

SESIÓN DE PÓSTERES V

Viernes, 19 de octubre de 2012. 12:30 a 13:30 h

Pantalla 1

Cáncer

Moderadora: Yolanda Benavente Moreno

560. ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE LA INCIDENCIA DE CÁNCER EN ANDALUCÍA EN EL PERÍODO 1981-2013

T. Payer, E. Molina-Montes, C. Martínez, E. Molina, R. de Angelis, R. Capocaccia, M.J. Sánchez

Registro de Cáncer de Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); National Centre for Epidemiology, Surveillance and Health Promotion, Roma (Italia).

Antecedentes/Objetivos: La incidencia es una medida de la magnitud del cáncer, de utilidad para la vigilancia y el control del cáncer. En ausencia de registros de cáncer de población, existen diferentes métodos estadísticos para estimar la incidencia a partir de estadísticas de mortalidad y de supervivencia. Objetivo: estimar la incidencia del total del cáncer, excepto piel no melanoma, y de los cánceres más frecuentes en hombres y mujeres en el año 2007 en Andalucía, y realizar proyecciones de la incidencia para el año 2013.

Métodos: Fuentes de información: 1) Instituto Nacional de Estadística: a) población de Andalucía, según sexo, edad (0, 1, ..., 94 años), y año de calendario (período: 1981-2007); y b) personas de 0-94 años, residentes en Andalucía, y fallecidas por cualquier causa y también específicamente por localizaciones de cáncer (colon-recto, pulmón, estómago, mama y próstata) entre 1981-2007; 2) European Cancer Registry-based Study of Survival and Care of Cancer Patients (EUROCARE): Supervivencia relativa estimada para España para el total del cáncer y para las localizaciones anatómicas estudiadas. Análisis estadístico: Se utilizó el método MIAMOD (Mortality and Incidence Analysis MO-DEL) para obtener, mediante modelos de edad-período-cohorta polinómicos, estimaciones de la incidencia de cáncer hasta el año 2007 y proyecciones hasta el año 2013.

Resultados: En Andalucía, para el total del cáncer, excepto piel no melanoma, el número estimado de nuevos casos para el año 2007 fue de 30.072, siendo las tasas brutas de incidencia estimadas de 420 por 100.000 hombres y de 340 por 100.000 mujeres. Las localizaciones más frecuentes fueron cáncer de próstata en hombres (26%) y cáncer de mama en mujeres (37%). Para el año 2013, el número estimado de nuevos casos es de 32.723, con unas tasas brutas de incidencia de 428

por 100.000 hombres y 386 por 100.000 mujeres. También aumentó el número de casos nuevos de los cánceres más frecuentes en hombres (próstata: 37%) y mujeres (mama: 37%).

Conclusiones: En Andalucía, entre 2007 y 2013, se observó un aumento de la incidencia estimada de cáncer en ambos sexos. Estas estimaciones constituyen la aportación más reciente de incidencia de cáncer estimada en Andalucía, de utilidad para la planificación sanitaria y la vigilancia y el control del cáncer en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Financiación: Consejería de Economía, Innovación y Ciencia. Junta de Andalucía (CTS-3935, CTS-177).

428. INCIDENCIA DE LAS NEOPLASIAS LINFOHEMATOPOYÉTICAS SEGÚN TIPO HISTOLÓGICO EN LA PROVINCIA DE GRANADA

Y.L. Chang, E. Molina-Portillo, E. Molina-Montes, R. Ríos, M.J. Sánchez

Registro de Cáncer de Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Antecedentes/Objetivos: Las neoplasias linfo-hematopoyéticas (NLH) son un grupo de enfermedades heterogéneas, lo que dificulta su comparación. El proyecto europeo HAEMACARE ha estandarizado definiciones y criterios de clasificación, agrupándolas en neoplasias linfoides (NL) y mieloides (NM), basadas en el linaje celular y en subcategorías basadas en el pronóstico. Objetivos: 1) Describir la incidencia de las NLH en la provincia de Granada en el período 2000-2007 y su distribución según tipo histológico, y 2) analizar las tendencias temporales de la incidencia en el período 1985-2007, por sexo y grupos de edad.

Métodos: Estudio descriptivo transversal de base poblacional que incluye casos incidentes de NLH, residentes en Granada y diagnosticados con posterioridad al 01 de enero de 1985. Fuente de información: Registro de Cáncer de Granada. Variables: edad (0-14, 15-44, 45-54, 55-64, 65-74 y ≥ 75), sexo, año diagnóstico y morfología (NL y NM, subdivididas en 5 subcategorías). Se presenta número de casos incidentes y tasas estandarizadas (pobl. europea) (ASR-E) según sexo, edad y tipos histológicos. Para el análisis de tendencias se utilizó la regresión joinpoint que estima el porcentaje de cambio anual (PCA) y su intervalo de confianza al 95%.

Resultados: En Granada, durante el período 2000-2007, se diagnosticaron 2.119 casos nuevos de NLH en ambos sexos, lo que constituye un 8% del total del cáncer (excepto piel no melanoma). Las tasas estandarizadas fueron mayores en las NL ($20,2 \times 10^5$ hab.) que en las NM ($6,5 \times 10^5$ hab.), siendo las subcategorías más frecuentes los linfomas de células B maduras (73,2%) y las leucemias mieloides agudas (51,3%), respectivamente. Las tendencias de la incidencia de las NLH presentan un aumento estadísticamente significativo en el período 1985-2007 tanto en hombres (PCA +3,9%) como en mujeres (PCA +3,8%). Dicho incremento se mantiene para todos los grupos de edad, si bien en los hombres de 55-64 años y en las mujeres de 75 y más años se obtuvieron los mayores porcentajes de cambio anual (+5,2 y +6,5, respectivamente), ambos estadísticamente significativos.

Conclusiones: En la provincia de Granada en el período 2000-2007, al igual que en el resto de Europa, se observa un aumento de la incidencia de las NLH, destacando las NL frente a las NM. Así mismo, se observa un incremento estadísticamente significativo de las tendencias a partir de la quinta década en ambos sexos. La utilización de criterios unificados mejora la clasificación de las NLH conllevando a un mejor análisis epidemiológico.

Financiación: Consejería de Economía, Innovación y Ciencia. Junta de Andalucía (CTS-3935, CTS-177).

