

Artículo de revisión

## Desempeño de la enfermera en los programas de pesquisa del cáncer colorrectal

### Nurse performance in colorectal cancer screening programs

Madelaine Leyva Socarras<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0001-9490-9343>Bárbara Pascau Illas<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-6817-8129>Lisette Wood Rodríguez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-5165-9882><sup>1</sup>Instituto de Gastroenterología. La Habana. Cuba.\*Autor para la correspondencia: [madeleyva70@gmail.com](mailto:madeleyva70@gmail.com)

### RESUMEN

El cáncer colorrectal es una de las neoplasias más comunes en nuestra sociedad y cuando se le detecta en estadios iniciales suele tener buen pronóstico. Es por ello que los programas de tamizaje poblacional pueden marcar una diferencia significativa en la detección precoz y por tanto, en la mortalidad asociada a esta neoplasia. Dentro de los programas de tamizaje, el personal de enfermería está muy involucrado desde el primer contacto con el paciente. La colaboración y la coordinación entre el médico y la enfermera es el único camino que dirige al éxito de estos programas de tamizaje de Cáncer Colorrectal. El personal de enfermería constituye un punto de referencia para muchos pacientes que buscan una recomendación correcta y precisa para resolver las dudas e inquietudes que surgen tras incorporarse a estos programas de prevención. La enfermera interviene en el apoyo emocional en el momento del diagnóstico de positividad de la prueba de detección, en la información y el apoyo en la toma de decisiones sobre el tratamiento, en la preparación para la colonoscopia y por último, en la evaluación y los cuidados continuos durante y después de la colonoscopia.

**Palabras clave:** cáncer colorrectal; cribado; enfermera; colonoscopia; sangre oculta en heces

## ABSTRACT

Colorectal cancer is one of the most common neoplasms in our society and when detected in early stages it usually has a good prognosis. That is why population screening programs can make a significant difference in early detection and therefore, in the mortality associated with this neoplasm. Within the screening programs, the nursing staff is very involved from the first contact with the patient. Collaboration and coordination between the physician and the nurse is the only way to ensure the success of these programs. The nursing staff constitutes a point of reference for many patients who seek a correct and precise recommendation to resolve the doubts and concerns that arise after joining these prevention programs. The nurse intervenes in the emotional support at the time of screening test positivity diagnosis, in the information and support in treatment decision making, in the preparation for colonoscopy and finally, in the evaluation and continuous care during and after colonoscopy.

**Keywords:** colorectal cancer; screening; nurse; colonoscopy; fecal occult blood in stool

Recibido: 19/08/2021

Aprobado: 14/03/2022

## Introducción

El cáncer colorrectal (CCR) se origina en el colon o en el recto. A estos cánceres se les puede llamar por separado cáncer de colon o cáncer de recto (rectal), en dependencia del lugar donde se origina, aunque ambos comparten muchas características en común. El CCR afortunadamente tarda bastante tiempo en alcanzar etapas avanzadas y en un porcentaje elevado de casos presenta lesiones benignas previas (pólipos), que con la evolución se transforman en

cáncer, primero precoz y luego avanzado. Es responsable de aproximadamente un millón de nuevos casos al año y de medio millón de muertes anuales a nivel mundial. Esta neoplasia afecta a ambos sexos y se presenta con mayor frecuencia en adultos entre 65 y 75 años.<sup>(1)</sup>

A pesar de los avances en su tratamiento, la sobrevida a los cinco años no se ha modificado en las últimas décadas. En más de la mitad de los pacientes la enfermedad se diagnostica en una fase avanzada.<sup>(2)</sup>

En Cuba, la mortalidad por CCR ha experimentado un incremento importante en los últimos años. Figura entre la tercera y cuarta causa de muerte, precedidos por el cáncer de tráquea, bronquios y pulmones, próstata y mama. La tasa de mortalidad se mantiene en 20 por cada 100 000 habitantes desde el año 2015. En este sentido, el Anuario Estadístico de Salud en su edición 2019 indica que el CCR representa la tercera causa de muerte por cáncer en el país, con 2 314 defunciones para una tasa de mortalidad de 20,6 por cada 100 000 habitantes. La tasa de mortalidad femenina se reportó en 23,6 mientras que en el hombre fue de 17,6 por cada 100 000 habitantes, lo que representa una razón de tasa de 1:3.5. En el grupo de edad de 60 a 79 años constituye la tercera causa de muerte por tumores malignos.<sup>(3)</sup>

