

RASTREO DEL CANCER COLORRECTAL CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LA POBLACION

**ENRIQUE R. CASAL¹, ELIZABETH N. VELAZQUEZ¹, RAUL M. MEJIA¹,
ALDO CUNEO¹, ELISEO J. PEREZ-STABLE²**

¹Programa de Medicina Interna General (PMIG), Departamento de Medicina, Hospital de Clínicas José de San Martín, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires; ²Department of Medicine, University of California, San Francisco CA, USA

Resumen El rastreo de cáncer colorrectal (CCR) cuenta con fuertes evidencias en su favor. Datos preliminares indican que a pesar de ello no se lleva a cabo con la frecuencia adecuada. Se intenta aquí determinar, dentro de un Sistema de Salud que cuenta con los recursos necesarios, los elementos que facilitan o generan barreras para concretar esta práctica preventiva, cuántos individuos lo ponen en práctica y qué predice esta conducta. Se realizó una encuesta telefónica a los afiliados de una Obra Social de empleados de la Universidad de Buenos Aires, de los que 132 completaron el cuestionario (tasa de respuesta 70%). Los elementos considerados facilitadores del rastreo obtuvieron respuestas afirmativas en el 64 a 97%, mientras que los que definían barreras un 11 a 27%. En este último grupo, una categoría diferenciada la constituía el miedo a los efectos adversos: 39%, y el sentimiento de vergüenza relacionado con los procedimientos: 30%. Un 33% de los encuestados tenían hecho un método de rastreo, mayoritariamente de sangre oculta (27), sigmoidoscopia (11) y colonoscopia (20). Una mayoría afirmó que "se haría el procedimiento si el médico se lo recomendará" (95%), o "no se lo haría excepto que su médico se lo aconseje" (87%). Contestar afirmativamente que "los médicos hacen lo mejor para los pacientes" se asoció con haberse hecho un método de rastreo de CCR, OR 1.55 (IC 95%: 1.02-2.37) p: 0.04. El grupo de individuos estudiado parece bien predispuesto para el rastreo del CCR, la recomendación médica sería aquí un determinante prominente para ponerlo en práctica.

Palabras clave: cáncer colorrectal, rastreo, diagnóstico precoz, prevención

Abstract *Screening colorectal cancer. Perception and behavior of the population.* There is strong evidence favoring colorectal cancer screening. Preliminary data suggests that it is not included in routine practice with the adequate frequency. We intended to recognize in a Health Care System (HCS) that provides the needed resources, the facilitators and barriers related with the implementation of this preventive practice, how many individuals have carried out one procedure and what this preventive activity predicts. A telephone survey was administered to a sample of affiliates from an HCS that serves employees of the University of Buenos Aires; 132 completed the questionnaire (70% response rate). Facilitators obtained an affirmative response in a 64 to 97%, and barriers from 11 to 27%. In the latter category a special subgroup (39%) was afraid of adverse events, and there was a feeling of embarrassment in others (30%); 33% of respondents had carried out a screening procedure, mainly FOBT 27, sigmoidoscopy 11 and colonoscopy 20. A majority (95%) stated that they "would do the procedure if doctors recommend it", or "not do it unless my doctor advises to do it" (87%). Answering affirmatively that "physicians will do the best for their patients" was associated with having had a CRC screening test, OR 1.55 (95% CI: 1.02-2.37) p: 0.04. Studied individuals showed good predisposition for colorectal cancer screening, but to put it into practice, medical advice seems to be a prominent determinant.

Key words: colorectal cancer, screening, early diagnosis, prevention

El cáncer colorrectal (CCR) es un importante problema de salud. Su prevalencia varía en distintas áreas geográficas. La Argentina es un país con alta frecuencia de

CCR. La incidencia es de 32.2 por 100 000 habitantes por año en hombres y 25.4 en mujeres. La tasa de mortalidad anual es de 16.1 por 100 000 habitantes por año en hombres y 13.9 para mujeres, ocurriendo aproximadamente unas 3 000 muertes por año en ambos sexos, alrededor de 15 casos nuevos y 8 muertes por día¹.

También en Estados Unidos de Norteamérica lidera las estadísticas de mortalidad por cáncer. En hombres y mujeres constituye la segunda neoplasia en orden de fre-

Recibido: 29-III-2008

Aceptado: 23-IX-2008

Dirección postal: Dra. Elizabeth Velázquez, Programa de Medicina Interna General, Departamento de Medicina, Hospital de Clínicas José de San Martín, Av. Córdoba 2351, 1120 Buenos Aires, Argentina
Fax: (54-11) 4809-0921 e-mail: lizmedcl@yahoo.com.ar.

cuencia como causa de muerte, sólo relegada por el cáncer de pulmón².

