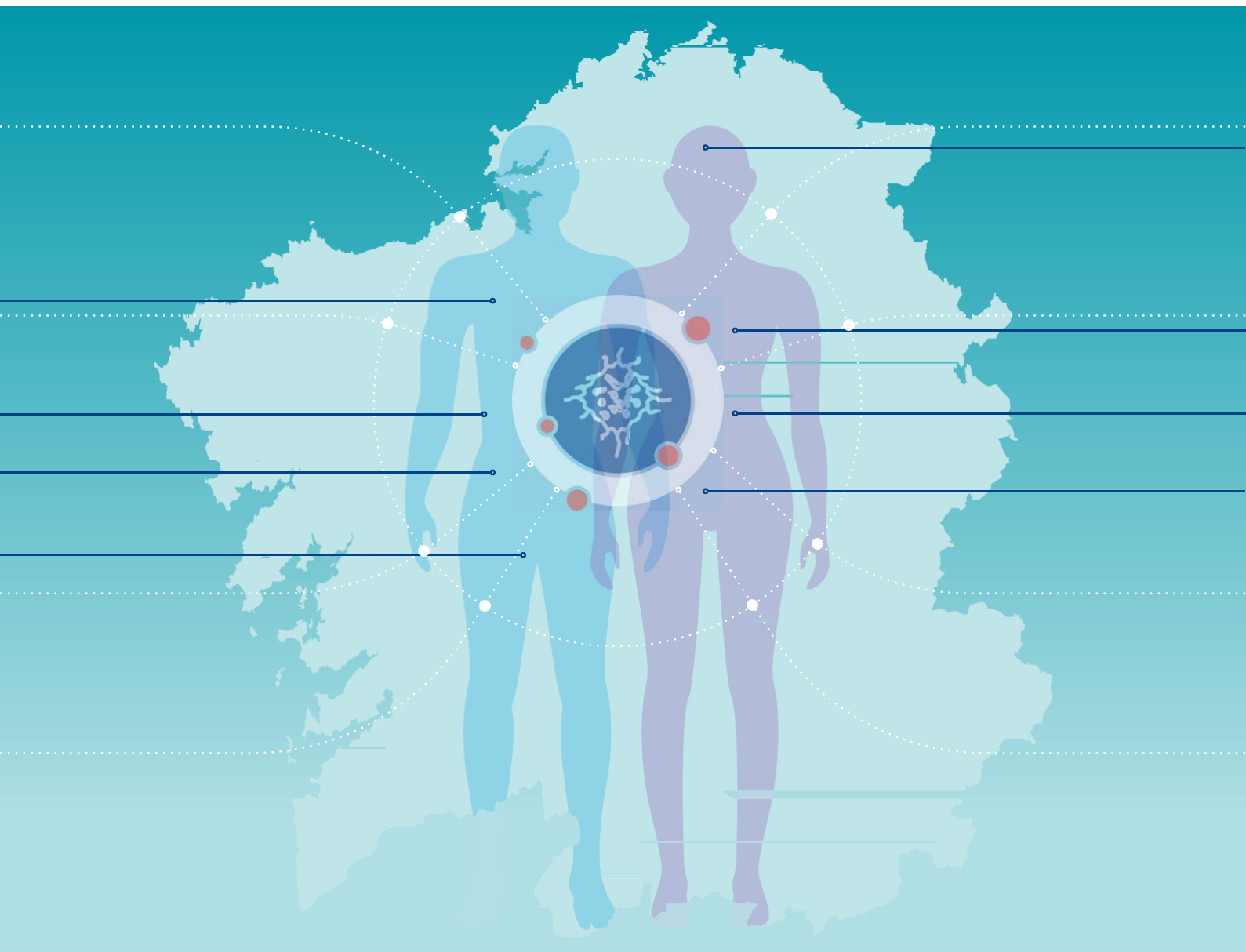


# Impacto da pandemia da covid-19 na atención dos pacientes oncolóxicos en Galicia



XUNTA  
DE GALICIA



# Impacto da pandemia da covid-19 na atención dos pacientes oncolóxicos en Galicia

## Impacto da pandemia da covid-19 na atención dos pacientes oncolóxicos en Galicia

Autores: Equipo de traballo.

Editado por: Servizo Galego de Saúde. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria.

Lugar: Santiago de Compostela, 2022

Deseño gráfico: Daniel Gibert Cobos - [www.dfad.biz](http://www.dfad.biz)



Os contidos deste informe “Impacto da pandemia da covid-19 na atención dos pacientes oncolóxicos en Galicia” están suxeitos a unha licenza internacional Creative Commons Recoñecemento-Non Comercial-Sen Obra derivada 4.0 Internacional.

As persoas usuarias poden copiar, distribuír, mostrar e reproducir só copias directas do traballo con fins non comerciais e dentro dos límites que se especifican na licenza.

Pode consultar a licenza completa aquí:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.gl>



# Equipo de traballo

## Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria:

**Antonio Bravo Ricoy.** Técnico do Servizo de Atención Hospitalaria. Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria.

**Miren Payo Puente.** Técnica do Servizo de Atención Hospitalaria. Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria.

**Raquel Vázquez Mourelle.** Subdirectora xeral de Atención Hospitalaria. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.

## Dirección Xeral de Saúde Pública:

**Ángel Gómez Amorín.** Xefe do Servizo de Programas Poboacionais de Cribado. Subdirección Xeral de Programas de Fomento de Estilos de Vida Saudable.

**Ana Marina Tarrazo Antelo.** Técnica do Servizo de Programas Poboacionais de Cribado. Subdirección Xeral de Programas de Fomento de Estilos de Vida Saudable.

**Elena Rodríguez Camacho.** Técnica do Servizo de Programas Poboacionais de Cribado. Subdirección Xeral de Programas de Fomento de Estilos de Vida Saudable.



# Índice

<b>Introdución</b>	<b>6</b>
<b>Ámbito de asistencia sanitaria</b>	<b>7</b>
Actividade e demora das vías rápidas de cancro	8
Garantía de tempo máximo de acceso a prestacións sanitarias públicas	10
Actividade asistencial: primeiras consultas e probas diagnósticas	12
<b>Ámbito de saúde pública</b>	<b>15</b>
Programa galego de detección precoz do cancro de mama	15
Programa galego de detección precoz do cancro colorrectal	20
Programas de vacinación do virus do papiloma humano	23
<b>Siglas e acrónimos</b>	<b>24</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>25</b>

