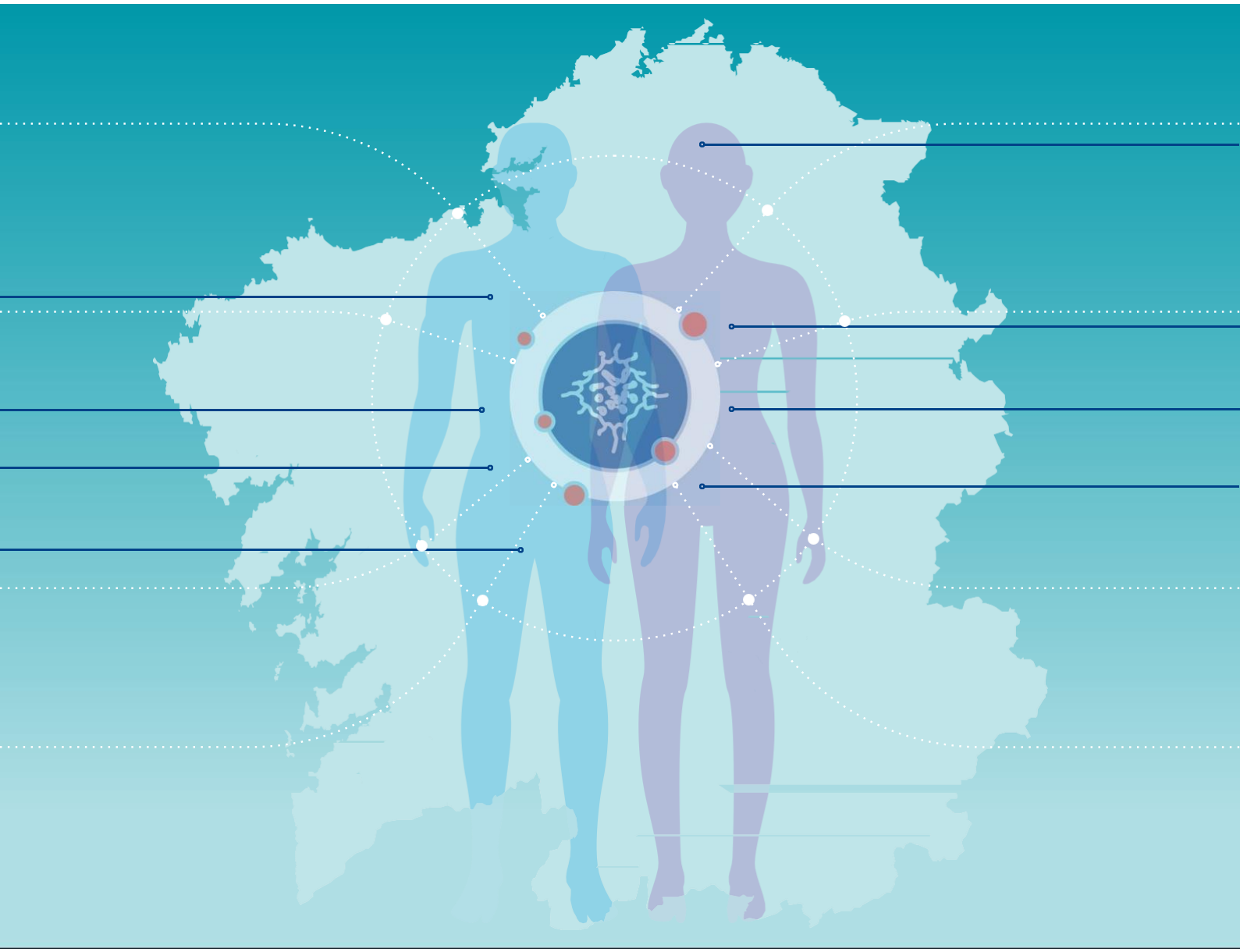
Impacto de la pandemia de la covid-19 en la atención de los pacientes oncológicos en Galicia



XUNTA DE GALICIA

Impacto de la pandemia de la covid-19 en la atención de los pacientes oncológicos en Galicia

XUNTA
DE GALICIA

XUNTA
DE GALICIA

Impacto de la pandemia de la covid-19 en la atención de los pacientes oncológicos en Galicia

Autores: Equipo de trabajo

Editado por: Servicio Gallego de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Subdirección General deAtención Hospitalaria

Lugar: Santiago de Compostela, 2022

Diseño gráfico: Daniel Gibert Cobos - www.dfad.biz

Los contenidos de este informe “Impacto de la pandemia de la covid-19 en la atención de los pacientes oncológicos en Galicia” están sujetos a una licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra derivada 4.0 Internacional.

Los usuarios pueden copiar, distribuir, mostrar y reproducir solo copias directas del trabajo con fines no comerciales y dentro de los límites que se especifican en la licencia.

Puede consultar la licencia completa aquí:
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es_ES

Equipo de trabajo

Dirección General de Asistencia Sanitaria:

Antonio Bravo Ricoy. Técnico del Servicio de Atención Hospitalaria. Subdirección General deAtención Hospitalaria.

Miren Payo Puente. Técnica del Servicio de Atención Hospitalaria. Subdirección General de Atención Hospitalaria.

Raquel Vázquez Mourelle. Subdirectora general de Atención Hospitalaria. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Dirección General de Salud Pública:

Ángel Gómez Amorín. Jefe de Servicio de Programas Poblacionales de Cribado. SubdirecciónGeneral de Programas de Fomento de Estilos de Vida Saludable.

Ana Marina Tarrazo Antelo. Técnica del Servicio de Programas Poblacionales de Cribado. Subdirección General de Programas de Fomento de Estilos de Vida Saludable.

