

PROGRAMA GALEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DO CANCRO COLORRECTAL

Resultados 2013-2024 |

PROGRAMA
GALEGO DE
DETECCIÓN
PRECOZ DO



XUNTA
DE GALICIA

XUNTA
DE GALICIA

Consellería de Sanidade
Dirección Xeral de Saúde Pública

RESPONSABLES DA PUBLICACIÓN

Marta Piñeiro Sotelo
Centro Galego para o Control e a Prevención das Enfermidades

Sagrario Pérez Castellanos
Subdirección Xeral de Estilos de Vida Saudables

Ángel Gómez Amorín
Servizo de Detección Precoz de Enfermidades

Raquel Almazán Ortega
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

Guillermo Lens Perol
MIR de Medicina Preventiva e Saúde Pública
Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

MAQUETACIÓN
Caridad Rodríguez Pazo, Creación Animal

Santiago de Compostela, 2025

Programa galego de detección precoz do cancro colorrectal
Resultados 2013-2024

PROGRAMA GALEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DO CANCRO COLORRECTAL

Resultados 2013-2024



XUNTA
DE GALICIA

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 Rede española de rexistros de cancro (Redecan) e da Sociedade Española de Oncoloxía Médica (SEOM) para 2025, prevese que se van diagnosticar 44.573 novos casos en España, o que representa arredor do 15 % de todos os tumores, co que se converte no cancro máis frecuente no conxunto da poboación. A pesar dos avances no cribado e no tratamento, unha parte importante destes casos continúa diagnosticándose en estadios avanzados, o que condiciona negativamente a supervivencia dos pacientes. Estímase que aproximadamente o 25 % dos doentes presentaban xa metástases no momento do diagnóstico e que máis da metade dos casos en Europa se detectan en fases avanzadas, o que explica a relevancia da detección temperá.

A evolución natural do CCR, caracterizada por un longo período de latencia, xunto coa dispoñibilidade de probas de cribado que demostraron a súa efectividade, tanto para a detección de lesións precursoras coma de tumores en fases iniciais, fan desta enfermidade unha candidata idónea 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 sofre unha transformación maligna, proceso que pode prolongarse arredor de dez anos. Durante este tempo, poden sangrar de forma intermitente, por iso a proba de detección de sangue oculto nas feces (SOF) e a posterior colonoscopia dos casos positivos, ademais de reducir a incidencia deste tumor ao eliminar lesións nas 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 márcalles como obxectivo ás comunidades autónomas que poñan en marcha o cribado do cancro colorrectal para homes e mulleres entre 50 e 69 anos e que completen a cobertura ao 100 % da poboación no ano 2024. No caso de Galicia, a implantación do Programa galego de detección precoz do cancro colorrectal comeza no ano 2013 e acada a cobertura total no ano 2019, o que supón un adianto de cinco 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 remitida aos domicilios, acompañada dun folleto explicativo e do material necesario para a toma da mostra das feces, mostra que os cidadáns e as cidadás poden depositar en calquera centro de saúde da súa área sanitaria de residencia, desde onde se envía ao laboratorio.

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. A persoa participante entraría nunha seguinte rolda de participación. Na actualidade, a información dos resultados negativos de SOF envíase a través dunha mensaxe de texto ao teléfono móbil das persoas subscritas a este tipo de comunicación co Sergas e, ademais, atópase dispoñible na plataforma É-saúde. Por outra parte, as persoas nas que se detectan indicios de sangue oculto nas feces (o que se considera resultado positivo) son citadas na consulta de atención primaria para explicarlles o significado deste resultado e a necesidade de realizar unha colonoscopia. Posteriormente, no hospital de referencia realízaselles unha colonoscopia de cribado, a cal ten carácter 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 e establécese o seguimento adecuado para cada persoa segundo o establecido nas guías clínicas vixentes. Este resultado da avaliación comunícaselle por carta á persoa interesada. No caso de que se detecte 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, de xeito que pasan a formar parte da actividade rutineira do programa de cribado.

Este programa implica a actuación coordinada de atención primaria, de atención hospitalaria e da 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 sete 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, así como 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 tests, xestión de citas, seguimento de todas as persoas obxecto de cribado e monitorización e avaliación dos resultados do programa.

RESULTADOS DO PROGRAMA

| 2013-2024

1. PARTICIPACIÓN

Desde o inicio do programa, enviáronse 2.578.835 invitacións válidas (1.832.437 nunha rolda inicial e 746.398 nas roldas sucesivas), co que se acadou unha cobertura por invitación do 95,30 % da poboación galega de entre 50 e 69 anos. A participación global, medida pola entrega dos tests, foi do 49,20 %, sempre maior entre as mulleres (52,69 % nas mulleres fronte ao 45,44 % nos homes), independentemente do ano de invitación. Nos últimos anos, existe unha tendencia ascendente na participación, de xeito que no ano 2024 se acada o 56,51 %, o que en parte se podería explicar polo cambio de estratexia do programa, que pasou no 2022 a enviar directamente o test ao domicilio sen necesidade de aceptación previa. Cando se analiza a participación por rolda de cribado, obsérvase que aquelas persoas que xa participaron algunha vez volven facelo nun 89,11 % dos casos (89,76 % nas mulleres fronte ao 88,24 % nos homes). No entanto, a participación na primeira rolda (persoas invitadas por primeira vez por cumprir 50 anos de idade e aquelas que xa foron invitadas fai dous anos pero que non participaron) está no 32,94 % (35,69 % nas mulleres fronte ao 30,12 % nos homes).

2. RESULTADOS DA PROBA DE CRIBADO

Os datos sobre a porcentaxe de positivos e lesións detectadas refírense aos tests entregados ata decembro de 2024, que foron un total de 1.249.005. Nun 5,58 % dos casos, a proba SOF detectou indicios de sangue, o 6,57 % na primeira rolda e o 4,68 % dos casos nas roldas sucesivas.

3. LESIÓN DETECTADAS

No período que vai desde o inicio do programa e ata decembro de 2024, realizáronselles colonoscopias a 66.232 persoas. Como resultado destas, identificáronse 2.933 persoas con cancros invasivos (taxa de 2,35 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) do 4,33 %. Ademais, detectáronse 26.492 persoas con lesións que requiren vixilancia con colonoscopia, o que supón unha taxa de detección de lesións a seguimento do 21,15 ‰. As taxas de lesións foron sempre máis altas nos homes, e destaca a taxa de cancros invasivos.

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

Táboa 1. Taxa de lesións entre homes e mulleres por tipo de lesión (2013-2024)

	CCR	LESIÓNS A SEGUIMENTO POR COLONOSCOPIA
Homes	3,42 ‰	32,08 ‰
Mulleres	1,51 ‰	12,71 ‰

Táboa 2. Taxa de lesións por rolda de participación. 2013-2024

	CCR	LESIÓNS A SEGUIMENTO POR COLONOSCOPIA
R. inicial	3,47 ‰	26,29 ‰
R. sucesivas	1,33 ‰	16,61 ‰

No ano 2024, realizáronselles colonoscopias a 8.650 persoas. Delas, o 40,59 % tiveron algún tipo de lesión: 309 cancros e 3.216 lesións a seguimento con colonoscopia.

4. ESTADIO DOS CANCROS INVASIVOS

Desde o inicio do programa ata o 31 de decembro de 2024, diagnosticáronse un total de 2.933 cancros, 2.060 na rolda inicial e 873 nas roldas sucesivas. O 65,81 % deles foron identificados en estadios precoces (47,00 % no estadio I e 18,81 % no estadio II), nos que o prognóstico é significativamente mellor.

No ano 2024, identificáronse 298 cancros, 153 diagnosticados na rolda inicial e 145 nas roldas sucesivas, onde o 65,45 % do total foron diagnosticados nos 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, unha vez que a persoa é dada de alta da unidade de exploración.

Desde o inicio do programa, en maio do 2013 ata o 31 de decembro de 2024, realizáronse un total de 98.650 colonoscopias, con 79 complicacións graves poscolonoscopia, o que supón unha incidencia global do 0,80 ‰. 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 desde o inicio do programa como desagregando por anos.

6. COMPARACIÓN DOS PRINCIPAIS RESULTADOS DO PROGRAMA GALEGO COS ESTÁNDARES DAS GGEE

Táboa 3. Comparación dos principais resultados do programa galego cos estándares das GGEE. Período 2013-2024

	Proporción de tests positivos (%)	Taxa de detección de CCR (‰)	Taxa de detección de lesións a seguimento (‰)	VPP para cancro (%)	VPP para lesións a seguimento (%)
Rolda inicial	6,57	3,47	26,23	5,60	42,46
Referencia europea	4,4-11,1	1,8-9,5	13,3-22,3	4,5-8,6	19,6-40,3
Rolda sucesiva	4,68	1,33	16,55	2,95	36,74
Referencia europea	3,9	1,3	13,3-22,3	4	19,6-40,3

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 4,54 %, cando non debería superar o 3,9 %, e o VPP para cancro en rolda sucesiva, que se sitúa nun 2,95 %, fronte ao 4 % de referencia.

7. CONCLUSIÓN

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 de 2019, completouse polo menos unha rolda de cribado en todas as áreas sanitarias, co que nos adiantamos cinco anos ao obxectivo proposto polo Ministerio de Sanidade, que propoñía rematar no ano 2024.

En termos globais, o programa galego 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 lles detecta un risco alto ou intermedio de padecer un cancro colorrectal. A participación en ascenso nos últimos anos reflicte un maior compromiso da poboación na detección precoz do cancro colorrectal.

ÍNDICE

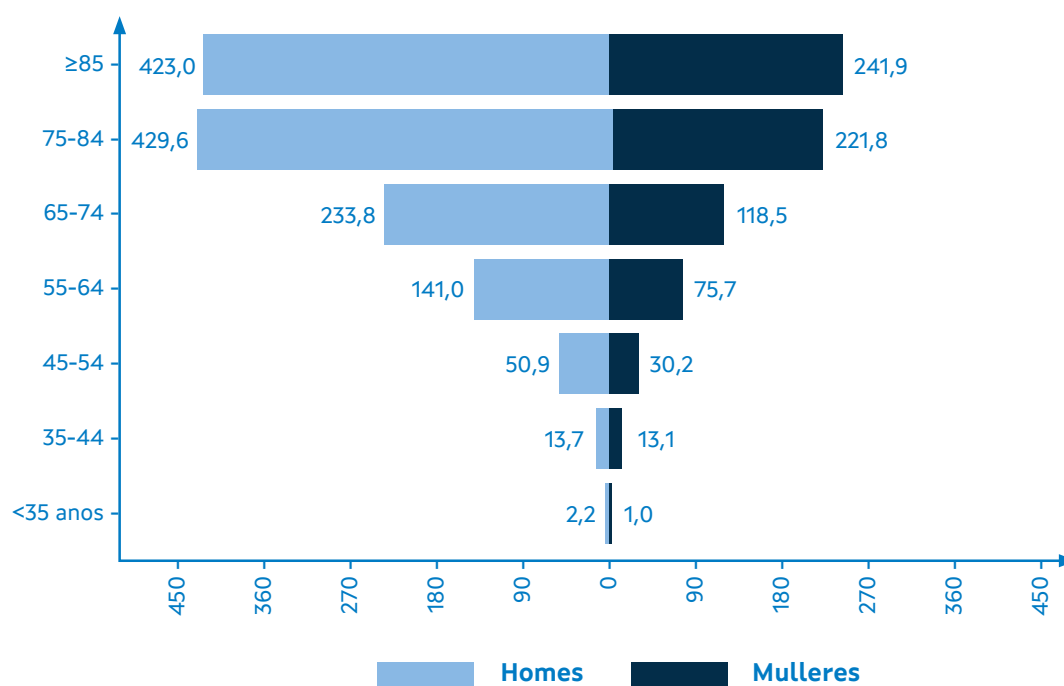
1	INTRODUCCIÓN (páx. 13)
2	MODELO ORGANIZATIVO DO PROGRAMA GALEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DO CANCRO COLORRECTAL (páx. 15)
3	RESULTADOS DO PROGRAMA 2013-2024 (páx. 9)
4	CONCLUSIÓN (páx. 39)
5	BIBLIOGRAFÍA (páx. 39)

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 Redecan (Rede española de rexistros de cancro) para o 2025, o cancro colorrectal é o máis frecuente no conxunto da poboación. Nas mulleres, é o terceiro cancro máis incidente despois do de mama e pulmón e, nos homes, tamén é o terceiro, despois do de pulmón e próstata (1-2). Segundo os últimos datos obtidos do Instituto Nacional de Estadística (INE), o CCR foi o causante de 1.098 defuncións no ano 2023 en Galicia (3). A pesar dos avances no cribado e no tratamento, unha parte importante destes casos continúa diagnosticándose en estadios avanzados, o que condiciona negativamente a supervivencia dos pacientes. Estímase que aproximadamente o 25 % dos doentes presentaban xa metástases no momento do diagnóstico (4) e que máis da metade dos casos en Europa se detectan fases avanzadas (5), o que explica a relevancia da detección temperá.

