

## CRIBADO DE PROBLEMAS DE SALUD

Viernes 7 de octubre de 2011. 19:00 a 20:30 h

Aula Profesor Botella – Facultad de Medicina

Comunicaciones orales (10 minutos)

Modera: *Ildefonso Hernández*

### 214. REALIZACIÓN DE CRIBADO Y CAMBIO DE HÁBITOS EN PERSONAS CON HISTORIA FAMILIAR DE CÁNCER COLORRECTAL

E. Martínez Ochoa, J. Llorca, I. Gómez-Acebo, P. Rodríguez-Cundín, J.J. Beunza, T. Dierssen-Sotos

*Universidad de Cantabria; Universidad de Navarra; Consejería de Sanidad de La Rioja.*

**Antecedentes/Objetivos:** Explorar la relación entre la historia familiar de cáncer colorrectal, los hábitos de salud (alimentación) y la realización de pruebas de cribado (con independencia de que dichas pruebas estuvieran indicadas o no).

**Métodos:** Estudio transversal utilizando el cuestionario inicial (recrutamiento) de la cohorte SUN; se excluyó a los pacientes con diagnóstico previo de cáncer o enfermedad cardiovascular. Se incluyó en el estudio a 15.169 participantes, de los que 576 tenían antecedentes familiares de cáncer colorrectal (AF). Mediante regresión logística, se estimaron *odds ratios* (OR) ajustadas por edad, sexo, consumo de alcohol y obesidad.

**Resultados:** Los sujetos con AF se realizaron con más frecuencia el test de sangre oculta en heces (OR = 1,98, IC 95%, 1,48-2,65), colonoscopia (OR = 3,42, IC 95%, 2,69-4,36), tacto rectal (OR = 1,73, IC 95%, 1,21-2,47) y, si eran varones, ecografía transuretral (OR = 1,84, IC 95%, 1,30-2,61) o antígeno prostático específico (OR = 1,50, IC 95%, 1,01-2,24). No se encontraron diferencias en otras pruebas diagnósticas (revisión general, electrocardiograma, radiografía de tórax, mamografía, etc.). En cambio, no se encontraron diferencias significativas en el consumo de fibra, grasas, hidratos de carbono, proteínas, vitaminas y otros nutrientes; tampoco se apreció que los sujetos con AF declararan con más frecuencia haber tenido cambios recientes en su dieta, tales como aumento de fibra, aumento del consumo de frutas o disminución del consumo de grasas.

**Conclusión:** Los sujetos con AF tienen a participar más en pruebas de cribado, incluso aunque no sean específicas del cáncer colorrectal. En cambio no modifican los hábitos de salud que dependen de ellos mismos, tales como la alimentación.

Financiación: FIS, el Gobierno de Navarra y la Universidad de Navarra.

### 303. EFECTO DE UN FALSO POSITIVO PREVIO EN EL RIESGO DE DETECTAR CÁNCER DE MAMA EN CRIBADOS SUCESIVOS

J. Blanch<sup>a</sup>, A. Romero<sup>a</sup>, M. Sala<sup>a</sup>, R. Román<sup>a</sup>, N. Ascunce<sup>b</sup>, D. Salas<sup>c</sup>, R. Zubizarreta<sup>d</sup>, X. Castells<sup>a</sup>, Grupo RAFF

<sup>a</sup>Servicio de Epidemiología y Evaluación, IMIM-PSalutMar; CIBERESP, Barcelona; <sup>b</sup>PDPCM Instituto de Salud Pública, Navarra; <sup>c</sup>DGSP, Consellería de Sanitat, Valencia. <sup>d</sup>SPPC, Consellería de Sanidade, Galicia.

**Antecedentes/Objetivos:** El cribado poblacional de cáncer de mama reduce la mortalidad de esta mediante la detección precoz. Uno de los efectos adversos de mayor impacto de esta prevención son los resulta-

dos falsos positivos (FP). Existe poca información de cómo el FP influye sobre la detección de cáncer en los siguientes cribados. Nuestro objetivo fue estimar el impacto en el riesgo de detectar cáncer asociado a tener un FP previo.

**Métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo de mujeres de 45 a 69 años de edad, participantes en 10 programas de cribado de mama españoles entre 1990 y 2006. Se tiene la información de 2.666.010 mamografías de cribado pertenecientes a 702.785 mujeres con al menos dos cribados en el periodo de estudio. La variable principal de estudio es la detección del cáncer en el cribado. Se definió el FP del cribado cuando las pruebas adicionales a una mamografía positiva descartan la presencia de cáncer. Definimos el FP invasivo si las pruebas complementarias incluyen alguna prueba invasiva. El riesgo de detectar un cáncer asociado a tener un FP previo (invasivo y no invasivo) se estimó con la *odds ratio* (OR) mediante un modelo de regresión logística. El riesgo se ajustó por edad, terapia hormonal sustitutiva, estado menopáusico, pruebas invasivas fuera del cribado, antecedentes familiares, periodo y la unidad radiológica. Para evitar posibles factores de confusión se estratificó el análisis según las variables de ajuste.

**Resultados:** El riesgo de detectar cáncer es más elevado en las mujeres con un FP previo, tanto en pruebas invasivas (OR = 2,82; IC 95%, 2,42-3,32) como no invasivas (OR = 1,78; IC 95%, 1,67-1,91). Este riesgo es mayor en el cribado inmediatamente posterior al que ha originado el FP, ya sea por pruebas no invasivas (OR = 1,97 IC 95%, 1,78-2,17) como por pruebas invasivas (OR = 3,24; IC 95%, 2,55-4,12) y se mantiene elevado en el resto de cribados sucesivos, también en FP no invasivo (OR = 1,71; IC 95%, 1,57-1,86) y FP invasivo (OR = 2,33; IC 95%, 1,87-2,91). Además, estratificando según los antecedentes familiares, el riesgo de detectar cáncer en las mujeres con antecedentes y un FP invasivo previo es aún mayor (OR = 4,64; IC 95%, 3,23-6,66).

**Conclusiones:** Las mujeres con un FP previo tienen un mayor riesgo de detectarles un cáncer en el cribado y este riesgo es mayor si el falso positivo conllevó alguna prueba invasiva. Este resultado sugiere que los factores relacionados con el FP podrían estar asociados con la detección de cáncer, lo que sería de gran utilidad para rediseñar posibles estrategias de cribado en distintos subgrupos de mujeres.

### 509. EVOLUCIÓN DE TASAS DE CÁNCER DE INTERVALO EN PROGRAMAS DE CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA. PROYECTO INCA

M. Sala<sup>a</sup>, L. Domingo<sup>a</sup>, R. Almazán<sup>b</sup>, J. Ibáñez<sup>c</sup>, R. Conde<sup>b</sup>, J. Blanch<sup>a</sup>, G. Sarriugarte<sup>d</sup>, T. Barata<sup>e</sup>, N. Torà<sup>f</sup>, D. Salas<sup>c</sup>, Grupo INCA

<sup>a</sup>IMIM-PSM, CIBERESP, Barcelona; <sup>b</sup>Consellería de Sanidade, Galicia; <sup>c</sup>CSISP, Valencia; <sup>d</sup>PCCM Osakidetza, País Vasco; <sup>e</sup>DGPAS, Islas Canarias; <sup>f</sup>Parc Taulí, Sabadell, FIS.

**Antecedentes/Objetivos:** En el marco de los proyectos de investigación sobre efectos adversos de los programas de cribado, orientados a mejorar su efectividad, se analizan las tasas y los determinantes de los cánceres de intervalo (CI). El estudio del CI es necesario para completar la evaluación de los resultados falsos positivos y del impacto de la introducción de la mamografía digital. Se presenta a continuación una descripción de las tasas de CI en programas poblacionales de cribado de cáncer de mama.

