

cribado utilizada es la prueba de sangre oculta en heces inmunológica (PDSOHi), con una periodicidad bienal. En caso de resultado positivo se propone confirmación diagnóstica mediante colonoscopia en el hospital de referencia. Los objetivos son exponer los resultados de la primera ronda de las tasas de positividad de la PDSOHi y de detección de adenomas de alto y bajo riesgo y de cáncer colorrectal (CCR).

Métodos: La población diana la configuran los residentes en 6 distritos municipales de Barcelona (n = 197.841). La PDSOHi es considerada positiva para ≥ 100 ng Hb/ml de heces. La prueba diagnóstica para las personas con PDSOHi positiva es la colonoscopia. El resultado de la colonoscopia se clasificó como normal, otros diagnósticos no relacionados con el programa, adenomas de alto riesgo, adenomas de bajo riesgo y cánceres colorrectales.

Resultados: Los resultados provisionales de primera ronda a 11/5/2012 indican una tasa de positividad a la PDSOHi del 6,26% (4.870/77.770). Se han realizado un total de 3.510 colonoscopias, de las cuales 342 (9,7%) presentan cáncer colorrectal, 1299 (37%) adenomas de alto riesgo y 626 (18%) adenomas de bajo riesgo. Las tasas de detección por 1000 participantes son de 4,4 para CCR, 16,7 para adenoma de alto riesgo y de 8,05 para adenoma de bajo riesgo. De los cánceres diagnosticados, el 74% de los casos son estadios 0 y 1.

Conclusiones: La tasa de positividad a la PDSOHi y las tasas de detección de lesiones relacionadas con el CCR están en consonancia con las series publicadas en programas de detección precoz del CCR en población de riesgo medio. El volumen de neoplasias detectadas en esta primera ronda demuestra que el CCR es una enfermedad que se beneficia de estrategias preventivas.

405. IMPACTO DE LA PARTICIPACIÓN EN LOS RECURSOS NECESARIOS PARA EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL

M. Comas, A. Arrospeide, J. Mendivil, J. Mar, C. Hernández, A. Burón, X. Castells

Servicio de Epidemiología y Evaluación, Hospital del Mar, Barcelona; Unidad de Investigación Gipuzkoa Oeste, Hospital Alto Deba, Arrasate; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: Evaluar el impacto de la participación en un programa poblacional de cribado de cáncer colorrectal sobre los costes del programa y la demanda de colonoscopias.

Métodos: Se utilizó un modelo de simulación de eventos discretos para estimar el consumo de recursos para implantar un programa de cribado de cáncer colorrectal en una población diana (hombres y mujeres entre 50 y 69 años) de 100.000 habitantes. El modelo conceptual se basó en el 'Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto de Barcelona' y en las guías europeas, que recomiendan la prueba de cribado bienalmente con test inmunológico de sangre oculta en heces y colonoscopia para los positivos. La estimación de los parámetros se realizó sobre las zonas con primera ronda completa correspondientes al Hospital del Mar. Las estimaciones para rondas sucesivas se obtuvieron de la literatura. Se simuló un horizonte de 20 años. El modelo incluye el envejecimiento progresivo de la población.

Resultados: Un aumento de la participación supone un aumento tanto en el coste total como en el número de colonoscopias que se incrementa con el paso de los años. El coste anual de cribar una población de 100.000 habitantes oscila entre 517.877€ y 693.538€ en 20 años para una participación del 20%, mientras que para una participación del 70% los costes variaron de 1.165.934€ a 1.697.943€ en 20 años. El número total de colonoscopias (cribado y seguimiento) varió de 670 el primer año a 1.315 el vigésimo año para una participación del 20%. Para una participación del 70% la variación fue de 2.347 a 4.249 en 20 años. Con la participación actual del programa (44%) se obtuvieron

COMUNICACIONES ORALES V (10 MINUTOS)

Viernes, 19 de octubre de 2012. 09:00 a 11:00 h

Sala Pedro Salinas

Cribado

Moderadora: Carmen Natal Ramos

377. TASAS DE POSITIVIDAD Y DETECCIÓN EN LA PRIMERA RONDA DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER COLORRECTAL DE BARCELONA

J. Grau, A. Burón, A. Serradesanferm, F. Macià, M. Pellisé, M. Andreu, T. Castells, C. Hernández, J.M. Augé

Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, Hospital Clínic de Barcelona; Servicio de Epidemiología y Evaluación, Hospital del Mar; Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínic de Barcelona; Servicio de Digestología, Hospital del Mar; Servicio de Bioquímica y Genética Molecular, Hospital Clínic de Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: En diciembre de 2009 tuvo su inicio el Programa de detección precoz del cáncer de colon y recto (PDPCCR) de Barcelona dirigido a hombres y mujeres de 50 a 69 años. La prueba de

unas estimaciones de costes entre 898.923€ el primer año y 1.321.709€ el vigésimo año y de colonoscopias entre 1.659 el primer año y 3.161 el vigésimo.