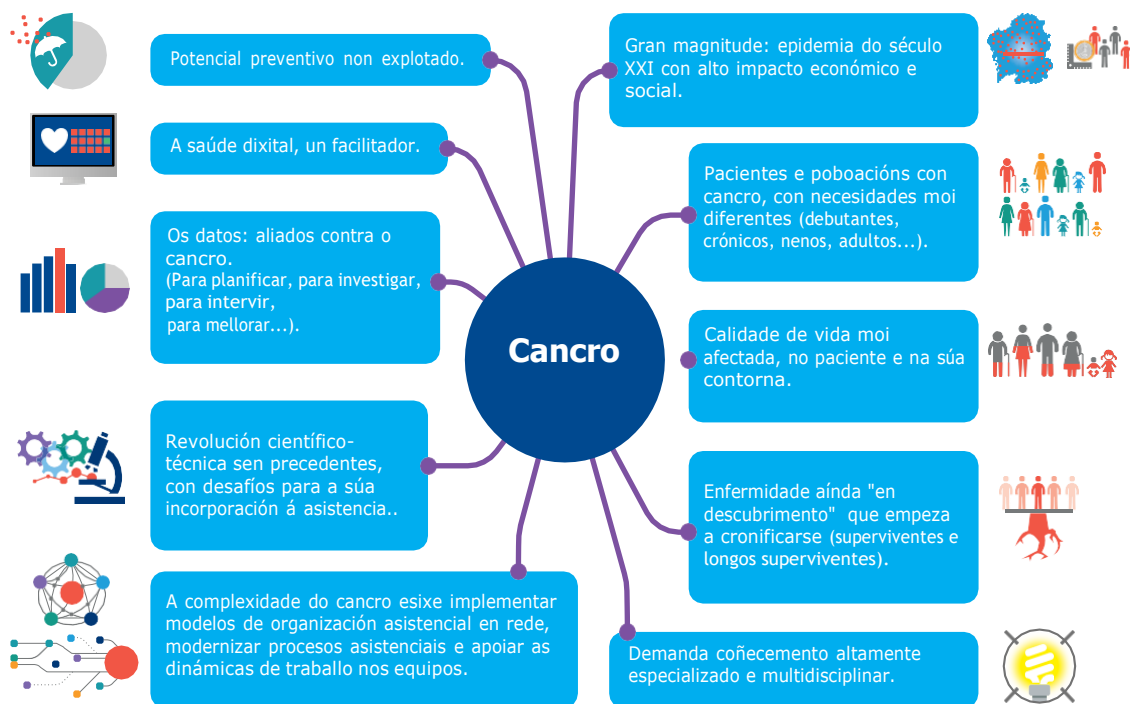


# Introdución

O cancro é unha enfermidade complexa afectada por múltiples variables.

A continuación, na figura 1, recóllense de forma sintética algunhas das principais claves do cancro no século XXI.

▼ Figura 1: Principais claves do cancro no Século XXI.



Fonte: Reflexións do equipo de traballo.



# Ámbito de asistencia sanitaria

A situación sanitaria producida pola pandemia da síndrome respiratoria aguda severa por coronavirus tipo 2 (SARS-CoV-2) tivo un impacto notable nos servizos de saúde e afectou a toda a poboación, na que se inclúen os pacientes oncolóxicos como colectivo especialmente vulnerable.

A pesar da existencia da referencia estatal da Sociedade Europea de Oncoloxía Médica (ESMO), que subliña que a pandemia provocou unha diminución do 20,8 % no número de novos pacientes oncolóxicos diagnosticados [1], os indicadores de actividade asistencial da Comunidade Autónoma de Galicia mostran que, aínda que houbo unha lóxica diminución da actividade ao longo do ano 2020, esta foi menor do referenciado pola ESMO.

No que respecta a Galicia, por acordo do Consello da Xunta do 13 de marzo, declarouse a situación de emerxencia sanitaria no territorio da Comunidade Autónoma galega e activouse o Plan territorial de emerxencias de Galicia, como consecuencia da evolución da epidemia da enfermidade por coronavirus (covid-19), para o que se estableceron, tanto no ámbito da atención primaria coma da atención hospitalaria, medidas transitorias dirixidas a protexer os profesionais sanitarios e a reforzar a seguridade dos pacientes fráxiles ou máis vulnerables.

Con base nisto, o Servizo Galego de Saúde (Sergas) emitiu a Instrución 6/2020 sobre a reordenación asistencial motivada pola situación actual da covid-19 en Galicia.

Nela determínase que, nos centros de atención primaria e de atención hospitalaria, así como nas entidades dependentes e nos centros concertados ou con autorización de uso do Sergas, poderá ser suspendida ou aprazada a actividade cirúrxica programada, salvo as patoloxías recollidas no Decreto 105/2017, do 28 de setembro, polo que se regula o sistema de garantías de tempos máximos de espera, que son fundamentalmente as patoloxías oncolóxicas.

Polo tanto, para dar resposta á extraordinaria situación asistencial xerada, foi necesario levar a cabo un proceso continuo de adaptación e reorganización do sistema sanitario no que respecta á súa actividade e recursos materiais e humanos.

O Sergas prestoulles o máximo grao de atención ás persoas con cancro e mantivo, na situación epidemiolóxica existente, a actividade nas consultas externas nos casos de sospeita de patoloxía oncolóxica (vías rápidas de cancro) e a actividade cirúrxica relacionada coas patoloxías recollidas no decreto de garantía de tempos máximos e as asignadas con prioridade 1, case todas oncolóxicas, o que posibilitou que a atención se prestase nos tempos regulamentariamente establecidos.

Como veremos posteriormente, unha vez que o contexto epidemiolóxico, sanitario e de saúde pública o permitiu, iniciouse un proceso de normalización da asistencia hospitalaria tanto no ámbito ambulatorio en consultas externas e probas diagnósticas coma no caso daqueles pacientes cuxa atención requiriu o ingreso en centros sanitarios. Isto propiciou a recuperación progresiva da actividade que se realizaba previamente á situación pandémica.





A continuación, realízase unha análise descritiva da actividade asistencial relacionada cos pacientes con diagnóstico ou sospeita de patoloxía oncolóxica.

## Actividade e demora das vías rápidas de cancro

O obxectivo das vías rápidas por sospeita de patoloxía oncolóxica é garantirlle un acceso inmediato ao facultativo especialista. Trátase dun procedemento que se activa no momento en que existe a sospeita de que un enfermo pode padecer cancro.

A primeira alerta adoita producirse na consulta de atención primaria, frecuentemente en revisións de carácter periódico. En canto as primeiras probas confirman a sospeita inicial, o paciente é derivado á vía rápida correspondente.

As vías rápidas permiten cumprir o compromiso de atender os pacientes con sospeita de patoloxía grave nun tempo inferior a 15 días desde a derivación do médico especialista en atención hospitalaria ao especialista en oncoloxía médica. Actualmente, este procedemento está implantado para o cancro de mama, colon, pulmón, próstata, vexiga, cancro otorrinolaringolóxico (cabeza e colo), melanoma, así como cancro oncohematolóxico.

