

Intervención oportunista de los médicos de familia en el programa de diagnóstico precoz del cáncer de mama

Jesús Gobierno Hernández^a, Santiago Domínguez Coello^{b,c}, Francisco Hernández Díaz^d, José Ángel Fernández Hernández^b, María Rosario García Marrero^e y Lidia Díaz González^f

Objetivo. Estudiar en qué medida una intervención breve aumenta la tasa de participación del programa de diagnóstico precoz de cáncer de mama (PDPCM).

Diseño. Estudio de intervención antes-después sin grupo control.

Emplazamiento. Atención primaria: 3 cupos rurales y 2 urbanos.

Participantes. Todas las mujeres de 52 a 67 años que durante 6 meses acudieron a consulta.

Intervención. En las mujeres que en los 2 años previos no se había realizado mamografía, se exploraban las razones y se realizaba una intervención breve estructurada en función de la causa. Tras esto se las invitaba a solicitar cita a la unidad del PDPCM.

Mediciones principales. Se comprobó la realización de la mamografía en la unidad del PDPCM.

Resultados. De una población objetivo del estudio de 565 mujeres, acudieron a consulta 403 (71%). De ellas, 315 (78%) estaban en programa, 51 (13%) se habían realizado una mamografía fuera del programa y 37 (9%) no se habían hecho mamografía.

Tras la intervención, 21 (56,7% [intervalo de confianza del 95%, 41-73] de éxito de la intervención) se hicieron la mamografía; 70 de las 162 mujeres que no acudieron a consulta tenían mamografía realizada en programa. La tasa de participación del PDPCM subió del 68% (385/565) al 72% (406/565).

Conclusiones. La intervención breve es efectiva en más de la mitad de las mujeres. Este pequeño incremento contribuyó a alcanzar la cobertura mínima recomendable en un programa de este tipo.

Palabras clave: Atención primaria. Cribado. Mamografía. Participación.

OPPORTUNE INTERVENTION OF FAMILY DOCTORS IN THE PROGRAMME OF EARLY DETECTION OF BREAST CANCER

Objective. To study to what extent a brief intervention increases the rate of participation in the programme of early diagnosis of breast cancer (EDBC).

Design. Before-and-after intervention study without a control group on women who had not had a mammography.

Setting. Primary care: 3 rural lists and 2 urban ones.

Participants. All women between 52 and 67 who attended the clinic during a 6-month period.

Intervention. If they had had no mammography in the previous 2 years, the reasons were explored and a brief structured intervention, depending on the reason, was conducted. After this, the woman was invited to make an appointment with the EDBC Unit.

Main measurements. Effective intervention: checking that the mammography had been done at the EDBC Unit. It was checked whether women who had not attended for consultation attended the unit with their mammography done.

Results. Out of a target population of 565 women, 403 (71%) attended for consultation. Of these, 315 (78%) were in the programme, 51 (13%) had had a mammography outside the programme, and 37 (9%) had not had a mammography. After the intervention, 21 women had a mammography (56.7% [95% CI, 41-73] success of intervention). Seventy of the 162 women who did not attend for consultation had a mammography in the programme. The rate of participation in the EDBC rose from 68% (385/565) to 72% (406/565).

Conclusions. The brief intervention was effective in over half the women. This small increase contributed to reaching the minimum levels of coverage recommended in a programme of this kind.

Key words: Primary care. Screening. Mammography. Participation.

^aConsultorio de El Escobonal. Servicio Canario de Salud. Santa Cruz de Tenerife. España.

^bCentro de Salud de Tacoronte. Servicio Canario de Salud. Santa Cruz de Tenerife. España.

^cUnidad de Investigación. Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Servicio Canario de Salud. Santa Cruz de Tenerife. España.

^dConsultorio de Tincer. Servicio Canario de Salud. Santa Cruz de Tenerife. España.

^eCentro de Salud Barrio de la Salud. Servicio Canario de Salud. Santa Cruz de Tenerife. España.

^fCentro de Salud Laguna-Mercedes. Servicio Canario de Salud. Santa Cruz de Tenerife. España.

