

Programa galego de detección precoz do cancro colorrectal

Resultados 2013-2020

PROGRAMA
GALEGO DE
DETECCIÓN
PRECOZ DO



XUNTA
DE GALICIA

Consellería de Sanidade
Dirección Xeral de Saúde Pública

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

Bárbara Rodríguez Pérez
Programa galego de detección precoz do cancro colorrectal

MAQUETACIÓN

Tórculo Comunicación Gráfica, S. A.

Santiago de Compostela, 2022

Programa galego de detección precoz do cancro colorrectal

Resultados 2013-2020

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 IACR (International Association of Cancer Registries) para o 2020, o cancro colorrectal é o cancro 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 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 ó 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, ademais 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 relízaselles 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, 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 (2013-2020)

1. Participación

Dende o inicio do programa enviáronse 1.121.329 invitacións válidas (944.648 de rolda inicial e 176.681 de roldas sucesivas), cubrindo toda a poboación galega de entre 50 e 69 anos. A participación global, medida pola entrega do test, foi do 45 %, sempre maior entre as mulleres (48,33 % mulleres vs 41,37 % 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 91,37 %, (90,83 % en homes fronte a 91,78 % en 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 hai dous anos, pero que non participaron) está no 36,33 % (33,02 % en homes vs 39,15 % en 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 2020, que foron 496.476. Nun 6,81 % dos casos a proba SOF detectou indicios de sangue en primeira rolda e no 5,11 % dos casos en roldas sucesivas.

3. Lesións detectadas

No período que vai dende o inicio do programa e ata decembro de 2020 realizáronse colonoscopias a 29.274 persoas. Como resultado destas identificáronse 1.539 persoas con cancros invasivos (taxa de 3,10 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 5,39 %. Ademais, diagnosticáronse 5.183 persoas con adenomas de alto risco (AAR), 7.232 de risco medio (AMR) e 6.691 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 (máis do triplo).

Táboa 1. Taxa de lesións entre homes e mulleres por tipo de lesión. 2013-2020.

	CCR	AAR	AMR	ABR
Homes	4,64‰	17,45‰	20,75‰	16,62‰
Mulleres	1,9‰	4,95‰	9,73‰	11,02‰

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

Táboa 2. Taxa de lesións entre homes e mulleres por roda de participación. 2013-2020.

	CCR	AAR	AMR	ABR
R. Inicial	3,87‰	12,33‰	15,86‰	14,05‰
R. Sucesivas	1,45‰	6,35‰	11,77‰	12,24‰

No ano 2020 realizáronse colonoscopias a 2.725 persoas (1.304 mulleres e 1.421 homes). Delas, o 67,28 % tiveron algún tipo de lesión: 96 cancro, 700 persoas con adenomas de baixo risco, 645 adenomas de risco intermedio e 406 persoas con adenomas de alto risco.

4. Estadio dos cancros invasivos

Dende o inicio do Programa ata 31 de decembro de 2020, diagnosticáronse un total de 1.539 cancros, 1.312 en rolda inicial e 227 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 é similar en rolda inicial e sucesivas e claramente diferente á estadiaxe habitual dos CCR diagnosticados fóra do programa de cribado, onde só o 14 % son identificados en estadio I.

No ano 2020 identificáronse 96 cancros, 50 diagnosticados na rolda inicial e 46 en roldas sucesivas, sendo que o 53,6 % do total foron diagnosticados en 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, una 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 desagregando por anos. Os datos correspondentes ó ano 2020 están pendentes de avaliación.

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 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.

Táboa 3. Comparación dos principais resultados do Programa galego cos estándares das GGEE. Período 2013-2020

	PROPORCIÓN DE TEST POSITIVOS (%)	TAXA DE DETECCIÓN DE CCR (‰)	TAXA DE DETECCIÓN DE ADENOMAS (%)	VPP PARA CANCRO (%)	VPP PARA ADENOMAS (%)
Rolda Inicial	6,81	3,87	42,24	6,06	66,22
Referencia Europea	4,4-11,1	1,8-9,5	13,3-22,3	4,5-8,6	19,6-40,3
Rolda sucesiva	5,11	1,45	30,36	2,98	62,60
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 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 53,6 % do total de cancros diagnosticados no ano 2020 correspondían a estadios I e II, fronte ó 67 % do global do Programa ata o dito ano. Isto podería levarnos a formular a hipótese de que o atraso derivado do impacto da pandemia pola Covid-19, o que supuxo que os tempos entre roldas de cribado para aqueles que recibiron o test a partir do mes de marzo de 2020 se vise incrementado significativamente, leve asociado un maior porcentaxe de cancros en estadios avanzados. De todos os xeitos, a dita hipótese deberá ser analizada a través dun estudo específico.

ÍNDICE

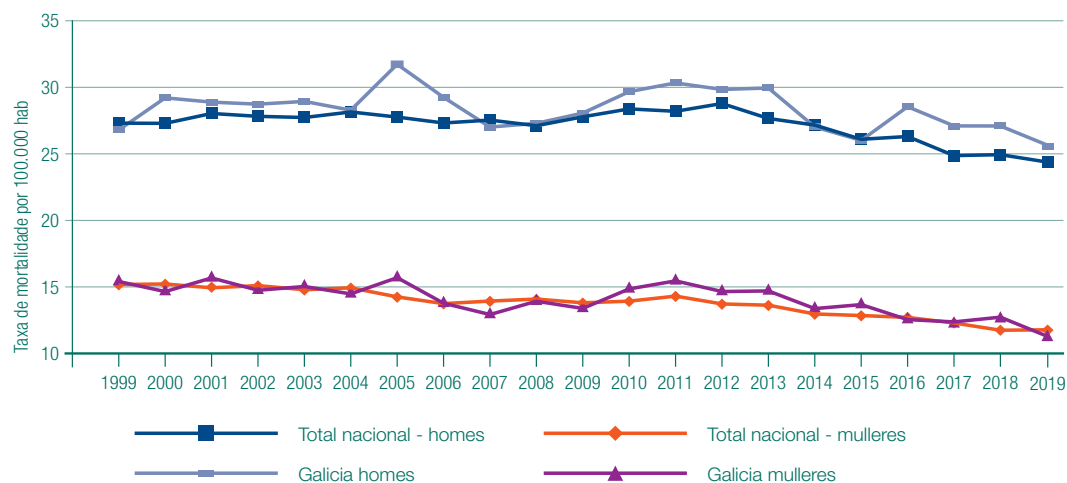
1. INTRODUCCIÓN	13
2. MODELO ORGANIZATIVO DO PROGRAMA GALEGO DE DETEC- CIÓN PRECOZ DO CANCRO COLORRECTAL	16
3. RESULTADOS DO PROGRAMA 2013-2020	23
4. RESULTADOS DOS PARTICIPANTES A SEGUIMENTO POR RISCO ALTO OU INTERMEDIO DENTRO DO PROGRAMA.	38
5. CONCLUSIÓNS	40
6. BIBLIOGRAFÍA	42

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 IACR (International Association of Cancer Registries) 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 1.146 defuncións no ano 2019 en Galicia (2). A maior parte destes cancros diagnóstícanse 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, ás que se rexistran no conxunto do país. Estas son bastante estables dende 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, aínda que nos últimos anos se pode observar una lixeira tendencia descendente tal como se pode ver no gráfico 1 (2,4).

Gráfico 1. Taxas de mortalidade por 100.000 habitantes axustadas á poboación europea en España e Galicia, por sexo, anos 1999-2019.



Fonte: Pestadístico.com, portal estatístico do Ministerio de Sanidade, Consumo e Benestar social (2,4).

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 (3,5). Estes datos confirman que o CCR é un problema de saúde importante no noso medio, con alta incidencia e mortalidade. A tendencia que se espera para os próximos anos é ascendente, cun incremento no número de casos dun 38,2 % dende o 2020 ao 2040 (figura 2).

