

Programa galego de detección precoz do cancro colorrectal

Resultados 2013-2017

PROGRAMA
GALEGO DE
DETECCIÓN
PRECOZ DO



Data de edición

Maio 2019

Edita

Xunta de Galicia

Consellería de Sanidade

Dirección Xeral de Saúde Pública

Maquetación

Tórculo Comunicación Gráfica, S. A.

PROGRAMA GALEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DO CANCRO COLORRECTAL

RESULTADOS 2013-2017

Xunta de Galicia
Consellería de Sanidade
Dirección Xeral de Saúde Pública
Santiago de Compostela 2019

ÍNDICE

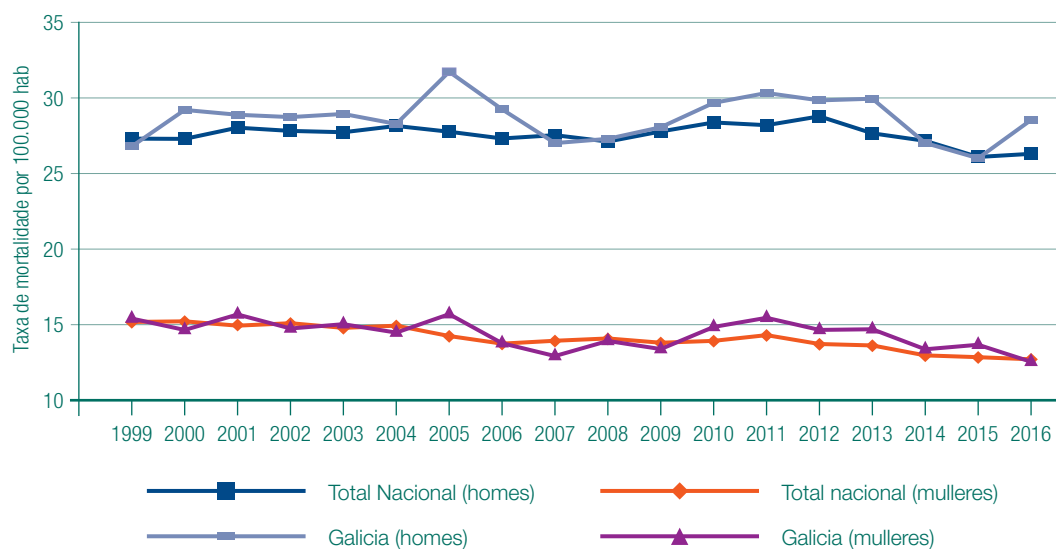
1. INTRODUCCIÓN	7
2. MODELO ORGANIZATIVO DO PROGRAMA GALEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DO CANCRO COLORRECTAL	10
3. METODOLOXÍA PARA O CÁLCULO DOS INDICADORES	17
4. RESULTADOS DO PROGRAMA 2013-2017	19
5. AVALIACIÓN DAS UNIDADES DE COLONOSCOPIA 2017	32
6. ESTUDO DAS COMPLICACIÓNS DA COLONOSCOPIA 2017	36
7. CONCLUSIÓNS	37
8. BIBLIOGRAFÍA	39

INTRODUCCIÓN

O cancro colorrectal (CCR) é un problema de saúde importante no noso medio debido á súa alta incidencia e mortalidade. Segundo as estimacións da incidencia do cancro en España que fai a Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN) para o 2019 o cancro colorrectal é o cancro máis frecuente. En mulleres é o segundo cancro máis incidente despois do de mama (1) (2) (3). En homes, segundo as últimas estatísticas, pasou de ser o terceiro tras o de próstata e pulmón a ocupar o segundo lugar en incidencia en España tras o de próstata. Esta información non está actualizada aínda nos folletos informativos do Programa. Segundo os últimos datos obtidos do Rexistro de mortalidade de Galicia, o CCR foi o causante de 1.216 defuncións no ano 2016. A maior parte de estes cancros diagnóstícanse en estadios avanzados, o que afecta a supervivencia dos pacientes (4).

No contexto de España, Galicia ten unhas taxas de mortalidade por este cancro similares ás que se rexistran no conxunto do país. Bastante estables desde o ano 1999 arredor de 20 defuncións por CCR por cada 100.000 habitantes (5) como se pode ver no gráfico 1.

Gráfico 1. Taxas de mortalidade por 100.000 habitantes axustadas á poboación europea en España e Galicia, por sexo, anos 1999-2016



Fonte: Pestadistico.com, portal estatístico do Ministerio de Sanidade, Consumo e Benestar social (5)

As estimacións de incidencia de CCR para o Sur de Europa en 2018 figuran dentro das máis altas en comparación con outras rexións do mundo: 40,4 por cada 100.000 habitantes en homes, 24,1 en mulleres. A taxa mundial sitúase en 23,6 homes e 16,3 mulleres como se ve na figura 1. Estes datos confirman que o CCR é un problema de saúde importante no noso medio, con alta incidencia e mortalidade. Estímase que cada ano se diagnostican en España 40.000 novos casos de CCR. O 39% dos afectados falecen por esta causa (6) (7).

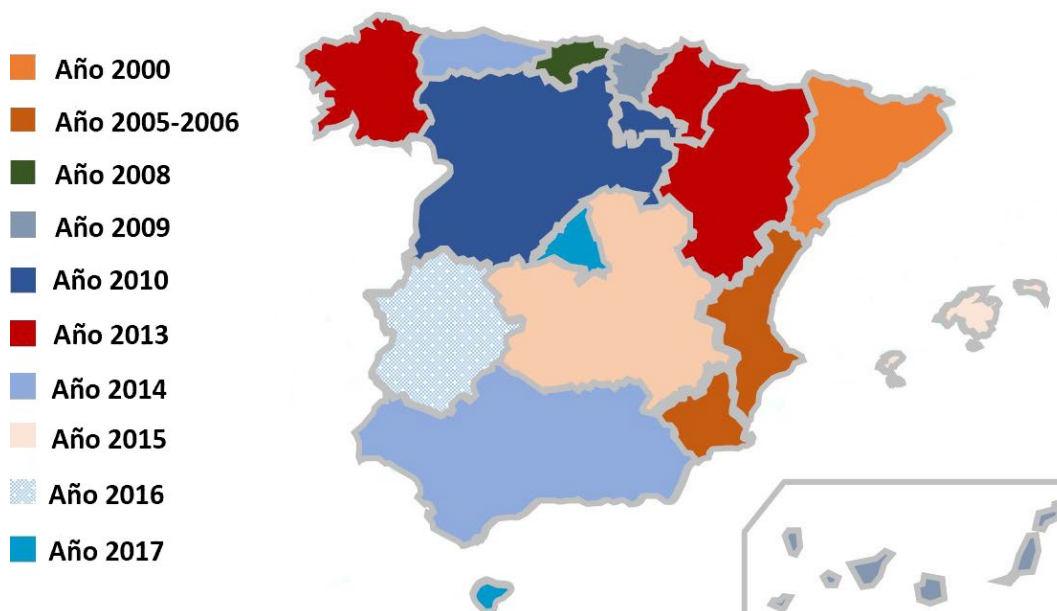
Figura 1. Taxas de incidencia estandarizadas para cancro colorrectal, por sexo e rexión

Fonte: Globocan 2018. Estimación para o ano 2018

A evolución natural do CCR cun longo período de latencia, unido á existencia de probas de cribado que demostraron a súa efectividade tanto en detección de lesións precursoras, como de CCR en estadios precoces, fan desta enfermidade unha candidata ideal para establecer un programa de detección precoz. O 80% dos casos de CCR proceden dun pólipo intestinal que sofre unha transformación maligna tras un período de ata 10 anos. Durante este tempo poden sangrar de forma intermitente, por iso a detección de sangue oculto nas feces (SOF), ademais de reducir a mortalidade por CCR como outros programas de detección precoz, tamén contribúe a diminuír a incidencia mediante a detección das lesións precancerosas que se extirpan durante a colonoscopia.

O Consello da Unión Europea estableceu xa no ano 2003 entre as súas recomendacións de detección precoz o cribado do CCR para homes e mulleres entre 50 e 75 anos (6, 8). En Europa, a maioría dos países están a traballar na posta en marcha deste tipo de programas. En España, no ano 2014 a estratexia en cancro do Sistema Nacional de Saúde do Ministerio de Sanidade marca como obxectivo a posta en marcha do cribado do cancro colorrectal para homes e mulleres entre 50 e 69 anos que deberán completar a cobertura ao 100% da poboación no ano 2024 (9, 10). A partir do ano 2000 as comunidades autónomas comezaron a implantar experiencias piloto e na actualidade todas teñen programas de detección precoz de CCR con maior ou menor medida de extensión (11) (figura 2).

Figura 2. Evolución da implantación dos programas de detección precoz do cancro colorrectal en España



Fonte: Rede de programas de cribado de cancro. Enquisa 2017.

MODELO ORGANIZATIVO DO PROGRAMA GALEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DO CANCRO COLORRECTAL

O Programa galego de detección precoz do cancro colorrectal iniciouse como experiencia piloto no 2013 na Estrutura Organizativa de Xestión Integrada (EOXI) de Ferrol e despois dunha rolda completa e da avaliación do circuíto comezou a súa expansión ao resto das EOXI. No ano 2015 incorporouse a EOXI de Ourense, Verín e o Barco de Valdeorras, no 2016 a de Pontevedra e o Salnés, a de Lugo, Cervo e Monforte e a de Santiago de Compostela. No 2017 incluíronse as dúas áreas restantes, A Coruña e Vigo, para completar toda a poboación obxectivo de Galicia. En setembro do 2019 todas as áreas terán completa unha primeira rolda de cribado de dous anos de duración.

O calendario de implantación nas distintas EOXI pódese consultar na táboa 1.

Táboa 1. Ano e mes de implantación do Programa galego por EOXI

ANO	MES	EOXI
2013	Marzo	Ferrol
2015	Xuño	Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras
2016	Maio Setembro Novembro	Pontevedra e O Salnés Lugo, Cervo e Monforte Santiago de Compostela
2017	Xullo Setembro	Vigo A Coruña

Poboación diana

Homes e mulleres de 50 a 69 anos residentes en Galicia. Segundo o Instituto Galego de Estatística (IGE), no ano 2017 esta poboación era de 728.029 cidadáns (352.611 homes e 375.398 mulleres).

Poboación obxectivo

Homes e mulleres de 50 a 69 anos residentes en Galicia, con tarxeta sanitaria do Servizo Galego de Saúde.

Aínda que a intención do Programa é ter unha base poboacional, ata o momento actual non se dispón das ferramentas necesarias (de identificación e de asistencia) para garantir esta proba á poboación que non elixe o seguro público de saúde, que

estimamos é dun 2,2 % da poboación diana. A poboación con tarxeta sanitaria e por EOXI a 31 de decembro de 2017 amósase na táboa 2.

Táboa 2. Número de persoas de 50-69 anos con tarxeta sanitaria SERGAS a 31/12/2017 por EOXI

EOXI	N.º de persoas
Ferrol	50.997
Ourense, Verín e Barco de Valdeorras	83.875
Pontevedra e O Salnés	75.375
Lugo, Cervo e Monforte	88.616
Santiago de Compostela	119.277
Vigo	148.603
A Coruña	145.448
TOTAL	712.191

Poboación elixible

Homes e mulleres de 50 a 69 anos residentes en Galicia, con tarxeta sanitaria do Servizo Galego de Saúde e que non cumpran ningún dos criterios de exclusión definitivos.

Criterios de exclusión definitivos

- Antecedentes persoais de CCR.
- Enfermidade inflamatoria intestinal (EII): Colite ulcerosa ou enfermidade de Crohn.
- Colectomía total.
- Enfermidade que curse con incapacidade permanente e non se prevexa recuperación.
- Antecedentes persoais de adenoma de alto risco ben documentado (≥ 5 adenomas ou polo menos 1 de ≥ 20 mm) en seguimento en consultas de dixestivo.
- Diagnóstico de polipose colorrectal en seguimento en consultas de dixestivo.