Conclusiones: La participación tiene un impacto importante en los recursos necesarios para llevar a cabo un programa de cribado poblacional de cáncer colorrectal. La consecuencia principal de un aumento de la participación se refleja en el incremento de la demanda de colonoscopias de confirmación y de seguimiento de los hallazgos que genera el programa de cribado.

Financiación: FIS PI07/90357 y Fundación Mútua Madrileña 2009/3532/l.

333. EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE CÁNCER INVASIVO Y CARCINOMA DUCTAL IN SITU EN EL CRIBADO MAMOGRÁFICO EN ESPAÑA

M. Román, M. Rué, M. Sala, R. Zubizarreta, D. Salas, N. Asuncion, X. Castells

Servicio de Epidemiología y Evaluación, IMIM-PSalutMar; CIBERESP, BCN; DCMB-Universitat de Lleida; SPPC, Conselleria de Sanidade, Galicia; DGSP, Conselleria Sanitat, Valencia; PDPCM, Instituto de Salud Pública, Navarra.

Antecedentes/Objetivos: En la última década, en muchos países desarrollados, se ha observado un descenso en la incidencia poblacional del cáncer de mama, a la vez que ha aumentado la incidencia de carcinoma ductal in situ (CDIS). En España este efecto ha sido atribuido a la saturación del cribado poblacional. El objetivo fue examinar las tendencias temporales en la incidencia de CDIS y cáncer invasivo de mama en el cribado mamográfico.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo que incluye el historial de participaciones en el cribado de 1.565.364 mujeres de 45-69 años participantes en 10 programas de cribado poblacional de cáncer de mama en España entre 1990 y 2006. Se calcularon las tasas de detección ajustadas por edad de CDIS y cáncer invasivo mediante el método directo. Mediante modelos de regresión de Poisson con puntos de transición se estudió el cambio porcentual anual en las tasas de CDIS y cáncer invasivo detectados en el cribado a lo largo del periodo de estudio, y se evaluaron posibles cambios en las tasas de detección ajustadas por edad y región.

Resultados: Se detectaron un total de 16.529 tumores en el periodo 1990-2006. El 79% (N = 13.036) fueron cánceres invasivos, y el 14,6% fueron CDIS. La tasa de detección ajustada por edad de CDIS fue de 68 y 43,9 por 100.000 mujeres cribadas en cribado inicial y sucesivo, respectivamente. Para cáncer invasivo la tasa fue 397,1 y 229,9 por 100.000 mujeres cribadas en cribado inicial y sucesivo. Se observó un aumento del 2,4% anual (IC95% = 1,2-3,6%) en la tasa de CDIS detectado en el cribado en el periodo 1990-2006. El cambio porcentual anual estimado en las tasas de CDIS por grupos de edad quinquenales entre los 45 y los 69 años disminuyó a medida que aumentó la edad, pasando de un 3,8% a los 45-49 años, a un 1,3% a los 65-69 años. No se observó ningún cambio significativo en la tasa de cáncer invasivo (p-valor = 0,44). Además, no se observó ninguna evidencia de cambio en la tendencia a lo largo de los 17 años estudiados para ninguno de los dos subtipos de cáncer (p-valor > 0,9 en ambos casos).

Conclusiones: Las tasas de detección de cáncer invasivo y CDIS en el cribado no presentaron cambios de tendencia desde la puesta en marcha de los programas. Las tasas de CDIS aumentaron un 2,4% anual, mientras las de cáncer invasivo se mantuvieron estables. Estos resultados justifican parcialmente el aumento observado en la incidencia poblacional de CDIS, sin embargo no muestran variaciones en la detección de tumores invasivos.

Financiación: ISCIII FEDER, (PI09/90251).

