

## CRIBADO DE PROBLEMAS DE SALUD

Viernes 7 de octubre de 2011. 15:30 a 17:00 h

Aula Profesor Botella – Facultad de Medicina

Comunicaciones orales (3 minutos)

*Modera: Jorge Suanzes*

---

### 285. LA COMUNICACIÓN DESDE UN PROGRAMA DE CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER DE MAMA EN BARCELONA

R. Puigpinós-Riera, G. Serral

*Agència de Salut Pública de Barcelona.*

**Antecedentes/Objetivos:** La disparidad de mensajes que reciben las mujeres, su perfil diverso, la doble cobertura sanitaria, los requerimientos informativos y las nuevas tecnologías hacen replantear los aspectos de comunicación de los programas de cribado. El objetivo del trabajo fue adaptar la comunicación del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama a la nueva realidad social de la ciudad.

**Métodos:** Revisión del protocolo de comunicación del PDPCM, organizando un grupo de trabajo multidisciplinario formado por profesionales de los distintos ámbitos del PDPCM, de la comunicación en salud y representación de grupos de mujeres. A partir de las preguntas: ¿Qué información? ¿De qué manera? ¿A través de qué vías? se elabora información que ha de ser accesible, comprensible, adaptada, específica de cada fase y de varios niveles de complejidad.

**Resultados:** Se elabora información sobre el cáncer de mama y su tratamiento, sobre el PDPCM y los principios que lo rigen, antecedentes familiares, motivos de exclusión, la mamografía, pruebas de confirmación diagnóstica y riesgos y beneficios de participar en un programa. Esta información se elabora en formato web y se incluye en todas las instituciones y organizaciones vinculadas al programa. Esta información es la de mayor complejidad, a partir de la cual se revisa el contenido de la información básica o de mínimos a difundir entre todas las mujeres citadas al programa; se ha elaborado un libretto más amplio para enviarlo junto con una carta de presentación a las mujeres a las que se invita a participar al PDPCM por primera vez. Se ha elaborado una presentación con su guía de uso y unos materiales de evaluación. El PDPCM realiza estas sesiones informativas a las mujeres menores de 55 años que entran en el programa. Estas sesiones tienen carácter interactivo, ya que la primera parte es en formato grupo de discusión. La guía de uso permite que sea un material que puede ser utilizado también por profesionales de la Atención Primaria o profesionales de Salud Sexual y Reproductiva. Se ha elaborado información sobre las pruebas adicionales para que los distintos hospitales del PDPCM dispongan de ella y les sirva de soporte informativo para las mujeres que sean convocadas. Todos los materiales son previamente pilotados y contrastados con la opinión de mujeres de distinto ámbito social.

**Conclusiones:** Los nuevos materiales y estrategias y los ya existentes revisados cumplen con los requisitos de informar a la mayoría de la población diana de la ciudad. Queda por trabajar cómo llegar a aquellos sectores de la sociedad menos integrados como las mujeres de determinados orígenes culturales.

### 304. CONCORDANCIA ENTRE EL FALSO-POSITIVO Y EL POSTERIOR CÁNCER EN EL CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA

A. Romero<sup>a,b</sup>, J. Blanch<sup>a,b</sup>, L. Domingo<sup>a,b</sup>, R. Román<sup>a,b</sup>, D. Salas<sup>c</sup>, J. Ibáñez<sup>d</sup>, M. Sánchez<sup>d</sup>, J. Ferrer<sup>e</sup>, A. Vega<sup>f</sup>, M.S. Laso<sup>g</sup>, F. Macià<sup>a,b</sup>, X. Castells<sup>a,b</sup>, M. Sala<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Epidemiología y Evaluación, IMIM, Hospital del Mar, Barcelona; <sup>b</sup>CIBERESP; <sup>c</sup>CSISP, Valencia; <sup>d</sup>Dirección General de Salud Pública, Cantabria; <sup>e</sup>Hospital Santa Caterina, Girona; <sup>f</sup>Hospital Marqués de Valdecilla, Santander.

**Antecedentes/Objetivos:** Las mujeres que han experimentado un resultado falso positivo durante el cribado tienen un mayor riesgo de detección de cáncer en los siguientes cribados. La lesión que originó el falso positivo podría estar relacionada directamente con la lesión donde posteriormente se detecta el cáncer. Los objetivos son: estimar la concordancia entre la localización de la lesión presente en la mamografía de cribado en la cual se diagnostica el cáncer y la lesión del falso positivo en el cribado justo anterior, así como la concordancia entre los patrones radiológicos observados en ambas mamografías.

