



ORIGINAL

Análisis de la satisfacción de los participantes en el Programa de detección precoz de cáncer colorrectal de Barcelona: valoración positiva de la farmacia comunitaria



Andrea Burón^{a,b,c,*}, Margarita Posso^a, Judit Sivilla^a, Jaume Grau^d, Rafael Guayta^e, Xavier Castells^{a,b,c}, Antoni Castells^f y Francesc Macià^{a,b,c}, en nombre del Grupo Procolon

^a Servicio de Epidemiología y Evaluación, Hospital del Mar, Barcelona, España

^b Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas (IMIM), Barcelona, España

^c Red de investigación en servicios de salud en enfermedades crónicas (REDISSEC), España

^d Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, Hospital Clínic, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^e Direcció de Projectes i Recerca. Consell de Col·legis Farmacèutics de Catalunya, Barcelona, España

^f Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínic, IDIBAPS, CIBEREHD, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 2 de diciembre de 2015; aceptado el 25 de abril de 2016

Disponible en Internet el 10 de junio de 2016

PALABRAS CLAVE

Detección precoz;
Cribado;
Cáncer colorrectal;
Satisfacción;
Farmacia comunitaria

Resumen

Fundamento y objetivo: Los programas poblacionales de cribado del cáncer colorrectal con prueba de detección de sangre oculta en heces deben obtener tasas altas de participación y ofrecer unos servicios de calidad. Para conocer los factores que influyen en la participación, la opinión y la satisfacción relacionadas con cada una de etapas, se lleva a cabo una encuesta de satisfacción del Programa de Barcelona.

Material y método: Encuesta telefónica mediante cuestionario diseñado *ad hoc* a una muestra final de 1.189 personas: 310 no participantes en el Programa (NoP), 553 participantes con resultado negativo del test (PNeg) y 326 participantes con resultado positivo (PPos).

Resultados: Destacan las puntuaciones altas obtenidas en claridad de la información en general (8,9 de media, escala 0 a 10) y la atención en la farmacia, su accesibilidad y el papel como centro de recogida y entrega del test (superior a 9,3 de media). Aspectos que no han sido tan bien valorados: la preparación de la colonoscopia (el 41,6% refiere bastantes o muchas molestias, mayor en mujeres y menores de 60 años) y en menor medida la accesibilidad telefónica (27,1% refiere alguna dificultad) y la preocupación al recibir telefónicamente el resultado patológico del test (78,9% refiere alguna preocupación).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aburon@hospitaldelmar.cat (A. Burón).

Conclusiones: La valoración que la población hace del Programa es positiva y avala la farmacia como punto de distribución y recogida de kits, así como el papel del farmacéutico. Se revisarán algunos aspectos del proceso de cribado con el fin de mejorar la satisfacción del usuario y, eventualmente, incrementar la participación.

© 2017 Elsevier España, S.L.U., AEEH y AEG. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Early detection;
Screening;
Colorectal cancer;
Satisfaction;
Community pharmacy

Analysis of participant satisfaction in the Barcelona colorectal cancer screening programme: Positive evaluation of the community pharmacy

Abstract

Background and objective: Population-based bowel screening programmes with faecal occult blood (FOB) tests need to achieve high uptake rates and offer quality services. We invited participants in the Barcelona Programme to complete a satisfaction survey, in order to explore factors influencing uptake and respondents' opinion and satisfaction with each step of the screening process.

Material and method: Telephone survey using an *ad hoc* questionnaire (see annex) administered to a final sample of 1189 people: 310 non-participants in the programme (NoP), 553 participants with a negative test result (PNeg), and 326 participants with a positive result (PPos).

Results: High scores were obtained for the clarity of the information provided by the programme (mean 8.9 on a scale 0-10), and for the accessibility and attention at the pharmacy as well as its role as the point for collection and return of FOB test cards (mean >9.3). Aspects that were not so highly rated were: preparation for the colonoscopy (41.6% reported quite a lot or a lot of discomfort), and to a lesser extent telephone accessibility (27.1% reported some difficulties). Participants also expressed concern about receiving a positive test result by telephone (78.9% reported some concern).

Conclusions: Respondents' opinion of the programme was positive overall, and supports the pharmacy as the point for distributing and collecting FOB test cards, as well as the role of the pharmacist in the context of the programme. Some aspects of the screening process will be reviewed in order to improve participant satisfaction and eventually increase uptake.

© 2017 Elsevier España, S.L.U., AEEH y AEG. All rights reserved.

Introducción

El cáncer de colon y recto (CCR) es uno de los cánceres más frecuentes y con mayor mortalidad en España¹. Los programas poblacionales de detección precoz o cribado con prueba de detección de sangre oculta en heces (PDSOH) han demostrado reducir la incidencia y la mortalidad por CCR²⁻⁴, siendo esta la prueba recomendada por la guía europea de calidad en cribado de CCR⁵; además, su aceptación en nuestro entorno es superior a la de la colonoscopia⁶. En España, el Sistema Nacional de Salud asumió en el 2006 la puesta en marcha de los programas poblacionales de cribado de CCR basados en PDSOH y en el 2013 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad lo incluyó en la Cartera de Servicios Comunes.

En diciembre del 2009 se puso en marcha el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto de Barcelona (PDPCCR-Bcn, www.prevencioncolonbcn.org), cuya característica diferencial respecto a otros programas es la participación activa de las farmacias en la distribución y recogida de la PDSOH. La organización, el funcionamiento y los principales resultados de la primera ronda del PDPCCR-Bcn han sido publicados previamente en detalle⁷. En resumen, el Programa invita individualmente y mediante carta a hombres y mujeres de 50 a 69 años residentes

en Barcelona a recoger la PDSOH en las farmacias que colaboran con el Programa. El farmacéutico comprueba la ausencia de motivos de exclusión y explica el procedimiento de recogida de la muestra antes de entregar la PDSOH. Una vez realizada la prueba, la persona puede retornarla a cualquiera de las farmacias colaboradoras y desde allí se envía al laboratorio del Programa. Las personas con resultado negativo reciben una carta en que se les informa del resultado y de que serán nuevamente invitadas en 2 años. Aquellas con un resultado positivo son convocadas telefónicamente a una cita en la consulta de cribado hospitalaria, donde se explica el resultado de la prueba y se propone la realización de una colonoscopia.

