

CÁNCER 2

Viernes 7 de octubre de 2011. 11:00 a 12:30 h

Hall – Facultad de Medicina

Carteles electrónicos

Moderadora: Nuria Aragonés

220. PATRONES DE INCIDENCIA DE CÁNCER EN UN REGISTRO HOSPITALARIO DE TUMORES

C.M. Sánchez Rodríguez, M.M. Rodríguez del Águila,
M.A. Fernández Sierra

UGC Medicina Preventiva, Vigilancia y Salud Pública, Hospital Virgen de las Nieves, Granada.

Antecedentes/Objetivos: El incremento que está suponiendo el cáncer a nivel mundial hace sea necesario establecer medidas de prevención y control. Una de las fuentes de información que sirven como punto de partida para ello son los Registros Hospitalarios de Tumores (RHT) que recogen los casos nuevos de cáncer habidos en un centro hospitalario y ayudan a valorar y controlar el impacto de los procesos malignos de la población. El objetivo fue evaluar la frecuencia del cáncer de un RHT y describir las tasas de incidencia del cáncer en las Zonas Básicas de Salud (ZBS) adscritas

Métodos: Estudio descriptivo y ecológico de los casos nuevos de tumores malignos registrados en el Hospital Virgen de las Nieves de Granada desde 2004 a 2008. Las principales fuentes de información fueron Anatomía Patológica y Conjunto Mínimo Básico de Datos. Se recogieron variables sociodemográficas, del tumor y del tratamiento, así como el código postal de residencia. Se realizó un control de calidad para detectar la coherencia de las variables. Se aplicó estadística descriptiva y cálculo de tasas de incidencia estandarizadas (100.000 hab) por edad y sexo (método directo) para las ZBS adscritas al hospital, tomando como población la de 2006. Para la estandarización se tomó la población europea.

Resultados: En los 5 años se registraron 8.923 tumores, con un 56,3% de hombres y una edad media global de 62,4 años. La mayoría de los tumores están localizados en órganos digestivos (20,8%), sistema respiratorio (15,7%) y mama (11,1%), habiendo mayor proporción de hombres en el intervalo 65-79 años y para las mujeres en el grupo 35-49. Un 73,3% fueron diagnosticados en este centro y un 76% fueron tratados en este centro. La demora entre las fechas de primera visita y primer síntoma tuvo una mediana de 2 meses. Según localización geográfica, el 97,1% tiene su residencia en las provincias de Granada, Jaén y Almería. La tasa cruda global de incidencia fue de 246,7; la mayor tasa ajustada se encuentra en la ZBS de Atarfe con 321,7 y la menor en Pozo Alcón (5,9). La mayor ratio hombre/mujer se localiza en la ZBS de Pedro Martínez con 2,35.

Conclusiones: Las características de los pacientes incluidos en el RHT son similares a las de otros registros. A pesar de la limitación que supone calcular incidencias en un RHT, se observan gradientes de mayores tasas en ZBS con mayor población y menores en zonas menos densas. Este estudio debe completarse con seguimiento de pacientes y análisis de supervivencia, así como análisis pormenorizados según grupos de edad y tipos de cáncer.

474. EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA ORGANIZADO DE ALTO RIESGO DE CÁNCER DE COLON Y RECTO HEREDITARIO NO PÓLIPO

M. Goicoechea^a, L. Salas

^aOficina del Plan del Cáncer, en representación del Grupo de Asesoramiento del Programa de Consejo Genético en Cáncer Hereditario de la Comunidad Valenciana.

Antecedentes/Objetivos: El cáncer familiar supone un 10% de los cánceres detectados y un programa organizado de alto riesgo es complementario a programas de cribado poblacional. El objetivo del Programa de Consejo Genético es detectar pacientes con mutaciones genéticas o con historia familiar para reducir la incidencia de cáncer y la mortalidad.

Métodos: Análisis descriptivo, desde el inicio, mayo de 2005 hasta diciembre de 2010 a través de indicadores de organización y efectividad: n.º de consultantes que acuden a las UCGC, tamaño medio de las familias, porcentajes de remisión adecuada, familias identificadas, aceptabilidad del estudio por el caso índice o por algún miembro de la familia, familias con mutaciones identificadas y distribución de los resultados por gen, para casos índice y familiares.