Este trabajo ha sido presentado como comunicación a las XVII Jornadas de la Sociedad Canaria de Medicina de Familia celebradas en junio de 2006 en la isla de La Palma. Fue premiado como el mejor trabajo de investigación por el comité científico. También fue presentado como comunicación al XXVI Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria celebrado en noviembre en Valencia.

Correspondencia:
S. Domínguez Coello.
Unidad de Investigación. Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria.
Cra. del Rosario, s/n. 38010 Santa Cruz de Tenerife. España.
Correo electrónico:
sdominguez@telefonica.net

Manuscrito recibido el 23-12-2006.
Manuscrito aceptado para su publicación el 17-9-2007.

Introducción

El cáncer de mama es la principal causa de mortalidad por tumores entre las mujeres de Canarias¹. Actualmente, la mamografía de cribado se considera la prueba de elección para su detección precoz y disminución de la mortalidad por esta causa^{2,3}. En Canarias, desde 1999, existe un programa de diagnóstico precoz de cáncer de mama (PDPCM) dirigido a mujeres de entre 50 y 67 años, que oferta mamografía de periodicidad bienal⁴. El programa capta a la población diana por citación personal mediante carta, sin intervención directa de sus médicos de familia. Para que el rendimiento del programa sea apropiado, la tasa de participación debe superar al menos el 70%^{4,5}. En estos momentos no hay datos publicados de esta participación en nuestra comunidad. Hay diversas estrategias para fomentar la realización de mamografías que pueden estar dirigidas a los médicos⁶ o a la población diana. Estas últimas son de tipo comunitario (cartas de invitación, material educativo enviado por correo, llamadas telefónicas, intervenciones sociológicas, etc.) o de carácter oportunista^{5,7}, mediante el reclutamiento de las mujeres cuando acuden a su centro de salud por cualquier problema. La mayoría de los estudios realizados en comunidades sin un programa de cribado poblacional muestran que, cuando se discute con las mujeres la pertinencia de la mamografía, aumenta su realización, que en este aspecto los profesionales de atención primaria tienen un importante papel^{6,8-11}; no obstante, no existen estudios donde se valore la influencia del médico de familia en las consultas en el contexto de un programa de cribado poblacional. El objetivo de este estudio es determinar en qué medida una intervención breve y oportuna de los médicos de atención primaria en sus consultas mejora la tasa de participación del PDPCM. Como objetivo secundario se establece conocer, en las mujeres que no habían acudido al PDPCM, las causas por las que no se habían hecho la mamografía.

Métodos

Diseño

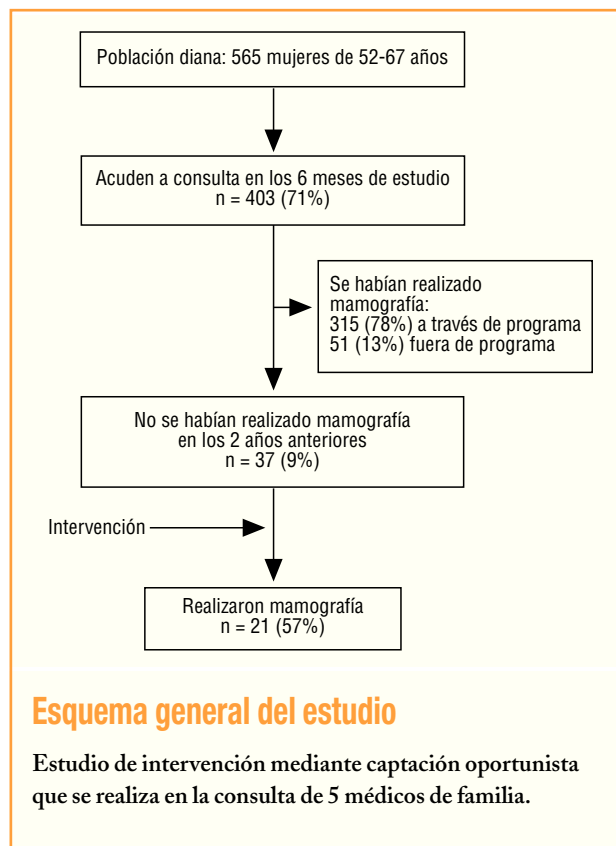
Estudio de intervención antes-después, sin grupo control, mediante captación oportunista.

