

¿Qué saben de tamizaje de cáncer de colon y recto quienes deben hacérselo? Conocimiento sobre prevención de cáncer de colon y vulnerabilidad social

José María Sanguinetti, Ricardo León de la Fuente

Universidad Nacional de Salta, Argentina.

Acta Gastroenterol Latinoam 2019;49(4):349-355

Recibido: 14/10/2018 / Aceptado: 15/05/2019 / Publicado online: 17/09/2019

Resumen

El conocimiento sobre prevención del cáncer de colon y recto (CCR) influye en la adherencia a los programas de detección precoz. La vulnerabilidad social (VS) se relaciona con el conocimiento. **Objetivo.** Determinar el conocimiento en la ciudad de Salta sobre prevención del CCR y su relación con la VS. **Metodología.** Estudio observacional y transversal. Encuesta a personas de 50 a 75 años, entre agosto y octubre de 2016. Muestra: 220 personas. Variables: conocimiento sobre prevención de CCR, hacina- miento, nivel educativo, tipo de cobertura sanitaria, perte- nencia a pueblos originarios y VS. Análisis estadístico: me- didas descriptivas y regresión logística (OR). **Resultados.** Edad mediana: 60,5 años, sexo femenino 114 (51,8%). Máximo nivel educativo completo: 19,1% (n = 42) nin-

guno; 37,7% (n = 83) primario; 72 (32,7%) secundario y 10,5% (n = 23) terciario o universitario. El 2,7% (n = 6) pertenecía a pueblos originarios. Cobertura de salud: el 72,3% (n = 159) obra social; 22,7% (n = 50) sin co- bertura y 5% medicina prepaga (n = 11). Hacinamiento: 38,6% (n = 85) sin hacinamiento; 51,8% (n = 114) haci- namiento medio; y 9,5% (n = 21) alto. El 60,9% tuvo VS baja (n = 134), 12,3% alta (n = 27) y el 26,8% (n = 59) no tenía VS. Conocimiento nulo sobre prevención de CCR (n = 121, 55%), el 36,8% (n = 81) insuficiente y el 8,2% (n = 18) adecuado. En el análisis de regresión logística el nivel educativo terciario o universitario y secundario, tener obra social y no tener VS se relacionaron con mayores co- nocimientos sobre prevención. **Conclusiones.** En nuestra muestra, el conocimiento sobre prevención de CCR es bajo y tiene relación con la VS.

Palabras claves. Prevención, cáncer colorrectal, vulnera- bilidad social, determinantes sociales, conocimiento.

What do people know about colorectal cancer screening? Colorectal cancer screening knowledge and social disparities

Summary

Knowledge about prevention of colorectal cancer influen- ces in the efficacy of screening programs. Social inequities (SI) are related to knowledge. **Objective.** To determine the knowledge about CCR screening and its relationship with

Correspondencia: José María Sanguinetti
Mariano Boedo 60 CP 4400. Facultad de Ciencias de la Salud, Centro
Cardiovascular Salta. Salta, Argentina
Correo electrónico: sanguinetti.josema@gmail.com

SI in a sample of the city of Salta. Materials. Transversal and observational study. A survey to persons between 50 to 75 years. August to October 2016. Sample 220 surveys. Variables: CCR screening knowledge, overcrowding, educational level, health insurance, ethnicity and SI. Analysis: Logistic regression (OR). Results. Median age 60.5 years, female 114 (51.8%). Maximum complete educational level: 19.1% (n = 42) none; 37.7% (n = 83) primary; 72 (32.7%) secondary and 10.5% (n = 23) tertiary or university degree. 2.7% (n = 6) belonged to American original ethnicities. Health insurance: Trade union health insurance 72.3% (n = 159); 22.7% (n = 50) none y 5% private insurance (n = 11). Overcrowding: 38.6% (n = 85) without overcrowding, 51.8% (n = 114) medium overcrowding; and 9.5% (n = 21) high. The 60.9% of the sample has low SI (n = 134), 12.3% (n = 27) high and 26.8% (n = 59) none. The CCR screening knowledge was null in 55% (n = 121), insufficient in 36.8% (n = 81) and in 8.2% (n = 18) adequate. The logistical regression analysis showed that a higher educational level, have health insurance and SI are related with better CCR screening knowledge. Conclusions. In our sample the CCR screening knowledge was low and is related with SI.

