

Actitudes de los profesionales sanitarios de atención primaria hacia el cribado del cáncer colorrectal

Jesús López-Torres Hidalgo¹, M.^a José Simarro Herráez², Joseba Rabanales Sotos³,
Ramona Campos Rosa⁴, Belén de la Ossa Sendra⁵ y Carmen Carrasco Ortiz²

¹Centro de Salud Universitario Zona 4 de Albacete y Facultad de Medicina de Albacete. ²Centro de Salud de Villarrobledo. Albacete. ³Unidad de Investigación. Gerencia de Atención Primaria de Albacete. ⁴Servicio de Farmacia. Gerencia de Atención Primaria de Albacete. ⁵Centro de Salud de Almansa. Albacete

RESUMEN

Antecedentes y objetivo: la comunidad científica avala la idoneidad del cribado del cáncer colorrectal y existe consenso sobre la necesidad de concienciar a la población y a los profesionales sanitarios sobre la importancia de su prevención. El objetivo ha sido conocer la actitud de los profesionales sanitarios de atención primaria hacia el cribado del cáncer colorrectal y los principales obstáculos para la participación, tanto para los pacientes como para los profesionales.

Métodos: estudio observacional transversal realizado en 511 profesionales pertenecientes al área sanitaria de Albacete. Las variables incluyeron opinión sobre efectividad y coste-efectividad del cribado, aceptación de profesionales y pacientes, obstáculos para la participación, frecuencia de la recomendación preventiva y necesidades de formación.

Resultados: la mayoría (76 %) consideró que el cribado es efectivo. El 85 % opinó que la aceptación de la determinación de sangre oculta en heces es intermedia/alta y el 68,2 % que también lo es la colonoscopia en caso necesario. El 71,9 % recomendaría el cribado si fuese implantado un programa poblacional (actualmente solo lo recomienda el 9,7 %). Mediante análisis de correspondencias se observó que la recomendación es más frecuente cuando es inferior la población asignada al profesional.

Conclusiones: la mayoría de los profesionales consideran efectivo el cribado y aceptable para los pacientes. En la situación actual, en la que el cribado solo se realiza de manera oportunista, es baja la proporción de profesionales que recomiendan frecuentemente el cribado a la población de riesgo medio, especialmente cuando la población asignada es elevada.

Palabras clave: Cáncer colorrectal. Cribado. Atención Primaria.

López-Torres Hidalgo J, Simarro Herráez MJ, Rabanales Sotos J, Campos Rosa R, De la Ossa Sendra B, Carrasco Ortiz C. Actitudes de los profesionales sanitarios de atención primaria hacia el cribado del cáncer colorrectal. *Rev Esp Enferm Dig* 2013;105:272-278.

Recibido: 11-02-2013
Aceptado: 27-05-2013

Correspondencia: Jesús López-Torres Hidalgo. Centro de Salud Zona 4. C/ Seminario n.º 4. 02006 Albacete
e-mail: jesusl@sescam.org

ABSTRACT

Background and objective: the scientific community supports the appropriateness of colorectal cancer screening, and there is consensus on the need to raise awareness about the significance of prevention among both health care professionals and the population. The goal was to record the attitude of primary care providers towards colorectal cancer screening, as well as the main barriers to both patient and provider participation.

Methods: a cross-sectional, observational study was performed of 511 professionals in Albacete Health District. Variables included views on screening effectiveness and cost-effectiveness, acceptance by providers and patients, barriers to participation, frequency of prevention recommendations, and education needs.

Results: most (76 %) considered screening was effective; 85 % said acceptance of fecal occult blood testing was intermediate or high, and 68.2 % this is also the case for colonoscopy when needed; 71.9 % would recommend screening should a population-based program be implemented (currently only 9.7 % recommends this). Correspondence analysis revealed that recommendation is more common when assigned populations are smaller.

Conclusions: most providers consider screening is both effective and acceptable for patients. In today's situation, where screening is only performed in an opportunistic manner, the proportion of professionals who commonly recommend screening for the mid-risk population is low, especially when assigned populations are huge.

Key words: Colorectal cancer. Screening. Primary care.