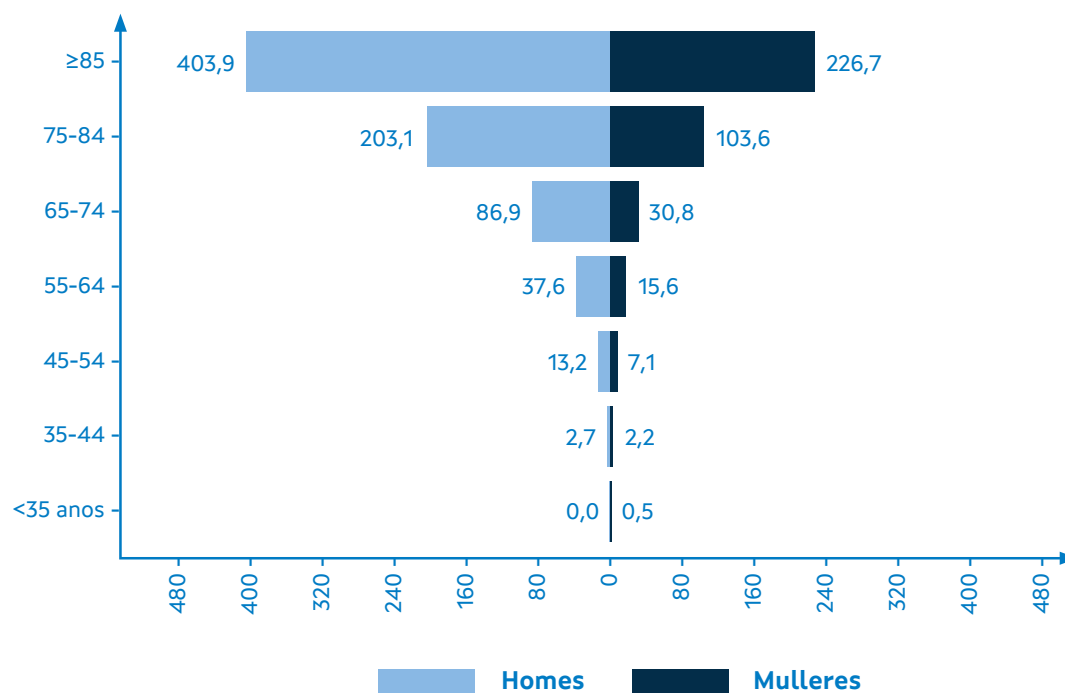
En Galicia, no ano 2023, a taxa de incidencia axustada de cancro colorrectal, segundo o Rexistro Galego de Tumores de Galicia (Regat) (6), foi de 90,4 casos por 100.000 en homes e de 48,8 casos por 100.000 en mulleres global para todas as idades. Na seguinte figura, pódese consultar a distribución por sexo e grupo de idade e como aumenta a incidencia a medida que se incrementa a idade de xeito máis notable a partir dos 55 anos.

Figura 1. Taxas específicas de incidencia de tumores colorrectais por sexo. Galicia, ano 2023. Fonte: Regat



En canto á mortalidade, en Galicia é o segundo tumor en frecuencia en ambos os sexos, por detrás do de pulmón, cunha taxa axustada do 39,6 por 100.000 nos homes e do 18,8 nas mulleres para o ano 2023.

Figura 2. Taxas específicas de mortalidade por tumores colorrectais por sexo. Galicia, ano 2023. Fonte: Regat



A evolución natural do CCR, caracterizada por un longo período de latencia, xunto coa dispoñibilidade de probas de cribado que demostraron a súa efectividade, tanto para a detección de lesións precursoras coma de tumores en fases iniciais, fan desta enfermidade unha candidata idónea para establecer un programa de detección precoz. O 70-80 % dos casos de CCR procede dun pólip adenomatoso e nun 20-30 % dun pólipo serrado que sofren unha transformación maligna que pode prolongarse arredor de dez anos (7). Durante este tempo, poden sangrar de forma intermitente, por iso a detección do sangue oculto nas feces, ademais de reducir a mortalidade por CCR como outros programas de detección precoz, tamén contribúe a diminuír a incidencia mediante a detección das lesións precancerosas que se extirpan durante a colonoscopia.

O Consello da Unión Europea estableceu xa no ano 2003 entre as súas recomendacións de detección precoz o cribado do CCR para homes e mulleres entre 50 e 75 anos (8). En Europa, a maioría dos países están a traballar na posta en marcha deste tipo de programas. En España, no ano 2014, a carteira de servizos do sistema nacional de saúde márcalles como obxectivo ás comunidades autónomas que poñan en marcha o cribado do cancro colorrectal para homes e mulleres entre 50 e 69 anos, e tamén que completen a cobertura ao 100 % da poboación no ano 2024 (9). A partir do ano 2000, as comunidades autónomas comezaron a implantar experiencias piloto e, na actualidade, todas teñen programas de detección precoz de CCR con maior ou menor medida de extensión (10).

MODELO ORGANIZATIVO DO PROGRAMA GALEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DO CANCRO COLORRECTAL

O Programa galego de detección precoz do cancro colorrectal iniciouse como unha 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, A Mariña e Monforte de Lemos e a de Santiago de Compostela e Barbanza e, no 2017, incluíronse as dúas áreas restantes, A Coruña e Cee e Vigo, co que se completou 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 comezo 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, A Mariña e Monforte de Lemos Santiago de Compostela e Barbanza
2017	Xullo Setembro	Vigo A Coruña e Cee

POBOACIÓN DIANA

Homes e mulleres de 50 a 69 anos residentes en Galicia. Segundo o Instituto Galego de Estatística (IGE), no ano 2024 esta poboación a día 1 de xaneiro era de 795.987 cidadáns (384.745 homes e 411.242 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 e un carácter totalmente universal, ata o momento actual o programa garántelle esta oferta á poboación que dispón de seguro público de saúde, que estimamos que rolda o 98 % da poboación diana. Na táboa 2, amósase a poboación con tarxeta sanitaria por área sanitaria e cobertura Sergas entre 50 e 69 anos a día 31 de decembro de 2024.

Táboa 2. Número de persoas de 50 a 69 anos con tarxeta sanitaria Sergas a día 31 de decembro de 2024, por área sanitaria e sexo

Área sanitaria	Homes	Mulleres	Total
Ferrol	25.586	27.645	53.231
Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras	42.097	44.575	86.672
Pontevedra e O Salnés	40.796	43.931	84.727
Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos	46.414	48.026	94.440
Santiago de Compostela e Barbanza	63.420	67.050	130.470
Vigo	80.790	86.142	166.932
A Coruña e Cee	77.435	84.945	162.380
TOTAL	376.538	402.314	778.852

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 da que 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 cinco 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/g de feces, que equivale a 100 ng/ml de *buffer* no actual test empregado no programa. Un resultado menor de 20 µgrs de hemoglobina/g de feces considérase negativo e recoméndase repetir a proba unha vez pasados dous anos.

CIRCUÍTO DE FUNCIONAMENTO DO PROGRAMA

Desde a unidade de coordinación do programa, a Consellería de Sanidade envíalle unha carta de invitación personalizada á poboación elixible, xunto cun folleto informativo e 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 circuítio que o resto das mostras de laboratorio recollidas en atención primaria.

Hai casos nos que a información sobre o enderezo que figura na tarxeta sanitaria non permite o contacto coa persoa usuaria. 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 desde a tarxeta sanitaria (cidadáns e cidadás 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 cinco anos.

Na actualidade, os sete hospitais de referencia, un por área sanitaria, analizan os tests de SOF. Os resultados están integrados e pasan de forma automatizada desde o laboratorio tanto ao programa informático do programa (CRIIS) como á historia clínica electrónica (IANUS), e comunícaselle á persoa participante do seguinte xeito:

- A.** 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 remitir unha nova carta de invitación. A persoa participante entraría nunha rolda de participación sucesiva. Na actualidade, esta información tamén se envía a través dunha mensaxe SMS ao teléfono móbil das persoas subscritas a este tipo de comunicación co Sergas, e está tamén dispoñible na plataforma É-Saúde.
- B.** Se o resultado é anómalo, hai que completar o estudo cunha colonoscopia e, para iso, desde o programa asígnaselle unha cita en atención primaria e comunícaselle por carta á persoa participante. Isto faise desde o propio programa accedendo ás axendas dos profesionais sanitarios. Esta cita é dobre:
 - 1. Na consulta médica, explícaselle en que consiste a colonoscopia, os seus beneficios e posibles riscos; entrégaselle o consentimento informado específico do programa para realizar a proba; indícaselle o produto de limpeza do colon e complétase unha enquisa de indicación de colonoscopia que está dispoñible en IANUS.
 - 2. Na consulta de enfermería, entréganselle e explícanse as instrucións da toma do preparado para a limpeza do colon, entrégase o preparado e resólvense as dúbidas que poidan xurdir.

Desde a unidade de coordinación, mantense o 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, na que se especifica a hora e o lugar, comunícaselle de novo por carta ao participante e refórzase a través dunha chamada telefónica para garantir que ten constancia dela, para resolver dúbidas e para lle recordar aspectos importantes sobre a limpeza colónica, os 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 que se levan a cabo nos 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 ás 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 setenta exploracións de cribado durante o período de análise).

Táboa 3. Número de colonoscopistas que participan no programa por área sanitaria. Ano 2024.

Área sanitaria	Hospital	Nº colonoscopistas
Ferrol	Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol	6
Ourense	Complejo Hospitalario Universitario de Ourense	8
Pontevedra	Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra	7
Lugo	Hospital Lucus Augusti	8
Santiago	Complejo Hospitalario Universitario de Santiago	11
Vigo	Hospital Álvaro Cunqueiro	10
A Coruña	Complejo Hospitalario Universitario da Coruña	8
TOTAL		58

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 os indicadores de calidade nacionais e das guías europeas (11).

Cando se detecta algunha lesión susceptible de malignidade, extírpase para posteriormente analizala no servizo de anatomía patolóxica (APA).

Dispónse dun modelo de informe para colonoscopias de cribado accesible na historia clínica electrónica con toda a información que necesita o programa 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, a histoloxía e o 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 e de anatomía patolóxica (APA), realiza unha avaliación do risco de CCR de cada persoa, segundo as guías europeas de garantía de calidade en cribado GGEE (11) ata agosto do 2022. A partir desa data, o programa adaptouse á guía española (7), como se mostra na figura 3.

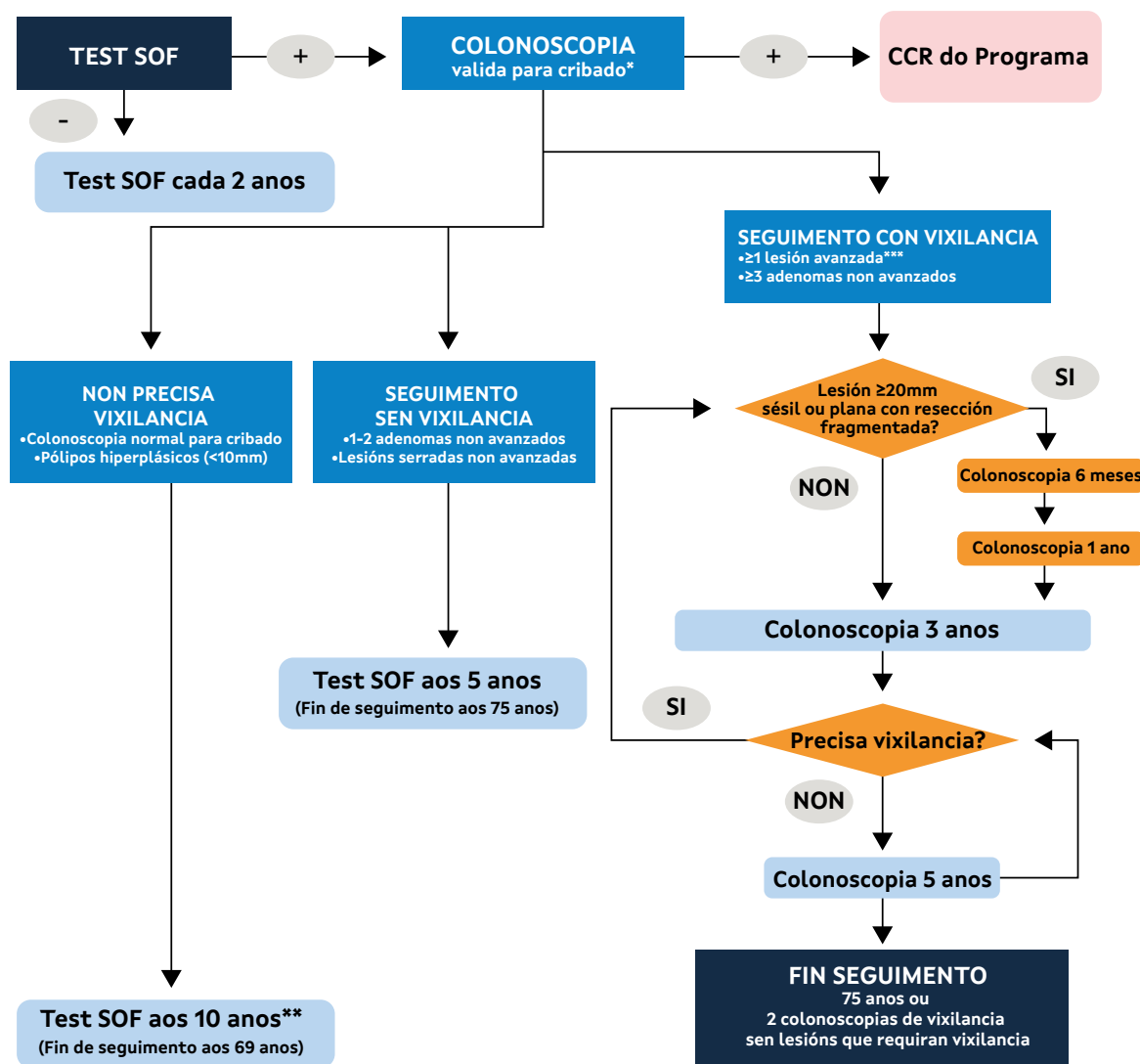
O resultado desta avaliación comunícaselle á persoa interesada por carta coa recomendación de seguimento que lle corresponde. Esta información tamén está dispoñible na historia clínica electrónica. O seguimento asignado contrólase desde o sistema de información do programa, de xeito que se citan os pacientes cando lles corresponde realizar unha colonoscopia de seguimento ou, se é o caso, invítaselles a realizaren unha nova proba de SOF.

