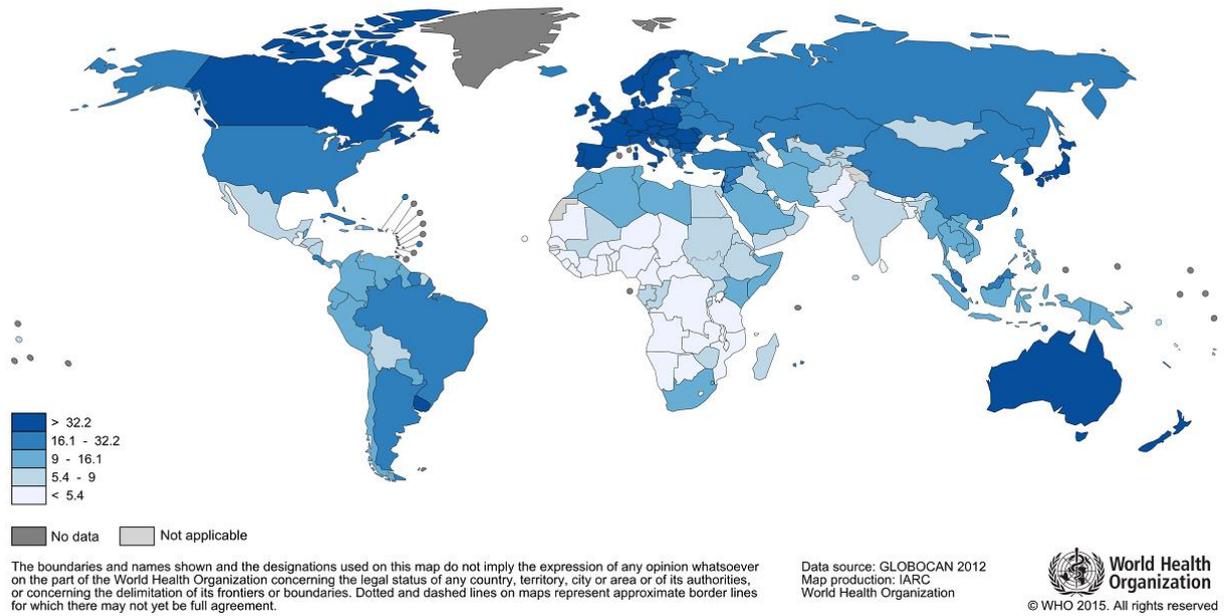


Gráfico1. Tasa incidencia cáncer colorrectal en varones. Globocan 2012 (2)

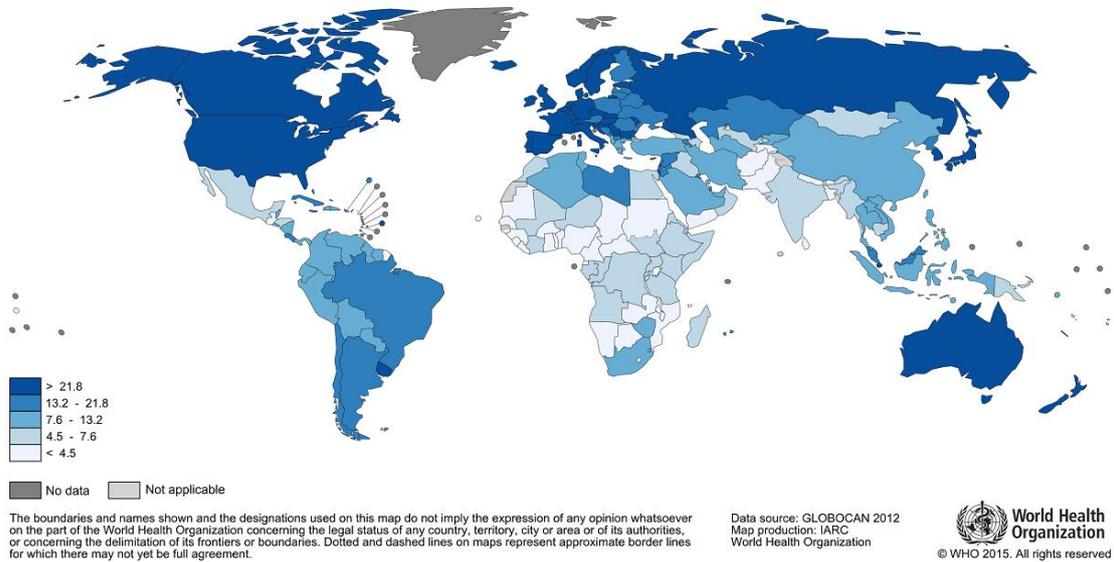


Gráfico2. Tasa de incidencia de cáncer colorrectal en mujeres. Globocan 2012 (2)

FACTORES ASOCIADOS A LA NO PARTICIPACIÓN EN EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN CANTABRIA

La mortalidad cabe ser considerada como baja ya que representa anualmente en torno a un 8,5% del total por cáncer lo que supone unos 694.000 fallecimientos, de los que el 52% se produce en las regiones menos desarrolladas económicamente en relación a una menor supervivencia en estas zonas. Las mayores tasas de mortalidad por cáncer colorrectal se localizan en centro y este de Europa (20,3/100.000 en varones y 11,7/100.000 en mujeres) y las más bajas en las regiones del oeste de África con 3,5/100.000 en varones y 3,0/100.000 en mujeres). (1)

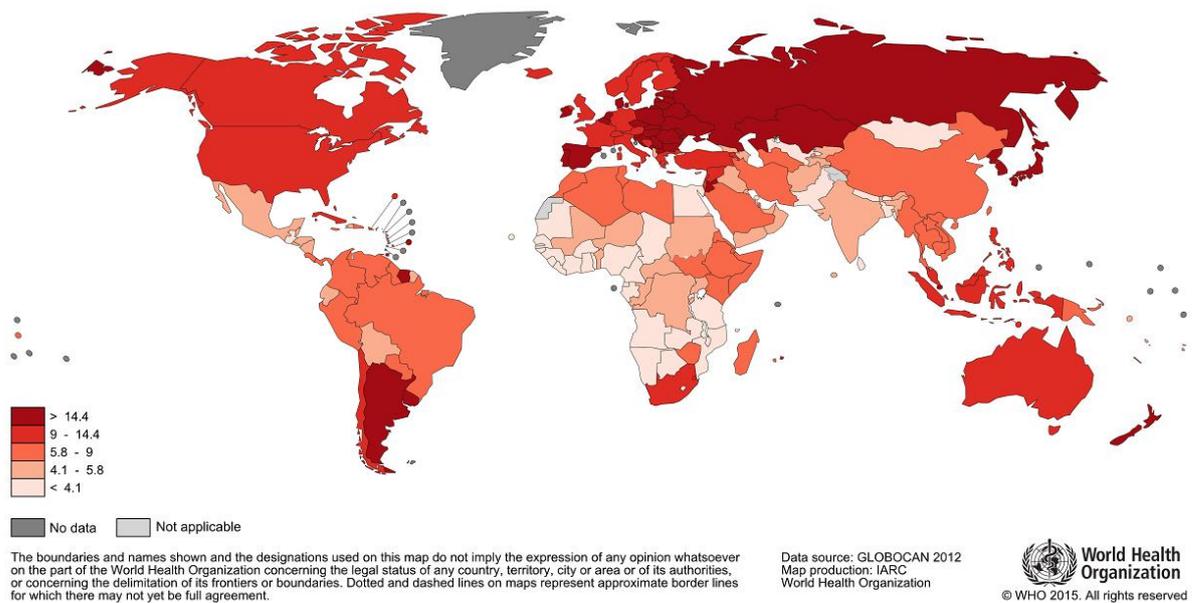


Gráfico3. Tasa de mortalidad en varones por cáncer colorrectal. Globocan 2012 (2)

FACTORES ASOCIADOS A LA NO PARTICIPACIÓN EN EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN CANTABRIA

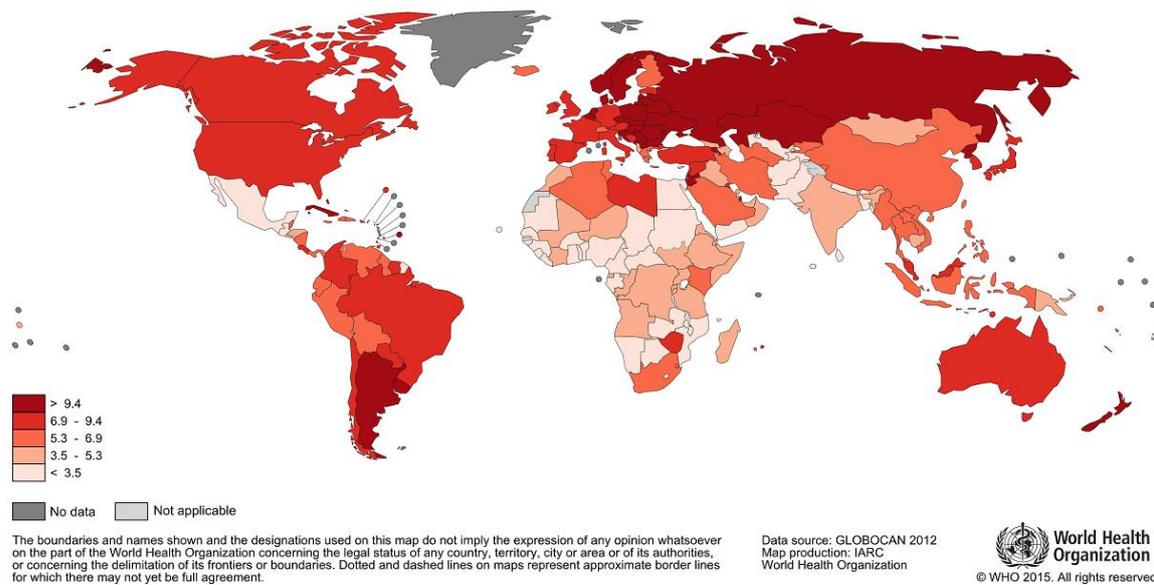


Gráfico4. Tasa de mortalidad en mujeres por cáncer colorrectal. Globocan 2012 (2)

Se estima desde la IARC que para 2020 la cifra de personas diagnosticadas de cáncer colorrectal se habrá incrementado notablemente, debido al aumento de algunos factores que se asocian epidemiológicamente a su incremento. Algunos de estos factores son: le aumento en el promedio de vida, los hábitos en la vida alimentaria relacionados con el bajo consumo de frutas y verduras, y elevado de carnes rojas y grasas, abuso de alcohol y tabaco, así como el reducido ejercicio físico, entre otros, que son propios de los países económicamente desarrollados. (1)

	Men			Women			Bothsexes		
	Cases	Deaths	5-year prev.	Cases	Deaths	5-year prev.	Cases	Deaths	5-year prev.
World	746	374	1953	614	320	1590	1361	694	3544
More developedregions	399	175	1164	338	158	966	737	333	2130
Lessdevelopedregions	347	198	789	276	163	624	624	361	1414
WHO Africaregion (AFRO)	16	11	32	15	11	31	31	22	63
WHO Americas region (PAHO)	125	57	362	121	55	342	246	112	705
WHO East Mediterranean region18 (EMRO)		12	40	15	10	33	33	21	73

FACTORES ASOCIADOS A LA NO PARTICIPACIÓN EN EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN CANTABRIA

WHO Europe region)	255	120	686	216	108	573	471	228	1258
WHO South-East Asia region68 (SEARO)	48	122	52	37	93	120	85	216	
WHO Western Pacific region264 (WPRO)	125	711	195	100	518	460	225	1229	
IARC membership (24 countries)	418	187	1181	351	167	976	769	353	2157
United States of America	69	29	214	65	27	199	134	55	413
China	147	79	338	107	60	245	253	139	583
India	37	28	50	27	21	37	64	49	87
European Union (EU-28)	193	83	536	152	69	417	345	152	953

Tabla 1. Incidencia y mortalidad por cáncer colorrectal, en hombres y mujeres a nivel mundial. Globocan 2012. (2)

2.2. EL CÁNCER COLORRECTAL EN EUROPA

A nivel de Europa, el cáncer colorrectal ocupa el tercer lugar tanto en incidencia como en mortalidad. Para el año 2006 el IARC estimó 12,9% del total de los cánceres como cáncer colorrectal (217.400 casos en hombres y 195.400 en mujeres).(1)

La mortalidad por este cáncer para el mismo año se estimó como 203.296 (102.230 defunciones en hombres y 101.066 en mujeres).(1)

En 2011, más de 150 000 personas murieron de cáncer colorrectal en la Unión Europea, lo que equivale al 11,9% de todas las muertes por cáncer y el 3,1% del número total de muertes por cualquier causa. La proporción de muertes atribuidas a cáncer colorrectal fue del 3,4% para los hombres y 2,8% para las mujeres. Entre los Estados miembros de la Unión Europea, el porcentaje del número total de muertes que se atribuyeron al cáncer colorrectal alcanzó el 4,2% en Eslovenia, bajarán a cerca de la mitad de este porcentaje en Rumania, Grecia y Bulgaria (2,2%), con la incidencia más baja en Chipre (1,7%).(1)

Por otro lado, en Eslovenia se registró la mayor proporción en varones (4,7%) y en mujeres (3,7%). Para la mayoría de los Estados miembros de la Unión Europea, la

FACTORES ASOCIADOS A LA NO PARTICIPACIÓN EN EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN CANTABRIA

proporción de muertes por cáncer colorrectal fue mayor en hombres que en mujeres.(1)

Sin embargo, varios de estos Estados con tasas relativamente bajas de muertes por cáncer colorrectal como en el caso de Finlandia, así como Luxemburgo y los tres Estados miembro bálticos, mostraron tasas de mortalidad más bajas en hombres que en mujeres (donde la frecuencia de este cáncer fue ligeramente por encima de la media de la Unión Europea). (1)

En 2011, la tasa de mortalidad estandarizada de la Unión Europea para el cáncer colorrectal fue de 32 muertes por cada 100 000 habitantes, alrededor de dos tercios más alta que la tasa de cáncer de pulmón. Un análisis por género la tasa de mortalidad para los hombres fue de 71% mayor que para las mujeres. Como es típico para los cánceres en su conjunto, la tasa de mortalidad estandarizada para el cáncer colorrectal en personas de 65 años y más, fue 18 veces más elevada que lo fue para las personas más jóvenes, una proporción más alta que para el cáncer de pulmón (10 veces mayor) y también superior a la relación de todos los tipos de cáncer (12 veces mayor).(1)

La tasa de mortalidad estandarizada más alta para el cáncer colorrectal entre los Estados miembros de la Unión Europea en 2011 se registró en Hungría (57,1 fallecidos por cada 100.000 habitantes), seguido de Eslovaquia y Croacia también con tasas de más de 50 fallecidos por 100.000 habitantes. Chipre fue el único Estado miembro a registrar una tasa de mortalidad estandarizada para el cáncer colorrectal que estaba por debajo de 20 fallecimientos por cada 100.000 habitantes, con Finlandia y Grecia los únicos otros con tasas inferiores al 25 fallecimientos por 100.000 habitantes.(1)

Por lo tanto, en todos los Estados miembros de la Unión Europea la tasa de mortalidad por cáncer colorrectal era más alta en hombres que en mujeres. En Luxemburgo, Suecia, Finlandia, Dinamarca y los Países Bajos, la tasa de mortalidad era menos del 50% mayor en hombres que en mujeres, a diferencia de Eslovaquia, Croacia, Hungría, Eslovenia y España, donde la tasa en los hombres era más del doble de la tasa de mortalidad de las mujeres. (1, 2)

