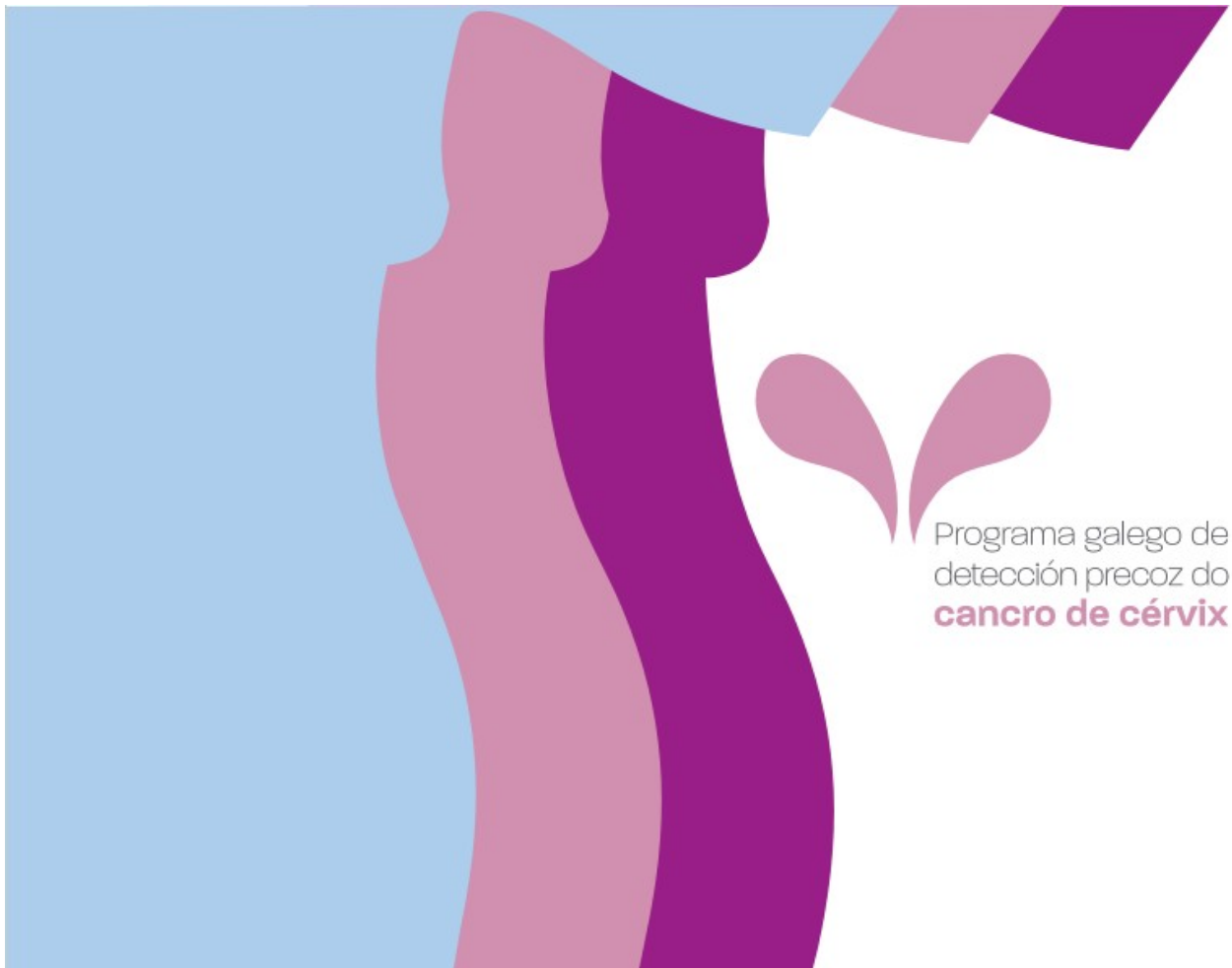


Programa galego de detección precoz do cancro de cérvix

Informe de resultados 2024



Programa galego de detección precoz do cancro de cérvix

Informe de resultados 2024



XUNTA
DE GALICIA

CONSELLERÍA
DE SANIDADE

PROGRAMA GALEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DO CANCRO DE CÉRVIX
INFORME DE RESULTADOS 2024

INTRODUCCIÓN

O cancro de cérvix (CCx) é o 4º en incidencia en mulleres a nivel mundial, o 2º entre mulleres de 15-44 anos a nivel europeo e representa a 4ª causa de morte por cancro en mulleres a nivel mundial.

