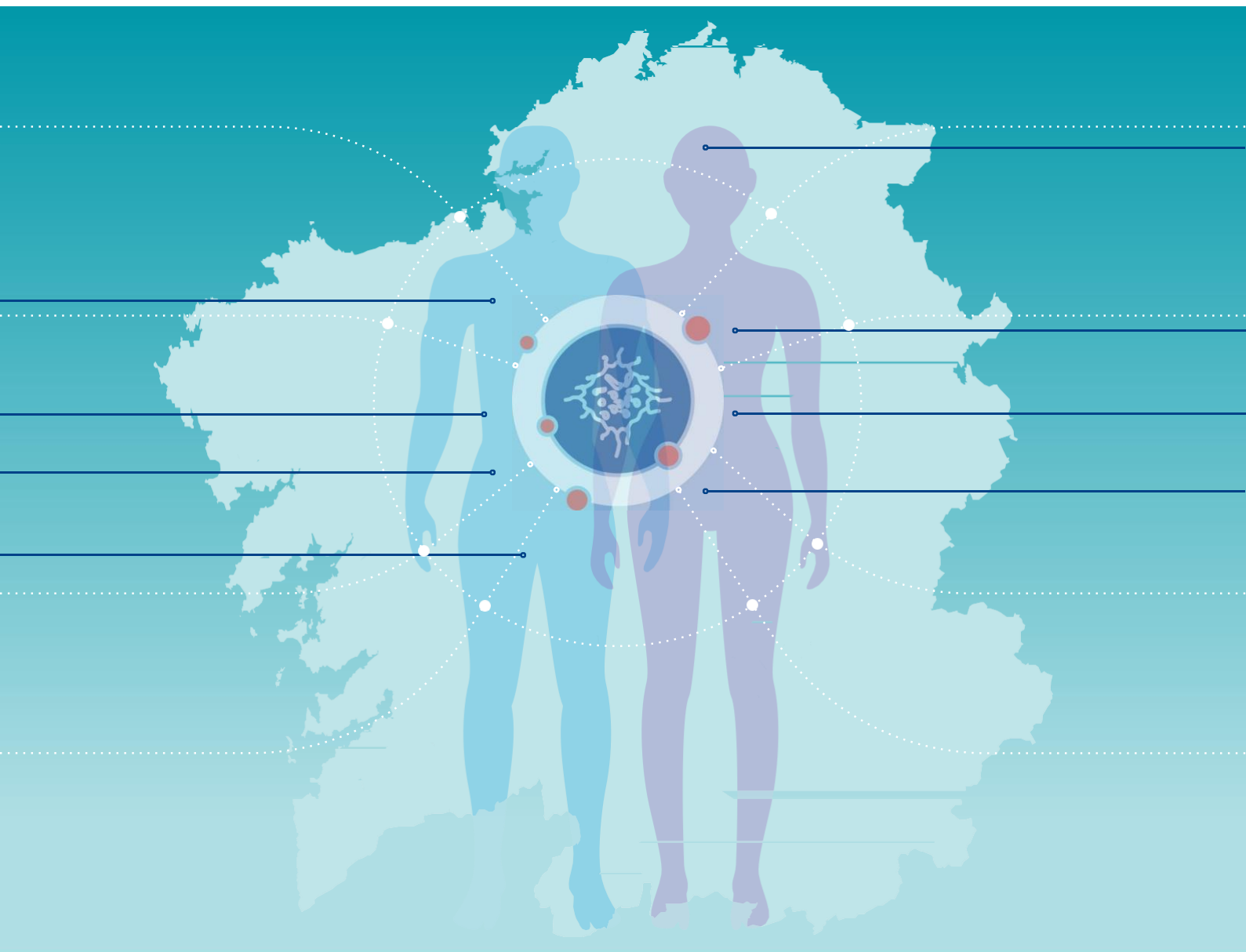


Análise descritiva do paciente con cancro en Galicia

Actividade no ámbito oncohematolóxico 2016-2020



Análise descritiva do paciente con cancro en Galicia

Actividade no ámbito
oncohematolóxico 2016-2020

Análise descritiva do paciente con cancro en Galicia

Autores: Equipo de traballo.

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

Lugar: Santiago de Compostela, 2022

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



Os contidos deste informe “Análise descritiva do paciente con cancro en Galicia” están suxeitos a unha licenza internacional Creative Commons Recoñecemento-Non Comercial-Sen Obra derivada 4.0 Internacional.

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

Pode consultar a licenza completa aquí:

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



Coordinación:

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

Silvia Suárez Luque. Subdirectora xeral de Programas de Fomento de Estilos de Vida Saudable. Dirección Xeral de Saúde Pública.

Equipo de traballo:

Eladio Andiñ Campos. Xefe de Servizo de Normalización e Integración da Información. Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria.

María del Carmen Canedo Romero. Técnica do Servizo de Codificación Clínica e Análise. Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria.

Consuelo Carballeira Roca. Xefe de Servizo de Codificación Clínica e Análise. Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria.

Ana Belén Cruces Maneiro. Farmacéutica Inspectora de Saúde Pública da zona de Vigo.

Jaime Fraga Ares. Xefe do Servizo de Prevención e Condutas Aditivas. Subdirección Xeral de Programas de Fomento de Estilos de Vida Saudable.

Angel Gomez Amorín. Xefe de Servizo de Programas Poboacionais de Cribado. Subdirección Xeral de Programas de Fomento de Estilos de Vida Saudable.

Alberto Malvar Pintos. Xefe de Servizo de Epidemioloxía. Subdirección Xeral de Información sobre Saúde e Epidemioloxía.

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

María José López Pimentel. Xefa de Sección de Avaliación da Atención Especializada. Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria.

Ana Vázquez Estepa. Xefa de Servizo de Calidade Asistencial. Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria.

Silvia Suárez Luque. Subdirectora xeral de Programas de Fomento de Estilos de Vida Saudable. Dirección Xeral de Saúde Pública.

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



Índice

Análise demográfico	5
Análise epidemiolóxica	8
Determinantes da saúde	9
Impacto do cancro	18
Programa galego de detección precoz do cancro de mama (PGDPCM) (1992-2019)	25
Programa galego de detección precoz do cancro de colon	28
Programa de detección precoz do cancro de cérvix	31
Organización dos recursos tecnolóxicos en cancro	32
Actividade asistencial hospitalaria	36
Hospitalización con ingreso	36
Hospitalización a domicilio	60
Consultas externas e Hospital de día	62
Investimento no tratamento farmacolóxico do Cancro	67
Evolución das xornadas perdidas por cancro e gasto asociado	70
Anexo	72
Siglas e acrónimos	75
Bibliografía	77

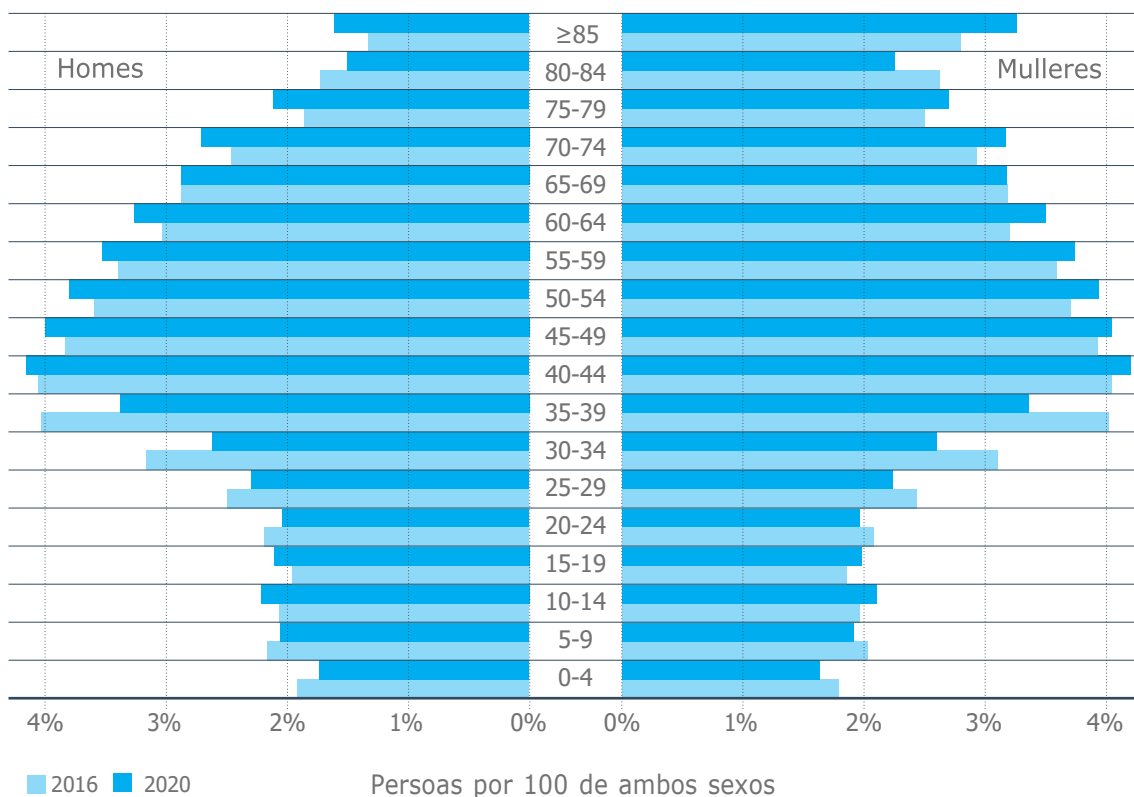


Análise demográfica

Demografía

Entre o 1 de xaneiro de 2016 e o de 2020 a poboación residente en Galicia apenas se reduciu un 0,6%, ata as 2.701.819 persoas. Esta estabilidade débese a que un saldo migratorio favorable compensou en gran medida un saldo vexetativo que empeorou amodo dun ano ao seguinte deste período, debido tanto a un aumento de taxa bruta de mortalidade como a un descenso da de natalidade. Con todo, esta variación cuantitativa non alterou as características estruturais da poboación, entre as que destaca o seu envellecemento, como se pode ver na Gráfica 1, na que se amosan, superpostas, as pirámides de poboación dos anos 2016 e 2020[1].

▼ Gráfica 1. Pirámide de poboación de Galicia a 1 de xaneiro de 2016 e de 2020, en porcentaxe





En efecto, cando comezou 2020, as persoas con máis de 64 anos de idade supoñían o 25% da poboación, mentres que os de menos de 20 supoñían o 16%. O cociente entre estas dúas cantidades, expresado en porcentaxe, é o índice de envellecemento (IE), que nese ano Galicia acadou o 161%. Este indicador é máis elevado nas mulleres (190%) ca nos homes (133%), debido a que o seu predominio no conxunto da poboación, supón o 52%, aumenta coa idade, e nos de máis de 64 anos acada o 57% (e nos de máis de 84, o 67%). Con todo, as diferenzas no IE son maiores entre os diferentes territorios (Táboa 1), xa que van do 129% na área de saúde de Vigo e o 236% na de Ourense.

▼ Táboa 1. IE e IS en 2020 por sexo nas diferentes áreas de saúde e no conxunto de Galicia.

Sexo	Indicador	Área sanitaria							
		AC	STGO	FE	LU	OU	PO	VI	GA
Mulleres	IE	178%	182%	227%	247%	275%	156%	154%	190%
	IS	21%	22%	22%	26%	26%	21%	20%	22%
Homes	IE	123%	128%	155%	186%	199%	107%	105%	133%
	IS	14%	14%	15%	19%	18%	13%	12%	15%
Global	IE	150%	154%	190%	216%	236%	131%	129%	161%
	IS	18%	19%	19%	23%	22%	17%	17%	19%

IE: Relación entre a poboación maior de 64 anos e a poboación menor de 20 anos expresada en porcentaxe, é dicir, o número de persoas de 65 ou máis anos por cada 100 menores de 20 anos.

IS: Relación entre a poboación maior de 84 anos e a poboación maior de 64 anos expresada en porcentaxe, é dicir, o número de persoas de 85 ou máis anos por cada 100 de 65 ou máis anos.

Ademais, en Galicia tamén está a medrar o sobreenvellecemento. Definido como a porcentaxe de persoas de máis de 64 anos que teñen máis de 84, este índice de sobreenvellecemento (IS) aumentou do 17 ao 79% entre 2016 e 2020, e tamén é maior nas mulleres (22% en 2020) ca nos homes (15%). Agora ben, co IS as diferenzas territoriais son menores ca entre sexos, xa que varían entre o 20% da área de saúde de Vigo e o 26% das de Lugo e Ourense (Táboa 1).

Densidade de poboación e dispersión

En 2020 Galicia ten unha densidade de poboación de 91 habitantes por Km² (h/Km²), semellante á do conxunto de España ese mesmo ano (92 h/Km²) e lixeiramente inferior á de Portugal (114 h/Km² en 2019). Con todo, un 37% da poboación reside en zonas cunha densidade máis elevada (os sete concellos máis poboados, cunha media de 997 h/Km²) que ocupa só o 3% da superficie, e un 28% adicional vive en concellos de menor densidade (media de 275 h/Km²) pero altamente urbanizados, que supoñen un 10% da superficie. Pola contra, os concellos con menor densidade de poboación (media 21 h/Km²) ocupan o 64% da superficie e neles vive só o 14% da poboación[2]. Ademais, con carácter xeral, a medida que a densidade de poboación diminúe, medran os IE e IS (Táboa 2).



▼ Táboa 2. Densidade media de poboación (h/km²) nas zonas con graos de urbanización diferentes, porcentaxe da poboación que vive nelas (% Pobo), porcentaxe da superficie que ocupan (% Sup), e os seus IE e IS en Galicia no ano 2020.

Zona	h/Km2	% Pobo	%Sup	IE	IS
ZDP	997	37%	3%	142%	18%
ZIP alta	275	28%	10%	120%	17%
ZIP baixa	142	8%	6%	144%	19%
ZPP alta	89	7%	8%	171%	19%
ZPP intermedia	48	5%	9%	243%	21%
ZPP baixa	21	14%	64%	360%	24%

ZDP: zona densamente poboada; ZIP: zona de densidade intermedia; ZPP: zona pouco poboada [2].

Por outra banda, das 30.776 celas de 1 km² nas que se divide o territorio de Galicia, 11.755 non contaban con poboación en 2018 (o 38% do total de cuadrículas). Polo tanto, o 62% das cuadrículas de Galicia teñen poboación, un dato moi superior ao de España que para o ano 2011 se situou no 13% e máis próximo ao de Portugal, cun 47% para o mesmo ano [3].

A este dato que suxire unha elevada dispersión contraponse o feito de que o 97% da poboación de Galicia reside en 10.775 celas, que supoñen o 35% das celas totais, e isto reflicte un alto grao de concentración da poboación no territorio, que se da na contorna das grandes cidades ou ben próxima a redes de comunicación que conectan estes grandes núcleos.



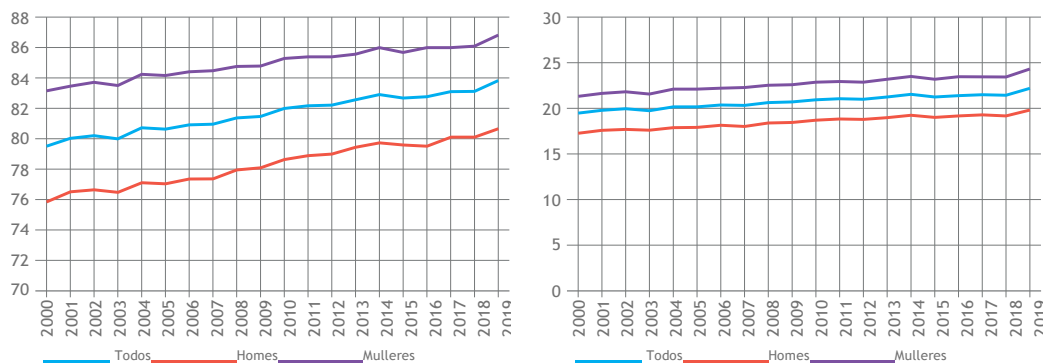
Análise epidemiolóxico

Esperanza de vida

A expensas do impacto que nela poida ter a pandemia de covid-19, en Galicia a esperanza de vida ao nacemento leva décadas medrando, amodo pero de xeito case continuo. En 2019 estaba nos 83,8 anos, máis elevada nas mulleres -con 86,8 anos- ca nos homes -con 80,7 anos- (gráfica 2). Desde o ano 2000, esta diferenza reduciuse 1,1 anos, e fíxoo con máis intensidade entre os anos 2008 e 2014[1].

Igualmente, a esperanza de vida aos 65 anos está a medrar nos últimos anos. En 2019 situábase nos 22,1 anos, 24,2 nas mulleres e 19,8 nos homes. Ora ben, neste caso a diferenza entre mulleres e homes mantívose estable entre os 4,0 e os 4,2 anos desde o ano 2000 ata 2017, e despois medrou lixeiramente e acadou os 4,5 anos en 2019.

▼ Gráfica 2. Esperanza de vida ao nacemento (esquerda) e ao 65 anos (dereita) de mulleres e homes en Galicia, do ano 2000 ao 2019.





Determinantes da saúde

A Organización Mundial da Saúde (OMS) estima que o cancro é a principal causa de morte en todo o mundo.

No terceiro informe de expertos sobre dieta, actividade física e cancro[4], elaborado polo Fondo Mundial de Investigación do Cancro, realizouse unha análise exhaustiva da evidencia científica sobre a asociación dos factores de risco asociados á dieta, á actividade física e á obesidade e ao risco de cancro. Este informe pon de manifesto que os factores ambientais en xeral e a dieta, a nutrición e a actividade física en particular, son determinantes críticos na aparición de moitos tipos de cancro e que a modificación e a prevención dos principais factores de risco asociados aos estilos de vida poden reducir de xeito significativo a carga de cancro.

A comida, a bebida, a graxa corporal e a actividade física poden influír no risco de cancro a través de distintos mecanismos de acción. Por unha banda, os alimentos e as bebidas poden actuar como vectores de exposición a diferentes substancias carcinóxicas e, por outra, a obesidade e o estilo de vida sedentario poden producir alteracións a nivel sistémico que inducirán un ambiente celular propicio para o desenvolvemento do proceso canceroso. A obesidade é recoñecida como un proceso inflamatorio crónico que predispón a aparición de enfermidades cardiovasculares e cancro [4].

Nutrición

Existen numerosos estudos sobre a asociación entre os compoñentes ou os nutrientes específicos dos alimentos e o aumento de risco de algún tipo de cancro. Con carácter xeral, podemos considerar que[4]:

- O consumo de cereais integrais e alimentos ricos en fibra diminúe o risco de cancro colorrectal.
- Unha maior carga glicémica da dieta aumenta o risco de cancro de endometrio.
- Os alimentos preservados en salgadura aumentan o risco de cancro de estómago.
- Unha maior inxestión de bebidas alcohólicas aumenta o risco de cancro de boca, farinxe e larinxe, esófago e mama. O consumo de dúas ou máis bebidas alcohólicas ao día (30 gramos ou máis) aumenta o risco de cancro colorrectal (CCR) e consumos maiores, de tres ou máis bebidas alcohólicas ao día (45 gramos ou máis), aumenta o risco de cancro de estómago e fígado. No en tanto, consumos moderados amosaron un efecto protector fronte ao cancro de ril.
- A pesar de que a carne vermella contén proteínas de alto valor biolóxico e micronutrientes importantes como as vitaminas do grupo B, ferro e zinc, existe suficiente evidencia científica que amosa a asociación entre o consumo de carne vermella e o aumento do risco de máis de 15 tipos de cancro. O uso de técnicas de cocción da carne a altas temperaturas, como a



grella ou a fritura, xera maiores cantidades de carcinóxenos, como as aminas aromáticas heterocíclicas e hidrocarburos aromáticos policíclicos. Por outra banda, o procesamento da carne, como o curado e o afumado, pode dar lugar á formación de produtos químicos canceríxenos, incluídos os compostos N-nitroso e os hidrocarburos aromáticos policíclicos[5].

A evidencia científica suxire un rol protector da dieta mediterránea sobre a incidencia e a mortalidade de cancro [6]. O menor risco xeral de cancro nos países mediterráneos débese principalmente a unha menor incidencia de cancro de colon, endometrio, mama e próstata. De feito, formulouse que a dieta mediterránea podería previr o 25% dos casos de cancro colorrectal, do 10 ao 15% do cancro prostático e endometrial e do 15 ao 20% do cancro mamario [7].

Algúns dos factores dietarios da dieta mediterránea que se postulan como responsables desta protección son o alto consumo de froitas, verduras e cereais integrais, a baixa inxestión de carnes vermellas, carbohidratos e graxas saturadas, xunto co elevado consumo de aceite de oliva [8]. É así como, a través da adecuada achega de ácidos graxos omega 3 e omega 6, ácidos graxos monoinsaturados, fibra, polifenóis e outros antioxidantes, este patrón dietario exercería un efecto beneficioso contra o desenvolvemento de diversos tipos de cancros [9]. Así mesmo, o aceite de oliva demostrou ser un factor independente de protección contra varios tipos de cancro, en especial do aparato respiratorio [9].

No ano 2007, realizouse na nosa comunidade autónoma unha enquisa sobre os hábitos alimentarios da poboación galega adulta, que incluíu a medición de parámetros antropométricos claves e na que se concluíu que a dieta media galega é unha dieta saudable que se caracteriza por un alto consumo de verduras, hortalizas, froitas, cereais, peixe, lácteos e carnes e un moderado consumo de ovos, azucre, aceites e leguminosas.

Nos anos 2014, 2017 e 2018, incluíronse no Sistema de información de condutas de risco (Sicri) [10] da Dirección Xeral de Saúde Pública (DXSP) cuestións relativas aos hábitos alimentarios da poboación galega de 16 anos en adiante e, en concreto, abordouse o consumo de froita, de verduras, de peixe e de bebidas azucradas.

No ano 2017, sete de cada dez galegos e galegas declaraban consumir como mínimo unha peza de froita ao día. A porcentaxe deles que declaraban tomar verduras ou hortalizas a diario era menor que a que declaraba tomar froita e, en global, non chegaba ao 50%. Con relación ao consumo de peixe, o 80% afirmaba tomalo polo menos unha vez á semana.

Aínda que a porcentaxe de galegos e galegas que afirmaban consumir froitas e verduras segundo os criterios establecidos seguía sendo maior nas mulleres ca nos homes, é similar para ambos os sexos na inxestión de peixe.

Con relación ao consumo de bebidas azucradas, no ano 2018, a súa prevalencia na poboación galega de 16 anos en diante era do 27%, aínda que resultaba ser maior nos homes (32 versus 24). Obsérvase que o consumo de bebidas azucradas diminúe a medida que avanza a idade.



Actividade física

Considérase actividade física calquera movemento corporal producido polos músculos esqueléticos que esixan gasto de enerxía.

Con relación á inactividade física, existen probas sólidas que vinculan niveis altos de actividade física coa redución do risco de cancro de vexiga, mama, colon, endometrio e adenocarcinoma de esófago, cancros renais e gástricos, con reducións de risco que van desde aproximadamente o 10% ata o 20%. No caso do cancro de pulmón, os estudos evidenciaron unha redución do risco do 25%. Igualmente, a evidencia científica suxire unha asociación entre o aumento da actividade física e a diminución dos riscos de cancro hematolóxico, de cabeza e pescozo, de ovario, de páncreas e de próstata [11].

Respecto da inactividade física da poboación galega de 16 anos en adiante, os datos obtidos do Sicri desde 2006 ata 2015 amosan un claro descenso (táboa 3).

▼ Táboa 3. Evolución da inactividade física na poboación maior de 16 anos. Fonte: Sicri.

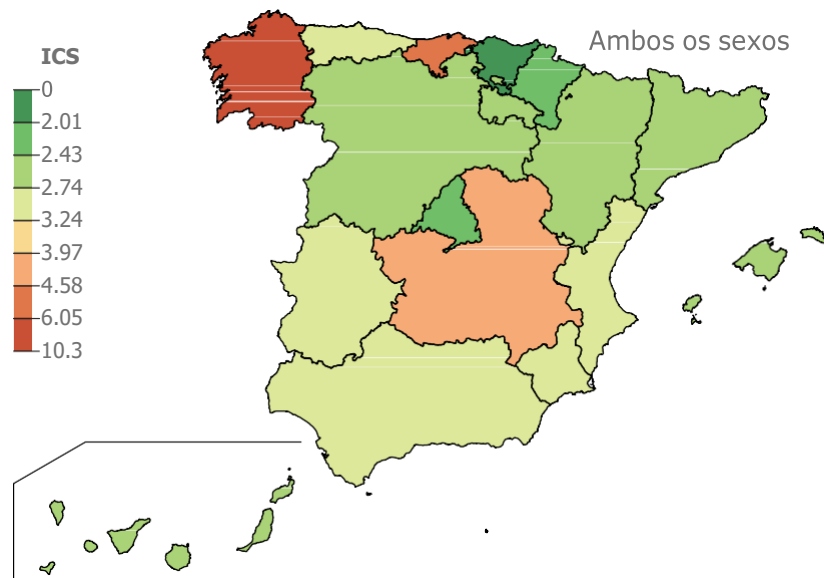
Ano	Homes	Mulleres	Total
2006	52,6	55,3	54
2007	42,2	55,3	48
2010	43,3	57,7	50,6
2011	40	53,5	46,9
2014	32,1	42,1	37,1
2015	30,5	43,8	37,2

No eido estatal, o Informe 2016 sobre actividade física en nenos e adolescentes en España estimou que entre o 60-79% da poboación con idades comprendidas desde os 9 e os 18 anos era inactiva, o que non cumpre coas recomendacións mínimas de actividade física [12].

En relación coa poboación adulta española de entre 18 e 74 anos, o Informe da Axencia Española de Protección da Saúde no Deporte: Actividade física e prevalencia de patoloxías na poboación española [13], pon de manifesto que Galicia foi a comunidade onde se observou un maior índice de comportamento sedentario (EIC S) (gráfica 3).

