

Programa galego de detección precoz do cancro colorrectal

Resultados 2013-2019

PROGRAMA
GALEGO DE
DETECCIÓN
PRECOZ DO



Responsables da publicación

Silvia Suárez Luque
Ángel Gómez Amorín
Bárbara Rodríguez Pérez
Raquel Almazán Ortega
Elena Rodríguez Camacho
Juana Fontenla Rodríguez

Data de edición

31/12/2020

Edita

Xunta de Galicia
Consellería de Sanidade
Dirección Xeral de Saúde Pública
Subdirección Xeral de Programas de Fomento de Estilos de Vida Saudables
Servizo de Programas Poboacionais de Cribado

Maquetación

Tórculo Comunicación Gráfica, S. A.

PROGRAMA GALEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DO CANCRO COLORRECTAL

RESULTADOS 2013-2019

XUNTA DE GALICIA
Consellería de Sanidade
Dirección Xeral de Saúde Pública

Santiago de Compostela 2020

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 Red Española de Registros de Cáncer para o 2020, o cancro colorrectal é o cancro máis frecuente no conxunto da poboación. A maior parte destes cancros diagnósticanse 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 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 70-80 % dos casos de CCR proceden dun pólipo adenomatoso e nun 20-30 % dun pólipo serrado que sofren unha transformación maligna que pode prolongarse arredor de 10 anos. Durante este tempo poden sangrar de forma intermitente, por iso a proba de detección do 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 marca como obxectivo ás Comunidades Autónomas a posta en marcha do cribado do cancro colorrectal para homes e mulleres entre 50 e 69 anos e tamén completar a cobertura ao 100 % da poboación no ano 2024. Neste contexto, en Galicia iníciase no ano 2013 a implantación do Programa galego de detección precoz do cancro colorrectal, completando a súa extensión xeográfica no ano 2019 e adiantándose 5 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 a domicilio, acompañada dun folleto explicativo. As persoas poden manifestar a súa vontade de participar, ben a través dunha tarxeta de aceptación (con franqueo en destino) que pode depositar en Correos ou ben mediante aceptación telemática na páxina web da Dirección Xeral de Saúde Pública. Seguidamente, envíáselle o material necesario para a toma da mostra das feces, que pode depositar en calquera centro de saúde da súa área de residencia, dende onde se remite 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 nova carta de invitación. O participante entraría na súa segunda rolda de participación. Na actualidade, esta información envíase a través dunha mensaxe SMS ao telefónico móbil das persoas subscritas a este tipo de comunicación co SERGAS, ademáis de estar dispoñible na plataforma É-saúde. Por outra parte, as persoas nas que se detectan indicios de sangue oculta nas feces (o que consideramos 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, no seu caso, as lesións suxestivas de malignidade, o Programa realiza unha avaliación individual do risco en función do resultado da anatomía patolóxica, establecendo o seguimento adecuado para cada persoa segundo o establecido nas guías europeas de calidade en cribado de CCR (GGEE). Este resultado da avaliación comunícase por carta á persoa interesada. No caso de detección de 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, formando parte da actividade rutineira do programa de cribado.

Este programa implica a actuación coordinada de Atención Primaria, Atención Hospitalaria e a 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 7 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 test, xestión de citas, seguimento de todas as persoas obxecto de cribado e avaliación dos resultados do programa.

RESULTADOS DO PROGRAMA (2013-2019)

1. Participación

Dende o inicio do programa enviáronse 1.046.823 invitacións válidas (904.475 de rolda inicial e 142.348 de roldas sucesivas), cubrindo toda a poboación galega de entre 50 e 69 anos. A participación global, medida pola entrega do test, foi do 44,39 %, sempre maior entre as mulleres (47,7 % mulleres vs 40,8 % 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 91,6 %, (91,1 % homes vs 91,9 % mulleres); no entanto, a participación en 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 36,9 % (33,8 % homes vs 39,9 % mulleres).

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 2019, que foron 449.672. Nun 6,7 % dos casos a proba SOF detectou indicios de sangue en primeira rolda e no 5,0 % dos casos en roldas sucesivas.

3. Lesións detectadas

No período que vai dende o inicio do Programa e ata decembro de 2019 realizáronse colonoscopias a 26.647 persoas. Como resultado das mesmas identificáronse 1.436 persoas con cancros invasivos (taxa de 3,2 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) de 5,4 %. Ademais, diagnosticáronse 4.736 persoas con adenomas de alto risco (AAR), 6.572 de risco medio (AMR) e 5.983 de risco baixo (ABR). As taxas de lesións foron sempre máis altas nos homes, destacando a taxa de cancros invasivos (máis do dobre) e a taxa de adenomas de alto risco (preto do cuádruplo).

4. Estadio dos cancros invasivos

Dende o inicio do programa ata o 31 de decembro de 2019 diagnosticáronse un total de 1.436 cancros, 1.256 en rolda inicial e 180 en sucesivas. O 67 % deles foron identificados en estadios precoces (49 % en estadio I e 18 % en estadio II), nos que o pronóstico é significativamente mellor. Esta porcentaxe foi similar en rolda inicial e sucesivas e claramente diferente ao estadio habitual dos CCR diagnosticados fóra do programa de cribado, onde só o 14 % son identificados en estadio I.

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 2019, realizáronse un total de 32.978 colonoscopias a 26.647 persoas, con 45 complicacións graves post-colonoscopia, o que supón unha porcentaxe global do 0,13 %. 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 dende o inicio do programa como tamén desagregado por anos.

6. Resultados dos seguimentos realizados a persoas con risco alto ou intermedio

No período entre 2013-2019, segundo a súa data de avaliación, 4.258 persoas foron clasificadas como de alto risco, indicándoselles a realización dunha nova colonoscopia ao ano, e 5.324 foron clasificadas como de risco intermedio con indicación de colonoscopia aos 3 anos.

Entre as de risco alto completaron a colonoscopia o 98,6 % (o 91,6 % dentro do prazo establecido de 9-15 meses) e un 1,4 % abandonan. Nun 36,3 % dos casos, a colonoscopia foi normal, sen detección de lesións, nun 0,2 % detectouse un CCR (7 persoas) e no resto dos casos detectáronse lesións que foron extirpadas na propia colonoscopia.

Entre os de risco intermedio completaron a colonoscopia o 96,6 % (o 97,1% deles dentro do prazo establecido entre 30 e 42 meses) e un 3,1% abandonan. Nun 43,5 % dos pacientes a colonoscopia foi normal, sen detección de lesións, nun 0,5 % detectouse un CCR (6 persoas) e no resto lesións que se extirparon na mesma colonoscopia.

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 do 2019 acadouse o obxectivo de invitar a participar, polo menos unha vez, ao 100 % da poboación de 50 a 69 anos, adiantándonos 5 anos ao obxectivo proposto polo Ministerio de Sanidade, o que propoñía rematar no ano 2024.

O Programa galego, en termos globais, 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 detecta un risco alto ou intermedio de padecer un cancro colorrectal. O seguimento das persoas con risco alto ou intermedio diagnosticadas dentro do Programa de cribado é exclusiva do Programa galego respecto doutros programas españois que non centralizan de forma organizada esta actividade. A

experiencia neste punto é moi positiva, o Programa pon en marcha o circuito dun novo seguimento cando lle corresponde a cada persoa liberando a atención primaria, hospitalaria e o propio paciente desta responsabilidade, coa vantaxe de que se realiza con criterios homoxéneos para toda a poboación e evita duplicidade de peticións de colonoscopias. Os resultados son unha adherencia superior ao 95% e mais dun 90% das colonoscopias realizadas nun prazo de tempo adecuado tanto para os riscos altos como para os intermedios.

ÍNDICE

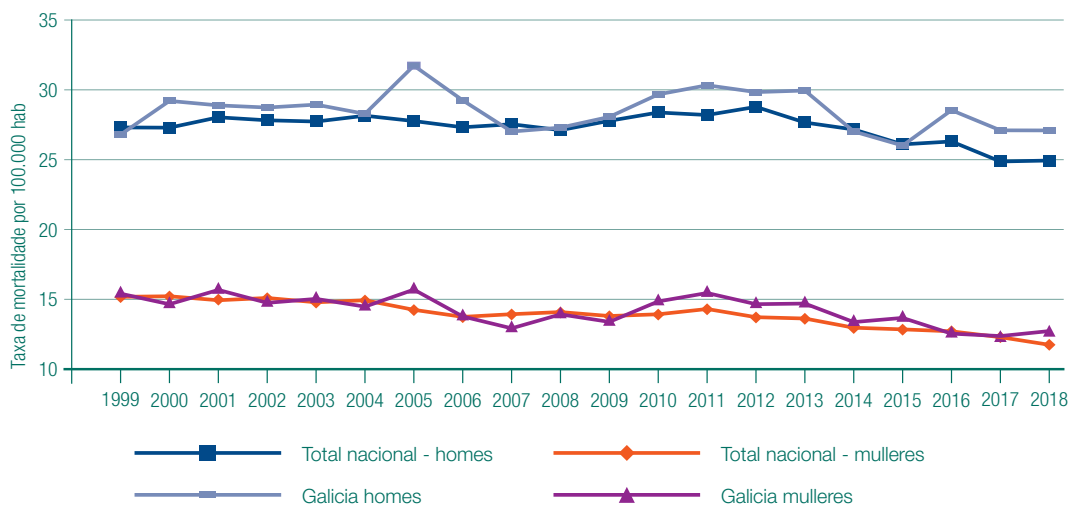
1. INTRODUCCIÓN	13
2. MODELO ORGANIZATIVO DO PROGRAMA GALEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DO CANCRO COLORRECTAL	15
3. RESULTADOS DO PROGRAMA 2013-2019	22
4. RESULTADOS DOS SEGUIMENTOS POR RISCO ALTO OU INTERMEDIO .	37
5. ESTUDO DAS COMPLICACIÓNS DA COLONOSCOPIA 2019	39
6. CONCLUSIÓNS	40
7. BIBLIOGRAFÍA	42

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 2020, o cancro colorrectal é o cancro máis frecuente no conxunto da poboación. En mulleres é o segundo cancro máis incidente despois do de mama e en 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 1.183 defuncións no ano 2018 en Galicia (4). A maior parte destes cancros diagnósticanse en estadios avanzados, o que afecta a supervivencia dos pacientes.

