

Programa galego de detección precoz do cancro colorrectal

Resultados 2013-2022

PROGRAMA
GALEGO DE
DETECCIÓN
PRECOZ DO



XUNTA
DE GALICIA

XUNTA
DE GALICIA

Consellería de Sanidade
Dirección Xeral de Saúde Pública

RESPONSABLES DA PUBLICACIÓN

Silvia Suárez Luque
Subdirección Xeral de Programas de Fomento de Estilos de Vida Saudable

Ángel Gómez Amorín
Servizo de Programas Poboacionais de Cribado

Raquel Almazán Ortega
Programa galego de detección precoz do cancro colorrectal

Elena Rodríguez Camacho
Programa galego de detección precoz do cancro colorrectal

Juana Fontenla Rodiles
Programa galego de detección precoz do cancro colorrectal

María Moreno Pestonit
Programa galego de detección precoz do cancro colorrectal

Ana María Mañá Álvarez
Programa galego de detección precoz do cancro colorrectal

Ana Blanco Ferreiro
MIR de Medicina Preventiva e Saúde Pública da área sanitaria de Santiago de Compostela

María Carmen Seijas Seoane
Programa galego de detección precoz do cancro colorrectal

MAQUETACIÓN

Tórculo Comunicación Gráfica, S. A.

Santiago de Compostela, 2024

Programa galego de detección precoz do cancro colorrectal

Resultados 2013-2022

RESUMO

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 International Association of Cancer Registries (IACR) para o 2020, o cancro colorrectal é o máis frecuente no conxunto da poboación. A maior parte destes cancros diagnóstícanse en estadios avanzados, o que afecta a supervivencia dos pacientes.

A evolución natural do CCR cun longo período de latencia, unido á existencia de probas de cribado que demostraron a súa efectividade, tanto na detección de lesións precursoras coma de CCR en estadios precoces, fan desta enfermidade unha candidata ideal para establecer un programa de detección precoz. O 70-80 % dos casos de CCR proceden dun pólipo adenomatoso e nun 20-30 % dun pólipo serrado que sofre unha transformación maligna que pode prolongarse arredor de 10 anos. Durante este tempo, poden sangrar de forma intermitente, por iso a proba de detección de sangue oculto nas feces (SOF) e a posterior colonoscopia dos casos positivos, ademais de reducir a incidencia deste tumor ao eliminar lesións en fases iniciais, pode diminuír tamén a mortalidade por CCR entre un 30 % e un 35 %.

Xa no ano 2003, o Consello da Unión Europea estableceu entre as súas recomendacións a detección precoz do CCR para homes e mulleres entre 50 e 75 anos. En España, no ano 2014, a carteira de servizos do sistema nacional de saúde márcalles como obxectivo ás comunidades autónomas que poñan en marcha o cribado do cancro colorrectal para homes e mulleres entre 50 e 69 anos e que completen a cobertura ao 100 % da poboación no ano 2024. No caso de Galicia, a implantación do Programa galego de detección precoz do cancro colorrectal comeza no ano 2013 e complétase no ano 2019, o que supón un adianto de cinco anos ao obxectivo proposto polo Ministerio de Sanidade.

A invitación á poboación diana (homes e mulleres de 50 a 69 anos residentes en Galicia e con tarxeta sanitaria do Servizo Galego de Saúde) faise a través dunha carta remitida aos domicilios, acompañada dun folleto explicativo e do material necesario para a toma da mostra das feces, mostra que se pode depositar en calquera centro de saúde da área de residencia das persoas, desde onde se envía ao laboratorio de referencia.

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, sen necesidade

de que se envíe unha nova carta de invitación. A persoa participante entraría na súa segunda rolda de participación. Na actualidade, esta información envíase a través dunha mensaxe de texto ao teléfono móbil das persoas subscritas a este tipo de comunicación co Sergas e, ademais, atópase dispoñible na plataforma É-saúde. Por outra parte, as persoas nas que se detectan indicios de sangue oculto nas feces (o que se considera resultado positivo) son citadas na consulta de atención primaria para explicarlles o significado deste resultado e a necesidade de realizar unha colonoscopia. Posteriormente, no hospital de referencia realízaselles unha colonoscopia de cribado, a cal ten carácter de diagnóstico e tamén terapéutico, xa que se trata de visualizar e extirpar todas as lesións detectadas.

Unha vez realizada a colonoscopia e extirpadas, se é o caso, as lesións suxestivas de malignidade, o programa realiza unha avaliación individual do risco en función do resultado da anatomía patolóxica e establécese o seguimento adecuado para cada persoa segundo o establecido nas guías vixentes. Este resultado da avaliación comunícaselle por carta á persoa interesada. No caso de que se detecte cancro nalgún pólipo ou biopsia, o programa xestiona directamente unha cita no servizo de dixestivo ou en cirurxía. As persoas que precisan un seguimento mediante colonoscopia continúan no programa ata os 75 anos, de xeito que pasan a formar parte da actividade rutineira do programa de cribado.

Este programa implica a actuación coordinada de atención primaria, de atención hospitalaria e da Dirección Xeral de Saúde Pública. Todos os centros de saúde de Galicia que contan con circuíto de envío de mostras ao laboratorio participan no programa. Ademais, nos centros de saúde lévanse a cabo as consultas de precolonoscopia dos casos positivos no test de SOF. Nos sete hospitais de referencia, un por cada área sanitaria, analízanse as mostras de SOF, realízanse as colonoscopias dos casos con indicios de sangue e faise a análise anatomopatolóxica das mostras extirpadas na colonoscopia, e tamén o tratamento das persoas cun diagnóstico de CCR. Na Dirección Xeral de Saúde Pública está centralizada toda a coordinación e xestión do programa: envío de cartas de invitación, comunicación de resultados, envío de tests, xestión de citas, seguimento de todas as persoas obxecto de cribado e avaliación dos resultados do programa.

RESULTADOS DO PROGRAMA (2013-2022)

1. Participación

Desde o inicio do programa, enviáronse 1.910.892 invitacións válidas (1.445.809 nunha rolda inicial e 465.083 nas roldas sucesivas), co que se cubriu toda a poboación galega de entre 50 e 69 anos. A participación global, medida pola entrega dos tests, foi do 46,33 %, e sempre maior entre as mulleres (49,69 % nas mulleres fronte ao 42,64 % nos homes), independentemente do ano de invitación. Cando se analiza a participación por rolda de cribado, obsérvase que aquelas persoas que xa participaron algunha vez volven facelo nun 89,59 % dos casos (90,09 % nas mulleres fronte ao 88,79 % nos homes). Non entanto, a participación na primeira rolda (persoas invitadas por primeira vez por cumprir 50 anos de idade e aquelas que xa foron invitadas fai dous anos pero que non participaron) está no 32,41 % (35,07 % nas mulleres fronte ao 29,60 % nos homes).

2. Resultados da proba de cribado

Os datos sobre a porcentaxe de positivos e lesións detectadas refírense a aquelas persoas que entregaron o test ata decembro de 2022, que foron un total de 849.639. Nun 5,87 % dos casos, a proba SOF detectou indicios de sangue, o 6,70 % na primeira rolda e o 4,92 % dos casos nas roldas sucesivas.

3. Lesións detectadas

No período que vai desde o inicio do programa e ata decembro de 2022, realizáronselles colonoscopias a 46.943 persoas. Como resultado destas, identificáronse 2.228 persoas con cancros invasivos (taxa de 2,62 por cada 1.000 persoas que entregan o test), o que supón un valor predictivo positivo (VPP) do test de SOF para cancro (a probabilidade de ter un cancro cando o resultado do test é positivo e despois de facer a colonoscopia) do 4,75 %. As taxas de lesións foron sempre máis altas nos homes, e destaca a taxa de cancros invasivos.

Táboa 1. Taxa de lesións entre homes e mulleres por tipo de lesión. 2013-2022

	CCR	LESIÓNS A SEGUIMENTO POR COLONOSCOPIA
Homes	3,86 ‰	34,14 ‰
Mulleres	1,66 ‰	13,33 ‰

Cando se analizan os datos por rolda de participación obsérvase que, nas roldas sucesivas, as taxas de detección son claramente inferiores (táboa 2).

Táboa 2. Taxa de lesións por roda de participación. 2013-2022

	CCR	AAR
R. Inicial	3,69 ‰	27,02 ‰
R. Sucesivas	1,39 ‰	17,19 ‰

No ano 2022 realizáronselles colonoscopias a 6.017 persoas. Delas, o 42,41 % tiveron algún tipo de lesión: 253 cancros e 2.299 lesións a seguimento con colonoscopia.

4. Estadio dos cancros invasivos

Desde o inicio do programa ata o 31 de decembro de 2022, diagnosticáronse un total de 2.228 cancros, 1.678 na rolda inicial e 550 nas roldas sucesivas. O 65,8 % deles foron identificados en estadios precoces (47,5 % en estadio I e 18,2 % en estadio II), nos que o prognóstico é significativamente mellor.

No ano 2022 identificáronse 253 cancros, 162 diagnosticados na rolda inicial e 91 nas roldas sucesivas, onde o 64 % do total foron diagnosticados nos estadios I e II.

5. Complicacións da colonoscopia

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, unha vez que a persoa é dada de alta da unidade de exploración.

Desde o inicio do programa, en maio do 2013 ata o 31 de decembro de 2022, realizáronse un total de 67.179 colonoscopias, con 67 complicacións graves poscolonoscopia, o que supón unha incidencia global do 1,00 ‰. Esta porcentaxe atópase dentro dos estándares recomendados polas guías europeas de calidade en cribado de CCR (0-0,3 ‰). Este criterio cúmprese tanto se o avaliamos desde o inicio do programa como desagregando por anos.