Con todo, o feito de ter unha fase preclínica prolongada convérteno nun dos cancros máis prevenibles e tratables se se detecta a tempo. A identificación temperá de lesións premalignas permite actuar antes de que evolucionen, mediante intervencións sinxelas e eficaces.

Neste contexto, a implantación dun programa poboacional de cribado ofrece unha oportunidade real para mudar as actuais cifras de incidencia e mortalidade. Ademais de mellorar os resultados en saúde, permitiría un uso máis eficiente dos recursos e contribuiría a acadar unha maior equidade no acceso á prevención.

O virus do papiloma humano (VPH) é responsable de practicamente a totalidade das lesións precancerosas e dos casos de cancro de cérvix, polo que a súa identificación é clave na detección precoz e na prevención da enfermidade. Esta relación entre o VPH e o cancro de cérvix modificou a estratexia de prevención e detección precoz. Primeiramente, coa inclusión da vacina contra o VPH nos programas de vacinación e, posteriormente, coa detección dos tipos de alto risco oncoxénico (VPH-AR) como proba primaria no cribado poboacional.

En abril de 2019, a Orde SCB/480/2019 estableceu un prazo de cinco anos para que todas as comunidades autónomas implantasen un programa poboacional de cribado en mulleres de entre 35 e 65 anos, empregando o test de VPH-AR como proba primaria. A Consellería de Sanidade de Galicia puxo en marcha en xaneiro de 2021 o Programa Galego de Detección Precoz do Cancro de Cérvix (PGDPCCx), co obxectivo de reducir a morbi-mortalidade e a incidencia do cancro de cérvix entre as mulleres galegas mediante a detección precoz e o tratamento das súas lesións precursoras.

A poboación diana do PGDPCCx está composta por mulleres de entre 35 e 65 anos residentes en Galicia e con cobertura sanitaria pública. A selección das participantes realízase a través da base de datos da tarxeta sanitaria, xunto co Conxunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) hospitalario, co fin de excluír ás mulleres xa diagnosticadas de cancro de cérvix ou que carezan de cérvix.

Para determinar a mellor estratexia de implantación do cribado poboacional, a Xunta de Galicia realizou un estudo piloto probando tres enfoques: cita en atención primaria para toma de mostra pola matrona, autotoma no domicilio ou dar a escoller entre ambas opcións. En marzo de 2022, concluíuse que a opción de dar a escoller entre autotoma e cita era a máis eficaz, favorecía a participación e aumentaba a cobertura do PGDPCCx.

PROGRAMA GALEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DO CANCRO DE CÉRVIX INFORME DE RESULTADOS 2024

A partir dese mesmo ano o cribado estendeuse progresivamente ata rematar a súa completa implantación en todas as áreas sanitarias galegas o 1 de decembro de 2023 (Figura 1).