Key words. Screening, colorectal cancer, social vulnerability, social determinants, knowledge.

La tendencia de la mortalidad por CCR en nuestro país en los últimos treinta años aumentó casi duplicando el número de fallecimientos.¹ Si bien existen recomendaciones para la prevención y la detección temprana, los programas se implementan de forma irregular según los recursos humanos, tecnológicos y financieros.²⁻⁵

Estas diferencias en su implementación explican parcialmente las diferencias en la eficacia de los programas preventivos. La adherencia a las medidas de prevención es un factor determinante. Por ello se identifican en diferentes niveles las barreras para lograr un acceso adecuado a la prevención.^{3,4}

Una de las barreras es el conocimiento por parte de la población, ya que este determina los hábitos y conductas que, en definitiva, permiten la adherencia a los programas.⁵

Algunos estudios mostraron niveles de conocimiento “pobres” y menor adherencia a las medidas de prevención en personas de sexo masculino, con niveles educativos bajos.⁶

En nuestro país se observaron muy bajos niveles de conocimiento sobre prevención del cáncer de colon en

relación con el conocimiento sobre prevención de otros tipos de cáncer de alta prevalencia.⁷

El conocimiento es una barrera para acceder a la prevención de enfermedades y se ve influido por distintos factores (étnicos, educativos, estructurales y sanitarios). No poder acceder a oportunidades para mejorar la calidad de vida es lo que define la vulnerabilidad social (VS). Para abordar las problemáticas comunitarias en salud es necesario evaluar las desigualdades sociales en el proceso de enfermedad.⁸

Salta es la quinta provincia con VS más elevada de la Argentina y se ha observado que las inequidades socioeconómicas en la ciudad de Salta se relacionan con la mortalidad por eventos cardíacos.^{9,10}

El informe sobre la situación del CCR en la Argentina de 2011 muestra la disparidad en la disponibilidad de recursos para detección temprana en las diferentes provincias de nuestro país.³

La equidad es una premisa en los programas preventivos de salud.¹¹ Por eso la prevención de enfermedades requiere necesariamente de un abordaje comunitario que contemple los determinantes estructurales y sociales de la salud, sin desconocer los biológicos.^{12,13}

En ese contexto se realizó un estudio para evaluar el conocimiento sobre prevención de CCR en una muestra de la ciudad de Salta y su relación con la VS.

Metodología

Se realizó un estudio observacional y transversal entre los meses de agosto y octubre de 2016, mediante una encuesta a personas mayores de 40 años que residían en la ciudad de Salta. La encuesta fue validada previamente en cincuenta casos. Para este estudio se analizó un grupo de encuestados de entre 50 y 75 años.

Criterios de exclusión

- Personas que no residan habitualmente en la ciudad de Salta.
- Personas con 49 años o menos, o con 76 años o más.
- Familiares directos de los encuestadores.
- Haber tenido CCR.
- Ser trabajador de la salud (médico, enfermero, nutricionista, kinesiólogo, odontólogo, bioquímico, fonoaudiólogo, técnicos, etc.).

La muestra fue no probabilística y se trabajó con un nivel de confianza del 95% y precisión del 5%.

Se construyeron dos variables complejas. En primer

lugar, la correspondiente a “conocimiento sobre prevención de cáncer de colon y recto”, resultante de la combinación de respuestas sobre la prevención del CCR y

VS cuyas dimensiones fueron: nivel educativo, nivel de hacinamiento, pertenencia a pueblos originarios y tipo de cobertura sanitaria (Tabla 1).

Tabla 1. Modelo utilizado para vulnerabilidad social.