A actividade anual das vías rápidas incrementouse nun 32,6 % no período 2016-2019, aínda que é certo que esta actividade diminuíu un 7,2 % co inicio da pandemia no 2020. Con todo, ao longo do ano 2021 produciuse unha recuperación da tendencia ascendente previa, na que se rexistrou un 15,7 % máis de actividade con respecto a 2020 e un incremento na actividade dun 10,1 % con respecto a 2019, ano en que ata agora se atendera un maior número de pacientes. Os datos correspondentes ao primeiro semestre de 2022 corroboran esta tendencia positiva, xa que en comparación co primeiro semestre de 2021, se atenderon en consulta de vía rápida 1.460 pacientes máis (+15,4 %). (Ver figura 2)

### ▼ Figura 2: Evolución da actividade expresada en número de pacientes atendidos por vía rápida. Período 2016-primeiro semestre de 2022.

Vías rápidas	2016	2017	2018	2019	2020	2021	S1 2022
Mama	4 971	5 337	5 167	5 187	5 196	5 712	2 799
Colon	3 989	5 053	3 450	3 732	3 214	3 996	2 222
Pulmón	2 051	2 036	2 022	2 115	1 807	2 078	1 128
Próstata	980	2 236	2 150	2 512	2 251	2 894	1 544
Vexiga	479	846	1 454	1 651	1 452	1 775	924
Cabeza e colo	510	983	1 309	1 546	1 688	1 916	1 120
Melanoma	365	690	851	950	817	1 108	813
Endometrio	0	0	0	0	0	0	386
<b>Sergas</b>	<b>13 345</b>	<b>17 181</b>	<b>16 403</b>	<b>17 693</b>	<b>16 425</b>	<b>19 479</b>	<b>10 936</b>

Fonte: Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria

En canto aos tempos medios de espera na vía rápida, convén salientar que sempre se cumpríu co compromiso de atender os pacientes en menos de 15 días. Tendo en conta a excepcionalidade



do ano 2020, no que o tempo medio que esperaron os pacientes para ser atendidos por vía rápida foi de 3,8 días, no ano 2021 e no primeiro semestre de 2022, o tempo medio de espera para ser atendido por vía rápida mellora os datos obtidos no 2019 (-2,1 e -1,6 días, respectivamente). Convén sinalar que o incremento na actividade non supuxo un incremento nos tempos de espera. O tempo medio de espera da primeira consulta en vía rápida de cancro, desagregado por tipo ao longo do período de estudo, reflíctese na figura 3.

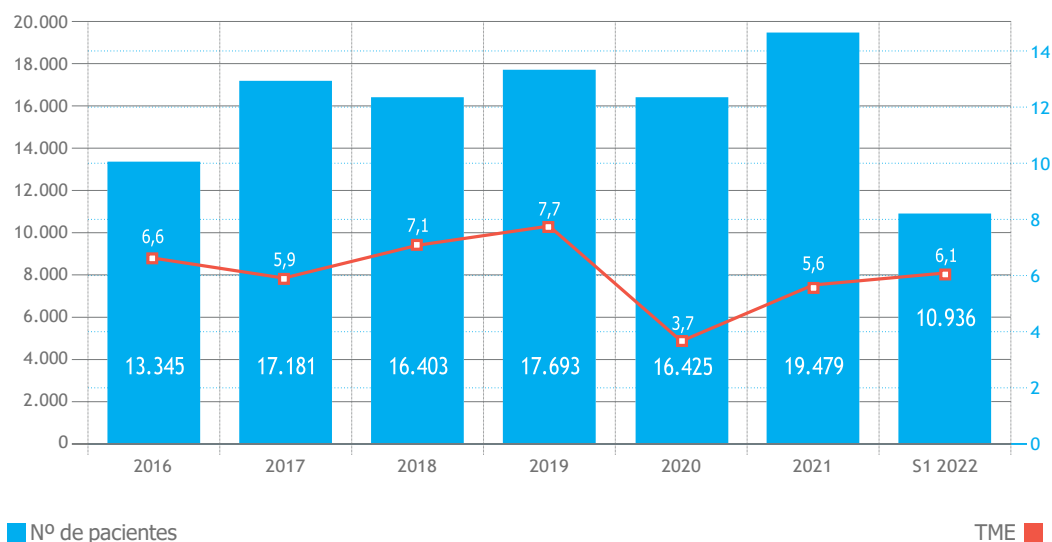
▼ Figura 3: Evolución do tempo medio de espera para consulta por VR. Período 2016-primeiro semestre de 2022.

Vías rápidas	2016	2017	2018	2019	2020	2021	S1 2022
Mama	3,1	4,8	6,9	4,5	1,8	6,6	3,6
Colon	8,1	5,7	8,7	5,8	3,2	4,7	4,3
Pulmón	8,0	6,4	4,1	4,6	1,0	5,5	1,5
Próstata	5,5	4,4	8,1	11,4	4,3	5,3	4,5
Vexiga	6,5	8,7	5,9	9,2	5,3	7,9	5,1
Cabeza e colo	4,9	4,6	6,1	4,2	3,9	4,4	2,7
Melanoma	2,0	11,5	4,0	2,9	4,5	3,0	4,5
Endometrio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,1
Sergas	6,6	5,9	7,1	7,7	3,7	5,6	6,1

Fonte: Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.

A evolución global da actividade e tempos de demora reflíctese na figura seguinte (ver figura 4).

▼ Figura 4: Evolución global do número de pacientes atendidos e tempo medio de espera, en vía rápida de cancro. Período 2016-primeiro semestre de 2022.



Fonte: Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.



## Garantía de tempo máximo de acceso a prestacións sanitarias públicas

Na Comunidade Autónoma de Galicia, para a xestión dos procedementos e situacións clínicas con especial relevancia en canto á gravidade, efectividade e oportunidade de atención sanitaria (a maioría correspóndense con patoloxías oncolóxicas malignas) aprobouse o Decreto 105/2017, do 28 de setembro, polo que se regula o sistema de garantía de tempos máximos de acceso ás prestacións sanitarias públicas. Esta é unha norma que lle outorga un dereito individual a cada paciente para unha atención sanitaria no ámbito hospitalario do sistema público de saúde de Galicia cun compromiso de tempo de garantía individual, o que significa que debe ser atendido de acordo cunhas demoras máximas nos tempos de resposta. Por tanto, pasamos dunha xestión global de tempos de espera a un compromiso individual por patoloxía para cada paciente.

Os tempos máximos individuais garantidos son os seguintes:

- Un prazo máximo de espera de 60 días naturais para as intervencións cirúrxicas programadas e non urxentes, no caso de cancro.
- Un prazo máximo de espera de 45 días naturais para as primeiras consultas externas hospitalarias programadas e non urxentes de vía rápida de cancro.
- Un prazo máximo de espera de 45 días naturais para as primeiras probas diagnósticas e/ou terapéuticas programadas e non urxentes garantidas relacionadas coas vías rápidas de cancro.

No que se refire ás doenzas oncolóxicas, o decreto fai referencia tanto ao campo das cirurxías (que inclúen neoplasias, tumores neuroendocrinos e carcinomas) como as primeiras consultas e ás probas diagnósticas e terapéuticas recollidas nas 7 vías rápidas establecidas.