Criterios de exclusión temporal

- Enfermidade que curse con incapacidade que se prevexa poida ser recuperable.
- Colonoscopia feita nos últimos 5 anos.

Proba de cribado e intervalo de cribado

A proba de cribado é o test de sangue oculto nas feces (SOF). É unha proba inmunolóxica que achega un dato cuantitativo da cantidade de sangue nas feces. O punto de corte para considerar que hai indicios de sangue e, polo tanto, recomendar facer unha colonoscopia é de 20 µg de hemoglobina/gr de feces que equivale a 100 ng/ml de buffer no actual test empregado no Programa. Un resultado menor de 20 considérase negativo e recoméndase repetir a proba pasados dous anos.

Circuito de funcionamento do Programa

Dende a Unidade de Coordinación do Programa, na Consellería de Sanidade, envíase unha carta de invitación personalizada á poboación elixible, acompañada dun folleto informativo, dunha tarxeta de aceptación para depositar en correos e un código que permite o trámite de aceptación electrónica. Fanse recordatorios periódicos naqueles cidadáns que non aceptaron.

Hai casos nos que a información do domicilio na tarxeta sanitaria non permite poñerse en contacto co usuario, esas invitacións contabilízanse como non válidas ata que tras diferentes intentos ou nova información localízase a persoa. Os cidadáns que van cumprindo 50 anos ou que adquiren dereitos de asistencia en tarxeta sanitaria actualízanse diariamente. Tamén se actualizan coa mesma periodicidade as exclusións: falecidos, CCR previos ou colonoscopias feitas nos últimos 5 anos.

Trala aceptación o cidadán recibe na casa un kit para a recollida da mostra das feces, as instrucións de como facelo e de como debe entregar a mostra recollida (en calquera centro de saúde da área) nas caixas expresamente colocadas polo Programa que se atopan nun lugar visible á entrada dos centros. A mostra segue o mesmo circuíto que o resto das mostras de laboratorio recollidas en atención primaria.

Na actualidade son 7 os hospitais de referencia que analizan os test de SOF, un por EOXI. Os resultados están integrados co sistema de información do Programa e pasan de forma automatizada tanto ao Programa como á historia clínica electrónica da persoa (IANUS).

O resultado do laboratorio está integrado co sistema de información do Programa (CRIIS), e comunícase ao participante a través dunha carta:

- Se non se atopan restos de sangue nas feces, a proba considérase normal e en dous anos envíase de novo un kit para a nova recollida da mostra. O participante entraría na súa segunda rolda de participación.
- Se o resultado é anómalo, dende o Programa comunícaselle ó participante este resultado por carta cunha cita en atención primaria que xestiona o propio Programa accedendo ás axendas dos profesionais sanitarios. Esta cita é dobre:

- > Na consulta médica, explícaselles en que consiste a colonoscopia, os seus beneficios e posibles riscos, entrégaselles o consentimento informado para realizar a proba, indícaselles o produto de limpeza do colon axeitado e complétase unha enquisa de indicación de colonoscopia que está dispoñible en IANUS.
- > Na consulta de enfermaría entréganselles e explícanse as instrucións da toma do preparado para a limpeza do colon, entrégase o preparado e resólvense as dúbidas que poidan xurdir.

Dende a Unidade de Coordinación mantense contacto directo cos profesionais para garantir que se cubra o informe e resolver as posibles dúbidas dos profesionais.

Unha vez revisada toda a información, dende a Unidade de Coordinación xestiónase a cita para a realización da proba. Esta cita, especificando hora e lugar, comunícaselle de novo por carta ao participante e refórzase a través dunha chamada telefónica para garantir que ten constancia da cita, resolver dúbidas, recordarlle aspectos importante sobre a limpeza colónica, cambios de tratamento, etc.

Proba de confirmación diagnóstica

As colonoscopias, que son diagnósticas e terapéuticas, fanse nunha unidade de colonoscopia creada *ad hoc* para o Programa, cunha axenda propia e uns requisitos para os profesionais que as realizan en cada un dos hospitais de referencia de cada EOXI. Cada profesional debe facer un mínimo de 300 colonoscopias anuais como exigencia do Programa. O número de profesionais que realizan colonoscopias de cribado en cada hospital segundo o último informe de actividade da unidade de colonoscopia do Programa amósase na táboa 3.

Táboa 3. Número de colonoscopistas por EOXI

EOXI	Hospital	N.º colonoscopistas
Ferrol	Hospital Naval	3
Ourense	Complexo Hospitalario Universitario de Ourense	6
Pontevedra	Hospital Montecelo	5
Lugo	Hospital Lucas Augusti	4
Santiago	Hospital Provincial de Conxo	9
Vigo	Hospital Álvaro Cunqueiro	8*
A Coruña	Hospital Universitario de A Coruña	8*
TOTAL		43

* Non figuran todos no informe porque no ano 2017, último ano avaliado, tiñan realizadas poucas colonoscopias

O Programa ten dispoñible un protocolo para as propias colonoscopias, coas recomendacións do manexo das mostras e as posibles actuacións en función do resultado da exploración, sempre segundo indicadores de calidade nacionais e das guías europeas.

Para conseguir unha boa colonoscopia débese explorar por completo o colon (ata cego) e a limpeza medida coa escala de Boston (12) debe ser axeitada, é dicir, ter polo menos unha puntuación de 2 en cada tramo do colon, no contrario, a colonoscopia débese repetir por limpeza insuficiente.

Cando se detecta algunha lesión suxestiva de malignidade, extírpase para posteriormente analizala no servizo de anatomía patolóxica (APA).

Dispónse dun modelo de informe para colonoscopias de cribado accesible na historia clínica informatizada con toda a información que o Programa necesita para a correcta avaliación do risco do participante, así como un protocolo específico de APA para as mostras procedentes do cribado onde se recolle de forma individualizada o tamaño, histoloxía e nivel de displasia de cada lesión extirpada. Esta información está integrada na aplicación informática do Programa (CRIIS).

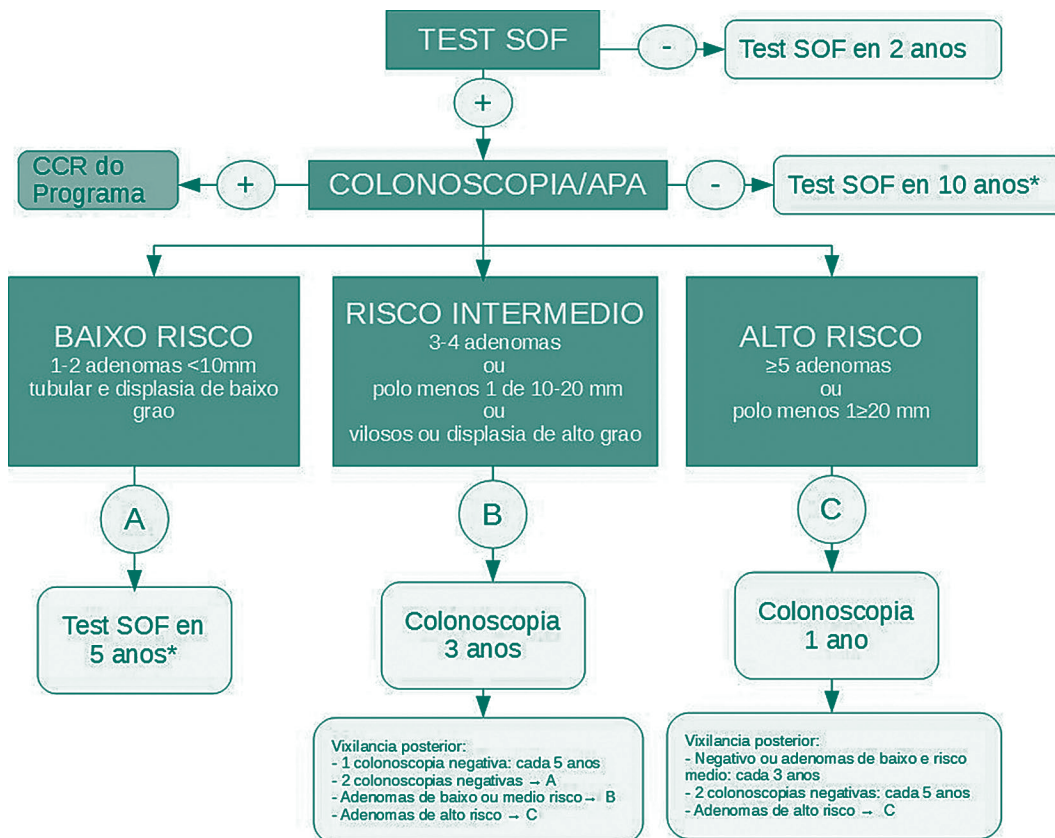
Posibles resultados da colonoscopia e actuación posterior

Unha vez realizada a colonoscopia e extirpadas, de ser o caso, as lesións suxestivas de malignidade, o persoal técnico do Programa de cribado, co informe da colonoscopia/as e mais o informe/es de APA, realiza unha avaliación do risco de CCR de cada persoa, clasifícaa de acordo con este risco e establece o seguimento adecuado para cada unha, como se mostra na figura 3. O resultado desta avaliación comunícase ao interesado por carta coa recomendación de seguimento que lle corresponde segundo as guías europeas de garantía de calidade en cribado (GGEE) (13). Esta información tamén está dispoñible para o seu profesional de atención primaria na historia de IANUS no apartado de Cribados.

As persoas diagnosticadas con lesións de risco intermedio e alto continúan o seguimento dentro do Programa ata os 75 anos, cunha nova colonoscopia aos 3 anos ou ao ano da diagnóstica, respectivamente. Tras varios exames negativos a persoa pasará de novo a facer o seguimento con test SOF cada dous anos.

Todos os posibles resultados dos participantes no Programa e as actuacións posteriores amósanse na figura 3.

Figura 3. Seguimento do Programa en función do resultado do test e da colonoscopia.
Adaptado das GGEE (13).



* EXCEPTO persoas con antecedentes de alto risco familiar, que sería colonoscopia en 5 anos

Para os casos de cancro sobre pólipo, que non son derivados desde a unidade de colonoscopia directamente ás consultas de dixestivo, o persoal do Programa nos servizos centrais ten acceso a unhas axendas de citas no hospital que corresponda (cirurxía ou dixestivo segundo a EOXI) para xestionar a cita. Nestes casos o Programa informa por carta certificada de que para coñecer o resultado da colonoscopia debe acudir a esa cita.