Para cumplir los objetivos de los programas de cribado es imprescindible obtener tasas altas de participación y de adherencia una vez ya han participado así como ofrecer unos servicios que garanticen la calidad a lo largo de todo el proceso⁵. Para ello es fundamental conocer los factores que influyen en la participación, así como la opinión y satisfacción relacionadas con cada uno de los aspectos y etapas del cribado.

Las encuestas de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud constituyen un indicador de calidad de la atención sanitaria que evalúa tanto el proceso, como la estructura y el resultado de la atención y las actividades

de los servicios. El concepto de satisfacción incluye, entre otros, aspectos de accesibilidad, trato personal y valoración técnica, y es un buen predictor del cumplimiento de los usuarios. El estudio de la satisfacción de los usuarios mediante encuestas se ha convertido en un instrumento de gran valor que se ha incorporado como medida de calidad de los servicios y para mejorar su organización⁸⁻¹⁰. En los programas de cribado de cáncer de mama, en marcha desde hace más de 20 años, se ha evidenciado la importancia de las encuestas tanto en la mejora de los servicios como de la participación^{11,12}. Sin embargo, hasta la fecha no se ha encontrado ningún trabajo publicado sobre la satisfacción de los usuarios en los programas de cribado poblacional de CCR con PDSOH, debido seguramente a su más reciente implementación. La mayoría de los estudios disponibles se centran en la satisfacción con relación a la colonoscopia y las preferencias entre las diferentes opciones de cribado.

El presente estudio pretende describir los resultados de la encuesta de satisfacción del PDPCCR-Bcn, analizando los resultados según edad y sexo, y comparando a los encuestados que no han participado en el Programa, los participantes con resultado negativo y los participantes con resultado positivo.

Material y método

Entre diciembre del 2013 y febrero del 2014 se realizó un estudio transversal mediante encuesta telefónica a hombres y mujeres entre 50 y 69 años de edad que habían sido invitados en los 2 años anteriores al PDPCCR-Bcn. Para reducir al máximo el sesgo de memoria se seleccionaron las últimas 6 Áreas Básicas de Salud (ABS) en las que el Programa se había llevado a cabo, con una población diana total de 35.655 personas (comprendiendo un período de funcionamiento del Programa entre febrero del 2012 y septiembre del 2013).

El tamaño de la muestra se calculó para poder estimar el grado de satisfacción en cada uno de los siguientes 3 perfiles de forma independiente: 1) no participantes con resultado positivo (Ppos); 2) participantes con resultado negativo (PNeg) y 3) PPos. El muestreo fue aleatorio por cuotas según la población diana en cada una de las 6 ABS y sus respectivas tasas de participación y positividad. Con una población total de 15.533, 13.163 y 703 personas, respectivamente, y aceptando un riesgo alfa de 0,95 para una precisión de 0,05 en el contraste bilateral de una proporción estimada del grado de satisfacción aceptable (puntuación 6 o más sobre 10) de 0,5 y una proporción de pérdidas estimada del 20%, se obtuvo un tamaño muestral total de 540 del perfil NoP, 564 del PNeg y 343 del PPos. Se excluyó a 258 personas (17,7%) como «no elegibles» (defunción, incapacidad, teléfono incorrecto, etc.), de las cuales 230 (89,5%) eran del perfil NoP, con lo que la muestra válida final fue de 1.189 personas: 310 del perfil NoP, 553 del PNeg y 326 del PPos.

Se diseñó un cuestionario *ad hoc* a partir del circuito de funcionamiento del Programa y de las dimensiones que pretendían ser exploradas, que comprendía 60 preguntas estructuradas en 9 bloques (véase el anexo con el cuestionario completo): 1) Percepción del cáncer colorrectal y primer contacto con el Programa; 2) Material informativo

y papel del médico de cabecera; 3) Atención telefónica del Programa; 4) Atención en la farmacia; 5) Proceso de recogida del PDSOH; 6) Resultado del PDSOH negativo; 7) Resultado del PDSOH positivo; 8) Motivos de no participación, y 9) Valoración global del Programa.

La recogida de datos se realizó mediante encuesta telefónica y fue llevada a cabo por una empresa externa (Projecta'm4.3), especializada en el trabajo de campo de proyectos científicos en el área de la salud. El número o los números de teléfono que se utilizaron son los que constaban en la base de datos del Programa, que, por un lado, provienen del Registro Central de Asegurados —asociados a la tarjeta sanitaria— y, por otro, son los que facilitan las personas en el momento de participar. A dicha empresa se le proporcionó de forma segura y confidencial un fichero que contenía el formulario con la encuesta, así como el nombre, los apellidos, el teléfono, la edad y el sexo de todos los individuos de la muestra. El protocolo de llamada incluía hasta 10 intentos en días y franjas horarias diferentes entre las 9 y las 22 h. Con el objetivo de probar el cuestionario, y como entrenamiento de las personas que realizaron el trabajo de campo, se llevó a cabo una prueba piloto de la encuesta a 50 personas representativas de la muestra final. Dicha prueba fue supervisada por uno de los investigadores y tras la misma se introdujeron leves cambios en el redactado de algunos ítems para mejorar su comprensión.

Toda la información fue recogida en un formulario de Access y posteriormente procesada y analizada con el paquete estadístico IBM-SPSS versión 22. Se compararon los 3 perfiles, así como los NoP vs. los participantes (suma de PNeg y PPos). Se efectuaron análisis bivariados, utilizando tablas de contingencia y el test de la chi al cuadrado ($p < 0,05$) para la comparación de variables categóricas, y la media y la t de Student para la comparación de las variables cuantitativas. Dado que las preguntas son contestadas por diferentes subgrupos de la muestra en función del bloque considerado, en las tablas se muestran los porcentajes de respuesta así como los numeradores y denominadores de cada indicador (identificados como n_1 y n_2 , respectivamente).

Todo el estudio fue desarrollado respetando la legislación vigente y las convenciones y declaraciones actuales de la Unión Europea y nacionales sobre normas éticas en proyectos de investigación. A todas las personas contactadas telefónicamente se les informó, previamente a la realización de la encuesta, del marco y el objetivo del estudio, de la duración aproximada de la encuesta, del carácter voluntario de la participación en la misma, de la confidencialidad de sus datos personales y respuestas, y del carácter anónimo de todos los resultados. La aceptación verbal a responder las preguntas de la encuesta se consideró como consentimiento a participar. El tratamiento de los datos se llevó a cabo siguiendo lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 sobre protección de datos personales. El protocolo de este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de investigación clínica del Parc de Salut Mar el 14 de noviembre del 2013.