Resultados: Desde el inicio del programa han sido atendidas 9.942 personas. El 79% de los consultantes cumplía criterios para el estudio genético y de estos, el 32% corresponde al síndrome de cáncer de colon hereditario no polipósico. Se ha localizado caso índice en 1.096 familias de las que tenían criterios de estudio (80,1%) y de ellas en el 94,4% se ha realizado el estudio genético. Se han detectado mutaciones patógenas en el 25,17% de los estudios realizados en MLH1, en el 31,58% de estos estudios realizados en MSH2 y en el

17,17% de los realizados para MSH6. Se ofrece el estudio a los familiares donde se ha encontrado mutación patógena, siendo el tamaño medio de las familias de 2-3 familiares por caso índice. El porcentaje de mutaciones patógenas diagnosticadas en familiares ha sido cercano al 48,7%

Conclusiones: El diagnóstico y consejo genético en cáncer de mama en el marco de un programa organizado son procedimientos que se utilizan para diagnosticar una predisposición hereditaria antes de que éste aparezca de forma que, una vez confirmado el diagnóstico genético, se pueda intervenir precozmente evitando su aparición o diagnosticándolo precozmente en una fase curable. Para hacer una evaluación del impacto de este programa en la salud de los pacientes en general y de los sanos en los que se diagnostica la mutación, es necesario hacer seguimientos de los casos detectados a muy largo plazo.

480. MORTALIDAD POR CÁNCER DE PULMÓN: DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA Y PRIVACIÓN POR SECCIÓN CENSAL. ALGECIRAS

V. Santos Sánchez^a, E. Benítez Rodríguez^b, A. Escolar Pujolar^c, J.A. Córdoba Doña^d

^aFundación para la Gestión de la Investigación Biomédica, Cádiz;

^bRegistro de Cáncer, Delegación Provincial de Salud, Cádiz; ^cHospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz; ^dDelegación Provincial de Salud, Cádiz.

Antecedentes/Objetivos: Evaluar la distribución espacial de la mortalidad por cáncer de pulmón en la ciudad de Algeciras y la desigualdad según privación de la sección censal (SC). Identificar las SC de alto riesgo.

Métodos: Estudio transversal y ecológico de área pequeña. De funciones por sexo y edad por cáncer de pulmón en residentes en Algeciras, periodo 1992-2002. A partir del dato domicilio se asignó el seccionado censal (censo de 2001) mediante un Sistema de Información Geográfica (SIG). Cálculo de RME crudas por SC, utilizando como mortalidad de referencia la de Andalucía en el mismo periodo. Poblaciones por SC del censo de 2001. Cálculo de RME suavizadas a partir de las RME crudas (modelo de Besag, York y Mollié-BYM). Para identificar las SC de alto riesgo de muerte se calcula la distribución a posteriori de los riesgos relativos (RR) suavizados. Tomando un intervalo de confianza del 95% se calcula la probabilidad a posteriori (PRP) de que el RR de la SC sea mayor de 100. Las SC con una probabilidad mayor de 0,8 se consideran áreas con un exceso de mortalidad estadísticamente significativo, y las menores de 0,2 con un defecto de mortalidad estadísticamente significativo. Cada SC se clasificó en uno de los 5 quintiles de un índice de privación (IP) que resume las características de bajo nivel de estudios, trabajo no cualificado y desempleo (censo de 2001). Para la medida de la desigualdad se introduce como variable explicativa el IP en el modelo BYM, tomando como categoría de referencia las SC de menor privación.

Resultados: Se presentan 6 mapas con la distribución espacial por SC y sexo de las RME crudas, suavizadas y de la PRP. En hombres, de 75 SC, se identifican 16 como de alto riesgo. En hombres, el RR de mortalidad por cáncer de pulmón según el IP fue, en orden creciente a la privación, de 1,63 (1,12-2,27); 2,23 (1,40-3,36); 1,57 (1,03-2,30), y 2,95 (1,85-4,50). En mujeres no se observa desigualdad.

Conclusiones: 1. En hombres la distribución espacial de la mortalidad por cáncer de pulmón es similar a la distribución del IP. 2. Las SC que presentan mayor nivel de privación tienen alto riesgo de mortalidad por cáncer de pulmón. 3. No se observa un patrón espacial en mujeres, no identificándose ninguna SC con excesos/defectos estadísticamente significativos.

485. MOTIVOS DE PARTICIPACIÓN Y NO PARTICIPACIÓN EN UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL

A. Molina-Barceló^a, G. Vallés^a, D. Salas^a, E. Ballester^a, N. Alcaraz^a, S. Castán^a, L. Guaita^b, Grupo del Programa de Prevención de Cáncer Colorrectal de la Comunidad Valenciana

^aCSISP; ^bSocioestudia S.L.

Antecedentes/Objetivos: Describir los motivos de participación y no participación de la población en un Programa de Prevención de Cáncer Colorrectal, así como la intención de participación futura por edad, sexo y clase social.