Persoas con antecedentes familiares de CCR

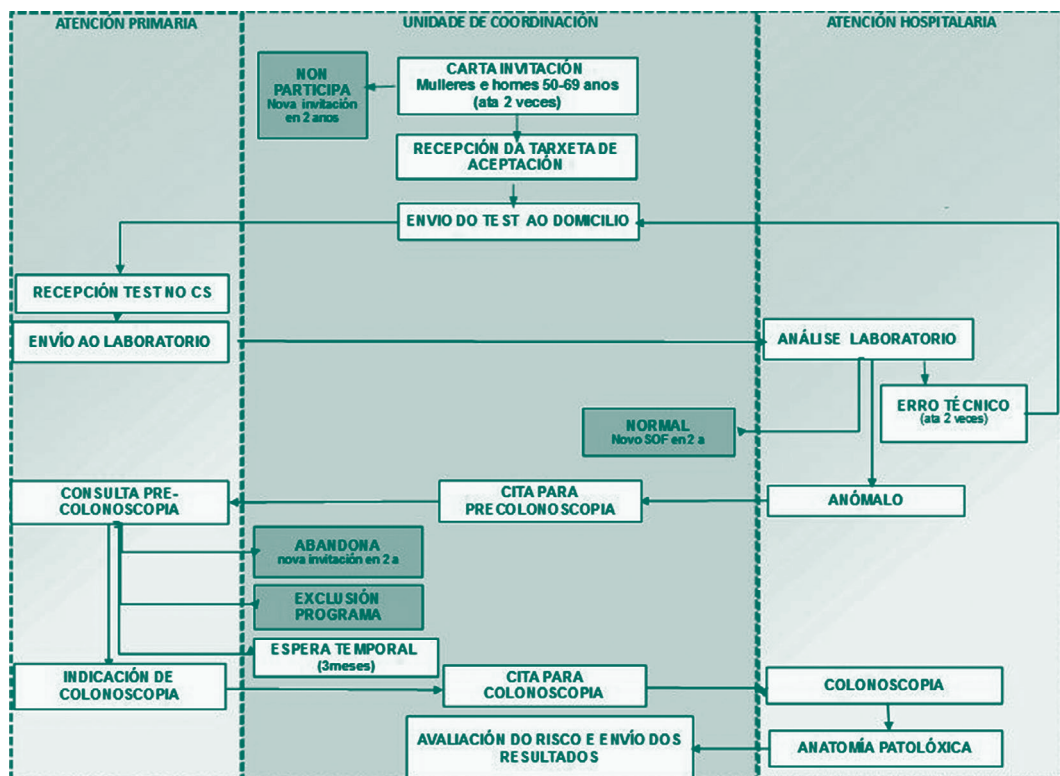
No momento de facer a colonoscopia o persoal facultativo pregúntalle á persoa sobre os seus antecedentes familiares de cancro colorrectal. Considérase alto risco familiar as persoas que cumpren ter algún familiar de primeiro grao (pai/nai/irmáns/filos/filas) diagnosticado antes dos 60 anos ou 2 familiares de primeiro grao diagnosticados a calquera idade. Nestes casos, independentemente do resultado da colonoscopia o Programa garante un seguimento con colonoscopia cada 5 anos ata os 75 anos de idade.

Diagrama de fluxo das tarefas dentro do Programa

Toda a información relativa ao Programa está dispoñible na páxina web do SERGAS e na intranet de cada EOXI coa información útil para axudar a resolver dúbidas relativas ás diferentes fases do proceso de cribado. O persoal técnico da Unidade de Coordinación en servizos centrais tamén é o encargado da coordinación xeral e da avaliación do Programa mediante a elaboración e difusión periódica de diferentes informes de actividade, tempos e resultados do Programa.

A figura 4 amosa o resumo deste circuito, que implica a participación de atención primaria, hospitalaria e os servizos centrais da Consellería de Sanidade (unidade de coordinación na Dirección Xeral de Saúde Pública).

Figura 4. Diagrama de fluxo das tarefas para cada estamento que participa no Programa



METODOLOXÍA PARA O CÁLCULO DOS INDICADORES

Neste informe amósanse os principais resultados do Programa desde o seu inicio en 2013 ata o 31 de decembro de 2017. Tendo en conta o calendario de implantación, algunhas EOXI (táboa 1) estaban aínda na súa primeira rolda de invitación, mentres que outras estaban xa a realizar invitacións sucesivas.

Considérase que unha persoa participa cando entrega o test. Esta participación pode ser en rolda inicial, cando é a primeira vez que entrega o test, ou sucesiva, todas as participacións posteriores á primeira.

Os cálculos dos indicadores fanse a partir das invitacións válidas, excluindo aquelas nas que a información que figura en tarxeta sanitaria non é correcta.

Táboa 4. Resumo dos principais indicadores, fórmulas

Indicador	Fórmula
Participación	$\frac{\text{N.º persoas con TSOE}}{\text{N.º persoas con invitación válida}}$
Porcentaxe de persoas con test inadecuados	$\frac{\text{N.º persoas con TSOE inadecuados}}{\text{N.º persoas con TSOE entregados}}$
Porcentaxe aceptación de colonoscopias	$\frac{\text{N.º persoas con colonoscopia realizada}}{\text{N.º persoas con colonoscopia indicada}}$
Porcentaxe de test positivos	$\frac{\text{N.º persoas con TSOE positivo}}{\text{N.º persoas con TSOE adecuado}}$
Taxa de detección de CCR	$\frac{\text{N.º persoas con CCR}}{\text{N.º persoas con TSOE adecuado}} \times 1000/\text{ano}$
Taxa de detección de AAR	$\frac{\text{N.º persoas con AAR}}{\text{N.º persoas con TSOE adecuado}} \times 1000/\text{ano}$
Taxa de detección de AMR	$\frac{\text{N.º persoas con AMR}}{\text{N.º persoas con TSOE adecuado}} \times 1000/\text{ano}$
Taxa de detección de ABR	$\frac{\text{N.º persoas con ABR}}{\text{N.º persoas con TSOE adecuado}} \times 1000/\text{ano}$
VPP do TSOE para adenomas ou CCR	$\frac{\text{N.º persoas con AAR, AMR, ABR ou CCR}}{\text{N.º persoas con colonoscopia realizada}} \times 100$

A participación calcúlase en porcentaxe de test entregados entre as persoas invitadas a participar no período, independentemente de cando entregaran o test. Para o resto de indicadores: test positivos, colonoscopias realizadas, lesións detectadas etc. a referencia son persoas con test entregado válido no período establecido.

Considérase un test inadecuado cando o resultado non pode ser interpretado por algún erro no procesamento da mostra, e non hai unha mostra posterior con resultado válido. No circuíto do Programa está prevista a repetición do test ata un máximo de 3 intentos.

As taxas de detección calcúlanse por cada 1.000 persoas con test entregado válido.

A taxa de aceptación de colonoscopia son as persoas con colonoscopia realizada do total de persoas con colonoscopia indicada. Isto significa que as que non a fixeron abandonaron ou ben están en espera temporal (non fixeron a colonoscopia por motivos alleos ao Programa) pero aínda a poden facer.

No apartado de complicacións de colonoscopia tanto o numerador como o denominador son procedementos, non persoas, polo tanto se unha persoa fixo varias colonoscopias conta varias veces. Isto non sucede no resto dos indicadores, como se pode ver na táboa 4, nos que os cálculos fanse con persoas e cada persoa conta unha vez.

O grupo de idade do Programa é 50 a 69 anos para cribado pero sempre hai participantes que cando entregan o test xa cumpriron os 70. Estes casos, 783 persoas en todo o período 2013-2017, suman nos resultados globais pero non se representan nos gráficos cando se fai a análise por grupos quinquenais de idade. No caso dos indicadores que o Programa galego achega para a Rede de Programas de Cribado de Cancro (11) a nivel nacional, estas persoas que xa cumpriron os 70 cando entregan o test non se contabilizan no global.

Os datos para a elaboración do informe obtivéronse en novembro de 2018 da aplicación PADIA que extrae os datos directamente do sistema de información CRIIS.

RESULTADOS DO PROGRAMA 2013-2017

Participación

Realizáronse un total de 404.336 invitacións (381.539 invitacións válidas e 22.827 non válidas), entregaron o test 164.044 persoas, o que representa unha participación global do 43% para rolda inicial.

En roldas sucesivas enviouse o test a 30.768 persoas e entregárono 28.627, o que representa unha participación do 93,04% e confirma que a adherencia ao Programa é moi alta tras unha primeira participación.

Táboa 5. Resultados de Participación. Primeira rolda de cribado 2013-2017

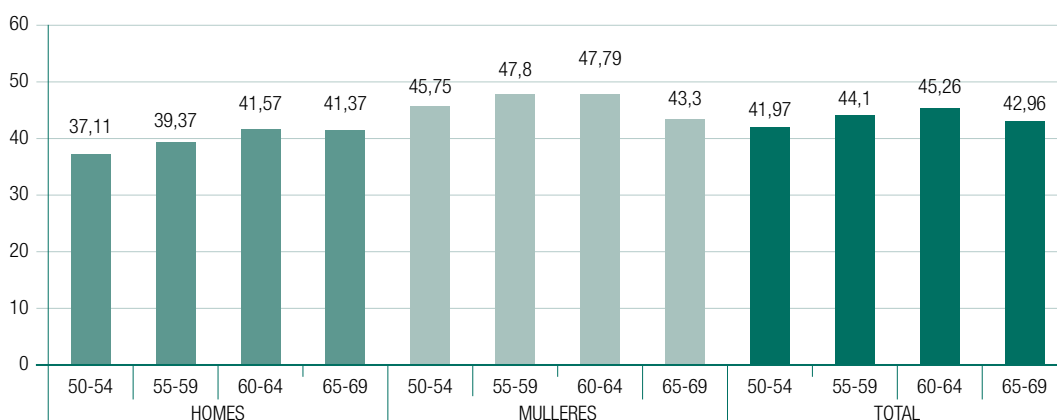
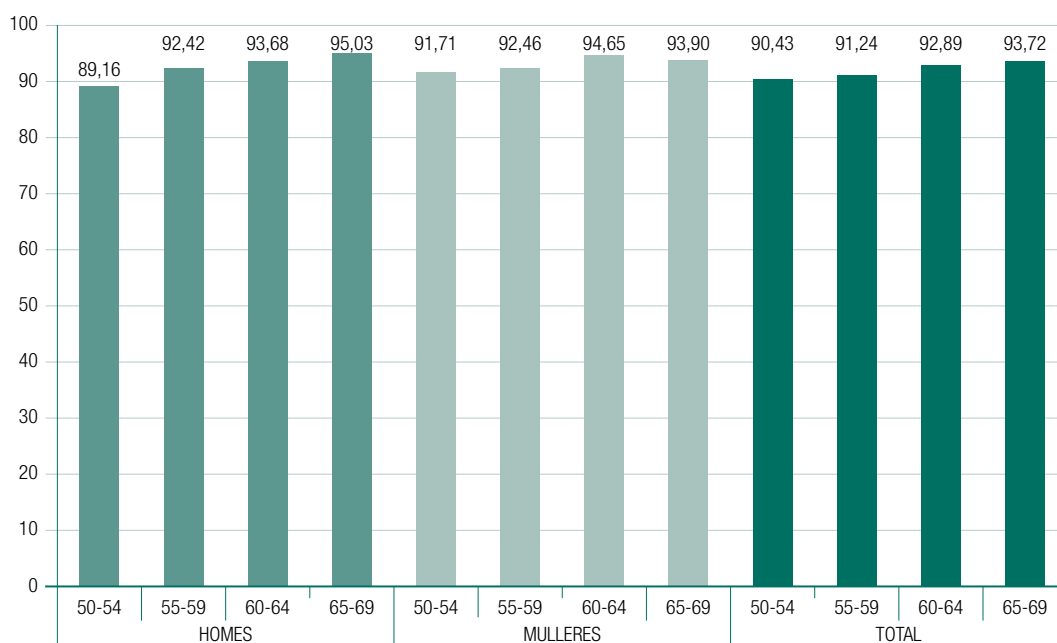
	Homes			Mulleres			Total		
	Invitacións	Test entregados	Participación %	Invitacións	Test entregados	Participación %	Invitacións	Test entregados	Participación %
2013	10.337	5.121	49,54	12.067	6.619	54,85	22.404	11.740	52,40
2014	7.774	3.676	47,29	8.252	4.449	53,91	16.026	8.125	50,81
2015	20.084	8.189	40,77	22.457	10.469	46,62	42.541	18.658	43,86
2016	49.817	20.650	41,45	53.358	26.032	48,79	103.175	46.682	45,25
2017	95.822	35262	36,80	101.571	43.577	42,90	197.393	78.839	39,94
Total	183.834	72.898	39,65	197.705	91.146	46,10	381.539	164.044	43,00

Táboa 6. Resultados de Participación. Roldas sucesivas de cribado 2013-2017

	Homes			Mulleres			Total		
	Invitacións	Test entregados	Participación %	Invitacións	Test entregados	Participación %	Invitacións	Test entregados	Participación %
2015	2.197	1.966	89,49	3.167	2.835	89,52	5.364	4.801	89,76
2016	4.133	3.861	93,42	5.516	5.178	93,87	9.649	9.039	93,67
2017	6.701	6.262	93,45	9.054	8.525	94,16	15.755	14.787	93,86
Total	13.031	12.089	92,77	17.737	16.538	93,24	30.768	28.627	93,04

En rolda inicial a participación en mulleres é 6 puntos porcentuais máis alta (46,10% fronte a 39,65% en homes). En roldas sucesivas esta diferenza non é apenas salientable, o que indica que a adherencia ao Programa é moi alta tanto en homes coma en mulleres.