Resultados

En total, 912 personas aceptaron realizar la encuesta, lo que representa una tasa de respuesta del 76,7% (tabla 1).

Tabla 1 Características de la muestra según éxito de la encuesta

	Total		Acepta realizar la encuesta		Ilocalizable		Rechaza realizar la encuesta		p ^a
	N	% del total	N	%	N	%	N	%	
Total	1.189		912	76,7%	157	13,2%	120	10,1%	
Sexo									
Mujer	636	53,5%	497	78,1%	80	12,6%	59	9,3%	0,432
Hombre	553	46,5%	415	75,0%	77	13,9%	61	11,0%	
Edad (años)									
50-59	598	50,3%	443	74,1%	97	16,2%	58	9,7%	0,008
60-69	591	49,7%	469	79,4%	60	10,2%	62	10,5%	
Perfil									
No participante	310	26,1%	147	47,4%	106	34,2%	57	18,4%	<0,001
Participantes con PDSOF negativo	553	46,5%	473	85,5%	37	6,7%	43	7,8%	
Participantes con PDSOF Positivo	326	27,4%	292	89,6%	14	4,3%	20	6,1%	

^a Significación estadística de la diferencia entre los que aceptan realizar la encuesta, ilocalizables y rechazan realizar la encuesta.

Las personas de 60 a 69 años tuvieron una tasa de respuesta ligeramente mayor que las de 50 a 59 (79,4% vs. 74,1%, respectivamente), mientras que las de 50 a 59 con mayor frecuencia no se pudieron localizar. La tasa de respuesta de las personas del perfil NoP fue significativamente menor que la del resto (NoP 47,4%, PNeg 85,5%, PPos 89,6%; $p < 0,001$), si bien casi 2 tercios de los NoP que no respondieron la encuesta fue por imposibilidad de ser localizados. Del total de personas que contestaron la encuesta, el 54,5% (497) eran mujeres y el 48,5% (443) tenían entre 50 y 59 años.

La proporción de personas que consideraban que el CCR era un problema relevante antes de ser invitados al Programa fue mayor entre los participantes que entre los NoP, tanto en mujeres (43,0% vs. 27,9%, respectivamente) como hombres (40,3% vs. 36,0%, respectivamente) (fig. 1). Sin embargo, los NoP refieren haber oído hablar del Programa antes de recibir la primera carta del Programa con mayor frecuencia que los participantes, en particular en los hombres (71,4% en NoP y 46,2% en participantes). No hubo diferencias significativas entre el porcentaje de NoP y de participantes que declaran haber pedido consejo a su médico de cabecera después de recibir la información del Programa. En cuanto a la valoración del material del Programa (tabla 2), el 37,6% declara que la comprensión de la carta de invitación fue incompleta (agrupación de «nada», «poco» o «bastante» fácil de entender), si bien menos del 1% «nada» o «poco». Los participantes declaran comprensión incompleta con mayor frecuencia que los NoP (38,9% vs. 28,0%, respectivamente). El porcentaje de comprensión incompleta del tríptico es similar (37,7%), sin diferencias entre perfiles. La valoración global media de la comprensión de la información escrita del Programa es de 8,86 en una escala del 0 al 10, ligeramente superior en participantes.

Respecto a la atención telefónica (tabla 2), el 5,6% de los encuestados refiere haber realizado un contacto telefónico con el Programa, sin diferencias entre perfiles, y de estas el 27,1% refiere haber tenido alguna dificultad para conseguir contactar, la mayoría participantes. El 18,8% considera que

le resolvieron nada, poco o bastante el motivo por el cual llamaba («resolución incompleta»). La farmacia recibe valoraciones medias superiores a 9 (escala de 0 a 10) en todos los aspectos valorados: como centro de recogida del test, en accesibilidad y en confianza, y respecto a la utilidad de las explicaciones recibidas allí; las mujeres otorgan puntuaciones mejores con mayor frecuencia (tabla 3). El 90,6% de las personas encuestadas que participaron refiere que acudió personalmente a la farmacia a recoger el test, mayor en mujeres. El 0,9% refiere que el tiempo de espera para ser atendido en la farmacia fue excesivo (bastante o mucho) y el 4,1% que le faltó alguna información que le hubiera sido útil.

En relación con el proceso de recogida de la muestra, los participantes con resultado del test patológico refieren mayores dificultades que los participantes con resultado normal (tabla 4): el 1,5% de los PNeg y el 7,0% de los PPos refieren alguna dificultad en entender las instrucciones, y el 1,3 y el 10,5%, respectivamente, alguna dificultad en la recogida de la muestra. El 4,1% de los encuestados participantes valora el tiempo de espera para recibir el resultado como excesivamente largo y el 4,5% refiere haber estado preocupado durante dicho tiempo.

La figura 2 muestra la proporción de encuestados PNeg que consulta la carta de resultado negativo con alguien (87,4%) y la distribución de la/s persona/s con quien/es lo comenta. Las personas de 60 a 69 años son quienes la comentan con mayor frecuencia, sin diferencias entre sexos. La mayoría de los encuestados que consulta con alguien lo hace con un familiar, amigo o conocido en todos los grupos de edad y sexo (más del 65%). El 17,3% de los de 50 a 59 años y el 24,1% de los de 60 a 69 años lo consultan además con su médico de cabecera, y alrededor del 5% lo consulta además con el farmacéutico.

