

ORIGINAL

Evaluación del impacto de la intervención de un equipo de atención primaria en la cobertura del programa de detección precoz del cáncer de mama

Aparicio Cervantes MJ¹, Blanca Barba FJ², Martín Carretero ML³, Muñoz Cobos F⁴, Kuhn González M⁵, Trigueros García E⁶.

¹Médico. Centro de Salud de Ciudad Jardín. Málaga; ²Adjunto de Enfermería. Centro de Salud de Ciudad Jardín. Málaga;

³Trabajadora Social. Centro de Salud de Ciudad Jardín. Málaga; ⁴Médico. Centro de Salud de Ciudad Jardín. Málaga;

⁵Médico Centro de Salud de Ciudad Jardín. Málaga; ⁶DUE. Centro de Salud de Ciudad Jardín. Málaga.

Objetivo: Medir la captación de mujeres entre 50-65 años de una zona básica de salud incluidas en un Programa de Detección Precoz del Cáncer de mama mediante la intervención activa de un EBAP.

Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo, calculándose la cobertura inicial y la cobertura obtenida tras la intervención activa del EBAP (cobertura: número de mujeres que realizan la mamografía/ número de mujeres de la ZBS entre 50-65 años).

Ambito: Centro de Salud Urbano.

Población y muestra: Base poblacional de 2668 mujeres obtenida de los datos del Distrito Sanitario (Diciembre-1997) y un listado igualmente procedente del Distrito Sanitario de 726 mujeres que no se realizaron la mamografía en la intervención inicial, y que es la población susceptible de recaptación por parte del EBAP.

Intervenciones: Se llevaron a cabo dos tipos de intervenciones del EBAP, una de ellas sobre 2688 mujeres consistente en la captación activa de mujeres con criterios de inclusión y refuerzo a la citación por correo con información personalizada; y otra sobre 726 mujeres consistente en la recaptación de las mujeres que no acudieron a la mamografía tras la intervención inicial mediante información en Consulta Médica, Consulta de Trabajadora Social, Consulta telefónica y Visita Domiciliaria.

Resultados: A las 726 mujeres que no acuden inicialmente se le suman 16 más, que aún cumpliendo los criterios de inclusión no fueron citadas inicialmente. Se localizaron a 710 mujeres (374 por visita domiciliaria, 260 por consulta telefónica y 76 en consulta) y 32 fueron ilocalizables. Se excluyeron de las localizadas a 275 por cambio de domicilio, fallecimiento o realizarse la mamografía en otros centros. Finalmente se informaron a 435 mujeres de las cuales 320 manifiestan intención de acudir y 115 no, y de las 320 se realizaron finalmente la mamografía 125, con lo que la cobertura inicial del programa de un 72,78% se convierte tras la intervención del EBAP en un 77,44%, observándose un incremento de un 4,66%.

Conclusiones: La intervención activa del EBAP mejoró la captación de las mujeres incluidas, quedando como relevante la importancia de Atención Primaria en estos tipos de Programas de cribado Poblacional.

Palabras Claves: Centro de Salud, Cribado, Cáncer de Mama.

EVALUATING THE IMPACT ON COVERAGE OF A PRIMARY CARE TEAM'S INTERVENTION IN AN EARLY BREAST CANCER DETECTION PROGRAM

Objectives: To measure gains in the number of women between the ages of 50 and 65 included in a basic health zone's Early Breast Cancer Detection Program through the active intervention of a basic primary health care team.

Design: A descriptive retrospective study, calculating the initial coverage and the coverage obtained following an active intervention by the primary health care team (coverage: number of women who received a mammogram/number of women between 50-65 years pertaining to the basic health zone).

Setting: Urban health center.

Population and sample: A population base of 2,668 women obtained from data in the Health District (December 1997) and a list of 726 women, provided by the same district, who had not had a mammogram in the initial intervention. These women represented the population susceptible of being drawn in by the basic primary health care team.

Interventions: The basic health care team carried out two kinds of interventions. One of them on 2,688 women consisted in the active search those who met the criteria for inclusion. These received a personalized, mailed invitation to arrange for an appointment. The other was carried out on 726 women and consisted in an attempt to draw in women who had not shown up for their mammogram following the initial intervention when information had been provided through visits to the doctor, appointments with social workers, by telephone or in home visits.

