
MESA ESPONTÁNEA IV

Miércoles, 17 de octubre de 2012. 15:00 a 17:00 h

Sala Ernest Lluch

Cribado de cáncer colorrectal: oportunidades de futuro

Moderan: Gemma Binefa y Dolores Salas

65. DESIGUALDADES EN LA PARTICIPACIÓN EN LOS PROGRAMAS DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL

A. Molina-Barceló, D. Salas, R. Peiró-Pérez, F. Giner, M. Vanaclocha, J. Moreno, M. Talavera, G. Vallés, S. Castán, et al

CSISP; DGISP; Universidad de Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Las desigualdades en cáncer son el resultado de políticas que estructuran de forma compleja factores socioculturales que conforman ejes de desigualdad (etnia-cultura, edad, nivel educativo-socioeconómico, género), generando desigualdades en exposición a riesgos, participación en programas de cribado y acceso a tratamientos. El objetivo es revisar la bibliografía sobre los factores influyentes en las desigualdades de participación en los programas de cribado de cáncer colorrectal (CCR).

Métodos: Búsqueda bibliográfica en Pubmed y Embase. Período de publicación: 1/01/2001-1/06/2011. Uso de términos "Mesh" y "EMTREE" en combinación con término booleanos "AND" y "OR". Criterios de elegibilidad: 1) Publicados en revistas "peer review"; 2) Escritos en inglés; 3) Estudios observacionales; 4) En países desarrollados; 5) En programas de cribado de CCR; 6) Que estudien factores que influyen en la participación según ejes de desigualdad: género, edad, grupos étnicos/culturales y nivel socioeconómico/educativo. Análisis de los títulos y abstracts mediante dos personas de forma independiente. Análisis descriptivo, con chi cuadrado como estadístico, asumiendo un 5% de significación.

Resultados: De los 701 documentos identificados, 239 cumplían los criterios de elegibilidad. De artículos seleccionados, la mayoría (82,85%) son de "América", con un bajo porcentaje (13,81%) de estudios de "Europa". En cuanto a la metodología utilizada, la mayoría de estudios (79,92%) son "cuantitativos", mayoritariamente "transversales" (85,36%), con un pequeño porcentaje de estudios "cualitativos" (12,13%). En cuanto a la población de estudio y ejes de desigualdad analizados, en América hay una presencia significativamente mayor ($p < 0,05$) de estudios que se centran en "población vulnerable" (43,1%) y que analizan como eje de desigualdad el "grupo étnico/cultural" (53,1%) con respecto a Europa (6,1% y 18,2% respectivamente). Y en cuanto a los factores que influyen en la participación, mayoritariamente, sin diferencias significativas, se centran en la influencia de los "aspectos organizativos de los programas de cribado de cáncer y de los sistemas de salud" (43,9%), y en las "percepciones, creencias y actitudes de la población ante la enfermedad y el programa" (33,9%).

Conclusiones: Hay pocos estudios sobre desigualdades en el cribado de CCR en Europa y sería necesario incluir esta perspectiva como base para el desarrollo de políticas activas para mejorar la equidad en estas intervenciones de salud pública, y por tanto la equidad en cáncer.

Financiación: DG SANCO. Joint Action In Cancer. PR10/051.

67. COMPARACIÓN DE COLONOSCOPIA Y DETECCIÓN DE SANGRE OCULTA EN HECES MEDIANTE MÉTODO INMUNOLÓGICO EN EL CRIBADO DE POBLACIÓN DE RIESGO MEDIO: ESTUDIO COLONPREV

A. Castells, E. Quintero, L. Bujanda, J. Cubiella, D. Salas, A. Lanas, M. Andreu, F. Carballo, J.D. Morillas

En representación de los Investigadores del Estudio COLONPREV.

Antecedentes/Objetivos: La colonoscopia y la prueba inmunológica de detección de sangre oculta en heces (FIT) son estrategias actualmente aceptadas para el cribado del cáncer colorrectal (CCR) en la población de riesgo medio. No obstante, no existen estudios que comparen directamente la eficacia de ambas estrategias.

Métodos: El estudio ColonPrev es un ensayo multicéntrico, controlado y aleatorizado en individuos asintomáticos de 50 a 69 años de edad, en el que se comparan los resultados obtenidos con una única colonoscopia ($n = 26.703$ sujetos) con los de la determinación bienal de FIT ($n = 26.599$ sujetos). El objetivo principal es la reducción de la mortalidad por CCR a 10 años. En esta comunicación, no obstante, se describen los resultados preliminares obtenidos hasta la fecha en relación con la tasa de participación y la tasa de detección de neoplasia colorrectal tras finalizar la primera ronda.