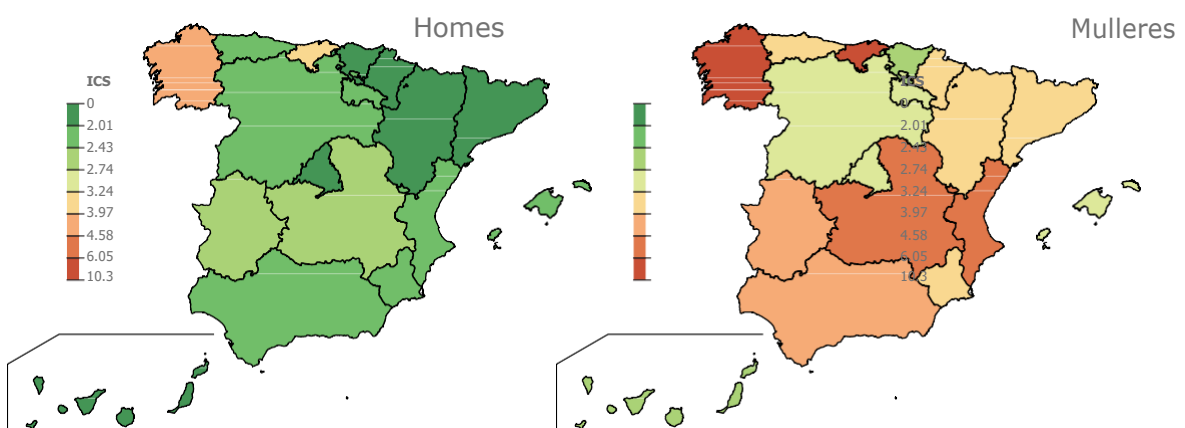


▼ Gráfica 3. Índice de comportamento sedentario por comunidade autónoma. Fonte: Informe da Axencia Española de Protección da Saúde no Deporte: Actividade física e prevalencia de patoloxías na poboación española.



No caso dos homes, observouse un patrón máis similar, que resultan ser máis activos en todas as comunidades autónomas. No entanto, no caso das mulleres, con rangos de ICS máis altos ca os homes, os valores máis altos obsérvanse tamén en Galicia (valores maiores de 3,97) (gráfica 4).

▼ Gráfica 4. Índice de comportamento sedentario por comunidade autónoma e por sexo. Fonte: Informe da Axencia Española de Protección da Saúde no Deporte: Actividade física e prevalencia de patoloxías na poboación española.





Obesidade

A obesidade é unha enfermidade metabólica cuxa incidencia aumentou considerablemente nas últimas décadas, ata chegar a alcanzar proporcións epidémicas. Así mesmo, é considerada como un factor de risco de cancro [4].

Existen probas sólidas que relacionan o sobrepeso e a obesidade na idade adulta co aumento do risco de cancro de boca, farinxe e larinxe, esófago, estómago, páncreas, vesícula biliar, fígado, colorrectal, mama, ovario, endometrio, próstata e ril [4].

Os datos obtidos do Sicri sobre o peso autodeclarado amosan no ano 2018 unha prevalencia de obesidade na poboación galega maior de 16 anos do 16,5% e do 40% de sobrepeso (táboa 4).

▼ Táboa 4. Prevalencia de baixo peso, normopeso, sobrepeso e obesidade na poboación galega maior de 16 anos. Fonte: Sicri.

Peso	2006	2007	2010	2011	2014	2015	2017	2018
Baixo peso	0,0169	0,0165	0,0135	0,0182	0,0163	0,0159	0,0222	0,01610
Normopeso	0,4694	0,4636	0,4386	0,434	0,4303	0,4243	0,4271	0,41966
Sobrepeso	0,3905	0,3949	0,3968	0,3842	0,3948	0,3866	0,3864	0,39909
Obesidade	0,1232	0,1251	0,1511	0,1637	0,1586	0,1733	0,1643	0,16515

Dado que os datos do peso obtidos son autodeclarados, é imprescindible ter conta a súa infraestimación. Non en tanto, a tendencia da obesidade amosa un aumento no período 2006-2016.

En relación á poboación en idade escolar, o estudo de prevalencia da obesidade infantil realizado no ano 2013 na nosa comunidade autónoma amosa que o 8,25% dos escolares de entre 6 e 15 anos tiñan obesidade e o 33% exceso de peso (sobrepeso e obesidade)[14].

O estudo sobre condutas saudables dos mozos escolarizados, auspiciado pola OMS no ano 2018, indica que o 20,8% da mocidade galega escolarizada (entre 11 e 18 anos) ten sobrepeso ou obesidade[15].

Por último, o estudo ALADINO, realizado no territorio nacional no ano 2019, indica que case nove de cada dez escolares precisan mellorar a súa dieta en base a súa adherencia á dieta mediterránea, que nun 9,7% é de moi baixa calidade. Este estudo mostra que no ano 2019, a prevalencia de obesidade era do 17,3% e a de sobrepeso do 23,3%[16].

Consumo de tabaco

O consumo de tabaco é un recoñecido axente causal de numerosos cancros[17]. En Galicia, a prevalencia deste consumo nos maiores de 16 anos víxase mediante as enquisas telefónicas do Sicri e os datos da enquisa do Sicri realizada en 2018 indican que, nese ano, en Galicia fumaba o 20,1% (IC 65%: 19,1-21,0) das persoas de máis de 16 anos[18]. O consumo era máis elevado nos homes (23,9%) ca nas mulleres (16,6%) e nas persoas de 25 a 44 anos (28,9%; IC 65%: 26,9–30,9) ca nos outros grupos de idade (táboa 5).



▼ Táboa 5. Prevalencia de fumadores, exfumadores e nunca fumadores na poboación de Galicia con 16 e máis anos de idade no ano 2018.

Peso	Fumadores		Exfumadores		Nunca fumadores	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Todos	20,1	19,1 - 21,0	29,3	28,2 - 30,4	50,6	49,4 - 51,8
Homes	23,9	22,4 - 25,3	38,8	37,1 - 40,4	37,4	35,8 - 39,0
Mulleres	16,6	15,4 - 17,8	20,7	19,4 - 22,1	62,7	61,1 - 64,3
Grupo 16-24 anos	20,0	18,2 - 21,8	12,0	10,6 - 13,5	68,0	65,9 - 70,1
Grupo 25-44 anos	28,9	26,9 - 30,9	26,2	24,3 - 28,2	44,9	42,7 - 47,1
Grupo 45-64 anos	24,6	22,7 - 26,5	34,4	32,3 - 36,5	41,0	38,8 - 43,2
Grupo 65+ anos	5,8	4,8 - 6,8	31,5	29,5 - 33,4	62,7	60,6 - 64,8

IC: intervalo de confianza

No grupo de idade de 16 a 24 anos, a prevalencia de fumadores diminuíu parella ao aumento na prevalencia de nunca fumadores, mentres que a de exfumadores se mantén estable, datos que suxiren un menor inicio de consumo de tabaco neste grupo de idade. Pola contra, o descenso observado entre os de 25 e 44 anos acompañouse dun aumento na de exfumadores.

Nos grupos de maior idade, de 45 a 64 anos e de 65 anos en diante, obsérvase unha diminución na prevalencia de nunca fumadores e un aumento na prevalencia de exfumadores. A diminución na prevalencia de nunca fumadores podería explicarse pola incorporación de mulleres ao consumo (diminución de nunca fumadoras) e o aumento da prevalencia de exfumadores polo cesamento nos homes.

No período 2005-2018, obsérvase en global un atraso nas idades de experimentación e de consolidación do consumo de tabaco.

No período 2005-2018, diminuíu a porcentaxe de fumadores que declaraban consumir cigarros manufacturados e aumentou a porcentaxe dos que declararon consumir picadura. Aínda así, entre os fumadores o consumo de cigarros manufacturados é maioritario, se ben no grupo de 16 a 24 anos, catro de cada dez fumadores declararon que consumiran picadura no ano 2018.



Exposición ao fume ambiental do tabaco (FAT)

Como ocorre co consumo de tabaco, a exposición ao FAT está relacionada casualmente con varios cancros[19] e a súa prevalencia en Galicia víxase mediante o Sicri. Segundo a enquisa de 2018, o 25,1% (IC 65%: 24,1-26,1) das persoas residentes en Galicia con 16 ou máis anos de idade estaban expostas ao FAT emitido por outra persoa (táboa 6). Por ámbitos, a maior exposición acontecía no fogar (15,3%) e en global (en todos os ámbitos) era máis elevada nos homes (26,4%), nos de 16 a 24 anos de idade (60,9%) e nos fumadores (46,1%)[20].

▼ Táboa 6. Prevalencia de exposición ao FAT na poboación galega de 16 anos e máis, por ámbito no ano 2018.

Ámbito	Na casa		No traballo		No lecer		En global	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Todos	15,32	14,5 - 16,2	12,24	11,2 - 13,3	9,36	8,7 - 10,0	25,08	24,1 - 26,1
Homes	14,27	13,1 - 15,4	14,80	13,3 - 16,3	10,53	9,5 - 11,6	26,43	25,0 - 27,9
Mulleres	16,28	15,1 - 17,5	9,30	8,0 - 10,6	8,23	7,3 - 9,1	23,85	22,5 - 25,2
Grupo 16-24 anos	33,16	31,1 - 35,3	22,93	21,0 - 24,9	29,61	27,5 - 31,7	60,86	58,7 - 63,0
Grupo 25-44 anos	18,88	17,2 - 20,6	12,97	11,3 - 14,6	11,35	9,9 - 12,8	34,05	32,0 - 36,1
Grupo 45-64 anos	14,71	13,1 - 16,3	7,36	5,8 - 8,9	7,63	6,4 - 8,9	22,48	20,6 - 24,3
Grupo 65+ anos	7,37	6,2 - 8,6	3,19	0,0 - 9,3	2,28	1,5 - 3,0	8,81	7,5 - 10,1
Fumadores	34,92	32,4 - 37,5	15,01	12,7 - 17,3	12,07	10,4 - 13,8	46,10	43,5 - 48,8
Non fumadores	10,40	9,6 - 11,2	11,34	10,2 - 12,5	8,62	7,9 - 9,4	19,80	18,8 - 20,8

IC: intervalo de confianza

Neste caso, tamén se dispón dun informe recente sobre a evolución da exposición de 2005 a 2018[20]. Os resultados deste estudo mostran como a entrada en vigor das Leis 28/2005 e 42/2010 impactaron nas prevalencias de exposición ao FAT, o que produciu descenso considerables na prevalencia de exposición nos lugares de traballo, de lecer e nos fogares. Con todo, a partir do ano 2011, obsérvase certa estabilización na prevalencia autodeclarada de exposición e nalgúns ámbitos, como os lugares de lecer e de traballo, obsérvanse lixeiros aumentos.

O de lecer é o ámbito onde a prevalencia de exposición diminuíu en maior medida desde o ano 2005, e o maior descenso situouse entre os anos 2010 e 2011. Deste xeito, desde 2011 o fogar é onde a prevalencia de exposición reflicte uns valores máis altos. Con todo, a prevalencia de exposición ao FAT na casa en 2018 foi a máis baixa dos anos estudados e a metade da de 2005.

Para calquera ano do que se ten información, os grupos de menor idade son os que teñen a prevalencia autodeclarada de exposición ao FAT máis alta.



Infeción polo virus do papiloma humano (VPH)

A infección persistente por VPH de alto risco oncoxénico (VPH-AR) é a responsable da totalidade dos cancros de colo de útero de elevadas fraccións doutros cancros[21,22]. En Galicia, a finais do 2008, introduciuse a vacina bivalente (fronte ao VPH-16 e ao VPH-18) no calendario de vacinación infantil para que se lles administrasen tres doses (0-1-6 meses) ás nenas nadas a partir do 1 de xaneiro de 1994, aos 14 anos de idade.

Despois, en marzo de 2014, adoptouse o cambio a dúas doses (0-6 meses) e, en xaneiro de 2016, a vacina pasou a administrarse aos 12 anos debido, entre outros motivos, a que a cobertura vacinal coa serie completa non superaba o 74%. Finalmente, en xullo de 2019 substituíuse a vacina bivalente pola nonavalente, que vai dirixida fronte a sete VPH-AR (16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58) e dous VPH de baixo risco oncoxénico (6 e 11).

Entre 2008 e 2010, a prevalencia de infección xenital con VPH-AR nas mulleres de 16 a 64 anos era do 10,1% (IC 95%: 8,6-11,6%), cunha importante variación na prevalencia por grupo de idade. De feito, no grupo de 20 a 24 anos a máis elevada era do 22,9%. O xenotipo máis frecuente era VPH-16 e a súa prevalencia no conxunto de mulleres estudadas era do 3,5% (IC 95%: 2,7-4,4%), mentres que nas de 20-24 anos era do 8,7% (IC 95%: 5,4-12,0%)[24].

Posteriormente, entre xullo de 2014 e xullo de 2017, realizouse un estudo da efectividade da vacinación coa vacina bivalente en mulleres residentes en Galicia nadas de 1989 en diante e con 18 ou máis anos de idade. Nel observouse un claro descenso na prevalencia de VPH-16 e 18 nas mulleres vacinadas (0,8%) respecto das non vacinadas do período posvacinal (9,2%), que se traduciu nunha efectividade vacinal directa axustada do 94% (IC 95%: 73-99%)[25].

No estudo, achouse ademais unha efectividade vacinal directa axustada fronte os VPH 31, 33 e 45, tomados conxuntamente, do 83% (IC95%: 48-94), froito dunha protección cruzada debido a que estes xenotipos, que non están incluídos na vacina bivalente, están xeneticamente relacionados cos xenotipos VPH 16 e 18.

Infeción por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*)

H. pylori é o principal responsable causal dos cancros gástricos que non son do cardias[22,25].

Non se dispón de datos sobre a prevalencia de infección por *H. pylori* en Galicia, mais a enquisa de seroprevalencia de Galicia realizada en 2007 proporciona unha medida indirecta xa que nela se estudou a presenza de anticorpos IgG fronte a *H. pylori*. A enquisa revelou unhas diferenzas nas prevalencias de infección entre homes e mulleres, pero achounas moi importantes entre os distintos grupos de idade, cunha clara tendencia a medrar canto maior é a idade, do 27% (IC 95%: 24-31%) nos de 18 a 24 anos (que naceron entre 1983 e 1989) ata o 69% (IC 95%: 65-71%) nos de 40 a 65 anos (que naceron entre 1943 e 1977)[26].



Infeción polos virus da Hepatite B e C (VHB e VHC)

O VHB e VHC están implicados causalmente na orixe do carcinoma hepatocelular[22,27].

En Galicia, a incidencia anual de VHB aguda experimentou un descenso moi importante de 1993 a 2017, xa que pasou de 5,0 a 0,7 casos por cen mil habitantes, como tamén o fixo a mortalidade por VHB como causa fundamental da morte[28].

Non se dispón dunha medición directa da prevalencia de infección crónica en Galicia, mais a partir dos rexistros de atención primaria e de tratamentos administrados fíxose unha aproximación que a situaba no 0,15% da poboación, que confirmaría a Galicia como de endemia baixa[28]. Trátase dun valor moi próximo ao da prevalencia que, na poboación española de 20 a 80 anos, achou a II Enquisa de seroprevalencia de España: 0,22% (IC 95%: 0,10-0,34%)[29].

Ademais, en 2014 realizouse en Galicia un estudo con mulleres embarazadas aproveitando o cribado prenatal da infección co VHB[29]. Neste estudo, achouse unha prevalencia de infección do 0,18% (IC 95%: 0,34-0,70%).

Compre salientar que, desde o punto de vista do Plan de acción da rexión europea da OMS, a epidemioloxía da VHB en Galicia indica unha evolución axeitada cara a poder eliminala como un problema de saúde pública en 2030[30].

Con respecto á VHC e segundo a II enquisa de seroprevalencia de España, na poboación de 20 a 80 anos de idade, a prevalencia de anticorpos fronte ao VHC foi de 0,85% (IC 5%: 0,64-1,08%) e a de infección activa foi de 0,22% (IC 95%: 0,12-0,32%).



Impacto do cancro

Incidencia

En Galicia, non se dispón de datos de incidencia de tumores. O Rexistro Galego de Tumores (Regat) ten un elevado grao de desenvolvemento que permite a captura automática dunha parte moi importante dos datos necesarios, mais na actualidade precisa investimento para actualizar a súa infraestrutura e dispor de técnicos que realicen o proceso de validación manual do que non é captado automaticamente. Por isto último, só foi posible completar a información sobre un tumor (cancro de mama), e só para os tumores incidentes en 2015 e 2016. Con esta información elaboráronse os dous únicos informes emitidos por Regat ata este momento[31, 32].

Mortalidade

No trienio 2016-2018, en Galicia faleceron 32.044 persoas de media anual, das que 16.051 eran homes e 15.993 mulleres, que supoñen unhas taxas brutas anuais de mortalidade de 1.183, 1.226 e 1.143 mortes por cada cen mil habitantes (m/105h), respectivamente.

Os tumores foron a primeira causa de morte nos homes, nos que foi a causa fundamental do 32 % dos falecementos, mentres que nas mulleres e no conxunto da poboación foron a segunda, responsables do 20 % e do 26 % dos falecementos, respectivamente. Nas táboas 7 a 9, amósase o número medio de mortes por varios tumores ocorridas en Galicia no trienio 2016-2018, coa porcentaxe que estas mortes supoñen sobre o conxunto de mortes e as taxas anuais bruta e axustada á poboación europea[31], no conxunto da poboación, en homes e mulleres, respectivamente.

▼ Táboa 7. Número medio de mortes por varios tumores en Galicia no trienio 2016-2018, coa porcentaxe que estas mortes supoñen sobre o conxunto de mortes e as taxas anuais bruta e axustada á poboación europea[31] (m/105h).

CIE-10	Tumor	Nº	%	T. Bruta	T. Axust.
C53	Colo de útero	45	0,1	1,6	1,4
C18-C21	Colon-recto-ano	1.214	3,8	44,8	33,5
C16	Estómago	492	1,5	18,1	13,7
C22	Fígado	389	1,2	14,3	11,4
C50	Mama	456	1,4	16,8	13,1
C43	Melanoma	63	0,2	2,3	1,8
C56	Ovario	136	0,4	5,0	4,0
C61	Próstata	493	1,5	18,2	12,6
C33-C34	Pulmón	1.581	4,9	58,3	48,5
C67	Vexiga	340	1,1	12,5	9,1
C81-C96	Linfoide e hepatopoiético	668	2,1	24,6	18,4
(*)	Outras	2.476	7,7	91,4	71,9
	Todos	8.352	26,1	308,2	239,3

(*) C00-C15;C17;C23-C32;C37-C41;C4A;C44;C45-C49;C51-C52;C54-C55;C57-C58;C60; C62-C66;C68-C80



▼ Táboa 8. Número medio de mortes por varios tumores ocorridas nos homes en Galicia no trienio 2016-2018, coa porcentaxe que estas mortes supoñen sobre o conxunto de mortes e as taxas anuais bruta e axustada á poboación europea[31] (m/105h).

CIE-10	Tumor	Nº	%	TBr	TAx
C53	Colo de útero				
C18-C21	Colon-recto-ano	725	4,5	55,6	48,9
C16	Estómago	287	1,8	22,0	19,2
C22	Fígado	265	1,7	20,3	18,2
C50	Mama	10	0,1	0,7	0,6
C43	Melanoma	32	0,2	2,5	2,2
C56	Ovario				
C61	Próstata	493	3,1	37,8	32,4
C33-C34	Pulmón	1.244	7,8	95,3	86,0
C67	Vexiga	274	1,7	21,0	18,2
C81-C96	Linfoide e hepato-poiético	360	2,3	27,6	24,2
(*)	Outras	1.394	8,7	106,8	95,7
	Todos	5.084	31,8	389,6	345,7

(*) C00-C15;C17;C23-C32;C37-C41;C4A;C44;C45-C49;C51-C52;C54-C55;C57-C58;C60; C62-C66;C68-C80

▼ Táboa 9. Número medio de mortes por varios tumores ocorridas nas mulleres en Galicia no trienio 2016-2018, coa porcentaxe que estas mortes supoñen sobre o conxunto de mortes e as taxas anuais bruta e axustada á poboación europea[31] (m/105h).

CIE-10	Tumor	Nº	%	TBr	TAx
C53	Colo de útero	45	0,3	3,2	2,5
C18-C21	Colon-recto-ano	489	3,0	34,8	22,1
C16	Estómago	205	1,3	14,6	9,4
C22	Fígado	124	0,8	8,8	5,9
C50	Mama	446	2,8	31,8	23,1
C43	Melanoma	31	0,2	2,2	1,4
C56	Ovario	136	0,8	9,7	7,3
C61	Próstata				
C33-C34	Pulmón	337	2,1	24,0	18,7
C67	Vexiga	66	0,4	4,7	2,8
C81-C96	Linfoide e hepato-poiético	307	1,9	21,9	14,2
(*)	Outras	1.082	6,7	77,0	52,2
	Todos	3.268	20,4	232,6	159,7

(*) C00-C15;C17;C23-C32;C37-C41;C4A;C44;C45-C49;C51-C52;C54-C55;C57-C58;C60; C62-C66;C68-C80



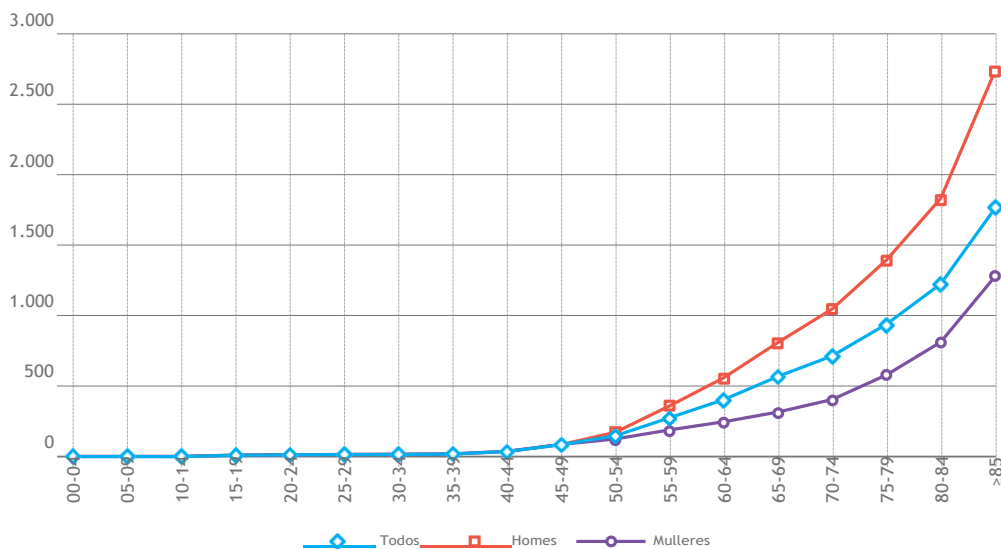
Durante este trienio, o tumor individual con maior mortalidade no conxunto da poboación (1.581 mortes anuais de media) e nos homes (1.244 mortes) foi o cancro de pulmón, malia que nestes a mortalidade por cancro de pulmón amosa unha tendencia levemente decrecente desde 1995, cunha porcentaxe de cambio anual (PCA) de -0,7% (IC 95%: -0,1,-0,6). No conxunto da poboación, esta tendencia levemente decrecente obsérvase só desde 2014 (PCA:-1,1%; IC 95%:-3,0, 0,8), debido a que nas mulleres se observa unha tendencia crecente desde 1995, que inicialmente foi leve, pero de 2001 a 2012 gañou intensidade (PCA:-4,4%; IC 95%:-3,2, 5,6) que, a partir de 2013, vén perdendo (PCA: 3,3%; IC 95%:-1,5, 8,4).

Nas de mulleres, o cancro de pulmón ocupa o terceiro lugar en número de mortes producidas no trienio (337 ao ano). O primeiro lugar ocúpao o cancro de colon-recto e ano (CCRA), con 489 mortes anuais e o segundo o de mama, con 446. Nestes dous cancros, a mortalidade en mulleres amosa unha tendencia decrecente, o CCRA desde 2012 (PCA:-3,6%; IC 95%:-6,8-0,3) e o de mama, con menor intensidade, pero desde 1990 (PCA:-0,8%; IC 95%:-1,2,-0,5).

Nos homes, despois do cancro de pulmón, os tumores con maior mortalidade son o CCRA (725 mortes anuais) e o de próstata (493 mortes), ambos con tendencia decrecente desde 2010.

Á parte do sexo, na distribución da mortalidade por tumores a idade é un factor determinante. Como se observa na gráfica 5, a taxa de mortalidade por grupo de idade medra de forma exponencial a medida que o fai a idade, tanto en homes coma en mulleres, nas que por riba do 50 anos a mortalidade é sistematicamente menor ca nos homes.

▼ Gráfica 5. Taxa anual de mortalidade específica por grupo de idade en Galicia no trienio 2016-18, por sexo.

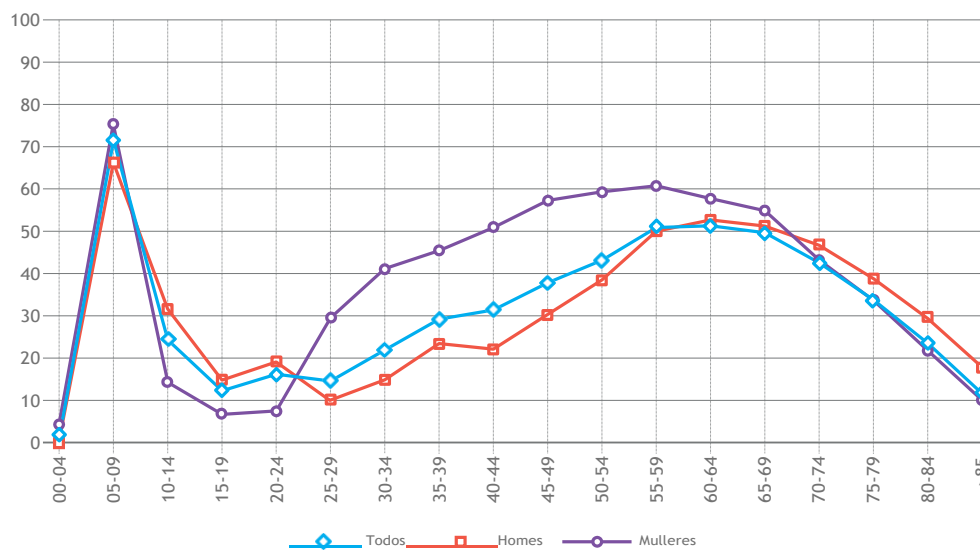


En xeral, este aumento exponencial coa idade obsérvase en todos os tumores que nas táboas 9 a 11 se consideran de forma individual, agás o de pulmón en mulleres, nas que a taxa de mortalidade medra claramente do grupo de 40-44 anos ao de 55-59, para despois ir mingando moi amodo ata o dos 75-79 antes de volver medrar. Como estes datos son do trienio 2016-2018, este cambio de tendencia ocorre en mulleres que naceron na segunda metade da década de 1950, e probablemente reflicte a diferente relación co consumo de tabaco das distintas xeracións.