En países de alta frecuencia, la probabilidad de una persona de padecer CCR durante su vida es del 5% y de morir por su causa del 2.5%, y es responsable del 10% del total de las muertes por cáncer^{3,4}.

Existen claras evidencias de los beneficios del diagnóstico precoz⁵⁻⁹. La *U.S. Preventive Services Task Force*⁵ recomienda fuertemente desde el año 2002 el rastreo a partir de los 50 años en los individuos con riesgo habitual, utilizando pruebas anuales de sangre oculta en materia fecal (SOMF), sigmoidoscopia cada 5 años o la combinación de ambas. Si la SOMF resultara positiva debería ser seguida por una colonoscopia. En fecha reciente e integrando un consenso de sociedades, la *American Cancer Society (ACS)*⁷, se pronuncia de un modo más abarcativo e innovador. Recomienda utilizar de un modo prioritario, cuando se cuente con los recursos, pruebas capaces de detectar pólipos y cáncer tales como: sigmoidoscopia flexible, colonoscopia, colon por enema con doble contraste y colonoscopia virtual. Deberían efectuarse cada 5 años, a excepción de la colonoscopia (cada 10). En segundo orden y con la posibilidad de detectar sólo cáncer, recomienda con frecuencia anual la prueba tradicional de SOMF o alguna de sus variantes inmuno-químicas. Con un intervalo de repetición incierto recomienda también la determinación de pruebas de ADN en materia fecal.

Se calcula que de implementarse rutinariamente en una población, la reducción esperada de la mortalidad específica por CCR sería del orden del 18 al 30% según el método de rastreo empleado¹⁰⁻¹².

Para diseñar un programa de prevención de CCR se debe tener en cuenta la perspectiva del financiador, la de los médicos participantes y la de los pacientes potencialmente beneficiados^{13,14}. El análisis de estos tres puntos contribuirá finalmente al éxito de dicho programa.

Los financiadores de la salud (sistema público, obras sociales o privados) parecen contar con un mandato o decisión política establecida. En 2004, el Ministerio de Salud de la Nación ha participado en la elaboración de una Guía de Práctica Clínica¹⁵ promoviendo en forma generalizada la utilización de procedimientos de rastreo de CCR en adultos mayores de 50 años.

Los médicos, por su parte, parecen dudar y estar mal informados, de acuerdo con el estudio de Krayevsky y col (comunicación personal). Al estudiar a los internistas de un Hospital Universitario de Buenos Aires describen que el 26.1% no indica regularmente el rastreo de CCR y un 46.3% lo recomienda sólo a individuos con riesgo incrementado por su historia familiar.

Con respecto a los pacientes, poco se conoce en nuestro medio sobre su actitud frente a los procedimientos de diagnóstico precoz. Puede estar influenciada por sus conocimientos con respecto a la enfermedad y sus mé-

todos de diagnóstico¹⁶, las creencias y barreras percibidas tales como vergüenza, miedo y dificultades de implementación^{17,18}. También, y en especial en comunidades latinas de EE.UU., se ha señalado que el fatalismo y religiosidad podrían actuar como una barrera condicionando las decisiones¹⁹.

Esta investigación se propone, en una población con acceso a los recursos de salud necesarios, describir las potenciales barreras y elementos facilitadores percibidos en relación con los métodos usados para el diagnóstico precoz del CCR y el porcentaje de individuos que se han efectuado alguno de ellos. También se propone conocer los predictores que determinaron que el estudio preventivo se llevara a cabo.

Materiales y métodos

La Dirección General Obra Social-Universidad de Buenos Aires (DOSUBA), es la obra social de los empleados de la Universidad integrada por miembros docentes o no docentes y sus familiares.

En el marco de un convenio, sus autoridades facilitaron para esta investigación la base de datos de los individuos, hombres y mujeres de 50 a 79 años con domicilio en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (GCBA). Se seleccionó este grupo, por estar constituido por los potenciales beneficiarios de un programa preventivo de CCR diseñado para una población general.

Fueron excluidas aquellas personas con diagnóstico conocido de CCR, las que rechazaron ser entrevistadas, las que a juicio del entrevistador no respondieron de modo confiable, las que no pudieron ser contactadas después de nueve intentos, y las que no poseían teléfono de línea.

Se utilizó como instrumento de medición una encuesta elaborada en la Universidad de California, San Francisco para poblaciones inmigrantes¹⁹, que fue pre-testeada y modificada por los investigadores para adaptarla a la lengua y cultura local. La encuesta quedó finalmente constituida por 79 preguntas repartidas en 11 secciones (Apéndice 1). Recaba información sobre datos demográficos, conocimientos acerca de CCR y sus métodos de rastreo, actitudes y barreras, pensamientos religiosos y fatalistas, medios por los cuales recibió la información relacionada con el rastreo, y algunos aspectos de la interrelación del afiliado con los médicos como la confianza y respeto que genera su actividad.

