

2016/2017 ikasturtea

**ERIZAINAREN INPLIKAZIOA ESPAINIAKO KOLON-ONDESTEKO MINBIZIAREN
BAHEKETA-PROGRAMAN, BIZTANLERIAREN PARTE-HARTZEA SUSTATZEKO**

ITZIAR HORRILLO ETXEBERRIA

CARMEN ASURABARRENA IRAOLA

LABURPENA

Sarrera. Kolon-ondesteko minbizia Espainian intzidentzia altuen duen minbizia da eta minbiziek eragindako bigarren heriotza kausa nagusia. Hori murrizteko, komunitateetan minbizi hori goiz detektatzeko programa ezarrita dago. Biztanleria dianaren estaldura eta parte-hartzea baxua da, eta programek arrakasta izateko portzentaje horiek handitu behar dira. Portzentajeen igoeran erizainek paper garrantzitsua bete dezakete.

Helburua. Lanaren helburu nagusia Espainiako komunitate desberdinetan kolon-ondesteko baheketa-programaren ezarpena eta biztanleria dianaren parte-hartzean erizainaren inplikazioa aztertzea izan da.

Metodologia. Gaiaren inguruan idatzitako literatura zientifikoaren errebisio narratiboa egin da, PIO estruktura erabilita. Bilaketa bibliografikoa datu-base zein web-orrialde desberdinetan egin da.

Emaitzak. Espainiako komunitate guztietan, Kantabrian izan ezik, baheketa-programa 50 eta 69 urte bitarteko biztanleriari dago bideratuta eta gorotzetan ezkutatutako odola detektatzeko erabiltzen duten testa immunologiko kuantitatiboa da, bi urtetik behin errepikatzea gomendatzen dena. Biztanleriak programan parte hartzeko dituen erraztasunak eta oztopoak identifikatzen dira. Erizainaren inplikazioak parte-hartzea susta dezake, biztanleriarekin prebentzio primarioa zein sekundarioa landuta.

Eztabaida. Artikuluak bat datoz esatean baheketa-programaren arrakastaren gakoa biztanleria dianaren parte-hartzea dela. Parte-hartzea lortzeko programen antolakuntza hobetu eta erizainek baheketan izan behar duten erresponsabilitatea esplizitatu behar da, biztanleria minbiziarekiko kontzientziatu eta sentsibilizatu dadin.

Ondorioak. Osasun Sistema Nazionalako Minbiziaren aurkako estrategiak, Europar Batasuneko gomendioak jarraituta, komunitate bakoitzean baheketa-programa ezartzea proposatzen du. Komunitate bakoitzean urte desberdinean eman da programaren ezarpena eta programek antolakuntza desberdina dute. Biztanleriak programan parte hartzeko dituen oztopoen artean ezagutza falta identifikatzen da eta hori erizainaren inplikazioarekin gaindi daiteke.

Gogoetak eta norberaren ekarpenak. Lehen atentzio mailako erizaina da osasun profesional aproposena biztanleriari heziketa emateko, bai era indibidualean bai era kolektiboan. Horrez gain, komunitate bakoitzak, bere errekursoetara egokituta, parte-hartzea handitzen duten aspektuak barneratu behar ditu programan. Heziketarekin eta programaren irisgarritasuna bermatuta, parte-hartzea handituko da.

Hitz gakoak: kolon-ondesteko minbizia, baheketa, Espainia, erizainaren rola.

AURKIBIDEA

1.	SARRERA	1
2.	HELBURUAK.....	3
	Helburu orokorra.....	3
	Helburu zehatzak	3
3.	METODOLOGIA.....	3
4.	EMAITZAK.....	5
	4.1. BILAKETA BIBLIOGRAFIKOAREN EMAITZAK ETA ARTIKULUEN AUKERAKETA.....	5
	4.2. ESPAINIAKO KOLON-ONDESTEN MINBIZIAREN BAHEKETA- PROGRAMA.....	6
	4.3. KOLON-ONDESTEN MINBIZIAREN BAHEKETA-PROGRAMAREN EZARPENA ESPAINIAKO KOMUNITATEETAN.....	9
	4.4. ESPAINIAKO BIZTANLERIAK KOLON-ONDESTEN MINBIZIAREN BAHEKETA-PROGRAMAN PARTE HARTZEKO DITUEN ERRAZTASUNAK ETA OZTOPOAK.....	15
	4.5. ERIZAINAREN ROLA KOLON-ONDESTEN MINBIZIAREN BAHEKETA- PROGRAMAN BIZTANLERIA DIANAREN PARTE-HARTZEA SUSTATZEKO....	20
5.	EZTABAIDA.....	24
6.	ONDORIOAK.....	27
7.	GOGOETAK ETA NORBERAREN EKARPENAK.....	28
8.	BIBLIOGRAFIA.....	31
9.	ERANSKINAK	37
	1. ERANSKINA. Bilaketa bibliografikoaren emaitzak.....	37
	2. ERANSKINA. Datu-baseetan hautatutako artikulak.....	40
	3. ERANSKINA. Web-orrialdeetan hautatutako artikulak.....	42
	4. ERANSKINA. Wilsonen eta Jugnerren 1968an garatutako eta 2011an Osasun Sistema Nazionaleko lantalde batek egokitutako printzipioak gaixotasun baten populazio-baheketaren inplementazioa baloratzeko.....	43

5. ERANSKINA. Kolon-ondesteko kartzinoma bilakatzeko eboluzioa. Kartzinomen %70ak polipo batean dute jatorria.....	44
6. ERANSKINA. Adenoma-kartzinomaren sekuentzia.....	44
7. ERANSKINA. Gorozkietan ezkutatutako odola detektatzeko (SOH) bi testen arteko desberdintasunak: test biokimikoak eta test immunologikoak.....	45
8. ERANSKINA. Espainiako komunitate gehienetan erabiltzen den gorotzetan ezkutatutako odola detektatzeko test immunologiko kuantitatiboa egiteko jarraitu beharreko pausoak.....	47
9. ERANSKINA. Kantabrian erabiltzen den test immunologiko kualitatiboa egiteko gorotz-laginen jasoketa (Hemotest).....	48
10. ERANSKINA. Test immunologiko kualitatiboaren emaitza interpretatzea	49
11. ERANSKINA. Baheketa-programaren ibilbidea.....	50
12. ERANSKINA. Kolonoskopian aurkitutako lesioen jarraipena egiteko eskema orokorra.....	51
13. ERANSKINA. Espainiako biztanleriak kolon-ondesteko baheketa-programan parte hartzeko dituen erraztasunen eta oztopoen laburpena.....	52
14. ERANSKINA. Espainiako biztanleriari gehien arduratzen dien minbiziak.....	53
15. ERANSKINA. Espainiako biztanleriaren iritziz etorkizunean kolon-ondesteko minbizia pairatzeko dituen probabilitateak.....	53
16. ERANSKINA. Espainiako biztanleriak kolon-ondesteko minbiziaren baheketan erabiltzen diren proben ezagupenak.....	54
17. ERANSKINA. Espainiako biztanleriaren iritziz baheketan erabiltzen diren probak.....	54

TAULEN AURKIBIDEA

1. taula. PIO estrukturaren atal bakoitzaren DeCs/MeSH deskriptoreak eta hitz gakoak.....	4
---	---

IRUDIEN AURKIBIDEA

1. irudia. Espainiako komunitate bakoitzean baheketa-programaren ezarpena eman den urtea.....	10
2. irudia. Biztanleria dianaren gonbidapena egiteko erak eta portzentajeak.....	13

1. SARRERA

Kolon-ondesteko minbizia, bi sexuak kontuan hartuta, 2015. urtean gehien diagnostikatu zen minbizia izan zen Espainian. Urte horretan 41.441 kasu berri diagnostikatu ziren; hain zuzen ere, 24.764 kasu gizonezkoetan eta 16.677 kasu emakumezkoetan. Gizonezkoetan zein emakumezkoetan gehien diagnostikatu zen bigarren minbizia izan zen. 2014. urtean diagnostikatu ziren kasuetatik minbiziak 15.449 kasuetan heriotza eragin zuen, minbizek eragindako bigarren kausa nagusia izanik, bai bi sexuak kontuan hartuta bai sexuak banatuta (1).

Aurreikuspenek diotenez, hurrengo bi hamarkadetan kasu berrien diagnostikoa gora egitea espero da (1,2). Intzidentzia horren gorakadak zerikusi zuzena du gaur egungo elikadura ohiturekin, tabakismoarekin eta bizi-estilo sedentarioarekin (3). Horretaz gain, azken urteetako biztanleriaren bizi-esperantzaren gorakadak eta minbizia goiz detektatzeko programen garapenak ere eragina du (1,3).

Kolon-ondesteko minbiziaren kasu gehienak esporadikoak dira (%70-80) (2-4), non hesteetako polipoak 10 urteko tartean eraldaketa bat jasaten duten, adenoma izatetik kartzinoma izatera (2). Izan ere, 50 urtetik gorako gizabanakoetan ematen da, aurrekari pertsonalik eta familiarrik gabe. Talde hori erdi-mailako arriskuko biztanleria kontsideratzen da (3).

Minbiziaren %20-25en jatorria gaixotasunaren aurrekari familiarrekin erlazionatuta dago, non ez den herentzia patroia definitu. Azkenik, minbiziaren %5a hereditarioak dira, non geneen identifikazioarekin erlazionatu diren (2,3). Horien artean aurkitzen dira Lynch sindromea (%2-5), kolon-ondesteko poliposi desberdinak eta MYH genarekin erlazionatutakoak (%1) (3). Azken horiek, nahiz eta pairatzeko probabilitatea baxua izan, ondoren, gaixotasuna garatzeko posibilitate altuak dituzte. Horregatik, gaixotasun hereditario horiek dituzten nahiz aurrekari familiarrik dituzten gizabanakoek arrisku altuko biztanleriatzat hartzen dira (2).

Minbiziaren jatorria eta horren faktore patogenikoak ezagutzeak prebentzio maila desberdinetan aurrerapauso handia ematea ahalbidetu du. Prebentzio sekundarioan, koloneko eta ondesteko minbizia goiz detektatzeko baheketa-programa sartzen da (3).

Espainian, hain zuzen Katalunian, 2000. urtean hasten dira baheketa-programaren lehenengo esperientziekin. Ondoren, 2006. urterako Valentzian eta Murtzian hasten dira programa pilotuekin. Komunitate horietako esperientziak eta lortutako emaitza onak ikusita, Espainiako beste komunitateetan programaren ezarpena ematen hasten da. Horrela, 2009. urtean, Osasun Sistema Nazionalak (OSN) helburutzat jartzen du

baheketa-programaren ezarpena eta zabalketa. 2015. urterako %50eko estaldura lortzea espero zen eta 2020rako %100a, 50 eta 69 urte bitarteko bai emakumezkoetan bai gizonezkoetan (5-8).

Espainiako kolon-ondesteko baheketa-programaren sareari atxikitu zitzaion programaren ebaluazioa eta kalitatearen kontrola. 2016. urtean argitaratu zituen datuen arabera, 2015. urtean, programak biztanleria dianaren %31 estaltzen zuen soilik. Gainera, Espainiako batz-besteke partehartze-tasa %52koa da, Euskal Autonomia Erkidegoa izanda %65ra iristen den komunitate bakarra (9).

Argitaratutako datuek argi uzten dute komunitatearen arabera biztanleriaren estaldura eta parte-hartzea desberdina dela. 2014. urte amaieran, Euskal Autonomia Erkidegoa eta Valentzia izan dira programarekin 50 eta 69 urte bitarteko biztanleriaren ia %100ko estaldura lortu duten bakarrak. Madrilek, Andaluziak eta Extremadurak, berriz, programa ez dute oso garatuta eta adin-tarte horretako biztanleriaren %7a estaltzen dute soilik. Hiru komunitate horiek Espainiako biztanleriaren %30a suposatzen dute (2,8,10).

Ikusi denez, kolon-ondesteko minbizia goiz detektatzeko programaren ezarpena eta garapena nahiko berria da Espainian. Gainera, komunitate bakoitzak duen programaren ezarpena desberdina da. Komunitate batzuetan biztanleria dianaren estaldura bai parte-hartze handia lortzen den bitartean, beste batzuetan, berriz, ez da lortzen.

Desberdintasun horiek kontuan hartzen baditugu, ondorio honetara hel gaitzek: komunitatearen arabera, posibilitate gehiago edo gutxiago egongo dira kolon-ondesteko minbizia prebenitzeko edo goiz detektatzeko, eta horrekin batera, minbiziak eragindako heriotza ekiditeko. Desberdintasun egoera hori "Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)"-k salatzen zuen 2016ko martxoaren 30ean, kolon-ondesteko minbizia ekiditeko egun nazionala eta internazionala ospatu baino egun bat lehenago. Elkarte horrek Espainiako komunitate guztietan programen ezarpena azkartzea eta berdintasuna eta justizia eskatzen zuen (10).

Argi dagoena da, baheketa-programarekin minbizia goiz detektatu daitekeela eta heriotzak ekidin daitezkeela. Beraz, osasun publikoaren lehen tasun asistentziala bilakatu behar da eta horrek duen garrantziaz kontzientziatu behar da biztanleria. Espainiako komunitate bakoitzean programaren ezarpena aztertu beharra dago eta biztanleria dianaren estaldura eta parte-hartze osoa lortu. Erizainek paper

garrantzitsua bete dezakete biztanleriaren parte-hartzea sustatzen; izan ere, hezkuntza arloetan denbora gehien diharduten profesionalak dira (5,7).

2. HELBURUAK

Helburu orokorra

Espainiako komunitate desberdinetan kolon-ondesteko baheketa-programaren ezarpena eta biztanleria dianaren parte-hartzean erizainen inplikazioa aztertzea.

Helburu zehatzak

- Lehenengoa: Espainiako kolon-ondesteko minbiziaren baheketa-programa zertan datzan deskribatzea.
- Bigarrena: Espainiako komunitateetan baheketa-programaren ezarpenean dauden desberdintasunak aztertzea.
- Hirugarrena: biztanleriaren arazoak aztertzea baheketa-programan parte hartzeko edo ez.
- Laugarrena: erizainak izan behar duen rola aztertzea biztanleria dianaren ahal den parte-hartze handiena lortzeko.

3. METODOLOGIA

Planteatutako helburuei erantzuteko, gaiaren inguruan idatzitako literatura zientifikoaren errebisio narratiboa egin da. Errebisioa aurrera eramateko bilaketa bibliografikoa egin da, PIO estruktura erabilia.

- Pazientea: 50 eta 69 urte bitarteko Espainiako biztanleria.
- Interbentzioa: Espainiako komunitate desberdinetako kolon-ondesteko minbiziaren baheketa-programa.
- Outcome (emaitza): erizainaren inplikazioa biztanleria dianaren ahal den parte-hartze handiena lortzeko.

Era honetan, bilaketa-estrategia diseinatu ahal izan da, DeCS (*Descriptores en Ciencias de la Salud*) eta MeSH (*Medical Subject Headings*) erako deskriptoreak nahiz hitz gakoak erabiliz (ikus 1. taula).

Bilaketa bibliografikoa ondorengo datu-baseetan egin da: *Pubmed*, *La biblioteca Cochrane Plus*, *Cuiden*, *Dialnet* eta *Medes*. *Biblioteca Virtual de la Salud (BVS)* metabilatzailean ere bilaketa egin da. Hitz gakoak AND eta OR eragile bolearrekin lotuak izan dira.

1. taula. PIO estrukturaren atal bakoitzaren DeCs/MeSH deskriptoreak eta hitz gakoak.

<i>Hitz gakoak</i>		<i>DeCS</i>	<i>MeSH</i>
P		España	Spain
I	Cáncer colorrectal	Cribado	Colorectal neoplasms Mass screening Straining
O	Participación Enfermera	Participación ciudadana Rol de la enfermera	Citizen participation Nurse Nurse´s role

Datu-baseak kontsultatzeaz gain, hainbat web-gune kontsultatu dira, hala nola, *Osakidetza, Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), Alianza para la prevención de cáncer de colon, Red de Programas de Cribado de Cáncer, Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), Consejería de Sanidad de Cantabria* eta *Osasuneko, Zerbitzu Sozialeko eta Berdintasuneko Ministerioa*.

Bilaketa egin aurretik, hainbat filtro finkatu dira. Horien artean honakoak daude: 2009tik aurrera argitaratutako testuak izatea, testu osoa eskuragarri izatea eta hizkuntza aldetik gazteleraz, ingelesez edo euskaraz izatea.

Esandako filtroak aplikatu ondoren, aurkitutako artikuluen artean lana egiteko erabiliko direnen aukeraketa bi faseetan banatu da. Lehenik, izenburua eta laburpena irakurri dira gaiarekin zerikusi zuzena duten aztertzeke. Ondoren, aukeratutako artikuluen irakurketa egin da eta berrikuspenerako erabilgarriak direnak soilik aukeratu dira.

Kolon-ondesteko minbizia pairatzeko arrisku altuko biztanleriaren inguruan hitz egiten duten artikulua, baheketarekin erlazionatuta ez dauden artikulua, kolonoskopiaren kalitatearekin erlazionatutako artikulua eta baheketa-programaren parte-hartzean erizainaren rola aztertzen ez duten artikulua kanpo geratu dira.

