Minbiziaren bigarren mailako prebentzioa. Screening-a. Bularreko minbiziaren screening-a

L. Unzueta

MINBIZIAREN BIGARREN MAILAKO PREBENTZIOA. SCREENING-A

SARRERA

Osasun-Zerbitzuetan egingo den edozein ekintzaren lehentasunezko helburuak, prebentzioa izan behar du; bai gaixotasunaren agerpenaren prebentzioa eta bai gaixotasuna agertu osteko ondorioena.

Gaixotasunaren historia naturalaren barruan, ekintza burutzen den aldiaren arabera, hiru prebentzio-maila bereizten dira:

1.– Lehen mailako prebentzioa:

Aldi aurrepatogenikoan ekingo zaio, hau da, oraindik ez dago gaixotasunik, baina pertsona faktore batzuen eraginpean dago; arrisku-faktore deiturikoen (ingurugiro poluituaren, tabakoaren, etab.en) eraginpean.

Lehen mailako prebentzio-neurriak espezifikoak edo inespezifikoak izan daitezke, arrisku-faktoreei zuzenean ala zeharka ekingo zaienaren arabera. Neurri espezifikoak urak kloratzea, txertatzea, etab. genituzke, eta neurri inespezifikoa, osasun-heziketa.

2.– Bigarren mailako prebentzioa:

Gaixotasunaren aldi patogeniko azpiklinikoan ekingo zaio. Bigarren mailako prebentzioa, gaixotasuna goiztiar eta atzera eragiteko moduan dagoenean detektatu eta tratatzean datza.

Bigarren mailako prebentzio-neurriak lirateke zerbixeko minbiziaren screening-erako zitologia, eskola-umeengan eskoliosia detektatzeko bending test-a, etab.

3.– Hirugarren mailako prebentzioa:

Gaixotasuna bere aldi klinikoan dago jadanik. Hirugarren mailako neurriekin, gaixotasunak heriotzara edo ezgaitasunera ez jotzea nahi da. Honelako neurriak lirateke diabetikoaren erretinopatiaren tratamendua, operatu ondokoak goiz mugieraztea, etab.

BIGARREN MAILAKO PREBENTZIOA:

Lehenago esan denez, bigarren mailako prebentzioa, gaixotasuna goiztiar eta atzera eragiteko moduan dagoenean detektatu eta tratatzean datza.

Diagnostiko goiztiarra egiteko bi ikuspuntu egon daitezke: bata, gaixotasunaren lehen sintomak laster batean sorostea eta, bestea, gaixotasuna sintomarik ez duten pertsonengan detektatzea. Azken hau da screening-aren helburua, horrela hain tratamendu gogorrak ez erabiltzea eta bizi-kalitatearen hobekuntza lortzen direlarik.

SCREENING-A:

Gaixotasun kronikoei buruzko Estatu Batuetako Batzordeak (1957) honela definitu zuen screening-a: "Ezagutzen ez den gaixotasun edo akatsaren ustezko identifikazioa da, laster batean aplika daitezkeen test, azterketa edo bestelako prozeduren bitartez, ustez osasuntsu diren pertsonen artean seguraski gaixotasuna dutenak gaixotasunik ez dutenengandik bereizten direlarik".

Screening-eko test-ak ez du diagnostikoa izateko asmorik, eta beraz, screening-eko aurkikuntza positibo guztiak egiaztatu egin beharko dira diagnostiko-prozedura berezien bitartez. Lehen taulan, gaixotasunaren screening eta diagnostikoaren arteko ezberdintasunak aurkezten dira, laburbilduz.

I. taula. Screening-erako test eta diagnostiko-proba arteko ezberdintasunak:

Screening-erako testa:
- Ustez pertsona osansuntsuei aplikatua
- Taldeak
- Zehaztasun txikiago
- Kostu txikiago
- Ez da tratamendurako oinarri.

(Adib.: umetoki-lepoko Papanikolau frotisa).

Proba diagnostikoa:
- Sintomatologia zehazteko pertsonei aplikatua
- Norbera
- Zehaztasun gehiago
- Kostu gehiago
- Tratamendurako oinarri

(Adib.: zerbixeko lesioaren biopsia konikoa).

Iturria: Janicek eta Cleroux, 1982

Oro har, bi screening-mota daude: biztanlegoari edo multzoei egindako screening-a eta kasuen bilakuntza edo "case finding" delakoa.

Screening proba biztanlego handiei, aldika eta antolatuta, aplikatzen zaienean, multzo- edo biztanlego-screening-a deitzen zaio.

Case finding delakoa, honela definitu zuten Sackett eta Hollandek (1975): "Ordurarte sumatu ez baina norbait kontsulta medikora doanean, berez kontsultarako arrazoi nagusiarekin zerikusirik izan gabe ere, bertan dagoen gaixotasuna identifikatzeko prozedura berezi bat erabiltzea da".