La primera encuesta europea mediante entrevista de salud (EHIS) se llevó a cabo entre 2006 y 2009, con la participación de los encuestados que va desde el 64% en la República Checa hasta 97% en Rumanía. Los resultados para Alemania, por ejemplo,

FACTORES ASOCIADOS A LA NO PARTICIPACIÓN EN EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN CANTABRIA

se destacan ya que sólo el 18% de los encuestados informó que nunca habían sido invitados a participar en el programa de cribado de cáncer colorrectal.(1)

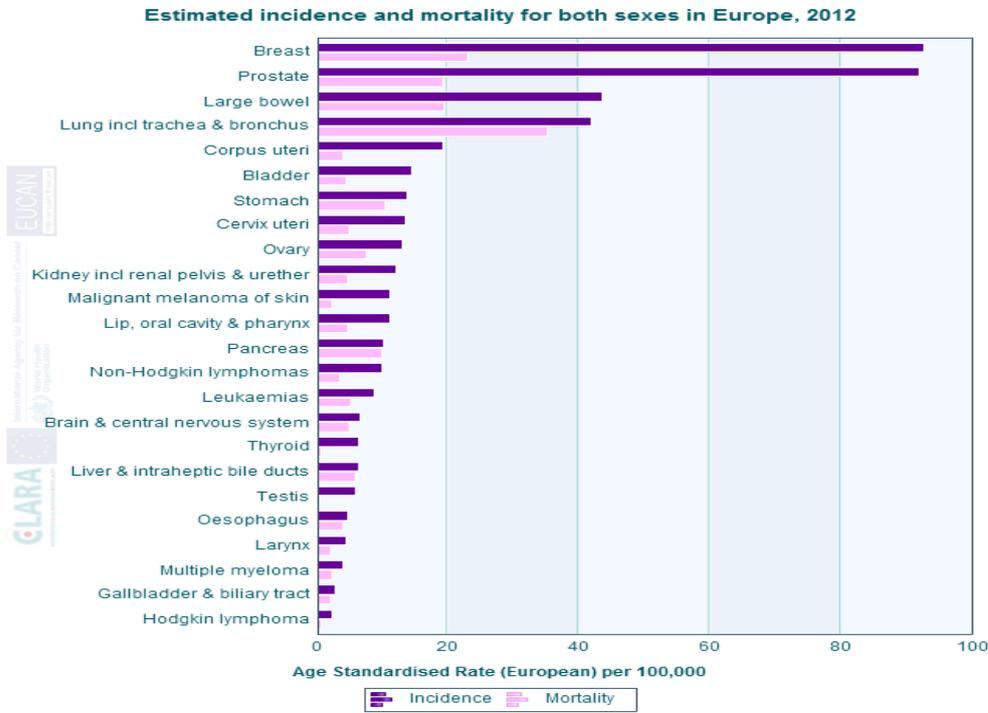
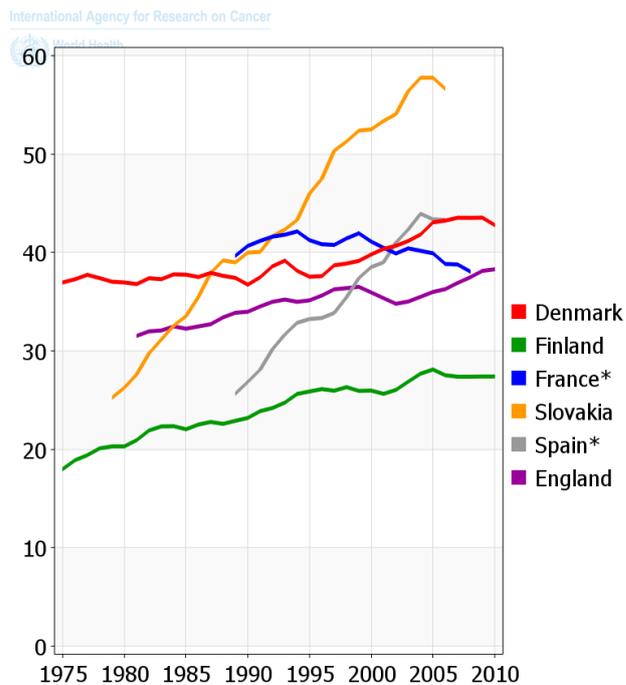


Gráfico 5. Tasas estimadas de incidencia y mortalidad en Europa para diferentes cánceres (2012). Fuente: Globcan 2012 (2)



FACTORES ASOCIADOS A LA NO PARTICIPACIÓN EN EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN CANTABRIA

Gráfico 6. Comparación de las tasas de incidencia de cáncer colorrectal (en varones) en varios países de la UE. Globocan 2012 (2)

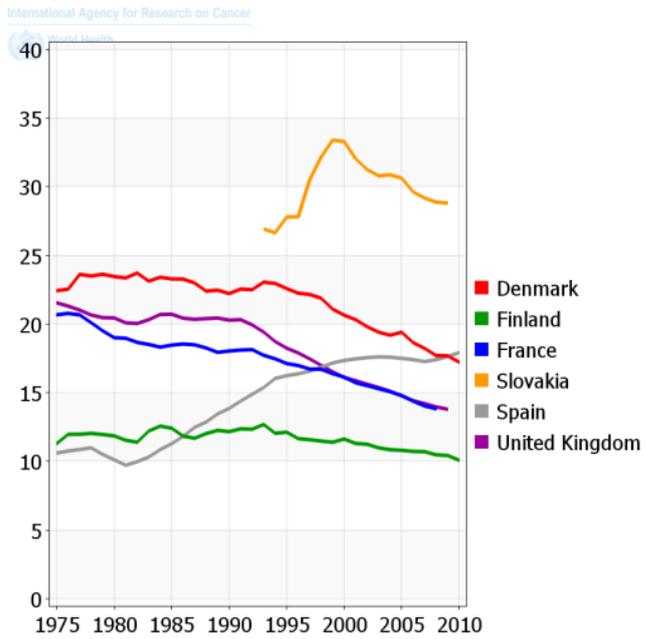


Gráfico 7. Comparación de tasas de mortalidad por cáncer colorrectal (en mujeres) en varios países de la UE. Globocan 2012 (2)

FACTORES ASOCIADOS A LA NO PARTICIPACIÓN EN EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN CANTABRIA

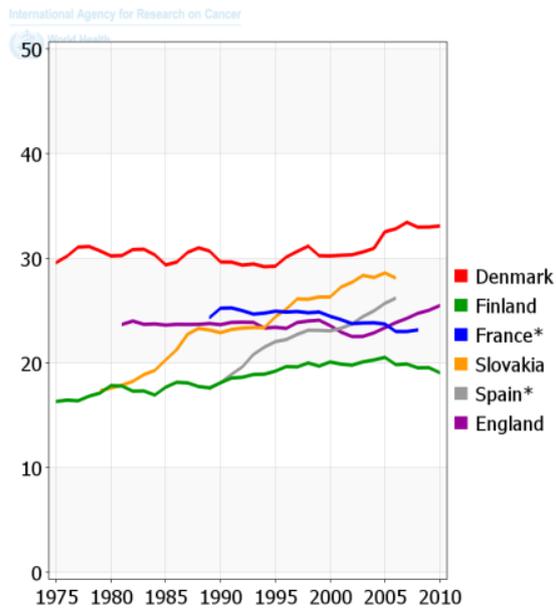


Gráfico 8. Comparación de tasas de incidencia (en mujeres) de cáncer colorrectal . Globocan 2012. (2)

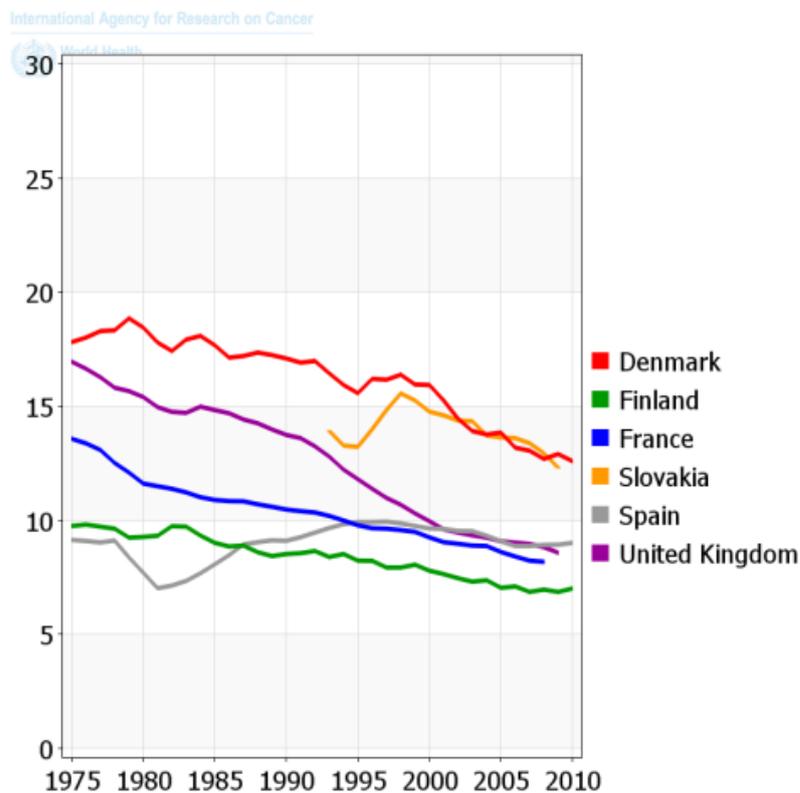


Gráfico 9. Comparación de tasas de mortalidad (mujeres) entre varios países de la UE. Globocan 2012. (2)

2.3. EL CÁNCER COLORRECTAL EN ESPAÑA

Por otro lado, en España, es también el tercer de mayor incidencia, pero su mortalidad ocupa el segundo lugar tras el broncopulmonar en los varones y también el segundo en las mujeres tras el de mama. (3)

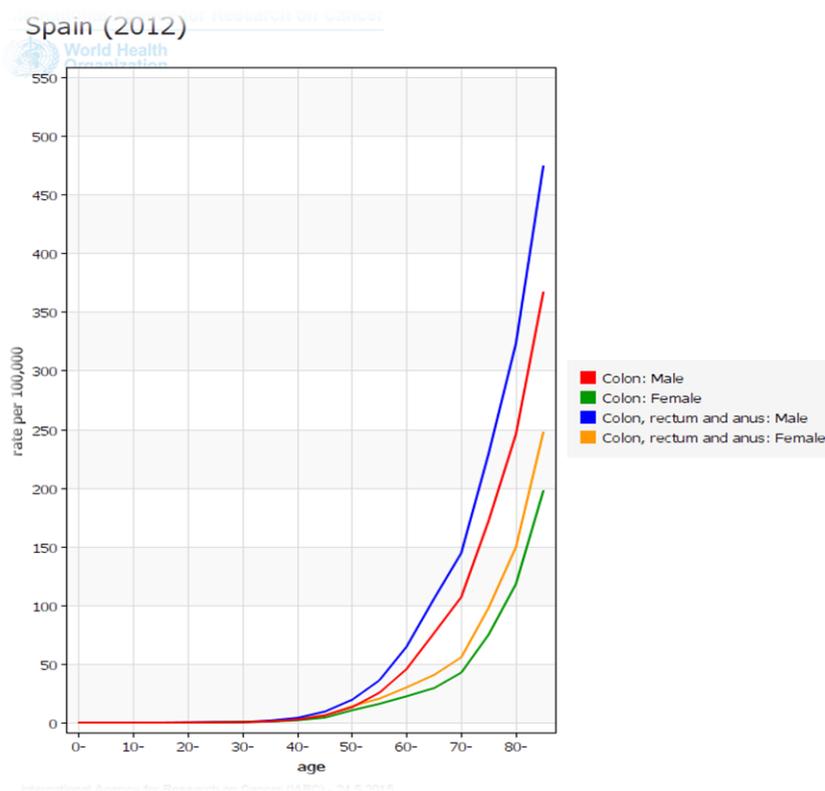


Gráfico 10. Tasa de incidencia de cáncer de colon, recto y ano por sexo en España. 2012 (2)

FACTORES ASOCIADOS A LA NO PARTICIPACIÓN EN EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN CANTABRIA

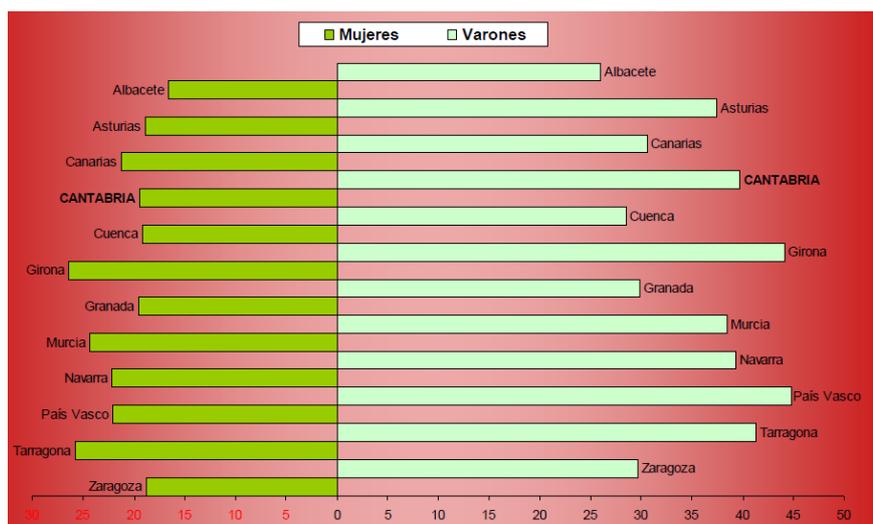


Gráfico 11. Tasas estandarizadas de cáncer de Colorrectal en España. Registro de Tumores de Cantabria 1997-2011(4)

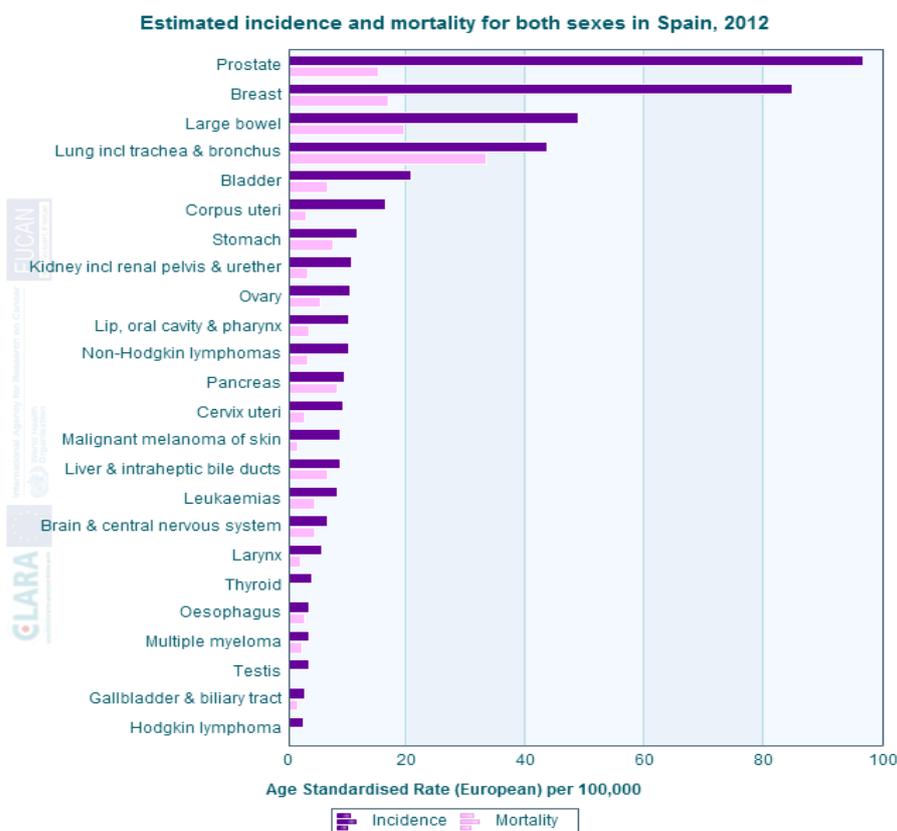


Gráfico 12. Incidencia y mortalidad por cáncer colorrectal, en ambos sexos, en España, 2012. Globcan 2012 (2)