Métodos: Estudio transversal mediante encuesta telefónica a una muestra representativa (N = 766) de hombres y mujeres entre 50 y 69 años, participantes (N = 383) y no participantes (N = 383) en la segunda ronda del Programa de Prevención de Cáncer Colorrectal de la Comunidad Valenciana entre octubre de 2009 y septiembre de 2010. Variables de análisis: edad, sexo, clase social, participación en el programa, motivos de participación, motivos de no participación, intención de participación futura. Análisis descriptivo mediante tablas de contingencia utilizando el chi cuadrado como estadístico ($p < 0,05$).

Resultados: Las personas participantes (P) en el programa manifestaron como motivos de participación la creencia de que si "se detecta a tiempo puede curarse" (n = 352:93,6%), el considerar que se trata de una "prueba sencilla" (n = 367:97,6%), el querer "descartar la presencia de un cáncer colorrectal" (n = 348:92,6%) y el considerarlo "importante para su salud" (n = 368:97,9%). No se observan diferencias significativas por sexo aunque sí por edad y clase social en algunas variables. Las personas no participantes (NP) manifestaron como motivos de no participación "no encontrarse mal de salud" (n = 179:49,7%) y "no haber recibido la carta" (n = 175:48,3%). Se encuentran diferencias significativas por sexo, por clase social y edad en algunas de las variables. En la intención de participación futura se observan diferencias significativas ($p < 0,00$) entre P y NP, siendo los porcentajes mayores en las P (n = 352:88,9%) que en las NP (n = 217:57,3%). También se observan diferencias significativas ($p < 0,05$) por clase social, siendo la intención mayor en los P y NP de clase "alta" (n = 61:95,3%; n = 45:71,4%) sobre las P y NP de "media" (n = 115: 94,3%; n = 69:62,7%) y "baja" (n = 158:83,2%; n = 91:49,2%); por edad en los NP ($p < 0,05$), siendo los porcentajes mayores en el grupo 50-59 años (n = 134:69,4%) respecto del de 60 y más (n = 83:44,6%), y por sexo en los NP ($p < 0,05$), siendo mayor en los hombres (n = 126:64,3%) que en las mujeres (n = 91:49,7%).

Conclusiones: Para reducir las barreras de participación, especialmente entre las personas NP, y dentro de este grupo, las mujeres, las personas de más de 60 años y las de clase social baja, sería recomendable informar de los beneficios de la detección precoz y mejorar los mecanismos de invitación del programa.

488. CONOCIMIENTO SOBRE EL CÁNCER COLORRECTAL Y EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL

A. Molina-Barceló^a, G. Vallés^a, D. Salas^a, E. Ballester^a, N. Alcaraz^a, S. Castán^a, L. Guaita^b, Grupo del Programa de Prevención de Cáncer Colorrectal de la Comunidad Valenciana

^aCSISP; ^bSocioestudia S.L.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo es describir el conocimiento de la población sobre el cáncer colorrectal (CCR) y el Programa de Prevención de CCR (PPCCR) para potenciar una participación informada.

Métodos: Estudio transversal mediante encuesta telefónica a hombres y mujeres entre 50 y 69 años, participantes (N = 383) y no participantes (N = 383) en la segunda ronda del PPCCR de la Comunidad Valenciana (octubre 2009-septiembre 2010). Variables de análisis:

sexo, participación en el programa, acceso a información sobre la enfermedad y el programa y nivel de conocimiento sobre la enfermedad (factores de riesgo y síntomas) y el programa (cuestiones organizativas y beneficios y riesgos de participar). Análisis descriptivo mediante tablas de contingencia utilizando el chi cuadrado como estadístico ($p < 0,05$).

Resultados: Se observan diferencias significativas en el acceso a la información sobre la enfermedad ($p < 0,05$) y el programa ($p < 0,00$) entre participantes (P) y no participantes (NP). El acceso a la información sobre la enfermedad es elevado entre P y NP (91,2 y 85,6%) y disminuye sobre el programa, especialmente entre los NP (84,3 y 54,3%). En estos últimos observamos diferencias significativas ($p < 0,05$) por edad y clase social, siendo las personas con menor acceso las de "60 años y más" y las de clase social "baja". Los porcentajes más elevados en el nivel de conocimiento se observan en el nivel "bajo", respecto del "medio" y "alto", en el conocimiento sobre los factores de riesgo y síntomas de la enfermedad tanto en P (38,5 y 32,7%) como en NP (45,8 y 39,2%), no observándose diferencias significativas. Las diferencias significativas ($p < 0,00$) entre P y NP se observan en el nivel de conocimiento sobre el programa, tanto sobre cuestiones organizativas como sobre beneficios y riesgos de participar. En los NP los porcentajes más elevados se encuentran en el nivel "bajo", respecto del "medio" y "alto", en ambos tipos de información (49,6 y 54,9%), y en los P en el "alto" en cuestiones organizativas (67,3%) y "medio" en beneficios y riesgos (49,9%). En los NP observamos diferencias significativas ($p < 0,05$) por edad en el conocimiento de cuestiones organizativas, siendo menor en las personas de "60 años y más" (55,9%), y por clase social en ambos tipos de conocimiento, siendo menor en las de clase "baja" (55,1 y 60,4%).