Results: To the total of 726 women who had not shown up for their initial appointment, 16 more were added since they met the criteria but had not initially been invited to make an appointment. 710 women were located (374 through home visits, 260 by phone contacts, and 76 through doctor visits). 32 could not be located. Of those located, 275 were excluded due to change of address, death, or because they had a mammogram in another center. 435 women received information. 320 of them indicated they intended to come to the center and 115 said they would not. Of the 320 women who said they would come, 125 finally had the mammogram done. This raised the program's initial coverage from 72.78% to 77.44% following the team's intervention, an increase of 4.66%.

Conclusions: The active intervention of the primary health care team increased the number of women drawn into the program, underscoring primary care's importance in similar programs based on population screening.

Key Words: Health care center, screening, breast cancer.

Correspondencia: Sancho Miranda s/n. 29014. Málaga.

Tfno: 952652577. Fax: 952653530. E-mail: mlu@wanadoo.es.

Recibido el 25-02-2000; aceptado para su publicación el 10-04-2000.

Medicina de Familia (And) 2000; 1: 31-35

Introducción

El cáncer de mama es una enfermedad de gran importancia, por la frecuencia de su presentación, por su mortalidad y por su trascendencia tanto médica como social que origina¹, considerándose como un auténtico problema de salud, provocador de una elevada morbilidad, ya que de todos es sabido los trastornos físicos y/o psíquicos sobreañadidos que presentan aquellas mujeres que han necesitado de medidas terapéuticas más o menos agresivas para su tratamiento, sin dejar de lado, la gran preocupación con que en general la población femenina percibe este problema².

Sigue siendo la neoplasia más frecuente en la mujer y la primera causa de muerte por cáncer en el sexo femenino³, y que a pesar de los grandes avances conseguidos en su diagnóstico, tratamiento y control, su incidencia presenta una tendencia al aumento en todos los países desarrollados e industrializados.

España se encuadra dentro de estas condiciones, y aunque su tasa de incidencia es intermedia y más baja con respecto a otros países de sus mismas características, presenta una tasa de mortalidad bruta de 28,2/100000 mujeres y supone el 18,4% del total de muertes por cáncer en el sexo femenino⁴, estimándose que 1 de cada 20 mujeres españolas desarrollara un cáncer mamario antes de los 75 años⁵.

No existe actualmente evidencia científica de que medidas de prevención primaria sean eficaces en la reducción de la morbimortalidad de este tipo de neoplasia⁶, quizás debido a que este tipo de cáncer se ha relacionado con factores de riesgo no modificables (edad, sexo, edad de la menarquia y menopausia, historia familiar de cáncer de mama y edad al nacer el primer hijo) y otros poco modificables (hormonal, dietético)⁷, por todo ello todos los esfuerzos para disminuir su morbimortalidad aunque no su incidencia, se encuentran encaminados hacia un diagnóstico precoz, es decir medidas de prevención secundaria, con puesta en marcha de Programas de detección precoz poblacionales, para que con ello se logren tratamientos menos agresivos e invalidantes y un incremento en su supervivencia⁸.

A la hora de poner en marcha este tipo de programas, es imprescindible que el problema a abordar cumpla una serie de requisitos indispensables, el cáncer de mama los cumple, porque como ya hemos dicho anteriormente es un problema de salud importante, su historia natural permite fácilmente un diagnóstico precoz, los beneficios que se obtienen tras poder hacer un tratamiento precoz superan en creces a los obtenidos con medidas en fases más tardías y el coste que ocasionan son equilibrados con respecto a los beneficios obtenidos. Pero además es necesario tener muy bien definido a qué población va dirigido, es

decir, la población diana del mismo, método de cribado con mayor y mejor validez, es decir, sensibilidad y especificidad, periodicidad del cribado y el personal implicado en su realización.

En lo que respecta al método de cribado, actualmente no existe ningún género de dudas, aceptándose de forma unánime y consensuada, que es la Mamografía el que presenta una validez más óptima (sensibilidad entre 76-94% y especificidad del 95%) disminuyendo bastante en los otros métodos postulados, Autoexploración mamaria (sensibilidad del entre 26-70%) y el Examen físico (sensibilidad entre el 57-70%)⁹.

La mamografía debe realizarse con doble proyección y una doble lectura de la misma¹⁰.