O número total de pacientes que se beneficiou do decreto de garantías de tempos máximos de acceso ás prestacións sanitarias públicas desde a súa entrada en vigor o día 10 de xaneiro de 2018 ata o 30 de xuño do ano 2022 foi de 200.672.

Se o analizamos en función dos procedementos e situacións clínicas nas que se aplican os tempos máximos de acceso, beneficiáronse do dereito:

- Intervencións cirúrxicas para os diagnósticos garantidos: 46.998.
- Primeiras consultas externas hospitalarias garantidas: 78.102.
- Primeiras probas diagnósticas e/ou terapéuticas garantidas: 75.572.

Tal e como podemos observar na **figura 5** e **figura 6**, o número de procedementos garantidos que se xestionou foi aumentando cada ano, ata a chegada de 2020 caracterizado polo inicio da pandemia provocada polo SARS-CoV-2.

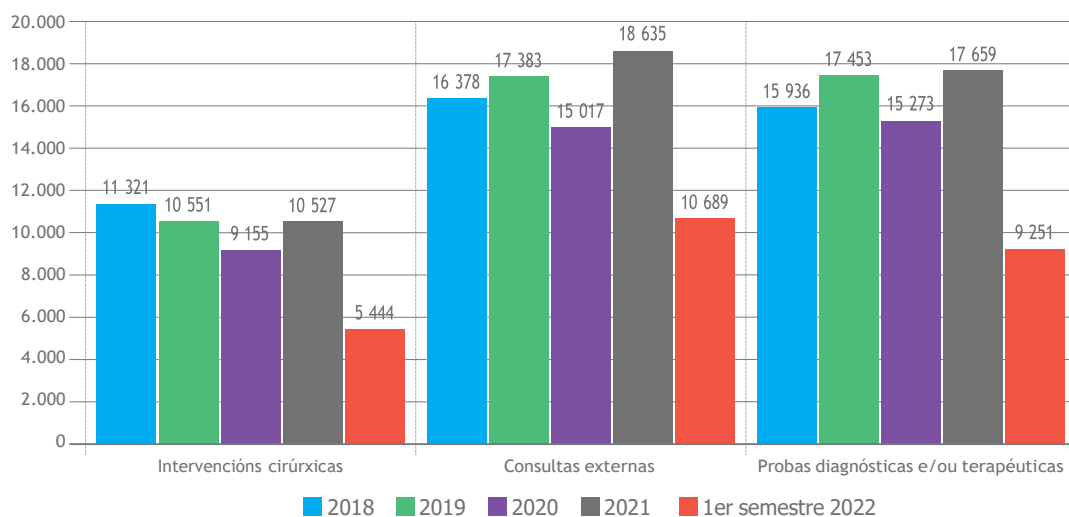
Tamén podemos observar que, durante o ano 2021, se recuperou o nivel previo de actividade, mellorando non só os datos do ano 2020 (+18,7 %), senón tamén os datos correspondentes ao 2019 (+3,2 %) que ata ese momento fora o mellor ano da serie histórica.



Os datos referidos ao primeiro semestre do ano 2022 corroboran esta tendencia ascendente, xa que superan nun 11,8 % os rexistrados no mesmo período do ano anterior fan prever un récord en canto a actividade realizada, amparada polo decreto de garantías de tempos máximos.

▼ **Figura 5: Actividade asistencial garantida. Período 2018-primeiro semestre de 2022.**

	Intervencións cirúrxicas	Consultas externas	Probas diagnósticas e/ou terapéuticas	Total
2018	11 321	16 378	15 936	43 635
2019	10 551	17 383	17 453	45 387
2020	9 155	15 017	15 273	39 445
2021	10 527	18 635	17 659	46 821
1S 2022	5 444	10 689	9 251	25 384
<b>Total beneficiarios lei garantías tempos máximos</b>	<b>46 998</b>	<b>78 102</b>	<b>75 572</b>	<b>200 672</b>



Fonte: Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.

▼ **Figura 6: Diferenzas actividade asistencial garantida. Período 2018-primeiro semestre de 2022.**

	Diferenza	% diferenza
2018-2019	1 752	4,0 %
2019-2020	-5.942	-13,1 %
2020-2021	7 376	18,7 %
2019-2021	1 434	3,2 %
2021-1S 2022	2 676	11,8 %

Fonte: Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.



# Actividade asistencial: primeiras consultas e probas diagnósticas

## Primeiras consultas e probas diagnósticas

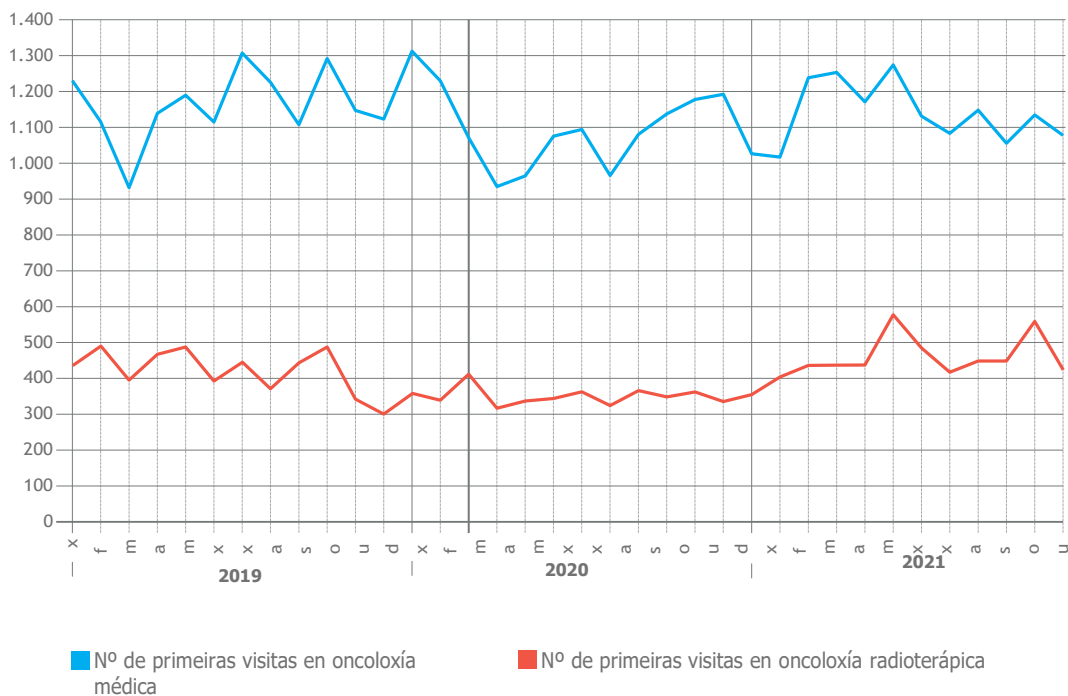
Para este caso, escolleuse un método estatístico, o modelo de series temporais ininterrompidas, como deseño case experimental para avaliar o efecto lonxitudinal que provocou na actividade asistencial o confinamento decretado o 14 de marzo de 2020, por mor da covid-19. Avaliase o seu impacto inmediato e o efecto a longo prazo. A serie analizada son os anos completos de actividade 2019, 2020 e 2021, desagregada en datos mensuais.