408. IMPACTO PRESUPUESTARIO DE LA TRANSICIÓN A MAMOGRAFÍA DIGITAL EN UN PROGRAMA POBLACIONAL DE CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA

M. Comas, A. Arrospide, J. Mar, M. Sala, E. Vilapriñó, F. Cots, C. Hernández, X. Castells

Servicio de Epidemiología y Evaluación, Hospital del Mar; Unidad de Investigación Gipuzkoa Oeste, Hospital Alto Deba, Arrasate; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: Analizar el impacto presupuestario de cambiar de mamografía analógica a digital en un programa poblacional de cribado del cáncer de mama.

Métodos: Se utilizó simulación de eventos discretos para modelizar el proceso de cribado junto con la historia natural de la enfermedad en una población de mujeres entre 50 y 69 años. Se utilizó la misma sensibilidad para mamografía analógica y digital. La especificidad varió según técnica y según si el cribado era inicial o sucesivo. Se simuló un horizonte de 20 años. Se compararon los resultados de cribar la misma población inicial de 100.000 mujeres con mamografía digital o analógica. Se incluyeron los costes de la mamografía de cribado, las pruebas adicionales y los tratamientos de los casos con cáncer.

Resultados: Se cribaron 252.000 mujeres con ambas técnicas durante los 20 años simulados. La tasa de reconvocatoria fue de 5,7% con mamografía digital y de 6,2% con la analógica. La tasa de detección fue de 0,64% con ambas técnicas. El coste total de los 20 años fue 6 millones de euros más caro con mamografía analógica. Mientras que el coste de las mamografías de cribado fue 2,38 millones de euros más caro con mamografía digital, ésta ahorró 4,42 millones en pruebas adicionales y 4,24 millones de euros en tratamientos.

Conclusiones: Aunque la mamografía digital es más cara, cambiar de mamografía analógica a digital en un programa de cribado del cáncer de mama, a largo plazo, ahorra el coste relacionado con las pruebas adicionales y el tratamiento del cáncer debido a la menor tasa de reconvocatoria y los estadios más tempranos de detección con mamografía digital.

Financiación: FIS PI07/90357.

329. RIESGO ACUMULADO DE DETECTAR UN CÁNCER EN EL CRIBADO MAMOGRÁFICO DURANTE 10 AÑOS

J. Blanch, M. Sala, M. Román, M. Ederria, D. Salas, R. Zubizarreta, X. Castells, Grupo Investigación RAFF

Servicio de Epidemiología y Evaluación, IMIM-PSalutMar; CIBERESP; PDPCM, Instituto de Salud Pública, Navarra; DGSP, Conselleria Sanitat, Valencia; SPPC, Conselleria de Sanidade, Galicia.

Antecedentes/Objetivos: El cribado poblacional de cáncer de mama reduce la mortalidad por esta enfermedad mediante la detección precoz. Más allá de la evaluación transversal de los programas de cribado existe poca información sobre el riesgo individual de detección de cáncer de la mujer a lo largo de sucesivas participaciones secuenciales. Nuestro objetivo fue estimar el riesgo acumulado a lo largo de 10 años de detectar un cáncer en el cribado mamográfico.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo de mujeres participantes en 11 programas de cribado de mama españoles en el periodo 1990-2006. Se seleccionaron todas las mujeres que comenzaron el cribado entre los 45 y 59 años. Se siguió a estas mujeres durante 10 años, con un máximo de 6 participaciones consecutivas por mujer. Se analizó información de 1.264.340 mujeres que realizaron 4.015.431 mamografías de cribado en el periodo estudiado. Se estimó el riesgo acumulado de detectar un cáncer en el cribado mediante un modelo de regresión logística con intervalos de tiempo discretos. Se evaluó el impacto en el riesgo de detectar un cáncer según si era la participa-

ción inicial, la asistencia a la invitación previa, edad, cohorte de nacimiento, método de lectura, número de proyecciones, y la técnica mamográfica.

Resultados: En el periodo de estudio se detectaron 12.570 cánceres. La tasa de detección fue de 3,13%. La tasa de detección en digital fue de 4,14% frente a 3,10% en analógico. En los cribados iniciales se detectó más cánceres que en los sucesivos (3,82% y 2,81%, respectivamente). La detección aumentó con la edad (2,92% a los 45 años, hasta 3,71% a los 65 años). El riesgo acumulado de detectar un cáncer de mama a los 10 años si se comienza el cribado a los 50 años es de 9,86% (IC95%: 9,57-10,14%). La doble lectura detecta más que la simple (OR = 1,31 IC95%: 1,18-1,45). Los mamógrafos digitales también detectan más (OR = 1,12 IC95%: 1,00-1,26). Además, el cribado inicial presentó un mayor riesgo de detección que los sucesivos (OR = 1,49 IC95%: 1,40-1,59). Las mujeres de más de 65 años presentaron un mayor riesgo de detectarles un cáncer (OR = 1,45 IC95%: 1,30-1,61).