El 78,9% de los encuestados con resultado patológico refieren haber experimentado alguna preocupación al recibir la llamada (suma de «mucho», «bastante» y «poca preocupación»), si bien solo el 6,5% (19 personas) refiere «mucho preocupación» (tabla 5). En cuanto a la consulta de cribado, el 16,6 y el 16,7% refieren una comprensión

Tabla 2 Valoración del material del Programa y de la atención telefónica

	No participantes						Participantes				p ^a	
	Total	Mujeres		Hombres		Total	Mujeres		Hombres			Total
		50-59 años	60-69 años	50-59 años	60-69 años		50-59 años	60-69 años	50-59 años	60-69 años		
Valoración del material del Programa												
<i>Comprensión incompleta de la carta de invitación (nada/poco/bastante fácil de entender)</i>												
%	37,6	35,7	30,0	15,4	26,3	28,0	45,1	33,6	39,1	38,4	38,9	< 0,001
n ₁ /n ₂ ^b	323/860	15/42	6/20	4/26	5/19	30/107	88/195	73/217	61/156	71/185	293/753	
<i>Comprensión incompleta del tríptico informativo (nada/poco/bastante fácil de entender)</i>												
%	37,7	42,9	29,4	27,8	30,8	34,2	43,4	32,0	40,3	37,6	38,1	0,171
n ₁ /n ₂	297/787	12/28	5/17	5/18	4/13	26/76	82/189	64/200	60/149	65/173	271/711	
<i>Valoración global claridad de la información escrita del Programa (escala 0 a 10)</i>												
Media	8,86	8,61	8,31	8,82	8,46	8,57	8,94	9,06	8,71	8,8	8,89	0,008
DE	1,01	0,99	1,35	1,01	1,05	1,09	1,03	0,89	0,91	1,11	1,00	
Valoración de la atención telefónica												
<i>Contactó telefónicamente con el Programa</i>												
%	5,6	2,5	19,0	0,0	4,8	5,5	6,2	7,9	4,5	3,2	5,6	0,779
n ₁ /n ₂	48/864	1/40	4/21	0/21	1/21	6/109	12/195	17/216	7/155	6/189	42/755	
<i>Alguna dificultad para contactar por teléfono (poco/nada sencillo)</i>												
%	27,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	41,7	41,2	0,0	16,7	31,0	0,013
n ₁ /n ₂	13/48	0/1	0/4	0/0	0/1	0/6	5/12	7/17	0/7	1/6	13/42	
<i>Resolución incompleta del motivo por el cuál llamaba (le resolvieron nada, poco o bastante el asunto)</i>												
%	18,8	0,0	0,0	0,0	100	16,7	25,0	23,5	0,0	16,7	19,0	0,913
n ₁ /n ₂	9/48	0/1	0/4	0/0	1/1	1/6	3/12	4/17	0/7	1/6	8/42	

^a p para la diferencia entre el total de no participantes y el total de participantes.

^b n₁ y n₂ son, para cada uno de los aspectos considerados, el numerador y el denominador, respectivamente; n₁ son las personas que dan la respuesta correspondiente y n₂ el total de personas que responden a ese ítem.

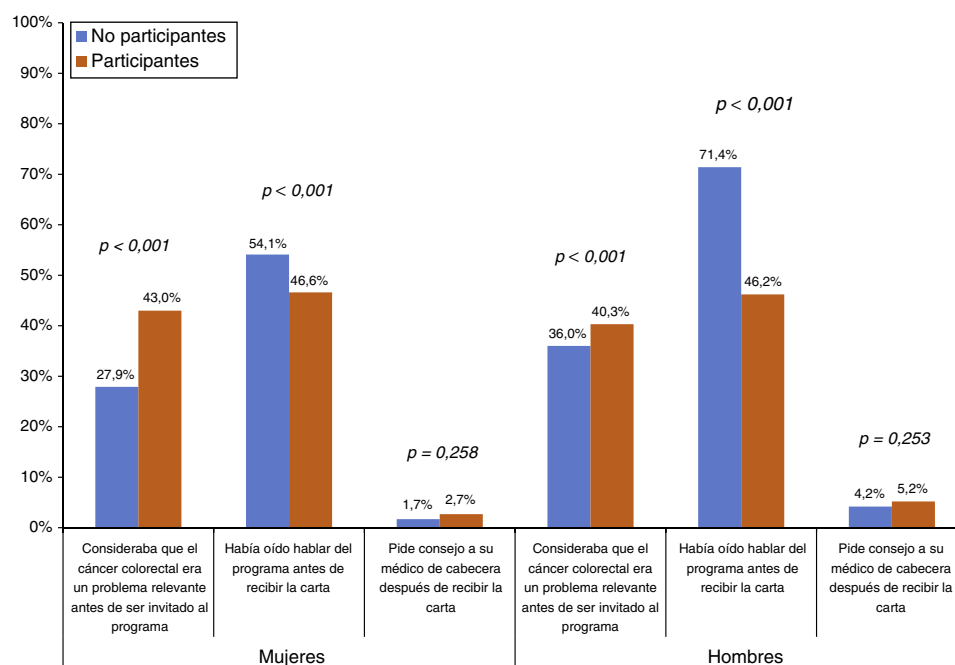


Figura 1 Opinión y conocimiento del Programa previos a recibir la primera carta de invitación entre los no participantes y los participantes del Programa, según sexo.

Tabla 3 Valoración de la atención en la farmacia

	Total	Mujeres			Hombres			p ^a
		50-59 años	60-69 años	Total	50-59 años	60-69 años	Total	
<i>Valoración de la farmacia como centro de recogida del test (escala 0 a 10)</i>								
Media	9,36	9,53	9,44	9,48	9,06	9,32	9,20	< 0,001
DE	0,88	0,79	0,88	0,84	1,00	0,8	0,91	
<i>Valoración de la accesibilidad (escala 0 a 10)</i>								
Media	9,3	9,48	9,38	9,43	9,01	9,22	9,13	< 0,001
DE	0,88	0,78	0,86	0,82	0,92	0,94	0,93	
<i>Valoración de la confianza (escala 0 a 10)</i>								
Media	9,33	9,49	9,42	9,45	9,03	9,29	9,17	< 0,001
DE	0,89	0,77	0,87	0,82	1,01	0,88	0,95	
<i>Valoración de la utilidad de las explicaciones recibidas (escala 0 a 10)</i>								
Media	9,31	9,46	9,41	9,43	8,99	9,27	9,14	< 0,001
DE	0,93	0,82	0,91	0,87	1,08	0,87	0,98	
<i>Acudió personalmente a la farmacia a recoger la prueba</i>								
%	90,6	93,8	95,4	94,7	87,1	84,7	85,8	< 0,001
n	685/756	183/195	207/217	390/412	135/155	160/189	295/344	
<i>Tiempo de espera para ser atendido excesivo (bastante/mucho)</i>								
%	0,9	0,5	1,0	0,8	0,0	1,9	1,0	0,871
n	6/684	1/183	2/206	3/389	0/135	3/160	3/295	
<i>Información recibida insuficiente^b</i>								
%	4,1	2,7	5,3	4,1	4,4	3,8	4,1	0,711
n	28/684	5/183	11/206	16/389	6/135	6/160	12/295	

^a p para la diferencia entre mujeres y hombres.