**Métodos:** A partir de 242.838 mamografías de 103.613 mujeres de 45 a 69 años cribadas durante el periodo 1996-2007 en los programas de Cantabria, Girona, Barcelona (Parc de Salut Mar) y Valencia (Burjassot) se identificaron 1.080 casos de cáncer. Entre las mujeres diagnosticadas de cáncer, 70 (6,5%) casos presentaron un falso positivo en la ronda previa a la del diagnóstico de cáncer. En 62 casos se tenía información sobre la localización de la lesión que originó el falso positivo y también sobre la que se produjo el diagnóstico. La localización de la lesión sospechosa podía estar en la mama izquierda, en la derecha o bien en ambas mamas. Para el análisis de la concordancia entre los patrones radiológicos observados sólo se consideraron aquellos casos que presentaron patrones únicos. Los patrones se clasificaron en distorsiones, masas, asimetrías, calcificaciones y otros. Para valorar el grado de concordancia se calculó el índice kappa ponderado.

**Resultados:** En 41 casos la localización de la lesión que originó el falso positivo y la de la lesión que originó el diagnóstico de cáncer fue en la misma mama. El índice kappa ponderado obtenido fue 0,459, indicando una concordancia moderada. Entre los 62 casos con información sobre el tipo de lesión en el falso positivo y en la mamografía del diagnóstico de cáncer, sólo 30 presentaron patrones únicos. En 18 casos la lesión observada fue la misma en ambos episodios, obteniendo un índice kappa de 0,438.

**Conclusiones:** Nuestros resultados indican que una parte de las lesiones que originaron falsos positivos en la ronda previa a la del diagnóstico de cáncer podrían estar directamente relacionados con el posterior desarrollo de cáncer. Aunque la ocurrencia del evento falso positivo en la ronda previa al diagnóstico de cáncer es poco frecuente, a nivel poblacional puede tener un cierto impacto. Conocer los determinantes de los falsos positivos y falsos negativos contribuiría a mejorar la eficiencia del cribado.

### 319. PATRONES MOLECULARES DE CÁNCER DE MAMA DETECTADOS POR CRIBADO, FUERA DE ÉSTE Y CÁNCERES DE INTERVALO

M. Puig Vives<sup>a,b</sup>, G. Renart<sup>b</sup>, G. Osca<sup>a,b</sup>, J. Albanell<sup>c</sup>, F. Castañer<sup>c</sup>, J. Ferrer<sup>c</sup>, M. Carreras<sup>d</sup>, J. Tarradas<sup>e</sup>, M. Buxo<sup>a,f</sup>, A. Izquierdo<sup>a,g</sup>, R. Marcos-Gragera<sup>a</sup>

<sup>a</sup>UERG; <sup>b</sup>UdG; <sup>c</sup>Hospital Salt; <sup>d</sup>IAS; <sup>e</sup>Hospital de Palamós; <sup>f</sup>UPF; <sup>g</sup>Hospital Josep Trueta.

**Antecedentes/Objetivos:** El cáncer de mama (CM) es una enfermedad muy heterogénea desde el punto de vista clínico, genético y fenotípico. El programa de detección precoz de cáncer de mama (PDPCM) de Girona empezó, gradualmente, en 1999, invitando a las mujeres de 50 a 69 años bianualmente. En 2007 la cobertura fue del 75,29% y la participación del

63,15%. Los objetivos del estudio son: 1) evaluar el efecto de cribado del CM en la Región Sanitaria Girona (RSG) mediante la identificación de los cánceres de intervalo; 2) comparar las características clínicas de los tumores detectados por cribado, fuera de éste y de los cánceres de intervalo (CI), y 3) describir los patrones moleculares del CM invasivo diagnosticado durante los años 2005-2007 en la RSG.

**Métodos:** Se incluyeron todos los casos de CM invasivo (ICD-10: C50.0-C50.9) diagnosticados en mujeres durante el periodo 2005-2007 en la RSG. Los CM de las mujeres de 50 a 69 años se dividieron en 3 grupos: 1) diagnosticados por cribado; 2) diagnosticados fuera del cribado, y 3) CI. Se recogió información clínica y biológica de los tumores, así como el estadiaje en el momento del diagnóstico, los receptores hormonales (estrógeno y progesterona) y Erb2 (immunohistoquímica y FISH). Se clasificaron los tumores según los subtipos moleculares definidos por los marcadores moleculares: luminal A (LA, receptores hormonales positivos y erb2 negativo), luminal B (LB, receptores hormonales positivos y erb2 positivos), Erb2 (receptores hormonales negativos y erb2 positivos) y triple negativo (TN, receptores hormonales negativos y erb2 negativo). Para comparar las frecuencias relativas de los factores estudiados se utilizó el test de la Chi cuadrado.