Aínda que o programa está destinado ao grupo de homes e mulleres de entre 50 e 69 anos de idade, as persoas que precisan vixilancia continúan o seguimento dentro do programa ata os 75 anos ou tras dúas colonoscopias de vixilancia sen lesións que requiran vixilancia.

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 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/fillos/fillas) diagnosticado antes dos 60 anos ou dous familiares de primeiro grao diagnosticados a calquera idade. Nestes casos, independentemente do resultado da colonoscopia, o programa garante un seguimento con colonoscopia cada cinco anos ata os 75 anos de idade.

Figura 3. Seguimento do programa en función do resultado do test e da colonoscopia. Adaptado á guía española (7)



*Non sería válida para cribado e estaría indicado repetir nos seis meses seguintes en caso de non intubación de cego, limpeza insuficiente, resección incompleta ou indicado cambio de pauta.

**Test SOF aos dez anos ou aos 69 de idade se ten entre 60-64 anos cando fai a colonoscopia, posteriormente cada 2 anos se ten ≤ 69 anos.

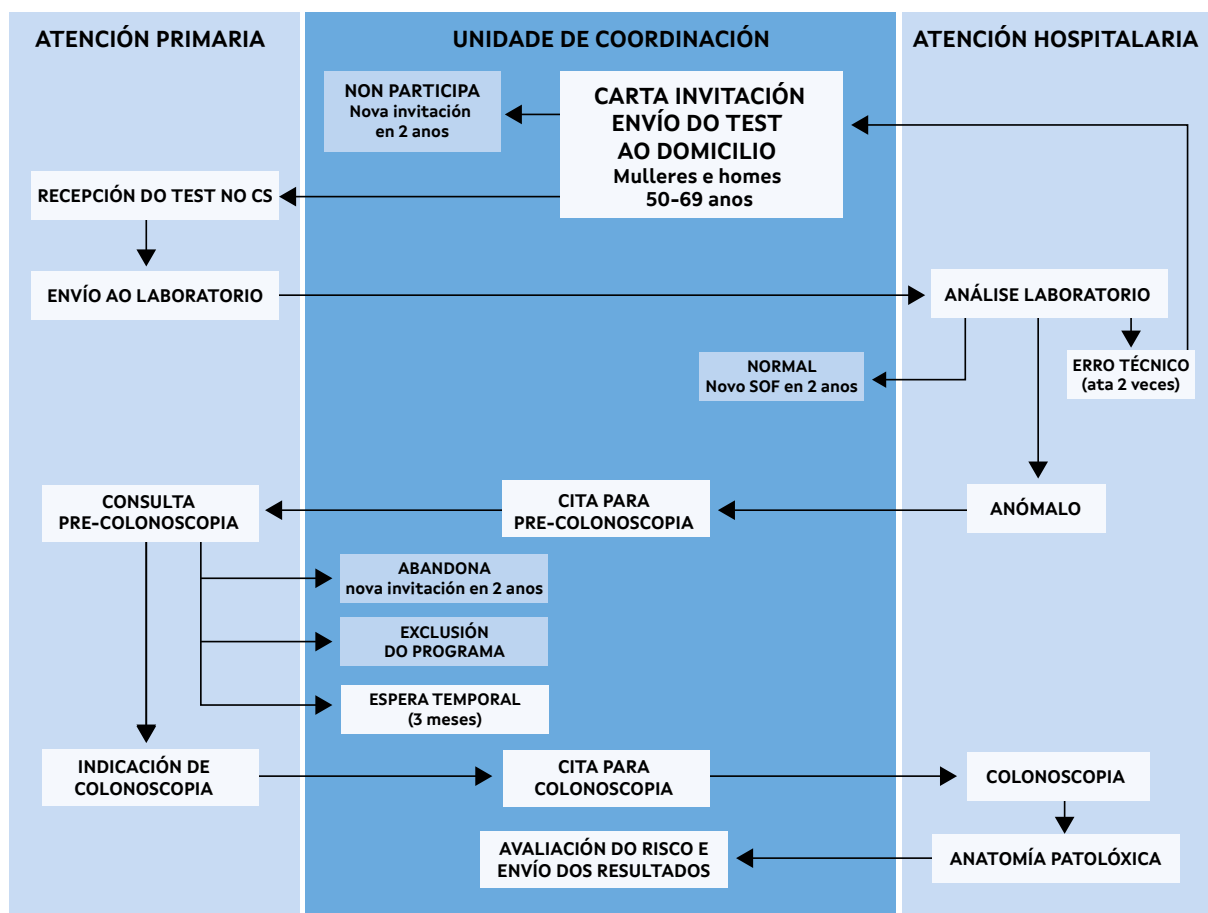
***Adenomas con compoñente viloso, displasia de alto grao ou ≥ 10 mm// Lesión serrada ≥ 10 mm ou con displasia.

DIAGRAMA DE FLUXO DAS TAREFAS DENTRO DO PROGRAMA

Toda a información relativa ao programa está dispoñible na páxina web do Sergas e na Intranet de cada área sanitaria, con 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 a difusión periódica de diferentes informes de actividade, de tempos e de resultados do programa.

A figura 4 amosa o resumo deste circuío, que implica a participación de atención primaria, de atención hospitalaria e dos servizos centrais da Consellería de Sanidade (unidade de coordinación na Dirección Xeral de Saúde Pública).

Figura 4. Diagrama de fluxo das tarefas para cada estamento que participa no programa



RESULTADOS DO PROGRAMA 2013-2024

Neste informe, amósanse os principais resultados do programa desde o seu inicio en 2013 ata o 31 de decembro de 2024. Os datos para a elaboración do informe obtivéronse en setembro de 2025 da plataforma de BI ATENEA, que explota os datos consolidados do sistema de información CRIIS.

COBERTURA

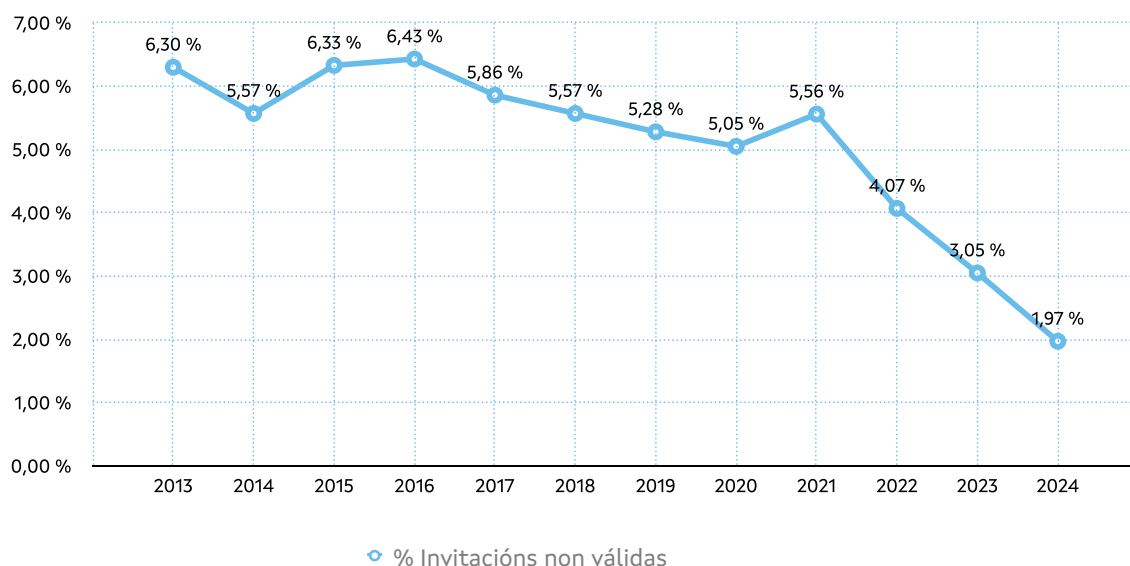
En 2019, rematouse a invitación a toda a poboación elixible do programa a unha primeira rolda de cribado.

Para medir a cobertura utilizamos dous indicadores:

1. Cobertura: poboación obxectivo/poboación diana X 100 (ano 2024) = 97,85 %
2. Cobertura por invitación 2024: invitacións válidas/poboación elixible X 100 = 98,02 %

Ata o 31 de decembro de 2024, realizáronse 2.706.148 invitacións, das que resultaron invitacións válidas 2.578.835 (95,30 %). Isto quere dicir que o programa non foi capaz de chegar a invitar de xeito válido a un 4,70 % da poboación elixible, debido a erros ou á falta de actualización dos datos de contacto. Non obstante, tal como se aprecia na figura 5, as invitacións non válidas, que representan a inversa da cobertura por invitación, foron diminuindo ata acadar o seu punto máis baixo o ano 2024.

Figura 5. Evolución das invitacións non válidas no PGDPCC (2013-2024)

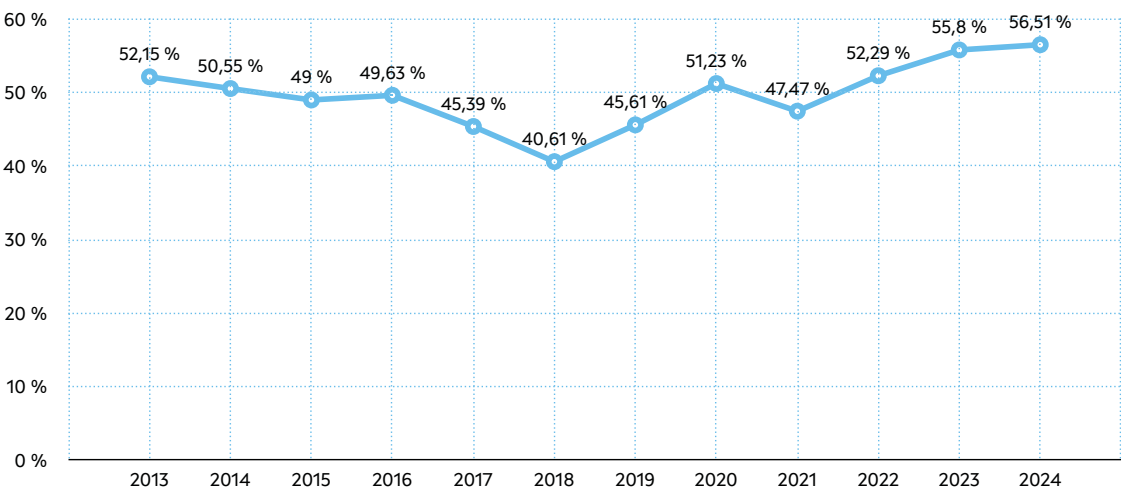


PARTICIPACIÓN

A participación calcúlase en porcentaxe de tests entregados entre as persoas invitadas a participar no período de estudo, independentemente de cando entregase o test, é dicir, que no numerador entran aquelas persoas invitadas ata decembro do 2024 que entregaran o test, aínda que o fixesen despois desa data. Considérase que unha persoa participa no momento en que entrega o test. Esta participación pode ser na rolda inicial, cando é a primeira vez que entrega o test, ou na rolda sucesiva, que son todas as participacións posteriores á primeira.

De entre as persoas invitadas entre 2013 e 2024, entregaron o test 1.269.416 persoas (45,44 % homes e 52,69 % mulleres), o que representa unha participación global do 49,20 % para todo o período, e acadouse o 56,51 % no ano 2024.

Figura 6. Evolución da participación no PGDPCC no período 2013-2024

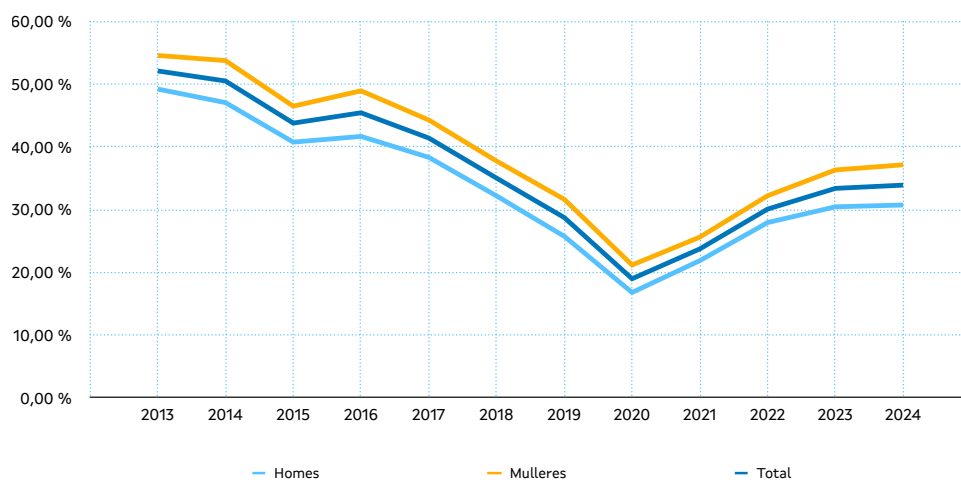


Se analizamos os datos para a rolda inicial, das 1.832.437 invitacións válidas, acabaron entregando o test 603.652 persoas, o que supón unha participación do 32,94 % (35,69 % entre as mulleres fronte ao 30,12 % entre os homes).