Nivel educativo	Hacinamiento	Cobertura sanitaria	Pertenencia a pueblos originarios	Vulnerabilidad social					
No completó ningún nivel	3	Alto	2	Sin cobertura	2	Pertenece	1	Alta	6-8
Primario completo	2	Medio	1	Obra social	1				
Secundario completo	1	Sin hacinamiento	0	Medicina prepaga	0			Baja	3-5
Universitario completo	0							No tiene	0-2

Se incluyó la pertenencia a pueblos originarios debido a que el porcentaje de habitantes pertenecientes a distintos pueblos originarios en la provincia de Salta es de 6,7%. En este grupo poblacional el hacinamiento crítico (uno de los indicadores más importantes de pobreza) es casi tres veces mayor que el promedio provincial, lo que indica claramente que la VS es mucho mayor en estos grupos.¹⁴

La VS se categorizó como alta, baja y sin vulnerabilidad. La encuesta constaba de diecisiete preguntas, once relacionadas con datos sociodemográficos y seis sobre prevención de CCR.

Las preguntas relacionadas con los conocimientos de prevención de CCR incluían:

- ¿Conoce la existencia de estudios preventivos?
- ¿Recuerda algún estudio preventivo?
- Nombre al menos un estudio.
- ¿Conoce la edad de inicio de *screening*?
- ¿Conoce si existe un riesgo familiar?

Se realizó un análisis descriptivo de las variables y una correlación (regresión logística) para determinar el OR entre las variables independientes (nivel educativo máximo alcanzado, hacinamiento, cobertura sanitaria, pertenencia a pueblos originarios y VS) y la variable dependiente (conocimiento sobre prevención de CCR).

En el análisis descriptivo de los conocimientos so-

bre prevención de CCR la muestra fue la totalidad de los encuestados para las preguntas relacionadas con el conocimiento de la existencia de estudios preventivos, si recordaban algún estudio y si sabían del riesgo familiar aumentado en el CCR. En el resto de las preguntas la muestra estuvo compuesta por los encuestados que conocían la existencia de estudios de prevención y recordaban algún estudio.

Para el análisis descriptivo la variable conocimiento sobre prevención de CCR se estratificó como suficiente, insuficiente y nulo; para el análisis de regresión logística se agruparon las categorías suficiente e insuficiente (considerándose “con conocimiento”) y nulo (“sin conocimiento”).

Para la muestra se utilizó una planilla de cálculo en Excel y para el análisis estadístico el programa IBM SPSS STATISTICS 22.

Resultados

Doscientas veinte personas respondieron la encuesta, en su mayoría (n = 114; 51,8%) de sexo femenino. La edad mediana fue de 60,5 años (rango: 50-75).

El nivel educativo se estratificó de acuerdo con el máximo nivel completo de educación. El 19,1% de los encuestados (n = 42) no tenían instrucción alguna o no habían completado los estudios primarios. El 37,7% (n = 83) tenían completos sus estudios primarios; 72 personas (32,7%) habían completado estudios secundarios y 23 (10,5%) tenían estudios terciarios o universitarios completos.

Seis encuestados se definieron como pertenecientes a pueblos originarios (2,7%). Dos a la etnia kolla y el resto a las etnias chane, chorote, diaguita y guaraní, uno en cada una.

La mayoría (72,3%) de los encuestados tenía obra social (n = 159), el 22,7% (n = 50) de la muestra estaba conformada por personas sin cobertura social, en tanto que el 5% (n = 11) tenía medicina prepaga.

Los hogares del 38,6% por ciento (n = 85) de los encuestados no tenían hacinamiento; se observó hacinamiento medio en un 51,8% (n = 114) de la muestra y alto en el 9,5% restante (n = 21).

Conocimiento sobre prevención de cáncer de colon y recto (Tablas 2 y 3)

El 45% de los individuos que participaron del estudio contestaron que conocían la existencia de estudios

médicos o de laboratorio (n = 99) para prevenir el CCR. El porcentaje restante (55%; n = 121) se consideró con conocimientos nulos de acuerdo con la estratificación posterior de la variable.

Al grupo que respondió conocer la existencia de es-

Tabla 2. Cantidad y porcentaje de encuestados de acuerdo con el nivel de conocimientos de prevención de CCR.