**Métodos:** Análisis de una cohorte retrospectiva de mujeres de 45/50-69 años cribadas en 7 programas poblacionales españoles de cribado de cáncer de mama entre enero de 2000 y diciembre de 2006. La cohorte fue seguida hasta junio de 2009 para la identificación del CI. Se define CI como cáncer de mama incidente diagnosticado después de un episodio de cribado negativo y antes de la siguiente mamografía de cribado programada. Su identificación se realizó mediante cruce de bases de datos de los programas con registros de tumores, de anatomía

patológica, CMBD o poblacionales de cáncer cuando los había, además de seguimiento activo de las mujeres participantes. Se calculan las tasas de detección de cáncer en el cribado (CC) y de CI y la razón entre ambas, según año de cribado, edad de las mujeres participantes y tipo de cribado (inicial y sucesivo).

**Resultados:** Se obtuvo información de 1.350.058 mamografías de 759.604 mujeres cribadas. Se detectaron 5.203 CC y 1.681 CI. La tasa de detección global del período fue de 3,43% y la tasa del cáncer de intervalo de 1,11%, siendo la razón entre ambas de 3,1. La tasa de CI fue superior después del cribado inicial (1,3%) que del sucesivo (1,12%), aunque también lo fue la razón entre la tasa de detección y de CI (3,3 y 2,8 en inicial y sucesivo, respectivamente). Por grupos de edad, se observó una mayor tasa de CI en los grupos de edad más joven (1,34 en < 50 años y 1,09 en > 60 años). Las mujeres cribadas en la segunda mitad del período analizado presentaron mayor tasa de CI y menor ratio entre tasas.

**Conclusiones:** Las tasas de CI observadas se hallan entre los valores esperados y no sobrepasan los límites recomendados por las guías europeas. Sin embargo, el aumento de la tasa de CI y la disminución de la razón entre la tasa de detección en el cribado y la de CI observada en los últimos años analizados requiere una evaluación más detallada para conocer las causas.

## 721. DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO EN CASTILLA Y LEÓN. NUEVA ESTRATEGIA DE CRIBADO

R. de los Ríos Martín, M.J. González Vereda, J.J. Castrodeza Sanz, Grupo de Trabajo del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Cuello en Castilla y León

*Dirección General de Salud Pública I+D+i, Consejería de Sanidad de Castilla y León.*

**Antecedentes/Objetivos:** En Castilla y León el programa de detección precoz comenzó su desarrollo en 1986. En el año 2008 se estableció una nueva estrategia, donde se definen las pruebas de cribado, los intervalos y el grupo de población diana, así como la estructura que garantiza la calidad del proceso. El objetivo es describir la estrategia de cribado y los resultados generales obtenidos en los años 2009 y 2010.

**Métodos:** El programa de cribado se dirige a mujeres sanas con relaciones sexuales de 20 a 64 años. En el rango de edad de 20 a 34 años la citología se realiza con un intervalo de 3 años, y en el de 35 a 64 años la citología junto a la determinación de VPH se realiza cada 5 años. Se consideran mujeres con cribado positivo y susceptibles de derivación las que tienen un resultado citológico positivo o una determinación de VPH 16-18 positiva. Se dispone de un sistema de información que permite gestionar la población diana, monitorizar y evaluar el proceso y los resultados.