Elena Rodríguez Camacho. Técnica del Servicio de Programas Poblacionales de Cribado. Subdirección General de Programas de Fomento de Estilos de Vida Saludable.

Índice

Introducción 6

Ámbito de asistencia sanitaria 7

Actividad y demora de las vías rápidas de cáncer 8

Garantía de tiempo máximo de acceso a prestaciones sanitarias públicas 10

Actividad asistencial: primeras consultas y pruebas diagnósticas 12

Ámbito de salud pública 15

Programa gallego de detección precoz de cáncer de mama 15

Programa gallego de detección precoz de cáncer colorrectal 20

Programas de vacunación del virus del papiloma humano 23

Siglas y acrónimos 24

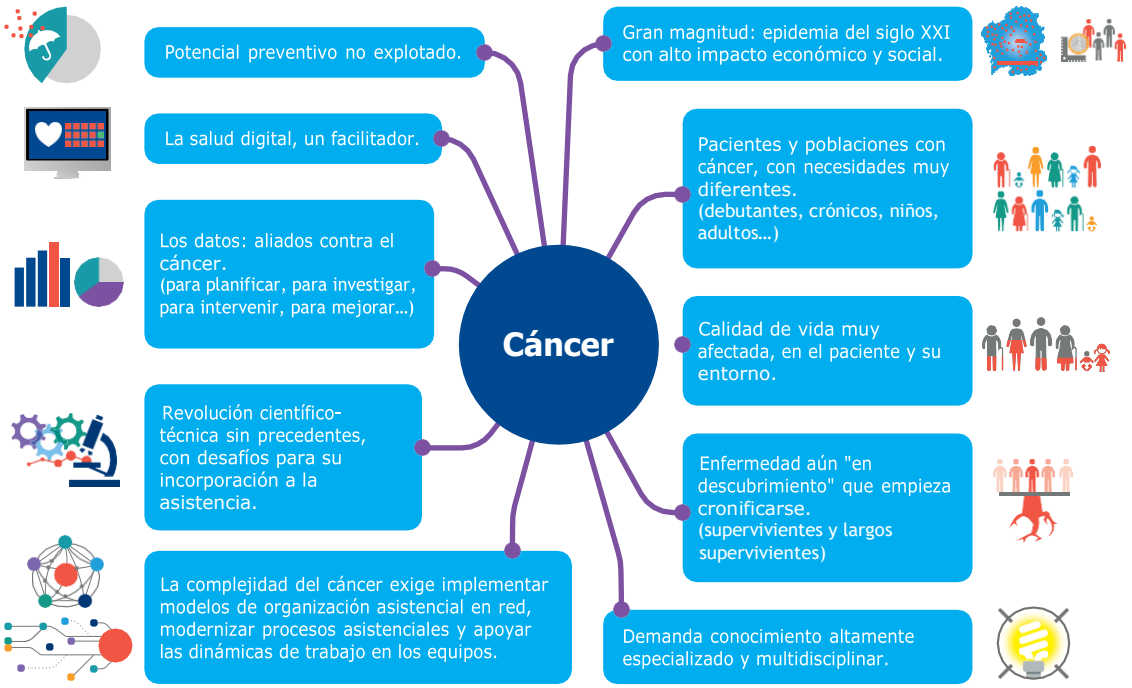
Bibliografía 25

Introducción

El cáncer es una enfermedad compleja afectada por múltiples variables.

A continuación, en la figura 1, se recogen de forma sintética algunas de las principales claves del cáncer en el Siglo XXI.

▼ Figura 1: Principales claves del cáncer en el siglo XXI.



Fuente: Reflexiones del equipo de trabajo.

Ámbito de asistencia sanitaria

La situación sanitaria producida por la pandemia del síndrome respiratorio agudo severo por coronavirus tipo 2 (SARS-CoV-2) ha tenido un impacto notable en los servicios de salud, afectando a toda la población en la que se incluyen los pacientes oncológicos como colectivo especialmente vulnerable.

A pesar de la existencia de la referencia estatal de la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO), que subraya que la pandemia ha provocado una disminución del 20,8% en el número de nuevos pacientes oncológicos diagnosticados [1], los indicadores de actividad asistencial de la Comunidad Autónoma de Galicia muestran que, si bien ha habido una lógica disminución de la actividada lo largo del año 2020, ésta ha sido menor de lo referenciado por la ESMO.

En lo que respecta a Galicia, por acuerdo del Consello de la Xunta de 13 de marzo,se declaró la situación de emergencia sanitaria en el territorio de la Comunidad Autónoma gallega, activándose el Plan territorial de emergencias de Galicia, a consecuencia de la evolución de la epidemia de la enfermedad por coronavirus (covid-19), para lo cual se establecieron, tanto en el ámbito de la atención primaria (AP) como el de la atención hospitalaria, medidas transitorias dirigidas a proteger a los profesionales sanitarios y reforzar la seguridad de los pacientes frágiles o más vulnerables.

En base a esto, el Servicio Gallego de Salud (Sergas) emitió la Instrucción 6/2020 sobre la reordenación asistencial motivada por la situación actual de la covid-19 en Galicia.

En ella se determina que, en los centros de AP u hospitalaria, así como en las entidades dependientes y en los centros concertados o con autorización de uso del Sergas, podrá ser suspendida o aplazada la actividad quirúrgica programada, salvo las patologías recogidas en el Decreto 105/2017, del 28 de septiembre, por el que se regula el sistema de garantías de tiempos máximos de espera, que son fundamental- mente patologías oncológicas.

Por tanto, para dar respuesta a la extraordinaria situación asistencial generada, fue necesario llevar a cabo un proceso continuo de adaptación y reorganización del sistema sanitario en lo que respecta a su actividad y recursos materiales y humanos.