Sin embargo sí existe mucha más controversia en lo referente a la población diana que debe ir dirigido y a la periodicidad con que se debe realizarse. En referencia a lo primero, y tras la revisión de diversos estudios aleatorios al respecto, cada día está más claro que no existe una reducción significativa de la mortalidad cuando se realiza a mujeres menores de 50 años, no así cuando se hace entre los 50-65 años,¹¹ grupo etario en el cual se ha demostrado una reducción de la misma hasta de un 30% en 7-10 años de supervivencia. Por ello las mujeres a incluir deben de estar entre 50-65 años con progresión de ampliación hasta los 69 años de edad. En referencia a la periodicidad, a pesar de las controversias y de no existir un consenso unánime, cada día se aboga más por realizarse bianualmente y no anual porque no se obtienen mejores incrementos de diagnóstico al realizarlo de la segunda forma¹².

Por último, en relación al personal implicado, comentar que debe llevarse acabo dentro de un ámbito multidisciplinar y estrechamente coordinado, dentro del cual el médico de Atención Primaria es pieza clave, múltiples estudios avalan un incremento importante en la participación en los mismos de la población susceptible, por otro lado imprescindible en el éxito de este tipo de programas para alcanzar altas cotas de cobertura, tras la intervención y sensibilización de los médicos de Atención Primaria.¹³ Centrándonos en la figura del médico de A.P, decir que todos los estudios realizados sobre participación de estos cribados poblacionales, citan casi de forma unánime, que uno de los factores más predisponentes para ello, es la recomendación del médico de cabecera.

Finalmente, una vez dicho que el médico de A.P es fundamental en el proceso de estos programas y por tanto en el aumento de efectividad de los mismos al fomentar la participación de a quién va dirigido, comentar que su función principal se centra en estar informado del programa y de sus resultados y promover la participación mediante información y discusión directa con las mujeres susceptibles, sobre las dudas que les surjan tras la citación.

Con este estudio se ha pretendido valorar cómo la intervención del personal sanitario y no sanitario que desarrollan su trabajo habitual en la atención primaria de salud pueden contribuir a la mejora de la participación de la población en programas de cribado poblacionales y con ello aumentar la cobertura del mismo.

Sujetos y Métodos

Población de estudio: la población de referencia del estudio es la adscrita a una zona básica de salud compuesta por 39895 habitantes (Padrón 1996), caracterizada por ser una población relativamente joven (28% de mujeres en edad fértil y un 10% de ancianos), aunque con un progresivo estrechamiento de la base de la pirámide poblacional (6% menores de 14 años).

Es una población urbana con varios núcleos semirurales, existiendo un nivel socioeconómico medio - bajo y un nivel cultural bajo (52% sin estudios y un 15% de analfabetos).

Los sujetos de estudio fueron las mujeres que cumplían los criterios de inclusión determinados tras la puesta en marcha de un Programa de detección precoz del cáncer de mama por el Servicio Andaluz de Salud en Diciembre de 1997. Dichos criterios de inclusión fueron, pertenecer a la zona básica de salud y tener entre 50-65 años de edad. Por ello nuestra base poblacional inicial fue de 2668 mujeres (Diciembre de 1997) obtenida de los listados de la intervención inicial centralizada desde el Distrito Sanitario. Y un segundo listado, igualmente remitido por el Distrito Sanitario, en donde se encontraban aquellas mujeres que tras la intervención inicial no acudieron a realizarse la mamografía a pesar de cumplir los criterios de inclusión y que constituían la población susceptible de recaptación por parte del EBAP, siendo de 726 mujeres. Figura 1.

- Base poblacional inicial: 2668 mujeres

- Población diana inicial: 726 mujeres
27.21%

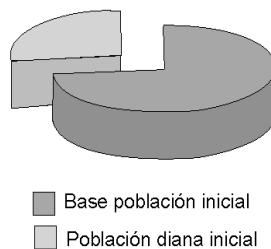


FIGURA 1. Población de estudio

Sistemática e intervenciones: en el inicio de este programa, año 1997, fueron los propios Distritos Sanitarios los encargados directamente de la captación de la población diana, mediante la citación por correo en dos ocasiones, a través de una carta individualizada, centralizada en los Distritos y simultaneada por zonas, en la cual de forma breve se explicaba la importancia del cribado por mamografía, cita concreta y teléfonos de contacto para más información o cambios en la citación y a su vez información e implicación de los centros de salud para realizar un refuerzo de las mujeres citadas por correo con una información personalizada a las mismas.