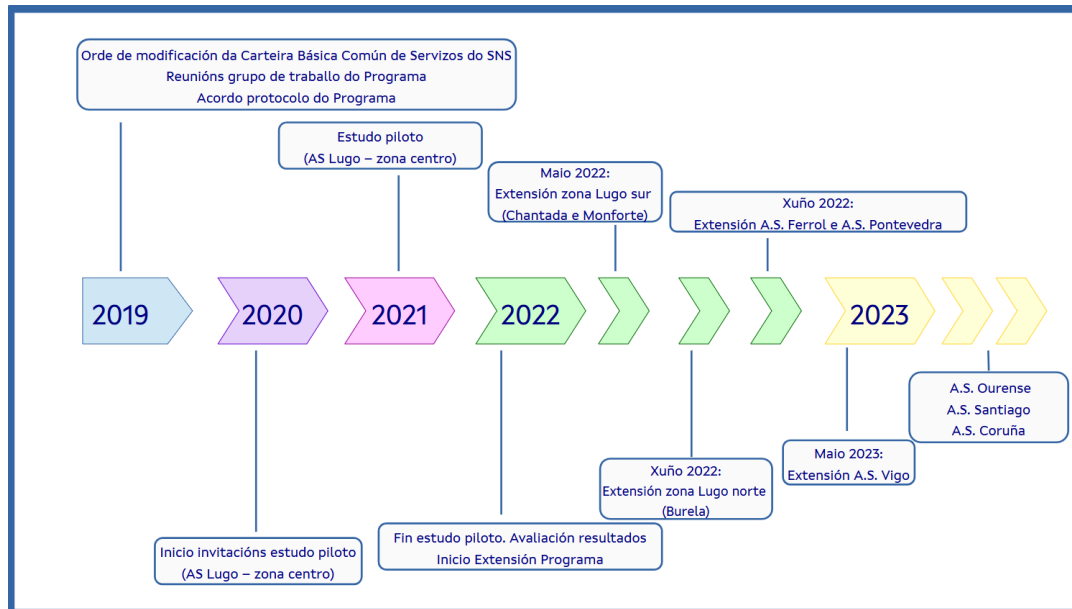


Figura 1. Cronoloxía da implementación do PGDPCCx

O PGDPCCx tamén introduce cambios no manexo dos resultados anormais, aliñándose cos novos estándares internacionais baseados na estratificación do risco. Se o test de VPH-AR é positivo, realízase unha análise complementaria mediante xenotipado parcial e citoloxía, permitindo unha mellor clasificación das pacientes en función do risco de desenvolver lesións de alto grao (HSIL/CIN3+).

En función dos resultados, as mulleres poden retornar ao cribado rutineiro se teñen un baixo risco, ser derivadas a colposcopia en caso de risco elevado ou ben realizar un seguimento con probas periódicas se presentan un risco intermedio.

Este modelo de cribado segue as recomendacións da Organización Mundial da Saúde (OMS), que en 2018 realizou un chamamento global para a eliminación do cancro de cérvix. A OMS estableceu ademais as intervencións esenciais para acadar este obxectivo: vacinación contra o VPH, cribado mediante probas de alto rendemento e tratamento axeitado das lesións cervicais.

O PGDPCCx está aliñado con estas directrices, asegurando unha maior equidade no acceso á prevención e ao tratamento e contribuíndo á redución da carga desta enfermidade entre a poboación feminina de Galicia. O programa está sometido a unha revisión continua para garantir a súa efectividade e adaptación aos avances científicos e ás necesidades da poboación.

MODELO ORGANIZATIVO DO PROGRAMA

Poboación diana

Mulleres de 35 a 65 anos residentes en Galicia. Segundo o Instituto Galego de Estadística (IGE), no ano 2024 esta poboación era de 631.466 mulleres.

Poboación obxectivo

Mulleres de 35 a 65 anos residentes en Galicia con tarxeta sanitaria e cobertura do Servizo Galego de Saúde (Sergas).

Aínda que a intención do PGDPCCx é ter unha base poboacional e un carácter totalmente universal, no momento actual o PGDPCCx garántelle esta oferta á poboación que dispón de seguro público de saúde, que rolda o 97% da poboación diana. Na táboa 1 amósase as mulleres con tarxeta sanitaria Sergas entre 35 e 65 anos a día 31 de decembro de 2024.

Área Sanitaria	Mulleres 35-65
AREA LUGO	70.711
AREA FERROL	40.700
AREA PONTEVEDRA	68.331
AREA VIGO	134.445
AREA OURENSE	64.690
AREA SANTIAGO	103.136
AREA A CORUÑA	131.845
Totais	613.858

Táboa 1. Número de mulleres de 35 a 65 anos con tarxeta sanitaria Sergas a día 31 de decembro de 2024, por área sanitaria.

Poboación elixible

Mulleres de 35 a 65 anos residentes en Galicia con tarxeta sanitaria e cobertura do Servizo Galego de Saúde que non cumpran ningún dos criterios de exclusión do PGDPCCx:

- **Exclusións definitivas automáticas:** mulleres sen cérvix ou con diagnóstico previo de cancro de cérvix.
- **Exclusións definitivas non automáticas:** enfermidades terminais ou antecedentes de cribado negativo adecuado en mulleres de 65 anos.
- **Exclusións temporais:** mulleres en seguimento por patoloxía cervical, postparto recente, embarazo avanzado, inmovilidade temporal ou ausencia de relacións sexuais.

Na táboa 2 amósanse as mulleres que constan como excluídas do PGDPCCx a 31 de decembro de 2024.

Área Sanitaria	Mulleres 35-65 excluídas
AREA LUGO	2.890
AREA FERROL	1.289
AREA PONTEVEDRA	2.267
AREA VIGO	2.400
AREA OURENSE	2.216
AREA SANTIAGO	3.727
AREA A CORUÑA	2.570
Totais	17.359

Táboa 2. Número de mulleres de 35 a 65 anos excluídas a día 31 de decembro de 2024, por área sanitaria.

Proba de cribado

Test de detección de infección polo VPH-AR como proba primaria de cribado. No caso de VPH-AR positivo, estudarase o xenotipado parcial do virus. A proba permitirá a obtención de resultados de forma individualizada para os xenotipos 16 e 18 e de forma agrupada para o conxunto do resto dos xenotipos de alto risco oncoxénico.