FACTORES ASOCIADOS A LA NO PARTICIPACIÓN EN EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN CANTABRIA

A partir de la información disponible en el Instituto de Salud Carlos III sobre mortalidad según causas en España, se pueden extraer los datos referidos a la serie temporal 2003-2012 sobre cáncer de colon y recto en hombres y mujeres. (5)

El número de casos (incidencia) de este tipo de cáncer va aumentando de manera notable a diferencia de otros tumores que mantienen su incidencia en el tiempo desde hace décadas, si bien a partir del 2008 cabe entenderse que es el reflejo de la efectividad de los programas de cribado colorrectal iniciados en diferentes comunidades autónomas. (5)

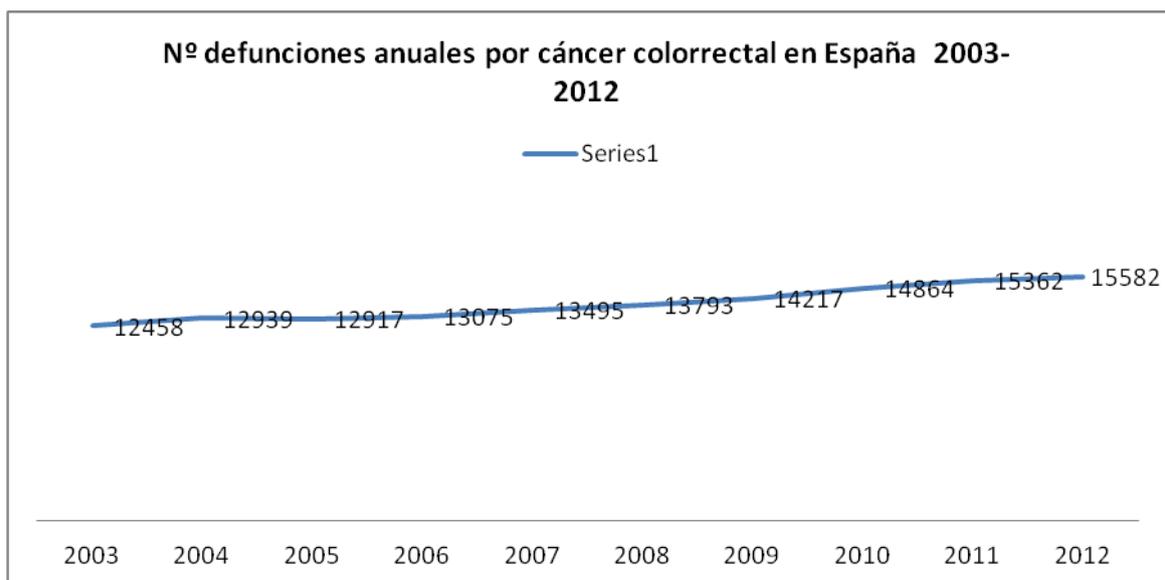


Gráfico 13. Número de defunciones anuales por cáncer colorrectal en España 2003-2012. Instituto de Salud Carlos III. (5)

FACTORES ASOCIADOS A LA NO PARTICIPACIÓN EN EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN CANTABRIA

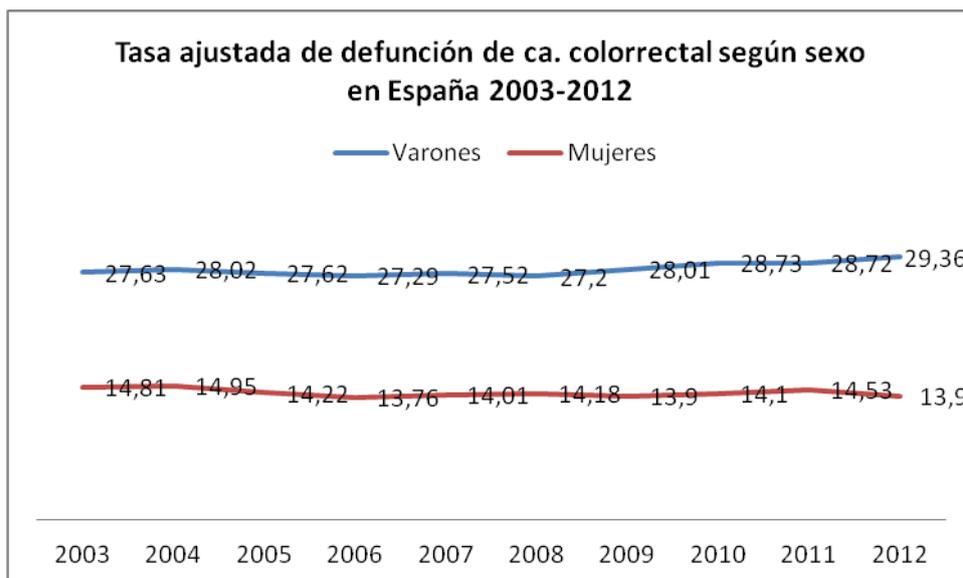


Gráfico 14. Tasa ajustada de defunción de cáncer colorrectal según sexo en España 2003-2012. Instituto de Salud Carlos III. (5)

Se aprecia claramente que la tasa ajustada por edad (por población europea) de cáncer colorrectal se mantiene prácticamente el doble en hombres que en mujeres a lo largo de todo el período. Del mismo modo, se aprecia que la edad media de fallecimiento tanto por cáncer de colon como de recto también presenta diferencias por sexos, de tal modo que los varones fallecen a una edad más temprana que las mujeres por ambas causas, si bien esta diferencia es más notoria en el cáncer de recto, tal como muestran las siguientes gráficas.(5)

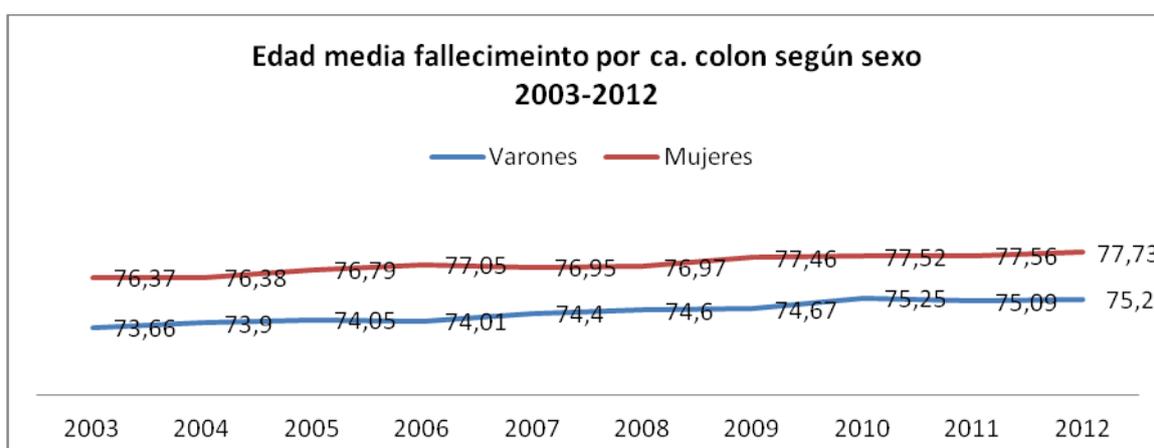


Gráfico 15. Edad media de fallecimiento por cáncer de colon según sexo 2003-2012. Instituto de Salud Carlos III. (5)

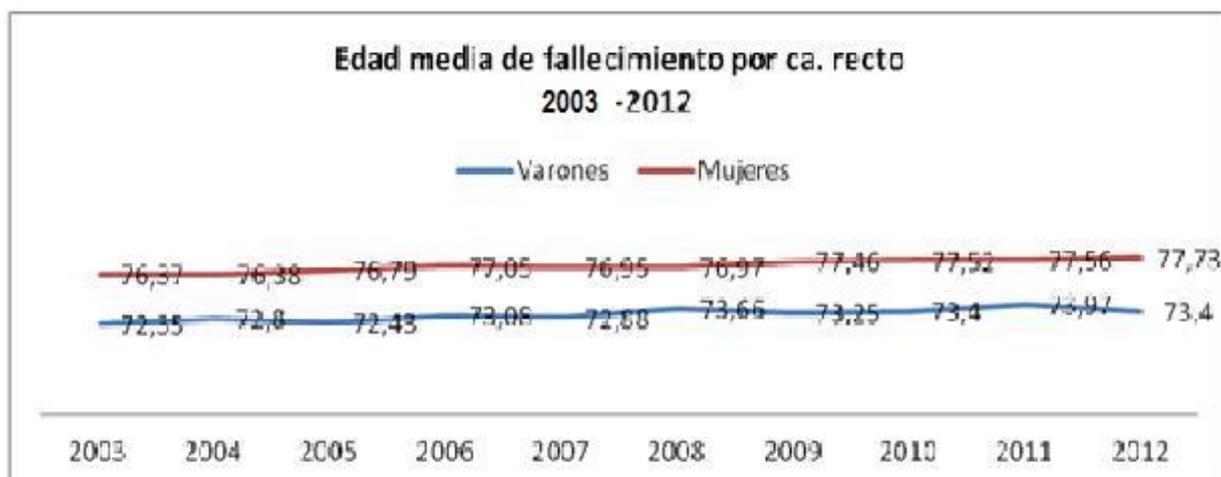


Gráfico 16. Edad media de fallecimiento por cáncer de recto según sexo 2003-2012.
Fuente: Instituto de Salud Calor III. (5)

2.4. EL CANCER COLORRECTAL EN CANTABRIA

En Cantabria, los datos de incidencia del cáncer colorrectal de mayor fiabilidad que existen se encuentran en el Registro de Tumores de Cantabria, de la Dirección General de Salud Pública, que actualmente están consolidados para el período de tiempo de 1997 hasta 2011. En este período se registraron en Cantabria un total de 4.081 casos de cáncer colorrectal, apareciendo la cifra máxima de incidencia en el año 2008 con 420 casos, la cifra mínima en 1998 con 268 casos y un promedio anual de 340,08 casos. El cáncer de colon, con 2.606 casos (217 casos/año) fue más frecuente que el de recto con un 1.475 (123 casos/año) como se puede comprobar en la siguiente tabla (4):

FACTORES ASOCIADOS A LA NO PARTICIPACIÓN EN EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN CANTABRIA

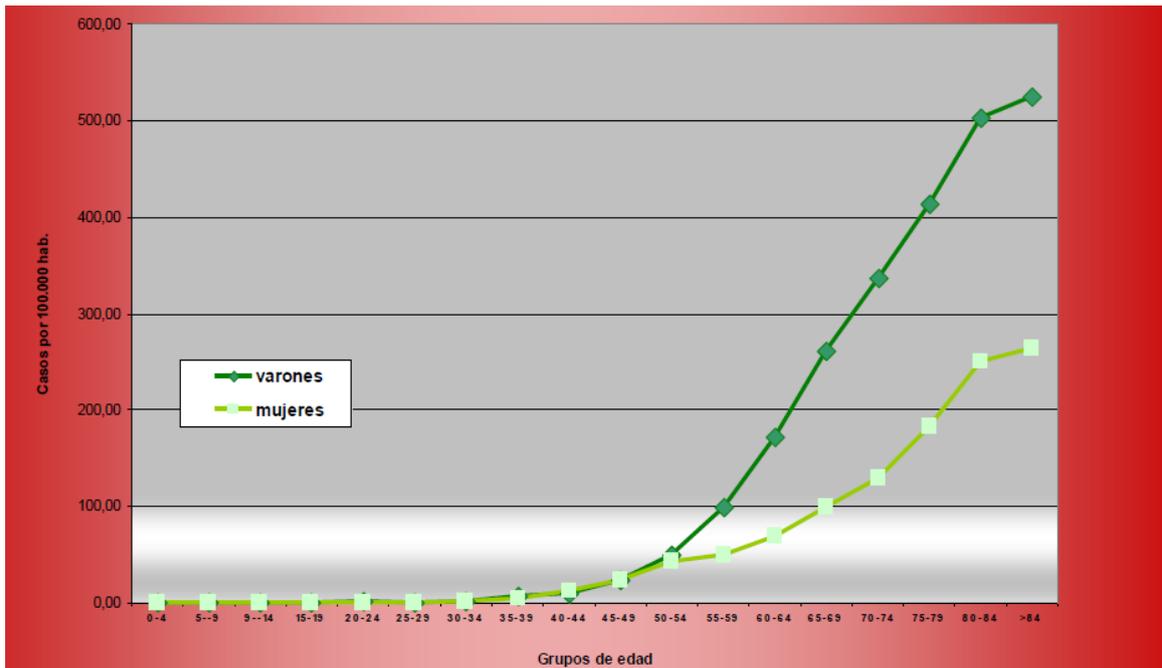


Gráfico 17. Incidencia de cáncer colorrectal, 1997-2011. Registro Poblacional de Tumores de Cantabria. (4)

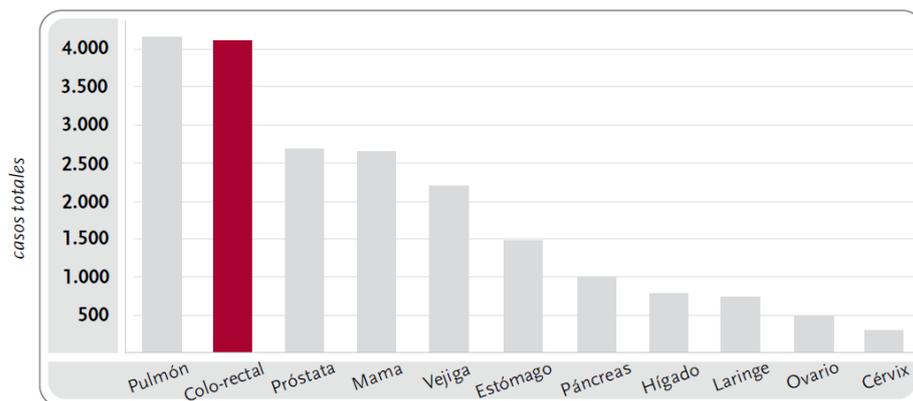


Gráfico 18. Incidencia de cáncer colorrectal en Cantabria, 1997-2008. Programa de detección precoz de cáncer colorrectal en Cantabria, Segunda Edición. (1)