INTRODUCCIÓN

La Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud (1), aprobada por el Consejo Interterritorial en 2009, propone la realización del cribado poblacional del cáncer colorrectal (CCR) en la población de 50 a 69 años, con periodicidad bienal y mediante la prueba de detección de sangre oculta en

heces (SOH). Dicha estrategia señala también su implantación progresiva y marca un objetivo de cobertura para el año 2015 del 50 % (2). Se trata de una enfermedad susceptible de cribado (3), ya que constituye un problema de salud de gran magnitud para el que existen pruebas capaces de detectarlo en fases iniciales, cuando el tratamiento es más efectivo. Por ello, la comunidad científica avala la idoneidad del cribado del CCR, cuyo balance beneficio-riesgo es favorable (3), y existe un amplio consenso sobre la necesidad de concienciar a la población, a los profesionales de la salud y a las autoridades sanitarias sobre la importancia de la prevención de esta enfermedad (4). Tanto la Unión Europea como el US Preventive Services Task Force y el Canadian Task Force on Preventive Health Care recomiendan desde hace años el cribado del CCR en la población (5).

Como sucede en otras muchas actividades preventivas, en la prevención del CCR los profesionales de atención primaria desempeñan un papel fundamental en la difusión de medidas de prevención primaria, proponiendo el cribado a la población de riesgo medio, identificando a los individuos de alto riesgo mediante una adecuada historia personal y familiar y compartiendo con la atención especializada el manejo y el seguimiento de los individuos con lesiones colorectales específicas (6). Sin embargo, la participación en estos programas es baja e inferior a la de otros programas de prevención del cáncer. Entre los motivos de esta baja participación se señala la percepción de que las exploraciones que se realizan son dolorosas y molestas, así como el desconocimiento de la importancia de los programas de prevención de esta enfermedad por parte de la población, aunque también por parte de algunos profesionales sanitarios (4).

Los profesionales sanitarios deben estar familiarizados con las diversas opciones de cribado disponibles y deben proponerlas a quienes pueden beneficiarse de ellas. Aunque no exista una estrategia de cribado, como sucede en la mayoría de las comunidades autónomas españolas, entre ellas Castilla-La Mancha, seguramente cualquier iniciativa en esta dirección es mejor que la ausencia de cribado. Mientras la perspectiva comunitaria no avanza, sí parece tener éxito el empeño de algunos profesionales, entidades y fundaciones, traducido en el desarrollo de iniciativas de cribado basadas en la detección de SOH (2).

El objetivo del estudio es conocer la actitud de los profesionales sanitarios hacia el cribado del CCR y los principales obstáculos para la participación, tanto para los pacientes como para los profesionales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional de carácter transversal realizado en profesionales sanitarios de atención primaria, incluyendo a los 511 profesionales (médicos de familia y enfermeros/as) que desarrollan su actividad laboral en los centros de salud del Área Sanitaria de Albacete, la cual abarca una población total de 399.191 habitantes y está distribuida en 36 zonas básicas de salud. El tamaño muestral

corresponde a un nivel de confianza del 95 %, una precisión de ± 5 %, una frecuencia esperada de actitudes favorables al cribado desconocida ($p = 0,5$) y un incremento del 33 % para compensar las previsibles no respuestas.

Tras proponer la participación, los profesionales fueron invitados a responder a un cuestionario autoadministrado creado *ad hoc* y compuesto de 23 preguntas de elección múltiple y de estimación referidas al cribado del CCR, junto a 7 preguntas cerradas y de elección múltiple relacionadas con las características personales y profesionales de los sujetos de estudio. Para asegurar la validez de contenido del cuestionario, en su elaboración se efectuó previamente una revisión de las diversas aportaciones teóricas publicadas previamente (7-17). Las preguntas, decididas mediante consenso entre los investigadores, fueron redactadas atendiendo a los conceptos de brevedad, concreción, sencillez y neutralidad. Se decidió la elaboración de un cuestionario *ad hoc* al comprobar la diversidad de cuestionarios utilizados previamente, siendo complementaria la información de unos y otros en relación con el tema.

Se realizó una prueba piloto en 10 profesionales sanitarios para evaluar la comprensión y la distribución de las preguntas en el cuestionario, así como el tiempo requerido, el cual osciló en torno a 10 minutos. Tras las oportunas correcciones se elaboró el cuestionario definitivo (Anexo), en el cual se comprobó una aceptable consistencia interna (alfa de Cronbach: 80,1 %). En cuanto al trabajo de campo, se contactó con el coordinador médico o responsable de enfermería de cada centro de salud para solicitar su colaboración en la distribución y posterior recogida de los cuestionarios, una vez cumplimentados. En los centros de salud en los que no hubo respuesta al cabo de un mes, los investigadores se dirigieron personalmente a los profesionales para solicitar la cumplimentación de los cuestionarios. Los datos fueron recogidos durante el periodo comprendido entre enero y junio de 2012. Se aseguró a los participantes el anonimato y la confidencialidad de la información suministrada, así como el uso restringido de los datos, en exclusividad, a la investigación propuesta. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Área Sanitaria de Albacete.