Os resultados negativos de VPH-AR comunícanse por SMS ou carta, recomendando realizar de novo a proba unha vez pasados cinco anos. Os resultados positivos notifícanse por correo postal.

Circuíto de funcionamento do programa

A Dirección Xeral de Saúde Pública da Consellería de Sanidade remite, dende a unidade de coordinación do PGDPCCx, un SMS de invitación ás mulleres elixibles. No caso de que non dispoñan dun teléfono móbil rexistrado na súa tarxeta sanitaria (arredor dun 5% das mulleres), recibirán a invitación por carta postal.

Unha vez aceptada a participación, as mulleres poden escoller participar entre dúas modalidades de proba:

- **Autotoma:** a muller recibe no seu domicilio un kit para recoller unha mostra do fluído vaxinal, que deberá ser depositado no centro de saúde e enviado para a súa análise.
- **Mostra en atención primaria:** toma de mostra por matrona, podendo autoxestionarse a cita ou serlle asignada polo PGDPCCx mediante SMS ou carta.

Os test de VPH-AR analízanse na Unidade Central de Análise sita no Hospital Universitario Lucus Augusti (HULA). Os resultados son integrados pasando de forma automática dende o laboratorio tanto ao programa informático do PGDPCCx (CRIIS) como á historia clínica electrónica da participante (IANUS).

Se o xenotipo detectado é VPH 16 ou 18, recoméndase realizar directamente unha **colposcopia**, xa que estes son os xenotipos máis agresivos, mentres que no caso de ser un xenotipo non 16 nin 18 realízase unha **citoloxía** para avaliar posibles alteracións nas células do colo do útero. Se a citoloxía é negativa, a indicación é facer seguimento con co-test ao ano.

O PGDPCCx asume as recomendacións de seguimento da Guía da Asociación Española de Patoloxía Cervical e Colposcopia (táboa 3) que establece unha mesma conduta clínica para o mesmo nivel de risco e que, ademais de valorar os resultados das probas de cribado, teñen en conta os factores modificadores do risco grazas ao estudo do xenotipo, á proba de triaxe e á historia previa de cribado.

A estratificación personalizada do risco a través do cálculo de risco inmediato de desenvolver HSIL/CIN3+ tradúcese en diferentes actuacións clínicas que poden resumirse en:

- Resultados de baixo risco -> volta ao cribado
- Resultados de risco intermedio -> seguimento nun período de tempo variable mediante a repetición de probas
- Resultados de alto risco -> derivación a colposcopia

PROGRAMA GALEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DO CANCRO DE CÉRVIX

INFORME DE RESULTADOS 2024

Risco inmediato de HSIL/CIN3+	Resultados da proba de cribado	Actuación clínica
≥ 25%	●Citoloxía HSIL ou ASC-H, ACG, AIS ou carcinoma (independentemente do resultado da proba VPH)	Colposcopia
≥ 10 – 25%	●VPH 16/18 e citoloxía (triaxe) ASC-US ou LSIL	
≥ 5 - 10%	●VPH 16/18 e citoloxía (triaxe) negativa ●VPH positivo (non xenotipado) e citoloxía (triaxe) ASC-US ou LSIL	
≥ 0,5 – 5%	●VPH positivo (non xenotipado) e citoloxía (triaxe) negativa ●VPH non 16/18 e citoloxía (triaxe) negativa, ASC-US ou LSIL ●Citoloxía LSIL e VPH (triaxe) negativo	Seguimento con proba de cribado (1 ano)
≥ 0,15 – 0,5%	●Citoloxía (cribado) negativa ●Citoloxía ASC-US e VPH (triaxe) negativo	Seguimento con proba de cribado (3 anos)
< 0,15%	●VPH (cribado) negativo	Cribado rutineiro

Táboa 3. Niveis de risco inmediato de HSIL/CIN3+ e correspondencia coa actuación clínica recomendada (Fonte: AEPCC-Guí, 2022)

O cribado finaliza entre os 65 e 70 anos, sempre que a muller cumpra certos criterios de cribado negativo previo. Para concluír a participación, debe ter tres citoloxías negativas nos últimos dez anos, sendo a última realizada aos 65 anos e as dúas anteriores cun intervalo de tres anos. Se non se pode confirmar este historial, recoméndase realizar dúas últimas probas de VPH-AR antes de finalizar o cribado co intervalo de 5 anos entre probas. As mulleres con antecedentes de patoloxía cervical deben continuar os controis médicos durante un mínimo de 20-25 anos tras a resolución da lesión, mesmo despois de superada a idade do cribado poboacional.