**Resultados:** En 2009-2010, 153.963 mujeres entre 20-64 años participaron en el programa. El 2,5% tuvieron un cribado positivo. Entre las de 35-64 años, se derivaron 1.388 (55%) por tener al menos citología positiva y 1.139 (45%) por tener VPH 16-18 aun teniendo su citología negativa. En 1.355 de 35-64 años derivadas se detectaron lesiones morfológicas: 858 Ascus (63,3%), 282 Sil de bajo grado (20,8%), 127 Sil de alto grado (9,4%), 1 carcinoma escamoso (0,1%), 86 AGC (6,3%) y 1 adenocarcinoma endocervical (0,1%). En 1.291 de 20-34 años que fueron derivadas se detectaron lesiones morfológicas: 717 Ascus (55,5%), 446 Sil de bajo grado (34,5%), 117 Sil de alto grado (9,1%), 10 AGC (0,8%) y 1 adenocarcinoma endocervical (0,1%). La proporción de las lesiones morfológicas detectadas varía en función del resultado del VPH; cuando el resultado de VPH es negativo, la proporción de Ascus es 0,6%, de Sil de bajo grado 0,1% y de Sil de alto grado 0,01%; si el resultado de

VPH es positivo a 16-18, la proporción de Ascus es 5,5%, de Sil de bajo grado 5,6% y de Sil de alto grado 4,8%.

**Conclusiones:** La citología Papanicolaou presenta una eficacia limitada, ya que existe una gran variabilidad en los resultados de sensibilidad y especificidad comunicados por diferentes estudios. La OMS ha evaluado entre las herramientas de cribado útiles la detección de VPH, por presentar un valor predictivo negativo superior al 95%. La estrategia de cribado en Castilla y León permitirá realizar estudios de comparación directa entre los resultados de la citología y la detección de VPH en la población general.

## 823. PROTOCOLO DE ESTUDIO DE DISTROFIAS HEREDITARIAS DE RETINA. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

P. Abreu<sup>a</sup>, P. Cardona<sup>b</sup>, S. Mañas<sup>c</sup>, C. Piñana<sup>d</sup>, M. Serrano<sup>e</sup>, V. Naranjo<sup>f</sup>, R. Tristancho<sup>f</sup>, M. Santana<sup>f</sup>, C. Vázquez<sup>g</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Oftalmología del HUNSC; <sup>b</sup>Servicio de Oftalmología del CHUMI; <sup>c</sup>Servicio de Neurofisiología Clínica del HUNSC; <sup>d</sup>Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín; <sup>e</sup>Servicio de Oftalmología del HUC; <sup>f</sup>DG Programas Asistenciales; <sup>g</sup>Unidad de Genética del HUMIC.*

**Antecedentes/Objetivos:** Las distrofias retinianas (DR) son enfermedades heredo degenerativas que producen pérdida de visión parcial o completa, siendo causa importante de incapacidad. Este protocolo intenta homogeneizar pautas de actuación tanto en el diagnóstico como en el seguimiento de las DR, además de dimensionar el problema y contribuir a la investigación de nuevas alternativas terapéuticas.

**Métodos:** En 2007 se inicia el "Protocolo de Estudio de Distrofias Hereditarias de Retina" en los 4 grandes hospitales de referencia. Se estudian pacientes del grupo de riesgo (pacientes con disminución de agudeza visual y dificultad de adaptación a la oscuridad). Se realiza anamnesis completa y una batería de pruebas oftalmológicas (fondo de ojo, ME, MI, etc). Si hay signos de patología se hacen además pruebas electrofisiológicas (ERG, PEV) y de confirmarse, así como en casos dudosos, se vuelve a repetir a los 6 meses la AV, retinografía, CV y las pruebas electrofisiológicas. Los casos aún dudosos salen del protocolo y el resto se somete 1 año después a una AV, CV y retinografía. A partir de ahí se harán revisiones bianuales en las que se alternará la realización del protocolo inicial en la primera bianualidad y sólo AV, retinografía y CV en la siguiente. A todo paciente con clínica compatible con DR y pruebas electrofisiológicas positivas se le realiza un estudio genético que incluye un árbol genealógico, una valoración sindrómica y de patrones de herencia, localización de familiares de riesgo y asesoramiento genético, y extracción de ADN.

**Resultados:** Desde su implementación se han confirmado 250 pacientes a través de este Protocolo que se aplica en todas las consultas de oftalmología de los hospitales y centros de atención especializada de la Comunidad.