Las variables estudiadas incluyeron: opinión de los profesionales sobre efectividad y coste-efectividad del cribado, aceptación tanto por parte de los profesionales como de los pacientes, intención de participación en caso de implantarse un programa de ámbito poblacional, importancia de la colaboración de los médicos de familia y del personal de enfermería, obstáculos para la participación de pacientes y profesionales mediante puntuación en una escala de 0 a 5, frecuencia de la recomendación preventiva en la situación actual, necesidades de formación específica y características personales (edad y sexo) y profesionales (profesión, ámbito rural o urbano, experiencia profesional, presión asistencial y población asignada).

Las respuestas de los participantes fueron introducidas en una base de datos, procediéndose a continuación a su depuración y análisis. Mediante el programa IBM SPSS

Tabla I. Características personales y profesionales de los médicos de familia y enfermeros/as participantes

Características	Médicos de familia N.º (%)	Enfermeros/as N.º (%)	Total N.º (%)	p
Sexo:				
Varones	91 (57,2)	46 (28,4)	137 (42,7)	< 0,001
Mujeres	68 (42,8)	116 (71,6)	184 (57,3)	
Edad:				
Inferior o igual a 50 años	71 (44,6)	93 (57,4)	164 (51,1)	0,01
Más de 50 años	82 (51,6)	59 (36,4)	141 (43,9)	
No contesta	6 (3,8)	10 (6,2)	16 (5,0)	
Experiencia profesional:				
Inferior o igual a 20 años	67 (42,1)	78 (48,1)	145 (45,2)	NS
Más de 20 años	75 (47,2)	62 (38,3)	137 (42,7)	
No contesta	17 (10,7)	22 (13,6)	39 (12,1)	
Lugar de trabajo:				
Población inferior a 10.000 habitantes	63 (39,6)	63 (38,9)	126 (39,3)	NS
Población superior a 10.000 habitantes	96 (60,4)	98 (60,5)	194 (60,4)	
No contesta	0 (0,0)	1 (0,6)	1 (0,3)	
Presión asistencial:				
Inferior o igual a 35 pacientes/día	51 (32,1)	129 (79,6)	180 (56,1)	< 0,001
Más de 35 pacientes/día	108 (67,9)	33 (20,4)	141 (43,9)	
N.º de pacientes asignados:				
Menos de 1.500	59 (37,1)	63 (38,9)	122 (38,0)	NS
Más de 1.500	100 (62,9)	99 (61,1)	199 (62,0)	

NS: diferencia estadísticamente no significativa.

Statistics 19 se realizaron los análisis estadísticos de los datos suministrados. En primer lugar, se describieron las características de los participantes, calculando la distribución de frecuencias, intervalos de confianza al 95 % y medidas de tendencia central y dispersión. Posteriormente, mediante la razón de verosimilitud de Chi-cuadrado, se contrastó la independencia entre las variables principales utilizando un nivel de significación de 0,05. Mediante regresión logística se comprobó la asociación entre la frecuencia en la recomendación del cribado por parte de los profesionales y las variables profesión, población asignada, edad, medio rural o urbano y experiencia profesional. Finalmente, se realizó un análisis de correspondencias bidimensional para representar mediante coordenadas la posible asociación entre la frecuencia con la que se recomienda la detección de SOH y la población asignada a cada profesional.

RESULTADOS

De un total de 511 médicos de familia y enfermeros/as respondieron 321 (62,8 %), pertenecientes a 32 de los 36 centros de salud existentes en el Área de Salud de Albacete (los centros de salud en los que no se obtuvo respuesta correspondían al medio rural y contaban con un bajo número de profesionales). Los 159 médicos de familia que respondieron, en su mayoría pertenecientes al sexo masculino (57,2 %), presentaron una edad media de 48,7 años (DE: 8,4) y una experiencia laboral media de 19,6 años (DE: 9,1). Por su par-

te, los 162 enfermeros/as que respondieron, en su mayoría pertenecientes al sexo femenino (71,6 %), presentaron una edad media de 46,0 años (DE: 10,0) y una experiencia laboral media de 17,3 años (DE: 9,9). Las características personales y profesionales de los mismos (159 médicos de familia y 162 enfermeros/as), se muestran en la tabla I.