A participación é máis alta en mulleres en todos os grupos de idade. A participación por idade non presenta un patrón moi característico aínda que semellan participar un pouco máis nas idades centrais, entre os 55 e os 65 anos. Os resultados amósanse nos seguintes gráficos 2 e 3.

Gráfico 2. Participación (%) 2013-2017 por sexo e grupo de idade. Primeira rolda**Gráfico 3.** Participación (%) 2013-2017 por sexo e grupo de idade. Rolda sucesiva

Na táboa 7 móstrase a evolución da participación por EOXI e por sexos.

Táboa 7. Resultados de participación global por EOXI 2013-2017

	Ferrol		Ourense		Pontevedra		Lugo		Santiago		Coruña		Vigo	
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
2013	54,9	49,6												
2014	54,0	47,5												
2015	52,9	46,1	51,2	45,3										
2016	60,2	50,9	52,8	44,5	49,2	43,5	51,3	45,1	51,3	43,7				
2017	53,7	46,5	48,4	39,5	44,8	38,1	47,6	40,8	46,9	40,6	50,8	44,7	36,3	34,3
TOTAL	55,1	48,0	50,7	42,8	46,6	40,3	48,5	41,9	47,9	41,3	50,8	44,7	36,3	34,3

Resultados da proba de cribado

A proba de SOF foi positiva no 7,02% dos casos en primeira rolda e no 5,27% en roldas sucesivas. Os resultados desagregados por rolda, sexo e ano pódense consultar na táboa 8.

Táboa 8. Resultados da proba de cribado, desagregado por roldas e sexo no período 2013-2017.

	Rolda inicial						Rolda sucesiva					
	Test entregados		Inadecuados		% Positivos		Test entregados		Inadecuados		% Positivos	
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
2013	3.623	2.669	1	1	5,99	9,56						
2014	6.526	5.159	1	0	5,96	9,25						
2015	8.773	6.996	0	0	5,45	9,46	2.436	1.702	0	0	4,56	7,46
2016	17.632	12.870	1	0	5,39	8,57	5.414	4.046	0	0	4,41	6,52
2017	45.446	37.333	1	1	5,29	9,08	7.263	5.312	0	0	4,50	5,85
Total	82.000	65.027	4	2	5,41	9,05	15.113	11.060	0	0	4,45	6,35

Gráfico 4. Porcentaxe de SOF positivas 2013-2017 por sexo e grupo de idade. Primeira rolda.

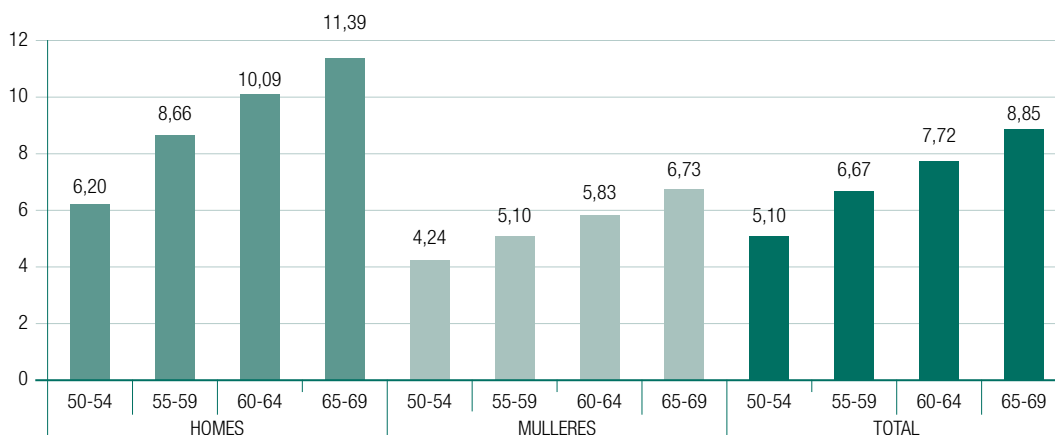
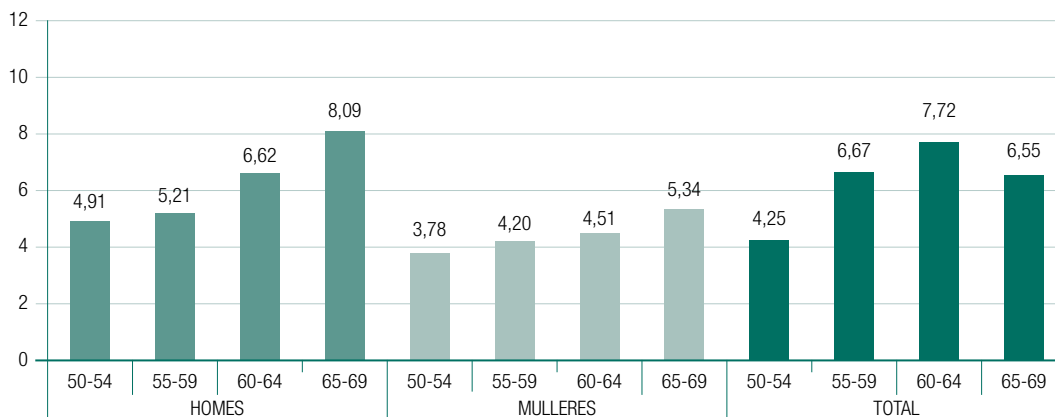


Gráfico 5. Porcentaxe de SOF positivas 2013-2017 por sexo e grupo de idade. Rolda sucesiva.



A positividade é sempre máis alta en homes e aumenta coa idade. En roldas sucesivas a tendencia é a mesma pero con cifras de positividade máis baixas.

Resultados da colonoscopia e detección de lesións

No período 2013-2017 realizouse a indicación de colonoscopia a un total de 11.352 persoas, das que a realizaron 11.027, sendo a porcentaxe de aceptación de colonoscopia global do 97,1%. Diagnosticáronse 599 persoas con CCR o que supón un VPP do test SOF para cancro de 5,43% e unha taxa de detección de CCR de 3,46 por cada 1.000 persoas que entregan o test. Ademais diagnosticáronse 1.942 persoas con adenomas de alto risco (AAR), 2.314 de risco medio (AMR) e 2.389 de risco baixo (ABR). Os resultados das lesións detectadas desagregados por sexo e rolda pódense consultar nas táboa 9, 10, 11 e 12.

Táboa 9. Número de persoas con CCR, taxas e detección e VPP por sexo e rolda. 2013-2017

	CANCRO INVASIVO	ROLDA INICIAL			ROLDA SUCESIVA		
		Homes	Mulleres	TOTAL	Homes	Mulleres	TOTAL
2013	Nº persoas con CCR	18	11	29			
	Taxa de detección de CCR ‰	6,75	3,04	4,61			
	VPP para CCR ‰	7,53	5,58	6,65			
2014	Nº persoas con CCR	37	19	56			
	Taxa de detección de CCR ‰	7,17	2,91	4,79			
	VPP para CCR ‰	8,55	5,14	6,97			
2015	Nº persoas con CCR	37	26	63	5	3	8
	Taxa de detección de CCR ‰	5,29	2,96	4,00	2,94	1,23	1,93
	VPP para CCR ‰	5,91	5,69	5,82	4,17	2,86	3,56
2016	Nº persoas con CCR	55	30	85	5	6	11
	Taxa de detección de CCR ‰	4,27	1,70	2,79	1,24	1,11	1,16
	VPP para CCR ‰	5,36	3,38	4,44	2,01	2,63	2,31
2017	Nº persoas con CCR	229	98	327	9	11	20
	Taxa de detección de CCR ‰	6,11	2,13	3,93	1,69	1,51	1,59
	VPP para CCR ‰	7,17	4,25	5,93	3,10	3,55	3,33

Táboa 10. Número de persoas con AAR, taxas e detección e VPP por sexo e rolda. 2013-2017

	AAR	ROLDA INICIAL			ROLDA SUCESIVA		
		Homes	Mulleres	TOTAL	Homes	Mulleres	TOTAL
2013	Nº persoas con AAR	45	16	61			
	Taxa de detección de AAR ‰	16,87	4,42	9,70			
	VPP para AAR	18,83	8,12	13,99			
2014	Nº persoas con AAR	98	33	131			
	Taxa de detección de AAR ‰	19,00	5,06	11,21			
	VPP para AAR	22,63	8,92	16,31			
2015	Nº persoas con AAR	153	39	192	14	8	22
	Taxa de detección de AAR ‰	21,87	4,45	12,18	8,23	3,28	5,32
	VPP para AAR	24,44	8,53	17,73	11,67	7,62	9,78

2016	Nº persoas con AAR	268	114	382	39	14	53
	Taxa de detección de AAR ‰	20,82	6,47	12,52	9,64	2,59	5,60
	VPP para AAR	26,10	12,85	19,96	15,66	6,14	11,11
2017	Nº persoas con AAR	772	271	1043	40	18	58
	Taxa de detección de AAR ‰	20,65	5,94	12,58	7,53	2,48	4,61
	VPP para AAR	24,13	11,84	19,01	13,79	5,81	9,67

As taxas de detección de persoas con AAR son máis altas en homes sobre todo en primeira rolda pero tamén nas sucesivas. Consecuentemente os VPP para AAR tamén son máis altos en homes, é dicir, tras unha proba de SOF positiva a probabilidade de ter unha lesión de alto risco (5 ou máis adenomas ou polo menos 1 de máis de 20mm) é moito maior en homes (24,13% fronte a 11,84% en mulleres para o ano 2017), con diferenzas similares para todos os anos nos que hai valores dispoñibles.

Táboa 11. Número de persoas con AMR, taxas e detección e VPP por sexo e rolda. 2013-2017

	AMR	ROLDA INICIAL			ROLDA SUCESSIVA		
		Homes	Mulleres	TOTAL	Homes	Mulleres	TOTAL
2013	Nº persoas con AMR	58	43	101			
	Taxa de detección de AMR ‰	21,74	11,87	16,06			
	VPP para AMR	24,27	21,83	23,17			
2014	Nº persoas con AMR	113	91	204			
	Taxa de detección de AMR ‰	21,90	13,95	17,46			
	VPP para AMR	26,10	24,59	25,40			
2015	Nº persoas con AMR	128	67	195	34	18	52
	Taxa de detección de AMR ‰	18,30	7,64	12,37	19,98	7,39	12,57
	VPP para AMR	20,45	14,66	18,01	28,33	17,14	23,11
2016	Nº persoas con AMR	206	136	342	68	34	102
	Taxa de detección de AMR ‰	16,01	7,71	11,21	16,81	6,28	10,78
	VPP para AMR	20,6	15,33	17,87	27,31	14,91	21,38
2017	Nº persoas con AMR	765	436	1201	59	58	117
	Taxa de detección de AMR ‰	20,47	9,57	14,48	11,11	7,99	9,30
	VPP para AMR	23,91	19,07	21,90	20,34	18,71	19,50

Táboa 12. Número de persoas con ABR, taxas e detección e VPP por sexo e rolda. 2013-2017

	ABR	ROLDA INICIAL			ROLDA SUCESSIVA		
		Homes	Mulleres	TOTAL	Homes	Mulleres	TOTAL
2013	Nº persoas con ABR	49	36	85			
	Taxa de detección de ABR ‰	18,37	9,94	13,51			
	VPP para ABR	20,50	18,27	19,50			
2014	Nº persoas con ABR	85	74	159			
	Taxa de detección de ABR ‰	16,48	11,34	13,61			
	VPP para ABR	19,63	20,00	19,80			
2015	Nº persoas con ABR	125	102	227	31	21	52
	Taxa de detección de ABR ‰	17,87	11,63	14,40	18,21	8,62	12,57
	VPP para ABR	19,97	22,32	20,96	25,83	20,00	23,11

	ABR	ROLDA INICIAL			ROLDA SUCESSIVA		
		Homes	Mulleres	TOTAL	Homes	Mulleres	TOTAL
2016	Nº persoas con ABR	206	207	413	62	51	113
	Taxa de detección de ABR ‰	16,01	11,74	13,54	15,32	9,42	11,95
	VPP para ABR	20,06	23,34	21,58	20,94	22,37	23,69
2017	Nº persoas con ABR	670	528	1198	71	71	142
	Taxa de detección de ABR ‰	17,92	11,60	14,45	13,37	9,78	11,29
	VPP para ABR	20,94	23,10	21,84	24,48	22,90	23,67

No caso das taxas de lesións de risco medio e baixo, as diferenzas entre homes e mulleres non son tan amplas coma en risco alto pero tamén seguen sendo máis altas en homes, tanto en rolda inicial coma en sucesivas e ao longo de todos os anos desde o inicio do Programa. As taxas de detección de lesións por sexo, EOXI e rolda de cribado no período 2013-2017 pódense consultar na táboa 13. As taxas na EOXI da Coruña non son moi representativas dado que nese período de estudo había 2.401 test entregados.