FACTORES ASOCIADOS A LA NO PARTICIPACIÓN EN EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN CANTABRIA

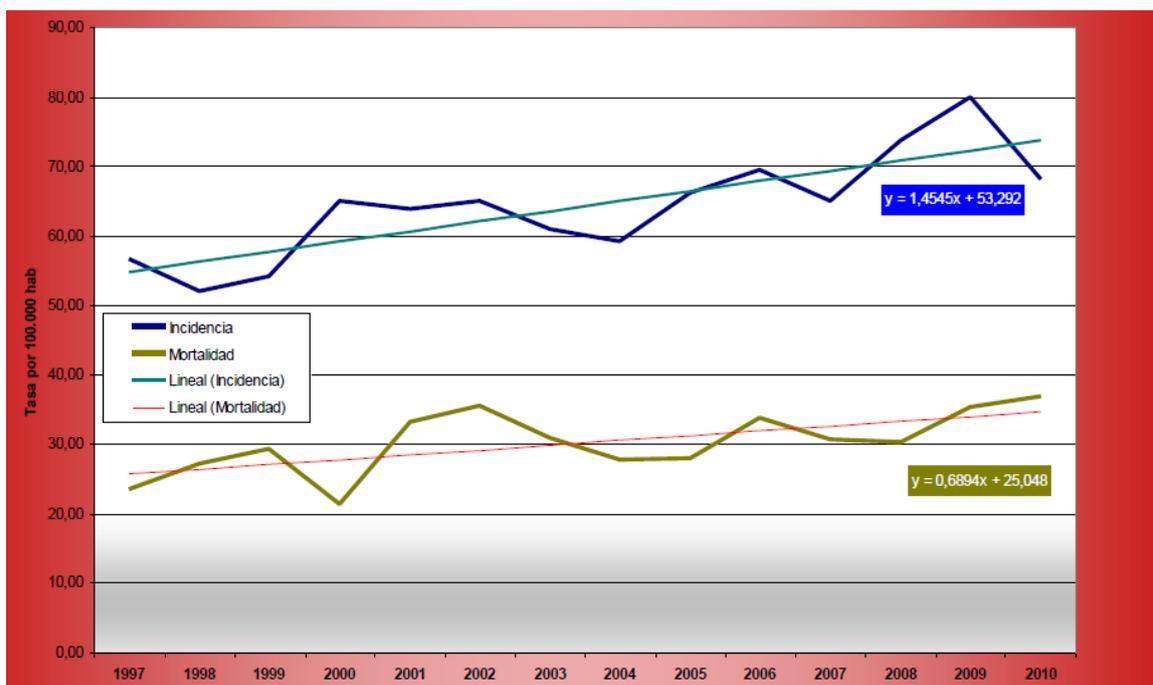


Gráfico 19. Evolución de las tasas de incidencia y mortalidad del cáncer colorrectal en Cantabria (1997-2011). Registro de Tumores de Cantabria. (4)

AÑO	COLON	RECTO	COLO-RECTAL	TASA BRUTA MORTALIDAD	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA RELATIVA
	Nº ABSOLUTO DE DEFUNCIONES			DEF./ 100.000 HABITANTES	% SOBRE TOTAL DEFUNCIONES	%SOBRE TOTAL DEF. POR CÁNCER
1997	89	36	125	23,89	2,48	9,47
1998	112	34	146	27,89	2,84	11,48
1999	121	34	155	29,33	2,88	12,02
2000	105	43	148	27,86	2,77	10,86
2001	125	50	175	32,55	3,37	12,23
2002	140	53	193	35,59	3,57	13,11
2003	121	47	168	30,56	3,04	11,85
2004	104	43	147	26,5	2,77	10,26
2005	111	45	156	27,74	2,84	11,46
2006	150	48	198	34,85	3,55	13,28
2007	125	44	169	29,50	2,98	11,12
2008	133	45	178	30,58	3,17	11,92
TOTAL	1.436	522	1.958	29,77	3,03	11,61

Tabla 2. Mortalidad por cáncer colorrectal en Cantabria, 1997-2008. Programa de detección precoz de cáncer colorrectal en Cantabria, Segunda Edición. (1)

2.5. CONCLUSIONES SOBRE EL IMPACTO DEL CÁNCER COLORRECTAL A NIVEL MUNDIA, EUROPEO, NACIONAL Y REGIONAL

Después de revisar buena parte de la información disponible sobre el impacto de esta enfermedad en las diferentes escalas (mundial, europea, nacional y regional) no cabe ninguna duda de que se trata de un importante problema de salud pública, como reflejan las tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad que tiene esta enfermedad en la actualidad y el elevado coste del tratamiento de cada caso, estimado en más de 28.000 €/paciente, sin contar el coste de los fármacos en pacientes de enfermedad avanzada. Todo ello hace que sea reconocido actualmente como una prioridad en Salud Pública y un factor a tener muy en cuenta para la sostenibilidad del sistema sanitario en su conjunto.(1)

En consecuencia, la detección precoz de cáncer de colon representa una prioridad de acción y así ha sido reconocida por todos los estamentos sanitarios (tanto autonómicos como nacional) que se ha materializado en la Cartera de Servicios Comunes al Sistema Nacional de Salud y el cribado reconocido como coste-eficaz tanto en población de alto riesgo como en población general.(6,7)

Así mismo, el método de la realización de prueba de sangre oculta en heces periódicamente (cada uno o dos años) mediante método inmunológico es coste-efectiva a partir de los 50 años y el coste incremental de la prueba de detección frente al no cribado resulta menor de 2.200 € por cada “año de vida, ajustado por calidad” ganado. (6)

El NICE (Instituto Nacional de Salud Pública y Excelencia Clínica británico) propone que deben considerarse coste efectivas todas aquellas tecnologías que conlleven un beneficio a un coste inferior a 34.000€ por año de vida ganado ajustado por su calidad.(8)

2.6. LOS PROGRAMAS DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER COLORRECTAL

La OMS definió en 1957 el cribado como: “identificación presuntiva, con la ayuda de pruebas, exámenes u otras pruebas susceptibles de aplicación rápida, de los sujetos afectados por una enfermedad o por una anomalía que hasta entonces había pasado desapercibida”. (9)

En España, la ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, refiere el cribado como “aquellas actividades orientadas a la detección precoz de la enfermedad, su diagnóstico y tratamiento temprano, que se ofrecen activamente al conjunto de la población susceptible de padecer la enfermedad, aunque no tenga síntomas ni haya demandado ayuda médica”. (10)

Por lo tanto podemos decir que el cribado es una medida de prevención secundaria que tiene como objetivo disminuir la incidencia de complicaciones secundarias a una enfermedad, así como reducir la mortalidad por dicha enfermedad y aumentar la calidad de vida de las personas afectadas por la misma.

Una prueba de cribado debe cumplir unos requisitos, tal y como se expone en el documento marco sobre cribado poblacional elaborado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estos requisitos son los siguientes (11):

- La prueba de cribado debe ser rápida, segura y fácil de realizar.
- Debe ser válida, fiable y eficiente, introduciendo también los conceptos de sensibilidad, especificidad y valor predictivo.
- Tiene que ser una prueba bien aceptada por parte de los profesionales y los pacientes.
- Por último, debe tener una buena relación coste-efectividad.

Para desarrollar actuaciones de cribado poblacional en Salud Pública, el problema de salud debe cumplir como mínimo dos requisitos fundamentales: ser verdaderamente un problema de salud pública y disponer de una técnica de diagnóstico precoz suficientemente sensible y específica. El cáncer colorrectal reúne estas dos características.(11)

Por ello, el Consejo de la Unión Europea, a propuesta de la Comisión, recomienda el cribado de cáncer colorrectal mediante el test de sangre oculta en heces (SOH), en

hombres y mujeres, como indica el Código Europeo contra el cáncer. Además diversas sociedades científicas (como la OMS, la US Preventive Services Task Force, la US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, la American Gastroenterology Association, la Canadian Task Force, la American Cancer Society, el American College of Radiology, el Centro Cochrane Iberoamericano, y en España la Estrategia Nacional de Cáncer del Sistema Nacional de Salud en 2006, la Asociación Española de Gastroenterología y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria), aunque normalmente este test se llevaba a cabo en la población de entre 55 y 69 años, han recomendado su cribado a partir de los 50 años, ya que en los últimos años ha aumentado la incidencia de cáncer colorrectal en las edades comprendidas entre los 50 y 55 años. (1,3).

Además existe una fuerte evidencia en cuanto a la detección precoz del cáncer colorrectal mediante el test de sangre oculta en heces (SOH), recomendado por el Consejo de la Unión Europea, que se muestra también en estudios como algunos realizados en los últimos años en Polonia (12), China(13), Australia(14) y España(15), entre otros.

Parece bien establecido, por los estudios de biología molecular, un componente genético en el cáncer colorrectal. No obstante la dieta es el determinante más importante del riesgo de padecerlo. Existen evidencias de que las dietas con elevadas calorías y grasas, así como un bajo consumo de frutas, verduras, fibra y calcio, se relacionan con un mayor riesgo de padecer neoplasias de colon. Otros trabajos relacionan este mayor riesgo con el consumo de carnes, de alcohol y tabaco, con la escasa actividad física, la obesidad y el pequeño consumo de vitamina C, y sugieren una asociación negativa (menor riesgo), con el elevado consumo de fibra, frutas, vegetales, así como el uso de aspirina y otros antiinflamatorios no esteroideos. (16)

Por otro lado, la mayoría de los cánceres colorrectales se desarrollan sobre lesiones precursoras (pólipos adenomatosos) tras 10-15 años de evolución. Este es un aspecto sumamente importante, ya que aproximadamente el 10% de las personas entre 50 y 70 años tienen pólipos, hasta el 60% de las personas octogenarias y hasta el 70% de las necropsias. Pero menos del 10% de los pólipos se malignizan, muchos de ellos pueden incluso tener recidivas y desaparecer. De hecho, los pólipos de un tamaño menor de 10mm son considerados, cada vez más, sin significado clínico y sin posibilidad de degeneración maligna. (16,17)

Está demostrado que la incidencia de carcinoma disminuye en los 6 años posteriores a la extirpación de los pólipos en un 88-90%. La tercera parte de los carcinomas conviven con pólipos adenomatosos. En relación a la edad, la incidencia máxima de estos pólipos ocurre entre 5 y 10 años antes que la incidencia máxima de los carcinomas. El hemicolon izquierdo y el recto son las zonas con mayor incidencia de adenomas de mayor tamaño y de carcinomas. En las formas familiares y la enfermedad inflamatoria intestinal, la neoplasia casi siempre se desarrolla sobre un pólipo preexistente. Los carcinógenos usados en experimentación animal provocan tanto pólipos como carcinomas. En ambas patologías son comunes determinadas alteraciones genéticas, cromosómicas y de oncogenes. (16,18,19)

Todo lo referido anteriormente permite organizar el abordaje de la prevención de este tipo de cáncer, tanto primaria (reducir la incidencia mediante la dieta y los hábitos de vida) como secundaria (diagnóstico en la fase presintomática, tanto en las familias de riesgo como en la población general, detectando los pólipos adenomatosos y los carcinomas in situ mediante cribado, y extirpándolos) de una manera eficiente. (19)

La prueba de detección precoz de sangre oculta en heces (SOH) como medida de prevención secundaria, es recomendada por el Consejo Europeo, está incluida en las estrategias del cáncer del Sistema nacional de Salud (SNS) y en la mayoría de planes oncológicos de las Comunidades Autónomas. (20,21)

2.7. TIPOS DE CRIBADO

El cribado es la identificación de una enfermedad no percibida, mediante la utilización de pruebas, exámenes u otros procedimientos que pueden ser aplicados de manera rápida y generalmente cómoda, con el fin de determinar la presencia de una enfermedad en o fase asintomática. Se diferencian dos tipos de cribados (3):

a) El masivo o poblacional, en el cual la población diana es toda la población. Además cumple unos criterios bien definidos y se basa en una prueba llevada a cabo por personal diferente al que realiza el tratamiento de la patología una vez detectada.

b) La búsqueda activa de casos. Este tipo de cribado se realiza entre los pacientes de la consulta de un médico concreto, el cual se responsabiliza del posterior seguimiento del paciente.

Desde el punto de vista de la Salud Pública el tipo de cribado que interesa es el cribado masivo o poblacional ya que permite influir en la epidemiología de la enfermedad al ser aplicado a poblaciones extensas, fomentando la equidad en el acceso a los procedimientos preventivos, sin depender del interés o las posibilidades de cada médico. (3)

Como se ha hecho referencia anteriormente, el cáncer colorrectal es susceptible de cribado poblacional, ya que cumple todos los requisitos postulados por la OMS (8): constituye un problema de salud importante, se conoce su historia natural, existe una fase inicial asintomática, existen criterios diagnósticos bien establecidos y su tratamiento es más efectivo cuando se diagnostica precozmente, lo que permite disminuir la mortalidad, Además probablemente también permita disminuir la incidencia al extirpar las lesiones precancerosas. (9)

Aunque el test de sangre oculta en heces es la prueba con mayor evidencia y mejor relación coste-efectividad para detectar la enfermedad con alta sensibilidad, especificidad y reproductividad, siendo además aceptada por la población y los sanitarios como una prueba con suficiente eficacia, efectividad y eficiencia; existen diferentes métodos diagnósticos que pueden emplearse, también, de forma aislada o asociados como: la sigmoidoscopia flexible, la colonoscopia, el enema de bario con doble contraste y la colonografía o colonoscopia virtual. (17)

El antiguo examen digital (tacto rectal) sólo detecta el 10% de las lesiones colorrectales (las muy distales que alcanza el dedo) y se carece de estudios sistemáticos que apoyen su efectividad, aunque sus partidarios argumentan que es una prueba sancionada por el uso durante años y que al menos sirve para detectar estos pocos casos sin coste alguno. También hay dudas sobre la técnica de determinar la sangre oculta en heces de una sola muestra obtenida tras la realización de un tacto rectal en la consulta. (17)

2.8. PRINCIPIOS DE CRIBADO DE LA POBLACIÓN

El objetivo del cribado en una población es descubrir una enfermedad latente en la población con el fin de detectarla en sus primeras etapas y poder tratarla adecuadamente antes de que represente una amenaza para el individuo y la comunidad. El cribado poblacional se dirige a una población sana (aparentemente), y

FACTORES ASOCIADOS A LA NO PARTICIPACIÓN EN EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN CANTABRIA

por lo tanto, sólo debe llevarse a cabo tras una minuciosa consideración de los daños y beneficios del mismo. (3)

En 1968, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el primer conjunto de principios para el cribado de la población. Estos eran (9):

1. La condición buscada debe ser un problema de salud importante para el individuo y la comunidad.
2. Debe ser un tratamiento aceptado o intervención útil para los pacientes con la enfermedad.
3. Las instalaciones para el diagnóstico y tratamiento deben estar disponibles.
4. No debe haber una etapa latente o sintomática temprana reconocible.
5. Debe haber una prueba de detección adecuada.
6. La prueba debe ser aceptable para la población.
7. La historia natural de la enfermedad debe entenderse adecuadamente.
8. Debe existir una política acordada sobre la prueba más acertada y quién será el personal cualificado que la lleve a cabo.
9. El costo debe ser equilibrado económicamente.
10. Debe ser un proceso continuo.

Estos principios fueron más tarde ampliados y más elaborados para la aplicación nacional de los programas de cribado en los Países Bajos (9):

1. El tratamiento que se inicie en una etapa inicial debe ser de más beneficio que el tratamiento se inicie más tarde.
2. El tiempo transcurrido entre la prueba y el resultado y entre el resultado y el tratamiento debe ser lo más corto posible.
3. El procedimiento de contratación no debe limitar a las personas en su libertad de participar o no en el programa de cribado.
4. Los participantes potenciales deben recibir información adecuada acerca de los pros y los contras de la participación.

5. Los beneficios y riesgos deben ser, también, bien conocidos por los proveedores de salud.
6. Se debe promover una amplia accesibilidad al programa mediante la educación pública, pero sin incluir un efecto de presión moral.
7. Deben existir garantía de calidad y control de calidad en todos procesos del programa.
8. Los programas de cribado son acciones concertadas que deben cumplir los requisitos de organización y de gestión.