El protocolo fue sometido a revisión por el Comité de Ética y Docencia e Investigación del Hospital de Clínicas José de San Martín (HCJSM) y conducido por el Programa de Medicina Interna General (PMIG) del mismo Hospital.

De la base de datos original, de 7 690 individuos titulares de teléfonos de línea y luego de descartar los participantes del pre-test, por medio de un programa de computación, se obtuvo una muestra aleatorizada de 1 188 miembros, que fueron agrupados en 132 bloques de 9 integrantes. De cada uno de estos bloques y siguiendo un procedimiento específico se debía obtener una encuesta terminada. Si un individuo tenía asignado en la base de datos un teléfono incorrecto, se había mudado, o tenía algún criterio de exclusión como haber padecido CCR, era considerado como una "exclusión". Si el participante no era excluido y no se podía establecer un contacto telefónico después de nueve intentos, o se negaba a participar, el caso era considerado como "rechazo". En ambos casos se continuaba con un orden preestablecido hasta

obtener un cuestionario completo. Sobre el número de “rechazos” (58 individuos) finalmente se calculó la tasa de respuestas, utilizando como denominador los 190 pacientes que fueron contactados y que no constituyeron “exclusiones”. Se obtuvieron así 132 cuestionarios con datos completos, con lo que se obtuvo una tasa de respuesta del 70%.

Los encuestadores participaron de un proceso de entrenamiento y supervisión de sus tareas.

Las encuestas telefónicas se llevaron a cabo durante los meses de noviembre y diciembre del 2005. Las preguntas iniciales solicitaban a los encuestados su consentimiento informado de acuerdo con las normas de Helsinki²⁰, para continuar sólo después de su aceptación hacia las preguntas específicas.

En el análisis descriptivo las preguntas fueron agrupadas en categorías de acuerdo a su condición de actitudes “facilitadoras”, cuando en su enunciado contenían un aspecto deseable desde la perspectiva médica para obtener un procedimiento de rastreo y “barreras” a aquellas que potencialmente interfieren con su implementación. Se emplearon aquí porcentajes de respuestas afirmativas o negativas, y mediciones de tendencia central y dispersión de acuerdo con el tipo de variable.

El tamaño de la muestra fue calculado admitiendo un error alfa de hasta 0.05 a dos colas con un poder del 90% capaz de detectar una diferencia del 30% en la frecuencia con la cual los individuos habían realizado alguna vez una intervención de diagnóstico precoz luego de recibir un consejo médico en ese sentido.

Las respuestas fueron tabuladas según códigos nominales y en algunos casos según la escala sumatoria de Lickert, y dicotomizadas para su análisis.

Para el análisis de predictores de haber hecho algún método de rastreo de CCR, se utilizó un cálculo de regresión logística y análisis multivariado.

El análisis multivariado fue precedido por un análisis bivariado para determinar las preguntas que calificaban como relevantes a los fines del análisis estadístico principal. Se utilizó como variable dependiente la pregunta afirmativa con respecto a haberse hecho algún procedimiento de rastreo. Luego del análisis bivariado se seleccionaron preguntas individuales para el análisis de predictores, referidas a datos socio demográficos y a las actitudes y creencias, el consejo médico y la confianza y respeto por los médicos.

Los resultados de las encuestas se cargaron en una base de datos (*Microsoft Excel 97*) y se efectuó un control de ingreso de dicha carga a través de un análisis por conglomerados. Para el análisis final se utilizó el paquete estadístico *Medcalc 9.1*.

Resultados

Completaron el cuestionario 132 individuos con una edad mediana de 58 años, integrada en un 67% por mujeres. El 80% tenía más de 12 años de educación formal y el 89% se encontraba empleado en actividad. Un 58% declaró estar casado o viviendo en pareja y el 64% se identificó con alguna religión mayoritariamente católica y judía. El 46% declaraba ingresos mensuales familiares mayores a \$ 1 000,00. La percepción de su propia salud era considerada como excelente o muy buena por el 83% (Tabla 1).

Las preguntas que exploraban conocimientos y actitudes (Tabla 2) que resultaban “Facilitadoras” recibieron

TABLA 1.– Características de la población

	n	%
Edad:		
50-59 años	73	55.7
60-69 años	46	35.1
70-79 años	12	9.2
Mediana ± SD	58 ± 6.79	
Sexo:		
Hombres	44	33.3
Mujeres	88	66.7
Nivel de educación*:		
≤ 7 años de estudio	7	5.3
Hasta 12 años de estudio	20	15.2
> 12 años de estudio	105	79.5
Desempleados	3	2.3
Casados/viviendo en pareja	76	57.6
Religión:		
Sí:	85	64.4
Católicos	76	57.6
Judíos	8	6.1
Otros	1	0.8
No	42	31.8
Ingreso familiar mensual:		
Menos de \$1000	22	16.7
Más de \$1000	60	45.5
Rehusaron contestar	43	32.6
Percepción de la salud:		
Excelente o muy buena	52	39.4
Buena	57	43.2
Regular	20	15.2
Mala	2	1.5

Valores absolutos pueden no sumar 132 por datos faltantes, y (porcentajes) pueden no sumar 100 debido a redondeo.