Tras la intervención inicial, que se da a todas las mujeres que cumplían los criterios de inclusión, se evaluaron los resultados obteniéndose la cobertura alcanzada y tras ello se transfirió la información a los Centros de Salud para que cada uno, estableciendo una intervención activa del EBAP, se intentara conseguir un incremento de la cobertura inicial obtenida, objetivo de la evaluación que nos ocupa.

A continuación se establecieron las estrategias a seguir por el equipo para intentar la recaptación, siendo establecidos los siguientes: Consul-

ta realizada por los médicos, Consulta realizada por la Trabajadora Social, Consulta realizada telefónicamente por la Trabajadora Social y captación por medio de Visita Domiciliaria realizada por alumnos de Enfermería y Trabajadora Social, así como en un inicio el refuerzo de las mujeres ya citadas por correo con información personalizada.

La recaptación activa: se realizó durante el periodo de Marzo a Diciembre de 1998, con la intervención activa de todo el equipo y la ayuda de los alumnos de enfermería que en ese periodo se encontraban formándose en el Centro de Salud.

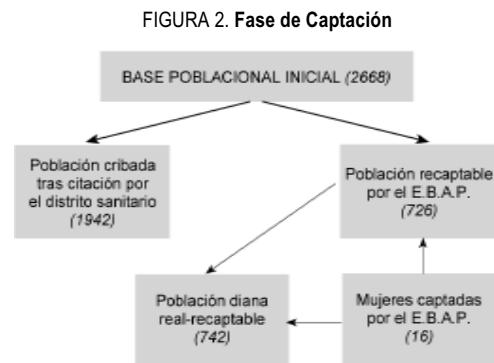
Método Estadístico: Estudio Descriptivo retrospectivo. Se calcularon las coberturas (cociente entre el nº de mujeres con mamografía realizada respecto al total de mujeres de la zona básica entre 50 y 65 años de edad), tras la intervención inicial y después de la recaptación activa del EBAP sobre las mujeres que no se realizaron la mamografía tras la primera intervención.

Resultados

Se realizó la evaluación en tres fases que de forma desagregada son:

Fase de Captación:

Es la primera y fue la llevada a cabo por el Distrito Sanitario de forma centralizada como ya hemos comentado. En ella partiendo de la base poblacional inicial de **2668 mujeres**, aunque se informó a la totalidad de las mismas, se realizaron la mamografía **1942 mujeres**, siendo por tanto la cobertura obtenida del 72,78%. El número de mujeres que no se realizaron la mamografía, 726, fueron las enviadas al centro de salud para poder intentar una recaptación de las mismas. Figura 2.



Fase de Recaptación:

Al evaluar los resultados obtenidos nuestra **Población Diana inicial de 726 mujeres** que suponía un **27,21%** de la base poblacional, se había modificado, puesto que tras la intervención activa del EBAP se lograron captar a 16 mujeres más que cumplían igualmente los criterios previos de inclusión en el Programa, pero que no habían sido citadas por el Distrito Sanitario en un principio, por lo que nuestra **Población Diana Final**, sobre la que se realizó realmente la intervención fue de **742 mujeres**.

FIGURA 3. Resultados de la Intervención.

Modalidad	Total	Porcent.
Consulta médica	16	2,15%
Consulta T. Social	60	8,08%
Consulta telefónica T. Social	260	35,08%
Visita domiciliaria	374	50,40%
Error	32	4,3%

De las 742 mujeres sobre la que se realizó la intervención activa del EBAP, se localizaron a un total de **710 mujeres**, lo que suponía un **95,68%**, no localizándose a **32 mujeres** lo que suponía un **4,31%**. La captación realizada de forma desagregada por modalidad de intervención es la siguiente: se localizaron a 16 mujeres (2,15%) a través de la consulta médica, a 60 (8,08%) a través de la consulta de la Trabajadora Social, a 260 (35,04%) a través de consulta telefónica realizada igualmente por trabajadora social y a 374 (50,40%) por visita domiciliaria por trabajadora social y alumnos de enfermería. (Figura 3.) De este total se excluyeron del estudio a **275 mujeres** por los siguientes motivos, que de forma desagregada son: Fallecidas 9; Cambios de domicilio 22 distribuidas por fuera de la ZBS 12, fuera de la ciudad 2 y fuera del país 8; por acudir a otros centros a realizarse la mamografía 145 distribuidas en hospitales 74, consultas privadas 64 y otros centros de especialidades 7; Desconocidas en domicilio 82 y error en los datos 17 (Figura 4 y 5).