Proba de confirmación diagnóstica

As colposcopias do PGDPCCx fanse nas Unidades de Patoloxía Cervical e Colposcopia seguindo os mesmos requisitos para os profesionais que as levan a cabo nos hospitais de cada área sanitaria.

As mulleres que durante a súa participación no PGDPCCx precisen da realización dunha colposcopia, seguindo os algoritmos do programa, serán citadas dende a unidade de coordinación en axendas específicas de cribado nos Servizos de Xinecoloxía cumprindo os tempos de espera máximos establecidos nos criterios de calidade do PGDPCCx. A citación e comunicación de citas e de resultados ás mulleres realízase dende a unidade de coordinación mediante correo postal.

Toda a información derivada da realización da colposcopia de cribado deberá ser consignada no documento de informe de colposcopia de cribado do PGDPCCx, dispoñible na historia clínica de cada muller no IANUS. Este informe adopta a terminoloxía da IFCPC (última actualización de Río de Janeiro, 2011), que, ademais de ser a máis empregada e a recomendada pola AEPCC, é tamén a terminoloxía consensuada e considerada oficial no ámbito europeo.

Avaliación do risco e actuación posterior

O Programa farase cargo de realizar o seguimento que lle corresponda a cada muller en función dos achados do cribado. Segundo os resultados da colposcopia, aplicaranse os algoritmos de actuación, en función do motivo da súa indicación.

No caso de toma de biopsia durante a colposcopia, o PGDPCCx asignará un resultado anatomopatolóxico do conxunto dos resultados. Establecerase un contacto constante entre os/as profesionais das Unidades de Patoloxía Cervical e a unidade de coordinación para o seguimento de cada muller.

O resultado da avaliación comunícaselle á muller participante por carta coa recomendación de seguimento que lle corresponde. Esta información está tamén dispoñible na historia clínica electrónica (IANUS). O seguimento asignado realízase dende o sistema de información do PGDPCCx, de forma que se volverán a citar ás participantes para a realización do co-test de seguimento coa matrona ou realizar unha nova colposcopia no caso de ser necesario.

No caso de detectarse nas mostras de anatomía patolóxica unha lesión preneoplásica ou un cancro, o PGDPCCx ten acceso a axendas de patoloxía cervical en cada hospital para poder citar ás pacientes e iniciar o proceso diagnóstico e terapéutico correspondente en cada caso coa máxima celeridade.

RESULTADOS DO PROGRAMA

Neste informe amósanse os principais resultados do PGDPCCx dende o seu inicio ata o 31 de decembro de 2024.

Cobertura de invitación

No período dende o inicio do PGDPCCx ata o 31 de decembro de 2024 invitáronse a participar por primeira vez a 253.353 mulleres do total de poboación con tarxeta sanitaria Sergas. Dado que no PGDPCCx as matronas teñen a capacidade de incorporar mulleres ao circuío do Programa, estas serán tidas en conta á hora do cálculos dos indicadores.

O cálculo da cobertura de invitación realízase segundo o documento de consenso do sistema de información do programa poboacional de cribado de cancro do Sistema Nacional de Saúde de dúas formas:

- Cobertura de invitación tendo en conta a poboación diana do IGE (no ano 2024 esta poboación era de 631.466 mulleres): 40,1 %

$$\frac{\text{número de mulleres con invitación válida}}{\text{poboación diana no ano índice}}$$

- Cobertura de invitación segundo poboación elixible do programa (no ano 2024 esta poboación era de 596.499 mulleres): 42,5 %

$$\frac{\text{número de mulleres con invitación válida}}{\text{poboación elixible}}$$

Dado que as distintas áreas sanitarias foron entrando en programa de forma paulatina as coberturas de invitación difiren entre as áreas. Amósanse na táboa 4.

Área Sanitaria	Invitacións	Captacións	Total	Cobertura invitación por poboación elixible
LUGO	39.884	8.021	47.905	70,6
FERROL	18.641	7.445	26.086	66,2
PONTEVEDRA	30.384	10.764	41.148	62,3
VIGO	37.726	12.758	50.484	38,2
OURENSE	17.243	5.422	22.665	36,3
SANTIAGO	21.317	11.280	32.597	32,8
A CORUÑA	22.553	9.915	32.468	25,1
Totais	187.748	65.605	253.353	42,5

Táboa 4: Invitacións, captacións e cobertura de invitación segundo poboación elixible por área sanitaria

Cobertura de exame

O total de test VPH-AR realizados dende o inicio do PGDPCCx ata o 31 de decembro de 2024 foi de 143.732.