### A. Primeiras consultas: oncoloxía médica e oncoloxía radioterápica

Neste apartado analízase a actividade de primeiras consultas dos servizos clínicos de oncoloxía médica e de oncoloxía radioterápica do Sergas. A xustificación de escoller estes servizos é por que son aqueles que seleccionou o Ministerio de Sanidade no seu informe relativo ao estudo de impacto da pandemia por covid-19 na atención dos pacientes con cancro.

A figura 7 mostra a evolución temporal, mes a mes, das primeiras consultas de oncoloxía médica e oncoloxía radioterápica durante os tres anos da serie histórica 2019 a 2021.

▼ **Figura 7: Evolución do número de primeiras visitas de oncoloxía médica e oncoloxía radioterápica no Sergas. Período 2019-2021.**



Fonte: Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.



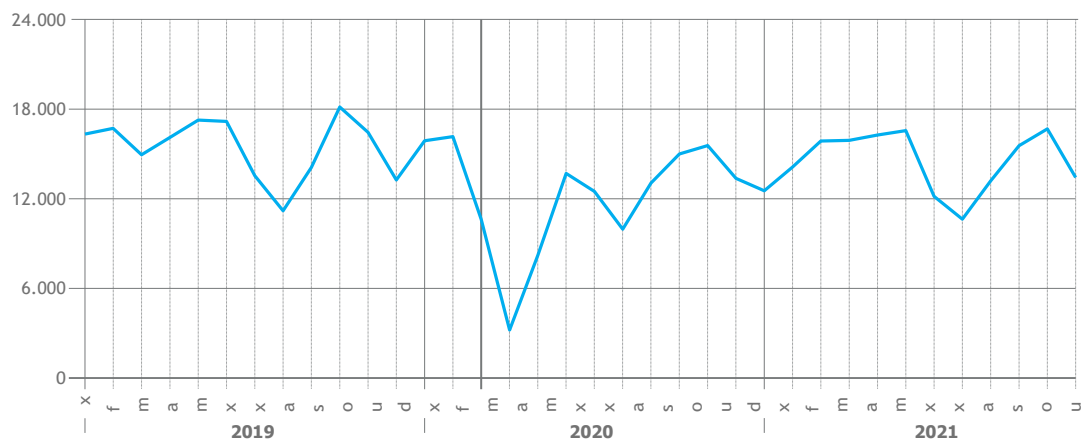
A regresión segmentada indica que, para o caso das primeiras consultas en oncoloxía médica, existe una redución inmediata significativa ( $\beta=-206,552$ ;  $p<0,002$ ), e a tendencia a longo prazo parece ser negativa, pero non é significativa ( $\beta=-3,631$ ;  $p<0,588$ ). Para o caso de oncoloxía radioterápica, non se produciu ningún impacto inmediato significativo ( $\beta=-18,061$ ;  $p<0,604$ ), e existe un incremento a longo prazo significativo ( $\beta=+17,643$ ;  $p<0,0001$ ).

## B. Probas diagnósticas: citoloxías e biopsias

Neste apartado, analízase a actividade das principais probas diagnósticas para o cancro: citoloxías e biopsias. A xustificación de escoller estas prestacións é por que foron as que seleccionou o Ministerio de Sanidade no seu informe relativo ao estudo de impacto da pandemia da covid-19 na atención dos pacientes con cancro.

Na figura 8 que se presenta a continuación, reflíctese a evolución temporal desta actividade, mes a mes, do número de citoloxías realizadas durante os tres anos da serie histórica 2019 a 2021.

▼ Figura 8: Evolución do número de citoloxías. Anos 2019 a 2021.



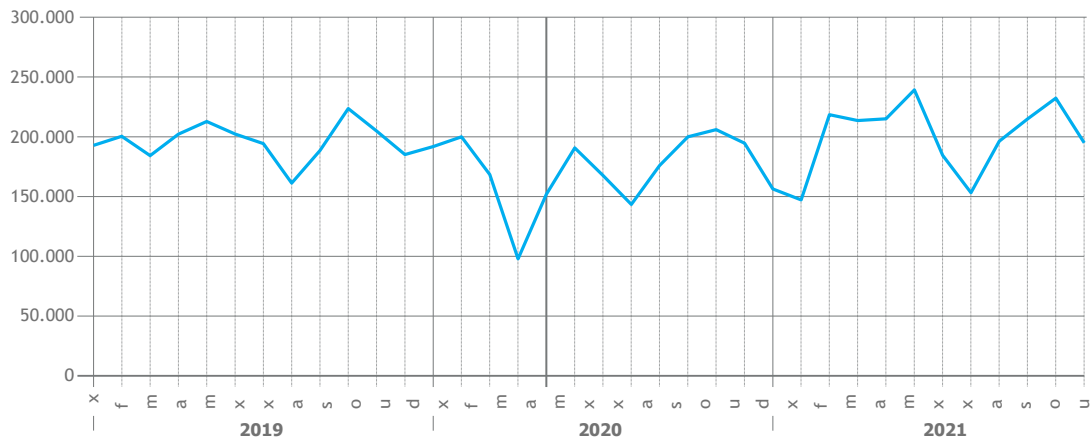
Fonte: Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.

A regresión segmentada indícanos que, para o caso do número de estudos de citoloxías realizadas, aínda que existe unha redución inmediata significativa ( $\beta=-4821,7$ ;  $p<0,008$ ), a tendencia a longo prazo é de incremento, aínda que polo momento con esta serie histórica, non resulta significativa ( $\beta=-346,5$ ;  $p<0,065$ ).

A evolución temporal, mes a mes, do número de biopsias realizadas durante os tres anos da serie histórica 2019 a 2021 representábase na seguinte figura.



▼ Figura 9: Evolución do número de biopsias. Anos 2019-2021.



Fonte: Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.

A regresión segmentada indícanos que, para o caso do número de biopsias realizadas, existe unha redución inmediata significativa ( $\beta=-42396,9$ ;  $p<0,019$ ); con todo, a longo prazo existe unha tendencia de aumento, aínda que non resulta significativa con esta serie histórica ( $\beta=+2955,5$ ,  $p<0,114$ ).



# Ámbito de saúde pública

## Programas poboacionais de cribado de cancro en Galicia

Coa aparición da pandemia, foi necesario parar puntualmente as actividades nos programas poboacionais de cribado de cancro, do mesmo xeito ca no resto das actuacións non urxentes. Procurouse que esta paréntese fose o máis breve posible e comezouse a priorizalo por parte da consellería tan pronto como a evolución da pandemia o permitiu.