Bion ikuspegia desberdina izanda ere, bi motek batera duten ezaugarria honakoa da: ekimena gaixo edo erabiltzaileareangandik ez etortzea; osasun-administrazio edo asistentziaren ardura duen medikuarengandik baizik.

Oro har screening-ez, bera ezartzeko eta ebaluatzeko irizpideez hitz egiten denean, multzo- edo biztanlego-screening-a dela hartzen da kontutan, lan honetan zehar bezala. Gogoratu praktikan bi ikuspegi daudela, eta eztabaidagai direla.

SCREENING-ERAKO IRIZPIDEAK:

Screening-egitaraua eraginkorra izan dadin, irizpide batzuk bete behar ditu. Irizpideok Wilson eta Jungner-ek formulatu zituzten 1968an Munduko Osasunerako Erakundearentzat eta ondorengo hauek dira:

1.– Aztertuko den egoera edo gaixotasunak, osasun-arazo larria izan behar du. Screening-ak eskatuko dituen baliabideak direla eta, erikortasuna edo hilkortasuna (edo biak) murrizteko ahalmena duenean burutu beharko litzateke.

2.– Gaixotasunaren historia naturala, egoera ezkutu edo estalitik ageriko egiten denerako aldi osoa, egoki ulertu eta ezagutu behar da. Zoritxarrez, eta minbiziaren kasuan gehiago oraindik, oso zaila da guztiz zehatz ezagutzea, pertsonen arabera gaixotasunaren eboluzioa oso desberdina delako.

3.– Gaixotasunak, aldi estali edo goiztiarra, identifikagarria, eduki beharko luke, bigarren mailako prebentzioa (hau da screening-a) gaixotasunaren aldi aurrepatogenikoan ezarri behar da eta.

4.– Gaixotasunaren tratamenduak bere aldi goiztiarrean, geroagoko tratamenduak baino onuragarriagoa izan beharko luke.

5.– Test edo azterketa egokia beharko litzateke; detekzio goiztiarra fidagarritasunez, arin, erraz eta merke egingo duen testa, hain zuzen ere

6.– Screening-erako testak biztanlegoarentzat onargarria izan beharko luke. Prozedurak konplexuak badira, biztanlegoak ez ditu seguraski screening-erako test bezala onartuko.

7.– Aurkitutako akatsak diagnostikatu eta tratatzeko, behar bezalako baliabideek egon beharko lukete. Hainbat screening-egitarau ez da eraginkorra izan, kasu positiboen jarraipeneko akatsak direla eta.

8.– Hasiera identifikagaitza duten gaixotasunen kasuan, gaixotasunaren historia naturalak mugatuko duen aldiro errepikatu beharko litzateke screening-a.

9.– Screening-a ezarriko zaion biztanlegoari buruzko irizpide bateratuek egon beharko lukete. Edozein screening-egitarautan komeni da gaixotasuna izateko arriskua dutenak bakarrik sartzea, eta bestalde, arriskurik handiena dutenak screening barruan daudela bereziki ziurtatzea ere bai.

10.– Screening-egitarau baten kostuak, sortuko duen onuraren parekoa izan beharko luke. Kostuaren errendimendu-analisiak neurtu egin beharko lituzke detekzio goiztiarren onurak (hilkortasunaren murrizketa), baliabide eskuragarri, arrisku eta eragozpenen kostuen parean.

Screening-a aplikatzeko egoera ideala, baldintza edo irizpide guztiak ere batera betetzen direnekoa litzateke, baina egoera hau errealitatetik urrun dago eta, horrela, zenbait gaixotasun edo egoeratan, irizpideetariko batzuk hain lehentasunezkoak direnez gero, besteak ez dira hain kontutan hartzen.

Testak aukeratzeko irizpideak:

Screening-erako testek ere baldintza batzuk bete behar dituzte, screening-egitaraua bideragarria izan dadin.

1.– Onargarritasuna: Bai screening-a ezarriko zaion biztanlegoak zein screening-a ezarriko duen pertsonalak, onartu egin beharko du screening-erako proba. Adibidez, hauxe da kolon-ondesteko minbiziaren screening-aren arazoetariko bat. Biztanlegoak izan ere, sigmoidoskopia screening-erako proba gisa apenas onartzen duen.

2.- Fidagarritasuna: Probarekin lortutako emaitzek fidagarriak izan behar dute, ustezko kasutzat jotakoak eta jo gabeak benetan horrela izan daitezen.

Proba bat balioztatzeko kontutan hartu beharreko bi ezaugarriak hauexek dira: berreginkortasuna (doitasuna) eta baliozkotasuna (zehaztasuna).

2.1. Berreginkortasuna: Diagnostiko-proba baten emaitzen konkordantzia, proba hori pertsona horiek edo beste batzuek berriz egiten dutenean neurtzen da. Berreginkortasuna zehazteko kontutan hartu beharrekoak dira erabilitako probak berak dituen aldakuntzak, aztertutako pertsonari dagozkion aldakuntza biologikoak eta behatzaileari dagozkion aldakuntzak (behatzaile artekoak eta barrukoak).