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

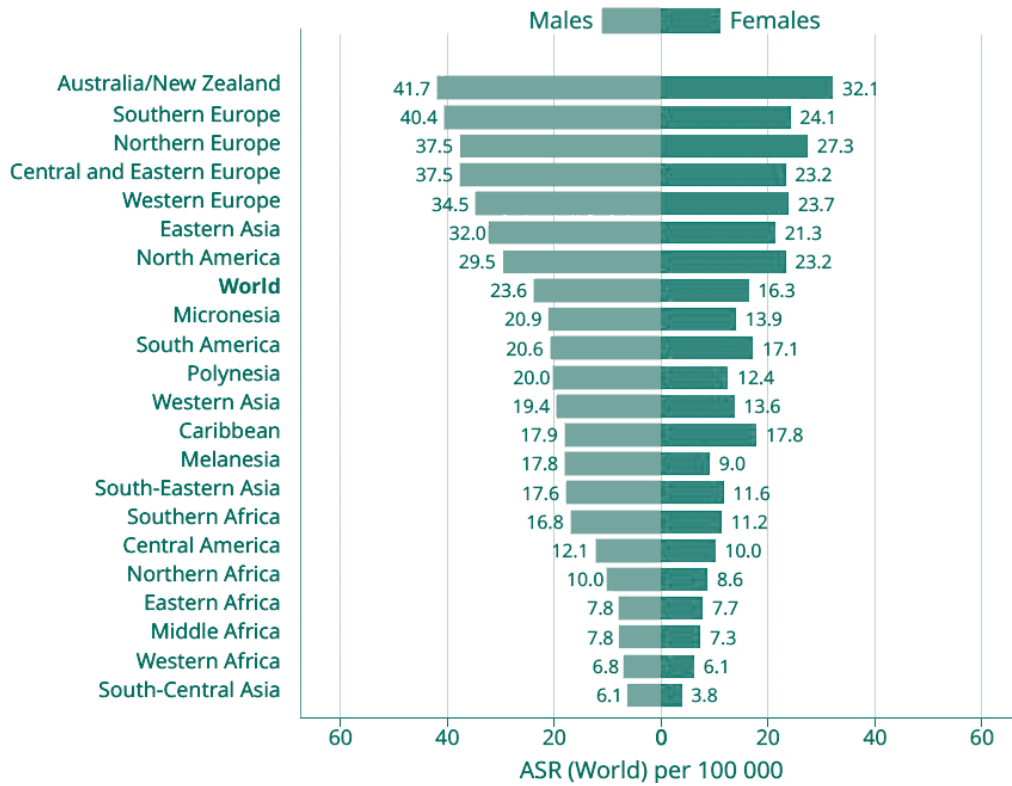
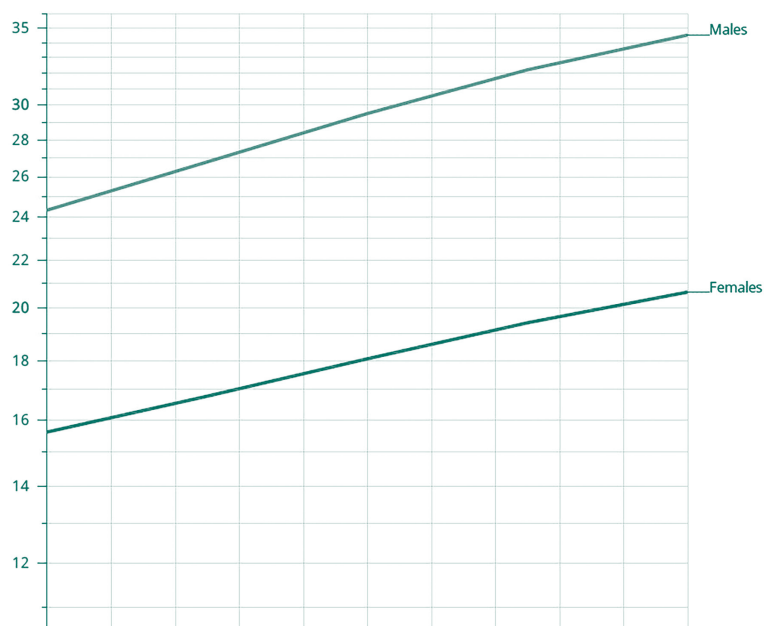


Figura 2. Estimación de novos casos (en miles) de cancro de colon e recto para España. Anos 2020 a 2040 (3,5)

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 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 (6) . 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 (7). 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 (8). 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 (9).

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 de Lemos 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 comenzo 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, Cervo e Monforte de Lemos 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 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 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 en 31 de decembro de 2019 amósase na táboa 2.

Táboa 2. Número de persoas de 50-69 anos con tarxeta sanitaria SERGAS en 31/12/2020 por área sanitaria e sexo

ÁREA SANITARIA	HOMES	MULLERES
Ferrol	24.616	26.765
Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras	41.278	43.179
Pontevedra e O Salnés	38.248	40.990
Lugo, Cervo e Monforte de Lemos	45.301	45.585
Santiago de Compostela	60.380	63.357
Vigo	75.191	80.209
A Coruña	72.335	78.696
TOTAL	357.349	378.781

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 µgrs de hemoglobina/gr de feces que equivale a 100 ng/ml de *buffer* no actual test empregado no Programa. Un resultado menor de 20 µgrs de hemoglobina/gr de feces considérase negativo e recoméndase repetir a proba pasados dous anos.

Circuíto 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 circuíto 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 recollida da mostra sen necesidade de nova carta de invitación. O participante entraría nunha rolda de participación sucesiva. Na actualidade esta información tamén se envía a través dunha 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 iso, dende o Programa asígnaselle unha cita en atención primaria e comunícaselle por carta ao participante. Isto faise dende 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 resólvense 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 desta, resolver dúbidas, recordarlle aspectos importantes sobre a limpeza colónica, 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 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, 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 40 exploracións de cribado durante o período de análise).

Táboa 3. Número de colonoscopistas que participan en Programa por área sanitaria. Ano 2020

ÁREA SANITARIA	HOSPITAL	N.º COLONOSCOPISTAS
Ferrol	Hospital Naval	5
Ourense	Complejo Hospitalario Universitario de Ourense	7
Pontevedra	Hospital Montecelo	5
Lugo	Hospital Lucus Augusti	9
Santiago	Hospital Provincial de Conxo	7
Vigo	Hospital Álvaro Cunqueiro	9
A Coruña	Hospital Universitario da Coruña	7
TOTAL		49

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 indicadores de calidade nacionais e das guías europeas (10).

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

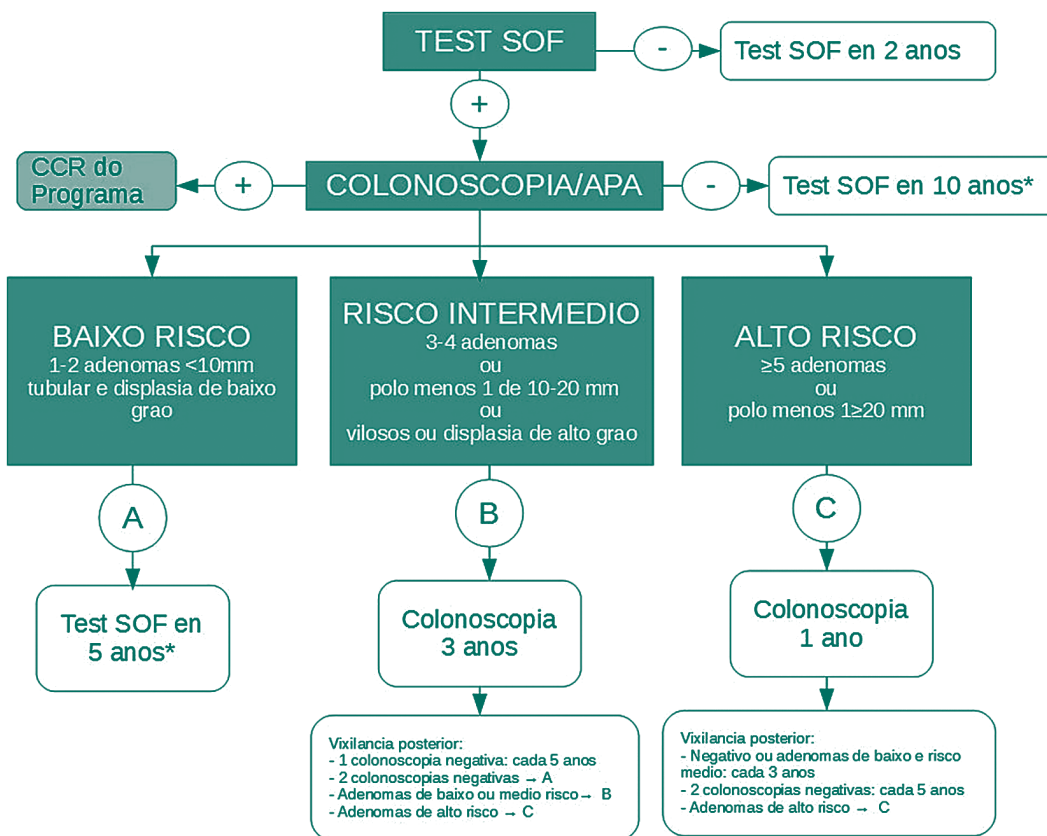
Unha vez realizada a colonoscopia e extirpadas, de ser o caso, as lesións susceptibles de se transformar en malignas, o persoal técnico do Programa de cribado, tendo en conta a información derivada dos informe da colonoscopia/as e de anatomía patolóxica (APA), realiza unha avaliación do risco de CCR de cada persoa segundo as guías europeas de garantía de calidade en cribado GGEE (10) clasificándoa de acordo ao 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 xeito que se cita aos pacientes cando lles corresponde realizar unha colonoscopia de seguimento ou son invitados 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 axenda en cada un dos hospitais (cirurxía ou dixestivo segundo a área) para poder citar a 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/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 GGEE (10)