Por outra banda, o impacto que ten a mortalidade por tumores na mortalidade xeral varía notablemente por grupos de idade, e faíno cunha distribución diferente en cada sexo (gráfica 6). Fóra da tan importante contribución que teñen os tumores no grupo de 5 a 9 anos, na contorna do 70% tanto en homes como en mulleres a mortalidade por tumores non acada o 20% nin en homes nin en mulleres ata superar os 24 anos. O aumento no grupo de 5 a 9 débese ao conxunto de tumores que nas táboas 5 a 7 se engloban coa etiqueta de "Outros" e, en menor medida, aos do tecido linfático e órganos hematopoéticos (TLOH).

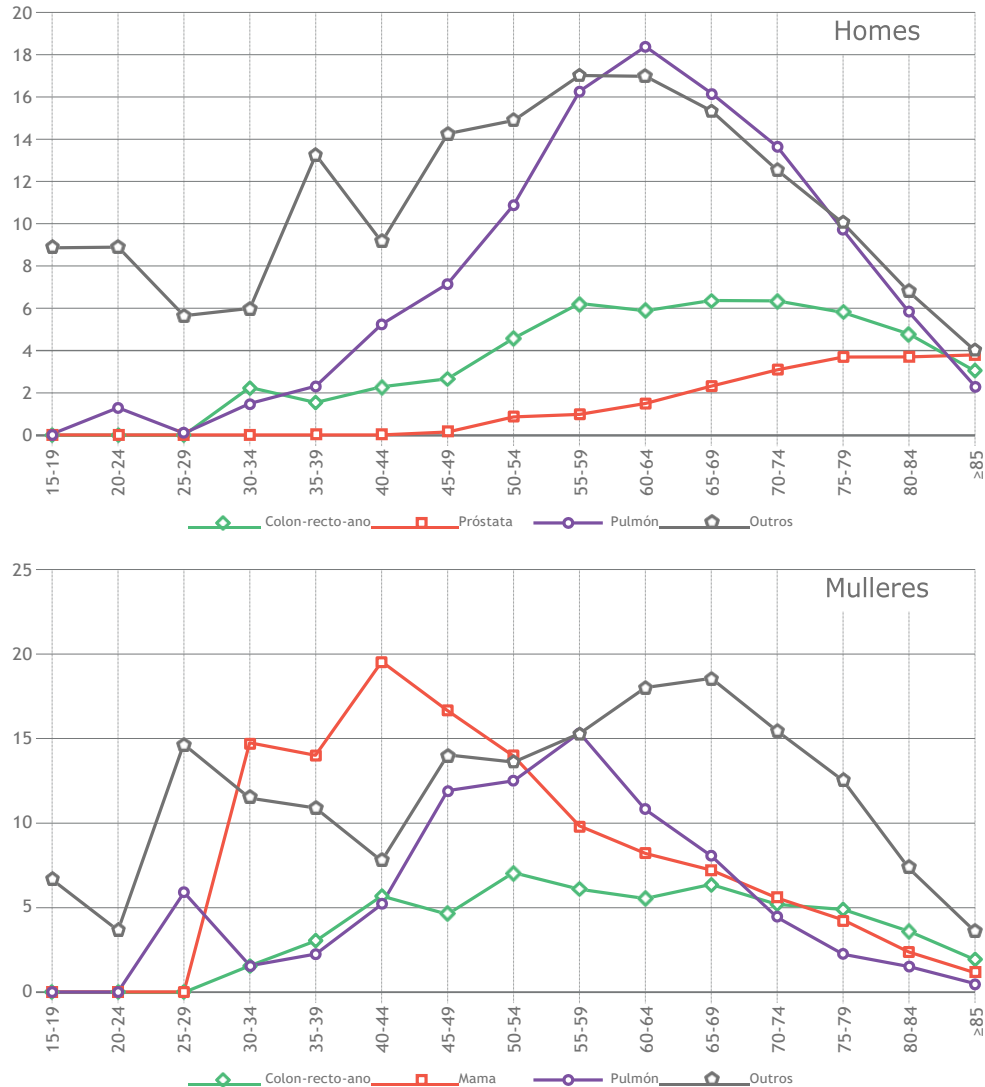
▼ Gráfica 6. Porcentaxe que a mortalidade por tumores supuxo respecto da mortalidade total en Galicia no trienio 2016-18, por sexo e grupo de idade.



A partir dos 24 anos, nas mulleres a porcentaxe que a morte por tumores supón na mortalidade xeral sobre o 30% e o 40% nos dous grupos quinquenais seguintes, e despois segue medrando máis amodo ata estabilizarse no 60% entre os 50 e os 65 anos, cando inicia un progresivo descenso ata o 10% no grupo de 85 e máis anos de idade. Na gráfica 7, obsérvase como entre os 30 e os 55 anos é o cancro de mama o que máis contribúe á mortalidade, e que o cancro de pulmón ten unha contribución moi importante entre os 45 e os 64 anos.



▼ Gráfica 7. Porcentaxe que a mortalidade por catro tumores supuxo respecto da mortalidade total en Galicia no trienio 2016-18, por grupo de idade e sexo: homes na gráfica de enriba e mulleres na de abaixo.



Nos homes, a contribución relativa dos tumores á mortalidade en persoas de máis de 24 anos vai medrando máis amodo, acádase a estabilidade nun nivel de menor intensidade (a contorna do 50%) e algo despois (55 a 69 anos) ca nas mulleres e, coma nelas, despois vai diminuíndo progresivamente ata o 18% no grupo de 85 e máis anos de idade. Na gráfica 7 obsérvase, no caso dos homes, que é o cancro de pulmón o tumor individual que contribúe con maior importancia nos grupos de idade nos que a mortalidade por tumores é relativamente maior. Como ocorre coas mulleres, o grupo doutros tumores tamén é relevante neste aspecto, pero por ser unha combinación de procesos é difícil de interpretar en que consiste o seu papel.

Pódense obter máis datos sobre a mortalidade en Galicia polos principais tumores no Sistema de información sobre mortalidade por cancro (Simca) da DXSP, que se pode consultar na seguinte ligazón: <https://www.Sergas.es/Saude-publica/Mortalidade>.



Anos de esperanza de vida perdidos (AEVP)

Outro xeito de avaliar o impacto dos tumores na mortalidade son os AEVP, que aquí se calcularon entre os 20 e os 85 anos polo papel desproporcionado que na esperanza de vida ten en idades máis novas.

No trienio 2016-2018, a esperanza de vida entre os 20 e os 85 anos foi de 59,4 anos, 57,5 en homes e 61,3 en mulleres, polo dos 65 anos de máximo que se poderían vivir, perdéronse, respectivamente, 5,6, 7,5 e 3,7 anos, que supoñen unha porcentaxe dos AEVP do 42% no conxunto da poboación, 45% nos homes e 41% nas mulleres.

Como se ve na táboa 12, o conxunto de tumores etiquetado como "outros" é o que dá conta dunha maior porcentaxe de AEVP no conxunto da poboación e máis en homes e mulleres. A porcentaxe é moi semellante nos tres casos (13,3, 13,1 e 13,6%, respectivamente), mais nas mulleres supoñen un número menor de AEVP ca nos homes (0,51 fronte a 0,99 anos). Dos tumores considerados individualmente, o cancro de pulmón é o que máis AEVP comporta na poboación (0,58, 10,3%) e nos homes (0,89, 11,9%), seguido do CCRA. Porén, nas mulleres o cancro de mama é o que máis AEVP produce (0,30, 8,1%), seguido do cancro de pulmón e do CCRA.

▼ Táboa 10. AEVP entre os 20 e os 85 anos por diferentes tumores e a porcentaxe que supoñen sobre a totalidade de AEVP entre esas idades, por sexo en Galicia no trienio 2016-18.

TUMOR	HOMES		MULLERES		TODOS	
	AEVP	% de global	AEVP	% de global	AEVP	% de global
Cérvix	0,00	0,0	0,04	1,0	0,02	0,3
Colon-recto-ano	0,38	5,0	0,19	5,1	0,28	5,0
Estómago	0,17	2,2	0,08	2,3	0,12	2,2
Fígado	0,17	2,3	0,05	1,4	0,11	2,0
Mama	0,01	0,1	0,30	8,1	0,16	2,8
Melanoma	0,02	0,3	0,02	0,4	0,02	0,4
Ovario	0,00	0,0	0,09	2,5	0,05	0,8
Próstata	0,13	1,8	0,00	0,0	0,07	1,2
Pulmón	0,89	11,9	0,27	7,1	0,58	10,3
Vexiga	0,11	1,4	0,02	0,6	0,06	1,1
Linfoide e he- patopoiético	0,19	2,6	0,12	3,3	0,16	2,8
Outras	0,99	13,1	0,51	13,6	0,75	13,3
TODOS	3,06	40,6	1,69	45,4	2,38	42,2



Programa galego de detección precoz do cancro de mama (PGDPCM) (1992-2019)

Na actualidade, non contamos con medidas efectivas de prevención primaria do cancro de mama, xa que os factores de risco máis importantes (idade, antecedentes familiares de cancro de mama, antecedentes de patoloxía mamaria, menarquía precoz e menopausa tardía) non son modificables. Polo tanto, os esforzos diríxense ás actividades de prevención secundaria mediante programas poboacionais de detección precoz, co fin de poder ofrecer un tratamento coas máximas expectativas de curación, xa que a supervivencia está moi ligada ao estadio en que se atopa a enfermidade cando é diagnosticada. A realización periódica de mamografías de cribado a mulleres de 50 a 69 anos demostrou a súa eficacia na redución da mortalidade por cancro de mama. No caso das mulleres máis novas, non está claro o beneficio do cribado. Na actualidade, todas as comunidades autónomas dispoñen de programas de cribado de cancro de mama.

A base de datos do PGDPCM é unha base dinámica, polo que se actualiza periodicamente, o que fai que algúns datos poidan cambiar con respecto aos publicados con anterioridade. Os resultados exprésanse por roldas, xa que varían moito segundo se a rolda de cribado da muller é a primeira ou sucesiva. Na primeira rolda detéctanse todos os casos existentes nese momento (casos prevalentes) e nas roldas sucesivas unicamente os casos novos (casos incidentes). Ademais, recolleemos a comparación cos principios estándares de referencia propostos na cuarta edición das *European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis*, do ano 2006.





Participación

No período 1992-2019, realizáronse 2.704.969 exploracións, das que 590.082 corresponden a mulleres que acudían en primeira rolda á unidade de exploración mamográfica e 2.114.887 corresponden a exploracións feitas a mulleres que acudiran en roldas sucesivas. A participación global obtida foi do 79,12%. A participación foi un pouco superior no grupo de 55-59 anos (80,05%). Na actualidade, o programa está consolidado e no ano 2019 a participación acadou unha porcentaxe global de 81,84%, e é a provincia de Lugo a que acadou unha maior porcentaxe (85,84%). No 2019, participaron o 53,50% das mulleres invitadas por primeira vez e o 91,33% das mulleres invitadas en roldas sucesivas. A taxa de participación global sitúase por riba dos niveis desexables segundo as guías europeas (75%).

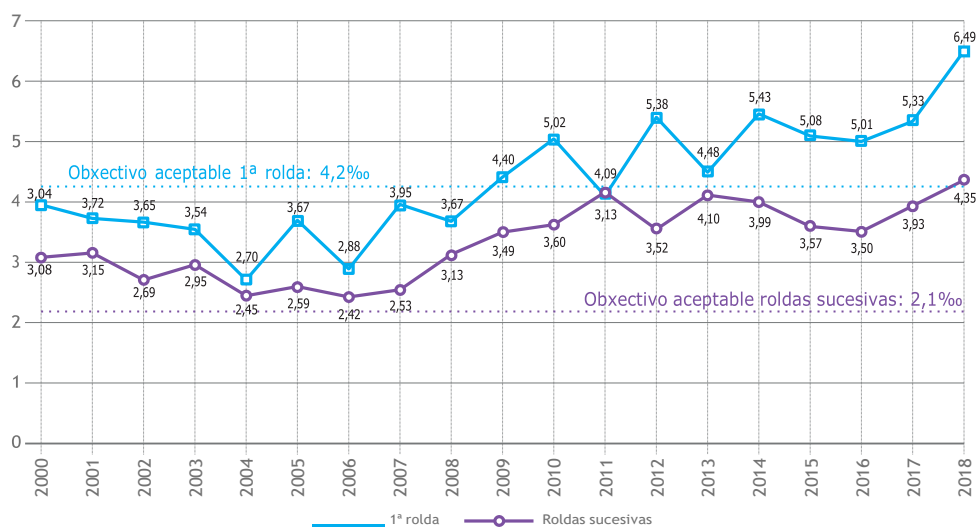
Resultados

O resultado final da avaliación mamográfica foi de 96,66% de mulleres con resultado de normalidade (negativo), mentres que ao 2,9% das mulleres se lle recomendou unha valoración clínica adicional. A proporción de mulleres ás que se lles indica valoración clínica adicional redúcese coa idade, e foi maior na primeira rolda (6,48%) ca nas sucesivas (1,88%).

Os datos relativos ao diagnóstico e tratamento só están dispoñibles para as mulleres exploradas ata o ano 2018. No período 1992-2018, entre as pacientes remitidas ao hospital para estudo, diagnosticáronse 9.382 cancros, o que supón un valor predictivo positivo (VPP) da proba de cribado de 12,78% e unha taxa de detección de 3,68 cancros por 1.000 mulleres exploradas. A taxa de detección mostra un incremento coa idade.

Entre as mulleres que acudiron por primeira vez ao programa, a taxa de detección é máis elevada ca naquelas que acudiron en roldas sucesivas (6,49 e 4,35‰, respectivamente). Respecto da taxa de detección, tanto na primeira rolda coma en roldas sucesivas, supérase o nivel desexable segundo os estándares europeos, de acordo coa epidemioloxía concreta de Galicia (gráfica 8).

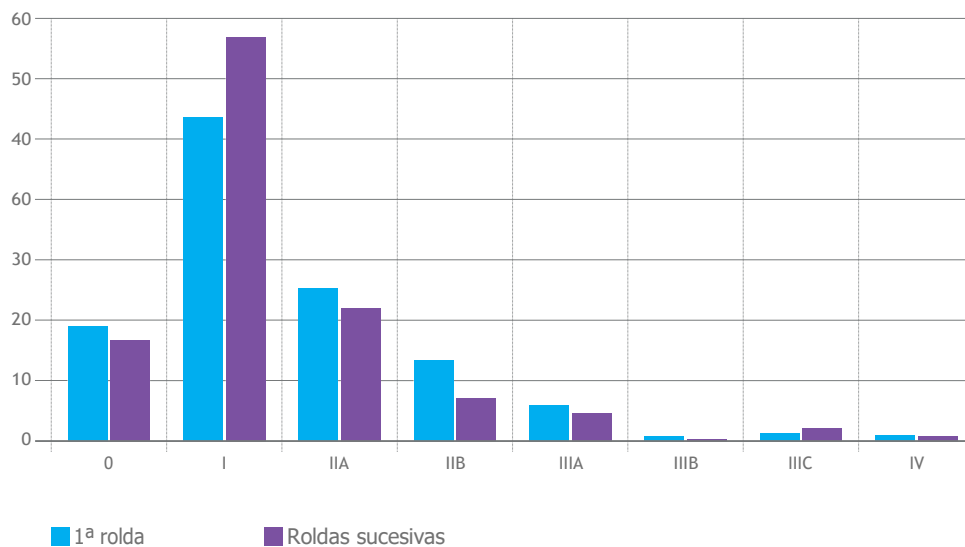
▼ Gráfica 8. Taxa de detección por rolda. Evolución 1992-2018 .





Dos 9.391 cancros detectados no período 1992-2018, 1.326 foron carcinomas ductais in situ, 7.920 tumores invasivos e non consta o grao de invasión en 145 cancros. Coñécese o estadio de 9.210 tumores, dos cales o 33,3% estaban clasificados en estadio II ou superior. Esta porcentaxe é máis elevada en mulleres na primeira rolda (40,1%) ca nas sucesivas (30,8%) (gráfica 9).

▼ Gráfica 9. Estadio dos cancros segundo a rolda de exploración. Anos 1992–2018.



Con respecto aos cancros de intervalo, neste momento dispoñemos dos datos correspondentes a mulleres exploradas no período 1996-2014. A incidencia de cancro de intervalo foi de 12 por 10.000 mulleres cribadas, cunha incidencia proporcional nos doce primeiros meses tras o cribado negativo de 22,72% (estándar desexable <30%) e de 50,61% nos 12 a 24 meses seguintes (estándar desexable <50%). A sensibilidade, calculada segundo a recomendación da guía europea como a proporción que representan os cancros detectados polo programa do total dos cancros diagnosticados nas mulleres participantes (detectados polo programa máis cancros de intervalo), foi do 73,6%.

Outro dos indicadores do programa son os tempos entre os principais procesos do cribado. No período 1992-2019, no 35,4% das mulleres nas que se detectou un cancro de mama o tempo de espera desde o diagnóstico ata o tratamento foi de 21 días ou menos. O tempo total do proceso desde a exploración no programa ata o tratamento nos cancros diagnosticados na valoración clínica inicial foi de 60 días ou menos no 41,5% dos casos.

No ano 2015, a DXSP estudou a evolución das taxas específicas de mortalidade por cancro de mama nas mulleres galegas durante o período 1980-2012, comparando as taxas de mortalidade esperadas en ausencia de cribado coas taxas reais observadas en presenza de programa de cribado. Nas mulleres de 50 a 69 anos (grupo de idade diana do programa), producíronse 910 mortes menos por cancro de mama das esperadas, o que representa una diminución maior do 20% dos casos observados, fronte ao que podería esperarse en ausencia de cribado. O risco relativo de morrer nos grupos cribados cunha participación "pobre" (menor do 50%) redúcese nun 9%; porén, para os grupos cribados cunha participación superior ou igual ao 50% o risco redúcese nun 29%. Este efecto representa un impacto positivo do programa, aínda que non pode ser diferenciado totalmente doutros factores, como poden ser as melloras no tratamento do cancro de mama.



Programa galego de detección precoz do cancro de colon

A maior parte dos CCR diagnóstícanse en estadios avanzados, o que afecta a supervivencia dos pacientes. A evolución natural do CCR, cun longo período de latencia, unido á existencia de probas de cribado que demostraron a súa efectividade, tanto en detección de lesións precursoras coma de CCR en estadios precoces, fan desta enfermidade unha candidata ideal para establecer un programa de detección precoz. O 70-80% dos casos de CCR proceden dun pólipo adenomatoso e nun 20-30% dun pólipo serrado que sofren unha transformación maligna que pode prolongarse arredor de 10 anos. Durante este tempo, poden sangrar de forma intermitente, por iso a proba de detección do sangue oculto nas feces (SOF) e a posterior colonoscopia dos casos positivos, ademais de reducir a incidencia deste tumor ao eliminar lesións en fases iniciais, pode diminuír tamén a mortalidade por CCR entre un 30 e un 35%.

Xa no ano 2003, o Consello da Unión Europea estableceu entre as súas recomendacións a detección precoz do CCR para homes e mulleres entre 50 e 75 anos. En España, no ano 2014, a carteira de servizos do sistema nacional de saúde (SNS) márcalles como obxectivo ás comunidades autónomas a posta en marcha do cribado do CCR para homes e mulleres entre 50 e 69 anos e tamén completar a cobertura ao 100% da poboación no ano 2024. Neste contexto, en Galicia iníciase no ano 2013 a implantación do Programa galego de detección precoz do CCR, que completou a súa extensión xeográfica no ano 2019 e que se adianta cinco anos ao obxectivo proposto polo Ministerio de Sanidade.

O Programa galego de detección precoz do CCR, que se iniciou no ano 2013 na área sanitaria de Ferrol, está implantado na actualidade en toda Galicia. En xullo do 2019, acadouse o obxectivo de invitar a participar, polo menos unha vez, o 100% da poboación de 50 a 69 anos.

Participación

Desde o inicio do programa, enviáronse 1.121.329 invitación válidas (944.648 de rolda inicial e 176.681 de roldas sucesivas) co que queda cuberta toda a poboación galega de entre 50 e 69 anos. A participación global, medida pola entrega do test, foi do 44,39%, sempre maior entre as mulleres (47,7% mulleres versus 40,8% homes), independentemente do ano de invitación. Cando se analiza a participación por rolda de cribado, obsérvase que aquelas persoas que xa participaron algunha vez volven facelo nun 91,6%, (91,1% homes versus 91,9% mulleres); no entanto, a participación nunha primeira rolda (persoas invitadas por primeira vez por cumprir 50 anos de idade e aquelas que xa foron invitadas hai dous anos pero que non participaron) está no 36,9% (33,8% homes versus 39,9% mulleres).



Resultados

Os datos sobre a porcentaxe de positivos e lesións detectadas refírense a aquelas persoas que entregaron o test ata decembro de 2019, que foron 449.672. Nun 6,7 % dos casos, a proba SOF detectou indicios de sangue en primeira rolda e no 5,0 % dos casos en roldas sucesivas.

No período que vai desde o inicio do programa e ata decembro de 2019, realizáronselles colonoscopias a 26.647 persoas. Como resultado destas, identificáronse 1.436 persoas con cancros invasivos (taxa de 3,2 por cada 1.000 persoas que entregan o test), o que supón un VPP do test de SOF para cancro (a probabilidade de ter un cancro cando o resultado do test é positivo e despois de facer a colonoscopia) do 5,4 %. Ademais, diagnosticáronse 4.736 persoas con adenomas de alto risco (AAR), 6.572 de risco medio (AMR) e 5.983 de risco baixo (ABR). As taxas de lesións foron sempre máis altas nos homes, e destaca a taxa de cancros invasivos (máis do dobre) e a taxa de adenomas de alto risco (preto do cuádruplo) (táboa 11).

▼ Táboa 11. Taxa de lesións entre homes e mulleres por tipo de lesión. 2013-2019.

	CCR	AAR	AMR	ABR
Homes	4,8‰	17,7‰	20,9‰	16,4‰
Mulleres	1,9‰	5,0‰	9,7‰	10,8‰

Cando se analizan os datos por rolda de participación, obsérvase que en roldas sucesivas as taxas de detección, tanto de adenomas como de cancro, son claramente inferiores (Táboa 12).

▼ Táboa 12. Taxa de lesións entre homes e mulleres por rolda de participación. 2013-2019

	CCR	AAR	AMR	ABR
R. Inicial	3,8‰	12,2‰	15,8‰	13,8‰
R. Sucesivas	1,5‰	6,0‰	11,8‰	11,9‰

No ano 2019, realizáronselles colonoscopias a 8.022 persoas (4.452 homes e 3.570 mulleres). Delas, o 68% tivo algún tipo de lesión: 387 cancros, 1.868 persoas con adenomas de baixo risco, 1.879 con adenomas de risco intermedio e 1.302 persoas con adenomas de alto risco.

Do total dos 1.436 cancros, 1.256 en rolda inicial e 180 en sucesivas, o 67% deles foron identificados en estadios precoces (49% en estadio I e 18% en estadio II), nos que o prognóstico é significativamente mellor. Esta porcentaxe foi similar na rolda inicial e nas sucesivas e claramente diferente ao estadio habitual dos CCR diagnosticados fóra do programa de cribado, onde só o 14% son identificados en estadio I.



O programa galego, en termos globais, está cumprindo cos obxectivos marcados para este tipo de programas e, como valor engadido, incorpora na súa actividade rutineira de cribado as actividades de seguimento mediante colonoscopia de todas as persoas ás que se lles detecta un risco alto ou intermedio de padecer un cancro colorrectal. O seguimento das persoas con risco alto ou intermedio diagnosticadas dentro do programa de cribado é exclusivo do programa galego respecto doutros programas españois que non centralizan de forma organizada esta actividade. A experiencia neste punto é moi positiva, o programa pon en marcha o circuito dun novo seguimento cando lle corresponde a cada persoa liberando a atención primaria, hospitalaria e o propio paciente desta responsabilidade, coa vantaxe de que se realiza con criterios homoxéneos para toda a poboación e evita duplicidade de peticións de colonoscopias. Os resultados son unha adherencia superior.

Así, no período 2013-2019, segundo a súa data de avaliación, 4.258 persoas foron clasificadas como de alto risco e indicóuselles a realización dunha nova colonoscopia ao ano e 5.324 foron clasificadas como de risco intermedio con indicación de colonoscopia aos 3 anos. Entre as de risco alto, completaron a colonoscopia o 98,6% (o 91,6% dentro do prazo establecido de 9-15 meses) e un 1,4% abandonan. Nun 36,3% dos casos, a colonoscopia foi normal, sen detección de lesións, nun 0,2% detectouse un CCR (7 persoas) e no resto dos casos (63,5%) detectáronse lesións que foron extirpadas na propia colonoscopia. Entre os de risco intermedio, completaron a colonoscopia o 96,6% (o 97,1% deles dentro do prazo establecido entre 30 e 42 meses) e un 3,1% abandonan. Nun 43,5% dos pacientes, a colonoscopia foi normal, sen que se detectasen lesións, nun 0,5% detectouse un CCR (6 persoas) e no resto (66%) detectáronse lesións que se extirparon na mesma colonoscopia.



Programa de detección precoz do cancro de cérvix

Polo que respecta ao cancro de cérvix, unha fase preclínica prolongada e a identificación de fases premalignas con posibilidade de tratamento efectivo e sinxelo confírenlle a posibilidade de instaurar medidas de detección precoz e, polo tanto, ao obxectivo de diminución da mortalidade engádeselle o de redución da incidencia, tal e como sucede no caso do CCR. En abril do 2019, publicouse a orde de modificación da Carteira básica común de servizos do SNS, que establece un prazo de 5 anos para que todas as comunidades autónomas inicien un programa poboacional de cribado en mulleres de 35 a 65 anos coa utilización da proba de detección dos VPH-AR (test VPH-AR) como proba primaria. Como consecuencia destes feitos, a DXSP adoptou en 2019 a decisión de establecer o cribado poboacional do cancro de cérvix nos termos establecidos na carteira básica.

A Consellería de Sanidade iniciou no ano 2019 o Programa galego de detección precoz do cancro de cérvix, co obxectivo final de reducir a morbimortalidade por este cancro entre as mulleres galegas, ademais de reducir a súa incidencia a través da detección e do tratamento das lesións precursoras do cancro.