Táboa 13. Taxas de detección de CCR, AAR, AMR, ABR por cada 1.000 persoas que entregan o test. No período 2013 a 2017 por sexo e rolda de cribado.

		ROLDA INICIAL				ROLDA SUCESSIVA			
		Taxa CCR ‰	Taxa AAR ‰	Taxa AMR ‰	Taxa ABR ‰	Taxa CCR ‰	Taxa AAR ‰	Taxa AMR ‰	Taxa ABR ‰
EOXI Ferrol	H	5,69	19,35	24,20	17,20	1,72	9,47	16,56	15,60
	M	2,77	4,38	12,31	11,20	1,51	2,85	8,56	9,03
EOXI Ourense	H	6,02	22,39	23,62	17,01	2,26	6,79	18,10	11,87
	M	2,62	6,62	11,59	11,77	0,40	2,79	7,16	11,54
EOXI Pontevedra	H	4,80	20,72	19,92	23,32				
	M	1,69	5,85	9,32	14,02				
EOXI Lugo	H	5,98	25,92	24,97	12,91				
	M	1,70	6,96	11,52	10,80				
EOXI Santiago	H	4,92	18,57	22,57	17,29				
	M	2,15	6,25	9,79	9,86				
EOXI Vigo	H	9,81	25,15	22,42	14,71				
	M	1,79	5,85	18,46	11,66				
EOXI Coruña	H	14,16	17,70	35,40	19,47				
	M	0,73	4,39	13,17	12,44				

As taxas de detección de lesións por EOXI na primeira rolda represéntanse nos seguintes mapas.

Figura 6. Taxas de detección de CCR (%) primeira rolda por EOXI e por sexo

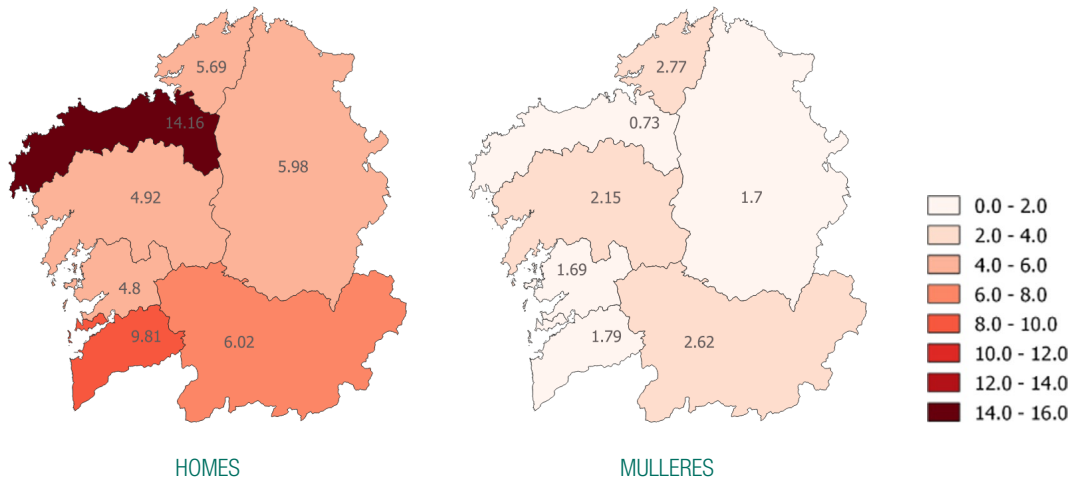


Figura 7. Taxas de detección de AAR (%) primeira rolda por EOXI e por sexo

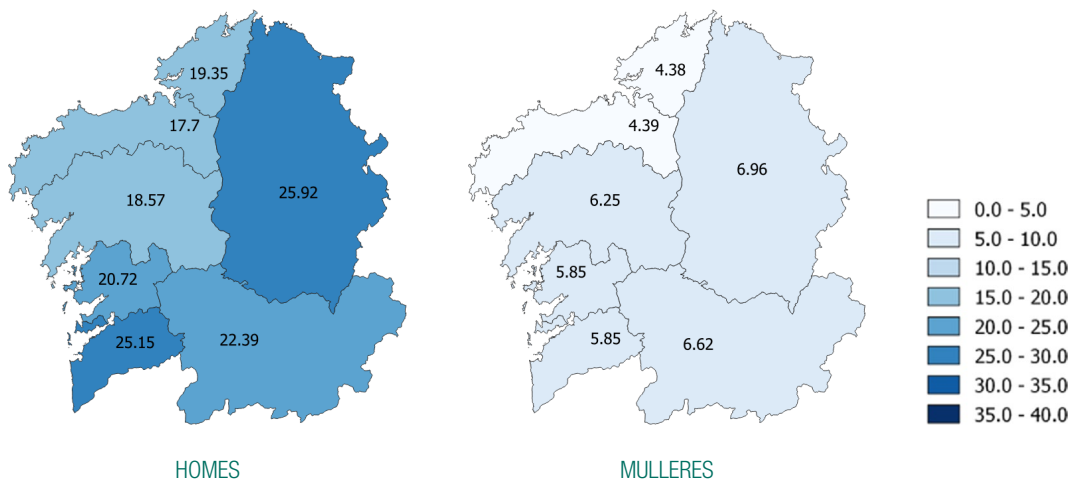


Figura 8. Taxas de detección de AMR (%) primeira rolda por EOXI e por sexo

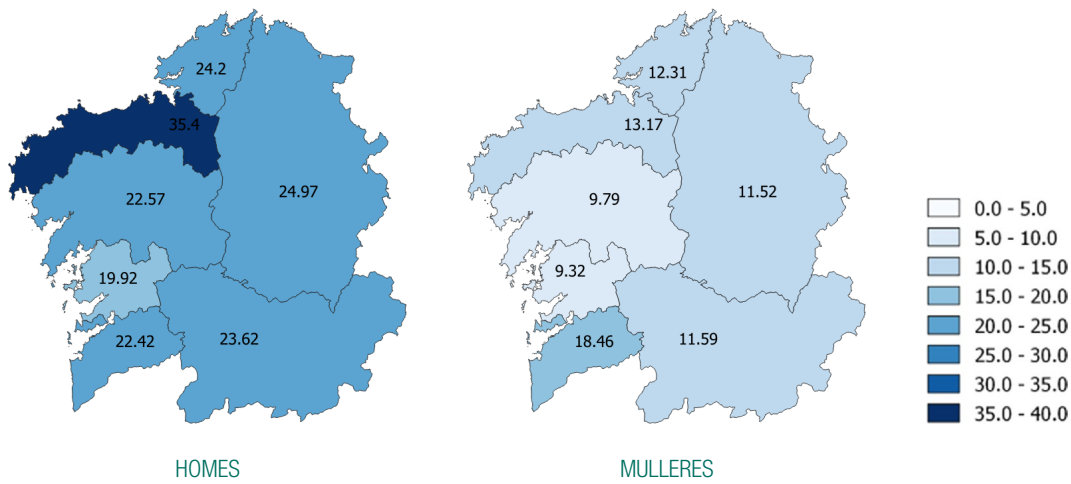
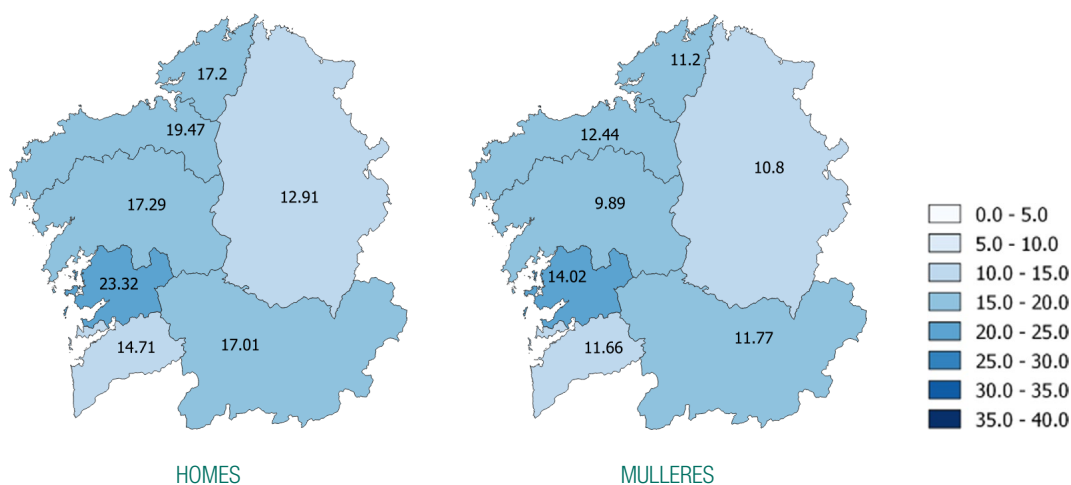
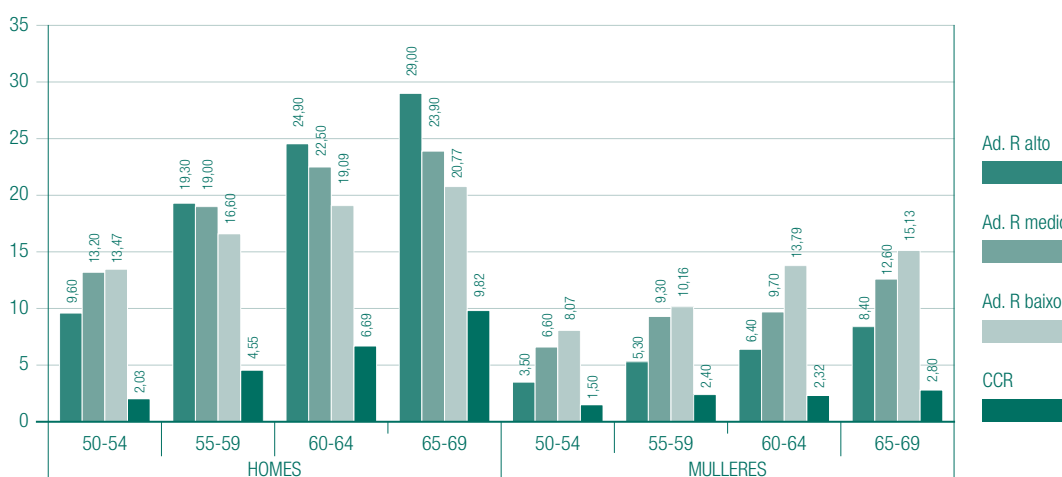
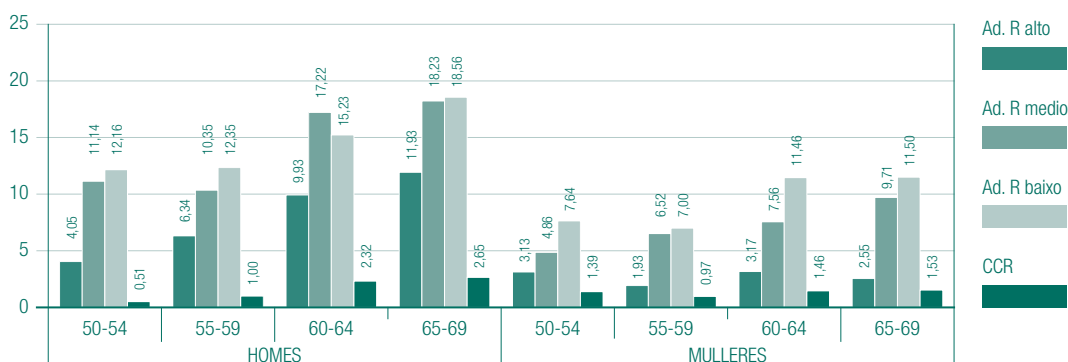