**Resultados:** Se identificaron 1.053 casos de CM, de los cuales 432 fueron mujeres entre 50 y 69 años. De éstas, el 44,68% fueron diagnosticadas por PDPCM, el 45,37% se diagnosticaron fuera de éste y el 9,95% fueron probables CI. Los CM de cribado fueron los que tuvieron un porcentaje menor de TN (6,2%) y estadiaje avanzado (0,5%) así como un mayor porcentaje de LA y LB (84,4%). En cambio, los diagnosticados fuera de cribado fueron los que tuvieron un porcentaje mayor de TN (12,8%), seguido de los CI (11,6%). Los CI y los cánceres diagnosticados fuera de programa obtuvieron similares proporciones de estadiaje avanzado (7,1 y 7,0%) y LA y LB (62,3 y 62,8%).

**Conclusiones:** Según los resultados preliminares, los 3 grupos de cánceres muestran patrones moleculares distintos. Los cánceres diagnosticados por cribado son los de mejor pronóstico y los otros parecen ser similares.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III: PI09/90127.

### 332. ESTUDIO DEL CÁNCER DE INTERVALO EN EL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA DE LA RSG

G. Renart<sup>a</sup>, M. Puig<sup>a,b</sup>, J. Albanell<sup>c</sup>, F. Castañer<sup>c</sup>, J. Ferrer<sup>c</sup>, M. Carreras<sup>d</sup>, J. Tarradas<sup>e</sup>, M. Buxo<sup>b</sup>, A. Izquierdo<sup>b,f</sup>, M. Bou<sup>b</sup>, R. Marcos-Gragera<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Universitat de Girona; <sup>b</sup>Registre de Càncer de Girona; <sup>c</sup>Hospital Santa Caterina; <sup>d</sup>Institut d'Assistència Sanitària; <sup>e</sup>Hospital de Palamós; <sup>f</sup>Hospital Universitari Dr. Josep Trueta.

**Antecedentes/Objetivos:** El objetivo principal de este estudio es estimar la tasa de cáncer de intervalo en el programa de detección precoz de cáncer de mama (PDPCM) de la Región Sanitaria Girona y sus determinantes, tanto los relacionados con la mujer como con las características del programa, y compararlos con las características de los tumores detectados dentro del mismo programa.

**Métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo que incluye a todas las mujeres participantes en el PDPCM entre los años 2000 y 2006. Se han incluido tanto los cánceres invasivos como los in situ y en el caso de tumores simultáneos bilaterales, se han considerado los dos tumores independientemente para la estimación de la tasa de incidencia y el resto de análisis. Hasta el momento, se han analizado los cánceres detectados entre la primera y la segunda ronda del programa calculando la tasa de incidencia, la sensibilidad y algunas características radiológicas estratificando por grupo de edad (50-59 y 60-69), tipo de cribado (inicial y sucesivo) y tiempo transcurrido entre la última mamografía de cribado y el diagnóstico (menos de 12 meses, 12 meses o más).

**Resultados:** Durante este período de estudio se han detectado 23 probables cánceres de intervalo, 18 de los cuales son mujeres de edad

comprendida entre 50 y 59 años. La tasa de incidencia global es de 8,72 cánceres por cada 10.000 mujeres cribadas y estratificando por grupo de edad esta tasa es de 9,16 cánceres entre 50 y 59 años y de 7,43 entre 60 y 69. De los 23 cánceres hallados, 6 se detectaron durante el primer año después del resultado de cribado negativo y los otros durante el segundo año. Esto representa una tasa de incidencia en el primer año de 2,27 casos por cada 10.000 mujeres cribadas y de 6,44 en el segundo. La capacidad de detectar un cáncer durante su fase detectable (sensibilidad) en esta primera ronda del programa es del 87,2%.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos por el momento parecen estar en la línea de análisis similares realizados en otros programas de cribado y la proporción de cánceres de intervalo en el primer y en el segundo año después del cribado sigue las directrices europeas. Actualmente se está trabajando en la lectura de las mamografías de cribado y de diagnóstico para poder evaluar la tasa real de casos de cáncer de intervalo, así como de falsos negativos, y a la vez se están completando las características radiológicas de estos. Los resultados finales se presentarán en el congreso.