6. Comparación dos principais resultados do Programa galego cos estándares das GGEE

Como se pode observar, o programa cumpre ou supera os estándares propostos, a excepción da proporción de positivos en rolda sucesiva, que no programa galego está en 4,92 %, cando non debería superar o 3,9 % e o VPP para cancro en rolda sucesiva. Non existe, polo momento, un estándar de taxa de detección de lesións a seguimento para ambas as roldas co que comparar os nosos resultados.

Táboa 3. Comparación dos principais resultados do Programa galego cos estándares das GGEE. Período 2013-2022

	PROPORCIÓN DE TEST POSITIVOS (%)	TAXA DE DETECCIÓN DE CCR (‰)	TAXA DE DETECCIÓN DE LESIÓNS A SEGUIMIENTO (‰)	VPP PARA CANCRO (%)	VPP PARA LESIÓNS A SEGUIMIENTO (%)
Rolda inicial	6,70	3,69	27,02	5,89	26,20
Referencia europea	4,4-11,1	1,8-9,5	-	4,5-8,6	-
Rolda sucesiva	4,92	1,39	17,19	2,98	14,44
Referencia europea	3,9	1,3	-	4	-

7. Conclusións

O Programa galego de detección precoz do cancro colorrectal, que se iniciou no ano 2013 na área sanitaria de Ferrol, está implantado na actualidade en toda Galicia. En xullo de 2019, acadouse o obxectivo de invitar a participar, polo menos unha vez, o 100 % da poboación de 50 a 69 anos, co que nos adiantamos cinco anos ao obxectivo proposto polo Ministerio de Sanidade, que propoñía rematar no ano 2024.

En termos globais, o programa galego está cumprindo cos obxectivos marcados para este tipo de programas e, como valor engadido, incorpora na súa actividade rutineira de cribado as actividades de seguimento mediante colonoscopia de todas as persoas ás que se lles detecta un risco alto ou intermedio de padecer un cancro colorrectal.

ÍNDICE

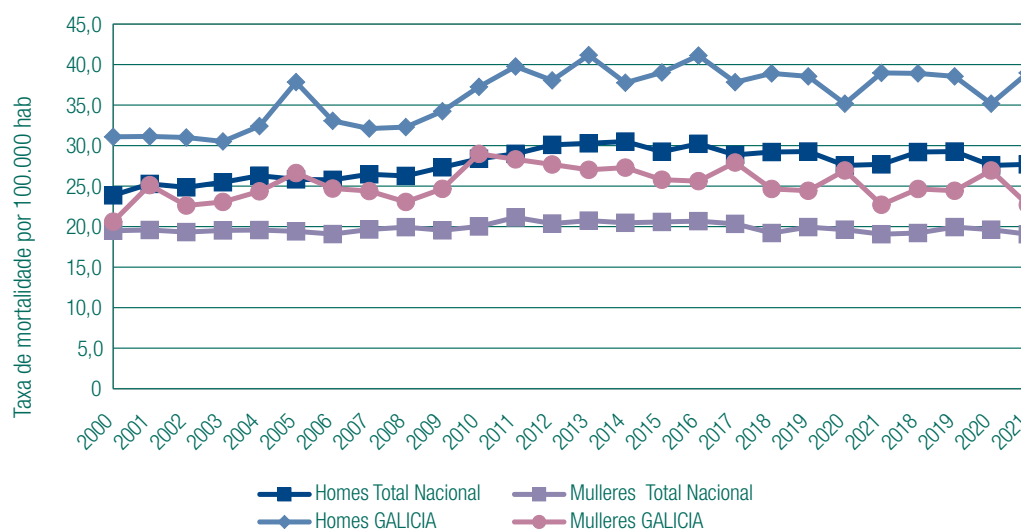
1. INTRODUCCIÓN.	13
2.. MODELO ORGANIZATIVO DO PROGRAMA GALEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DO CANCRO COLORRECTAL.	16
3. RESULTADOS DO PROGRAMA 2013-2022	23
4. CONCLUSIÓN	37
5. BIBLIOGRAFÍA.	39

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 IACR (International Association of Cancer Registries) para o 2020, o cancro colorrectal é o máis frecuente no conxunto da poboación. Nas mulleres, é o segundo cancro máis incidente despois do de mama e, nos homes, o segundo despois do de próstata (1–3). Segundo os últimos datos obtidos do portal estatístico do Ministerio de Sanidade, o CCR foi o causante de 1.029 defuncións no ano 2021 en Galicia (2). A maior parte destes cancros diagnostícanse en estadios avanzados, o que afecta a supervivencia dos pacientes.

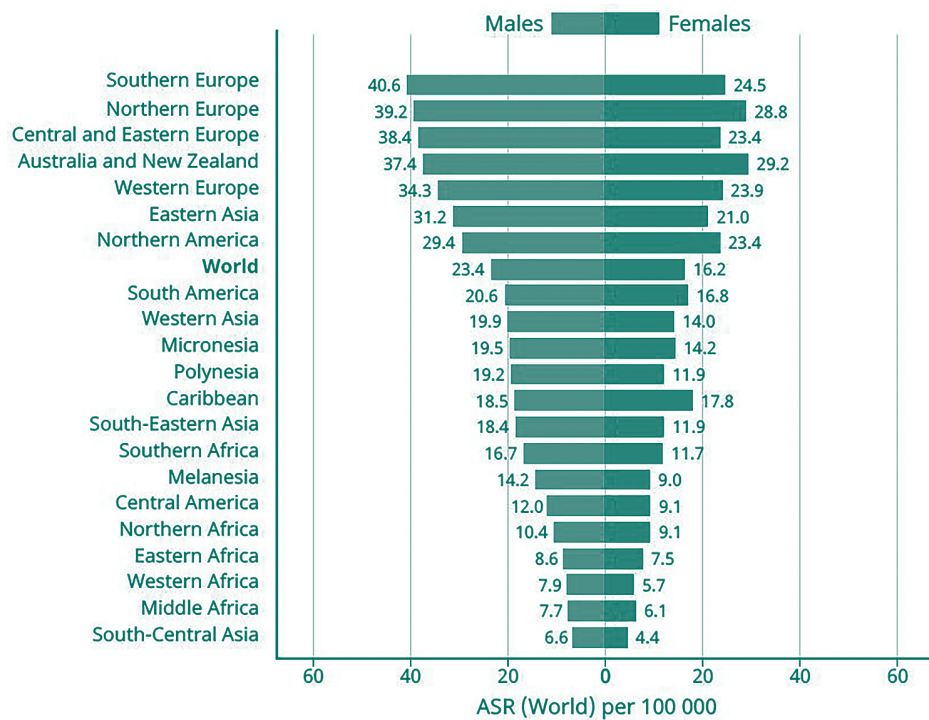
No contexto de España, Galicia ten unhas taxas de mortalidade por este cancro superiores ás que se rexistran no conxunto do país (4). Estas son bastante estables desde o ano 2000 (arredor de 30-40 defuncións por CCR por cada 100.000 habitantes en homes e 20-30 por cada 100.000 habitantes en mulleres), aínda que nos últimos anos nas mulleres pódese observar una lixeira tendencia descendente, tal como se pode ver no gráfico 1 (2,5).

Gráfico 1. Taxas de mortalidade por 100.000 habitantes axustadas á poboación europea en España e Galicia, por sexo, anos 2000-2022. Fonte: Pestadistico.com, portal estatístico do Ministerio de Sanidade, Consumo e Benestar social (2,5)



A estimación de incidencia de CCR para o sur de Europa en 2020 é a máis alta en comparación con outras rexións do mundo: 40,6 por cada 100.000 habitantes en homes, 24,5 en mulleres. A taxa mundial sitúase en 23,4 homes e 16,2 mulleres, como se ve na figura 1 (3,6). Estes datos confirman que o CCR é un problema de saúde importante no noso medio, cunha alta incidencia e mortalidade. A tendencia que se espera para os próximos anos é ascendente, cun incremento no número de casos dun 38,2 % desde o 2020 ao 2040 (figura 2).

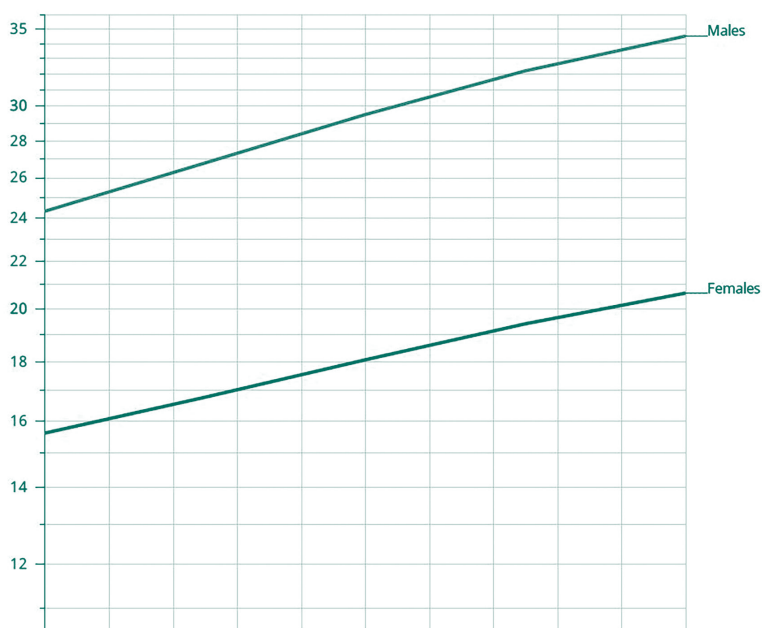
Figura 1. Taxas de incidencia estandarizadas para cancro colorrectal, por sexo e rexión.
Fonte: Globocan 2020. Estimación para o ano 2020 (3,5)



[The Global Cancer Observatory](#) - All Rights Reserved, December, 2020.