^b Respuesta «sí» a la pregunta «¿Le faltó alguna información que le hubiera podido ser útil?».

incompleta de la información (suma de «bastante», «poca» y «nada entendedora») sobre el resultado del test y sobre la colonoscopia, respectivamente. El 41,6% de los que se realizaron una colonoscopia en el Programa refieren bastantes

o muchas molestias durante la preparación, con diferencias según sexo (el 51,8% de las mujeres y el 31,7% de los hombres) y según edad (mayor en las personas de 50 a 59 años). La realización de la colonoscopia comportó «bastantes» o

Tabla 4 Valoración del proceso de recogida de la muestra y de la espera a recibir el resultado

	Participantes con resultado de test normal						Participantes con resultado de test patológico						p ^a
	Total	Mujeres		Hombres		Total	Mujeres		Hombres		Total		
		50-59 años	60-69 años	50-59 años	60-69 años		50-59 años	60-69 años	50-59 años	60-69 años			
Proceso de recogida de la muestra													
<i>Alguna dificultad en entender las instrucciones^b</i>													
%	3,6	2,9	1,5	1,1	0,0	1,5	10,3	4,7	6,1	7,7	7,0	< 0,001	
n/N	27/756	4/137	2/132	1/89	0/111	7/469	6/58	4/85	4/66	6/78	20/287		
<i>Alguna dificultad para recoger la muestra^b</i>													
%	4,8	2,2	0,8	2,3	0,0	1,3	15,5	8,3	12,1	7,7	10,5	< 0,001	
n/N	36/752	3/136	1/132	2/88	0/110	6/466	9/58	7/84	8/66	6/78	30/286		
Espera a recibir el resultado													
<i>Estaba bastante/muy preocupado durante el tiempo de espera</i>													
%	4,5	5,2	5,3	3,4	0,9	3,9	5,2	5,9	6,1	5,1	5,6	0,261	
n/N	34/752	7/135	7/132	3/89	1/110	18/466	3/58	5/84	4/66	4/78	16/286		
<i>El tiempo de espera fue largo</i>													
%	4,1	2,3	11,2	2,4	1,9	4,8	1,7	2,3	4,5	3,8	3,2	0,288	
n/N	30/724	3/128	14/125	2/82	2/104	21/439	1/57	2/84	3/66	3/78	9/285		

^a p para la diferencia entre el total de participantes con resultado del test normal y el total de participantes con resultado del test patológico.

^b Suma de respuesta «muchas», «bastantes» y «pocas» dificultades.

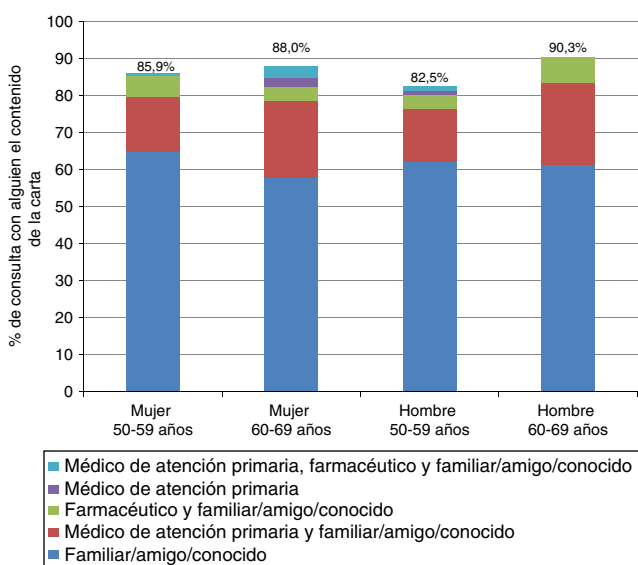
Tabla 5 Valoración de la comunicación del test patológico, de la información recibida en la consulta hospitalaria y de la colonoscopia

	Mujeres			Hombres			p ^a	
	Total	50-59	60-69	Total	50-59	60-69		Total
Comunicación del resultado del test patológico (llamada telefónica)								
<i>Alguna preocupación al recibir el resultado^b</i>								
%	78,9	77,2	79,8	78,7	74,2	83,3	79,2	0,996
n/N	225/285	44/57	67/84	111/141	49/66	65/78	114/144	
Información recibida en la consulta hospitalaria								
<i>Comprensión incompleta^c de la información sobre el resultado del test</i>								
%	16,6	12,7	14,3	13,7	21,2	17,9	19,4	0,289
n/N	47/283	7/55	12/84	19/139	14/66	14/78	28/144	
<i>Comprensión incompleta^c de la información sobre la colonoscopia</i>								
%	16,7	12,7	12,0	12,3	24,6	17,9	21,0	0,115
n/N	47/281	7/55	10/83	17/138	16/65	14/78	30/143	
Colonoscopia								
<i>Bastantes/muchas molestias durante la preparación</i>								
%	41,6	60,7	45,9	51,8	39,4	25,3	31,7	0,001
n/N	119/286	34/56	39/85	73/141	26/66	20/79	46/145	
<i>Bastantes/muchas molestias durante la colonoscopia</i>								
%	2,1	1,8	2,4	2,1	4,5	0,0	2,1	0,610
n/N	6/285	1/55	2/85	3/140	3/66	0/79	3/145	

^a p para la diferencia entre mujeres y hombres.

^b Suma de respuestas «mucho», «bastante» y «poca» preocupación.

^c Suma de respuestas «bastante», «poca» y «nada» entendedora la información recibida.

**Figura 2** Consulta de la carta de resultado negativo con alguien externo al Programa.

«muchas» molestias en el 2,1% de los encuestados, sin diferencias entre sexo ni edad.

La figura 3 muestra los motivos de no participación agrupados. El motivo más frecuente fue «no darle importancia» (el 45,1% de mujeres y el 53,6% de los hombres), seguido de la existencia de un control reciente de patología colónica (25,8%) y algún impedimento personal (21,1%). La puntuación global media que otorgan al Programa las personas

participantes es de 9,5 en una escala de 0 a 10 (DE 0,7) y el 67,4% (508) le dieron una puntuación de 10.