2.2. Baliozkotasuna: Testak bilatutako gaixotasuna edo egoera duten pertsonak ezer ez dutenengandik bereizteko duen gaitasuna da. Testaren baliozkotasuna neurtzeko bi parametroak, sentikortasuna eta espezifizitatea dira.

Sentikortasuna: Testak screening-a ezarri zaion biztanlegoaren barruan gaixotasuna duten pertsona guzti-guztiak detektatzeko duen gaitasuna da. Proportzio baten bitartez adierazten da, hau da, benetan gaixorik dauden pertsonen artetik, screening-ean emaitza positiboa ehuneko zenbatek izan duen adierazita.

Espezifizitatea: Testak screening-a ezarri zaion biztanlegoaren barruan gaixotasunik ez duten pertsonak behar bezala identifikatzeko duen gaitasuna da. Proportziotan adierazita, gaixorik ez dauden pertsonen artetik, screening-ean emaitza negatiboa ehuneko zenbatek izan duen adierazita ematen da.

Baliozkotasuna erlatiboa da beti eta bera neurtzeko erreferentzi metodo bat behar da; urrezko araua edo gold standard delakoa. Proba honek inolako dudarik gabe izendatzen du zein den kasu eta zein ez den kasu.

Baliozkotasun-neurri hauez gain, bada prozesua bera neurtzen duen beste bat: testaren *balio aurresale positiboa*. Proportzio bidez adierazten da hau ere, test positiboa izan dutenen artean, gaixotasuna benetan zenbatek duten ipinita. Neurri hau batez ere testaren espezifizitatearen eta gaixotasunaren prebalentziaren menpe dago.

Testa balio aurresale positibo txikikoa bada (eta beraz faltsu positiboen portzentaia handia), kostu handiak sortuko lituzkete bai faltsu positiboak zuzenki identifikatzeak eta baita diagnostikoaren arriskuak ere, faltsu positibo bezala sailkatutako pertsona batek, onurarik ez lortzeaz gain, diagnostikorako prozedurek dituzten arriskuak har ditzake bere gain eta.

Ezinhobea litzateke aipatutako test-neurri guztiak % 100era urreratuko balira, baina hori ezinezkoa da praktikan. Beren arteko harremana dela eta, neurri batean hobekuntzak berarekin batera dakar bestearen okerragotzea. Askok balio aurresale positiboa jotzen dute neurri garrantzitsuentzat screening-egitarau bat ezartzerakoan.

Kontzeptu guzti hauek eta beren arteko harremanak, 2x2 taula baten bidez azal daitezke. Hitzarmenez, "gaixotasuna" aldagaia taularen goikaldean agertzen da, eta "testaren emaitza" aldagaia taularen ezker aldean.

		GAIXOTASUNA		
		bai	ez	Guztira
Testa	positiboa	BP	FP	BP + FP
	negatiboa	FN	BN	FN + BN
	Guztira	BP + FN	FP + BN	BP + FP + FN + BN

BP = benetazko positiboa
FP = positibo faltsua
FN = negatibo faltsua
BN = benetazko negatiboa

$$\text{Sentikortasuna} = \frac{BP}{BP + FN} \times 100$$

$$\text{Espezifizitatea} = \frac{BN}{FP + BN} \times 100$$

$$\text{Balio aurresale positiboa (BAP)} = \frac{BP}{BP + FP} \times 100$$

$$\text{Balio aurresale negatiboa (BAN)} = \frac{BN}{BN + FN} \times 100$$

$$\text{Guztizko balio aurreslea (Testaren efektibitatea)} = \frac{BP + BN}{BP + FP + BM + FN} \times 100$$

Honen ondoren adibide baten bitartez ikusiko dira test baten sentikortasuna eta espezifizitatea; baita balio aurresalearen aldakuntzak prebalentziaren arabera ere.

Bularreko minbiziaren screening-test bezala mamografia eta erreferentzi proba bezala biopsia onartuz gero, minbiziaren prebalentzia % 5 delarik, ondoko hau genuke:

		BIOPSIA		
		Positiboa	Negatiboa	Guztira
Mamografia	positiboa	40	995	1.035
	negatiboa	10	8.955	8.965
	Guztira	50	9.950	10.000

$$\text{Sentikortasuna} = \frac{40}{50} \times 100 = \%\ 80$$

$$\text{Espezifizitatea} = \frac{8.955}{9.950} \times 100 = \%\ 90$$

$$\text{BAP} = \frac{40}{1.035} \times 100 = \%\ 3{,}86$$

Minbiziaren prebalentzia % 10era gehituko balitz, sentikortasunak eta espezifizitateak berdin jarraitzen dutelarik, emaitzak honako hauek lirateke:

		BIOPSIA		
		Positiboa	Negatiboa	Guztira
Testa	positiboa	80	990	1.070
	negatiboa	20	8.910	8.930
	Guztira	100	9.900	10.000

$$BAP = \frac{80}{1.070} \times 100 = \% \ 7,46$$

Sentikortasuna (% 80) eta espezifizitatea (% 90) berdinak direlarik, balio aurresale positiboa ia bikoiztu egin da. Espezifizitatea handiagotu egingo balitz, balio aurresale positiboa ere berarekin batera handiagotu egingo litzateke.

