

Las Enfermeras impulsoras y promotoras del programa de cribado de cáncer colorrectal, clave de éxito

Nurses - the driving force and project developers of the Colorectal Cancer Screening Programme - the key to success

Isabel Idígoras Rubio*

Enfermera. Servicio Vasco de Salud. Responsable del Programa Cribado de Cáncer Colorrectal. Osakidetza.

La prevención es el arma fundamental en la lucha contra el Cáncer de Colon y Recto. Desde los distintos Departamentos de Salud de todas las CCAA se lleva reforzando también en este ámbito las políticas de promoción de hábitos de vida saludables, de hecho, los principales factores de riesgo en ésta y otras enfermedades son el tabaco, el alcohol, el sobrepeso y el sedentarismo. Para ello desde las distintas consultas de los profesionales de Atención Primaria y Especializada también se promueven los Consejos a los ciudadanos de hábitos de vida saludables.

En 2003, la Organización Mundial de la Salud (1) realizó una recomendación para la implementación en los distintos sistemas sanitarios de programas de cribado del cáncer de colon y recto debido a la magnitud creciente de este problema de salud, ya que en los países desarrollados es el primero en incidencia y el segundo en mortalidad en ambos sexos (2).

El Cribado de Cáncer Colorrectal (CCR), como intervención de salud, ha sido considerada coste-efectiva (3) independientemente de la prueba que se utilice (sangre oculta en heces, sigmoidoscopia ó colonoscopia), disminuyendo la incidencia y la mortalidad respecto a no hacer nada.

Dado que ninguna prueba alcanza una sensibilidad del 100% ni está exenta de riesgos,

los programas de cribado deben seguir criterios estrictos de alta calidad. La Guía Europea de CCR 2010 (4) marca recomendaciones básicas en las que la participación de las personas, la calidad del proceso, la implicación de los profesionales y una comunicación eficaz mejorarán los resultados esperados.

En el País Vasco el Programa de Cribado se aprobó en el 2008, poniéndose en marcha en el 2009 dirigido a todas las personas entre 50-69 años (586.700 personas), con prueba inmunoquímica cuantitativa para detectar sangre oculta en las heces cada 2 años, y colonoscopia, terapéutica y con sedación para confirmación de casos. La inversión en implicar a todas las personas con el apoyo de sistemas de información innovadores y tecnología adecuada para el diagnóstico y tratamiento ha sido uno de los puntos estratégicos del Programa. (5)

	CCR	NO CCR		95% IC
FIT +	1.837	31.582		
FIT -	151	470.185		
			Sensibilidad	92,4% 91,2-93,5%
			Especificidad	93,7% 93,6-93,8%
			Valor Predictivo Positivo	5,5% 5,3-5,7%
			Likelihood Ratio (+)	14,68 14,44-14,93
			Likelihood Ratio (-)	0,08 0,07-0,09

Figura 1. Efectividad del Programa de prevención del cáncer colorrectal. País Vasco.

El balance actual es positivo (Figura 1) habiendo

*Correo electrónico: isabel.idigorasrubio@osakidetza.net

alcanzado a principios de 2014 prácticamente el 100% de la cobertura. La participación supera las recomendaciones europeas con 66,5% y 69,5% en primera y segunda invitación, obteniéndose una elevada tasa de detección de lesiones pre-malignas (Adenomas Avanzados) y malignas (Cáncer Invasivo), superior a 30 casos por 1.000 participantes.

Sin embargo, también hay que hablar de otros efectos a tener en cuenta y no tan positivos, como los falsos positivos, falsos negativos y complicaciones. Con cifras similares a otros Programas, estamos investigando los casos para minimizarlos y prevenirlos. La sensibilidad de la prueba en nuestro Programa para cáncer

invasivo supera el 90% y las complicaciones son inferiores al 0,4%.

El objetivo de este programa de prevención es disminuir la incidencia y mortalidad por esta enfermedad. El Programa nació con el sello de la implicación máxima de todos los niveles asistenciales, sensibilizando a todos los profesionales que trabajan en nuestro sistema sanitario y por ende al ciudadano. Para ello se realizan sesiones formativas y acreditadas dirigidas a todos los profesionales implicados en el proceso de cribado. El objetivo es la máxima facilitación, con un sistema organizativo ágil que permita el acceso de los ciudadanos y la respuesta coordinada de todos sin aumentar la