Emplazamiento

Consultas de 5 médicos de familia ubicadas en los centros de salud de Tacoronte (ZBS Tacoronte: cupos 1 y 2) y El Escobonal (ZBS Güimar: cupo 3) como rurales, y Tíncer (ZBS Santa Cruz X-Barranco Grande: cupo 4) y Barrio de La Salud (ZBS Santa Cruz V: cupo 5) como urbanos, ubicados en la isla de Tenerife.

Población

Mujeres de entre 52 y 67 años (con el fin de dejar un margen de 2 años a las de 50 y 65 para recibir la citación, habida cuenta



de que en el momento de realizar el estudio el programa cubría a las mujeres hasta los 65 años) que acuden a consulta del médico o enfermero por cualquier causa en el período del 1 de febrero al 30 de septiembre de 2005 (6 meses efectivos de intervención) y que han residido en Canarias durante los últimos 3 años y están censadas o tienen tarjeta sanitaria. Se excluyó a quienes tenían diagnóstico de cáncer de mama.

Intervención

A las mujeres que acudieron a la consulta se les preguntó si se habían realizado una mamografía en los últimos 2 años y se siguió el algoritmo de actuación reflejado en la figura 1. La intervención en las mujeres que no tenían mamografía realizada había sido previamente consensuada entre los médicos participantes según recomendaciones de expertos publicadas anteriormente^{8,12}, como se muestra en el anexo 1.

A las mujeres dispuestas a hacerse mamografía tras la intervención se les invitaba a pedir cita indicándoles el número de teléfono al que llamar y la ubicación de la unidad de cribado. La intervención la realizaron los 5 médicos, sin que participasen en ella los enfermeros ni los médicos residentes. Estos colaboraban en la captación oportunista, pero no en la intervención. Al finalizar el período del estudio, se comprobó quiénes se habían realizado la mamografía tras la intervención (intervención efectiva) y quiénes no, mediante la base de datos del PDPCM.

Estrategia de análisis y pruebas estadísticas utilizadas

Además de las variables de filiación y sociofamiliares de las mujeres participantes, se determinó si habían sido citadas por la unidad de cribado y, en caso de no haber asistido, el motivo por el que no lo hicieron.

La tasa de participación de los 5 cupos se calculó sumando las mujeres que se habían hecho la mamografía a través del programa de cribado, tanto si fueron captadas en consulta como si no (en este último caso la información fue proporcionada por la base de datos del programa). El análisis comparativo entre variables cualitativas se realizó mediante la prueba de la χ^2 o el test de Fisher. Los datos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS 12.0.

Resultados

La población objeto de estudio fue de 565 mujeres, con una media \pm desviación estándar de edad de $60 \pm 4,7$ años. En la tabla 1 se muestran las características sociofamiliares de las 403 (71%) mujeres que acudieron a consulta durante los 6 meses que duró la intervención. De éstas, 315 (78%) se habían realizado la mamografía a través del programa, 51 (13%) fuera de dicho programa y 37 (9%) no se habían realizado mamografía en los 2 años previos. Tras la intervención realizada, 21 (57%; intervalo de confianza del 95%, 41-73) de estas 37 se realizaron la mamografía en la unidad de cribado.

En el análisis de las 162 mujeres que no acudieron a consulta, se observó que 70 (43%) se habían realizado la mamografía a través del programa, 6 (4%) fuera de dicho programa y de 86 (53%) se desconocía si se la habían hecho. En este último grupo la información proporcionada por la unidad de cribado fue: citadas y no acuden, 35 (41%); no constan en programa, 30 (35%); cambio de domicilio, 12 (14%) —todas en el cupo 4—, y están de baja en el programa, 9 (10%). Por tanto, la tasa de participación en el programa de cribado de las mujeres de los cupos sobre los que se intervino fue del 68% (de las 565 mujeres, se habían hecho la mamografía a través del programa 315 que acudieron a consulta y 70 que no acudieron). Tras la intervención, este número se incrementó en 21, lo que elevó la participación al 72%. Los datos desglosados por cupos se muestran en la tabla 2.