Organización dos recursos tecnolóxicos en cancro

A incorporación e o uso da máis alta tecnoloxía para o diagnóstico e tratamento contra o cancro é vital para aumentar as probabilidades de curar esta enfermidade. A este respecto descríbense neste apartado os recursos de alta tecnoloxía que se foron incorporando no Servizo Galego de Saúde (Sergas) nos últimos anos, diferenciando catro equipamentos: aceleradores lineais, equipos de resonancia magnética, de tomografía computadorizada e medicina nuclear.

Aceleradores lineais

No ano 2015, existían grandes diferenzas entre as sete áreas sanitarias do Servizo Galego de Saúde, tanto en acceso a tratamentos como en tipo de terapias que se administraban. Isto supoñía que non se realizaban tratamentos de radioterapia de intensidade modulada (IMRT), radioterapia estereotáxica fraccionada corporal (SBRT) e radioterapia guiada por imaxe (IGRT) en todos os centros da rede asistencial pública.

Estas diferenzas obedecían a aspectos estruturais (número de equipos dispoñibles, recursos humanos e materiais asociados) e características dos equipos instalados (algúns na fin da súa vida media útil).

Co obxectivo de mellorar esta situación, desenvolveuse un plan para a incorporación de novos equipos no ámbito da radioterapia (*Solución global para a cobertura das necesidades diagnósticas e terapéuticas mediante equipamento de alta tecnoloxía no Sergas a través dun diálogo competitivo*). Abordáronse os seguintes aspectos desde o punto de vista estrutural:

Na área Norte:

1. Renovación de dous dos equipos do centro oncolóxico, que posibilitaron a dispoñibilidade por un lado de realizar máis tratamentos e, por outro, permitiron dispoñer de tratamentos de nivel avanzado (True Beam-acelerador que administra doses precisas con rapidez). Dispoñibilidade dunha das unidades de tratamento da área norte.
2. Incorporar dúas unidades de tratamento en Lugo, incluídos os de altas prestacións, como a IMRT ou a IGRT.



Na área Centro:

1. Renovar as unidades de tratamento do Hospital Clínico de Santiago, incorporando en polo menos dous deles a IMRT, a IGRT e a SBRT.
2. Dotar un dos equipos de técnicas avanzadas para tratamentos complexos (True Beam).

Na área Sur:

1. Renovar os equipos máis antigos do Hospital do Meixoeiro con equipos dotados de IMRT, IGRT, SBRT, e *True Beam*.
2. Actualizar os equipos de Ourense, incorporando a IMRT volumétrica en polo menos un dos equipos.

Dentro do mesmo proceso de cobertura, tamén se establece dispoñer dun software departamental: sistema de rexistro e verificación e sistema de planificación e cálculo, corporativos, configurados en rede que permitan o manexo de unidades de tratamento e pacientes de modo global e independente de onde se sitúen.

Este sistema, único e corporativo, xunto coa actual distribución das distintas modalidades de tratamento, permitiu un manexo conxunto e integrado por áreas dos recursos e dos pacientes durante os últimos catro anos.

Neste contexto, a táboa seguinte recolle os cambios nos equipos desde o ano 2015 no que se refire a número e técnicas terapéuticas por áreas.

▼ Táboa 13. Actuación sobre os equipos de radioterapia e ratios poboacionais (anos 2016-2021).

Área	Hospital	Equipos 2015	Actuación	Equipos 2021	Bandas	Técnicas
Área centro	CHUS	3	Substitución 3 equipos	3	2 equipos banda extensiva e 1 en avanzada	CRT IGRT IMRT SBRT TrueBeam
	HULA	0	Adquisición 2 novos equipos	2	Banda avanzada e banda extensiva	CRT IGRT IMRT
Área norte	CONSORCIO	3	Substitución 2 equipos	3	2 equipos banda extensiva e 1 en avanzada	CRT IGRT IMRT SBRT TrueBeam
	CHUOU	2	Actualización 2 equipos	2	2 equipos en banda extensiva	CRT IGRT IMRT
Área sur	CHUVI	4	Substitución 3 equipos	4	3 equipos banda extensiva e 1 en avanzada	CRT IGRT IMRT SBRT TrueBeam
	POVISA	1	Renovación ano 2021	1	Equipo de banda extensiva	CRT IGRT IMRT SBRT
TOTAL		13		15		



Con estas incorporacións, as ratios de equipo/poboación tras este contrato co socio tecnolóxico melloraron substancialmente, especialmente na área norte, e quedaron como se pode ver na táboa 14:

▼ Táboa 14. Ratio de habitantes por equipo de radioterapia.

Área	Hospital	Poboación asignada	Nº equipos	Habit/equipo centro	Habit/equipo area	Equipos/millón habitantes ano 2021	Equipos/millón habitantes ano 2015
Norte	CONSORCIO	723.351	3	241.117	207.402	4,8	2,8
	HULA	313.661	2	156.831			
Centro	CHUS	442.951	3	147.650	147.951	6,7	6,6
	CHUOU	297.617	2	148.809			
Sur	CHUVI	728.205	4	182.051	165.218	6,1	5,8
	POVISA	130.704	1	130.704			
Total		2.636.527	15	175.768	175.768	5,7	4,8

Finalmente, no ano 2020 as técnicas a realizar en cada área son homoxéneas e contan todas con IRGRT, IMRT, SBRT e *True Beam*.

Tamén se desenvolve un área de servizo compartido entre Vigo e Ourense para os efectos de coordinación de técnicas e recursos entre ambas as áreas sanitarias, dentro do modelo de coordinación e dotación de procedementos establecido para as áreas de servizo compartido.

Resonancia magnética

Neste mesmo plan, abordáronse tamén solucións no ámbito da resonancia magnética, actualizando e mellorando os aspectos desde o punto de vista estrutural.

Como resumo, convén sinalar que se substituíron 4 resonancias magnéticas (RM) por obsolescencia, incorporáronse 3 RM adicionais (CHUAC, CHUOU e CHOP) e actualizáronse 5 RM.

Así, incrementáronse en 3 as RM instaladas nos centros, de xeito que pasaron de 13 a 16, que se complementan con 3 RM móbiles que dan cobertura aos hospitais comarcais (no ano 2015, estas resonancias móbiles eran 2). Ademais, melloráronse as bandas tecnolóxicas, dado que se incorporaron RM de 3 tesslas nas área de Vigo e A Coruña, unha tecnoloxía coa que contan os tres centros de referencia do Sergas.

Polo tanto, a ratio de equipos por millón de habitantes pasou dos 5,5 aos 7,2 actuais.

Tomografía computerizada

Tamén no mesmo ano 2015, e dentro do plan para a incorporación de equipos no ámbito da radioloxía (Solución global para a cobertura das necesidades diagnósticas e terapéuticas mediante



equipamento de alta tecnoloxía no Sergas a través dun diálogo competitivo) na área de tomografía computerizada (TC), abordáronse os seguintes cambios:

- Evolución tecnolóxica dos TC de Ferrol, Pontevedra e 2 en Ourense. Isto implica unha actualización dos equipos instalados.
- Substitución dos TC instalados nos seguintes hospitais: 2 no CHUAC, 2 de Santiago (un deles por un equipo de banda innovadora), 1 no Hospital de Valdeorras, 1 en Ferrol e 1 en Vigo.
- Adquisición adicional de 2 TC da banda innovadora, un para o CHUAC e outro para o CHUS.

Medicina nuclear

Dentro do contrato co socio tecnolóxico na área de medicina nuclear, os cambios realizados a partir do ano 2016 tras a sinatura do contrato foron:

A incorporación de 2 tomografías por emisión de positrons (PET-CT), un para o consorcio oncolóxico para situar na Coruña, área que non contaba con esta tecnoloxía, e a substitución do PET de Santiago por un PET-CT de banda innovadora.

Con respecto ás gammacámaras, incorporáronse 4 novos equipos adicionais nos seguintes centros: CHUS, CHUOU, CHUVI e unha gammacámara en Lugo para crear un novo servizo de medicina nuclear, o que supón que se conta actualmente con 8 gammacámaras.

Finalmente, convén sinalar o futuro próximo. No ano 2021, puxéronse en marcha os fondos de recuperación e resiliencia da Unión Europea, o plan Inveat, dentro dos fondos de recuperación e resiliencia da Unión Europea. Isto suporá para os próximos anos (2022 e 2023) novas incorporacións e melloras tecnolóxicas.



Actividade asistencial hospitalaria

A actividade asistencial pódese medir a través dun conxunto de indicadores de produtividade que se obteñen a través dos sistemas de información corporativos, a partir da actividade diaria desenvolvida por cada centro hospitalario. Medir, cuantificar, homoxeneizar e monitorizar a información sanitaria para obter os indicadores de actividade asistencial é unha ferramenta básica na xestión sanitaria.

Neste apartado, individualizamos en diferentes epígrafes este contido, co fin de lle dar unha maior visibilidade a cada un e de facilitar a súa difusión.

Hospitalización con ingreso

Esta análise da actividade asistencial realízase en base á información que proporciona o conxunto mínimo básico de datos (CMBD), rexistro clínico administrativo das altas hospitalarias, implantado nos hospitais da rede do Sergas, así como na maioría de hospitais de titularidade privada e que permite efectuar unha aproximación á situación en Galicia, en base á codificación dos diagnósticos e procedementos das altas de hospitalización e de hospitalización a domicilio (Hado). Polo tanto, e tal e como se acaba de comentar, a unidade básica de análise do CMBD son as altas.

Con respecto á exhaustividade da codificación, cabe destacar que os hospitais da rede do Sergas acadaron unha porcentaxe de codificación das altas do 100% en todos os anos do período 2016-2020, agás no 2016, no que a codificación das altas hospitalarias se situou no 99,57%, o que deber terse en conta nas análises de evolución temporais por ano.

Por outra banda, nos hospitais privados, as cifras de codificación acadadas non foron tan elevadas, xa que variaron entre o 98,60% do ano 2016 ata o 99,94% obtido no ano 2018, cun global de 99,64%, aínda que non todos estes centros codificaron as altas todos os anos do período considerado.

Convén subliñar que as porcentaxes de codificación anteriormente presentadas se refiren ao global das altas hospitalarias, non só das correspondentes ás neoplasias malignas (NM).

No relativo ao motivo de ingreso, é imprescindible destacar que para realizar esta análise se seleccionaron as NM, codificadas no CMBD cos códigos da CIE-10 ES, que van desde o C00 ao C96 (anexo I), pero non se incluíron as complicacións, pola imposibilidade de identificar todas as que se poderían asociar aos tumores malignos seleccionados. Ademais, non figuran aqueles ingresos realizados co fin de tratar estas NM (quimioterapia, radioterapia...), porque a hospitalización non constitúe a única fonte de datos, tendo en conta que con frecuencia estas terapias se aplican nos hospitais de día.

A análise que se realizará englobará tanto aqueles pacientes atendidos na rede de Sergas como aos pacientes ingresados nos hospitais de titularidade privada nos que se codifican as altas.



Análise descritiva

Global

O número de altas que se produciron entre os anos 2016-2020 nos hospitais do Sergas e Povisa (con financiamento do Sergas) superou o millón; en concreto, foi de 1.253.552. De todas elas, 109.802 tiveron como motivo de ingreso unha neoplasia maligna primaria, o que representa o 8,76%.

Ademais, neste apartado diferenciaranse, por unha banda, o número de persoas ingresadas por un tumor maligno e, por outra, o número total de ingresos deses pacientes. No primeiro caso, estase a falar do número de pacientes que ingresan por NM, con independencia do número de veces que o fixeron; no segundo caso, contabilízanse o número total de ingresos, cuxa cifra será moi similar ao número de altas, xa que cada ingreso xera unha alta. A súa diferenza vaise deber a que parte dos pacientes que ingresaron ao final de ano non se irán de alta ata o ano seguinte. Neste sentido, hai que comentar que, aínda que a análise se baseará nas altas, ao principio de cada apartado especificarase a cifra de ingresos.

Así, cabe sinalar que o número de persoas que ingresaron por NM no período 2016-2020 ascendeu a 81.298. Se contabilizamos, ademais, todas as veces que estes pacientes foron ingresados, a cifra incrementase ata os 119.299, cun total de altas cuxo motivo de ingreso foi unha NM, rexistradas nese período 119.471.

Segundo a súa titularidade, convén salientar que a actividade asistencial é maioritariamente pública, ao orixinarse nos hospitais do Sergas e Povisa (con financiamento do Sergas) o 92% das altas (109.802), fronte ao 8% que se producen nos hospitais privados (9.669).

A idade media das altas das persoas con motivo de ingreso NM para o período 2016-2020 foi de 66,95 anos, cunha estadía media de 9,27 días. Estas cifras son superiores no daquelas altas que remataron en morte intrahospitalaria con respecto ao total: 72,24 anos versus 66,95 anos e 13,13 días fronte aos 9,27 días (táboa 15).

▼ Táboa 15. Altas e morte con motivo de ingreso neoplasia maligna. Período 2016-2020.

Nº altas	% altas sobre total	Idade media altas	Estadía Media (días)	Nº mortes intra-hospitalarias*	% mortes intra-hospitalarias	Idade media mortes	Estadía Media Mortes (días)
119.471	8,06	66,95	9,27 días	14.617	12,23	72,24	13,13 días

* No número total de mortes intrahospitalario non se inclúen os correspondentes a POVISA dos anos 2016 e 2017, que suman un total de 109, por un problema na declaración desta información.

Con respecto ao sexo, das altas que se produciron no período 2016-2020, o 56,5% correspondéronlle a homes, porcentaxe superior en 13 puntos con respecto á das mulleres, cun 43,5%.



Con relación aos tumores que xeraron un maior número de altas cabe sinalar que, nese período, as neoplasias malignas de colon, recto e ano (NMCRA) foron as responsables do maior número delas (15.463), seguidas da neoplasia de vexiga (NMV) (10.858) e do cancro de pulmón, traquea e bronquio (NMPTB) (10.615) e o de mama (NMM) (10.413). Isto mesmo sucedeu no período 2010-2015, no que a orde de frecuencia de ingreso por tipo de tumor foi igual, agás na NM de linfoides, hematopoéticos e relacionadas (NMLH) que sobe unha posición, de xeito que se sitúa no quinto lugar, mentres que o de próstata descende á sexta posición.

Con relación ás mortes intrahospitalarias correspondentes ás altas agrupadas por tipo de tumor, a neoplasia de pulmón, traquea e bronquios acada a porcentaxe máis elevada, o 23,13%, seguido do cancro de estómago, cun 20,26%, e da neoplasia de fígado, cun 18,52%.

Na táboa 16, figuran as altas de pacientes que ingresaron por unha NM no período 2016-2020, agrupadas por tipo de tumor.

▼ Táboa 16. Altas de pacientes que ingresaron por unha NM no período 2016-2020, agrupadas por tipo de tumor.

Tipo de tumor	N.º Altas	% altas sobre o global altas	Idade media	Estadía media	Nº mortes intrah.	Idade media mortes	Estadía media mortes intrah.	% mortes intrah.
Colon, recto e ano	15.463	1,04	71,71	12,97	1.427	77,11	13,63	9,23
Vexiga	10.858	0,73	73,23	5,88	489	78,67	12,76	4,50
Pulmón, traquea e bronquios	10.615	0,72	68,00	9,29	2.455	69,62	11,15	23,13
Mama	10.413	0,70	60,96	3,54	217	67,34	10,20	2,08
Próstata	8.411	0,57	68,48	4,69	340	79,92	10,66	4,04
Linfoides, Hemato-poiéticas e relacionadas	8.116	0,55	60,78	16,17	1.154	74,26	18,82	14,22
Estómago	3.899	0,26	73,01	13,61	790	74,93	14,25	20,26
Fígado	3.451	0,23	70,62	7,95	639	72,60	11,29	18,52
Ovario	1.393	0,09	63,10	9,93	159	73,08	14,81	11,41
Cérvix	1.203	0,08	57,24	4,99	60	65,03	12,73	4,99
Melanoma	673	0,05	64,85	4,26	30	73,47	11,70	4,46
Outras	44.976	3,04	65,36	9,64	6.857	70,84	13,04	15,25
TOTAL	119.471	8,06	66,95	9,27	14.617	72,24	13,13	12,23

Análise da evolución temporal por ano e sexo

O número de altas nos hospitais do Sergas e Povisa (con financiamento do Sergas) por NM nos anos 2016, 2017, 2018 e 2019 situouse arredor das 22.000, o que evidencia unha diminución no ano 2020, no que descendeu ata os 19.965. Non é posible extraer conclusións sobre este feito debido á situación epidemiolóxica motivada pola pandemia da covid-19.



▼ Táboa 17. Evolución temporal do número de altas nos hospitais do Sergas e Povisa (con financiamento Sergas). Período 2016-2020.

Ano	N.º total altas	N.º altas por neoplasia maligna	Altas neoplasia maligna/ Total altas (%)
2016	249.607	22.272	8,92
2017	256.101	22.656	8,85
2018	259.817	22.693	8,73
2019	261.235	22.216	8,50
2020	226.792	21.486	8,80
Total	1.253.552	111.323	8,76

Se analizamos a evolución das altas por sexo no período 2016-2020, podemos comprobar que nos homes a idade media global aumenta dos 67,65 anos no ano 2016 ata os 68,58 anos no ano 2020, mentres que no caso das mulleres apenas se produce incremento, ao pasar dos 65,57 anos no 2016 aos 65,85 anos no 2020 (táboa 18).

Con respecto ás mortes intrahospitalarias nese período en homes, hai que comentar que aumenta a súa idade media, xa que pasa dos 71,06 anos no 2016 aos 73,09 anos do 2020. Con relación ás mulleres, non se aprecian cambios significativos na evolución da idade media das mortes.

▼ Táboa 18. Evolución do número de altas/mortes intrahospitalarias por sexo e por ano. Período 2016-2020.

	Home							Muller						
	Altas NM	% altas NM Sobre Total	Idade media	Estadía media	Idade media mortes intrah.	Estadía media mortes intrah.	% mortes intrah.	Altas NM	% altas NM sobre total	Idade media	Estadía media	Idade media mortes intrah.	Estadía media mortes intrah.	% Mortes intrah.
2016	14.054	4,87	67,65	9,96	71,06	13,47	13,15	10.290	3,56	65,57	9,29	72,89	13,43	11,33
2017	14.135	4,77	67,53	9,75	71,52	12,46	12,89	10.479	3,53	65,70	8,96	72,46	13,50	11,48
2018	14.376	4,55	67,74	9,44	71,23	12,43	13,36	10.585	3,35	65,27	8,50	72,69	12,82	11,13
2019	13.606	4,35	68,49	9,71	72,45	13,74	12,55	10.460	3,34	65,41	8,45	73,33	13,55	11,22
2020	12.416	4,64	68,58	9,42	73,09	13,13	12,69	9.070	3,39	65,85	8,47	73,18	13,12	11,28
Total	68.587	4,63	67,98	9,66	71,82	13,03	12,94	50.884	3,43	65,55	8,74	72,90	13,29	11,29

Nos homes, o tumor maligno que se sitúa no primeiro lugar polo seu número de altas no global do período 2016-2020 é o de colon, recto e ano (9.280), seguido da neoplasia de vexiga (8.950), o de próstata (8.411) e o de pulmón, traquea e bronquios (7.948), tal e como se observa na táboa 4. A porcentaxe de mortes intrahospitalarias máis elevada nas altas dos homes cuxo motivo de ingreso é unha NM correspondeulle a NM pulmón, traquea e bronquios, cun 24,25%, seguida pola NM de estómago, o 20,39%, que ocupa o terceiro lugar, e a NM de fígado, cun 17,56%.

Nas mulleres, o tumor que se sitúa no primeiro lugar polo seu número de altas no global do período 2016-2020 é o de mama (10.328), seguido da neoplasia de colon, recto e ano (6.183), neoplasias linfoides, hematopoéticas e relacionadas (3.507) e de pulmón, traquea e bronquios (2.667). A porcentaxe de mortes intrahospitalarias máis elevada nas altas das mulleres con motivo de ingreso NM correspondeulle á NM fígado, cun 21,29%, seguida pola NM de estómago, o 20,07%, e o terceiro lugar ocúpao a NM de pulmón, traquea e bronquios, cun 19,80%.

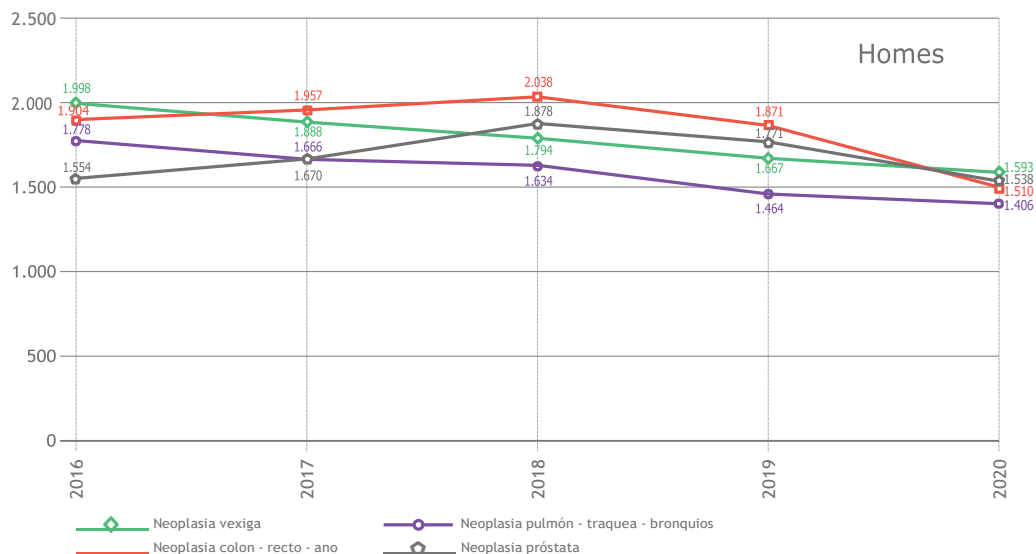


▼ Táboa 19. Número de altas de pacientes que ingresaron por un NM/morte intrahospitalaria no período 2016-2020, desagregadas por tipo de tumor e sexo.

	Homes			Mulleres		
	N.º altas global período	% mortes	intrahospitalarios global período	N.º altas global período	% mortes	intrahospitalarios global período
Cérvix				1.203		4,99
Colon, recto e ano	9.280		8,92	6.183		9,69
Estómago	2.384		20,39	1.515		20,07
Fígado	2.568		17,56	883		21,29
Linfoides, hematopoiéticas e relacionadas	4.609		13,58	3.507		15,06
Mama	85		1,18	10.328		2,09
Melanoma	311		5,14	362		3,87
Ovario				1.393		11,41
Próstata	8.411		4,04			
Pulmón, traquea e bronquios	7.948		24,25	2.667		19,80
Vexiga	8.950		4,38	1.907		5,09
Outras	24.039		15,83	20.936		14,57

A análise da evolución temporal das altas de homes cuxo motivo de ingreso foi unha NM, amosa un claro decrecemento das altas por NM vexiga e de pulmón, traquea e bronquios. No caso dos tumores de colon, recto e ano e próstata, as altas experimentan un aumento ata o ano 2018, a partir do que descenden.

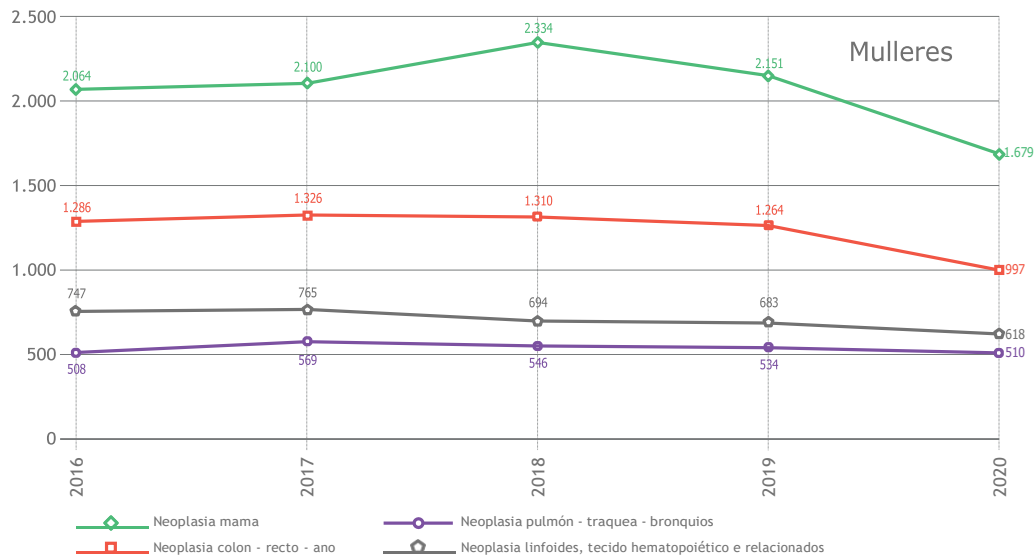
▼ Gráfica 10. Evolución das altas por tipo de tumor con maior frecuencia de ingresos en homes. Anos 2016-2020.





En canto á evolución nas mulleres, convén comentar que as altas cuxo motivo de ingreso foi unha NM de mama experimentaron un decrecemento importante desde o ano 2018, no que acadaron o pico máximo deste período, ata o ano 2020. Tamén diminúen, pero só no último ano do período de estudo, as altas derivadas de neoplasias de colon, recto e ano.

▼ Gráfica 11. Evolución das altas por tipo de tumor con maior frecuencia de ingresos en mulleres. Anos 2016-2020.



Das altas que tiveron como motivo de ingreso unha NM primaria (109.802) sobre o número total de altas (1.253.552) que se produciron no período 2016-2020 nos hospitais do Sergas e Povisa (con financiamento do Sergas), o maior número correspondeu á área sanitaria de Coruña e Cee (21.526), seguida das áreas de Vigo (18.380) e Santiago e Barbanza (18.208). Nas áreas sanitarias de Lugo, A Mariña e Monforte (11.948); Ourense, Verín e O Barco (12.432) e Pontevedra e O Salnés (12.616), o número de altas foi similar, e na de Ferrol deuse unha cifra de 7.722.

Por servizo de ingreso, o maior número de altas achégano cirurxía xeral e dixestiva (24.698), seguido de uroloxía (20.298), medicina interna (17.233), oncoloxía médica (14.281) e, cunha cifra de altas moito menor, os servizos de xinecoloxía (7.715), dixestivo (5.010), otorrinolaringoloxía (4.483), hematoloxía clínica (4.159) e cirurxía torácica (3.794). As altas que se produciron nos restantes servizos foron inferiores a 3.000.