Actualizado 21/05/2015*	PRIMERA INVITACIÓN		SEGUNDA INVITACIÓN		TERCERA INVITACIÓN		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Población elegible	603.612		326.233		89.534		1.019.450	
Población invitada	580.799	96,2	315.210	96,6	86.354	96,5	982.363	96,4
Participantes (test válidos)	386.074	66,6	220.834	70,1	62.607	74,6	669.515	68,2
Positivos	26.829	7,0	12.188	5,5	3.416	5,5	42.433	6,3
Colonoscopias dx	24.810	92,5	10.920	89,6	2.908	85,1	38.638	91,1
Adenoma Avanzado	10.649	42,9	3.912	35,8	1.030	35,4	15.591	40,4
CCR	1.547	6,2	484	4,4	111	3,8	2.142	5,5
Estadio I-II	1.032	66,7	318	65,7	17	15,3	1.367	63,8
Estadio III-IV	440	28,4	119	24,6	17	15,3	576	26,9
Estadio desconocido / dx no finalizado	75	5,0	47	10,0	77	69,4	199	9,3
Valor Predictivo Positivo para adenoma		60,0		51,9		39,2		56,8
Valor Predictivo Positivo Adenoma Avanzado		42,3		34,6		23,2		39,3
Valor predictivo Positivo para CCR		6,1		4,3		3,0		5,4
TASA DE ERRORES FIT								1,31%
TASA DE FALSOS POSITIVOS (colonoscopias sin adenomas avanzados ni cáncer invasivo)								54,1%
TASA DE RECITACIÓN POR PREPARACIÓN INADECUADA								5,9%
TASA DE COMPLICACIONES GRAVES								0,4%
NÚMERO DE FALSOS NEGATIVOS POR FIT							151	
NÚMERO DE FALSOS NEGATIVOS TRAS COLONOSCOPIA							5	

Figura 2. Resultados del PCCR según ronda de invitación

carga burocrática Todo ello se consigue asegurando la trazabilidad del proceso en el marco de seguridad para el paciente. El envío del material al domicilio (el kit) ha sido muy bien valorado tanto por las personas como por los profesionales, siendo la primera Comunidad Autónoma que lo realiza, pero también la que más participación alcanza y mejores resultados de detección de lesiones está consiguiendo.

Las enfermeras son impulsoras y promotoras de programas de prevención y excelentes gestoras de casos, son las que han asumido este Programa y todo el proceso de forma activa, lo que ha permitido obtener unos buenos resultados tanto en participación como en lograr un gran porcentaje de buenas preparaciones colónicas.

Me gustaría reseñar, a título de ejemplo un tema que ha sido pieza clave para lograr tan buenos resultados y permitir además la cabida de esta estrategia de prevención en nuestro Sistema Sanitario y que no es otro que la calidad de la colonoscopia sea excelente por encima del 95%.

Al inicio del programa el porcentaje de recitación para la colonoscopia debido a la mala preparación era del 25%, desde la implantación de la Consulta de Enfermería para que personalizara el hora de toma del evacuante en función de la hora de la misma así como la personalización de la dieta restrictiva previa a la prueba, este porcentaje se ha reducido a un 6% es decir hacer una "preparación a la carta" permite en parte poder asumir el incremento de las colonoscopias por la presencia del Programa de Cribado. Para esta nueva actividad en las consultas de enfermería de Atención Primaria, las enfermeras han sido formadas en talleres específicos realizados desde el centro Coordinador del Programa con las aportaciones de las enfermeras de endoscopia digestiva. A petición de estas se hace en esa consulta de preparación colónica también un repaso exhaustivo de los cuidados al alta tras la prueba y esto también ha redundado en el beneficio del paciente puesto que los efectos adversos post colonoscopia han disminuido.

Compartiréis conmigo que el consejo sanitario incluye también el cómo, cuando, porqué y de qué manera tomar los tratamientos médico y las pautas de actuación post-prueba y esto se lleva

realizando desde siempre como una de las principales tareas diarias de enfermería, tanto a pie de cama en los hospitales como en las consultas de Atención Primaria a petición de nuestros pacientes y en coordinación con los médicos.

Desde este rincón de nuestra revista de profesionales quisiera reivindicar dicha actividad y compartir algo que siempre me ha llamado la atención dado que cuyo mensaje está muy bien aprendido puesto que se escucha después de cualquier publicidad sobre un medicamento en televisión... "ante una duda, consulte con su médico ó farmacéutico"...

Me despido de vosotros con los resultados obtenidos (Figura 2) en nuestro programa gracias a la implicación y buen hacer de todas vosotras, "mis colegas". Animaros a que sigáis aportando vuestras buenas prácticas que serán la clave de una mejor calidad de vida de nuestra población. Muchas gracias por vuestro compromiso con este Programa.

Bibliografía

1. European Council, 2003. Comisión de la Comunidad Europea. Propuesta de Recomendación del Consejo sobre cribado de cáncer. Bruselas, 5.5. 2003. Volumen 2003/878/CE, 2003:L327/34-L327/37. Disponible en <http://ec.europa.eu/health/>
2. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: ources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer* 2015; 136;5: E359-86
3. Lansdorp-Vogelaar I et al. Cost-effectiveness of colorectal cancer screening. *Epidemiol Rev.* 2011;33;1:88-100. doi:10.1093/epirev/mxr004
4. Segnan N, Patnick J, von Karsa L, editors. European Commission. European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal Cancer Screening and diagnosis. Brussels: European Commission; 2011
5. http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/deteccion_cancer/es_cancer/adjuntos/programa.pdf