Testaren neurrien arteko harremanak direla eta, ez da erraza berauek aukeratzea. Horregatik testa aukeratzerakoan kontutan hartu behar dira egitarauaren helburuak, gaixotasunaren larritasuna eta tratamenduaren ezaugarriak.

Beraz, oro har, nahiago izango da sentikortasun handiko testa (eta beraz negatibo faltsuen portzentaia txikia) egoera honetan: gaixotasuna larria eta tratagarria denean eta positibo faltsuek eragozpen psikologiko eta ekonomiko larriak ez dituztenean. Fenilzetonuriaren kasua litzateke hau.

Nahiago izango da espezifizitate handiko testa (eta beraz, positibo faltsuen portzentaia txikia) gaixotasuna tratagaitza denean, psikologiaren eta osasunaren aldetik gaixorik ez dagoela jakiteak garrantzia duenean, eta positibo faltsuak ondorio psikologikoak izan ditzakeenean. Minbizi-kasua litzateke.

Nahiago izango da balio aurresale positibo handiko testa, positibo faltsuen tratamenduak ondorio larriak izan ditzakeenean. Erradioterapia edo lobektomia eskatuko lukeen biriketako minbiziaren kasua litzateke.

Nahiago izango da guztizko balio aurresale handiko testa (positibo eta negatibo faltsu gutxirekin) gaixotasuna larria baina sendagarria denean eta positibo edo negatibo faltsua izateak ondorio larriak dituenean. Miokardioko infartuaren kasua litzateke.

SCREENING-EGITARAUEN EBALUAZIOA:

Edozein osasun-egitarauren ebaluazioak, aurrez ikusitako emaitzak lortu diren ala ez neurtzea du helburutzat. Ebaluazioa hiru mailatan burutu beharko litzateke: baliabideak (hau da, egitarauaren egituraren ebaluazioa) ekintzak (prozesuaren ebaluazioa) eta helburuak (emaitzen ebaluazioa) deituriko mailetan.

EMAITZEN EBALUAZIOA:

Emaitzak beraien efikazia, efektibotasun eta efizientziaren arabera ebalua daitezke.

Efikaziak honakoa neurtzen du: egitarauko ekintzek benetan atzeman dituzten pertsonengan izan dituen eraginak. Screening-a benetan ezartzen zaien pertsonei eragindako hobekuntzak neurtzen ditu.

Efektibotasunak helburuko biztanlegoan egitarauak izan dituen eraginak neurtzen ditu; helburuko biztanlegoari eragindako hobakuntzetan oinarritzen da.

Bi neurri hauetan efektibotasuna da garrantzitsuena, horixe da eta egitarauaren helburuetan benetan adierazten dena (bularreko minbiziagatiko hilkortasuna murriztea, erretzeko ohituraren prebalentzia murriztea, etab.).

Efizientziak helburuko biztanlegoan lortutako emaitzen eta erabilitako baliabideen kostuaren arteko erlazioa adierazten du.

EFIKAZIAREN EBALUAZIOA:

Efikaziaren ebaluazioak esperimentala beharko luke izan, ahal den guztietan, zorizko ikerketen bitartez. Hau ezin denean, kohorte- edo kasu-kontrolaren antzeko ikerketen bidez egin daiteke egitarauen ebaluazioa. Azken kasu honetan, efikaziaren nabaritasuna ez da oso sendoa, obserbazio-ikerketak direnez gero, alborapenak egon daitezke eta. Azpimarragarriak dira ondoko alborapen hauek:

1. "Leak time bias" delakoa; denbora-tarteari dagokion alborapena. Screening-ak aurreratu egingo du diagnostikoaren data, eta beraz, automatikoki luzatu biziraupena, guzti honek heriotz data aldatuko ez badu ere.

2. "Length bias" delakoa; iraupenari dagokion alborapena. Screening-ak luzaroan aldi aurreklinikoan egon eta horregatik hazkuntza geldoa eta pronostiko ona duten minbiziak bakarrik detektatzeko joera du.

3. Hautespenaren alborapena: screening-a onartzen duten pertsonek jatorrizko biztanlegoaren ordezkatzaile ez izateko eta pronostiko hobea izateko joera dute.

EFEKTIBOTASUNAREN EBALUAZIOA:

Ebaluazio honek batera hartzen ditu kontutan efikazia, egitarauaren onarpena eta onartu dutenen ondorengo atxekidura.

Efektibotasuna ebaluatzen denean, egitarauak mesede egin diezaiekeen guztiak hartu behar dira kontutan, egitaraua bete ala ez. Beraz, erantzunik ezak edo egitaraua utzitakoan tasa handiak baliogabe utz ditzake efektibotasunaren emaitzak.