4. EMAITZAK

4.1. BILAKETA BIBLIOGRAFIKOAREN EMAITZAK ETA ARTIKULUEN AUKERAKETA

Datu-baseei dagokionez, osasun arloekin zerikusia duten *La Biblioteca Cochrane Plus*, *Cuiden Plus*, *Medes*, *Pubmed* eta *Biblioteca Virtual de Salud (BVS)* erabili dira eta giza zientziekin zerikusia duten argitalpenak dituen *Dialnet*. *Pubmed*-en eta *BVS*-en bilaketa ingelesezko deskriptoreen zein hitz gakoen bitartez egin da eta horiek AND eta OR eragile bolearrekin lotuak izan dira. Gainontzekoetan gaztelerazko deskriptoreen zein hitz gakoen bitartez egin da eta AND eragile bolearrekin lotuak izan dira. Ondoren, barneratze-irizpideak betetzen zituzten eta gaiarekin lotura duten artikulua hautatu dira (ikus 1. eranskina). Datu-base eta bilaketa-estrategia desberdinak erabilia, artikulua errepikatuak aurkitu dira. Azkenean, datu-baseetatik 25 artikulua hautatu dira lanaren garapenerako. Aipatu beharra dago, *La Biblioteca Cochrane Plus* datu-basean ez dela artikulua baliagarri aurkitu. Hautatutako artikuluen izenburuak eta argitalpen-datak eta artikulua bakoitza zein datu-baseetan aurkitu den 2. eranskinean ikus daitezke.

Web-orrialdeak aipatuz, *Osakidetza*ko orrialdea Euskal Autonomia Erkidegoko kolon-ondesteko baheketa-programa ezagutzeko erabili da. Espainiako *Osasuneko, Zerbitzu Sozialeko eta Berdintasuneko Ministerioko* orrialdetik ministerioko zerbitzu-zorroan barneratutako minbiziaren baheketaren estrategia lortu da. *Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)* orrialdetik Espainiako kolon-ondesteko minbiziaren intzidentziaren eta hilkortasunaren datuak aurkitu dira. *Red de programas de cribado de cáncer* orrialdean Espainiako baheketa-programen ezarpenen eta egoeren buruzko informazioa aurkitu da. *Asociación Española Contra el Cáncer* orrialdean “cáncer colorrectal” bilatu da eta prentsa-zko nota bat eta baheketa-programa ezartzeko oztupoak lortu dira. *Consejería de Sanidad de Cantabria* orrialdea erabili da Kantabriako baheketa-programan erabiltzen duten gorotzetan ezkutatutako odola detektatzeko testa hobeto ezagutzeko helburuarekin. Azkenik, *Alianza para la Prevención del Cáncer de Colon* orrialdetik kolon-ondesteko minbiziaren inguruko artikulua erabili dira. *Red de programas de cribado de cáncer* eta *Alianza para la Prevención del Cáncer de Colon* orrialdeetatik kolon-ondesteko minbiziaren detekzioarako eta diagnostikorako kalitatezko jarraibide europarreko eskuliburua lortu da. Web-orrialdeetatik aukeratutako artikuluen izenburuak eta argitalpen-datak 3. eranskinean ikus daitezke.

4.2. ESPAINIAKO KOLON-ONDESTEKO MINBIZIAREN BAHEKETA-PROGRAMA

Baheketa terminoak latinean du jatorria eta bere esanahia zehatz-mehatz hautatzea da (3). Baheketa-programa batean proba bakarra edo hainbat proba egin daitezke, bilatzen den gaixotasunaren sintomarik nahiz zeinurik ez dituen, baina gaixotasunarekin erlazionatuta dagoen arrisku-faktoreren bat duen biztanlerian. Egiten diren probei esker, gaixotasuna goiz detekta daiteke eta, ondoren, tratamendua eraginkorragoa izango da (2-4,11).

Baheketa-programa diziplina anitzeko jarduera koordinatuen multzoa da, denboran jarraipena dutenak eta helburu bateratuak lortzera bideratuta daudenak. Egiten diren jarduera guztiek kriterio eta kalitate estandarretan oinarrituta daude (2,3). Programa horien helburu nagusia da gaixotasunaren intzidentzia- eta hilkortasun-tasa murriztea, gaixotasunaren detekzio goiztiarrari esker (12).

Prebentzio-neurri hori komunitateko biztanleri jakin bati sistematikoki aplikatzen zaionean, gonbidapen pertsonalarekin eta programa organizatu baten barruan dagoenean, populazio-baheketa kontsideratzen da (3,13).

Gaixotasun baten populazio-baheketaren inplementazioa baloratzeko printzipioak Wilsonnek eta Jugnerrek garatu zituzten 1968an (2,13,14) eta Espainiako Osasun Sistema Nazionaleko lantalde batek aldatu eta egokitu zituen 2011an (2) (ikus 4. eranskina).

Kolon-ondesteko minbizia Wilsonnek eta Jugnerrek garatutako printzipio guztiak betetzen dituen gaixotasuna da; beraz, baheketa-programetan barnera daitekeen minbizia da (2,3,12-14). Gainera, gaixotasuna hasierako faseetan detektatuz gero, %90ean sendagarria izan daitekeela egiaztatu da. Ondorioz, programa horren ezarpenarekin, gaixotasunaren intzidentzia- bai hilkortasuna-tasa asko murrri daiteke (3).

Kolon-ondesteko minbiziak baheketa-programan sartzeko baldintzak betetzen ditu (2,3,12-14):

- Morbilitate/hilkortasun-tasa altuko gaixotasuna da eta osasun publikoaren arazo garrantzitsua da.
- Gaixotasunaren jatorri naturala ezagutzen da, epe luzeko fase aurre-klinikoa du, non gaixotasunaren detekzioak bere pronostikoa hobetzen duen (ikus 5. eta 6. eranskinak).

- Sentsibilitate eta espezifikotasun altuko baheketa-estrategiak daude, hala nola, gorozkietan ezkutaturako odola (SOH), kolonoskopia eta sigmoidoskopia.
- Merkeak, seguruak, aurkako efektu gutxiko eta biztanleriaren onarpenera duten baheketa-esplorazioak daude.
- Baheketaren efikazia entsegu klinikoetan frogatua izan da.
- Diagnostikoaren baieztapena bermatu daiteke eta tratamendu egokia eskaini.

2003. urtean Europar Batasunak estatu-kideei kolon-ondesteko baheketa-programa ezartzea gomendatu zien (11,12,15,16). Programa 50 eta 74 urte bitarteko biztanleriari eskaintzea eta adin-tarte horretako biztanleriak bi urtetik behin gorozkietan ezkutaturako odola detektatzeko testa (SOH) egitea gomendatzen zuen (11,12,14,16).

Espanian, 2006. urtean, Osasun Sistema Nazionalak hartu zuen estrategia hori martxan jartzeko konpromisoa eta, horrela, 2009. urtean, Espainiako komunitateetan programaren ezarpena eta zabalketa jarri zuen helburutzat (3,6,11,15-19). Ondoren, Osasuneko, Zerbitzu Sozialeko eta Berdintasuneko Ministerioak bere zerbitzu-zorroan barneratu zuen estrategia (16,17).

Gaur egun, Osasun Sistema Nazionaleko Minbiziaren aurkako estrategiak, Europar Batasuneko gomendioak jarraituta, Espainiako komunitateetan kolon-ondesteko minbiziaren populazio-baheketa 50 eta 69 urte bitarteko emakumeei bai gizonei eskaintzea gomendatzen du (2-4,6,12-20). Adin-tartea 74 urteraino zabaltzeko posibilitatea egonda ere (6,12).

Baheketa-programan parte hartzeko gomendatzen diren irizpideak dira adin-tartearen barnean egotea eta adinaz gain gaixotasunarekin erlazionatuta dagoen arrisku-faktorerik ez izatea. Kanporatze-irizpideak, berriz, bi multzotan sailka daitezke (2,14,15,18,19):

- *Betirako kanporatzeko irizpideak:* kolon eta ondesteko arrisku handiko aurrekari familiarrak izatea, kolon patologiako aurrekari pertsonalak izatea, kolonoskopiaren jarraipena beharrezkoa izan dezaketenak, adinaz aparte beste arrisku-faktoreen bat izatea eta gaixotasun terminala edo ezintasuna izatea.
- *Aldi baterako kanporatzeko irizpideak:* gaixotasun edo ezintasun larria baina sendagarria izatea espero dena, kolonoskopia azken 5 urteetan egin bazaio edo azken 10 urteetan egin bazaio eta osatua izan bada, gaixotasun digestiboak izatea kolonoskopiarekin segimenduan egon daitezkeenak eta azken 3 urteetan kolonoskopia egin badiote (ultzeradun kolitisa, Crohn-en gaixotasuna...).

Baheketan gomendatzen den hasierako proba gorozkietan ezkutatutako odolaren detekzioa da (SOH), bi urtetik behin errepikatu behar dena (2-4,6,12-20). SOHa hoberen ebaluatu den baheketak-estrategia izan da eta frogatua izan da horren erabilerak kolon-ondesteko minbiziaren intzidentzia- bai hilkortasun-tasa murrizten duela. Gainera, biztanleriaren onarpena duen proba da (11,21).

Hesteek egunero 0,6-1,2ml odol kanporatzen dute eta kolon-ondesteko lesio bat dagoenean odol-galerak handitzen dira, baina ez etengabe (21). Jakina da kolon-ondesteko minbizien %95ak polipo adenomatosoen ondoren garatzen direla eta azken horiek eta kolon-ondesteko minbiziak odol-galerak izaten dituztela, hasieran klinikoki hauteman ezin daitezkeenak. SOHari esker, odol-galera horiek detekta daitezke (11).

Gorozkietan ezkutatutako odola detektatzeko bi test desberdin daude. Alde batetik, biokimikoak guaiako erretxinan oinarritutakoak, eta bestetik, immunologikoak (3,4,11,12,17). Osasun Sistema Nazionalak test immunologiko kuantitatiboak erabiltzea gomendatzen du. Izan ere, sentsibilitate altua duen testa da, erraza eta biztanleriaren onarpena duena (ikus 7-10. eranskinak). Gaixotasun honen baheketan onurak lortu ahal izateko, hau da, intzidentzia- eta hilkortasun-tasa murriztu ahal izateko, biztanleriaren onarpena eta parte-hartzea ezinbestekoa da (11,22).

SOHa negatiboa denean, bi urteetara proba errepikatzera gonbidatzen zaio gizabanakoari. Positiboa denean, berriz, kolonoskopia optikoa lasaigarriarekin egitea gomendatzen zaio (3,11,16). Azken horrek kalitatezko kriterioak bete behar ditu (3).

Kolonoskopia sentsibilitate eta espezifikotasun altuen duen baheketako proba da. Teknika horrekin kolona eta ondestea mia daiteke eta aurkitutako lesioen biopsia egiteko lagina hartu eta lesio horiek lehortu (4). Kolonoskopian lortutako emaitzak Osasunaren Munduko Erakundeko (OME) kriterioetan oinarrituta sailkatzen dira. Sailkapena ondoren azaltzen da (2,4,7,11,14,15,17,19,23):

1. *Normaltasuna*: ez da aurkikuntza patologikorik egin. Hemorroideak nahiz dibertikuluak aurkitu dira edo polipo hiperplasiako ez zerradunak.
2. *Arrisku gutxiako adenoma (AGA)*: 10mm baino gutxiagoko adenoma bakarra edo bi aurkitu direnean, adenoma tubularra eta maila baxuko displasiarekin.
3. *Arrisku ertaineko adenoma (AEA)*: 1-4 adenoma edo adenometako bat 10mm-koa edo 20mm-koa baino txikiagoa denean, edo osagai bilotsu edo tubulu bilotsuren bat duenean, edo maila altuko displasia dagoenean.

4. *Arrisku handiko adenoma (AHA)*: 5 adenoma edo gehiago izatea edo adenometako bat 20mm-koa edo gehiagokoa denean, edo in situ kartzinoma.
5. *Kolon-ondesteko minbizia*: ehun neoplasikoak azpi-mukosa inbaditzen duenean. Minbiziak TNM-aren arabera klasifikatzen dira (T: tumore nagusiaren tamaina eta hedadura; N: minbiziaren hedadura alboko gongoiletan; M: metastasia).
6. *Digestio-sistemako gaixotasuna*: Crohn-en gaixotasuna, poliposia, ultzeradun kolitisa...

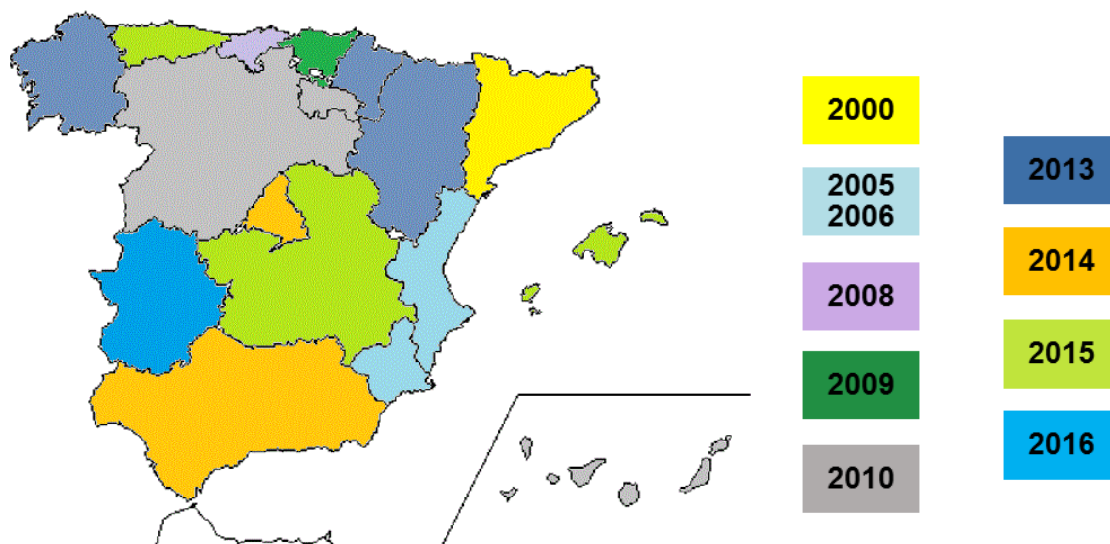
Kolonoskopiaren emaitza normala denean, ez da segimendurik egiten eta 10 urtera baheketa-programan berriz ere sartzeko gonbidapena bidaltzen zaio. Adenoma bakarra edo bi aurkitzen direnean eta AGA taldean sailkatzen direnean, gizabanakoa lehen atentzio mailako medikuaren kargu geratzen da. Endoskopioko medikuak lehen atentzio mailako medikuari komunikatzen dio emaitza. Lehen arreta mailako medikuak pazientearen jarraipena egiten du, eta 5 urte barru SOH proba errepikatzeko gonbidapena bidaltzen zaio. AEAK aurkitzen badira, lehen atentzio mailako medikuak egiten dio jarraipena eta 3 urtera kolonoskopia errepikatzeko gomendioa ematen zaio. AHAK aurkitzen badira, berriz, digestiboko espezialistak egiten dio jarraipena eta urte batera kolonoskopia errepikatzeko gomendioa ematen zaio. Bestetik, kolon-ondesteko minbizia detektatzen denean, digestiboko espezialistaren eta zirujako zerbitzuaren kargu geratzen da, minbizia estadifikatzeko eta tratatzeko. Azkenik, digestio-sistemako gaixotasuna aurkitzen denean, gizabanakoa digestiboko espezialistara bideratzen da (2,7,15,17-19,23,24) (ikus 11. eta 12. eranskinak).

4.3. KOLON-ONDESTEKO MINBIZIAREN BAHEKETA-PROGRAMAREN EZARPENEA ESPAINIAKO KOMUNITATEETAN

2000. urtean Katalunian hasten dira Espainiako lehen baheketa-programa pilotuarekin. Ondoren, 2005. eta 2006. urtean, Valentzia komunitatean eta Murtzian hasten dira. Komunitate horietako esperientziak eta lortutako emaitza onak ikusita, beste komunitateetan programaren ezarpena ematen hasten da. Horrela, 2009. urtean, Osasun Sistema Nazionaleko Minbiziaren aurkako estrategiak helburutzat jartzen du baheketa-programaren ezarpena eta zabalketa. Kolon-ondesteko minbizia goiz detektatzeko programen ezarpena pixkanaka ematen joan da komunitate desberdinetan (3,5-9,11,14-19) (ikus 1. irudia).

Espainiako komunitate guztiek osasun instituzio nazionaleko eta internazionalako gomendioak jarraitzen dituzte, horien babesa izanda (3). Gainera, komunitate guztietako programak koordinatuta daude Espainiako kolon-ondesteko baheketa-

programaren sarearen bidez. Sare horri esker, programek kalitatezko kontrolak betetzen dituzte eta komunitateetako emaitzak aldarazteko informazio-sistema elkarbanatzen dute (6,25).



1. irudia. Espainiako komunitate bakoitzean baheketa-programaren ezarpena eman den urtea (9).

Biztanleria diana komunitatetan

Osasun Sistema Nazionaleko Minbiziaren aurkako estrategiak, kolon-ondesteko minbizia goiz detektatzeko programa 50 eta 69 urte bitarteko emakumeei eta gizonei eskaintzea gomendatzen du. Espainiako komunitateetan adin-tarte horri bideratuta dago programa, Kantabriakoa izan ezik. Kantabriako programa, berriz, 55 eta 69 urte bitarteko biztanleriari bideratuta dago (19, 24-27). Izan ere, komunitate horretan, 55 urtetik aurrera kolon-ondesteko minbiziaren intzidentzia-tasa ikaragarri handitzen da. Baliteke aurrerago 50 eta 55 urte bitarteko biztanleriari ere eskaintzea (19,26).

Gorozkietan ezkutatuak odola detektatzeko proba

Kolon-ondesteko baheketa-programan erabiltzen den lehen proba gorozkietan ezkutatuak odolaren (SOH) detekzioarena da. Komunitate guztietan, SOHa bi urtetik behin errepikatzen da (2-4,7,9,12-15,17-19,24-29).

Espainiako komunitateetan programa ezartzen hasi zenean erabiltzen zen SOHa guaiako erretxinan oinarritutako test biokimikoa zen. Valentziako komunitatea,

Katalunia eta Gaztela eta Leon izan ziren programa pilotuetan SOH biokimikoa erabiltzen hasi ziren komunitateak (12,14,30).