18. TENDENCIAS DE LA INCIDENCIA DEL CÁNCER COLORRECTAL EN LA PROVINCIA DE GRANADA, 1985-2007

E. Molina-Portillo, Y.L. Chang, E. Molina-Montes, T. Payer, J. Sánchez-Cantalejo, E. Sánchez-Cantalejo, M.J. Sánchez

Registro de Cáncer de Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Antecedentes/Objetivos: El objetivo fue analizar las tendencias temporales de la incidencia del cáncer colorrectal en la provincia de Granada en el período 1985-2007, según sublocalización anatómica y sexo.

Métodos: Diseño: estudio descriptivo transversal de base poblacional. Fuentes de información: la información procede del Registro de Cáncer de Granada, un registro de cáncer de base poblacional, que inicia su actividad en el año 1985 y que cubre una población próxima a los 900.000 habitantes. Sujetos de estudio: personas residentes en la provincia de Granada, diagnosticadas por primera vez de un cáncer invasivo de colon-recto (C18-C20, según la CIE-O-3) durante el período 1985-2007. Variables: Año de calendario, edad, sexo, sublocalización anatómica (colon derecho: C18.0 y C18.2-C18.4; colon izquierdo: C18.5-C18.7, C19.9 y C20.9) y tasas de incidencia estandarizadas con la población europea (ASR-E). Análisis estadístico: se presentan las tendencias de las tasas ASR-E, según sexo y sublocalización anatómica. El análisis de las tendencias se realizó mediante el modelo de regresión loglineal (Joinpoint regression), estimando el Porcentaje de Cambio Anual (PCA), el intervalo de confianza (IC) al 95% y los puntos de inflexión de dichas tendencias (SEER Program <http://seer.cancer.gov>).

Resultados: Se incluyeron 1.552 casos diagnosticados de cáncer de colon derecho y 4.872 de colon izquierdo en el período 1985-2007. El porcentaje de casos localizados en el colon derecho fue más elevado en las mujeres (26,2%) que en los hombres (22,6%). En ambos sexos, las tendencias de la incidencia muestran un patrón ascendente, estadísticamente significativo, para los cánceres localizados tanto en el colon derecho (PCA: +5,7% y PCA: + 4,1%, en hombres y mujeres respectivamente) como en el colon izquierdo (PCA: +4,3% y PCA: +2,9%, en hombres y mujeres respectivamente).

Conclusiones: Las tendencias de la incidencia de cáncer de colon, derecho e izquierdo, muestran un patrón ascendente, similar en ambos sexos. Dado el impacto de este cáncer en Granada, la implementación de un programa de prevención y detección temprana, dirigido a la población de 50-69 años, así como la promoción de estilos de vida saludables para la prevención primaria en hombres y mujeres de todas las edades, podría ayudar a invertir las tendencias de la incidencia.

Financiación: Consejería de Economía, Innovación y Ciencia (CTS-3935) y Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

396. ESTIMACIÓN DE LA INCIDENCIA DE CÁNCER EN LA PROVINCIA DE OURENSE PARA EL PERÍODO 1991-2008 Y PROYECCIONES HASTA 2013

G. Naveira Barbeito, M. Castro Bernárdez, A. Malvar Pintos

Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública, Xunta de Galicia.

Antecedentes/Objetivos: En el estudio del cáncer, así como de otras enfermedades, es de vital importancia conocer cómo se comporta tanto su mortalidad como su incidencia; es por este motivo que los registros poblacionales desempeñan un papel fundamental. En esta situación se enmarca el proyecto Regat (Registro Gallego de Tumores) que se encuentra en fase de validación con datos de la provincia de Ourense. El objetivo de este trabajo es estimar las tasas de incidencia para diversas tipologías de cáncer con el propósito de validar la exhaustividad de Regat.

Métodos: Las localizaciones de cáncer estudiadas fueron: estómago (CIE 10: C16), colon (C18), recto (C19-C21), páncreas (C25), pulmón (C33, C34), mama femenina (C50), ovario (C56, C57.0-C57.4, C57.7), próstata (C61) y todos los tumores excepto piel no melanoma (C00-C96 excepto C44). Se estimaron tasas brutas de incidencia (por 100.000 habitantes) para la provincia de Ourense en el período 1991-2008 y se proyectaron hasta el año 2013, en base a las estimaciones obtenidas para los últimos 5 años del período de estudio (programa MIAMOD 2.0.3). La estimación se llevó a cabo a través de un modelo edad-período-cohorta, a partir de la relación existente entre incidencia, mortalidad y supervivencia (fuente de datos: Eurocare). Por otro lado, se obtuvieron las tasas brutas de incidencia en el año 2010 a partir del proyecto Regat. Estas tasas se emplearon como valor orientativo de la tasa bruta de la provincia de Ourense ya que, por el momento, Regat no incluye todos los hospitales de dicha provincia. Los cálculos se realizaron para cada localización y sexo, teniendo en cuenta el grupo de edad de 0 a 84 años.

Resultados: Las estimaciones obtenidas para las localizaciones de colon, estómago en mujeres, páncreas en mujeres y todas los tumores excepto piel no melanoma en hombres, difieren del valor obtenido con Regat en menos de un 5%. Esta diferencia se sitúa entre el 10% y el 16% para el cáncer de estómago en hombres, pulmón en mujeres y mama femenina. Sin embargo, para el resto de localizaciones las diferencias son mayores; llama la atención el cáncer de próstata para el que la tasa obtenida por Regat en el año 2010 fue de 79 casos por 100.000 habitantes, mientras que la tasa estimada fue de 186.

Conclusiones: Los valores estimados, para el año 2010, concuerdan en gran medida con los valores obtenidos en Regat, excepto en determinadas localizaciones como cáncer de recto, cáncer de páncreas y pulmón en hombres o cáncer de próstata.

198. TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA EN ESPAÑA: 1952-2006

L. Rubio Cirilo, M. Cervantes-Amat, D. Seoane, E. Ferreras, N. Aragonés, B. Pérez-Gómez, M. Pollán, G. López-Abente

Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario Fundación Alcorcón; Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer, Centro Nacional de Epidemiología; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: El cáncer de mama es un importante problema de salud pública. El objetivo de este trabajo es analizar la mortalidad por cáncer de mama en España en el período 1952 y 2006, y detectar los cambios en la tendencia asociados a la cohorte de nacimiento y al período de muerte.