En canto aos reingresos urxentes en menos de 8 días que se produciron por unha NM no global do período 2016-2020 nos hospitais do Sergas e Povisa (con financiamento do Sergas), hai que sinalar que a cifra acadada foi do 1,43% e do 3,86% para aqueles que tiveron lugar antes dos 7 e dos 30 días, respectivamente. Ambos os indicadores mantiveron unhas cifras bastantes estables nese tempo, agás no ano 2020, no que experimentaron un certo descenso, ao situarse no 1,21% e no 3,34%. Destes cálculos, exclúense as mortes intrahospitalarias e os ingresos por complicacións e os programados para tratamento.



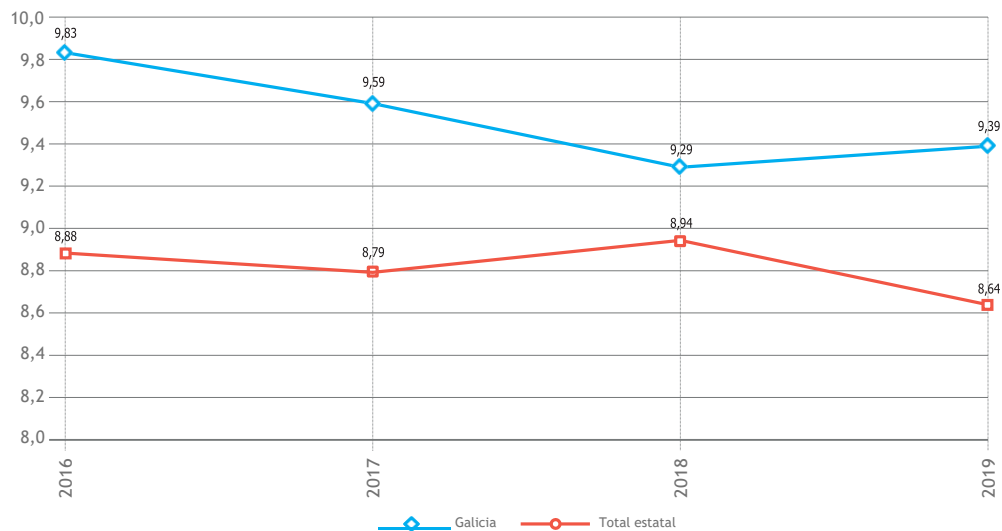


Comparativa dos datos globais con outras comunidades autónomas

Os datos que se presentan serán os pertencentes aos anos 2016-2019, xa que son os que están dispoñibles no portal estatístico da Subdirección Xeral de Información Sanitaria do Ministerio de Sanidade, no momento de elaboración deste informe.

Segundo se desprende da análise destas cifras, a estancia media en Galicia diminúe ata o ano 2018 e experimenta un lixeiro repunte no ano 2019, ao contrario da tendencia que se observa no comportamento deste indicador no conxunto do Estado, onde pasa de 9,88 no ano 2016 a 8,64 no ano 2019, cun pequeno repunte no ano 2018.

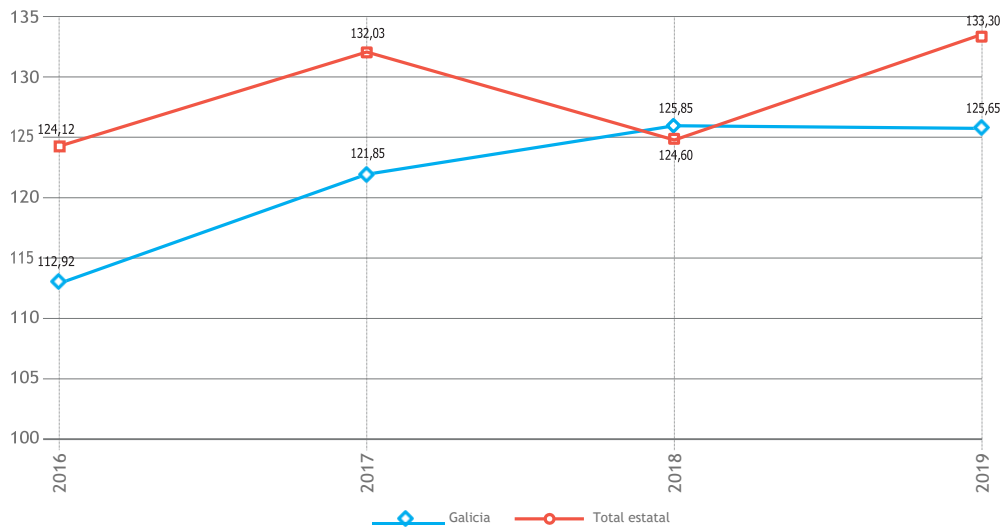
▼ Gráfica 12. Evolución temporal das estadías medias das altas con motivo de ingreso NM de próstata (NMP) Galicia/Global Estado.



A taxa de actividade, entendida en hospitalización como o número de altas válidas con motivo de ingreso neoplasia maligna primaria, por 10.000 habitantes, en Galicia crece ata o ano 2018 e mantense practicamente estable no ano seguinte. No caso da taxa estatal, o seu comportamento é ascendente, agás no ano 2018, contrariamente ao que acontece na nosa comunidade.



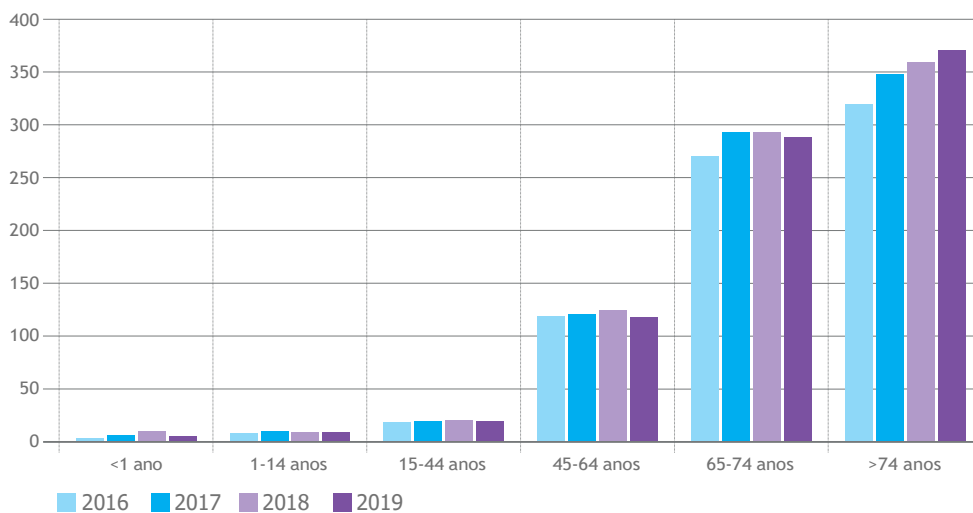
▼ Gráfica 13. Evolución temporal da taxa de actividade Galicia/Global Estado.



No tocante a esta taxa, analizada por idade, pode comprobarse que en Galicia, nos tres grupos de idade máis avanzada, se acadan unha cifras superiores ás taxas estatais para eses mesmos grupos etarios, e é máis destacable no de maior grupo de idade (máis de 74 anos).

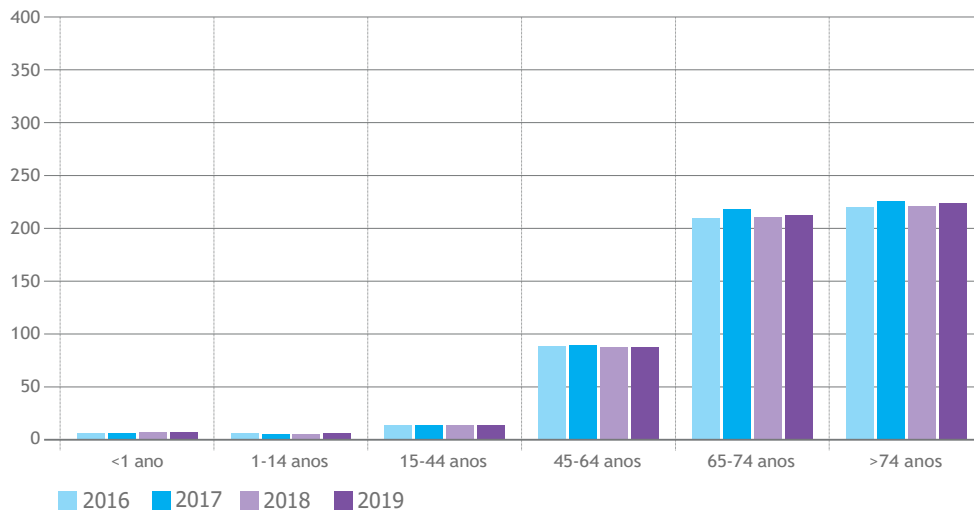
Ademais, tamén existe unha diferenza destacable na evolución temporal da taxa de actividade, que en Galicia experimenta un acusado crecemento nos dous grupos de idade máis avanzada, circunstancia que non se aprecia no eido estatal, que presenta una maior estabilidade nos seus datos (gráficas 14 e 15).

▼ Gráfica 14. Evolución temporal da taxa de actividade por grupos de idade en Galicia. Anos 2016-2019.





▼ Gráfica 15. Evolución temporal da taxa de actividade por grupos de idade estatal. Anos 2016-2019.



Non obstante, convén saliantar as importantes diferenzas que existen no índice de envelhecimento poboacional entre as diferentes comunidades autónomas, do que se amosa a súa evolución temporal 2016-2019 na táboa 20¹, o que posiblemente condiciona as taxas de actividade que se acadan en Galicia.

▼ Táboa 20. Evolución temporal do índice de envelhecimento poboacional, por comunidade autónoma. Período 2016-2019 (Fonte de datos: Instituto Nacional de Estatística (INE)).

	2016	2017	2018	2019
01 Andalucía	94,18	96,21	98,55	101,13
02 Aragón	138,80	140,25	142,26	143,52
03 Asturias, Principado de	207,01	209,95	214,18	218,65
04 Baleares, Illas	94,30	96,00	97,87	99,66
05 Canarias	101,64	105,73	109,83	114,07
06 Cantabria	142,93	146,34	149,74	153,87
07 Castela e León	187,40	190,36	193,47	197,06
08 Castela - A Mancha	112,17	113,83	115,63	117,49
09 Cataluña	110,16	111,87	113,47	115,28
18 Ceuta	50,59	51,35	52,84	55,16
10 Comunidade Valenciana	115,75	118,05	120,31	122,57
11 Estremadura	132,07	134,81	137,46	140,84
12 Galicia	190,39	192,51	195,19	198,12
13 Madrid, Comunidade de	102,09	103,76	105,83	108,19
19 Melilla	39,22	40,02	41,11	42,60
14 Murcia, Rexión de	81,97	83,38	84,25	85,98
15 Navarra, Comunidade Foral de	115,32	116,49	117,98	119,37
16 País Vasco	143,43	144,99	147,45	150,49
17 Rioxa, A	128,56	130,90	133,42	135,87
Total Nacional	116,28	118,26	120,46	122,88

(¹) INE. Indicadores de estrutura de poboación. Resultados por comunidades autónomas. Consulta 30.11.2021. <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1452>



Para concluír este capítulo de análise comparativa, resulta imprescindible observar o comportamento das taxas de actividade, brutas e axustadas por idade, de Galicia con relación aos datos correspondentes ao global do Estado.

As taxas brutas de actividade de Galicia, segundo se observa na táboa 21, incrementáronse desde o 86,99 do ano 2016 ata o 87,04 do ano 2019, e en todos os anos de estudo sitúase entre as tres comunidades autónomas onde se acadan as cifras máis elevadas (no 2016, 2017 e 2019 ocupa o terceiro lugar e o segundo no ano 2018), moi superiores ao global do Estado.

▼ **Táboa 21. Evolución temporal da taxa bruta de actividade por 10.000 habitantes por comunidades autónomas. Anos 2016-2019.**

	2016	2017	2018	2019
Andalucía	55,40	56,98	59,72	65,73
Aragón	73,88	87,73	85,63	81,64
Asturias, Principado de	85,44	81,83	80,96	69,12
Baleares, Illas	18,04	45,97	44,57	42,76
Canarias	52,55	56,65	55,53	54,29
Cantabria	69,63	72,23	74,13	69,83
Castela e León	78,90	76,85	85,23	85,13
Castela-A Mancha	47,35	55,11	49,87	59,25
Cataluña	76,73	76,79	71,28	73,10
Ceuta	39,06	39,89	34,86	32,80
Comunidade Valenciana	83,33	84,80	77,78	78,21
Extremadura	66,87	63,46	67,19	66,66
Galicia	86,99	89,40	89,38	87,04
Madrid, Comunidade de	79,55	81,73	80,98	80,54
Melilla	11,09	28,18	26,46	27,72
Murcia, Rexión de	54,07	60,28	59,44	65,14
Navarra, Comunidade Foral de	99,58	100,65	100,81	93,39
País Vasco	88,96	89,50	89,20	87,47
Rioxa, A	78,94	84,10	76,55	73,97
GLOBAL	70,61	73,19	71,99	73,04

As taxas axustadas por idade en Galicia ocupan unha posición ben distinta, que se sitúan nesta ocasión na parte media da táboa, flutuando entre os postos sexto e oitavo, segundo o ano de estudo do que se trate (táboa 22).

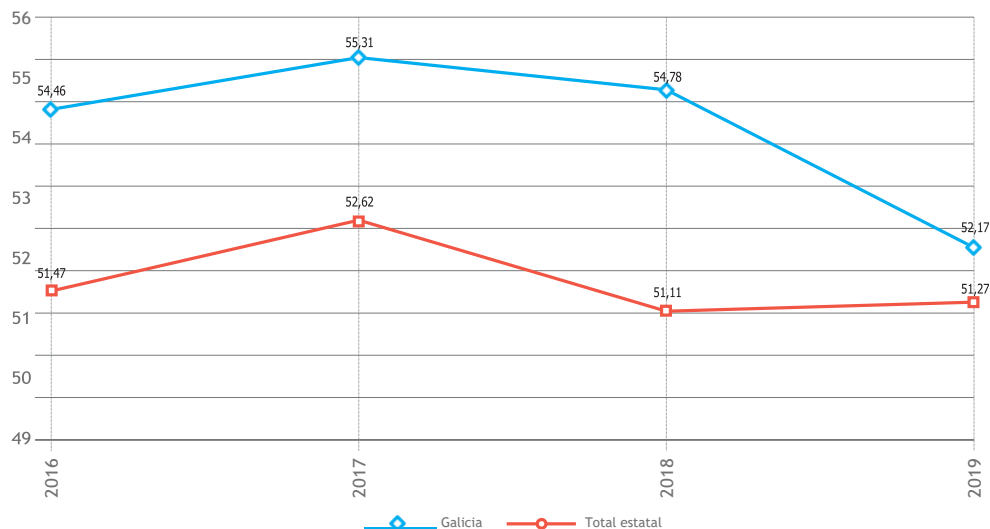


▼ Táboa 22. Evolución temporal da taxa de actividade axustada por idade (10.000 habitantes) por comunidades autónomas. Anos 2016-2019.

	2016	2017	2018	2019
Andalucía	44,13	44,57	45,92	49,84
Aragón	49,37	58,05	56,13	53,26
Asturias, Principado de	51,02	47,98	46,31	38,67
Baleares, Illas	15,44	37,32	35,63	33,85
Canarias	41,36	44,02	42,39	40,91
Cantabria	45,60	47,39	47,67	43,61
Castela e León	47,48	45,91	49,95	49,36
Castela-A Mancha	34,38	39,94	36,01	41,69
Cataluña	56,84	56,07	51,41	52,42
Ceuta	37,66	38,06	33,11	30,55
Comunidade Valenciana	60,76	60,90	55,18	54,45
Estremadura	47,65	45,12	46,84	45,40
Galicia	54,46	55,31	54,78	52,17
Madrid, Comunidade de	61,00	62,04	60,82	59,93
Melilla	11,81	29,07	26,53	27,53
Murcia, Rexión de	45,11	49,29	48,20	52,33
Navarra, Comunidade Foral de	73,78	73,19	71,94	67,10
País Vasco	57,79	57,12	56,70	54,63
Rioxa, A	53,05	54,44	49,32	49,02
GLOBAL	51,47	52,62	51,11	51,27

Se comparamos a taxa de Galicia con respecto ao global do Estado, obsérvase unha evolución similar en canto a que experimentan un ascenso no ano 2017, cun descenso no ano 2018, para case converxer no 2019, logo de experimentar a taxa de Galicia unha baixada de 2,61 nese último ano (gráfica 16).

▼ Gráfica 16. Evolución temporal da taxa axustada de actividade por idade por 10.000 habitantes, por comunidades autónomas. Anos 2016-2019.

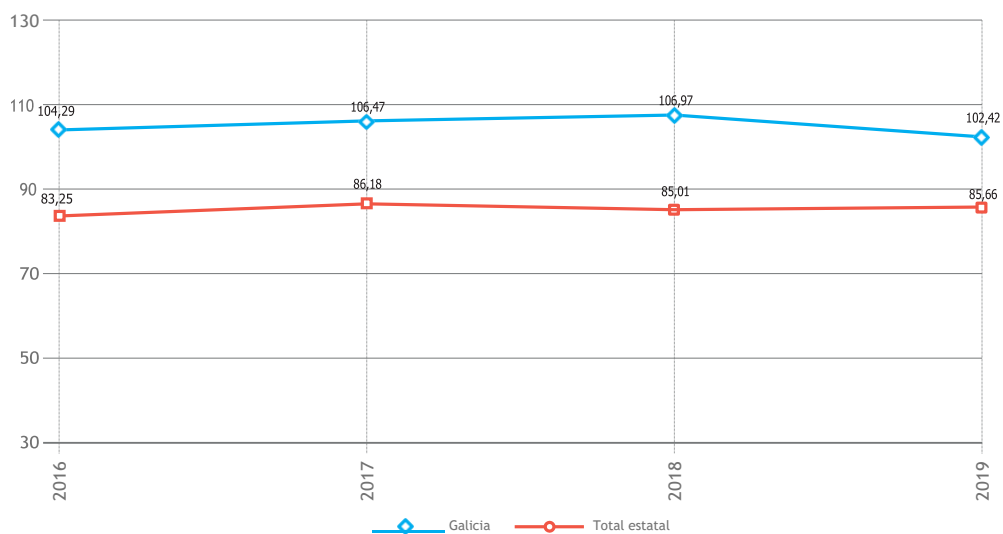




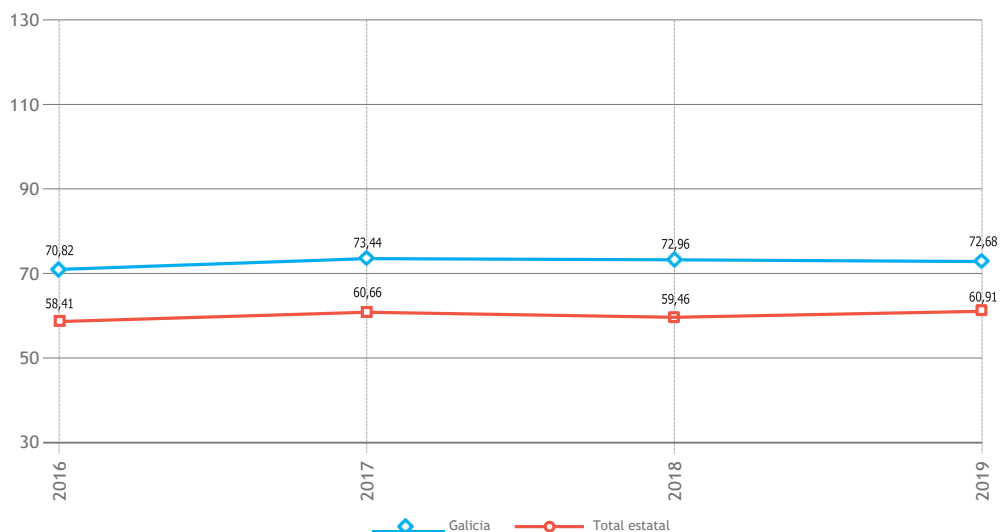
Os elevados valores das taxas brutas de actividade estarán probablemente relacionados co envellecemento da poboación galega, e experimenta un claro descenso ao axustalas por idade, de xeito que se aproxima aos valores do global do Estado, por neutralizarse a repercusión derivada do seu avellentamento.

A análise das taxas brutas de actividade por sexo amosan un claro predominio nos homes, cunhas cifras moi superiores ás das mulleres, un comportamento que se aprecia tanto no ámbito de Galicia coma no global do Estado. Ademais, nos homes, a diferenza entre ambas as taxas é máis acusada (gráficas 16 e 17).

▼ Gráfica 17. Comparativa da evolución temporal da taxa bruta de actividade en homes en Galicia versus global Estado. Anos 2016-2019.



▼ Gráfica 18. Comparativa da evolución temporal da taxa bruta de actividade en mulleres en Galicia versus global Estado. Anos 2016-2019.

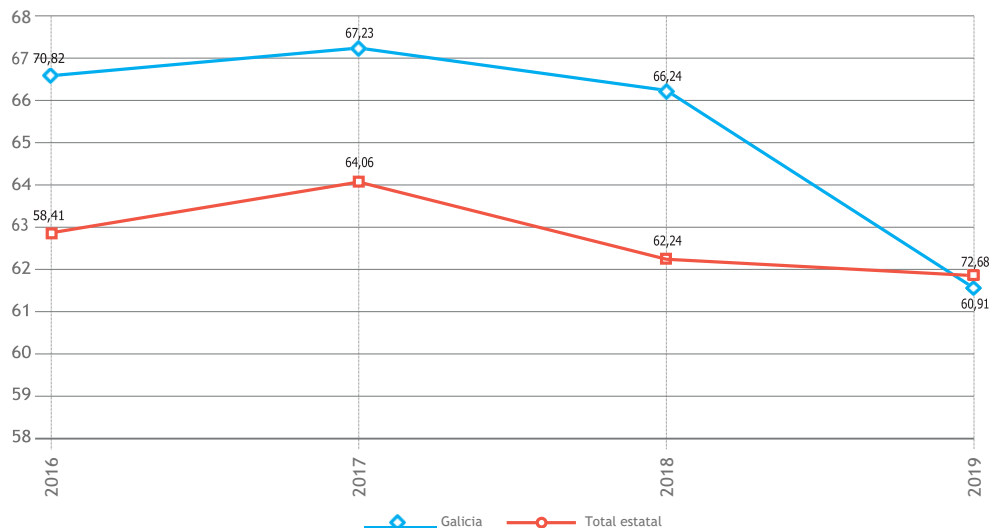




▼ Taxas de actividade axustada por idade (10.000 hab.).

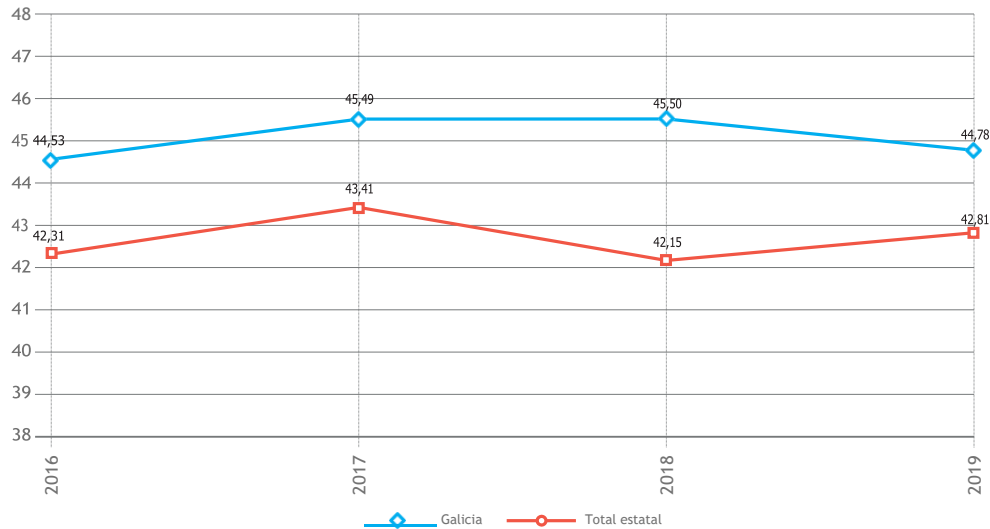
	Home				Muller			
	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
Andalucía	63,46	66,17	69,12	75,67	47,49	48,00	50,54	56,04
Aragón	89,53	103,32	100,98	96,26	58,51	72,47	70,66	67,38
Asturias, Principado de	104,47	101,01	97,94	84,61	68,00	64,26	65,40	54,92
Baleares, Illas	20,08	52,66	51,78	48,50	16,00	39,27	37,36	37,02
Canarias	60,65	64,73	63,21	61,10	44,54	48,68	47,96	47,59
Cantabria	83,13	84,82	89,60	79,77	56,74	60,22	59,40	60,38
Castela e León	94,37	91,91	102,16	100,77	63,77	62,13	68,70	69,88
Castela-A Mancha	56,62	65,32	59,11	70,02	37,97	44,82	40,55	48,39
Cataluña	93,00	92,42	86,78	87,87	61,08	61,79	56,42	58,93
Comunidade Valenciana	98,60	100,06	93,13	94,22	68,44	69,94	62,85	62,66
Extremadura	77,70	74,69	80,81	79,39	56,17	52,36	53,75	54,12
Galicia	104,29	106,47	106,97	102,42	70,82	73,44	72,96	72,68
Madrid, Comunidade de	91,70	94,10	92,75	92,49	68,33	70,32	70,14	69,53
Murcia, Rexión de	62,26	70,31	69,33	72,89	45,84	50,21	49,54	57,38
Navarra, Comunidade Foral de	115,98	114,77	113,69	104,11	83,48	86,84	88,16	82,91
País Vasco	108,73	110,29	109,29	107,01	70,35	69,97	70,36	69,15
Rioxa, A	92,96	98,58	93,94	86,62	65,20	69,98	59,63	61,69
Ceuta	40,16	41,90	37,55	35,74	37,92	37,82	32,09	29,77
Melilla	9,99	30,98	26,89	28,90	12,23	25,31	26,01	26,52
GLOBAL	83,25	86,18	85,01	85,66	58,41	60,66	59,46	60,91

▼ Gráfica 19. Comparativa da evolución temporal da taxa de actividade axustada por idade, en homes, en Galicia versus global Estado. Anos 2016-2019.