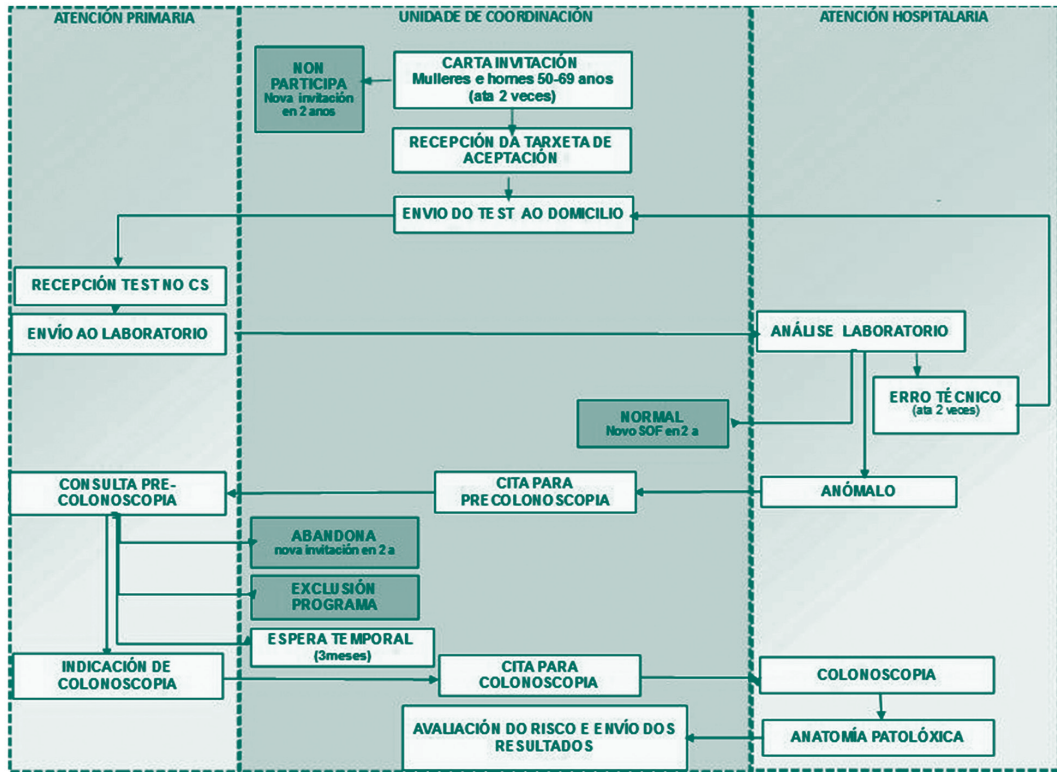
*Excepto persoas con antecedentes de alto risco familiar que farían colonoscopia aos 5 anos. Nos baixo risco está aprobado o cambio de volver a cribado con test SOF aos 10 anos, acordado coa Rede de programas de cribado de cancro, que se implantou a partir do 7 de xaneiro de 2021.

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, de tempos e de resultados do programa.

A figura 3 amosa o resumo deste circuío, 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 2013-2020

Neste informe amósanse os principais resultados do Programa desde o seu inicio en 2013 ata o 31 de decembro de 2020. Os datos para a elaboración do informe obtivéronse en xaneiro de 2022 da aplicación PADIA, que extrae os datos directamente do sistema de información CRIIS.

Cobertura

No período dende o inicio do programa en 2013 ata o 31/12/2020 invitouse a participar por primeira vez con invitación válida a 944.648 persoas. En 2019 realizáronse as últimas invitacións en primeira rolda na última área en que se implantou o programa (A Coruña), polo que no dito 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 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 2020 que entregaran o test, aínda que o fixeran 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 2013-2020

	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	6.619	54,67	22.484	11.737	52,20
2014	7.797	3.672	47,10	8.269	4.449	53,80	16.066	8.121	50,55
2015	20.258	8.249	40,72	22.717	10.556	46,47	42.975	18.805	43,76
2016	49.716	20.658	41,55	53.319	26.042	48,84	103.035	46.700	45,32
2017	94.769	36.159	38,15	100.953	44.576	44,16	195.722	80.735	41,25
2018	151.137	48.499	32,09	157.923	59.499	37,68	309.060	107.998	34,94
2019	105.808	27.145	25,65	108.804	34.334	31,56	214.612	61.479	28,65
2020	20.375	3.370	16,54	20.319	4.243	20,88	40.694	7.613	18,71
Total	460.237	152.870	33,22	484.411	190.318	39,29	944.648	343.188	36,33

Invitáronse un total de 1.006.763 persoas en primeira rolda cando menos unha vez, tendo que conta que persoas que non aceptaron participar son convidados de novo na súa primeira rolda, por iso, cando estudamos períodos de tempo de máis de 24 meses pode haber persoas con máis dunha invitación. Deste total de invitacións, 944.648 resultaron invitacións válidas (48,72 % homes e 51,28 % mulleres) e 62.115 non válidas, o que supón o 6,17 % de poboación á que non se chega por información incorrecta dos datos de enderezo. De entre as invitadas, entregaron o test 343.188 persoas (44,54 % homes e 55,46 mulleres), o que representa unha participación global do 36,33 % para rolda inicial (39,29 % entre as mulleres vs 41,37 % entre os homes).

En roldas sucesivas enviouse o test a 176.681 persoas e entregárono 161.435 (42,68 % foron homes fronte a 57,32 % de mulleres), o que representa unha participación do 91,37 % e confirma que a adherencia ao Programa é moi alta tras unha primeira participación. A participación global foi do 45 %, sempre maior entre as mulleres (48,33 % mulleres vs 41,37 % homes) independentemente do ano de invitación.

No ano 2020, debido ó impacto da pandemia provocada pola Covid-19 na actividade dos centros sanitarios, paralizouse a actividade de invitación dende o mes de marzo. En roldas sucesivas retomouse no mes de novembro co envío de 20.000 test, mentres que en iniciais non se retomou ata o mes de xaneiro de 2021.

Táboa 5. Resultados de participación. Roldas sucesivas de cribado 2013-2020

	HOMES			MULLERES			TOTAL		
	Invitacións	Test entregados	Participación %	Invitacións	Test entregados	Participación %	Invitacións	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	6.830	6.345	92,90	9.260	8.636	93,26	16.090	14.981	93,11
2018	13.526	12.432	91,91	19.183	17.908	93,35	32.709	30.340	92,76
2019	34.021	31.048	91,26	44.065	40.543	92,01	78.086	71.591	91,68
2020	15.259	13.283	87,05	19.792	17.478	88,31	35.051	30.761	87,76
Total	60.910	55.470	91,07	81.438	74.885	91,95	142.348	130.355	91,57

En rolda inicial, a participación das mulleres é ata 6 puntos porcentuais máis alta (39,29 % fronte a 33,22 % en homes). En roldas sucesivas, esta diferenza apenas supón 1 punto, non resultando salientable (90,83 % en homes fronte a 91,78 % en mulleres), o que indica que a adherencia ao Programa é moi alta en ambos sexos.