La mayoría de los participantes (76,0 %; IC 95%: 71,2-80,8) consideró que el cribado del CCR mediante determinación de SOH es muy efectivo o bastante efectivo, y aproximadamente la mitad (52,0 %; IC 95 %: 46,4-57,6) que el coste-efectividad del mismo es elevado o moderado. El 85 % de los participantes opinó que la aceptación de esta prueba por parte de los pacientes es intermedia o alta y el 68,2 % que también lo es la colonoscopia en caso de presencia de SOH. La mayoría (71,9 %; IC 95 %: 66,8-77,0) recomendaría el cribado mediante determinación de SOH, y posterior colonoscopia en caso necesario, a los mayores de 50 años si fuese implantado un programa de cribado poblacional (lo recomendaría solo en algunos casos a los mayores de 50 años el 24,4 %, no lo recomendaría el 1,3 % y no lo sabe el 2,5 %). La participación de los mayores de 50 años en el programa sería elevada en opinión del 33,8 %, intermedia en el 49,4 % y baja en el 12,8 %. Para el 98,8 % de los casos la colaboración de los médicos de familia en el buen desarrollo del programa sería muy importante o bastante importante y para el 97,8 % también lo sería la colaboración del personal de enfermería.

En la tabla II se señalan, ordenados según la puntuación obtenida, los posibles obstáculos para la participación de

Tabla II. Importancia de los posibles obstáculos para la participación de la población y para la colaboración de los profesionales sanitarios en un programa de cribado frente al CCR

Posibles obstáculos	MF	E	Total	p
Para la participación de la población en un programa de cribado frente al CCR				
Miedo a la necesidad de colonoscopia	3,8 (1,0)	4,0 (1,0)	3,9 (1,0)	NS
Miedo a la detección de un CCR	3,4 (1,1)	3,8 (1,1)	3,6 (1,2)	0,002
Falta de conocimientos sobre el CCR	3,3 (1,0)	3,7 (1,1)	3,5 (1,1)	0,005
Desagrado ante la manipulación de una muestra de heces	2,2 (1,3)	2,3 (1,4)	2,3 (1,3)	NS
Percepción de no obtener beneficio con el programa	2,3 (1,1)	2,3 (1,3)	2,3 (1,2)	NS
Para la colaboración de los profesionales sanitarios en un programa de cribado frente al CCR				
Falta de tiempo de los profesionales	3,1 (1,5)	3,2 (1,5)	3,2 (1,5)	NS
Problemas de ansiedad en los pacientes por falsos positivos en la detección de SOH	2,9 (1,2)	3,1 (1,4)	3,0 (1,3)	NS
Falta de recursos para llevar a cabo el cribado	2,9 (1,5)	2,8 (1,6)	2,9 (1,5)	NS
Falsa sensación de seguridad por los posibles resultados falsos negativos	2,8 (1,2)	2,8 (1,2)	2,8 (1,2)	NS
Tratarse de un procedimiento invasivo en caso de necesidad de colonoscopia	2,5 (1,5)	2,8 (1,5)	2,7 (1,5)	NS
Dificultad para explicar a los pacientes los procedimientos del cribado	2,5 (1,5)	2,4 (1,4)	2,4 (1,4)	NS
Falta de conocimientos de los profesionales sobre programas de cribado	2,1 (1,4)	2,5 (1,5)	2,3 (1,4)	0,04
Falta de conocimientos de los profesionales sobre el CCR	1,8 (1,3)	2,2 (1,3)	2,0 (1,4)	0,003

La puntuación expresa el valor medio (DE) obtenido en una escala de 0 (nada importante) a 5 (muy importante). CCR: cáncer colorrectal; E: enfermeros/as; MF: médicos de familia; NS: diferencia estadísticamente no significativa; SOH: sangre oculta en heces.

la población en un programa de cribado frente al CCR y también los posibles obstáculos para la colaboración de los profesionales sanitarios. En la situación actual solo el 9,7 % (IC 95 %: 6,3-13,0) de los profesionales recomiendan con frecuencia a sus pacientes asintomáticos mayores

de 50 años la detección de SOH, el 57,6 % a veces y el 32,7 % nunca. Reconoció la necesidad de ampliar sus conocimientos sobre el cribado del CCR el 87,9 % (IC 95 %: 84,1-91,6) de los profesionales.

Los profesionales médicos consideraron que el coste-efectividad del cribado es elevado en una mayor proporción que los profesionales de enfermería (19,5 % versus 6,2 %; $p < 0,001$) y actualmente lo recomiendan con frecuencia a los pacientes mayores de 50 años en una mayor proporción (13,2 % versus 6,2 %; $p = 0,03$). Por su parte, los profesionales de enfermería reconocen con más frecuencia la necesidad de ampliar sus conocimientos sobre el cribado (97,5 % versus 78,0 %; $p < 0,001$).

Mediante regresión logística se observó que la proporción de profesionales que recomiendan el cribado (con frecuencia o a veces) es superior entre los profesionales médicos (OR: 6,6; IC 95 %: 3,7-11,9) y en quienes tienen asignada una población inferior a 1.500 habitantes (OR: 1,8; IC 95 %: 1,1-3,2), no guardando relación las variables edad, experiencia profesional y medio rural o urbano.