Figura 2. Estimación de novos casos (en miles) de cancro de colon e recto para España.
Anos 2020 a 2040 (3,5)

Estimated number of new cases from 2020 to 2040, Males and Females, age [0-85+]
Colon + Rectum
Spain



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 coma de CCR en estadios precoces, fan desta enfermidade unha candidata ideal para establecer un programa de detección precoz. O 70-80 % dos casos de CCR procede dun pólipo adenomatoso e nun 20-30 % dun pólipo serrado que sofren unha transformación maligna que pode prolongarse arredor de 10 anos (7). Durante este tempo, poden sangrar de forma intermitente, por iso a detección do sangue oculto nas feces, 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 (8). En Europa, a maioría dos países están a traballar na posta en marcha deste tipo de programas. En España, no ano 2014, a carteira de servizos do sistema nacional de saúde márcalles como obxectivo ás comunidades autónomas que poñan en marcha o cribado do cancro colorrectal para homes e mulleres entre 50 e 69 anos e tamén que completen a cobertura ao 100 % da poboación no ano 2024 (9). 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 (10).

MODELO ORGANIZATIVO DO PROGRAMA GALEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DO CANCRO COLORRECTAL

O Programa galego de detección precoz do cancro colorrectal iniciouse como unha experiencia piloto no 2013 na área sanitaria de Ferrol e, despois dunha rolda completa de cribado (2 anos) e da súa avaliación, comezou a súa expansión ao resto das áreas. No ano 2015, incorporouse a área de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras; no 2016, a de Pontevedra e o Salnés, a de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos e a de Santiago de Compostela e Barbanza e, no 2017, incluíronse as dúas áreas restantes, A Coruña e Cee e Vigo, co que se completou toda a poboación obxectivo de Galicia (táboa 1).

En xullo do 2019, todas as áreas completaron unha primeira rolda de invitacións de cribado de dous anos de duración.

Táboa 1. Ano e mes de comezo da implantación do programa galego por área sanitaria

ANO	MES	ÁREA SANITARIA
2013	Marzo	Ferrol
2015	Xuño	Ourense Verín e O Barco de Valdeorras
2016	Maio Setembro Novembro	Pontevedra e o Salnés Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos Santiago de Compostela e Barbanza
2017	Xullo Setembro	Vigo A Coruña e Cee

Poboación diana

Homes e mulleres de 50 a 69 anos residentes en Galicia. Segundo o Instituto Galego de Estatística (IGE), no ano 2022 esta poboación a día 1 de xaneiro era de 772.742 cidadáns (373.663 homes e 399.079 mulleres).

Poboación obxectivo

Homes e mulleres de 50 a 69 anos residentes en Galicia con tarxeta sanitaria e cobertura 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 lle garantir esta proba á poboación que non elixe o seguro público de saúde, que estimamos que

rolda o 3 % da poboación diana. Na táboa 2, amósase a poboación con tarxeta sanitaria por área sanitaria e cobertura Sergas entre 50 e 69 anos a día 31 de decembro de 2022.

Táboa 2. Número de persoas de 50-69 anos con tarxeta sanitaria Sergas a día 31 de decembro de 2022 por área sanitaria e sexo

ÁREA SANITARIA	HOMES	MULLERES
Ferrol	24.489	26.693
Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras	40.885	43.071
Pontevedra e O Salnés	38.670	41.936
Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos	45.020	46.334
Santiago de Compostela e Barbanza	60.660	64.412
Vigo	76.490	82.280
A Coruña e Cee	73.429	80.434
TOTAL	359.643	385.160

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 que poida ser recuperable
- Colonoscopia feita nos últimos cinco 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 atopado nas feces. O punto de corte para considerar que hai indicios de sangue e, polo tanto, recomendar facer unha colonoscopia é de 20 µgrs de hemoglobina/g de feces, que equivale a 100 ng/ml de *buffer* no actual test empregado no programa. Un resultado menor de 20 µgrs de hemoglobina/g de feces considérase negativo e recoméndase repetir a proba unha vez pasados dous anos.

Circuíto de funcionamento do programa

Desde a unidade de coordinación do programa, a Consellería de Sanidade envíalle unha carta de invitación personalizada á poboación elixible, xunto cun folleto informativo e 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.

Hai casos nos que a información sobre o enderezo que figura na tarxeta sanitaria non permite o contacto coa persoa usuaria. De non atopar un novo enderezo (por exemplo, no caso das mulleres, na base de datos do Programa de cribado de cancro de mama) ou tras tres intentos non satisfactorios, as invitacións contabilízanse como non válidas. As novas incorporacións no programa desde tarxeta sanitaria (cidadáns que van cumprindo 50 anos ou que adquiren dereitos de asistencia) actualízanse diariamente. Tamén se actualizan coa mesma periodicidade as exclusións: falecidos, CCR previos ou colonoscopias feitas nos últimos cinco anos.

Na actualidade, os sete hospitais de referencia, un por área sanitaria, analizan os tests de SOF. Os resultados están integrados e pasan de forma automatizada desde o laboratorio tanto ao programa informático do programa (CRIIS) como á historia clínica electrónica (IANUS), e comunícaselle á persoa participante do seguinte xeito:

- Se non se atopan restos de sangue nas feces, a proba considérase normal e en dous anos envíase de novo un kit para a recollida da mostra, sen necesidade de remitir unha nova carta de invitación. A persoa participante entraría nunha rolda de participación sucesiva. Na actualidade, esta información tamén se envía a través dunha mensaxe SMS ao teléfono móbil das persoas subscritas a este tipo de comunicación co Sergas, e está tamén dispoñible na plataforma É-Saúde.
- Se o resultado é anómalo, hai que completar o estudo cunha colonoscopia e, para iso, desde o programa asígnaselle unha cita en atención primaria e comunícaselle por carta ao participante. Isto faise desde o propio programa accedendo ás axendas dos profesionais sanitarios. Esta cita é dobre:
 - > Na consulta médica, explícaselle en que consiste a colonoscopia, os seus beneficios e posibles riscos; entrégaselle o consentimento informado específico do programa para realizar a proba; indícaselle o produto de limpeza do

colon e complétase unha enquisa de indicación de colonoscopia que está dispoñible en IANUS.

- > Na consulta de enfermería, entréganselles e explícanse as instrucións da toma do preparado para a limpeza do colon, entrégase o preparado e resólvense as dúbidas que poidan xurdir.

Desde a unidade de coordinación mantense o contacto directo cos profesionais para coñecer a indicación da colonoscopia e resolver as posibles dúbidas. Unha vez revisada toda a información, xestiónase a cita para a realización da proba. Esta cita, na que se especifica a hora e o lugar, comunícaselle de novo por carta ao participante e refórzase a través dunha chamada telefónica para garantir que ten constancia dela; resolver dúbidas, e recordarlle aspectos importantes sobre a limpeza colónica, os cambios de tratamento, a necesidade de achegar o consentimento informado unha vez asinado etc.

Proba de confirmación diagnóstica

As colonoscopias, que son diagnósticas e terapéuticas, fanse nunha unidade de colonoscopia cunha axenda propia para o programa e cos mesmos requisitos para os profesionais que as levan a cabo nos hospitais de referencia de cada área sanitaria. Cada profesional que colabora co programa debe facer aproximadamente 300 colonoscopias anuais de cribado como criterio de calidade do programa, aínda que debido a dificultades na xestión dos servizos hospitalarios ás veces non se chega ao volume suxerido.

O número de profesionais avaliados que realizan colonoscopias de cribado en cada hospital, segundo o último informe de actividade da unidade de colonoscopia do programa, amósase na táboa 3 (non se inclúen os colonoscopistas que realizaron un número total inferior a 60 exploracións de cribado durante o período de análise).

Táboa 3. Número de colonoscopistas que participan no programa por área sanitaria. Ano 2022

ÁREA SANITARIA	HOSPITAL	N.º COLONOSCOPISTAS
Ferrol	Hospital Naval	5
Ourense	Complexo Hospitalario Universitario de Ourense	5
Pontevedra	Hospital Montecelo	6
Lugo	Hospital Lucus Augusti	11
Santiago	Hospital Provincial de Conxo	10
Vigo	Hospital Álvaro Cunqueiro	9
A Coruña	Hospital Universitario da Coruña	9
TOTAL		55

As colonoscopias do programa realízanse seguindo un protocolo específico que recolle as recomendacións do manexo das mostras e as posibles actuacións en función do resultado da exploración, sempre segundo os indicadores de calidade nacionais e das guías europeas (11).

Cando se detecta algunha lesión susceptible 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 electrónica con toda a información que necesita o programa 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.

Cando na propia colonoscopia se detecta unha lesión con alta sospeita de CCR, o paciente é derivado directamente á consulta de dixestivo para poder iniciar o procedemento diagnóstico e terapéutico.

Avaliación do risco e actuación posterior

Unha vez realizada a colonoscopia e extirpadas, de ser o caso, as lesións susceptibles de se transformar en malignas, o persoal técnico do programa de cribado, tendo en conta a información derivada dos informe da colonoscopia e de anatomía patolóxica (APA), realiza unha avaliación do risco de CCR de cada persoa, segundo as guías europeas de garantía de calidade en cribado GGEE (11) ata agosto do 2022. A partir desa data, o programa adaptouse á guía española (7), como se mostra na figura 3.