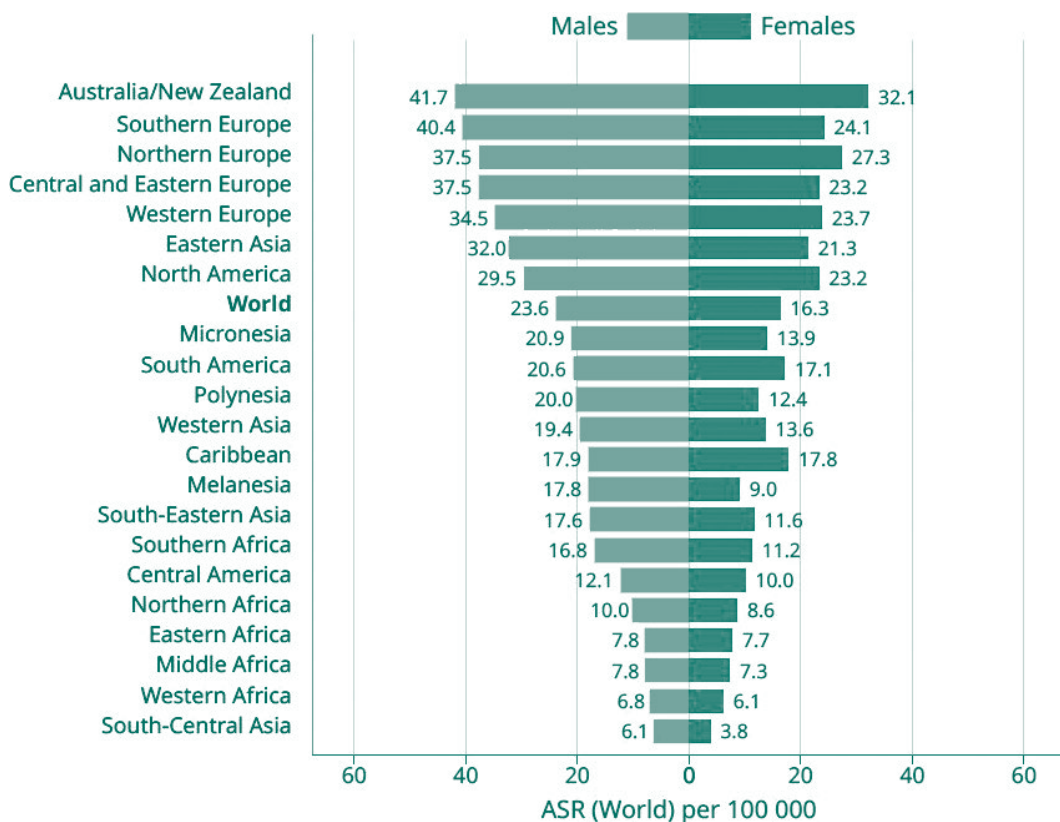
No contexto de España, Galicia ten unhas taxas de mortalidade por este cancro lixeiramente superiores, tanto en homes coma en mulleres, ás que se rexistran no conxunto do país. As devanditas taxas son bastante estables desde o ano 1999, arredor de 25-30 defuncións por CCR por cada 100.000 habitantes en homes e 10-15 por cada 100.000 habitantes en mulleres, tal como se pode ver no gráfico 1 (4,5).

Gráfico 1. Taxas de mortalidade por 100.000 habitantes axustadas á poboación europea en España e Galicia, por sexo, anos 1999-2018



Fonte: Pestadístico.com, portal estatístico do Ministerio de Sanidade, Consumo e Benestar social (4,5).

As estimacións de incidencia de CCR para o sur de Europa en 2019 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 (6). 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 44.000 novos casos de CCR. O 34 % dos afectados falecen por esta causa (1,4).

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

Fonte: Globocan 2019. Estimación para o ano 2019 (6).

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 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 (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 (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 marca como obxectivo ás Comunidades Autónomas (CC. AA.) a posta en marcha do cribado do cancro colorrectal para homes e mulleres entre 50 e 69 anos e tamén completar a cobertura ao 100 % da poboación no ano 2024 (9). A partir do ano 2000 as CC. AA. 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 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, 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, 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 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, 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 2020 esta poboación en 1 de xaneiro era de 752.525 cidadáns (363.911 homes e 388.614 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 3,6 % da poboación diana. A poboación con tarxeta sanitaria por área sanitaria a 31 de decembro de 2019 amósase na táboa 2.

Táboa 2. Número de persoas de 50-69 anos con tarxeta sanitaria SERGAS a 31/12/2019 por área sanitaria e sexo

ÁREA SANITARIA	HOMES	MULLERES
Ferrol	24.410	26.572
Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras	41.083	43.000
Pontevedra e O Salnés	37.508	40.126
Lugo, Cervo e Monforte	45.097	44.904
Santiago de Compostela	59.457	62.361
Vigo	73.682	78.762
A Coruña	71.076	77.216
TOTAL	352.313	372.941

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 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 atopado 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/g de feces que equivale a 100 ng/ml de buffer no actual test empregado no Programa. Un resultado menor de 20 µg de hemoglobina/g de feces 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.

Hai casos nos que coa información sobre o enderezo que figura na tarxeta sanitaria non permite o contacto co usuario/a. 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 dende 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 5 anos.

Despois da 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 circuito que o resto das mostras de laboratorio recollidas en atención primaria.

Na actualidade os 7 hospitais de referencia, un por área sanitaria, analizan os test de SOF. Os resultados están integrados e pasan de forma automatizada dende o laboratorio tanto ao programa informático do Programa (CRIIS) como á historia clínica electrónica (IANUS), 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 sen necesidade de nova carta de invitación. O participante entraría na súa segunda rolda de participación. Na actualidade esta información tamén se envía vía mensaxe SMS ao telefónico móbil das persoas subscritas a este tipo de comunicación co SERGAS e está dispoñible na plataforma e-saúde.
- Se o resultado é anómalo, hai que completar o estudo cunha colonoscopia e para isto dende o Programa comunícaselle ao participante 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 específico do Programa para realizar a proba, indícaselles o produto de limpeza do colon 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 resólvenselles as dúbidas que poidan xurdir.

Dende a Unidade de Coordinación mantense 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, 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 importantes sobre a limpeza colónica, cambios de tratamento, a necesidade de presentar o consentimento informado 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 uns requisitos para os profesionais que as realizan en cada un dos 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 por 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.

Táboa 3. Número de colonoscopistas que participan en Programa por área sanitaria. Ano 2019

ÁREA SANITARIA	HOSPITAL	N.º COLONOSCOPISTAS
Ferrol	Hospital Naval	3
Ourense	Complexo Hospitalario Universitario de Ourense	6
Pontevedra	Hospital Montecelo	5
Lugo	Hospital Lucus Augusti	7
Santiago	Hospital Provincial de Conxo	12
Vigo	Hospital Álvaro Cunqueiro	8
A Coruña	Hospital Universitario de A Coruña	8
TOTAL		49

As colonoscopias do Programa realízanse seguindo un protocolo específico para o Programa, que recolle as 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 (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 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.

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

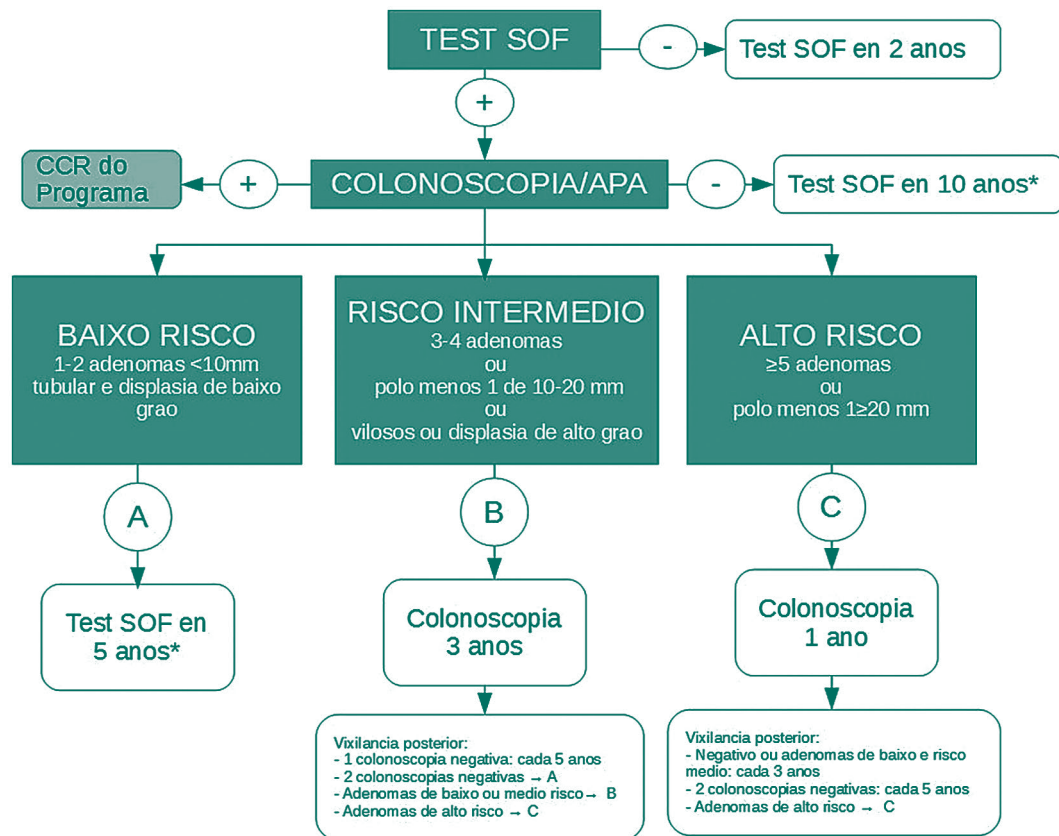
Unha vez realizada a colonoscopia e extirpadas, de ser o caso, as lesións susceptibles de se transformar en malignas, o persoal técnico do Programa de cribado, tendo en conta a información derivada dos informe da colonoscopia/as e de anatomía patolóxica (APA), realiza unha avaliación do risco de CCR de cada persoa segundo as guías europeas de garantía de calidade en cribado GGEE (11) clasificándoa de acordo co risco e establece o seguimento adecuado para cada unha, como se mostra na figura 2. O resultado desta avaliación comunícase ao interesado por carta coa recomendación de seguimento que lle corresponde. Esta información tamén está dispoñible na historia clínica electrónica. O seguimento asignado contrólase dende o sistema de información do programa de forma que se cita os pacientes cando lles corresponde realizar unha colonoscopia de seguimento ou se invitan a realizar unha nova proba de SOF se é o caso.