Si tenemos en cuenta a todas las mujeres que se han hecho mamografía, ya sea a través del programa de cribado o fuera de él, resultaría que al menos el 78% de las mujeres se la han hecho en los últimos 2 años (442 de 565). En este caso la intervención lo eleva al 82% (463 de 565).

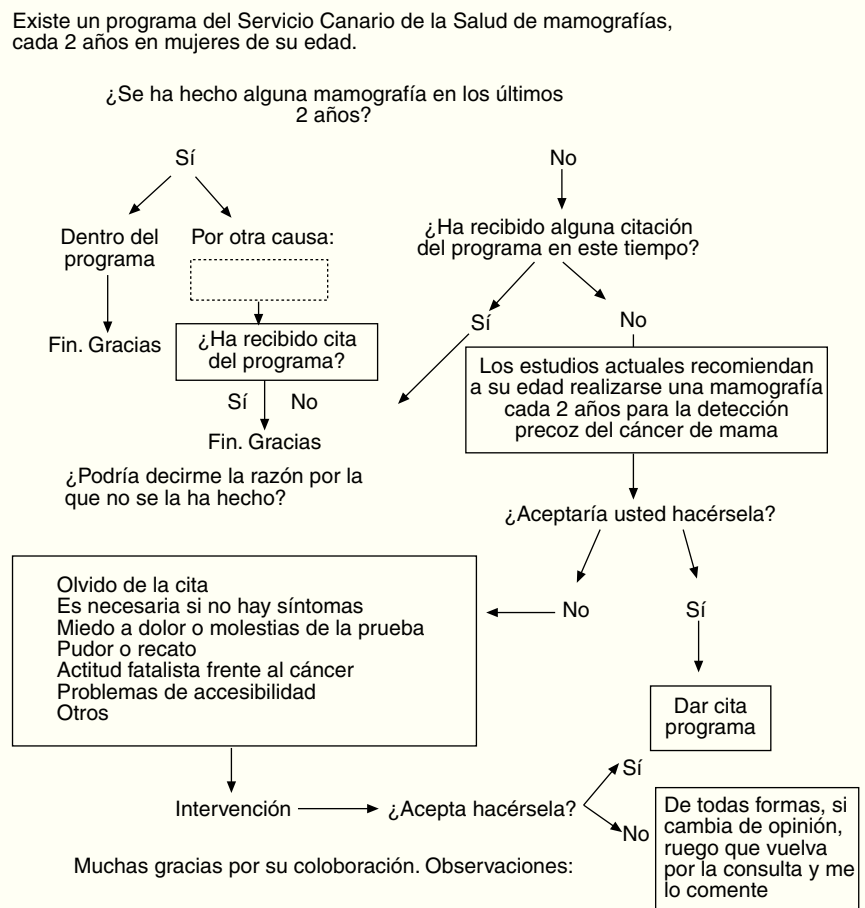


FIGURA 1

Algoritmo de intervención.

Los motivos alegados por las mujeres que no se habían realizado la mamografía fueron: no haber recibido citación, 21 (57%); olvido de la cita, 4 (11%); innecesario al no tener síntomas, 6 (16%); miedo o dolor a la prueba, 3 (8%), y problemas de acceso, 3 (8%). No se observaron diferencias significativas entre haber recibido o no citación del programa y haberse hecho la mamografía tras la intervención ($p = 0,5$). Atendiendo sólo a las mujeres en las que se realizó la intervención, tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la realización de la mamografía con respecto al nivel de estudios, la actividad laboral y la relación de pareja. Tampoco se observaron diferencias con respecto a la edad.