Táboa 4. Resultados de participación. Primeira rolda de cribado 2013-2024

Ano	HOMES			MULLERES			TOTAL		
	Invitacións válidas	Tests entregados	Participación %	Invitacións válidas	Tests entregados	Participación %	Invitacións válidas	Tests entregados	Participación %
2013	10.389	5.118	49,26 %	12.110	6.615	54,62 %	22.499	11.733	52,15 %
2014	7.794	3.671	47,10 %	8.267	4.448	53,80 %	16.061	8.119	50,55 %
2015	20.209	8.246	40,80 %	22.681	10.554	46,53 %	42.890	18.800	43,83 %
2016	49.504	20.649	41,71 %	53.166	26.043	48,98 %	102.670	46.692	45,48 %
2017	94.218	36.155	38,37 %	100.516	44.563	44,33 %	194.734	80.718	41,45 %
2018	150.481	48.488	32,22 %	157.464	59.490	37,78 %	307.945	107.978	35,06 %
2019	105.377	27.155	25,77 %	108.446	34.345	31,67 %	213.823	61.500	28,76 %
2020	20.126	3.386	16,82 %	20.126	4.267	21,20 %	40.252	7.653	19,01 %
2021	173.655	38.028	21,90 %	173.285	44.450	25,65 %	346.940	82.478	23,77 %
2022	72.578	20.303	27,97 %	73.368	23.661	32,25 %	145.946	43.964	30,12 %
2023	124.290	37.882	30,48 %	124.398	45.228	36,36 %	248.688	83.110	33,42 %
2024	75.759	23.308	30,77 %	74.230	27.599	37,18 %	149.989	50.907	33,94 %
Total	904.380	272.389	30,12 %	928.057	331.263	35,69 %	1.832.437	603.652	32,94 %

Figura 7. Evolución da participación no PGDPCC na rolda inicial por sexo (2013-2024)



A continuación, podemos observar que os datos diferenciados por iniciais primeiras (primeira invitación ao cumprir 50 anos) e iniciais segundas (invitación á rolda inicial por non participar en roldas anteriores) mostran unha evolución similar.

Figura 8. Participación na primeira rolda de cribado 2013-2024 (iniciais primeiras) por sexo e ano

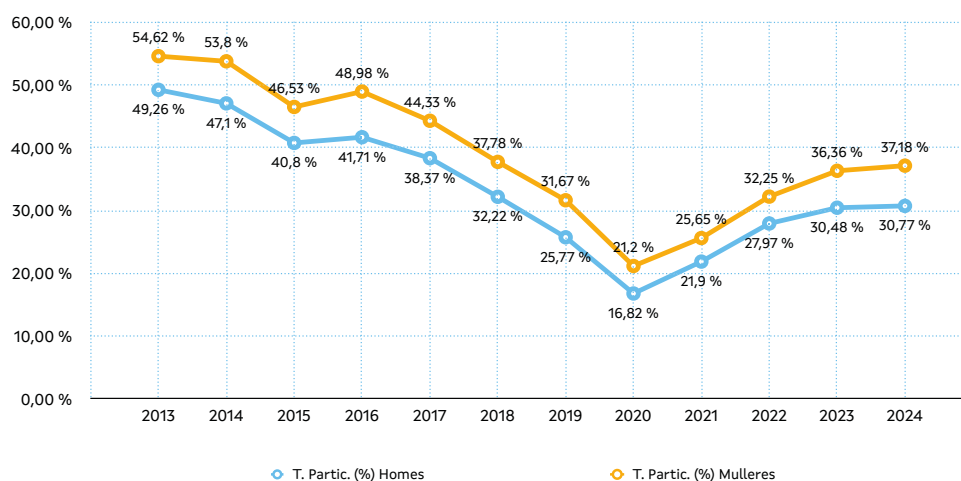
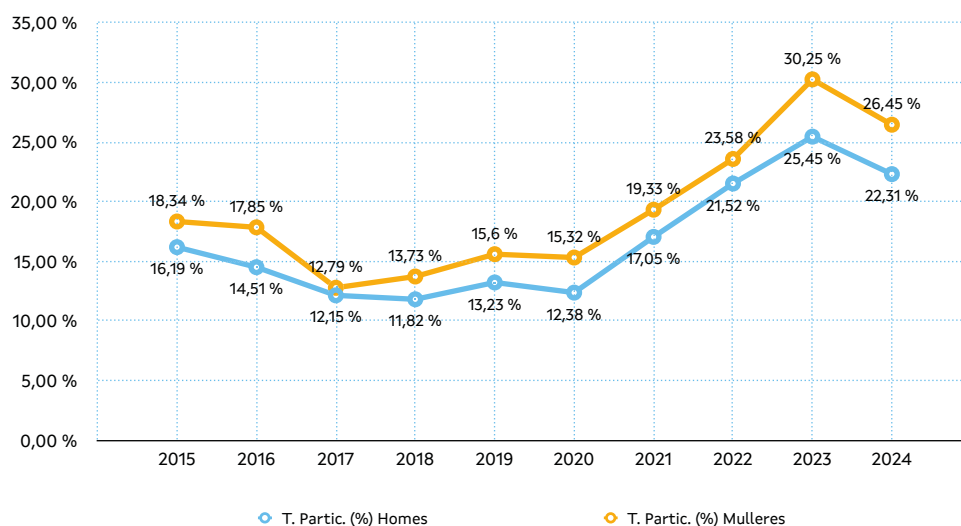
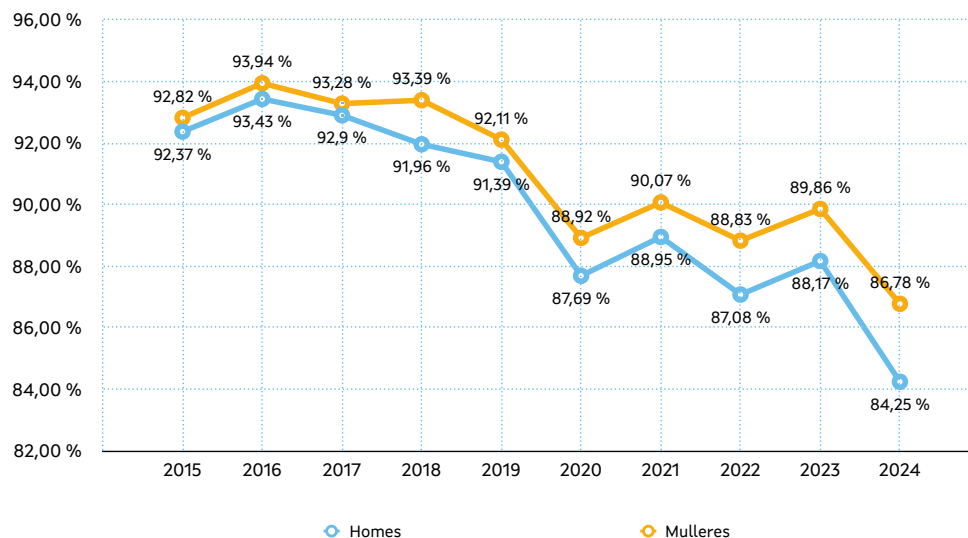


Figura 9. Participación na primeira rolda de cribado 2015-2024 (iniciais segundas) por sexo e ano



Polo que respecta ás roldas sucesivas, enviáuseles o test a 751.952 persoas e entregárono 665.064 (42,79 % foron homes fronte ao 57,22 % de mulleres), o que representa unha participación do 89,11 % e confirma que a adherencia ao programa é moi alta tras unha primeira participación.

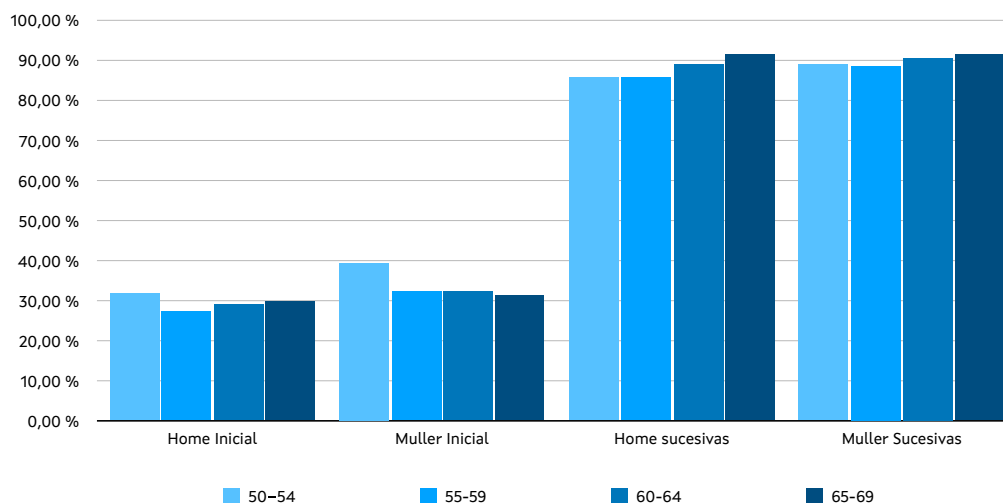
Figura 10. Participación nas roldas sucesivas de cribado 2015-2024 por sexo e ano



Na rolda inicial, **a participación das mulleres é máis de 5 puntos porcentuais superior á dos homes** (35,69 % fronte ao 30,12 %). Nas roldas sucesivas, esta diferenza supón pouco máis de 1 punto, o que non resulta salientable (88,24 % en homes fronte ao 89,76 % en mulleres) e reflicte que a adherencia ao programa é moi alta en ambos os sexos.

No ano 2024, a participación acadou o 56,51 %, co que **se consolida a tendencia ascendente** xa observada en 2023, en que se situou no 54,59 %, cifra superior á de anos previos e que posiblemente se explique polo envío do test xunto coa carta de invitación. En novembro de 2022, mudou a estratexia do programa tras unha proba piloto levada a cabo na área sanitaria da Coruña, e comprobouse que se producía un incremento significativo na participación cando se enviaba directamente o test nas invitacións á primeira rolda sen necesidade de aceptación previa. Parece que este incremento se debe a unha maior participación nas roldas iniciais, que era o obxectivo do cambio de estratexia, mentres que nas roldas sucesivas é lixeiramente inferior.

Figura 11. Participación (%) 2013-2024 por rolda de cribado, sexo e grupo de idade



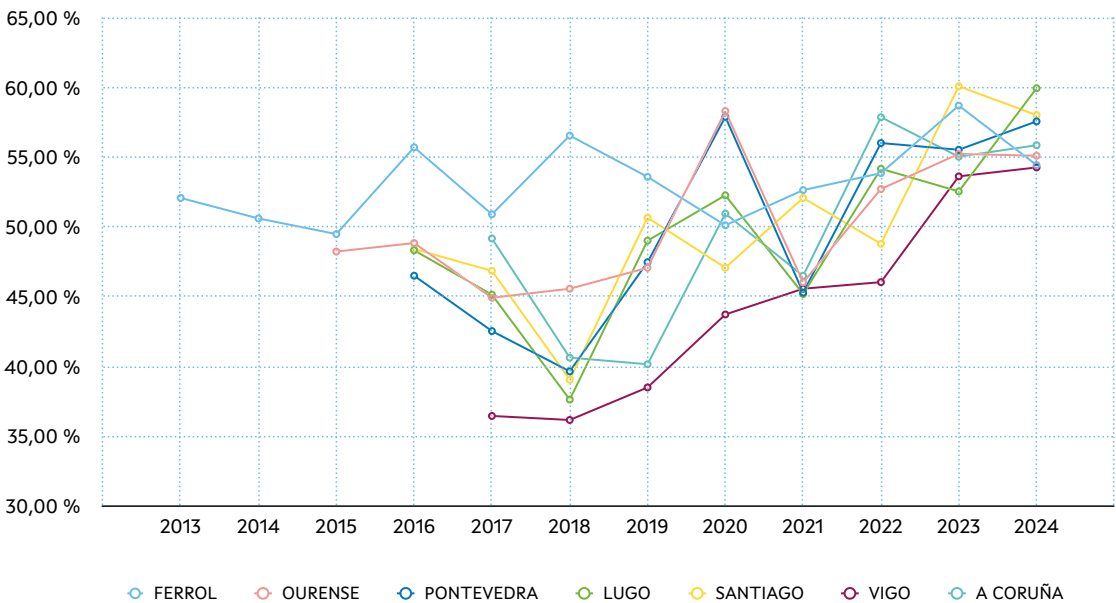
A participación analizada por sexo e grupos de idade móstranos como as diferenzas entre os homes e as mulleres van diminuindo a medida que aumenta a idade, de xeito máis acusado na rolda inicial, na que as diferenzas son maiores, e máis suavemente nas roldas sucesivas.

A continuación, analizamos a participación por áreas sanitarias desde a posta en marcha do programa ata decembro do ano 2024, diferenciando entre homes e mulleres. Na seguinte táboa, amósase a evolución da participación por áreas sanitarias e por sexo.