Na figura 2 amósase o incremento no número de test analizados no programa ata a data de análise:

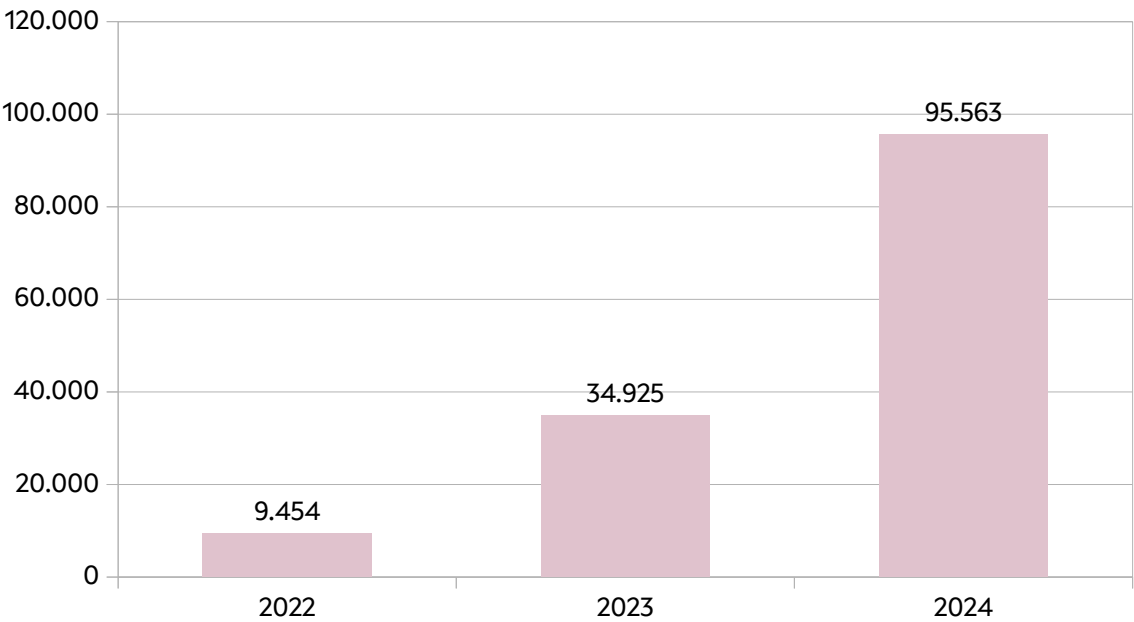


Figura 2: Número de test analizados segundo ano de análise

O cálculo da cobertura de exame realízase tendo en conta a poboación diana do ano de estudo que serían 126.293 mulleres por ano. Así, a cobertura de exame dos distintos anos represéntase na figura 3.

PROGRAMA GALEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DO CANCRO DE CÉRVIX
INFORME DE RESULTADOS 2024

Cobertura de exame no ano índice:

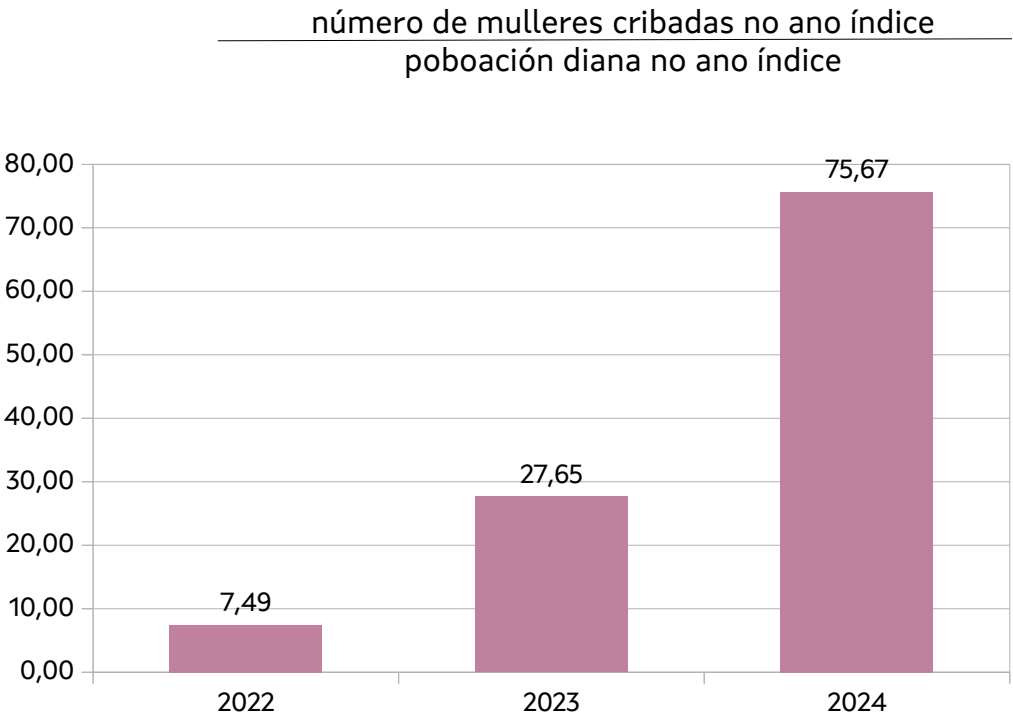


Figura 3: Cobertura de exame segundo ano de cribado

Modalidade de participación

Das mulleres invitadas que elixen participar no PGDPCCx, un 44,0 % escolleron facelo mediante cita e o 56,0 % mediante autotoma. Na táboa 5 amósanse as porcentaxes de elección segundo modalidade de participación e área sanitaria.

Área Sanitaria	Escollen cita (%)	Escollen autotoma (%)
AREA LUGO	40,6	59,4
AREA FERROL	44,5	55,5
AREA PONTEVEDRA	42,6	57,4
AREA VIGO	44,5	55,5
AREA OURENSE	42,9	57,1
AREA SANTIAGO	48,2	51,8
AREA A CORUÑA	44,7	55,3
Totais	44,0	56,0

Táboa 5: Porcentaxes de elección segundo modalidade de participación e área sanitaria

Participación

A participación calcúlase en porcentaxe de test entregados entre as persoas invitadas a participar no período de estudo. De entre as mulleres invitadas dende o inicio do PGDPCCx ata o 31 de decembro de 2024 a taxa de participación foi do 59,8 %.

$$\frac{\text{número de mulleres cribadas das invitadas}}{\text{número de mulleres con invitación válida}}$$

As taxas de participación segundo área sanitaria amósanse na táboa 6.

Área Sanitaria	Taxa de participación (%)
AREA LUGO	57,3
AREA FERROL	63,2
AREA PONTEVEDRA	61,4
AREA VIGO	57,4
AREA OURENSE	55,6
AREA SANTIAGO	65,3
AREA A CORUÑA	59,9
Totais	59,8

Táboa 6: Taxa de participación segundo área sanitaria

Resultados da proba de cribado

A proba de VPH-AR foi positiva no 6,6 % dos casos.

Na táboa 7 amósanse os resultados dos test segundo área sanitaria.

VPH-AR POSITIVO	
Área Sanitaria	GLOBAL (%)
AREA LUGO	6,7
AREA FERROL	4,5
AREA PONTEVEDRA	6,4
AREA VIGO	6,7
AREA OURENSE	6,7
AREA SANTIAGO	6,1
AREA A CORUÑA	7,3
Totais	6,6

Táboa 7: Positividade dos test VPH-AR segundo área sanitaria

PROGRAMA GALEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DO CANCRO DE CÉRVIX INFORME DE RESULTADOS 2024

No total dos test VPH-AR positivos, os xenotipos 16 e 18 representan o 35,3 % dos casos. As porcentaxes de positividade a xenotipos 16 e 18 non amosan grandes diferencias segundo as distintas áreas sanitarias (táboa 8).

VPH-AR POSITIVO 16/18	
Área Sanitaria	GLOBAL (%)
AREA LUGO	34,9
AREA FERROL	33,7
AREA PONTEVEDRA	35,4
AREA VIGO	35,2
AREA OURENSE	36,1
AREA SANTIAGO	35,8
AREA A CORUÑA	35,9
Totais	35,3

Táboa 8: Positividade dos test VPH-AR a xenotipos 16/18 segundo área sanitaria

Resultados das colposcopias de cribado

No período dende o inicio do PGDPCCx ata o 31 de decembro de 2024 realizouse a indicación de colposcopia a un total de 3.852 mulleres, sendo a porcentaxe global de aceptación de colposcopia do 97,8 %.

No 89,8 % das colposcopias se realizou unha toma de mostra para a súa análise en anatomía patolóxica, o 5,2 % foron adecuadas sen achados, un 0,5 % foron derivadas directamente a unha consulta de patoloxía cervical e o 4,5 % restante foron inadecuadas precisando unha actuación posterior.