Discusión

En este estudio nos propusimos aumentar la participación de las mujeres de nuestros cupos en el PDPCM. Para ello diseñamos una intervención oportunista breve con el obje-

TABLA 1
Características sociofamiliares de las mujeres que acudieron a consulta (n = 403)

Características	n (%)
Nacionalidad	
Española	388 (96,3)
Otra	15 (3,7)
Estudios	
Analfabetas	40 (9,9)
Lee y escribe	113 (28)
Primarios	168 (41,7)
Secundarios	59 (14,6)
Universitarios	16 (7)
No consta	7 (1,7)
Trabajo	
Ama de casa	300 (74,4)
Jubilada	11 (2,7)
Universitarias	8 (1,9)
Administrativas	12 (3)
Servicios	51 (12,7)
Otros	17 (4,7)
Estado civil	
Casada/vive en pareja	297 (73,7)
Separada-divorciada	26 (6,5)
Viuda	54 (13,4)
Soltera	24 (6)
No consta	2 (0,5)

tivo de identificar la actitud y abordar los temores y creencias de la paciente en relación con el cribado. Esta intervención se encuadra, según la clasificación de Yabroff et al⁷, como intervención cognitiva basada en el modelo de creencias.

Aunque sólo se trata de 5 cupos de cuatro zonas básicas de salud, pensamos que la tasa de participación del 68% que consigue el programa refleja de forma bastante aproximada

la real en esas zonas, dado que se trata de poblaciones estables. Sólo el cupo 4, ubicado en una zona urbana en expansión poblacional es una excepción; dicha característica demográfica podría explicar el menor porcentaje de mujeres que acuden a consulta (51%) y que sea donde únicamente se constata el cambio de domicilio como causa de no participar en el cribado.

La participación que hemos encontrado es similar a la de Galicia en 1992 (71%) y más alejada de la del País Vasco¹³ en 1995 (80%), con programas similares, en gran medida, al de Canarias.

En las mujeres en las que se intervino, se obtuvo un 57% de éxito en cuanto a la realización de la prueba. Estos resultados confirman la efectividad de este tipo de intervenciones ya reflejada en la literatura médica^{7,9,10} con resultados incluso mejores (el 56 frente al 23 y el 32% encontrados por Yabroff et al), si bien las intervenciones en estos trabajos se realizaron sin un programa de base poblacional. El incremento del 4% de la tasa de participación tras la intervención es relativamente bajo aunque similar al de Aparicio et al¹⁴ (4,66%), pero en este estudio la intervención es mucho más compleja dado que incluye, fundamentalmente, llamadas telefónicas y visitas domiciliarias de la trabajadora social y estudiantes de enfermería a todas las mujeres que no se habían hecho la mamografía, con una intervención escasa del médico. La elevada tasa de participación de base influyó decisivamente en no conseguir que el incremento de dicha participación tras la intervención fuese mayor. Aun así es llamativo que se pase del 68 al 72%, superando el corte recomendado por la literatura del 70%. Aunque un 10% de las mujeres se habían realizado una mamografía de forma ajena al programa, desconocemos si lo hicieron con finalidad preventiva o diagnóstica.

La principal razón esgrimida por las mujeres que acudieron a consulta y no se hicieron la mamografía fue no haber recibido la citación del programa,

pero asumiendo el bajo poder estadístico de 37 casos, no hubo diferencia en los resultados de la intervención entre las mujeres que la habían recibido y las que no. Por otro lado, de la población que no acudió a la consulta, menos del 50% se había realizado mamografía a través del programa, lo que parece señalar que las mujeres que frecuentan menos el centro también participan menos de un programa como éste. Algo similar fue descrito por Segura et al¹⁵ quienes afirman que tener historial en el centro de salud o en el hospital multiplica entre 4 y 7 las respuestas a estos programas. El bajo porcentaje de mujeres que esgrimie-