O Programa galego de detección precoz do cancro de mama (PGDPCM) non se paralizou ata finalizar o estudo de todas as mulleres que, ao resultaren positivas, necesitaron completar o estudo mamográfico nas unidades de diagnóstico e tratamento (UDT), pero si se detivo a invitación á exploración mamográfica despois de mediado o mes de marzo do ano 2020.

No caso do Programa galego de detección precoz do cancro colorrectal (PGDPCCR), desde o 13 de marzo en diante canceláronse todas as citas nos centros de saúde (precolonoscopia) e as citas hospitalarias de colonoscopia programadas para as seguintes semanas. A partir desa data, non se enviaron novas cartas de invitación nin novas probas desde Saúde Pública. Ao mesmo tempo, as persoas convidadas que xa tiñan a proba na casa e estaban pendentes de entregala no centro de saúde recibiron un SMS ou unha carta para comunicarlles que non debían entregar a mostra ata novo aviso.

Polo que respecta ao Programa galego de detección precoz do cancro de colo de útero (PGDPCCU), a pandemia pola covid-19 provocou que se detivese a posta en marcha do proxecto piloto de Lugo ata o mes de decembro do ano 2020.

## Programa galego de detección precoz do cancro de mama

Conscientes do impacto que podería ter o feito de cesar as invitacións do PGDPCM, decidiuse reiniciar o cribado en canto foi posible. O 25 de maio de 2020 comezaron de novo as citacións, para chegar o 15 de xullo a unha actividade parecida á existente antes da pandemia. Isto supuxo unha parada de dous meses nas invitacións, un tempo aceptable con base na evidencia científica dispoñible para garantir os estándares de calidade do programa.

Para garantir o mínimo risco de transmisión do SARS-CoV-2, fíxose un protocolo de actuación nas unidades de exploración, incluída a realización dun cuestionario para garantir que, no momento de acudir, as usuarias non presentaban síntomas relacionados coa covid-19 nin estaban convivindo cun caso activo.





Respecto da citación, a día de hoxe non existe ningún atraso e xa se recuperaron os tempos entre roldas sucesivas de exploracións; de feito, situáronse nos valores habituais de antes da pandemia, entre 23 e 25 meses (as exploracións mamográficas deben levarse a cabo cada 2 anos + 6 meses). En ningún caso se viron superados os 30 meses durante a pandemia, considerado como un estándar que hai que manter no marco dos programas poboacionais de cribado de cancro de mama (Guía europea).

Polo que respecta á participación, a pesar da situación de pandemia, esta mantívose en niveis similares á obtida nos últimos anos, e alcanza unha taxa do 80,81 % no ano 2020. A comparación debemos facela sobre todo con respecto ao ano 2018, debido a que coincide coa invitación dun perfil de concellos moi parecido cada dous anos.

▼ **Figura 10: Evolución da participación. Resultados globais. Anos 1992 a 2020.**

Anos	Invitacións	Exploracións	Taxa de participación (%)*
1992-97	244 806	174 344	71,22
1998	88 517	64 963	73,39
1999	101 247	72 643	71,75
2000	104 857	77 299	73,72
2001	102 917	77 584	75,39
2002	106 846	80 201	75,06
2003	109 362	82 751	75,67
2004	94 840	77 821	82,06
2005	128 251	95 954	74,82
2006	123 009	99 858	81,18
2007	137 733	109 579	79,56
2008	143 653	115 091	80,12
2009	137 685	112 988	82,06
2010	152 759	124 559	81,54
2011	170 861	136 975	80,17
2012	185 969	148 175	79,68
2013	167 760	137 369	81,88
2014	187 161	155 336	83,00
2015	177 178	143 359	80,91
2016	184 036	153 804	83,57
2017	179 681	146 909	81,76
2018	206 548	167 733	80,21
2019	182 449	149 674	82,04
2020	168 399	136 087	80,81
Total	3 586 524	2 841 056	79,21

Obxectivo aceptable >70  
Obxectivo desexable >75

Fonte: Dirección Xeral da Saúde Pública.

No ano 2020, o resultado final da avaliación mamográfica foi do 97,16 % de mulleres con resultado de normalidade (negativo), mentres que o 2,66 % das mulleres se derivaron para unha valoración clínica adicional. O resultado é similar ao dos últimos anos e a proporción de mulleres ás que se lles



indica valoración clínica adicional mantén a mesma diferenza entre roldas, e é maior na primeira rolda (8,3 %) ca nas sucesivas (1,84 %).

▼ Figura 11: Resultados da proba de cribado. Datos globais. Anos 1992 a 2020.

Anos	Avaliadas	% Negativas	% Control 9-12 meses	% Repeticións por motivos técnicos	% Valoración clínica adicional*
1992-97	174 302	92,18	1,85	0,68	6,03
1998	64 961	93,65	1,59	0,18	4,81
1999	72 636	94,14	1,37	0,29	4,52
2000	77 292	95,42	0,83	0,31	3,78
2001	77 575	95,61	0,64	0,21	3,76
2002	80 199	96,62	0,43	0,13	2,96
2003	82 747	97,19	0,48	0,12	2,35
2004	77 820	97,29	0,46	0,16	2,27
2005	95 954	97,5	0,49	0,05	2,03
2006	99 858	97,75	0,43	0,03	1,84
2007	109 578	98,04	0,33	0,03	1,65
2008	115 090	98,01	0,31	0,06	1,69
2009	112 978	97,56	0,3	0,07	2,13
2010	124 558	97,36	0,25	0,04	2,4
2011	136 972	97,11	0,3	0,03	2,6
2012	148 170	96,91	0,24	0,03	2,86
2013	137 368	96,76	0,17	0,02	3,07
2014	155 333	97,04	0,14	0,02	2,82
2015	143 350	97,14	0,11	0,05	2,75
2016	153 789	97,41	0,18	0,02	2,42
2017	146 903	97,8	0,19	0,07	2,4
2018	167 729	97,34	0,21	0,03	2,46
2019	149 672	96,58	0,14	0,02	3,29
2020	136 082	97,16	0,17	0,07	2,66
Total	2 840 916	96,69	0,44	0,11	2,89

\* Inclúe todas as mulleres citadas nas UDT, é dicir, as mulleres con resultado positivo na mamografía de rutina, na repetición por motivos técnicos ou no control aos 9-12 meses.

Fonte: Dirección Xeral da Saúde Pública.



▼ Figura 12: Resultados da proba de cribado. Primeira rolda. Anos 1992 a 2020.