### 367. PERCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA Y DE LA POBLACIÓN SOBRE LA ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL

I. Portillo<sup>a</sup>, I. Idigoras<sup>a</sup>, E. Arana<sup>b</sup>, B. Zubero<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Coordinación del Programa de Cribado, Osakidetza; <sup>b</sup>Servicio de Epidemiología, Hospital de Cruces.

**Antecedentes/Objetivos:** Cribado poblacional dirigido a personas de 50-69 años. Detección de sangre oculta en heces (SOH) iniciado en 2008-2009. Actualmente en fase de extensión. Implicación de atención primaria en todo el proceso: recepción del "kit" y envío a laboratorio; información, indicación y preparación de colonoscopia en casos positivos y seguimiento de casos según riesgo. Los objetivos son determinar aspectos positivos y mejorables del programa para garantizar la implicación de los profesionales de atención primaria; determinar aspectos positivos y mejorables del programa para aumentar la participación de la población.

**Métodos:** Formación de los profesionales de los centros de salud previo a su inicio. Encuestas validadas a los profesionales que participaron en 2009. 215 personas de 8 centros de salud. Encuestas validadas a una muestra aleatoria de 50 personas participantes, 50 no participantes de los centros seleccionados y a 50 posibles participantes de forma telefónica por una persona adiestrada.

**Resultados:** Atención primaria: el 73% participó en la formación. Respondieron 87 profesionales (40,5%), 43,7% médicos, 33,3% enfermeras y 22,9% administrativos. El 82,3% consideró muy positiva/positiva la organización del Programa. Aspectos mejor valorados: envío del kit a domicilio, participación, recepción de resultados de las colonoscopias y detección de lesiones. Aspectos a mejorar: la información a las personas, sobre todo en los casos positivos. Participantes: 82% mayores de 60 años, 46% mujeres. El 100% valoró la información recibida muy adecuada o adecuada, si bien sólo el 50% había utilizado la línea telefónica gratuita. Aspectos a mejorar: tiempo para colonoscopia. No participantes: 59% más de 60 años. 68% mujeres. El 82% había recibido la información en casa y estaba debidamente explicada para un 80,4%. Motivos principales de no participación: "no tener problemas de salud" o estar en seguimiento por su especialista. Más del 50% mostraron la intención de participar en siguientes invitaciones. Posibles participantes: 80% > 60 años, 48% mujeres. El 92% había recibido una carta informativa en casa, el 86% consideró que era muy adecuada/adecuada y el 72% muy adecuada/adecuada la línea telefónica. El 70% manifestó la intención de participar en el programa, 24% no sabían y 6% no participarían. El 82% animaría a su entorno a participar.

**Conclusiones:** Los resultados concuerdan con la alta tasa de participación encontrada en el programa en el periodo de implantación (57,8%

con test válido, IC 95%, 57,3-58,3). Es necesario mejorar la información a las personas.

Financiación: Proyecto de investigación financiado por el Gobierno Vasco.

### 470. MONITORIZACIÓN DE LA CALIDAD DE UN PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL EN CATALUÑA, 2000-2010

G. Binefa, M. García, N. Milà, V. Moreno

*Institut Català d'Oncologia, Hospitalet de Llobregat, Barcelona.*

**Antecedentes/Objetivos:** El Programa Detección Precoz del Cáncer Colorrectal (PDPCCR) de l'Hospitalet se implementó en el año 2000, siendo el primero en toda España. Se han llevado a cabo 4 rondas completas y a lo largo de los años se han realizado distintas estrategias con el fin de evaluar la más efectiva tanto para el usuario como para el programa. Objetivo: Evaluar el grado de consecución de los indicadores del programa e identificar oportunidades de mejora.

**Métodos:** La prueba de cribado fue el test de sangre oculta en heces (TSOH) bioquímico basado en la resina de guayaco (Hema-screen<sup>TM</sup>, immunostics.inc); en la última ronda, en la población de 2 áreas básicas de salud (ABS) se utilizó el test inmunológico (OC Sensor<sup>®</sup>, Palex). A todos los casos con un resultado positivo al TSOH se les indicó una colonoscopia con sedación. La evaluación del programa se basó en los criterios de la Guía Europea de Garantía de Calidad del Cribado y Diagnóstico del Cáncer Colorrectal; para ello se calcularon los principales indicadores (participación, positividad, aceptación de la prueba diagnóstica, intubación cecal, valores predictivos positivos [VPP] y tasas de detección de adenoma/cáncer y estadios) y se clasificaron en organizacionales, de proceso e impacto.