Gaur egun, Espainiako Minbiziaren aurkako estrategiak, Europar Batasuneko gomendioak jarraituta, SOH immunologikoa erabiltzea gomendatzen du (2-4,6,12-18,20). Izan ere, sentsibilitate altua duen testa da, erraza eta biztanleriaren onarpena duena (11,22).

Espainiako komunitate guztiek SOH immunologiko kuantitatiboa erabiltzen dute, Kantabriak izan ezik. Gehienek gorozkietako lagin bakarra behar duten test kuantitatiboa erabiltzen dute eta hemoglobinarene ebaki-puntua 100ng/ml-koa dutenak. Murtzian erabiltzen duten testak, berriz, gorozkietako bi lagin behar ditu. Kantabria da, aldiz, SOH immunologiko kualitatiboa erabiltzen duen komunitate bakarra (9,12,14,15,17-19,24-28).

Test kualitatiboaren emaitzaren balorea netoa da (positiboa, negatiboa, errorea) eta 5 minututan agertzen da, emaitzaren komunikazioa berehalakoa izanda (25).

Biztanleriari gonbidapena egiteko datu-baseen erabilera

Biztanleria diana programan sartzeko gonbidapena korreo postalaren bidez egiten da. Horretarako, beharrezkoa da komunitate bakoitzean adin-tartearen barruan aurkitzen diren bai emakumezkoen bai gizonezkoen datuak biltzen dituen datu-basea izatea.

Datu-basea komunitatearen arabera aldatzen da (16). Gehien erabiltzen dena osasun-txartela da (%76), honako hauek erabiltzen dute: Euskadik, Balearrak, Kantabriak, Kanariak, Gaztela eta Leonek, Kataluniak eta Andaluziak (9,12,17,19,24-26,28). Osasun-txartelaz gain, badaude beste datu-base batzuk komunitate batzuetan erabiltzen direnak, hala nola, biztanleen errolda (Nafarroan erabiltzen da), populazioaren datu-basea (PERSAN) (Murtzian erabiltzen da) eta populazioaren informazio-sistema (Valentziako komunitatean erabiltzen da) (9,12,14,30).

Komunitate bakoitzeko programetan ezarritako kriterioen arabera, badaude biztanleria dianaren estaldura osoa lortu ezin duten komunitateak. Izan ere, nahiz eta komunitate horretan bizi, gizabanako batzuk programatik kanpo uzten dituztelako. Ondoren agertzen dira programatik kanpo gelditzen den biztanleria komunitatearen arabera (9):

- Etorkinak bizileku-baimenik gabe: Aragoi, Asturias, Balearrak, Kanaria, Kantabria, Gaztela eta Leon, Galizia, Madril eta Errioxa.
- Errefuxiatutako biztanleria: Aragoi, Asturias, Balearrak, Gaztela eta Leon, Valentzia komunitatea eta Galizia.

- Segurtasun sozialean erregistratu gabeko mutualistak: Balearrak, Gaztela eta Leon, Galizia, Madril, Murtzia eta Errioxa.
- Beste arrazoi batzuk: Katalunia, Valentzia komunitatea, Galizia eta Murtzia.
- Ez da inor ere programatik kanpo gelditzen: Andaluzia, Nafarroa, Euskadi eta Gaztela-Mantxa.

Behin komunitate bakoitzeko 50 eta 69 urte bitarteko biztanleriaren datuak lortu direnean, programaren barneratze- zein kanporatze-irizpideak aplikatu behar dira. Irizpideak aplikatzeko bi momentu egon daitezke. Alde batetik, gonbidapena baino lehenago egiten dena biztanleriaren edota ospitaleko datu-basea aztertuz edo lehen arreta mailan informazioa bilatuz. Eta bestetik, gonbidapena egin ondoren, gonbidatutako pertsonari anamnesia eginez (16).

Biztanleriari gonbidapena

Biztanleriak baheketa-programan sartzeko zenbat eta irisgarritasun handiagoa izan, bere parte-hartzea handiagoa izango da. Gorozkietan ezkutatutako odolaren proba egiteko argibide egokiak ematea eta laginaren jasoketa nola egin behar den jakiteak, emaitzen kalitatean eragin zuzena du (16).

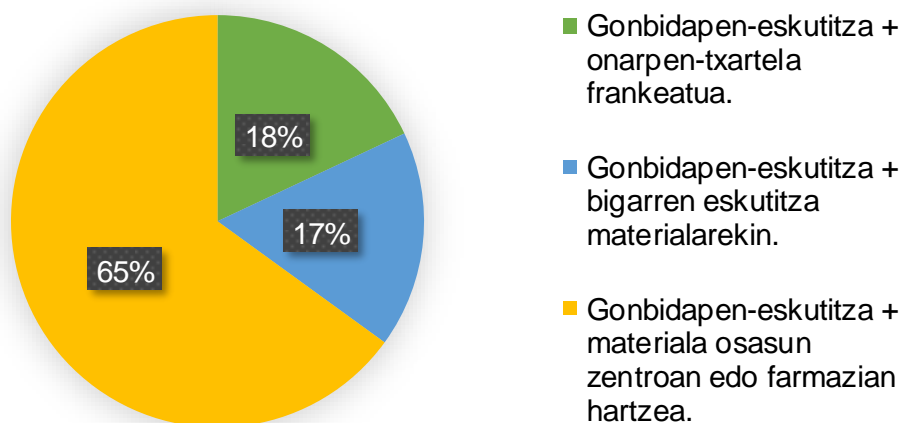
Biztanleriaren gonbidapena hiru erataria egin daiteke (ikus 2. irudia):

- *Gonbidapen-eskutitza bidaltzen da, informazio triptiko batekin eta parte hartzeko onarpen-txartela frankeatuarekin.* Gizabanakoak programan parte hartu nahi badu, onarpena-txartela bidaltzen du osasun zentrora. Ondoren, etxera materiala bidaltzen zaio, proba nola egiten den azaltzen duen informazioarekin. Adibidez, Valentziak, Galiziak, Nafarroak eta Andaluziak era honetara egiten dute gonbidapena (9,14,16,25,27,30).
- *Gonbidapen-eskutitza bidaltzen da, informazio triptiko batekin. Ondoren, bigarren eskutitz bat bidaltzen zaie proba egiteko behar duten materialarekin eta informazio egokiarekin.* Bigarren eskutitz hori ez zaie bidaltzen soilik gizabanakoek programan ez parte hartzea adierazten dutenean. Adibidez, Euskal Autonomia Erkidegoak era honetara egiten du gonbidapena (2,9,15,18,24,25).
- *Gonbidapen-eskutitza bidaltzen da eta proba egiteko materiala farmazian edo osasun zentroan hartzen da:*
 - ❖ *Gonbidapen-eskutitza bidaltzen da eta horretan lehen mailako arretako erizainarekin zita hartzea gomendatzen da. Erizainak programan sartzeko*

gizabanakoen barneratze- eta kanporatze-irizpideak identifikatzen ditu. Kanporatze-irizpideren bat baldin badu, lehen arreta mailako medikura bideratzen du. Kanporatze-irizpiderik ez badu, proba egiteko materiala eta azalpena ematen dio. Adibidez, Kantabriak, Asturiasek eta Errioxak era honetara egiten dute gonbidapena (19,24-26).

- ❖ Gonbidapen-eskutitz bat bidaltzen da, informazio triptikoarekin eta programan parte hartzen duten farmazien zerrendarekin. Gizabanakoak parte hartu nahi badu, zerrendako farmazia batera joan behar da materiala jasotzera. Farmazeutikoak kanporatze-irizpiderik ez duela konprobatzen du, parte-hartzearen garrantzia azaltzen dio eta proba egiteko materiala eta azalpena ematen dio. Adibidez, Balearretan eta Kataluniako eta Murziako zenbait zonatan era honetara egiten dute gonbidapena (17,24).
- ❖ Gonbidapen-eskutitza bidaltzen da eta osasun zentroan proba egiteko materiala jasotzen da. Adibidez, Kataluniako eta Murziako hainbat zonatan, Gaztela eta Leonen, Madrilen, Aragoi, Gaztela-Mantxan eta Kanarian era honetara egiten dute gonbidapena (24,25).

Biztanleria dianaren gonbidapena



2. irudia. Biztanleria dianaren gonbidapena egiteko erak eta portzentajeak (9).

Gizabanakoari lehenengo gonbidapen-eskutitza bidaltzen zaio eta parte hartzen ez badu, bigarren gonbidapen-eskutitza bidaltzen zaio. Lehenengo eta bigarrenengo eskutitzaren artean igarotzen den denbora-tartea komunitateak ezartzen du.

Gizabanakoak testa egiteko materiala jasotzen badu, baina lagina entregatzen ez badu, eskutitz oroigarria bidaltzen zaio lagina entregatu dezan (14,17).

Gizabanakoak gorozkietako lagina hartzen duenean, osasun zentrora eraman behar du testa, eta ondoren, laboratoriora bidaltzen da emaitza prozesatzeko (2,14,15,18,24,25,30). Kantabriaren kasuan, SOH immunologiko kualitatiboa erabiltzen dutenez, emaitza bertan irakurtzen da (19,24-26).

Katalunian, farmazia erabiltzen duten programetan, gizabanakoak programan parte hartzen duten edozein farmaziara eraman behar du testa (17,24).

Emaitzen komunikazioa

Gorozkietan ezkutaturako odolaren probaren emaitza ezagutzen denean, gizabanakoari komunikatu behar zaio. Emaitza negatiboetan eskutitza bidaltzen zaio, non emaitza negatiboa dela komunikatzen zaion eta bi urte barru proba errepikatze gomendio ematen zaion. Emaitza positiboa denean, gizabanakoarekin telefonoz edo eskutitzaz kontaktuan jartzen dira, osasun zentroko medikuarekin edo erizainarekin, programako medikuarekin edo erizainarekin, edo digestiboko espezialistarekin zita har dezan (2,9,14-17,24-26).

Espainiako komunitate gehienetan, lehen arreta mailako medikuak komunikatzen du emaitza positiboa izan dela. Medikuak, emaitza positiboa izan denez, kolonoskopia egitea gomendatzen dio. Kolonoskopia zertan datzan eta proba horretarako behar duten prestaketa nolakoa den azaltzen dio. Horrela, gizabanakoak erabaki informatua har dezake eta proba egiteko baimen informatua sinatu. Adibidez, Valentziako komunitatean, Katalunian, Euskal Autonomia Erkidegoan, Madrilan, Galizian, Errioxan eta Gaztela eta Leonen lehen arreta mailako medikua da emaitzen komunikazioa ematen duena (9,14,16,17,24,25,28).

Komunitate batzuetan, lehen atentzio mailako erizaina da emaitza positiboa izan dela komunikatzeaz eta, ondoren, kolonoskopia egitea gomendatzeaz arduratzen dena. Adibidez, Andaluzian (24). Kantabriako komunitatean erizaintzako kontsultan testaren emaitza irakurtzen da eta positiboa denean, gizabanakoa lehen arreta mailako medikoarengana bideratzen da, kolonoskopia gomendatzeko eta azalpena emateko. Kanarian eta Murtzian, berriz, programako erizainak komunikatzen du emaitza positiboa izan dela (9,19,24-26). Azkenik, Euskal Autonomia Erkidegoan emaitza positiboa izan dela lehen arreta mailako medikuak komunikatzen du, baina kolonoskopia egin baino 8-10 egun lehenago erizainarekin zita hartzen dute (2,15,25). Erizainak informazio pertsonalizatua ematen dio, zalantzak argitu eta egin beharreko

prestaketa azaltzen dio, norberaren hesteetako erritmoaren arabera edota elikagaien gustuen arabera eta kolonoskopiaren hitzordua zein ordutan den kontuan hartuta (2).

4.4. ESPAINIAKO BIZTANLERIAK KOLON-ONDESTEKO MINBIZIAREN BAHEKETA-PROGRAMAN PARTE HARTZEKO DITUEN ERRAZTASUNAK ETA OZTOPOAK

Kolon-ondesteko minbiziaren baheketa-programek arrakasta izateko ezinbestekoa da biztanleria dianaren parte-hartzea (3,5,14,20,28,31,32). Parte-hartze handia lortuz gero, minbizi horren intzidentzia- nahiz hilkortasun-tasan beherakada nabarmenak antzemango dira (22,28,29). Europar Batasunak kolon-ondesteko baheketa-programan biztanleria dianaren parte-hartzea %45koa izatea onargarritzat hartzen du, baina %65-70koa izatea gomendatzen du (5,11,23,30,31).

Espainiako komunitateek, orokorrean, ez dute Europar Batasuneko partehartze-tasaren gomendioak betetzen (12,20). Espainiako bataz-besteko partehartze-tasa %45koaren gainetik aurkitzen da, baina ez da %65ra iristen; hain zuzen ere, %52koa da. Euskal Autonomia Erkidegoa da %65ko parte-hartzea lortzen duen komunitate bakarra (9,31,33). Horrez gain, baheketa-programan sartzeko ekitatea egotea ezinbestekoa da. Horrela, minbizian, eta beraz, osasunean, desberdintasun sozialak murriztuko dira (23,34).

Baheketa-programek efikazia handiagoa izan dezaten eta osasun sistementzat koste-efektiboa izan dadin, biztanleriaren parte-hartzea handitzeko estrategia berriak garatu behar dira (35). Horretarako, ezagutu behar dira parte hartzen duten pertsonen perfila, baita ere programan parte hartzeko erraztasunak eta oztopoak zeintzuk diren (ikus 13. eranskina).

Parte-hartzearekin zerikusia duten faktoreak hiru multzotan bana daitezke, hala nola, baheketa-programaren antolakuntza, osasun profesionalekin erlazionatutako faktoreak eta banakako faktoreak.

Baheketa-programaren antolakuntza

Antolakuntza biztanleriaren parte-hartzearekin zerikusi zuzena duen faktorea dela egiaztatu da. Kolon-ondesteko baheketa-programaren antolakuntza hobetuz gero, biztanleria dianaren parte-hartzea %11 handi daiteke (19,26).

Hasteko, programa lehen atentzio mailan oinarrituta egoteak parte-hartze handiagoarekin erlazionatu da. Adibidez, Euskal Autonomia Erkidegoko partehartze-

tasa hain altua izateak lehen atentzio mailaren inplikazioarekin erlazionatua izan da (2,5,36).

Alde batetik, gorozkietan ezkutatutako odola detektatzeko testak eragina du. Egiaztatu da test immunologikoen biztanleriaren onarpena eta parte-hartze handiagoa lortzen dutela. Izan ere, erraza, eroso eta lagin bakarra behar duten testak dira. Gainera, horien emaitza ez da aldatzen hartutako elikagaiekin ez farmakoekin (14,28,36).

Bestetik, testa egiteko materialen jasoketak ere zerikusia du parte-hartzearekin. Materiala etxera bidaltzen den programetan biztanleriaren inplikazioa lortu da (33,35), baita ere farmazia erabiltzen dutenetan. Izan ere, biztanleriari programan sartzeko erraztasunak jartzen bazaizkie horien parte-hartzea handiagoa izango da. Farmaziekin lortutako parte-hartze handiak horien ordutegi zabalari, irisgarritasun geografikoari eta farmazeutikoen inplikazioari esker izan da (5,17,24,25).

Gonbidapen-eskutzita ere biztanleriaren parte-hartzearekin erlazionatuta dago. Espainiako komunitate askotan egon den arazo nagusia eta horrek ez parte hartzera eramane duena, gonbidapen-eskutzita ez jasotzea izan da. Bestetik, gonbidapen-eskutzita jaso dutenen artean, batzuek ez dute ondo ulertu baheketa-programa zertaz doan ezta materiala jasotzeko eta entregatzeko jarraitu behar dituzten pausoak (33,35). Horregatik, biztanleriak eskutitzean telefono zenbaki bat edo korreo bat egotea eskatzen du, kolon-ondesteko minbiziaren eta horren baheketa-programaren inguruan informazio gehiago lortzeko eta dituzten zalantzak argitu ahal izateko. Euskal Autonomia Erkidegoak telefono kontaktua du biztanleriaren zalantza guztiak argitzeko eta informazio gehigarria emateko, eta horrek, programan parte-hartzea handitu du (2,35).

Beraz, eskutitzeko informazioa argia izan behar da eta datu-baseetako arazoak identifikatu eta konpondu behar dira, biztanleria guztiek gonbidapen-eskutzita jaso dezaten (30). Horrez gain, telefono kontaktu bat edota web-orriak egotea profesionalak eta pazienteak kontaktuan jar daitezten, baheketa-programetan parte-hartzea handiagotu dezake (37).

Azkenik, biztanleriak osasun sistemarekiko duen konfiantzak eragina du parte-hartzean. Egiaztatu da esperientzia onak izan dituzten biztanleriak txarrak izan dituztenak baino parte-hartze handiagoa dutela (37).

Osasun profesionalekin erlazionatutako faktoreak

Osasun profesionalen inplikazioa erabakigarria izan daiteke biztanleriak programan parte hartzeko (5,19,30,33,34,36,37). Espainiako biztanleriak osasun profesionalekiko

konfiantza duela aipatzen du, bai gaixotasunen diagnostikorako eta tratamendurako, baita ere informazioa lortzeko eta aholkuak jasotzeko. Gertutasuna adierazten dute lehen atentzio mailako medikuarekin eta erizainarekin eta horiengana jotzen dute zalantzak dituztenean edo aholkuak jaso nahi dituztenean. Baheketa-programan parte hartzeko gomendatzen dietenean, biztanleriaren parte-hartzea handiagotzen dela egiaztatu da (5,19,31).

Profesionalen eta horien kupoko pazienteen arteko erlazioa aprobetxatu behar da, kolon-ondesteko baheketa-programan biztanleriaren parte-hartzea handitzeko (31). Horretarako, profesionalak formatu behar dira baheketaren inguruan biztanleriari informazio eta aholku egokiak eman ahal izateko (34). Erizainen inplikazioa ezinbestekoa bila daiteke; izan ere, hezkuntza lanetan gehien diharduten profesionalak dira (5,20,32).