El Sergas prestó el máximo grado de atención a las personas con cáncer y mantuvo, en la situación epidemiológica existente, la actividad en consultas externas por sospecha de patología oncológica (vías rápidas (VR) de cáncer) y la actividad quirúrgica relacionada con las patologías recogidas en el Decreto de garantía de tiempos máximos y las asignadas con prioridad 1, casi todas oncológicas, lo que posibilitó que la atención se prestase en los tiempos reglamentariamente establecidos.

Como veremos posteriormente, una vez que el contexto epidemiológico, sanitario y de salud pública lo ha permitido, se inició un proceso de normalización de la asistencia hospitalaria tanto a nivel ambulatorio en consultas externas y pruebas diagnósticas, como para aquellos pacientes cuya atención ha requerido ingreso en centros sanitarios. Esto ha propiciado la recuperación progresiva de la actividad que se realizaba previamente a la situación pandémica.

A continuación, se realiza un análisis descriptivo de la actividad asistencial relacionada con los pacientes con diagnóstico o sospecha de patología oncológica.

Actividad y demora de las vías rápidas de cáncer

El objetivo de las VR por sospecha de patología oncológica es garantizar un acceso inmediato al facultativo especialista. Se trata de un procedimiento que se activa en el momento en que existe sospecha de que un enfermo puede padecer cáncer.

La primera alerta suele producirse en la consulta de AP, frecuentemente en revisiones de carácter periódico. En cuanto las primeras pruebas confirman la sospecha inicial, el paciente es derivado a la VR correspondiente.

Las VR permiten cumplir el compromiso de atender a los pacientes con sospecha de patología grave, en un tiempo inferior a 15 días desde la derivación del médico especialista en AP al especialista en oncología médica. Actualmente, este procedimiento está implantado para cáncer de mama, colon, pulmón, próstata, vejiga, cáncer otorrinolaringológico (cabeza y cuello), melanoma, así como una VR oncohematológica.

La actividad anual de VR se ha incrementado en un 32,6% en el período 2016-2019, si bien es cierto que, con el inicio de la pandemia, en el 2020 dicha actividad disminuyó un 7,2%. Sin embargo, a lolargo del año 2021 se ha producido una recuperación de tendencia ascendente previa (15,7% más de actividad con respecto a 2020 y un incremento en la actividad de un 10,1% con respecto al 2019, año que hasta el momento había sido en el que se había atendido a un mayor número de pacientes). Los datos correspondientes al primer semestre de 2022 vienen a corroborar esta tendencia positiva, ya que, en comparación con el primer semestre del 2021, se han atendido en consulta de VR 1 460 pacientes más (+15,4%). (Ver figura 2)

▼ Figura 2: Evolución de la actividad expresada en número de pacientes atendidos por vías rápidas. Período 2016-primer 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
Vejiga	479	846	1 454	1 651	1 452	1 775	924
Cabeza y cuello	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
Sergas	13 345	17 181	16 403	17 693	16 425	19 479	10 936

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria

En cuanto a los tiempos medios de espera (TME) en la VR, cabe destacar que siempre se ha cumplido con el compromiso de atender a los pacientes en menos de 15 días. Teniendo en cuenta la excepcionalidad del año 2020 en el que el tiempo medio que esperaron los pacientes para ser atendidos por VR fue de 3,8 días; en el año 2021 y primer semestre de 2022 el tiempo medio de espera para ser atendido por VR mejora los datos obtenidos en 2019 (-2,1 y -1,6 días, respectivamente). Cabe señalar que el incremento en la actividad no ha supuesto un incremento en los tiempos de espera. El TME de la primera consulta en VR de cáncer, desglosado por tipo, a lo largo del periodo de estudio se refleja en la figura 3.

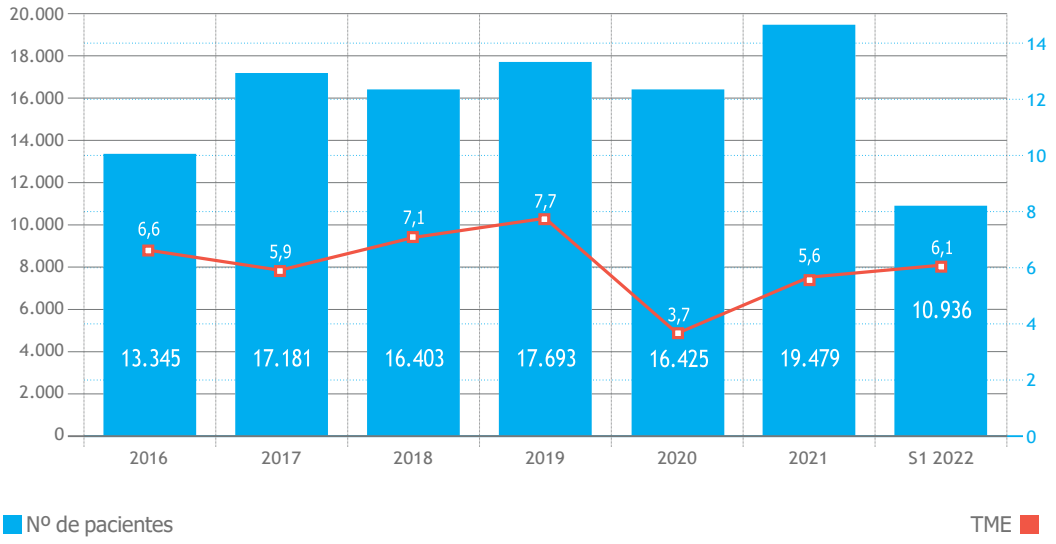
▼ Figura 3: Evolución del tiempo medio de espera para consulta por vías rápidas. Período 2016-primer semestre de 2022

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
Vejiga	6,5	8,7	5,9	9,2	5,3	7,9	5,1
Cabeza y cuello	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

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

La evolución global de la actividad y tiempos de demora se refleja en la figura siguiente (ver figura 4).