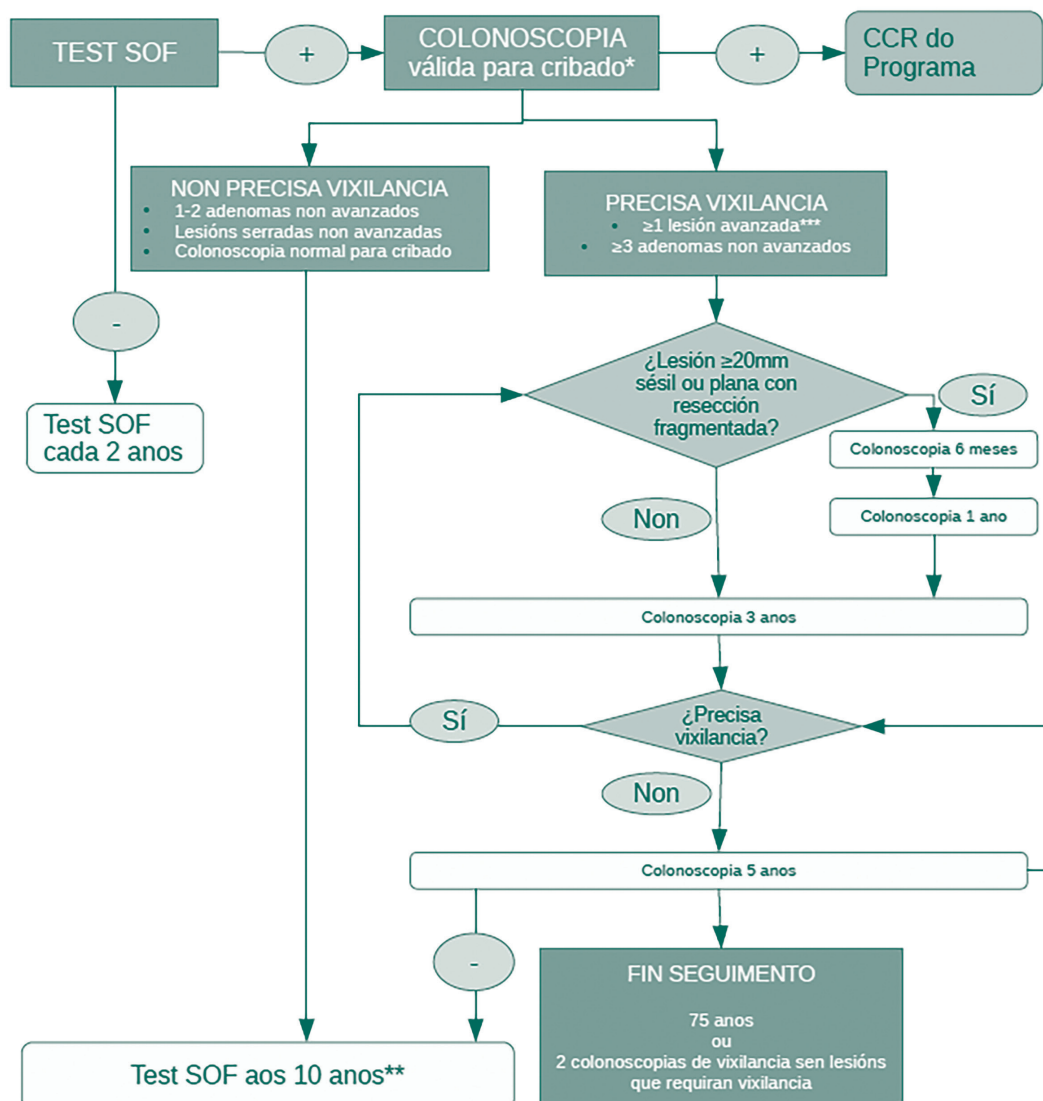
O resultado desta avaliación comunícaselle á persoa interesada por carta coa recomendación de seguimento que lle corresponde. Esta información tamén está dispoñible na historia clínica electrónica. O seguimento asignado contrólase desde o sistema de información do programa, de xeito que se citan os pacientes cando lles corresponde realizar unha colonoscopia de seguimento ou, se é o caso, invítaselles a realizaren unha nova proba de SOF.

Aínda que o programa está destinado ao grupo de homes e mulleres de entre 50 e 69 anos de idade, as persoas que precisan vixilancia continúan o seguimento dentro do programa ata os 75 anos ou tras dúas colonoscopias de vixilancia sen lesións que requiran vixilancia.

Para os casos de cancro diagnosticados en anatomía patolóxica, o programa ten acceso a unha axenda en cada un dos hospitais (cirurxía ou dixestivo segundo a área) para poder citar o paciente e iniciar o proceso diagnóstico e terapéutico coa máxima celeridade.

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

Figura 3. Seguimento do programa en función do resultado do test e da colonoscopia.
Adaptado á guía española (11)



* Non sería válida para cribado e estaría indicado repetir nos 6 meses seguintes en caso de non intubación de cego, limpeza insuficiente, resección incompleta ou indicado cambio de pauta.

** Test SOF aos 10 anos ou aos 69 de idade se ten entre 60-64 anos cando fai a colonoscopia, posteriormente cada 2 anos se ten ≤ 69 anos.

*** Adenomas con compoñente viloso, displasia de alto grao ou ≥ 10 mm// Lesión serrada ≥ 10 mm ou con displasia.

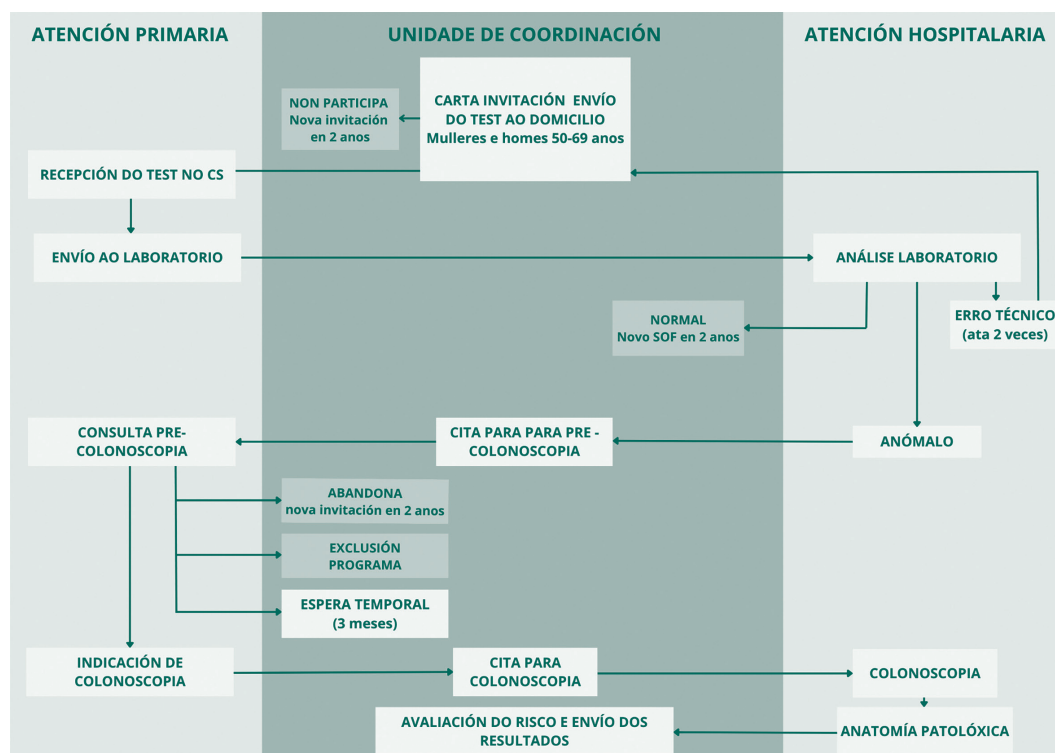
Diagrama de fluxo das tarefas dentro do programa

Toda a información relativa ao programa está dispoñible na páxina web do Sergas e na Intranet de cada área sanitaria, con 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 é o encargado da coordinación xeral e

da avaliación do programa, mediante a elaboración e difusión periódica de diferentes informes de actividade, de tempos e de resultados do programa.

A figura 4 amosa o resumo deste circuito, que implica a participación de atención primaria, de atención hospitalaria e dos 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 nos anos 2013-2022



RESULTADOS DO PROGRAMA 2013-2022

Neste informe, amósanse os principais resultados do programa desde o seu inicio en 2013 ata o 31 de decembro de 2022. Os datos para a elaboración do informe obtivéronse en novembro de 2023 da aplicación PADIA, que extrae os datos directamente do sistema de información CRIIS.

Cobertura

En 2019, realizáronse as últimas invitacións nunha primeira rolda na última área en que se implantou o programa (A Coruña); polo tanto, neste ano completouse a cobertura por invitación do programa.

Os cálculos dos indicadores fanse a partir das invitacións válidas, as cales, como se mencionou previamente, non se corresponden con todas as persoas usuarios de tarxeta, pois ás veces non se pode chegar a elas por contar con información incorrecta.

Participación

A participación calcúlase en porcentaxe de tests entregados entre as persoas invitadas a participar no período do estudo, independentemente de que entregase o test fóra dese tempo, é dicir, que no numerador entran aquelas persoas invitadas ata decembro de 2022 que entregaran o test, aínda que o fixesen despois desa data. Considérase que unha persoa participa no momento en que entrega o test. Esta participación pode ser na rolda inicial, cando é a primeira vez que entrega o test, ou sucesiva (todas as participacións posteriores á primeira).

Táboa 4. Resultados de participación. Primeira rolda de cribado 2013-2022

	HOMES			MULLERES			TOTAL		
	Invitacións válidas	Test entregados	Participación %	Invitacións válidas	Test entregados	Participación %	Invitacións válidas	Test entregados	Participación %
2013	10.377	5.118	49,32	12.107	6.617	54,67	22.484	11.735	52,20
2014	7.797	3.672	47,10	8.269	4.449	53,80	16.066	8.121	50,55
2015	20.257	8.249	40,72	22.716	10.556	46,47	42.973	18.805	43,76
2016	49.714	20.655	41,55	53.313	26.042	48,85	103.027	46.697	45,33
2017	94.767	36.152	38,16	100.945	44.571	44,16	195.712	80.723	41,25
2018	151.138	48.494	32,09	157.923	59.485	37,68	309.061	107.979	34,94
2019	105.817	27.153	25,66	108.804	34.332	31,56	214.621	61.485	28,65
2020	20.379	3.386	16,62	20.323	4.267	21,00	40.702	7.653	18,80
2021	177.088	38.022	21,47	176.239	44.440	25,22	353.327	82.462	23,34
2022	73.641	19.779	26,87	74.195	23.124	31,18	147.836	42.903	29,03
Global	710.975	210.680	29,64	734.834	257.883	35,10	1.445.809	468.563	32,41

Resultaron invitacións válidas 1.445.809 (49,17 % homes e 50,83 % mulleres) e 91.882 non válidas, o que supón o 6,35 % de poboación, á que non se chega por ter unha información incorrecta dos datos de enderezo.