*Nivel de educación: ≤ 7 años: igual o menor a 7 años de estudio, equivale a nivel primario. Hasta 12 años de estudio, equivale a nivel secundario. > 12 años: Ciclo Básico Común, Universidad o Postgrado. Religión: Respuesta afirmativa o negativa a la pregunta de sentirse identificado o profesar alguna religión.

Ingreso Familiar: Percibido en conjunto en promedio por todos los convivientes en el año 2005.

respuestas afirmativas en forma mayoritaria con un rango del 64 al 97%. Este grupo, al referirse a los estudios para el rastreo de CCR, seleccionaba afirmaciones tales como: “Son parte del buen cuidado de la salud” y “Son importantes aunque no tenga familiares con CCR”.

Las preguntas que exploraban “Barreras” hacia el diagnóstico precoz, tuvieron respuestas afirmativas entre el 11 y 27%, con preguntas tales como: “Si se encuentra algo será tarde”. Fuera de esta aparente tendencia, un 39% declaraba miedo a los efectos adversos al responder de modo afirmativo la pregunta “Si hay alguna posi-

Tabla 2.- Preguntas que exploraban facilitadores y barreras percibidos acerca del diagnóstico precoz del CCR

Facilitadores	Desacuerdo		Acuerdo	
	n	(%)	n	(%)
Referente a los exámenes de detección precoz en general:				
- Pueden encontrar cosas que se convierten en cáncer	4	(3.2)	121	(96.8)
- Son parte del buen cuidado de la salud	5	(3.9)	122	(96.1)
- Son importantes aunque yo no tenga familiares con CCR	10	(8.6)	107	(91.4)
- Para las personas de mi edad son útiles	20	(18.1)	90	(81.8)
- Si los hago con regularidad me ayudará a vivir más años	32	(35.9)	75	(84.1)
- Me ayudarán a evitar tener un cáncer más grave	12	(10.5)	103	(89.6)
- No son peligrosos	14	(13.6)	89	(86.4)
- Lo haré si mi médico dice que es importante	4	(3.1)	125	(96.9)
- No lo haría excepto que mi médico diga que es necesario	17	(13.2)	111	(86.7)
Referente a SOMF:				
- Es fácil de hacer	3	(2.5)	27	(97.5)
Referente a RSC/CC:				
- Es fácil de hacer	18	(37.2)	61	(62.9)
Barreras				
Referente a los exámenes de detección precoz en general:				
- Si un examen resulta normal no es necesario repetirlo	95	(82.6)	20	(27.4)
- Si no hay síntomas digestivos no es necesario hacer rastreo	102	(72.7)	29	(27.4)
- No lo preciso si como sano y me cuido con la alimentación	86	(84.5)	19	(15.5)
- Si se encuentra algo con ellos será tarde	106	(89.1)	13	(10.9)
- Consumen mucho tiempo para hacerlos	54	(74.0)	19	(26.0)
- Son vergonzosos	86	(69.9)	37	(30.1)
- Son peligrosos	92	(87.6)	13	(12.4)
- Traen muchos problemas e inconvenientes	86	(78.9)	23	(21.1)
- Si hay alguna posibilidad que hagan daño no quiero hacerlos	72	(61.0)	46	(39.0)
- Tengo miedo que me encuentren un cáncer, no quiero hacerlo.	114	(87.7)	16	(12.3)
Referente a SOMF:				
- Es sucio	80	(65.6)	42	(34.4)
Referente a RSC/CC:				
- Puede resultar incómoda	12	(9.5)	85.2	(90.5)
- La preparación es difícil	63	(56.7)	48	(43.2)
- No tengo quien me acompañe a casa después del procedimiento	118	(89.4)	14	(10.6)

Facilitadores y barreras: Preguntas agrupadas de acuerdo con su contribución a la obtención de una prueba de diagnóstico precoz. Promueven o dificultan un procedimiento.

CCR: Cáncer Colorrectal, SOMF: Sangre Oculta en Materia Fecal, RSC: Rectosigmoidoscopia, CC: Colonoscopia. Respuestas obtenidas con escala de Lickert de 4 opciones excluyentes. Desacuerdo: cohesión de las opciones totalmente y algo en desacuerdo. Acuerdo: cohesión de las opciones algo y totalmente de acuerdo. Resultados expresados en valores absolutos y porcentajes entre paréntesis del total con respuestas válidas. Cuando no suman 132 se debe a datos faltantes. Los porcentajes pueden no sumar 100 debido a redondeo.

bilidad que hagan daño no quiero hacerlos" y un 30% señalaba un sentimiento de vergüenza relacionado con los procedimientos de rastreo.