- ▼ Gráfica 20. Comparativa da evolución temporal da taxa de actividade axustada por idade, en mulleres, en Galicia versus global Estado. Anos 2016-2019.



Segundo a distribución por sexo, as estadías medias nos homes foron superiores tanto en Galicia como no global, situación que se repite coas taxas de actividade.

- ▼ Táboa 23. Comparativa de estadías medias e taxas de actividade das altas con motivo de ingreso neoplasia maligna primaria en hospitalización por sexo e comunidade autónoma. Período 2016-2019.

		Estadía media días (hospitalización)				Taxa actividade (10.000 hab.)			
		2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
Galicia	Home	10,09	9,91	9,66	9,90	130,28	138,44	144,03	140,79
	Muller	9,48	9,15	8,77	8,71	96,68	106,34	108,87	111,53
	Total	9,83	9,59	9,29	9,39	112,92	121,85	125,85	125,65
		Estadía media días (hospitalización)				Taxa actividade (10.000 hab.)			
		2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
Global	Home	9,26	9,17	9,51	9,00	83,25	86,18	85,01	85,66
	Muller	8,35	8,27	8,15	8,15	58,41	60,66	59,46	60,91
	Non especificado	8,72	10,34	10,13	3,08				
	Total	8,88	8,79	8,94	8,64	70,61	73,19	71,99	73,04

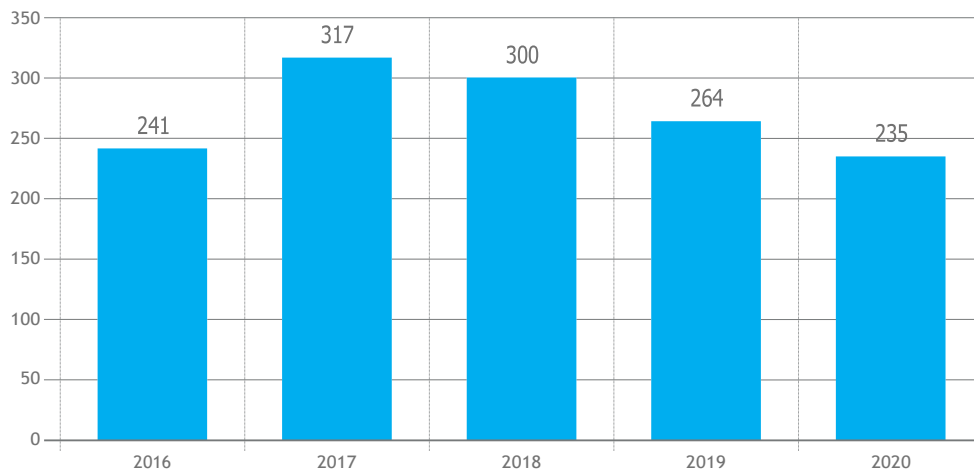
Pediatría e adolescencia

O cancro infantil abrangue un grupo de enfermidades con gran relevancia social en termos de saúde pública, recursos e impacto social e afectivo para o propio paciente e os seus familiares. Aínda que a incidencia de cancro na infancia é baixa, é a segunda causa de morte na infancia e na adolescencia, as taxas de supervivencia están a mellorar na actualidade (máis do 70%) a través dun diagnóstico precoz e do tratamento en unidades asistenciais con experiencia. Por todos estes motivos, cabe unha mención especial cunha epígrafe específica dedicada aos rapaces.



Igual ca nas anteriores epígrafes, a fonte de datos son as NM codificadas como motivo de ingreso no CMBD, cos códigos CIE-10 ES. Estes códigos van desde o C00 ao C96 nos menores de 18 anos, o que supón un total de 1.352 ingresos no período 2016-2020. Respecto do total de altas (1.357), o maior volume corresponde ao ano 2017, con 317, e a tendencia posterior é descendente ao longo dos anos seguintes (gráfica 21).

▼ Gráfica 21. Evolución das altas por ingreso en NM en menores de 18 anos ao ano. Período 2016-2020.



Do total de 1.357 altas, 1.349 corresponderon a Sergas/Povisa (con financiamento do Sergas). Isto supón que un 99,41% dos casos hospitalizados corresponden á sanidade pública de Galicia (táboa 24).

▼ Táboa 24. Evolución das altas con motivo de ingreso NM en menores de 18 anos atendidos nos hospitais Sergas–Povisa (con financiamento do Sergas), sobre o global de Galicia. Período 2016-2020.

Ano	Altas NM Galicia	Altas NM Sergas Povisa		% Actividade Sergas
		F. Sergas		
2016	241	240		99,59
2017	317	317		100,00
2018	300	294		98,00
2019	264	264		100,00
2020	235	234		99,57
Suma:	1.357	1349		99,41

A relación entre o global de altas por calquera patoloxía nesta franxa etaria e as altas con motivo de ingreso por NM, supón un 1,29%. Respecto das mortes intrahospitalarias, resulta un 1,84% (táboa 23).



▼ Táboa 25. Distribución de pacientes e altas hospitalarias en menores de 18 anos por ingreso en NM. Período 2016-2020.

Pacientes	Altas	% Altas NM sobre total altas < 18 anos	Idade media intrahospitalarias	Mortes intrahospitalarias	Idade media mortes intrahospitalarias	% Mortes intrahospitalarias
369	1.357	1,29	7,57	25	8	1,84

Desagregado por sexo, a porcentaxe de mortes intrahospitalarias é maior nas rapazas, cunha porcentaxe do 2,24%, fronte ao 1,55% nos rapaces (táboa 26).

▼ Táboa 26. Distribución dos pacientes e altas hospitalarias en menores de 18 anos segundo o sexo. Período 2016-2020.

Sexo	Pacientes	Altas	% Altas NM sobre total altas <18 anos	Idade media intrahospitalarias	Mortes intrahospitalarias	% Mortes intrahospitalarias
Nenos	197	776	1,30	7,39	12	1,55
Nenas	172	581	1,28	7,80	13	2,24
Total	369	1.357	1,29	7,57	25	1,84

Segundo o comportamento evolutivo por anos, a información asistencial indica que, en conxunto, o número de altas aumentou nos dous primeiros anos, cunha tendencia a diminuír nos seguintes. Se desagregamos por sexo esta comparativa, nos nenos repítese este mesmo patrón. Porén, nas nenas o número de altas aumentou progresivamente ao longo de todo o período, excepto no ano 2020.

Respecto da distribución por grupos de idade, móstranos que o grupo de 0-14 anos representa o 80,68% dos pacientes en idade pediátrica, fronte ao 19,32% do grupo de pacientes de 15 a 17 anos (táboa 27).

▼ Táboa 27. Distribución da porcentaxe de pacientes, altas hospitalarias e falecemento en menores de 18 anos por grupos de idade, por ingreso en NM. Período 2016-2020.

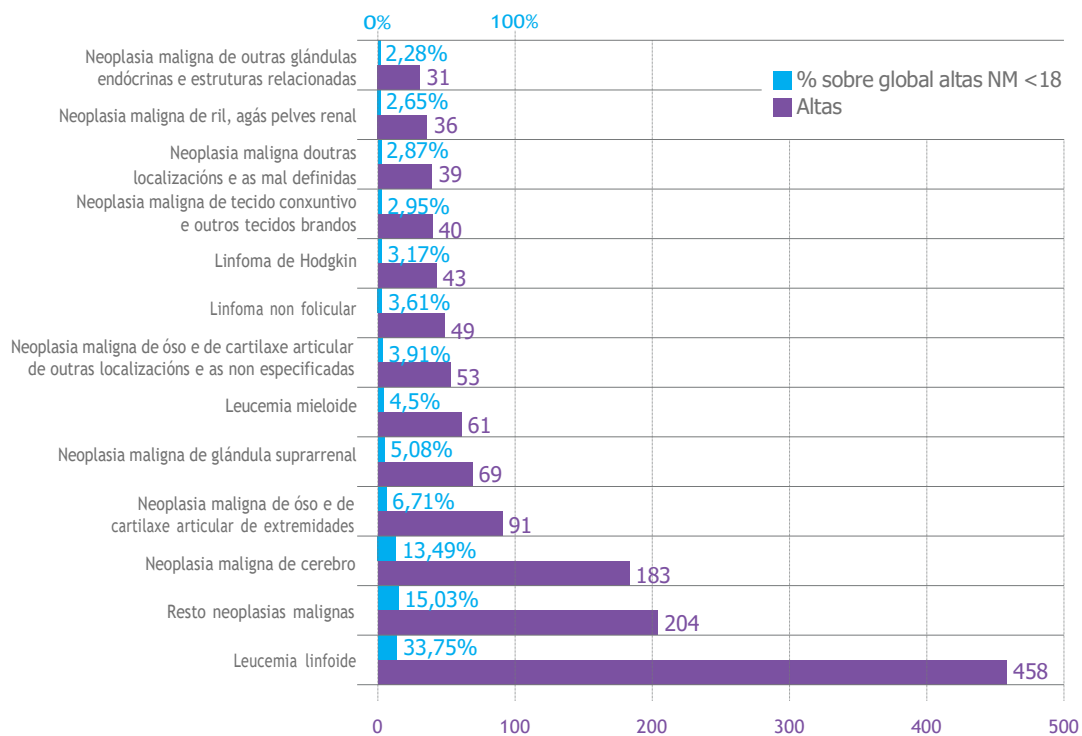
Grupos de idade	Porcentaxe pacientes	Altas	Mortes intrahospitalarias
0-14	80,68%	1.220	22
15-17	19,32%	137	3
Suma:	100%	1.357	25

É de salientar que o número de altas cuxo motivo de ingreso foi unha NM en pacientes menores de 18 anos foi máis frecuente nos homes e nos dous grupos de idade.

Por tipos de NM máis frecuentes, resultan a leucemia linfoide, a NM de cerebro e a NM de óso e cartilaxe como os responsables do maior número de ingresos, e destacou a leucemia linfoide con 458 casos (33,75%), seguida a considerable distancia polas NM de cerebro, que representan un total de 183 casos (13,49%).

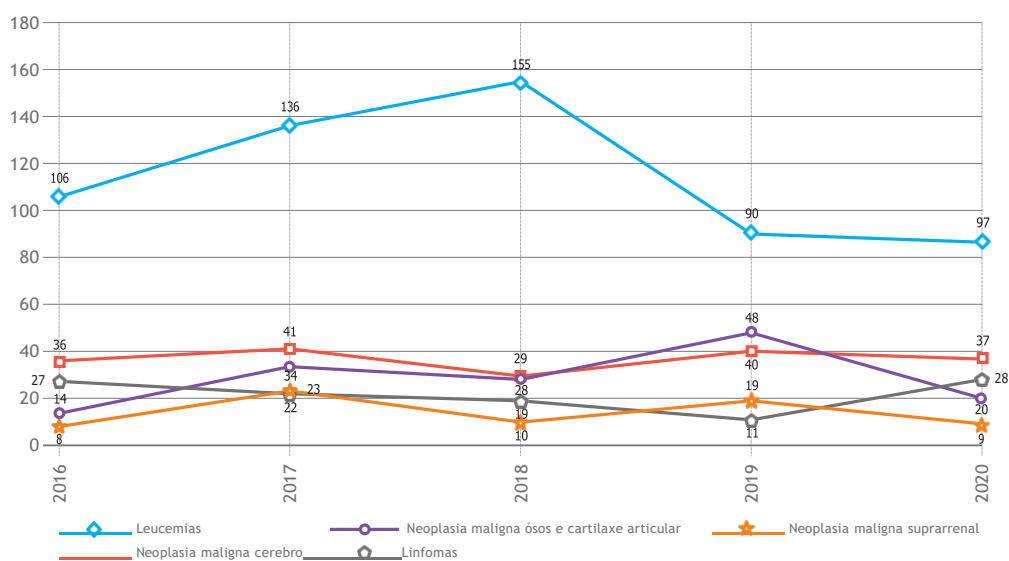


▼ Gráfica 22. NM con ingreso máis frecuente en menores de 18 anos, global. Período 2016-2020.



Se observamos a evolución por anos, consta un aumento da actividade intrahospitalaria da patoloxía neoplásica nos menores de 18 anos no ano 2017 e, a partir de 2018, a tendencia é descendente.

▼ Gráfica 23. Evolución das altas dos tipos de NM mais frecuentes nos menores de 18 anos. Período 2016-2020.



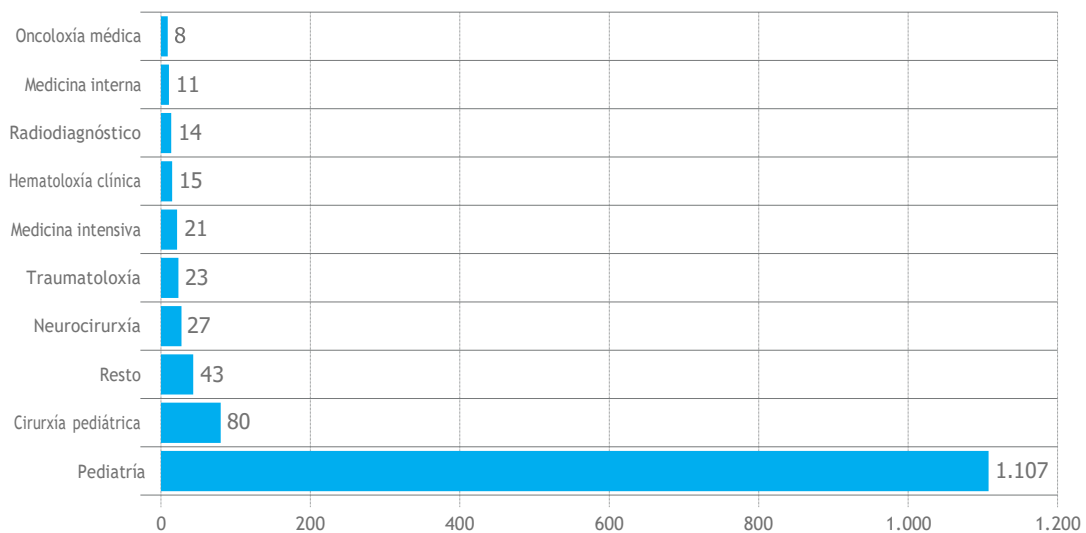


Os casos nos que o motivo de ingreso foi unha leucemia incrementouse entre o ano 2016 e 2018, con tendencia a diminuír posteriormente, de xeito que a leucemia linfoide representa o tipo de leucemia máis frecuente. O tipo máis frecuente de linfoma é o non folicular, seguido do linfoma de Hodgkin, con 49 e 43 casos, respectivamente.

Por outra parte, da análise de altas cuxo motivo de ingreso foi unha NM de ósos e cartilaxe articular no grupo e poboación de referencia, a localización máis frecuente foi nos ósos das extremidades.

Do total de 1.357 altas por ingreso por NM en menores de 18 anos neste período de estudo, 1.107 corresponden ao servizo de pediatría, seguidos dunha gran diferenza polos servizos de cirurxía pediátrica e neurocirurxía, con 80 e 27 casos, respectivamente.

▼ **Gráfica 24. Diagrama de barras. Número de altas máis frecuentes por servizo en menores de 18 anos con motivo de ingreso NM. Período 2016-2020.**

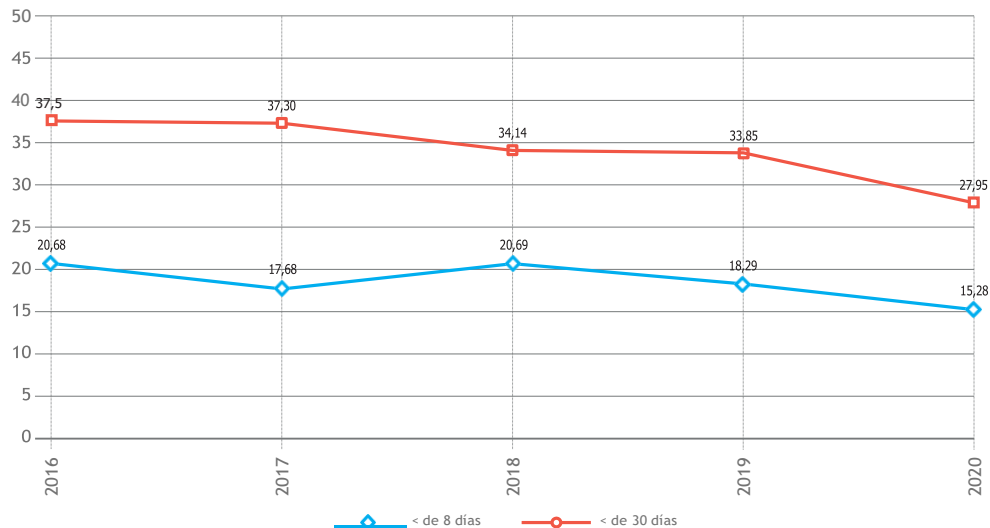


En canto ao estudo dos datos de reingreso, a porcentaxe de reingresos urxentes por MN en menos de 8 días tende a diminuír a partir de 2018. Este mesmo patrón repítese se o analizamos mesmo indicador menos de 30 días.





- ▼ Gráfica 25. Reingresos por NM en menores de 18 anos, como motivo de ingreso urxente con menos de 8 ou 30 días. Hospitais Sergas e Povisa (con financiamento do Sergas). Exclúe morte e grupo relacionado con diagnóstico (GRD) das principais categorías de diagnóstico (CDM) 21 (lesiões, intoxicacións e efectos tóxicos das drogas), CDM 22 (queimaduras) e CDM 25 (Traumatismo múltiple significativo).



En Galicia, a atención a estes rapaces desenvólvese desde finais do ano 2017 a través dunha rede asistencial de profesionais expertos en oncoloxía pediátrica, tal e como recolle a Resolución do 29 de setembro dese mesmo ano, pola que se crea a Unidade de Oncoloxía Pediátrica de Galicia. A unidade, formada por expertos nesta disciplina, centraliza todos os casos e consensúa, desde o punto de vista clínico, a abordaxe, tratamento e manexo de cada paciente. Cómpre lembrar que o cancro infanto-xuvenil é unha enfermidade de grande impacto individual, familiar e social, cuxos principais condicionantes son a baixa incidencia e a necesaria especialización no seu tratamento. Esa forma de traballo en rede permite dispoñer de toda a información clínica do paciente, compartir criterios clínicos e aproveitar mellor o coñecemento interno da organización para referir o paciente ao profesional máis cualificado da rede, pero sen a perda da referencia dos seus profesionais e do seu centro de orixe. Con este modelo organizativo, fíxose posible acadar unha axeitada coordinación para a atención e cuidados de todos os casos de cancro en rapaces, coherente coas súas necesidades específicas, tal e como recoñeceu o Consello Interterritorial do SNS, en maio de 2018.

A este respecto, o Sergas acaba de impulsar a creación do seu Rexistro Galego de Cancro Infantil, como unha ferramenta fundamental para o desenvolvemento clínico do paciente e que permitirá acadar máis e mellor calidade no ámbito da investigación biomédica. A memoria de actividade da Unidade de Oncoloxía Pediátrica amosa o número total de cancros diagnosticados na poboación pediátrica en Galicia, datos que se reflicten na seguinte táboa:



▼ Táboa 28. NM en pacientes menores de 18 anos rexistrados na Unidade de Oncoloxía Pediátrica de Galicia. Período 2018-2020.

Tumores pediátricos rexistrados	CHUAC	CHUS	CHUVI	Total
2018	22	28	19	69
2019	16	27	21	64
2019	32	23	16	71
Total Sergas	70	78	56	204

Saúde Mental

As patoloxías psiquiátricas estudadas foron catro, por ser as que aparecen de forma máis frecuente neste contexto neoplásico. Os catro grupos analizados foron: uso/abuso/dependencia de substancias, seguidas dos trastornos de ansiedade, tentativas autolíticas e cadros afectivos de tipo depresivo.

Durante o período de estudo 2016-2020, constatouse que no 6,96% das altas cuxo motivo de ingreso foi unha NM existía algún diagnóstico asociado con algunha destes catro tipos de patoloxías psiquiátricas (táboa 29).

▼ Táboa 29. Altas con motivo de ingreso neoplasia maligna nas que figuran determinados diagnósticos de patoloxía psiquiátrica. Galicia. Global. Período 2016-2020.

Sexo	Global altas NM	Altas NM con diagnóstico psiquiátrica	% diagnóstico psiquiátrica	Pacientes	Idade media
Home	68.587	4.704	6,86	3.742	66,25
Muller	50.884	3.609	7,09	2.913	67,91
Total	119.471	8.313	6,96	6.655	66,96

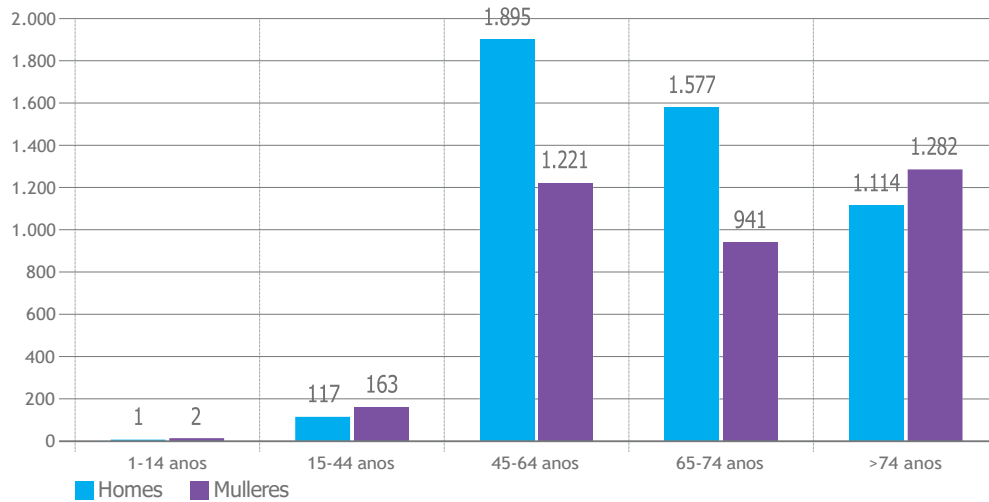
En canto á distribución por sexo, o número total de altas cuxo motivo de ingreso foi unha NM e a existencia dun problema psiquiátrico, foi máis frecuente nos homes (4.704) ca nas mulleres (3.609), aínda que, analizando a porcentaxe de altas deste tipo, o resultado é lixeiramente superior nas mulleres (un 7,09% fronte a un 6,86% nos homes), tendo en conta o maior número global de altas por NM nestes últimos.

A idade media dos pacientes foi de 66,96 anos, algo lixeiramente superior nas mulleres (67,91) ca nos homes (66,25).

En canto á distribución etaria, o grupo de idade entre 45 e 64 anos é o que presenta un maior número de altas con problemas psiquiátricos, aínda que se diferenciamos por sexo nas mulleres o grupo máis frecuente de idade corresponde ás maiores de 74 anos (gráfica 26).



▼ Gráfica 26. Distribución etaria e por sexo das altas de pacientes cuxo motivo de ingreso foi unha NM que teñen asociado algunha das patoloxías psiquiátricas estudadas.

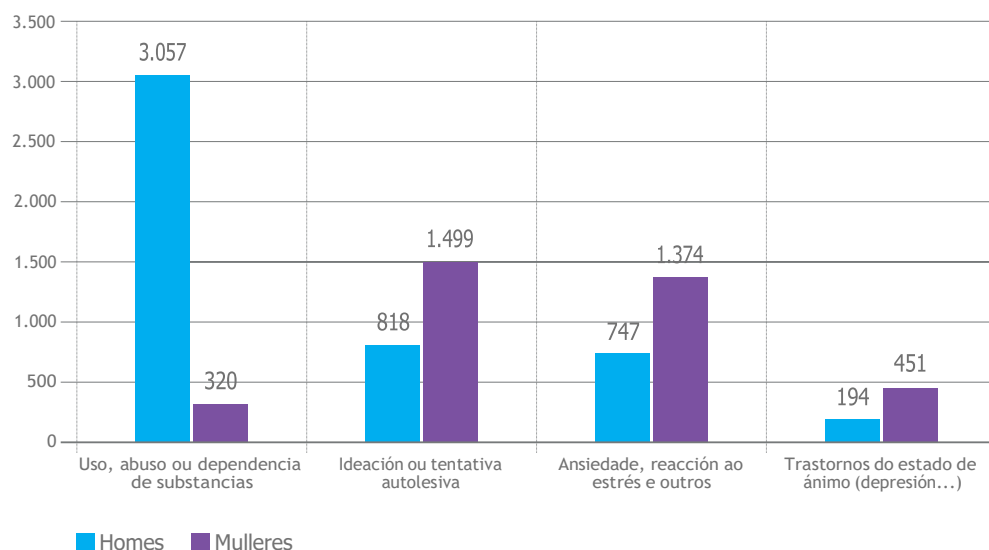


As diferenzas por xénero e idade respecto aos cadros psiquiátricos máis frecuentemente estudados nestes pacientes son: no caso dos homes os trastornos por uso, abuso ou dependencia de substancias e, nas mulleres, os cadros de ideación ou tentativa autolesiva (táboa 30). Este mesmo patrón de tipoloxía psiquiátrica se presenta na poboación xeral.

▼ Táboa 30. Distribución por sexo das catro patoloxías psiquiátricas estudadas.

	Homes	Mulleres
Uso, abuso ou dependencia de substancias	3.057	320
Ideación ou tentativa autolesiva	818	1.499
Ansiedade, reacción ao estrés e outros	747	1.347
Trastornos do estado de ánimo (depresión...)	194	451
Total	4.816	3.644

▼ Gráfica 27. Distribución por sexo das catro patoloxías psiquiátricas estudadas.





O diagnóstico de cancro supón un grande impacto no paciente e na súa contorna familiar e, con frecuencia, os pacientes experimentan cambios significativos na súa saúde emocional, sentimentos de medo, depresión e ansiedade. Gozar dunha boa saúde mental pode mellorar os resultados médicos e a calidade de vida tanto do paciente coma da familia.

Na observación destes datos, deben terse en conta tres limitacións. Por unha banda, o infrarregistro derivado do cambio da Codificación CIE nos ano 2016, que soamente foron estudados estes catro tipo de patoloxías psiquiátricas e, por último, que non se pode afirmar que todas estas fosen consecuencia directa de sufrir unha neoplasia maligna.