En cuanto a la etiopatogenia del CCR, se desconoce al igual que en la mayoría de las enfermedades malignas. Se considera que es heterogénea, abarca factores internos como mutaciones genéticas, hormonales y condiciones inmunológicas (síndromes de poliposis familiar, síndromes no polipósicos familiares). También, factores externos como dietas poco saludables: consumo excesivo de carnes rojas, carne procesada o alcohol, baja ingesta de fibra y verduras; obesidad, un estilo de vida sedentario, tabaquismo y la exposición ambiental a carcinógenos.<sup>(4)</sup> Esto pudiera explicar las diferencias observadas en la presentación del CCR en las distintas áreas geográficas y entre ambos sexos.

La mayoría de los CCR son esporádicos y ocurren de forma aleatoria (75-85 %). Le siguen en frecuencia el adenocarcinoma asociado a factores ambientales y estilos de vida. Estos factores de riesgo de cáncer colorrectal se clasifican en

cuatro grupos: biológicos, medio-ambientales (de riesgo o de protección), intervenciones médicas y etiopatogénicos.

Su prevención constituye un campo de interés que involucra a varias especialidades médicas como la Medicina General Integral, Gastroenterología, Cirugía General, Oncología Médica, Oncología Radioterápica y Genética, a los que se le añade el rol de Enfermería.

Una de las acciones para la prevención lo constituye el cribado. En el caso de la población general es una actividad de prevención dirigida a diagnosticar la enfermedad en estadios precoces o detectar lesiones preneoplásicas, para reducir los daños derivados de sus estadios avanzados cuando aparecen los síntomas o complicaciones. Es un proceso organizado e integrado en el sistema de salud, en el que todas las actividades están coordinadas y evaluadas dentro de un marco de mejora continua de la calidad, que debe garantizar el cumplimiento de los principios de eficiencia y equidad. El cribado debe ser un proceso continuo y no una prueba puntual.

Las guías internacionales consideran a los individuos de 60-69 años como la población objetivo de los programas de cribado.<sup>(5)</sup> También deben someterse a estrategias de pesquisa aquellos con antecedentes personales o familiares de pólipos, CCR o síndromes polipósicos hereditarios; enfermedad inflamatoria del intestino de más de 8 años de evolución y otros con sintomatología específica.<sup>(6,7)</sup>

El objetivo del cribado es detectar precozmente las lesiones antes de que se manifiesten clínicamente, a través de métodos seguros, eficaces y no invasivos, como la determinación de sangre oculta en heces fecales (SOHF).<sup>(8)</sup> La prueba de oro para el diagnóstico del CCR es la colonoscopia.

En Cuba el cribado del CCR se realiza mediante la técnica de detección de sangre oculta en heces fecales con el sistema diagnóstico SUMASOHF®, elaborado por el Centro de Inmunoensayo. Se trata de una prueba rápida cualitativa, consistente en un inmunoensayo cromatográfico que emplea una combinación de anticuerpos monoclonales y policlonales para identificar hemoglobina humana.<sup>(9)</sup>

Se han publicado varios estudios que respaldan la sensibilidad de este método.<sup>(10,11)</sup>

La secuencia de pasos para llegar al diagnóstico y tratamiento del CCR es estresante y genera preocupaciones en el paciente. Todo esto como resultado de someterse a varias investigaciones antes de recibir un diagnóstico definitivo, de esperar a que comience el tratamiento o de la preocupación por si éste será un éxito.

En este contexto, la actuación de la enfermera es muy valiosa. Su trabajo representa un punto de referencia para muchos pacientes que buscan un asesoramiento correcto y preciso para resolver dudas e inquietudes que inevitablemente surgen tras recibir una citación para participar en el programa de prevención.

En el siguiente trabajo se recoge la opinión especializada de integrantes de un grupo de trabajo en el tamizaje del CCR en relación con las acciones de enfermería.