Polo que respecta á participación do ano 2020, tanto en rolda inicial como en sucesivas é lixeiramente inferior á de anos anteriores, aínda que non é posible asegurar que poida ser debido á pandemia.

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 (%) 2013-2020 por sexo e grupo de idade. Primeira rolda

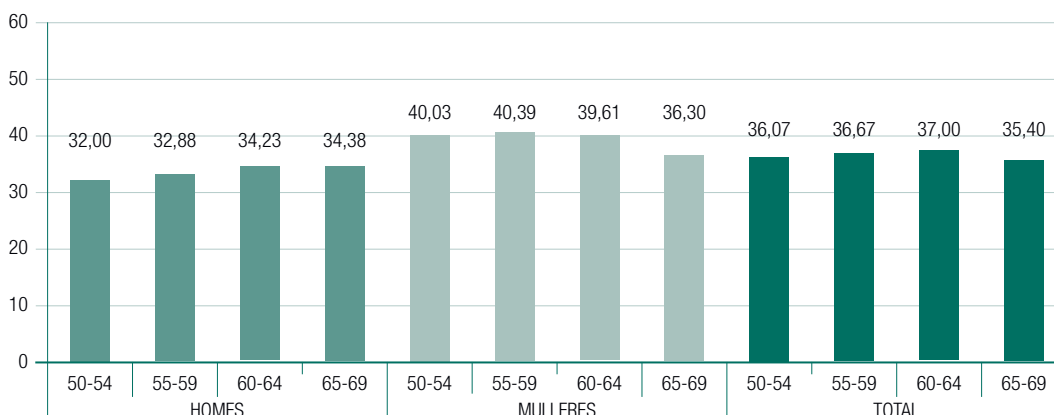
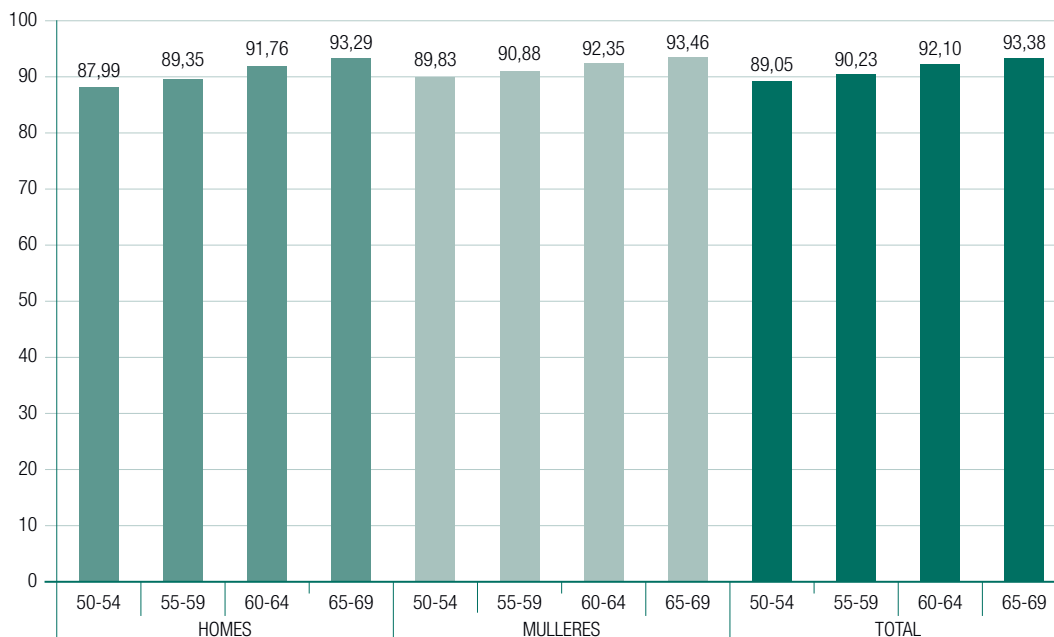


Gráfico 3. Participación (%) 2013-2020 por sexo e grupo de idade. Rolda sucesiva.



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 (2.445 persoas invitadas en todo o período 2013-2020) 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 2013-2020

	FERROL		OURENSE		PONTEVEDRA		LUGO		SANTIAGO		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
TOTAL	48,7	56,3	43,0	51,5	41,4	48,3	40,9	48,3	41,6	48,9	39,3	45,2	34,9	39,9

Resultados da proba de cribado

A diferenza do indicador de participación, para o resto de indicadores como son a taxa de test positivos, colonoscopias realizadas, lesións detectadas, etc..., a referencia son as persoas que entregaron un test válido no período de estudo 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. Neste sentido, para aqueles que entregaron o test, a proba de SOF foi positiva no 6,27 %, (6,81 % dos casos en primeira rolda e no 5,11 % 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 2013-2020

	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	3.620	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	47.137	57.953	9	13	8,42	4,83	11.802	16.518	0	0	5,72	3,64
2019	34.002	42.223	3	12	8,48	5,06	28.758	38.249	1	0	6,37	4,29
2020	4.964	6.138	2	0	10,50	7,67	15.301	20.211	0	2	6,32	4,60
Total	151.130	188.345	15	28	8,77	5,23	66.920	90.081	1	2	6,24	4,27

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 circuito do Programa está prevista a repetición do test ata un máximo de 3 intentos.

Gráfico 4. Porcentaxe de SOF positivas 2013-2020 por sexo e grupo de idade. Primeira rolda

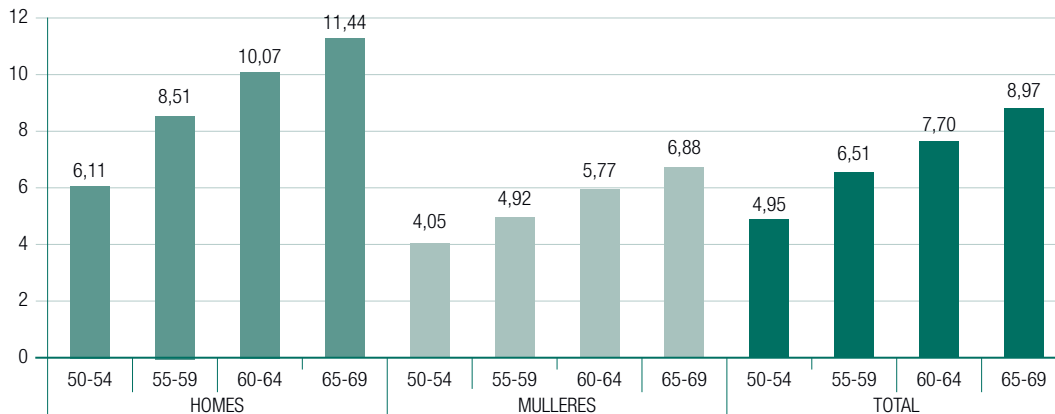
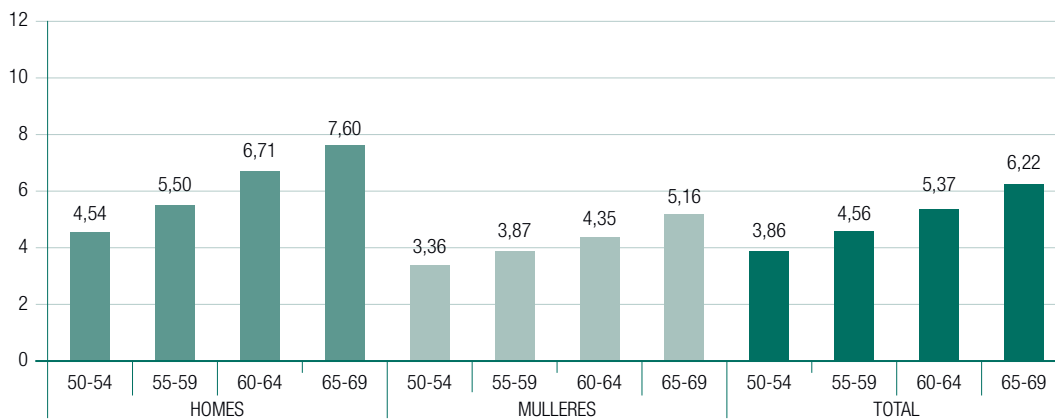


Gráfico 5. Porcentaxe de SOF positivas 2013-2020 por sexo e grupo de idade. Rolda sucesiva



A positividade aumenta coa idade, sendo sempre máis alta no caso dos homes. En roldas sucesivas a tendencia é a mesma, pero con cifras de positividade máis baixas.