Conclusiones: Las personas NP presentan más dificultades de acceso a información sobre el programa y un nivel de conocimiento bajo, especialmente en cuestiones organizativas, mayoritariamente en las personas de 60 años y más y las de clase baja.

533. VALORACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE SCREENING DEL CÁNCER DE MAMA DESDE EL REGISTRO POBLACIONAL DE CÁNCER

R. Padilla, L. Muñoz, M.L. Gómez, I. Ortega, M.A. Bueno, B. Martínez, M.I. Sillero

Delegación Provincial de Salud de Jaén, DS Jaén; DS Jaén Nordeste; DS Jaén Norte; DS Jaén Sur.

Antecedentes/Objetivos: En Andalucía, el Programa de Screening de Cáncer de Mama comienza en el año 1995 y está dirigido a mujeres con edades entre 50 y 69 años residentes en la Comunidad. En Jaén, su pilotaje comenzó en 1995 en el Distrito Jaén, en 2001 se sumaron los Distritos Jaén Norte y Jaén Nordeste y en 2003 el Distrito Jaén Sur. El Registro Poblacional de Cáncer de Jaén comienza en 2009 y desde entonces ha analizado la incidencia del cáncer de mama en 2008-2009 haciendo posible valorar el papel que desempeñan los Programas en el diagnóstico de este tipo de cáncer.

Métodos: El análisis se basó en la investigación pormenorizada de los casos de cáncer de mama incluidos en el Registro Poblacional de Cáncer de Jaén de mujeres en edad de screening durante 2008 y 2009 en nuestra provincia, y se recurrió a los Programas de todos los Distritos para determinar el porcentaje de mujeres diagnosticadas dentro y fuera de dicho Programa. En este último caso, el análisis se completó estudiando las circunstancias que rodearon a las mujeres no detectadas por el screening.

Resultados: En el estudio conjunto de los años 2008-2009 se ha comprobado que el porcentaje de cánceres en mujeres en edad de screening detectados por el Programa es de 52,94%, con una tasa de detección de 79,63 sobre la población femenina en edad de screening. Hay que reseñar que del total de cánceres in situ diagnosticados en edad de screening, un

85,71% ha sido detectado por el Programa. Si se comparan los 2 años de estudio se comprueba que en el año 2009 el Programa detecta un 6,8% menos de casos que en 2008. Sin embargo, la detección de cáncer in situ dentro del Programa ha aumentado de un 17,74% en 2008 hasta un 21,82% en 2009. Analizando los cánceres in situ diagnosticados en mujeres de todas las edades, el Programa detectó un 55% en 2008 frente a un 70,59% en 2009. Si consideramos las razones que acompañan al aumento en 2009 del porcentaje de diagnóstico fuera del Programa, observamos un mayor número de casos de cáncer de intervalo junto a una disminución en la participación femenina.

Conclusiones: El Programa sigue siendo útil para la detección de cánceres en estadios precoces. Sin embargo, aunque el periodo estudiado sea breve para sacar conclusiones definitivas, creemos conveniente destacar que se ha incrementado en un 49% los casos de cáncer de intervalo, hecho que debería seguir estudiándose para valorar la posibilidad de introducir cambios en la periodicidad de los exámenes.

670. ESTIMACIÓN DE PREFERENCIAS PARA LA EVALUACIÓN ECONÓMICA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA

M. Ávila, V. Becerra, O. Cunillera, Y. Pardo, M. Ferrer, en nombre del Grupo Multicéntrico Español de Cáncer de Próstata Localizado

IMIM-Hospital del Mar, Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Los índices de utilidades son medidas de salud percibida que incorporan el valor o preferencia otorgado a dicho estado y permiten el análisis coste-utilidad. Existen pocos estudios en cáncer de próstata y la variabilidad de las estimaciones de preferencias para un mismo estado de salud es elevada. Las diferencias en los métodos, técnicas y poblaciones de obtención pueden explicar parte de esta variabilidad. El objetivo es estimar las preferencias y disponibilidad a pagar de los pacientes del "Estudio Multicéntrico Español de Cáncer de Próstata Localizado" a los 5 años de seguimiento según el tratamiento recibido (prostatectomía radical, radioterapia externa y braquiterapia).