Finalmente, la tabla 6 muestra los aspectos positivos y los aspectos a mejorar del Programa más frecuentemente mencionados en las preguntas de respuesta abierta al final de la encuesta. La relevancia de la detección temprana del cáncer es, con diferencia, el aspecto positivo más citado, seguido de la facilidad, la comodidad y la rapidez del proceso de cribado. Los encuestados destacan la preparación de la colonoscopia y los tiempos de espera para la recepción de cartas de resultados como principales aspectos a mejorar. Si bien solo 27 personas lo refieren, cabe mencionar la petición de incrementar la ampliación del programa en cuanto a frecuencia, población geográfica y rango de edad.

Discusión

Este estudio muestra los primeros resultados publicados sobre la satisfacción con el proceso de cribado de la población invitada a un programa de detección precoz de CCR poblacional mediante PDSOH. Globalmente, las personas encuestadas valoran positivamente el PDPCCR-Bcn y la «estrategia farmacia». Destacan las puntuaciones altas obtenidas en claridad de la información (8,9 de media) y la atención en la farmacia, su accesibilidad y el papel como centro de recogida y entrega del test (superior a 9,3 de media). Aspectos que no han sido tan bien valorados incluyen la preparación de la colonoscopia (el 41,6% refiere bastantes o muchas molestias) y en menor medida la accesibilidad telefónica y la preocupación al recibir el resultado patológico del PDSOH.

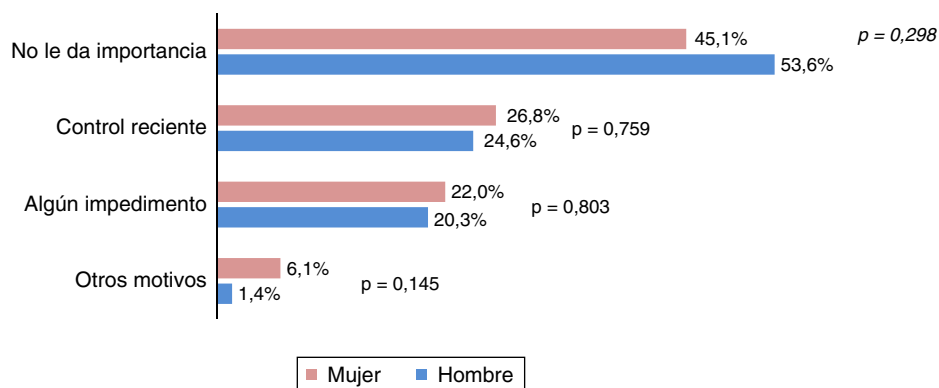


Figura 3 Motivos de no participación agrupados según sexo.

Tabla 6 Aspectos positivos y aspectos a mejorar sugeridos espontáneamente por los encuestados (agrupados y número de veces que se mencionan)

Aspectos positivos del Programa		Aspectos a mejorar del Programa	
Importancia de la detección precoz	478	Mejora de la preparación de la colonoscopia	33
Facilidad del proceso	94	Mejorar el tiempo de llegada de la carta	22
Comodidad del proceso	85	Mejorar tiempos de espera	15
Rapidez del proceso	43	Incrementar la frecuencia del cribado	13
Calidad en la atención	36	Incrementar la población geográfica del cribado	10
Tranquilidad por el control	35	Incrementar el rango de edad del cribado	4
Información: calidad y beneficios	18	Mejorar la información de la carta	2
Programa de salud público y gratuito	25	Mejorar el contacto telefónico	2

Los autores de este estudio no han encontrado ninguna publicación referente a la encuesta de satisfacción de un programa poblacional de detección precoz de cáncer de colon y recto. No obstante, existen algunos estudios que hacen referencia a algunos de los aspectos considerados en la encuesta, como los motivos de participación y no participación¹³⁻²⁰, los conocimientos y la percepciones sobre el CCR^{14-17,21}, las preferencias sobre diferentes estrategias de cribado^{17,22-24} y la satisfacción con la colonoscopia^{25,26}.

Los participantes en el Programa consideraban, antes de ser invitados, que el CCR era un problema relevante para su salud en mayor proporción que los NoP, lo cual coincide con la noción de que el grado de concienciación sobre el CCR se asocia positivamente con la participación^{14,21}. Asimismo, los hombres aluden la falta de preocupación como motivo de no participación más que las mujeres, en concordancia también con otros autores¹⁴ y a pesar de que el porcentaje de hombres y mujeres NoP que consideraban el CCR como un problema relevante antes de ser invitados al Programa es similar. La menor tendencia de los hombres a realizar prácticas preventivas se ha relacionado con aspectos psicosociales, un menor conocimiento e interés por el cáncer y la prevención, y un menor contacto con la atención primaria¹⁵. Por ello, y porque en nuestro programa, al igual que en otros programas que utilizan PDSOH, los hombres participan menos que las mujeres⁷, parece razonable adecuar las estrategias de comunicación del Programa en función del género. Por otro lado, una cuarta parte de los

NoP aducen «controles previos», lo cual hubiera supuesto la exclusión del Programa de haberlo comunicado activamente al Programa.

Menos del 3% de los NoP y del 4% de los participantes declara haber consultado la carta de invitación con su médico de cabecera. Si bien no existen datos con los que comparar estas cifras, diferentes estudios destacan que haber hablado con un médico sobre cribado o recibido recomendaciones de cribarse por su parte son predictores independientes e importantes de participación posterior^{16,19,24,27}. Potenciar la consulta de dudas con el médico de atención primaria podría redundar en un incremento en la participación.