Los principios anteriores se han tenido en cuenta en la política actual de la UE sobre el cribado del cáncer, que se establecieron en la Recomendación del Consejo sobre el cribado del cáncer de 2 de diciembre de 2003 (22). En este Consejo se muestra que la evaluación de la eficacia es una condición indispensable para la adopción del cribado, unida a otros aspectos como los efectos secundarios, los costes y las infraestructuras.

El cribado de la población es un proceso que comienza con la educación de la población acerca de la enfermedad, educación realizada por el colectivo de enfermería, y termina con el seguimiento y el tratamiento de los pacientes que han obtenido un resultado positivo en las pruebas. La garantía de calidad y control constituye un aspecto crucial en este proceso, para lo cual existen unas directrices de garantía europeas de calidad en cribado y diagnóstico del cáncer colorrectal dirigidas a los responsables políticos europeos, los especialistas en salud pública, los directores de programas y profesionales que participan en la prestación de estos servicios, la población invitada a asistir a la detección y cualquier individuo interesado. En estas directrices quedan reflejadas las cuestiones esenciales de este cribado, las normas y procedimientos de la calidad, seguridad y las mejores prácticas que deberían ser tenidas en cuenta en la gestión y establecimiento de los programas de cribado de cáncer colorrectal en los Estados que pertenecen a la Unión Europea. (9,23,24)

Para lograr el beneficio de la detección de este cáncer, la calidad debe ser óptima en cada paso del proceso, incluyendo la información, identificación e invitación personal de la población susceptible de cribado, así como el rendimiento de la prueba, si fuese necesario el estudio de las lesiones detectadas, el tratamiento, la vigilancia y el posterior cuidado. Para conseguir este grado óptimo de calidad en cada una de las partes del proceso, es necesario que se lleve a cabo un enfoque integral. (24)

Además de los principios fundamentales de la garantía de calidad anteriormente mencionados en la aplicación de los programas de cribado de cáncer, la Recomendación del Consejo y de la garantía de calidad europea directrices tratan con otros elementos esenciales, tales como el registro, la supervisión y la formación. (24)

Para lograr todo esto, es necesario la implementación de programas con un alto grado de organización, con el fin de identificar e invitar personalmente a cada uno de los individuos susceptibles de la población, para reducir así las desigualdades en salud, dando a todos la misma oportunidad de beneficiarse del programa. (24)

En consecuencia, todos estos esfuerzos contribuyen a la mejora del rendimiento del cribado y el impacto del mismo, así como la mejora del diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad sintomática. (24)

Hay que hacer hincapié en que este proceso está dirigido a la detección de la población en riesgo promedio de padecer cáncer colorrectal, no para aquellos que presentan un alto riesgo, para los cuales existen otros protocolos.

El 2 de Diciembre de 2003, los Ministros de Salud de la Unión Europea aprobaron por unanimidad una serie de recomendaciones sobre el cribado de este cáncer. En este Consejo se explican las mejores prácticas en la detección temprana del cáncer colorrectal y pide a los Estados miembros de la Unión Europea tomar medidas comunes para poner en práctica este programa de cribado con un enfoque basado en la población organizada, garantizando la calidad adecuada, haciendo hincapié en la necesidad de una comunicación eficaz con el fin de llegar a todos los grupos de la población incluyendo los grupos menos favorecidos socioeconómicamente. (Parlamento Europeo 2004; Parlamento Europeo de 2006; el Parlamento Europeo 2008, Consejo de la Unión Europea 2008; Consejo de la Unión Europea 2010, Comisión Europea 2009). Además debe incluir una adecuada información sobre los riesgos y beneficios del cribado. (22,23,24,25,26,27,28,29)

2.9. REQUISITOS PARA EL CRIBADO ORGANIZADO

La Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC) ha definido un programa de cribado organizado como aquel que cumple las siguientes características (1):

FACTORES ASOCIADOS A LA NO PARTICIPACIÓN EN EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN CANTABRIA

1. Una política explícita con las categorías de edad específicas, método y el intervalo para el cribado.
2. Una población diana definida.
3. Un equipo de gestión responsable para su aplicación.
4. Un equipo de atención de salud para las decisiones y la atención.
5. Una estructura que asegure la calidad.
6. Un método para identificar la ocurrencia de cáncer y la muerte en la población.

Para la organización de un nuevo programa de cribado, por lo tanto, deben ser considerados los siguientes aspectos fundamentales (1):

1. El marco legal para la identificación y el seguimiento de la población.
2. La disponibilidad y exactitud de los datos epidemiológicos necesarios sobre la cual se basa la decisión de comenzar la investigación.
3. La disponibilidad y accesibilidad a los datos demográficos esenciales para identificar la población diana y establecer un sistema de invitación.
4. La disponibilidad y accesibilidad a los servicios de calidad garantizada para el diagnóstico y tratamiento de cáncer colorrectal y sus precursores.
5. Los esfuerzos de promoción para fomentar la participación en el programa.
6. Una relación de trabajo con los Registros locales de cáncer y las causas de muerte, con el fin de incluir ajustes en el programa para asegurar la evaluación y seguimiento de las causas de muerte a nivel individual.

La evaluación e interpretación de los resultados de todo el programa de cribado van a ser afectados por estos aspectos. Se reconoce que el contexto y la logística de un programa de cribado será diferente dependiendo de cada país, e incluso por regiones, lo que explicará la diferencia de resultados. La existencia previa de un registro de la población, por ejemplo, facilita la emisión de las invitaciones personalizadas. En consecuencia, el cribado organizado ofrece una mayor protección contra los daños de la selección, incluyendo el exceso de cribado, de mala calidad y complicaciones de detección, incluyendo pobres seguimiento de participantes con resultados positivos.(24)

2.10. VALOR DE LA PRUEBA DE SANGRE OCULTA EN HECES COMO PRUEBA DE CRIBADO

Se estima que la reducción de la mortalidad por cáncer colorrectal mediante cribado de sangre oculta es de un 16% (RR:0,84; IC: 95%: 0,78-0,91). En un estudio clínico aleatorio llevado a cabo en Minnesota por Mandel y cols sobre 46.000 pacientes, se muestra la reducción de la mortalidad en un 33% con el cribado anual (RR: 0,67; IC: 95%: 0,5-0,87) y en un 21% con el bienal, continuando esta disminución a los 18 años de seguimiento. Además, este estudio también muestra una reducción en la incidencia de cáncer colorrectal del 20% con el cribado anual, del 18% con el cribado bienal y del 68% (hasta del 90% en otros estudios) en los polipectomizados. (16,18,19)

Un programa de salud pública debe ser efectivo y eficaz. La efectividad hace referencia al resultado de la aplicación de dicho programa a gran escala en la población, en condiciones reales; mientras que la eficacia hace referencia a los estudios que se realiza en condiciones clínicas más controladas. Además la efectividad de un programa está determinada por el valor predictivo de la prueba de cribado, el cual depende a su vez de su sensibilidad, especificidad y de la prevalencia de la enfermedad. Depende también de la cobertura y adhesión al mismo, influidas por la aceptación de la población; de la disponibilidad y seguridad de las pruebas de diagnóstico confirmatorio y de la eficacia de los tratamientos.(3)

El valor predictivo positivo (VPP) representa al porcentaje de personas en las que finalmente se diagnostica cáncer colorrectal respecto a todos los que obtuvieron resultado positivo en el test de cribado de sangre oculta en heces. Por lo tanto, indica la probabilidad que existe de que una persona que haya obtenido resultado positivo en la prueba de cribado padezca finalmente la enfermedad. El porcentaje restante, hasta el 100%, son los “falsos positivos”.(3)

Es importante estimar el valor predictivo positivo, ya que nos permite conocer las pruebas complementarias que será necesario realizar para confirmar el diagnóstico, así como los tratamientos que se derivarán del programa de cribado, y por lo tanto, prever los recursos necesarios. (3)

Es plausible pensar que el cribado que se realiza con el fin de detectar y tratar precozmente los tumores colorrectales disminuya la mortalidad por este tipo de cáncer

FACTORES ASOCIADOS A LA NO PARTICIPACIÓN EN EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN CANTABRIA

en las poblaciones cribadas. Sin embargo, la efectividad del programa depende mucho de la participación en el mismo, lo que se conoce como “tasa de participación”, la cual depende directamente de la “tasa de cobertura”. Por esto la participación en los programas de cribado debe convertirse en una preocupación esencial (1,3,5).

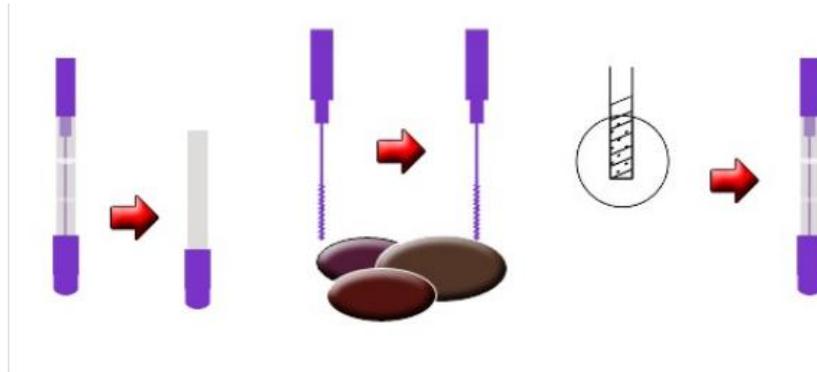


Gráfico 20. Test de Sangre Oculta en Heces (TSOH)

2.11.APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE CRIBADO

El cribado organizado del cáncer colorrectal es un proceso de varias etapas, en las cuales se incluyen (3):

1. Identificación de la población diana.
2. El reclutamiento de sujetos elegibles.
3. Entrega de la prueba de detección.
4. Informes de resultados de las pruebas de detección.
5. Tranquilizar a las personas que obtengan sus resultados y dar información sobre el calendario de las próximas pruebas rutinarias.
6. Retirara a las personas con prueba de detección insatisfactoria/ inadecuada.
7. El seguimiento de las personas con pruebas positivas, es decir, llevar a cabo los procedimientos diagnósticos y tratamiento necesarios.

8. Registro, seguimiento y evaluación de todo el programa.

2.12.LA PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS DE CRIBADO

De la tasa de participación va a depender la reducción de la mortalidad por esta causa y si bien se establece en el 40% la participación efectiva para poder apreciar este indicador, la recomendación en los programas de cribado es alcanzar el 65-70% de participación para que la reducción de la mortalidad pueda calificarse de realmente significativa y asociada al programa.(1,3)

La planificación y ejecución de los programas de detección deben tener en cuenta aspectos culturales, de comportamiento, factores económicos y de organización en aras de una accesibilidad equitativa a la prueba como elemento clave para contribuir a la reducción de las desigualdades sociales en cáncer y consecuentemente en salud. (1)

BARRERAS

Varios factores de los que influyen en la participación, se han identificado en relación con las características del individuo y la organización de la intervención y el conocimiento, así como con las actitudes y la práctica del proveedor del programa (Vernon 1997; Jepson et al. 2000). Existe una gran variabilidad en los hallazgos sobre los factores determinantes y las barreras de la participación en los programas de cribado, debidos probablemente a las diferentes condiciones en las que se llevaron a cabo las intervenciones.(24,29)

La organización de los servicios de salud aparece como un importante factor determinante en la tasa de participación de la mayoría de los países. La falta de cobertura y el costo de la prueba han sido identificados como las principales causas negativas de la no participación en las pruebas de detección. Además, la explicación más probable de falta de participación en las clases socioeconómicas más bajas es la falta de recursos. Otros factores relacionados a la organización de los servicios de salud fueron la cantidad de tiempo requerido para llevar a cabo el cribado, la distancia hasta el lugar de realización de la prueba y la falta de recomendación médica. (24,29)

FACTORES ASOCIADOS A LA NO PARTICIPACIÓN EN EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN CANTABRIA

El conocimiento sobre la prueba, los beneficios percibidos por este cribado y la motivación para la realización del mismo se asociaron con una mayor participación en la mayoría de los estudios. Por otro lado, la preocupación por el dolor, la incomodidad o la vergüenza relacionada con la realización de la prueba, así como el miedo a los resultados fueron asociados a una baja participación en la prueba. (24,29)

Se han obtenido diferencias en cuanto a la edad y al género en el cribado del cáncer colorrectal, existiendo, en la mayoría de los estudios, una tendencia a la disminución de la participación según va aumentando la edad. Además, las mujeres preferirían el cribado mediante el test de sangre oculta en heces, mientras que los hombres preferirían la detección endoscópica. (24,29)

Probablemente el apoyo de otra persona esté también relacionado con una participación positiva en este cribado. Esta situación puede apreciarse, sobre todo, en el matrimonio, en el que suelen ser las mujeres las que apoyan a los hombres en la participación ya que la mayoría de ellas tendrá experiencias previas de cribado (cáncer de mama, cáncer de cuello de útero). (24,29)

LAS INTERVENCIONES PARA PROMOVER LA PARTICIPACIÓN

Se evaluó la eficacia de varias estrategias de mejora de la participación en los programas de cribado, mediante una revisión sistemática en la que se plantearon: medidas reglamentarias y legislativas (fuera de la atención sanitaria), incentivos financieros a los proveedores o a los pacientes, cambios en la organización sanitaria (cambios en los procedimientos clínicos o en las instalaciones e infraestructuras), recordatorios, educación y materiales visuales. (29,30)

El más efectivo de todos ellos fue la implementación de los cambios organizativos, que hizo la prestación de este servicio de los programas de cribado una parte rutinaria de la atención al paciente, por parte del personal de enfermería, reduciendo de este modo los costos tanto para el individuo como para el sistema sanitario, el cual se ahorrará el sistema de recordatorios. (29,30)

ELIMINACIÓN DE BARRERAS FINANCIERAS

Diversos estudios experimentales muestran como el fomento de la captación de los grupos de población hace que se reduzcan gastos económicos. El envío del material informativo y para la realización de la prueba de sangre oculta en heces mediante un

FACTORES ASOCIADOS A LA NO PARTICIPACIÓN EN EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN CANTABRIA

sobre prefranqueado para el retorno de la muestra, dio como resultado un aumento en la participación de este programa de cribado. (29)

Algunos de los factores que con más frecuencia se han asociado a una alta participación son (3,5,11):

- la presencia de síntomas
- los antecedentes familiares
- los recuerdos postales o telefónicos a los pacientes
- los test de cribado de una sola muestra
- la participación en vueltas anteriores del cribado
- la implicación personal sanitario

Por el contrario, entre los factores que se han asociado a una baja participación se encuentran (3,5,11):

- la falta de tiempo (argumentada por el 30% de los no participantes)
- la distancia mayor de 30 minutos hasta el lugar de realización del test de cribado
- encontrarse bien de salud (asintomático)
- el hábito tabáquico (que ya de por sí, indicaría un mal hábito de salud)
- la ansiedad o las complicaciones prácticas de la realización

No se han asociado significativamente a una mayor o menor participación, ni el sexo, ni el estado socioeconómico, ni el estar activo o jubilado. Sin embargo hay una ligera tendencia a una mejor participación en hombres y mujeres según va aumentando la edad, hasta los 69 años, a partir de los cuales disminuye. Algunos problemas organizativos pueden estar subyacentes a la baja participación. Por ejemplo, en un estudio de Italia la tercera parte de los que no participaron fue porque no habían recibido la carta de invitación, lo que plantea problemas de equidad en el acceso y resalta la importancia de las bases de datos. En la siguiente tabla se muestran las razones de no participación en la citada muestra de pacientes de los alrededores de

FACTORES ASOCIADOS A LA NO PARTICIPACIÓN EN EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN CANTABRIA

Roma (600 casos y 600 controles), entre los que sí habían recibido la carta de invitación (21).