FIGURA 4. Motivos de exclusión del estudio.

1. FALLECIMIENTOS	9
2. CAMBIOS DE DOMICILIO	22
Fuera ZBS	12
Fuera de la ciudad	2
Fuera del país	8
3. ACUDIR A OTROS CENTROS	145
Hospital	74
Consultas privadas	64
Centro especialidades	7
4. DESCONOCIDAS EN DOMICILIO	82
5. ERRORES	17

Fase tras la intervención:

Finalmente se informaron para la captación a **435 mujeres** de las cuales manifiestan el deseo de acudir a realizarse la mamografía **320** y no desean acudir **115**.

Realizándose la mamografía al final de las 320 mujeres que manifestaron en un principio su deseo de hacérsela, **125**. (Figura 6). Con lo que la cobertura obtenida es del **77,44%**.

Observándose un incremento de la cobertura inicial del **4,66%**.

FIGURA 5. Fase de Recaptación.



FIGURA 6. Resultado tras la intervención.



Discusión

En nuestro estudio se confirma lo postulado por todas las evaluaciones realizadas al respecto, de lo importante que es la participación y compromiso del personal de Atención Primaria, en los Programas poblaciones de cribado en el cáncer de mama y en otros tipos de cánceres como el de cérvix, ya que es pieza clave no solo a la hora de aumentar la cobertura del programa, sino también en la participación en el mismo de la población diana, por otro lado requisito indispensable para la viabilidad de este tipo de cribados, ya que influye posteriormente en la efectividad de los mismos y en otros indicadores de proceso y resultado.

A la vista de los resultados obtenidos, nuestras coberturas al inicio y tras la intervención activa del EBAP, se encuadran dentro de los estándares óptimos de estos cribados poblacionales, postulados en un mínimo del 70%; y en comparación con los resultados obtenidos en otras comunidades autónomas, los nuestros se pueden valorar como extrapolables a ellos¹⁴⁻¹⁵.

Haciendo referencia a la sistemática seguida, se confirma que el método realizado es el más adecuado porque se ajusta a todo tipo de estrato social y cultural, es de tipo personalizado y es gratuito, todas condiciones que según diferentes evaluaciones ayudan a aumentar la participación en los mismos¹⁶.

Igualmente ocurre con el método de cribado utilizado, aunque hacer una breve reseña a una controversia suscitada a la aparición de Falsos positivos y Falsos negativos de las mamografías y sus posteriores repercusiones en futuras citaciones, lo consultado pone de manifiesto que no influye, y que la mujer sigue acudiendo a posteriores cribados y citaciones quizás por la percepción de que es más susceptible de padecer esta enfermedad¹⁷⁻¹⁹.

Respecto a las limitaciones de nuestra intervención señalar que los frecuentes errores en los datos de la base poblacional, dificultan la localización de muchas de las mujeres incluidas en la población diana del programa, en nuestro caso 32 mujeres no se localizaron, suponiendo ello una importante pérdida de información, contribuyendo a ello igualmente gran parte de las 275 mujeres que se excluyeron del mismo por diversos motivos.

Igualmente tener en consideración como una falta de efectividad del programa el que 115 mujeres manifesten expresamente su deseo de no hacerse la mamografía así como que 195 mujeres, que a pesar de haberse citado en 2 ocasiones por correo con carta personalizada y el EBAP haber intervenido sobre ellas, no acuden a realizarse la mamografía, aunque ha de tenerse en cuenta que siempre habrá un grupo de la población que no se hará el cribado, con lo que sería probablemente de utilidad el estudiar las características de este grupo de mujeres para posibilitar el éxito de futuras intervenciones.