En cuanto al examen de sangre oculta en materia fecal (SOMF) es considerada como "fácil de hacer" por el 98% pero "sucia" por el 34%.

Los procedimientos instrumentales de diagnóstico, sigmoidoscopia (SC) y colonoscopia (CC) fueron definidos como "fáciles de hacer" por el 63% pero "incómodos" (91%) y de "preparación difícil" (43%).

Las afirmaciones que exploraban conceptos de religiosidad y fatalismo (Tabla 3) fueron respondidas de

TABLA 3.– Preguntas que exploran sentimientos de religiosidad* y fatalismo** en relación con el diagnóstico precoz del CCR

Sentimientos religiosos y fatalistas	Desacuerdo	Acuerdo
*Dios decide quién va a morir sin importar lo que yo haga	95 (73.1)	35 (26.9)
*Dios decide quién va a tener cáncer	106 (89.1)	13 (10.9)
*Tener buena salud es un regalo de Dios	64 (51.6)	60 (48.4)
*Rezará y dar ofrendas puede curar enfermedades	85 (66.4)	43 (33.6)
**Tener buena salud no depende de mí	118 (90.1)	13 (9.9)
**Si no se mueren por cáncer es porque estaba marcado en su destino	95 (79.2)	25 (20.8)
**Si me diagnostican un cáncer debo prepararme para morir	104 (81.9)	23 (18.1)
**Tener cáncer es una sentencia de muerte	90 (69.2)	40 (30.8)
**Es mejor no saber si uno tiene cáncer	121 (93.1)	9 (6.9)

* Sentimientos de religiosidad: preguntas que exploran la presencia de fuertes convicciones religiosas. **Sentimientos fatalistas: analizan la convicción de que existirían elementos no manejables por la medicina, que determinan los resultados por anticipado.

CCR: Cáncer Colorrectal. Respuestas obtenidas con escala de Lickert de 4 opciones excluyentes. Desacuerdo: cohesión de las opciones totalmente y algo en desacuerdo. Acuerdo: cohesión de las opciones algo y totalmente de acuerdo. Resultados expresados en valores absolutos y porcentajes entre paréntesis del total con respuestas válidas. Cuando no suman 132 se debe a datos faltantes. Los porcentajes pueden no sumar 100 debido a redondeo.

TABLA 4.– Preguntas exploradas como predictores* de haber realizado algún método de diagnóstico precoz de CCR

Preguntas predictoras	Sí	Hecho	OR (IC 95%)	p
Confianza en que los médicos hacen lo mejor para los pacientes	118/131	35 (29.7)	1.55 (1.02-2.37)	0.04
Los médicos lo tratan con respeto	125/132	26 (20.8)	1.24 (0.68-2.25)	0.48
Los médicos se preocupan por Ud.	122/131	37 (30.3)	1.62 (0.98-2.68)	0.06
Yo me haría el rastreo si mi médico dice que es importante	125/129	38 (30.4)	0.15 (0.01-1.55)	0.11

*Edad, género, nivel de ingresos y educación no se comportaron como predictores

CCR: Cáncer colorrectal. Respuestas obtenidas con escala de Lickert de 4 opciones excluyentes.

Sí: cohesión de opciones a veces-siempre, en valor absoluto sobre el total de respuestas válidas, cuando no suman 132 se debe a datos faltantes.

Hecho: individuos que alguna vez hicieron un procedimiento de diagnóstico precoz, valores absolutos y porcentaje del total de los que respondieron de modo afirmativo. Los porcentajes pueden no sumar 100 debido a redondeo.

OR: Odds ratio, entre paréntesis IC95%: intervalo de confianza del 95%.

p: cálculo de error alfa.

modo afirmativo por una minoría. “Tener buena salud es un regalo de Dios” (48%) y “Tener buena salud no depende de mí” (10%).

De los 132 respondedores, 44 (33%) habían hecho al menos una vez en la vida un método de rastreo de CCR, 27 SOMF, 11 SC y 20 CC.

Cuando se exploró el consejo médico como razón para poner en práctica un método de diagnóstico precoz, una mayoría afirmó que ellos “se harían el procedimiento si el médico se lo recomendara”, o “no lo haría excepto que su médico se lo aconseje” (95 y 87%).

En el análisis de predictores de “haber hecho un procedimiento de rastreo” la edad, sexo, vivir en pareja e

ingresos, no resultaron de significación. Contestar afirmativamente que “los médicos hacen lo mejor para los pacientes” fue asociado con haberse hecho un método de rastreo de CCR, OR 1.55 (IC 95% = 1.02-2.37) p= 0.04. En este grupo de predictores se observó también una tendencia a haberse hecho un procedimiento cuando los pacientes expresaron afirmativamente que piensan que los médicos se preocupan por ellos OR 1.62 (IC 95% = 0.98-2.68) p= 0.06 (Tabla 4).