Táboa 5. Resultados de participación global por área sanitaria e sexo (2013-2024)

Ano	FERROL		OURENSE		PONTEVEDRA		LUGO		SANTIAGO		VIGO		A CORUÑA	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
2013	49,46 %	54,73 %												
2014	47,30 %	53,95 %												
2015	46,10 %	52,91 %	45,33 %	51,17 %										
2016	51,05 %	60,41 %	44,76 %	52,96 %	43,70 %	49,33 %	45,23 %	51,45 %	44,76 %	52,10 %				
2017	47,45 %	54,40 %	40,63 %	49,24 %	39,26 %	45,83 %	41,86 %	48,45 %	43,73 %	50,00 %	35,52 %	37,39 %	46,35 %	52,02 %
2018	51,68 %	61,46 %	39,76 %	51,41 %	36,31 %	43,00 %	34,07 %	41,19 %	35,67 %	42,45 %	34,10 %	38,23 %	37,95 %	43,33 %
2019	49,10 %	58,12 %	43,98 %	50,19 %	43,41 %	51,56 %	44,74 %	53,32 %	46,75 %	54,61 %	35,01 %	41,99 %	37,22 %	43,11 %
2020	46,58 %	53,69 %	52,95 %	63,71 %	54,50 %	61,33 %	48,96 %	55,61 %	43,44 %	50,74 %	41,32 %	46,15 %	46,72 %	55,22 %
2021	48,08 %	57,24 %	42,17 %	49,91 %	41,97 %	48,64 %	41,25 %	49,16 %	48,32 %	55,88 %	42,40 %	48,77 %	43,54 %	49,48 %
2022	49,62 %	58,13 %	49,10 %	56,38 %	52,27 %	59,80 %	49,75 %	58,63 %	45,40 %	52,21 %	43,05 %	49,06 %	54,74 %	61,04 %
2023	54,13 %	63,31 %	51,34 %	59,17 %	51,75 %	59,36 %	48,58 %	56,55 %	56,26 %	63,96 %	49,99 %	57,30 %	51,31 %	58,80 %
2024	50,24 %	58,68 %	51,03 %	59,22 %	52,88 %	62,30 %	56,06 %	63,87 %	53,83 %	62,25 %	50,44 %	58,13 %	52,07 %	59,69 %
Total:	49,40 %	57,53 %	45,24 %	53,39 %	45,30 %	52,59 %	44,48 %	52,37 %	47,23 %	54,75 %	42,24 %	48,42 %	45,66 %	52,15 %

Figura 12. Participación (%) 2013-2024 por área sanitaria



Obsérvanse diferenzas significativas na participación por área sanitaria e mantéñense as existentes entre homes e mulleres de xeito similar en todas elas.

RESULTADOS DA PROBA DE CRIBADO

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

Neste sentido, no período 2013-2024, para aquelas persoas que entregaron o test con resultado adecuado (1.249.005), a proba de SOF foi positiva no 5,58 % dos casos (6,57 % na primeira rolda e 4,68 % nas roldas sucesivas). Existen tamén diferenzas na taxa de positividade global do test, cunha positividade máis alta no caso dos homes (6,99 % en homes vs. 4,47 % en mulleres). Os resultados desde o inicio no ano 2013 ata decembro do 2024, desagregados por rolda, sexo e ano, pódense consultar na táboa seguinte.

No ano 2024, para aquelas persoas que entregaron o test, a proba de SOF foi positiva no 5,12 % dos casos (6,25 % na primeira rolda e 4,54 % nas roldas sucesivas).

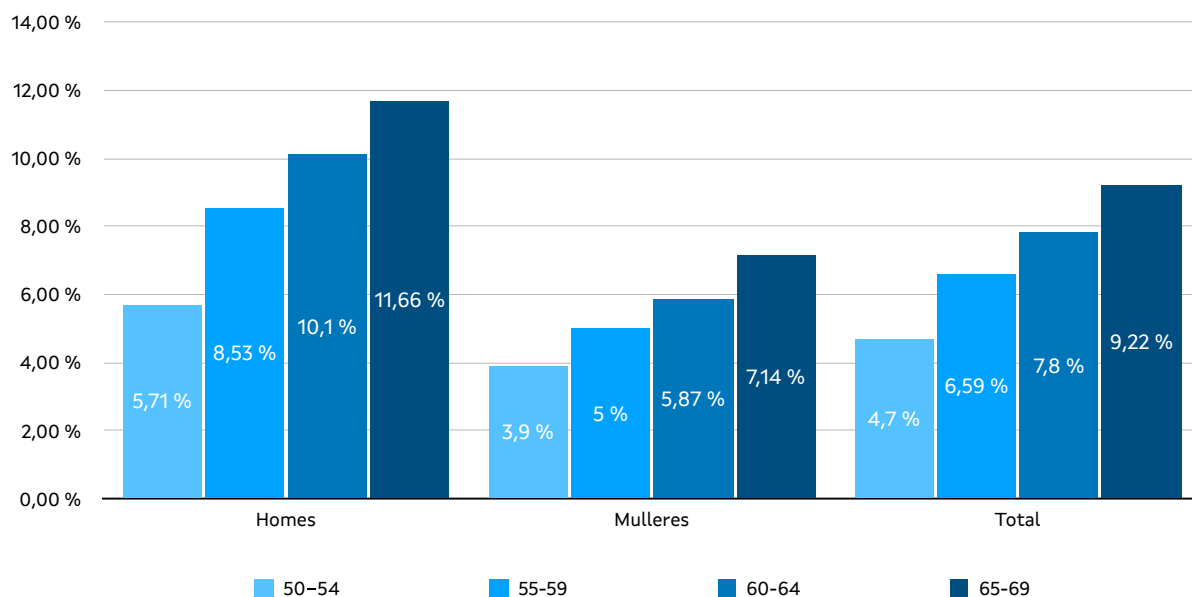
Táboa 6. Resultados da proba de cribado, desagregadas por roldas e sexo no período 2013-2024

Ano	ROLDA INICIAL						ROLDA SUCESSIVA					
	Test Entregados		Inadecuados		% Positivos		Test Entregados		Inadecuados		% Positivos	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
2013	2.666	3.618	0	1	9,56 %	5,94 %						
2014	5.153	6.524	0	1	9,18 %	5,92 %						
2015	7.041	8.831	0	0	9,33 %	5,46 %	1.669	2.397	0	0	7,61 %	4,46 %
2016	12.860	17.643	0	0	8,49 %	5,38 %	4.040	5.405	0	0	6,49 %	4,38 %
2017	37.293	45.397	1	1	9,10 %	5,31 %	5.349	7.300	0	0	5,93 %	4,52 %
2018	47.124	57.938	7	10	8,41 %	4,82 %	11.802	16.512	0	0	5,72 %	3,65 %
2019	33.990	42.215	0	10	8,48 %	5,06 %	28.755	38.242	1	0	6,36 %	4,28 %
2020	4.961	6.139	1	1	10,46 %	7,67 %	15.295	20.208	0	2	6,31 %	4,60 %
2021	29.452	34.557	0	8	8,19 %	4,95 %	71.083	95.088	5	5	5,97 %	4,17 %
2022	23.978	28.283	3	4	7,62 %	5,12 %	30.100	40.505	3	3	5,34 %	3,67 %
2023	34.929	41.538	3	5	7,72 %	4,83 %	59.891	80.341	5	5	5,10 %	3,47 %
2024	28.349	33.403	2	2	7,70 %	5,02 %	52.143	69.091	2	2	5,53 %	3,79 %
Total	267.796	326.086	17	43	8,35 %	5,12 %	280.127	375.089	16	17	5,70 %	3,92 %

Un test considérase 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 circuío do programa, está prevista a repetición do test ata un máximo de tres intentos.

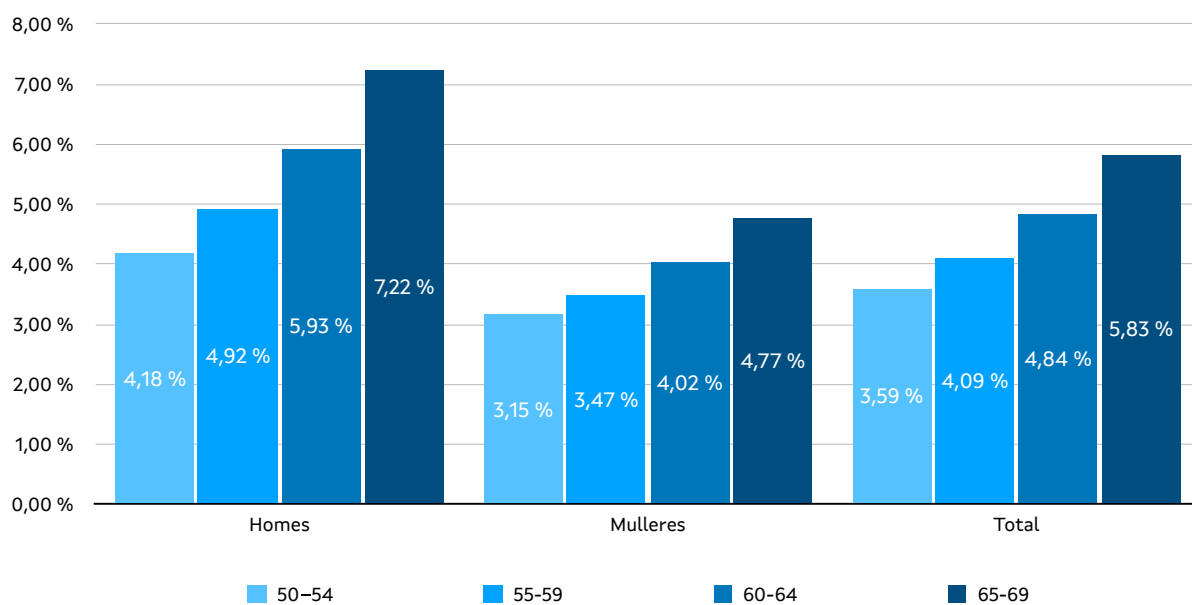
A continuación, represéntanse os resultados globais de positividade do test de SOF desde o inicio do programa, desagregados por sexo e grupo de idade. Podemos observar como a positividade aumenta coa idade e como é sempre máis alta no caso dos homes.

Figura 13. Porcentaxe de SOF positivas no período 2013-2024 por sexo e grupo de idade. Primeira rolda



Nas roldas sucesivas, a tendencia é a mesma, pero con cifras de positividade máis baixas.

Figura 14. Porcentaxe de SOF positivas no período 2013-2024 por sexo e grupo de idade. Rolda sucesiva



RESULTADOS DA COLONOSCOPIA E DETECCIÓN DE LESIÓNS

A mediados do ano 2022, implantouse o novo algoritmo de seguimento adaptado á guía española, que supuxo o uso dunha clasificación distinta das persoas en función dos resultados derivados da colonoscopia. Así, pasamos de clasificalas en baixo, medio e alto risco a tan só dúas categorías, en función de se se require vixilancia endoscópica ou non.

Os datos históricos baseados na clasificación desde o 2013 ata o 2021 poden atoparse no anterior informe correspondente a este período temporal. Para ofrecer os datos globais da totalidade do período desde o inicio do programa en 2013 ata o 2024, a suma das categorías de medio e alto risco equipárase á nova categoría: "Require vixilancia".

No período 2013-2024, realizóuselles a indicación de colonoscopia a un total de 68.381 persoas, das cales se fixeron 66.232, o que representa unha porcentaxe global de aceptación de colonoscopia do 97,01 %. Tras a realización da colonoscopia, **diagnosticáronse 2.933 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) do 4,33 % e unha taxa de detección de CCR de 2,35 por cada 1.000 persoas que entregan o test, un 3,47 por mil para a rolda inicial e 1,33 por mil para as roldas sucesivas. Ademais, diagnosticáronse 26.492 persoas con lesións que requiren seguimento con colonoscopia e 17.292 persoas con lesións que non requiren vixilancia, o que representa un VPP do 39,95 % e do 26,07 %, respectivamente. Os resultados globais das lesións detectadas desagregados por sexo e rolda pódense consultar na táboa 7.

Táboa 7. Número de persoas e taxa de detección de CCR e lesións a seguimento con colonoscopia no período 2013 a 2024, por sexo e rolda de cribado

LESIÓNS	INICIAL			SUCEVAS		
	Homes	Mulleres	Total	Homes	Mulleres	Total
N.º de persoas con CCR	1.386	674	2.060	489	384	873
Taxa de detección de CCR/1000 participantes	5,18	2,07	3,47	1,75	1,02	1,33
N.º persoas lesións a seguimento con colonoscopia	10.632	4.978	15.610	6.946	3.936	10.882
Taxa de detección lesións seguimento/1000 participantes	39,70	15,27	26,29	24,80	10,49	16,61

Táboa 7 Bis. Taxa de lesións entre homes e mulleres por tipo de lesión (2013-2024)

	CCR	LESIÓNS A SEGUIMENTO POR COLONOSCOPIA
Homes	3,42 ‰	32,08 ‰
Mulleres	1,51 ‰	12,71 ‰

As taxas de detección de lesión a seguimento con colonoscopia son moito máis altas nos homes, tanto na primeira rolda coma nas sucesivas. No caso das taxas de CCR, as diferenzas entre os homes e as mulleres seguen sendo salientables, mais existe unha maior diferenza na rolda inicial que nas 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 2013-2024 pódense consultar na táboa seguinte.