▼ Figura 4: Evolución global de número de pacientes atendidos y tiempo medio de espera, en vía rápida de cáncer. Período2016-primer semestre de 2022.



Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Garantía de tiempo máximo de acceso a prestaciones sanitarias públicas

En la Comunidad Autónoma de Galicia, para la gestión de los procedimientos y situaciones clínicas con especialrelevancia en cuanto a gravedad, efectividad y oportunidad de atención sanitaria (la mayoría se corresponden con patologías oncológicas malignas) se aprobó el Decreto 105/2017, de 28 de septiembre, por el que se regula el sistema de garantía de tiempos máximos de acceso a las prestaciones sanitarias públicas. Esta es una norma que otorga un derecho individual a cada pacientepara una atención sanitaria en el ámbito hospitalario del Sistema público de salud de Galicia con un compromiso de tiempo de garantía individual, lo que significa que debe ser atendido de acuerdo con unas demoras máximas en los tiempos de respuesta. Por tanto, pasamos de una gestión global detiempos de espera a un compromiso individual por patología para cada paciente.

Los tiempos máximos individuales garantizados son los siguientes:

- Un plazo máximo de espera 60 días naturales, para las intervenciones quirúrgicas programadas y no urgentes, en el caso de cánceres.
- Un plazo máximo de espera de 45 días naturales, para las primeras consultas externas hospitalarias programadas y no urgentes de VR de cáncer.
- Un plazo máximo de espera de 45 días naturales, para las primeras pruebas diagnósticas y/o terapéuticas programadas y no urgentes garantizadas relacionadas con las vías rápidas de cáncer.

En el que se refiere a las dolencias oncológicas, el decreto hace referencia tanto al campo de las cirugías (que incluyen neoplasias, tumores neuroendocrinos y carcinomas) como las primeras consultas y pruebas diagnósticas y terapéuticas recogidas en las 7 vías rápidas establecidas.

El número total de pacientes que se benefició del Decreto de garantías de tiempos máximos de acceso a las prestaciones sanitarias públicas desde su entrada en vigor (10 de enero de 2018), hasta el 30 de junio del año 2022 fue de 200.672.

Si lo analizamos en función de los procedimientos y situaciones clínicas en las que se aplican los tiempos máximos de acceso, se beneficiaron del derecho:

- Intervenciones quirúrgicas para los diagnósticos garantizados: 46.998.
- Primeras consultas externas hospitalarias garantizadas: 78.102.
- Primeras pruebas diagnósticas y/o terapéuticas garantizadas: 75.572.

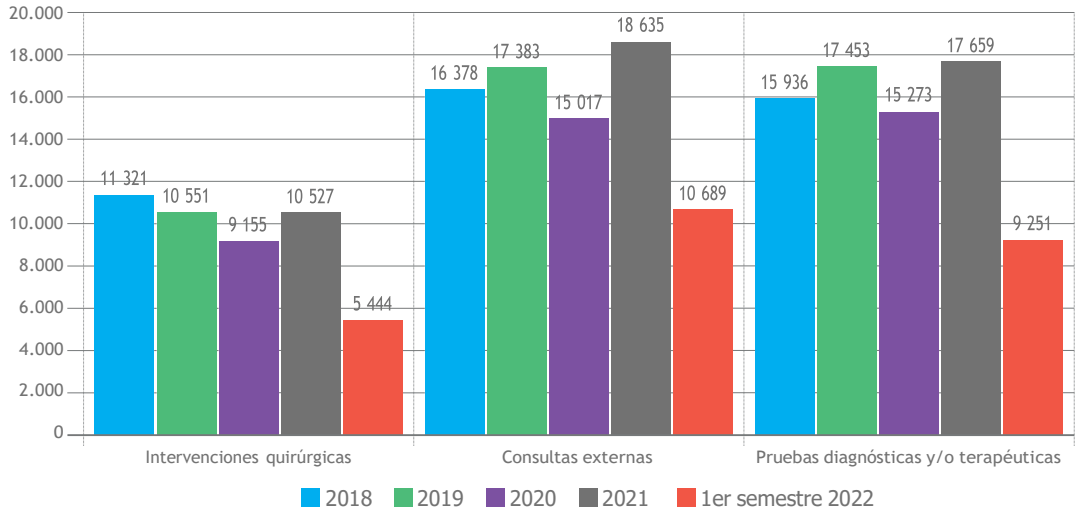
Tal y como podemos observar en la **figura 5** y **figura 6**, el número de procedimientos garantizados que se ha gestionado ha ido aumentando cada año, hasta la llegada del 2020, caracterizado por el inicio de la pandemia provocada por el SARS-CoV-2.

También podemos observar que, durante el año 2021, se ha recuperado el nivel previo de actividad, mejorando no sólo los datos del año 2020 (+18,7 %), sino también los datos correspondientes al 2019 (+3,2 %), que hasta ese momento había sido el mejor año de la serie histórica.

Los datos referidos al primer semestre del año 2022 corroboran esta tendencia ascendente, ya que superan en un 11,8 % los registrados en el mismo período del año anterior y hacen prever unrécord en cuanto a actividad realizada amparada por el Decreto de garantías de tiempos máximos.

▼ Figura 5: Actividad asistencial garantizada. Período 2018-primer semestre de 2022.