Banakako faktoreak

Kolon-ondesteko minbiziarekiko ezaqupenak eta sinesmenak

Espainiako biztanleriak kolon-ondesteko minbiziarekiko eta baheketarekiko duen ezaqutza-maila baxua da eta horrela frogatu zen AECCK egindako inkesta batean (3,38) (ikus 14-17. eranskinak).

Biztanleriaren %25ek, soilik, kolon-ondesteko minbizia Espainian intzidentzia handiena duen minbizia kontsideratzen dute. Orokorrean, laugarren posizioan kokatzen dute prostatako, birikako eta bularreko minbizien atzetik. Gainera, gehienek ez dute kezkarik etorkizun batean kolon-ondesteko minbizia izateko. Biztanleriaren %11ri soilik arduratzen die etorkizun batean minbizi hori izatea eta %6ak soilik pentsatzen du etorkizunean paira dezakeela (30,33,35,37,38). Emakumeek bularreko minbizia izateko posibilitate gehiago dituztela pentsatzen dute eta gizonek, berriz, prostatako minbizia (35).

Etorkizunean kolon-ondesteko minbizia izateko probabilitate gutxi dutela pentsatzeak, baheketa-programan gutxiago parte hartzera eramaten die (30,33-35).

Kolon-ondesteko minbiziaren sintomak eta zeinuak zeintzuk diren ez dituzte ondo ezaqutzen. Egia da, gehienek, minbizi hori gorozkietan odola agertzearekin, beherakoarekin eta idorreriarekin erlazionatzen dutela (31). Biztanleriaren erdiek, kolon-ondesteko minbizia izateko sintomak izan behar dituztela pentsatzen dute, eta sintomarik ez izateak programan ez sartzera eramaten die (34,35).

Kolon-ondesteko baheketa-programei dagokionez, %8ek baieztatzen du bere komunitatean programa ezarrita dagoela eta %50ek guztiz ezezagutzen du. Horrez gain, %61k ez daki baheketa-programako probak zeintzuk diren: kolonoskopia egiten dela pentsatzen dute %87ek eta gorozkietan ezkutatutako odola detektatzeko proba, berriz, %30ek (38).

Baheketa-programa eta horren onurak ezagutzen dituztenek programan parte hartzeko posibilitate gehiago dituzte (31,34). Bestetik, baheketa-probetako bat kolonoskopia izatea programan parte hartzeko barrera izaten da, deserosoa eta mingarria den proba baita (20,30,33,35,37).

Espainiako biztanleriari egindako inkesten arabera, kolon-ondesteko minbiziaren eta baheketaren inguruan informazio gehiago izatea nahi dute. Gainera, gehienek, kolon-ondesteko baheketa-programan parte hartuko zuten. Baheketa osasunarentzat onuragarria izan daitekeen programa delako; izan ere, kolon-ondesteko minbizia goiz detektatuz gero tratamendua efektiboagoa da. Horregatik, biztanleriak gorozkietan ezkutatutako odola detektatzeko proba eta kolonoskopia egiteko asmoa adierazten du.

Behin gonbidapen-eskutzita jaso dutenen artean, programan parte hartzeko asmoa altua da, Otik 10rako rankinean 7,2ko batz-besteko asmoa izanda. Baina asmoa izateak ez du esan nahi baheketa-programan parte hartuko dutenik (31,34,38).

Sexua

Emakumeek kolon-ondesteko baheketa-programan parte-hartze handiagoa dute, biztanleria dianaren adin-talde guztietan (5,11,14,15,17-19,28,30,31,33-35,37). Gizonezkoek, berriz, gorozkietan ezkutatutako odola detektatzeko proban positibo gehiago izaten dituzte, eta ondoren, adenoma eta kolon-ondesteko minbizi gehiago diagnostikatzen zaie (5,14,18,22).

Emakumearen parte-hartze handiak erlazionatuta egon daiteke emakumeek beste prebentzio-programetan parte hartzen dutelako; hain zuzen ere, bularreko minbizia eta zerbixeko minbizia goiz detektatzeko programetan (5,14,28,34,35). Horrez gain, emakumeek kontzientzia handiagoa dute norbere burua eta ingurukoak zaintzeko eta hori erlazionatuta dago osasun prebentzioetan parte-hartze handiagoa izatearekin (5,33,35).

Emakumeek parte hartzen ez dutenean erabiltzen diren proben ezaugarriekin erlazionatzen dute arrazoia. Gorozkietan ezkutatutako odola detektatzeko proba eta kolonoskopia proba egiteko lotsa sentitzen dute (6,30). Kolonoskopia deserosoa eta desatsegina den proba iruditzen zaie eta mingarria izan daitekeena. Beraz,

kolonoskopia lasaigarriekin egitea bermatu behar zaie (6,30,31,35). Horrez gain, minbizia diagnostikatzeko beldurra izaten dute. Azken sentimendu hori ez da gizonezkoetan aurkitu eta emakumeetan aurkitzeak harritu egiten du; izan ere, emakumeek betidanik zaintzailearen rola izan dute (31).

Parte hartzen ez duten gizonezkoek gehienetan denbora faltagatik izaten da, baita ere norbere osasunarekiko interes gutxiago dutelako eta minbiziarekiko ez direlako sentikorrak (6,30,35). Hala ere, azken urteetan, gizonek bere gorputza zaintzen eta prebentzio ohiturak hartzen hasi dira (31). Bestetik, kolonoskopia proba egiteko beldurra izaten dute, baina proba honetan emakumeek baino parte-hartze handiagoa dute (33,35).

Adina

Kolon-ondesteko baheketa-programan gehien parte hartzen duen adin-tartea 60 eta 69 urte bitartekoa da. Nagusiek gazteek baino sentiberagoak sentitzen dira minbizia pairatzeko (11,17,18,31,33-35). Gainera, adin-tarte horretan detekzio gehiago ematen dira bai emakumeetan bai gizonetan, baina gizonetan gehiago (4,5,14,28).

Faktore sozialak

Faktore sozialek gizabanakoaren osasunean paper garrantzitsua betetzen dute. Faktore sozialen artean gizabanakoaren familia, erlazio sozialak, klase sozioekonomikoa eta ikaskuntza-maila sartzen dira.

- Familia

Baheketa-programan parte hartzeko erabakia hartzean familiak eragin zuzena izan dezake. Familiari aholkua eskatzen zaionean parte-hartzea handiagoa izaten da eta seme-alabak dira influentzia handien duten familiako kideak, beraien ikaskuntza-maila altuagoa baita (34).

Bikotea duten gizabanakoek bikotea ez duten gizabanakoek baino parte-hartze handiagoa dute. Gainera, bikotearekin batera gonbidatzen zaienean parte-hartzea handiagoa dela egiaztatu da. Izan ere, gehienetan, emakumea da bere gizonari parte hartzera behartzen diona eta emakumeak parte hartzen badu gizonak ere parte hartzen du (19,35,36).

- Erlazio sozialak eta ingurunea

Sare sozialak eragin handia dute programan parte hartzeko erabakia hartzean. Ingurukoek prebentziozko jokoerak eta osasun promoziorako aktibitate gehiago izaten

dituztenean, probabilitate gehiago daude baheketan parte hartzeko. Beraz, integrazio soziala parte-hartze positiboarekin erlazionatu da (35).

Euskal Autonomia Erkidegoan eta Galizian kolon-ondesteko minbiziaren hilkortasun-tasa beste komunitateekin alderatuta handiagoa denez, komunitate horietako biztanleriak alde aurretiko joera izaten dute programan parte hartzeko (24,25).

- Klase sozioekonomikoa

Klase sozioekonomikoa biztanleriaren parte-hartzean eragin handienetarikoa duen faktorea da, parte-hartzean %30ko diferentzia egon daiteke maila altua eta baxua dutenen artean (3,36).

Ikerketa batzuek diotenez, zenbat eta maila sozioekonomiko baxuagoa izan gero eta parte-hartzea baxuagoa da, kolon-ondesteko minbiziarekiko eta baheketarekiko ezagupen gutxiago dituztelako eta arazo gehiago izaten dituztelako gonbidapen-eskutzitza ulertzeko (31,33,35).

Maila sozioekonomiko altuko gizabanakoek, gizonezkoek gehienbat, probabilitate gehiago dituzte baheketan ez parte hartzeko denbora falta dela eta. Maila sozioekonomiko baxuko emakumeek, berriz, probabilitate gehiago dituzte baheketan ez parte hartzeko probak egiteko lotsa sentitzen dutelako (30).

- Ikaskuntza-maila

Zenbat eta ikaskuntza-maila altuagoa izan baheketa-programaren parte-hartzea handiagoa izango da. Beraz, soilik ikaskuntza primarioak dituztenak baino parte-hartze handiagoa dute ikaskuntza unibertsitarioak dituztenak (34,36).

Kolon-ondesteko baheketa-programan parte hartzeko egon daitezkeen faktore guztiak ikertuta, ondorengo gizabanakoak dira horrelako programetan parte hartzen dutenak: 60 urte baino gehiagoko emakumeak, maila sozioekonomiko eta ikaskuntza-maila altua dutenak eta bikotekidea dutenak.

4.5. ERIZAINAREN ROLA KOLON-ONDESTKO MINBIZIAREN BAHEKETA-PROGRAMAN BIZTANLERIA DIANAREN PARTE-HARTZEA SUSTATZEKO

Ikusi denez, Espainiako komunitateetan kolon-ondesteko baheketa-programaren parte-hartzeak ez ditu Europar Batasuneko gomendioak betetzen (12,18). Espainiako batzbesteko partehartze-tasa %52koa da eta Euskal Autonomia Erkidegoa da %65era iristen den komunitate bakarra (9,31,33).

Alde batetik, Espainiako biztanleriak kolon-ondesteko minbiziarekiko eta baheketarekiko duen ezagupen-maila oso baxua da. Kolon-ondesteko minbiziak duen intzidentzia-tasa altua ez ezagutzeak, ez minbiziak dituen sintomak ez zeinuak, ez baheketa-programa, ezta baheketa-programako probak, ez parte hartzera eramaten ditu (30,31,33-35,37,38).

Bestetik, Espainiako biztanleriak lehen atentzio mailako medikuarekiko eta erizainarekiko konfiantza erakusten du. Horiengana jotzen dute informazioa lortu nahi dutenean edo osasunarekiko aholkuak jaso nahi dituztenean. Beraz, profesionalen eta pazienteen arteko erlazio hori aprobetxatu beharra dago biztanleriaren parte-hartzea sustatzeko kolon-ondesteko minbiziaren baheketa-programan. Gainera, egiaztatu da osasun profesionalen inplikazioa ematen denean biztanleriaren parte-hartzea handiagoa dela (5,20,30,31,33,34,36,37).

Lehen atentzio mailako osasun profesionalen artean erizainak paper garrantzitsua bete dezake biztanleriaren parte-hartzea sustatzen. Izan ere, hezkuntza arloetan denbora gehien diharduten profesionalak dira (5,7,20,32).

Erizaintzaren ikasketak Espainian 1978. urtean unibertsitatean sartu ziren eta hori inflexio-puntu garrantzitsua izan zen erizain diziplinarentzako. Alma Altako deklarazioarekin eta lehen atentzio mailako erreformekin batera eman zen ikasketen sarrera unibertsitatean, eta horrek, ikasketa-planean ondorengo aspektuak barneratzera bideratu zuen: osasun promozioa, gaixotasunen prebentzioa, osasun hezkuntza, parte-hartze komunitarioa eta osasun programak. Aspektu horiek Erizaintza komunitarioko, Osasun publikoko eta Interbentzio komunitarioko materietan barneratu ziren (7).

Erizaintzako ikasketa-planean aspektu horiek lantzeak, erizainei prebentzio munduan lan egiteko gaitasuna eman die. Gainera, lehen atentzio mailako erreformekin erizaintzako kontsultak sortu ziren, non erizainek komunitatearekin osasun arloak landu ahal dituzten.

Horrez gain, kolon-ondesteko baheketa-programa gradu ondorengo ikasketetan lantzen da, hala nola, graduondoko ikastaroetan, masterretan eta erizain familiar eta komunitarioko espezialitatean (7).

Beraz, erizainek osasun profesional kualifikatuak dira kolon-ondesteko minbizia ekiditeko bizi-estilo osasungarriak sustatzen, baita ere baheketa-programan parte-hartzea sustatzeko eta baheketan zehar gizabanakoen jarraipena egiteko (7,14,20).

Lehen atentzio mailako erizaintzako kontsultetan prebentzio primarioari buruz hitz egiten da. Prebentzio primarioa bizi-estilo osasungarriak sustatzean datza, haur-etapatik heldu-etapara. Gizabanakoek dituzten bizi-estiloak aldatzen edo indartzen dira, era indibidualean edo kolektiboan, etorkizunean gaixotasunak ekiditeko. Horrela, gizabanakoek prebentziozko jarrera barneratzen badute, etorkizunean kolon-ondesteko minbizia pairatzeko posibilitate gutxiago izango dituzte.

Nahiz eta gaur egun, kolon-ondesteko baheketa-programaren ezarpenarekin gaixotasunaren prebentzio sekundarioa lantzen den, prebentzio primarioa lantzen jarraitu behar da (7).

Espainiako komunitateetan egindako inkestetan lehen atentzio mailako erizainek kolon-ondesteko baheketa-programan parte-hartzea ez dutela asko gomendatzen antzeman da (20,32). 2010. urtean Bartzelonan eta Balearretan egindako inkesta batean erizainen %14,3ak soilik gomendatzen zuen prebentziozko aktibitate horretan parte-hartzea (32). Izan ere, azken inkesta horretan eta Espainiako beste komunitate batzuetan egindako inkestetan, erizainek baheketaren inguruan ezagupenak handitu behar dituztela adierazten dute eta hori izaten da ez gomendatzera eramaten dien arrazoi nagusia (5,20,32).

Espainiako erizainek kolon-ondesteko baheketa-programaren zirkuituak eta prozedurak ondo ezagutzea beharrezkoa izan behar da biztanleriari informazio egokia eman ahal izateko, eta horrela, biztanleriaren parte-hartzea sustatzeko (20,32). Funtsezkoa da erizainen ezagupenak handitzea eta eguneratzea eta horretarako formazio kurtso espezifikoak jaso behar dituzte. Erizainek bilera zientifikoetan, formazio kurtsoetan, osasun zentroetako saio klinikoetan parte hartu behar dute, eta ez erizainek bakarrik, baizik eta osasun profesional guztiek (5,7,14,34).

Formazio egokia jasotzeaz gain, erizainek baheketa-programan duten papera espezifikatu behar da. Erizainen zereginetako bat kolon-ondesteko minbiziaren eta baheketa-programaren inguruan informazioa ematea eta biztanleriaren parte-hartzea sustatzea izan behar da eta informazioa ematea ez da boluntarioa izan behar. Instituzio sanitarioek zeregin hori adierazi behar diete erizainei eta horrela erizain komunitarioaren bidez, programaren estaldura bermatu ahal izango da (7).

Kolon-ondesteko baheketa-programa, hasieran esan bezala, biztanleriari ez parte hartzera eramaten dien faktore nagusietako bat kolon-ondesteko minbiziarekiko ezagupen-maila baxua izatea da. Hori jakinda, erizain komunitarioek gaixotasun horrekiko informazioa eta aholkuak eman behar dizkie, baita ere baheketa-

programaren onurak eta erabiltzen diren probak azaldu (7,30,34). Gizonei aktibitate prebentiboen garrantzia azpimarratu behar zaie eta emakumeei, berriz, proben ezaugarrien inguruan azalpenak eman behar zaizkie. Horrela, biztanleria baheketan parte hartzeko motiba daiteke eta erabaki informatua har dezakete (5,30,35).

Erizain komunitario bakoitzak gizabanakoen kopuru bat du esleituta. Erizainek bere kupoko gizabanakoekin gertutasuna dute, eta beraz, esleipen erlazio hori aprobetxatu behar da gizabanakoak informatu eta kaptatu ahal izateko (7). Horrek, erizain bakoitzari astean paziente bakarraren edo biren karga asistentziala suposatzen dio (26). Gainera, baheketa-programan sartzeko irisgarritasuna eta erraztasuna funtsezkoa da parte hartzeko eta erizain komunitarioarekin bermatuta geratzen da (7).

Kolon-ondesteko minbiziaren inguruan informatzeaz gain eta programan sartzeko motibatzeaz gain, gizabanakoek dituzten beste osasun arazo espezifikoek kaptazioa egin dezakete eta prebentzio-neurri berriak har ditzaten lagundu ahal zaie. Hori, biztanleri guztiarentzat osasun arlo guztietan onuragarria bila daiteke epe ertainera edo luzera (7).

Kantabriako, Asturiaseko eta Errioxako komunitateetan erizainaren papera baheketa-programaren hasieratik dago. Komunitate horietan, erizainek kolon-ondesteko minbiziaren baheketa-programan sartzeko kanporatze- zein barneratze-irizpideak identifikatzen dituzte gizabanakoetan. Kanporatze-irizpideak dituzten gizabanakoak lehen atentzio mailako medikura bideratzen dituzte eta barneratze-irizpideak dituztenei, berriz, baheketa-programaren inguruko informazioa ematen diete eta parte hartzera motibatzen dituzte (19,24-26).

Egiaztatu da erizainen inplikazioak lagundu egiten duela baheketa-proba egitean, emaitza jasotzean, gizabanakoaren segimendua egitean emaitza negatiboa izan denean eta kolonoskopia proba egiteko kolonaren prestaketa egokian emaitza positiboa izan denean (7).

Komunitate batzuetan erizaina da gorozkietan ezkutatutako odola detektatzeko probaren emaitza positiboa komunikatzeaz arduratzen dena (16). EAEn lehen atentzio mailako medikua da emaitza komunikatzen diona, baina kolonoskopia egiteko kolonaren prestaketaz informatzeaz erizaina arduratzen da (2,15,18).