Resultados da colonoscopia e detección de lesións

No período 2013-2020 realizouse a indicación de colonoscopia a un total de 30.276 persoas, das que se realizaron 29.274, sendo a porcentaxe global de aceptación de colonoscopia do 96,69 %.

Trala realización da colonoscopia diagnosticáronse 1.539 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 3,10 por cada 1.000 persoas que entregan o test, sendo de 3,87 por mil para rolda inicial e 1,45 por mil para roldas sucesivas. Ademais, diagnosticáronse 5.183 persoas con adenomas de alto risco (AAR), 7.232 de risco medio (AMR) e 6.691 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. 2013-2020

	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	6,81			
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	7,13			
2015	Nº persoas con CCR	37	26	63	5	3	8
	Taxa de detección de CCR ‰	5,28	2,96	3,97	2,93	1,23	1,97
	VPP para CCR %	6,00	5,74	5,93	4,24	2,88	3,70
2016	Nº persoas con CCR	55	32	87	5	5	10
	Taxa de detección de CCR ‰	4,28	1,81	2,85	1,23	0,92	1,06
	VPP para CCR %	5,42	3,68	4,64	2,04	2,27	2,16
2017	Nº persoas con CCR	242	98	340	9	12	21
	Taxa de detección de CCR ‰	6,50	2,16	4,11	1,68	1,64	1,66
	VPP para CCR %	7,55	4,30	6,24	3,03	3,80	3,47
2018	Nº persoas con CCR	275	129	404	23	11	34
	Taxa de detección de CCR ‰	5,84	2,23	3,85	1,95	0,67	1,20
	VPP para CCR %	7,36	4,83	6,32	3,57	1,92	2,80
2019	Nº persoas con CCR	191	92	283	57	51	108
	Taxa de detección de CCR ‰	5,62	2,18	3,71	1,98	1,33	1,61
	VPP para CCR %	7,03	4,58	6,00	3,28	3,27	3,27
2020	Nº persoas con CCR	27	23	50	30	16	46
	Taxa de detección de CCR ‰	5,44	3,75	4,5	1,96	0,79	1,30
	VPP para CCR %	5,38	5,25	5,31	3,26	1,81	2,54

Táboa 9. Número de persoas con AAR, taxas e detección e VPP por sexo e rolda. 2013-2020

	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	14,55			
2014	Nº persoas con AAR	99	33	132			
	Taxa de detección de AAR ‰	19,21	5,06	11,30			
	VPP para AAR	23,19	9,04	16,82			
2015	Nº persoas con AAR	150	42	192	14	8	22
	Taxa de detección de AAR ‰	21,41	4,78	12,09	8,21	3,27	5,41
	VPP para AAR	24,31	9,27	18,08	11,86	7,69	10,19
2016	Nº persoas con AAR	265	117	382	39	15	54
	Taxa de detección de AAR ‰	20,61	6,64	12,52	9,62	2,77	5,72
	VPP para AAR	26,11	13,3	20,37	15,92	6,82	11,66
2017	Nº persoas con AAR	831	286	1117	49	21	70
	Taxa de detección de AAR ‰	22,31	6,30	13,51	9,16	2,88	5,53
	VPP para AAR	25,93	12,64	20,50	16,5	6,75	11,55
2018	Nº persoas con AAR	910	329	1239	135	34	169
	Taxa de detección de AAR ‰	19,31	5,68	11,79	11,44	2,06	5,97
	VPP para AAR	24,36	12,38	19,38	20,93	5,94	13,91
2019	Nº persoas con AAR	656	246	902	323	113	436
	Taxa de detección de AAR ‰	19,29	5,83	11,84	11,23	2,95	6,51
	VPP para AAR	24,15	12,28	19,11	18,53	7,24	13,20
2020	Nº persoas con AAR	118	41	160	168	74	246
	Taxa de detección de AAR ‰	23,78	6,68	14,41	10,98	3,66	6,93
	VPP para AAR	23,51	9,36	16,99	18,28	8,35	13,98

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 e detección e VPP por sexo e rolda. 2013-2020

	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	15,91			
	VPP para AMR	24,15	21,94	23,47			
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	25,99			
2015	Nº persoas con AMR	184	100	284	33	16	49
	Taxa de detección de AMR ‰	26,12	11,32	17,89	19,77	6,68	12,05
	VPP para AMR	30,11	22,17	26,64	28,21	16,16	22,69
2016	Nº persoas con AMR	278	200	478	68	34	102
	Taxa de detección de AMR ‰	21,63	11,34	15,67	16,78	6,27	10,80
	VPP para AMR	27,39	22,73	25,49	27,76	15,25	22,03
2017	Nº persoas con AMR	893	493	1386	86	75	161
	Taxa de detección de AMR ‰	23,94	10,87	16,76	16,07	10,26	12,73
	VPP para AMR	27,83	21,61	25,43	28,96	23,73	26,57
2018	Nº persoas con AMR	1075	563	1638	167	124	291
	Taxa de detección de AMR ‰	22,82	9,72	15,59	14,15	7,51	10,28
	VPP para AMR	28,68	21,11	25,63	25,69	21,68	23,95
2019	Nº persoas con AMR	705	392	1097	490	307	797
	Taxa de detección de AMR ‰	20,74	9,29	14,39	17,04	8,03	11,89
	VPP para AMR	25,96	19,56	23,24	28,11	19,67	24,12
2020	Nº persoas con AMR	123	74	197	252	196	448
	Taxa de detección de AMR ‰	24,78	12,06	17,75	16,47	9,70	12,62
	VPP para AMR	24,50	16,89	20,91	27,42	22,12	24,77

Táboa 11. Número de persoas con ABR, taxas e detección e VPP por sexo e rolda. 2013-2020

	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	13,52			
	VPP para ABR	20,76	18,37	19,95			
2014	Nº persoas con ABR	85	74	159			
	Taxa de detección de ABR ‰	16,5	11,34	13,61			
	VPP para ABR	19,68	20,27	20,25			
2015	Nº persoas con ABR	126	103	229	31	20	51
	Taxa de detección de ABR ‰	17,98	11,66	14,42	18,17	8,35	12,55
	VPP para ABR	20,42	22,84	21,56	26,27	20,20	23,61
2016	Nº persoas con ABR	207	206	413	62	51	113
	Taxa de detección de ABR ‰	16,10	11,68	13,54	15,30	9,41	11,96
	VPP para ABR	20,39	23,71	22,03	25,31	22,87	24,41
2017	Nº persoas con ABR	667	531	1198	73	71	144
	Taxa de detección de ABR ‰	17,88	11,71	14,49	13,65	9,71	11,38
	VPP para ABR	20,78	23,28	21,98	24,75	22,47	23,76
2018	Nº persoas con ABR	793	632	1425	167	133	300
	Taxa de detección de ABR ‰	16,83	10,91	13,56	14,15	8,05	10,59
	VPP para ABR	21,23	23,79	22,29	25,69	23,25	24,69
2019	Nº persoas con ABR	555	473	1028	444	402	846
	Taxa de detección de ABR ‰	16,33	11,21	13,49	15,44	10,51	12,63
	VPP para ABR	20,45	23,60	21,78	25,47	25,72	25,61
2020	Nº persoas con ABR	115	116	132	249	219	468
	Taxa de detección de ABR ‰	23,17	18,90	20,90	16,27	10,84	13,18
	VPP para ABR	22,91	26,48	24,63	27,09	24,72	25,84

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 2013-2020 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 2020 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	5,59	18,44	23,25	17,60	1,86	9,37	16,52	13,93
	M	2,61	4,30	12,14	11,07	1,18	2,56	8,90	8,63
Ourense	H	5,97	21,21	23,40	16,60	1,97	9,45	15,89	14,97
	M	2,50	6,23	11,42	11,38	0,91	2,34	8,22	10,13
Pontevedra	H	4,39	20,41	20,11	22,90	1,36	15,02	13,67	18,30
	M	1,87	4,92	8,66	14,11	0,66	2,80	6,50	9,54
Lugo	H	5,76	23,69	23,59	14,28	1,86	12,55	17,76	13,66
	M	2,40	7,41	11,15	10,54	1,70	4,50	9,00	11,60
Santiago de Compostela	H	6,13	18,03	23,92	17,95	2,09	9,58	17,73	16,51
	M	2,21	5,43	8,82	11,38	1,13	3,40	7,36	10,51
Vigo	H	6,82	23,29	22,81	18,55	2,44	18,09	18,79	21,22
	M	2,50	6,75	11,48	13,98	1,33	4,25	12,47	13,80
Coruña	H	5,65	17,76	21,38	13,80	2,84	9,10	15,93	13,08
	M	1,94	5,83	9,38	8,75	0,86	2,79	8,59	9,45

As taxas de detección de lesións por área sanitaria na primeira rolda represéntanse 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 máis 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 sexos.