	Intervenciones quirúrgicas	Consultas externas	Pruebas diagnósticas y/o 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
Total, beneficiarios ley de garantías tiempos máximos	46 998	78 102	75 572	200 672



Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

▼ Figura 6: Diferencias actividad asistencial garantizada. Período 2018-primer semestre de 2022

	Diferencia	% diferencia
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 %

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Actividad asistencial: primeras consultas y pruebas diagnósticas

Primeras consultas y pruebas diagnósticas

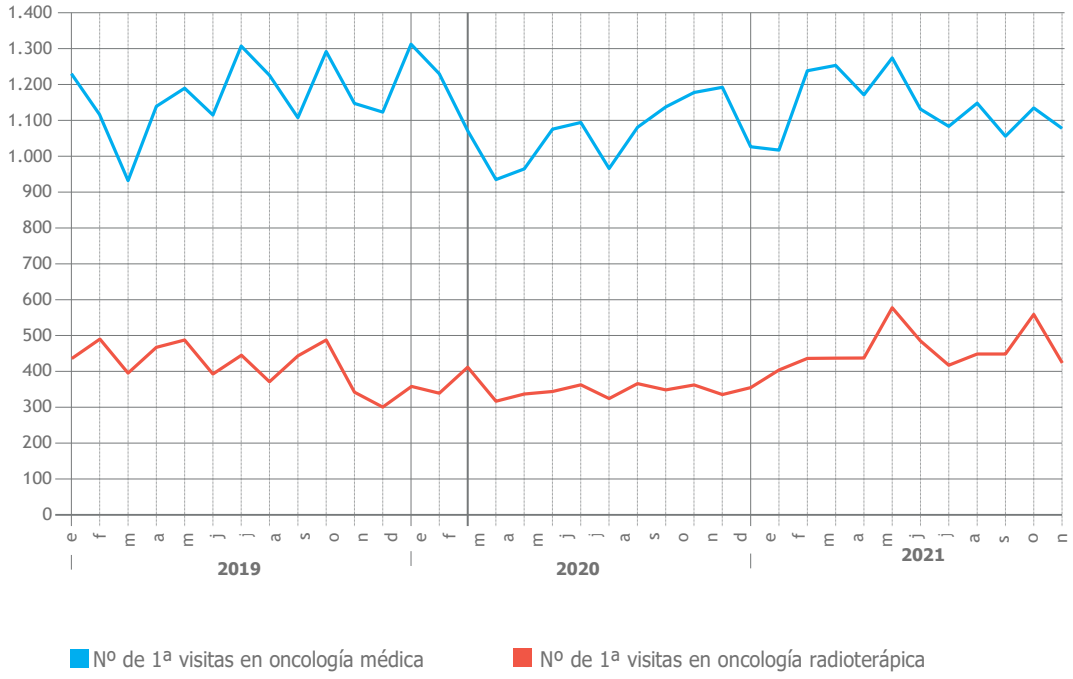
Para este caso, se escogió un método estadístico, el modelo de series temporales ininterrumpidas, como diseño cuasi experimental para evaluar el efecto longitudinal que ha provocado en la actividad asistencial el confinamiento decretado el 14 de marzo de 2020, a causa de la covid-19. Se evalúa su impacto inmediato y el efecto a largo plazo. La serie analizada son los años completos de actividad 2019, 2020 y 2021, desaglosada en datos mensuales.

A. Primeras consultas: oncología médica y oncología radioterápica

En este apartado se analiza la actividad de primeras consultas de los servicios clínicos de oncología médica y de oncología radioterápica del Sergas. La justificación de escoger estos servicios es por ser aquellos que ha seleccionado el Ministerio de Sanidad en su informe relativo al estudio de impacto de la pandemia por covid-19 en la atención de los pacientes con cáncer.

La figura 7 muestra la evolución temporal, mes a mes, de las primeras consultas de oncología médica y oncología radioterápica durante los tres años de la serie histórica 2019 a 2021.

▼ Figura 7: Evolución N.º de primeras visitas de oncología médica y oncología radioterápica en el Sergas. Periodo 2019-2021.



Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

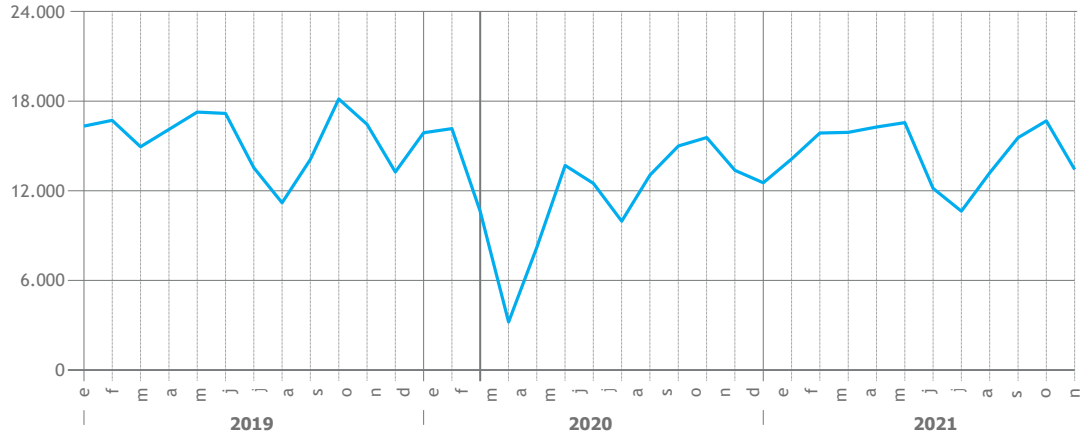
La regresión segmentada indica que, para el caso de las primeras consultas en oncología médica, existe una reducción inmediata significativa (β=-206,552; p<0,002), y la tendencia a largo plazo parece ser negativa, pero no es significativa (β=-3,631; p<0,588). Para el caso de oncología radioterápica, no se produjo ningún impacto inmediato significativo (β=-18,061; p<0,604), y existe un incremento a largo plazo significativo (β=+17,643; p<0,0001).