**Resultados:** La participación pasó del 17,2% en la primera ronda al 31,2% en la última, siendo superior en las ABS donde se utilizó el TSOH inmunológico (36,3%). La positividad al test de guayaco fue del 3,2% en la primera ronda y alrededor del 1% en las siguientes; el test inmunológico alcanzó una positividad del 6,2% (hombres: 8,9%). La aceptación de la colonoscopia no llegó al 90% en las dos primeras rondas y en cambio en la tercera y cuarta se alcanzó el 95%. Más del 90% de las colonoscopias fueron completas. Con los años, el porcentaje de colonoscopias normales ha ido disminuyendo a expensas de un mayor porcentaje de colonoscopias con neoplasia (adenoma o cáncer). La tasa de detección de adenomas de alto riesgo en todas las rondas ha estado por encima del resto, destacando que en la última ronda la tasa con el test de guayaco e inmunológico fue del 26,4 vs 3,0 por 1.000 personas cribadas respectivamente. Del total de cánceres diagnosticados, el 59,4% lo han sido en estadios precoces (I, II), siendo mayor el porcentaje en el cribado sucesivo (rango 60-77,8%) respecto al inicial (rango 25-66,7%).

**Conclusiones:** La mayoría de indicadores han alcanzado los valores estándar establecidos en la guía y algunos incluso los han superado con creces. No obstante, hay áreas de mejora, siendo una de las más importantes la participación.

### 531. ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES DEL PROGRAMA POBLACIONAL DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER COLORRECTAL

N. Milà<sup>a</sup>, M. García<sup>a</sup>, G. Binefa<sup>a</sup>, J.A. Espinàs<sup>b</sup>, J.M. Borràs<sup>b</sup>, V. Moreno<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Institut Català d'Oncologia (ICO); <sup>b</sup>Pla Director d'Oncologia.

**Antecedentes/Objetivos:** La implementación del cribado de cáncer colorrectal (CCR) es relativamente reciente y aunque los determinantes de la participación se han analizado en diversas ocasiones, todavía existen pocos estudios que analicen la adherencia al cribado de CCR (participación continuada a lo largo del tiempo). El objetivo del estudio

fue analizar los factores asociados con la adherencia a las recomendaciones del cribado de CCR realizado bienalmente, dirigido a hombres y mujeres entre 50 y 69 años y basado en la prueba de detección de sangre oculta en heces.

**Métodos:** La población de estudio (n = 64.492) la formaron personas invitadas en 2 o más rondas sucesivas de cribado en l'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Se realizó un estudio transversal mediante encuesta telefónica a una muestra de 1.193 personas. La variable dependiente "adherencia a las recomendaciones del cribado de CCR" clasificaba a los sujetos según el grado de adherencia en las tres rondas (no adherentes, adherentes irregulares y adherentes totales). Las variables independientes recogidas en la entrevista fueron características socio-demográficas, estado de salud, conocimientos relativos al CCR y realización de actividades preventivas. Se realizó un análisis bivariado y se ajustaron modelos de regresión logística binaria y polinómica para identificar las variables relacionadas con la adherencia al cribado de CCR y estimar su asociación.

**Resultados:** Se encontraron diferencias significativas entre los adherentes (irregulares y totales) y no adherentes en las variables de creencias y actitudes hacia el CCR y su detección precoz. La recomendación del entorno social estaba asociada con la adherencia al cribado de CCR. Aquellos que compartieron la decisión de participar con un facultativo y con la familia presentaron una probabilidad entre 5 y 9 veces superior de adherirse al programa, respectivamente. En la comparación entre adherentes irregulares y totales, la percepción positiva del programa de detección precoz de CCR fue un facilitador del grado de adherencia (OR = 1,38, IC 95%, 1,03-1,84).

**Conclusiones:** Las creencias sobre el CCR y su detección precoz, así como la influencia del entorno social, son factores detonantes para la toma de decisión en el momento de participar, no así para el mantenimiento del comportamiento preventivo en el tiempo. Cuanto más positiva es la visión del beneficio del cribado mayor es el seguimiento de sus recomendaciones. La actitud en la participación basal del cribado de CCR determina en gran medida el comportamiento preventivo futuro del individuo.

Financiación: Estudio parcialmente financiado por el ISCIII (RD/06/0020/0089).