Métodos: Se analizarán los datos de la evaluación a los 5 años de seguimiento del "Estudio Multicéntrico Español de Cáncer de Próstata Localizado", en la que los pacientes completaron el cuestionario de preferencias. La estimación de preferencias se realizó mediante el método indirecto (a partir del índice SF-6D) y el método directo aplicando las técnicas de lotería estándar (*standard gamble*, SG) y compensación de tiempos (*time trade-off*, TTO). También se evaluó la disponibilidad a pagar de los pacientes (*willingness-to-pay*, WTP). Se utilizó el test de Kruskal Wallis para comparar los tres grupos de tratamiento.

Resultados: De los 441 pacientes incluidos, 105 fueron tratados con prostatectomía radical, 137 con radioterapia externa y 199 con braquiterapia prostática. La mayoría de los pacientes estaban casados o vivían en pareja (89,6%), estaban jubilados (76%) y habían completado la primaria o el bachillerato (53,5%). Las utilidades medidas con el SF-6D no presentaron diferencias estadísticamente significativas según grupo de tratamiento ($p = 0,356$). Las utilidades medidas con TTO fueron las que presentaron mayores diferencias según el tratamiento: media de 0,94 en el grupo de prostatectomía radical, 0,99 en el de radioterapia externa y 0,98 en el de braquiterapia ($p < 0,001$). La disposición a pagar también mostró diferencias significativas: media de 58,4 € en el grupo de prostatectomía radical, 32,04 € en el de radioterapia externa y 28,8 € en el de braquiterapia ($p < 0,01$).

Conclusiones: Las estimaciones de preferencias varían según el método y la técnica utilizada para su obtención. Tanto las utilidades obtenidas por el método directo como la disposición a pagar indican que la prostatectomía radical es el tratamiento peor valorado y la braquiterapia prostática el mejor valorado por los pacientes con cáncer de próstata localizado.

Financiación: AATM 086/24/2000, FIS PI020668 y PI08/90090.

678. EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE CALIDAD DE LOS MELANOMAS EN HOSPITALES DE CÓRDOBA ENTRE 2007 Y 2010

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

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

Antecedentes/Objetivos: Evaluar los indicadores de calidad en la atención al melanoma (ME) en los Hospitales Reina Sofía, Cabra y Pozoblanco de Córdoba entre los años 2007 y 2010.

Métodos: Se analizaron 16 historias clínicas con diagnóstico de Me en cada uno de los hospitales de los años 2007 y 2010, donde se evaluaron indicadores de calidad del proceso, así como de los informes de anatomía patológica.

Resultados: Indicador: tiempo promedio de espera quirúrgica en melanomas. 52% menos de 7 días; 21% entre 7 y 14 días; más de 15 días un 27%. Tiempo de emisión de informes anatomopatológicos. Provincial. Total promedio en el conjunto de los hospitales, en informes emitidos sobre melanomas: 8,9 días. Calidad de los informes de anatomía patológica de los melanomas. Grosor máximo tumoral (I de Breslow) 93%; existencia de ulceración 85%; nivel de Clark 97%, número de ganglios afectados 33%. Demora quirúrgica de menos de 1 semana. En el año 2007 fue de un 66,7 y en 2010 52%. Tiempo de emisión del informe de anatomía patológica. En 2007 13 d y en 2010 8,9.

Conclusiones: Norma de calidad 1: tiempo de espera quirúrgica menor de una semana. Este indicador ha empeorado con respecto a la evaluación del año 2007 en el promedio provincial (66,67% de casos intervenidos en menos de una semana), así como en los Hospitales de Cabra y Pozoblanco. Ha mejorado en el Hospital Reina Sofía, aunque sigue sin cumplirse la norma de calidad en el 43% de los casos. Norma de calidad 2: tiempo de emisión de informes anatomopatológicos inferior a 7 días. Ha mejorado notablemente en el Hospital Reina Sofía, que no cumplía en el año 2007. En cambio, los Hospitales Infanta Margarita y Valle de los Pedroches, que cumplían la norma anteriormente, han evidenciado actualmente una desviación hacia el empeoramiento (demoras de 8,75 y 10,9 días, respectivamente). Norma de calidad 3: inclusión en el informe de los ítems correspondientes a existencia o no de infiltración, grosor máximo tumoral, existencia o no de ulceración, nivel de Clark, número de ganglios afectados y existencia o no de metástasis. La situación es muy similar a la encontrada en la evaluación realizada en 2007.