Conclusiones: La probabilidad de detección de un cáncer en el cribado poblacional en España a lo largo de 10 años es de un cáncer por cada 100 mujeres participantes. La organización de los distintos programas, y los distintos protocolos de lectura mamográfica juegan un papel importante en la detección del cáncer. Esta información es útil para una mejor evaluación de los programas de cribado.

Financiación: ISCIII FEDER, (PI09/90251).

159. EVALUACIÓN DE LAS FASES DE PILOTAJE Y EXTENSIÓN DEL CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL EN EL PAÍS VASCO

I. Portillo, I. Idígoras, E. Arana, A. López Urrutia, E. Ojembarrena, M.L. Marques, M.L. Peña, L. Bujanda, J.L. Hurtado

Osakidetza O. Central; Hospital Universitario de Cruces; Comarca Uribe; Comarca Araba.

Antecedentes/Objetivos: El Programa de cribado de Cáncer Colorrectal se puso en marcha en el 2009 en el País Vasco, con un pilotaje (Fase I) de 28.300 personas de 50-69 años con la prueba de sangre oculta en heces inmunoquímico, punto de corte 100 ng/ml con una sola muestra y colonoscopia con sedación en casos positivos. Durante el 2010 y 2011 se extendió al 56,4% de la población diana (501.000 personas) **Objetivos:** conocer la aceptación del Programa a partir de las tasas de participación en 2009, 2010 y 2011; determinar las tasas positivas y su confirmación diagnóstica; determinar la tasa de detección de lesiones premalignas y malignas; conocer el coste por persona cribada y lesiones detectadas.

Métodos: Invitación y envío de prueba de cribado a domicilio, entrega en Centro de Salud. Carta de recuerdo sistemática a partir 2010. Indicación colonoscopia por médico de Atención Primaria y realización en Centro de referencia. Medición de número de personas con prueba realizada a través del programa y la tasa de positivos a través de un aplicativo que capta datos de diferentes bases de datos 2009 y 2010. Seguimiento y codificación de las colonoscopias y los cánceres detectados con criterios de la Red de Cribado de Cáncer 2009 y 2010. Análisis de todos los costes imputados al Programa con los datos 2010.

Resultados: Se logró una invitación válida en primera invitación en 2009 de 27.618 personas, 111.041 en 2010 y 96.938 en 2011. La participación de 2009 fue de 57,01% (IC95% 56,5-57,5%), incrementándose en 2010 a 65% (IC95% 64,8-65,2) y manteniéndose en 2011 (65,7%), representando la respuesta a carta recuerdo un 21,5-29,6% de participación. La tasa de positivos fue en estos años de 7,6 (IC95% 7,2-7,9), 6,9 (IC95% 6,7-7), y 6,5%. Se encontraron diferencias significativas en estos dos parámetros entre grupos de edad y sexo. Se observó variabilidad en participación entre Centros de Salud (45,6-74%). La

colonoscopia se realizó en el 91,1-90,8% de los casos. En el 48% de las colonoscopias realizadas se hallaron adenomas avanzados y/o cáncer invasivo. La tasa de detección de cáncer invasivo fue de 3,7-3,9 × 1.000 personas cribadas, habiendo detectado 2.351 Adenomas avanzados. El 28,8-27,4% de cánceres se detectaron en estadio III-IV. Costes en euros: 7.324 cáncer detectado, 941 lesión premaligna y 28,7 por persona cribada.

Conclusiones: La aceptabilidad del Programa es alta en comparación con estudios publicados, debiendo investigarse las causas de no participación en grupos de mayor riesgo. Las tasas de detección de lesiones, el estadio de los cánceres detectados y el coste se han considerado suficientes argumentos para continuar con el cribado.

Financiación: Proyecto Investigación: 2009111005 Gobierno Vasco.