Figura 9. Taxas de detecção de ABR (%) primeira rolda por EOXI e por sexo**Gráfico 6.** Lesiões detectadas por sexo e grupo de idade 2013-2017. Primeira rolda**Gráfico 7.** Lesiões detectadas por sexo e grupo de idade 2013-2017. Roldas sucesivas

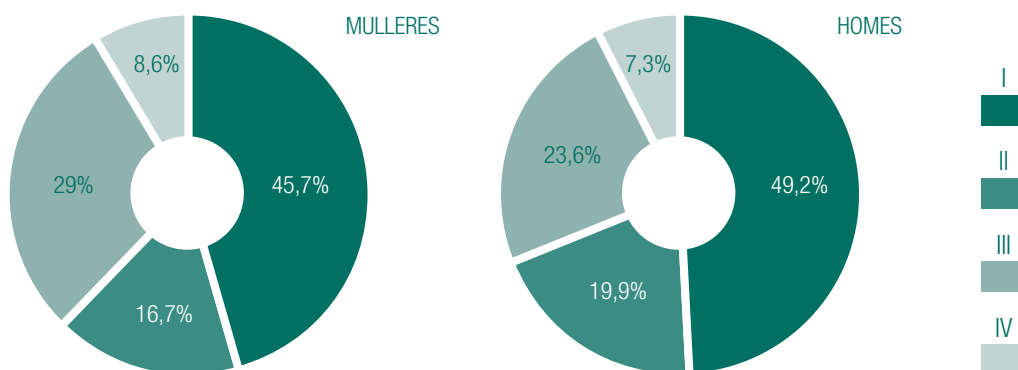
Nos gráficos 6 e 7 amósanse as taxas de detección de CCR e adenomas por sexo e grupo de idade. As taxas son máis altas a maior idade, a tendencia é a mesma en ambos os dous sexos.

Estadios dos cancros detectados

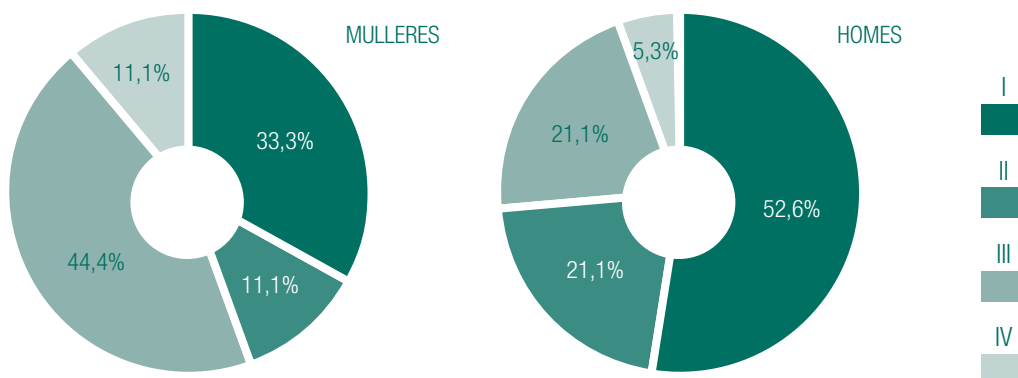
No período dende o inicio do Programa ata 31 de decembro de 2017 diagnósticáronse un total de 599 cancros, 560 en rolda inicial e 39 en sucesivas. Os estadios ao diagnóstico por rolda e sexo pódense consultar no gráfico 9.

Gráfico 8. Porcentaxe dos estadios ao diagnóstico TNM segundo a AJCC (American Joint Committee on Cancer) 7ª Edición. Comparación de rolda inicial e sucesivas por sexo no período 2013-2017.

ROLDA INICIAL



ROLDAS SUCESSIVAS



Aproximadamente un 70% dos cancros diagnóstícanse en estadios iniciais (I ou II) tanto en homes coma en mulleres. As porcentaxes dos estadios dos cancros en segunda rolda aínda non son moi representativas pois trátase de 39 cancros no período.

Estudo dos cancros de Intervalo 2013-2015

Un cancro de intervalo (CI) é aquel CCR primario diagnosticado despois dun episodio de cribado negativo con ou sen seguimento, antes da seguinte invitación ao cribado ou nun prazo igual ou menor ao intervalo de cribado se a persoa alcanzou a idade máxima de participación no Programa.

O CI, polo tanto, pode aparecer tras un test negativo ou tras un test positivo cunha proba de confirmación diagnóstica (colonoscopia) negativa posterior. Os prazos nos que se poden estudar estes cancros varían en función do tempo que se estableza como recomendación para facer de novo o cribado.

O estudo dos CI dun programa de cribado permite, ademais de caracterizalos e indagar nas súas potenciais causas, avaliar o impacto dos programas a curto prazo cando aínda non é posible valorar a redución na incidencia e mortalidade. Coñecer as taxas de CI é necesario para calcular a sensibilidade dos programas, o cal, xunto con outros indicadores, permite a súa avaliación e comparación.

O Programa galego estuda periodicamente os CI mediante unha busca exhaustiva de tódolos CCR incidentes na comunidade a través das bases dispoñibles: Conxunto mínimo básico de datos (CMBD) no que se codifican as altas dos hospitais galegos, públicos e privados, Rexistro Galego de Tumores (REGAT) e a propia base de datos do Programa (CRIIS). Unha vez identificados e caracterizados todos estes cancros calcúlanse as taxas de CI.

Os últimos datos analizados a este respecto son dos anos 2013-2017, corresponden por tanto ás taxas de CI das persoas participantes nos anos 2013-2015 pois o intervalo de cribado para un test negativo son dous anos, nese prazo poden xurdir os CI.

Non se poden calcular taxas para os CI de seguimento porque para o ano 2013 non houbo ningún caso, e para o 2014 atopouse 1 pero aínda pode xurdir algún caso máis a principios de 2018 e aínda non está dispoñible o CMBD correspondente.

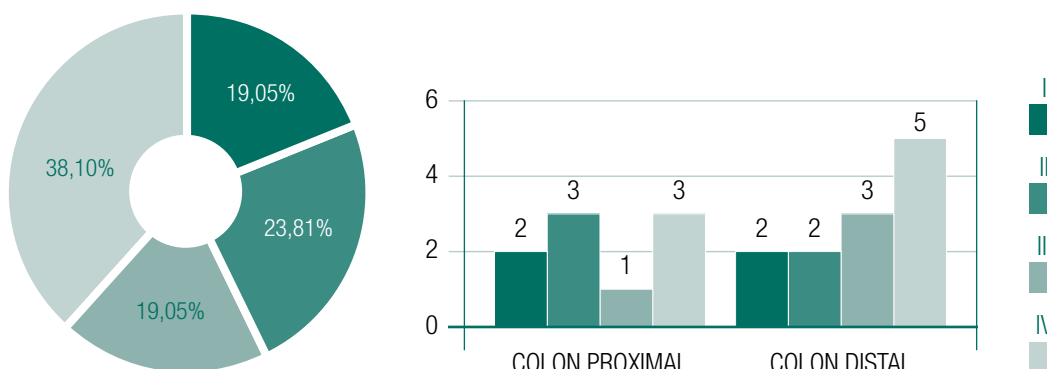
No período analizado atopáronse 22 CI, 21 do test SOF e un de seguimento de risco intermedio do ano 2014, as taxas e a correspondente sensibilidade do test no Programa poden consultarse nas táboas 14 e 15 e a distribución por estadios no gráfico 9.

Taxa de CI do test SOF: Nº de cancros de intervalo diagnosticados por cada 1.000 persoas con test de SOF negativo.

Táboa 14. Taxa de CI do test e de detección de CCR do Programa para persoas participantes en 2013 por sexo

Ano test	Sexo	Participan (Test adecuado)	CCR	Taxa de detección ‰	Negativos do test	N.º CI	Taxa do CI do test ‰
2013	Home	2.667	18	6,75	2.412	3	1,24
	Muller	3.620	11	3,04	3.404	1	0,29
	Subtotal	6.287	29	4,04	5.816	4	0,69
2014	Home	5.157	37	7,17	4.680	4	0,85
	Muller	6.525	19	2,91	6.136	0	0,00
	Subtotal	11.682	56	3,91	10.816	4	0,37
2015	Home	8.719	42	4,82	7.928	10	1,26
	Muller	11.230	29	2,58	10.641	3	0,28
	Subtotal	19.949	71	3,58	18.569	13	0,70
Total		37.918	156	4,11	35.201	21	0,60

Gráfico 9. Distribución por estadios e localización dos CI do test



O 38,1% dos casos de CI do test eran estadio IV. Ao desagregar por localización, os cancros do colon distal acumulan máis casos en estadios avanzados mentres que os cancros proximais se reparten de xeito máis homoxéneo nos distintos estadios.

Sensibilidade do test SOF no Programa galego

Proporción de casos de CCR diagnosticados polo Programa respecto do total de casos de CCR en poboación cribada.

Táboa 15. Sensibilidade do test no Programa

Ano	Sexo	CCR Programa	CI Programa	CCR totales (Programa + CI do test SOF)	Sensibilidade (%)	Estándar*
2013	Home	18	3	21	85,71	76,5-84%
	Muller	11	1	12	91,67	
	Total	29	4	33	87,88	
2014	Home	37	4	41	90,24	
	Muller	19	0	19	100,00	
	Total	56	4	60	93,33	
2015	Home	42	10	52	80,77	
	Muller	29	3	32	90,63	
	Total	71	13	84	84,52	
Total		156	21	177	88,14	

* Referencia das guías europeas de control de calidade en cribado do cancro colorrectal (13) para outros programas de cribado poboacionais que utilizan o mesmo tipo de test e mesmo punto de corte que o Programa galego.

Tempos entre procesos

Outros dos indicadores do Programa son os tempos entre os principais procesos do cribado. O tempo de aceptación-envío de test e o tempo do laboratorio cumpre co obxectivo agás no ano 2014.

Os tempos entre o resultado do test e a cita de precolonoscopia en atención primaria tamén cumpren os estándares marcados polas GGEE (13), non así os tempos entre a cita de primaria e a cita da colonoscopia que están por encima do estándar deseable. No ano 2017 a mediana de tempo que transcorre entre o resultado positivo e a cita de colonoscopia foi de 61 días. Como se pode observar na táboa 16, este indicador está lonxe de chegar ao obxectivo desexable de <31 días. Este tempo implica varios responsables, por un lado o Programa que xestiona a cita precolonoscopia en atención primaria e por outro as EOXI que facilitan o número de ocos dispoñibles nas axendas de colonoscopias de cribado. Cada mes o Programa elabora un informe de tempos de demora de colonoscopia para valorar se é necesario axustar a actividade de colonoscopias.