Resultados: La tasa de participación fue mayor en el grupo de FIT que en el grupo de colonoscopia (34,2% vs 24,6%; $p < 0,001$). Se detectó CCR en 30 sujetos (0,1%) del grupo de colonoscopia y 33 (0,1%) del grupo de FIT (OR: 0,99; IC95%: 0,61-1,64; $p = 0,99$). No obstante, se detectaron adenomas avanzados en 514 sujetos (1,9%) del grupo de colonoscopia y 231 (0,9%) del grupo de FIT (OR: 2,30; IC95%: 1,97-2,69; $p < 0,001$), y adenomas no avanzados en 1109 sujetos (4,2%) del grupo de colonoscopia y 119 (0,4%) del grupo de FIT (OR: 9,80; IC95%: 8,10-11,85; $p < 0,001$).

Conclusiones: Estos resultados preliminares indican que los individuos del grupo de FIT fueron más propensos a participar en el cribado que los del grupo de colonoscopia. Tras la primera ronda, el número de individuos en los que se detectó CCR fue similar en los dos grupos de estudio, pero se identificaron más adenomas en el grupo de colonoscopia.

Financiación: Asociación Española Contra el Cáncer e Instituto de Salud Carlos III.

68. ANÁLISIS DE LA PARTICIPACIÓN EN ZONA RURAL: ATENCIÓN PRIMARIA REFERENTE EN LA RECOGIDA DE LOS TESTS INMUNOLÓGICOS

M.L. Llorens Gabandé

Región Sanitaria Lleida; CatSalut; Departament de Salut.

Antecedentes/Objetivos: El Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorectal (PDPCCR) de la Región Sanitaria Lleida (RS Lleida) se inició en 2010 en el ABS (Área Básica de Salud) La Granadella y continuó en ABS Agramunt. A diferencia de otros programas ya implementados en Cataluña, donde la entrega del test de detección de sangre oculta en heces (TDSOH) se hace en la farmacia, en la RS Lleida este proceso se centralizó en los Centros de Atención Primaria (CAP). Informáticamente, los resultados de los TDSOH se vuelcan simultáneamente en el aplicativo informático del PDPCCR, en el de Atención Primaria (E-Cap) y en

el sistema informático hospitalario (SAP). Objetivo: evaluar la participación en el PDPCCR de los usuarios de los CAP rurales donde Atención Primaria es el referente en la recogida y entrega de TDSOH.

Métodos: La población diana de ABS La Granadella y ABS Agramunt se cifró en 2097 personas. Los usuarios que han recibido la carta de invitación, acuden al CAP donde el personal administrativo les proporciona un TDSOH y, a la vez, se les programa la entrega del mismo. Los test se envían al laboratorio único de la RS Lleida centralizado en el Hospital Arnau de Vilanova. El test inmunológico utilizado es el FOB-Gold, Izasa.

Resultados: Los resultados globales de RS Lleida han sido del 63,28% en participación (La Granadella 80,46%, Agramunt 55,56%), un 20% mayor que otros resultados publicados donde las TDSOH se entregan en la farmacia. La tasa de positividad fue del 9,04%. La cobertura global del programa se situó en el 64,23%. La tasa de indicación de colonoscopia y la tasa de colonoscopias completas fueron del 98,3%. Aplicando la clasificación de European Guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis (2011), el 26% de las colonoscopias fueron negativas, el 28% Adenoma de bajo riesgo, el 25,4% Adenoma de riesgo Intermedio y el 8,5% Adenoma de alto riesgo. La tasa de detección de cáncer in situ ha sido del 3,8% mientras que la tasa de cáncer invasivo ha sido del 2,3%, cifras situadas dentro de los estándares de calidad. El Valor predictivo positivo (VPP) para neoplasia colorectal se sitúa en el 68,6% mientras que el VPP para adenocarcinoma es del 6,8%. La tasa de colonoscopias terapéuticas es del 94,9%.

Conclusiones: La elevada participación se debe a la facilidad de la población rural para acceder a los CAP y a la implicación de los Equipos de Atención Primaria en las actividades preventivas. En un futuro deberemos valorar si esta estrategia de recogida de muestras es igual de efectiva en las zonas urbanas.

69. CALIDAD DE LA COLONOSCOPIA EN UN PROGRAMA DE CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER COLORRECTAL

G. Binefa, M. García, N. Milà, L. Rodríguez-Alonso, F. Rodríguez-Moranta, V. Moreno

Institut Català d'Oncologia; Hospital Universitari de Bellvitge; CIBERESP, IDIBELL; Universitat de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: El éxito de los programas de cribado del cáncer colorrectal depende en gran medida de la calidad de su organización, sus procesos y resultados. Garantizar la calidad de la colonoscopia es un componente esencial de cualquier programa de cribado de CCR. Los indicadores de calidad de las colonoscopias de cribado difieren de las que se realizan en personas sintomáticas. El objetivo de este estudio fue evaluar los principales indicadores de calidad de las colonoscopias realizadas después de una test de sangre oculta en heces (TSOH) positivo durante la cuarta ronda del programa de detección de CCR en Cataluña.