875. INCIDENCIA DEL CÁNCER COLORRECTAL EN LA PROVINCIA DE CÁDIZ

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

Registro de Cáncer Poblacional de la Provincia de Cádiz.

Antecedentes/Objetivos: El cáncer colorrectal es uno de los más prevalentes en los países occidentales y en nuestro país, concretamente, es la segunda causa más frecuente de cáncer entre todos los tumores malignos, estando únicamente precedido por el pulmón en los hombres y por la mama en las mujeres. Objetivo: Describir la incidencia del cáncer colorrectal en la provincia de Cádiz y en sus distritos sanitarios durante los años 2007, 2008 y 2009.

Métodos: A partir de los datos recogidos por el Registro de Cáncer Provincial de Cádiz de base poblacional se calculan las siguientes tasas de incidencia: brutas (TB), ajustadas a la población estándar europea (TASAE), específicas por edad (se presentan los datos para los siguientes grupos: 0-34 años, 35-54 años, 55-74 años, 75 y más años), truncada de 35 a 64 años (TT). El cálculo se realiza para el total de la provincia, sus municipios y sus 4 distritos sanitarios (Bahía de Cádiz-La Janda, Sierra, Jerez-Costa Noroeste y Campo de Gibraltar). Los años estudia-

dos son 2007, 2008 y 2009. Los datos se presentan por separados en hombres y mujeres.

Resultados: En el año 2007 se han diagnosticado 333 casos en hombres, lo que representa una TB de 55,31 por 100.000, una TASAE de 56,49 y una TT de 51,06 (en las mujeres 203 casos, con TB de 33,52, TASAE de 27,96 y TT de 30,56). En el año 2008 los casos en hombres son 408 y 229 en mujeres, con TB (67,77 y 37,81, respectivamente), TASAE (68,99 y 31,35) y TT (57,04 y 25,79). Los datos del año 2009 son para hombres (338 casos, TB 55,41, TASAE 54,76 y TT 47,07) y para mujeres (230 casos, TB de 37,06, TASAE 30,09 y TT 28,41). Las tasas específicas muestran valores más elevados a partir de los 55 años.

Conclusiones: La incidencia de la provincia de Cádiz se encuentra por debajo de la media europea, con valores que se han mantenido estables en los 3 años de estudio. Las cifras más elevadas son para los grupos de edad que están por encima de los 50 años. En cuanto a la provincia, encontramos diferencias marcadas según el municipio y distrito de residencia del paciente.

883. SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER DE MAMA EN UN DISTRITO SANITARIO. ESTUDIO DE LOS FACTORES ASOCIADOS

E. Benítez Rodríguez^a, F.J. García González^b, M.A. Machado Rugero^a, M.J. Sanz García^a, M.L. Vilches Campos^a, C. Marques Mejías^a, R. Doménech Torrejón^a

^aRegistro de Cáncer Provincial de Cádiz; ^bEnfermería, Atención Primaria de Salud.

Antecedentes/Objetivos: El cáncer de mama es el más frecuente entre las mujeres y representa la primera causa de muerte por cáncer en ellas. El objetivo es evaluar la supervivencia a los 5 y 10 años de los cánceres de mamas diagnosticados en un distrito sanitario y determinar los factores asociados.

Métodos: Estudio de los casos incidentes de cáncer de mama diagnosticados en un distrito sanitario de la provincia de Cádiz entre el 1 de enero de 1992 y el 31 de diciembre de 2002, excluyendo los carcinomas in situ. Todos los casos se han seguido durante un mínimo de 10 años, siendo el punto final el 1 de mayo de 2011. La fecha de exitus de los casos se ha obtenido a partir del índice nacional de defunciones. Se ha medido la supervivencia global. Las variables incluidas en el estudio son: periodo de diagnóstico (1992-1994, 1995-1998, 1999-2001), edad al diagnóstico, estadio al diagnóstico, intervalos hasta el diagnóstico y hasta el primer tratamiento. Se ha calculado la supervivencia global mediante Kaplan-Meier a los 5 y 10 años. Para el análisis de supervivencia se ha utilizado el modelo de Cox.

Resultados: Se incluyeron 647 casos con una edad media de 58 años. El 72% de los casos se diagnosticó en estadio I-II, presentando el 41% una extensión local. La mediana de tiempo hasta el diagnóstico y el primer tratamiento fue de 114 y 7 días, respectivamente. La mediana en el tiempo de supervivencia fue de 15,5 años, encontrando diferencias según el periodo de diagnóstico. La supervivencia global a los 5 y 10 años fue del 76 y el 62%, respectivamente, con diferencias según el momento del diagnóstico. La supervivencia global estaba asociada a la edad de diagnóstico, al periodo del diagnóstico y al estadio, no encontrando asociación estadística con tiempo hasta el diagnóstico y el primer tratamiento. En el análisis multivariantes, las variables que han mostrado con factores determinantes de la supervivencia han sido la edad (HR de 1,03) y el estadio (HR de 2,15; 4,13 y 8,17 para los estadios II, III y IV, respectivamente).

