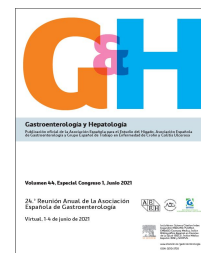




Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

165 - IMPACTO DE UN PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL (CCR) EN EL RETRASO DEL DIAGNÓSTICO Y EL PRONÓSTICO DEL CCR DETECTADO FUERA DEL CRIBADO: UN ANÁLISIS PRE-POSIMPLANTACIÓN

J. Cubiella^{1,2,3}, M. Lorenzo⁴, F. Baiocchi⁵, C. Tejido¹, A. Conde⁴, M. Sande⁴ y M. Castro⁶

¹Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Ourense. ²Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur. ³Centro de Investigación Biomédica en Red Enfermedades Hepáticas y Digestivas. ⁴Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario de Ourense. ⁵Servicio de Aparato Digestivo, Hospital del Bierzo, Ponferrada. ⁶Dirección Xeral de Saude Pública. Consellería de Sanidade.

Resumen

Introducción: La implementación de un programa de cribado de CCR puede aumentar la concienciación de los médicos de atención primaria, reducir el retraso en el diagnóstico del CCR detectado fuera del programa de cribado y, por tanto, mejorar el pronóstico.

Métodos: Realizamos este estudio de intervención retrospectivo con un diseño pre-post para confirmar la hipótesis. En el Registro Gallego de Tumores identificamos 322 pacientes con CCR en la cohorte previa a la implantación (junio'14-mayo'15) del programa de cribado en Ourense y 285 en la cohorte posimplantación (junio'17-mayo'18) detectados fuera del programa poblacional. Calculamos en cada paciente los diferentes retrasos diagnósticos asociados al sistema sanitario: global, relacionado con atención primaria y hospitalaria, asociado a la derivación y la colonoscopia y determinamos si existían diferencias mediante la prueba t de Student. Analizamos, finalmente, que variables se asociaban independientemente a la mortalidad a los dos años mediante una regresión de Cox.

Resultados: No encontramos diferencias entre las dos cohortes en las variables relacionadas con el paciente o el CCR, con un 20,1% de los pacientes con enfermedad metastásica al diagnóstico. Hubo un incremento significativo de la derivación directa a colonoscopia desde atención primaria (25,5%, 35,8%; $p = 0,04$) en la cohorte posimplantación. El retraso diagnóstico se redujo en 24 días ($106,64 \pm 148,84$ días, $82,84 \pm 109,31$ días; $p = 0,02$) debido a la reducción del retraso hasta la atención hospitalaria ($46,01 \pm 111,65$ días; $29,20 \pm 60,83$ días; $p = 0,02$). No detectamos diferencias en la supervivencia a los dos años entre las dos cohortes (pre 71,3%, post 70,3%; $p = 0,9$). Las variables asociadas de forma independiente con la mortalidad fueron la edad (HR 1,06, IC95% 1,04-1,07); el estadio tumoral (II: HR 2,17, IC95% 1,07- 4,40; III: HR 3,07, IC95% 1,56-6,08; IV: HR 19,22, IC95% 9,86-37,44); desconocido: HR 9,24, IC95% 4,27-19,99), la asistencia inicial en atención hospitalaria (HR 2,93, IC95% 1,01-8,55), la hospitalización (HR 1,67, IC95% 1,17-2,38) y el ámbito urbano (HR 1,44, IC95% 1,06-1,98).

Conclusiones: Aunque la implementación de un cribado de CCR puede reducir los retrasos diagnósticos asociados al sistema sanitario en los CCR detectados fuera del programa de cribado, no

tiene ningún efecto sobre el estadio del CCR o la supervivencia.