Métodos: Los indicadores de calidad analizados en este estudio fueron clasificados de acuerdo al examen endoscópico en: pre, durante y post procedimiento. Los resultados fueron comparados con una muestra de colonoscopias realizadas en el mismo período en población sintomática y con los estándares recomendados en 3 guías ("Guía Europea de Garantía de Calidad del Cribado y Diagnóstico del Cáncer Colorrectal", "Guía de práctica clínica de calidad en la colonoscopia de cribado del cáncer colorrectal" y "Guía de la Comisión Asesora de Cribado de Cáncer de Cataluña").

Resultados: La mediana de tiempo de espera entre el resultado positivo al TSOH y la práctica de la colonoscopia fue de 60,5 días. La preparación para la colonoscopia fue adecuada en el 97,7% de los casos y en el 96,5% fue completa (intubación cecal). La tasa de recuperación de pólipos fue del 82,1% (94,3% para pólipos \geq 10 mm y 75,4% para los < 10 mm). La tasa de detección de adenomas fue de 10,1 por cada 1.000 cribados, siendo mucho mejor con la prueba inmunológica que con el

guayaco (32,0% y 3,4%, respectivamente). Se detectaron 1,6 cánceres por cada 1.000 cribados, siendo la tasa también mayor con el test inmunológico (4,4 frente a 0,8%). Cerca del 64% de los cánceres se diagnosticaron en estadios precoces. La tasa global de complicaciones fue del 10,9% (2 perforaciones y 2 hemorragias).

Conclusiones: La realización de la colonoscopia requiere de un alto nivel de calidad para garantizar la efectividad de los programas de cribado de CCR. Para ello es necesario monitorizar y revisar sistemáticamente parámetros que se puedan auditar periódicamente. Aunque la mayoría de los resultados alcanzaron los valores recomendados, hemos identificado algunas áreas de mejora. Para obtener buenos resultados, debemos trabajar conjunta e intensamente todos los profesionales implicados.

Financiación: Estudio parcialmente financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria PI11/01593.

139. CRIBADO DE SANGRE OCULTA EN HECES CON EL TEST INMUNOQUÍMICO CUALITATIVO EN CANTABRIA

A. González de Aledo Linos, M. Navarro Cordoba

Sección de Promoción y Educación para la Salud; Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Cantabria.

Antecedentes/Objetivos: Los resultados del cribado dependen del umbral elegido para separar el sangrado fisiológico del patológico. Cantabria es la única Comunidad que utiliza un test cualitativo (resultado positivo o negativo en vez de una cifra de Hb cuantificada). El positivo viene definido por cada casa comercial, eligiendo 20 μ g/g para coincidir con el umbral marcado a nivel nacional. Las ventajas del cualitativo son: evita mandar heces al laboratorio (se analizan in situ); la anamnesis previa garantiza una mejor aplicación de las exclusiones, menos positivos y menos colonoscopias; no hay test inválidos y no se generan repeticiones; resultado en 5 min. que se informa en el momento; más barato (1,5 €/test IVA incl. sin gastos de transporte ni de personal); facilita la ampliación de cobertura (sólo precisa la formación en Atención Primaria y la distribución del kit) y evita el efecto subjetivo del "umbral arbitrario" del cuantitativo: establecer el límite al sangrado fisiológico, que en el cualitativo es nítido -sí o no- mientras que en el cuantitativo es más difuso; un médico puede considerar que su paciente merece un estudio aunque no alcance el umbral "arbitrariamente" definido en su Comunidad. El objetivo es comparar nuestros resultados con los de Murcia, que usa un test cuantitativo en 2 muestras y con el mismo umbral.

Métodos: Comparación de tasa de positividad, de detección y valor predictivo en 22.735 personas estudiadas en Cantabria y 32.026 en Murcia.

Resultados: Se expresan en Cantabria vs Murcia: tasa de positividad 5,0/11,2. VPP (%) para carcinoma invasivo (Ci) 7,4/3,1; para adenoma de alto riesgo (AAR) 35,7/36; y para adenoma de bajo riesgo (ABR) 19,1/28,9. Tasa de detección (%): Ci 2,6/3,3; AAR 12,5/38,1; ABR 6,7/30,6.

Conclusiones: El test cualitativo permite una estrategia que genera la mitad de colonoscopias; lo atribuimos a que la anamnesis previa con el personal filtra las exclusiones y los casos de riesgo. El VPP (el que mejor mide la bondad del test) es doble para Ci e igual para AAR. Las tasas de detección, que dependen más de la prevalencia, son mayores en Murcia, sobre todo para ABR. Lo atribuimos a que hacen más del doble de colonoscopias en la misma población, a que en Cantabria la anamnesis excluye del test a los de riesgo mientras que en Murcia se hace a todos, y a su mayor incidencia basal detectada en el registro de cáncer español. Por lo tanto las mayores colonoscopias derivadas del cuantitativo diagnostican más ABR, que en realidad son falsos +. El test inmunológico cualitativo parece el de elección en tiempos de crisis.