Aínda que o Programa está destinado ao grupo de homes e mulleres de entre 50 e 69 anos de idade, as persoas diagnosticadas con lesións de risco intermedio e alto continúan o seguimento dentro do Programa ata os 75 anos.

Para os casos de cancro diagnosticados en Anatomía Patolóxica, o Programa ten acceso a unha axendas 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 ter algún familiar de primeiro grao (pai/nai/irmáns/fillos/fillas) 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.

Figura 2. Seguimento do Programa en función do resultado do test e da colonoscopia. Adaptado das GGE (11)



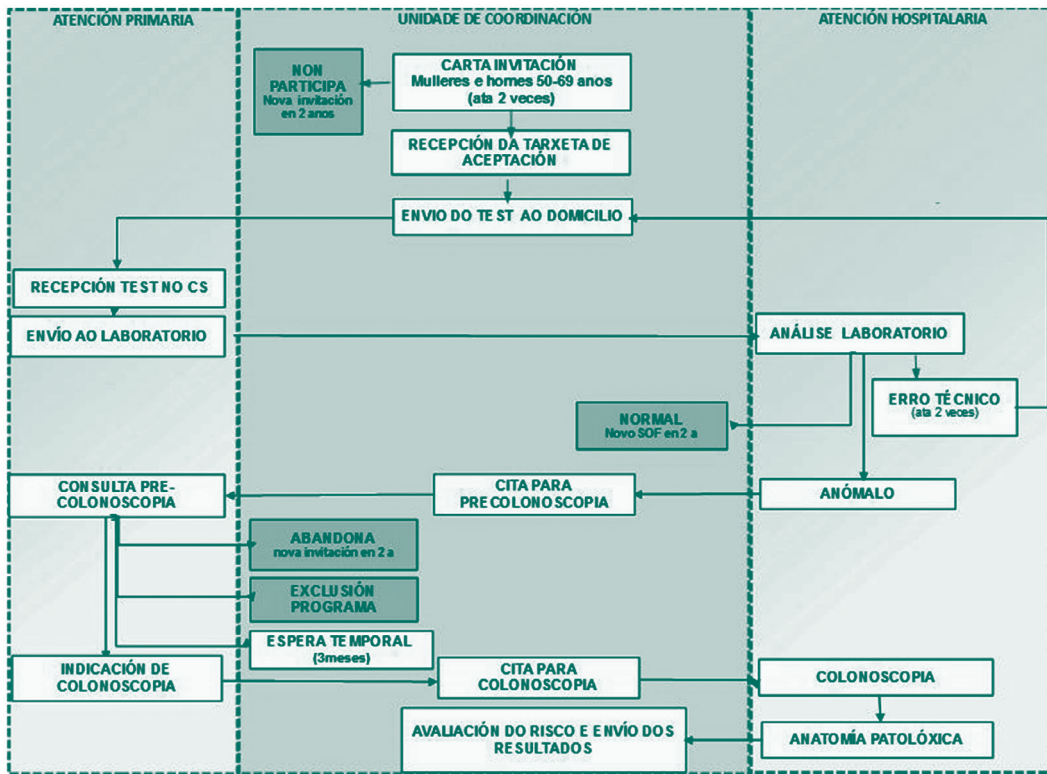
*Excepto persoas con antecedentes de alto risco familiar que farían colonoscopia aos 5 anos. Nos baixo risco está aprobado o cambio de volver a cribado con test SOF aos 10 anos, acordado coa Rede de programas de cribado de cancro.

Diagrama de fluxo das tarefas dentro do Programa

Toda a información relativa ao Programa está dispoñible na páxina web do SER-GAS e na intranet de cada área sanitaria 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 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 3 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 3. Diagrama de fluxo das tarefas para cada estamento que participa no Programa



RESULTADOS DO PROGRAMA 2013-2019

Neste informe amósanse os principais resultados do Programa desde o seu inicio en 2013 ata o 31 de decembro de 2019. Tendo en conta o calendario de implantación, algunhas persoas (táboa 1) estaban aínda na súa primeira rolda de invitación, mentres que outras estaban xa en roldas sucesivas. Os datos para a elaboración do informe obtivéronse en outubro de 2020 da aplicación PADIA, que extrae os datos directamente do sistema de información CRIIS.

Cobertura

No período dende o inicio do programa en 2013 ata 31/12/2019 invitouse a participar por primeira vez con invitación válida a 732.499 persoas. En xullo de 2019 realizáronse as últimas invitacións en primeira rolda, pendentes da Área de A Coruña, co que en 2019 se completou a cobertura por invitación do Programa.

Os cálculos dos indicadores fanse a partir das invitacións válidas, que como se mencionou previamente non son todos os usuarios de tarxeta, pois ás veces non se pode chegar a eles por información incorrecta.

Participación

A participación calcúlase en porcentaxe de test entregados entre as persoas invitadas a participar no período do estudo, independentemente de que entregasen o test fóra dese tempo, é dicir que no numerador entran aquelas persoas invitadas ata decembro do 2019 aínda que entregaran o test despois desa data.

Considérase que unha persoa participa no momento en que 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).

Táboa 4. Resultados de Participación. Primeira rolda de cribado 2013-2019

	HOMES			MULLERES			TOTAL		
	Invitacións válidas	Test entregados	Participación %	Invitacións válidas	Test entregados	Participación %	Invitacións válidas	Test entregados	Participación %
2013	10.374	5.118	49,33	12.100	6.617	54,69	22.474	11.735	52,22
2014	7.799	3.670	47,06	8.271	4.447	53,77	16.070	8.117	50,51
2015	20.161	8.201	40,68	22.534	10.490	46,55	42.695	18.691	43,78
2016	49.774	20.628	41,44	53.345	26.009	48,76	103.119	46.637	45,23
2017	94.704	36.134	38,15	100.806	44.545	44,19	195.510	80.679	41,27
2018	151.046	48.455	32,08	157.749	59.444	37,68	308.795	107.899	34,94
2019	106.638	26.607	24,95	109.174	33.799	30,96	215.812	60.406	27,99
Total	440.496	148.813	33,78	463.979	185.351	39,95	904.475	334.164	36,95

Invitáronse un total de 962.224 persoas en primeira rolda ao menos unha vez, tendo que conta que persoas que non aceptaron participar foron invitadas de novo na súa primeira rolda, por eso, cando estudamos períodos de tempo de máis de 24 meses pode haber persoas con máis dunha invitación. Deste total de invitacións, 904.475 resultaron invitacións válidas (48,7 % homes e 51,3 mulleres) e 57.749 non válidas, o que supón o 6 % de poboación á que non se chega por información incorrecta dos datos de enderezo.

De entre as invitadas, entregaron o test 334.164 persoas (44,5 % homes e 55,5 mulleres), o que representa unha participación global do 36,95 % para rolda inicial.

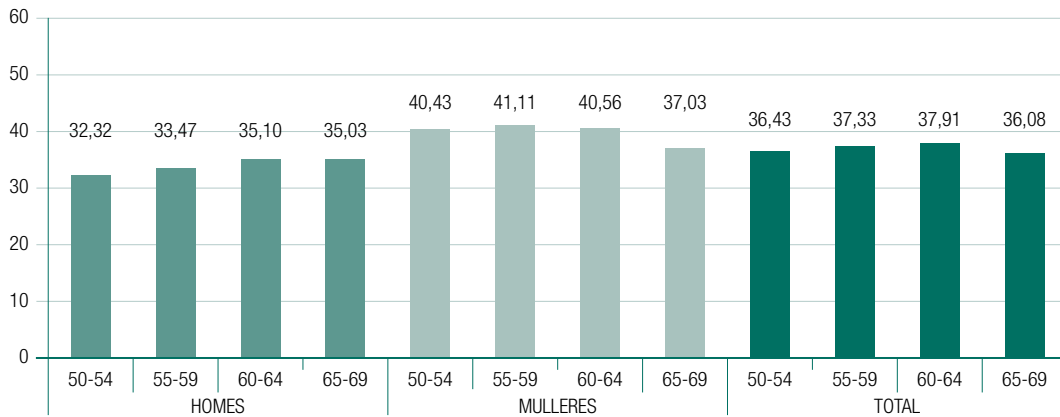
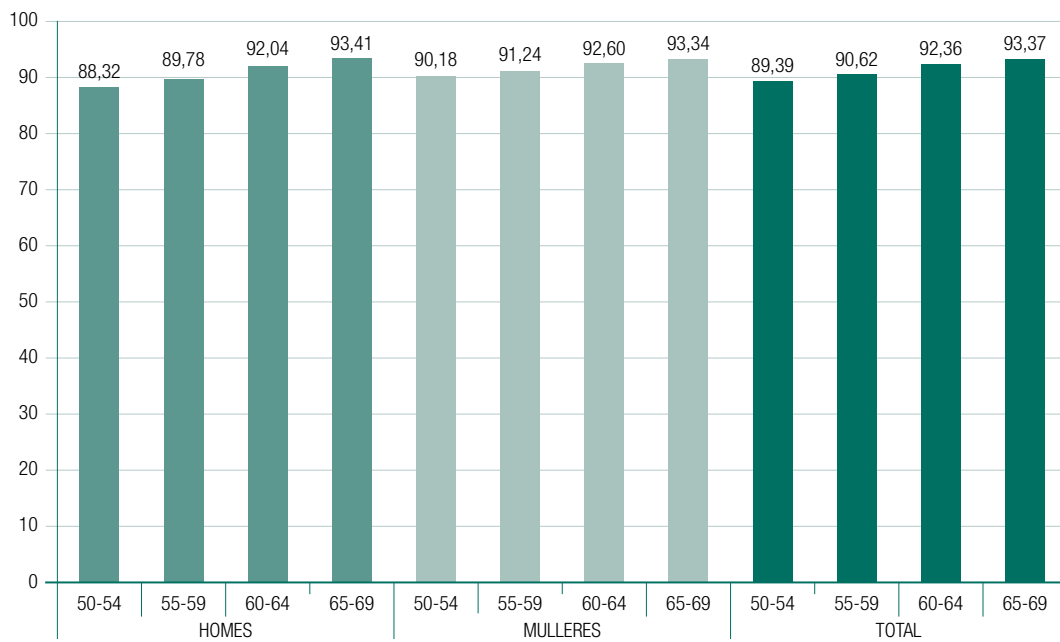
En roldas sucesivas enviouse o test a 142.348 persoas e entregárono 130.355 (42,6 % homes fronte a 57,4 %), o que representa unha participación do 91,57 % e confirma que a adherencia ao Programa é moi alta tras unha primeira participación.