Conclusiones: La supervivencia del cáncer de mama en las pacientes estudiadas ha mejorado a lo largo de los años. Esta mejora probablemente tenga relación con la incorporación del programa de detección precoz y con las mejoras en los diagnósticos y los avances en los tratamientos.

886. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS CASOS DE CÁNCER DE COLON-RECTO. INFORMACIÓN ÚTIL PARA UN PROGRAMA DE DESPISTAJE

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

Registro Provincial de Cáncer de Cádiz.

Antecedentes/Objetivos: El cáncer colorrectal es el cáncer más prevalente, ocupando el segundo lugar en incidencia tras el cáncer de pulmón en hombres y el de mama en mujeres. Se están poniendo en marcha programas de diagnóstico precoz, que junto con los avances en los tratamientos supondrán una mejora en su supervivencia. **Objetivo:** Describir las características clínico-epidemiológicas de los cánceres incidentes de cáncer colorrectal diagnosticados en la provincia de Cádiz.

Métodos: Los casos incidentes de cáncer colorrectal proceden del Registro de Cáncer de base poblacional de la provincia de Cádiz y son los correspondientes al año 2009. Se han recogido las siguientes variables: sexo, edad al diagnóstico, topografía y morfología del tumor, base del diagnóstico, número de ganglios examinados y positivos, estadije y primer tratamiento realizado.

Resultados: Durante el año 2009 se han diagnosticado 568 casos de cáncer de colon en la provincia de Cádiz, siendo un 59,5% en hombres (338 casos). La edad media al diagnóstico fue de 68,4 años (DE 11,8). Casi el 98% han sido diagnosticados a partir de la histología del tumor primario. La localización más frecuente fue el colon sigmoide con un 21,3% y la morfología el adenocarcinoma de tipo intestinal. Como término medio se han examinado 12 ganglios. Casi el 20% de los pacientes presentaba un estadio I-II. Del total de pacientes estudiados, en un 44% no se disponía de información sobre el tratamiento, un 42% fue operado como primer tratamiento y un 9,7% recibió quimioterapia neoadyuvante.

Conclusiones: La información procedente de un registro poblacional de cáncer puede ser de utilidad para un programa de *screening*, tanto en sus inicios para identificar casos ya diagnosticados como a posteriori para facilitar los datos clínico-patológicos, de tratamientos y medir supervivencia en función del diagnóstico o no a través del programa. También es útil en la caracterización de los cánceres que se diagnostican en aquellos grupo de edad que están fuera de la cobertura del programa.

990. LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA COMO INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DEL SCREENING DE CÁNCER COLORRECTAL

I. González San Cristóbal^a, E. Alonso Fustel^a, N. Muniozguen Agirre^a, V. de Castro Laiz^a, E. Hernández Arricibita^a, P. Patiño Vega^b

^aDepartamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, Subdirección de Salud Pública de Bizkaia, Unidad de Vigilancia Epidemiológica; ^bHospital de Cruces, Osakidetza.

Antecedentes/Objetivos: El cáncer colorrectal (CCR) es el más frecuente en Bizkaia y el segundo en número de muertes. La puesta en marcha del programa de detección precoz de CCR, que comenzó en 2009 en la CAPV, hace que la vigilancia epidemiológica de esta enfermedad sea importante para valorar el impacto de este programa en la incidencia y mortalidad por CCR en los próximos años. Describimos la situación epidemiológica del cáncer de colon y recto en Bizkaia en el contexto del inicio de un programa de *screening*.

Métodos: Se utilizan los Registros de Cáncer (RCEME), de Mortalidad y de Altas Hospitalarias de la CAPV para analizar la incidencia, mortalidad e ingresos por CCR en Bizkaia.