B. Pruebas diagnósticas: citologías y biopsias

En este apartado se analiza la actividad de las principales pruebas diagnósticas para el cáncer: citologías y biopsias. La justificación de escoger estas prestaciones es por ser aquéllas que ha seleccionado el Ministerio de Sanidad en su informe relativo al estudio de impacto de la pandemia de la covid-19 en la atención de los pacientes con cáncer.

En la figura 8 que se presenta a continuación, muestra la evolución temporal de esta actividad, mes a mes, del número de citologías realizadas durante los tres años de la serie histórica 2019 a 2021.

▼ Figura 8: Evolución Número de citologías. 2019-2021.

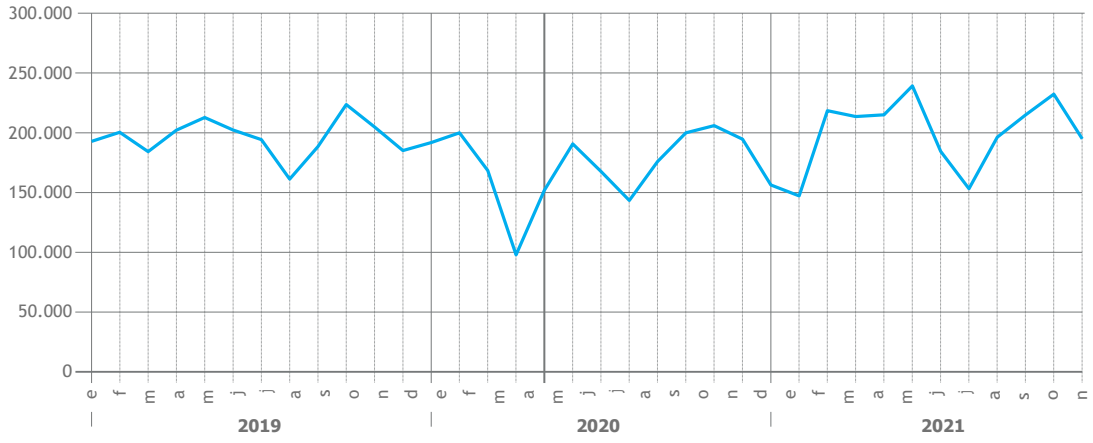


Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

La regresión segmentada nos indica que, para el caso del número de estudios de citologías realizadas, si bien existe una reducción inmediata significativa (β=-4821,7; p<0,008), la tendencia a largo plazo es de incremento, aunque, por el momento con esta serie histórica, no resulta significativa (β=-346,5; p<0,065).

La evolución temporal, mes a mes, del número de biopsias realizadas durante los tres años de la serie histórica 2019 a 2021, se representa en la siguiente figura.

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



Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria.

La regresión segmentada nos indica que, para el caso del número de biopsias realizadas, existe una reducción inmediata significativa (β=-42396,9; p<0,019); sin embargo, a largo plazo existe una tendencia de aumento, aunque no resulta significativa con esta serie histórica (β=+2955, 5, p<0,114).

Ámbito de salud pública

Programas poblacionales de cribado de cáncer en Galicia

Con la aparición de la pandemia fue necesario parar puntualmente las actividades en los programas poblacionales de cribado de cáncer, al igual que en el resto de las actuaciones no urgentes. Se procuró que este paréntesis fuese lo más breve posible, y se comenzó a priorizarlo por parte de la Consellería tan pronto como la evolución de la pandemia lo permitió.

El programa gallego de detección precoz del cáncer de mama (PGDPCM) no se paralizó hasta finalizar el estudio de todas las mujeres que, resultando positivas, necesitaron completar el estudio mamográfico en las unidades de diagnóstico y tratamiento (UDT), pero sí se detuvo la invitación a la exploración mamográfica después de mediado el mes de marzo del año 2020.

En el caso del programa gallego de detección precoz del cáncer colorrectal (PGDPCCR), desde el 13 de marzo en adelante se cancelaron todas las citas en los centros de salud (precolonoscopia) y las citas hospitalarias de colonoscopia programadas para las siguientes semanas. A partir de esa fecha no se enviaron nuevas cartas de invitación ni nuevas pruebas desde Salud Pública. Al mismo tiempo, las personas invitadas que ya tenían la prueba en casa y estaban pendientes de entregarla en el centro de salud recibieron un *SMS* o una carta para comunicarles que no debían entregar la muestra hasta nuevo aviso.

Por lo que respecta al programa gallego de detección precoz del cáncer de cuello de útero (PGDPCCU), la pandemia por la covid-19 provocó que se detuviera la puesta en marcha del proyecto piloto de Lugo hasta el mes de diciembre del año 2020.

Programa gallego de detección precoz de cáncer de mama

Conscientes del impacto que podría tener el hecho de cesar las invitaciones del PGDPCM, se decidió reiniciar el cribado en cuanto fue posible. El 25 de mayo del 2020 comenzaron de nuevo las citaciones, para llegar el 15 de julio a una actividad parecida a la existente antes de la pandemia. Esto supuso una parada de dos meses en las invitaciones, un tiempo aceptable en base a la evidencia científica disponible para garantizar los estándares de calidad del programa.

Para garantizar el mínimo riesgo de transmisión del SARS-CoV-2, se hizo un protocolo de actuación en las unidades de exploración, incluyendo la realización de un cuestionario para garantizar que, en el momento de acudir, las usuarias no presentaban síntomas relacionados con la covid-19 ni estaban conviviendo con un caso activo.