Táboa 16. Tempos entre procesos. Período 2013-2017

Indicador	Mediana en días					Obxectivo
	2013	2014	2015	2016	2017	
Tempo aceptación-envío test	14	36	8	10	7	<15
Tempo de laboratorio (entrega no laboratorio-resultado)	4	8	7	4	1	<7
Tempo resultado positivo test e cita precolonoscopia	12	12	14	14	14	<15
Tempo cita precolonoscopia e cita colonoscopia	33	82	36	30	46	<31
Tempo resultado positivo test e cita colonoscopia	45	96	57	45	61	<45

Comparación dos resultados do Programa cos estándares europeos

Como estándares de referencia no Programa galego empregamos os propostos polas GGEE (13) para programas poboacionais aínda que o intervalo nalgúns casos é moi amplo dado que no momento en que se publicou a Guía eran poucos os programas postos en marcha. Non hai referencia para taxas de detección de adenomas nin VPP en roldas sucesivas pola mesma razón.

Táboa 17. Comparación dos principais resultados do Programa galego cos estándares das GGEE (13). Período 2013-2017

	Proporción de test positivos (%)	Taxa de detección de CCR (‰)	Taxa de detección de adenomas (‰)	VPP para cancro (%)	VPP para adenomas (%)
Rolda Inicial	7,02	3,80	40,32	5,75	61,04
Referencia Europea	4,4-11,1	1,8-9,5	13,3-22,3	4,5-8,6	19,6-40,3
Rolda sucesiva	5,27	1,49	27,17	3	54,61
Referencia Europea	3,9	1,3	-	4	-

Como se pode observar, o Programa cumpre cos estándares propostos. Nalgúns casos supéraos amplamente (taxa de detección de adenoma e VPP para adenomas) a excepción da taxa de positivos en rolda sucesiva, que no Programa galego está en 5,27% cando non debería superar o 3,9%.

AVALIACIÓN DAS UNIDADES DE COLONOSCOPIA 2017

Como xa se comentou no apartado 2, actualmente, as colonoscopias dos pacientes do Programa fanse en 7 grandes hospitais de Galicia, un por cada EOXI. Estas unidades, e individualmente cada profesional facultativo que realiza as colonoscopias, son avaliados anualmente mediante os indicadores de calidade propostos polas GGEE (13) e a Guía de calidade na colonoscopia de cribado do cancro colorrectal do grupo AEG-SEED (14).

Presentamos neste apartado os principais resultados da última avaliación feita ás unidades de colonoscopia correspondente ao ano 2017. Para o cálculo de todos os indicadores utilizáronse unicamente as primeiras colonoscopias realizadas. Exclúen-se para o cálculo as repeticións por limpeza inadecuada, cambio de pauta, resección incompleta etc. e os seguimentos. A definición dos indicadores amósase na táboa 18.

Táboa 18. Definición dos indicadores das unidades de colonoscopia.

INDICADOR	DEFINICIÓN	NIVEL ACEPTABLE
Taxa de detección de adenomas (TDA)	Proporción de pacientes sometidos a colonoscopia nos que se detecta como mínimo un adenoma confirmado histoloxicamente.	>40% na primeira rolda
Intubación do cego	Proporción de colonoscopias nas que se acada a intubación cecal do total de colonoscopias realizadas por colonoscopista.	Aceptable>90% Desexable>95%
Tempo de retirada do endoscopio	Tempo transcorrido dende a intubación do cego ata a extracción do endoscopio do orificio anal.	Aceptable(>6min)
Recuperación de pólipos	Proporción de pólipos recuperados para estudo histolóxico do total de extirpados.	Aceptable>95% pólipos >10 Aceptable>80% pólipos <10
Uso de sedación	Proporción de exploracións nas que se utiliza sedación.	Aceptable>90%
Preparación adecuada	Proporción de exploracións nas que a limpeza de colon é considerada boa ou excelente.*	Aceptable>90%

* puntuación na escala Boston de 6 ou máis puntos (cun mínimo de 2 puntos en cada un dos tramos explorados: colon ascendente, colon transversal, colon descendente) (12).

Para a TDA excluíronse da análise as colonoscopias de seguimento e tamén aquelas con resultado “Repetir por cambio de pauta de anticoagulación”. Para o cálculo deste indicador téñense en conta os cancros invasivos que se detectan sobre un pólipo adenomatoso, pero non se teñen en conta en caso de que se detecte o cancro mediante biopsia (neste caso non se detecta un adenoma).

No caso do tempo de retirada soamente se teñen en conta as colonoscopias con resultado “normal para cribado”, é dicir soamente aquelas nas que non se fixo unha polipectomía. Para o cálculo da taxa de intubación do cego excluíronse da análise as colonoscopias con resultado “limpeza inadecuada”.

Para o cálculo do indicador de preparación adecuada utilizouse a variable de escala de Boston rexistrada por tramos no informe de colonoscopia, non o resultado final

do informe “Repetir por limpeza pobre (LP)” pois cando hai outro motivo de repetición ou derivación da colonoscopia (Repetir porque precisa cambio de pauta de anticoagulación, repetir por resección incompleta etc.) prevalece este último e non o resultado de LP.

Para os indicadores de colonoscopista excluíronse os datos das colonoscopias da EOXI da Coruña dado que comezaron a súa actividade o 11 de decembro de 2017 e os resultados non serían representativos. Para roldas sucesivas no 2017 só hai datos dispoñibles da EOXI de Ferrol e a de Ourense.

Os resultados por EOXI, colonoscopista codificado e rolda amósanse na táboa 19.

Táboa 19. Indicadores da unidade de colonoscopias por EOXI e colonoscopista rolda inicial, ano 2017

EOXI		Taxa detección de adenomas		Recuperación de pólipos		Intubación do cego		Uso de sedación		Preparación adecuada		Tempo de retirada >6 min	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
EOXI Ferrol	1	44	52,27	166	99,40	117	99,15	126	87,30	126	92,86	48	100
	2	33	60,61	215	99,07	106	99,06	112	88,39	111	94,59	24	87,5
	3	37	40,54	116	100	91	100	94	86,17	94	96,81	31	100
EOXI Ourense	4	257	71,21	693	99,71	280	98,93	287	100	287	96,52	50	98
	5	231	70,13	727	98,07	253	99,21	265	100	266	94,36	38	100
	6	121	66,12	369	98,14	145	99,31	152	100	152	95,39	21	100
	7	73	60,27	204	99,03	91	100	95	100	94	95,74	21	100
	8	44	72,73	176	96,59	53	100	56	96,43	56	94,64	7	100
	9	281	68,68	831	96,40	300	98,67	319	100	317	92,11	49	100
EOXI Pontevedra	10	227	69,60	755	96,16	228	99,12	232	99,57	230	97,83	29	100
	11	172	68,60	510	94,90	168	97,62	177	99,44	174	95,40	13	100
	12	184	62,50	423	96,95	186	100	193	100	193	95,85	34	100
	13	175	66,29	647	97,99	179	98,32	183	99,45	181	97,24	35	100
	14	182	69,23	719	98,89	186	100	191	99,48	191	96,34	20	100
EOXI Lugo	15	250	78	1016	99,70	240	100	252	99,60	251	95,62	26	100
	16	129	65,89	315	98,75	129	97,67	130	99,23	129	98,45	27	100
	17	317	64,98	767	98,57	287	99,65	319	99,37	317	91,48	54	100
	18	277	79,78	1246	97,91	264	99,62	285	100	285	92,28	20	100
EOXI Santiago	19	251	64,54	475	99,79	245	99,18	251	99,20	252	96,43	59	69,49
	20	156	57,69	374	99,47	143	93,71	155	98,06	152	88,16	27	85,18
	21	69	71,01	170	95,88	66	98,48	69	100	69	92,75	15	100
	22	51	62,75	124	96,77	50	98	51	100	50	98	10	100
	23	66	53,03	127	94,78	63	98,41	66	100	65	95,38	16	81,25
	24	161	64,60	354	94,63	155	98,71	163	99,39	162	93,83	30	100
	25	251	61,75	494	95,55	245	98,37	253	98,81	253	94,07	54	100
	26	113	59,29	199	96,48	103	97,09	114	98,25	113	89,38	21	42,85
EOXI Vigo	27	83	66,27	243	97,53	72	100	82	100	84	85,71	14	100
	28	83	75,90	281	95,58	80	100	83	100	83	96,39	10	100
	29	77	61,04	227	95,78	74	100	76	98,68	77	93,51	12	91,66
Estándar			>40%		>95%	>90% aceptable >95 desexable		>90% aceptable		>90% aceptable		100% das normais	

Táboa 20. Indicadores da unidade de colonoscopias por EOXI e colonoscopista rolda sucesiva, ano 2017

EOXI		Taxa detección de adenomas		Recuperación de pólipos		Intubación do cego		Uso de sedación		Preparación adecuada		Tempo de retirada >6 min	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
EOXI Ferrol	1	171	57,31	367	99,46	179	99,44	193	89,12	192	92,71	52	100
	2	182	61,54	449	98	184	99,46	205	94,63	204	90,69	46	80,43
	3	163	53,37	403	99,75	160	100	177	92,66	177	90,40	42	100
EOXI Ourense	4	9	66,67	16	100	9	100	9	100	9	100	-	-
	5	11	81,82	29	100	10	100	11	100	11	90,91	1	100
	6	12	58,33	15	100	12	100	13	100	12	100	3	100
	7	3	33,33	10	100	3	100	3	100	3	100	2	100
	8	25	76	101	95	25	100	25	100	25	100	5	80
	9	15	53,33	41	95,12	14	100	15	100	15	93,33	6	100
Estándar				>95%		>90% aceptable >95 desexable		>90% aceptable		>90% aceptable		100% de las normais	

Se analizamos os datos para o global do Programa, acádanse todos os indicadores avaliados, salvo o tempo de retirada de >6 minutos que tería que acadarse no 100% e acádase no 94,79% en primeira rolda e no 93,79% en sucesivas. Gráficos 10 e 11.

Gráfico 10. Indicadores de calidade da unidade de colonoscopia Global do Programa. Ano 2017, rolda inicial.