Los resultados de un análisis de correspondencias entre la frecuencia con la que los profesionales recomiendan el cribado y el número de pacientes asignados mostraron una asociación estadísticamente significativa (Chi-cuadrado: 43,297; $p < 0,001$), comprobándose que ambas variables no son independientes. En la figura 1 se muestra la representación gráfica de dicho análisis de correspondencias y en la misma puede observarse una menor distancia entre la solicitud "a veces" de SOH por parte de los profesio-

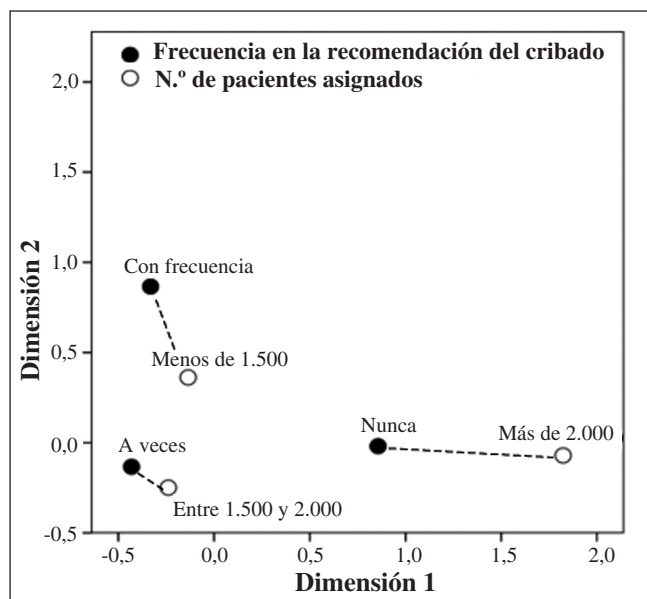


Fig. 1. Representación gráfica del análisis de correspondencias entre la frecuencia en la recomendación del cribado por parte de los profesionales y el número de pacientes asignados.

nales y una población asignada entre 1.500 y 2.000 habitantes, entre "con frecuencia" y una población inferior a 1.500 y entre "nunca" y una población que supera los 2.000 habitantes.

DISCUSIÓN

Los resultados han permitido comprobar que la mayoría de los profesionales de atención primaria consideran efectivo el cribado del CCR y aceptable la detección de SOH por parte de la población. También la mayoría recomendaría el cribado si fuese implantado un programa poblacional. En las circunstancias actuales es muy baja la frecuencia con la que los profesionales recomiendan esta actividad preventiva a sus pacientes, siendo más elevada en el caso de los médicos de familia y en quienes tienen un volumen menor de población asignada.

La tasa de respuesta obtenida es aceptable y similar a la de un estudio previo realizado en Cataluña y Baleares (7), en ambos casos superior a la obtenida en estudios de otros países (8,11,12,14,15). A pesar de ello, una importante proporción de profesionales rehusó la participación, pudiendo tratarse de sujetos con una actitud menos favorable hacia el cribado. Aunque participaron profesionales de diferentes centros de salud, podría ser limitada la generalización de los resultados a otras áreas sanitarias con mayor experiencia en actividades de cribado frente al CCR.

En opinión de la mayoría de los profesionales, la colonoscopia sería aceptable para los pacientes, ante la positividad de SOH, si fuese implementado un programa de ámbito poblacional. De hecho, en estudios pilotos realizados en nuestro país, la colonoscopia es aceptada por el 89 % de los sujetos que presentan un test positivo (18). Sin embargo, en cuanto a la posible participación de la población, uno de los principales obstáculos señalados es el miedo a la necesidad de colonoscopia o al diagnóstico de la enfermedad. De forma similar, el miedo a la colonoscopia constituye el principal motivo de resistencia para participar en otras regiones españolas (7). Actualmente, la participación en las comunidades que disponen de cribado es del 35-50 % (19) y resulta claramente mejorable, pudiendo existir alguna discordancia entre las expectativas y los resultados alcanzados. Al respecto, podría ser beneficiosa una mayor formación de dichos profesionales. En nuestros resultados y en otros previos (15) son muchos los que consideran necesario ampliar sus conocimientos sobre el cribado del CCR.