Razones de no participación en el cribado*.

Razón argumentada	%
No declarada	39,2
Falta de tiempo	30,8
Encontrarse bien de salud	7,9
Estar enfermo	6,2
Imposibilidad de contactar con el sanitario	4,0
Ya hecho	4,0
No quiere participar	3,1
Ansiedad ante lo que se detecte	2,6
La carta de invitación no era clara	2,6
Molestias por la ejecución del test (tener que entregar heces, etc.)	2,6
Fuera del domicilio	1,8
Temor sobre los riesgos del test	1,3
Descuido	1,3
Haber sido aconsejado negativamente	0,4
Sangrado por hemorroides	0,4

*Algunas personas argumentaron más de una razón.

Tabla 3: Razones de no participación en el cribado de cáncer colorrectal. (21)

Algunas de las razones de esta no participación pueden ser solventadas con una buena organización y una adecuada información, como las dos primeras (falta de tiempo y encontrarse bien de salud), lo que revela una percepción errónea de la susceptibilidad y del objetivo de un cribado, que consiste en detectar patologías en la

FACTORES ASOCIADOS A LA NO PARTICIPACIÓN EN EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN CANTABRIA

fase asintomática. Además suele haber siempre un pequeño porcentaje de pacientes que recogen la muestra pero finalmente no la entregan.(21)

En la aceptación del cribado también es importante tener en cuenta las preferencias de los usuarios. En un estudio se les ofreció información de 5 estrategias (sangre oculta anual, sigmoidoscopia cada 5 años, combinación de las dos, colonoscopia cada 10 años o enema baritado de doble contraste cada 5-10 años), y el 43% prefirió la sangre oculta anual, el 40% la colonoscopia cada 10 años, repartiéndose el 17% entre las restantes estrategias. Y en otro estudio la simplificación de la técnica de recogida de las heces mejoró la participación un 66%(33).

Curiosamente, y contra lo que cabría esperar, el conocimiento público de los efectos favorables de las primeras rondas del cribado en la misma población, no tiene un efecto motivador de la participación, como se ha comprobado en Francia y en el Reino Unido. (33)

En el contexto del programa de prevención del cáncer colorectal de la Comunidad Valenciana, se llevó a cabo un estudio, el cual se trata de un programa organizado que se inició en 2005 y que se está implantando progresivamente. Este programa va dirigido a hombres y mujeres de 50 a 69 años asintomáticos y la prueba de cribado es el test de sangre oculta en heces (TSOH) de forma bienal. El sistema de invitación al programa consiste en el envío de una carta nominal al domicilio de cada persona, acompañada de un tríptico informativo y una tarjeta de aceptación. Las personas que acepten participar deben enviar por correo postal franqueado la tarjeta de aceptación para recibir en su domicilio el material e instrucciones necesarias para la recogida de la muestra de heces, que posteriormente, deberá ser entregada en el Centro de Atención Primaria que les corresponda, en las urnas habilitadas al efecto. La fuente de donde se obtiene los datos de población es el Sistema de Información Poblacional (SIP) que incluye a toda la población empadronada en la Comunidad Valenciana (35).

2.13.EL PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL EN CANTABRIA

En nuestra Comunidad Autónoma existe el Programa de detección precoz del cáncer colorrectal, desde el año 2008, actualizado en el año 2011 (3), que va dirigido a la población diana de Cantabria, hombres y mujeres de entre 55 y 69 años, aunque como se ha dicho anteriormente diversas sociedades científicas recomiendan el cribado a partir de los 50 años. (3)

El año 2012 ha sido el primero en el que este Programa de detección precoz de cáncer colorrectal ha estado dirigido a toda la población diana de Cantabria (3). Por razones estratégicas con el fin de posibilitar esta ampliación de la cobertura al total de la Comunidad, se optó por la realización de una prueba de sangre oculta en heces de carácter cualitativo en los centros de salud por parte de personal de enfermería a partir de la muestra recogida por el paciente. La prueba está basada en una reacción inmunoquímica que reacciona ante la presencia de una determinada concentración de hemoglobina humana (con una técnica similar a una prueba de embarazo). (3)

Debido a una serie de problemas detectados en los resultados de los kits utilizados hasta la fecha, actualmente se está planificando el paso a una prueba de carácter cuantitativo que se recogerá en los centros de salud y se analizará de manera centralizada en un solo laboratorio para toda la comunidad.(3)

Este cambio de técnica no debiera originar consecuencias sobre la participación ya que no va a suponer una influencia significativa sobre la invitación a participar ni la aparición de alguna barrera para la aceptación y participación efectiva. (3)

En la actualidad, todas las personas que cumplen años dentro del margen de actuación establecido para el programa (en principio de 50 a 69) son invitados personalmente mediante una carta y folleto recibidos en su domicilio. Aquellas personas que deciden participar se han dirigido a su Centro de Salud para realizarles una anamnesis dirigida (detección de antecedentes personales y/o familiares de cáncer de colon) así como la entrega del kit de recogida de muestras y la explicación del procedimiento. (3)

A continuación deberá acudir al Centro de Salud con la muestra recogida y personal de enfermería realiza la prueba sobre la muestra e informa del resultado unos minutos después. En caso de dar negativo, será invitado nuevamente dentro de 2 años. Si

resulta positivo pasa directamente a consulta con su médico con el fin de serle indicada una colonoscopia y conseguir la aceptación de la misma siendo remitido al servicio de Digestivo del hospital de referencia que le corresponda. (3)

Los resultados de la colonoscopia y, en su caso, de los resultados de la anatomía patológica de las lesiones extirpadas son informadas por el propio Servicio de Digestivo con quien pasará a integrarse en su seguimiento personalizado, derivado de sus antecedentes personales, familiares y clasificación de las lesiones encontradas durante la colonoscopia.(3)

INCIDENCIAS EN EL DESARROLLO DE LA PRUEBA DE SANGRE OCULTA EN HECES

A lo largo del desarrollo del programa, se han detectado una serie de problemas técnicos en origen del kit empleado, así como errores de fabricación y procesado de la prueba, así como de los tiempos de lectura efectiva, que están generando situaciones variables de sensibilidad de la prueba en su utilización con la consiguiente pérdida de fiabilidad de la prueba. (3,35)

Así, durante el año 2012 la sensibilidad real de la prueba (kit comercial FOB-20 de la empresa Francisco Soriano Melguizo S.A.) presentaba en realidad una menor sensibilidad (tasa de positividad en torno al 2%) , lo que generó una reducción del número de casos positivos casi a la mitad y, una vez detectado este error, fue retirado su uso y se optó por repetir la prueba a 7000 personas que con las que se había utilizado el test FOB 20 entre los meses de febrero y agosto de 2012 en Cantabria para, de nuevo realizarles la prueba con el test validado (HEMOTEST). (3,35)

Posteriormente (parte del año 2013 y del 2014) el problema surgido fue el contrario y durante un determinado período el HEMOTEST, por motivos técnicos de origen, presentaba un umbral de detección inferior al establecido de referencia y ello generó una sensibilidad de la prueba mayor de la prevista generando una tasas de positividad en torno al 12-18%, muy superior al establecido como referencia para un cribado poblacional (en torno al 4-6%) con el consiguiente exceso de demanda de colonoscopias y el incremento desproporcionado del coste del programa en su desarrollo. (3,35)

Y el interés de señalar estas dos incidencias es debido a que uno de los factores esenciales del valor de utilidad de la prueba es su correcta realización por parte del personal sanitario responsable de su ejecución. En este caso, el personal de

enfermería, que en este programa de prevención lleva la mayor parte del peso durante el cribado pues realiza tanto la anamnesis personal como la prueba en sí de sangre oculta en heces. (3,35)

Las normas de procedimientos, el prospecto del producto y la homogeneidad de realización no siempre han estado aseguradas a pesar del protocolo redactado para esta prueba, máxime cuando entre la realización de la prueba mediante un test u otros, es muy similar, aunque no exactamente igual. Y al cambiar el FOB por el Hemotest, hay constancia de que determinados profesionales han seguido efectuando el test. (3,35)

PREVISIONES RESPECTO A LA PRUEBA DE SANGRE OCULTA EN HECES

Según la información transmitida directamente desde los equipos técnicos de seguimiento del programa de cribado de cáncer colorrectal del Servicio de Salud Pública y Servicio Cántabro de Salud, a la vista de las dificultades surgidas para disponer de un kit comercial con las suficientes garantías de fiabilidad en cuanto a su sensibilidad, tanto por las diferencias de umbral de detección como de otras de índole práctico por parte del personal que lo realiza (especialmente derivado del tiempo de lectura y de la interpretación de propia visualización de las coloración del resultado colorimétrico) detectados en los resultados de los kits utilizados hasta la fecha, se ha optado por pasar a una prueba de carácter cuantitativo, con el consiguiente proceso de adaptación a los nuevos requisitos de realización de la prueba en sí y de la logística de transmisión de muestras y datos de resultados. (3,35)

En el momento en que se implante la prueba cuantitativa, los participantes en el programa de cribado deben acudir al centro de salud, tras recibir en su domicilio la carta de invitación personal, con el fin de serles realizada la anamnesis de antecedentes personales y familiares así como entregar el kit de recogida de la muestra y explicar cómo debe realizarla. (3,35)

La muestra se deberá entregar en el centro de salud en una segunda visita, como si de cualquier otra muestra biológica se tratase (al personal de extracciones) y será enviada hasta el laboratorio de procesado por el conducto habitual de cualquier muestra biológica. Inicialmente se realizará de manera centralizada en el laboratorio de análisis clínicos del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. (3,35)

A continuación se remitirán los resultados a través de los sistemas informático hasta las historias clínicas de los pacientes en Atención Primaria (OMI) pero la información del resultado a las personas participantes será realizada mediante carta personalizada al mismo domicilio de la invitación (estando en estudio la opción de sistemas alternativos de mensaje al teléfono móvil o por correo electrónico). (3,35)

La adaptación a la utilización de una prueba de carácter cuantitativo no debiera afectar significativamente a la dinámica de programa, pero el hecho de que ya no se pueda realizar el acto de “detección de sangre oculta en heces” en el propio centro y en el momento de la entrega de la muestra (es decir, en la segunda visita de la persona participante) sí puede suponer un esfuerzo añadido y una exigencia mayor en la disponibilidad del participante que pudiera afectar de alguna manera a la participación.(3,35)

2.14.CAUSAS DE LA NO PARTICIPACIÓN EN CANTABRIA

En Cantabria no se ha realizado hasta la fecha un estudio exhaustivo sobre las causas de no participación en el Programa de Cribado de cáncer colorrectal y, aunque las tasas de participación efectiva se encuentran dentro de unos rangos calificables como aceptables para una fase de inicio y generalización hasta su completa implantación, se observa un cierto estancamiento en la deseable progresión de la participación para aproximarse a las tasas de participación del otro gran programa de cribado de cáncer existente en la Comunidad (ciertamente desde bastantes años más) como es el de mama.(3)

Por ello sería pertinente plantearse la realización de una encuesta sobre una muestra representativa de la población invitada que no se ha realizado la prueba de sangre oculta en heces mediante la aplicación de un cuestionario semiestructurado realizado de forma telefónica / por correo postal / on-line a través de Internet.

En este aspecto hay que destacar, sobre todo, la importancia de los colectivos de Atención Primaria, sobre todo de enfermería, que además de ser la encargada de dar la información, las pautas necesarias para la realización de la prueba de detección precoz de SOH, el material y recoger la muestra para su posterior análisis, es también

FACTORES ASOCIADOS A LA NO PARTICIPACIÓN EN EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN CANTABRIA

el pilar imprescindible a la hora de la percepción y la sensibilización de la población.
(35)

Teniendo en cuenta la importancia de este cribado y la sencillez de la prueba que se ofrece (SOH), sorprende la escasa participación que figura en el Informe del año 2012 del Programa de Cribado de Cantabria, de un 31,09% de personas que se han realizado la prueba, en comparación con el estándar de la Guía Europea y Red Nacional de Cribados, que establece el 45% como aceptable y el 65% como deseable.(3)

En resumen, la magnitud de las cifras actuales, la tendencia ascendente en los últimos años a nivel nacional, europeo y mundial, la alta letalidad al estar detectándose en fases avanzadas y la evidencia del beneficio de realizar estrategias de detección precoz, hacen del cáncer colorrectal un problema susceptible de intervención desde el punto de vista de Salud Pública.

Identificar las causas de esta baja participación, para después intervenir sobre ellas favorecería tanto al programa como a la población de Cantabria en términos de Salud Pública.

En la tabla siguiente se aprecia las diferencias en las tasas de participación del conjunto nacional y de varias comunidades autónomas comparadas con Cantabria.

	2009	2010	2011	2012
Nacional	41,96	46,97	45,70	50,48
Cantabria	31,53	24,82	31,41	31,09
País Vasco	58,03	65,15	65,78	67,50
Murcia	44,76	46,87	50,90	51,34
Cataluña	30,07	44,59	40,73	47,61
Comunidad Valenciana	46,67	36,76	39,65	41,43
Canarias	25,13	37,37	41,04	39,04

Tabla 4. Tasas de participación en el cribado de cáncer colorrectal en diferentes comunidades autónomas. Fuente: Red de Programas de Cribado de cáncer. (34)

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Después de describir en profundidad los factores que pueden influir tanto en la accesibilidad al programa de cribado como a decisión de participar o no, se plantea la necesidad de conocer con detalle las circunstancias que hacen que una persona que ha recibido la carta de invitación para realizarse la prueba de sangre oculta en heces, finalmente no acuda al centro de salud para llevarla a cabo o abandona sin completar el procedimiento diagnóstico (prueba de sangre oculta en heces).

Se trata con ello de detectar aquellas debilidades del programa de cribado también en aquellas áreas que no dependen tanto de la logística del programa o de los aspectos técnicos de las pruebas o procedimientos diagnósticos como de la motivación e implicación de las personas para responder a una propuesta beneficiosa para la salud individual y colectiva de una población, pero que o bien no es interpretada como tal o simplemente desconocemos las dificultades que se encuentran presentes para que se consuma el acto preventivo eficaz.

El esfuerzo que este programa preventivo representa para la administración sanitaria contrasta con la limitada respuesta de participación que actualmente se obtiene (no solo en Cantabria sino en el resto de comunidades) en comparación con otros procedimientos de cribado poblacional actualmente implantados (mama y cérvix). (3)

En consecuencia, se plantea la pertinencia de promover un estudio transversal complementado con metodología cualitativa efectuado sobre una muestra representativa de personas invitadas a participar en el programa de cribado de cáncer colorrectal de Cantabria y que no han acudido a su Centro de Salud a realizarse la prueba de sangre oculta en heces.

3. HIPÓTESIS

FACTORES ASOCIADOS A LA NO PARTICIPACIÓN EN EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN CANTABRIA

Al tratarse de un estudio observacional descriptivo de carácter transversal junto con una parte de estudio de investigación cualitativa, no requiere la formulación de hipótesis previas que el estudio tenga que evaluar para obtener unas conclusiones determinadas.

Sin embargo, sí cabe, en función de la bibliografía, hipotetizar sobre determinadas características de la población y sus correspondientes motivaciones de no participación manifestada. En ese sentido, consideramos como potenciales determinantes de la no participación la edad, sexo, lugar de residencia, ocupación laboral, antecedentes familiares y casos cercanos, o motivos de índole personal como miedo al resultado, falta de comprensión de la carta informativa, etc.