Conocimiento	n	%
Nulo	121	55,00
Insuficiente	81	36,82
Suficiente	18	8,18
Total	220	100

Tabla 3. Conocimiento sobre prevención de CCR discriminado por pregunta.

Pregunta	n	%	Comentario
¿Conoce la existencia de estudios preventivos?	99	45,00	Sobre 220 encuestados
¿Conoce la existencia de riesgo hereditario?	68	30,90	Sobre 220 encuestados
¿Recuerda algún estudio preventivo?	54	54,50	Sobre 99 encuestados
¿Nombra correctamente algún estudio preventivo?	26	48,00	Sobre 54 encuestados
¿Conoce la edad de inicio de screening?	13	24,07	Sobre 54 encuestados

tudios de diagnóstico temprano (n = 99) se les preguntó si recordaban o no alguno de esos estudios. Poco más de la mitad afirmó recordar algún estudio, representando el 54,5% (n = 54). Cuando a este grupo se le pidió que nombre algún estudio preventivo solo 26 (48%) de los encuestados lo hicieran correctamente.

El estudio más conocido fue la colonoscopia (n = 20), seguido por la SOMF (n = 4), dos encuestados contestaron conocer la VCC y la SOMF. Ningún encuestado refirió conocer la rectosigmoidoscopia o la radiografía de colon por enema. Más de dos tercios (n = 152; 69,1%) de los encuestados desconocían que el CCR puede ser hereditario.

De acuerdo con la estratificación del conocimiento, la mayoría de los encuestados (n = 121, 55%) tenía conocimiento nulo, el 36,8% insuficiente (n = 81) y solo el 8,2% adecuado (n = 18).

Vulnerabilidad social

El modelo de VS resultó de la combinación de las variables: hacinamiento, nivel educativo, cobertura sanitaria y pertenencia a pueblos originarios de acuerdo con un puntaje asignado previamente (Tabla 4).

La mayoría de los encuestados tuvo una VS baja (n = 134; 60,9%), un 12,3% alta y el 26,8% restante (n = 59) no tenía VS.

Regresión logística

El análisis de regresión se hizo tomando como variables independientes el máximo nivel educativo completo, la cobertura sanitaria, el hacinamiento, la pertenencia a pueblos originarios y la VS; como variable dependiente se consideró el conocimiento sobre prevención de CCR, que se agrupó en dos categorías (con conocimiento -suficiente e insuficiente-, sin conocimiento -nulo-).

Tabla 4. Cantidad y porcentaje de encuestados de acuerdo con la vulnerabilidad social.

Vulnerabilidad social	n	%
No tiene	59	26,82
Baja	134	60,90
Alta	27	12,28
Total	220	100

Las personas con nivel educativo terciario o universitario completo tuvieron mayor probabilidad de tener conocimientos sobre prevención de CCR (OR = 3,53; IC95%: 1,07-11,58) que aquellas sin instrucción o con primario incompleto; similar situación se observó en los individuos con secundario completo (OR = 2,46; IC95%: 0,97-6,23). El tener estudios primarios completos también mostró un OR favorable (1,46; IC95%: 0,62-3,41), aunque al analizar el intervalo de confianza el rango muestra valores por debajo de uno.

Tener obra social también representó una categoría asociada con la probabilidad de poseer mayores conocimientos (OR = 2,17; IC95%: 0,92-5,14) que los de aquellos sin cobertura sanitaria. En las personas con medicina prepaga los datos fueron diferentes (OR = 1,04; IC95%: 0,22-4,82).

El hacinamiento no tuvo relación con el conocimiento sobre prevención de CCR en el análisis por regresión logística. La relación entre la pertenencia a pueblos originarios y el conocimiento no se pudo establecer debido al bajo número de encuestados con esta variable presente en la muestra. Tener una mejor situación educacional y laboral que permita acceder a una cobertura sanitaria por obra social o medicina prepaga se relacionan con una mayor probabilidad de poseer conocimientos adecuados sobre prevención de CCR.