En la situación actual, en la que la prevención secundaria del CCR solo se realiza de manera oportunista en Castilla-La Mancha, aún es muy baja la proporción de profesionales que recomiendan con frecuencia el cribado a la población de riesgo medio, considerablemente inferior a la descrita en otros países (8,12,13). Esto ocurre especialmente cuando la población asignada al profesional es más elevada y, aunque no fue observado en un estudio previo (9), probablemente guarda relación con una mayor

carga de trabajo y menor disponibilidad de tiempo para la realización de actividades preventivas. Por parte de los médicos de familia ya se ha señalado previamente (7) la falta de tiempo como la barrera principal para involucrarse en el cribado. Como en estudios anteriores (8,11), otras variables, como las características sociodemográficas, no han mostrado una asociación con la frecuencia con la que los profesionales afirman llevar a cabo esta actividad preventiva.

Algunos aspectos son clave para el éxito del cribado, como la participación de un elevado porcentaje de población; sin embargo, los individuos que más rechazan la participación son precisamente quienes presentan más riesgo de enfermedad (20). Es por ello que los profesionales de atención primaria, en una privilegiada situación para informar y aconsejar a sus pacientes, pueden jugar un papel clave en el desarrollo de esta actividad preventiva (11). Aunque se han descrito actitudes negativas respecto a la determinación de SOH por parte de algunos profesionales (8) y hay estudios que sugieren que sus creencias y prácticas varían ampliamente (11), en nuestros resultados y en otros estudios previos (7) la mayoría de los profesionales exponen una opinión muy favorable hacia el cribado y estarían dispuestos a recomendarlo a sus pacientes. Se ha comprobado que su actitud hacia el cribado es un importante determinante de la participación (11) y que una razón frecuente para rehusar la participación es la falta de recomendación de un médico (13), la cual constituye el más fuerte factor predictor de la aceptación por parte del paciente (16,21).

La recomendación del cribado se ha asociado con la percepción de su eficacia por parte de los profesionales (15), hasta ahora considerada inferior a la de otros cribados, como cáncer de mama o cérvix, a pesar de su comparable evidencia de efectividad en los ensayos clínicos (22), pero también se ha asociado con la formación en este tema (13,23), siendo por ello necesario disponer de información científica suficiente.

No parecen discutibles los esfuerzos necesarios para prevenir una enfermedad que cada año en España produce en torno a 25.000 nuevos casos (24) y cuya supervivencia a los cinco años no supera el 50 % (11). En caso de detección precoz, dicha supervivencia podría superar el 90 % (25). A pesar de la evidencia que sustenta la efectividad del cribado (26), los programas poblacionales solo han sido implementados en algunos países como Francia, Reino Unido o Finlandia (7). En España, 12 de las 17 comunidades autónomas disponen de proyectos piloto o cuentan con programas ya establecidos (19,27) en los que participan los profesionales de atención primaria. Se ha comprobado que la colaboración de los médicos de familia mejora el cumplimiento de los programas de cribado en general (28) y la participación en el cribado del CCR en particular (3,15, 29,30). Los profesionales de atención primaria, por tanto, deben participar en el diseño y puesta en marcha de dichos programas, así como en la creación de los circuitos que garanticen una relación fluida entre niveles asistenciales (3,8,14). Además, los profesionales de enfermería podrían

jugar un papel muy importante (17), pues dedican más tiempo a las tareas de educación sanitaria (7).

En conclusión, los profesionales de atención primaria consideran efectivo el cribado y aceptable para los pacientes, pero en la situación actual, en la que el cribado solo se realiza de manera oportunista, es baja la proporción de profesionales que recomiendan el cribado a la población de riesgo medio, especialmente cuando la población asignada es elevada.

AGRADECIMIENTOS

El estudio ha sido realizado gracias a una Ayuda a la investigación en Oncología 2010 por parte de la Asociación Española contra el Cáncer (Junta Provincial de Albacete) (Resolución de 29 de noviembre de 2010).

Los autores agradecen la colaboración de todos los profesionales sanitarios de Atención Primaria del Área Sanitaria de Albacete que han participado en el estudio.

Anexo. Cuestionario de actitudes hacia el cribado del CCR

En su opinión, ¿es efectivo el cribado del cáncer colorrectal mediante la determinación de sangre oculta en heces?:

1 Muy efectivo 2 Bastante efectivo 3 Poco efectivo 4 Nada efectivo 5 No lo sé

En su opinión, el coste-efectividad del cribado del cáncer colorrectal es:

1 Elevado 2 Moderado 3 Bajo 4 No lo sé

¿Cómo considera que es la aceptación por parte de los pacientes de la determinación de sangre oculta en heces?

1 Alta 2 Intermedia 3 Baja 4 No lo sé

¿Cómo considera que es la aceptación por parte de los pacientes de la colonoscopia en caso de presencia de sangre oculta en heces?