Y por último destacar la gran importancia de la existencia de Cribados poblacionales de esta patología, pero que a pesar de ello, todavía en muchos sitios no existen, por multitud de causas no evaluables y discutibles en este estudio, y que la Atención Primaria de salud, a cambio y mientras tanto, podría ofertar otro tipo de screening, como podría ser la captación oportunista de mujeres con los requisitos sobradamente expuestos; evaluado este método, aunque las coberturas obtenidas son bastante más bajas que con el método anterior, algo se consigue, y justifica nuestra actividad clínica, preventiva y curativa, que mejor que no hacer nada.²⁰

Bibliografía

1. Prats Esteve M, Aragón Martínez J, Casamitjana Abellá M, Daniels M, Escalonilla A, Estapé T, et al. Cáncer de Mama. Tema monográfico. JANO Educación Médica Continuada en Atención Primaria 1999; 56: 37.
2. Galvez Ibáñez M, Alonso JM, Bellas B, Gómez A, González J, Melús E, et al. Cáncer de Mama. Aten Primaria 1997; 20 (supl 2): 105-107.
3. CANCER EN ESPAÑA. Ministerio de Sanidad Consumo. Madrid, 1993.
4. Mariscal Martínez A. Detección precoz del cáncer de mama. Med Clín (Barc) 1997; 108: 779-780.
5. Seguí Díaz A, Díaz Fementa R, Arremberg Alarcón J. Prevención secundaria del cáncer de mama. JANO 1999; 56: 69-76.
6. Casamitjana Abellá M. Diagnóstico precoz. Campañas de detección. Papel de la atención Primaria. En: Cáncer de Mama. Tema Monográfico. JANO Educación Médica Continuada en Atención Primaria 1999; 56: 49-54.
7. Hulka BS, Stark AT. Breast cancer: causes and prevention. Lancet 1995; 346: 883-887.
8. Borrás J.M, Ciurana R, Marzo M. Cribado del cáncer de mama. Med Clín (Barc) 1994; 102 (supl 1): 75-79.
9. Ascunze Elizaga N, González Enríquez J, González Navarro A, Herranz Fernández C, Marqués Bravo A, Martín Pérez J. Criterios generales y recomendaciones para la elaboración de programas de detección precoz de cáncer de mama y cáncer de cervix uterino en España. Rev San Hig Púb 1993; 67: 23-37.
10. Luengo S, Azcona B, Lázaro P, Madero R. Programas de detección precoz del cáncer de mama y acceso a la mamografía en España. Med Clín (Barc) 1997; 108: 761-766.
11. Medina C. Algunos aspectos sobre el cribado de cáncer de mama y el posible papel del médico de atención primaria. FMC 1995; 2: 119-128.
12. US Preventive Services Task Force. Guía de Medicina Clínica Preventiva. Ed. Española. Vol 1. Medical Trends: Barcelona; 1998.
13. Borrás JM, Espinás JA. Atención Primaria y cribado del cáncer de mama. Aten Primaria 1999; 24: 1-2.
14. Salas Trejo D, Moya García C, Herranz Fernández C, Ibáñez Cabanell J, Miranda García J, Polo Esteve A, et al. Programa de prevención del cáncer de mama en la Comunidad Valenciana, resultados 1992-1993. Rev San Hig Púb 1995; 69: 59-69.
15. Arrieta Antón E, Del Barrio Lázaro FJ, Gómez de Caso Canto J.A. Análisis de los hallazgos de un programa de detección precoz de cáncer de mama. Aten Primaria 1996; 18: 44-45.
16. Segura Noguera JM, Porta Serra M, Macia Guila F, Casamitjana Abellá M, Castells Oliveres X. Factores condicionantes de la cobertura, respuesta y la participación en un programa de cribado del cáncer de mama. Med Clín (Barc) 1998; 111: 251-256.
17. Marzo Castillejo M. Una mamografía falsamente positiva no afecta a un posterior cribado de cáncer de mama. Aten Primaria basada en la evidencia 1999; 6 (supl 8): 13.
18. Fletcher S. False-Positive Screening Mammograms: Good News, but More To Do. Ann Intern Med 1999; 131: 60-62.
19. Elmore JG, Barton MB, Moceri VM, Polk S, Arena PJ, Fletcher SW. Ten-years risk of false positive screening mammograms and clinical breast examinations. N Engl J Med 1998; 338: 1089-1095.
20. Ciurana Misol R, Calvet Junoy S, Espel Masferre C, Mendive Arbeloa JM, Cos Claramunt X, Pareja Rossell C, et al. Alternativas al cribado poblacional del cáncer de mama. ¿Es útil la detección oportunista? Aten Primaria 1999; 23: 68-72.