Resultados: En 2007 hubo en Bizkaia 943 nuevos casos de CCR, 613 (65%) en hombres y 330 (35%) en mujeres. Es la segunda localización más frecuente en mujeres tras el cáncer de mama y la segunda en

hombres tras el cáncer de próstata, con tasas crudas de 111,1 por 100.000 hombres y 56,1 por 100.000 mujeres. Estas tasas son el doble en mujeres y el triple en hombres que las registradas al inicio del RCE-ME, en 1986, en parte debido al envejecimiento de la población. La mortalidad por cáncer de colon y recto en el año 2008 fue de 49,4 y 27,3 defunciones por cada 100.000 hombres y mujeres, respectivamente. La evolución en las tasas de mortalidad presenta un ascenso mucho más suave que la incidencia, y la tendencia se aplana al estandarizar por edad. El número de ingresos por CCR en Bizkaia ha pasado de 749 en 1996 a 1.597 en 2009, siguiendo la misma tendencia al alza que se observa en el número de casos nuevos y de defunciones. En la población de 50 a 69 años, la tasa de incidencia en 2007 fue de 188,1 por 100.000 hombres y 68,0 por 100.000 mujeres. La tasa cruda de mortalidad en este mismo grupo de edad fue en 2008 de 55,8 por 100.000 en hombres y de 31,3 por 100.000 en mujeres.

Conclusiones: El programa de detección precoz de CCR, que comenzó en 2009 con extensión prevista a toda la población de la CAPV de 50-69 años hace prever un aumento de la incidencia de CCR y de los ingresos por neoplasias en este grupo de edad, así como una disminución de la mortalidad a partir de los 50 años. Estas tendencias habrán de verificarse mediante la vigilancia epidemiológica de esta enfermedad.

998. SUSCEPTIBILIDAD GENÉTICA DEL CÁNCER DE VEJIGA: ANÁLISIS DE SUBFENOTIPOS SEGÚN LA EXPRESIÓN DE COX-2

M. Czachorowski^a, M. Kogevinas^b, N. Rothman^c, A. Tardón^d, S. Montes^a, M. Morente^a, A. González-Neira^a, A. Carrato^e, D. Silverman^c, F.X. Real^a, N. Malats^a

^aCNIO, Madrid; ^bCREAL, Barcelona; ^cNCI, Bethesda, EE.UU.; ^dUniversidad de Oviedo; ^eHospital Ramón y Cajal, Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Existen evidencias bien establecidas que vinculan la presencia de inflamación crónica con la carcinogénesis en una variedad de tejidos, incluyendo el urotelio. La ciclooxigenasa-2 (COX-2) interviene en el mantenimiento del estado inflamatorio a través de la producción de prostaglandinas. Algunos carcinomas de células uroteliales de la vejiga (CCUV) presentan una expresión elevada de COX-2 sugiriendo la existencia de tipos de CCUV diferentes a nivel molecular. Nuestro objetivo fue analizar la asociación entre polimorfismos (SNPs) en genes inflamatorios y su interacción con un proceso infeccioso recurrente en la vejiga y el riesgo de CCUV definido según los niveles de expresión de COX-2.

Métodos: El estudio siguió un diseño caso-caso-control. La expresión de COX-2 se determinó en tumores de 608 pacientes con CCUV incluidos en el Estudio Español de Cáncer de Vejiga/EPICURO mediante el análisis inmunohistoquímico de microarrays de tejido. La información sobre los antecedentes de cistitis recurrente se obtuvo mediante una entrevista personal con los casos y controles. En la misma población se genotiparon 911 SNP en 214 genes inflamatorios con la plataforma GoldenGate Illumina (CEGEN-Madrid). Se aplicaron modelos de regresión logística polinómica para estimar el *odds ratio* (OR) y los intervalos de confianza del 95% (IC 95%).

Resultados: 334 casos se definieron como "CASOS1" (baja expresión de COX-2) y 274 casos como "CASOS2" (alta expresión de COX-2) y se compararon con 988 controles. Un SNP en el gen TLR9 (1486T>C, rs187084) se asoció con un riesgo significativamente menor de CCUV (OR = 0,63, IC 95%, 0,52-0,78; $p = 4,7 \times 10^{-6}$) en los CASOS1. Mediante un análisis de interacción considerando 53 SNP en 10 genes de la vía de señalización de TLR identificamos un efecto conjunto de los alelos minoritarios de TLR9-rs187084 y MAPK14 rs2237094 (OR = 13,01, IC 95%, 1,62-104,62; $p = 0,016$) en el subgrupo de CASOS2. En este mismo grupo de casos observamos que los portadores de la variante de TLR9-rs187084 que habían referido antecedentes de cistitis recurrente pre-

sentaban un riesgo elevado de CCUV (OR = 2,33, IC 95%, 1,03-5,32; $p = 0,043$).

Conclusiones: Los subfenotipos de CCUV definidos molecularmente por la expresión de COX-2 presentan patrones de susceptibilidad genética diferente, indicando la compleja etiología de esta enfermedad. La integración de datos genéticos, moleculares y epidemiológicos abren nuevas perspectivas en la identificación de los factores implicados en el desarrollo del CCUV.