Táboa 8. Taxas de detección de CCR, lesións a seguimento con colonoscopia por cada 1.000 persoas que entregan o test. Período 2013 a 2024 por área sanitaria, sexo e rolda de cribado

ÁREA SANITARIA	SEXO	ROLDA INICIAL		ROLDA SUCESIVA	
		Taxa CCR ‰	Taxa lesión a seguimento con colonoscopia ‰	Taxa CCR ‰	Taxa lesión a seguimento con colonoscopia ‰
FERROL	H	4,92	38,07	1,51	22,86
	M	2,55	16,28	1,03	10,67
OURENSE	H	5,49	41,83	1,60	24,32
	M	2,14	16,15	0,84	9,63
PONTEVEDRA	H	4,02	39,91	1,53	29,20
	M	1,55	14,52	0,80	10,99
LUGO	H	4,59	41,64	1,72	27,43
	M	2,14	16,40	1,03	18,97
SANTIAGO	H	5,49	39,18	1,81	23,86
	M	1,94	13,41	0,91	9,09
VIGO	H	6,05	43,31	1,78	26,97
	M	2,26	17,42	1,23	18,45
A CORUÑA	H	4,52	34,06	1,67	20,14
	M	1,85	13,43	1	9,06

Figura 15. Taxa de cancro colorrectal por cada 1.000 persoas que entregan o test na rolda inicial. Período 2013 a 2024 por área sanitaria e sexo

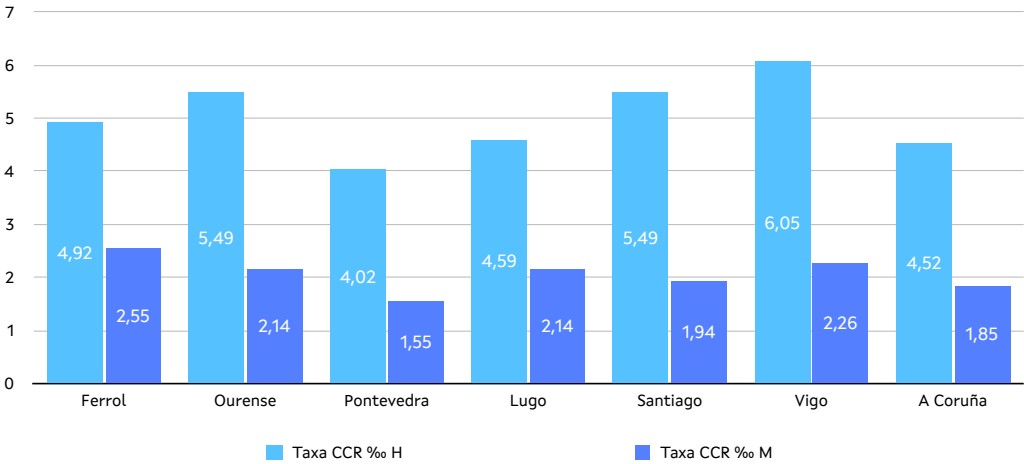
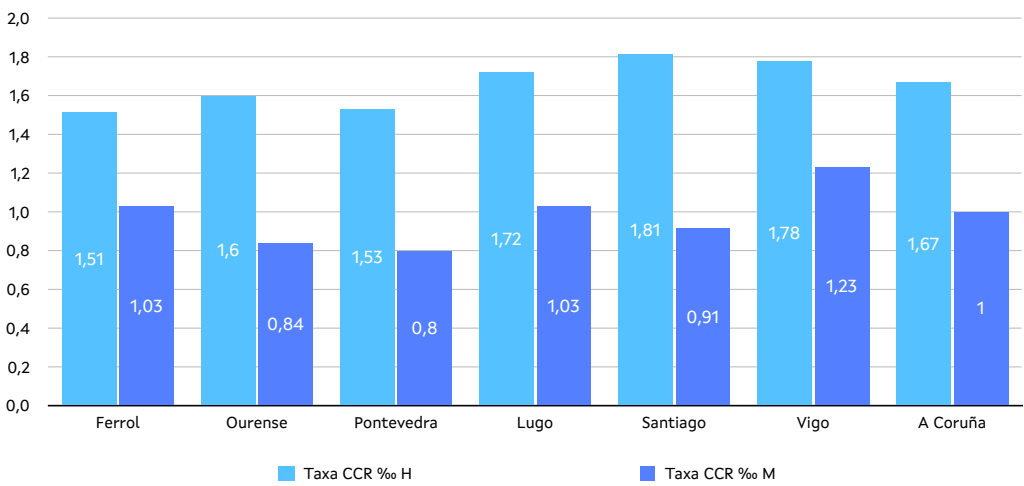


Figura 16. Taxa de cancro colorrectal por cada 1.000 persoas que entregan o test nunha rolda sucesiva. Período 2013 a 2024 por área sanitaria e sexo



As taxas de calquera tipo de lesión, sexa CCR ou lesións a seguimento con colonoscopia, son máis altas a maior idade, e a tendencia é a mesma en ambos os dous sexos. Nas figuras 17 e 18, amósanse as taxas de detección de CCR e lesión a seguimento con colonoscopia por sexo e grupo de idade.

Figura 17. Taxas de CCR e lesións a seguimento con colonoscopia detectadas por sexo e grupo de idade no período 2013-2024. Primeira rolda

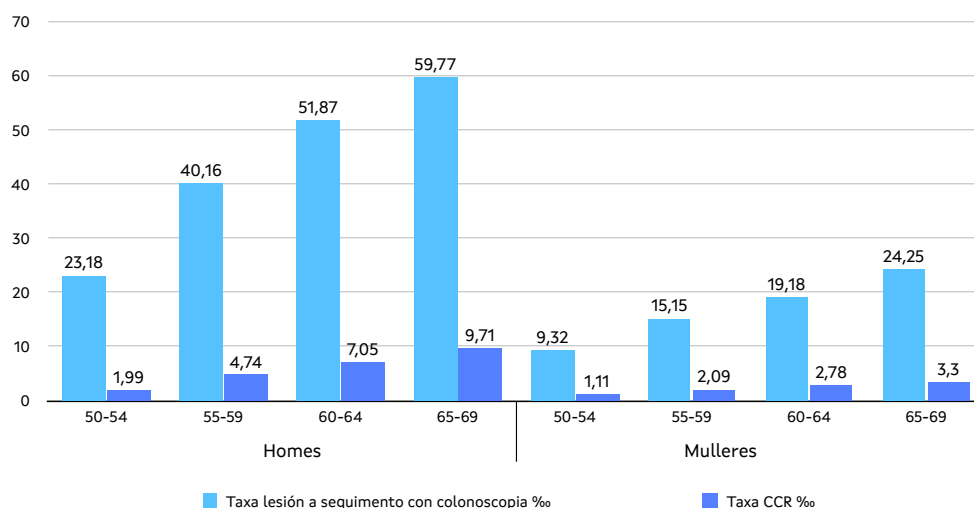
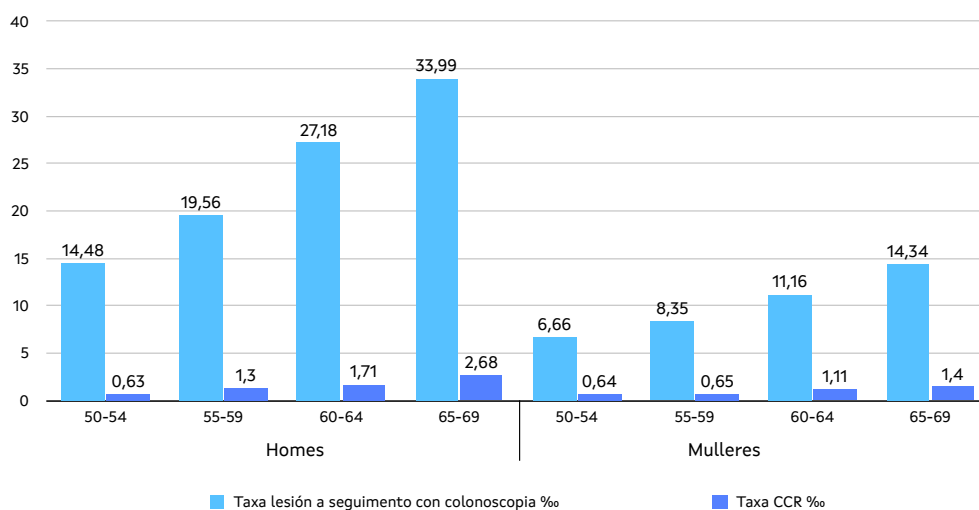


Figura 18. Taxas de CCR e lesións a seguimento con colonoscopia detectadas por sexo e grupo de idade no período 2013-2024. Roldas sucesivas



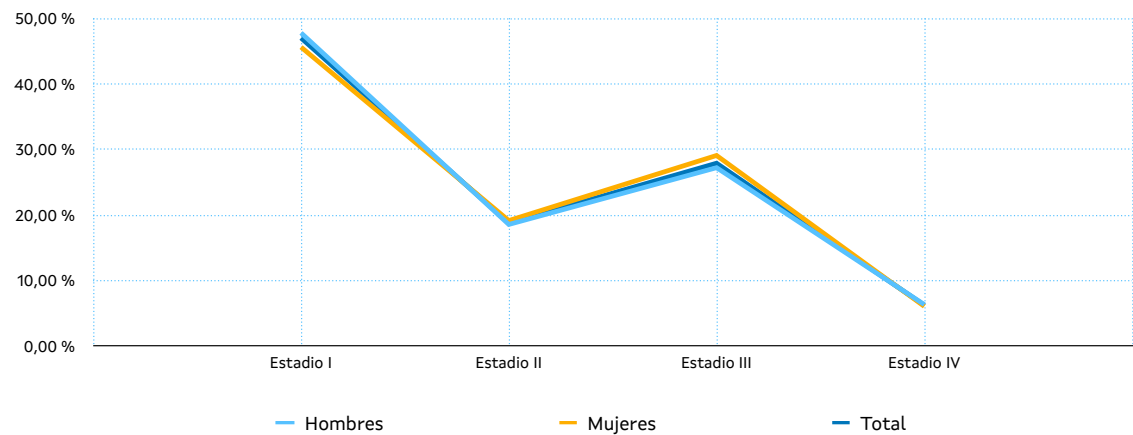
ESTADIOS DOS CANCROS DETECTADOS

Desde o inicio do programa ata o 31 de decembro de 2024, diagnosticáronse un total de 2.933 cancros, dos cales a día de hoxe coñecemos o estadio en 2.898. No global de Galicia, o 65,81 % son estadios iniciais. A continuación, podemos observar que a distribución por sexo é moi similar.

Táboa 9. Estadios dos CCR detectados no PGDPCC. Período 2013 a 2024 por sexo

	ESTADIO I	ESTADIO II	ESTADIO III	ESTADIO IV	ESTADIO DESCOÑECIDO
Homes	47,78%	18,59%	27,24%	6,38%	0,05%
Mulleres	45,61%	19,18%	29,10%	6,11%	0,00%
Total	47,00%	18,81%	27,92%	6,28%	0,03%

Figura 19. Estadios dos CCR detectados no PGDPCC. Período 2013 a 2024 por sexo



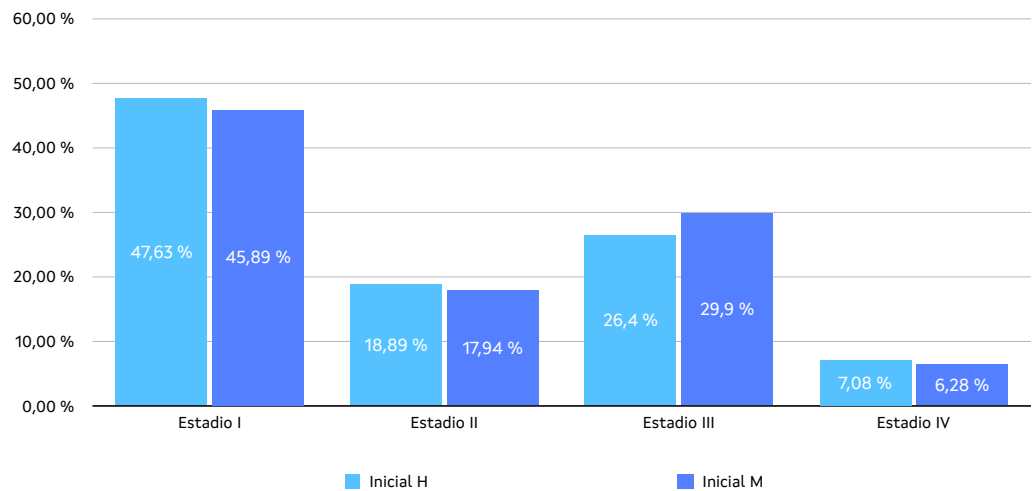
Na seguinte táboa, podemos observar os datos relativos á distribución de estadios dos CCR detectados por área sanitaria.

Táboa 10. Estadios dos CCR detectados no PGDPCC. Período 2013 a 2024 por área sanitaria

HOSPITAL	ESTADIO I		ESTADIO II		ESTADIO III		ESTADIO IV		TOTAL
	Nº	Taxa %	Nº	Taxa %	Nº	Taxa %	Nº	Taxa %	
FERROL	151	50,00 %	48	15,89 %	77	25,50 %	26	8,61 %	302
OURENSE	203	51,26 %	72	18,18 %	100	25,25 %	21	5,30 %	396
PONTEVEDRA	88	34,51 %	59	23,14 %	93	36,47 %	15	5,88 %	255
A CORUÑA	228	47,11 %	101	20,87 %	133	27,48 %	22	4,55 %	484
SANTIAGO	245	47,39 %	84	16,25 %	147	28,43 %	41	7,93 %	517
VIGO	303	50,08 %	112	18,51 %	156	25,79 %	34	5,62 %	605
LUGO	144	42,48 %	69	20,35 %	103	30,38 %	23	6,78 %	339
TOTAL	1.362	47,00 %	545	18,81 %	809	27,92 %	182	6,28 %	2.898

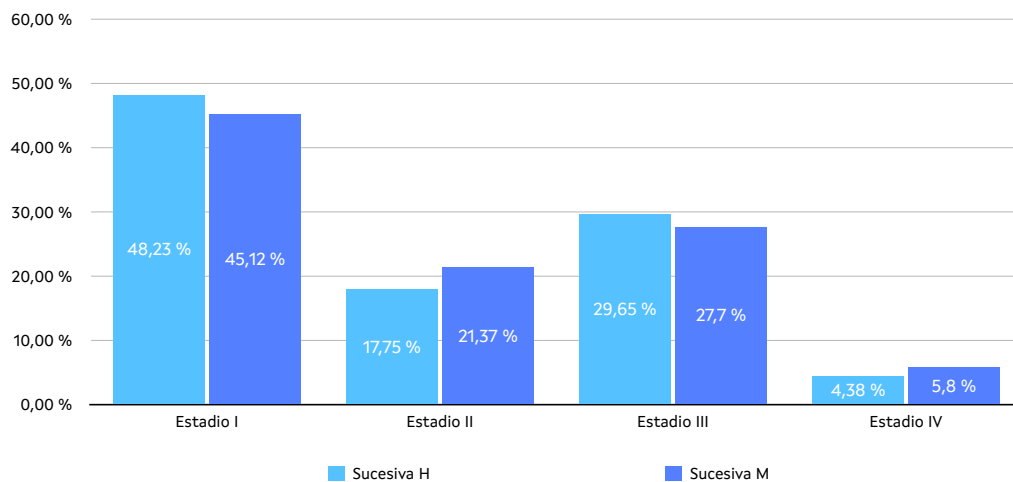
Os estadios ao diagnóstico por rolda e sexo de todos os cancros diagnosticados no PGDPCC pódense consultar nos gráficos seguintes. Na rolda inicial, un 66,52 % dos cancros diagnóstícanse nos estadios iniciais (I ou II) no caso dos homes e un 63,83 % no das mulleres.