Métodos: El período de estudio comprende 11 quinquenios. Los datos sobre las defunciones previas a 1975 proceden del Movimiento Natural de la Población, y desde 1975 de los registros anuales de mortalidad del INE. Como denominador se utilizó la población estimada a mitad de quinquenio, a partir de los censos y padrones correspondientes. Las cohortes han sido definidas de acuerdo a su año central de nacimiento. Se han calculado tasas específicas por edad y tasas estandarizadas con la población estándar europea. Mediante regresión de Poisson se han ajustado modelos edad-período-cohorta, con restricciones para estimar la influencia de los tres componentes en la mortalidad y estudiar su curvatura.

Resultados: Las tasas específicas muestran una tendencia global ascendente a lo largo del período estudiado, más marcada a partir de los 40 años. De forma global la mortalidad ha aumentado un 1,7% al año, pasando de una tasa ajustada de 8,5 por 100.000 mujeres-año al inicio del período a una tasa del 19,2 en el último quinquenio. No obstante la tendencia ascendente se ha invertido en los años 90. Por cohorte de nacimiento, la mortalidad aumenta hasta las generaciones de 1940, iniciando un descenso que es más acusado en las últimas generaciones. El efecto período muestra un ascenso marcado de la mortalidad hasta

finales de los 80, con un breve periodo de estabilización, seguido de un descenso mantenido de la mortalidad, desde principios de los años 90. Este descenso se inicia antes en las mujeres menores de 45 años, mientras que la pendiente de descenso es más pronunciada en el grupo de 45-64 años.

Conclusiones: Los avances en el diagnóstico precoz, el desarrollo de nuevas tecnologías diagnósticas y la implementación de nuevos tratamientos, explican el descenso de la mortalidad por cáncer de mama en España. La aparición de nuevos tratamientos está prolongando la supervivencia y esto se refleja en el descenso de la mortalidad desde principios de los años 90. Los programas de cribado serían un factor adicional para explicar que el descenso de la mortalidad sea más pronunciado en mujeres de 45 a 64 años.

Financiación: FIS PI11/00871.

460. CÁNCER DE MAMA EN UN ÁREA SANITARIA Y SU RELACIÓN CON FACTORES DE PRIVACIÓN SOCIOECONÓMICA

E. Benítez Rodríguez, F.J. García González, M. Prieto Uceda, M.J. Sanz García, M.L. Vilches Campos, C. Mejías Márquez, R. Doménech Torrejón

Registro Poblacional Cáncer de Cádiz; Distrito Atención Primaria Bahía de Cádiz La Janda; Medicina Preventiva, Hospital Universitario Puerto Real.

Antecedentes/Objetivos: El estatus socioeconómico elevado se ha asociado con un mayor riesgo de cáncer de mama. Esto se ha atribuido generalmente a cambios en el estilo de vida de la mujer y alteración de los factores de riesgo relacionados con los patrones reproductivos como son la edad del primer embarazo a término y el uso de THS. **Objetivos:** calcular la tasa de incidencia ajustada de cáncer de mama en los municipios de Cádiz y San Fernando en el periodo 2007-2009. Medir el riesgo de morbilidad por cáncer de mama y participación en el programa de cribado poblacional en relación con los factores socioeconómicos de la sección censal de residencia de las pacientes.

Métodos: Cohorte retrospectiva, obtenida a partir de un registro poblacional de cáncer, constituida por todos los cánceres primarios de mama diagnosticados entre los años 2007 y 2009 en los municipios de Cádiz y San Fernando. A cada sujeto se le ha asignado su sección censal de residencia mediante un SIG a partir del dato domicilio (utilizando las divisiones censales establecidas por el INE para el censo del 2001). A partir de las estadísticas de población de la provincia de Cádiz del Censo de habitantes y viviendas del 2001 se ha construido un Índice de Privación (IP), que se clasifica en 5 niveles, desde el nivel 1 (sección con menor privación) hasta el nivel 5 (sección con mayor privación). A cada caso se le ha asignado el nivel de privación de su sección de residencia. Se han calculado las tasas ajustadas a población estándar europea (TAAE), y la Razón de Tasas (RT) en función del índice de privación, por municipio de residencia.

Resultados: En el periodo de estudio se han diagnosticado 224 casos de cáncer de mama en Cádiz y 125 en San Fernando, lo que representa una TAAE de 90,90 y 89,72 respectivamente. Cuando exploramos la RT, utilizado como referencia las secciones con menor privación, nos encontramos en el municipio de San Fernando que las secciones más deprivadas tienen un riesgo significativamente mayor de enfermar (RT 0,34), no apreciándose este efecto en el municipio de Cádiz. No se encontraron diferencias significativas en acudir o ser diagnosticadas a través del PDPCM según nivel socioeconómico en ninguno de los dos municipios.

Conclusiones: Se aprecian diferencias entre secciones más ricas y las más pobres en el riesgo de enfermar de cáncer de mama, aunque no se observa un gradiente. Este mayor riesgo en las secciones más favorecidas probablemente tenga relación con los cambios en los patrones reproductivos y con la terapia sustitutiva para la menopausia.

154. TENDENCIA SECULAR EN LA MORTALIDAD POR CÁNCER DE CAVIDAD BUCAL Y FARINGE, ESÓFAGO Y ESTÓMAGO EN ESPAÑA, 1952-2006: EFECTOS COHORTE Y PERIODO

D. Seoane Mato, N. Aragonés, E. Ferreras, M. Cervantes-Amat, L. Rubio, B. Pérez-Gómez, M. Pollán, G. López-Abente

Servicio de Medicina Preventiva, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense; Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer, Centro Nacional de Epidemiología; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Analizar la mortalidad por cáncer de cavidad bucal y faringe, esófago y estómago en un largo período y detectar cambios de tendencia asociados al año de defunción y la cohorte de nacimiento.

Métodos: Se analizaron las defunciones por cáncer de cavidad bucal y faringe (CIE-10: C00-C14, 69.417 defunciones), esófago (C15, 71.997 defunciones) y estómago (C16, 409.998 defunciones). Los datos sobre defunciones previas a 1975 proceden del Movimiento Natural de la Población, y desde 1975 de los registros de mortalidad del INE. Se utilizó la población estimada a mitad de quinquenio, a partir de los censos y padrones correspondientes. Las cohortes se definieron de acuerdo al año central de nacimiento. El estudio incluye 11 quinquenios. Para cada cáncer se calcularon tasas específicas por edad y tasas estandarizadas (población estándar europea) en hombres y mujeres por separado. Mediante regresión de Poisson se ajustaron modelos edad-periodo-cohorte, con restricciones para estimar la influencia de los tres componentes en la mortalidad y estudiar su curvatura. Los resultados se presentan gráficamente.

Resultados: Las tasas específicas y ajustadas por edad de los tres cánceres estudiados son mayores en hombres. Para cada tumor, la evolución es similar en ambos sexos, con algunas diferencias a destacar. Efecto período: descenso de la mortalidad menos marcado en mujeres a partir del año 1995 para cáncer de cavidad bucal y faringe y esófago. Efecto cohorte: la curvatura del efecto cohorte tiene similitudes en los tres cánceres (principalmente entre cavidad bucal y faringe y esófago), siendo las generaciones con menor riesgo las de principios del siglo XX y aumentando la mortalidad en los nacidos hasta los años 60 para luego disminuir. En el caso del cáncer gástrico, en mujeres no se observa un claro descenso en las generaciones más recientes.

Conclusiones: Las similitudes que presentan las tendencias de los tumores estudiados, sobre todo entre cavidad bucal y faringe y esófago, apoyan la importante implicación de factores de riesgo compartidos (principalmente alcohol y tabaco). Los cambios más marcados en la curvatura del efecto cohorte para cáncer de cavidad bucal/faringe en hombres podrían obedecer a una mayor influencia de esos factores en su etiología. Dada la evolución del riesgo relativo en las cohortes más recientes de mujeres para cáncer gástrico y en el efecto período para cáncer de cavidad bucal/faringe y esófago, sería importante monitorizar su tendencia en los próximos años e insistir en las medidas de prevención primaria.

Financiación: FIS PI11/00871.

251. TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER DE ÚTERO EN CONJUNTO, CÉRVIX Y ENDOMETRIO EN ESPAÑA

M. Cervantes-Amat, N. Aragonés, E. Ferreras, D. Seoane-Mato, M. Pollán, L. Rubio-Cirilo, G. López-Abente, B. Pérez-Gómez

Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer, Centro Nacional de Epidemiología; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Analizar la mortalidad por cáncer de útero en España en una serie de 55 años y detectar cambios en la tendencia asociados al año de defunción y la cohorte de nacimiento.

Métodos: Se estudiaron las defunciones por cáncer de útero, incluyendo cérvix, cuerpo uterino y útero no especificado, registradas entre

1952-2006. Para el período 1977-2006, además, se ha estimado el número de casos de cáncer de cérvix y de endometrio añadiendo a las defunciones registradas como tales una parte de los casos certificados como útero no especificado a dichas localizaciones según las proporciones específicas por grupos de edad recomendadas por Bray. A partir del año 2000, se usaron las proporciones españolas. Como denominadores se utilizaron las estimaciones de población a mitad de quinquenio del INE. Las cohortes han sido definidas de acuerdo a su año central de nacimiento. Se calcularon tasas específicas por edad y tasas estandarizadas (población estándar europea). Mediante regresión de Poisson se han ajustado modelos edad-período-cohorte, con restricciones para estimar la influencia de los tres componentes en la mortalidad y estudiar su curvatura. Los análisis se realizaron de forma independiente para cérvix y cuerpo uterino.

Resultados: Para el período 1952-2006, las tasas estandarizadas por edad de mortalidad de cáncer de útero disminuyen un 1,8% anualmente. El efecto período muestra un descenso hasta los años 80 seguido de una estabilización. Sin embargo, en las mujeres menores de 55 años la mortalidad sigue bajando. Por cohorte de nacimiento, se observa una disminución hasta las generaciones de 1940, seguido de una estabilización que sólo se interrumpe en las tres últimas generaciones. Para el cáncer de cérvix las tasas específicas disminuyen un 3,5% al año (1977-06). El efecto período muestra una estabilización del riesgo en los años 80 y un descenso posterior a partir de los 90. Las tasas específicas para el cuerpo de útero disminuyen un 1,1% para el período 1977-06. El efecto período muestra un claro descenso hasta el año 1990, momento a partir del cual se estabiliza. El efecto cohorte muestra una tendencia ligeramente descendente, aunque el descenso más marcado se observa en las generaciones posteriores a 1965.

Conclusiones: Según los resultados podemos observar una caída de la mortalidad tanto para cáncer de útero, cérvix y cuerpo de útero. En los últimos tiempos, la mejora en la certificación de defunciones ha hecho disminuir el riesgo de tumores no especificados de útero.

Financiación: FIS PI11/00871.

461. SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER DE PULMÓN EN EL ÁREA SANITARIA DE CÁDIZ-SAN FERNANDO

E. Benítez Rodríguez, M.J. Sanz García, M.A. Machado Rugero, R. Doménech Torrejón, C. Mejías Márquez, M.L. Vilches Campos

Registro Poblacional Cáncer de Cádiz; Distrito Atención Primaria Bahía de Cádiz La Janda.

Antecedentes/Objetivos: El cáncer de pulmón es el principal tumor maligno en el hombre y su primera causa de muerte por cáncer. Desde hace algo más de una década estamos asistiendo a un descenso tanto en la incidencia como en la mortalidad en hombres, y a un aumento de la incidencia en mujeres. Objetivo: analizar la supervivencia de casos de cáncer de pulmón primarios diagnosticados entre 2007 y 2009 en el Área Sanitaria de Cádiz-San Fernando. Determinar los factores patológicos del tumor que se asocian con una peor supervivencia.

Métodos: A partir del Registro Poblacional de Cáncer de la provincia de Cádiz, se han identificado todos los casos incidentes de cáncer de pulmón diagnosticados en el período 2007-2009 en los municipios de Cádiz y San Fernando. Se han recogido las variables patológicas del tumor como tipo histológico (agrupadas en adenocarcinoma, carcinoma de células escamosas, carcinoma de células grandes y carcinoma de células pequeñas) y estadio tumoral. Mediante el cruce con los datos del Índice Nacional de Defunciones se han obtenido el estado vital y la fecha de muerte. Se ha calculado la supervivencia global, mediante curvas de Kaplan-Meier. Se ha utilizado el test de Log-Rank para la comparación de las curvas de supervivencia.

Resultados: En total se han diagnosticado 300 casos, 216 en Cádiz (190 en hombres y 26 en mujeres) y 84 en San Fernando (75 en hombres y 9 en mujeres). En las que se pudo recoger el estadiaje, un 67,5% (137) se diagnosticaron en estadio IV. El 36% (108) fueron adenocarcinomas y el 21% (6) carcinoma de células grandes. La edad media al diagnóstico fue de 64,34 años (DE 11,22), siendo significativamente inferior en las mujeres. La mediana de supervivencia fue de 9,3 meses. La probabilidad de sobrevivir al año del diagnóstico fue de un 43%, siendo a los 5 años de un 9,6%. La probabilidad de sobrevivir no fue diferente entre hombres y mujeres, pero sí el estadio al diagnóstico, con una peor supervivencia para los estadios más avanzados y el tipo histológico (peor supervivencia para los carcinomas de células pequeñas).

Conclusiones: Las características del tumor en cuanto a la edad, tipo histológico y estadio de presentación es similar a la descrita en la literatura. Los datos de supervivencia son semejantes con los datos estimados para España. El estadio de presentación es un predictor importante de la supervivencia, con el agravante del elevado porcentaje de casos diagnosticados en estadios avanzados.

455. SUPERVIVENCIA GLOBAL Y RELATIVA DEL CÁNCER DE MAMA EN UN DISTRITO SANITARIO

E. Benítez Rodríguez, F.J. García González, M.J. Sanz García, C. Mejías Márquez, R. Doménech Torrejón, M.L. Vilches Campos

Registro Poblacional Cáncer de Cádiz; Distrito Atención Primaria Bahía de Cádiz La Janda.

Antecedentes/Objetivos: La supervivencia media relativa a los 5 y 10 años tras el diagnóstico del cáncer de mama se sitúa en el 88% y 77% respectivamente, ambas marcadamente superiores a la supervivencia a los 5 años para el conjunto de todos los cánceres (64%). Objetivos: estimar la supervivencia global y relativa de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en los municipios de un distrito sanitario a los 5 y 10 años del diagnóstico. Estudiar las diferencias entre supervivencia global y relativa en función de la edad de la mujer al diagnóstico.

Métodos: Se trata de un estudio de observación, mediante una cohorte retrospectiva obtenida a partir de un registro de cáncer de base hospitalario, constituido por todos los cánceres primarios de mama diagnosticados entre 1992 y 2005, en residentes de un distrito sanitario. Todos los casos han sido seguidos hasta mayo de 2011. La información sobre el estado vital y la fecha de exitus han sido obtenidas del Índice Nacional de Defunciones. Se ha calculado la supervivencia global y la relativa (método de Hakulinen). Para esta última se ha tenido en cuenta los datos de mortalidad de España para el período de estudio. Se ha evaluado las diferencias en supervivencia en función de la edad (categorizada en: ≤ 39 años, 40-54 años, 55-69 años y ≥ 70 años).

Resultados: En el período de estudio se diagnosticaron 1.053 casos nuevos de cáncer de mama, produciéndose 396 muertes durante el seguimiento. Cuando comparamos la supervivencia, nos encontramos en el caso de la global con cifras que pasan del 79,9% a los 5 años del diagnóstico al 65% a los 10 años. En el caso de la relativa las cifras oscilan entre un 85,9% a los 5 años y un 75,5% a los 10 años. Cuando realizamos el análisis según grupo de edad, donde encontramos las mayores diferencias es en el grupo de mujeres mayores (≥ 70 años). En este caso, los datos nos hablan a los 5 años de una supervivencia global del 62% y la relativa del 87%. Mientras que a los 10 años la probabilidad de sobrevivir según los datos globales es del 38% y según la relativa del 83%.

Conclusiones: En un cáncer con una supervivencia tan elevada, la edad de la mujer influye de manera inversa en la probabilidad de sobrevivir y por eso es importante ajustar la supervivencia global según las tasas de mortalidad del grupo de edad y período de diagnóstico de la enfermedad.

452. FACTORES PRONÓSTICOS DE LA SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER DE MAMA EN UN DISTRITO SANITARIO

E. Benítez Rodríguez, F.J. García González, M.J. Sanz García, R. Doménech Torrejón, C. Mejías Márquez, M.L. Vilches Campos

Registro Poblacional Cáncer de Cádiz; Distrito Atención Primaria Bahía de Cádiz La Janda.

Antecedentes/Objetivos: El cáncer de mama es el más frecuente entre las mujeres, siendo la principal causa de muerte por cáncer entre ellas. Este cáncer, desde la década de los 90 viene mostrando un progresivo descenso en su mortalidad, así como un ligero incremento en su incidencia. **Objetivo:** identificar los factores pronósticos relacionados con la supervivencia del cáncer de mama a los 5 y 10 años en mujeres residentes en un distrito sanitario.

Métodos: En el periodo comprendido entre los años 1992 y 2005, a partir de los datos procedentes de un registro hospitalario de tumores, se han recogido todos los diagnósticos nuevos de cáncer de mama en personas residentes en un distrito sanitario, y que tienen a este centro como hospital de referencia. Todos los casos han sido seguidos hasta mayo de 2011. La información del estado vital y la fecha de la muerte han sido obtenidas del Índice Nacional de Defunciones. Se han recogido las características clínico patológicas del tumor, como son edad al diagnóstico, estadio, grado de diferenciación, tamaño tumoral (≤ 2 cm, > 2 cm) y nº ganglios afectados (0 ganglios, 1 o más ganglios). Se ha calculado la supervivencia relativa, así como una generalización del modelo de riesgos proporcionales de Cox propuesta por Andersen et al para el análisis multivariante.

Resultados: En el periodo de estudio se diagnosticaron un total de 1.053 mujeres y se produjeron 396 fallecimientos. La supervivencia relativa a los 5 y 10 años del diagnóstico fueron el 88,8% y 81,5% respectivamente. Se identificaron como predictores de una mayor probabilidad de morir a los 5 años a las mujeres que se diagnosticaron antes de los 39 años frente a las mayores de 70 años (HR 13,17; IC95% 7,23-23,98); aquellas con tumores pobremente diferenciados (HR 1,97; IC95% 1,09-3,57) e indiferenciados (HR 42,66; IC95% 5,35-340,01); tumores > 2 cm (HR 2,7; IC95% 1,78-4,12); y la presencia de ganglios afectados (HR 2,18; IC95% 1,57-3,01). Las mismas variables predictoras fueron identificadas a los 10 años del diagnóstico.

Conclusiones: Son las mujeres más jóvenes (< 40 años) y las más mayores (> 70 años) las que presentan menos riesgo de sobrevivir tanto a los 5 como a los 10 años. A esto se une de manera independiente las características patológicas del tumor, como presentar un tumor grande e indiferenciado, con afectación de ganglios y con un diagnóstico en estadio avanzado.

313. SUPERVIVENCIA ASOCIADA A COMORBILIDADES EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN ESPAÑA

D. Salmerón, M.D. Chirlaque, C. Navarro, L. Cirera, J. Sánchez-Cantalejo, M.L. Vilarde, E. Ardanaz, A. Mateos, A. Torrella, J. Perucha, N. Larrañaga, R. Jiménez, C. Martos, M.J. Sánchez

CIBER en Epidemiología y Salud Pública-CIBERESP; Registro de Cáncer de Girona, Instituto Catalán de Oncología; Registro de Tumores de Castellón, DGSP, Generalitat Valenciana; Registro de Cáncer de La Rioja; Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa-Biodonostia; Registro de Cáncer de Murcia, Consejería de Sanidad y Consumo, Murcia; Registro de Cáncer de Navarra, ISPN; Registro de Cáncer de Cuenca, Castilla-La Mancha; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; Registro de Cáncer de Granada, EASP; Registro de Cáncer de Albacete, Castilla-La Mancha; Centro Superior de Investigación en Salud Pública, Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Estudiar el efecto de varias comorbilidades sobre la supervivencia en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama.

Métodos: Estudio de alta resolución en 10 poblaciones españolas con registro de cáncer poblacional (Albacete, Castellón, Cuenca, Gipuzkoa, Girona, Granada, La Rioja, Murcia, Navarra y Zaragoza). Se incluyeron los cánceres de mama diagnosticados en 2004-2005 que fueron primer tumor primario maligno. Datos sobre estadio, examen diagnóstico, tratamiento y comorbilidades se obtuvieron de las historias clínicas. El estado vital se actualizó a 1/1/2011. Se calculó la supervivencia por todas las causas usando Kaplan-Meier. Se ajustaron modelos de Cox para la asociación entre las comorbilidades seleccionadas (enfermedades de las arterias del corazón (EAC), demencia (DE), enfermedades hepáticas (EH) y diabetes (D)) y la mortalidad por todas las causas, ajustando por edad, estadio, cirugía, radioterapia y quimioterapia, obteniendo el hazard ratio (HRa) y su intervalo de confianza (IC) al 95%.

Resultados: 3.482 mujeres fueron incluidas en el estudio. Se excluyeron 12 casos conocidos únicamente por el certificado de defunción y 109 casos por no ser el primer tumor primario. El 49,8% recibieron cirugía conservadora, el 60,3% radioterapia y el 58,3% quimioterapia. Las prevalencias de las comorbilidades fueron 9,5% (EAC), 9,4% (D), 2,7% (DE) y 1% (EH). La supervivencia global fue 79,8%, IC [78,4 a 81,1]; y según comorbilidades fueron 60,5% [54,9 a 65,7] para EAC; 65,5 [60,0 a 70,5] para D; 34,2 [24,5 a 44,0] para DE y 54,3% [36,6 a 68,9] para EH. Todos los HRa fueron significativos, siendo el menor 1,5 [1,2 a 2,0] para EAC, y el mayor 3,3 [1,9 a 5,9] para EH.

Conclusiones: Las comorbilidades seleccionadas están asociadas con un descenso en la supervivencia. Nuestros resultados muestran la influencia de la comorbilidad en el pronóstico del cáncer de mama y por tanto, su importancia en proceso asistencial.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III. PI07/0724, PI07/0606, PI07/0700, PI07/1161, PI07/0439, PI07/0718, PI07/1063.

244. CLASE SOCIAL, NIVEL EDUCATIVO Y SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER DE MAMA

M.V. García Palacios, E. Benítez Rodríguez, A. Escolar Pujolar, F.J. López Fernández, M. Conde Herrera

Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: El nivel socioeconómico (SE) aporta una contribución compleja a la incidencia del cáncer de mama y a su resultado en salud. A pesar de presentar menor incidencia, la clase social (CS) baja se ha asociado a mayor mortalidad por presentar estadios diagnósticos más avanzados, tumores más agresivos o recibir tratamientos menos óptimos. El objetivo del estudio fue identificar los factores SE relacionados con la supervivencia total (todas las causas) y específica del cáncer de mama a los cinco y diez años del diagnóstico, en un ámbito de sanidad universal y gratuita.

Métodos: Estudio prospectivo sobre una cohorte de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama incidente durante 1997-2000, en hospitales públicos, privados y concertados de Cádiz. Se recogieron: datos sociodemográficos, sintomatológicos, uso del sistema sanitario y cuidados en salud mediante cuestionario principal a la paciente; datos clínico-patológicos y terapéuticos por historia clínica y datos de mortalidad (Instituto Andaluz de Estadística). Se realizó análisis descriptivo, correlación y estudio de supervivencia mediante Kaplan-Meier y modelo de regresión de Cox ajustado por las variables mencionadas.

Resultados: Se identificaron 322 mujeres de 57,99 años de edad media (DT 13,29). El 81,1% fue sintomática, siendo el bulto mamario la presentación más frecuente (55%) y diagnosticándose un 48,2% con extensión regional de la enfermedad. El nivel educativo (NE) fue generalmente bajo: un 40,6% no superaba la enseñanza primaria y el 29,7% no tenía estudios, aunque sabía leer. La CS ocupacional más frecuente fue la IVa (trabajador manual cualificado, 25,8%). A pesar de que NE y CS de la paciente se correlacionaron significativamente, sólo el NE bajo interpretó con dificultad su sintomatología y presentó un mayor retra-

so. Aunque la mujer sin estudios primarios tuvo menor supervivencia total a los 5 y 10 años, este factor no apareció en los modelos ajustados. En los modelos de Cox, la CS V (trabajador manual no cualificado) tuvo el doble de riesgo de no sobrevivir (en los análisis totales) a los 5 y 10 años en relación a las clases más altas (RR: 2,2 IC95% 1,2-4,7 y RR: 1,9 IC95% 1,1-3,6), principalmente en la enfermedad más localizada.

Conclusiones: La CS ocupacional fue la variable SE que mejor explicó la supervivencia de la mujer con cáncer de mama incluso tras ajustar por estadio de presentación. En nuestro ámbito, la mayor mortalidad de la CS baja no se atribuyó específicamente a este cáncer: otras causas de muerte evidenciaron el gradiente social principalmente cuando fue diagnosticado de forma localizada, probablemente por una mayor comorbilidad asociada. La necesidad de concienciación y formación en la detección precoz de esta enfermedad pareció destacar en las mujeres de bajo NE.

457. ¿QUÉ PAPEL JUEGA EL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ EN EL PRONÓSTICO DEL CÁNCER DE MAMA?

E. Benítez Rodríguez, F.J. García González, M.J. Sanz García, R. Doménech Torrejón, M.L. Vilches Campos, C. Mejías Márquez

Registro Poblacional Cáncer de Cádiz; Distrito Atención Primaria Bahía de Cádiz La Janda.

Antecedentes/Objetivos: Los programas de detección precoz junto con los avances diagnósticos y terapéuticos se han traducido en un pronóstico del cáncer de mama relativamente bueno, con un incremento de la supervivencia del cáncer de mama por encima del 80% a los cinco años del diagnóstico. **Objetivo:** evaluar la influencia del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama (PDPCM) en su supervivencia en mujeres pertenecientes a un Área Sanitaria.

Métodos: A partir de los casos incidentes de cáncer de mama en mujeres residentes en los municipios de un Área Sanitaria entre los años 1992 y 2005. Se han analizado las características clínico patológicas del tumor, así como su diagnóstico a través del PDPCM. Se ha realizado seguimiento hasta mayo de 2011. La información sobre estado vital y fecha de muerte se ha obtenido del Índice Nacional de Defunciones. Los datos de participación y diagnóstico por el PDPCM se ha recogido mediante el cruce con los datos procedente de una unidad fija. Para el análisis multivariante de supervivencia relativa, se ha utilizado una generalización del modelo de riesgos proporcionales de Cox propuesto por Andersen et al.

Resultados: 1.053 mujeres fueron diagnosticadas en el periodo de estudio y se produjeron 396 fallecimientos durante el seguimiento. La supervivencia relativa nos muestra datos de un 88,8% a los 5 años del diagnóstico y del 81,5% a los 10 años. Entre las variables identificadas como responsable de una menor supervivencia a los 5 años del diagnóstico fueron ser mujer joven (HR 12,5; IC95% 6,97-22,42); no ser diagnosticadas a través del PDPCM (HR 1,78; IC95% 0,95-3,35), cánceres pobremente diferenciados o anaplásicos (HR 2,9 y 45,69 respectivamente). Las mismas variables fueron identificadas cuando se realizó el análisis a los 10 años del diagnóstico.

Conclusiones: El diagnóstico del cáncer de mama a través de un programa de cribado poblacional determina una mejora de la supervivencia, principalmente cuando la medimos a largo plazo.

224. RETRASO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO Y SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER DE MAMA A 5 Y 10 AÑOS

M.V. García Palacios, E. Benítez Rodríguez, R. Eizaga Rebollar, A. Escolar Pujolar, F.J. López Fernández

Servicio Andaluz de Salud.

Antecedentes/Objetivos: En la supervivencia del cáncer de mama se ha descrito el efecto lógico y esperable del retraso por parte de la

paciente en un pobre pronóstico, quedando inconcluso el papel atribuible a un retraso asistencial. El objetivo del estudio fue identificar el efecto del retraso atribuible al sistema sanitario (RSS) en la supervivencia del cáncer de mama a los cinco y diez años del diagnóstico.

Métodos: Estudio prospectivo sobre una cohorte de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama incidente (tumor primario) durante 1997-2000, en las áreas hospitalarias de Cádiz y Puerto Real (42% del total provincial) en hospitales públicos, privados y concertados. Se recogieron: datos sociodemográficos, sintomatológicos, de contacto con el sistema sanitario y cuidados en salud mediante cuestionario principal a la paciente/familiares; datos clínico-patológicos y terapéuticos por historia clínica/registros de los servicios implicados en su diagnóstico-tratamiento y datos de mortalidad (Instituto Andaluz de Estadística). Se realizó análisis descriptivo y estudio de supervivencia mediante Kaplan-Meier, método log-rank y modelo de regresión de Cox ajustado por las variables mencionadas.

Resultados: Se identificaron 322 mujeres, de 57,99 años de edad media al diagnóstico (DT 13,29) y estadio IIa-IIb en el 59%. La mediana de Retraso Total síntoma-ingreso (RT) fue de 86 días (P25: 45, P75: 181), siendo de 11 días el retraso debido a la paciente (P25: 2, P75: 60) y de 51 días el RSS (1ª visita médica-ingreso, P25: 26, P75: 103). La supervivencia media fue del 77,8% a los cinco años del diagnóstico y del 66,6% a los diez; mientras que por causa específica del cáncer de mama fue del 81,9% y 72,4% respectivamente. A nivel multivariante el RT de 3-4 meses fue siempre fuerte factor pronóstico de una menor supervivencia (máximo en la específica a los cinco años; RR: 9,4, IC95% 3,1-28,8); mientras superar un RT de 1,5 mes sólo resultó significativo a los cinco años. El RSS mostró sin embargo un comportamiento complejo: aunque a largo plazo un mayor retraso se asoció a una mayor supervivencia (RR: 2,5, IC95% 1,2-5,1), a los cinco años haber superado los 3 meses se relacionó con la mayor mortalidad (RR: 4,1, IC95% 1,4-12,1).

Conclusiones: El análisis de la supervivencia a cinco y diez años permitió determinar la diferente importancia del retraso como factor pronóstico a medio y largo plazo. A los diez años del diagnóstico, los grandes RT (> 4 meses) y RSS parecen reflejar la mejor supervivencia de tumores de crecimiento lento. El análisis a los cinco años mostró que el riesgo de morir en los primeros años aumenta desde que se supera un RT de 1,5 mes o un RSS de 3 meses, pareciendo confirmar la necesidad de acortar los tiempos de respuesta terapéuticos vigentes (180 días).

419. IMPACTO DE LOS SESGOS DEL CRIBADO EN LA SUPERVIVENCIA DE CÁNCER DE MAMA

A. Roso, C. Forné, J. Galcerán, R. Marcos-Gragera, F. Macià, M. Rué

Fundació Dr. Ferran, Hospital de Tortosa Verge de la Cinta; Departamento de Ciencias Médicas Básicas-IRBLLEIDA-Universidad de Lleida; Fundació Lliga per a la Investigació i Prevenció del Càncer, IISPV, Reus; Unidad de Epidemiología y Registro de Cáncer de Girona; Servicio de Evaluación y Epidemiología Clínica-Parc de Salut Mar.

Antecedentes/Objetivos: El tiempo de supervivencia de las mujeres con cáncer de mama (CM) detectado precozmente está sobreestimado debido a dos sesgos específicos del cribado. Uno de ellos, denominado "lead time bias", es el sesgo atribuible al adelanto diagnóstico. El otro sesgo, denominado "length time bias", se debe a que los tumores detectados en exámenes de cribado suelen tener un crecimiento más lento que los demás. El objetivo del estudio es obtener estimaciones no sesgadas del tiempo de supervivencia de las mujeres con CM detectado mediante cribado.

Métodos: Se ha revisado la literatura sobre métodos de corrección de los sesgos. Se han seleccionado los métodos de Walter y Stitt, Xu y Prorok, Xu et al y Duffy. Dichos métodos se han aplicado a los datos de los registros de cáncer de Girona y Tarragona y del programa de detec-

ción precoz del Hospital del Mar, Barcelona. Además se ha llevado a cabo un estudio de simulación, asumiendo el modelo probabilístico de Lee y Zelen y datos epidemiológicos de Cataluña, para reproducir la historia natural del CM. Se ha obtenido la supervivencia libre de sesgos y se han comparado los métodos seleccionados en diferentes estrategias de cribado. Para la generación de los tiempos de supervivencia se han utilizado modelos cópula y métodos de riesgos competitivos.

Resultados: En el análisis de los datos de los registros de cáncer, la supervivencia a 5 años de las mujeres con CM detectado mediante cribado corregida por los sesgos disminuyó entre 1 y 5 puntos porcentuales, según el método utilizado. En el estudio de simulación, el tiempo medio de avance del diagnóstico de CM se encontraba alrededor de los 4 años, variando de 2 a 4 años según la edad de entrada en estado preclínico. Las estrategias de cribado anuales se caracterizaron por un sesgo "lead-time" ligeramente superior a las bienales. Los cuatro métodos revisados han proporcionado resultados similares en términos de error cuadrático medio.

Conclusiones: Se han obtenido estimaciones del tiempo de supervivencia del CM, corregidas de los sesgos asociados a la detección precoz. Los resultados obtenidos muestran la importancia de considerar estos sesgos en la evaluación de la supervivencia del CM y de los programas de cribado poblacionales.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III PS09/01340.

órganos digestivos fueron los más comunes (8,7% en padres y 6,4% en madres), siendo los de órganos respiratorios y genitales masculinos los siguientes más frecuentes entre los padres (4,0% y 3,4%, respectivamente) y la mama y los órganos genitales femeninos entre las madres (3,3% y 2,7% respectivamente). Por subtipos, los más frecuentes en los padres fueron: 4,0% pulmón; 3,4% próstata; 2,7% colorrectal y 2,2% estómago; y para las madres: 3,3% mama; 2,2% colorrectal; 1,9% cérvix-útero y 1,6% estómago.

Conclusiones: Los antecedentes de cáncer en los progenitores de los controles poblacionales reflejan de forma consistente las incidencias esperadas de cáncer en nuestro país.

Financiación: CIBERESP, FIS 08/1770, FIS 09/01286, JCYL 2010/94/1.

548. ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER EN LOS PROGENITORES DE LOS CONTROLES DEL PROYECTO MCC-SPAIN: RESULTADOS PRELIMINARES

Y. Benavente, D. Cassabonne, B. Pérez-Gómez, E. García García-Esquinas, V. Moreno, A. Souto, S. de San José, V. Martín

CIBERESP; Institut Català d'Oncologia; Instituto de Salud Carlos III; Instituto Universitario de Oncología de la Universidad de Oviedo; Instituto de Biomedicina de la Universidad de León.

Antecedentes/Objetivos: Los antecedentes familiares son factores de riesgo que deben considerarse al ser un reflejo de las influencias genéticas, ambientales y de estilos de vida compartidos por sus miembros. Su influencia viene en función, entre otros, del grado de consanguinidad, siendo mayor en los familiares de primer grado. Este estudio tiene por objeto describir las frecuencias de presentación de antecedentes de cáncer en los progenitores de la población general utilizada como control en el proyecto MCC-Spain.

Métodos: El estudio multicaso-control poblacional (MCC-Spain) incluye casos de cáncer de mama, próstata, gastro-esofágicos, colorrectal y de leucemia linfocítica crónica captados en 22 hospitales de 10 comunidades autónomas españolas. Los controles poblacionales son apareados por frecuencia con los casos teniendo en cuenta edad, sexo y área de residencia. La codificación de la historia familiar de cáncer se ha obtenido a partir de la identificación de literales autorreportados, mediante entrevista dirigida en un cuestionario estructurado en el que se preguntaba expresamente por cada uno de los familiares de primer grado sobre el antecedente o no de cáncer, la localización del tumor (en una pregunta abierta) y la edad al diagnóstico. Un grupo de clínicos y epidemiólogos revisó recursivamente esta clasificación acordando por consenso la asignación siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) de la OMS. Se han creado variables de fiabilidad de la respuesta para posteriores análisis de sensibilidad.

Resultados: Se han incluido 3.510 controles, 1.784 (50,8%) hombres y 1.726 (49,2%) mujeres. Edad media de 63 años (DE = 12). La prevalencia de antecedente familiar de cáncer en los progenitores fue de 35,7% (n = 1.254); un 12,3% reportaron antecedente materno (n = 432), un 18,4% paterno (n = 646) y un 5% (n = 176) en ambos. Los tumores de