De entre as invitadas, entregaron o test 468.563 persoas (44,96 % homes e 55,04 % mulleres), o que representa unha participación global do 32,41 % para a rolda inicial (35,10 % entre as mulleres vs. 29,64 % entre os homes). A continuación, podemos observar os datos diferenciados por iniciais primeiras e iniciais segundas.

Táboa 5. Resultados de participación. Primeira rolda de cribado 2013-2022 desagregada por iniciais primeiras e iniciais segundas

ANO	TAXA DE PARTICIPACIÓN					
	Homes		Mulleres		Total	
	Inic 1ª	Inic 2ª	Inic 1ª	Inic 2ª	Inic 1ª	Inic 2ª
2013	49,32	-	54,67	-	52,20	-
2014	47,10	-	53,80	-	50,55	-
2015	45,48	16,13	51,80	18,30	48,83	17,27
2016	44,32	14,49	51,49	17,83	48,06	16,08
2017	41,29	12,11	47,64	12,75	44,58	12,43
2018	35,73	11,78	41,47	13,69	38,69	12,70
2019	35,50	13,17	42,64	15,53	39,22	14,32
2020	30,30	12,22	38,32	15,19	34,36	13,69
2021	36,11	16,73	42,67	19,02	39,39	17,87
2022	38,85	20,41	45,90	22,45	41,93	21,18
Global	38,80	15,91	45,28	18,15	42,16	17,01

En roldas sucesivas, enviáuselles o test a 465.083 persoas e entregárono 416.617 (42,68 % foron homes fronte a 57,32 % de mulleres), o que representa unha participación do 89,59 % e confirma que a adherencia ao programa é moi alta tras unha primeira participación.

A participación global foi do 46,33 %, sempre maior entre as mulleres (49,69 % mulleres vs. 42,64 % homes) independentemente do ano de invitación.

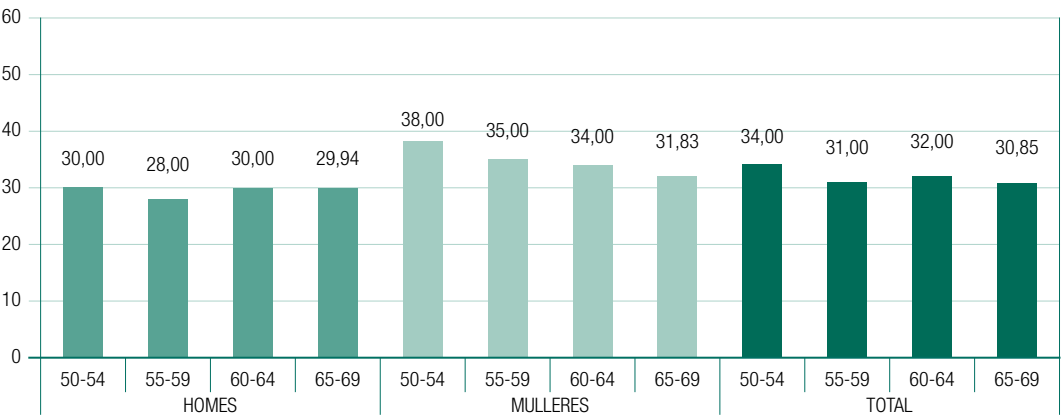
Táboa 6. Resultados de participación. Roldas sucesivas de cribado 2013-2022

	HOMES			MULLERES			TOTAL		
	Invitacións válidas	Test entregados	Participación %	Invitacións válidas	Test entregados	Participación %	Invitacións válidas	Test entregados	Participación %
2015	2.085	1.925	92,33 %	2.993	2.777	92,78 %	5.078	4.702	92,60 %
2016	4.140	3.869	93,45 %	5.527	5.191	93,92 %	9.667	9.060	93,72 %
2017	6.831	6.345	92,89 %	9.259	8.636	93,27 %	16.090	14.981	93,11 %
2018	13.526	12.432	91,91 %	19.184	17.909	93,35 %	32.710	30.341	92,76 %
2019	34.017	31.054	91,30 %	44.057	40.548	92,04 %	78.074	71.602	91,71 %
2020	15.230	13.318	87,45 %	19.772	17.526	88,64 %	35.002	30.844	88,13 %
2021	84.378	74.784	88,64 %	111.571	100.145	89,77 %	195.949	174.929	89,28 %
2022	39.915	34.076	85,38 %	52.598	46.082	87,62 %	92.513	80.158	86,65 %
TOTAL	200.122	177.803	88,85 %	264.961	238.814	90,14 %	465.083	416.617	89,59 %

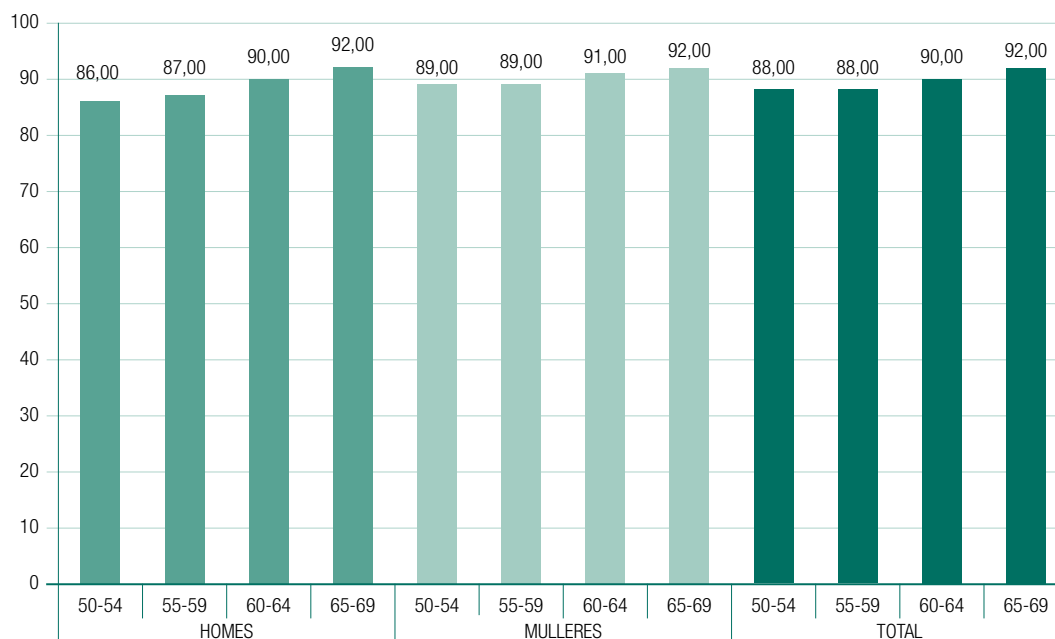
Na rolda inicial, a participación das mulleres é de 5 puntos porcentuais máis alta (35,10 % fronte a 29,64 % en homes). Nas roldas sucesivas, esta diferenza supón tan só 1 punto, o que non resulta salientable (88,85 % en homes fronte a 90,14 % en mulleres) e reflicte que a adherencia ao programa é moi alta en ambos os sexos.

Polo que respecta á participación do ano 2022, esta é superior á de anos anteriores, xa que acada o 51,21 %, o que se podería explicar polo envío do test directamente xunto coa carta de invitación. Parece que este incremento é debido a unha maior participación nas roldas iniciais, que era o obxectivo do cambio de estratexia, mentres que nas roldas sucesivas é lixeiramente inferior.

Gráfico 2. Participación (%) 2013-2022 por sexo e grupo de idade. Primeira rolda



A participación analizada por grupos de idade móstranos como as diferenzas entre os homes e as mulleres van diminuindo a medida que aumenta a idade na rolda inicial, mentres que nas roldas sucesivas é moi similar nos homes e nas mulleres.

Gráfico 3. Participación (%) 2013-2022 por sexo e grupo de idade. Roldas sucesivas.

Na táboa 7, móstrase a evolución da participación por áreas sanitarias e por sexo.

Táboa 7. Resultados de participación global por área sanitaria. Anos 2013-2022

	FERROL		OURENSE		PONTEVEDRA		LUGO		SANTIAGO		A CORUÑA		VIGO	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
2013	49,6	54,8												
2014	47,3	53,9												
2015	46,0	52,9	45,2	51,1										
2016	51,0	60,3	44,6	52,8	43,6	49,3	45,2	51,4	44,2	51,6				
2017	47,3	54,3	40,4	49,1	39,1	45,7	41,6	48,3	43,4	49,7	46,0	51,8	35,3	37,3
2018	51,5	61,3	39,6	51,4	36,1	42,9	33,9	41,1	35,5	42,3	37,7	43,2	34,0	38,2
2019	48,2	57,2	42,8	49,2	42,3	50,6	43,6	52,2	45,8	54,0	36,4	42,4	34,2	41,4
2020	46,1	53,2	52,3	63,0	53,9	60,8	48,0	55,0	42,7	50,1	46,0	54,5	40,7	45,5
2021	42,3	56,4	41,0	48,9	40,7	47,6	39,9	48,0	47,0	54,8	42,2	48,3	40,9	47,3
2022	48,2	56,9	47,4	55,1	50,6	58,5	48,5	57,4	44,0	50,9	53,3	59,9	41,5	47,7
TOTAL	48,51	56,50	43,17	51,43	42,49	49,52	41,69	49,45	43,73	51,13	42,59	48,61	38,40	44,07

Resultados da proba de cribado

A diferenza do indicador de participación, para o resto de indicadores como son a taxa de tests positivos, colonoscopias realizadas, lesións detectadas etc., a referencia son as persoas que entregaron un test válido no período de estudo establecido, independentemente de cando foran invitadas. Polo tanto, as cifras de tests entregados que figuran nas táboas de participación non coinciden coas que figuran nas táboas de porcentaxes de positividade dos tests.