Egitarauaren efektibotasuna beste era batera ere ikus daiteke; guztizko balio aurresalearen arabera hain zuzen ere. Balio honek diagnostiko zuzenen portzentaia neurtzen du, bai kasuen eta baita kasu ez direnean artean ere, ondoko formulak azaltzen duenez:

$$\text{Efektibotasuna} = \frac{BP + BN}{BP + FN + FP + BN} \times 100$$

EFIZIENTZIAREN EBALUAZIOA:

Kostu-efektibotasun eta kostu-onura analisien bitartez burutzen da.

BULARREKO MINBIZIAREN SCREENING-A

SARRERA:

Emakumearengan bularreko minbizia garrantzi handiko osasun-arazoa da. Emakumearengan sarrien gertatzen den minbizi-mota izan eta mibizia dela eta hiltzeko lehen arrazoia da mendebaldeko herrialdeetan. Herrialdeotan intzidentzia eta hilkortasun-tasa gorantz doazela nabari da. Uste denez, emakumeenean 12tik 1eko probabilitatea dago gaixotasuna garatzeko.

Bularreko minbiziaren arrisku-faktoreei buruzko ikerketak (amaitutako lehen haurdunaldiko adina, menarkia eta menopausiako adina, lehen graduko famili artekoen aurrekinak, ahotik antisorgailuak hartzea, etab. dira faktoreak) ez dira erabatekoak eta ez dute lehen mailako prebentzio-neurriak hartzera bultzatzen.

Beraz, hilkortasuna txikiagotzeko eta diagnostikatutako emakumeen biziraupena luzatzeko bide bakarra, bigarren mailako prebentzio-neurriak, hau da screening-a, ezartzea izango da.

Screening-a ezartzeko eskatzen den lehen baldintzari, osasun-arazo larria izateari alegia, bete-betean erantzuten dio minbizi honek, bere intzidentzia eta hilkortasun-tasak ikusita.

Euskal Komunitate Autonomoari (EKA-ri) dagokionez, bere Minbizi-Erregistroko datuen arabera, intzidentzi tasa gordinak honako hauek izan ziren: 100.000ko 54,4, 1986. urtean eta 100.000ko 56,6, 1987. urtean. Tasa estandardizatuak, munduko biztanlegoaren arabera, 42,3 eta 42,9 izan ziren (Ikus 1. grafikoa).

Hilkortasunari dagokionez, Hilkortasun-Erregistroaren arabera, hilkortasun-tasa estandardizatuak, Europako biztanlegoaren arabera, honako hauek izan ziren: 100.000ko 24,83, 1986. urtean, eta 100.000ko 25,65, 1987. urtean. (Ikus 2. grafikoa). Tasotan oinarrituta EKA erdi aldean legoke, Britainia Haundia (41,5) eta Japoniarekin (8,0) alderatuz gero (Ikus 3. grafikoa).

Gaixotasunaren intzidentzia eta hilkortasuna handiagotuz doaz adinarekin batera. Minbizia bakana da 30 urte baino lehenago. 35tik 49ra bitarteko adin-taldean, intzidentzi tasa 100.000ko 80 da gutxi gorabehera, eta hilkortasunarena 100.000ko 15. Eta 50-64 adin-talderako igo egin dira, 100.000ko 125 eta 35era.

50etik 64era bitarteko emakumeengan, bularreko minbiziagatiko bai heriotzen eta bai kasu berrien kopurua, kasu guztien % 40 izan zen, 1986. eta 1987. urteetan.

Gaixotasunaren historia naturalari dagokionez, guztiz onartuta dago gaur egun diagnostikatzen den erako gaixotasun sistemikoa dela, eta horrek aldatu egiten du gaixotasunaren tratamendua.

Bestalde, aurrerakuntza terapeutikoek ez dute minbizia duten emakumeen biziraupena luzatu. Honen arrazoietariko bat hau da: gaixotasunak duen aldiarekin tratamenduaren eraginkortasunak zerikusi estua izatea. Gaixotasuna zenbat eta aurreratuago egon, hainbat eta txarragoa da bere pronostikoa. Beraz, hilkortasun-tasen murrizketa arrisku-faktoretan oinarritutako prebentzio-neurrietan datza batez ere.

ARRISKU-FAKTOREAK:

Azken urteotan, bularreko minbiziaren garapenean arrisku-faktore desberdinek duten zerikusia frogatzeko hainbat ikerketa egin da. Gehien ikertutako faktoreak honako hauek izan dira: adina, hilekoaren historia, erditzeen kopurua, ezkontza statusa, lehen haurdunaldian edoskitzea amaitu deneko adina, familiakoen bular-minbizien historia (batez ere lehen mailako senideengan), aldezaurreko bularreko gaixotasun onbera eta emandako

hormonak; baita jan-neurria, erradiazio ionizatzaileak, birusak eta beste faktore batzuk ere.