## 626. COBERTURA Y CALIDAD DE LA PRUEBA DEL TALÓN EN ANDALUCÍA, 2002-2010

J.M. Aldana Espinal, E. Vizuete Rebollo, C. Salamanca Rivera, A. López Ruiz, M.C. Junco Gómez, A. González-Meneses López, Laboratorios de Metabolopatías de Andalucía

*Plan de Atención a Personas Afectadas por Enfermedades Raras; Servicio Andaluz de Salud; Consejería de Salud.*

**Antecedentes/Objetivos:** Desde 1978 se determina en Andalucía fenilcetonuria y de hipotiroidismo congénito mediante la prueba del talón (PT). Desde entonces son avances significativos: 1) en 2009 el cribado se centraliza en los hospitales Virgen del Rocío y Carlos Haya; 2) en 2010 todas las muestras de la Comunidad son procesadas mediante tecnología tándem-masas, que permite aumentar el número de patologías cribadas (hasta 30 según metabolitos testados); 3) en 2011 paso de doble toma (nacimiento y 7.º-10.º día) a única toma, entre el 3.º y 5.º día en los centros de Atención Primaria (AP) y aumento de 3 a 5 de los pocillos que hay que impregnar en el papel con muestra de sangre. Debido al cambio de procedimiento, estudiamos la cobertura del cribado hasta la fecha y la calidad de las muestras para poder evaluar posteriormente la captación del cribado en el nuevo modelo y la calidad del procedimiento de extracción para 5 pocillos.

**Métodos:** Se recoge información sistematizada de los RN desde el año 2002 mediante una aplicación en red de una base de datos centralizada. Recoge datos de filiación del RN; tipo de gestación; fechas de toma de muestra, recepción, procesado, notificación del resultado; la-

boratorio de determinación; resultado y calidad de la ficha de datos y de la muestra. Se realiza una consulta a la base de datos de metabolopatías sobre todos los RN de Andalucía para el periodo 1 de enero de 2002 a 31 de diciembre de 2010. Patologías: hipotiroidismo y fenilcetonuria. Centros: laboratorios de referencia. Muestras: todas las muestras de talón y cordón.

**Resultados:** La cobertura media del periodo para cribado de hipotiroidismo (muestra en paritorio) es del 99,96%, con un mínimo en el periodo de 99,93% y un máximo del 100%. La cobertura media del periodo para cribado de fenilcetonuria (muestra en AP a demanda de la familia) es del 98,41%, con un mínimo de 98,04% y un máximo de 98,92%. El laboratorio informa de mala calidad o muestra insuficiente en el 0,79% de muestras de hipotiroidismo. En fenilcetonuria, la calidad de la muestra es deficiente de media en el 0,46% de los casos.

**Conclusiones:** Las coberturas de PT se han considerado siempre muy altas. Se ha realizado un programa de formación de los profesionales y de información a la ciudadanía sobre el nuevo modelo de prueba, que incide en la responsabilidad de los padres en la PT y la de los profesionales sanitarios de informar sobre ella. Por otra parte, la prueba se realiza actualmente en AP y las familias realizan su demanda en tiempo, por lo que esperamos que las coberturas se mantengan.

## 667. FALSOS POSITIVOS EN LA PRUEBA DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL EN CATALUÑA, 2000-2010

M. García, N. Milà, G. Binefa, L. Benito, V. Moreno

*Instituto Catalán de Oncología, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.*

**Antecedentes/Objetivos:** Analizar los resultados falsos positivos de un programa poblacional de detección precoz de cáncer colorrectal (PDPCCR) en Cataluña durante un período de 10 años.

**Métodos:** Se evaluaron los resultados del PDPCCR de L'Hospitalet de Llobregat desde el año 2000 hasta el año 2010. El programa va dirigido a la población entre 50 y 69 años y tiene una periodicidad bienal. A partir de la segunda ronda la invitación del programa incluía un cuestionario sobre antecedentes y síntomas de cáncer colorrectal que se debía cumplimentar para recibir la prueba de cribado. La prueba utilizada fue el test de sangre oculta en heces bioquímico basado en la resina de guayaco en la que se recogían dos muestras de tres deposiciones consecutivas. En la cuarta ronda se utilizó en la población de dos áreas básicas un test inmunológico cuantitativo que requería una única muestra de heces. Se consideró que la prueba era positiva ante la presencia de cinco o más casillas con indicios de sangre en el test de guayaco y de un resultado = 100 ng/ml en el test inmunológico. A los sujetos con un resultado positivo se les indicó la realización de una colonoscopia. Se definió como falso positivo tener un resultado positivo en la prueba de cribado y una colonoscopia normal (sin presencia de adenomas o cáncer). Se realizó un análisis descriptivo de la proporción de falsos positivos en función del sexo, la edad, el tipo de participación (inicial y sucesiva) y la ronda de cribado. Se calcularon los IC 95% para comparar las proporciones.