Índices de case-mix e de estadia media axustada (IEMA)

Os GRD son un instrumento moi valioso como fonte de información para medir a complexidade e o funcionamento dos hospitais, ao permitir comparalos entre si. Son un instrumento fundamental no benchmarking sanitario, polo que resultan moi útiles na xestión sanitaria no ámbito hospitalario para a mellora continua. O propósito destas técnicas é realizar unha avaliación comparativa que permita identificar boas prácticas.

Dentro do abano de indicadores de casuística e funcionamento, elixíronse dous dos máis representativos coa finalidade de realizar esta análise, como son o índice case-mix (ICM) e o índice de estadia media axustada (IEMA). Trátase de indicadores relativos, e é importante resaltar este concepto, dado que a base do seu cálculo é a comparación, é dicir, o valor do índice dun hospital, está determinado pola súa relación cos outros hospitais cos que se está a comparar (hospitais de referencia).

Convén salientar que esta análise comparativa se realizou entre os complexos hospitalarios do nivel III (A Coruña, Santiago e Vigo) e, por outra banda, entre os do nivel II (Ferrol, Lugo, Ourense, Pontevedra e o Hospital Povisa, con financiamento do Sergas), que son os hospitais que dispoñen de servizos de oncoloxía médica.

a) Índice de case-mix (ICM)

O ICM é un indicador de complexidade relativa da casuística do hospital con respecto aos hospitais de referencia en termos de consumo de estadias. Obtense dividindo a estadia media axustada por funcionamento do hospital entre a estadia media dos hospitais de referencia.

Se é maior ca 1, a casuística do hospital é máis complexa que a dos hospitais de referencia porque ten unha maior proporción de GDR que consomen máis estadias e, se é menor ca 1, a casuística do hospital é menos complexa que a dos hospitais de referencia.



▼ Táboa 31. ICM dos servizos de oncoloxía médica dos hospitais do Sergas e Povisa. Período 2016 a 2020.

Hospital	Índice case mix				
	2016	2017	2018	2019	2020
C. H. Universitario A Coruña	1,0410	1,0460	1,1152	1,0962	1,1392
C. H. Universitario de Santiago	0,9266	0,9473	0,8809	0,8586	0,8361
C. H. Universitario de Vigo	1,0759	1,0310	1,0848	1,0553	1,0605
C. H. Universitario de Ferrol	0,9635	0,9730	0,9938	1,0003	0,9824
C. H. Universitario de Lugo	1,0897	1,0744	1,0242	0,9637	1,0229
C. H. Universitario de Ourense	1,0577	1,0373	1,0035	0,9793	1,0172
C. H. Universitario de Pontevedra	1,1474	1,0960	1,0996	1,1064	1,0425
H. Povisa	0,9198	0,9139	0,9761	1,0081	0,9149

Os resultados obtidos (táboa 31) amosan que o C. H. Universitario da Coruña é o hospital do nivel 1 coa casuística máis complexa nos últimos tres anos do período de estudo, seguido do C. H. Universitario de Vigo e do C. H. Universitario de Santiago. Para os hospitais do nivel 2, o C. H. Universitario de Pontevedra é o que presenta a casuística máis complexa durante todo o período de estudo.

b) Índice de estadía media axustada

IEMA é un indicador de funcionamento relativo, en termos de estadía media, do hospital en estudo respecto dos hospitais de referencia cos que se compara. Obtense dividindo a estadía media do hospital entre o IEMA por funcionamento.

Se é maior ca 1, a casuística do hospital é máis complexa que a dos hospitais de referencia porque ten unha maior proporción de GDR que consomen máis estadías e, se é menor ca 1, a casuística do hospital é menos complexa que a dos hospitais de referencia.

▼ Táboa 32. IEMA dos servizos de oncoloxía médica dos hospitais do Sergas e Povisa. Período 2016 a 2020.

Hospital	Índice estadía media axustada				
	2016	2017	2018	2019	2020
C. H. Universitario A Coruña	1,1160	1,0150	0,9503	0,9193	0,9141
C. H. Universitario de Santiago	0,8398	0,8476	0,9467	1,1701	0,8599
C. H. Universitario de Vigo	1,0427	1,1603	1,0583	1,1493	1,2185
C. H. Universitario de Ferrol	0,8377	0,7951	0,7530	0,8166	0,7700
C. H. Universitario de Lugo	0,6813	0,7658	0,8467	0,9192	0,9824
C. H. Universitario de Ourense	1,5076	1,3909	1,3199	1,3110	1,1067
C. H. Universitario de Pontevedra	0,8241	0,8526	0,9166	0,9692	1,0502
H. Povisa	0,8294	0,9430	0,8702	0,7285	0,7860

Os resultados obtidos (táboa 32) amosan que o C. H. Universitario de Santiago está no nivel III e que xestiona de forma máis eficiente a súa casuística (agás no ano 2019). No caso dos hospitais do nivel II, resultan máis eficientes nos anos 2016 e 2017 o C. H. Universitario de Lugo, no 2018 e 2020 o C. H. Universitario de Ferrol e, no 2019, o H. Povisa.



Análise por Grupo Relacionado de Diagnóstico. APR-GRD (All Patient Refined – Grupo Relacionado de Diagnóstico)

A información clínica do CMBD codifícase coa CIE 10 ES (a partir de 2016, anteriormente empregábase a CIE 9 MC) e, posteriormente, agrúpase co sistema de clasificación de pacientes GRD.

Os pesos e custos dos GRD do SNS se utilizan como referencia para establecer as tarifas de compensación para o fondo de cohesión do SNS. Poden servir de base para elaborar prezos de tarificación a terceiros, para contratación de centros concertados e como estándares de resultados no ámbito da xestión sanitaria.

Como apunte metodolóxico, realizouse unha agrupación das altas do período 2016-2019 de Galicia, cuxo motivo de ingreso foi unha NM, para obter a súa clasificación en APR-GRD (GRD refinados). Cada un destes APR-GRD tivo un peso relativo asignado que proporciona información sobre a complexidade de casuística. Por tanto, do período de estudo, figuran os datos agrupados dos anos 2016, 2017, 2018 e 2019, e están pendentes deste proceso os correspondentes ao ano 2020.

Os pesos proporcionados polo agrupador que se presentan neste informe son os coloquialmente denominados “pesos americanos”, diferentes aos denominados “pesos relativos españois”, elaborados en base ao proxecto de estimación de pesos e custos hospitalarios do SNS.

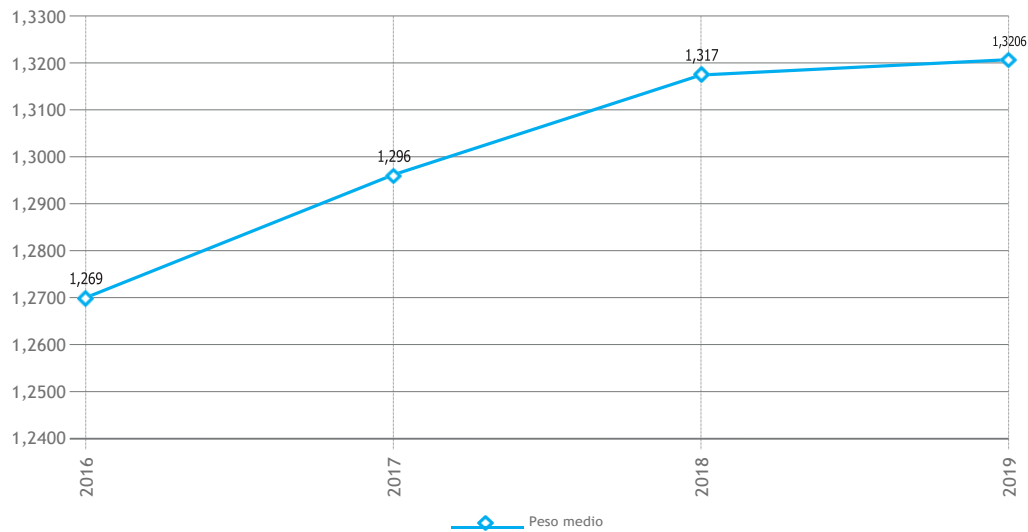
O peso medio global do período 2016-2019 foi de 1,3011, cunha evolución crecente, que parte de 1,2699 no ano 2016 ata acadar o 1,3206 do ano 2019. A estadía media presentou nese mesmo período un comportamento inverso, de xeito que pasou de 9,68 días no 2016 ata os 9,18 días no 2019, tal e como figura na táboa 33 e na gráfica 28.

▼ Táboa 33. Evolución das estadías e peso medio das altas con motivo de ingreso NM. Período 2016-2019.

	Nº Altas	Estadía media global	Peso medio
2016	24.344	9,68	1,2699
2017	24.614	9,43	1,2961
2018	24.961	9,04	1,3175
2019	24.066	9,18	1,3206
Total	97.985	9,29	1,3011



▼ Gráfica 28. Evolución do peso medio das altas con motivo de ingreso NM. Período 2016-2019.



Se se mostra a agrupación polos 4 niveis de gravidade, pódese ver como o peso destas descargas está estreitamente relacionado con cada un dos 4 niveis, cun peso e EM máis alta no nivel extremo e máis baixo no nivel menor. A maioría dos vertidos clasificáronse en niveis moderados e menores.

Hospitalización a domicilio

No ano 2019, púxose en marcha o Plan galego de hospitalización a domicilio. Unha estratexia do Sergas que acadará a súa implantación nos anos 2019 a 2023. Supón o desenvolvemento dun modelo de hospitalización alternativo e capaz de afrontar os retos presentes e futuros cara ao noso principal obxectivo: garantirlle á cidadanía un acceso equitativo a unha hospitalización a domicilio o máis apropiada e eficiente posible, homoxénea, estandarizada e de máxima calidade.

A hospitalización a domicilio (Hado) é, polo tanto, unha das liñas estratéxicas do Sergas na medida en que é capaz de lles proporcionar aos pacientes unha asistencia hospitalaria experta, segura e eficiente no ámbito domiciliario, co que se converte nunha aposta firme e consolidada de modalidade asistencial no Sergas.

Ademais, a Hado supón unha mellora na calidade de vida do paciente, xa que lle permite continuar o tratamento no seu domicilio, evítalle un ingreso prolongado no hospital e diminúe os seus riscos asociados (infeccións, desorientacións, complicacións por perda de funcionalidade...).

Por outra banda, o desenvolvemento tecnolóxico en saúde da nosa comunidade permite consultar a historia clínica electrónica (HCE) no domicilio do paciente e integrar a información xerada nese momento, que estará inmediatamente dispoñible para o resto dos profesionais que participen na atención, o que garante a integración e a continuidade asistencial e mellora a calidade e a seguridade do paciente.

Porén, a ampliación progresiva de equipos que permiten acadar os obxectivos de cobertura total da poboación recollidos no plan, viuse tamén afectada pola pandemia ocasionada polo virus SARS-CoV-2 que alterou por completo os sistemas sanitarios.



A continuación, detállanse os aspectos máis relevantes da actividade asistencial relativa aos pacientes ingresados en Hado. As cifras que se ofrecen neste apartado son exclusivamente as referidas ao sistema público de saúde de Galicia, xa que o estudo se centrará no ámbito do Sergas, que oferta este tipo de asistencia.

Neste apartado convén diferenciar, por unha banda, a análise dos datos relativos a pacientes ingresados en Hado por tumor maligno e, por outra, o estudo das altas correspondentes a persoas cuxo motivo de ingreso en Hado foi unha NM.

No primeiro caso, estase a falar do número de pacientes que ingresan en Hado por NM, con independencia do número de veces que ingresaron. Pola contra, no segundo caso, analízase o número total de altas (os pacientes que só ingresaron unha vez só terán unha alta asociada, mentres que aqueles que ingresaron varias veces xerarán varias altas). En consecuencia, o número de altas sempre será maior ca o número de pacientes.

Así, o número de pacientes que ingresaron por unha NM en Hado, no global do período 2016-2020, ascendeu a 4.390.

Por outra banda, as altas con motivo de ingreso NM en Hado para ese mesmo período ascenderon a un total de 5.334, o que supón un 17,13% do total de altas por calquera motivo en Hado, ás que habería que engadir un 2,10% que ingresou en coidados paliativos pola súa NM. A idade media situouse nos 73,97 anos.

O perfil dos pacientes aos que se lles oferta este tipo de atención condiciona probablemente a porcentaxe de mortes que se producen neste ámbito, 41,96%, fronte aos falecementos que ocorren nas persoas ingresadas no hospital, 12,23%.

Na táboa 34, figuran os datos globais das hospitalizacións en Hado.

▼ Táboa 34. Datos globais das hospitalizacións en Hado.

Total altas Hado	Total mortes Hado	N.º pacientes ingresados Hado	N.º altas Hado NM	% Altas con NM Hado sobre total altas Hado	Idade media NM ingresados Hado	Nº mortes NM Hado	Idade media mortes NM	% Mortes NM Hado
31.139	5.561	4.390	5.334	17,13	73,97	2.238	74,09	41,96

A evolución temporal das cifras globais de Hado amosa un incremento na súa actividade global, que pasa de 6.015 altas no ano 2016 ás 6.441 no ano 2020. Pola contra, as cifras dos demais parámetros mantéñense estables neste período de estudo. Na táboa 35, amósase a evolución destes datos globais.

▼ Táboa 35. Evolución dos datos globais das hospitalizacións en Hado. Período 2016-2020.

Ano	Total altas Hado	Total mortes Hado	N.º altas Hado NM	Idade media NM ingresados Hado	% Altas con NM Hado sobre total altas Hado	Nº mortes NM Hado	Idade media mortes NM	% Mortes NM Hado
2016	6.015	1.015	1.134	73,15	18,85	486	73,36	42,86
2017	6.187	1.046	1.158	73,56	18,72	496	74,03	42,83
2018	6.136	1.115	1.067	74,30	17,39	457	73,83	42,83
2019	6.360	1.107	911	74,61	14,32	363	75,61	39,85
2020	6.441	1.278	1.064	74,44	16,52	436	73,95	40,98
Total	31.139	5.561	5.334	73,97	17,13	2.238	74,09	41,96



Con relación á evolución desagregada por sexo, obsérvase, tal e como figura na táboa 36, que a idade media dos ingresos por NM en Hado foi superior nas mulleres, con 74,42 anos, con respecto aos homes, cunha idade media de 73,60 anos. Consta un comportamento similar ao que se produce na idade media das mortes por NM con 73,55 anos nos homes versus 74,68 anos nas mulleres.

A porcentaxe global das mortes con motivo de ingreso en Hado dunha NM foi de 41,96%, que se sitúa 2,34 puntos por encima nas mulleres (43,22%) en relación cos homes (40,88%).

▼ **Táboa 36. Distribución por sexo das hospitalizacións en Hado. Período 2016-2020.**

Sexo	N.º altas Hado NM	Idade media NM ingresados Hado	Nº mortes NM Hado	Idade media mortes NM	% Mortes NM Hado
Home	2.879	73,60	1.177	73,55	40,88
Muller	2.455	74,42	1.061	74,68	43,22
Total	5.334	73,97	2.238	74,09	41,96

Por tipoloxía dos tumores seleccionados para o seu estudo, a NMPTB ocupa o primeiro lugar en altas en Hado, cunha porcentaxe do 16,82%, seguida a continuación da NMCRA, que figura cunha cifra de 10,80%.

Consultas externas e Hospital de día

Actividade e demora en consultas externas

Neste apartado préstaselle atención ao paciente ambulatorio, é dicir, á atención sanitaria que se lle dispensa ao paciente que non está ingresado. A actividade que se describe nesta epígrafe abarca as consultas externas (primeiras e sucesivas), as sesións nos hospitais de día e a realización de probas diagnósticas (TAC, RMN...).

Como resultados máis relevantes, analízase o tempo medio de espera (TME) para a primeira consulta médica nos servizos de oncoloxía médica ou de hematoloxía clínica, así como os TME. Ao tempo, faise unha análise de actividade e de demora das sete vías rápidas de cancro implantadas actualmente no Sergas.

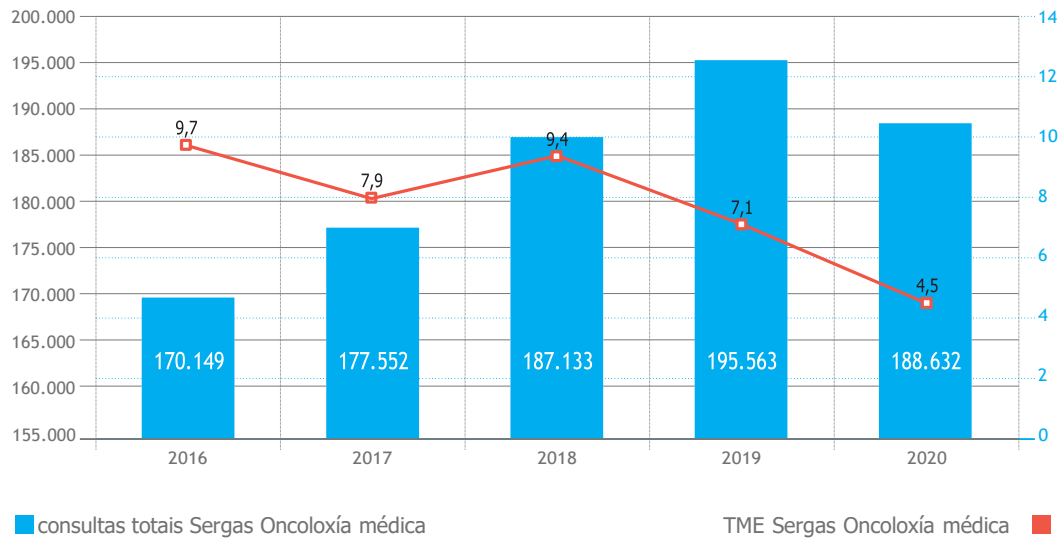
Respecto da primeira cuestión, o TME (expresado en días) para a primeira consulta por enfermidade é menor en oncoloxía médica ca en hematoloxía clínica. A actividade en número de primeiras consultas é superior en oncoloxía médica (gráfica 29). A análise de evolución temporal expresa que o ano 2020 foi a de menor espera da serie histórica para os dous servizos clínicos (4,5 días en oncoloxía médica e 18,2 días para hematoloxía clínica) (gráfica 30).

No tocante á actividade global de consultas externas, é dicir, consultas totais (primeiras e sucesivas), obsérvase unha maior actividade no grupo normalizado de agregación (GNA) oncoloxía médica, e foi o ano 2019 o de maior actividade, con 195.563 consultas. Para o GNA hematoloxía clínica o momento de maior actividade foi o ano 2018, cun total de 134.275 consultas totais, un resultado moi próximo á súa actividade do ano 2019, con 133.551.

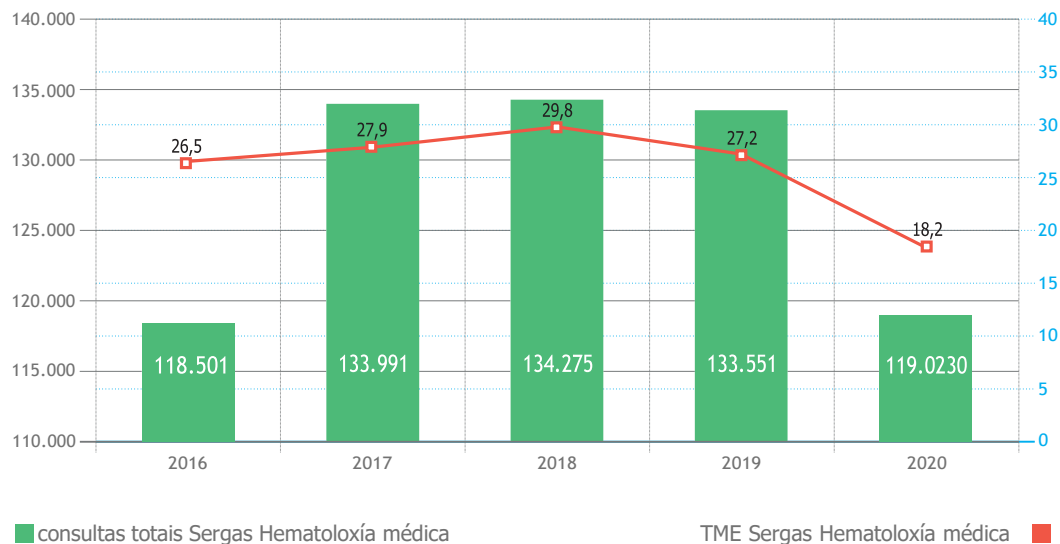


En ambos os dous servizos médicos prodúcese unha redución de actividade no ano 2020 (ano da pandemia) en comparación co ano anterior 2019 (unha redución do 3,5% en oncoloxía médica e unha redución do 10,8% en hematoloxía clínica). Porén, convén sinalar que o ano 2019 foi un ano de grande actividade.

▼ Gráfica 29. Evolución temporal do número de consultas totais por enfermidade, e TME en GNA oncoloxía médica. Período 2016-2020.



▼ Gráfica 30. Evolución temporal do número de consultas totais por enfermidade e TME, en GNA hematoloxía clínica. Período 2016-2020.



Se realizamos unha comparativa entre as 7 áreas sanitarias, a evolución anual do TME para primeiras consultas en cada unha das 7 áreas sanitarias durante o período en estudo desagregado por áreas sanitarias reflíctense nas táboas 37 e 38.



▼ Táboa 37. TME para primeiras consultas en oncoloxía médica, desagregada por áreas sanitarias. Período 2016-2020.

Áreas sanitarias	Oncoloxía médica				
	Tempo medio de espera primeira consulta presencial				
	2016	2017	2018	2019	2020
Área A Coruña- CEE	4,4	9,1	10,9	10,6	7,9
Área Santiago-Barbanza	20,2	9,4	10,2	4,7	3,3
Área Ferrol	2,0	0,0	7,0	23,0	1,9
Área Lugo-A Mariña - Monforte	4,8	2,8	6,9	3,8	3,0
Área Ourense-Verín-Barco	4,5	3,0	5,7	0,3	0,0
Área Pontevedra-Salnés	5,0	4,3	7,7	5,2	3,5
Área Vigo	7,5	6,1	6,1	2,9	3,4
Sergas	9,7	7,9	9,4	7,1	4,5

▼ Táboa 38. TME para primeiras consultas en hematoloxía clínica, desagregada por áreas sanitarias. Período 2016-2020.

Áreas sanitarias	Hematoloxía médica				
	Tempo medio de espera primeira consulta presencial				
	2016	2017	2018	2019	2020
Área A Coruña- CEE	24,6	11,9	14,7	15,2	14,2
Área Santiago-Barbanza	31,5	38,0	42,0	36,9	15,9
Área Ferrol	9,1	37,0	9,1	26,4	2,0
Área Lugo-A Mariña - Monforte	30,8	26,3	26,0	21,7	12,5
Área Ourense-Verín-Barco	21,0	21,2	16,6	12,6	28,9
Área Pontevedra-Salnés	8,6	22,8	29,2	25,8	15,3
Área Vigo	21,1	18,4	17,9	18,6	25,6
Sergas	26,5	27,9	29,8	27,2	18,2

A evolución anual da actividade, en termos de número total de consultas médicas, en cada unha das 7 áreas sanitarias durante o período en estudo, desagregado por áreas sanitarias, reflíctese nas táboas 39 e 40.



▼ Táboa 39. Actividade de número de consultas totais do GNA Oncoloxía médica, desagregada por áreas sanitarias. Período 2016-2020.

Áreas sanitarias	Oncoloxía médica				
	Consultas totais				
	2016	2017	2018	2019	2020
Área A Coruña- CEE	27.732	30.478	34.401	39.710	44.330
Área Santiago-Barbanza	28.858	30.168	30.108	31.340	30.045
Área Ferrol	15.532	15.149	16.132	16.583	16.624
Área Lugo-A Mariña - Monforte	26.370	27.636	28.221	29.404	27.941
Área Ourense-Verín-Barco	28.584	28.909	30.059	31.113	32.128
Área Pontevedra-Salnés	21.568	23.099	23.712	23.129	13.097
Área Vigo	21.505	22.113	24.500	24.284	24.458
Sergas	170.149	177.552	187.113	195.563	188.623

En oncoloxía médica, a área sanitaria da Coruña resulta a de maior actividade desde o ano 2017, cun crecemento interanual sostido e o ano 2020 resultou ser o ano de maior actividade, cun total de 44.330 consultas. Este mesmo comportamento tívoo a área sanitaria de Ourense para o mesmo período en estudo (ver táboa), cun total de 32.128 consultas locais no ano 2020.

▼ Táboa 40. Actividade de número de consultas totais do GNA Hematoloxía clínica, desagregada por áreas sanitarias. Período 2016-2020.

Áreas sanitarias	Hematoloxía clínica				
	Consultas totais				
	2016	2017	2018	2019	2020
Área A Coruña- CEE	12.393	12.601	13.117	13.393	13.572
Área Santiago-Barbanza	22.620	24.046	24.489	23.157	23.024
Área Ferrol	6.190	6.321	6.579	6.660	5.219
Área Lugo-A Mariña - Monforte	14.520	26.417	28.429	26.202	19.187
Área Ourense-Verín-Barco	13.650	13.604	14.196	15.703	14.935
Área Pontevedra-Salnés	11.088	11.512	11.650	11.898	13.421
Área Vigo	38.040	39.490	35.815	36.538	29.667
Sergas	118.501	133.991	134.275	133.551	119.020

Respecto da actividade en hematoloxía clínica, a área sanitaria de maior actividade é a de Vigo. A área sanitaria de Pontevedra mantivo un crecemento interanual sostido durante o período en estudo, e foi o 2020 o seu ano de maior actividade.

Facendo unha referencia explícita xeral para o ano 2020 nestes dous indicadores destes dous servizos médicos (tendo en cota a especial característica de ser o primeiro ano da pandemia provocada polo virus SARS-CoV-2) podemos concluír que, malia que a actividade realizada en número de consultas foi menor ca no ano 2019, os tempos medios de espera víronse reducidos en gran medida. Aínda así, a actividade medida en número de consultas totais realizada no ano 2020 nestes servizos médicos foi superior á realizada no ano 2016 (o 10,8% máis en oncoloxía médica e 0,43% máis en hematoloxía clínica).