Emaitza positiboa den kasuetan, kolonoskopia egitea gomendatzen zaie, baldin eta norbere lehen atentzio mailako medikuaren arabera kontraindikaziorik ez badago. Erizaina arduratzen da kolonoskopia proba egiteko kolonaren prestaketa nolakoa izan behar den azaltzeaz. Erizainak informazio pertsonalizatua ematen die, zalantzak argitu

eta egin beharreko prestaketa azalduko die, norberaren hesteetako erritmoaren arabera edota elikagaien gustuen arabera eta kolonoskopiaren hitzordua zein ordutan den kontuan hartuta (2).

Erizainen kontsultan kolonoskopia proba egiteko prestaketa lantzen hasi denetik, gizabanako gutxiago daude kolonoskopia errepikatu behar dutenak koloneko prestaketa txarratik. Euskal Autonomia Erkidegoan biztanleriaren %25ak izaten zuen koloneko garbiketa txarra eta erizainaren heziketarekin hasi zirenetik, soilik, %6-8ak du koloneko garbiketa txarra (7).

Ikusi denez, erizainek prebentzio programen sustatzaile eta bultzatzaile bezala, gizabanakoen parte-hartzea sustatu eta kolonoskopia proba egiteko koloneko prestaketa egokia izan dezaten lor dezakete (7). Horretara iristeko formazio kurtsu espezifikoak jaso behar dituzte, baheketa-programaren zirkuituak eta prozedurak hobeto ezagutu ditzaten eta euren zereginetako bat bere kupoko gizabanako guztiei kolon-ondesteko minbiziaren inguruko prebentzio primarioari eta sekundarioari buruz hitz egitea izan behar da (5,7,14,20,32).

5. EZTABAIDA

Kolon-ondesteko minbiziaren baheketa-programaren ezarpena Espainian erlatiboki nahiko berria dela esan daiteke. Izan ere, 2000. urtean Katalunia izan zen baheketaren programa pilotua martxan jartzen hasi zen lehenengo komunitatea. Ondoren, Espainiako beste komunitateetan era ezartzen hasi zen. Zabalketa hori Osasun Sistema Nazionalari esker eman zen, 2009. urtean komunitate guztietan estrategia hori martxan jartzeko konpromisoa hartu baitzuen (3,5-9,11,14-19). Minbiziaren baheketa-programa ezarri duten azken komunitateak Asturias eta Extremadura izan dira, 2015. eta 2016. urtean hurrenez hurren (9).

Ikus daiteke, Espainiako komunitateetan baheketa-programaren implementazioa azken urteetan eman dela eta horrek ulertarazi dezake, Espainiako beste baheketa-programekin alderatuta, kolon-ondesteko minbiziaren baheketak biztanleriaren parte-hartze baxua izatea eta biztanleriak horrekiko duen ezagupena urria izatea (14).

Errebisio bibliografiko honetan erabilitako artikuluek bat datoz esatean baheketa-programak arrakasta izateko biztanleria dianaren parte-hartzea beharrezkoa dela, eta beraz, ezinbestekoa dela hori handitzea (3,5,14,20,28,31,32). Horretarako, artikuluek diotenez, garrantzitsua da biztanleria informatzea eta kontzientziaztea kolon-ondesteko minbiziaren inguruan, bai osasun heziketaren bai dibulgaziozko kanpainen bidez

(3,14). Hala ere, baheketa-programaren zabalketak ere, biztanleriak minbizi horrekiko eta baheketarekiko informazio gehiago izatea eragingo duela aitortzen dute (3).

Behin biztanleriak kolon-ondesteko minbiziak duen intzidentziaz eta baheketak duen onuraz jabetzean, biztanleria dianaren parte-hartzea handituko da. Ondoren, denboran zehar biztanleriaren partizipazioa mantenduta, etorkizunean baheketak duen onurak antzemango dira; hau da, kolon-ondesteko minbiziaren intzidentzia- bai hilkortasun-tasa murriztea lortuko da (22,28,29).

Biztanleriak programan parte hartzeko dituen erraztasun eta oztopoen inguruan hainbat artikulua aurkitu dira. Nahiz artikulua bakoitzean faktore desberdinak eta faktoreen arteko erlazio desberdina aztertu, orokorrean denek bat egiten dute erraztasunak eta oztopoak identifikatzean. Laburbilduta eta antolatuta, errebisio bibliografiko honetan hiru multzotan banatzen dira: programaren antolakuntza, osasun profesionalekin erlazioatutako faktoreak eta banakako faktoreak.

Aipatu beharra dago, Espainiako komunitate guztietan ez direla faktore horiek aztertzen dituzten ikerketak egin. Eta horrek zerikusia izan dezake komunitate batzuetan oraindik baheketa-programa guztiz ezarrita eta zabalduta ez dagoelako. Ikerketa gehien egin dituzten komunitateak eta errebisio honetarako kontuan hartu direnak ondorengoak izan dira: Euskal Autonomia Erkidegoa (15,18,33), Katalunia (11,17,31,34,37), Valentzia (14,35), Kantabria (19,26) eta Gaztela eta Leon (28).

Biztanleriaren parte-hartzean eragina duten faktoreetatik hiru dira aipagarrienak, ondorengo paragrafoetan azaltzen direnak.

Hasteko, Espainiako komunitateetan biztanleriaren sexua eta adina partizipazioarekin zerikusia dute eta artikulua guztiek bat egiten dute horrekin. Sexuari dagokionez, emakumeak dira parte-hartze altuagoa dutenak (5,11,14,15,17-19,28,30,31,33-35,37), baina gizonezkoek adenoma eta minbizi gehiago diagnostikatzen zaie (5,14,18,22). Gainera, orokorrean, emakumeak parte hartzen ez dutenean lotsari atxikitzen diote arrazoia (6,30) eta gizonezkoek, berriz, denbora faltari (6,30,35). Adinari dagokionez, berriz, adin-tarte altuagoa dutenak dira parte-hartze handiagoa dutenak (11,17,18,31,32,34,35).

Baheketa-programan erabiltzen den lehenengo proba gorozkietan ezkutatutako odola detektatzeko testa da. Horren inguruko artikulua asko aurkitu dira, non horien inguruko ikerketak egin diren eta guztietan emaitza berdinak aurkitu diren. Hasieran, programa pilotuetan test biokimikoak erabiltzen hasi ziren (11,12,14,30) eta, ondoren, Europar

Batasunak eta Osasun Sistema Nazionalak gomendatuta, test immunologikoak (2-4,6,12-18,20).

Test immunologikoek test biokimikoekin konparatuta, sentsibilitate eta espezifikotasun altuagoa dute (4,11,15,18,19,21,22,26). Egia da biokimikoek lau entsegu klinikoetan frogatuak izan diren bitartean (3,4,21,22,26), test immunologikoek ez direla entsegu klinikoetan egiaztatu. Baina zeharkako ebidentzia zientifikoak daude non horien erabilera gomendatzen duten (3). Gainera, egiaztatuta dago test immunologikoen erabilerak biztanleriaren parte-hartzea handitzen dutela kolon-ondesteko minbiziaren baheketa-programan; izan ere, errazagoak eta erosoagoak dira (11,12,17,22). Aipatzekoa da ere, biztanleriak kolonoskopiarekiko duen parte-hartzea altua dela. Gorozkietan ezkutatutako odolaren testak positiboa ematen duenean, Espainiako komunitate guztietan biztanleriak kolonoskopia egitea onartzen du %90-95en kasuetan (4,14,15,20,26,28). Nahiz eta hasieran kolonoskopia programan parte hartzeko barrera bezala identifikatua izan den (20,30,33,35,37).

Azkenik, errebisioan erabilitako artikuluek bat egiten dute esatean lehen arreta mailako osasun profesionalak baheketa-programan inplikatzeko direnean biztanleriaren motibazioa piztea lortzen dela (5,18,19,30,31,33,34,36,37). Biztanleriak osasun profesionalerikiko konfiantza dute eta osasun profesionalak biztanlerian eragina dute osasun arloen inguruan erabakiak hartzean. Beraz, egoera pribilegiatuan aurkitzen direla esan daiteke biztanleria informatzeko eta aholkatzeko (5,20).

Erizainak kolon-ondesteko minbiziaren baheketa-programan biztanleriaren parte-hartzean duen rola aztertzean bibliografia eskasa aurkitu da. Ez da artikulurik aurkitu non erizainaren papera zehaztuta dagoen biztanleriaren parte-hartzea handitzeko baheketa-programan. Egia da, artikuluek erizainari aipamena egiten diotela esatean bere papera ezinbestekoa bilaka daitekeela parte-hartzea sustatzeko (5,7,14,20,26,32). Horietan, kualifikatuak daudela eta heziketa arloetan gehien diharduten osasun profesionalak direla atxikitzen dute (5,7,20,32).

Komunitate batzuetako baheketa-programetan erizainaren rola agertzen da eta horietan, erizainak duen papera zehaztuta dago. Hala dira Kantabriako, Asturiaseko eta Errioxako komunitateak, adibidez. Horietan, erizain komunitarioek biztanleriaren anamnesia egiten dute eta programan parte hartzeko bazterte- zein kanporatze-irizpideak aztertzen dituzte. Bazterte-irizpideak betetzen dituztenean, baheketaren inguruan informazioa eta gorozkietan ezkutatutako odola detektatzeko proba egitea gomendatzen die (19,24-26).

Erizainak biztanleriaren parte-hartzea sustatzeari dagokionez, Balearretan eta Bartzelonan ikerketa bat egin zen non erizainek baheketa-programa zenbateko frekuentziarekin gomendatzen zuten baloratzeko (32). Ikerketan, egiaztatu zen, erizainen portzentaje baxu batek gomendatzen duela eta horren arrazoia gehienetan, baheketaren zirkuituak zein prozedimenduak ezagutzen ez dituztelako izaten da (20,32). Horregatik, erizainek horrekiko ezagupenak handitzeko formazioa jasotzea eskatzen dute (5,20,32).

Bestetik, *Alianza para la prevención del cáncer de colon* Espainiako entitate boluntarioak egindako bilera batean erizainek baheketan bete dezaketen paperaren inguruan hitz egin zuten. Bilera horretan, argi geratu zen, erizainaren rola baheketan sartuta biztanleria dianaren parte-hartzea bultzatu eta sustatuko dela. Horrez gain, gorozkietan ezkutaturako odola detektatzeko testa negatiboa izanez gero, gizabanakoen aldizkako jarraikortasuna ziurtatuko da eta positiboaren kasuan, kolonoskopia proba egiteko gizabanakoaren prestaketa hobea lortuko da (7).

Gainera, bileran erizainek kargu hori hartzeko prest daudela aipatzen da; baina horretarako, ezinbestekoa dela programan duten erresponzabilitatea esplizitatzea (7).

Laburbilduz, kolon-ondesteko minbiziaren baheketa-programak arrakasta izateko eta horrek duen helburua lortzeko gakoa biztanleriaren parte-hartzea da. Horretarako, artikuluko guztiek diotenez, biztanleria kontzientziatu eta sentsibilizatu behar da osasun profesionalen eskutik; batez ere, erizainen eskutik. Hala ere, lehenengo, osasun profesionalak hezitu eta bakoitzak programan duen papera esplizitatu beharra dago.

6. ONDORIOAK

Kolon-ondesteko minbiziaren baheketa-programari esker, gaixotasuna goiz detekta daiteke, eta horrela, horren intzidentzia- bai hilkortasun-tasa murri daiteke. Espainiako Osasun Sistema Nazionalako Minbiziaren aurkako estrategiak, Europar Batasuneko gomendioak jarraituta, baheketa-programa 50 eta 69 urte bitarteko emakumeei eta gizonei bideratzea gomendatzen du. Adinaz gain, gaixotasunarekin erlazionatuta dagoen arrisku-faktorarik ez dutenei. Hasierako proba, gorozkietan ezkutaturako odola detektatzeko testa da. Emaitza negatiboa denean, testa bi urtera errepikatzen delarik eta positiboa denean, berriz, kolonoskopia egitea gomendatzen delarik. Azken honen emaitzaren arabera, gizabanakoari jarraipen desberdina egiten zaio.

Espainiako komunitate bakoitzak urte desberdinean eman du programaren ezarpena eta era desberdinean du antolatuta. Gehienek 50 eta 69 urte bitarteko biztanleriari eskaintzen diote eta test immunologiko kuantitatiboa erabiltzen dute. Komunitate

guztietan gonbidapena korreo postalez egiten da, baina biztanleriaren datuak lortzeko datu-base desberdinak erabiltzen dituzte eta testa egiteko materialaren jasoketa hiru era desberdin aurkitzen dira. Gehien erabiltzen den datu-basea osasun txartela da eta materiala jasotzeko gehien erabiltzen den era osasun zentroan nahiz farmazian hartzen dena da. Eraitzen komunikazioan ere desberdintasunak daude, komunitate gehienetan lehen arreta mailako medikua arduratzen da testa positiboa izan dela komunikatzeaz.

Baheketa-programan biztanleriak parte hartzeko dituen erraztasunak eta oztopoak hiru multzotan bana daitezke, hala nola, baheketa-programaren antolakuntza, osasun profesionalekin erlazionatutako faktoreak eta banakako faktoreak (kolon-ondesteko minbiziaren eta baheketaren inguruko ezagupen-maila, sexua, adina eta faktore sozialak).

Erizainak osasun profesional kualifikatuak dira bizi-estilo osasungarriak sustatzeko, baita ere biztanleriaren ezagutza-mailak handitzeko kolon-ondesteko minbiziaren eta baheketaren inguruan eta horien parte-hartzea baheketan sustatzeko. Hori lortu ahal izateko formazio kurtso espezifikoak jaso behar dituzte programaren zirkuituak eta prozedurak hobeto ezagutu ahal izateko. Gainera, baheketaren inguruan gomendatzea eta hezitzea euren zereginetako bat bezala finkatu behar da. Horrela, erizainen inplikazioarekin parte-hartzea handituko da eta hori egiaztatua izan da.

7. GOGOETAK ETA NORBERAREN EKARPENAK

Errebisio bibliografiko honekin ondorio nagusi batera heldu naiz: Espainiako biztanleriak kolon-ondesteko minbiziarekiko eta baheketarekiko heziketa beharra du.

Kolon-ondesteko minbiziak Espainian duen intzidentzia- eta hilkortasun-tasa hain altua dela ezagututa, zaila da ulertzea biztanleriak minbizi horrekiko sentikorrak ez sentitzea eta beste osasun arloei lehentasun handiagoa ematea. Argi dagoena da, biztanleriaren ezagutzan hutsune handia dagoela eta hori betetzeko heziketa beharra dagoela.

Eta osasun heziketa erizainaren eskutik baino hobeto nondik jaso dezakete? Erizainek osasun profesional kualifikatuak dira hezkuntza arloetan iharduteko eta horien roletako bat rol hezitzailea da. Gainera, biztanleriarekin gertutasuna dute eta biztanleriak haiekiko konfiantza handia dutela egiaztatuta dago.

Biztanleriarekin gertutasun eta horiekin kontaktuan jartzeko erraztasun eta irisgarritasun handien duten erizainak lehen arreta mailako erizainak dira. Ondorioz, lehen arreta mailako erizainak dira kolon-ondesteko minbiziarekiko eta baheketarekiko inguruan biztanleria heitzeko osasun profesional aipospenak.

Osasun zentroetan jarduten duten erizainen zereginetako bat biztanleria haurtzarotik zahartzarora hezitzea da, bizi-estilo osasungarriak har ditzaten eta norbere osasuna sustatu eta zaindu dezaten. Gizabanakoek jokaera osasungarriak bereganatzen badituzte eta norbere osasunaz arduratzen badira, gaixotasun asko ekiditea lortuko dute eta, ondorioz, bizi-kalitate hobea izango dute. Lanaren harira, etorkizunean kolon-ondesteko minbizia pairatzeko probabilitate gutxiago izango dute.

Horrez gain, lehen arreta mailako erizainek kolon-ondesteko minbiziaren eta baheketaren inguruan informatu behar dute biztanleria. Kolon-ondesteko minbiziak duen intzidentziaz jabetu, bai baheketa zertan datzan, bai zer proba egiten diren, baita ere horren helburu nagusia zein den azaldu eta azpimarratu behar zaie. Horrela, Espainiako biztanleriak horren inguruan duen ezagupenen hutsunea betetzea lortuko du eta seguruenik, baheketa-programan parte hartzera motibatuko dituzte.

Azken gai horiek, baheketa-programan sartzeaz dauden biztanleriarekin jorratzea izango litzateke aproposena. Beraz, lehen arreta mailako erizainek bere kupoko biztanleria hezitu behar dute; heziketa era indibidualean bai era kolektiboan izan daiteke, gizabanakoa erizain kontsultan dagoela aprobetxatuz bai heziketarako zitatuz.

Gainera, erizainek prestutasuna erakutsi behar dute, gizabanakoek edozein zalantza dutela edo kolon-ondesteko minbiziarekiko zein baheketarekiko informazio gehiago nahi dutela zita telefonikoa nahiz presentziala har dezaketela esanez.

Ikusi denez, lehen arreta mailako erizainen esku-hartzearekin biztanleriaren parte-hartzea baheketa-programan bermatuko da. Horretarako, erizainek eman beharreko heziketa eta biztanleria motibatzea boluntarioa izan ez dadin, erizainek baheketan duten papera zehaztu behar da eta beraien zereginetako bat hori izatea finkatu.