El modelo construido de VS permitió observar que los encuestados sin vulnerabilidad tenían mayor probabilidad de tener conocimientos adecuados (OR = 3,16; IC95%: 1,16-8,6), la misma situación se observó en aquellos con VS baja (OR = 2,38; IC95%: 0,94-6,02) en comparación con aquellos con VS alta (Tabla 5).

Tabla 5. Análisis de regresión logística entre las variables predictoras, el modelo de vulnerabilidad social y conocimiento sobre prevención de CCR.

Variable	Categorías	OR	IC95%	
			Inferior	Superior
Máximo nivel educativo completo	Terciario o Universitario	3,53	1,07	11,58
	Secundario	2,46	0,97	6,23
	Primario	1,46	0,62	3,41
Cobertura sanitaria	Medicina prepaga	1,04	0,22	4,82
	Obra social	2,17	0,92	5,14
Hacinamiento	Sin hacinamiento	0,50	0,16	1,51
	Medio	0,67	0,24	1,89
Vulnerabilidad social	Sin vulnerabilidad	3,16	1,16	8,60
	Baja	2,38	0,94	6,02

Discusión

Nuestro estudio permitió demostrar una asociación entre el conocimiento sobre prevención del CCR y la VS. Existen publicaciones que mostraron el impacto de los determinantes sociales en la presentación clínica y pronóstico del CCR, donde la pertenencia a pueblos originarios, la edad, el nivel socioeconómico y la privación social se relacionaron con la presentación en estadios más avanzados de la enfermedad en el momento del diagnóstico.¹⁵⁻¹⁷

Observamos niveles pobres de conocimiento sobre prevención del CCR en la muestra; este hallazgo fue coincidente con un estudio previo realizado en nuestra ciudad donde se observaron bajos niveles de conocimiento sobre estudios de prevención, edad de inicio del screening y riesgo hereditario.¹⁰

El marco teórico de VS es útil para poder interpretar adecuadamente los procesos de salud-enfermedad en nuestra región debido a las asimetrías socioeconómicas que históricamente caracterizan a nuestro continente, a nuestro país y a nuestra provincia en particular.

El modelo desarrollado de VS permite concluir que una persona sin VS tiene tres o más veces probabilidades de tener conocimientos sobre prevención de CCR que alguien con vulnerabilidad alta. Los individuos con VS baja tienen más de dos veces de posibilidades de tener conocimientos, en relación con aquellos con VS alta.

Un nivel educativo elevado y tener cobertura sanitaria también se relacionaron con mejores conocimientos sobre prevención de CCR.

La VS es reconocida como un elemento muy relevante en salud pública.¹¹ Los modelos tradicionales de causalidad y de riesgo se complementan si se incorporan elementos que no son causales en el sentido biológico, que no pueden ser incorporados en un modelo de riesgo (en cuanto a exposición) pero que influyen en el proceso de enfermarse y de morir. Las personas de niveles socioeconómicos más bajos tienen diagnósticos tardíos, enfermedades más agresivas y mayor mortalidad.

El conocimiento sobre salud tiene una influencia directa en las conductas de las personas hacia la prevención. Niveles educativos bajos, el hacinamiento, la falta de cobertura sanitaria y la pertenencia a minorías étnicas se relacionan con bajo conocimiento y con menor adherencia a programas médicos.¹⁶

El modelo de riesgo (en el que se inscriben los programas de screening de CCR) puede no ser suficiente

para pensar en un programa de prevención organizado en nuestra población. Es importante considerar la VS, los conocimientos de la población, la disponibilidad de recursos y su accesibilidad para poder lograr el objetivo de disminuir la prevalencia y la mortalidad de esta enfermedad.

La adherencia a los programas de tamizaje depende de diversos factores socioeconómicos y psicosociales, que incluyen el conocimiento sobre prevención.¹⁷

En la muestra de la ciudad de Salta, se observó que el conocimiento sobre prevención está relacionado con la VS.

Cualquier planificación de programas de tamizaje de CCR debe contemplar las inequidades y dirigir de manera específica esfuerzos para lograr en primer lugar un acceso justo a la información y al conocimiento por parte de los sectores más vulnerables.¹⁸

Conflicto de intereses. Ninguno.

