

4.0 mediante los estadísticos D' y r^2 . Los análisis de haplotipos se realizaron en STATA v11.0 bajo un modelo aditivo. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Cancerología.

Resultados: Los controles se encontraron en HWE ($p > 0,05$). Encontramos un bloque haplotípico que incluyó los cuatro SNPs de la región promotora del gen de *IL1B*. Los SNPs *IL1B-31* e *IL1B-511* se encontraron en perfecto LD ($D' = 0,998$; $r^2 = 0,948$), es decir, que son TagSNPs. Bajo un modelo aditivo, encontramos una asociación entre el haplotipo -3737C/-1464G/-511T/-31C y el riesgo de CCR ($p < 0,05$) y esta asociación persistió cuando se hicieron los análisis en la submuestra que tiene la información de ancestría ($N = 515$), ajustando por edad, sexo y nivel educativo ($OR = 1,95$ IC 1,12-3,38 $p = 0,02$). Este riesgo se pierde cuando el alelo raro -1464C está presente en el haplotipo. La diferencia entre tener el alelo -1464G o el alelo -1464C fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Conclusiones: Existe una asociación positiva entre el haplotipo -3737C/-1464G/-511T/-31C y el riesgo de CCR en la población colombiana.

REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN AL TABACO

Diana Carolina Beltrán Torres, Alexander Barrera Barinas, Andrés González Rangel

Grupo o dependencia: Grupo de Investigación Clínica.

dianabeltran82@yahoo.com

Introducción: Basados en el interés de reducir las consecuencias negativas y mejorar el manejo del cáncer en Colombia, se propone desarrollar una guía de práctica clínica para el tratamiento de la adicción al tabaco. Como parte del desarrollo de esta guía, se realizó una revisión sistemática de guías de práctica clínica disponibles en la literatura para el diagnóstico y tratamiento de la adicción al tabaco.

Objetivo: Evaluar la calidad metodológica de guías de práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento de la adicción al tabaco.

Materiales y métodos: Se realizó una búsqueda sistemática de GPC a través de las siguientes bases de datos: Guidelines International Network, TRIP database, National Guidelines Clearinghouse, MEDLINE, EMBASE, Ministerio de Salud de Chile, CENETEC, NCCN, Instituto Nacional de Cancerología, escritas en inglés y español, publicadas entre 2007 y 2012. Dos evaluadores independientes evaluaron la calidad de cada guía a través del instrumento AGREE II. Las GPC fueron categorizadas de acuerdo a los puntajes asignados por los evaluadores en muy recomendada, recomendada con modificaciones y no recomendada.

Resultados: Se seleccionaron 9 GPC. El más alto puntaje fue para el dominio "claridad de la presentación" (42-89%) y el más bajo para "participación de los interesados" (19-58% para 7 GPC). El puntaje para el dominio tres "rigor metodológico" estuvo entre 68-84% para 4/9 guías. Las recomendaciones de las guías con respecto al tratamiento farmacológico y no farmacológico fueron similares en todas las guías. Solo 3/9 guías cumplieron criterios para "muy recomendada", una para "recomendada con modificaciones" y 5/9 guías "no recomendada".

Conclusiones: La calidad metodológica de las guías de práctica clínica tiene implicaciones para los resultados de su implementación. Encontramos gran variabilidad en la calidad metodológica, tendiendo a ser deficiente en muchas de ellas.

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA, VÍAS CLÍNICAS Y PROTOCOLOS DE MANEJO: SIMILITUDES, DIFERENCIAS Y ALCANCES

John Edwin Feliciano Alfonso, Juan Sebastián Castillo

Grupo o dependencia: Investigaciones Clínicas-Grupo Protocolos Clínicos Institucionales.

jefeliciano@cancer.gov.co

Introducción: El personal de salud ha reconocido la importancia de las guías de práctica clínica, vías clínicas y protocolos de manejo como instrumentos de información dinámica para optimizar la atención de pacientes individuales. Sin embargo, aún existe confusión o desacuerdo respecto a sus definiciones.

Objetivo: Ofrecer información concreta y clara para permitir establecer alcances y características propias de las guías de práctica clínica, las vías clínicas y los protocolos de manejo.

Materiales y métodos: Se realizó una búsqueda de la literatura en las bases de datos de Pubmed y LILACS, y una búsqueda en "bola de nieve" con las referencias de los estudios seleccionados.