Figura 20. Porcentaxe dos estadios ao diagnóstico TNM segundo a American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7.ª edición na rolda inicial. Comparación por sexo no período 2013-2024



No caso das roldas sucesivas, a porcentaxe de estadios iniciais en mulleres aumenta ao 66,49 %, mentres que no que respecta as homes mantense en valores próximos á rolda inicial. En ambos os sexos baixa lixeiramente a porcentaxe do estadio IV nos CCR de rolda sucesiva.

Figura 21. Porcentaxe dos estadios ao diagnóstico TNM segundo a American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7.ª edición en rolda sucesiva. Comparación por sexo no período 2013-2024



A continuación, amosamos a distribución de estadios dos CCR diagnosticados no PGDPCC por grupo de idade e sexo.

Figura 22. Porcentaxe dos estadios ao diagnóstico TNM no grupo de idade 50-59 anos. Comparación por idade e sexo no período 2013-2024

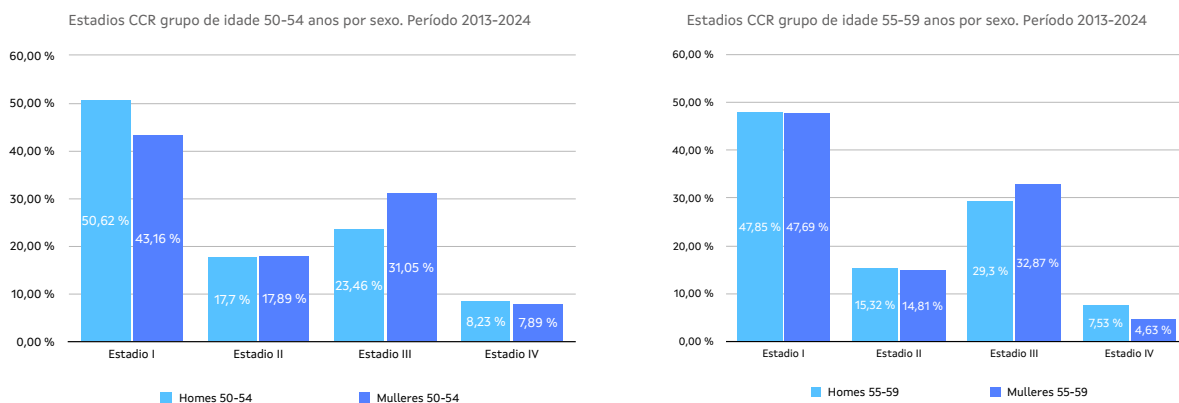
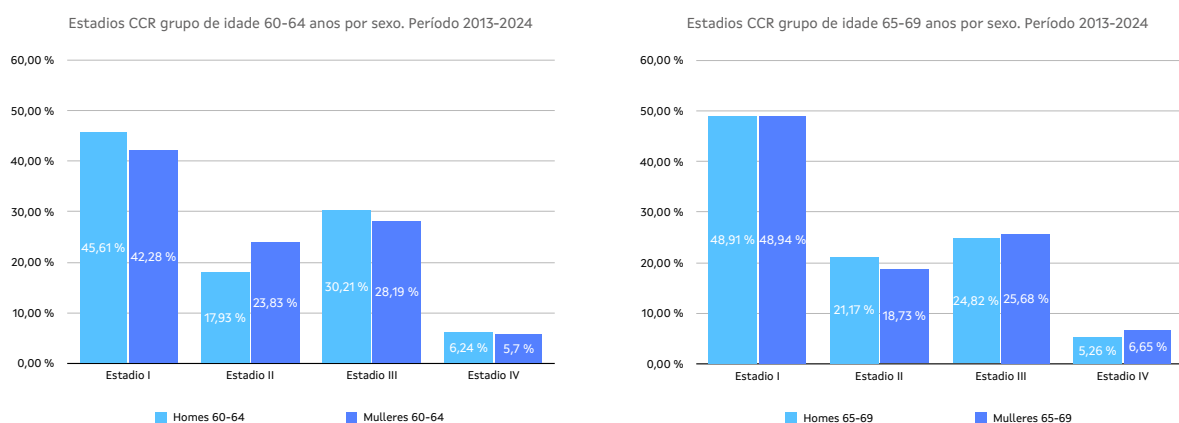


Figura 23. Porcentaxe dos estadios ao diagnóstico TNM segundo a American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7.ª edición no grupo de idade 60-69 anos. Comparación por idade e sexo no período 2013-2024



RENDEMENTO DIAGNÓSTICO DO PGDPCC VS. SENSIBILIDADE

Cancro de intervalo do PGDPCC

A sensibilidade do cribado para o diagnóstico de lesións precancerosas ou CCR non é do 100 %, polo que poden presentarse casos de CCR tras un cribado negativo e antes da seguinte invitación. Estes son os denominados cancros de intervalo (CI). Os CI poden aparecer tras un test negativo ou tras un test positivo con proba de confirmación (colonoscopia) ou de seguimento posterior con resultado negativo. O estudo dos CI dun programa de cribado permite, ademais de caracterizalos e de indagar nas súas potenciais causas, calcular a sensibilidade dos programas, o cal, xunto con outros indicadores, facilita a súa avaliación e comparación.

Táboa 11. Número e porcentaxe de CI do PGDPCC segundo tipo, por ano do episodio de cribado e sexo. Período 2013-2019

ANO	SEXO	TIPO DE CI						TOTAL
		CI do test SOH		CI de colonoscopia		CI de seguimento		
		N	%	N	%	N	%	
2013	Home	3	100 %	0	0 %	0	0 %	3
	Muller	1	100 %	0	0 %	0	0 %	1
	Total	4	100 %	0	0 %	0	0 %	4
2014	Home	4	100 %	0	0 %	0	0 %	4
	Muller	0	0 %	0	0 %	1	100 %	1
	Total	4	80 %	0	0 %	1	20 %	5
2015	Home	11	91,7 %	1	8,33 %	0	0 %	12
	Muller	3	100 %	0	0,0 %	0	0 %	3
	Total	14	93,3 %	1	6,67 %	0	0 %	15
2016	Home	12	100 %	0	0,0 %	0	0 %	12
	Muller	7	100 %	0	0,0 %	0	0 %	7
	Total	19	100 %	0	0,0 %	0	0 %	19
2017	Home	15	83,3 %	2	11,1 %	1	5,56 %	18
	Muller	30	100 %	0	0 %	0	0 %	30
	Total	45	93,8 %	2	4,17 %	1	2,08 %	48
2018	Home	29	96,7 %	0	0 %	1	3,33 %	30
	Muller	32	94,1 %	1	2,94 %	1	2,94 %	34
	Total	61	95,3 %	1	1,56 %	2	3,13 %	64
2019	Home	33	94,3 %	1	2,86 %	1	2,86 %	35
	Muller	28	93,3 %	1	3,33 %	1	3,33 %	30
	Total	61	93,8 %	2	3,08 %	2	3,08 %	65
TOTAL		208	94,5 %	6	2,73 %	6	2,73 %	220

O período de estudo dos CCR de intervalo avaliados neste informe vai desde 2013 ata 2019. Do total dos 220 CI atopados desde que se iniciou o programa, 114 (51,8 %) correspondían a homes e 106 (48,2 %) a mulleres. Deles, 208 (94,5 %) eran CI do test. Dos 12 restantes, 6 foron CI de colonoscopia de confirmación (4 deles de colonoscopia normal e 2 de risco baixo) e outros 6 CI de seguimento. O 71,8 % dos CI (158 casos) correspondían á rolda inicial de cribado, fronte ao 28,2 % (62 casos), que corresponden a roldas sucesivas. Dos 208 CI do test, o 22,7 % (47 casos) diagnosticáronse no primeiro ano tras o episodio de cribado negativo (intervalo test-diagnóstico 0-11 meses). Dos 161 CI do test restantes, 123 (59 %) diagnosticáronse entre os 11 e os 24 meses e, pasados os 2 anos, diagnosticáronse 38 casos (os criterios do programa establecen 6 meses de marxe para a data das roldas sucesivas tras un episodio de cribado negativo). Non se detectou ningún CI de test no que pasasen máis de 30 meses desde o último test de SOF negativo e o diagnóstico do cancro.

Figura 24. Distribución (%) dos CI de test segundo o tempo desde a data do test. Período 2013-2019

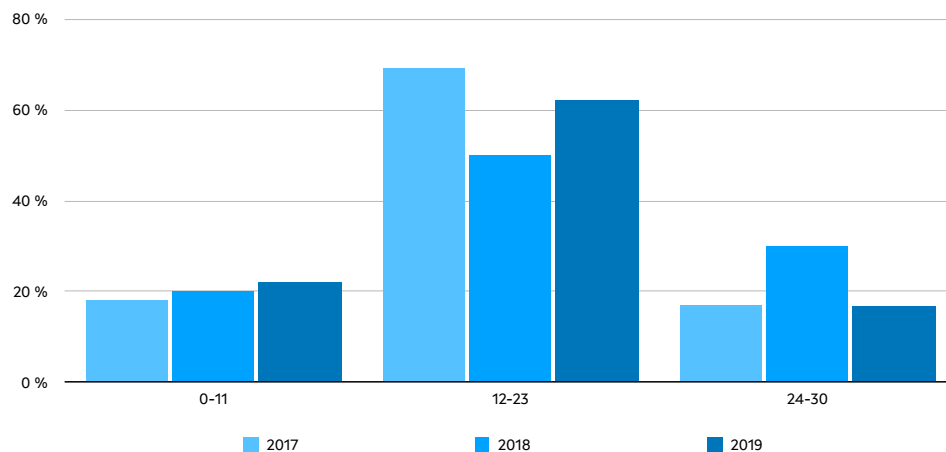
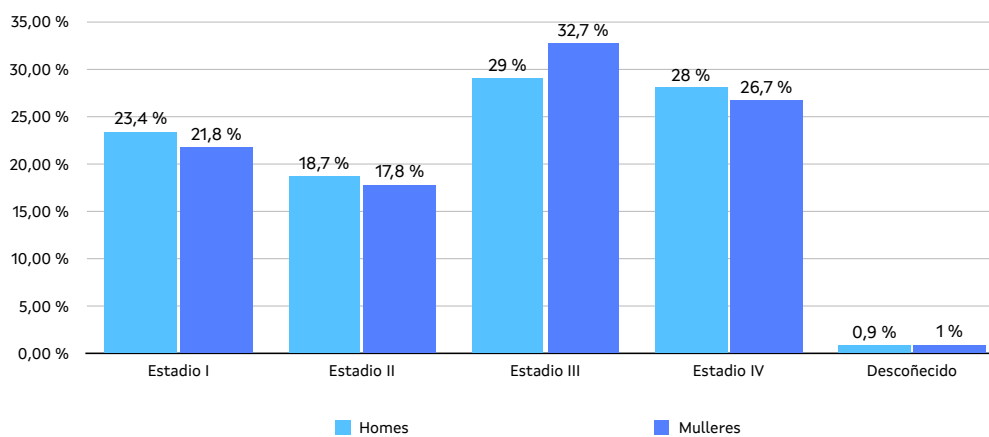


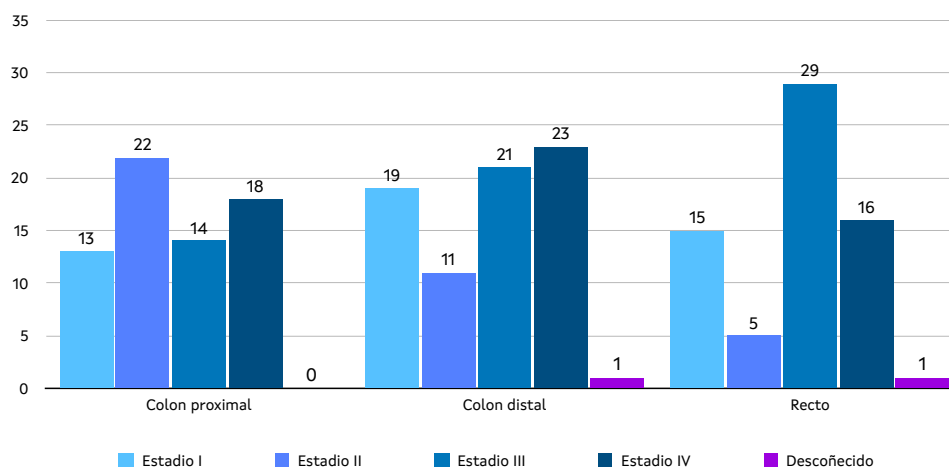
Figura 25. Distribución (%) dos CI de test segundo o estadio por sexo. Período 2013-2019



O 58,7 % dos CI presentan estadios avanzados (121 CI en estadios III e IV). Se analizamos os estadios por sexo, observamos que os resultados son similares en home e mulleres, aínda que no caso dos primeiros a porcentaxe de CI en estadios avanzados predomina algo máis ca nas mulleres (42,1 % fronte a 39,6 %, respectivamente).

Ao desagregar os datos por localización, os CI localizados no colon distal e de recto acumulan máis casos en estadios avanzados, mentres que nos cancros proximais os casos repártense máis homoxeneamente nos distintos estadios.