Táboa 5. Resultados de participación. Roldas sucesivas de cribado 2013-2019

	HOMES			MULLERES			TOTAL		
	Invitacións	Test entregados	Participación %	Invitacións	Test entregados	Participación %	Invitacións	Test entregados	Participación %
2015	2.208	1.973	89,36	3.177	2.843	89,49	5.385	4.816	89,43
2016	4.141	3.869	93,43	5.523	5.187	93,92	9.664	9.056	93,71
2017	6.894	6.347	92,07	9.361	8.645	92,35	16.255	14.992	92,23
2018	13.532	12.425	91,82	19.182	17.902	93,33	32.714	30.327	92,70
2019	34.135	30.856	90,39	44.195	40.308	91,20	78.330	71.164	90,85
Total	60.910	55.470	91,07	81.438	74.885	91,95	142.348	130.355	91,57

En rolda inicial a participación en mulleres é preto de 6 puntos porcentuais máis alta (39,95 % fronte a 33,78 % en homes). En roldas sucesivas esta diferenza non é apenas salientable, 91,07 % en homes fronte a 91,95 % en mulleres, o que indica que a adherencia ao Programa é moi alta en ambos sexos.

A participación é moi similar en todos os grupos de idade tanto en homes coma en mulleres. Os resultados amósanse nos seguintes gráficos 2 e 3.

Gráfico 2. Participación (%) 2013-2019 por sexo e grupo de idade. Primeira rolda.**Gráfico 3.** Participación (%) 2013-2019 por sexo e grupo de idade. Rolda sucesiva

O grupo de idade do Programa é 50 a 69 anos pero hai participantes invitados aos 69 anos que cando entregan o test xa cumpriron os 70. Estes casos (2.202 persoas en todo o período 2013-2019), suman nos resultados globais pero non se representan nestes gráficos.

Na táboa 6 móstrase a evolución da participación por áreas sanitarias e por sexos.

Táboa 6. Resultados de participación global por área sanitaria. Anos 2013-2019

	FERROL		OURENSE		PONTEVEDRA		LUGO		SANTIAGO		CORUÑA		VIGO	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
2013	49,5	54,8												
2014	47,2	53,9												
2015	46,0	52,9	45,2	51,1										
2016	50,9	60,3	44,5	52,8	43,5	49,3	45,2	51,4	43,8	51,2				
2017	47,3	54,3	40,4	49,1	39,1	45,7	41,6	48,4	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
TOTAL	48,7	56,4	42,3	50,7	40,2	47,1	40,3	47,7	41,3	48,7	38,2	43,9	34,2	39,3

Resultados da proba de cribado

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

A proba de SOF foi positiva no 6,73 % dos casos en primeira rolda e no 5,04 % en roldas sucesivas. Os resultados desagregados por rolda, sexo e ano pódense consultar na táboa 7.

Táboa 7. Resultados da proba de cribado, desagregadas por roldas e sexo no período 2013-2019

	ROLDA INICIAL						ROLDA SUCESIVA					
	Test entregados		Inadecuados		% Positivos		Test entregados		Inadecuados		% Positivos	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
2013	2.666	3.617	0	1	9,56	5,94						
2014	5.151	6.524	0	1	9,18	5,95						
2015	7.006	8.787	0	0	9,38	5,44	1.706	2.443	0	0	7,50	4,54
2016	12.855	17.631	0	0	8,52	5,38	4.052	5.421	0	0	6,49	4,39
2017	37.256	45.349	1	1	9,12	5,31	5.351	7.313	0	0	5,94	4,53
2018	47.111	57.912	9	11	8,42	4,83	11.801	16.514	0	0	5,72	3,65
2019	33.993	42.204	3	10	8,47	5,06	28.758	38.251	0	0	6,36	4,28
Total	146.038	182.024	13	24	8,71	5,15	51.668	69.942	0	0	6,22	4,17

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.

Gráfico 4. Porcentaxe de SOF positivas 2013-2019 por sexo e grupo de idade. Primeira rolda

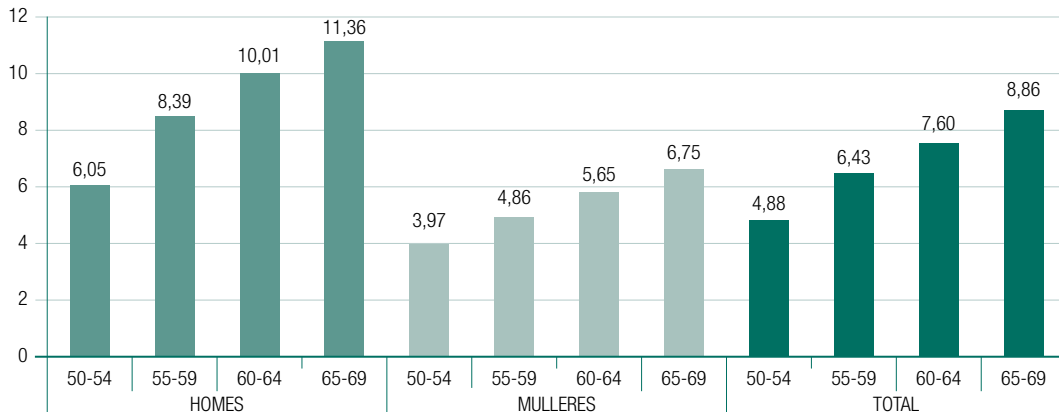
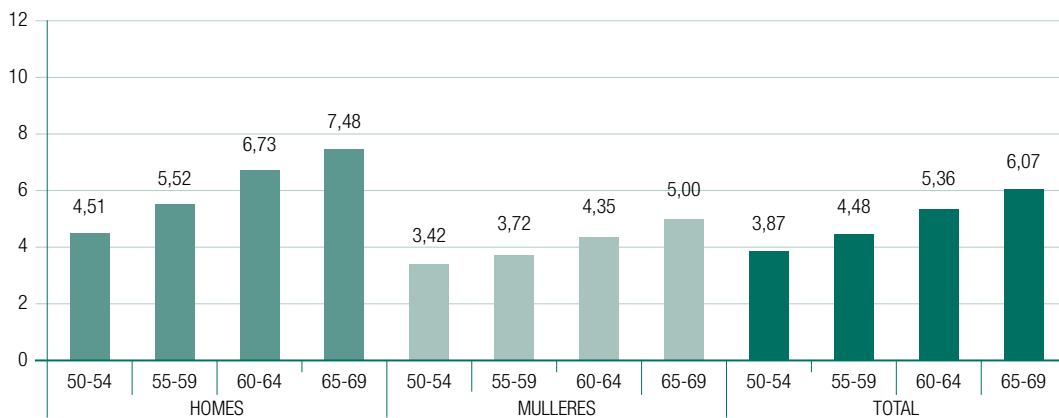


Gráfico 5. Porcentaxe de SOF positivas 2013-2019 por sexo e grupo de idade. Rolda sucesiva



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 2013-2019 realizouse a indicación de colonoscopia a un total de 27.450 persoas, das que se realizaron 26.647, sendo a porcentaxe global de aceptación de colonoscopia do 97,1 %.

Tras a realización da colonoscopia diagnosticáronse 1.436 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) de 5,39 % e unha taxa de detección de CCR de 3,19 por cada 1.000 persoas que entregan o test. Ademais diagnosticáronse 4.736 persoas con adenomas de alto risco (AAR), 6.572 de risco medio (AMR) e 5.983 de risco baixo (ABR). Os resultados das lesións detectadas desagregados por sexo e rolda pódense consultar nas táboa 8, 9, 10 e 11.