Resultados: La definición concreta de estos términos puede conseguirse a través de una metodología denominada "análisis de concepto", la cual es una manera sistemática de estudiar sus atributos lingüística y formalmente. Las guías de práctica clínica, las vías clínicas y los protocolos de manejo representan subconjuntos que se intersectan entre sí, y hacen parte de un conjunto más grande (hiperónimo) llamado "atención basada en protocolos", el cual, a su vez, pertenece a un conjunto universal denominado "estudios integrativos". Estos tres documentos comparten objetivos, apoyándose en la medicina basada en la evidencia. Sin embargo, sus principales diferencias radican en los contextos de realización, aplicación y flexibilidad. Las vías clínicas incluyen aspectos operativos y de recursos.

Conclusiones: Es importante tener en cuenta las diferencias y similitudes entre estos estándares clínicos y el uso y la disponibilidad de métodos para su desarrollo, cuya información es breve y escasa para el caso de vías clínicas y protocolos de manejo. El conocimiento sobre las definiciones apropiadas podría llevar a los desarrolladores de guías a aclarar el papel de las vías clínicas y protocolos de manejo en el proceso de implementación.

RIESGO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN AL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA: UNA SERIE DE CASOS

Ricardo Alfonso Merchán Chaverra, David Fernando López Daza, Andrés Leonardo González Rangel

Grupo o dependencia: Instituto Nacional de Cancerología.

ricardomc_9275@hotmail.com

Introducción: El propósito de la tamización nutricional es detectar individuos hospitalizados en alto riesgo de desnutrición con el fin de aplicar medidas de apoyo nutricional tempranas. Se han validado diferentes herramientas de tamización nutricional; la primera fue la valoración global subjetiva desarrollada por Destky et al, la cual es un método de evaluación nutricional validado en diferentes ámbitos. Se encuentra basada en datos clínicos, alimentarios y físicos. La identificación temprana de los pacientes con mayor riesgo nutricional permite intervenir oportunamente con el fin de reducir la probabilidad de desnutrición intrahospitalaria, optimizar la respuesta al tratamiento instaurado, mejorar la calidad de vida del paciente y la reducción de los costes hospitalarios.

Objetivo: Describir el riesgo nutricional de pacientes que ingresaron al Instituto Nacional de Cancerología (INC) durante el año 2012.

Materiales y métodos: Se realizó una revisión de historias clínicas de pacientes mayores de 18 años que ingresaron a los servicios de urgencias, hemato-oncología y cirugía del INC durante 2012, en las cuales se extrajeron los datos de la historia nutricional para obtener las variables clínicas (cambios en el peso, consumo de alimentos, síntomas gastrointestinales y en la capacidad funcional) y en el examen físico (pérdida de grasa subcutánea y muscular, además de edema). Finalmente fue calificado en tres categorías: bien nutrido, riesgo de desnutrición y desnutrición severa. Se realizó un análisis descriptivo de las variables.

Resultados: Se encontraron 159 registros completos. El 63% eran mujeres y presentaban un similar riesgo de desnutrición que los hombres (50 vs 47% respectivamente). El 15% tenían desnutrición severa y a su vez eran mayores en edad (57 años, en promedio) y tenían la mayor pérdida de peso (37% en promedio) en los últimos 6 meses. Muchos de los pacientes disminuyeron la ingesta de alimentos (65%) pero sin cambiar totalmente la consistencia de los mismos. El síntoma gastrointestinal más frecuente fueron las náuseas (38%) seguido de emesis (35%). El 32% presentaban déficit de reserva grasa y 28% de masa muscular, siendo mayores en los desnutridos severos (92% y 92% respectivamente).

Conclusiones: Son escasos los pacientes tamizados nutricionalmente al momento de hospitalización en el INC. La mayoría de los pacientes se encuentran en riesgo de desnutrición y la desnutrición severa es más común en pacientes mayores. Es necesario establecer una política interna de tamización nutricional que contribuya a evitar la desnutrición y a tratarla tempranamente.

EFFECTOS DE EDAD, PERÍODO Y COHORTE EN LA MORTALIDAD POR CÁNCER DE PULMÓN, PRÓSTATA, MAMA Y GÁSTRICO EN COLOMBIA ENTRE 1985 Y 2009

Lina Angélica Buitrago, Óscar Gamboa, Constanza Pardo, Marion Piñeros, Gustavo Hernández

Grupo o dependencia: Unidad de Análisis.

langelestb@gmail.com

Introducción: El análisis de la tendencia de mortalidad por cáncer se ha estudiado en diferentes regiones del mundo, tomando incluso como un indicador de la calidad de vida. Las medidas de resumen tradicionales en la epidemiología descriptiva del cáncer son las tasas ajustadas por edad, pero estas no identifican si el cambio observado se debe al cambio de la edad, a un efecto de período o a un efecto de cohorte. Los modelos Age-Period-Cohort (APC) se ajustan para determinar el efecto de cada uno de estos factores por separado en la evolución de un evento en el tiempo.