TABLA 2
Resultados de la intervención en las mujeres de 52-67 años, según cupos

Cupo	Mujeres (n)	Acudieron a consulta, n (%)	Mamografía (n)				Mamografía tras intervención*
			Sí, en programa	Sí, fuera de programa	Se ignora	No	
3	68	Sí: 53 (78)	45	5	—	3	2 (67%)
		No: 15 (22)	10	1	4		
1	76	Sí: 52 (68)	34	13	—	5	2 (40%)
		No: 24 (32)	8	1	15		
4	80	Sí: 39 (49)	25	4	—	10	5 (50%)
		No: 41 (51)	16	—	25		
5	153	Sí: 113 (74)	85	14	—	14	7 (50%)
		No: 40 (26)	11	4	25		
2	188	Sí: 146 (78)	126	15	—	5	5 (100%)
		No: 42 (22)	25	—	17		
Total	565	Sí: 403 (71)	315	51	—	37	21 (57%)
		No: 162 (29)	70	6	86		

* Porcentaje calculado en las mujeres que habían acudido a consulta y no se habían realizado mamografía en los 2 años previos.

Lo conocido sobre el tema

- En ausencia de programas poblacionales de detección precoz de cáncer de mama, la participación de los profesionales de atención primaria es un factor determinante en la realización de la mamografía de cribado.
- Se desconoce cómo influye la participación oportunista de los médicos en el contexto de un programa poblacional de cribado de cáncer de mama.

Qué aporta este estudio

- Una intervención breve, estructurada, de carácter oportunista, realizada por el médico de familia, es efectiva en más de la mitad de las mujeres que no se han hecho la mamografía de cribado poblacional.
- Dependiendo de la cobertura inicial del programa de cribado, esta intervención puede contribuir a alcanzar la cobertura mínima recomendable.

ron el argumento de problemas de accesibilidad refuerza el hecho, ya reseñado en la literatura, de que los mecanismos organizativos de este tipo de programas son los principales implicados en la respuesta^{10,16}.

La aplicación de estas intervenciones podría ser más efectiva en el contexto de cupos de menor cobertura, por ejemplo, áreas de reciente asentamiento de población donde por cambio de domicilio no se recibiera la citación o aquellas en las que el propio programa informara de un bajo cumplimiento.

Esta intervención se podría incluir sistemáticamente en la consulta mediante alertas que el programa informático emitiera cada 2 años, tal como recomienda el PAPPs. Esto recordaría al profesional la oportunidad de preguntar a la paciente si se ha hecho mamografía de cribado e intervenir en función de su respuesta.

Como limitación de nuestro estudio, debemos decir que al no haber un grupo control, no podemos saber si los demás profesionales habitualmente remiten a las mujeres de sus cupos a hacerse la mamografía y, por tanto, si nuestra intervención tiene menor efectividad. Nos planteamos, al diseñar el estudio y antes de iniciarlo, que comunicar a la unidad del PDPCM su realización con cupos de intervención y controles podría sesgar los resultados, dado que podría intensificar, por parte de la unidad o los compañeros de los centros, la labor de captación, a modo de efecto Hawthorne, máxime teniendo en cuenta que los controles habrían de ser necesariamente del mismo centro de salud (para que las mujeres tuviesen acceso, profesionales y cupos de similares características).

Como conclusión, cabe decir que la intervención oportuna y breve del médico resulta efectiva en más de la mitad de las mujeres en las que se realiza. Dicha intervención, aplicada en el contexto de un programa de cribado poblacional, podría ser coste-efectiva al mejorar la participación de las mujeres y contribuir a alcanzar la cobertura mínima recomendable en un programa de este tipo.

Agradecimientos

Al Programa de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama de la Consejería de Sanidad, con especial mención a la Dra. Mariola de la Vega Prieto y al área informática.