Sostén financiero. Ninguno.

Referencias

1. World Health Organization, Department of Information, Evidence and Research, mortality database. (En línea). Disponible en: <http://www-dep.iarc.fr/WHOdb/WHOdb.htm> (Última actualización 2016. Último acceso: 18 septiembre 2018).
2. Sociedad Argentina de Cancerología. Guía de recomendaciones para la prevención y detección precoz del cáncer colorrectal. (En línea) Disponible en: <http://www.socargcancer.org.ar/> (Última actualización 2010. Último acceso: 05 octubre 2018).
3. Muliira JK, D'Souza MS, Ahmed SM. Contrasts in Practices and Perceived Barriers to Colorectal Cancer Screening by Nurses and Physicians Working in Primary Care Settings in Oman. *J Cancer Educ* 2016; 31: 15-25.
4. Omran S, Barakat H, Muliira JK, Aljadaa N. Knowledge, Experiences, and Barriers to Colorectal Cancer Screening: A Survey of Health Care Providers Working in Primary Care Settings. *J Cancer Educ* 2015; 30: 53-61.
5. Zauber AG. The Impact of Screening on Colorectal Cancer Mortality and Incidence - Has It Really Made a Difference? *Dig Dis Sci* 2015; 60: 681-691.
6. Wools A, Dapper E, Leeuw J. Colorectal cancer screening participation: a systematic review. *Eur J Public Health* 2016; 26: 158-168.
7. Sanguinetti JM, Henry N, Ocaña D, Lotero Polesel JC. Evaluación del conocimiento sobre prevención de cáncer de colon versus otros tumores. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2015; 45: 122-128.
8. Araujo González R. Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿dos conceptos concomitantes? *Rev Nov Pob* 2015; 11: 89-96.
9. Abendaño R, Estario JC, Fernández AR. Análisis y distribución espacial de la vulnerabilidad social en la provincia de Salta. *Revista Argentina de Salud Pública* 2013; XVII: 46-52.

10. León de la Fuente R, Naesgaard PA, Nilsen ST, Woie L, Torbjørn A, Staines H, Nilsen D. Socioeconomic Assessment and Impact of Social Security on Outcome in Patients Admitted with Suspected Coronary Chest Pain in the City of Salta, Argentina. *Cardiol Res Pract* 2013 (En línea) Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/crp/2013/807249/cta/> (Último acceso: 24 de junio de 2019).
11. Saénz R, Salazar E. Prevención del cáncer colorrectal. De la edad de piedra a la piedra angular. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2016; 46: 127-130.
12. Commission of Social Determinants of Health, World Health Organization. (En línea) Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf?ua=1. (Última actualización 2007, Último acceso: 15 marzo 2018).
13. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion. Paper 2 (Policy and Practice)*, 2010. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services.
14. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010: Censo del Bicentenario. Pueblos originarios: región Noroeste Argentino. 2015 (En línea) Disponible en: https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/poblacion/pueblos_originarios_NOA.pdf (Último acceso: 13 de mayo de 2019).
15. Askari A, Nachiappan S, Currie A, Latchford A, Stebbing J, Bottle A, Athanasiou T, Faiz O. The relationship between ethnicity, social deprivation and late presentation of colorectal cancer. *Cancer Epidemiol* 2017; 3: 88-93.
16. Kobayashi LC, Waller J, von Wagner C, Wardle J. A lack of information engagement among colorectal cancer screening non-attenders: cross sectional survey. *BMC Public Health* 2016; 16: 659.
17. Lin Y, Wimberley M. Geographic variations of colorectal and breast cancer late-stage diagnosis and the effects of neighborhood-level factors. *J Rural Health* 2017; 33: 146-157.
18. Quaife S, Winstanley K, Robb KA, Simon AE, Forbes LJ, Brain KE, Gavin A, Wardle J. Socioeconomic inequalities in attitudes towards cancer: an international cancer benchmarking partnership study. *Eur J Cancer Prev* 2015; 24: 253-260.