**Resultados:** A lo largo de los 10 años se detectaron indicios de sangre en 1.074 tests. El 92,1% de las personas con un test positivo aceptaron realizarse una colonoscopia. La proporción de falsos positivos fue del 47,9% (n = 474), siendo superior en las mujeres (62,4%; IC 95%, 57,81-67,00) que en los hombres (36,9%; IC 95%, 32,9-40,89). También se observó una mayor proporción de falsos positivos en la primera ronda respecto a las rondas subsiguientes (62,9%; IC 95%, 57,7-68,1 vs. 40,3%; IC 95%, 35,5-44,1). En cambio, no se observaron diferencias por edad, tipo de participación o test de cribado.

**Conclusiones:** Las diferencias observadas en la proporción de falsos positivos según sexo y ronda de cribado pueden deberse a una mayor prevalencia de patologías de sangrado en mujeres o a la menstruación en el grupo de las más jóvenes y a la inclusión del cuestionario sobre antecedentes y síntomas que permite una mejor selección de la pobla-

ción elegible. La consolidación del programa en la población (10 años) ha contribuido a una mejor difusión de los criterios de inclusión.

Financiación: Estudio parcialmente financiado por el Instituto de Salud Carlos III (RD/06/0020/0089).

### 763. ANÁLISIS DE LA DOBLE LECTURA MAMOGRÁFICA EN EL CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER DE MAMA. HSCSP, 2001-2010

M. Posso, M.T. Puig, M.J. Quintana, J. Solà

*Servicio de Epidemiología y Salud Pública, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (HSCSP).*

**Antecedentes/Objetivos:** Evaluar las características de la doble lectura mamográfica con consenso y/o arbitraje, caracterizar las neoplasias que se diagnostican de forma concordante o discordante y el porcentaje de recitación según primera participación o sucesiva.

**Métodos:** Diseño analítico transversal, con una población de estudio de 106.962 mamografías del programa poblacional de cribado de cáncer de mama del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau en el periodo 2001-2010. Para el análisis inferencial de la doble lectura con consenso y/o arbitraje se utiliza la prueba de Chi<sup>2</sup>, la prueba kappa para el análisis de concordancia entre los lectores y la regresión logística para estimar la probabilidad de detectar un cáncer de mama en relación con el tipo de participación.

**Resultados:** Los resultados preliminares muestran que el 36% de las mamografías analizadas corresponde a la primera participación de la mujer y el 64% a participaciones sucesivas. En general el índice de concordancia entre los lectores es bueno ( $k = 0,61$ ;  $p < 0,001$ ) y la discordancia es superior en la primera participación (10,9%) que en las sucesivas (7,3%)  $p < 0,001$ . La mayoría de discordancias se resuelve por consenso (96%), el 2,5% por arbitraje y el 1,5% requieren de arbitraje por imposibilidad de consenso. La tasa global de detección de cáncer es de 5/1.000 mamografías, de las cuales el 80% se detecta por concordancia, el 14% por consenso, el 5% por arbitraje y menos de 1% por consenso y arbitraje. Un factor asociado a la detección discordante de una neoplasia fue la participación sucesiva (OR = 1,48, IC 1,01-2,09;  $p = 0,04$ ). La doble lectura con consenso y/o arbitraje incrementa la tasa de detección de cáncer en 1/1.000 a expensas de incrementar en un 2,5% el porcentaje de recitación respecto a la doble lectura concordante. En comparación con la lectura simple, la doble lectura incrementa la tasa de detección de cáncer en más de 1/1.000 y disminuye el porcentaje de recitación en 1%.

**Conclusiones:** La doble lectura independiente con consenso y/o arbitraje incrementa la tasa de detección de cáncer respecto a la doble lectura concordante y disminuye el porcentaje de recitaciones respecto a la lectura simple tanto en primera participación como en sucesivas. En las participaciones sucesivas la doble lectura discordante detecta un mayor número de neoplasias que en la primera participación.

### 830. ACTITUDES DE LA POBLACIÓN ANTE EL CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER DE COLON Y RECTO

M. Ramos<sup>a</sup>, M. Taltavull<sup>b</sup>, M. Llagostera<sup>c</sup>, P. Piñeiro<sup>c</sup>, R. Saladich<sup>c</sup>, X. Cantero<sup>c</sup>

*<sup>a</sup>Direcció General de Salut Pública i Participació, Conselleria de Salut Illes Balears; <sup>b</sup>Gerència d'Atenció Primària de Mallorca, Servei de Salut Illes Balears; <sup>c</sup>Àrea Costa de Ponent, Barcelona.*

**Antecedentes/Objetivos:** El cribado poblacional del cáncer de colon y recto es efectivo para reducir tanto la incidencia como la mortalidad por esta enfermedad. En España, los programas que se están poniendo en marcha obtienen tasas de participación bajas, que no superan en el mejor de los casos el 60%. Objetivo: Explorar los elementos sociales y

culturales que determinan la intención de participar en un programa poblacional de cribado de CCR de la población usuaria de AP, teniendo en cuenta las diferencias de género.