Bibliografía

1. Situación de salud: mortalidad. Mortalidad proporcional. Disponible en: www.gobcan.es/sanidad/scs/1/plansalud/psc02/psc02_21.htm
2. Humphrey LL, Helfand M, Chan BKF, Woolf SH. Breast Cancer Screening: a summary of the evidence for the US. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2002;137:347-60.
3. Marzo-Castillejo M, Bellas-Beceiro B, Nuin-Villanueva M, Cierco-Peguera P, Moreno-Baquerano M, Rubio-Toledano L. Prevención del cáncer. Grupo de expertos del PAPPs. Actualización 2005. *Aten Primaria.* 2005;36 Supl 2:47-51.
4. Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama de la Comunidad Autónoma de Canarias. Servicio Canario de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias; 2002.
5. Bonfill X, Marzo M, Pladevall M, Martí J, Emparanza JI. Estrategias para aumentar la participación de las mujeres en un cribaje (screening) de cáncer de mama en la comunidad. (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus, Número 1. Oxford Update Software; 2006.
6. Mandelblatt JS, Yabroff KR. Effectiveness of interventions designed to increase mammography use: a meta-analysis of provider-targeted strategies. *Cancer Epidemiol Biomark Prev.* 1999;8:759-67.
7. Yabroff KR, Mandelblatt JS. Interventions targeted toward patients to increase mammography use. *Cancer Epidemiol Biomark Prev.* 1999;8:749-57.
8. Austoker J. Cancer prevention in primary care: screening and self examination for breast cancer. *BMJ.* 1994;309:168-74.
9. Giveon S, Kahan E. Patient adherence to family practitioners' recommendations for breast cancer screening: a historical cohort study. *Fam Pract.* 2000;17:42-5.
10. Legler J, Meissner HI, Coyne C, Breen N, Chollette V, Rimer BK. The effectiveness of interventions to promote mammography among women with historically lower rates of screening. *Cancer Epidemiol Biomark Prev.* 2002;11:59-71.
11. Wallace L, Gupta R. Predictors of screening for breast and colorectal cancer among middle-aged women. *Fam Med.* 2003;35:349-54.
12. Marzo castillejo M, Melús Palazón E. Cáncer de mama. En: Manual de prevención en Atención Primaria. Barcelona: Edide; 2003.
13. Cribado poblacional de cáncer de mama en España. Serie de informes técnicos número 13. Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998.
14. Aparicio Cervantes JM, Blanca Barba FJ, Martín Carretero ML, Muñoz Cobos F, Kuhn Gonzalez M, Triguera García E. Evaluación del impacto de la intervención de un equipo de atención primaria en la cobertura del programa de detección precoz del cáncer de mama. *Medicina de Familia (And).* 2000;1:31-5.

15. Segura Noguera JM, Porta Serra M, Maciá Guilá F, Casamitjana Abellá M, Castells Oliveres X. Factores condicionantes de la cobertura, la respuesta y la participación en un programa de cribado de cáncer de mama. Med Clin (Barc). 1998;111:252-6.
16. Stone EG, Morton SC, Hulscher ME, et al. Interventions that increase use of adult immunization and cancer screening services: a meta-analysis. Ann Intern Med. 2002;136:641-51.

ANEXO 1

Intervención

La intervención será según la respuesta del motivo de rechazo de la mamografía por parte de la paciente. Así, aunque cada profesional adaptará su mensaje a las características de cada paciente, como norma general, se propone:

Olvido de la cita. Se insistirá a la paciente sobre la importancia de la detección precoz de una lesión en la mama que permita su tratamiento y mejor pronóstico

Es innecesario si no hay síntomas. Precisamente lo que permite la prueba es detectar lesiones en fases iniciales y que aún no producen síntomas, lo que hace posible una mejoría del pronóstico

Miedo a dolor o molestias de la prueba. En general, la mamografía es una prueba bien tolerada, y las pequeñas molestias que puede generar en el momento de su realización quedan compensadas por el beneficio de una detección precoz de cualquier pequeña lesión

Pudor o recato. La prueba de la mamografía se realiza en un ambiente de respeto a la intimidad y por profesionales

Actitud fatalista frente al cáncer. La utilidad de la mamografía es precisamente detectar lesiones en la mama en condiciones que permiten su tratamiento con mejoría del pronóstico y con mayores posibilidades de evolución favorable

Problemas de accesibilidad. La gran utilidad de la mamografía lleva a que se deba hacer un esfuerzo para realizarla. De todas formas, se puede intentar adaptar las citas a horarios y días que a la paciente le sean más cómodos

Otros. Se intentará siempre desmontar falsas creencias insistiendo en la utilidad de la mamografía periódica