Táboa 8. Número de persoas con CCR, taxas de detección e VPP por sexo e rolda. 2013-2019

	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	4,62			
	VPP para CCR ‰	7,63	5,61	6,71			
2014	Nº persoas con CCR	37	19	56			
	Taxa de detección de CCR ‰	7,18	2,91	4,80			
	VPP para CCR ‰	8,56	5,21	7,03			
2015	Nº persoas con CCR	37	26	63	5	3	8
	Taxa de detección de CCR ‰	5,28	2,96	3,99	2,93	1,23	1,93
	VPP para CCR ‰	6,00	5,74	5,89	4,24	2,88	3,60
2016	Nº persoas con CCR	55	31	86	5	6	11
	Taxa de detección de CCR ‰	4,28	1,76	2,82	1,23	1,11	1,16
	VPP para CCR ‰	5,42	3,52	4,54	2,04	2,69	2,35
2017	Nº persoas con CCR	242	98	340	9	12	21
	Taxa de detección de CCR ‰	6,50	2,16	4,12	1,68	1,64	1,66
	VPP para CCR ‰	7,55	4,30	6,20	3,03	3,80	3,43
2018	Nº persoas con CCR	273	129	402	22	11	33
	Taxa de detección de CCR ‰	5,79	2,23	3,83	1,86	0,67	1,17
	VPP para CCR ‰	7,28	4,83	6,26	3,38	1,92	2,70
2019	Nº persoas con CCR	188	92	280	57	50	107
	Taxa de detección de CCR ‰	5,53	2,18	3,67	1,98	1,31	1,60
	VPP para CCR ‰	6,93	4,58	5,93	3,28	3,20	3,24

Táboa 9. Número de persoas con AAR, taxas de detección e VPP por sexo e rolda. 2013-2019

	AAR	ROLDA INICIAL			ROLDA SUCESIVA		
		Homes	Mulleres	TOTAL	Homes	Mulleres	TOTAL
2013	Nº persoas con AAR	46	16	62			
	Taxa de detección de AAR ‰	17,25	4,42	9,87			
	VPP para AAR	19,49	8,16	14,35			
2014	Nº persoas con AAR	98	33	131			
	Taxa de detección de AAR ‰	19,03	5,06	11,22			
	VPP para AAR	22,69	9,04	16,44			
2015	Nº persoas con AAR	150	42	192	14	8	22
	Taxa de detección de AAR ‰	21,41	4,78	12,16	8,21	3,27	5,30
	VPP para AAR	24,31	9,27	17,94	11,86	7,69	9,91
2016	Nº persoas con AAR	265	117	382	39	14	53
	Taxa de detección de AAR ‰	20,61	6,64	12,53	9,62	2,58	5,59
	VPP para AAR	26,11	13,30	20,16	15,92	6,28	11,32
2017	Nº persoas con AAR	831	285	1.116	49	22	71
	Taxa de detección de AAR ‰	22,31	6,28	13,51	9,16	3,01	5,61
	VPP para AAR	25,93	12,49	20,34	16,50	6,96	11,58
2018	Nº persoas con AAR	909	328	1.237	134	34	168
	Taxa de detección de AAR ‰	19,29	5,66	11,78	11,35	2,06	5,93
	VPP para AAR	24,25	12,28	19,27	20,62	5,94	13,75
2019	Nº persoas con AAR	639	242	881	313	108	421
	Taxa de detección de AAR ‰	18,80	5,73	11,56	10,88	2,82	6,28
	VPP para AAR	23,54	12,06	18,66	18,01	6,91	12,75

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, sobre todo na primeira rolda con diferenzas similares para todos os anos nos que hai valores dispoñibles.

Táboa 10. Número de persoas con AMR, taxas de detección e VPP por sexo e rolda. 2013-2019

	AMR	ROLDA INICIAL			ROLDA SUCESIVA		
		Homes	Mulleres	TOTAL	Homes	Mulleres	TOTAL
2013	Nº persoas con AMR	57	43	100			
	Taxa de detección de AMR %	21,38	11,89	15,92			
	VPP para AMR	24,15	21,94	23,15			
2014	Nº persoas con AMR	113	91	204			
	Taxa de detección de AMR %	21,94	13,95	17,47			
	VPP para AMR	26,16	24,93	25,6			
2015	Nº persoas con AMR	183	98	281	34	18	52
	Taxa de detección de AMR %	26,12	11,15	17,79	19,93	7,37	12,53
	VPP para AMR	29,66	21,63	26,26	28,81	17,31	23,42
2016	Nº persoas con AMR	278	200	478	68	34	102
	Taxa de detección de AMR %	21,63	11,34	15,68	16,78	6,27	10,77
	VPP para AMR	27,39	22,73	25,22	27,76	15,25	21,79
2017	Nº persoas con AMR	892	493	1.385	86	75	161
	Taxa de detección de AMR %	23,94	10,87	16,77	16,07	10,26	12,71
	VPP para AMR	27,83	21,61	25,25	28,96	23,73	26,26
2018	Nº persoas con AMR	1075	564	1.639	167	124	291
	Taxa de detección de AMR %	22,82	9,74	15,61	14,15	7,51	10,28
	VPP para AMR	28,68	21,11	25,53	25,69	21,68	23,81
2019	Nº persoas con AMR	699	388	1.087	487	305	792
	Taxa de detección de AMR %	20,56	9,19	14,27	16,93	7,97	11,82
	VPP para AMR	25,76	19,33	23,02	28,02	19,51	23,99

Táboa 11. Número de persoas con ABR, taxas e detección e VPP por sexo e rolda. 2013-2019

	ABR	ROLDA INICIAL			ROLDA SUCESIVA		
		Homes	Mulleres	TOTAL	Homes	Mulleres	TOTAL
2013	Nº persoas con ABR	49	36	85			
	Taxa de detección de ABR ‰	18,38	9,95	13,53			
	VPP para ABR	20,76	18,37	19,68			
2014	Nº persoas con ABR	85	74	159			
	Taxa de detección de ABR ‰	16,5	11,34	13,62			
	VPP para ABR	19,68	20,27	19,95			
2015	Nº persoas con ABR	126	102	228	31	21	52
	Taxa de detección de ABR ‰	17,98	11,61	14,44	18,17	8,6	12,53
	VPP para ABR	20,42	22,52	21,31	26,27	20,19	23,42
2016	Nº persoas con ABR	207	207	414	62	51	113
	Taxa de detección de ABR ‰	16,10	11,74	13,58	15,30	9,41	11,93
	VPP para ABR	20,39	23,52	21,85	25,31	22,87	24,15
2017	Nº persoas con ABR	666	531	1.197	74	71	145
	Taxa de detección de ABR ‰	17,88	11,71	14,49	13,83	9,71	11,45
	VPP para ABR	20,78	23,28	21,82	24,92	22,47	23,65
2018	Nº persoas con ABR	792	630	1.422	167	133	300
	Taxa de detección de ABR ‰	16,81	10,88	13,54	14,15	8,05	10,60
	VPP para ABR	21,13	23,58	22,15	25,69	23,25	24,55
2019	Nº persoas con ABR	555	472	1.027	439	402	841
	Taxa de detección de ABR ‰	16,33	11,18	13,48	15,27	10,51	12,55
	VPP para ABR	20,45	23,52	21,75	25,26	25,72	25,48

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, área sanitaria e rolda de cribado no período 2013-2019 pódense consultar na táboa 12.

Táboa 12. Taxas de detección de CCR, AAR, AMR, ABR por cada 1.000 persoas que entregan o test. No período 2013 a 2019 por sexo e rolda de cribado

		ROLDA INICIAL				ROLDA SUCESIVA			
		Taxa CCR ‰	Taxa AAR ‰	Taxa AMR ‰	Taxa ABR ‰	Taxa CCR ‰	Taxa AAR ‰	Taxa AMR ‰	Taxa ABR ‰
Ferrol	H	5,56	18,34	23,29	17,30	2,01	9,58	16,69	13,60
	M	2,61	4,29	12,03	11,05	1,23	2,62	8,66	8,66
Ourense	H	5,85	21,23	23,37	16,56	1,96	9,95	15,83	15,36
	M	2,51	6,27	11,40	11,32	1,03	2,57	8,52	10,41
Pontevedra	H	4,48	20,33	19,64	22,32	1,07	14,84	13,47	16,99
	M	1,77	4,96	9,03	13,89	0,55	2,11	5,65	8,31
Lugo	H	5,84	23,59	23,43	14,29	1,47	10,95	17,97	12,91
	M	2,30	7,32	10,71	10,17	1,97	2,90	7,64	11,85
Santiago	H	6,15	17,98	23,93	17,90	2,29	9,70	16,16	16,97
	M	2,22	5,47	8,97	11,19	1,35	3,09	6,67	10,15
Vigo	H	6,70	22,35	22,85	18,00				
	M	2,39	6,61	11,26	13,83				
Coruña	H	5,64	17,59	21,07	13,83				
	M	1,86	5,65	9,27	8,55				

As taxas de detección de lesións por área sanitaria na primeira rolda representáanse nos seguintes mapas (figuras 4, 5, 6 e 7) que utilizan escalas diferentes para mostrar as diferentes taxas por áreas en homes e en mulleres. Como se pode apreciar as taxas máis altas en mulleres son sempre máis baixas que as taxas mais baixas nos homes. A tendencia xeográfica non é a mesma entre homes e mulleres para as distintas lesións, salvo no caso das persoas con adenomas de alto risco nas que tanto en homes coma en mulleres as áreas nas que máis se detectan son Lugo, Vigo e Ourense por esta orde en ambos os sexos.