104. CRIBADO UNIVERSAL DE LA HIPOACUSIA CONGÉNITA EN CANTABRIA. RESULTADOS DESDE SU INICIO EN 2001 HASTA 2010

M.A. Muñoz Lavín, M.L. del Barrio Gómez, M.M. Navarro Córdoba, I. Fernández Jiménez

Consejería de Sanidad, Servicio de Salud Pública, Sección de Promoción y Educación para la Salud.

Antecedentes/Objetivos: La hipoacusia en el recién nacido es una deficiencia en la agudeza auditiva, congénita o de aparición en los primeros días de vida que afecta entre 1 y 5 por cada 1.000 nacidos. Esta deficiencia no diagnosticada y corregida a tiempo, dificulta la adquisición del lenguaje, la capacidad de comunicación y aprendizaje del niño, altera su desarrollo y a largo plazo su integración social, además de consumir recursos familiares, asistenciales, y sociales que suponen elevados costes Sin programas específicos de detección precoz la edad aproximada de diagnóstico sería alrededor de los 2-3 años cuando se descubriría que el niño ya presenta problemas de comunicación o no habla. El objetivo del Programa es el diagnóstico y tratamiento precoz para evitar estos problemas.

Métodos: El Programa se desarrolla en cinco niveles para los recién nacidos sin factores de riesgo: primer nivel (cribado) se realizan otoemisiones acústicas evocadas (OAE); segundo nivel (confirmación) se repiten OAE a los que no pasan el primer nivel; tercer nivel (diagnóstico) se hacen Potenciales Evocados (PEATC) a los niños que no pasan el segundo nivel. Los nacidos con factores de riesgo pasan directamente al tercer nivel (diagnóstico) para realizar PEATC. Todos los diagnosticados de hipoacusia pasan al cuarto nivel (tratamiento); finalmente en el quinto nivel se evalúa el Programa.

Resultados: Desde el inicio del cribado en Cantabria han nacido 51.271 niños de los que han sido estudiados 50.092 (participación 97,7%) De los niños sin factores de riesgo (95,1%), el índice de remisión al segundo nivel es 6,14% y al tercer nivel 0,94%. El índice de continuidad en el segundo nivel es 95,7%. El Valor Predictivo Positivo de OEA es 7,5% y el porcentaje de falsos positivos de 4%. Los niños con factores de riesgo representan el 4,9% (2.466) que pasan al nivel tres directamente. El índice de continuidad en el tercer nivel es 87,1% En la hipoacusia neurosensorial la edad media de acceso a la primera prueba diagnóstica es de 3,7 meses y la edad media de inicio al tratamiento es de 6 meses.

Conclusiones: Se han cumplido los objetivos de participación, remisión y continuidad en el primer y segundo nivel. No se ha conseguido el índice de continuidad previsto para el tercer nivel (87,1% respecto a 95%). La incidencia de hipoacusia es de 5,8 por mil (292 casos) para todas las formas de hipoacusia incluyendo las formas menos graves de transmisión y de 1,3 por mil (66 casos) para la hipoacusia neurosensorial, cuyo diagnóstico y tratamiento precoz ha podido evitar la sordera y otras secuelas graves derivadas de la hipoacusia congénita.

124. CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS DE LOS SUBTIPOS DE CÁNCER DE INTERVALO EN MUJERES CRIBADAS EN ESPAÑA. PROYECTO INCA

L. Domingo, R. Zubizarreta, A. Otegi, T. Barata, J. Ferrer, A. Romero, D. Salas, M. Sala, Grupo Inca

IMIM-PSM, CIBERESP, Barcelona; Conselleria de Sanidade, Galicia; Conselleria de Sanitat, Valencia; PDPCM Osakidetza, País Vasco; DGPAS, Islas Canarias; Hospital de Santa Caterina.

Antecedentes/Objetivos: Los cánceres de intervalo (CI) son tumores diagnosticados en mujeres participantes en los programas de cribado de cáncer de mama, después de un episodio de cribado negativo y la siguiente invitación. Los CI engloban tumores falsos negativos, verdaderos CI, tumores ocultos y de signos mínimos, cuyas diferencias han sido poco estudiadas. El objetivo es comparar las características biológicas de los distintos subtipos de CI con los cánceres detectados en el cribado (CDC).