1 Alta 2 Intermedia 3 Baja 4 No lo sé

Si fuese implantado un programa de cribado poblacional para la detección precoz del cáncer colorrectal en personas mayores de 50 años, basado en determinación de sangre oculta en heces (y colonoscopia en caso necesario), ¿lo recomendaría a sus pacientes?

1 Sí, a los mayores de 50 años 2 Sí, pero solo en algunos casos 3 No 4 No lo sé

Si fuese implantado un programa de cribado poblacional para la detección precoz del cáncer colorrectal en personas mayores de 50 años, ¿cómo cree que sería la participación de estas personas?

1 Elevada (más del 60 %) 2 Intermedia (entre el 40 y el 60 %) 3 Baja (menos del 40 %) 4 No lo sé

¿Considera importante la colaboración de los médicos de familia para el buen desarrollo de un programa de cribado frente al cáncer colorrectal?

1 Muy importante 2 Bastante importante 3 Poco importante 4 Nada importante

¿Considera importante la colaboración de enfermería para el buen desarrollo de un programa de cribado frente al cáncer colorrectal?

1 Muy importante 2 Bastante importante 3 Poco importante 4 Nada importante

Valore de 0 (nada importante) a 5 (muy importante) los posibles obstáculos para la participación de la población en un programa de cribado frente al cáncer colorrectal:

	0	1	2	3	4	5
Miedo a la necesidad de colonoscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de conocimientos sobre el cáncer colorrectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miedo a la detección de un cáncer colorrectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desagrado ante la manipulación de una muestra de heces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Percepción de no obtener beneficio con el programa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Valore de 0 (nada importante) a 5 (muy importante) los posibles obstáculos para que los profesionales sanitarios de Atención Primaria puedan colaborar en un programa de cribado frente al cáncer colorrectal:

	0	1	2	3	4	5
Tratarse de un procedimiento invasivo en caso de necesidad de colonoscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Continúa en pág. siguiente)

Anexo (Cont.). Cuestionario de actitudes hacia el cribado del CCR

	0	1	2	3	4	5
Problemas de ansiedad en los pacientes por falsos positivos en la detección de sangre oculta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falsa sensación de seguridad por los posibles resultados falsos negativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de tiempo de los profesionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para explicar a los pacientes los procedimientos del cribado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de conocimientos de los profesionales sobre programas de cribado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de conocimientos de los profesionales sobre el cáncer colorrectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de recursos para llevar a cabo el cribado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Con qué frecuencia recomienda a sus pacientes asintomáticos mayores de 50 años la detección de sangre oculta en heces?

1 Con frecuencia 2 A veces 3 Nunca

¿Cree que necesita ampliar sus conocimientos sobre el cribado del cáncer colorrectal?