Laburbilduz, honakoa esan daiteke:

- Oro har, sexua eta adina dira arrisku-faktorerik garrantzitsuenak. Bularreko minbizia adibidez emakumean izaten da, gizonezkoan oso gutxi direlarik. Adinari dagokionez, minbizien % 90 40 urtetik gora izaten dira.

- Menarkia goiztiarra, menopausia berantiarra, eta lehen erditze berantiarra, gaixotasuna izateko arriskuarekin batera doaz: sarriago izaten da erdigabeengan; bularreko minbizidun senitartekoren bat (lehen gradukoa) duten emakumeek arrisku handiagoa dute; aldez aurretiko gaixotasun onbera, eta batez ere biopsia, izan dutenek, arrisku handiagoa dute; antisorgailuak luzaro hartzeak areagotu egin dezake arrisku erlatiboa.

Aipatutako faktore gehienek ordea, ez dute lehen mailako prebentzio--neurriak hartzera eragiten eta, beraz, hilkortasunaren murrizketa, neurri handi batean, bigarren mailako prebentzio-neurrien mende egongo da.

BULARREKO MINBIZIAREN SCREENING-AREN BALIOARI BURUZKO KONPARAZIOAK:

Screening-egitarau baten emaitzak balioztatzeko neurririk onena honakoa da, screening-a duen biztanlegoan gaixotasunak eragindako hilkortasuna, screening-ik ez duen biztanlegoaren hilkortasunarekin konparatzea. Hori neurtzeko erarik onena zorizko ikerketa da.

Horrela egindako lehen ikerketa New York hiriko "Health Insurance Plan (HIP)" delakoa izan zen. Bere lehen emaitzak 1971. urtean argitaratu ziren. 40 urtetik 64era bitarteko 61.000 andere hartu ziren bertan. Ikerketa--taldean sartutako 31.000 emakumeei screning-a eskaini zitzaien, azterketa kliniko eta mamografia bikoitzaren bitartez, urtero, lau urtetan egin zezaten. Ondoren hilkortasun-tasa neurtu zen eta ikerketaren hasieratik 14 urte igarota, ikerketa-taldean kontrol-taldean baino % 30 txikiagoa zen.

Suediako "Two Counties" izeneko ikerketan, 40 urtetik gorako 162.981 emakume sartu ziren. Ikerketa-taldeko emakumeei eskaini zitzaien screening-a mamografia bakarrik zen; 33 hilabetero 50 urtetik gorakoak baziren, eta 22 hilabetero 50 urtetik beherakoak izanez gero. Zazpi urteren buruan, ikerketa-taldeko hilkortasuna % 31 txikiagoa zen, kontrol-taldearekin alderatuz.

Horrez gain, aipatutako ikerketak screening-ari dagozkion beste arazo batzuk argitzen ere saiatu dira, hala nola screening-a zein metodoren bitartez, nortzuei eta zenbatero egitea.

SCREENING-ERAKO METODOA:

Oraintsuko konparazioek erakutsi dutenez, mamografiak gainditu egin du azterketa klinikoa, sentikortasun eta espezifizitate aldetik. Mamografiak bularreko minbizien % 80-90 inguru detektatzen ditu, eta bere espezifizitatea % 95 ingurukoa da. Azterketa klinikoak ostera, minbizien % 47tik 78ra bitartekoak detektatzen ditu, bere espezifizitatea %92tik 97ra bitartekoa delarik.

Bi metodook erabili izan diren egitarauetan, New Yorkeko HIP delakoan adibidez, metodo bakoitzaren ekarpena desberdina izan da adin-taldearen arabera: 50 urtetik beherakoengan azterketa klinikorik egin izan ez balitz, ez ziren minbizien % 61 detektatuko; mamografiarik egin izan ez balitz ostera, minbizien % 19 baino ez ziren galduko.

HELBURU DEN BIZTANLEGOA:

Berez screening-a minbizia garatzeko probabilitaterik handiena duten adin-taldeetan bakarrik ez da egin behar; baizik eta diagnostiko goiztiarrak pronostikoa hobetuko dien taldeetan ere bai.

HIP zein Two Counties delako ikerketetan, hasieratik zazpi urteren buruan, honakoa ikusi izan da: screening-aren onura 50 urtetik gorako emakumeetara mugatzen zela. Baina HIP delakoan 40 urtetik 49ra bitarte-

ko emakumeak luzaroago ikusiz gero, hilkortasun-murrizketa frogatu ahal izan da azkenik emakumeongan, nahiz eta murrizketa hau batez ere emakumeek 50 urte betetzen zituztenean diagnostikatutako kasuetan gertatzen zen.

Screening-aren onura emakume gazteagoengana hedatzea, screening-erako erabilitako prozedurak hobetzearekin bat etorriko da; mamografiaren eraginkortasunarekin batez ere. Gaur egungo mamografiarekin adibidez, orain urte batzuk baino aldi goiztiarragoan detektatzen dira minbiziak.