Taxas de detección de lesións

Trala realización da colposcopia de cribado diagnosticáronse, ata o 31 de decembro do 2024, 46 mulleres con CCX o que supón un VPP para cancro (risco de ter un cancro de cérvix cando o resultado do test é positivo e tras realizar unha colposcopia) de 1,2 % e unha taxa detección de CCX de 0,30 mulleres por cada 1.000 que entregan o test.

Ademais diagnosticáronse 232 mulleres con lesións CIN 3, 426 con lesións CIN 2 e 1.248 con lesións CIN 1. Os resultados das lesións detectadas segundo área sanitaria pódense consultar nas táboas 9 e 10.

Área Sanitaria	CIN1	CIN2	CIN3	CCX
LUGO	5,32	2,51	0,69	0,26
FERROL	13,40	3,21	2,00	0,42
PONTEVEDRA	8,79	2,85	2,10	0,24
VIGO	10,59	3,55	1,41	0,34
OURENSE	8,65	2,46	0,71	0,32
SANTIAGO	4,13	1,27	0,47	0,47
A CORUÑA	7,97	3,65	3,44	0,10
Totais	8,24	2,81	1,53	0,30

Táboa 9: Taxas de deteccións de lesións segundo área sanitaria (%)

Área Sanitaria	CIN1	CIN2	CIN3	CCX
LUGO	24,75	11,69	3,22	1,19
FERROL	55,67	13,35	8,31	1,76
PONTEVEDRA	34,63	11,23	8,27	0,94
VIGO	42,00	14,09	5,61	1,37
OURENSE	33,03	9,39	2,73	1,21
SANTIAGO	17,09	5,24	1,94	1,94
A CORUÑA	27,48	12,59	11,88	0,35
Totais	33,12	11,31	6,16	1,22

Táboa 10: VPP tras a colposcopia de confirmación diagnóstica por área sanitaria (%)

Estadios dos CCX detectados

Dende o inicio do PGDPCCx ata o 31 de decembro de 2024 diagnosticáronse un total de 46 cancro de cervix. Os estadios ao diagnóstico amósanse na figura 4.

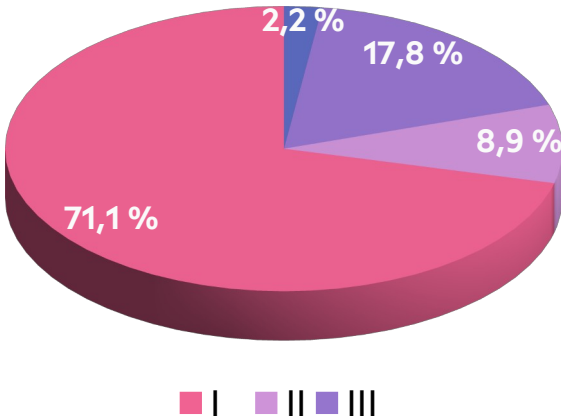


Figura 4: Porcentaxe dos estadios ao diagnóstico TNM segundo a AJCC (American Joint Committee on Cancer) 7ª Edición.

CONCLUSIÓN

- O Programa galego de detección precoz do cancro de cérvix, que se iniciou no ano 2021 cun proxecto piloto na Área Sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos, está implantado na actualidade en toda a CC.AA. de Galicia.
- A cobertura de invitación global por poboación elixible sitúase no 42,5 % a finais do ano 2024, así mesmo, a cobertura de exame no ano 2024 acadou o 76,67 % grazas á gran labor de captación realizada polas matronas.
- Das mulleres invitadas que elixen participar no PGDPCCx, un 44,0 % escolleron facelo mediante cita e o 56,0 % mediante autotoma. Este dato concorda coa recomendación feita pola Organización Mundial da Saúde (OMS) no uso da autotoma como estratexia para o aumento da cobertura no cribado.
- A participación global é do 59,8 %. Tendo en conta a histórica elevada adherencia das mulleres a facer controis periódicos na privada, pódese considerar boa. Non obstante, a curto e medio prazo sería desexable aumentar esta participación para aproximarse o mais posible á recomendación do 70%.
- A proba VPH-AR foi positiva no 6,6 % dos casos, representando os xenotipos 16 e 18 o 35,3 % de todas as mostras positivas.
- O 95% das colposcopias realizadas foron descritas como adecuadas (con ou sen achados) e só un 0,5% foron derivadas posteriormente a unha consulta para valoración.
- O 80 % dos cancros se detectan en estadios iniciais (I e II) cumprindo así cun dos obxectivos principais dos programas de cribado.
- En xeral, o PGDPCCx está cumprindo o seu obxectivo de detección precoz. Optimizar a cobertura e mellorar a adherencia nas áreas con menor participación podería incrementar aínda máis a súa eficacia.