## Desarrollo

Las posibilidades de actuación del personal de enfermería en los procesos de tamizaje del CCR son muy amplias y van desde las que se realizan en la comunidad con el propio paciente en su contexto natural hasta aquellas que se toman durante el proceso diagnóstico, incluida la realización de la colonoscopia.

Dentro de los programas de tamizaje, las enfermeras están muy involucradas desde el primer contacto con el paciente. Son ellas quienes informan sobre la importancia de someterse a pruebas periódicas, resuelven dudas y mitos al respecto y guían al paciente en todo el proceso.

Son varias las organizaciones internacionales que han hecho recomendaciones específicas para el trabajo de las enfermeras dentro de los programas de tamizaje del CCR. Estas resaltan su papel activo en la educación, soporte y seguimiento de los pacientes, así como su responsabilidad en la coordinación del

flujo de pacientes en los programas de cribado. También, la necesidad de que reciban formación específica para realizar tareas de promoción, toma de muestras, explicación de pruebas y derivar al médico cuando sea necesario.

Su trabajo también tiene valor tanto en las consultas que atienden a pacientes con enfermedades del colon como en los salones de endoscopias, donde se realizan las pruebas colorrectales. Por su calificación, experiencia, preparación y entrenamiento puede brindar cuidados de enfermería para los pacientes sometidos a los procedimientos endoscópicos, con acciones que incluyen su valoración, planificación, ejecución y evaluación continua. De esta manera se pueden satisfacer sus necesidades de atención y cuidado, de una manera competente. En estos procesos también se incluyen la administración de medicamentos por vía intravenosa, orientados por el médico especialista, ya sea gastroenterólogo o anestesiólogo; aplicar procedimientos de enfermería de emergencia para intervenir en caso de complicaciones y también, prestar asistencia endoscópica.<sup>(12)</sup>

Más allá de los aspectos técnicos, el papel de la enfermera es esencial en el apoyo emocional al paciente.

### **Rol de la enfermera en la captación de los pacientes para los programas de tamizaje**

En los diferentes niveles de atención donde se desarrollan los programas de tamizaje, la enfermera debe facilitar la orientación pertinente al programa, convenciendo al paciente de la importancia del cribado, visto no como una obligación, sino un derecho y una oportunidad. Debe explicarle al paciente que el cribado incide en la reducción de la mortalidad por CCR.

### **Rol de enfermería en la facilitación de la realización de la prueba de detección de sangre oculta en heces**

Desde la atención primaria de salud el enfermero realiza una función como orientador y facilitador para la realización de la prueba de detección de SOHF. Informará que con la técnica de SUMASOHF® no se requieren dietas especiales antes de su ejecución, debido a que las pruebas inmunológicas solo reaccionan

con la hemoglobina humana, y que tampoco es necesaria la suspensión de ningún tratamiento, incluyendo los antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes, pues no alteran el valor predictivo de la prueba. Además, resaltar la sencillez e inocuidad de la prueba.

### **Rol de la enfermera en la tranquilidad del paciente en caso de positividad del test de SOHF**

Un diagnóstico positivo en el tamizaje conlleva una carga de ansiedad que las enfermeras ayudan a sobrellevar, tranquilizando y orientando sobre los pasos a seguir. La enfermera debe tranquilizar al paciente en caso de test positivo, explicando que el objetivo del cribado no es diagnosticar cáncer, sino detectar sus lesiones precursoras (adenomas) y extirparlos, para de esta forma bloquear la secuencia de evolución de adenoma a carcinoma. De hecho, el riesgo de tener cáncer de colon con una prueba de SOHF positiva no es cero, pero sigue siendo muy bajo (alrededor del 3-5%).<sup>(13,14)</sup>

Como se le orientará la realización de una colonoscopia, deberá explicar al paciente que esa prueba garantiza, en la mayoría de los casos, una intervención curativa mediante la extirpación endoscópica de la lesión. Estos pacientes tendrán además la posibilidad de realizar su seguimiento en años posteriores, según las diferentes lesiones detectadas durante la primera colonoscopia, disminuyendo la posibilidad de que se desarrollen lesiones neoplásicas avanzadas.<sup>(15)</sup>

Del mismo modo, en caso de resultados negativos en la prueba de SOHF, la enfermera reafirmará la importancia de futuras pruebas para una detección precoz.

