

PROGRAMA GALEGO DE DETECCIÓN PRECOZ
DO CANCRO DE MAMA (PGDPCM).
RESULTADOS 1992-2013



Data de edición:
Agosto 2014

Edita:
Xunta de Galicia
Consellería de Sanidade
Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública

Maquetación:
Tórculo Comunicación Gráfica, S. A.

Portada:
Gustav Klimt, "Giuditta II", Musei Civita Veneziani,
Galleria Internazionale d'Arte Moderna di Ca'Pesaro, Venezia

Índice

1. INTRODUCCIÓN	5
2. PROGRAMA GALEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DO CANCRO DE MAMA (PGDPCM).	8
3. ESTRUTURA ASISTENCIAL	11
4. PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDADE	15
5. RESULTADOS DO PROGRAMA 1992-2013	16
6. CONCLUSIÓNS	31
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

INTRODUCCIÓN

O cancro de mama continúa sendo a causa máis frecuente de cancro entre as mulleres nos países desenvolvidos. Estímase que no ano 2012 se diagnosticaron na Unión Europea 364.450 novos casos, o que representa o 30% de todos os cancros incidentes na muller [1]. España ten unha taxa de incidencia media en relación cos países do seu contorno (84,9 por 100.000 mulleres) [2] (**táboa 1**).

Con respecto á mortalidade por cancro de mama, continúa sendo a primeira causa de morte por cancro nas mulleres dos países da Unión Europea. Estímase que na Unión Europea (27 países), en 2012 faleceron 90.600 mulleres por esta causa, cunha taxa de mortalidade estandarizada por idade á poboación europea de 22,4 por 100.000 mulleres (**táboa 1**).

Táboa 1. Estimación da incidencia e mortalidade por cancro de mama axustadas por idade en mulleres da Unión Europea. 2012

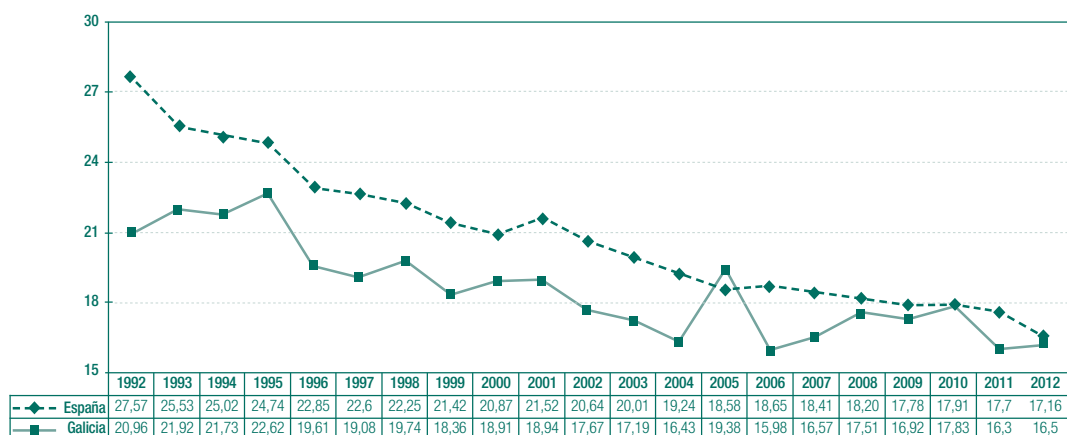
País	Incidencia *	País	Mortalidade *
Bélxica	147,5	Bélxica	29,5
Dinamarca	142,8	Dinamarca	28,0
Islandia	130,7	Irlanda	27,4
Países Baixos	131,3	Países Baixos	26,0
Francia	136,6	Malta	26,0
Reino Unido	129,2	Reino Unido	24,8
Irlanda	122,4	Letonia	24,5
Alemaña	122,0	Bulgaria	24,1
Finlandia	121,0	Francia	23,7
Luxemburgo	118,2	Eslovenia	23,4
Suecia	108,2	Hungría	23,4
Italia	118,0	Lituania	23,4
Malta	116,2	Italia	22,9
Austria	90,7	Alemania	22,7
República Checa	95,5	Romanía	21,6
Eslovenia	88,4	Grecia	21,0
Portugal	85,6	Austria	21,3
España	84,9	Islandia	20,7
Eslovaquia	78,1	Luxemburgo	19,9
Bulgaria	76,3	Finlandia	19,7
Hungría	72,3	Polonia	19,7
Polonia	69,9	Suecia	19,5
Letonia	69,8	República Checa	19,2
Estonia	69,0	Eslovaquia	19,1
Romanía	66,2	Portugal	18,4
Lituania	65,2	España	16,7
Grecia	58,6	Estonia	15,1
Unión Europea (EU27)	108,8	Unión Europea (EU27)	22,4

* Taxas por 100.000 mulleres axustadas á poboación europea.

Fonte: Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh J.W.W., Comber H, Forman D, Bray F. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. *European Journal of cancer* 2013; 49: 1374-1403 [2]

Durante o ano 2012 rexistráronse en Galicia 16,5 mortes por 100.000 mulleres (taxa estandarizada á poboación europea), segundo datos provisionais do Rexistro de Mortalidade de Galicia. No **gráfico 1** podemos ver a evolución da mortalidade en España [3] e Galicia desde 1992 ata 2012. Observamos que en Galicia, tras varios anos de descenso progresivo, a taxa de mortalidade ascende en 2005 para volver a recuperarse en 2006, ano a partir do que observamos un pequeno e progresivo aumento na que conflúe coa taxa de mortalidade en España no ano 2010. No ano 2011 a taxa de mortalidade descende e acada unha cifra moi similar a do ano 2004, unha das máis baixas nesta serie de anos rexistrados, e no ano 2012 aumenta lixeiramente, aínda que segue manténdose nestos valores baixos.

Gráfico 1. Evolución da mortalidade por cancro de mama en Galicia e España. Taxas por 100.000 mulleres*.



*Taxas estandarizadas á poboación europea.

Fonte: (1) Mortalidade por cancro en España. Centro Nacional de Epidemioloxía. Instituto de Saúde Carlos III. [3]
(2) Rexistro de Mortalidade de Galicia. Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública.

Segundo os últimos datos obtidos do Rexistro de Mortalidade de Galicia, o cancro de mama continúa sendo a primeira causa tumoral de morte nas mulleres (**táboa 2**). No ano 2012, rexistráronse en Galicia 426 mortes por esta causa, correspondendo o 29,6 % a mulleres entre 50 e 69 anos e o 57 % a mulleres de 70 ou máis anos. No ano 2013 (datos provisionais), rexistráronse 447 mortes por cancro de mama das que o 28,6% corresponderon a mulleres entre 50 e 69 anos, o 59,1 % a mulleres maiores de 69 anos e o 12,3 % ao grupo de mulleres menores de 50 anos.