El material del Programa es, globalmente, bien valorado (8,86 en una escala de 0 a 10). Sin embargo, alrededor de un tercio refiere que tanto la carta como el tríptico fueron «nada», «poco» o «bastante» fáciles de entender, respuestas que los autores han considerado como «comprensión incompleta». Si bien es cierto que la gran mayoría de estos refieren «bastante fácil de entender», cabe plantearse por qué la comprensión no es completa y sopesar cómo se podría mejorar. En este sentido, sería interesante valorar la relación de dicha comprensión con el perfil socioeconómico de las personas encuestadas, variable que ha sido relacionada con la «alfabetización en salud» (*health literacy*) y con la comprensión de la información y proceso del cribado de cáncer colorrectal^{28,29}, pero de la que no se pudo disponer en este estudio. En el diseño del estudio se tuvo en cuenta

que las 6 ABS seleccionadas tuvieran variabilidad suficiente en cuanto a los indicadores socioeconómicos del área, de manera que, si bien no se pueden comparar las respuestas según esta variable, sí se puede asumir que globalmente la muestra encuestada es representativa del nivel socioeconómico de la población diana del Programa. Respecto a la atención telefónica, cabe destacar la dificultad de contactar con el Programa (27,1%) y la resolución incompleta del motivo de llamada (18,8%). Estos aspectos serán estudiados para analizar oportunidades de mejora. La implicación de la farmacia es bien valorada en todos los aspectos estudiados, lo cual evidencia la satisfacción de la población con la «estrategia farmacia» del PDPCCR-Bcn.

Tanto la comprensión de las instrucciones como el proceso de recogida de la muestra resultaron dificultosos en mayor proporción para los PPos (7,0%) que para los PNeg (1,5%). Es posible que esta diferencia se explique por el sesgo de memoria: el recuerdo de un evento se modifica en función del diagnóstico de una enfermedad relacionada con ese evento; en este caso, el recuerdo de la experiencia de la PDSOH se puede haber visto modificado al conocer el resultado positivo del test y lo que ello implica. El 87,4% comenta la carta de resultado negativo con alguien, la mayoría con un familiar, amigo o conocido. El hecho de que alrededor de una quinta parte lo consulte también con su médico de atención primaria podría reflejar su deseo de implicar a su médico y poner el resultado en su conocimiento, pero también podría indicar una falta de comprensión de la carta.

La mayoría (78,9%) de las personas con resultado positivo del test refieren alguna preocupación al recibir dicho resultado por teléfono, preocupación que se puede explicar por la necesidad de pruebas complementarias, la programación de una visita hospitalaria y la incertidumbre respecto a la posible causa del sangrado. Este dato es similar a lo publicado respecto al cribado de cáncer de mama y uno de los efectos adversos de los programas de cribado más relevantes³⁰, y será objeto de análisis en mayor profundidad para indagar si es posible disminuir dicha preocupación.

Los encuestados no refieren molestias relevantes respecto a la realización de la colonoscopia, pero más del 40% considera que tuvieron «bastantes» o «muchas» molestias durante la preparación, siendo este porcentaje superior en mujeres. La preparación laxante previa a la colonoscopia es considerada el aspecto más molesto y la mayor barrera para la realización de la colonoscopia en varios estudios^{19,25}. Su mayor frecuencia en mujeres ha sido publicada con anterioridad³¹ pero podría venir parcialmente explicada por un sesgo de memoria relacionado con el diagnóstico obtenido, similar al explicado anteriormente: dado que el valor predictivo positivo de la PDSOF es menor en mujeres, con menor frecuencia que los hombres observarán el beneficio de la misma y esto puede modificar la percepción de la preparación. En cualquier caso, y aunque se trata de un aspecto en el que los autores consideran que hay poco margen de mejora, se valorarán en el Programa alternativas de preparados laxantes menos molestas.

Este estudio adolece de algunas limitaciones. En primer lugar, si bien la tasa global de respuesta de la encuesta fue del 76,7%, en el perfil de NoP no alcanzó el 50%. Esto se relaciona, por un lado, con el hecho de que solo cuando la persona participa en el Programa se comprueba y completa la información personal de contacto y, por otro, con

un mayor rechazo a realizar la encuesta probablemente relacionado con la no participación en el Programa. Si bien es factible pensar que las personas que rechazaron realizar la encuesta hubieran tenido una valoración global del Programa peor que las que aceptaron del mismo perfil, es difícil prever el sesgo en las personas que no han sido localizadas. Por otro lado, los resultados inevitablemente están sujetos al sesgo de memoria, sesgo que se trató de minimizar en el diseño del estudio (seleccionando las áreas más recientes) y que podría incidir, como ya se ha comentado, en la interpretación de ciertos resultados. Finalmente, dado que no existían otros cuestionarios de satisfacción en nuestro contexto, el cuestionario fue diseñado *ad hoc* a partir del circuito de funcionamiento del Programa y consensuado entre los autores de este estudio y otras personas del Programa. Este cuestionario se pilotó satisfactoriamente con una muestra de 50 personas pero se consideró que su validación quedaba fuera del ámbito de la presente investigación. No obstante, y en función de la necesidad de ello, se planeará su validación en el futuro.

En resumen, la valoración que la población hace del PDPCCR-Bcn es positiva y avala la farmacia como punto de distribución y recogida de kits, así como el papel del farmacéutico en el Programa. Los resultados de este estudio, no obstante, permitirán revisar algunos aspectos del proceso de cribado, como la accesibilidad telefónica, la carta de invitación y el proceso de comunicación del resultado positivo del test, con el fin de mejorar la satisfacción del usuario y, eventualmente, incrementar la participación.

Financiación

El trabajo de campo de esta encuesta ha sido financiado principalmente con el premio obtenido en la categoría de mejor iniciativa institucional del área farmacéutica de la IV Edición de los Premios Esteve: Unidos por la Atención al Paciente, y completado a través de una aportación económica menor de Palex, empresa proveedora de los test de sangre oculta en heces del Programa.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses. Las partidas económicas antes descritas no influenciaron de ninguna manera ni la metodología ni la interpretación de los resultados del estudio.

Agradecimientos

A Cristina Hernández, por su papel en la preparación del cuestionario en formato Access, y a Oleguer Parés-Badell, por su ayuda en la actualización de la revisión bibliográfica.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.gastrohep.2016.04.015](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.04.015).