Figura 4. Taxas de detección de CCR (‰) primeira rolda por área sanitaria e por sexo 2013-2020. Escala diferente por sexo

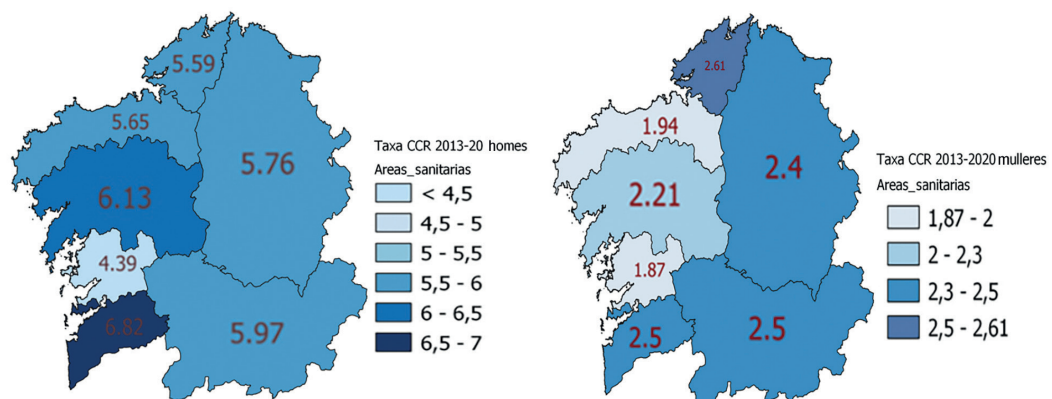


Figura 5. Taxas de detección de AAR (%) primeira rolda por área sanitaria e por sexo 2013-2020. Escalas diferentes por sexo

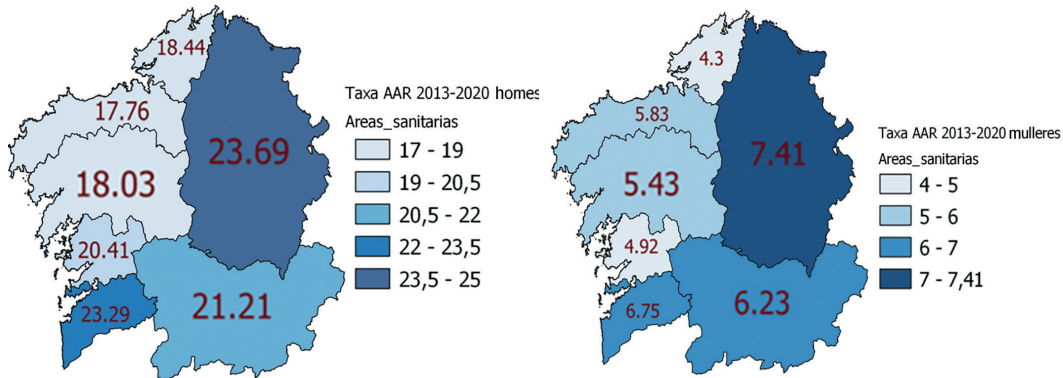


Figura 6. Taxas de detección de AMR (%) primeira rolda por área sanitaria e por sexo 2013-2020. Escalas diferentes por sexo

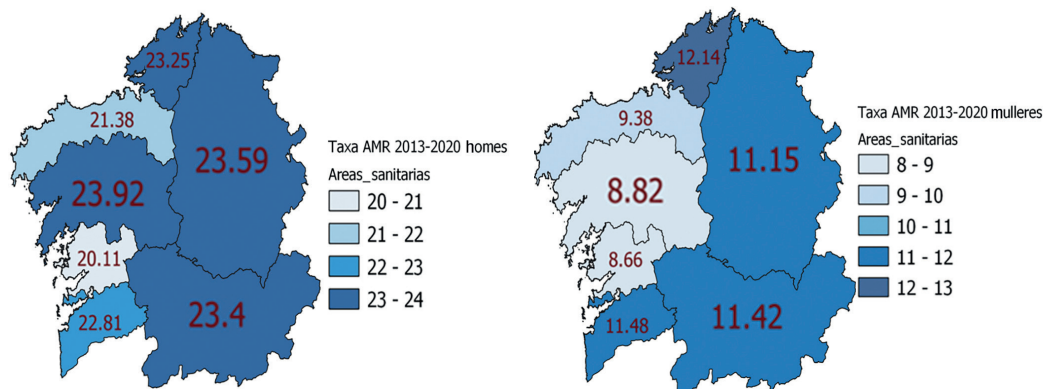
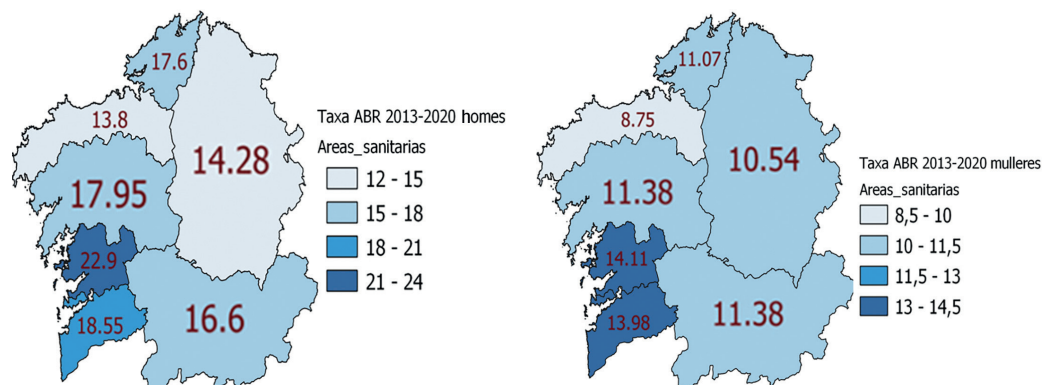
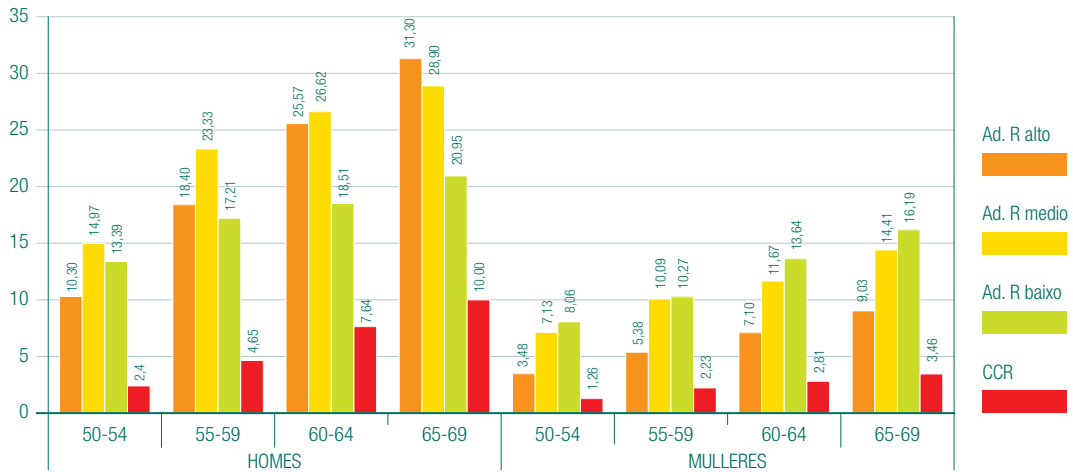
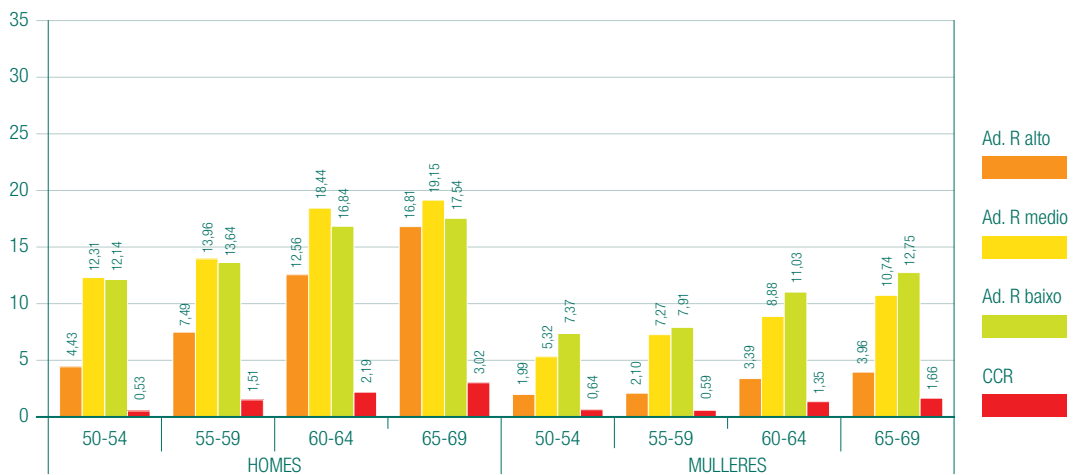