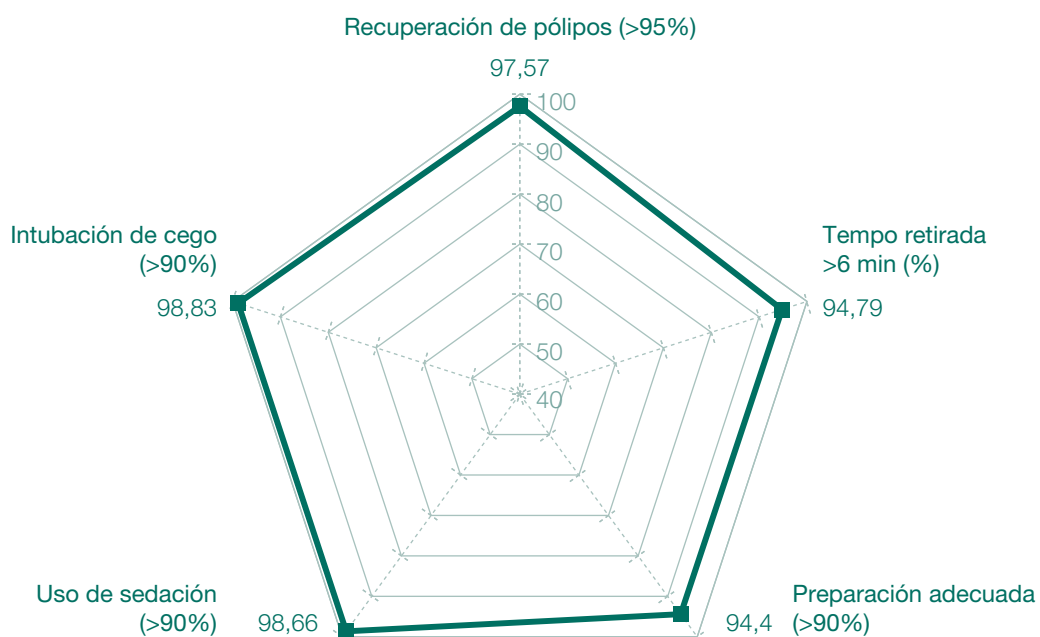
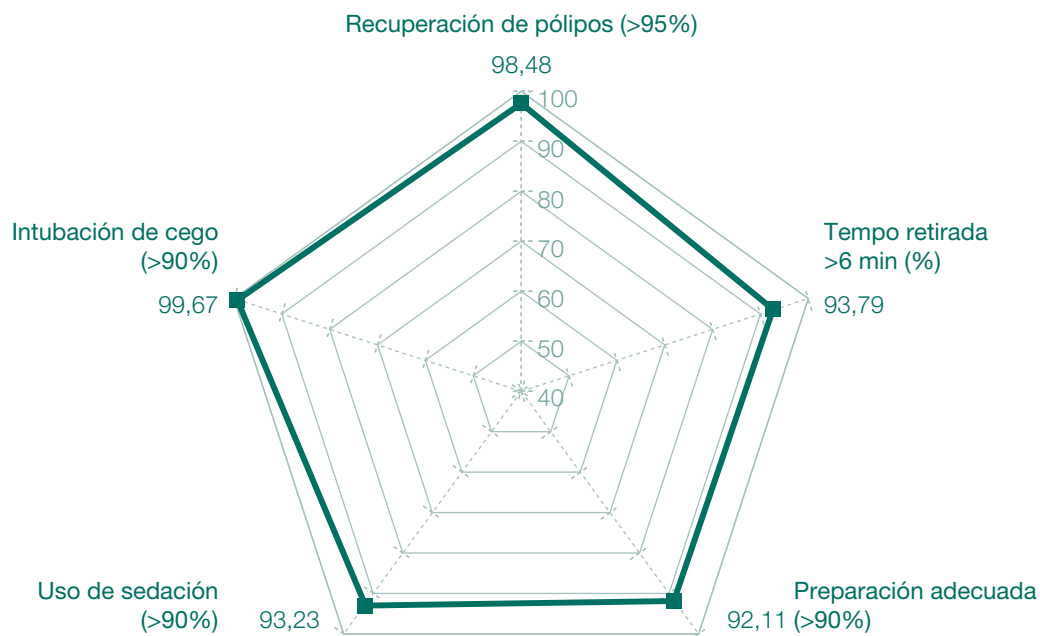


Gráfico 11. Indicadores de calidade da unidade de colonoscopia Global do Programa. Ano 2017, rolda sucesiva.



ESTUDO DAS COMPLICACIÓNS DA COLONOSCOPIA 2017

As complicacións das colonoscopias son un dos principais efectos adversos dos programas de cribado de CCR. Estas poden producirse durante a realización da proba ou de xeito diferido, é dicir, una vez que a persoa é dada de alta da unidade de exploración.

As complicacións inmediatas rexístranse no informe de endoscopia. No caso das diferidas hai que facer unha busca exhaustiva a través do CMBD das altas cun diagnóstico compatible con complicación grave entre as persoas que realizaron unha colonoscopia no período especificado.

Definimos complicación grave de acordo coa guía europea como morte ou ingreso hospitalario por hemorraxia severa que necesita transfusión, perforación intestinal, síndrome vagal grave ou síndrome similar á peritonite.

Desde o inicio do Programa en maio 2013 ata o 31 de decembro de 2017 realizáronse un total de 11.428 colonoscopias con 19 complicacións graves poscolonoscopia. Todas as persoas que ingresaron por algunha complicación grave tras colonoscopia de cribado foron dadas de alta sen secuelas, agás nun caso dun home no que tiveron que realizar hemicolectomía a consecuencia dunha perforación.

Na táboa 21 pódense consultar as colonoscopias realizadas cada ano e a porcentaxe de complicacións graves anual e global do Programa que se atopa dentro dos estándares europeos.

Táboa 21. Complicacións maiores das colonoscopias 2013-2017

Ano	N.º colonoscopias	N.º complicacións graves	Porcentaxe	Porcentaxe global ref*
2013	349	0	0,00%	0-0,3%
2014	867	0	0,00%	
2015	1.112	3	0,27%	
2016	2.782	5	0,18%	
2017	6.318	11	0,17%	
Global	11.428	19	0,17%	

* Guía europea de control de calidade en cribado e diagnóstico do cancro colorrectal (13).

CONCLUSIÓNS

- O Programa galego de detección precoz do cancro colorrectal, que se iniciou no ano 2013 na EOXI de Ferrol, está implantado na actualidade en toda Galicia. Espérase que en setembro do ano 2019 toda a poboación obxectivo de todas as EOXI sexa invitada, polo menos, unha vez, cumprindo folgadoamente co obxectivo proposto polo Ministerio de Sanidade de rematar no ano 2024.
- A participación global do 44,35% en rolda inicial e do 93,09% en sucesivas está dentro do esperado para ser un Programa de recente implantación que non tivo moita visibilidade e difusión dado que non estaba invitada toda a poboación diana. A diminución da participación nos últimos anos reflicte esa progresiva implantación, que dado que non rematara na data do informe, moitos dos invitados non tiveron tempo a participar. O obxectivo a curto e medio prazo é aumentar esta participación para o que vai ser imprescindible buscar canles de difusión entre a poboación diana, colaboración con outros programas nacionais, organizacións de pacientes e máis implicación, se cabe, de atención primaria, que son os profesionais que manteñen o contacto próximo coa poboación.
- Aínda que a intención do Programa é ter unha base poboacional, hai un 8% da poboación á que non podemos chegar coas ferramentas actuais. Un 2,2% representado pola poboación de 50 a 69 que non ten tarxeta sanitaria do Sergas e un 4,7% de rexistros de domicilio incorrectos.
- A participación máis baixa rexístrase na EOXI de Vigo, quizais debido a que foi das últimas en incorporarse, e comezou por áreas urbanas nas que habitualmente se rexistran as participacións máis baixas. O feito de ser das últimas en incorporarse implica tamén un incremento na práctica de cribado oportunista que foi cubrindo a poboación en paralelo ao cribado poboacional inexistente na zona.
- A porcentaxe de resultados positivos de SOF, taxas de detección de cancro e VPP están dentro dos estándares recomendamos polas GGEE (13). As taxas de detección de adenomas están por enriba dos estándares. Isto pode explicarse por ser Galicia unha zona de alta incidencia de adenomas e/ou pola alta capacidade do equipo de endoscopia para detectar e extirpar este tipo de lesións. Tamén é posible que a poboación inicial ao comezo do cribado tiña características diferentes ás da poboación orixe descritas nas guías.
- Existen diferenzas por sexos en participación. As mulleres participan máis en primeira rolda (46,14% vs 42,42%) isto pode estar falando dun maior compromiso cas actividades preventivas nas mulleres que teñen máis contacto coa atención primaria de saúde polo seu labor de coidadoras.
- Existen tamén diferencias na positividade do test, sendo máis alta a positividade para os homes (9,05% vs 5,41%), e tamén nas taxas de detección de cancros e de adenomas o que fai que sexa máis efectiva neles unha participación neste Programa.

- Estas diferenzas son útiles á hora de dar a información á cidadanía para a instalos a participar neste tipo de programas voluntarios e poboacionais.
- Preto do 70% dos cancros diagnóstícanse en estadios I e II. En roldas sucesivas era de esperar que esta porcentaxe aínda fose máis alta pero non se observan moitas diferenzas quizais porque aínda son poucos, 39 en total, os cancros diagnosticados en segunda rolda.
- O estudo dos cancros de intervalo do Programa permítenos calcular a sensibilidade do test SOF e avaliar a curto prazo o impacto do Programa. A sensibilidade do test no período 2013-2015 é de 88,14% , cifra que supera o estándar proposto polas guías europeas. Os cancros diagnosticados en estadios máis avanzados poden estar relacionados con cancros máis agresivos ou incluso de recente aparición.
- As unidades de endoscopia que participan no Programa de cribado acadan os obxectivos propostos para os indicadores de TDA, recuperación de pólipos, intubación do cego, uso de sedación e preparación adecuada para todos os colonoscopistas tanto en rolda inicial coma en sucesivas.
- A porcentaxe global de complicacións maiores da colonoscopia para o Programa desde o inicio a decembro de 2017 é de 0,17% e está dentro do estándar global recomendado.
- Os tempos entre procesos son un dos puntos de mellora do Programa, sobre todo no caso do tempo entre o resultado positivo do test e a cita de colonoscopia. Os obxectivos marcados nas guías europeas poden estar minusvalorando estes tempos. Haberá que ter una discusión no marco nacional e europeo para poder debater de novo estes estándares en relación cos resultados actuais dos programas.
- O Programa galego de detección precoz do cancro colorrectal, en termos globais, está cumprindo cos obxectivos marcados tanto a nivel nacional como europeo para este tipo de Programas, co valor engadido de incorporar na súa actividade rutineira o seguimento de persoas diagnosticadas de lesións de alto ou intermedio risco de padecer un cancro colorrectal.

BIBLIOGRAFÍA

1. (REDECAN) Red española de registros de cancer. Estimaciones de la incidencia del cáncer en España, 2019 [Internet]. 2019 [cited 2019 Mar 21].
Available from: <http://redecn.org/es/page.cfm?id=210&title=estimaciones-de-la-incidencia-del-cancer-en-espana,-2019>
2. Lopez-Abente G, Ardanaz E, Torrella-Ramos A, Mateos A, Delgado-Sanz C, Chirlaque MD. Changes in colorectal cancer incidence and mortality trends in Spain. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol*. 2010 May;21 Suppl 3:iii76-82.
3. Galceran J, Ameijide A, Carulla M, Mateos A, Quiros JR, Rojas D, et al. Cancer incidence in Spain, 2015. *Clin Transl Oncol*. 2017 Jul;19(7):799–825.
4. SIMCA: Sistema de Información sobre Mortalidad por Cancro de Galicia [Internet]. [cited 2018 Nov 12]. p.
<https://www.sergas.es/Saude-publica/SIMCA-Sistema->
Available from: <https://www.sergas.es/Saude-publica/SIMCA-Sistema-de-Información-sobre-Mortalidade-por-Cancro-de-Galicia>
5. Portal estadístico del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social [Internet]. [cited 2018 Oct 25].
Available from: <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/DefaultPublico.aspx>
6. Holleczeck B, Rossi S, Domenic A, Innos K, Minicozzi P, Francisci S, et al. On-going improvement and persistent differences in the survival for patients with colon and rectum cancer across Europe 1999-2007 - Results from the EUROCARE-5 study. *Eur J Cancer*. 2015 Oct;51(15):2158–68.
7. Valori R, Rey J-F, Atkin WS, Bretthauer M, Senore C, Hoff G, et al. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edition--Quality assurance in endoscopy in colorectal cancer screening and diagnosis. *Endoscopy*. 2012 Sep;44 Suppl 3:SE88-105.
8. Council Recommendation of 2 December on Cancer Screening. *Off J Eur Union*. 2003;878:34–8.
9. Atkin WS, Valori R, Kuipers EJ, Hoff G, Senore C, Segnan N, et al. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edition--Colonoscopic surveillance following adenoma removal. *Endoscopy*. 2012 Sep;44 Suppl 3:SE151-63.
10. The National Health System Cancer Strategy. Madrid; 2009.
11. Red de programas de cribado de cáncer en España [Internet]. [cited 2018 Nov 12].
Available from: <http://www.cribadocancer.es/index.php/cancer-colorrectal/red-de-programas-de-cribado-espanoles/situacion>
12. Lai EJ, Calderwood AH, Doros G, Fix OK, Jacobson BC. The Boston bowel preparation scale: a valid and reliable instrument for colonoscopy-oriented research. *Gastrointest Endosc*. 2009 Mar;69(3 Pt 2):620-5.

13. Segnan N, Patnick J, von Karsa L. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edit. Commission E, editor. Luxembourg; 2010.
14. Grupo de trabajo de la AEG-SEED. Calidad en la colonoscopia de cribado de cáncer colorrectal. EDIMSA. 2011.