Figura 26. Número de casos dos CI de test segundo o estadio e a localización. Período 2013-2019



RENDEMENTO DIAGNÓSTICO DO PGDPCC. SENSIBILIDADE DO TEST SOF

A continuación, facemos unha análise utilizando os datos desde o inicio do PGDPCC (2013) ata decembro do ano 2019, período no cal dispoñemos da análise de cancros de intervalo de todas as persoas participantes con resultado válido do test nese período. A sensibilidade do test representa a porcentaxe de casos detectados mediante cribado de entre todos os casos de cancro ocorridos na poboación participante no cribado (cancros detectados mediante o cribado + cancros de intervalo). Segundo as guías europeas de control de calidade en cribado de cancro colorrectal, nos programas de cribado poboacións que utilizan o mesmo tipo de test e o mesmo punto de corte que o programa galego, o estándar para a sensibilidade do test é do 76,5-84 %.

Ata o ano 2019, participaron 466.206 persoas con resultado do test SOF válido, das cales 28.234 resultaron ser positivas (6,28 %) e a 1.443 foilles diagnosticado un CCR do programa tras a colonoscopia de confirmación.

Táboa 12. Sensibilidade do test de SOF

ANO	SEXO	CCR DO PROGRAMA	CI	CCR TOTAIS	SENSIBILIDADE (%)
2013	Home	18	3	21	85,71
	Muller	11	1	12	91,67
	Total	29	4	33	87,88
2014	Home	37	4	41	90,24
	Muller	19	1	19	100
	Total	56	5	60	93,33
2015	Home	42	12	53	79,25
	Muller	29	3	32	90,63
	Total	71	15	85	83,53
2016	Home	60	12	72	83,33
	Muller	37	7	44	84,10
	Total	97	19	116	83,62
2017	Home	251	18	266	94,36
	Muller	110	30	140	78,57
	Total	361	48	406	88,92
2018	Home	298	30	327	91,13
	Muller	140	34	172	81,40
	Total	438	64	499	87,78
2019	Home	248	35	281	88,26
	Muller	143	30	171	83,63
	Total	391	65	452	86,50
TOTAL		1.443	220	1.651	87,40

TEMPOS ENTRE PROCESOS

Outro indicador clave do programa son os tempos entre os principais procesos do cribado. Os últimos datos publicados corresponden ao 2022. Desde entón, coa implantación do envío domiciliario dos tests de SOH, deixouse de calcular o indicador de tempo entre aceptación e envío do test.

O tempo entre o resultado positivo do test SOH e a cita de precolonoscopia mantense no límite superior do obxectivo (15 días). Pola contra, tanto o tempo entre a cita de precolonoscopia e a cita de colonoscopia coma o tempo total entre o resultado positivo e a cita de colonoscopia superan os obxectivos e amosan unha tendencia ascendente, tras a mellora observada no 2022 despois do impacto da Covid-19.

Táboa 13. Tempos entre procesos. Período 2013-2024

INDICADOR	MEDIA EN DÍAS													Obxectivo
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024		
Tempo aceptación-envío test	14	36	8	10	7	7	7	5	55	6	-	-	<15	
Tempo resultado positivo test e cita precolonoscopia	12	12	14	14	14	14	14	13	19	14	15	15	<15	
Tempo cita precolonoscopia e cita colonoscopia	33	82	36	30	46	30	34	25	48	37	38	53	<31	
Tempo resultado positivo test e cita colonoscopia	45	96	57	45	61	47	52	46	66	54	56	68	<45	

COMPARACIÓN DOS RESULTADOS DO PROGRAMA CON OUTROS PROGRAMAS NO ÁMBITO NACIONAL E COS ESTÁNDARES EUROPEOS

O programa galego forma parte da Rede de programas de cribado de cancro, o que permite a coordinación e a 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 (11) para programas poboacionais de cribado de cancro colorrectal. Non hai referencias para algúns indicadores nas roldas iniciais e sucesivas e algunhas delas 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 2021, polo que a comparativa se fará cos datos nacionais de dito ano (10).

Táboa 14. Comparación dos principais resultados globais do programa galego cos globais de España da Rede de programas de cribado de cancro 2019 (10)

	Programa galego	Global nacional
Participación (%)	49,20	49,18
Proporción de tests positivos (%)	5,58	4,90
Taxa de detección de lesións a seguimento (‰)	21,15	13,98
Taxa de detección de CCR (‰)	2,35	1,59
VPP para cancro (%)	4,33	3,78
VPP para lesións a seguimento (%)	39,91	32,23

A participación no programa galego é superior á media nacional e a proporción de positivos lixeiramente inferior. A taxa de detección e o valor predictivo son lixeiramente superiores no programa galego.

Na seguinte táboa, preséntanse 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 2013-2024 (11)

	Proporción de tests positivos (%)	Taxa de detección de CCR (‰)	Taxa de detección de lesións a seguimento (%)	VPP para cancro (%)	VPP para lesións a seguimento (%)
Rolda inicial	6,57	3,47	26,23	5,60	42,46
Referencia europea	4,4-11,1	1,8-9,5	13,3-22,3	4,5-8,6	19,6-40,3
Rolda sucesiva	4,54	1,33	16,55	2,95	36,74
Referencia europea	3,9	1,3	13,3-22,3	4	19,6-40,3

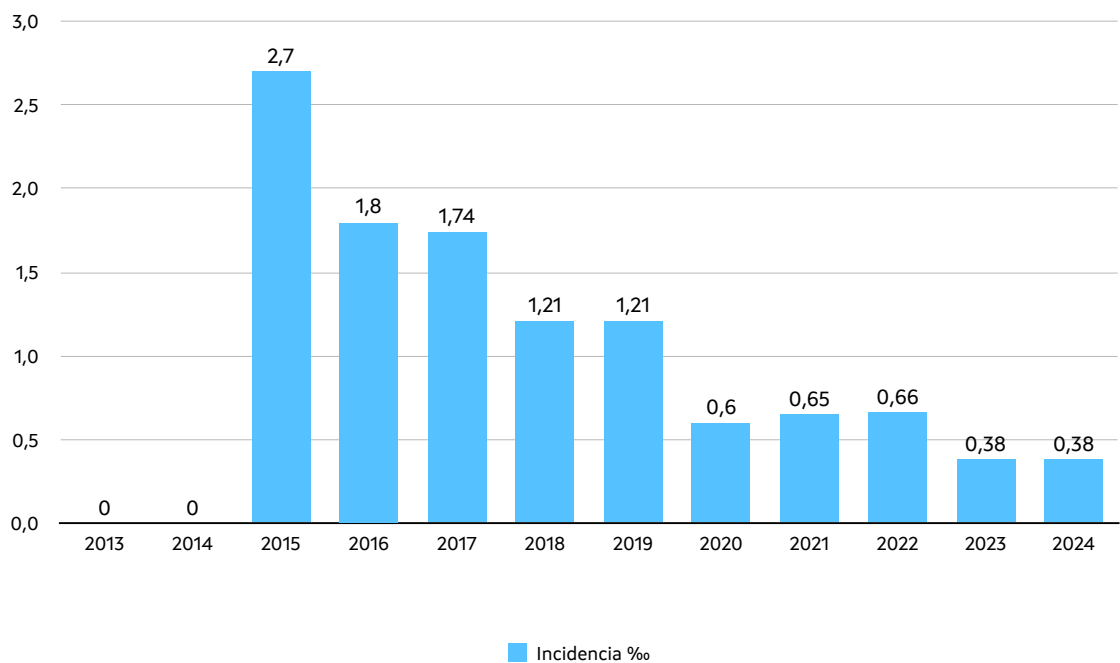
Como se pode observar, o programa cumpre ou supera os estándares propostos, a excepción da proporción de positivos en rolda sucesiva, que no programa galego está en 4,54 %, cando non debería superar o 3,9 %, e o VPP para cancro en rolda sucesiva, que se sitúa nun 2,95 % fronte ao 4 % de referencia.

COMPLICACIÓNS DAS COLONOSCOPIAS

As complicacións das colonoscopias son un dos principais efectos adversos dos programas de cribado de CCR. Estas poden producirse durante a realización da proba ou de xeito diferido, é dicir, unha vez que a persoa é dada de alta na unidade de exploración.

Desde o inicio do programa en maio do 2013 e ata o 31 de decembro de 2024, realizáronse un total de 98.650 colonoscopias, con 79 complicacións graves poscolonoscopia, o que supón unha incidencia global do 0,80 ‰. No ano 2024, realizáronse 15.631 colonoscopias, con 6 complicacións graves poscolonoscopia, o que supón unha incidencia global do 0,38 ‰. Ambas as incidencias atópanse dentro dos estándares recomendados polas guías europeas de calidade en cribado de CCR (0-0,3 %) (11).

Figura 27. Incidencia (‰) de complicacións diferidas graves da colonoscopia, de 2013 a 2024



CONCLUSIÓN

- ⇒ 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 de 2019, acadouse o obxectivo de invitar a participar, polo menos unha vez, o 100 % da poboación de 50 a 69 anos, co que nos adiantamos cinco anos ao obxectivo proposto polo Ministerio de Sanidade de rematar no ano 2024.
- ⇒ A participación global do 49,20 % está dentro do esperado e supera a media nacional para este tipo de programas de detección precoz. Nos últimos anos, a participación vai en aumento, o que se pode explicar en parte polo cambio de estratexia no que respecta ao envío do test, que se pasou a enviar directamente no 2022 ao domicilio sen a aceptación previa. No 2024, acadouse unha participación global do 56,51 %.
- ⇒ Existen diferenzas por sexos na participación global. As mulleres participan máis ca os homes na primeira rolda (35,69 % as mulleres vs. 30,12 % os homes) e aproximadamente igual nas roldas sucesivas. Esta circunstancia pode estar reflectindo un maior compromiso coas actividades preventivas no caso das mulleres.
- ⇒ Existen tamén diferenzas na taxa de positividade global do test, cunha positividade máis alta no caso dos homes (6,99 % en homes vs. 4,47 % en mulleres), e tamén nas taxas de detección de cancros e de adenomas, o que supón que os homes obteñen un maior beneficio da súa participación no programa. Esta tendencia é a mesma tanto na rolda inicial coma nas sucesivas.
- ⇒ A constatación destas diferenzas será útil á hora de lle transmitir a información á cidadanía e de instala para que participe neste tipo de programas voluntarios de base poboacional.
- ⇒ A porcentaxe de resultados positivos de SOF, as taxas de detección de cancro e a sensibilidade global do programa están dentro dos estándares recomendados polas GGEE (11). Tendo en conta a sensibilidade acadada, no Programa galego diagnóstícanse o 87,40 % dos cancros colorrectais no grupo de idade que participa no cribado.
- ⇒ O 65,81 % dos cancros diagnóstícanse nos estadios I e II. Nas roldas sucesivas, como era de esperar, diminúe a porcentaxe de cancros diagnosticados en estadios avanzados.
- ⇒ As complicacións globais e graves das colonoscopias de cribado están por debaixo do estándar recomendable, o que minimiza os efectos adversos do cribado.
- ⇒ O Programa galego de detección precoz do cancro colorrectal está cumprindo, en termos globais, cos obxectivos marcados tanto no eido nacional coma 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 lles detecta un risco alto ou intermedio de padecer un cancro colorrectal.

BIBLIOGRAFÍA

- ◊ Redecan. Estimaciones de la incidencia del cáncer en España, 2025 [Internet]. [Cited 2025 Oct 29]. Available from: <https://www.redecan.org/es/publicaciones/33/redecan-publica-las-estimaciones-de-la-incidencia-del-cancer-en-espana-2025>.
- ◊ Ferlay J., Ervik M., Lam F., Laversanne M., Colombet M., Mery L., Piñeros M., Znaor A., Soerjomataram I., Bray F. (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed [22/11/2024].
- ◊ Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadística de defunciones según la causa de muerte [Internet]. Madrid: INE; 2025 [Cited 2025 Oct 29]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
- ◊ Pericay C., Fernández Montes A., Alonso Orduña V., Macías Declara I., Asensio Martínez E., Rodríguez Salas N., *et al.* Real-world outcomes in patients with metastatic colorectal cancer in Spain: the RWD-ACROSS study. *Cancers (Basel)*. 2023;15(18):4603. doi:10.3390/cancers15184603.
- ◊ Gijssels S. *Roadmap for the prevention and treatment of colorectal cancer in Europe* [Internet]. Digestive Cancers Europe; 2020 [Cited 2025 Oct 29]. Disponible en: https://digestivecancers.eu/wp-content/uploads/2021/01/DICE_Roadmap_Colorectal_Cancer_Europe_FINAL.pdf.
- ◊ Incidencia, mortalidade e supervivencia ao cancro en Galicia, ano 2023. Rexistro Galego de Tumores, 2025 [Internet]. [Cited 2025 Oct 29]. Available from: https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/8090/Informe %202023_REGAT.pdf.
- ◊ Cubiella J., Marzo Castillejo M., Mascort Roca J. J., Amador Romero F. J., *et al.* Sociedade Española de Medicina de Familia e Comunitaria e Asociación Española de Gastroenterología. Guía de práctica clínica. Diagnóstico e prevención do cancro colorrectal. Actualización 2018. Available from: https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2019/01/Actualizacion_Prevencion_cancer_colorrectal_Semfyc.pdf.
- ◊ 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.
- ◊ 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.
- ◊ Rede de programas de cribado de cancro [Internet]. [cited 2025 Oct 29]. Available from: <https://cribadocancer.es/indicadores-cancer-colorrectal/>.
- ◊ 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.

PROGRAMA
GALEGO DE
DETECCIÓN
PRECOZ DO

ANCRO
COLORRECTAL