Respecto a la citación, a día de hoy no existe ningún retraso y ya se han recuperado los tiempos entre rondas sucesivas de exploraciones, situándose en los valores habituales de antes de la pandemia, entre 23 y 25 meses (las exploraciones mamográficas deben llevarse a cabo cada 2 años + 6 meses). En ningún caso se vieron superados los 30 meses durante la pandemia, considerado como un estándar a mantener en el marco de los programas poblacionales de cribado de cáncer de mama (Guía Europea).

Por lo que respecta a la participación, a pesar de la situación de pandemia, esta se mantuvo en niveles similares a la obtenida en los últimos años, alcanzando una tasa del 80,81% en el año 2020. La comparación debemos hacerla sobre todo con respecto al año 2018, puesto que coincide con la invitación de un perfil de ayuntamientos muy parecido cada dos años.

▼ Figura 10: Evolución de la participación. Resultados globales. Años 1992-2020.

Años	Invitaciones	Exploraciones	Tasa 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
			Objetivo aceptable >70
			Objetivo deseable >75

Fuente: Dirección General de Salud Pública.

En el año 2020, el resultado final de la evaluación mamográfica fue del 97,16% de mujeres con resultado de normalidad (negativo), mientras que el 2,66% de las mujeres fueron derivadas para una

valoración clínica adicional. El resultado es similar al de los últimos años y la proporción de mujeres a las que se les indica valoración clínica adicional mantiene la misma diferencia entre rondas, siendo mayor en primera ronda (8,3 %) que en sucesivas (1,84 %).

▼ Figura 11: Resultados de la prueba de cribado. Datos globales. Años 1992-2020.

Años	Evaluadas	% Negativas	% Control 9-12 meses	% Repeticiones 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

* Incluye todas las mujeres citadas en las UDT, es decir, las mujeres con resultado positivo en la mamografía de rutina, en la repetición por motivos técnicos o en el control a los 9-12 meses.

Fuente: Dirección General de Salud Pública.

▼ Figura 12: Resultados de la prueba de cribado. Primera ronda. Años 1992-2020.

Años	Evaluadas	% Negativas	% Control 9-12 meses	% Repeticiones 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
		Objetivo aceptable:	<1	<3	<7
		Objetivo deseable:	0	<1	<5

Fuente: Dirección General de Salud Pública.

▼ Figura 13: Resultados de la prueba de cribado. Rondas sucesivas. Años 1992-2020.

Años	Evaluadas	% Negativas	% Control 9-12 meses	% Repeticiones 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
		Objetivo aceptable:	<1	<3	<5
		Objetivo deseable:	0	<1	<3

*Incluye todas las mujeres citadas en las UDT, es decir, las mujeres con resultado positivo en la mamografía inicial, en la repetición por motivos técnicos o en el control a los 9-12 meses.

Fuente: Dirección General de Salud Pública.

No obstante, por lo que respecta a las tasas de detección de cáncer y de lesiones, será necesaria una evaluación del impacto de la pandemia más en perspectiva en los próximos años, cuando se disponga de datos definitivos referidos a las tasas de detección de cáncer del 2020 y, más en el futuro, cuando se pueda evaluar el porcentaje de cánceres de intervalo y la proporción de cánceres en estadios avanzados referidos a las mujeres exploradas en el año 2020. Sin embargo, toda vez que en ningún momento se vieron comprometidos los estándares de tiempos entre rondas de cribado, no es de esperar que tuviera impacto en dichas tasas.

Programa gallego de detección precoz de cáncer colorrectal

A mediados de mayo de 2020, de acuerdo con las gerencias de las áreas sanitarias del Sergas,se reinició la actividad del programa retomando las citas de precolonoscopia en los centros de saludy las colonoscopias pendientes, priorizando aquellas personas con cita para una primera colonoscopiay aquellas con niveles de sangre oculta en heces (SOH) más altos, pues son aquellas entre las quese detectan lesiones más avanzadas. En noviembre de 2020 se retomó el envío de prueba a la población diana del programa y el 11 de enero de 2021 la invitación.

La participación del año 2020, tanto en ronda inicial como en sucesivas es ligeramente inferior a la de años anteriores, aunque no es posible asegurar que pueda ser debido a la pandemia. No obstante, la participación global en ese año es superior a años anteriores, alcanzando un 50%.

▼ Figura 14: Resultados de participación. Primera ronda de cribado 2013-2020.

	Hombres			Mujeres			Total		
Año	Invitaciones válidas	Test entregados	Participación %	Invitaciones válidas	Test entregados	Participación %	Invitaciones 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

Fuente: Dirección General de Salud Pública.

▼ Figura 15: Resultados de participación. Rondas sucesivas de cribado 2015-2020.

	Hombres			Mujeres			Total		
Año	Invitaciones válidas	Test entregados	Participación %	Invitaciones válidas	Test entregados	Participación %	Invitaciones 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

Fuente: Dirección General de Salud Pública.

Las tasas de detección de cáncer colorrectal (CCR) y lesiones avanzadas se mantuvieron en los valores de los últimos años, estando por encima de los estándares pedidos para este tipo de programas en las guías internacionales.

▼ Figura 16: Número de personas con CCR, tasas de detección y valor predictivo positivo (VPP) por sexo y ronda. 2016-2020.

Cáncer invasivo		Ronda inicial			Ronda sucesiva		
		Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
2016	N.º personas con CCR	55	32	87	5	5	10
	Tasa 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	N.º personas con CCR	242	98	340	9	12	21
	Tasa 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	N.º personas con CCR	275	129	404	23	11	34
	Tasa 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	N.º personas con CCR	191	92	283	57	51	108
	Tasa 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	N.º personas con CCR	27	23	50	30	16	46
	Tasa 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

Fuente: Dirección General de Salud Pública.