**Métodos:** Estudio cualitativo etnográfico realizado desde la perspectiva de género. La técnica de generación de información empleada ha sido la entrevista en grupo. Se elaboró un guión a partir de la literatura y de los resultados de un estudio cuantitativo previo. Los participantes han sido hombres y mujeres con edades comprendidas entre 50 y 70 años en Barcelona y Mallorca.

**Resultados:** El elemento central es el diagnóstico a tiempo. Se ha producido un cambio en la percepción del cáncer, que de ser una enfermedad incurable ha pasado a ser un problema serio, que puede curarse (si se diagnostica a tiempo). Al mismo tiempo, se percibe un sentimiento de autorresponsabilidad respecto a la salud, y destaca la incorporación de los hombres al autocuidado como una característica de género. Existe una demanda de información: interesa conocer más qué es el cáncer. Las personas entrevistadas se sienten vulnerables a poder tener un cáncer, especialmente los hombres. Ante la presencia de síntomas, el comportamiento de hombres y mujeres es distinto. Se observa una actitud en general positiva a hacerse pruebas sin síntomas, incluso invasivas como la colonoscopia, sobre todo en los hombres. El diagnóstico precoz, a tiempo es un elemento facilitador para hacerse pruebas sin síntomas.

**Conclusiones:** La actitud ante el cribado del cáncer colorectal es positiva; se observan diferencias de género que deben ser tenidas en cuenta en el diseño de los programas poblacionales de cribado, especialmente en la fase de sensibilización de la población.

Financiación: FIS (PI07/90590 y PI07/90696).

### 972. PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA EN EL DISTRITO SANITARIO JAÉN: 15 AÑOS DE HISTORIA

M.L. Gómez Mata, M. Mariscal Ortiz, T. Ureña Fernández, M. Delgado Rodríguez, M. Bueno de la Rosa, I. Sillero Arenas, E. Sánchez Arenas

*Distrito Sanitario Jaén; Universidad de Jaén; Delegación Provincial de Salud de Jaén; Distrito Sanitario Jaén Sur.*

**Antecedentes/Objetivos:** El cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres, constituyendo la primera causa de muerte por cáncer. Actualmente, aun cuando la incidencia del cáncer de mama continúa aumentando, en muchos países, incluido España, la mortalidad está disminuyendo. Estos cambios en la tendencia de la mortalidad son atribuibles a la detección precoz y a la mejora de los tratamientos. En el Distrito Sanitario Jaén (DSJ) el programa de diagnóstico precoz comenzó en 1995 y su población diana son las mujeres entre 45 y 69 años. El objetivo es analizar los indicadores del programa en el periodo 1995-2010.

**Métodos:** Estudio descriptivo utilizando los indicadores básicos del programa: tasa de participación, tasa de captación, tasa de derivación al hospital, tasa de detección, % de pruebas invasivas, % tumores in situ, porcentaje de tumores menores de 1 cm, % de ganglios negativos sobre el total de cánceres invasivos y % de cirugía conservadora.

**Resultados:** La tasa de participación fue del 79,30% (inicial 78,40, sucesiva de 90,83), la población diana entre 45 y 69 años es de 40.097 mujeres. La tasa de captación fue del 89,19%. Hemos recuperado información del hospital de pruebas diagnósticas en el 99,55% de las mujeres derivadas. La tasa de derivación al hospital fue del 9,26%. La tasa, para el periodo, de pruebas invasivas es de 0,53% y las no invasivas de 3,36%. La tasa de detección inicial es de 3,69 por 1.000, la sucesiva regular de 2,42 y la sucesiva irregular es de 4,95. La tasa de detección global fue de 3,23 por 1.000. El porcentaje de tumores in situ sobre el total de cánceres fue del 5,14%. El porcentaje de tumores menores de 1 cm fue del 55,08%. El porcentaje de ganglios negativos sobre el total de

cánceres invasivos del 59,33%. La cirugía ha sido conservadora en el 88,38% de los casos.

**Conclusiones:** El programa de diagnóstico precoz del cáncer de mama está consolidado en el Distrito Sanitario Jaén con buenas tasas de participación y adhesión al programa y resultados que se aproximan a los indicadores de calidad de las guías europeas.