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar los factores asociados a la no participación en la prueba de cribado de cáncer colorrectal en Cantabria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Conocer los factores dependientes de la gestión y organización el propio programa de cribado.
2. Señalar los factores derivados de la organización y funcionamiento de los sistemas sanitarios.
3. Averiguar los factores de índole personal de la no participación en el programa de cribado.

5. METODOLOGÍA

5.1. DISEÑO Y SUJETOS DE ESTUDIO

Estudio transversal. La población a estudio la conformara una muestra aleatoria de personas que fueron invitadas a participar en el programa de cribado de cáncer colorrectal de Cantabria y finalmente no se realizaron la prueba de detección precoz de sangre oculta en heces.

Con el fin de alcanzar los objetivos propuestos se plantea metodología cuantitativa complementada con metodología cualitativa.

En el enfoque cuantitativo, se realizara una encuesta estructurada remitida por correo postal al domicilio. A partir de los participantes en esta encuesta, se seleccionara un grupo de discusión (metodología cualitativa). Por ello, en la misma encuesta va incluida una pregunta sobre la disposición a participar en los grupos de discusión sobre las que posteriormente efectuar una selección.

5.2. METODOLOGÍA CUANTITATIVA

VARIABLES

Con el objeto de conocer el grado en que cada una de las variables, reconocidas por otros estudios similares, se reflejan en Cantabria como factores asociados la no participación en programa de cribado de cáncer colorrectal se ha diseñado un cuestionario estructurado de fácil auto-cumplimentación que será remitido por correo postal ordinario. (Anexo 2)

Las variables a evaluar son:

Edad, sexo, zona de residencia (Código Postal), Zona de residencia (urbana o rural), ocupación laboral (actual y anterior principal), Nivel de estudios (8 categorías)*,

FACTORES ASOCIADOS A LA NO PARTICIPACIÓN EN EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN CANTABRIA

antecedentes personales y familiares de cáncer colorrectal, casos próximos, principales motivos esgrimidos para no participar (9 recogidos en el cuestionario y otros en respuestas abiertas)

Nivel de estudios: variable cualitativa, ordinal, cuyos indicadores del nivel de estudios serán: ESO, Bachillerato, estudios de FP o Módulo Superior, Diplomatura, Licenciatura, Grado, Máster y Doctorado. *Esta variable independiente es ordinal, por lo que puede ser clasificada en una escala del 1 al 3.* En la cual el nivel “1” representa al nivel de estudios más bajo (ESO o Bachillerato), el nivel “2” al nivel de estudios medios (estudios de Formación Profesional o Módulo Superior) y el nivel “3” al nivel de estudios superior (Diplomatura, Licenciatura o Grado, Máster y Doctorado).



Gráfico 21. Variables que intervienen en este estudio.

RECOGIDA Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos se recogerán a través de una encuesta estructurada, que se enviará por correo postal pre-franqueado, a los domicilios de la población diana de este estudio, y que deberán reenviar aquellos que acepten participar en la misma.

Para ello, se solicitará la colaboración de la Dirección General de Salud Pública (DGSP), ya que se considera a priori que este órgano de la administración sanitaria será el principal interesado en conocer aquellos aspectos que puedan redundar en una mejora de la participación en el programa de cribado de cáncer colorrectal.

Pero, al mismo tiempo, solo el equipo técnico de gestión del programa de cribado puede llegar a conocer, de manera confidencial para el investigador, las personas que en concreto fueron invitadas y no se han realizado la prueba de sangre oculta en heces, es decir que no han participado.

La estrategia elegida requiere de la colaboración de la DGSP únicamente para seleccionar a las personas que constituirán la muestra y proceder a la impresión de las etiquetas con el destinatario/a y su dirección postal de las personas Invitadas en el mes de febrero de 2014 (cumplen años en el mes anterior) y a fecha de septiembre no han realizado la prueba.

A la DGSP se entregarán el sobre conteniendo:

- 1) La encuesta sin identificación alguna
- 2) Sobre de respuesta con el impreso en sus dos caras “*no abrir, contiene información confidencial*” y prefranqueado (en el que la persona encuestada deberá introducir la encuesta cumplimentada y depositarlo en un punto de recogida del servicio de correos) figurando como remitente igualmente la DGSP (c/Federico Vial N°13, 39009 Santander).

Dentro de la colaboración solicitada estará recogida la de depósito en el Servicio de Correos de todas las cartas a enviar (una vez más para mantener la confidencialidad por parte de la investigadora).

Pasadas tres semanas desde la fecha del envío se procederá a la retirada de las cartas de respuesta que hayan sido recibidas y se iniciará la fase de trasvase de información a una base de datos informatizada.

Análisis estadístico

Para las variables categóricas se estimaran proporciones con sus correspondientes intervalos de confianza al 95%, utilizando la prueba ji-cuadrado de Pearson para realizar comparaciones, o alternativamente el test exacto de Fisher. Para las variables continuas se estimaran medias con su desviación estándar, o medianas y rangos intercuartílicos en caso de distribuciones asimétricas. El análisis se realizará con el paquete estadístico SPSS 22.0

Cálculo del tamaño de la muestra y de la potencia del estudio

Para la potencia del estudio se ha tenido en cuenta un tamaño muestral aproximado de 720 personas. Se estiman (por otros estudios) prevalencias de las variables asociadas en torno al 5%. Con un nivel de confianza al 95% (sin considerar efecto alguno por el tipo de diseño del estudio), con el tamaño muestral de 720 personas, los intervalos de confianza al 95% se estimarían con una precisión absoluta, expresada en porcentaje de $\pm 1,59\%$.

Considerando que mensualmente son unas 6000 de media las personas invitadas, las personas a encuestar serán seleccionadas aleatoriamente mediante muestreo aleatorio simple de entre los registros resultantes de descartar del total de invitados en el mes de febrero de 2014 los que se han realizado la prueba de sangre oculta en heces durante los meses de febrero a agosto (ambos inclusive).

Pilotaje previo del cuestionario

Con el fin de garantizar que el cuestionario sea bien comprendido en sus preguntas y fácil de responder correctamente por parte de los encuestados, se plantea a la realización de un pilotaje previo a su distribución a la muestra.

Dicho pilotaje sería efectuado sobre un grupo de personas (N=50) que trabajan en la propia Consejería de Sanidad, de ramas diferentes a la medicina y enfermería, con el fin de acelerar el proceso de envío-entrega y sobre todo facilitando las oportunas explicaciones que pudieran precisarse para la mejor validación del cuestionario.

Limitaciones del estudio

Uno de los principales sesgos a controlar es el de una baja participación que puede conducir a un sesgo de selección. Para minimizarlo se planteará una segunda ronda (un segundo envío) en caso de baja respuesta. La selección aleatoria pretende minimizar otras fuentes de sesgo de selección.

Otra limitación es la validez del cuestionario. Se pretende validar al menos por expertos y comprobar la viabilidad del mismo con la prueba piloto.

5.3. METODOLOGÍA CUALITATIVA

Se propone la realización de un diseño de carácter “fenomenológico” mediante grupo de discusión a partir de cuatro grupos formados por 10 personas cada uno (5 hombres y 5 mujeres). Uno de los grupos estaría formado con personas de edades comprendidas entre los 55-62 años y otros dos de 63-69. Una pareja de grupos se realizaría en el área de Santander y la otra en un área rural (seleccionado aleatoriamente). De ambos contextos se extraerían aleatoriamente las 10 personas a invitar a participar en este grupo de discusión.

La extracción de la muestra del estudio cualitativo se realizará por personal del equipo de gestión de programa de cribado a partir de las bases de datos cruzadas entre los invitados y los que, pasado el plazo de 6 meses no se han realizado el test de sangre oculta en heces en su centro de salud.

Se les enviará una carta y a la semana se les llamará por teléfono. Para confirmar su disposición y disponibilidad en la fecha y lugar determinados para la realización de la sesión.

La llamada será realizada por el equipo técnico del programa de cribado, con el fin de mantener en todo momento la confidencialidad entre investigadora y grupo de discusión.

TRABAJO DE CAMPO

La reunión se realizaría un sábado a las 10 de la mañana y su duración estimada sería de dos horas. En el área de Santander se realizaría en una de las salas de la Biblioteca Central de Cantabria y en el área rural en el centro cívico o cultural más próximo.

Estos diseños se enfocan en las experiencias individuales subjetivas de los participantes. Responden a la pregunta ¿Cuál es el significado, estructura y esencia de una experiencia vivida por una persona (individual), grupo (grupal) o comunidad (colectiva) respecto de un fenómeno?. El centro de indagación de estos diseños reside en la(s) experiencia(s) del participante o participantes.

La fenomenología se fundamenta en las siguientes premisas (36):

- Se pretende describir y entender los fenómenos desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente.
- Se basa en el análisis de discursos y temas específicos, así como en la búsqueda de sus posibles significados.
- El investigador confía en la intuición y en la imaginación para lograr aprehender la experiencia de los participantes.
- El investigador contextualiza las experiencias en términos de su temporalidad (tiempo en que sucedieron), espacio (lugar en el cual ocurrieron), corporalidad (las personas físicas que la vivieron), y el contexto relacional (los lazos que se generaron durante las experiencias).
- Las entrevistas, grupos de enfoque, recolección de documentos y materiales e historias de vida se dirigen a encontrar temas sobre experiencias cotidianas y excepcionales.

El **grupo de discusión** en la práctica es un grupo de personas que debaten sobre un tema determinado, inducidos por un moderador formal durante un par de horas aproximadamente. Esta situación recrea una vivencia colectiva focalizada en una serie de temas deliberadamente seleccionados según un guión tentativo y modificable en el transcurso de la sesión (36)

El grupo de discusión es así un dispositivo diseñado para investigar los lugares comunes que tienen los diferentes grupos, creando una situación que lo facilita a partir de la interacción.

GUIÓN

1. Saludos y presentación de la persona moderadora/observadora y agradecimiento de colaboración.
2. Presentación de los nombres de las personas y vinculación institucional.
3. Explicación del papel del moderador y del observador durante la sesión
4. Información general del tema a tratar y propósito/objetivos de la sesión: “La presente sesión tiene como objetivo analizar los motivos que les han llevado a rechazar la invitación a participar en este programa, o lo que es lo mismo, a no pedir cita o no acudir al centro de salud para realizarse la prueba de sangre oculta en heces, tras recibir la carta de invitación al programa de cribado en su domicilio”.
5. Presentación de los participantes.
6. Descripción general de la técnica: “Tenemos aproximadamente 2 horas, durante las cuales, compartiremos y discutiremos los motivos por los que cada uno de nosotros hemos rechazado participar en el Programa de cribado de cáncer de colon y la valorar aspectos que puedan incentivar y animar a participar. En consecuencia todas las opiniones buenas o malas, todas son válidas ya que lo que nos interesa es conocer sus opiniones, aunque no todos estemos de acuerdo”
7. Turno de palabra (en caso de los grupos): “Es importante que hablemos pero también que dejemos hablar a los demás. Así, si escuchamos a la otra persona, dejaremos espacios para que nos escuchen a nosotros, se trata de hacer una conversación entre todos”.
8. Se solicita permiso para grabar y firma del consentimiento informado: “Es importante recoger lo que dicen y como se dice de la manera más fidedigna posible, por eso solicitamos su permiso para grabar la sesión. La información que se dé aquí es completamente confidencial, nadie va poder ser identificado, lo que nos interesan son las diferentes opiniones sobre el tema, sin personalizar quien dice qué. Por este motivo se tiene que firmar el consentimiento informado donde se les dice que la grabación se utilizará por motivos de investigación y donde se asegura la total confidencialidad”.
9. Preguntas y dudas de los/las participantes sobre lo comentado hasta ahora.

EJES A EXPLORAR

¿Que sabemos del cáncer de colon?

¿Hemos tenido alguna experiencia próxima al respecto?

¿Qué motivo puede haber para que una persona no quiera realizarse la prueba de sangre oculta en heces?

¿Qué animaría a una persona sana a realizarse la prueba?

Finalizada la sesión, se les haría entrega a cada participante de un recuerdo (aún por determinar) alusivo a consejos sobre alimentación y salud.

ANÁLISIS

- a) Análisis del discurso y narración
- b) Conteo de palabras clave:
 - 1) Miedo a que le diagnosticaran un CCR
 - 2) La prueba le parecía desagradable
 - 3) No quería realizarse una colonoscopia si salía positivo
 - 4) No entendía cómo se hacía la prueba o le parecía muy complicado
 - 5) No tenía síntomas ni se encontraba mal de salud
 - 6) No tuvo tiempo para ir a hacerse la prueba
 - 7) Le daba vergüenza hacerse la prueba
 - 8) Ya le habían hecho otras pruebas de CCR
 - 9) No recibió la carta de invitación
 - 10) ¿Otro motivo?
- c) Búsqueda de modelos conceptuales consensuados sobre cómo mejorar la participación y en especial incidiendo sobre aspectos, circunstancias y motivos que animan a realizarse la prueba.

Redacción del informe de resultados y conclusiones, incluyendo citas, comentarios, dinámicas apreciadas y recomendaciones surgidas.

6. PLAN DE TRABAJO

6.1. CRONOGRAMA

Se prevé que serán necesarios 10 semanas, con las siguientes etapas:

1. Búsqueda bibliográfica
2. Diseño del cuestionario, validación del mismo y análisis de datos.
3. Solicitud de colaboración a Salud Pública y autorizaciones.
4. Selección de la muestra.
5. Pilotaje.
6. Envío de los cuestionarios.
7. Recepción de los cuestionarios y paso de los resultados a una base de datos.
8. Análisis de los datos.
9. Redacción de un informe final.

Acción	Sem1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 5	Sem 6	Sem 7	Sem 8	Sem 9	Sem 10
Búsqueda bibliográfica										
Diseño cuestionario y análisis datos										
Solicitud colaboración a SP										
Selección muestra										
Pilotaje										
Envío cuestionarios										
Recepción y paso a base de datos										
Análisis datos										
Redacción informe final										

6.2. PRESUPUESTO: COSTE DEL ENVÍO POR PERSONA

- Dos sobres prefranqueados (0,68€ cada uno) + fotocopia por ambas caras (0,10 €)= 1,46 € por encuesta remitida.

Me propongo enviar 1000 encuestas, con el fin de recibir un suficiente número de respuestas que constituyan la muestra deseada de este estudio.

En consecuencia, el gasto del envío de 1000 encuestas supone 1463 €.

En caso de no obtener las 720 respuestas de muestra, se optaría por realizar un segundo envío con el mismo procedimiento, proporcional al número de encuestas necesarias para completar la muestra en función de la tasa de respuesta obtenida.

6.3. PLAN DE DIFUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Una vez aprobado el documento de “Trabajo Fin de Master”, con el fin de agradecer, a quienes han colaborado amablemente a que el estudio pudiera finalmente desarrollarse en la práctica, así como hacerles conocedores de los resultados en aras a la mejora de la participación del programa de cribado colorrectal en Cantabria, se considera pertinente realizar una distribución a los siguientes ámbitos:

Documento completo con carta de agradecimiento indicado que seguramente resultará de su interés de cara a la mejora de la participación futura n el programa de cribado de cáncer colorrectal en Cantabria:

- Consejero/a de Sanidad y Servicios Sociales

FACTORES ASOCIADOS A LA NO PARTICIPACIÓN EN EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN CANTABRIA

- Director/a General de Salud Pública (varios ejemplares para el equipo de gestión del programa de cribado de cáncer colorrectal)

Documento completo con carta, indicando que puede resultar de su interés

- Director/a general de Ordenación Sanitaria.
- Director/a Gerente del Servicio Cántabro de Salud.
- Directores Médicos y de Enfermería de La Gerencia de Atención Primaria.