1 Sí 2 No

BIBLIOGRAFÍA

- Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, 2010 [consultado 12 junio 2012]. Disponible en: www.msp.es/organizacion/sns/ActualizacionEstrategiaCancer.pdf
- Salas D. Cribado del cáncer colorrectal: Fortalezas para avanzar en el cribado en España. *Gac Sanit* 2011;25:329-30.
- Marzo-Castillejo M, Mascort Roca J, Pastor Rodríguez-Moñino A. ¿Estamos convencidos de nuestro papel en la prevención y detección precoz del cáncer colorrectal? *Aten Primaria* 2012;44:303-5.
- Andreu García M, Marzo M, Mascort J, Quintero E, García-Alfonso P, López-Ibor C, et al. Prevención del cáncer colorrectal. *Gastroenterol Hepatol* 2009;32:137-9.
- Pignone M, Rich M, Teutsch SM, Berg AO, Lohr KN. Screening for colorectal cancer in adults at average risk; A summary of the evidence. *Ann Intern Med* 2002;137:132-41.
- Bellas Beceiro B, Ferrándiz Santos J, Mascort Roca JJ, Amador Romero FJ, Marzo Castillejo M. Guía de práctica clínica de prevención del cáncer colorrectal: hacia un abordaje integral, integrado y coordinado. *Aten Primaria* 2004;34:451-3.
- Ramos M, Esteva M, Almeda J, Cabeza E, Puente D, Saladich R, et al. Knowledge and attitudes of primary health care physicians and nurses with regard to population screening for colorectal cancer in Balearic Islands and Barcelona. *BMC Cancer* 2010;10:500.
- Federici A, Rossi PG, Bartolozzi F, Farchi S, Borgia P, Guastacchi G. Survey on colorectal cancer screening knowledge, attitudes, and practices of general practice physicians in Lazio, Italy. *Prev Med* 2005; 41:30-5.
- Klabunde CN, Frame PS, Meadow A, Jones E, Nadel M, Vernon SW. A national survey of primary care physicians' colorectal cancer screening recommendations and practices. *Prev Med* 2003;36:352-62.
- Tong S, Hughes K, Oldenburg B, Del Mar C. Would general practitioners support a population-based colorectal cancer screening program of faecal-occult blood testing? *Intern Med J* 2004;34:532-8.
- Damery S, Clifford S, Wilson S. Colorectal cancer screening using the faecal occult blood test (FOBT): A survey of GP attitudes and practices in the UK. *BMC Family Practice* 2010;11:20.
- Youl PH, Jackson C, Oldenburg B, Brown C, Dunn J, Aitken J. Attitudes, knowledge and practice of CRC screening among GPs in Queensland. *Aust Fam Physician* 2006;35:547-50.
- Rim SH, Zittleman L, Westfall JM, Overholser L, Froshaug D, Coughlin SS. Knowledge, Attitudes, Beliefs, and Personal Practices Regarding Colorectal Cancer Screening Among Health Care Professionals in Rural Colorado: A Pilot Survey. *J Rural Health* 2009;25:303-8.
- Terhaar sive Droste JS, Heine GDN, Craanen ME, Boot H, Mulder CJJ. On attitudes about colorectal cancer screening among gastrointestinal specialists and general practitioners in The Netherlands. *World J Gastroenterol* 2006;12: 5201-4.
- Turner GB, Chin MW, Foster NM, Emery J, Forbes GM. Attitudes of Western Australian general practitioners to colorectal cancer screening. *Med J Aust* 2006;185:237.
- Hilsden RJ, McGregor SE, Murray A, Khoja S, Bryant H. Colorectal cancer screening: Practices and attitudes of gastroenterologists, internists and surgeons. *J Can Chir* 2005;48:434-40.
- Shaheen NJ, Crosby MA, O'Malley MS, Murray SC, Sandler RS, Galanko JA, et al. The practices and attitudes of primary care nurse practitioners and physician assistants with respect to colorectal cancer screening. *Am J Gastroenterol* 2000;95:3259-65.
- Peris M, Espinàs JA, Muñoz L, Navarro M, Binefa G, Borràs JM, Catalan Colorectal Cancer Screening Pilot Program Group: Lessons learnt from a population-based pilot program for colorectal screening in Catalonia (Spain). *J Med Screen* 2007;14:81-6.
- Red de Programas de Cribado de Cáncer. Resultados de los Programas de Prevención de Cáncer Colorrectal, 2012. [Consultado el 18-05-2013]. Disponible en: <http://www.programascancerdemama.org/index.php/situacion-de-los-programas-de-cribado-de-cancer-colorrectal-en-espana-ano-2012>.
- Herbert C, Launoy G, Gignoux M. Factors affecting compliance with colorectal cancer screening in France: differences between intention to participate and actual participation. *Eur J Cancer Prev* 1997;6:44-52.
- Leard LE, Savides TJ, Ganiats TG. Patient preferences for colorectal cancer screening. *J Fam Pract* 1997;45:211-8.
- Young J, Ward J, Sladden M: Do the beliefs of Australian GPs about the effectiveness of cancer screening accord with the evidence? *J Med Screen* 1998;5:67-8.
- Subramanian S, Klosterman M, Amonkar MM, Hunt TL. Adherence with colorectal cancer screening guidelines: a review. *Prev Med* 2004; 38:536-50.
- Centro Nacional de Epidemiología: Instituto de Salud Carlos III: la situación del cáncer en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
- Meyerhardt JA, Mayer RJ. Systemic therapy for colorectal cancer. *N Engl J Med* 2005;352: 476-87.
- Hewitson P, Glasziou P, Irwig L, Towler B, Watson E. Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;1:CD001216.
- Milà N, García M, Binefa G, Borràs JM, Espinàs JA, Moreno V. Adherencia al programa poblacional de detección precoz de cáncer colorrectal en Cataluña, 2000-2008. *Gac Sanit* 2012;26:217-22.
- Ferreira M, Dolan NC, Fitzgibbon ML, Davis TC, Gorby N, Ladewski L, et al. Health care provider-directed intervention to increase colorectal cancer screening among veterans: results of a randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2005;23:1548-54.
- Myers RE, Ross EA, Wolf TA, Balshem A, Jepson C, Millner L. Behavioral interventions to increase adherence in colorectal cancer screening. *Med Care* 1991;10:1039-50.
- Zarychanski R, Chen Y, Bernstein CN, Herbert PC. Frequency of colorectal cancer screening and the impact of family physicians on screening behaviour. *CMAJ* 2007;177:593-7.