### **Papel de la enfermera en la mejora de la motivación del paciente para la realización de la colonoscopia**

La colonoscopia es una prueba endoscópica invasiva que permite tanto hacer diagnóstico del CCR y sus lesiones precursoras, como realizar la remoción de esas lesiones mediante la técnica de polipectomía. En este contexto, el enfermero debe motivar al paciente para la realización de la colonoscopia, y esclarecerle que

no necesita la repetición del examen SOHF para confirmar la positividad. Debe confirmarle que no deben realizarse otras pruebas alternativas, que puedan retrasar el diagnóstico definitivo. La enfermera informará de forma detallada y comprensiva las especificidades del procedimiento, despejando dudas y miedos e insistir en que los beneficios de la detección temprana compensarán cualquier molestia pasajera. Finalmente, explicar que la colonoscopia es un examen bien tolerado, que se realiza generalmente bajo sedación y reforzar la seguridad que dan las técnicas modernas para la exploración endoscópica y la sedación.

### **Papel de la enfermera en la educación del paciente para la correcta ejecución de la colonoscopia**

En estos casos resulta importante el trabajo de la enfermera para motivar la importancia de una adecuada limpieza intestinal. Debe convencer al paciente de que ello va a permitir realizar un examen confiable y de alta calidad. La buena limpieza del colon minimiza el riesgo de perder lesiones importantes, para evitar el cáncer colorrectal de intervalo, que son los casos de CCR que se diagnostican entre los períodos de cribado, tras un resultado negativo en el cribado previo y pese a la correcta aplicación de las estrategias en función de las guías de práctica clínica.<sup>(16)</sup>

Debe facilitar la información sobre restricciones dietéticas, relacionadas con la eliminación de alimentos ricos en fibras y aumentar el suministro de agua en los dos días previos al examen. El día antes de la prueba se debe hacer una dieta con líquidos claros y comenzar a utilizar la solución limpiadora, según indicaciones. La enfermera debe explicar al paciente de la importancia de tomar el laxante según su prescripción, por su relevancia para una buena limpieza intestinal y la posibilidad de encontrar un mayor número de lesiones neoplásicas.

Un aspecto de notable relevancia es la orientación respecto a la medicación previa del paciente. La enfermera debe interesarse por conocer la lista completa de medicamentos que consume, y recibir orientaciones médicas en relación con las modificaciones en las tomas, sobre todo cuando se trata de hipoglicemiantes, antihipertensivos, diuréticos, antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) o medicación anticoagulante.



## Conclusiones

El personal de enfermería desempeña un papel activo y multifactorial en las estrategias de tamizaje del CCR. Participa en el apoyo emocional al momento del diagnóstico de positividad del test de SOHF, en la información y apoyo a través de la toma de decisiones del tratamiento, en la preparación para la colonoscopia y, finalmente, en la evaluación y atención continua durante y después de la colonoscopia. En todas estas situaciones, su experiencia es clave para que todo el proceso se desarrolle con seguridad y mantener al paciente en el centro de la toma de decisiones.

Sin la labor encomiable del personal de enfermería sería mucho más difícil llevar a cabo con éxito los programas poblacionales de tamizaje del CCR. Su profesionalidad y empatía contribuyen de manera decisiva a salvar vidas a través de la detección temprana.

## Referencias bibliográficas

1. Navarro M, Nicolas A, Ferrandez A, Lanás A. Colorectal cancer population screening programs worldwide in 2016: An update. World J Gastroenterol. 2017;23(20):3632-3642. DOI: <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v23.i20.3632>.
2. Hines RB, Jiban MJH, Specogna AV, Vishnubhotla P, Lee E, Zhang S. The association between post-treatment surveillance testing and survival in stage II and III colon cancer patients: An observational comparative effectiveness study. BMC cancer. 2019;19(1):1-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12885-019-5613-5>.
3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de Cuba 2019. La Habana: MINSAP; 2019 [Acceso 28/12/2020]. Disponible en: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/08/Anuario-Estadistico-Espa%C3%B1ol-2019-Definitivo.pdf>
4. Clinton SK, Giovannucci EL, Hursting SD. The world cancer research fund/American institute for cancer research third expert report on diet, nutrition,

physical activity, and cancer: impact and future directions. J Nutr. 2020;150(4): 663-671. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/jn/nxz268>.