Documento de resumen con carta de agradecimiento por su colaboración

- Participantes en el Grupo de discusión para el estudio cualitativo.

6.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS: CONSENTIMIENTO Y RESPETO DE LA CONFIDENCIALIDAD Y EL ANONIMATO

Se respetará el libre consentimiento de los sujetos a la hora de responder a la encuesta enviada a sus domicilios, así como el anonimato de los datos recogidos sobre ellos, dejando constancia de que el investigador no conocerá en ningún momento el nombre de ninguno de los sujetos, ni será conocedor de cuáles son los datos relacionados con cada uno.

En relación al grupo de discusión, a evaluación se llevará a cabo siguiendo los principios contenidos en la Declaración de Helsinki. Para salvaguardar la confidencialidad de la información generada se garantizará a los participantes que la información recogida mediante la grabación sólo sería escuchada por los investigadores, transcrita y anonimizada para el análisis. De esta manera, todos los datos de identificación de los participantes así como los nombres de ciudades, familiares, profesionales, hospitales u otros centros han sido codificados.

7. BIBLIOGRAFÍA

FACTORES ASOCIADOS A LA NO PARTICIPACIÓN EN EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN CANTABRIA

1. IARC: Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer [Internet]. Lyon: IARC; [citado 7 may 2015]. Disponible en: <http://www.iarc.fr/>
2. GLOBCAN 2012: Estimación de Incidencia, Prevalencia y Mortalidad Mundial del Cáncer [Internet]. Lyon: GLOBOCAN [citado 7 may 2015]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>
3. González de Aledo Linos A. coordinador. Programa de detección precoz del cáncer colorrectal en Cantabria. 2ª ed. Cantabria: Consejería de Sanidad. 2011.
4. Vilorio Raymundo L.J, de la Calle Valverde A, Diéguez Poncela M.P. Cáncer en Cantabria. 15 años de resultados. Registro de Tumores de Cantabria (R.T.C). 1997-2011. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. 2014.
5. Castels X. coordinador. Descripción del cribado del cáncer en España. Cataluña: SNS, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo/ Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya;2006. AATRM Núm. 2006/01.
6. Fernández Marcos A, Pastor A, Pérez-Segura P, Castells A, López-Bastida J, Camacho S, et al. Cribado del cáncer de colon en España ¿es coste-eficaz?. Alianza para la Prevención del Cáncer de Colon en España. Madrid, 2012.
7. Morillas JD, Castells A, Oriol I, Pastor A, Pérez-Segura P, Echevarría JM, et al. Alianza para la Prevención del Cáncer de Colon en España: un compromiso cívico con la sociedad. GastroenterolHepatol. 2012;35: 109-128.
8. NICE: National Institute for Health and Care Excellence [Internet]. London: NICE [citado 7 may 2015]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/>
9. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. [citado 7 may 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/about/es/>
10. Ley 33/2011, de 5 de Octubre, General de Salud Pública. BOE, 240, (5-octubre-2011)

11. OcejaSetién E, Muñoz Lavín MA, Marugán Antón A, González de Aledo LinosA. Programa de detección precoz del cáncer colorrectal en Cantabria. Informe del año 2012[Internet]. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. 2014. Disponible desde: <http://www.saludcantabria.es/uploads/Resultados%20cribado%20colorrectal%20año%202012.pdf>
12. Kozłowski T, Godlewski D, Biczysko M, Grochowalski M, Nelke M, Paszkowski J, et al. Analysis of the efficacy of screening tests in colorectal cancer by faecal occult blood test--own experience. *Polskiprzeglądchirurgiczny*. 2011;83: 411-423.
13. Sheng JQ, Li SR, Su H. Fecal cytology in conjunction with immunofecal occult blood test for colorectal cancer screening. Department of Gastroenterology, General Hospital of Beijing Military Region, Beijing, China. 2010;32:131-135.
14. Wong G, Howard K, Chapman JR, Tong A, Bourke MJ, Hayen A. Test performance of faecal occult blood testing for the detection of bowel cancer in people with chronic kidney disease (DETECT) protocol. Sydney School of Public Health University of Sydney, Australia. 2011;11:516.
15. Díaz Tasende J, Marín Gabriel J.C. Cribado del cáncer colorrectal mediante test de sangre oculta en heces.*Rev.Esp. Enfermedades Digestivas*. 2008; 100: 315-319.
16. Cierco P, González J, Melús E, Bellas B, Nuin M, Marzo M y Grupo de expertos del PAPS. Prevención del cáncer. *Aten Primaria* 2003;32:45-56 .
17. Levin B, Brooks D, Smith RA, Stone A. Emerging technologies in screening for colorectal cancer: CT colonography, immunochemical fecal occult blood tests, and stool screening using molecular markers. *CA Cancer J Clin* 2003;53:44-55
18. Levin B, Lieberman DA, McFarland B, Smith RA, Brooks D, Andrews KS et al. Screening and Surveillance for the Early Detection of Colorectal Cancer and Adenomatous Polyps, 2008: A Joint Guideline from the American Cancer

FACTORES ASOCIADOS A LA NO PARTICIPACIÓN EN EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN CANTABRIA

- Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *CA Cancer J Clin* 2008;56:130-160.
19. Winawer JS, Zauber AG, Fletcher RH, Stillman JS, O'Brien MJ, Levin B et al. Guidelines for Colonoscopy Surveillance after Polypectomy: A Consensus Update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer and the American Cancer Society. *CA Cancer J Clin* 2006;56:143-159.
 20. Estrategia Nacional en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Edita Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.
 21. Rossi PG, Federici A, Bartolozzi F, Carchi S, Borgia P, Guasticchi G. Understanding non-compliance to colorectal cancer screening: a case control study, nested in a randomised trial. *BMC Public Health* 2005;5:139-49.
 22. Recomendación del Consejo Europeo de 2 de Diciembre de 2003 sobre el cribado del cancer (2003/878/CE).
 23. Giordano P, Efron J, Verana AM, Weiss EG, Nogueras JJ, Wexner SD. Strategies of follow-up colorectal cancer: a survey of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. *Tech Colorectol* 2006;10:199-207.
 24. Segnan N, Patrick J, von Karsa L. European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal Cancer Screening and Diagnosis. First Edition. [Internet] Luxembourg. 2010. Disponible en: <http://www.kolorektum.cz/res/file/guidelines/CRC-screening-guidelines-EC-2011-02-03.pdf>
 25. Resolución del Parlamento Europeo 2004 sobre la lucha contra el cancer en la Unión Europea ampliada.
 26. Estrategia del Cáncer del Sistema Nacional de Salud de Marzo de 2006.

27. Conclusiones del Consejo sobre la reducción de la incidencia del cancer en Europa de 10 de junio de 2008.
28. Real Decreto 1030/2006, de 15 de Septiembre, por el que se establece la cartera de servicios communes del Sistema nacional de Salud.
29. Camilloni L, Ferroni E, Cendales BJ, Pezzarossi A, Furnari G, Borgia P. Methods to increase participation in organised screening programs: a systematic review. BMC Public Health. 2013;13:464.
30. Gimeno García AZ, Hernandez Alvarez N, Perez DN, Quintero E. Public Awareness of Colorectal Cancer Screening: Knowledge, Attitudes, and Interventions for Increasing Screening Uptake. ISNR Oncology. 2014. 19 páginas.
31. Ouyang DL, Chen JJ, Getzenberg RH and Schoen RE. Noninvasive testing for colorectal cancer: a review. Am J Gastroenterol 2005;100:1393-1403.
32. Faivre J, Dancourt V, Lejeune C, Tazi MA, Lamour J, Gerard D et al. Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study. Gastroenterology 2004;126:1674-80.
33. Red de Programa de Cribados de Cáncer [Internet]. Comunidad Valenciana, España: Consejería de Sanidad. 2014. Disponible desde: <http://www.programascancerdemama.org/index.php/cancer-colorrectal>
34. Brugos-Llamazares V, González de Aledo Linos A, Vada-Sánchez J, Terán-Lantarón A. Resultados del Programa de detección precoz del cáncer colorrectal en Cantabria durante el período de Noviembre de 2008 a marzo de 2010. RevEsp Salud Pública. 2010;84: 755-768.
35. Hernández Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 4ª Edición. McGraw-Hill Interamericana. 2006.
36. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh JWW, Comber H, Forman D, Bray F. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. Eur J Cancer. 2013;49:1374-403.

37. Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J. Estimates of global cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *Int J Cancer*. 2013;132:1133-45.
38. Benavides FG., Moya C, Segura A, de la Puente ML, Porta M, Grupo de Trabajo sobre Competencias Profesionales en Salud Pública. *GacSanit*. 2006; 20: 239-243.
39. Gatof D, Ahnen D. Primary prevention of colorectal cancer: diet and drugs. *GastroenterolClinNorth Am* 2002;31:587-623.
40. Bingham SA, Day NE, Luben R, Ferrari P, Slimani N, Norat T et al. Dietary fibre in food and protection against colorectal cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC): an observational study. *Lancet* 2003;361:1496-1501.
41. Terry P, Giovannucci E, Michels KB, Bergkvist L, Hansen H, Holmberg L et al. Fruit, vegetables, dietary fibre, and risk of colorectal cancer. *J Natl Cancer Inst* 2001; 93:525-533.
42. Pérez Riquelme F, Navarro C, Chirlaque MD, Morales G, Lozano MG, Parra MS et al. Informe sobre la prevención del cáncer de colon y recto en la Región de Murcia. Ed. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia, 2004.

8. ANEXOS

ANEXO 1

CARTA DE SOLICITUD DE COLABORACIÓN POR PARTE DE SALUD PÚBLICA

Santander, a X de XXXXX de 2015

Ilmo Sr. Director General de Salud Pública;

MI nombre es Bárbara Galán Gómez, Graduada en Enfermería por la Universidad Pontificia de Salamanca en el año 2014 y actualmente realizando el programa Máster “Investigación en Cuidados de Enfermería” en la Universidad de Cantabria.

Con el objeto de realizar el Trabajo de Fin de Máster, he propuesto la realización de un estudio sobre las causas asociadas a la “no participación” en el programa de cribado de cáncer colorrectal en Cantabria en aras a poder establecer factores de intervención efectivos para la mejora de la respuesta de la población al programa, de tal modo que permita alcanzar las tasas de participación consideradas como óptimas para programas de cribado, en nuestra comunidad.

El diseño de estudio se ha planteado mediante una metodología mixta de carácter cuantitativo y cualitativo y para ello se requiere poder remitir (una carta con un cuestionario y sobre de respuesta, ambos prefranqueados) por correo postal a una muestra aleatoria y representativa de personas invitadas y que, transcurrido el plazo de respuesta, no hayan realizado la prueba de sangre oculta en heces.

En consecuencia, solicito de su colaboración y la del equipo técnico responsable de la gestión de las invitaciones al programa con el fin de realizar la selección de la muestra de estudio garantizando la confidencialidad de la identidad y dirección postal de la muestra de estudio. Yo proporcionaré los sobres cerrados conteniendo el cuestionario y el sobre de respuesta y por parte de Salud Pública se seleccionaría la muestra e imprimiría el destinatario y su dirección postal, procediendo a su depositado en Correos.

FACTORES ASOCIADOS A LA NO PARTICIPACIÓN EN EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN
CANTABRIA

Una vez finalizado el estudio, recibirá la primera copia del original presentado como trabajo de fin de Máster con todos los resultados y conclusiones.

Quedo a la espera de sus noticias y le agradezco de antemano la atención, confiando en que esta solicitud cuente con su favorable valoración y pueda redundar en beneficio del programa de cribado.

Firmado: Bárbara Galán Gómez

En el cuestionario hay que incluir la disposición a participar en el grupo focal (indicando el tfno. De contacto)

ANEXO 2

CUESTIONARIO

En la parte de delante:

Explicación del objeto del cuestionario, su modo de cumplimentación y modo de envío así como de su confidencialidad, agradecimiento por su cumplimentación y envío.

Este cuestionario tiene por objeto contribuir a conocer, de manera lo más precisa posible, los motivos por los que las personas que han recibido la invitación a realizar la prueba de detección precoz de una enfermedad que afecta a un número elevado de personas cada año en nuestra comunidad (al igual que en el resto de España y Europa) dejando así de obtener un notable beneficio para su salud, finalmente no participan en la misma.

Para ello, únicamente tendría que responder al cuestionario que aparece en la parte posterior de este documento, que, como podrá comprobar, carece de cualquier identificación o medio de identificación para preservar por completo la confidencialidad y el valor de sus respuestas.

Este estudio está autorizado por la Dirección General de Salud Pública y cuenta con su apoyo ya que los resultados que se obtengan redundarán en alcanzar una mejor participación en el programa y, en consecuencia, en la lucha por el control y reducción de los efectos de esta enfermedad tan frecuente en nuestros días.

En la parte posterior las preguntas:

Edad actual:

Sexo: (Hombre / Mujer)

Ocupación laboral:

Nivel de estudios: "1" (ESO o Bachillerato), "2" (estudios de Formación Profesional o Módulo Superior) "3" (Diplomatura, Licenciatura o Grado, Máster y Doctorado).

FACTORES ASOCIADOS A LA NO PARTICIPACIÓN EN EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN CANTABRIA

¿Ha sido usted diagnosticado/a de cáncer de colon o recto? Si () No ()

¿Alguno de sus padres o hermanos han sido diagnosticados de cáncer de colon o recto?

¿Algún familiar o amistad próxima ha sido diagnosticado de cáncer de colon o recto?

¿Ha recibido alguna vez una carta de la Consejería de Sanidad en la que le invitaba a participar en el programa de prevención de cáncer colorrectal?

¿Acudió a su centro de salud con la intención de realizar la prueba de sangre oculta en heces, tal como le indicaba el folleto que adjuntaba la carta?

¿Se realizó la prueba?

Señale cual de los siguientes motivos influyeron más en su decisión de no realizarse la prueba de sangre oculta en heces (si son varios, indique el más importante con una "X" y los menos importantes con una "O")

No recibí la carta de invitación _____

No comprendí bien lo que tenía que hacer _____

Rechazo de la prueba por "asco" _____

Miedo al resultado _____

Miedo a la realización de una colonoscopia _____

No tengo tiempo de ir al centro de salud _____

No considero necesario realizarme la prueba porque me encuentro bien _____

Estoy actualmente en seguimiento médico por padecer una patología colorrectal _____

Estoy actualmente en seguimiento médico por padecer una patología diferente a la colorrectal _____

Me he realizado una colonoscopia en los últimos 9 años _____

Tengo algún tipo de conflicto con el personal sanitario correspondiente a mi Centro de Salud _____

Tengo algún tipo de conflicto con el personal político actual _____

FACTORES ASOCIADOS A LA NO PARTICIPACIÓN EN EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN CANTABRIA

Situación de discapacidad mental o física _____

Prefiero optar por la Sanidad privada _____

¿Crees que el cuestionario cubre adecuadamente todos los motivos que han influido en que usted no se realizara la prueba? (Sí/No)

¿Hay algún motivo/motivos que usted desee señalar? (por favor escríbalos a continuación)

.....
.....

¿Desea hacer alguna propuesta de mejora? (por favor escríbala a continuación)

.....
.....

Por favor; una vez completado, introduzca este cuestionario en el sobre de respuesta y llévelo a una buzón de correos (ya tiene sello).

Muchas gracias por su colaboración en este estudio.