ALDIKOTASUNA:

Screening-egitaraua eraginkorra izan adin, bere maiztasunak hazkuntzarik bizkorrena duen minbiziak behar duen denbora baino laburragoa izan beharko luke. Bularreko minbiziaren kasuan, bere hazkuntz tasa oso aldakorra da. Bestalde, screening tartearen egokitasunaren zeharkako adierazlea, "tarteko minbiziak" lirateke. Uste denez, tartean diagnostikatutako minbizien herena, hasierako azterketan detekta zitezkeen negatibo faltsuak dira. Gainerakoak erradiologian agertzen ez diren lesioak edo hazkuntza arineko minbiziak lirateke; nolanahi ere pronostiko zailagoa dutenak.

HIP delako ikerketak, ikerketa amerikar gehienek eta Britainia Haundiko ikerketa batzuek, screening-en artean urtebeteko tartea aukeratu dute. Two Counties izenekoan, screening-tartea 33 hilabetekoa zen 50 urtetik gorako emakumeentzat, eta 22 hilabetekoa 50 urtetik beherakoentzat. Holandan, Nimega-n hain zuzen ere, tartea bi urtekoa izan zen; Utrecht-en tartea 12, 24 eta 48 hilabetekoa izan zen.

Herrialde-mailan ezarri diren egitarauetan adibidez, Britainia Haundian 3 urteko tartea aukeratu izan da, eta Nafarroako Komunitate Autonomoan 2 urtekoa.

Ikerketa gehienok honakoa frogatu izan dute: tartea zenbat eta luzeagoa, hainbat eta tarteko minbizi gehiago agertzen direla. Tartea dena delakoa izanda ere, hilkortasunari dagokionez ezberdintasun adierazgarria frogatu izan dute ikerkekta-taldearen alde.

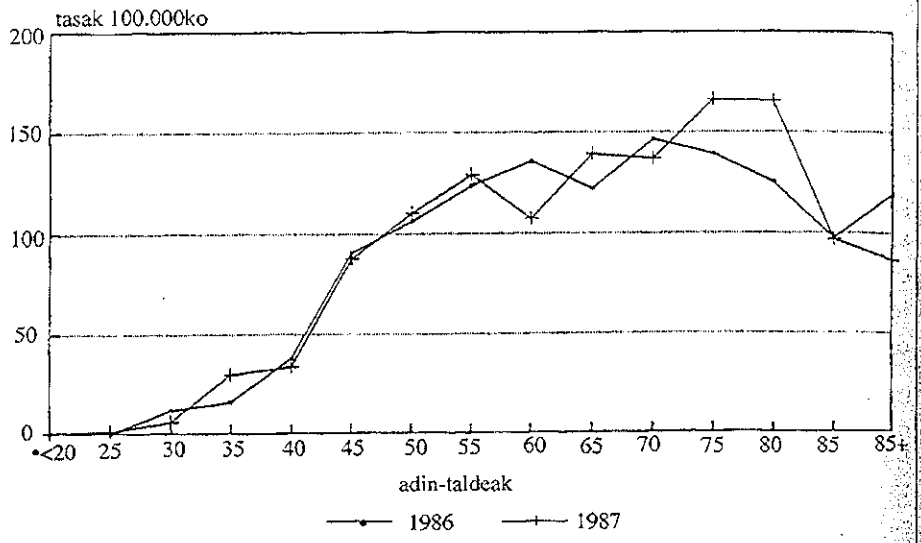
EBALUAZIOA:

Zorizko ikerketarik ezean, screening-egitarauak ikerketa ia esperimentalen bidez ebalua daitezke. Ikerketa hauetan leku ezberdinak konparatu beharko lirateke; screening-a egindako lekuak egin gabeko lekuekin adibidez. Denboran zehar agertzen diren joerak ere aztertu beharko lirateke.

Ebaluaziorako aukeratu den bidea edozein izan da ere, minbiziak eragindako hilkortasuna izan da screening-aren ebaluaziorako preziatuena den azken emaitza. Bestalde, screening-a ezarritako biztanlegoak screening-ik ez duen biztanlegoaren aldean zenbat minbizi-kasu aurreratu dituen zehaztea ere baliozkoa da, kasu aurreratuak gaixotasunagatiko hilkortasuna igo daitekeenaren adierazle direnez gero.