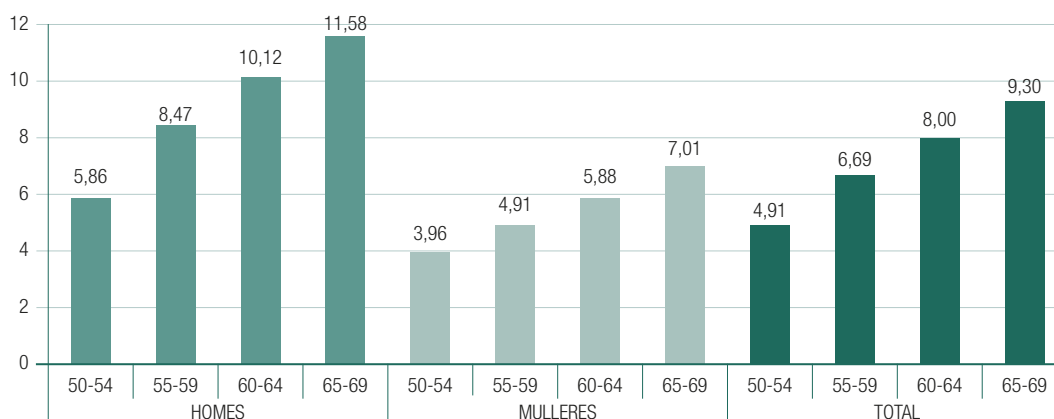
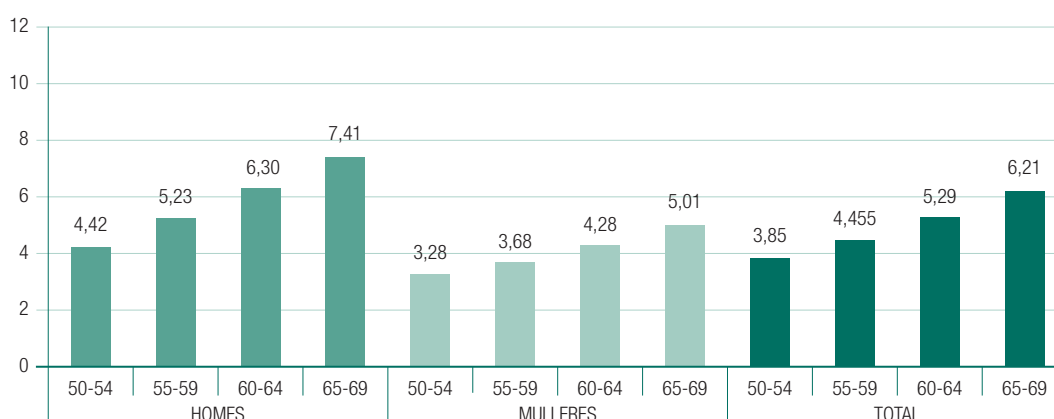
Neste sentido, no período 2013-2022, para aquelas persoas que entregaron o test con resultado adecuado (849.531), a proba de SOF foi positiva no 5,87 % dos casos (6,70 % na primeira rolda e 4,92 % nas roldas sucesivas). Os resultados desde o inicio no ano 2013 ata decembro do 2022, desagregados por rolda, sexo e ano, pódense consultar na táboa seguinte. No ano 2022, para aquelas persoas que entregaron o test, a proba de SOF foi positiva no 5,20 % dos casos (6,28 % na primeira rolda e 4,41 % nas roldas sucesivas).

Táboa 8. Resultados da proba de cribado, desagregadas por roldas e sexo no período 2013-2022

	ROLDA INICIAL						ROLDA SUCESSIVA					
	Test entregados		Inadecuados		% Positivos		Test entregados		Inadecuados		% Positivos	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
2013	2.666	3.619	0	1	9,56	5,94						
2014	5.153	6.527	0	1	9,18	5,95						
2015	7.044	8.833	0	0	9,34	5,46	1.669	2.396	0	0	7,61	4,47
2016	12.865	17.643	0	0	8,50	5,37	4.041	5.406	0	0	6,48	4,38
2017	37.299	45.408	1	1	9,11	5,31	5.349	7.301	0	0	5,93	4,52
2018	47.128	57.940	9	13	8,42	4,83	11.802	16.519	0	0	5,72	3,64
2019	34.000	42.211	3	12	8,48	5,06	28.758	38.247	1	0	6,37	4,29
2020	4.962	6.139	2	0	10,50	7,67	15.300	20.211	0	2	6,32	4,60
2021	29.462	34.560	10	14	8,21	4,97	71.098	95.103	9	11	5,98	4,19
2022	23.744	28.018	8	7	7,64	5,12	30.342	40.768	1	7	5,38	3,69
TOTAL	204.323	250.898	32	49	8,56	5,18	168.359	225.951	11	20	5,98	4,13

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 tres intentos.

A continuación, represéntanse os resultados globais de positividade do test de SOF desde o inicio do programa, desagregados por sexo e grupo de idade. Podemos observar como a positividade aumenta coa idade e como é sempre máis alta no caso dos homes.

Gráfico 4. Porcentaxe de SOF positivas 2013-2022 por sexo e grupo de idade. Primeira rolda**Gráfico 5.** Porcentaxe de SOF positivas 2013-2022 por sexo e grupo de idade. Roldas sucesivas

En roldas sucesivas, a tendencia é a mesma, pero con cifras de positividade máis baixas.

Resultados da colonoscopia e detección de lesións

A mediados do ano 2022, implantouse o novo algoritmo de seguimento adaptado á guía española que supuxo unha clasificación distinta das persoas en función dos resultados derivados da colonoscopia. Así, pasamos de clasificalas en baixo, medio e alto risco a tan só dúas categorías, en función de se requiren vixilancia endoscópica ou non.

Os datos históricos con base na clasificación anterior desde o 2013 ata o 2021 poden atoparse no anterior informe correspondente a este período temporal. Neste informe, preséntanse os datos con base na nova clasificación de lesións detectadas, adaptado á guía española (7). Para ofrecer os datos globais da totalidade do período desde o inicio do programa en 2013, equipárase á nova categoría de “Require vixilancia” a suma das categorías de medio e alto risco.

No período 2013-2022, realizóuselles a indicación de colonoscopia a un total de 48.644 persoas, das que se fixeron 46.943, cunha porcentaxe global de aceptación de colonoscopia do 96,50 %. Tras a realización da colonoscopia, diagnosticáronse 2.228 persoas con CCR, o que supón un VPP do test de SOF para cancro (o risco de ter un cancro cando o resultado do test é positivo e despois de facer a colonoscopia) do 4,75 % e unha taxa de detección de CCR de 2,62 por cada 1.000 persoas que entregan o test, un 3,69 por mil para a rolda inicial e 1,39 por mil para as roldas sucesivas. Ademais, diagnosticáronse 19.080 persoas con lesións a seguimento con colonoscopia. Os resultados globais das lesións detectadas desagregados por sexo e rolda pódense consultar na táboa 9, tanto para a totalidade do período coma para o ano 2022 por separado.

Táboa 9. Número de persoas e taxa de detección de CCR e lesións a seguimento con colonoscopia. No período 2013 a 2022, por sexo e rolda de cribado

	CANCRO INVASIVO	ROLDA INICIAL			ROLDA SUCESIVA		
		Homes	Mulleres	TOTAL	Homes	Mulleres	TOTAL
2013 a 2022	Nº persoas con CCR	1.125	553	1.678	312	238	550
	Taxa detección CCR/1.000 participantes	5,51	2,20	3,69	1,85	1,05	1,39
	N.º personas lesións a seguimento con colonoscopia	8.355	3.945	12.300	4.368	2.412	6.780
	Taxa detección lesións seguimento/ 1.000 participantes	40,89	15,72	27,02	25,94	10,68	17,19
2022	Nº persoas con CCR	107	55	162	59	32	91
	Taxa detección CCR/1.000 participantes	4,51	1,96	3,13	1,94	0,78	1,28
	N.º personas lesións a seguimento con colonoscopia	790	398	1.188	723	388	1.111
	Taxa detección lesións seguimento/ 1.000 participantes	33,27	14,21	22,95	23,83	9,52	15,62

As taxas de detección de lesión a seguimento con colonoscopia son moito máis altas en homes, tanto na primeira rolda coma nas sucesivas. No caso das taxas de CCR, as diferenzas entre os homes e as mulleres seguen sendo máis altas nos homes, mais existe unha maior diferenza na rolda inicial que nas sucesivas e ao longo de todos os anos desde o inicio do programa.

As taxas de detección de lesións por sexo, área sanitaria e rolda de cribado no período 2013-2022 pódense consultar na táboa seguinte.

Táboa 10. Taxas de detección de CCR, lesións a seguimento con colonoscopia por cada 1.000 persoas que entregan o test. No período 2013 a 2022 por área sanitaria, sexo e rolda de cribado

		ROLDA INICIAL		ROLDA SUCESIVA	
		Taxa CCR ‰	Taxa lesión a seguimento con colonoscopia ‰	Taxa CCR ‰	Taxa lesión a seguimento con colonoscopia ‰
Ferrol	H	5,43	34,65	1,66	18,65
	M	2,56	21,49	1,17	11,07
Ourense	H	5,86	43,48	1,85	23,99
	M	2,33	17,12	1,04	9,52
Pontevedra	H	4,12	42,66	1,51	27,52
	M	1,59	21,64	0,77	12,42
Lugo	H	5,25	39,19	1,81	28,29
	M	2,43	15,98	1,02	10,85
Santiago	H	5,68	38,80	1,92	25,66
	M	2,20	15,22	1,02	8,72
Vigo	H	6,74	44,30	2,13	29,46
	M	2,38	18,52	1,47	13,08
A Coruña	H	4,93	34,18	2,09	21,67
	M	1,98	15,22	0,85	9,01

As taxas de calquera tipo de lesión, sexa CCR ou lesións a seguimento con colonoscopia, son máis altas a maior idade, e a tendencia é a mesma en ambos os dous sexos. Nos gráficos 6 e 7, amósanse as taxas de detección de CCR e lesión a seguimento con colonoscopia por sexo e grupo de idade.