Figura 4. Taxas de detección de CCR (%) primeira rolda por área sanitaria e por sexo 2013-2019. Escalas diferentes por sexo

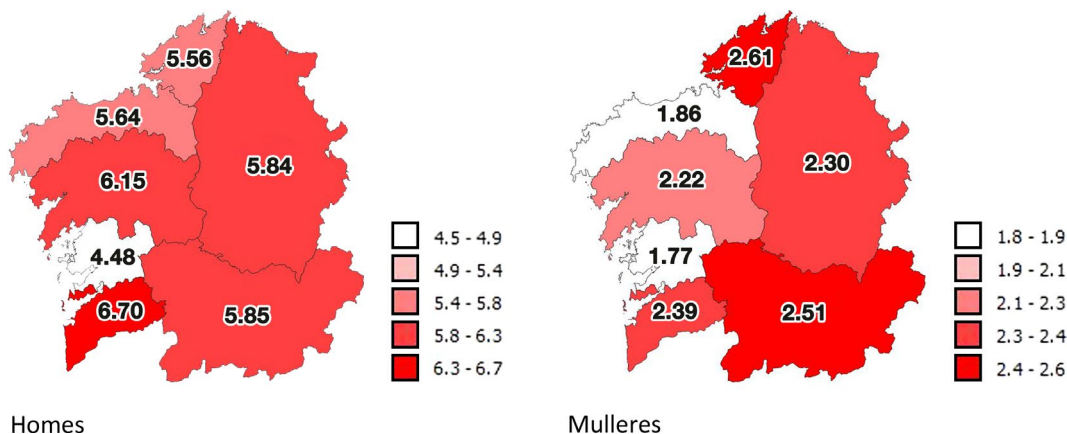


Figura 5. Taxas de detección de AAR (%) primeira rolda por área sanitaria e por sexo 2013-2019. Escalas diferentes por sexo

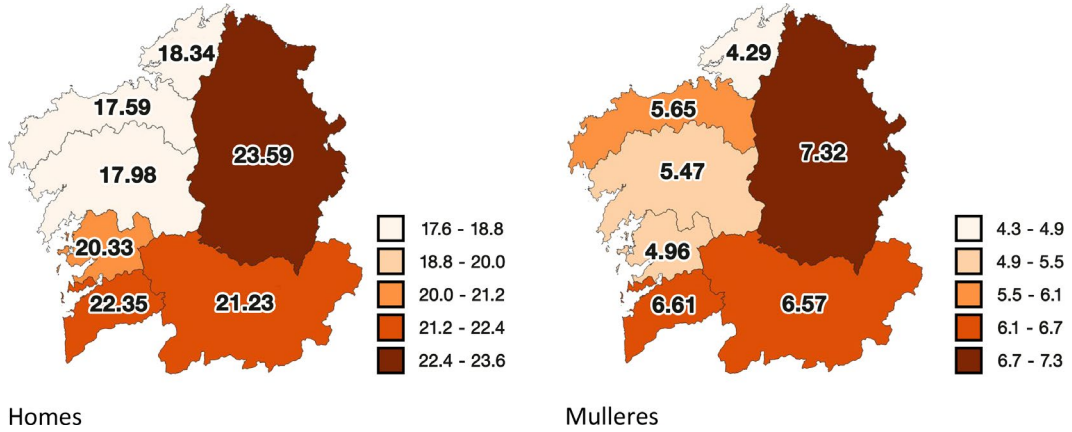


Figura 6. Taxas de detección de AMR (%) primeira rolda por área sanitaria e por sexo 2013-2019. Escalas diferentes por sexo

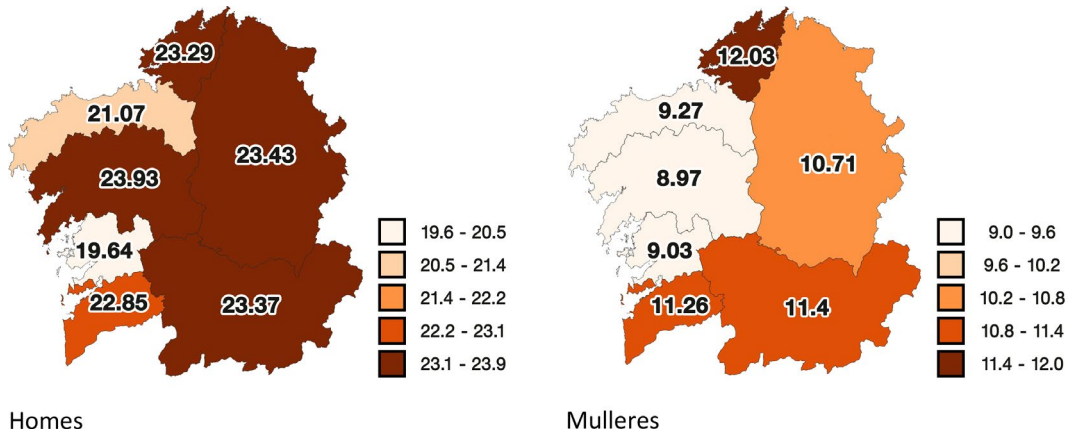
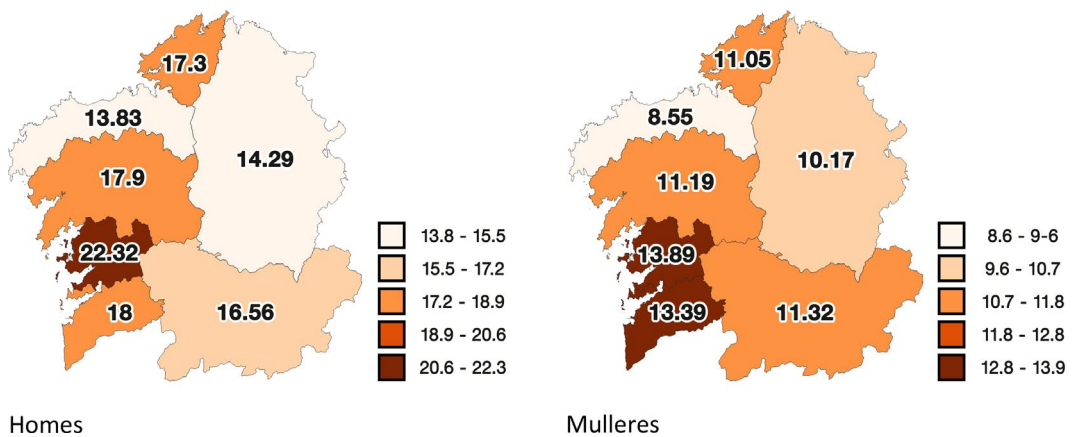


Figura 7. Taxas de detección de ABR (%) primeira rolda por área sanitaria e por sexo 2013-2019. Escalas diferentes por sexo



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

Gráfico 6. Lesións detectadas por sexo e grupo de idade 2013-2019. Primeira rolda

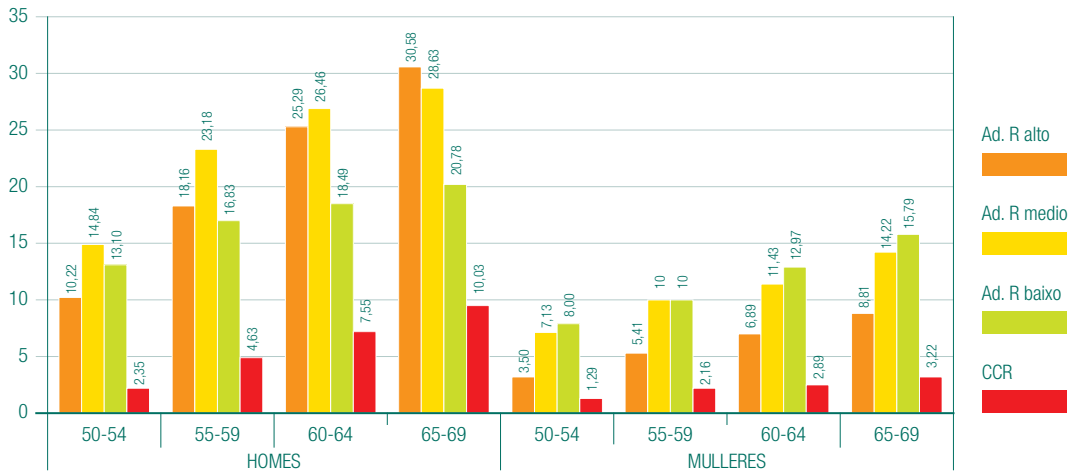
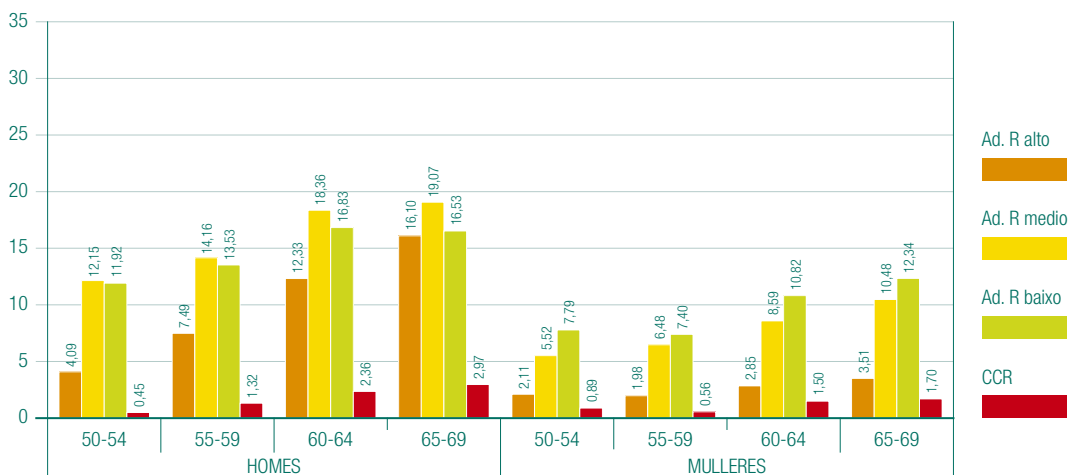


Gráfico 7. Lesións detectadas por sexo e grupo de idade 2013-2019. Roldas sucesivas