Figura 7. Taxas de detección de ABR (%) primeira rolda por área sanitaria e por sexo 2013-2020. Escalas diferentes por sexo



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

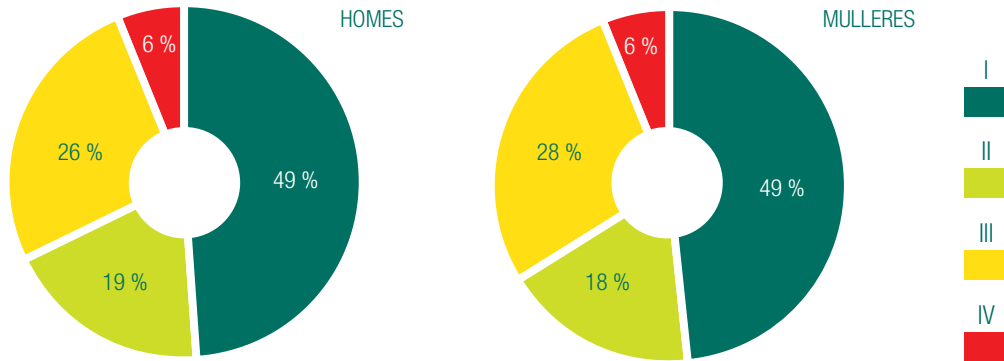
Gráfico 6. Lesiões detectadas por sexo e grupo de idade 2013-2020. Primeira rolda**Gráfico 7.** Lesiões detectadas por sexo e grupo de idade 2013-2020. Roldas sucesivas

Estadios dos cancros detectados

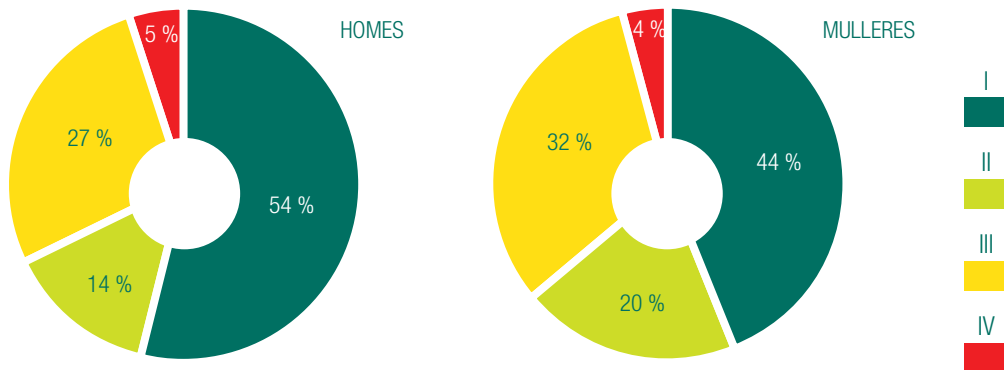
Dende o inicio do Programa ata o 31 de decembro de 2020 diagnosticáronse un total de 1.539 cancros, 1.312 en rolda inicial e 227 en sucesivas. Os estadios ao diagnóstico por rolda e sexo pódense consultar no gráfico 8.

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 2013-2020

ROLDA INICIAL



ROLDAS SUCESSIVAS



Aproximadamente un 70 % dos cancros diagnósticanse 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.

No ano 2020 identificáronse 96 cancros, 50 diagnosticados na rolda inicial e 46 en roldas sucesivas sendo que o 53,6 % do total foron diagnosticados en estadios I e II.

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 tempo entre o *resultado do test e a cita de precolonoscopia* en atención primaria tamén cumpre os estándares marcados polas GGEE (10).

No ano 2020 a mediana de tempo que transcorre entre o resultado positivo e a cita de colonoscopia foi de 43 días, cumprindo co obxectivo do Programa. Este tempo implica varios responsables, por un lado o propio Programa que xestiona a cita precolonoscopia en atención primaria, e por outro as xerencias das áreas sanitarias que facilitan o número de ocos dispoñibles nas axendas de colonoscopias de cribado. Cada mes o Programa elabora un informe de tempos de demora de colonoscopia para valorar se é necesario axustar a actividade de colonoscopias.

Táboa 13. Tempos entre procesos. Período 2013-2020

INDICADOR	MEDIANA EN DÍAS								OBXEC-TIVO
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Tempo aceptación-envío test	14	36	8	10	7	7	7	6	<15
Tempo de laboratorio (entrega no laboratorio-resultado)	4	8	7	4	1	1	1	1	<7
Tempo resultado positivo test e cita precolonoscopia	12	12	14	14	14	14	14	13	<15
Tempo cita precolonoscopia e cita colonoscopia	33	82	36	30	46	30	34	30	<31
Tempo resultado positivo test e cita colonoscopia	45	96	57	45	61	47	52	43	<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. A rede reúnese 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 (10) para programas poboacionais de cribado de cancro colorrectal. 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 unha traxectoria temporal aínda moi curta.

O último ano avaliado pola rede nacional foi o 2018, aínda que o informe correspondente está pendente de publicación, polo que a comparativa se fará cos datos nacionais de 2017, ano no que o conxunto dos programas de detección precoz de cancro colorrectal acadaban unha cobertura no territorio español do 71,78 % (9).

Táboa 14. Comparación dos principais resultados globais do Programa galego cos globais de España da Rede de programas de cribado de cancro 2017 (9)

	PROGRAMA GALEGO	GLOBAL NACIONAL
Participación (%)	44,99	46,9
Proporción de test positivos (%)	6,27	6,2
Taxa de detección de adenomas avanzados, alto e medio risco (‰)	25,01	20,9
Taxa de detección de calquera adenoma (‰)	38,49	31,7
Taxa de detección de CCR (‰)	3,10	2,6
VPP para adenomas avanzados (%)	42,42	38,2
VPP para calquera adenoma (%)	65,28	57,8
VPP para cancro (%)	5,26	4,8

A participación é máis baixa no Programa galego, ó redor de dous puntos porcentuais por debaixo da media nacional, a proporción de positivos é practicamente igual 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 GGEE. Período 2013-2020 (10)

	PROPORCIÓN DE TEST POSITIVOS (%)	TAXA DE DETECCIÓN DE CCR (‰)	TAXA DE DETECCIÓN DE ADENOMAS (‰)	VPP PARA CANCRO (%)	VPP PARA ADENOMAS (%)
Rolda inicial	6,81	3,87	42,24	6,06	66,22
Referencia europea	4,4-11,1	1,8-9,5	13,3-22,3	4,5-8,6	19,6-40,3
Rolda sucesiva	5,11	1,45	30,36	2,98	62,60
Referencia europea	3,9	1,3	-	4	-

Como se pode observar, o Programa cumpre e en algún 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 para a taxa de detección de adenomas en roldas sucesivas co que comparar os nosos resultados.