5. Shaukat A, Kahi, CJ, Burke CA, Rabeneck L, Sauer BG, Rex DK. ACG clinical guidelines: colorectal cancer screening 2021. Am J Gastroenterol. 2021;116(3): 458-479. DOI: <http://dx.doi.org/10.14309/AJG.0000000000001122>.

6. Organización Mundial de Gastroenterología. Tamizaje del cáncer colorrectal. En: Organización Mundial de Gastroenterología/Guías Prácticas de la Alianza Internacional para Cáncer Digestivo. 2007. Disponible en: <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/colorectal-cancer-screening-spanish-2007.pdf>

7. Organización Panamericana de la Salud. Guía de práctica clínica de tamizaje del cáncer colo-rectal - OPS/OMS. 2018. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/guia-practica-clinica-tamizaje-cancer-colo-rectal>

8. Bechtold ML, Ashraf I, Nguyen DL. A Clinician's Guide to Fecal Occult Blood Testing for Colorectal Cancer. South Med J. 2016;109(4):248-255. DOI: <http://dx.doi.org/10.14423/SMJ.0000000000000449>.

9. Hano García O, Castellanos Gutiérrez M, Calzadilla Bertot L, Villa Jiménez OM. Validación de técnica inmunoquímica para detección de sangre oculta en heces. Rev Cubana Inv Bioméd [Internet]. 2014 [Acceso 21/09/2021];33(1):19-33. DOI: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002014000100003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002014000100003).

10. Lugo Quintero AM, Morales Rigau JM. Diagnóstico y seguimiento de pacientes con sangre oculta positiva en heces fecales. Rev Med Electrón. [Internet]. 2018[Acceso 18/01/2020];40(3):715-725. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242018000300013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000300013&lng=es)

11. Castellanos Gutiérrez M, Piñol Jiménez FN, Maceira García L. Test para el diagnóstico precoz de lesiones premalignas de colon. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2022 [Acceso 19/10/2022];38(3):e1899. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252022000300010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252022000300010&lng=es)

12. Naylor J, Maniar S, Chan WW. Appointment-keeping behaviors and procedure day are associated with colonoscopy attendance in a patient navigator population. *Prev Med.* 2017;97:8-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.12.022>.

13. Mandel JS, Bond JH, Church TR, Snover DC, Bradley GM, Schuman LM, et al. Reducing Mortality from Colorectal Cancer by Screening for Fecal Occult Blood. Minnesota Colon Cancer Control Study. *New Eng J Med.* 1993; 328(19): 1365-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199305133281901>

14. Mosher CE, Winger JG, Given BA, Helft PR, O'Neil BH. Mental health outcomes during colorectal cancer survivorship: a review of the literature. *Psycho-oncology.* 2016;25(11):1261-1270. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/pon.3954>.

15. Trevisani L, Zelante A, Sartori S. Colonoscopy, pain and fears: Is it an indissoluble trinomial? *World J Gastroint Endosc.* 2014;6(6):227. DOI: <http://dx.doi.org/10.4253/wjge.v6.i6.227>

16. Teixeira C, Martins C, Dantas E, Trabulo D, Mangualde J, Freire R, et al. Interval colorectal cancer after colonoscopy. *Rev Gastroenterol Mex.* 2019;84(3):284-289. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmex.2018.04.006>.

### Conflicto de Intereses

Los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

### Declaración de autoría

*Concepción y diseño del manuscrito, búsqueda bibliográfica. Elaboración de las versiones original y final del artículo:* Madelaine Leyva Socarrás.

*Concepción y diseño. Elaboración de versiones original y final:* Bárbara Pascau Illas.

*Revisión de las versiones original y final:* Lisette Wood Rodríguez.