Gráfico 6. Taxas de CCR e lesiões a seguimento con colonoscopia detectadas por sexo e grupo de idade 2013-2022. Primeira rolda

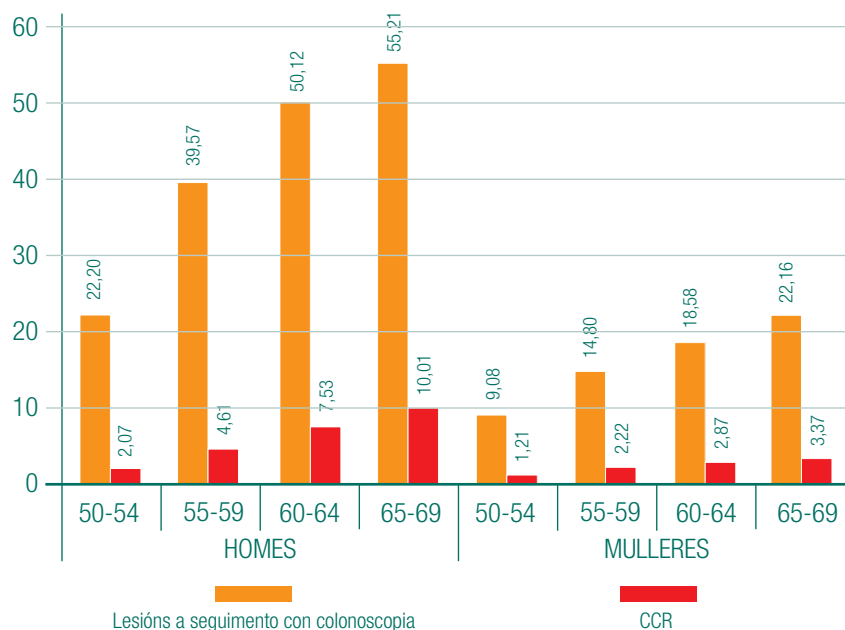
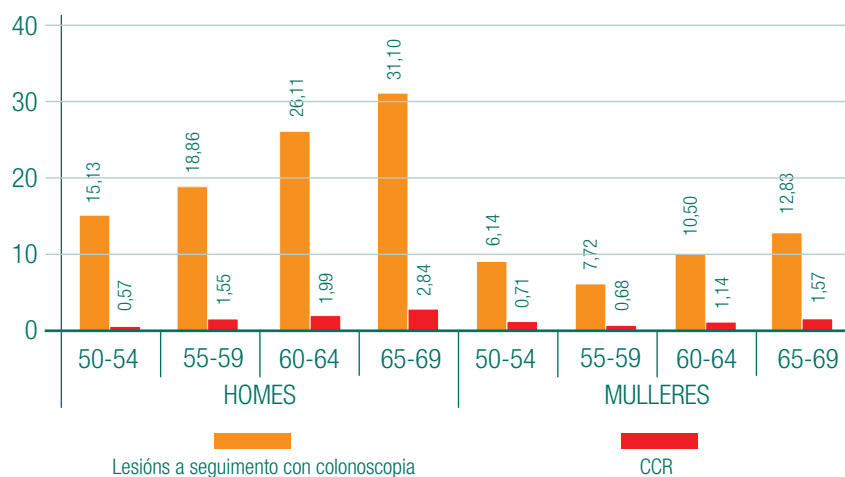


Gráfico 7. Taxas de CCR e lesiões a seguimento con colonoscopia detectadas por sexo e grupo de idade 2013-2022. Roldas sucesivas

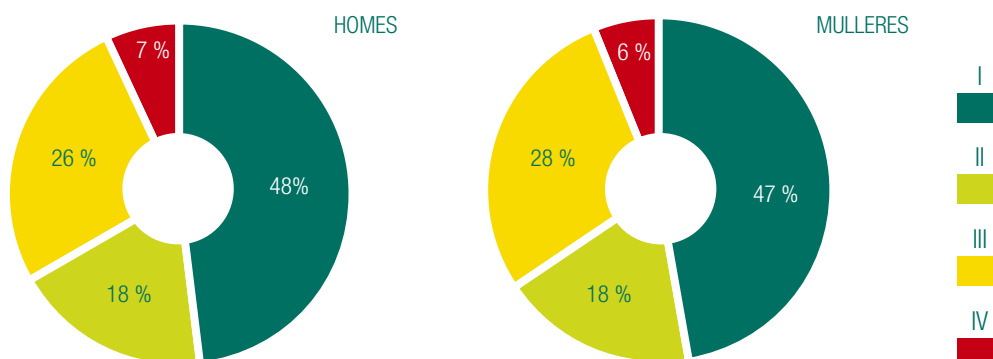


Estadios dos cancros detectados

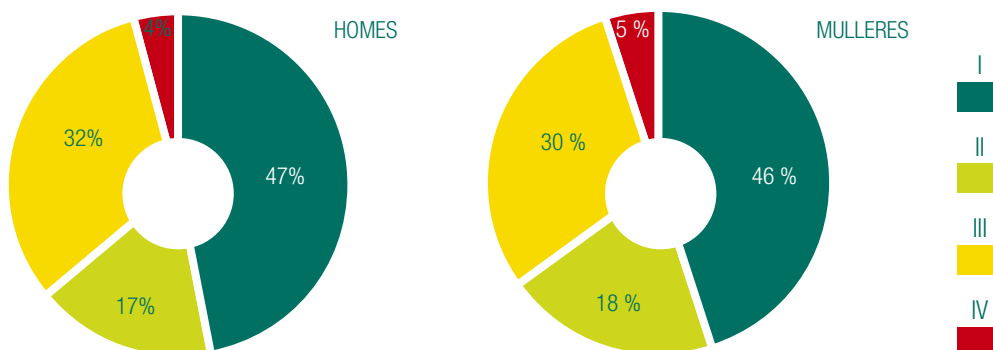
Desde o inicio do programa ata o 31 de decembro de 2022 diagnosticáronse un total de 2.228 cancros, 1.678 na rolda inicial e 550 nas sucesivas. Os estadios ao diagnóstico por rolda e sexo pódense consultar no gráfico 8.

Gráfico 8. Porcentaxe dos estadios ao diagnóstico TNM segundo a American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7.^a edición. Comparación da rolda inicial e das sucesivas por sexo no período 2013-2022

ROLDA INICIAL



ROLDAS SUCESSIVAS



Un 65,8 % dos cancros diagnóstícanse nos estadios iniciais (I ou II) tanto nos homes coma nas mulleres na rolda inicial. Nas roldas sucesivas, como se pode observar, diminúe a porcentaxe do estadio IV.

No **ano 2022** identificáronse 253 cancros, 162 diagnosticados na rolda inicial e 91 nas roldas sucesivas, e o 64 % do total foron diagnosticados nos estadios I e II.

Tempos entre procesos

Outro dos indicadores do programa son os tempos entre os principais procesos do cribado. No ano 2022, os desvíos producidos no ano 2021 debido ao Covid-19 foron resoltos. Por exemplo, pódese observar como o tempo desde que a persoa usuaria acepta participar e envía o test pasou de 55 días en 2021 a 6 días en 2022. Tamén os tempos de laboratorio e o tempo de resultado positivo e cita para precolonoscopia cumpriron os obxectivos marcados. Porén, o tempo entre a cita precolonoscopia e a cita de colonoscopia, ao igual que o tempo en que se dá o resultado, aínda non acadan o obxectivo.

Táboa 11. Tempos entre procesos. Período 2013-2022

INDICADOR	MEDIANA EN DÍAS										OBXEC-TIVO
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Tempo aceptación-envío test	14	36	8	10	7	7	7	5	55	6	<15
Tempo de laboratorio (entrega no laboratorio-resultado)	4	8	7	4	1	1	1	1	1	1	<7
Tempo resultado positivo test e cita precolonoscopia	12	12	14	14	14	14	14	13	19	14	<15
Tempo cita precolonoscopia e cita colonoscopia	33	82	36	30	46	30	34	25	48	37	<31
Tempo resultado positivo test e cita colonoscopia	45	96	57	45	61	47	52	46	66	54	<45

Comparación dos resultados do programa con outros programas no ámbito nacional e cos estándares europeos

O programa galego forma parte da Rede de programas de cribado de cancro, o que permite a coordinación e a colaboración co resto de programas de España. A rede réunese anualmente e os informes cos principais indicadores de resultados dos programas publícanse tamén cunha periodicidade anual.

Como estándares de referencia, empréganse os propostos polas GGEE (11) para programas poboacionais de cribado de cancro colorrectal. Non hai referencias para algúns indicadores nas roldas iniciais e sucesivas e algunhas referencias recollen intervalos moi amplos. Isto é debido a que, no momento de publicación das guías, había poucos programas establecidos en Europa e tiñan unha traxectoria temporal aínda moi curta.

O último ano avaliado pola rede nacional foi o 2019, polo que a comparativa farase cos datos nacionais de 2019, ano no que o conxunto dos programas de detección precoz de cancro colorrectal acadaban unha cobertura no territorio español do 85,90 % (10).