Objetivo: Analizar las tendencias de la mortalidad por cáncer gástrico, de pulmón, de próstata y de mama en Colombia, teniendo en cuenta los efectos de edad, período y cohorte.

Materiales y métodos: Los datos de mortalidad y de población se tomaron de las bases oficiales del Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) desde 1982 hasta 2009. Se ajustaron cinco modelos para cada cáncer: edad, edad-drift, edad-cohorte, edad-período-cohorte y edad-período, los cuales fueron comparados entre sí a través de la prueba de razón de verosimilitud para establecer la significancia de cada uno de los efectos. La bondad de ajuste de cada modelo fue evaluada por medio del desvío con la prueba χ^2 al cuadrado.

Resultados: Se encontraron efectos de edad período y cohorte para la mortalidad de cáncer de pulmón en hombres, próstata, mama y gástrico; mientras que para cáncer de pulmón en mujeres, el efecto de cohorte es el que mejor representa la tendencia de la

mortalidad. El efecto lineal del tiempo (drift) no resultó significativo para la mortalidad por cáncer de pulmón en mujeres.

Conclusiones: La mortalidad por cáncer de pulmón, de próstata, de mama y de estómago está relacionada a factores diferentes a la edad de la población, como lo son aquellos asociados con la cohorte de nacimiento y con el período de defunción.

ESTUDIO DE COSTO-EFECTIVIDAD DE LA TAMIZACIÓN EN CÁNCER DE PRÓSTATA PARA COLOMBIA

Teófilo Lozano, Óscar Gamboa, Carlos Gamboa, Milena Gil, Erika León

Grupo o dependencia: Unidad de Análisis.

tlozano@cancer.gov.co

Introducción: El cáncer de próstata es la primera causa de incidencia y la segunda de mortalidad por cáncer en hombres de Colombia. Existe incertidumbre de la utilidad de la tamización en cáncer de próstata, debido a resultados de estudios clínicos que muestran no efecto en la reducción de la mortalidad. Los altos costos de un programa de tamización y la incertidumbre sobre la efectividad del mismo plantean un problema para los tomadores de decisiones, existe la necesidad de conocer la relación entre los costos y resultados en salud de un programa de tamización en cáncer de próstata en el contexto colombiano.

Objetivo: Evaluar el costo-efectividad de diferentes estrategias de tamización para cáncer de próstata dentro de un programa organizado o de oportunidad en Colombia.

Materiales y métodos: Se desarrolló un modelo de simulación de eventos discretos para evaluar el costo-efectividad de diferentes estrategias de tamización en cáncer de próstata. Las estrategias evaluadas fueron PSA y tacto rectal (TRC) en diferentes intervalos de tamización y dentro de un programa de oportunidad u organizado para un total de 11 estrategias evaluadas. El estudio tuvo la perspectiva de tercer pagador, solo se incluyeron costos directos. Los años de vida ganados (AVG) fueron usados como medida de efectividad. Los resultados en salud y los costos fueron descontados a una tasa del 3%.

Resultados: De las estrategias evaluadas, el PSA-TRC anual organizado fue la más costosa y más efectiva y el PSA*TRC de oportunidad cada 5 años fue la menos costosa y menos efectiva para un costo por año de vida ganado de \$1.122.783.453,24 y \$14.882.889,34, respectivamente. Si se toma como umbral de disponibilidad a pagar tres veces el PIB per cápita de Colombia (\$39.000.000), la tamización con PSA-TRC de oportunidad cada 5 años sería la única estrategia costo-efectiva para el país. Los resultados fueron sensibles a la especificidad de la prueba, para una especificidad menor al 35% la tamización no sería costo-efectiva para el país.

Conclusiones: La tamización de oportunidad con PSA-TRC cada 5 años sería una alternativa costo-efectiva para Colombia si el umbral de disponibilidad a pagar por año de vida ganado es tres veces el PIB per cápita del país (\$39.000.000). Si el umbral es menor a \$14.000.000 la tamización no sería costo-efectiva.

ESTUDIO DE COSTO-EFECTIVIDAD DE LA TAMIZACIÓN EN CÁNCER DE CUELLO UTERINO PARA COLOMBIA

Óscar Gamboa, Raúl Murillo, Mauricio González, Teófilo Lozano

Grupo o dependencia: Unidad de Análisis.

ogamboa@cancer.gov.co

Introducción: El cáncer de cuello uterino en Colombia representa la principal causa de muerte por cáncer en mujeres. En paí-