Anos	Avaliadas	% Negativas	% Control 9-12 meses	% Repeticións por motivos técnicos	% Valoración clínica adicional*
1992-97	142 517	91,22	2,08	0,69	6,77
1998	30 516	90,21	2,85	0,25	7,04
1999	24 792	88,74	3,42	0,46	7,93
2000	23 106	90,6	2,49	0,36	6,98
2001	19 102	90,47	2,31	0,39	7,26
2002	18 904	91,74	1,72	0,2	6,61
2003	17 216	92,79	2,13	0,15	5,18
2004	14 443	92,43	2,28	0,3	5,32
2005	19 629	93,31	2,24	0,08	4,54
2006	17 681	93,52	2,14	0,06	4,39
2007	18 971	94,35	1,77	0,07	3,92
2008	19 343	94,47	1,69	0,11	3,91
2009	17 248	93,35	1,72	0,07	4,98
2010	20 714	92,93	1,36	0,07	5,76
2011	22 719	92,42	1,55	0,06	6,07
2012	22 867	91,78	1,24	0,05	7,01
2013	22 067	91,54	0,77	0,03	7,72
2014	18 784	91,47	0,87	0,03	7,69
2015	21 659	92,44	0,49	0,07	7,08
2016	17 961	91,74	1,04	0,05	7,27
2017	19 530	92,28	0,84	0,09	6,9
2018	20 952	91,62	0,98	0,06	7,43
2019	21 277	89,91	0,6	0,04	9,49
2020	17 345	90,91	0,78	0,14	8,3
Global	607 343	91,72	1,78	0,3	6,48
		Obxectivo aceptable:	<1	<3	<7
		Obxectivo desexable:	0	<1	<5

Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.



▼ Figura 13: Resultados da proba de cribado. Roldas sucesivas. Anos 1992 a 2020.

Anos	Avaliadas	% Negativas	% Control 9-12 meses	% Repeticións por motivos técnicos	% Valoración clínica adicional*
1992-97	31 785	96,48	0,85	0,63	2,73
1998	34 445	96,7	0,48	0,11	2,84
1999	47 844	96,94	0,31	0,21	2,76
2000	54 186	97,47	0,11	0,29	2,42
2001	58 473	97,28	0,1	0,15	2,61
2002	61 295	98,13	0,04	0,1	1,84
2003	65 531	98,35	0,04	0,11	1,61
2004	63 377	98,39	0,03	0,13	1,58
2005	76 325	98,58	0,04	0,04	1,38
2006	82 177	98,66	0,06	0,02	1,29
2007	90 607	98,81	0,02	0,02	1,17
2008	95 747	98,73	0,03	0,05	1,24
2009	95 730	98,32	0,04	0,07	1,63
2010	103 844	98,24	0,03	0,04	1,73
2011	114 253	98,04	0,05	0,03	1,91
2012	125 303	97,84	0,06	0,03	2,11
2013	117 301	97,66	0,06	0,02	2,28
2014	136 549	97,8	0,04	0,02	2,16
2015	121 691	97,98	0,05	0,04	1,98
2016	135 828	98,16	0,07	0,02	1,77
2017	127 373	98,2	0,09	0,06	1,7
2018	146 777	98,15	0,1	0,03	1,75
2019	128 395	97,68	0,06	0,02	2,25
2020	118 737	98,07	0,09	0,06	1,84
Global	2 233 573	98,04	0,08	0,06	1,88
		Obxectivo aceptable:	<1	<3	<5
		Obxectivo desexable:	0	<1	<3

\* Inclúe todas as mulleres citadas nas UDT, é dicir, as mulleres con resultado positivo na mamografía inicial, na repetición por motivos técnicos ou no control aos 9-12 meses.

Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.

Con todo, polo que respecta ás taxas de detección de cancro e de lesións, será necesaria unha avaliación do impacto da pandemia máis en perspectiva nos vindeiros anos, cando se dispoña de datos definitivos referidos ás taxas de detección de cancro de 2020 e, máis no futuro, cando se poida avaliar a porcentaxe de cancros de intervalo e a proporción de cancros en estadios avanzados referidos ás mulleres exploradas no ano 2020. Con todo, tendo en conta que en ningún momento se viron comprometidos os estándares de tempos entre roldas de cribado, non é de esperar que tivese impacto nas devanditas taxas.



## Programa galego de detección precoz do cancro colorrectal

A mediados de maio de 2020, de acordo coas xerencias das áreas sanitarias do Sergas, reiniciouse a actividade do programa retomando as citas de precolonoscopia nos centros de saúde e as colonoscopias pendentes. Déuselles prioridade a aquelas persoas con cita para unha primeira colonoscopia e a aquelas con niveis de sangue oculto en feces (SOF) máis altos, pois son aquelas entre as que se detectan lesións máis avanzadas. En novembro de 2020 retomouse o envío de probas á poboación diana do programa e o 11 de xaneiro de 2021 a invitación.

A participación do ano 2020, tanto en rolda inicial como nas sucesivas, é lixeiramente inferior á de anos anteriores, aínda que non é posible asegurar que se deba á pandemia. Con todo, a participación global nese ano é superior a anos anteriores, xa que alcanza un 50 %.

▼ Figura 14: Resultados de participación. Primeira rolda de cribado 2013 a 2020.

Ano	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

Fonte: Dirección Xeral da Saúde Pública.

▼ Figura 15: Resultados de participación. Roldas sucesivas de cribado 2015 a 2020.

Ano	Homes			Mulleres			Total		
	Invitacións válidas	Test entregados	Participación %	Invitacións válidas	Test entregados	Participación %	Invitacións válidas	Test entregados	Participación %
2015	2 085	1 925	92,33	2 993	2 777	92,78	5 078	4 702	92,60
2016	4 140	3 869	93,45	5 527	5 191	93,92	9 667	9 060	93,72
2017	6 830	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	75 861	68 902	90,83	100 820	92 533	91,78	176 681	161 435	91,37

Fonte: Dirección Xeral da Saúde Pública.



As taxas de detección de cancro colorrectal (CCR) e lesións avanzadas mantivéronse nos valores dos últimos anos, co que está por encima dos estándares pedidos para este tipo de programas nas guías internacionais.

▼ **Figura 16: Número de persoas con CCR, taxas de detección e valor predictivo positivo por sexo e rolda. Anos 2016 a 2020.**

Cancro invasivo	Rolda inicial			Rolda sucesiva		
	Homes	Mulleres	Total	Homes	Mulleres	Total
2016 N.º persoas con CCR	55	32	87	5	5	10
2016 Taxa de detección de CCR ‰	4,28	1,81	2,85	1,23	0,92	1,06
2016 VPP para CCR %	5,42	3,68	4,64	2,04	2,27	2,16
2017 N.º persoas con CCR	242	98	340	9	12	21
2017 Taxa de detección de CCR ‰	6,50	2,16	4,11	1,68	1,64	1,66
2017 VPP para CCR %	7,55	4,30	6,24	3,03	3,80	3,47
2018 N.º persoas con CCR	275	129	404	23	11	34
2018 Taxa de detección de CCR ‰	5,84	2,23	3,85	1,95	0,67	1,20
2018 VPP para CCR %	7,36	4,83	6,32	3,57	1,92	2,80
2019 N.º persoas con CCR	191	92	283	57	51	108
2019 Taxa de detección de CCR ‰	5,62	2,18	3,71	1,98	1,33	1,61
2019 VPP para CCR %	7,03	4,58	6,00	3,28	3,27	3,27
2020 N.º persoas con CCR	27	23	50	30	16	46
2020 Taxa de detección de CCR ‰	5,44	3,75	4,5	1,96	0,79	1,30
2020 VPP para CCR %	5,38	5,25	5,31	3,26	1,81	2,54

Fonte: Dirección Xeral de Saúde Pública.