Métodos: Caso-control anidado en una cohorte retrospectiva de mujeres de 45/50-69 años cribadas en 7 programas españoles de cribado de cáncer de mama entre enero de 2000 y diciembre de 2006, con seguimiento hasta junio del 2009 para la identificación del CI. Tres paneles de radiólogos, siguiendo un protocolo consensuado para el estudio, clasificaron los CI en verdaderos intervalos ($n = 489$; 48,2% de los CI), falsos negativos ($n = 235$; 23,2%), tumores ocultos ($n = 115$; 11,3%) y signos mínimos ($n = 175$; 17,3%). Para los tumores invasivos, se comparan el tamaño tumoral, la afectación ganglionar y la expresión de biomarcadores (receptores de estrógenos y progesterona (RE y RP), p53, Ki67) entre CDC ($N = 5.311$) y subtipos de CI. Se utilizaron las pruebas t-test y chi-cuadrado para el contraste de hipótesis.

Resultados: La edad media de las mujeres con CDC fue de 57,7 años, parecida a la de mujeres con falsos negativos (57,4 años; $p = 0,437$) y signos mínimos (56,9 años; $p = 0,044$) y superior a verdaderos CI (56,5 años; $p < 0,001$) y tumores ocultos (55,2 años; $p < 0,001$). Los CDC presentaron menor tamaño (15,7 mm) y menor porcentaje de afectación ganglionar (28,6%), especialmente comparando con verdaderos CI (28,2 mm; 52,2% ganglios positivos; $p < 0,001$) y falsos negativos (25,8 mm; 46,8%; $p < 0,001$). Respecto la expresión de biomarcadores, los falsos negativos y tumores ocultos no presentaron diferencias estadísticamente significativas con CDC. En cambio, entre verdaderos CI y signos mínimos el porcentaje de tumores triple negativo (ER-, PR-, HER-) fue mayor (20,5% y 17,8%, respectivamente, vs 8,9% CDC; $p < 0,001$). También fue mayor el porcentaje de p53 y ki67 entre los verdaderos CI respecto los CDC (36,8% vs 22,0%; $p < 0,001$ y 52,6% vs 39,4%; $p < 0,001$, respectivamente).

Conclusiones: Los CI son un grupo heterogéneo de tumores, formado mayoritariamente por tumores con características biológicas de mal pronóstico (verdaderos CI). La caracterización de los subtipos de CI permitirá poder adaptar las estrategias de detección para la mejora de la sensibilidad del cribado.

Financiación: FIS 09/01153, 09/02385, 09/01340.

125. ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER DE CRIBADO DE MAMA Y EL DE INTERVALO: COHORTE INCA

J. Blanch, D. Salas, R. Conde, J.M. Reyes, G. Sarriugarte, N. Torà, J. Ibáñez, M. Sala, Grupo Inca

IMIM-PSM, CIBERESP, Barcelona; Conselleria de Sanitat, Valencia; Conselleria de Sanidade, Galicia; DGPAS, Islas Canarias; PDPCM, Osakidetza, País Vasco; Parc Taulí.

Antecedentes/Objetivos: En los programas de cribado de cáncer, los cánceres de intervalo (CI) son tumores que se diagnostican después de un episodio con resultado final negativo y antes de la siguiente invitación. Dificultades en su identificación y su baja incidencia, conllevan a un

desconocimiento de sus determinantes. Se presentan los resultados de la incidencia de CI y de cribado (CC) en el marco del proyecto INCA y los principales factores de riesgo de la mujer de presentar un CI o un CC.

Métodos: Análisis de una cohorte retrospectiva de mujeres de 45/50-69 años invitadas cada 2 años 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 del 2009 para la identificación de los CI. La tasa de detección es el número cánceres detectados en el cribado por cada 1.000 participaciones y tasa de CI, los cánceres diagnosticados entre 2 pruebas de cribado por cada 1.000 participaciones con resultado final negativo. Se presenta el valor global y el rango. Mediante un modelo logístico multinomial se estiman los factores de riesgo asociados con presentar un CC o un CI con su intervalo de confianza al 95% (IC). Se ajustó por el tipo de cribado (inicial o sucesivo), la edad (en grupos de 5 años), la menopausia, los antecedentes familiares, si es una participación posterior a falso-positivo (FP) y la variabilidad debida a los propios programas.