**Conclusiones:** Se ha conseguido con este protocolo homogeneizar las pautas de actuación en la atención, diagnóstico y seguimiento de las DR, así como contribuir a la equidad, objetivos fundamentales del mismo. El Protocolo dedica una parte relevante de su contenido al estudio genético para establecer patrones de herencia y determinar casos de riesgo. Para ello se analizan muestras de ADN de pacientes con dichas enfermedades oculares así como de algunos de sus familiares. Gracias a estos estudios, es posible instaurar controles previos a la aparición de síntomas y realizar el consejo genético. Existe así un gran interés científico e investigador para un mejor conocimiento de las bases genéticas que permitan futuros trata-

mientos curativos basados fundamentalmente en trasplantes celulares y terapia génica.

### **1050. ACTITUD ANTE EL CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL POR PARTE DE LAS PERSONAS YA DIAGNOSTICADAS DE ADENOMA**

J. Grau<sup>a</sup>, F. Macià<sup>b</sup>, A. Serradesanferm<sup>a</sup>, A. Burón<sup>b</sup>, M. Pellisé<sup>c</sup>, M. Andreu<sup>d</sup>, T. Castells<sup>c</sup>, C. Hernández<sup>b</sup>, J.M. Augé<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Unitat d'Avaluació, Suport i Prevenció, Hospital Clínic de Barcelona;

<sup>b</sup>Servei d'Epidemiologia i Avaluació, Hospital del Mar de Barcelona;

<sup>c</sup>Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínic de Barcelona; <sup>d</sup>Servicio de Digestología, Hospital del Mar de Barcelona; <sup>e</sup>Servicio de Bioquímica i Genética Molecular, Hospital Clínic de Barcelona.

**Antecedentes/Objetivos:** Conocer cuál es la actitud de las personas diagnosticadas previamente de adenomas colorrectales ante la invitación para participar en el programa de cribado colorrectal. En todos los documentos de invitación al programa se establece que estas personas deben notificar al programa su situación para ser excluidas del mismo.

**Métodos:** A partir de la población diana de un área de salud de referencia del Hospital Clínic de Barcelona (ABS 2B-Vía Roma), se ha estudiado la actitud ante la invitación al Programa del subgrupo que ya había sido diagnosticado previamente de adenoma colorrectal en dicho hospital durante el período 2005-2010. Esta información se obtuvo posteriormente mediante el cruce con la base de datos del Servicio de Anatomía Patológica. Se analizan las variables descriptivas de la población estudiada y se evalúan las variables de comportamiento: contacto con el programa para notificar situación previa o participación en el programa.

**Resultados:** Las personas diagnosticadas previamente de adenomas colorrectales en los últimos 5 años invitadas al programa fueron 116, que corresponden al 1,5% de la población diana. Por sexo, predominan los hombres (n = 70; 60%) respecto a las mujeres (n = 46; 40%). Predominan los pacientes de los grupos de edad mayores: 50-54 años = 12,5%; 55-59 años = 29,2%; 60-64 años = 26,4% y 65-69 años = 31,9%. Se pusieron en contacto con el programa para notificar su situación previa 29 personas (27,6%), que fueron excluidas del programa por antecedentes de adenoma. Del resto de las personas con adenoma (n = 58), el 69% decide no participar y el 31,0% participa. De las 26 personas que han participado en el programa, en el 96,2% de los casos el resultado fue negativo a la prueba de sangre oculta en heces (PDSOH) y en uno (3,8%) fue positivo.

**Conclusiones:** La población diagnosticada previamente de adenoma presenta una tasa de exclusiones superior a la población diana general (27,6 respecto a 6,4%), una participación inferior (31,0 respecto a 44,5%) y una tasa de positividad a la PDSOH inferior (3,8 respecto a 5,7%). La exclusión previa de las personas diagnosticadas de adenoma colorrectal mejora el funcionamiento del programa. Es muy importante, no obstante, subrayar a esta población la importancia de un buen seguimiento de sus lesiones.