Erizainen esku-hartzearen gain, biztanleria dianara iristeko beste baliabide bat eta informazio gehigarria izan daitekeena, sentsibilizazio-kanpainak egitea da. Kanpaina horien mezu nagusia baheketa-programari esker minbiziaren detekzio goiztiarra egin daitekeela izan behar da eta, ondoren, minbiziaren tratamendua eraginkorragoa izango dela; izan ere, biztanleriak garrantzia handia ematen dio horri. Sentsibilizazio-kanpainen bitartez, Espainiako biztanleria kolon-ondesteko minbiziaren inguruan sentsibilizatzea eta horrek duen intzidentziaz kontzientziaztea lortuko da, gizabanakoen jarreran eta jokaeretan aldaketa sustatuz.

Gainera, autoritate sanitarioek nor bere gain hartu behar dute minbiziaren inguruan biztanleria informatzea eta ez zeregin hori beste entitate batzuen gain erortzea. Hala

nola, *Alianza para la prevención del cáncer de colon* edo *Asociación Española Contra el Cáncer* Espainiako entitate boluntarioen gain erortzea.

Erizainen esku-hartzeari eta sentsibilizazio-kanpainei esker, argi dago, biztanleria kolon-ondesteko minbiziak duen intzidentziaz eta baheketak duen garrantziaz jabetuko dela, eta horrek baheketan parte hartzera motibatuko dituela.

Baina biztanleria dianaren parte-hartzean eragin zuzena duen faktoreetako bat programaren antolakuntza da. Zenbat eta programak irisgarritasun eta parte hartzeko erraztasun gehiago izan, gero eta biztanleriaren parte-hartzea altuagoa izango da. Beraz, ezinbestekoa da komunitate bakoitzeko baheketa-programaren antolakuntza ere hobetzea.

Espainiako komunitate guztietako programak koordinatuta daude minbizien baheketa-programen sarearen bidez eta urtero, komunitate bakoitzeko programaren arduradunekin bilerak antolatzen dituzte. Bertan programen egoera aztertu eta egindako ikerketa zein hobekuntzak lantzen dira. Hori kontuan hartuta, komunitate bakoitzak beste komunitateetan egiten dena azter dezake eta bere programan martxan jarri biztanleriaren parte-hartzea handitzen duten aspektuak. Beti ere, komunitate bakoitzeko biztanleria aztertuta eta komunitate horretako errekurtsio ekonomikoetara eta sanitarioetara egokituta.

Antolakuntzaren barnean badago hobetu behar den funtsezko arlo bat: biztanleria dianaren estaldura osoa lortzea. Alde batetik, komunitate bakoitzeko biztanleria guztiak eskubidea izan behar du programan parte hartzeko eta ekitatea bermatu behar zaie. Bestetik, gonbidapen-eskutitza denei iristea bermatu behar da. Horretarako, komunitate bakoitzeko arazoak aztertu eta konpondu behar dira, eta datu-baseak errepasatu biztanleria dianaren datuak egokiak izan daitezen. Gainera, eskutiz horietan minbiziarekiko eta baheketarekiko informazio gehiago lortzeko telefono kontaktua edota web-orrialdea egotea premiazkoa izango litzateke.

Ondorioz eta laburbilduz, komunitateetako programen antolakuntza hobetuta, gizabanakoei programan sartzeko erraztasunak jarrita eta lehen arreta mailako erizainek programan duten papera zehaztuta, Espainiako biztanleria kolon-ondesteko minbiziak duen intzidentziaz eta garrantziaz jabetuko da eta baheketa-programan parte hartzeko motibazioa lortuko du. Horrela, kolon-ondesteko minbiziaren intzidentzia- eta hilkortasun-tasa murriztea lortuko da eta biztanleriaren bizi-kalitatea bai bizi-esperantza igoko da.

8. BIBLIOGRAFIA

- (1) Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Las cifras del cáncer en España 2017. Madrid: SEOM; 2017 [kontsulta 2017 otsailak 26]. Eskuragarri: <http://www.seom.org/es/prensa/el-cancer-en-espanyacom/105941-las-cifras-del-cancer-en-espana-2017>
- (2) Portillo I, Idigoras I, Bilbao I, Hurtado JL, Urrejola M, Calvo B, et al. Kolon eta ondesteko minbizia bahetzeko Euskadiko programa. Bilbao: Osakidetza; 2015 [kontsulta 2017 urtarrilak 5]. Eskuragarri: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/deteccion_cancer_colorrectal/eu_def/adjuntos/programa_eus.pdf
- (3) Morillas JD, Castells A, Oriol I, Pastor A, Perez-Segura P, Echevarria JM, et al. Alianza para la Prevención del Cáncer de Colon en España: un compromiso cívico con la sociedad. Gastroenterol. Hepatol. [Internet] 2012 [kontsulta 2017 urtarrilak 5]; 35: 109-128. Eskuragarri: <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-alianza-prevencion-del-cancer-colon-S0210570512000209>
- (4) Castells A. Cribado del cáncer colorrectal. Gastroenterol. Hepatol. [Internet] 2015 September [kontsulta 2017 urtarrilak 5]; 38 (Supl.1): 64-70. Eskuragarri: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210570515300212>
- (5) Benito L, Binefa G, Milà N, Lluch MT, Puig M, Garcia M. Impacto de una intervención informativa sobre el programa de cribado de cáncer colorrectal en profesionales de atención primaria. Enferm. Clin. [Internet] 2015 [kontsulta 2017 urtarrilak 5]; 25: 223-31. Eskuragarri: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-impacto-una-intervencion-informativa-sobre-S1130862115000807>
- (6) Carballo F. Cribado de cáncer de colon y recto: una realidad dinámica. Rev. esp. enferm. dig. [Internet] 2014 [kontsulta 2017 urtarrilak 5]; 106(7): 435-438. Eskuragarri: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082014000700001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- (7) Fernández A, González T, Caballero B, Pastor A, Pérez P, Camacho S, et al. Atención integral en el cribado poblacional del cáncer colorrectal -Implicación de todos los niveles asistenciales. Alianza para la prevención de cáncer de colon; 2012 [kontsulta 2017 urtarrilak 5]. Eskuragarri: https://www.asociaciondeostomizados.com/pdf/documentos/Libro_resumenes-jornada2012_def.pdf

- (8) Salas D. Encuesta de los programas de cribado de CCR 2014. En: XVIII reunión anual, red de cribado de cáncer CCR. Donostia: Red de programas de cribado de cáncer; 2015 [konsulta 2017 urtarrilak 5]. Eskuragarri: <http://www.cribadocancer.es/images/archivos/PAISVASCO2015/situacionccr2014.pdf>
- (9) Perez E. Situación actual del cribado en España: implantación e indicadores. En: XIX reunión anual, red de cribado de cáncer CCR. Lanzarote: Red de programas de cribado de cáncer; 2016 [konsulta 2017 urtarrilak 5]. Eskuragarri: http://www.cribadocancer.es/images/archivos/06_IndicadoresCCR.pdf
- (10) Diez E. La AECC pide acelerar los plazos de implantación de programas de cribado para disminuir muertes evitables por cáncer de colon. AECC. En prensa 2016 [konsulta 2017 urtarrilak 5]. Eskuragarri: https://www.aecc.es/Comunicacion/NotasdePrensa/Documents/2016/NP_Colon.pdf
- (11) Garcia M, Binefa G, Milá N, Rodriguez F, Gonzalo N, Muñoz C, et al. Evaluación de dos estrategias de cribado de cáncer colorrectal: test inmunológico versus test bioquímico. Cataluña, 2008-2010. Rev Esp Salud Pública [Internet] 2011 [konsulta 2017 otsailak 27]; 85: 593-602. Eskuragarri: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000600008
- (12) Grau J, Serradesaferm A, Polbach S, L. Garcia-Basteiro A, Trilla A, Castells A. Programas de cribado del cáncer colorrectal en la población de riesgo medio en la Unión Europea y España. Gastroenterol. Hepatol. [Internet] 2010 [konsulta 2017 otsailak 27]; 33(2): 111-118. Eskuragarri: <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-programas-cribado-del-cancer-colorrectal-S0210570509003744>
- (13) Gomez C, Lanás A, Portillo I, Salas D, Cabezas C, Marzo M, et al. Informe del grupo de expertos sobre concreción de cartera común de servicios para cribado de cáncer. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2010 [konsulta 2017 otsailak 27]. Eskuragarri: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/ResumenEjecutivoCribadoCancer.pdf>
- (14) Malaga A, Salas D, Sala T, Ponce M, Goicoechea M, Andres M, et al. Programa de cribado de cáncer colorrectal de la Comunidad Valenciana. Resultados de la primera ronda: 2005-2008. Rev Esp Salud Pública [Internet] 2010 [konsulta 2017 otsailak 27]; 84: 731-743. Eskuragarri: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000600005

- (15) Portillo I, Idigoras I, Ojembarrena E, Arana E, Hurtado JL, Basurko R, et al. Lesiones detectadas en el programa de cribado de cáncer colorrectal en el País Vasco: primera ronda 2009-2011. Gastroenterol. Hepatol. [Internet] 2013 [kotsulta 2017 otsailak 27]; 36(5): 301-308. Eskuragarri: <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-lesiones-detectadas-el-programa-cribado-S0210570513000757>
- (16) Grau J, Castells A. Programas de detección precoz del cáncer colorrectal: un reto de integración y calidad asistencial. Rev Calid Asist. [Internet] 2014 [kotsulta 2017 otsailak 27]; 29(4): 185-187. Eskuragarri: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-programas-deteccion-precoz-del-cancer-S1134282X14000608>
- (17) Buron A, Grau J, Andreu M, Barau M, Macia F, Castells A, et al. Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto de Barcelona: indicadores de la primera ronda de un programa con participación de la farmacia comunitaria. Med Clin (Barc) [Internet] 2015 [kotsulta 2017 otsailak 27]; 145(4): 141–146. Eskuragarri: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-pdf-S0025775314004126-S300>
- (18) Portillo I, Idigoras I, Ojembarrena E, Arana-Arri E, Zubero MB, Pijoan JI, et al. Principales resultados del programa de cribado de cáncer colorrectal en el País Vasco. Gac Sanit [Internet] 2013 [kotsulta 2017 otsailak 27]; 27(4): 358-361. Eskuragarri: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112013000400014
- (19) Vitoria L, De la Peña J, Ortiz R, Corral JM, Fernandez S, Pombo G, et al. Programa de detección precoz del cáncer colorrectal en Cantabria. 2ª edición. Cantabria: Consejería de Sanidad de Cantabria; 2011 [kotsulta 2017 martxoak 20]. Eskuragarri: http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/Cribado_cancer_colorrectal_Cantabria_2edicion.pdf
- (20) Lopez-Torres J, Simarro MJ, Rabanales J, Campos R, de la Osa B, Carrasco C. Actitudes de los profesionales sanitarios de atención primaria hacia el cribado del cáncer colorrectal. Rev Esp Enferm Dig [Internet] 2013 [kotsulta 2017 otsailak 27]; 105(5): 272-278. Eskuragarri: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082013000500005
- (21) Castells A. Cribado del cáncer colorrectal. Gastroenterol. Hepatol. [Internet] 2011 [kotsulta 2017 otsailak 27]; 34(Supl.2): 60-66. Eskuragarri: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021057051170022X>

- (22) Castells A. Cribado del cáncer colorrectal. Gastroenterol. Hepatol. [Internet] 2013 [konsulta 2017 otsailak 27]; 36(Supl.2): 66-72. Eskuragarri: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210570513700554>
- (23) Segnan N, Patnick J, Von Karsa L. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis [libro en internet]. First edition. Luxembourg: European Comission; 2010 [konsulta 2017 otsailak 28]. Eskuragarri: <http://www.cribadocancer.es/index.php/quia-europea-colon>
- (24) Salas D, Castells A, Portillo I, Reyes J, Quintero E, Gonzalez A, et al. Prevención del cáncer de colon en España: un reto común. Alianza para la prevención de cáncer de colon; 2010 [konsulta 2017 otsailak 27]. Eskuragarri: http://www.aeemt.com/contenidos_socios/Recursos/Documentos_interes/DOCUMENTO_PREVENCION_CANCER_COLON_20101020.pdf
- (25) Fernández A, González T, Morillas JD, Pastor A, Pérez P, Camacho S, et al. Barreras en la implantación del cribado del cáncer de colon en España. Madrid: Alianza para la prevención de cáncer de colon; 2011 [konsulta 2017 otsailak 27]. Eskuragarri: <http://docplayer.es/13050707-Barreras-en-la-implantacion-del-cribado-del-libro-de-resumenes-cancer-de-colon-en-espana.html>
- (26) Burgos-Llamazares V, Gonzalez A, Vada-Sanchez J, Teran-Lantaron A. Resultados del programa de detección precoz de cáncer colorrectal en Cantabria durante el periodo noviembre de 2008 a marzo de 2010. Rev Esp Salud Pública [Internet] 2010 [konsulta 2017 otsailak 27]; 84: 757-770. Eskuragarri: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000600007
- (26) Salas D. Situación de los Programas de Cribado de Cáncer Colorrectal en España. En: XV reunión anual, red de cribado de cáncer CCR. Pamplona: Red de programas de cribado de cáncer; 2012 [konsulta 2017 otsailak 27]. Eskuragarri: www.cribadocancer.es/images/archivos/SituacionColon%202012.pdf
- (28) Garcia MA, Cubillo E, Moreno S, Mata L, Muñoz MF, Caceres A. Impacto del cribado de cáncer colorrectal mediante análisis inmunológico en una zona básica de salud urbana. Semergen. [Internet] 2013 [konsulta 2017 otsailak 27]; 39(5): 252-258. Eskuragarri: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359312002535>
- (29) Castells A. Utilidad de las pruebas fecales en el cribado del cáncer colorrectal. Gastroenterol. Hepatol. [Internet] 2014 [konsulta 2017 otsailak 27]; 37(Supl.3): 71-76. Eskuragarri: <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-utilidad-las-pruebas-fecales-el-S0210570514700858>

- (30) Molina A, Salas D, Peiro R, Vanclocha M, Perez E, Castan S. Motivos de participación en el programa de prevención del cáncer colorrectal de la Comunidad Valenciana segun sexo, edad y clase social. Rev Esp Enferm Dig [Internet] 2014 [kotsulta 2017 otsailak 27]; 106(7): 439-447. Eskuragarri: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082014000700002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- (31) Ramos M, Taltavull M, Piñeiro P, Nieto R, Llagostera M. Actitudes de las personas usuarias de atención primaria ante el cribado del cáncer colorrectal. Gac. Sanit [Internet] 2013 [kotsulta 2017 otsailak 27]; 27(6): 516-520. Eskuragarri: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112013000600008&script=sci_arttext
- (32) Ramos M, Esteva M, Almeda J, Cabeza E, Puente D, Saladich R, et al. Knowledge and attitudes of primary health care physicians and nurses with regard to population screening for colorectal cancer in Balearic Islands and Barcelona. BMC Cancer [Internet] 2010 [kotsulta 2017 otsailak 27]; 10. Eskuragarri: <http://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2407-10-500>
- (33) Hurtado JL, Bacigalupe A, Calvo M, Esnaola S, Mendizabal N, Portillo I, et al. Social inequalities in a population based colorectal cancer screening programme in the Basque Country. BMC Public Health [Internet] 2015 [kotsulta 2017 otsailak 27]; 15. Eskuragarri: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2370-5>
- (34) Mila N, Garcia M, Binefa G, Borrás JM, Espinas JA, Moreno V. Adherencia al programa poblacional de detección precoz de cáncer colorrectal en Cataluña, 2000-2008. Gac. Sanit. [Internet] 2012 [kotsulta 2017 otsailak 27]; 26(3): 217-222. Eskuragarri: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000300006
- (35) Molina-Barcelo A, Salas D, Peiro-Perez R, Malaga A. To participate or not? Giving voice to gender and socio-economic differences in colorectal cancer screening programmes. European Journal of Cancer Care [Internet] 2011 [kotsulta 2017 otsailak 27]; 20: 669-678. Eskuragarri: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2354.2011.01263.x/abstract;jsessionid=E08F1D0A30BCD8D9AF8AD57147CEB19B.f02t01>
- (36) Hernandez V, Cubiella J, Iglesias F, Cid E. Participación en programas de prevención de cáncer colorrectal: ¿Qué factores influyen?. Gastroenterol. Hepatol.

contin. [Internet] 2011 [kotsulta 2017 otsailak 27]; 10(2): 87-90. Eskuragarri:
<http://aeeh.es/wp-content/uploads/2011/12/v10n2a672pdf001.pdf>

(37) Garcia M, Borrás JM, Espinas JA, Binefa G, Fernandez E, Farre A, et al. Factors associated with initial participation in a population-based screening for colorectal cancer in Catalonia, Spain: A mixed-methods study. Preventive Medicine [Internet] 2011 [kotsulta 2017 otsailak 27]; 52: 265-267. Eskuragarri:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743511000405>

(38) Asociación Española Contra el Cáncer. Cáncer colorrectal percepciones y barreras ante las pruebas de cribado. 2011 [kotsulta 2017 otsailak 27]. Eskuragarri:
<https://www.aecc.es/Investigacion/observatoriodelcancer/Estudiosrealizados/Paginas/Percepcionesybarreras.aspx>

9. ERANSKINAK

1. ERANSKINA. Bilaketa bibliografikoaren emaitzak.

<i>Bilaketa-estrategia</i>	<i>Datu-basea</i>	<i>Artikuluak</i>		<i>Artikuluak</i>	<i>Hautatutako artikuluak</i>
“Straining OR mass screening AND colorectal neoplasms AND Spain”	<i>BVS</i>	41	F I L T R O A K	30	7
	<i>Pubmed</i>	77		53	8
“Straining AND colorectal neoplasms AND Spain”	<i>BVS</i>	18		16	7
	<i>Pubmed</i>	88		40	0
“Mass screening AND colorectal neoplasms AND Spain”	<i>BVS</i>	41		30	7
	<i>Pubmed</i>	77		53	8
“Cribado AND cáncer colorrectal”	<i>La biblioteca Cochrane Plus</i>	30		8	0
	<i>Cuiden Plus</i>	12		12	5
	<i>Medes</i>	95		83	18
	<i>Dialnet</i>	96		76	15
“Cribado AND cáncer colorrectal AND España”	<i>La biblioteca Cochrane Plus</i>	4		1	0
	<i>Cuiden Plus</i>	11		11	5
	<i>Medes</i>	68		66	15
	<i>Dialnet</i>	20		18	5
“Colorectal neoplasms AND participation AND Spain”	<i>BVS</i>	38	32	12	
	<i>Pubmed</i>	46	38	10	