▼ Figura 17: Número de personas con adenomas de alto riesgo (AAR), tasas y detección y VPP por sexo y ronda. 2016-2020.

Cáncer invasivo		Ronda inicial			Ronda sucesiva		
		Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
2016	N.º personas con AAR	265	117	382	39	15	54
	Tasa 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	N.º personas con AAR	831	286	1 117	49	21	70
	Tasa 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	N.º personas con AAR	910	329	1 239	135	34	169
	Tasa 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	N.º personas con AAR	656	246	902	323	113	436
	Tasa 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	N.º personas con AAR	118	41	160	168	74	246
	Tasa 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

Fuente: Dirección General de Salud Pública.

Con el fin de recuperar el retraso producido durante el año 2020, en el año 2021 se llevó a cabo la totalidad de la actividad basal del programa correspondiente a dicho año, además de un significativo incremento mantenido a lo largo del año respeto de las invitaciones y el envío de pruebas. Así, durante el año 2021 fueron enviadas 383.059 invitaciones, mientras que se envió prueba para la toma de muestra de SOH a 298.625 personas. Esto supone un notable incremento respeto al año 2019 (prepandemia) en el que se hicieron 230.457 invitaciones y se enviaron 163.518 pruebas de SOH. Todo ello se traduce en un incremento muy significativo de pruebas entregadas y analizadas.

▼ Figura 18: Número de pruebas de SOH entregadas y positividad de estas.

Año	Test SOH		
	Entregados	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

Fuente: Dirección General de Salud Pública.

Asimismo, tal como se podía prever en función del porcentaje de positividad en la prueba de SOH, esto supuso tener que afrontar un importante incremento del número de colonoscopias. De hecho, se llevaron a cabo **13.086 primeras colonoscopias**, frente a las 10.227 realizadas en el año 2019,mientras que se hicieron **3.564 de seguimientos frente a 2019.**

Al igual que en el cribado poblacional de cáncer de mama, en el de CCR el estándar de tiempo entre rondas sucesivas de cribado es de 2 años + 6 meses. Hasta marzo del 2020 el tiempo entre participaciones sucesivas fue de **24 a 26 meses en más del 99 % de los casos. En noviembre de2020 ese tiempo fue superior a 30 meses en el 66,98 % de los casos, en enero de 2021 en el66,12 %, en febrero en el 17,98%, en marzo en el 39,25 % y en abril en un 14,03 %** de los casos. **A partir de mayo del 2021 volvió a ser inferior al 1 %. Un total de 44.186 usuarios tuvieron másde 30 meses entre rondas sucesivas.**

Por otra parte, en 2020 se identificaron 96 cánceres, 50 en ronda inicial y 46 en sucesivas; **el 53,6 % en estadios I y II frente al 67 % del global del programa hasta entonces** (68,2 % en 2019).

En base a todo esto, podemos concluir que la pandemia tuvo impacto negativo en la tase de invitación del 2020, mientras que tuvo un impacto muy positivo el plan de recuperación puesto en marcha en el 2021. No hay diferencias significativas en la tasa de participación global, aún que se disminuye en la ronda inicial. También se observa un impacto en los tiempos entre rondas, retrasando la participación en sucesivas y superando el estándar de 30 meses en el 23,89 % de los casos. A medio plazo debemos analizar si se confirma la hipótesis de que este retraso eleva ligeramente la tasa de cánceres en estado avanzado diagnosticados en el programa.

Programas de vacunación del virus del papiloma humano

La mayoría de los casos de cáncer de cuello uterino están asociados al virus del papiloma humano (VPH), una infección de transmisión sexual. La inmunización generalizada con la vacuna contra el VPH podría reducir el impacto del cáncer de cuello del útero y otros cánceres provocados por el VPH en todo el mundo.

La vacuna frente al VPH está indicada en niñas al cumplir los 12 años, administrándose la segunda dosis 6 meses después de la primera.

En la siguiente figura se muestran las coberturas para Galicia desde los años de prepandemia hasta elmomento actual, no siendo valorable el año 2022 ya que aún faltan niñas por cumplir los 12 años y muchas segundas dosis por administrar. Teniendo en cuenta esta limitación, se puede afirmar que la pandemia no originó un impacto en la vacunación frente al VPH, manteniéndose las altas coberturas, lo cual y concordante con los datos que tenemos de cobertura en nuestra comunidad en el resto de las vacunas del calendario infantil.

▼ Figura 19: Cobertura de vacunas del VPH en niñas.

Año	Coberturas vacunas VPH niñas	
	1ª dosis	2ª dosis
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

Fuente: Dirección General de Salud Pública.

Siglas y acrónimos

AAR: adenomas de alto riesgo.

AP: atención primaria.

CC. AA.: comunidad autónoma.

CCR: cáncer colorrectal.

COVID-19: siglas en inglés para enfermedad por coronavirus.

ESMO: siglas en inglés para Sociedad Europea de oncología médica.

PGDPCM: programa gallego de detección precoz de cáncer de mama.

PGDPCCR: programa gallego de detección precoz de cáncer colorrectal.

PGDPCCU: programa gallego de detección precoz de cáncer de cuello de útero.

SARS-CoV-2: siglas en inglés para síndrome respiratorio agudo severo por coronavirus tipo 2.

SERGAS: Servicio Gallego de Salud.

SOH: sangre oculta en heces.

TME: tiempo medio de espera.

UDT: Unidades de diagnóstico y tratamiento.

VPH: virus del 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.

Servicio Gallego de Salud

Asistencia Sanitaria

Análisis / Estudio

4

E

SERVIZO GALEGO DE SAÚDE

Xacobeo 21·22