Adicionalmente se recogió información acerca de los medios gráficos y electrónicos de comunicación que proveen información sobre la prevención del CCR. Sólo 16% de los encuestados refirieron haber visto algún anuncio

en la vía pública referido al CCR y un 10% recordaba haber visto algo relacionado con este tema en Internet pese a que una alta proporción tiene acceso. Haber entrado en contacto con algún medio de comunicación que presente información sobre exámenes de detección estuvo presente en el 35.6% de los individuos, pero este dato tampoco se comportó como predictor de haberse hecho algún método de rastreo.

Discusión

La población estudiada tenía en general una serie de conocimientos y opiniones que resultan facilitadores para implementar un programa de diagnóstico temprano de CCR. Las opiniones en sentido contrario al razonamiento médico preventivo resultaron poco frecuentes. En este último grupo merece especial atención el temor a los efectos adversos potenciales de lo procedimientos y la vergüenza que pueden originar. Los pensamientos fatalistas tuvieron una muy baja prevalencia y los sentimientos religiosos, si bien presentes, no parecen interferir con el diagnóstico precoz.

Pese a estas circunstancias favorables, sólo una pequeña proporción tenía hecho un método de rastreo, mayoritariamente SOMF. La recomendación médica es una razón invocada por la casi totalidad de los encuestados para llevar adelante estos procedimientos y la percepción de profesionalismo en el médico tratante se comporta como predictor.

Los afiliados de DOSUBA constituyen una población con acceso a los métodos de diagnóstico necesarios para el diagnóstico precoz de CCR. En esta Obra Social se cuenta con acceso a la SOMF, SC/CC. Es una población que incluye una diversidad de grupos sociales, con una baja proporción de desocupados y en aparente buen estado de salud. Incluye individuos con disparidad en los niveles de ingreso económico y años/nivel de educación. Por sus características podría utilizarse en representación de otros grupos que, dentro del país o al menos en sus centros urbanos, se dispongan a implementar las normativas de prevención que cuentan con fuerte evidencia y son fomentadas por el Ministerio de Salud.

La encuesta utilizada ha demostrado ser útil y reproducible en otros ámbitos¹⁹. Las modificaciones locales no parecen haber modificado de modo sustancial esta característica. El método de entrevista, encuesta telefónica, llevado adelante por un grupo de encuestadores especialmente entrenados, resultó una estrategia confiable con una buena tasa de respuesta del 70%.

Un emprendimiento de diagnóstico precoz de CCR estaría facilitado en estos individuos pues parecen conocer sobre la enfermedad, sus métodos diagnósticos y la conveniencia de utilizarlos. Se acepta incluso con alta

frecuencia que el diagnóstico precoz del CCR debería implementarse aun cuando no se tengan familiares afectados por la enfermedad. No puede aclararse de dónde proviene esta información pues el acceso a través de los medios gráficos tradicionales o electrónicos es poco frecuente y no parece haber influenciado las decisiones de los participantes. Es probable que las opiniones y conocimientos facilitadores se hayan conseguido a través del contacto interpersonal.

Las barreras, evidenciadas por un bajo nivel de conocimientos o una baja predisposición a implementar el diagnóstico precoz son poco frecuentes. Sin embargo, cuando se hacen preguntas que ponen al encuestado en situación de utilizar en sí mismos el procedimiento las respuestas contienen mayor número de objeciones. La SOMF es considerada como "sucía" por una proporción del 32% y la SC/CC es percibida como un procedimiento molesto y fastidioso y con una preparación difícil. La ausencia de acompañante no parece ser aquí una limitante de consideración.

Los pensamientos fatalistas analizan la convicción de que existirían elementos no manejables por la medicina, que señalan los resultados por anticipado. Podrían así interferir con una actitud racional preventiva. No parecen ser de magnitud, ni predominar en este grupo. En otras comunidades su presencia es de significación¹⁹. La religión tampoco parece constituirse en una traba, el 64% profesa una religión y afirmaciones como "tener buena salud es un regalo de Dios" son aceptadas por una alta proporción. Al analizar las respuestas subsiguientes, este enunciado no parece transformarse en una barrera de significación.