▼ Figura 17: Número de persoas con adenomas de alto risco (AAR), taxas e detección e VPP por sexo e rolda. Anos 2016 a 2020.

Cancro invasivo	Rolda inicial			Rolda sucesiva		
	Homes	Mulleres	Total	Homes	Mulleres	Total
N.º persoas con AAR	265	117	382	39	15	54
2016 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
N.º persoas con AAR	831	286	1 117	49	21	70
2017 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
N.º persoas con AAR	910	329	1 239	135	34	169
2018 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
N.º persoas con AAR	656	246	902	323	113	436
2019 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
N.º persoas con AAR	118	41	160	168	74	246
2020 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

Fonte: Dirección Xeral da Saúde Pública.

Co fin de recuperar o atraso producido durante o ano 2020, no ano 2021 realizouse a totalidade da actividade basal do programa correspondente ao devandito ano, ademais dun significativo incremento mantido ao longo do ano respecto das invitacións e do envío de probas. Así, durante o ano 2021 remitíronse 383.059 invitacións, mentres que se lles enviaron probas para a toma de mostra de SOF a 298.625 persoas. Isto supón un notable incremento respecto do ano 2019 (prepandemia), no que se fixeron 230.457 invitacións e se enviaron 163.518 probas de SOF. Todo iso tradúcese nun incremento moi significativo das probas entregadas e analizadas.

▼ Figura 18: Número de probas SOF entregadas e positividade destas.

Ano	Entregados	Test SOF	
		Positivos	Pos. (%)
2018	133 411	8 044	6,03
2019	143 230	8 491	5,93
2020	46 614	2 889	6,20
2021	230 265	12 348	5,36

Fonte: Dirección Xeral da Saúde Pública.

Así mesmo, tal e como se podía prever en función da porcentaxe de positividade na proba de SOF, isto supuxo ter que afrontar un importante incremento do número de colonoscopias. De feito, leváronse a cabo **13.086 primeiras colonoscopias**, fronte ás 10.227 realizadas no ano 2019, mentres que se fixeron **3.564 de seguimentos fronte a 2019**.



De mesmo xeito ca no cribado poboacional de cancro de mama, no de CCR o estándar de tempo entre roldas sucesivas de cribado é de 2 anos + 6 meses. Ata marzo de 2020, o tempo entre participacións sucesivas foi de **24 a 26 meses en máis do 99 % dos casos. En novembro de 2020, ese tempo foi superior a 30 meses no 66,98 % dos casos, en xaneiro de 2021 no 66,12 %, en febreiro no 17,98 %, en marzo no 39,25 % e, en abril, nun 14,03 % dos casos. A partir de maio de 2021, volveu ser inferior ao 1 %. Un total de 44 186 usuarios tiveron máis de 30 meses entre roldas sucesivas.**

Por outra banda, en 2020 identificáronse 96 cancros, 50 na rolda inicial e 46 en sucesivas; o 53,6 % **en estadios I e II, fronte ao 67 % do global do programa ata entón** (68,2 % en 2019).

En base a todo isto, podemos concluír que a pandemia tivo un impacto negativo na taxa de invitación de 2020, mentres que experimentou un impacto moi positivo o plan de recuperación posto en marcha en 2021. Non hai diferenzas significativas na taxa de participación global, aínda que diminúe na rolda inicial. Tamén se observa un impacto nos tempos entre roldas, que supón un atraso na participación nas roldas sucesivas e supera o estándar de 30 meses no 23,89 % dos casos. A medio prazo, debemos analizar se se confirma a hipótese de que este atraso eleva lixeiramente a taxa de cancros en estadio avanzado diagnosticados no programa.

## Programas de vacinación do virus do papiloma humano

A maioría dos casos de cancro de colo uterino están asociados ao virus do papiloma humano (VPH), unha infección de transmisión sexual. A inmunización xeneralizada coa vacina contra o VPH podería reducir o impacto do cancro de colo do útero e outros cancros provocados polo VPH en todo o mundo.

A vacina fronte ao VPH está indicada nas nenas ao cumpriren os 12 anos e adminístrase a segunda dose 6 meses despois da primeira.

Na seguinte figura, móstranse as coberturas para Galicia desde os anos prepandemia ata o momento actual. Convén indicar que non é avaliable o ano 2022, xa que aínda faltan nenas por cumprir os 12 anos e moitas segundas doses por administrar. Tendo en conta esta limitación, pódese afirmar que a pandemia non orixinou un impacto na vacinación fronte ao VPH, xa que se mantiveron as altas coberturas, o que concorda cos datos que temos de cobertura na nosa comunidade no resto das vacinas do calendario infantil.

▼ Figura 19: Cobertura de vacinas do VPH en nenas.

Ano	Coberturas vacinas VPH nenas	
	1ª dose	2ª dose
2018	99,30	87,75
2019	99,89	82,76
2020	99,92	88,55
2021	99,50	82,30
2022	82,20	35,30

Fonte: Dirección Xeral da Saúde Pública.





# Siglas e acrónimos

**AAR:** adenomas de alto risco.

**CCR:** cancro colorrectal.

**Covid-19:** siglas en inglés para enfermidade por coronavirus.

**ESMO:** siglas en inglés para Sociedade Europea de Oncoloxía Médica.

**PGDPCM:** Programa galego de detección precoz do cancro de mama.

**PGDPCCR:** Programa galego de detección precoz do cancro colorrectal.

**PGDPCCU:** Programa galego de detección precoz de cancro do colo de útero.

**SARS-CoV-2:** siglas en inglés para a síndrome respiratoria aguda severa por coronavirus tipo 2.

**Sergas:** Servizo Galego de Saúde.

**SOF:** sangue oculto en feces.

**TME:** tempo medio de espera.

**UDT:** unidades de diagnóstico e tratamento.

**VPH:** virus do papiloma humano.

**VPP:** valor predictivo positivo.

**VR:** vías rápidas.



# Bibliografía

- [1] Amador M, Matias-Guiu X, Sancho-Pardo G, Contreras Martinez J, de la Torre-Montero JC, Peñuelas Saiz A, Garrido P, García-Sanz R, Rodríguez-Lescure Á, Paz-Ares L, «Impact of the covid-19 pandemic on the care of cancer patients in Spain,» ESMO Open, vol. 6, nº 3, p. 100157, 2021.



Servizo Galego  
de Saúde



Asistencia Sanitaria

4

Análise / Estudo

E



SERVIZO  
GALEGO  
DE SAÚDE



Xacobeo 21-22