Táboa 2. Mortalidade por tumores na muller. Galicia 2012 e 2013 (provisional)

Tumores	2012		2013	
	Nº falecidas	%	Nº falecidas	%
Mama	462	13,03	447	13,6
Colon	397	12,14	384	11,68
Estómago	212	6,48	213	6,48
Pulmón/bronquios	276	8,44	312	9,49
Páncreas	227	6,94	262	7,97
Ovario	132	4,04	139	4,23
Útero (corpo e non específico)	120	3,67	114	3,47
Colo uterino	65	1,99	38	1,16
Outros	1415	43,27	1378	41,92
Total	3.270	100	3.287	100

Fonte: Rexistro de Mortalidade de Galicia. Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública

Polo tanto, o cancro de mama segue constituíndo un problema de primeira orde. Na actualidade, non contamos con medidas eficaces de prevención primaria, xa que os factores de risco máis importantes (idade, antecedentes familiares de cancro de mama, antecedentes de patoloxía mamaria, menarquia precoz e menopausa tardía) non son modificables. No momento actual, os esforzos diríxense a establecer un diagnóstico o máis precoz posible (prevención secundaria), mediante programas poboacionais de detección precoz, para 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 proba máis útil e accesible para realizar a detección dun tumor de mama antes de que se manifeste clinicamente é a mamografía. 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. En mulleres máis novas non está claro o beneficio do cribado [4].

En Europa, todos os programas poboacionais de cribado de cancro de mama inclúen as mulleres de 50-64 anos, ampliándose actualmente, na maioría deles, o rango de idade cara a mulleres maiores, ata os 69 anos, seguindo as recomendacións do Consello da Unión Europea [5] baseadas na evidencia científica que apoia o beneficio do cribado no grupo de idade de 50 a 69 anos. As mulleres máis novas con factores de risco deben ter unha atención individualizada.

Na actualidade todas as comunidades autónomas dispoñen de programas de cribado de cancro de mama [4, 6].

PROGRAMA GALEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DO CANCRO DE MAMA (PGDPCM)

Coa finalidade de abordar o problema de saúde que supón o cancro de mama, desde a Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública, entón Dirección Xeral de Saúde Pública, púxose en marcha en 1992 a primeira unidade de exploración mamográfica do PGDPCM [7]. Naquel momento contou coa colaboración da Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). Desde aquela, o Programa foise estendendo ata cubrir no ano 1998 o 100% da poboación obxectivo [8].

Obxectivo xeral

Reducir a mortalidade por cancro de mama nas mulleres de 50 a 69 anos de Galicia nunha porcentaxe do 25% aos seis anos da implantación completa do Programa.

Obxectivos específicos

- Manter unha participación superior ao 75% das mulleres citadas.
- Asegurar o acceso a un diagnóstico definitivo a todas as mulleres ás que se lles recomenda unha valoración clínica adicional nos tempos adecuados.
- Manter e mellorar o sistema de información do Programa de modo que permita a correcta avaliación dos indicadores predictores de impacto.

Poboación obxectivo

Ata o ano 2004 a poboación á que ía dirixido o Programa eran todas as mulleres residentes en Galicia de 50 a 64 anos. Seguindo as directrices da Unión Europea [6], a partir do 2005 o Programa comezou a ampliación progresiva do grupo de idade ata os 69 anos, obxectivo que se acadou no ano 2009. O número de mulleres pertencentes ao grupo de idade de 50-69 anos, segundo o padrón municipal de habitantes de 2012, é de 362.735 [9].

Proba de cribado

A proba básica de cribado é a mamografía. Realízanse dúas proxeccións mamográficas (cranio-caudal e oblicuamediolateral) en cada mama.

Frecuencia do cribado

O cribado realízase cunha periodicidade de dous anos.

Sistema de divulgación

Ás mulleres obxectivo do Programa envíaselles información sobre este por carta, antes da citación persoal para a realización da proba mamográfica. Os coordinadores provinciais do Programa das xefaturas territoriais de sanidade son os encargados de promover o Programa nos concellos. Para isto, manteñen reunións de presentación coas autoridades municipais, sanitarios locais, prensa e radio local, etc. Así mesmo, ofrécense charlas informativas a colectivos específicos e distribúense carteis e folletos informativos a farmacias e centros sanitarios e sociais da localidade.

Sistema de citación

A citación é persoal e por carta. Envíase nos 10-15 días previos á cita e nela especificanse o lugar, día e hora en que debe acudir para a realización da proba mamográfica, así como un número de teléfono para solicitar cambio de cita se fose preciso. Se a muller non acode, envíase unha nova citación, tamén por carta.

A relación de mulleres que hai que citar obtense a partir do rexistro de tarxeta sanitaria e dos padróns municipais. Depúranse os erros (idade, sexo) e outras situacións da muller que fan imposible a cita (falecidas, incapacitadas ou enderezo descoñecido). O único criterio de exclusión para a realización da mamografía de cribado é ter padecido un cancro de mama ou ter realizado una mastectomía bilateral. A programación das citas faise por concellos, de forma que se garante a periodicidade de dous anos do cribado en cada concello (cun intervalo de \pm seis meses). Esta programación actualízase cada seis meses e pode consultarse na páxina web da Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública a través do seguinte enlace: <http://dxsp.sergas.es>

Comunicación dos resultados da mamografía de cribado

Se o resultado é negativo, as mulleres reciben a información por carta personalizada, recomendándolles seguir no Programa e convidándoas a repetir o estudo ao cabo de dous anos. No caso de que sexa necesario realizar unha valoración clínica adicional para chegar a un diagnóstico, infórmase por carta certificada e con xustificante de recepción. Nesta facilítaselles unha cita para seren atendidas nunha unidade hospitalaria de diagnóstico e tratamento. Esta carta remítese tres días antes da cita e ademais, dous días antes da cita chámase á muller por teléfono para confirmala.

Información ás usuarias

O Programa conta cun teléfono de atención directa (981 14 14 14) para as súas usuarias, ao que poden dirixirse para informar sobre cambios de domicilio, recente empadroamento e solicitar cambios de cita ou información.

Todas as mulleres que precisan ir ao hospital para a realización da valoración clínica adicional, dispoñen de dous teléfonos adicionais (881 54 18 95 e 881 54 18 97) cos que poden contactar co Programa no caso de precisar información ou cambio de cita no hospital.

ESTRUTURA ASISTENCIAL

A estrutura asistencial do Programa está formada polas seguintes unidades:

1. Unidades de exploración mamográfica

Nestas unidades é onde se realiza a mamografía. Cando as mulleres acoden á unidade son atendidas por persoal técnico auxiliar en informática ou técnico superior en imaxe para o diagnóstico (TSID), que confirma os datos de filiación e realiza unha enquisa sobre factores de risco de cancro de mama. Posteriormente o TSID realiza as mamografías.

O Programa iniciouse cunha unidade de exploración mamográfica, e progresivamente fóronse incorporando novas unidades. No ano 2005, o programa completou a súa expansión, contando nese momento con 13 unidades de exploración, 9 delas fixas e 4 móbiles.