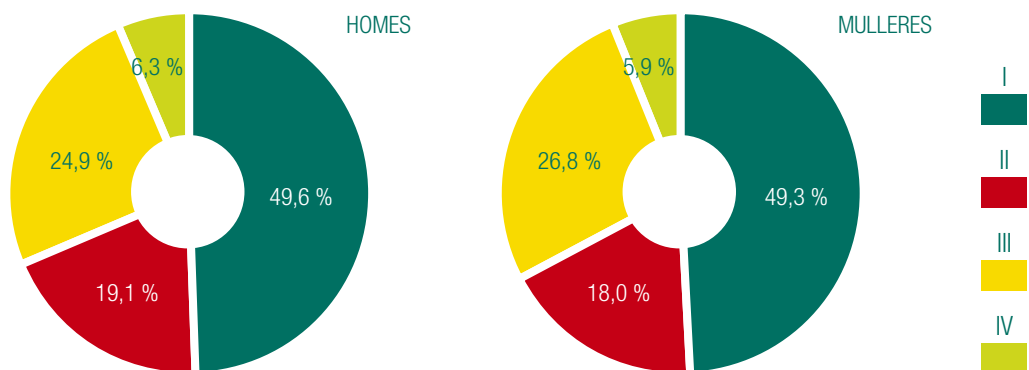


Estadios dos cancros detectados

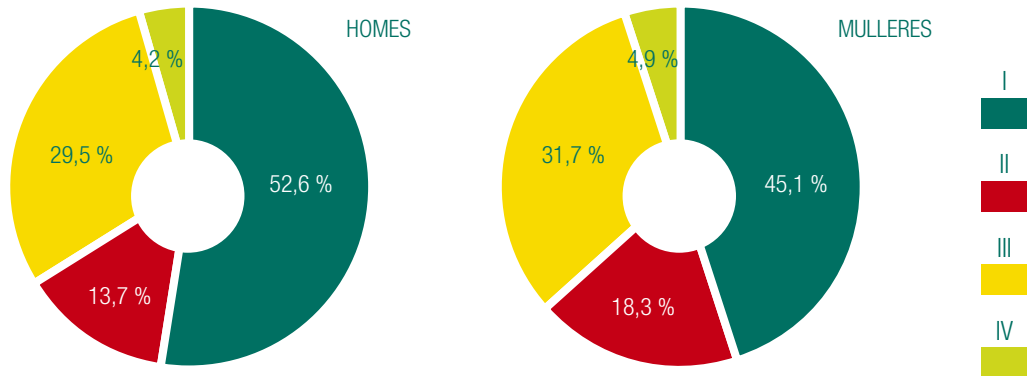
Dende o inicio do Programa ata 31 de decembro de 2019 diagnosticáronse un total de 1.436 cancros, 1.256 en rolda inicial e 180 en sucesivas. Os estadios ao diagnóstico por rolda e sexo pódense consultar no gráfico 8.

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 2013-2019.

ROLDA INICIAL



ROLDAS SUCESSIVAS



Aproximadamente un 70 % dos cancros diagnosticáanse en estadios iniciais (I ou II) tanto en homes coma en mulleres na rolda inicial. En roldas sucesivas, como se pode observar diminúe a porcentaxe de estadio IV.

Tempos entre procesos

Outro 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 cumpren co obxectivo requirido nas guías europeas e no Programa agás no ano 2014.

O tempos entre *o resultado do test e a cita de precolonoscopia* en atención primaria tamén cumpren os estándares marcados polas GGEE (11).

No ano 2019 a mediana de tempo que transcorre entre o resultado positivo e a cita de colonoscopia foi de 52 días, o que non cumpre co obxectivo do Programa. Este tempo implica varios responsables, por un lado o Programa que xestiona a cita precolonoscopia en atención primaria, que neste caso está en rango recomendable, e por outro as áreas sanitarias que facilitan o número de ocos dispoñibles nas axendas de colonoscopias de cribado, que neste caso é o tempo que se excede en 3 días do obxectivo. Cada mes o Programa elabora un informe de tempos de demora de colonoscopia para valorar se é necesario axustar a actividade de colonoscopias.

Táboa 13. Tempos entre procesos. Período 2013-2019

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

Comparación dos resultados do Programa con outros programas a nivel nacional e cos estándares europeos

O Programa galego forma parte da Rede de programas de cribado de cancro o que permite a coordinación e colaboración co resto de programas de España. Anualmente, a rede, reúnese e posteriormente publícanse resultados cos principais indicadores de resultados dos programas.

Como estándares de referencia empréganse os propostos polas GGEE (11) para programas poboacionais. Non hai referencias para algúns indicadores en roldas 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 ademais traxectorias moi curtas.

O último ano avaliado pola rede nacional foi o 2017 no que o conxunto dos programas de detección precoz de cancro colorrectal acadaban unha cobertura no territorio español do 71,78 % (10).

Táboa 14. Comparación dos principais resultados globais do Programa galego cos globais de España da Rede de programas de cribado de cancro 2017 (10)

	PROGRAMA GALEGO	GLOBAL NACIONAL
Participación (%)	45,2	46,9
Proporción de test positivos (%)	6,8	6,2
Taxa de detección de adenomas avanzados, alto e medio risco (‰)	28,6	20,9
Taxa de detección de calquera adenoma (‰)	42,8	31,7
Taxa de detección de CCR (‰)	3,8	2,6
VPP para adenomas avanzados(%)	42,3	38,2
VPP para calquera adenoma (%)	66,8	57,8
VPP para cancro (%)	5,9	4,8

A participación é máis baixa no Programa galego, preto de dous puntos porcentuais por debaixo da media nacional, a proporción de positivos é lixeiramente máis elevada e as taxas de detección e valores predictivos son máis altos en Galicia, o que se valora de forma moi positiva.

Na seguinte táboa preséntase os principais resultados do Programa seguindo as referencias marcadas nas guías europeas.

Táboa 15. Comparación dos principais resultados do Programa galego cos estándares das GEE. Período 2013-2019 (11)

	PROPORCIÓN DE TEST POSITIVOS (%)	TAXA DE DETECCIÓN DE CCR (‰)	TAXA DE DETECCIÓN DE ADENOMAS (‰)	VPP PARA CANCRO (%)	VPP PARA ADENOMAS (%)
Rolda inicial	6,73	3,83	41,80	6,03	65,84
Referencia europea	4,40-11,10	1,80-9,50	13,30-22,30	4,50-8,60	19,60-40,30
Rolda sucesiva	5,89	1,48	29,50	3,09	61,51
Referencia europea	3,90	1,30	-	4,00	-

Como se pode observar, o Programa cumpre e nalgún caso supera os estándares propostos a excepción da proporción de positivos en rolda sucesiva, que no Programa galego está en 5,04 % cando non debería superar o 3,9 % e o VPP para cancro en sucesivas que non acada o 4 %. Non existe polo momento un estándar de taxa de detección de adenomas para roldas sucesivas co que comparar os nosos resultados.

RESULTADOS DOS SEGUIMENTOS POR RISCO ALTO OU INTERMEDIO

O seguimento das persoas con risco alto ou intermedio diagnosticadas dentro do Programa de cribado é exclusiva do Programa galego respecto doutros Programas españois que non centralizan de forma organizada esta actividade. A experiencia neste punto é moi positiva: o Programa pon en marcha o circuíto dun novo seguimento cando lle corresponde a cada persoa liberando a atención primaria, hospitalaria e ao propio paciente desta responsabilidade, coa vantaxe de que se realiza con criterios homoxéneos para toda a poboación e evita duplicidade de peticións de colonoscopias.

Os criterios para establecer os prazos para a vixilancia son os propostos polas guías europeas de garantía de calidade en cribado GGEE (11) e descritos na figura 2. Nestes casos, pasado o prazo correspondente (1, 3 ou 5 anos) pasan ao listado de pendentes de cita en atención primaria no circuíto habitual de citas do Programa. A sistemática é a mesma que tras un test positivo: unha vez indicada a colonoscopia por parte do profesional de atención primaria, pasan ao listado de pendentes de cita de colonoscopia e son citados nas axendas das que dispón o Programa.

No período entre 2013-2019 segundo a súa data de avaliación, 4.258 persoas foron clasificadas como de alto risco e indicóuselless a realización dunha nova colonoscopia de seguimento nun ano. Un 2,6 % deste total foron excluídas do seguimento e un 0,5 % faleceron antes da seguinte colonoscopia. Dende o Programa indicouse a colonoscopia anual de vixilancia ao 80,2 % do total de persoas a seguimento, xa que un 19,8 % aínda non cumpriron o tempo de seguimento establecido. Dos participantes aos que se lles indicou a colonoscopia completárona un 98,6 % mentres que o 1,4 % decidiron abandonar o Programa non realizando a colonoscopia de seguimento. O 91,6 % realizaron a colonoscopia no prazo de tempo establecido polo Programa como adecuado (9-15 meses). Tras a primeira colonoscopia de seguimento detectáronse 7 cancros (0,2 %). O risco establecido tras a primeira colonoscopia de seguimento, naqueles casos onde non se detectou un cancro, foi: 7,9 % alto risco, 18,4 % risco intermedio e 37,2 % risco baixo. Das colonoscopias realizadas un 36,3 % foron normais. Figura 8.

No período entre 2013-2019 segundo a súa data de avaliación, foron clasificadas como de risco intermedio 5.324 persoas e indicóuselless a realización dunha colonoscopia de seguimento en tres anos. Un 0,6 % deste total foron excluídas do seguimento e un 1,1 % faleceron antes da seguinte colonoscopia. Dende o Programa indicouse a colonoscopia de seguimento ao 22,9 % do total de persoas a seguimento, xa que un 77,1 % aínda non cumpriron o tempo de seguimento establecido. Dos participantes aos que se lles indicou a colonoscopia completárona un 96,9 % mentres que o 3,1 % decidiron abandonar o Programa. O 97,1 % realizaron a colonoscopia no prazo de tempo establecido polo Programa como adecuado (30-42 meses). Tras a primeira colonoscopia de seguimento detectáronse 6 cancros (0,5 %). O risco establecido

tras a primeira colonoscopia de seguimento, naqueles casos onde non se detectou un cancro, foi: 4,0 % alto risco, 17,4 % risco intermedio e 34,6 % risco baixo. Das colonoscopias realizadas un 43,5 % foron normais. Figura 9.