“Colorectal neoplasms AND citizen participation AND Spain”	<i>BVS</i>	0	F I L T R O A K	0	0
	<i>Pubmed</i>	0		0	0
“Cáncer colorrectal AND participación”	<i>La biblioteca Cochrane plus</i>	19		1	0
	<i>Cuiden plus</i>	5		5	2
	<i>Medes</i>	24		20	11
	<i>Dialnet</i>	26		21	8
“Cáncer colorrectal AND participación ciudadana”	<i>La biblioteca Cochrane plus</i>	0		0	0
	<i>Cuiden plus</i>	0		0	0
	<i>Medes</i>	0		0	0
	<i>Dialnet</i>	0		0	0
“Straining OR mass screening AND colorectal neoplasms AND nurse”	<i>BVS</i>	77		25	0
	<i>Pubmed</i>	146		64	1
“Straining OR mass screening AND colorectal neoplasms AND nurse’s role”	<i>BVS</i>	16		3	1
	<i>Pubmed</i>	40		7	1
“Straining OR mass screening AND colorectal neoplasms AND nurse AND participation”	<i>BVS</i>	4	3	0	
	<i>Pubmed</i>	11	5	1	

“Straining OR mass screening AND colorectal neoplasms AND nurse’s role AND participation”	<i>BVS</i>	3	F I L T R O A K	1	1
	<i>Pubmed</i>	3		1	1
“Cribado AND cáncer colorrectal AND enfermera”	<i>La Biblioteca Cochrane plus</i>	0		0	0
	<i>Cuiden plus</i>	2		2	1
	<i>Medes</i>	2		2	1
	<i>Dialnet</i>	2		2	1
“Cribado AND cáncer colorrectal AND rol de la enfermera”	<i>La Biblioteca Cochrane plus</i>	0		0	0
	<i>Cuiden plus</i>	2		2	1
	<i>Medes</i>	0		0	0
	<i>Dialnet</i>	0		0	0
“Cribado AND cáncer colorrectal AND enfermera AND participación”	<i>La Biblioteca Cochrane plus</i>	0		0	0
	<i>Cuiden plus</i>	1		1	0
	<i>Medes</i>	0	0	0	
	<i>Dialnet</i>	0	0	0	
“Cribado AND cáncer colorrectal AND rol de la enfermera AND participación”	<i>La Biblioteca Cochrane plus</i>	0	0	0	
	<i>Cuiden plus</i>	1	1	0	
	<i>Medes</i>	0	0	0	
	<i>Dialnet</i>	0	0	0	

2. ERANSKINA. Datu-baseetan hautatutako artikulua.

Artikulua	Urtea	Datu-basea
<i>Alianza para la Prevención del Cáncer de Colon en España: un compromiso cívico con la sociedad</i>	2012	BVS, Pubmed, Dialnet, Medes
<i>Cribado del cáncer colorrectal</i>	2015	Dialnet, Medes
<i>Impacto de una intervención informativa sobre el programa de cáncer colorrectal en profesionales de atención primaria</i>	2015	Cuiden, Dialnet, Medes
<i>Cribado de cáncer de colon y recto: una realidad dinámica</i>	2014	BVS, Pubmed
<i>Evaluación de dos estrategias de cribado de cáncer colorrectal: test inmunológico versus test bioquímico. Cataluña, 2008-1010</i>	2011	Cuiden, Dialnet, Medes, BVS, Pubmed
<i>Programas de cribado del cáncer colorrectal en la población de riesgo medio en la Unión europea y España</i>	2010	BVS, Pubmed, Dialnet, Medes
<i>Programas de cribado de cáncer colorrectal de la comunidad Valenciana. Resultados de la primera ronda:2005-2008</i>	2010	BVS, Cuiden, Dialnet, Medes, Pubmed
<i>Lesiones detectadas en el programa de cribado de cáncer colorrectal en el País vasco: primera ronda 2009-2011</i>	2013	Dialnet, Medes, BVS, Pubmed
<i>Programas de detección precoz del cáncer colorrectal: un reto de integración y calidad asistencial</i>	2014	Medes
<i>Actitudes de los profesionales sanitarios de atención primaria hacia el cribado del cáncer colorrectal</i>	2013	Medes
<i>Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto de Barcelona: indicadores de la primera ronda de un programa con participación de la farmacia comunitaria</i>	2015	BVS, Dialnet
<i>Principales resultados del programa de cribado de cáncer colorrectal en el País vasco</i>	2013	BVS, Dialnet, Medes
<i>Cribado del cáncer colorrectal</i>	2011	Medes
<i>Cribado del cáncer colorrectal</i>	2013	Medes, Dialnet
<i>Resultados del programa de detección precoz de cáncer colorrectal en Cantabria durante el periodo de noviembre</i>	2010	BVS, Cuiden, Dialnet, Medes

2008 a marzo de 2010		
<i>Utilidad de las pruebas fecales en el cribado del cáncer colorrectal</i>	2014	<i>Dialnet, Medes</i>
<i>Impacto del cribado de cáncer colorrectal mediante análisis inmunológico en una zona básica de salud urbana</i>	2013	<i>Dialnet, Medes, BVS, Pubmed</i>
<i>Motivos de participación en el programa de prevención del cáncer colorrectal de la comunidad valenciana según sexo, edad y clase social</i>	2014	<i>Medes</i>
<i>Actitudes de las personas usuarias de atención primaria ante el cribado del cáncer colorrectal</i>	2013	<i>Dialnet, Medes</i>
<i>Knowledge and attitudes of primary health care physicians and nurses with regard to population screening for colorectal cancer in Balearic Islands and Barcelona</i>	2010	<i>BVS, Pubmed</i>
<i>Social inequalities in a population based colorectal cancer screening programme in the Basque Country</i>	2015	<i>BVS, Pubmed</i>
<i>Adherencia al programa poblacional de detección precoz de cáncer colorrectal en Cataluña, 2000-2008</i>	2012	<i>BVS, Pubmed, Cuiden, Dialnet, Medes</i>
<i>To participate or not? Giving voice to gender and socio-economic differences in colorectal cancer screening programmes</i>	2011	<i>BVS, Pubmed</i>
<i>Participación en programas de cribado de cáncer colorrectal: ¿qué factores influyen?</i>	2011	<i>Medes</i>
<i>Factors associated with initial participation in a population-based screening for colorectal cancer in Catalonia, Spain: A mixed-methods study</i>	2011	<i>BVS, Pubmed</i>

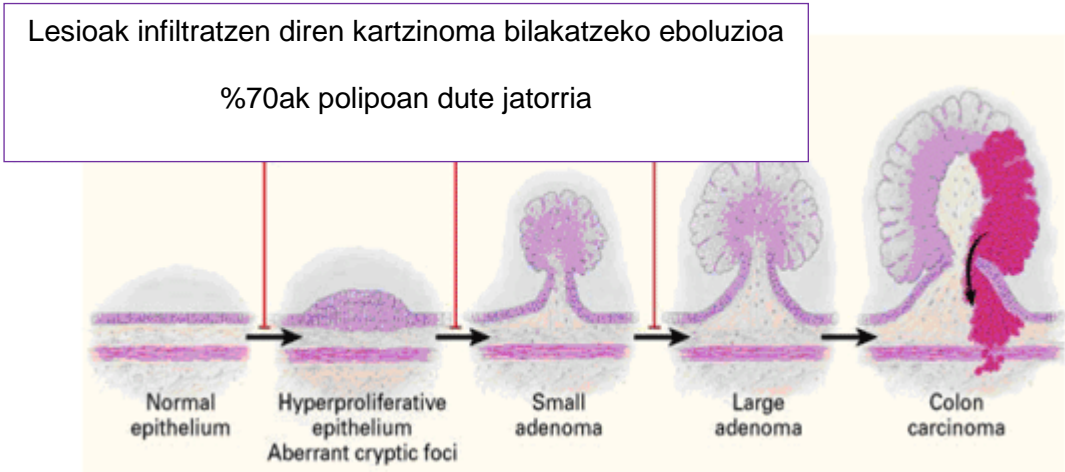
3. ERANSKINA. Web-orrialdeetan hautatutako artikulak.

Artikulua	Urtea	Web-orrialdea
<i>Kolon eta ondesteko minbizia bahetzeko Euskadiko programa</i>	2015	Osakidetza
<i>Las cifras del cáncer en España</i>	2016	Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)
<i>Atención integral en el cribado poblacional del cáncer colorrectal -implicación de todos los niveles asistenciales-</i>	2012	Alianza para la Prevención del cáncer de colon
<i>Encuesta de los programas de cribado de CCR-2014</i>	2015	Red de programas de cribado de cáncer
<i>Situación actual del cribado en España: implantación e indicadores</i>	2016	Red de programas de cribado de cáncer
<i>La AECC pide acelerar los plazos de implantación de programas de cribado para disminuir muertes evitables por cáncer de colon</i>	2016	Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)
<i>Informe del grupo de expertos sobre concreción de cartera común de servicios para cribado de cáncer</i>	2013	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
<i>Programa de detección de cáncer colorrectal de Cantabria</i>	2011	Consejería de Sanidad de Cantabria
<i>European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis</i>	2010	Alianza para la Prevención del cáncer de colon, Red de programas de cribado de cáncer
<i>Prevención del cáncer de colon en España: un reto común</i>	2010	Alianza para la Prevención del cáncer de colon
<i>Barreras en la implantación de cribado del cáncer de colon en España</i>	2011	Alianza para la Prevención del cáncer de colon
<i>Situación de los Programas de Cribado de Cáncer Colorrectal en España</i>	2012	Red de programas de cribado de cáncer
<i>Cáncer colorrectal. Percepciones y barreras ante las pruebas de cribado</i>	2011	Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)

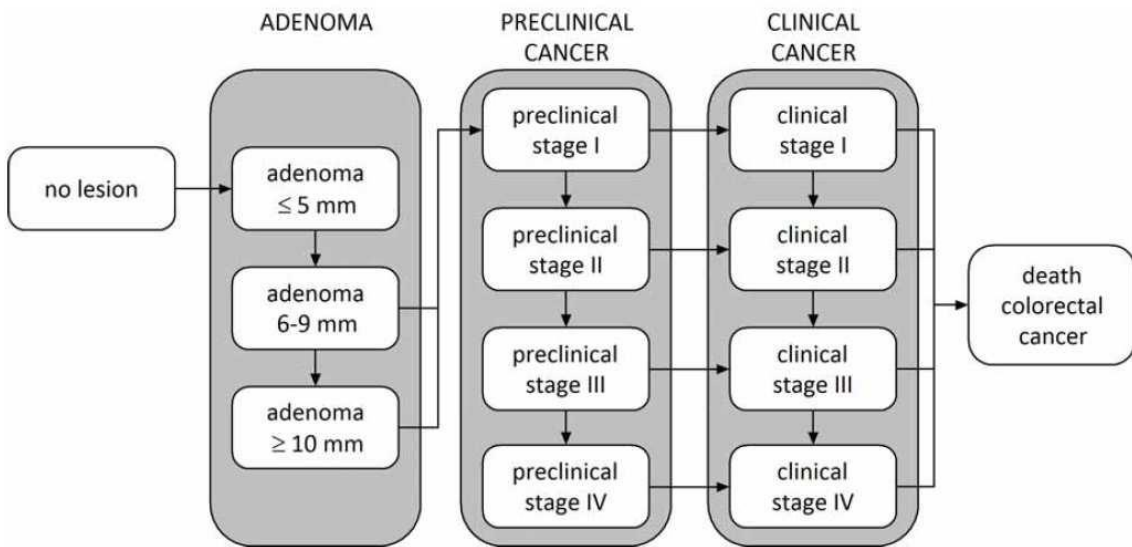
4. **ERANSKINA.** Wilsonek eta Jugnerrek 1968an garatutako eta 2011an Osasun Sistema Nazionaleko lantalde batek egokitutako printzipioak gaixotasun baten populazio-baheketaren inplementazioa baloratzeko (2,13,14).

- Osasunaren arazo larria.
- Ondo definitutako gaixotasuna, historia natural ezaguna duena.
- Detekta daitekeen sortze-epea.
- Ezarritako lehen mailako prebentzioko esku-hartzea, kostuzkoa eta eraginkorra.
- Baheketa-proba:
 - Erraza eta segurua.
 - Baliozkoa, fidagarria eta eraginkorra.
 - Onargarria.
- Diagnostikoaren eta tratamenduaren gaineko frogak zientifikoa.
- Sintomak agertu aurreko fasean tratamendu eraginkorragoa egotea.
- Baheketa egiteko programa baten eraginkortasunaren frogak.
- Balizko arriskuen goragoko programaren etekina.
- Xede den populazioa, ondo definitutakoa.
- Kostu orekatua.
- Programa oso onargarria.
- Aurreikusitako ebaluazioa eta kalitatea.

5. **ERANSKINA.** Kolon-ondesteko kartzinoma bilakatzeko eboluzioa. Kartzinomen %70ak polipo batean dute jatorria (2,23).



6. **ERANSKINA.** Adenoma-kartzinomaren sekuentzia (2,23).




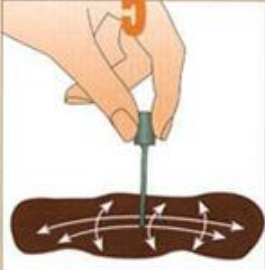




7. **ERANSKINA.** Gorozkietan ezkutatutako odola detektatzeko (SOH) bi testen arteko desberdintasunak: test biokimikoak eta test immunologikoak (3,4,11,12,14,15,17-19,21,22,26 artikuluetatik moldatuta).

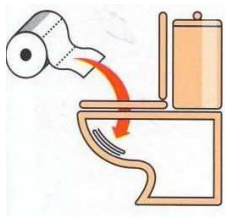
SOH testak	Test biokimikoa	Test immunologikoa
Zertan oinarritzen da?	Hemoglobinaren seudoperoxidasaren aktibitatean oinarritzen da.	Hemoglobinaren aurkako antigorputz espezifikoek erreakzioan oinarritzen da.
Motak: kualitatiboak eta kuantitatiboak	Klasikoenak kualitatiboak dira. Testean bost marra positibo edo gehiago agertzen badira, emaitza positibotzat hartzen da. Bat eta lau marren artean positibo agertzen badira, emaitza positibo ahultzat hartzen da. Berriz, marra positiborik agertzen ez bada, emaitza negatibotzat hartzen da.	Kualitatiboak: positiboa edo negatiboa izan daiteke, ez da hemoglobina kuantifikatzen. Kuantitatiboak: gorozkietako hemoglobina kuantifikatzen da. Testa positiboa izateko hemoglobina-maila zenbatekoa izan behar den finka daiteke. Horrela, sentsibilitate/espezifikotasun oreka egokia lor daiteke eta komunitateko errekurtso endoskopikoetara egokitu. Gehien erabiltzen dena da.
Gorotz-laginak	Bi lagin hartu behar dira elkarren segidako hiru gorozkietatik.	Testaren arabera gorozkien lagin bakarra edo bi hartu behar dira.
Emaitzan interakzioak	Emaitza alda daiteke hartutako elikagaiekin (adb. haragi gorriarekin) nahiz medikazio batzuekin (adb. AINE-kin eta aspirinekin).	Emaitza ez da aldatzen hartutako elikagaiekin zein medikazioarekin.
Entsegu klinikoak	Lau entsegu klinikoetan frogatua izan da, non minbiziaren intzidentzia- eta hilkortasun-tasa murrizten dela frogatu den.	Nahiz eta oraindik entsegu klinikorik ez den argitaratu, zeharkako ebidentzia zientifikoak daude horren erabilera gomendatzen dutenak.

<i>Sentsibiltate eta espezifikotasuna</i>	Minbiziaren detekzioarako sentsibiltate ona du, baina baxua garatutako adenomentzat. Azken horien odol-galerak txikiagoak dira eta test horrek gorozkietan aurkitzen den hemoglobina detektatzeko kapazitate gutxiago du.	Sentsibiltate altua du adenomen eta minbiziaren detekzioan, baina espezifikotasun gutxiago.
<i>Biztanleriaren parte-hartzea</i>	Biztanleriaren parte-hartzea txikiagoa da.	Biztanleriaren parte-hartzea handiagoa da.

8. **ERANSKINA.** Espainiako komunitate gehienetan erabiltzen den gorzetan ezkutatutako odola detektatzeko test immunologiko kuantitatiboa egiteko jarraitu beharreko pausoak (2).

 <p>1</p>	 <p>2</p>	 <p>3</p>	 <p>4</p>
<p>Extraer el tubo de la bolsa verde</p>	<p>Anotar nombre, edad y fecha de recogida de la muestra en la etiqueta del tubo</p>	<p>Colocar una capa de papel higiénico en váter y, si se puede, sentarse de cara al váter.</p>	<p>Desenroscar el tapón verde y extraer el bastoncillo</p>
 <p>5</p>	 <p>6</p>	 <p>7</p>	 <p>8</p>
<p>Poner en contacto la punta del bastoncillo con las heces y hacer resbalar la punta dibujando líneas horizontales y verticales</p>	<p>Hay suficiente con poca cantidad de muestra</p>	<p>Poner el bastoncillo dentro del tubo, taparlo bien y agitarlo durante unos segundos</p>	<p>Guardar el tubo en la bolsa verde y retornarlo, lo antes posible, en su farmacia. Mientras tanto, conservar la muestra un máximo de 3 días en la nevera (no congelar)</p>

9. ERANSKINA. Kantabrian erabiltzen den test immunologiko kualitatiboa egiteko gorotz-laginen jasoketa (Hemotest) (19).



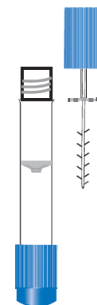
1. Paper higienikoa komunean kolokatu. Gorotzak genuarekin edo urarekin ez nahastu eta odol-jarioa baduzu ez egin testa (hilekoa, hemorroideak, odola genuan, ipurtzuloko fisura).