En contrapartida con la alta frecuencia de aparentes facilitadores y la baja percepción de barreras, sólo una tercera parte de los encuestados dice haber hecho algún procedimiento de diagnóstico precoz de CCR, alguna vez en la vida. El utilizado con mayor frecuencia es la SOMF. Es probable que la frecuencia real sea aún menor, pues algunos participantes pueden haber confundido el sentido del estudio de SOMF, con el utilizado para parásitos¹⁹. Para reforzar esta hipótesis se cuenta con la información provista por el Laboratorio Central del HCJSM, uno de los mayores prestadores de servicios médicos de la comunidad estudiada. En él se realizaron sólo 201 procedimientos de SOMF para cualquier finalidad en pacientes ambulatorios e internados en el año 2005.

Cuando se analizan los predictores que determinan el "haber hecho alguna vez" un procedimiento de diagnóstico precoz, la baja frecuencia de su implementación y la posible confusión existente entre la SOMF y el examen parasitológico de materia fecal, pueden haber conspirado contra la obtención de valores con significación estadística. En otras poblaciones se detectó una similar confusión entre SOMF y otras pruebas de materia fecal como el examen parasitológico¹⁷

Cuando se analizan las razones por las que se tomaría la decisión de iniciar un programa preventivo, los pacientes parecen estar fuertemente influenciados por la opinión de su médico e incluso creen necesitarla para tomar la decisión. La recomendación del médico para implementar los procedimientos de diagnóstico precoz se constituye en la razón reconocida como más frecuente por la casi totalidad de los encuestados. Cuando se explora este concepto de un modo inverso “no lo haría excepto que el médico lo aconseje” se confirma su alta frecuencia. En coincidencia con estos datos, resultaron predictores o mostraron una tendencia a serlo las preguntas que exploraban la percepción de profesionalismo en la tarea médica.

Hasta el momento de la encuesta, los medios de comunicación parecen jugar un rol muy pequeño en el suministro de conocimientos con respecto al problema del CCR y su diagnóstico precoz. No se recordaban anuncios del tema en medios gráficos, si bien una alta proporción tiene acceso y utiliza Internet, tampoco recordaban el tema de sus contenidos. No resultó posible saber cuál es el origen de los conocimientos registrados y se presume que el contacto interpersonal podría ser la fuente de suministro de la información disponible.

Como limitación debe reconocerse que el tamaño de la muestra resultó insuficiente al no considerarse de modo apropiado la frecuencia con la que los pacientes iban a referir el uso de los métodos diagnósticos efectivamente realizados. También es altamente probable que, al no resultar confiable la respuesta a la pregunta sobre haber hecho un examen de SOMF y representar en los resultados la opción más frecuente que definía la variable dependiente, esto le haya quitado precisión al análisis.

Por tratarse de una población empleada de una Universidad, debe también considerarse que los encuestados podrían trabajar en proximidad con los centros de diagnóstico y tratamiento propios de las universidades, desempeñarse incluso como médicos u otro personal de trabajadores de la salud y ver influenciados así su actitud y nivel de información.

Sin embargo, la información presentada parece tener el nivel de certeza suficiente como para enunciar que: una población diversa de la Ciudad de Buenos Aires, que cuenta con los recursos necesarios, se encuentra bien predispuesta para iniciar un programa preventivo de Diagnóstico Precoz de CCR. El consejo médico es muy valorado y debería trabajarse específicamente en este punto si se quiere reducir la frecuencia de muertes por CCR en el país.

Agradecimientos: Los autores agradecen a la Dra. Nora Castiglia del Departamento de Docencia e Investigación del Hospital de Clínicas José de San Martín por su ayuda en el procesamiento estadístico. Al Lic. Luis Vázquez por el aporte de la Base de Datos de DOSUBA.

Conflictos de intereses: Aportes provenientes de *American Cancer Society University/ Pfizer Internacional, Seed Grant*, Dr. Enrique R. Casal, 2006 y *Grant No.TW05935 de Fogarty International Center, National Cancer Institute, National Institute of Drug Abuse, National Institutes of Health.*

Apéndice 1. Secciones de la encuesta

1. Percepción sobre salud en general.
2. Conocimientos del cáncer y pólipo del colon en él mismo o en familiares y amigos.
3. Conocimientos sobre prueba de Sangre Oculta en Materia Fecal y si recibió consejo para hacerla.
4. Conocimientos sobre Sigmoidoscopia/ Colonoscopia. En estas 2 secciones se investigó si piensa, planea hacerlo, o lo hizo efectivamente.
5. Actitudes, creencias, equilibrio de decisiones y barreras percibidas con respecto a las estrategias de rastreo.
6. Confianza y respeto que despiertan los médicos.
7. Sentimientos en relación con la salud, en especial Fatalismo.
8. Medios de comunicación de los que se obtiene información.
9. Uso de Internet y su participación en la obtención de información.
10. Variables sociodemográficas.
11. Preguntas sólo para hombres. Si habló con su médico sobre prevención de cáncer de próstata y si hizo exámenes para detectarlo.
Acceso para solicitar el cuestionario: lizmedcl@yahoo.com.ar