Táboa 12. Comparación dos principais resultados globais do programa galego cos globais de España da Rede de programas de cribado de cancro 2019 (10)

	PROGRAMA GALEGO	GLOBAL NACIONAL
Participación (%)	46,33	44,19
Proporción de test positivos (%)	5,87	5,87
Taxa de detección de lesións a seguimento (‰)	22,46	16,91
Taxa de detección de CCR (‰)	2,62	1,92
VPP para cancro (%)	4,75	4,09
VPP para lesións a seguimento (%)	38,21	35,84

A participación no programa galego é moi similar á media nacional, o mesmo que a proporción de positivos, mentres que a taxa de detección e o valor predictivo é lixeiramente superior no programa galego.

Na seguinte táboa, preséntanse os principais resultados do programa seguindo as referencias marcadas nas guías europeas.

Táboa 13. Comparación dos principais resultados do programa galego cos estándares das GGEE. Período 2013-2022 (11)

	PROPORCIÓN DE TEST POSITIVOS (%)	TAXA DE DETECCIÓN DE CCR (‰)	TAXA DE DETECCIÓN DE LESIÓN A SEGUIMENTO (‰)	VPP PARA CANCRO (%)	VPP PARA LESIÓN A SEGUIMENTO (%)
Rolda inicial	6,70	3,69	27,02	5,89	26,20
Referencia europea	4,4-11,1	1,8-9,5	-	4,5-8,6	-
Rolda sucesiva	4,92	1,39	17,19	2,98	14,44
Referencia europea	3,9	1,3	-	4	-

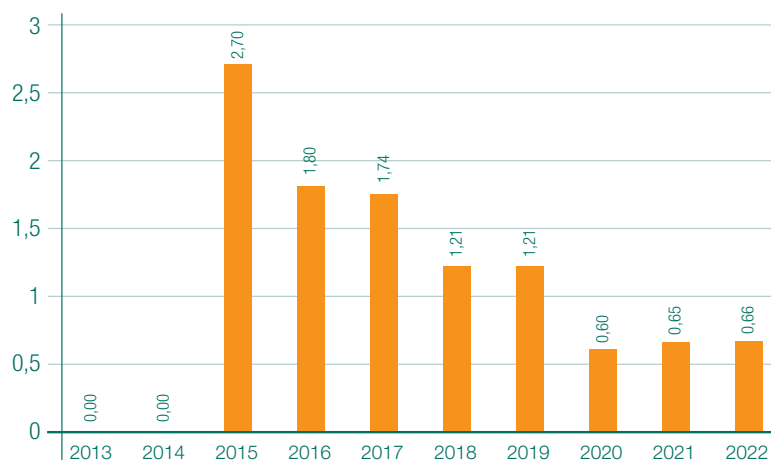
Como se pode observar, o programa cumpre e nalgún caso supera os estándares propostos, a excepción da proporción de positivos nas roldas sucesivas, que no programa galego acada unha porcentaxe do 4,93 %, cando non debería superar o 3,9 %, e o VPP para cancro en ambas as roldas. Non existe polo momento un estándar para a taxa de detección de lesións a seguimento con colonoscopia en ambas as roldas co que comparar os nosos resultados.

Complicacións das colonoscopias

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, unha vez que a persoa é dada de alta na unidade de exploración.

Desde o inicio do programa en maio do 2013 e ata o 31 de decembro de 2022, realizáronse un total de 67.179 colonoscopias, con 67 complicacións graves poscolonoscopia, o que supón unha incidencia global do 1,00 ‰. No ano 2022, realizáronse 13.668 colonoscopias, con 9 complicacións graves poscolonoscopia, o que supón unha incidencia global do 0,66 ‰. Ambas as incidencias atópanse dentro dos estándares recomendados polas guías europeas de calidade en cribado de CCR (0-0,3 ‰) (11).

Gráfico 9. Incidencia (‰) de complicacións diferidas graves da colonoscopia, de 2013 a 2022



CONCLUSIÓNS

- O Programa galego de detección precoz do cancro colorrectal, que se iniciou no ano 2013 na área sanitaria de Ferrol, está implantado na actualidade en toda Galicia. En xullo de 2019, acadouse o obxectivo de invitar a participar, polo menos unha vez, o 100 % da poboación de 50 a 69 anos, co que nos adiantamos cinco anos ao obxectivo proposto polo Ministerio de Sanidade de rematar no ano 2024.
- A participación global do 32,41 % na rolda inicial e do 89,59 % nas sucesivas está dentro do esperado para ser un programa de recente implantación que non tivo moita visibilidade e difusión ata que acadou o 100 % de toda a poboación obxectivo invitada a participar. A curto e medio prazo, é desexable aumentar esta participación, para o que vai ser imprescindible buscar fórmulas de fomento deste entre a poboación diana, e asentar a colaboración con outros programas nacionais e con asociacións de pacientes e máis implicación, se cabe, da atención primaria, que son os profesionais que manteñen o contacto máis próximo coa poboación.
- Aínda que a intención do programa é ter unha base poboacional, hai un 9 % da poboación á que non se pode chegar coas ferramentas actuais. Arredor dun 3 %, representado pola poboación de 50 a 69 que non ten tarxeta sanitaria do Sergas, e un 6,3 % de rexistros de domicilio incorrectos.
- A participación máis baixa segue a rexistrarse na área sanitaria de Vigo, quizais por ser unha das ultimas áreas en implantarse e, posiblemente, moita xente xa fixera cribado con anterioridade a que comezaran as invitacións do programa. Non obstante, no ano 2022, apreciamos un incremento significativo da participación, tanto nos homes coma nas mulleres, coincidente co cambio de estratexia, que consistiu en enviar directamente o test sen invitación previa.
- Existen diferenzas por sexos na participación global. As mulleres participan máis ca os homes na primeira rolda (35,10 % as mulleres vs. 29,64 % os homes) e aproximadamente igual nas roldas sucesivas. Esta circunstancia pode estar reflectindo un maior compromiso coas actividades preventivas no caso das mulleres.
- Existen tamén diferenzas na taxa de positividade global do test, cunha positividade máis alta no caso dos homes (7,39 % en homes vs. 4,68 % en mulleres), e tamén nas taxas de detección de cancros e de adenomas, o que supón que os homes obteñen un maior beneficio da súa participación no programa. Esta tendencia é a mesma, tanto na rolda inicial coma nas sucesivas.
- A constatación destas diferenzas será útil á hora de lle transmitir a información á cidadanía e de instala para participar neste tipo de programas voluntarios e de base poboacional.
- A porcentaxe de resultados positivos de SOF e as taxas de detección de cancro están maiormente dentro dos estándares recomendamos polas GGEE (11).

Non existe polo momento un estándar para a taxa de detección de lesións a seguimento con colonoscopia en ambas as roldas co que comparar os nosos resultados.

- Preto do 70 % dos cancros diagnóstícanse nos estadios I e II. Nas roldas sucesivas, como era de esperar, diminúe a porcentaxe de cancros diagnosticados en estadios avanzados.
- A porcentaxe global de complicacións maiores da colonoscopia para o programa desde o inicio está dentro do estándar global recomendado. Isto mantense por debaixo dos estándares desde o inicio do programa e tamén desagregando por anos.
- O Programa galego de detección precoz do cancro colorrectal está cumprindo, en termos globais, cos obxectivos marcados tanto no eido nacional coma europeo para este tipo de programas e, como valor engadido, incorpora na súa actividade rutineira de cribado as actividades de seguimento mediante colonoscopia de todas as persoas ás que se lles detecta un risco alto ou intermedio de padecer un cancro colorrectal.

BIBLIOGRAFÍA

- Cancer Today. IARC International Association of Cancer Registries , 2023 [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/724-spain-fact-sheets.pdf>
2. Portal estatístico do Ministerio de Sanidade, Consumo e Benestar social [Internet]. [cited 2023 Nov 27]. Available from: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/C/mortalidad-por-causa-de-muerte/causas-cie/defunciones-a-partir-de-1999-cie-10>
3. Cancer Tomorrow. IARC International Association of Cancer Registries , 2023 [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 28]. https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/trends?types=0&sexes=1_2&mode=population&group_populations=1&multiple_populations=1&multiple_cancers=1&cancers=8_9&populations=724&group_cancers=1&single_unit=5000
4. Incidencia, mortalidade e supervivencia ao cancro en Galicia, ano 2022. Rexistro Galego de Tumores, 2023 [Internet]. [Cited 2023 Nov 28]. Available from: https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/7322/Informe %202022_REGAT.pdf
5. SIMCA: Sistema de información sobre mortalidade por cancro de Galicia [Internet]. [cited 2023 Nov 8]. p. <https://www.sergas.es/Saude-publica/SIMCA-Sistema->. Available from: <https://www.sergas.es/Saude-publica/Datos-b %C3%A1sicos-de-mortalidade-1980-2017>
6. Cancer Today. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. [Internet]. [cited 2023 Nov 16]. https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/10_8_9-Colorectum-fact-sheet.pdf
7. Cubiella J., Marzo Castillejo M., Mascort Roca J. J., Amador Romero F. J., et al. Sociedade Española de Medicina de Familia e Comunitaria e Asociación Española de Gastroenterología. Guía de práctica clínica. Diagnóstico e prevención do cancro colorrectal. Actualización 2018. Available from: https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2019/01/Actualizacion_Preencion_cancer_colorrectal_Semfyc.pdf
8. Council Recommendation of 2 December on Cancer Screening. Off J Eur Union. 2003;878:34–8. Available from: https://ec.europa.eu/jrc/sites/jrcsh/files/2_December_2003 %20cancer %20screening.pdf
9. The National Health System Cancer Strategy. Madrid; 2009. Available from: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Cancer_Strategy_of_the_Spanish_2009.pdf
10. Rede de programas de cribado de cancro [Internet]. [cited 2023 Nov 28]. Available from: <https://cribadocancer.es/indicadores-cancer-colorrectal/>
11. 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.

Consellería
de Sanidade

Dirección Xeral de
Saúde Pública

Informes

90

F



XUNTA
DE GALICIA

CONSELLERÍA
DE SANIDADE