Bibliografía

- López-Abente G, Ardanaz E, Torrella-Ramos A, Mateos A, Delgado-Sanz C, Chirlaque MD, et al. Changes in colorectal cancer incidence and mortality trends in Spain. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol ESMO*. 2010;21 Suppl 3:iii76–82.
- Heresbach D, Manfredi S, d'Halluin PN, Bretagne J-F, Branger B. Review in depth and meta-analysis of controlled trials on colorectal cancer screening by faecal occult blood test. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2006;18:427–33.
- Hewitson P, Glasziou P, Watson E, Towler B, Irwig L. Cochrane systematic review of colorectal cancer screening using the fecal occult blood test (hemoccult): An update. *Am J Gastroenterol*. 2008;103:1541–9.
- Shaukat A, Mongin SJ, Geisser MS, Lederle FA, Bond JH, Mandel JS, et al. Long-term mortality after screening for colorectal cancer. *N Engl J Med*. 2013;369:1106–14.
- European Commission, International Agency for Research on Cancer. Segnan N, Patnick J, Karsa L von, editores. *European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis*. 1st ed. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2010. 386 p.
- Quintero E, Castells A, Bujanda L, Cubiella J, Salas D, Lanás A <AT>AL>. Colonoscopy versus fecal immunochemical testing in colorectal-cancer screening. *N Engl J Med*. 2012;366:697–706.
- Burón A, Grau J, Andreu M, Augé JM, Guayta-Escobias R, Barau M, et al. Resultados de la primera ronda del Programa de detección precoz de cáncer de colon y recto de Barcelona: implicación de la farmacia comunitaria. *Med Clin (Barc)*. 2015;145:141–6.
- Fitzpatrick R. Surveys of patients satisfaction: I. Important general considerations. *BMJ*. 1991;302:887–9.
- Rodríguez-Legido C. La medida de la satisfacción con la atención en salud: Andalucía 1984-1992. *Gac Sanit SESPAS*. 1995;9:311–5.
- Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)*. 2000;114 Suppl. 3:26–33.
- Barratt AL, Cockburn J, Redman S, Paul C, Perkins J. Mammographic screening: results from the 1996 National Breast Health Survey. *Med J Aust*. 1997;167:521–4.
- Peipins LA, Shapiro JA, Bobo JK, Berkowitz Z. Impact of women's experiences during mammography on adherence to rescreening (United States). *Cancer Causes Control CCC*. 2006;17:439–47.
- Carrasco-Garrido P, Hernandez-Barrera V, Lopez de Andres A, Jimenez-Trujillo I, Gallardo Pino C, Jimenez-García R. Awareness and uptake of colorectal, breast, cervical and prostate cancer screening tests in Spain. *Eur J Public Health*. 2014;24:264–70.
- Molina-Barceló A, Salas Trejo D, Peiró-Pérez R, Málaga López A. To participate or not? Giving voice to gender and socio-economic differences in colorectal cancer screening programmes. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2011;20:669–78.
- Ritvo P, Myers RE, Paszat L, Serenity M, Perez DF, Rabeneck L. Gender differences in attitudes impeding colorectal cancer screening. *BMC Public Health*. 2013;13:500.
- Koo JH, Leong RWL, Ching J, Yeoh KG, Wu DC, Murdani A, et al. Knowledge of, attitudes toward, and barriers to participation of colorectal cancer screening tests in the Asia-Pacific region: A multicenter study. *Gastrointest Endosc*. 2012;76:126–35.
- Cole SR, Zajac I, Gregory T, Mehaffey S, Roosa N, Turnbull D, et al. Psychosocial variables associated with colorectal cancer screening in South Australia. *Int J Behav Med*. 2011;18:302–9.
- Miles A, Rainbow S, von Wagner C. Cancer fatalism and poor self-rated health mediate the association between socioeconomic status and uptake of colorectal cancer screening in England. *Cancer Epidemiol Biomark Prev Publ Am Assoc Cancer Res Cosponsored Am Soc Prev Oncol*. 2011;20:2132–40.
- Jones RM, Devers KJ, Kuzel AJ, Woolf SH. Patient-reported barriers to colorectal cancer screening: A mixed-methods analysis. *Am J Prev Med*. 2010;38:508–16.
- Power E, Miles A, von Wagner C, Robb K, Wardle J. Uptake of colorectal cancer screening: System, provider and individual factors and strategies to improve participation. *Future Oncol Lond Engl*. 2009;5:1371–88.
- Gimeno García AZ, Hernandez Alvarez Buylla N, Nicolas-Perez D, Quintero E. Public awareness of colorectal cancer screening: Knowledge, attitudes, and interventions for increasing screening uptake. *ISRN Oncol*. 2014;2014:425787.
- Bowyer HL, Vart G, Kralj-Hans I, Atkin W, Halloran SP, Seaman H, et al. Patient attitudes towards faecal immunochemical testing for haemoglobin as an alternative to colonoscopic surveillance of groups at increased risk of colorectal cancer. *J Med Screen*. 2013;20:149–56.
- Hummel JM, Steuten LGM, Groothuis-Oudshoorn CJM, Mulder N, Ijzerman MJ. Preferences for colorectal cancer screening techniques and intention to attend: A multi-criteria decision analysis. *Appl Health Econ Health Policy*. 2013;11:499–507.
- Hawley S, Lillie S, Cooper G, Elston Lafata J. Managed care patients' preferences, physician recommendations, and colon cancer screening. *Am J Manag Care*. 2014;20:555–61.
- McLachlan S-A, Clements A, Austoker J. Patients' experiences and reported barriers to colonoscopy in the screening context—a systematic review of the literature. *Patient Educ Couns*. 2012;86:137–46.
- Chartier L, Arthurs E, Sewitch MJ. Patient satisfaction with colonoscopy: A literature review and pilot study. *Can J Gastroenterol*. 2009;23:203–9.
- Lafata JE, Divine G, Moon C, Williams LK. Patient-physician colorectal cancer screening discussions and screening use. *Am J Prev Med*. 2006;31:202–9.
- Von Wagner C, Semmler C, Good A, Wardle J. Health literacy and self-efficacy for participating in colorectal cancer screening: The role of information processing. *Patient Educ Couns*. 2009;75:352–7.
- Smith SG, Vart G, Wolf MS, Obichere A, Baker HJ, Raine R, et al. How do people interpret information about colorectal cancer screening: Observations from a think-aloud study. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. 2015;18:703–14.
- Brewer NT, Salz T, Lillie SE. Systematic review: The long-term effects of false-positive mammograms. *Ann Intern Med*. 2007;146:502–10.
- Holt EW, Yimam KK, Ma H, Shaw RE, Sundberg RA, Verhille MS. Patient tolerability of bowel preparation is associated with polyp detection rate during colonoscopy. *J Gastrointest Liver Dis*. 2014;23:135–40.