Figura 8. Seguimentos no Programa tras colonoscopia basal de alto risco

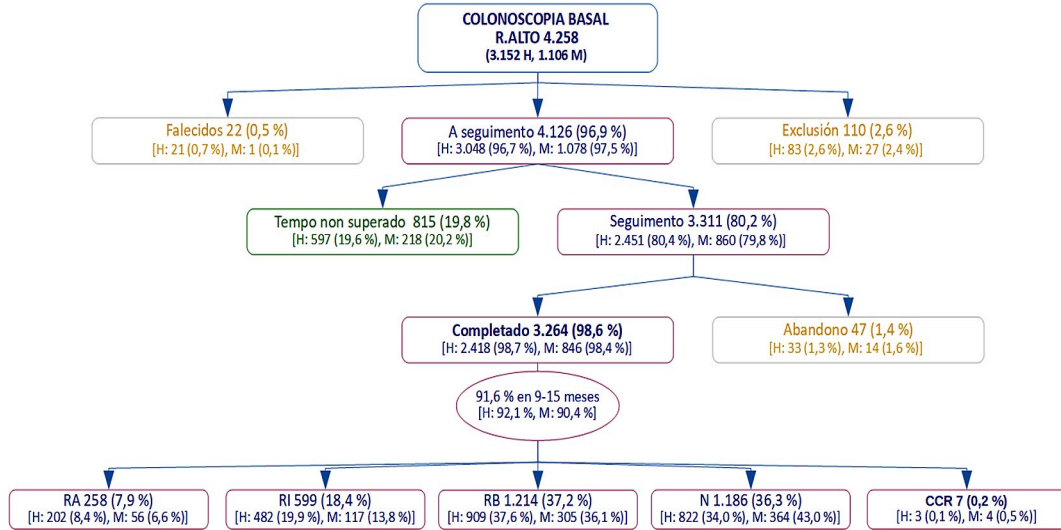
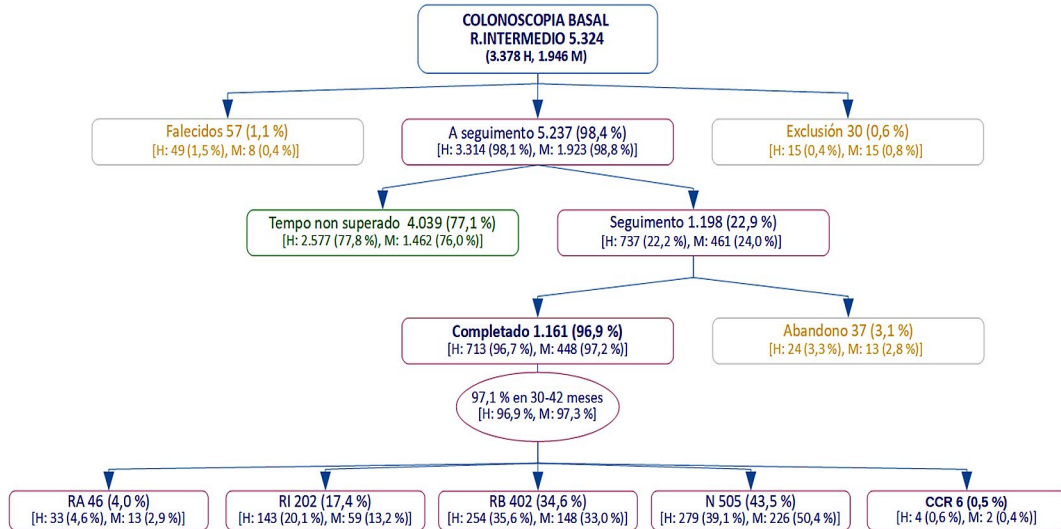


Figura 9. Seguimentos no Programa tras colonoscopia basal de risco intermedio



ESTUDO DAS COMPLICACIÓNS DA COLONOSCOPIA 2019

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 hospitalarias cun diagnóstico compatible cunha complicación grave entre as persoas que realizaron unha colonoscopia nos 30 días seguintes a realización da colonoscopia.

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. Para o cálculo das complicacións tanto o numerador como o denominador son procedementos, non persoas, polo tanto se unha persoa fixo varias colonoscopias conta varias veces.

Desde o inicio do Programa en maio do 2013 ata o 31 de decembro de 2019 realizáronse un total de 32.978 colonoscopias, a 26.647 persoas, con 45 complicacións graves tras colonoscopia.

Salvo dúas persoas, todas as que ingresaron por algunha complicación grave tras colonoscopia de cribado foron dadas de alta sen secuelas.

Na táboa 16 pódense consultar as colonoscopias realizadas cada ano e a porcentaxe de complicacións graves anuais e globais do Programa, que se atopan dentro dos estándares europeos.

Táboa 16. Complicacións maiores das colonoscopias 2013-2019

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 %	
2018	9.940	12	0,12 %	
2019	11.610	14	0,12 %	
Global	32.978	45	0,13 %	

* Guía europea de control de calidade en cribado e diagnóstico do cancro colorrectal (11).

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 do 2019 acadouse o obxectivo de invitar a participar, polo menos unha vez, ao 100 % da poboación de 50 a 69 anos, adiantándonos 5 anos ao obxectivo proposto polo Ministerio de Sanidade de rematar no ano 2024.
- A participación global do 36,95 % en rolda inicial e do 91,57 % en sucesivas está dentro do esperado para ser un Programa de recente implantación que non tivo moita visibilidade e difusión ata ter acadado o 100 % de toda poboación obxectivo invitada a participar. A curto e medio prazo sería desexable aumentar esta participación para o que vai ser imprescindible buscar canles de difusión entre a poboación diana, colaboración con outros programas nacionais, asociacións 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 9,6 % da poboación á que non se pode chegar coas ferramentas actuais. Un 3,6 % representado pola poboación de 50 a 69 que non ten tarxeta sanitaria do Sergas e un 6 % de rexistros de domicilio incorrectos.
- A participación máis baixa rexístrase na Área Sanitaria de Vigo, quizais motivado por ser unha das ultimas áreas en implantarse e posiblemente moita xente xa fixera cribado con anterioridade a que comenzaran as invitacións do Programa.
- Existen diferenzas por sexos na participación. As mulleres participan máis que os homes en primeira rolda (39,95 % vs 33,78 %) e lixeiramente mais en roldas sucesivas. Esta circunstancia pode estar falando dun maior compromiso coas actividades preventivas nas mulleres.
- Existen tamén diferenzas na positividade do test, sendo máis alta a positividade para os homes (8,06 % en homes vs 4,88 % en mulleres), e tamén nas taxas de detección de cancros e de adenomas o que fai que os homes obteñan un maior beneficio da súa participación no Programa. Esta tendencia é a mesma, tanto en rolda inicial coma en sucesivas.
- A constatación destas diferenzas será útil á hora de transmitir a información á cidadanía e de instalos a participar neste tipo de programas voluntarios e poboacionais.
- A porcentaxe de resultados positivos de SOF, taxas de detección de cancro e VPP están maiormente dentro dos estándares recomendamos polas GGEE (11). As taxas de detección de adenomas están por enriba dos estándares, dende o inicio do Programa, feito que se considera positivo. Estas cifras son acordes coas que comunican o resto dos Programas das CCAA. Nalgúns casos os indicadores galegos superan amplamente os estándares europeos, como sucede coa taxa de detección de adenoma e o VPP para adenomas, algo que é favorable, pois quere dicir que se atoparon lesións susceptibles de transformación

maligna que foron extirpadas, reducindo así o risco de desenvolvemento dun CCR no futuro.

- Preto do 70 % dos cancros diagnósticanse en estadios I e II. En sucesivas roldas, 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 é de 0,13 % e está dentro do estándar global recomendado. Esta porcentaxe mantense por debaixo dos estándares dende o inicio do programa e tamén desagregando por anos.
- Os tempos entre procesos é un dos puntos de mellora do Programa, sobre todo no caso do tempo entre o resultado positivo do test e a cita de colonoscopia. Dende o ano 2017 elabóranse mensualmente dende o Programa un informe de tempos que se envía aos responsables dos servizos de dixestivo dos hospitais que realizan colonoscopias de cribado. O obxectivo de avaliar estes tempos é alertar cando están moi afastados do estándar para que as unidades de endoscopia poidan modular no posible os ocios dispoñibles a demanda existente.
- O seguimento das persoas con risco alto ou intermedio diagnosticadas dentro do Programa de cribado é exclusiva do Programa galego respecto doutros Programas españois que non centralizan de forma organizada esta actividade. A experiencia neste punto é moi positiva, o Programa pon en marcha o circuíto dun novo seguimento cando lle corresponde a cada persoa liberando a atención primaria, hospitalaria e o propio paciente desta responsabilidade, coa vantaxe de que se realiza con criterios homoxéneos para toda a poboación e evita duplicidade de peticións de colonoscopias. Os resultados son unha adherencia superior ao 95 % e mais dun 90 % das colonoscopias realizadas nun prazo de tempo axeitado tanto para os riscos altos como para os intermedios.
- O Programa galego de detección precoz do cancro colorrectal no ano 2019 completou a cobertura da súa poboación obxectivo. En termos globais está cumprindo cos obxectivos marcados tanto a nivel nacional como 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 detecta un risco alto ou intermedio de padecer un cancro colorrectal.

BIBLIOGRAFÍA

1. (REDECAN) R española de registros de cancer. Estimaciones de la incidencia del cáncer en España, 2020 [Internet] 2020 [cited 2020 Oct 8]. Available from: <https://redecán.org/redecán.org/es/Informe_incidenicia_REDECAN_2020.pdf>
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. Portal estadístico del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social [Internet] [cited 2020 Oct 8]. Available from: <<https://pestadístico.inteligenciadegestión.mscbs.es/publicoSNS/C/mortalidad-por-causa-de-muerte/defunciones-a-partir-de-1999-cie-10>>
5. SIMCA: Sistema de Información sobre Mortalidad por Cáncer de Galicia [Internet] [cited 2020 Oct 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 2020 Oct 9]. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/10_8_9-Colorectum-fact-sheet.pdf>
7. Cubiella J, Marzo-Castillejo M, Mascort-Roca JJ, Amador-Romero FJ, et al; Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Asociación Española de Gastroenterología. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y prevención del cáncer colorrectal. Actualización 2018. Available from: <https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2019/01/Actualizacion_Prevenccion_cancer_colorrectal_Semfyec.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. Red de Programas de cribado de cancer [Internet] [cited 2020 Oct 22]. Available from: <<http://www.cribadocancer.es/index.php/cancer-colorrectal/red-de-programas-de-cribado-espanoles/situacion>>
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.