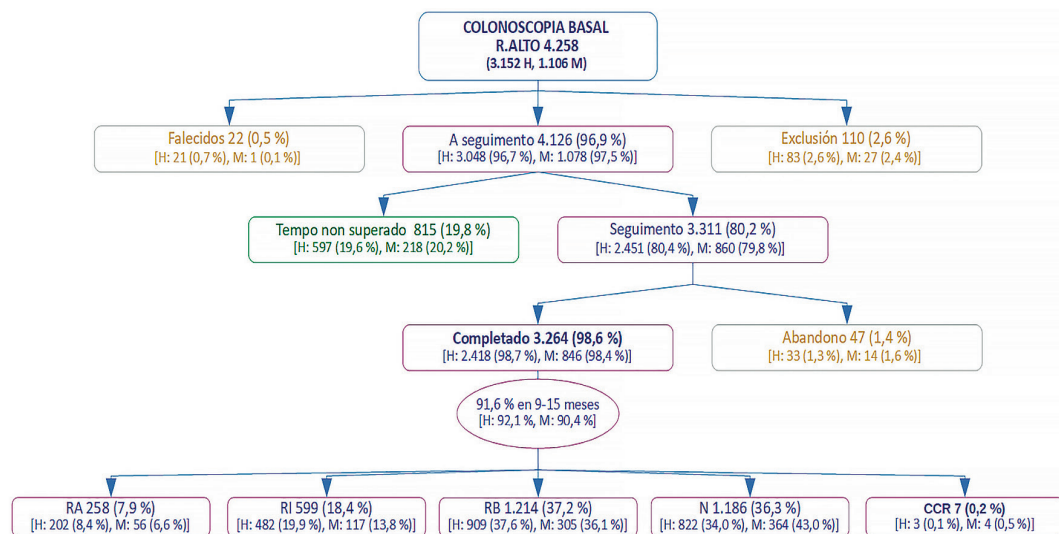
RESULTADOS DOS PARTICIPANTES A SEGUIMENTO POR RISCO ALTO OU INTERMEDIO DENTRO PROGRAMA

Como xa se comentou no punto 2 do modelo organizativo, o Programa galego incorpora á súa actividade rutineira de cribado con SOH, a vixilancia mediante colonoscopia das persoas diagnosticadas dentro do Programa con adenomas de risco alto ou intermedio. Nestes casos, pasado o prazo correspondente (1, 3 ou 5 anos) pasan á listaxe de pendentes de cita en Atención Primaria en primeira instancia e de colonoscopia posteriormente.

No momento de elaboración do presente informe, unha vez analizados os datos do período entre 2013-2019 segundo a súa data de avaliación, 4.258 persoas foron clasificadas como de alto risco (algoritmo da figura 2), indicándoselles 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).

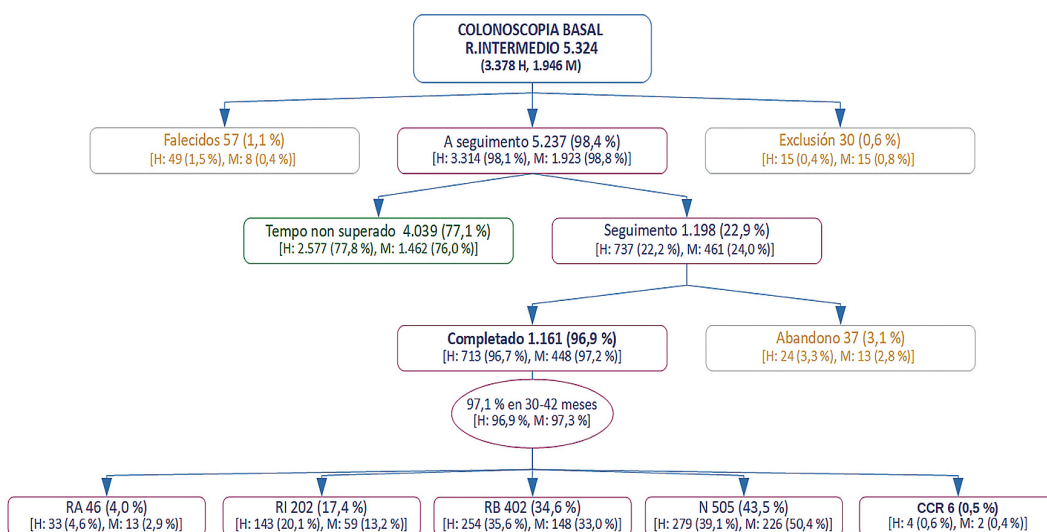
Figura 8. Seguimentos no Programa tras colonoscopia basal de alto risco



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.

Foron clasificadas como de risco intermedio 5.324 persoas tras a avaliación de risco realizada no Programa, indicándoselles 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.

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



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.

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 36,33 % en rolda inicial e do 91,37 % 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 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 do mesmo entre a poboación diana, asentar a colaboración con outros programas nacionais, colaboración 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 9,6 % 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 segue a rexistrarse na área sanitaria de Vigo, quizais motivado por ser unha das últimas áreas en implantarse e, posiblemente, moita xente xa fixera cribado con anterioridade a que comezaran as invitacións do Programa. Non obstante, no ano 2020 apréciase un incremento significativo da participación respecto a anos anteriores, tanto en homes como en mulleres.
- Existen diferenzas por sexos na participación. As mulleres participan máis cos homes en primeira rolda (39,29 % vs 33,22 %) e lixeiramente máis en roldas sucesivas. Esta circunstancia pode estar falando dun maior compromiso coas actividades preventivas no caso das mulleres.
- Existen tamén diferenzas na taxa de positividade do test, sendo máis alta a positividade para os homes (7,99 % en homes vs 4,92 % 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 instala a participar neste tipo de programas voluntarios e de base poboacional.
- A porcentaxe de resultados positivos de SOF, taxas de detección de cancro e VPP están maiormente dentro dos estándares recomendamos polas GGEE (10). 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 adenomas 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 diagnóstícanse en estadios I e II. En sucesivas roldas, como era de esperar, diminúe a porcentaxe de cancros diagnosticados en estadios avanzados.
- Non obstante, o 53,6 % do total de cancros diagnosticados no ano 2020 correspondían a estadios I e II, fronte a ese case 70 % do global do programa ata o dito ano. Isto podería levarnos a formular a hipótese de que o atraso derivado do impacto da pandemia pola Covid-19, o que supuxo que os tempos entre roldas de cribado para aqueles que recibiron o test a partir do mes de marzo de 2020 se vise incrementado significativamente, leve asociado unha maior porcentaxe de cancros en estadios avanzados. De todos os xeitos, a dita hipótese deberá ser analizada a través dun estudo específico dirixido para tal fin.
- 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 elabórase 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. O Programa pon en marcha o proceso de seguimento dunha persoa cando lle corresponde con base nos resultados da colonoscopia, 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 arredor do 91 % 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 está cumprindo, en termos globais, 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. Cancer Today. IARC International Association of Cancer Registries , 2022 [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 10]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/724-spain-fact-sheets.pdf>
2. Portal estadístico del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social [Internet]. [cited 2020 Oct 8]. Available from:
<https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/C/mortalidad-por-causa-de-muerte/defunciones-a-partir-de-1999-cie-10>
3. Cancer Tomorrow. IARC International Association of Cancer Registries , 2022 [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 10].
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. 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>
5. Cancer Today. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. [Internet]. [cited 2022 Mar 10].
https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/10_8_9-Colorectum-fact-sheet.pdf
6. 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.semfyc.es/wp-content/uploads/2019/01/Actualizacion_Prevenccion_cancer_colorrectal_Semfyc.pdf
7. 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
8. 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
9. Red de Programas de cribado de cancer [Internet]. [cited 2022 Mar 22]. Available from:
<https://cribadocancer.es/indicadores-cancer-colorrectal/>
10. 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

79

F