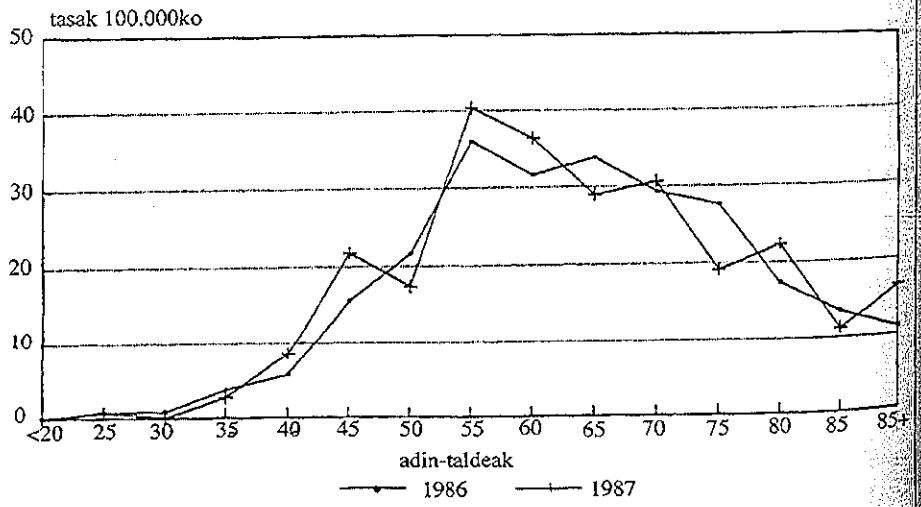
Horrez gainera, screening-a ebaluatzeko beste parametro baliagarri batzuk ondoko hauek dira: screening-ak detektatu duen minbizi-kopurua; tarteko minbizi-kopurua; screening-ari ezetza eman diotenen arteko minbizi-kopurua; aztertzen ari den biztanle-kopurua, hau da, onarpen-tasa; biopsi kopurua eta biopsia onbera eta gaiztoen arteko erlazioa; eta balioztapena egiteko deribatu diren kasuen kopurua.

1. irudia. Bularreko Minbiziaren Intzidentzia EKA-n. 1986–1987



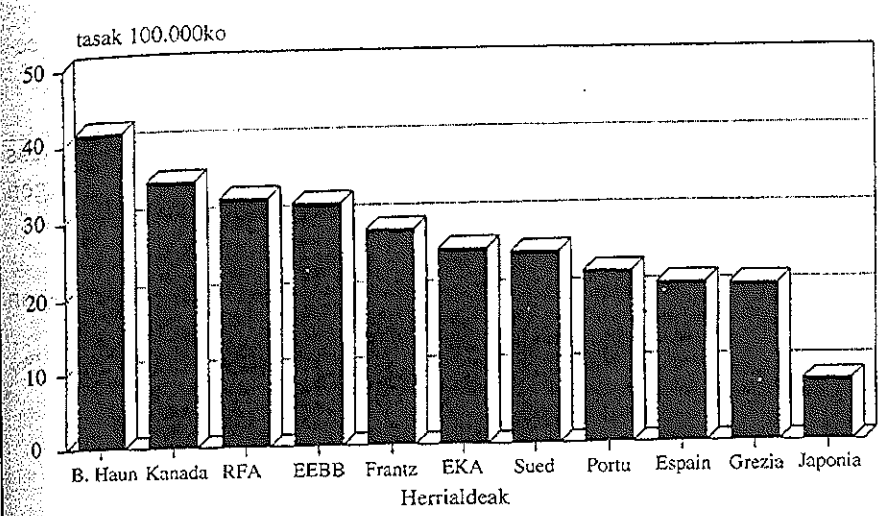
ITURRIA: E.K.A.ko Minbizi-Erregistroa

2. irudia. Bularreko Minbiziaren Hilkortasuna EKA-n. 86–87. Tasa estandardizatuak*



ITURRIA: E.K.A.ko Hilkortasun-Erregistroa
*Europako biztanlegoaren arabera

3. irudia. Bularreko Minbiziaren Hilkortasuna EKA-n. 1986 Tasa estandardizatuak*



WH Statistics Annual. EKA-ko Hilkortasun-Erregistroa.
*Europako biztanl. arabera
*B. Haundia eta EKA 1987. Espainia 1984

BIBLIOGRAFIA

Screening for cancer. Anthony B. Miller ed. New York, Academic Press, 1985.

Jenicek M, Cleroux R. Epidemiologie: Principes, Techniques, Applications. Edseon, Quebec 1982.

Serra Majem Ll et al. Prevención secundaria. Jano 1990;4 (2): 5-20. orr.

Salleras S. La investigación epidemiológica en la evaluación de los programas de salud. Atención Primaria 1988, 5 (3): 122-134. orr.

Mausner JS, Kramer S. Epidemiology. An Introduction text. Filadelfia, Saunders, 1985.

Breast Cancer Screening. Report to the Health Ministers for England, Wales, Scotland and Northern Ireland. Londres: HMSO, 1986.

Shapiro S. Evidence on screening for breast cancer from a randomized trial. Cancer 1977; 39:2772-2782. orr.

Tabar L et al. Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mammography. The Lancet, apirilak 13, 1985; 829.832. orr.

Verbeek A et al. Reduction of breast cancer mortality through mass screening with modern mammography. First results of the Nijmegen Project, 1975-1981. The Lancet, 1984; 1: 1222-1224. orr.

Shapiro S, Venet W et al. Ten-to-fourteen year effect of screening on breast cancer mortality. J. Natl Cancer Inst. , 1982; 69: 349-355 orr.