Resultados: Se dispone de información de 645.765 mujeres con 1.508.589 mamografías hechas en el periodo de estudio. Se detectaron 5.311 CC y 1.682 CI. La tasa de detección fue del 3,5% (rango: 2,9-4,2%) y la tasa de CI de 1,1% (rango: 0,9-1,4%). Las mujeres con mayor riesgo de presentar un CI son las que han tenido previamente un resultado FP (OR = 1,89 IC: 1,58-2,25), aquellas con antecedentes familiares (OR = 1,59 IC: 1,36-1,87) y premenopáusicas (OR = 1,26 IC: 1,07-1,48). Estos mismos factores también se asocian a un mayor riesgo de presentar un CC. Sin embargo, el riesgo de detectar un CC es mayor en cribado inicial (OR = 4,35 IC: 3,38-5,60) y aumenta con la edad (desde OR = 1,47 IC: 1,35-1,62 a los 55-59 al OR = 2,31 IC: 2,06-2,60 a los 65-70 respecto al grupo de 50-54).

Conclusiones: Las tasas de CI de los programas españoles están dentro de lo esperado. Los CI y los CC tienen factores de riesgo comunes. Profundizar en la caracterización de los cánceres de intervalo y sus determinantes puede contribuir en la adecuación de las prácticas de cribado y en la mejora de su efectividad.

Financiación: FIS 09/01153, 09/02385, 09/01340.

273. ESTUDIO SOBRE LA ADECUACIÓN DE LAS PETICIONES DE LAS COLONOSCOPIAS

D. Puente, H. Sanz, P. Piñero, R. Nieto, J. Almeda

Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol; Universitat Autònoma de Barcelona; Unitat de Suport a la Recerca Costa de Ponent, Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol; ABS Penedès Rural, Vilobí; ABS Penedès Rural, Santa Margarida i Monjos.

Antecedentes/Objetivos: Las solicitudes de colonoscopias han aumentado en los últimos años, pues es la prueba de confirmación diagnóstica de patología colorrectal. Nuestro objetivo es describir la adecuación de las peticiones de las colonoscopias solicitadas tanto desde la Atención Primaria como desde el hospital teniendo en cuenta la guía EPAGE II (European Panel on the Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy).

Métodos: Estudio prospectivo. Se recogieron todas las solicitudes de colonoscopias de cualquier edad desde 1 de enero de 2011 a partir de las unidades de endoscopia de los 6 hospitales de referencia de las ABS de Metropolitana Sur y Cataluña Central hasta alcanzar 1.500 solicitudes (250 por hospital). Variables recogidas: sexo, edad, procedencia de la petición (Atención Primaria/Especialistas), motivo petición, tipos de seguimiento, diagnóstico, grado adecuación según EPAGE II: $< 4 \geq 4$ (rango 1-9, desde extremadamente inadecuada a extremadamente adecuada). Se realizó un análisis descriptivo y se evaluó la asociación entre las variables recogidas y EPAGE II mediante t-Student y Ji-cuadrado. Se realizó un modelo logístico multinivel sobre los factores asociados a una petición adecuada.

Resultados: 50,5% mujeres, edad media 59 años, solicitudes ≥ 4 , 89,3%. Los médicos de Atención Primaria presentaban un mayor porcentaje de solicitudes adecuadas según la guía EPAGEII que los profesionales de consultas externas, 57% vs un 43% respectivamente, $p < 0,001$. Un 71,7% de las colonoscopias adecuadas se solicitaban por sospecha diagnóstica, 19,6% por seguimiento y 13,7% por cribaje ($p < 0,001$). Entre las solicitudes por seguimiento, la mayoría correspondían a pólipos (56,7%) y un 72,8% de estas solicitudes por pólipos eran inadecuadas ($p < 0,001$). El diagnóstico más frecuente fue el de hemorroides, 40,2%, seguido del de pólipo, 25,5%. Todas las peticiones con resultado de cáncer fueron adecuadas. En el análisis multinivel se observó que aumentaban la probabilidad de presentar una puntuación ≥ 4 las peticiones de Atención Primaria (OR = 2,01 IC95% = 1,40-2,90) y las que se solicitaban por motivo de sospecha (OR = 7,53 IC95% = 5,09-11,12). No existía variabilidad atribuida al centro.

Conclusiones: La mayoría de las peticiones obtenían puntuaciones adecuadas, sobre todo las que provenían de Atención Primaria y las que se programaban por sospecha diagnóstica debido a los síntomas y signos del paciente. Este estudio se planteó sólo sobre los pacientes no integrados en el programa de screening.

Financiación: 6º Premio de Investigación en Atención Primaria Región Sanitaria Barcelona.