Bibliografía

1. Descriptive Epidemiology Group, Biostatistics and Epidemiology International Agency for Research on Cancer. The GLOBOCAN 2002 Database: summary table by cancer. France: CANCER Mondial Statistical Information System. En: <http://www-dep.iarc.fr>; consultado el 23/07/2008.
2. Walsh JM, Terdiman JP. Colorectal cancer screening. Scientific review, *JAMA* 2003; 289: 1288-97.
3. Fletcher RH. Screening strategies in patients at average risk for colorectal cancer. In: Rose BD, Rush JM (eds) version 16.2: may 2008. En: <http://www.UpToDate.com>.
4. Ahnen DJ, Macrae FA. Epidemiology and Risk Factors for colorectal cancer. In: Rose BD, Rush JM (eds) version 16.2: may 2008 En: <http://www.UpToDate.com>.
5. Pignone M, Rich M, Teutsch SM, Berg AO, Lohr KN. Screening for colorectal cancer in adults at average risk: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002; 137: 132-41.
6. Rex DK, Johnson DA, Lieberman DA, Burt RW, Sonnenberg A. Colorectal cancer prevention 2000: screening recommendations of the American College of Gastroenterology. *American College of Gastroenterology. Am J Gastroenterol* 2000; 95: 868-77.

7. Levin B, Lieberman DA, McFarland B, et al. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: A Joint Guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *CA Cancer J Clin* 2008; 58: 130-160.
8. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for colorectal cancer: Recommendation and Rationale. *Ann Intern Med*. 2002; 137: 129-31.
9. Winawer S, Fletcher R. Colorectal cancer screening and surveillance: clinical guidelines and rationale-Update based on new evidence *Gastroenterology* 2003; 124: 544-60.
10. Mandel JS, Bond JH, Church TR, et al. Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. Minnesota Colon Cancer Control Study. *N Engl J Med* 1993; 328: 1365-71.
11. Sonnenberg A, Delco F, Inadomi JM. Cost-effectiveness of colonoscopy in screening for colorectal cancer. *Ann Intern Med* 2000; 133: 573-84.
12. Walsh JM, Terdiman JP. Colorectal cancer screening: clinical applications. *JAMA* 2003; 289: 1297-302.
13. Pignone M, Bucholtz D, Harris R. Patient preferences for colon cancer screening. *J Gen Intern Med* 1999; 14: 432-7.
14. Walsh J. Colorectal cancer screening. The time is now! *J Gen Intern Med* 2005; 20: 1068-70.
15. Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación. Consenso Argentino 2004 para la prevención del cáncer colorectal En: <http://www.acamedbai.org.ar/pagina/academia/consenso%20colorectal.htm>; consultado el 23/07/2008.
16. James AS, Campbell MK, Hudson MA. Perceived barriers and benefits to colon cancer screening among African Americans in North Carolina: how does perception relate to screening behavior? *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2002; 11: 529-34.
17. Perez-Stable EJ, Otero-Sabogal R, Sabogal F, McPhee SJ, Hiatt RA. Self-reported use of cancer screening tests among Latinos and Anglos in a prepaid health plan. *Arch Intern Med* 1994; 154: 1073-81.
18. Green PM, Kelly BA. Colorectal cancer knowledge, perceptions, and behaviors in African Americans. *Cancer Nurs* 2004; 27: 206-15; quiz 216-7.
19. Walsh JM, Kaplan CP, Nguyen B, Gildengorin G, McPhee SJ, Perez-Stable EJ. Barriers to colorectal cancer screening in Latino and Vietnamese Americans. Compared with non-Latino white Americans. *J Gen Intern Med* 2004; 19: 156-66.
20. De Roy P. Helsinki and the Declaration of Helsinki. *World Med J* 2004; 50: 9-11.

LA TAPA

Luis Hourgras. Jardín monacal, 2008

Oleo sobre tela, 70 × 60 cm. Cortesía del autor

Luis Hourgras vive en Alta Gracia desde 1945. Formado por Gabriel Dubois, se dedicó siempre a la pintura y está reconocido como uno de los mejores paisajistas de su generación.

Fue becado en 1969 a la *Cité Internationale des Arts* en París. Tiene en su haber más de 200 exposiciones individuales en prestigiosas galerías de arte de la Argentina, Uruguay, Paraguay, Brasil y Francia. Sus cuadros se encuentran en colecciones privadas en Sur y Norte América, Inglaterra, Francia, Suiza, España, Suecia, Australia, Corea, etc.

El tema del cuadro de tapa, Jardín monacal, un antiguo convento que ahora es el museo de arte religioso Luis de Tejeda, está situado en el corazón de Córdoba y tiene un patio colonial. En la parte superior izquierda se ve la cúpula de la catedral de Córdoba.

Fuentes: <http://luishourgras.com> e información suministrada por el autor.