Investimento no tratamento farmacolóxico do cancro

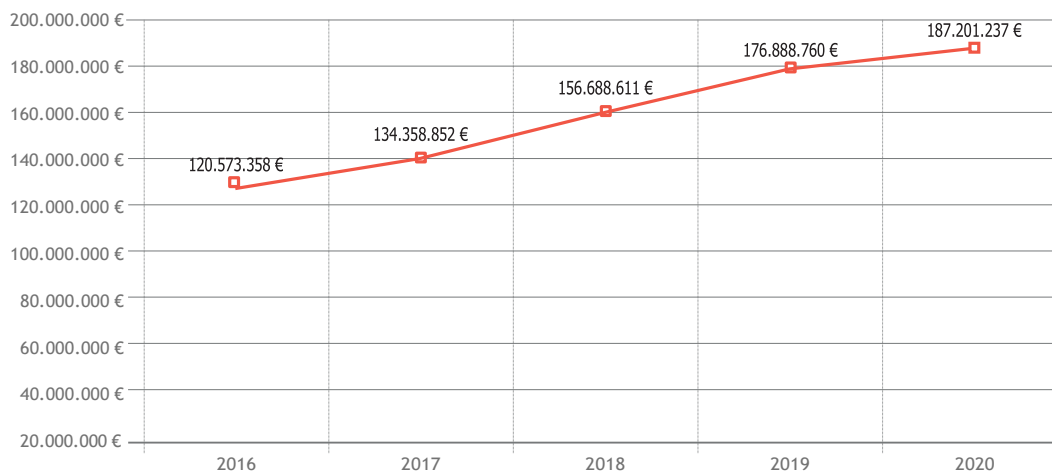
O investimento no tratamento farmacolóxico do cancro ten unha evolución ascendente durante o período en estudo. Esta evolución ascendente prodúcese á custa do incremento no investimento nos fármacos de farmacia hospitalaria fronte a aqueles de prescrición en receita médica oficial e dispensación en oficina de farmacia (o que comunmente se denomina "farmacia receita") (táboa 41 e gráfica 31). No último ano, ese investimento superou os 187 millóns de euros.

▼ Táboa 41. Evolución do investimento no tratamento farmacolóxico do cancro (grupo terapéutico *axentes antineoplásicos e inmunomoduladores*) no Sergas. Período 2016-2020.

	2016	2017	2018	2019	2020
Farmacia hospitalaria	101.546.769 €	115.675.787 €	138.493.787 €	158.605.984 €	168.670.606 €
Farmacia receita	18.996.589 €	18.683.065 €	18.194.823 €	18.282.776 €	18.530.631 €
Total	120.543.358 €	134.358.852 €	156.688.611 €	176.888.760 €	187.201.237 €



▼ Gráfica 31. Evolución do investimento no tratamento farmacolóxico do cancro (grupo terapéutico axentes antineoplásicos e inmunomoduladores) no Sergas, período 2016-2020.



Esta análise realízase respecto dos consumos daqueles principios activos pertencentes ao grupo terapéutico axentes antineoplásicos e inmunomoduladores, empregados no tratamento activo dos diferentes tipo de tumores en oncoloxía e hematoloxía. Non se está a incluír a terapia de soporte: factores estimulantes de colonias, axentes estimulantes da eritropoese, antieméticos etc.

Se nos fixamos unicamente nos fármacos de dispensación e/ou administración hospitalaria e desagregamos por GNA (servizo clínico) hematoloxía clínica ou oncoloxía médica, obsérvase que este último é o de maior consumo. Esta tendencia crecente prodúcese nos dous no período en estudo (táboa 42).

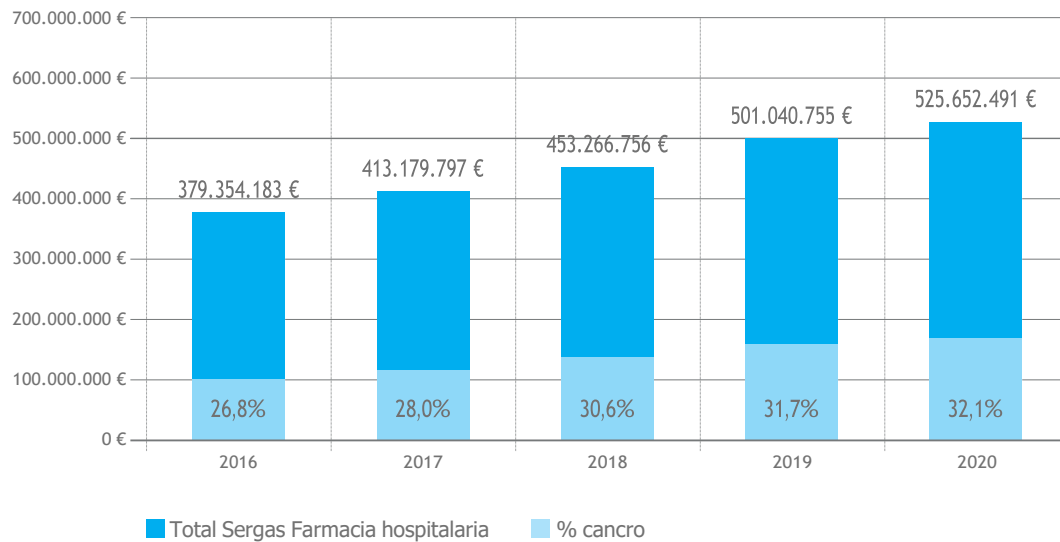
▼ Táboa 42. Evolución da inversión no tratamento farmacolóxico do cancro en farmacia hospitalaria por GNA (servizo clínico) no Sergas. Período 2016-2020.

	2016	2017	2018	2019	2020
Hematoloxía clínica	42.031.417 €	42.128.433 €	48.403.799 €	53.461.257 €	56.874.857 €
Oncoloxía	59.515.352 €	73.547.354 €	90.089.989 €	105.144.727 €	111.795.749 €
Onco + hematolóxica	101.546.769 €	115.675.787 €	138.493.787 €	158.605.984 €	168.670.606 €

En canto á evolución da porcentaxe que supón o investimento destes tratamentos para o cancro respecto do investimento total de farmacia hospitalaria para calquera patoloxía, obsérvase que tamén é ascendente. Así, no ano 2016 esta porcentaxe era dun 26,8%, o que supuxo que un 32,1% do total dos fármacos hospitalarios ían destinados a tratar o cancro (excluídas as terapias de soporte) (gráfica 32).



▼ Gráfica 32. Evolución da porcentaxe de investimento no tratamento farmacolóxico de farmacia hospitalaria do cancro, sobre o total de investimento en farmacia hospitalaria. Período 2016-2020.



Unha liña de tratamento en auge é a medicina de precisión (MP) ou terapias dirixidas. A partir da listaxe de biomarcadores farmacoxenómicos reflectidos nas fichas técnicas da Food and Drug and Administration (FDA), seleccionáronse aqueles medicamentos con biomarcadores para eficacia (non para seguridade) en tumores sólidos e hematolóxicos. A este respecto, foron excluídas da análise a hormonoterapia convencional, así como a inmunoterapia para inestabilidade alta de microsatélites ou con deficiencia do sistema de reparación de apareamentos erróneos. A análise dos tres últimos anos, 2018-2020, indica que se beneficiaron un total de 4.782 pacientes deste tipo de tratamento no Sergas, cun investimento de máis de 122 millóns de euros.



Evolución das xornadas perdidas por cancro e gasto asociado

A persoa traballadora que está imposibilitada temporalmente para traballar recibe unha prestación económica en forma de subsidio diario que cobre a perda de rendas do traballador e recibe asistencia sanitaria da seguridade social. Para o caso da enfermidade común, como sería o feito de sufrir un cancro, iníciase desde o cuarto día. As persoas beneficiarias serán aqueles traballadores incluídos en calquera réxime da seguridade social, sempre que cumpran determinados requisitos, así como aquelas do réxime especial de traballadores autónomos incluídos no sistema especial de traballadores agrarios que optasen por incluír esta prestación* (ref. [Seguridade social: Información útil \(seg-social.es\)](http://seg-social.es)).

Neste apartado, descríbense o número de xornadas laborais perdidas na comunidade autónoma de Galicia motivadas por enfermidade común oncolóxica (NM) dos traballadores galegos beneficiarios.

A explotación e análise de datos do Sistema de información e xestión da incapacidade temporal da Inspección de Servizos Sanitarios da Consellería de Sanidade reflicte que o número total de xornadas laborais perdidas ía incrementándose anualmente durante o período 2016 a 2019 e que sufriu unha caída no ano 2020, seguramente motivada pola pandemia mundial da covid-19 (táboa 43).

▼ Táboa 43. Evolución das xornadas laborais perdidas por tipo de NM na comunidade autónoma de Galicia. Período 2016-2020.

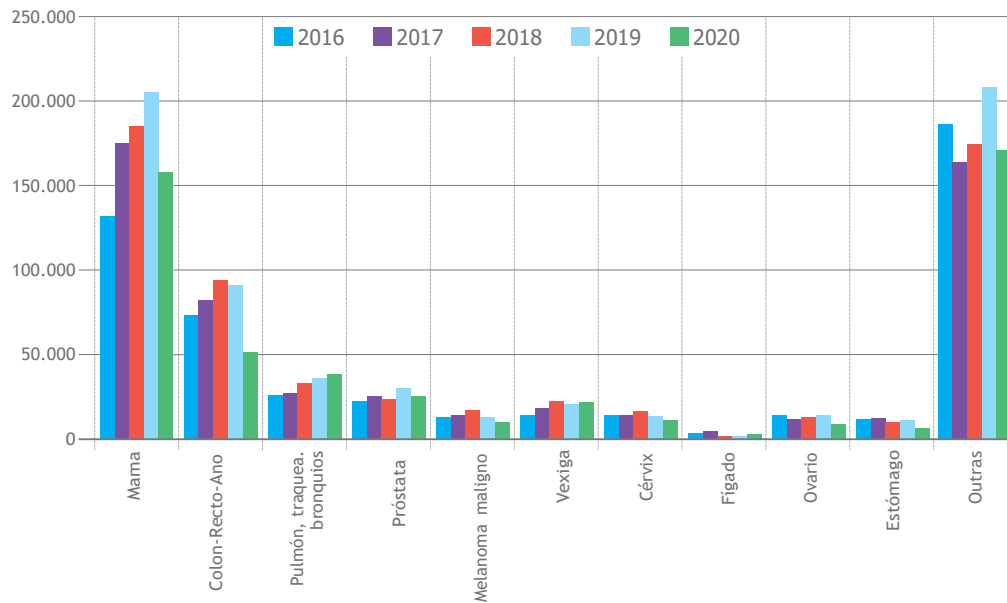
	2016	2017	2018	2019	2020
Mama	132.457	175.675	185.198	204.799	158.257
Colon-recto-ano	73.550	82.454	94.432	91.288	52.093
Pulmón, traquea, bronquios	26.398	27.931	33.575	36.313	38.747
Próstata	22.743	26.033	23.904	30.276	26.039
Melanoma maligno	13.143	14.742	17.340	13.071	10.467
Vexiga	14.862	18.899	23.455	21.144	22.831
Cérvix	14.827	14.403	17.502	14.080	11.597
Fígado	3.757	4.777	2.507	2.143	3.598
Ovario	14.364	11.829	13.117	14.975	9.189
Estómago	12.074	12.785	10.520	11.290	6.649
Outras	186.393	164.323	174.604	208.216	170.807
Total xornadas perdidas	514.568	553.851	596.145	647.595	510.274

Fonte de datos. Subdirección Xeral de Inspección de Servizos Sanitarios. Consellería de Sanidade.



Na seguinte gráfica pode observarse que, se nos centramos nos tipos de cancro máis prevalentes, o cancro de mama é a NM con maior número de xornadas laborais perdidas, seguida do cancro de colon-recto-ano (ver Gráfica 33).

▼ Gráfica 33. Evolución das xornadas laborais perdidas por tipo de NM na comunidade autónoma de Galicia. Período 2016-2020.



O anterior, logo de transformados os custos, supón o seguinte:

▼ Táboa 44. Evolución anual dos custes por xornadas de traballo perdidas motivadas por incapacidade temporal de NM en Galicia. Período 2017-2020.

	2017	2018	2019	2020
Gasto anual IT Galicia	416.125.018 €	464.991.023 €	551.313.814 €	638.829.228 €
Gasto diario	32,20 €	33,29 €	35,08 €	35,52 €

Fonte de datos. Subdirección Xeral de Inspección de Servizos Sanitarios. Consellería de Sanidade.



Anexo

I Relación dos códigos da CIE que se incluíron na análise.

Cód. Categ.diag. Ppal.	Categoría diagnóstico principal
C00	Neoplasia maligna de labio
C01	Neoplasia maligna de base da lingua
C02	Neoplasia maligna doutras partes da lingua e das non especificadas
C03	Neoplasia maligna de enxiva
C04	Neoplasia maligna de solo da boca
C05	Neoplasia maligna do padal
C06	Neoplasia maligna doutras partes da boca e as non especificadas
C07	Neoplasia maligna de glándula parótida
C08	Neoplasia maligna doutras glándulas salivais maiores e as non especificadas
C09	Neoplasia maligna de amígdala
C10	Neoplasia maligna de orofarinxe
C11	Neoplasia maligna de nasofarinxe
C12	Neoplasia maligna de seno piriforme
C13	Neoplasia maligna de hipofarinxe
C14	Neoplasia maligna doutras localizacións e as mal definidas en labio, cavidade oral e farinxe
C15	Neoplasia maligna de esófago
C16	Neoplasia maligna de estómago
C17	Neoplasia maligna de intestino delgado
C18	Neoplasia maligna de colon
C19	Neoplasia maligna de unión rectosigmídea
C20	Neoplasia maligna de recto
C21	Neoplasia maligna de ano e canal anal
C22	Neoplasia maligna de fígado e vías biliares intrahepáticas
C23	Neoplasia maligna de vesícula biliar
C24	Neoplasia maligna doutras partes do tracto biliar e as non especificadas
C25	Neoplasia maligna de páncreas
C26	Neoplasia maligna doutros órganos dixestivos e dos mal definidos
C30	Neoplasia maligna de cavidade nasal de oído medio
C31	Neoplasia maligna de senos accesorios
C32	Neoplasia maligna de larínxe
C33	Neoplasia maligna de traquea
C34	Neoplasia maligna de bronquio e pulmón
C37	Neoplasia maligna de timo
C38	Neoplasia maligna de corazón, mediastino e pleura
C39	Neoplasia maligna de outras localizacións e as mal definidas en aparato respiratorio e órganos intratorácicos
C40	Neoplasia maligna de óso e de cartílago articular en extremidades
C41	Neoplasia maligna de óso e de cartílago articular de outras localizacións e das non especificadas
C43	Neoplasia maligna de pel
C44	Outras neoplasia malignas e as non especificadas de pel
C45	Mesotelioma
C46	Sarcoma de Kaposi



Cód. Categ.diag. Ppal.	Categoría diagnóstico principal
C47	Neoplasia maligna de nervios periféricos e sistema nervioso autónomo
C48	Neoplasia maligna de retroperitoneo e peritoneo
C49	Neoplasia maligna de tecido conxuntivo e outros tecidos brandos
C4A	Carcinoma de células de Merkel
C50	Neoplasia maligna de mama
C51	Neoplasia maligna de vulva
C52	Neoplasia maligna de vaxina
C53	Neoplasia maligna de colo do útero
C54	Neoplasia maligna de corpo do útero
C55	Neoplasia maligna de útero, parte non especificada
C56	Neoplasia maligna de ovario
C57	Neoplasia maligna de outros órganos xenitais femininos e os non especificados
C58	Neoplasia maligna de placenta
C60	Neoplasia maligna de pene
C61	Neoplasia maligna de próstata
C62	Neoplasia maligna de testículo
C63	Neoplasia maligna de outros órganos xenitais masculinos e os non especificados
C64	Neoplasia maligna de ril, agás pelves renal
C65	Neoplasia maligna de pelve renal
C66	Neoplasia maligna de uréter
C67	Neoplasia maligna de vexiga
C68	Neoplasia maligna doutros órganos urinarios e os non especificados
C69	Neoplasia maligna de ollo e as seus anexos
C70	Neoplasia maligna de meninxes
C71	Neoplasia maligna de cerebro
C72	Neoplasia maligna de medula espinal, nervios craniais e outras partes do sistema nervioso central
C73	Neoplasia maligna de glándula tiroides
C74	Neoplasia maligna de glándula suprarrenal
C75	Neoplasia maligna doutras glándulas endócrinas e estruturas relacionadas
C76	Neoplasia maligna doutras localizacións e as mal definidas
C77	Neoplasia maligna secundaria e non especificada de ganglios linfáticos
C78	Neoplasia maligna secundaria de órganos respiratorios e dixestivos
C79	Neoplasia maligna secundaria doutras localizacións e as non especificadas
C7A	Tumores malignos neuroendocrinos
C7B	Tumores neuroendocrinos secundarios
C80	Neoplasia maligna de localización non especificada
C81	Linfoma de Hodgkin
C82	Linfoma folicular
C83	Linfoma non folicular
C84	Linfomas de células T/NK maduras
C85	Outros tipos de linfoma non Hodgkin e os non especificados
C86	Outros tipos especificados de linfoma de células T/NK
C88	Enfermidades inmunoproliferativas malignas e certos linfomas de células B doutros tipos
C90	Melanoma múltiple e tumores malignos de células plasmáticas
C91	Leucemia linfoide
C92	Leucemia meloide
C93	Leucemia monocítica
C94	Outras leucemias de tipo celular especificado
C95	Leucemia de células de tipo non especificado
C96	Outros tipos de neoplasias malignas de tecido linfático, hemopoético e relacionados e os non especificados



Código categoría CIE-10-ES 3ª ED	Localización
C50	Mama
C18-C21	Colon-recto-ano
C33-C34	Pulmón-traquea-bronquios
C61	Próstata
C43	Melanoma maligno
C67	Vexiga
C53	Cérvix
C22	Fígado (e vías biliares intrahepáticas)
C56	Ovario
C16	Estómago
C81-C96	Linfoide e hematopoiético
C00-C15;C17;C23-C32,C37-C41,C4A,C44,C45-C49;C51-C52;C54-C55;C57-C58 ;C60;C62-C66;C68-C80	Outras



Acrónimos e abreviaturas

AEVP	anos de esperanza de vida perdidos.
CC. AA.	comunidade autónoma.
CCR	cancro colorrectal.
CCRA	cancro de colon-recto e ano.
CMDB	conxunto mínimo básico de datos.
COVID-19	acrónimo inglés de enfermidade do coronavirus.
DXSP	Dirección Xeral Saúde Pública.
FAT	fume ambiental do tabaco.
GNA	grupo normalizado de agregación.
GRD	grupos relacionados polo diagnóstico.
H. pylori	Helicobacter pylori.
Hado	hospitalización a domicilio.
ICM	índice de case-mix.
IE	índice de envellecemento.
IEMA	índice estadía media axustada.
IGRT	radioterapia guiada por imaxe.
IMRT	radioterapia de intensidade modulada.
INE	Instituto Nacional de Estadística.
IS	índice de sobreenvellecemento.
MP	medicina de precisión.
NM	neoplasia maligna.



NMCRA	neoplasia maligna de colon, recto e ano.
NMLH	neoplasia maligna de linfoides, hematopoiéticos e relacionadas.
NMM	neoplasia maligna de mama.
NMP	neoplasia maligna de próstata.
NMPTB	neoplasia maligna de pulmón, traquea e bronquios.
NMV	neoplasia maligna de vexiga.
OMS	Organización Mundial da Saúde.
PCA	porcentaxe de cambio anual.
PET-CT	tomografía por emisión de positrones.
PGDPCM	programa galego de detección precoz do cancro de mama.
REGAT	Rexistro Galego de Tumores.
SBRT	radioterapia estereotáxica fraccionada corporal.
Sergas	Servizo Galego de Saúde.
SICRI	sistema de información de conductas de risco.
SIMCA	sistema de información sobre mortalidade por cancro.
SNS	Sistema Nacional do Saúde.
SOF	sangue oculto en feces.
TC	tomografía computerizada.
TLOH	tecido linfático e órganos hematopoiéticos.
TME	tempo medio de espera.
VHB	virus do hepatite B.
VHC	virus do hepatite C.
VPH	virus do papiloma humano.
VPH-AR	virus do papiloma humano de alto risco oncoxénico.
VPP	valor predictivo positivo.



Bibliografía

- [1] Instituto Galego de Estatística (IGE). Datos demográficos. [\[Ligazón\]](#)
- [2] Instituto Galego de Estatística (IGE). Densidade de poboación. Grao de urbanización 2016 por concellos (GU 2016). [\[Ligazón\]](#)
- [3] IGE. Distribución espacial das características da poboación de Galicia por cuadrícula de 1km². Resumo de resultados 27/11/2020. [\[Ligazón\]](#)
- [4] World Cancer Research Found/ América Institute for Cancer: a Global Perspective. Continuous Update Project Expert Report 2018. Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer: a Global Perspective (wcrf.org).
- [5] IARC. Carne vermella e procesada. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans Volume 114. IARC [Publications Website - Red Meat and Processed Meat](#).
- [6] Dussailant, catalina et al. Evidencia actual sobre os beneficios da dieta mediterránea na saúde. Rev. méd. Chile [\[online\]](#). 2016, 144(8):1044-1052.
- [7] Trichopoulou A, Lagiou P, Kuper H, Trichopoulos D. Cancer and Mediterranean dietary traditions. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2000; 9 (9): 869-73. [\[Ligazón\]](#)
- [8] La Vecchia C. Dieta mediterránea e cancro. Nutrición de Saúde Pública. 2004. 7(7): [965-968](#).
- [9] Giacosa, et al. Prevención do cancro en Europa. Revista Europea de Prevención do Cancro. 2013; 22(1):90-95.
- [10] Dirección Xeral de Saúde Pública, Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia. Sistema de Información sobre Condutas de Risco na poboación galega (SICRI) 2014, 2017, 2018. Dispoñible en: <http://dxsp.sergas.es>.
- [11] Physical Activity Guidelines Advisory Committee. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report [Internet]. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2018 [citado 14 de mayo de 2021]. https://health.gov/sites/default/files/2019-09/PAG_Advisory_Committee_Report.pdf
- [12] Fundación para a Investigación Nutricional. Informe 2016: actividade física en nenos e adolescentes en España [Internet]. 2016 [citado 13 de maio de 2021]. Dispoñible en: <https://www.activehealthykids.org/wp-content/uploads/2016/11/spain-report-card-long-form-2016.pdf>
- [13] Ministerio, de Educación, Cultura, e Deporte, Ministerio, Axencia Española de Actividade física e prevalencia de patoloxías na poboación española [Internet]. 2016 [citado 28 de maio de 2021]. Dispoñible en: <https://sede.educacion.gob.es/publiventa/d/21268/19/1>
- [14] Pérez-Ríos M, Santiago-Pérez MI et al. Exceso ponderal e obesidade abdominal en nenos e adolescentes galegos. Rev. Anais de Pediatría (English Edition). 2018; 89(5): 302-308.



- [15] Moreno C, Ramos P, Rivera F et al. Informe técnico dos resultados obtidos polo Estudo Health Behaviourin School-aged Children (HBSC) 2018 en Galicia. Ministerio de Sanidade, 2020. Dispoñible en:
https://www.sanidad.gob.es/gl/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJoven/es/estudioHBSC/docs/HBSC2018/CCAA/HBSC2018_Galicia.pdf
- [16] Estudio ALADINO 2019: Estudio sobre Alimentación, Actividad Física, Desenvolvemento Infantil e Obesidade en España 2019. Axencia Española de Seguridade Alimentaria e Nutrición. Ministerio de Consumo. Madrid, 2020. Dispoñible en:
https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Informe_Breve_ALADINO2019_NAOS.pdf
- [17] U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA.: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014. [\[Ligazón\]](#)
- [18] Dirección Xeral de Saúde Pública. Evolución do consumo de tabaco en Galicia de 2005 a 2018. Boletín Epidemiolóxico de Galicia 2019; vol XXXI, nº 6. [\[Ligazón\]](#)
- [19] U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006. [\[Ligazón\]](#)
- [20] Dirección Xeral de Saúde Pública. Exposición ao fume ambiental de tabaco en Galicia de 2005 a 2018. Boletín Epidemiolóxico de Galicia 2019; vol XXXI, nº 6. [\[Ligazón\]](#)
- [21] International Agency for Research on Cancer. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, volume 64. Human Papillomaviruses. Lyon, France: IARC; 1995 [\[Ligazón\]](#)
- [22] International Agency for Research on Cancer. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, volume 100B. Biological Agents. Lyon, France: IARC; 2012. [\[Ligazón\]](#)
- [23] Dirección Xeral de Saúde Pública. Prevalencia de VPH de alto risco nas mulleres galegas. Boletín Epidemiolóxico de Galicia 2012; vol XXIV, nº 2. [\[Ligazón\]](#)
- [24] Dirección Xeral de Saúde Pública. Efectividade da vacinación fronte ó VPH en Galicia: 2014-2017. Boletín Epidemiolóxico de Galicia 2019; vol XXIX, nº 6. [\[Ligazón\]](#)
- [25] International Agency for Research on Cancer. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, volume 61. Schistosomes, Liver Flukes and Helicobacter pylori. Lyon, France: IARC; 1994. [\[Ligazón\]](#)
- [26] Dirección Xeral de Saúde Pública. Evolución da mortalidade por cancro gástrico en Galicia: 1980-2017. Venres Epidemiolóxico 2019; vol 8, nº 19. [\[Ligazón\]](#)
- [27] International Agency for Research on Cancer. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, volume 59. Hepatitis Viruses. Lyon, France: IARC; 1994. [\[Ligazón\]](#)



- [28] Dirección Xeral de Saúde Pública. A hepatite B en Galicia de 1993 A 2017. Boletín Epidemiolóxico de Galicia 2019; vol XXXI, nº 2. [\[Ligazón\]](#)
- [29] Dirección Xeral de Saúde Pública. Cobertura do cribado prenatal da hepatite B en Galicia. Boletín Epidemiolóxico de Galicia 2015; vol XXVII, nº 4. [\[Ligazón\]](#)
- [30] Dirección Xeral de Saúde Pública. A eliminación da hepatite B en Galicia. Boletín Epidemiolóxico de Galicia 2019; vol XXXI, nº 2. [\[Ligazón\]](#)
- [31] Dirección Xeral de Saúde Pública. Incidencia do cancro de mama en Galicia no ano 2015. Boletín Epidemiolóxico de Galicia 2017; vol XXIX, nº 1. [\[Ligazón\]](#)
- [32] Dirección Xeral de Saúde Pública. Incidencia do cancro de mama en Galicia no ano 2016. Boletín Epidemiolóxico de Galicia 2018; vol XXX, nº 6. [\[Ligazón\]](#)

Servizo Galego
de Saúde



Asistencia Sanitaria
Análise / Estudo

3
E



SERVIZO
GALEGO
DE SAÚDE



Xacobeo 21-22