2. Komunean alderantziz eseri, gorotzen jasoketa errazteko.



3. Beste aukera bat gorotzak pixontzi edo kartoizko kutxa garbi batean jasotzea da.

4. Tuboa posizio bertikalean kokatu. Bastoiari konektatuta dagoen tapoia askatu.



5. Gorotzetan bastoiaren punta sartu, sei gune desberdinetan, eta saiatu bastoia gorotzez blaitzen.

6. Tuboa posizio bertikalean dagoela, bastoia sartu eta tapoia itxi. Hozkailuan (2-8°C artean) gorde osasun zentrorra eraman arte.



Bi gorotz-lagin jaso behar dira bi egun desberdinetan; beraz, bi tubo behar dira.

10. ERANSKINA. Test immunologiko kualitatiboaren emaitza interpretatzea (19).

Gizabanakoak gorotz-laginen bi tuboak entregatuko ditu eta tubo bakoitzarentzat irakurketa-kasete bat erabiliko da. Ondorengo pausoak jarraitu behar dira tubo bakoitzarekin:

1. Tuboa astindu, barneko soluzioa homogeneizatu dadin.
2. Tuboa bertikalki dagoela, bastoiari lotuta ez dagoen tapoia askatu.
3. Irakurketa-kasetearen *Sample* (S) gunean soluzioaren hiru tanta bota.
4. Bost minutu igarota, testaren emaitza irakurri (10 minutu igaro badira, hasieratik hasi).
5. Emaitza positiboa (A), negatiboa (B) edo akatsa (C) izan daiteke.



A



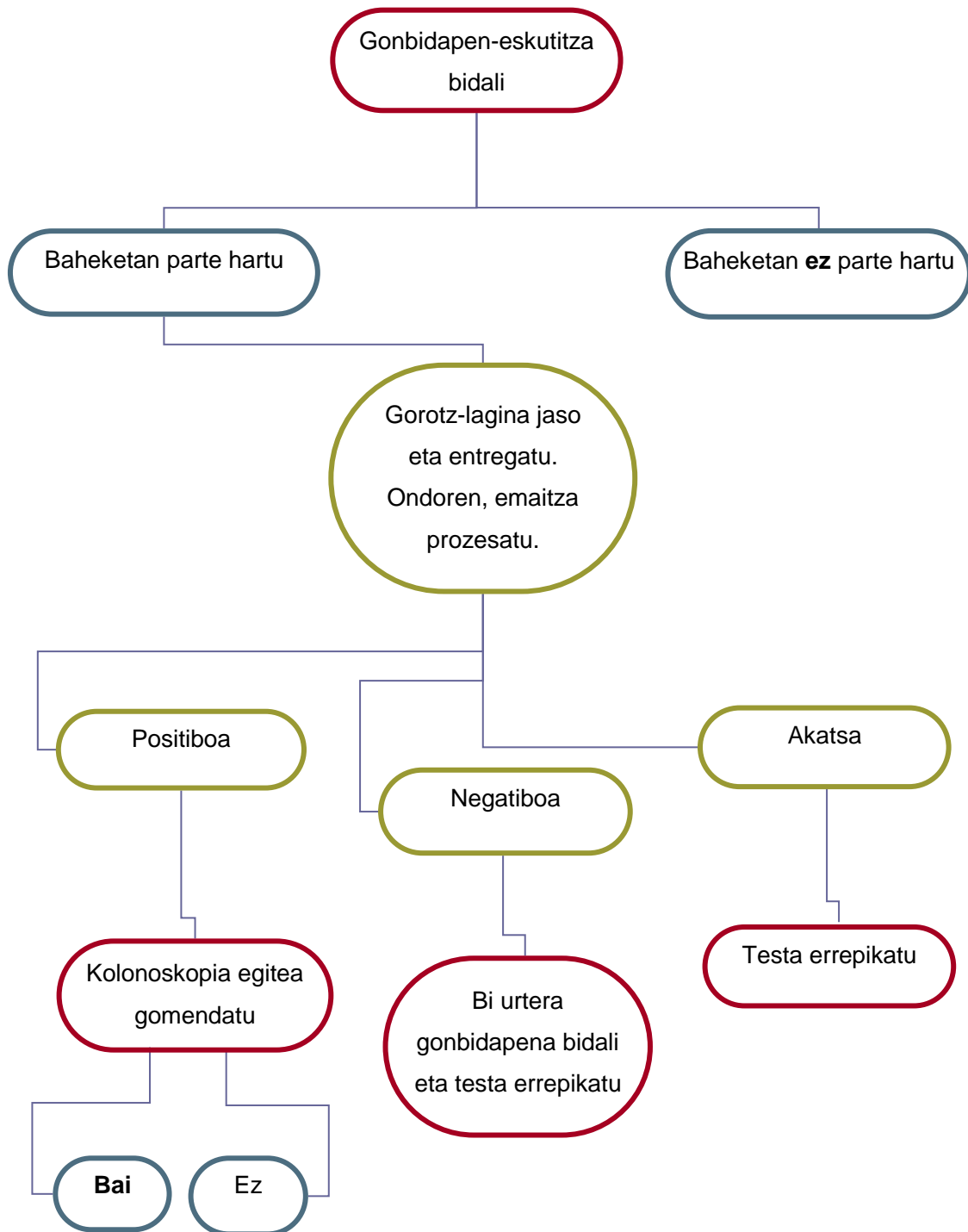
B



C

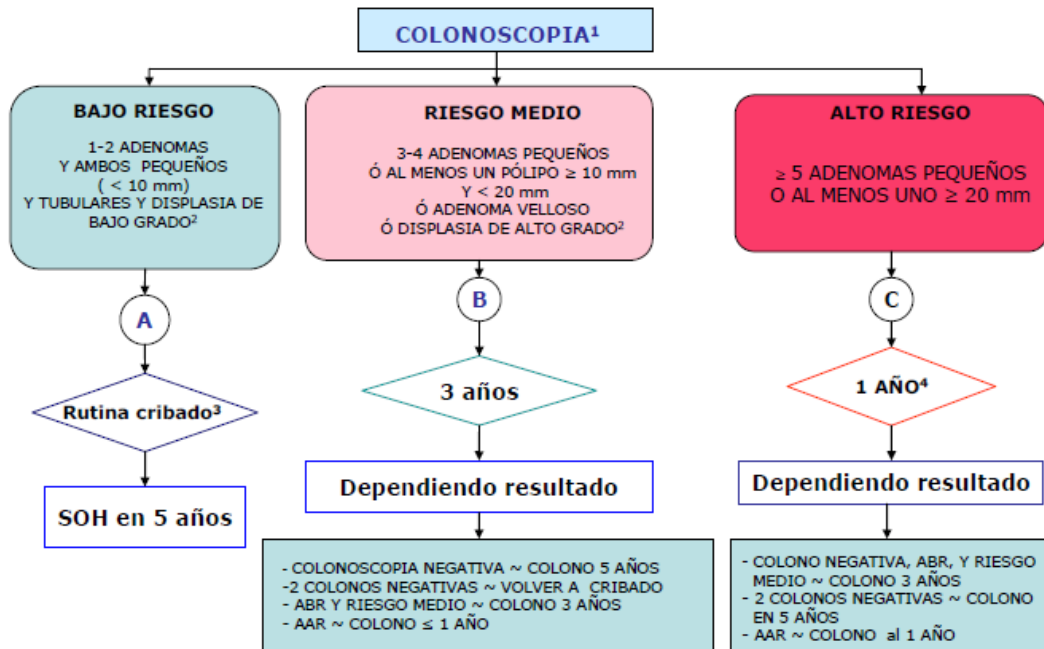
Irakurketa-kasete bakarrean positiboa emanda, emaitza positibotzat hartuko da.

11. ERANSKINA. Baheketa-programaren ibilbidea (2-4,6,9,11-20,24-30 artikuluetatik moldatuta).



12. ERANSKINA. Kolonoskopian aurkitutako lesioen jarraipena egiteko eskema orokorra (2, 23).

SEGUIMIENTO TRAS EXTIRPACIÓN DE ADENOMAS. UE 2010

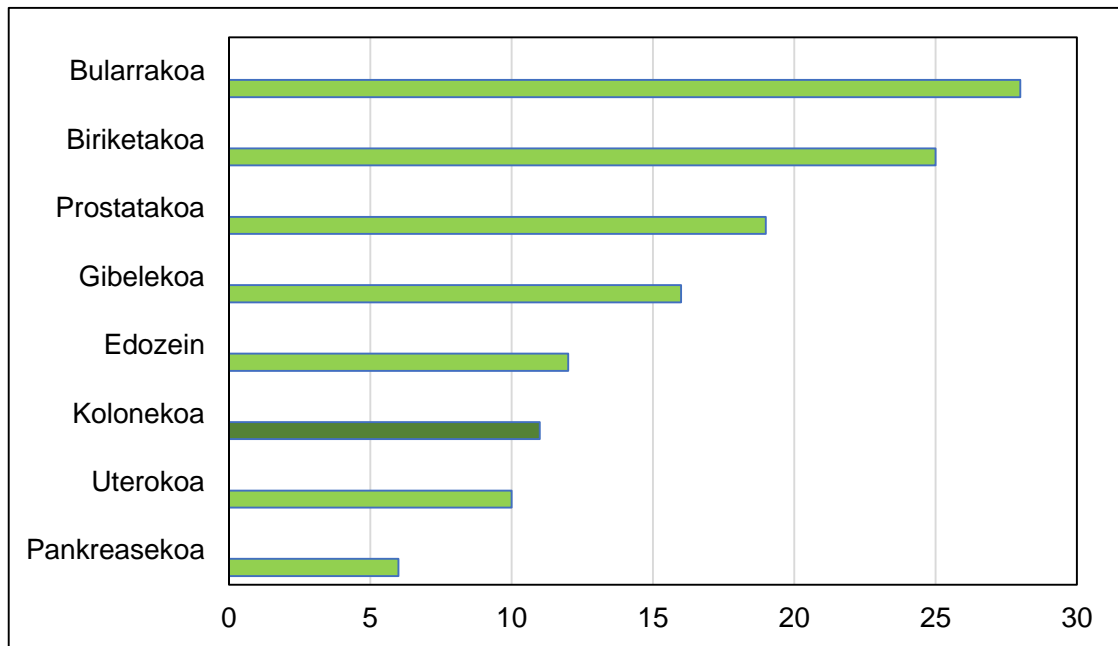


1- LA COLONOSCOPIA DEBE DE SER COMPLETA PARA ASIGNAR EL RIESGO.
 2- CRITERIOS ADICIONALES DEL FACULTATIVO.
 3- OTRAS CONSIDERACIONES: EDAD, HRA FAMILIAR, LIMPIEZA COLONICA Y EN EXTENSIÓN DE LA EXPLORACION
 4- COLONOSCOPIA CONFIRMACIÓN EN BUSQUEDA DE LESIONES PERDIDAS

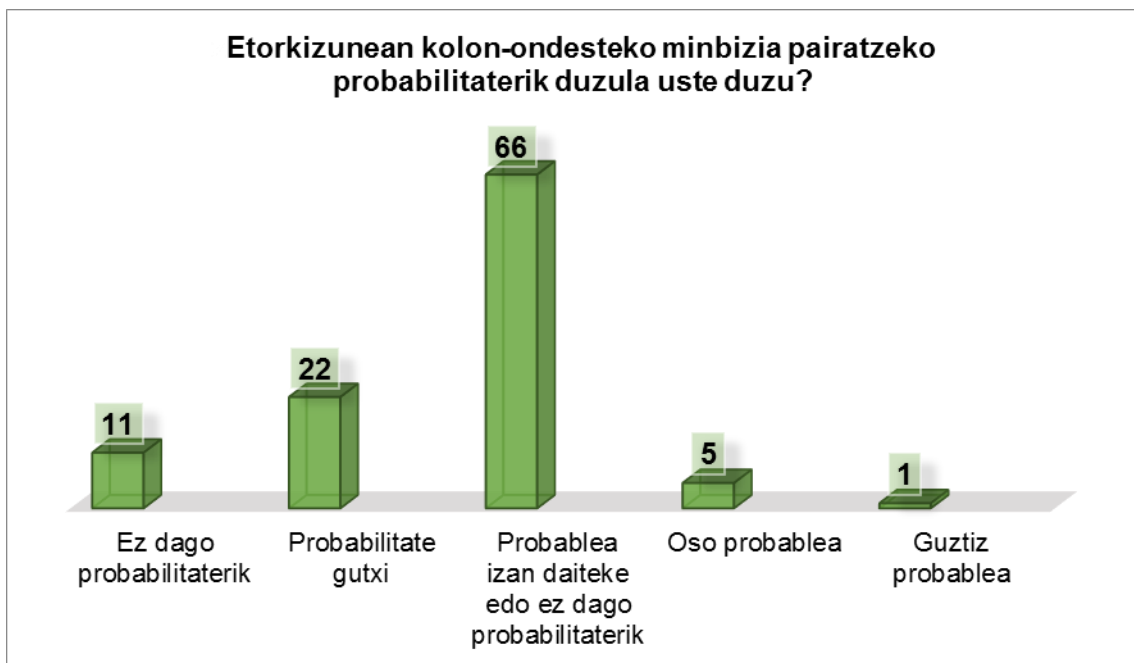
13. ERANSKINA. Espainiako biztanleriak kolon-ondesteko baheketa-programan parte hartzeko dituen erraztasunen eta oztopoen laburpena (2,3,5,6,14,17,19,24,25,28,30,31,33-38 artikuluetatik moldatuta).

ERRAZTASUNAK	OZTOPOAK
Baheketa-programa ezagutzea	Baheketa-programaren onurak ez ezagutzea
Minbizia paira dezaketela pentsatzea	Minbizia paira ez dezaketela pentsatzea
Informazioa lortzeko eta zalantzak argitzeko telefono kontaktua edo web-orria izatea	Informazio gutxi izatea
Lehen atentzio mailako profesionalen inplikazioa	Gonbidapen-eskutitza ez jasotzea edo ez ulertzea
Test immunologikoa	Lotsa
Testa egiteko materiala etxera bidaltzea edo farmazian hartzea	Kolonoskopia: deserosoa eta mingarria
Beste prebentziozko programetan parte-hartzea	Beste gaixotasunei lehentasuna ematea
Familiaren eta bikotearen inplikazioa	Minbizia diagnostikatuko dioten beldurra
Norbere burua zaintzea	Norbere burua ez zaintzea
Osasun sistemarekiko konfiantza izatea	Osasun sistemarekiko konfiantza gutxi
Klase sozioekonomiko altua	Klase sozioekonomiko baxua
Ikaskuntza-maila altua	Ikaskuntza-maila baxua
Sintomak izatea	Sintomarik ez izatea

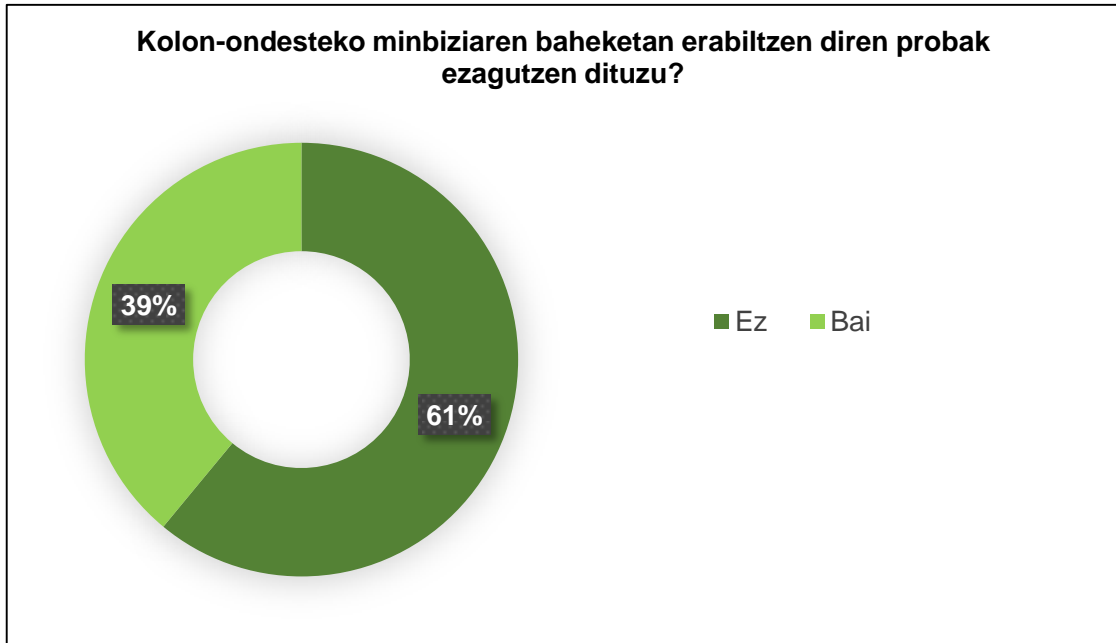
14. ERANSKINA. Espainiako biztanleriari gehien arduratzen dien minbiziak (38).



15. ERANSKINA. Espainiako biztanleriaren iritziz etorkizunean kolon-ondesteko minbizia pairatzeko dituen probabilitateak (38).



16. ERANSKINA. Espainiako biztanleriak kolon-ondesteko minbiziaren baheketan erabiltzen diren proben ezagupenak (38).



17. ERANSKINA. Espainiako biztanleriaren iritziz baheketan erabiltzen diren probak (38).