No ano 2010, comeza unha reestruturación do programa co obxectivo de dar unha mellor resposta ao compromiso de citar a todas as mulleres de Galicia cada dous anos, con todos os requisitos de calidade.

As unidades móbiles tiñan superado a súa vida útil e presentaban limitacións para ofrecer un sistema de calidade respecto ás unidades fixas, entre as que compre sinalar a imposibilidade de instalar nelas a tecnoloxía dixital.

A reestruturación foi encamiñada á progresiva eliminación destas unidades móbiles, ampliando a estrutura fixa e acercando o servizo o máis posible á poboación de mulleres obxecto do programa. Así se comeza a abrir novas unidades fixas nos sete hospitais comarcais de Galicia utilizando as súas instalacións e equipamento.

Esta reestruturación rematou no ano 2012 co cese de actividade das unidades móbiles que permanecían activas e coa incorporación dos últimos hospitais comarcais.

Por outra banda, tamén foi preciso ampliar o tempo de servizo dalgunhas unidades do programa que o farán en dobre xornada de traballo, mañá e tarde.

- 10 mamógrafos traballan en xornada ou ben de mañá ou ben de tarde (7 mamógrafos funcionan só en horario de tarde e 3 mamógrafos funcionan só en horario de mañá).
- 6 mamógrafos traballan coa modalidade de dobre xornada – mañá e tarde - (3 mamógrafos funcionan durante todo o ano e outros 3 mamógrafos só uns meses por campaña).

Localización das unidades de exploración do programa:

Localidad	Ubicación
A Coruña	Xefatura territorial de sanidade
Santiago de Compostela	Hospital Gil Casares
Ferrol	Hospital Novoa Santos
Lugo	Ambulatorio Praza de Ferrol
Ourense	Departamento Territorial de Sanidade
Pontevedra	Departamento Territorial de Sanidade
Vigo	Casa do Mar
Cee	Hospital Virxe da Xunqueira
Vilagarcía de Arousa	Hospital do Salnés
Verín	Hospital de Verín
O Barco de Valdeorras	Hospital de Valdeorras
Burela	Hospital de Burela
Ribeira	Hospital Barbanza
Monforte	Hospital de Monforte

Cada unha das localidades conta cun mamógrafo agás A Coruña e Vigo que contan con dous.

As usuarias do Programa que residen nun municipio con dificultades de acceso á unidade de exploración mamográfica que lles corresponde, teñen a súa disposición un sistema de transporte gratuíto en autobús.

O PGDPCM está nun proceso de dixitalización e ao remate do ano 2013 son tres as unidades que contan con mamógrafo destas características: unha das unidades da Coruña, a unidade do Hospital Gil Casares en Santiago e unha das unidades da Casa do Mar en Vigo. No resto das unidades trabállase con tecnoloxía de dixitalización indirecta de imaxes analóxicas, isto é, con CRs. Está previsto que nos vindeiros anos e de forma paulatina os mamógrafos dixitais substitúan aos analóxicos en todas as unidades de exploración na medida que os orzamentos o possibiliten.

2. Unidades de avaliación radiolóxica

A lectura das mamografías está centralizada en tres unidades de avaliación radiolóxica situadas na Coruña, Lugo e Pontevedra. A localización é a seguinte:

Localidad	Ubicación
A Coruña	Xefatura territorial de sanidade
Lugo	Ambulatorio Praza do Ferrol
Pontevedra	Hospital Montecelo

O equipo de lectura está formado por 16 especialistas en radioloxía pertencentes a tres hospitais da comunidade autónoma. Os hospitais e aportación de radiólogos é a seguinte:

- Complexo Hospitalario Universitario da Coruña: seis
- Complexo Hospitalario de Pontevedra: seis
- Hospital Universitario Lucus Augusti: catro

Nas unidades de avaliación radiolóxica realízase a lectura das placas de forma independente por dous radiólogos prevalecendo sempre o resultado máis desfavorable. A clasificación radiolóxica das alteracións faise seguindo as recomendacións do *American College of Radiology (ACR)* referidas ao *Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS)*, o que permite a clasificación por categorías en canto á probabilidade de malignidade:

Mamografías negativas	Mamografías positivas
BI-RADS I – Normal BI-RADS II – Benigna	BI-RADS III – Baixa probabilidade de malignidade BI-RADS IV – Media probabilidade de malignidade BI-RADS V – Alta probabilidade de malignidade

Cóntase cun arquivo centralizado de mamografías analóxicas desde onde se facilitan sistematicamente as mamografías realizadas en exploracións anteriores, para a súa valoración polos radiólogos do Programa. As mamografías dixitais almacénanse en formato electrónico nun dispositivo específico do Programa de maneira que as mamografías dixitais previas son accesibles para a súa valoración polos radiólogos.

3. Unidades de diagnóstico e tratamento

Estas unidades están integradas polos hospitais da rede asistencial do Servizo Galego de Saúde. Todas elas contan cun comité de mama no que participan especialistas das diferentes áreas (radiólogos, xinecólogos, cirurxiáns, anatomopatólogos, oncólogos, radioterapeutas, rehabilitadores, etc).

A todas as mulleres que participan no Programa e que precisan valoración clínica adicional para o diagnóstico definitivo, ofértaselles unha cita nestas unidades independentemente do seu tipo de aseguramento. De precisarse tratamento tras o diagnóstico, este realizarase a cargo do seguro sanitario de cada muller.

Os profesionais destas unidades son os responsables de remitir ao Programa información das mulleres que acudiron á cita, as probas realizadas, o diagnóstico definitivo, o estadio dos cancros detectados e o tratamento que recibiron.

4. Xestión e coordinación

A xestión das unidades de exploración mamográfica está centralizada na unidade de coordinación das unidades de exploración, situada na Xefatura territorial de sanidade da Coruña, que xunto cos coordinadores provinciais xestiona o circuíto e almacenamento das mamografías e coordina o persoal das unidades de exploración mamográfica. Desde esta unidade envíanse as cartas de presentación do Programa, as de cita ás unidades de exploración mamográfica, e por último as cartas ás mulleres con resultado negativo.

A coordinación das unidades de avaliación radiolóxica, das unidades de diagnóstico e tratamento e a coordinación xeral do Programa está centralizada no servizo de Programas poboacionais de cribado da dirección xeral de Innovación e xestión da saúde pública, onde se xestionan as citas hospitalarias e se envían ao domicilio das mulleres por carta certificada ademais de realizar a súa confirmación telefónica. Neste servizo é onde se recibe e rexistra na base de datos do Programa toda a información remitida polos hospitais.

5. Sistema informático

Actualmente o PGDPCM dispón dun sistema de información que realiza todos os procesos necesarios para a xestión do programa, está integrado co PACS e coa historia clínica electrónica.

O sistema garante o cumprimento dos criterios establecidos pola Lei orgánica 15/1999, de 13 de decembro de protección de datos de carácter persoal (LOPD).

O sistema conta con distintos módulos, implementados sobre distintas plataformas tecnolóxicas (Visual Basic 6, J2EE). Existe unha aplicación de escritorio de cartas, asignación de citas en unidades de diagnose e tratamento, rexistro de diagnóstico, xeración de indicadores estatísticos e listados. O sistema dispón dun módulo web que efectúa unha parte do fluxo de traballo do PGDPCM desde o rexistro de actividade dos técnicos ata o rexistro do resultado dos radiólogos, incluíndo ademais a xestión do ligado da imaxe dixital (integración co PACS

O sistema elabora, a partires dos datos rexistrados, unha serie de táboas de indicadores que se actualizan semanalmente.

PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDADE

Desde 1996, o *Programa galego de detección precoz do cancro de mama* está integrado na “European Breast Cancer Network” (EBCN) [10], na cal participan a maioría dos países europeos.

O control de calidade de imaxe foi o primeiro proxecto que se iniciou dentro do Programa de garantía de calidade, co obxectivo de conseguir imaxes de moi alta calidade coa dose máis baixa posible de radiación, e reducir os custos minimizando as perdas de tempo e de material [11, 12].

Progresivamente foise ampliando a outras áreas do Programa para conseguir a máxima calidade:

- Formación continuada: cursos, reunións e obradoiros para persoal técnico superior en imaxe para o diagnóstico, radiólogos, auxiliares administrativos, técnicos e outros profesionais implicados no Programa.
- No ano 1998, editouse a tradución ao castelán das *European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening, 2nd edition* [13]. No ano 2002 traducíronse as *European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening, 3rd edition* [14] en formato electrónico e actualmente xa están traducidas as *European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis, 4th edition*, publicada na súa versión en inglés no 2006 [15, 16].
- Elaboración de procedementos normalizados de traballo (PNT).
- Ademais, no ano 1999 elaborouse unha *Guía para o diagnóstico e tratamento do cancro de mama* [17]. No ano 2003 editouse unha nova *Guía para o diagnóstico e tratamento do cancro de mama. 2002*, que ten como finalidade servir como documento de referencia a todos os profesionais implicados no diagnóstico e tratamento desta patoloxía [18].

O Programa conta cun sistema de información que recolle todas as fases do mesmo, tanto de cribado como de diagnóstico e tratamento. A partir dos datos obtidos, calcúlanse os principais indicadores de proceso e resultado, e fai unha avaliación continua dos mesmos, de acordo cos indicadores propostos polas “European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis”. Estes resultados de monitorización periódica amósanse en informes que se difunden a todos os implicados no Programa. O Programa ademais conta coa colaboración da Unidade de Radiofísica do Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, que desenvolve un plan de dosimetría ao paciente e o control de calidade da imaxe dos equipos de mamografía do Programa.

RESULTADOS DO PROGRAMA 1992-2013

Como a implantación do Programa se realizou de maneira progresiva, simultaneamente realízanse diferentes campañas de cribado segundo as áreas xeográficas. Por campaña enténdese cada vez que son citadas as mulleres dun municipio. A primeira vez que son citadas considérase primeira campaña. Cando aos dous anos volven citar as mulleres dese mesmo municipio considérase segunda campaña e así sucesivamente. Todos os concellos galegos tiñan finalizada a súa primeira campaña en outubro de 1998, data na que se acadou a cobertura do 100% da poboación obxectivo do Programa nese momento, as mulleres de 50 a 64 anos [8].

Isto debe diferenciarse das roldas de cribado. Considérase **primeira rolda** a primeira exploración de cribado que realiza unha muller dentro do Programa, con independencia da campaña na que a muller é examinada e independentemente de previas invitacións ou recordatorios, e **roldas sucesivas** todas as exploracións de cribado sucesivas, realizadas no Programa, despois dunha exploración inicial, independentemente da campaña.

A base de datos do PGDPCM é unha base dinámica, polo que no labor de mellora continua e para adecuala á obtención dos indicadores propostos nas sucesivas edicións das *Guías europeas de garantía de calidade en cribado mamográfico*, actualizamos periodicamente a base de datos das mulleres invitadas, 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 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 neste apartado 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 [15].

a. Participación

Neste informe recóllese a actividade e os datos de participación desde o inicio do Programa ata o ano 2013. Unha vez depurados os datos obtidos de tarxeta sanitaria e dos padróns municipais detectouse no 0,32% das mulleres un erro no rango de idade e unha situación que imposibilitou a cita no 2,44%, (0,55% mulleres falecidas, 0,06% incapacitadas e 1,83% ilocalizables). Outro 0,31% foron excluídas do Programa por ter un diagnóstico de cancro de mama. Dende o mes de xullo do ano 2009 non se considera criterio de exclusión temporal ter feitas mamografías recentemente (**táboa 3**). Finalmente, no período 1992-2013 realizáronse un total de 2.301.141 invitacións válidas.

Táboa 3. Evolución dos erros e motivos que impiden a cita en porcentaxe. Anos 1992-2013.

Anos	Fóra idade	Falecemento	Incapacidade	Localización	Cancro de mama	Mamografía recente
1992-1997	2,44	0,53	0,15	7,59	0,22	4,55
1998	0,29	1,00	0,11	4,14	0,30	7,59
1999	0,07	0,45	0,06	0,65	0,31	5,59
2000	0,04	0,38	0,05	0,50	0,30	4,28
2001	0,03	0,68	0,04	0,26	0,31	5,13
2002	0,04	0,97	0,03	0,47	0,32	4,65
2003	0,03	0,59	0,06	0,63	0,32	5,26
2004	0,03	0,78	0,04	0,53	0,18	3,98
2005	0,03	0,33	0,04	1,90	0,27	5,92
2006	0,02	0,27	0,03	0,67	0,23	2,32
2007	0,02	0,30	0,04	0,90	0,26	2,43
2008	0,03	0,46	0,05	1,01	0,34	2,26
2009	0,03	1,25	0,05	1,38	0,34	0,84
2010	0,00	0,58	0,05	1,06	0,44	0,00
2011	0,00	0,59	0,05	1,12	0,36	0,00
2012	0,00	0,33	0,04	0,91	0,35	0,00
2013	0,01	0,23	0,03	0,92	0,38	0,00
Total	0,32	0,55	0,06	1,83	0,31	2,95

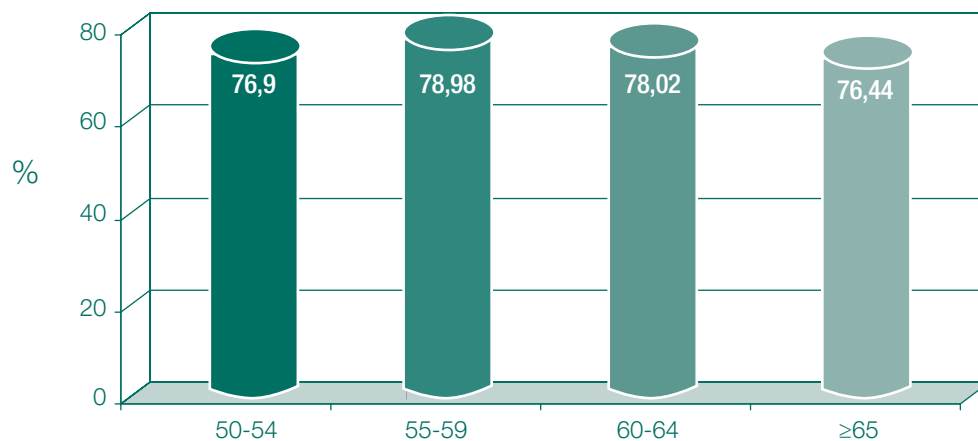
No período 1992-2013 realizáronse 1.788.121 exploracións, das que 469.909 corresponden a mulleres que acudían en primeira rolda á unidade de exploración mamográfica e 1.318.212 corresponden a exploracións feitas a mulleres que acudiran en roldas sucesivas. A participación global obtida foi do 77,71% (**táboa 4**). A participación foi un pouco inferior no grupo de 65-69 anos (**gráfico 2**).

Táboa 4. Evolución da participación. Resultados globais. Anos 1992-2013

Anos	Invitacións	Exploracións	Taxa de participación (%)*
1992-97	244.882	174.345	71,20
1998	88.539	64.962	73,37
1999	101.261	72.640	71,74
2000	104.870	77.295	73,71
2001	102.920	77.582	75,38
2002	106.856	80.198	75,05
2003	109.373	82.749	75,66
2004	94.843	77.820	82,05
2005 **	128.260	95.951	74,81
2006	123.014	99.856	81,17
2007	137.736	109.576	79,56
2008	143.661	115.093	80,11
2009	137.704	112.983	82,05
2010	152.775	124.561	81,53
2011	170.650	136.971	80,26
2012	185.958	148.173	79,66
2013	167.839	137.366	81,84
TOTAL	2.301.141	1.788.121	77,71
		Obxectivo aceptable	>70
		Obxectivo desexable	>75

*Porcentaxe de mulleres exploradas sobre o total de mulleres convidadas a participar

** Neste ano comezou a ampliación progresiva do grupo de idade diana do Programa.

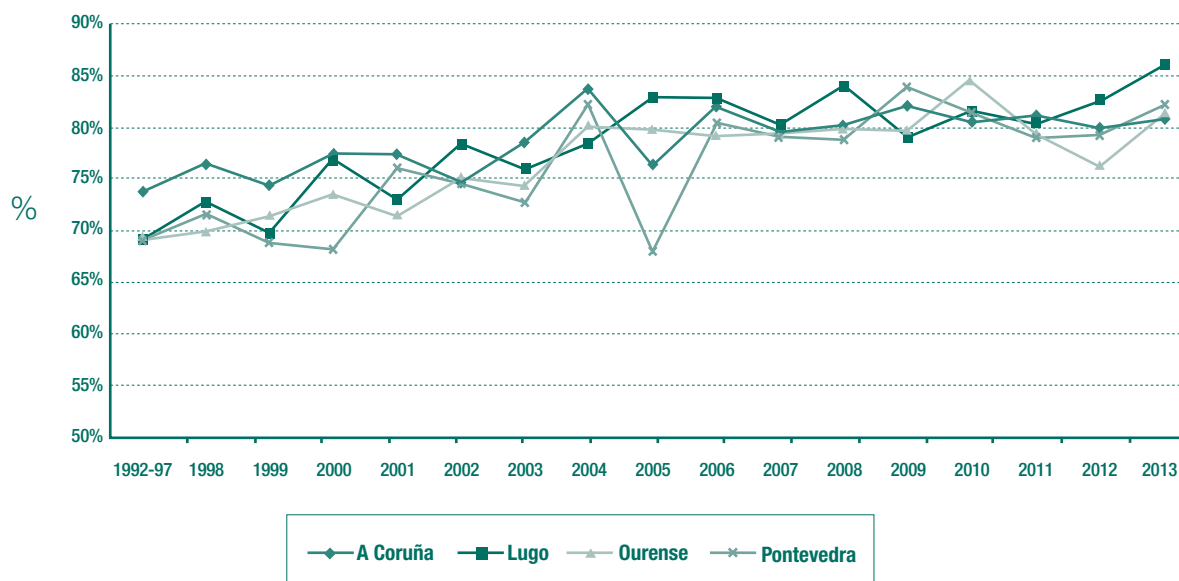
Gráfico 2. Participación por grupos de idade no período 1992-2013

Na **táboa 5** e no **gráfico 3** móstrase a evolución da participación por provincias, destacando a alta participación en todas elas desde a posta en marcha do Programa no ano 1992. Na actualidade o Programa está consolidado e no ano 2013 a participación, aumentou en todas as provincias e acada unha porcentaxe global de 81,84%. No 2013 participaron o 73,28% das mulleres invitadas por primeira vez e o 92,11% das mulleres exploradas en roldas sucesivas.

Táboa 5. Participación por provincias. Anos 1992-2013

Anos	A Coruña	Lugo	Ourense	Pontevedra	Total
1992-97	73,34	69,32	69,44	69,06	71,19
1998	76,41	72,79	69,83	71,49	73,37
1999	74,39	69,82	71,43	68,94	71,74
2000	77,44	76,54	73,58	68,19	73,71
2001	77,34	72,82	71,43	76,04	75,38
2002	74,65	78,43	75,04	74,50	75,05
2003	78,53	75,90	74,21	72,67	75,66
2004	83,70	78,52	80,10	82,29	82,05
2005	76,26	83,02	79,76	67,98	74,81
2006	82,12	82,86	79,06	80,49	81,17
2007	79,67	80,20	79,42	79,16	79,56
2008	80,15	84,06	79,71	78,83	80,11
2009	82,09	79,15	79,65	83,93	82,05
2010	80,82	81,67	85,01	81,42	81,53
2011	81,70	81,89	79,03	78,85	80,26
2012	80,10	82,53	76,33	79,16	79,68
2013	80,68	85,98	81,18	82,03	81,84
Global	79,37	79,44	77,48	77,39	78,48

Gráfico 3. Participación por provincias (%). Evolución 1992-2013



b. Resultados da proba de cribado

No período 1992-2013 a exploración mamográfica foi negativa no 96,41% das mulleres exploradas. Nun 0,15% das exploracións realizadas foi necesario repetir a mamografía por problemas técnicos, e a un 0,60% recomendóuselles unha mamografía intermedia de control aos 9-12 meses (**táboa 6**).

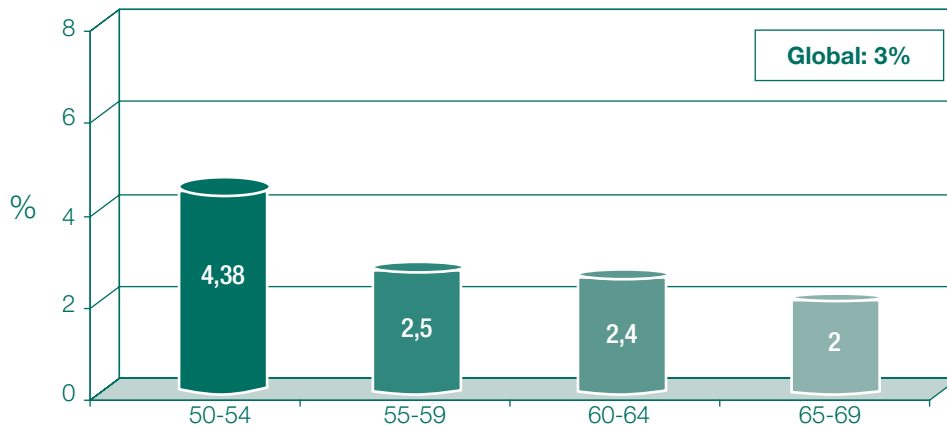
Ao 3% das mulleres recomendóuselles unha valoración clínica adicional. A proporción de mulleres ás que se lles indica valoración clínica adicional redúcese coa idade, como se pode ver no **gráfico 4**, e coas roldas, sendo maior en primeira rolda que en sucesivas (**táboas 7 e 8**).

Táboa 6. Resultados da proba de cribado. Datos globais. Anos 1992-2013

Anos	Exploracións	% Negativas	% Control 9-12 meses	% Repeticións por motivos técnicos	% Valoración clínica adicional*
1992-97	174.345	92,18	1,85	0,68	6,03
1998	64.962	93,65	1,59	0,18	4,81
1999	72.640	94,14	1,37	0,29	4,53
2000	77.295	95,42	0,83	0,31	3,78
2001	77.582	95,61	0,64	0,21	3,76
2002	80.198	96,62	0,43	0,13	2,96
2003	82.749	97,19	0,48	0,12	2,35
2004	77.820	97,29	0,45	0,16	2,27
2005	95.951	97,50	0,49	0,05	2,02
2006	99.856	97,75	0,43	0,03	1,84
2007	109.576	98,04	0,33	0,03	1,65
2008	115.093	98,01	0,31	0,06	1,69
2009	112.983	97,56	0,30	0,07	2,13
2010	124.561	97,36	0,25	0,04	2,4
2011	136.971	97,11	0,30	0,03	2,6
2012	148.173	96,91	0,24	0,02	2,86
2013	137.366	96,77	0,16	0,09	3,07
Global	1.788.121	96,41	0,60	0,15	3,01

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

Gráfico 4. Proporción de mulleres con valoración clínica adicional por grupos de idade no período 1992-2012



Táboa 7. Resultados da proba de cribado. **Primeira rolda.** Anos 1992-2013

Anos	Avaliacións	% Negativas	% Control 9-12 meses	% Repeticiones por motivos técnicos	% Valoración clínica adicional*
1992-97	142.558	91,22	2,08	0,69	6,77
1998	30.517	90,21	2,85	0,25	7,04
1999	24.798	88,74	3,42	0,46	7,93
2000	23.111	90,60	2,49	0,36	6,98
2001	19.107	90,47	2,31	0,39	7,26
2002	18.905	91,74	1,72	0,20	6,61
2003	17.216	92,79	2,13	0,15	5,18
2004	14.444	92,43	2,28	0,30	5,32
2005	19.629	93,31	2,24	0,08	4,54
2006	17.681	93,52	2,14	0,06	4,39
2007	18.972	94,35	1,77	0,07	3,92
2008	19.345	94,47	1,69	0,11	3,91
2009	17.250	93,34	1,72	0,07	4,96
2010	20.716	92,93	1,36	0,07	5,76
2011	22.721	92,42	1,55	0,06	6,07
2012	22.870	91,78	1,24	0,05	7,01
2013	20.069	91,55	0,76	0,03	7,72
Global	469.909	91,76	2,04	0,33	6,26
Obxectivo aceptable			<1	<3	<7
Obxectivo desexable			0	<1	<5

* Inclúe todas as mulleres citadas nas unidades de diagnóstico e tratamento, e dicir, as mulleres con resultado positivo na mamografía inicial, na repetición por motivos técnicos ou no control aos 9-12 meses.

Táboa 8. Resultados da proba de cribado. **Roldas sucesivas.** Anos 1992-2013

Anos	Avaliacións	% Negativas	% Control 9-12 meses	% Repeticións por motivos técnicos	% Valoración clínica adicional*
1992-97	31.788	96,48	0,85	0,63	2,66
1998	34.445	96,70	0,48	0,11	2,84
1999	47.842	96,94	0,31	0,21	2,76
2000	54.184	97,47	0,11	0,29	2,42
2001	58.475	97,28	0,10	0,15	2,61
2002	61.293	98,13	0,04	0,10	1,84
2003	65.533	98,35	0,04	0,11	1,61
2004	63.376	98,39	0,03	0,13	1,58
2005	76.322	98,58	0,04	0,04	1,38
2006	82.175	98,66	0,06	0,02	1,29
2007	90.604	98,81	0,02	0,02	1,17
2008	95.748	98,73	0,03	0,05	1,24
2009	95.733	98,32	0,04	0,07	1,63
2010	103.845	98,24	0,03	0,04	1,73
2011	114.250	98,04	0,05	0,03	1,91
2012	125.303	97,84	0,06	0,03	2,11
2013	117.297	97,66	0,06	0,02	2,28
Global	1.318.212	98,06	0,09	0,09	1,85
		Obxectivo aceptable	<1	<3	<5
		Obxectivo desexable	0	<1	<3

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

c. Resultados da valoración clínica adicional

c.1. Taxa de detección e valor predictivo positivo (VPP)

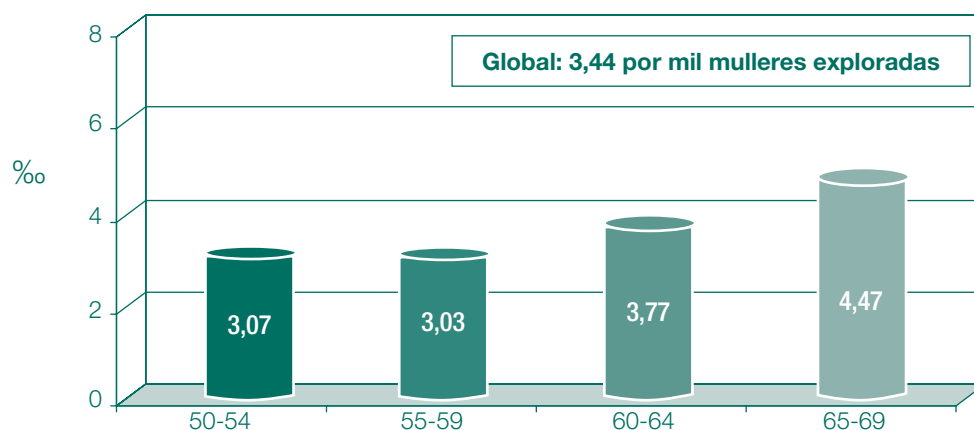
Os datos relativos ao diagnóstico e tratamento preséntanse unicamente para as mulleres exploradas ata o ano 2012. Os datos dispoñibles do ano 2013 non se amosan pois aínda son provisionais, xa que as mulleres exploradas preto do remate do ano ás que se lles indicou realizar un control hospitalario poden aínda ser diagnosticadas e tratadas dun cancro de mama.

No período 1992-2012, entre as pacientes remitidas ao hospital para estudo, diagnosticáronse 5.682 cancros, o que supón un valor predictivo positivo (VPP) de 11,45% e unha taxa de detección de 3,4 por 1.000 mulleres exploradas (**táboa 9**). A taxa de detección mostra un incremento coa idade, como se observa no **gráfico 5**.

Táboa 9. Cancros detectados. Datos globais. Anos 1992-2012

Anos	Exploradas	Valoración clínica adicional	Cancros detectados	Taxa detección*	VPP
1992-97	174.345	10.518	759	4,35	7,22
1998	64.962	3.126	235	3,62	7,52
1999	72.640	3.287	231	3,18	7,03
2000	77.295	2.923	259	3,35	8,86
2001	77.582	2.916	255	3,29	8,74
2002	80.198	2.375	235	2,93	9,89
2003	82.749	1.943	258	3,12	13,28
2004	77.820	1.770	197	2,53	11,13
2005	95.951	1.943	277	2,89	14,26
2006	99.856	1.837	257	2,57	13,99
2007	109.576	1.803	319	2,91	17,69
2008	115.093	1.945	373	3,24	19,18
2009	112.983	2.412	413	3,66	17,12
2010	124.561	2.995	483	3,88	16,13
2011	136.971	3.560	567	4,14	15,93
2012	148.173	4.241	564	3,81	13,30
Global	1.650.755	49.594	5.682	3,4	11,45

* Número de cancros detectados por 1.000 mulleres exploradas.

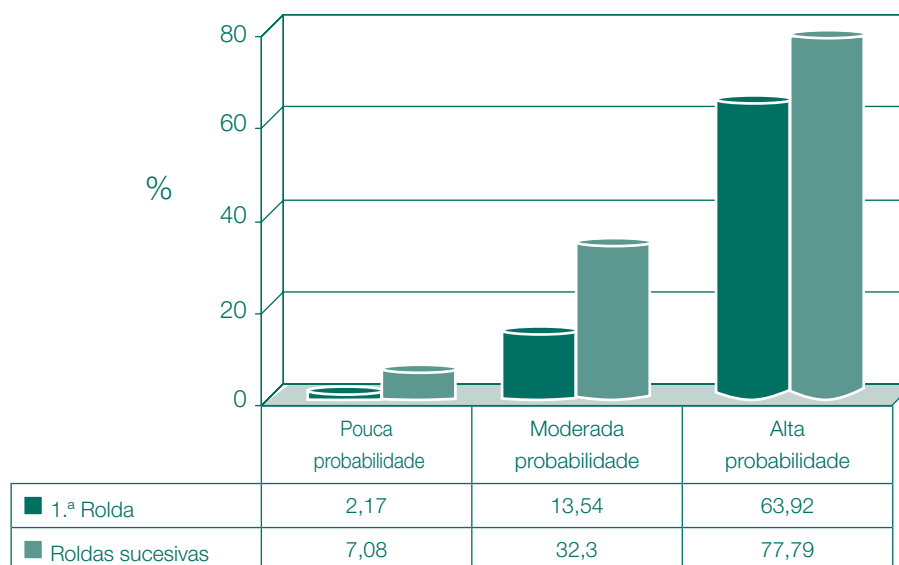
Gráfico 5. Taxa de detección por grupos de idade no periodo 1992-2012.

Entre as mulleres que acudiron por primeira vez ao Programa, a taxa de detección é máis elevada que naquelas que acudiron en roldas sucesivas (4,24 e 3,14 por mil mulleres exploradas respectivamente) (**táboa 10**). O VPP é maior en roldas sucesivas e aumenta coa probabilidade asignada segundo a clasificación BI-RADS (**gráfico 6**).

Táboa 10. Cancros detectados. Anos 1992-2012

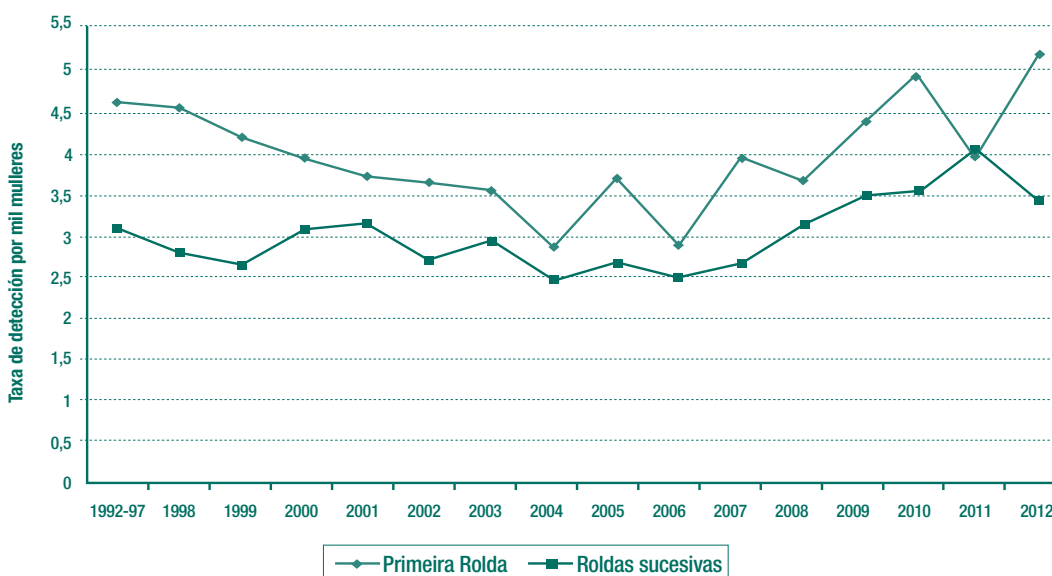
Anos	Primeira rolda			Roldas sucesivas		
	Cancros detectados	Taxa detección *	VPP	Cancros detectados	Taxa detección *	VPP
1992-97	661	4,64	6,85	98	3,08	11,29
1998	139	4,55	6,47	96	2,79	9,82
1999	104	4,19	5,29	127	2,65	9,62
2000	91	3,94	5,64	168	3,1	12,82
2001	71	3,72	5,12	184	3,15	12,04
2002	69	3,65	5,52	166	2,71	14,76
2003	62	3,6	6,96	196	2,99	18,63
2004	41	2,84	5,34	156	2,46	15,57
2005	73	3,72	8,19	204	2,67	19,39
2006	52	2,94	6,7	205	2,49	19,32
2007	75	3,95	10,09	244	2,69	23,02
2008	71	3,67	9,38	302	3,15	25,34
2009	77	4,46	9	336	3,51	21,59
2010	105	5,07	8,79	378	3,64	20,99
2011	93	4,09	6,74	474	4,15	21,73
2012	123	5,38	7,67	441	3,52	16,72
Global	1.907	4,24	6,84	3.775	3,14	17,38
Obxectivo aceptable		4,2 [†]			2,1 [‡]	
Obxectivo desexable		>4,2			>2,1	

* Por 1.000 mulleres exploradas. [†] 3 x Incidencia basal (1,4 casos por 1.000 mulleres). [‡] 1,5 x Incidencia basal (1,4 casos por 1.000 mulleres)

Gráfico 6. Valor predictivo positivo segundo clasificación BI-RADS e rolda de exploración. Anos 1992-2012

Como se pode observar no **gráfico 7** nos últimos anos, a tendencia temporal da taxa de detección en roldas sucesivas mantíña unha tendencia ascendente, e baixa no ano 2012 (2011: 4,15; 2012:3,52). Pola contra, en primeira rolda no ano 2011, a tendencia cae ata coincidir cos valores de roldas sucesivas, e remonta no ano 2012, acadando os valores máis altos de toda a serie, (5,38).

Gráfico 7. Taxa de detección por rolda. Evolución 1992-2012



c.2. Exploracións complementarias realizadas

Durante o período 1992-2012, desde as unidades de diagnóstico e tratamento notificáronse as seguintes exploracións complementarias: 2.244 puncións aspiracións con agulla fina (PAAF), das cales foron positivas un 21,17%, e 9.320 biopsias das cales o 52,14% foron positivas.

Desde o ano 1999 a aplicación informática do Programa permite recoller por separado as biopsias cirúrxicas e non cirúrxicas. No período 1999-2012 rexistrouse un aumento progresivo da proporción de biopsias non cirúrxicas de tal xeito que no 1999 representaban o 16,05% do total de biopsias e no 2012 xa supoñen o 94,59%. Este dato reflicte a tendencia actual de reducir a un mínimo adecuado o número de biopsias cirúrxicas.

No ano 2012 o 67,92% das biopsias cirúrxicas foron negativas (ratio 2,1:1 sendo menor en roldas sucesivas (1,5:1) que en primeira rolda (4:1), no que se aprecia un aumento significativo de biopsias benignas, chegando a duplicar a cifra dos 10 anos previos (**táboa 11**). En calquera caso non se acada o obxectivo recollido nas Guías europeas, que recomentan que o seu número se manteña nunha ratio de $\leq 0,5:1$ tanto en primeira rolda como en roldas sucesivas.

Táboa 11. Razón de biopsias cirúrxicas benignas/malignas. Anos 1999-2012

Anos	Primeira rolda	Roldas sucesivas	Total
1999	2:1	0,9:1	1,4:1
2000	2,1:1	0,8:1	1,2:1
2001	2,1:1	1,0:1	1,3:1
2002	2,1:1	0,8:1	1,2:1
2003	1,9:1	0,8:1	1:1
2004	1,9:1	0,8:1	1:1
2005	0,9:1	0,5:1	0,6:1
2006	1,7:1	0,6:1	0,9:1
2007	1,3:1	0,6:1	0,8:1
2008	2,1:1	0,7:1	0,9:1
2009	2,4:1	1,8:1	1,9:1
2010	2,9:1	0,8:1	1,1:1
2011	1,2:1	2,2:1	1,9:1
2012	4:1	1,5:1	2,1:1
Global	1,9:1	0,8:1	1,1:1
Obxectivo aceptable		≤ 0,5:1	
Obxectivo desexable		≤ 0,25:1	

c.3. Resultados diagnósticos

Dos 5.683 cancros detectados, 762 foron carcinomas ductais “in situ”, 4.794 tumores invasivos e non consta o grao de invasión en 120 cancros (**táboa 12**).

Táboa 12. Grao de invasión dos cancros detectados segundo rolda de exploración en porcentaxe. Anos 1992-2012.

	Cancros “in situ”		Cancros invasivos		Descoñecido	Tumores detectados
	N	%*	N	%*	N	
1.ª rolda	267	14,5	1.584	85,57	57	1.907
Roldas sucesivas	495	13,4	3.214	86,65	66	3.775
Global	762	13,7	4.798	86,29	123	5.682

* Porcentaxe sobre os 5.556 casos dos que se coñece o grao de invasión.

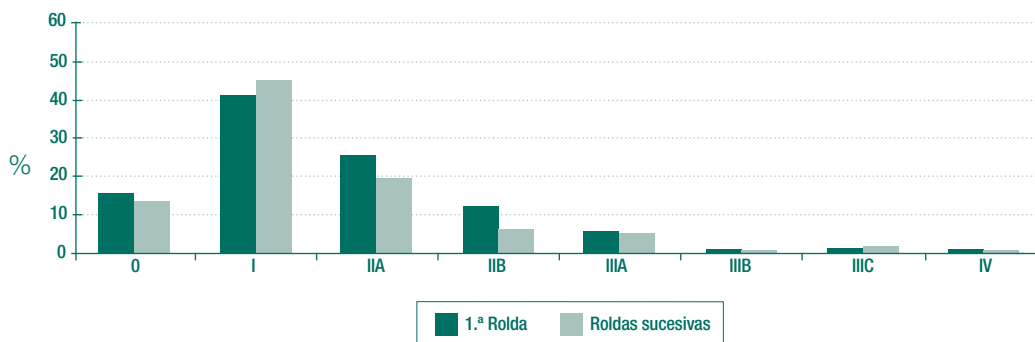
Coñécese o estadio de 5.545 tumores, dos cales o 35,5% estaban clasificados en estadio II ou superior. Esta porcentaxe é máis elevada en mulleres en primeira rolda (41,4%) que en sucesivas (32,5%) (**táboa 13** e **gráfico 8**). A evolución deste indicador ao longo dos anos 1992-2012 pódese consultar na **táboa 14**.

Táboa 13. Estadio dos cancros detectados segundo rolda de exploración en porcentaxe*. Anos 1992-2012

	0	I	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IIIC [†]	IV
1.ª rolda	14,5	44,1	22,1	11,3	5,2	0,8	1,1	0,9
Roldas sucesivas	13,4	54,1	19,2	5,6	4,4	0,6	2	0,7
Global	13,7	50,8	20,2	7,5	4,7	0,7	1,7	0,8

* Porcentaxe sobre os casos dos que se coñece o estadio (1.843 en primeira rolda, 3.702 en roldas sucesivas).
 - