

## CÁNCER

Jueves 6 de octubre de 2011. 17:30 a 19:00 h

Aula Profesor Schüller – Facultad de Medicina

Comunicaciones orales (3 minutos)

*Modera: Carmen Navarro*

---

### 320. NEOPLASIAS LINFOIDES EN GIRONA: ESTUDIO POBLACIONAL DE ALTA RESOLUCIÓN

G. Osca<sup>a,b</sup>, M. Puig Vives<sup>a,b</sup>, L. Vilardell<sup>a</sup>, R. Marcos-Gragera<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unitat d'Epidemiologia i Registre de Càncer de Girona, Pla Director d'Oncologia, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Institut Català d'Oncologia; <sup>b</sup>Departament d'Economia; Universitat de Girona.

**Antecedentes/Objetivos:** En el marco del proyecto europeo HAE-MACARE, se ha llevado a cabo un estudio de alta resolución de neoplasias linfoides en la Región Sanitaria de Girona (RSG) con el objetivo de evaluar las características clínicas y terapéuticas de pacientes diagnosticados de neoplasias linfoides en la RSG en el año 2005.

**Métodos:** Los datos se extrajeron del Registro de Cáncer de base poblacional de Girona, que cubría una población de 664.506 habitantes en 2005. Se incluyeron 129 casos de neoplasias linfoides (excepto mieloma múltiple y leucemia linfática crónica) diagnosticados en 2005 en RSG. Se analizó y comparó la distribución del estadio de Ann Arbor, la categoría del lactato deshidrogenasa (LDH) y  $\beta$ -2-microglobulina (normal o elevada) y el tratamiento administrado: quimioterapia convencional con o sin rituximab (R) (anticuerpo monoclonal anti-CD20).

**Resultados:** En la RSG durante el año 2005 se diagnosticaron 129 pacientes con una neoplasia linfóide (68 hombres y 61 mujeres), con una media de edad en mujeres estadísticamente superior a la de los hombres (59 vs 52 años). El 55,81% (72/129) correspondían a uno de los 3 tipos morfológicos más frecuentes: 45,9% con linfoma de células B grandes difuso (LCBGD), 33,3% con linfoma folicular (LF) y 20,8% con linfoma Hodgkin tipo esclerosis nodular (LHEN). En LBDCG y LF el estadio más frecuente fue el avanzado (27,27 y 58,33%). En LHEN el estadio intermedio fue el más frecuente (60%). En un 11,52% se desconocía el estadio. Para LDH y  $\beta$ -2-microglobulina había 26,39 y 30,56% de valores perdidos. LDH estaba elevada en 36,11% de los casos y  $\beta$ -2-microglobulina en 34,72%. 69,44% de los pacientes (52/72) fueron tratados, 48,61% con R y 32,61% sin R. En 12 casos se desconocía el tratamiento. El 51,43% de pacientes tratados con R tenían LBDCG y un 48,57% LF. En pacientes mayores de 70 años sólo se administró R en 45% de los casos.

**Conclusiones:** Según los resultados preliminares, la neoplasia linfóide más frecuente en 2005 en RSG fue el LBDCG seguido de LF y LHEN. Los estadios más frecuente fueron los de peor pronóstico e intermedio. LDH y  $\beta$ -2-microglobulina elevadas contribuían a un mal pronóstico. La mayoría de pacientes con LBDCG y LF se trataron con quimioterapia convencional + R aunque a medida que aumentaba la edad del paciente su uso disminuía. Este trabajo formará parte de un estudio de alta resolución de neoplasias linfoides en el que participarán distintos registros poblacionales de Europa con el objetivo de evaluar las diferencias geográficas en la supervivencia de estas neoplasias.

### 331. DISTRIBUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE CÁNCER COLORRECTAL EN EL ÁREA DE SALUD DE LEÓN

V. Martín, I. Muínelo, F. Jorquera, S. de Abajo, A.J. Molina, S. Tamames, G. López-Abente

Universidad de León, Complejo Asistencial Universitario de León, Junta de Castilla y León, Instituto de Salud Carlos III.

**Antecedentes/Objetivos:** Diversos autores han puesto de manifiesto una mayor incidencia y mortalidad por cáncer colorrectal (CCR) en la zona sureste del área de salud de León (ASL). El CCR es susceptible de prevención, por lo que conocer su incidencia, tendencia y distribución geográfica puede ser de interés para la puesta en marcha de acciones tendientes a atenuar desigualdades en materia de salud.

**Métodos:** Fueron incluidos todos los casos, epígrafes 153-154 y 159.0 del CIE-9, del registro de tumores del CAUL desde el 1 de enero de 1994 hasta el 31 de diciembre de 2008 con domicilio en ayuntamientos del área según la tarjeta sanitaria. Para el cálculo de las tasas (TI) se utilizaron datos poblacionales del INE desglosados por grupos de edad y sexo de los municipios del área. Para evaluar la tendencia temporal se ajustó un modelo de regresión de Poisson. Para el análisis de la distribución municipal de la incidencia se efectuó una estimación de los riesgos relativos (RR) municipales suavizados mediante el ajuste del modelo de Besag-York y Mollié. Los RR suavizados y sus probabilidades posteriores (PP) de que fueran mayores de 1 se estimaron empleando "integrated nested Laplace approximation" utilizando (R-INLA).

**Resultados:** Las TI ajustadas a población europea oscilaron entre 51,2 y 30,5 casos por 100.000 habitantes, para hombres y mujeres en el trienio 1994-1996 y 63,9 y 34,2, respectivamente, en el trienio 2006-8. La tendencia observada por trienio fue ascendente (hombres: RR = 1,054; IC 95%, 1,031-1,078. Mujeres: 1,029; IC 95%, 1,001-1,058). No se observó un patrón geográfico de distribución si bien dos municipios presentaron RR's superiores al 35% y PP superiores a 0,90.

**Conclusiones:** Las TI de CCR observadas se encuentran en la media estimada para España. Se ha observado una distribución heterogénea pero no un claro patrón geográfico. La tendencia de la incidencia es ascendente en contraste con la existencia de estrategias efectivas de prevención y control. Debería prestarse una atención especial a los municipios donde el riesgo observado es elevado.

### 553. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA INCIDENCIA DE TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN ARAGÓN, 2001-2005

E. Niño de Guzmán, M.L. Compes, M.P. Rodrigo, G. García, M.C. Burriel, M. Esteban, W. Ben Cheikh, M.T. García, J.P. Alonso

Registro de Cáncer de Aragón, Dirección General de Salud Pública.

**Antecedentes/Objetivos:** Los tumores del sistema nervioso central (SNC) son un grupo heterogéneo de entidades que incluye tumores malignos, benignos y de comportamiento incierto. En España diferentes estudios evidencian variabilidad en la incidencia de estos tumores y estudian factores que intentan explicarla. El objetivo fue describir la distribución geográfica de la incidencia de los tumores del SNC en Aragón durante el periodo 2001-2005 por comportamiento tumoral y sexo.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de incidencia en Aragón, en el periodo 1 de enero de 2001 al 31 de diciembre de 2005. La unidad de análisis fue la Zona Básica de Salud (ZBS) según mapa sanitario de Aragón. Se incluyeron los casos de tumores del SNC del Registro de Cáncer de Aragón (RCA) con localización en meninges (c70), encéfalo (c71), médula espinal, nervios craneales y otras partes del SNC (C72), hipófisis (c75.1), conducto craneofaríngeo (c75.2) y glándula pineal (C75.3), completando la información geográfica de residencia con la base de datos de usuarios (BDU). Se excluyeron casos sin ZBS asignada. Se calculó la razón estandarizada de incidencia (REI) utilizando como

tasa de referencia la del total del periodo por sexo, con IC del 95% para cada ZBS para el total de tumores, benignos y malignos.

**Resultados:** En ambos sexos y en el total de tumores las ZBS San José Sur, Torre Ramona, Barbastro, Monzón Urbano, Arrabal, Alfajarín y Bombarda presentan de forma significativa REI mayores. La ZBS con mayor REI es Bombarda (223; IC 95%, 151,5-316,6). Para el total de tumores del SNC, en hombres, las ZBS con REI significativamente mayores son Bombarda, Huesca Capital y Torre Ramona. En mujeres, Arrabal, Monzón Urbano, Bombarda, Barbastro y Zalfonada presentan REI significativamente mayores. En los benignos del SNC, en hombres, las ZBS con REI mayores muestran un patrón oriental, siendo significativas: Ainsa, Graus, Avenida Cataluña y Teruel centro. En mujeres en Zaragoza capital, las ZBS con REI mayores se encuentran en la zona periférica. En los malignos del SNC las ZBS con REI mayores no muestran patrón característico, siendo significativas Bombarda y Mosqueruela. En Zaragoza capital se observa una distribución suroccidental en hombres y noroccidental en mujeres donde Bombarda es la única significativa.

**Conclusiones:** Existe variabilidad de la distribución de incidencia de los tumores del SNC en las ZBS de Aragón. Es importante investigar mediante estudios ecológicos o individuales si el patrón geográfico responde a algún factor de riesgo o a las características histológicas del propio tumor.

### 557. INCIDENCIA DE TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN ARAGÓN, 2001-2005

E. Niño de Guzmán, M.L. Compes, M.P. Rodrigo, M.C. Burriel, G. García, M. Esteban, W. Ben Cheikh, J.P. Alonso

Registro de Cáncer de Aragón, Dirección General de Salud Pública.

**Antecedentes/Objetivos:** Los tumores del sistema nervioso central (SNC) son un grupo heterogéneo de entidades que incluye tumores malignos, benignos y de comportamiento incierto. El objetivo fue describir la incidencia de los tumores del SNC en Aragón por comportamiento y tipo histológico.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de la incidencia de los tumores del SNC, durante el periodo 1 de enero de 2001 al 31 de diciembre de 2005. Se incluyeron los casos del Registro de Cáncer de Aragón (RCA) localizados en meninges (c70), encéfalo (c71), médula espinal, nervios craneales y otras partes del SNC (c72), hipófisis (c75.1), conducto craneofaríngeo (c75.2) y glándula pineal (c75.3). Se agruparon los casos según la clasificación de la OMS. Las variables estudiadas fueron sexo, comportamiento tumoral, localización anatómica y tipo histológico. Se calcularon las tasas específicas por edad, la edad media de incidencia, las tasas ajustadas a la población mundial (TAM) por comportamiento y tipo histológico para el total de tumores y por sexo.

**Resultados:** De los 1.083 casos, el 52,7% son mujeres. Por comportamiento tumoral el 52,8% son malignos, 44% benignos y 3,1% en inciertos. En hombres predominan los tumores malignos y en mujeres los benignos. La razón hombre/mujer es 1,1 para el total, 1,6 para los malignos, 0,7 para tumores benignos y 1,1 para inciertos. Por localización anatómica en ambos sexos y en hombres la localización más frecuente es cerebro y ventrículos (39,2%, total y 48,4%, hombres). En mujeres la localización más frecuente son las meninges (37,2%). La edad media de presentación para todos los tumores del SNC es 57,1 años en hombres y 59,9 años en mujeres. El patrón de aparición es similar en ambos sexos, pero en hombres la incidencia de tumores malignos presenta dos picos: el primero entre los 5 a 9 años y el segundo de 60 a 74 años. El tipo histológico con edad media de aparición más temprana pertenece a los tumores embrionarios en hombres y plexos coroideos en mujeres y los más tardíos son meningioma maligno en hombres y paraganglioma en mujeres. El tipo histológico con mayor TAM para todas las edades en hombres es el glioblastoma (2,6 IC 95%, 2,1-3,1) y en mujeres es el meningioma (2,4 IC 95%, 1,9-2,8).

**Conclusiones:** En Aragón éste es el primer estudio de los tumores del SNC por comportamiento y tipo histológico a partir de un registro poblacional. Se encuentran diferencias entre hombres y mujeres en localización y en tipo histológico. Pretende establecer una base de futuros estudios de investigación básica, clínica y de salud pública.

### 676. ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD DEL PROCESO DE CÁNCER DE PIEL EN HOSPITALES DE CÓRDOBA, 2007-2010

N. Rodríguez Vedia, S. Luque Lozano, J.L. Montero Cantero, A. Pascual Fañaras, J. García Sánchez

*Equipo Provincial de Inspección de la Delegación de Salud de Córdoba.*

**Antecedentes/Objetivos:** Comparar los indicadores del proceso de cáncer de piel (Ca P) en los hospitales de Córdoba entre los años 2007 y 2010.

**Métodos:** Se evaluaron los indicadores más relevantes del proceso de ca P, en los 3 hospitales de Córdoba: Reina Sofía, Cabra y Pozoblanco; a través de la evaluación de 50 historias clínicas con Ca P en el año 2007 y en 2011, así como se analizaron los registros de anatomía patológica de Ca P.

**Resultados y conclusiones:** Subprocesos cáncer de piel: basocelular/espinocelelular. Norma de calidad 1: tiempo de espera desde que se solicita la primera cita desde Atención Primaria para consulta de Dermatología inferior a 15 días hábiles. Esta norma de calidad no se cumple para el promedio provincial (20,9 días), manteniéndose prácticamente similar al resultado obtenido en la evaluación efectuada en el año 2007 (20,48). Norma de calidad 2: índice de correlación entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico histopatológico superior al 80%. Esta norma de calidad no se cumple para el promedio provincial ni para cada uno de los 3 hospitales. En la muestra evaluada se ha encontrado un 52,5% de correlación en los casos atendidos por dermatólogos (o alternativamente algún otro especialista, como cirujanos generales) y un 22,73% en los casos atendidos directamente por los médicos de familia mediante cirugía menor ambulatoria. Este indicador ha empeorado sensiblemente en todos los hospitales en relación con la evaluación efectuada en el año 2007 (correlación promedio provincial del 86,87% en los casos atendidos por dermatólogos). Norma de calidad 3: tiempo de emisión de informes anatomopatológicos inferior a 7 días. Sólo se mantienen unas demoras aceptables, muy próximas a la establecida como norma de calidad, en el Hospital Reina Sofía (promedio 7,91 días), al igual que sucedía en 2007. Sin embargo, en los hospitales de Cabra y Pozoblanco, que cumplían esta norma de calidad en la evaluación efectuada anteriormente, ahora han evidenciado demoras significativamente superiores (promedio de 9,13 y 11,85 días, respectivamente). Norma de calidad 4: reclamaciones. Esta norma de calidad se considera cumplida, toda vez que el indicador de reclamaciones identificadas en los años evaluados alcanza un valor muy bajo, de 0,21 por cada 1.000 pacientes atendidos.

### 710. CREENCIAS Y ACTITUDES SOBRE CÁNCER Y BARRERAS PERCIBIDAS PARA SU PREVENCIÓN EN POBLACIÓN MAGREBÍ

D. Aviñó<sup>a</sup>, M. López<sup>a</sup>, R. Peiró<sup>a</sup>, A. Molina<sup>a</sup>, J.J. Paredes-Carbonell<sup>b</sup>, M. Talavera<sup>c</sup>, D. Salas<sup>a</sup>, M. Andrés<sup>d</sup>

<sup>a</sup>CSISP Valencia; <sup>b</sup>Centre de Salut Pública Alzira-València; <sup>c</sup>Universitat de València; <sup>d</sup>Centre de Salut Pública Manises.

**Antecedentes/Objetivos:** Explorar creencias y actitudes sobre cáncer y su prevención e identificar barreras de acceso de la población magrebí a los programas de prevención del cáncer.

**Métodos:** Estudio de diseño cualitativo con grupos de discusión. La población fue mujeres y hombres del Magreb, de 20-50 años, de nivel económico bajo, con al menos 2 años residiendo en España, entienden y hablan español, de nivel educativo bajo (hasta educación primaria completa) y medio (educación secundaria finalizada o más), residentes en Algemés (Valencia). Se realizaron 4 grupos de discusión, de 8-11 personas, distribuidas por sexo y nivel educativo con participación de 38 personas. Dimensiones exploradas: conocimiento y actitudes hacia el cáncer; factores de riesgo y protección; conocimiento de programas preventivos; beneficios y barreras de participación. Los grupos fueron grabados con autorización y transcritos. Se realizó un análisis del discurso en paralelo por dos investigadoras comparando los resultados.

**Resultados:** El cáncer se percibe como enfermedad grave asociada a muerte. En los grupos de hombres y en el de mujeres de más nivel educativo, el origen del cáncer se relaciona con el destino influido por Dios. Todos los grupos valoran la prevención y participar en los programas. Factores de protección señalados: por todos los grupos, alimentación, lactancia y acudir a revisiones; por las mujeres, ejercicio físico y autoexploración; mujeres de más nivel y hombres de menos nivel, higiene corporal. Factores de riesgo: por todos los grupos, fumar y tomar alcohol; en hombres, exposición a tóxicos; discursos particulares son genética, exposición solar, picante y transgénicos, microondas, móviles táctiles y prótesis de silicona. Las mujeres y el grupo de hombres de más nivel niegan que el cáncer se contagie y en hombres de menos nivel no hay consenso. El programa de prevención de cáncer conocido es el de mama aunque hay dudas sobre edad, frecuencia y forma de acceso. Barreras de participación en programas relativas a género: aprobación de la pareja en la decisión de las mujeres a participar; sexo masculino del personal sanitario; miedo al diagnóstico, a consecuencias físicas y psicológicas del tratamiento y al rechazo de las parejas. Otras barreras: idioma, priorizar el trabajo o falta de información. No hay discurso diferente por nivel educativo.

**Conclusiones:** Coexisten creencias tradicionales con concepciones biomédicas. Se han de adaptar los programas para ser sensibles a aspectos culturales y reducir barreras de acceso relativas a estereotipos de género promoviendo la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones.

### 725. ADECUACIÓN DE LOS SITIOS WEB SOBRE CÁNCER A LAS NECESIDADES DE INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES

R. Alba-Ruiz<sup>a</sup>, C. Bermúdez-Tamayo<sup>a,b</sup>, J.F. García Gutiérrez<sup>a</sup>, J. Jiménez-Pernett<sup>a</sup>, M. Colmenero-Ruiz<sup>b</sup>, B. Valero-Aguilera<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), Granada; <sup>b</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

**Antecedentes/Objetivos:** 1) Evaluar la fiabilidad de los sitios web sobre cáncer en español a partir de instrumentos disponibles, así como la accesibilidad, legibilidad y popularidad. 2) Analizar la adecuación de los sitios web a las necesidades de información específica de los pacientes con cáncer.

**Métodos:** Estudio transversal y descriptivo en dos fases atendiendo a los objetivos del estudio. Primera fase: recogida de datos mediante la búsqueda *on-line* y observación directa del cumplimiento de los criterios de calidad, accesibilidad, legibilidad y popularidad. Segunda fase: entrevistas individuales estructuradas asociadas a una encuesta a pacientes cáncer de próstata, cáncer de vejiga y cáncer de riñón que hubiesen completado al menos la primera fase del tratamiento y que acudan a consultas de revisión y seguimiento (169 sujetos). Se efectuó un análisis descriptivo para las variables estudiadas, incluyendo las frecuencias para las cualitativas (valor absoluto y porcentaje) y el promedio y rango para las cuantitativas. Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman como medida de la correlación.

**Resultados:** La mayoría de los sitios web de cáncer en español proceden de España (62,0%) y Estados Unidos (27,6%), son visitados con

mayor frecuencia por mujeres (38%) y mayores de 45 años (31%). La mayoría pertenece a *non-profit organizations*, seguido por *university or medical centre* (14%). Con respecto a la calidad de los sitios web, se ha encontrado que el 59% proporciona autoría, 62% aporta fuentes, el 38% identifica su financiación y el 54% muestra la actualización. El 31% de las web posee sellos de calidad. El 21% de los web no cumple con los mínimos criterios de accesibilidad. Con respecto a la legibilidad, el 24% de los textos se consideran "algo difíciles". Las necesidades de información son diferentes según el tipo de cáncer que padecen, si bien aparecen consistentemente las probabilidades de cura, tasas de supervivencia y los efectos secundarios y riesgos del tratamiento. La concordancia entre los contenidos de los sitios web y la información que requieren los pacientes para cáncer de mama tuvo un coeficiente de correlación de 0,663, para próstata de 0,803, para riñón de 0,644 y para vejiga de 0,850.

**Conclusiones:** Este estudio parece demostrar que la fiabilidad de la información de salud en Internet en relación con el cáncer en español generalmente es pobre, poco accesible y poco legible. La información disponible en la web no concuerda demasiado con la información que necesitan los pacientes con cáncer de mama, riñón, próstata y vejiga.

### 805. CONSUMO DE ALIMENTOS Y CÁNCER DE ESTÓMAGO: UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

E. Ferrer, E.M. Navarrete-Muñoz, D. Giménez, M. García de la Hera, J. Vioque

Grupo de Epidemiología de la Nutrición, Universidad Miguel Hernández; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

**Antecedentes/Objetivos:** El cáncer de estómago (CE) muestra tasas descendentes de mortalidad pese a lo cual se sitúa entre los 6 cánceres de mayor mortalidad. Aunque se conocen algunos factores de riesgo (infección por *Helicobacter pylori*), su etiología sigue siendo en gran parte desconocida si bien se ha sugerido que la dieta puede ser relevante. Dentro del estudio multicaso-control PANESOES (esófago, estómago y páncreas) se evaluó la relación entre el consumo de alimentos y el cáncer de estómago.

**Métodos:** Estudio caso-controles prospectivo de base hospitalaria con 398 casos incidentes de CE confirmados histológicamente y 455 controles emparejados por frecuencia de sexo, edad y provincia. Se evaluó la dieta mediante Cuestionario de Frecuencia de Alimentos validado y se recogió información sobre factores socio-demográficos, consumo de alcohol y tabaco e índice de masa corporal. Se estimó el consumo diario promedio anual para grupos de alimentos referido a 5 años previos a la entrevista. Se estimaron *odds ratios* e intervalos de confianza del 95% (OR; IC 95%) mediante regresión logística ajustando por los factores de emparejamiento, nivel de estudios, índice de masa corporal, consumo de tabaco y alcohol e ingesta calórica.

**Resultados:** El consumo de alimentos fue similar entre casos y controles, a excepción de la ingesta de sal añadida, que fue mayor en los casos (0,5 vs 0,4 g/día) y las frutas y verduras, significativamente menor en los casos (fruta 233 vs 257 g/día y verdura 165 vs 180 g/día). En el análisis multivariante, se observó un aumento de riesgo de CE entre los consumidores de sal del tercil 3 respecto al tercil 1 (OR = 2,46; 1,31-4,62; p-tendencia = 0,009). El consumo de verduras resultó protector para el riesgo de CE, los consumidores de > 238 g/día (cuartil 4) presentaron un 55% menos de riesgo que los consumidores de < 100 g/día del cuartil 1 de referencia (OR = 0,45; 0,28-0,74; p-tendencia = 0,01). Un efecto protector se observó también para el consumo de frutas, los consumidores de > 307 g/día (cuartil 4) presentaron un 58% menos riesgo de CE que los consumidores del cuartil 1 < 162 g/día (OR = 0,42; 0,25-0,68; p-tendencia = 0,01). El consumo conjunto de frutas y verduras resultó más protector que el de ambos por separado (OR C4/C1 = 0,32; 0,19-0,53; p-tendencia < 0,001). No se observaron asociaciones significativas con otros alimentos.

**Conclusiones:** Nuestros resultados, basados en una población mediterránea, indican un efecto protector del consumo de frutas y verduras y perjudicial del consumo de sal añadida a los alimentos, lo que concuerda con otros estudios previos.

Financiación: FIS 91/0435 y Generalitat Valenciana (CTGCA/2002/06; G03/136).

### 868. INFLUENCIA DE LA COMORBILIDAD EN INDICADORES DE CUIDADOS EN CÁNCER DE MAMA: ESTUDIO ESPAÑOL COORDINADO

M.D. Chirlaque<sup>a,b</sup>, D. Salmerón<sup>a,b</sup>, C. Navarro<sup>a,b</sup>, J. Sánchez-Cantalejo<sup>c</sup>, M.L. Vilardell<sup>d</sup>, E. Ardanaz<sup>a,e</sup>, A. Mateos<sup>f</sup>, A. Torrella<sup>g</sup>, J. Perucha<sup>h</sup>, N. Larrañaga<sup>a,i</sup>, R. Jiménez<sup>j</sup>, C. Martos<sup>k,l</sup>, M.J. Sánchez<sup>a,c</sup>

<sup>a</sup>CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); <sup>b</sup>Registro de Cáncer de Murcia, Consejería de Sanidad y Consumo, Murcia; <sup>c</sup>Registro de Cáncer de Granada, EASP; <sup>d</sup>Registro de Cáncer de Girona, Instituto Catalán de Oncología; <sup>e</sup>Registro de Cáncer de Navarra, ISPN; <sup>f</sup>Registro de Cáncer de Albacete, Castilla-La Mancha; <sup>g</sup>Registro de Tumores Castellón, DGSP, Generalitat Valenciana; <sup>h</sup>Registro de Cáncer de La Rioja; <sup>i</sup>Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa-Biodonostia; <sup>j</sup>Registro de Cáncer de Cuenca, Castilla-La Mancha; <sup>k</sup>Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; <sup>l</sup>Centro Superior de Investigación en Salud Pública, Valencia.

**Antecedentes/Objetivos:** Analizar el efecto de la comorbilidad en la adherencia a 2 indicadores del proceso de cuidados en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en 10 áreas geográficas españolas.

**Métodos:** Los casos incidentes de cáncer de mama en 2005 fueron seleccionados del "Estudio Español de Alta Resolución de Cáncer de Mama", en el que participan 10 registros de cáncer de población (Granada, Murcia, Albacete, Castellón, Cuenca, La Rioja, Girona, Zaragoza, Navarra y País Vasco-Gipuzkoa). Se recogió información complementaria no disponible en los registros de cáncer de las historias clínicas, servicios de radioterapia, oncología, anatomía patológica, etc. Se incluyeron un total de 3.463 casos invasivos de cáncer de mama (CIE-10 C50). Los indicadores calculados fueron: 1) cirugía conservadora seguida de radioterapia (RT en CC) y 2) quimioterapia en afectación de ganglios linfáticos (QT en N+). Los indicadores se estratificaron por índice de comorbilidad de Charlson (ICh) en 3 categorías (bajo: cero; medio: 1-3, y alto: 4). Mediante regresión logística se estimaron la *odds ratio* (OR) cruda y ajustada y el intervalo de confianza al 95% (IC) para los ICh.

**Resultados:** De las 3.463 mujeres con cáncer de mama incluidas en el análisis, el 15% tenía ICh bajo, el 55% medio y un 30% alto. El tumor estaba localizado en el 54% de los casos, 36% loco-regional y el 6% avanzado (4% desconocido), variando al estratificar por comorbilidad. Cada una de las 10 áreas aportó entre el 5 y el 15% de los casos. Al 87,5% de mujeres con CC se les aplicó RT y el 79,3% de mujeres N+ fueron tratadas con QT. Se encontraron diferencias significativas en los 2 indicadores según comorbilidad. Los casos con mayor comorbilidad tuvieron menos probabilidad de recibir RT tras CC (OR 0,54; IC, 0,29-0,99 de medio respecto a bajo ICh y OR 0,12; IC, 0,06-0,22 de alto respecto a bajo). La QT en pacientes N+ también fue menos probable que se aplicara en mujeres con alta comorbilidad respecto a las de baja. Estas diferencias se mantuvieron significativas tras ajustar por estadio y área.

**Conclusiones:** Aunque el estadio y el patrón molecular son los principales indicadores en el proceso de cuidados en mujeres con cáncer de mama, la comorbilidad tiene un impacto importante en la efectividad de los cuidados en salud. Los resultados preliminares de este estudio tienen repercusión a nivel poblacional y muestran la importancia de profundizar en el estudio de la comorbilidad.

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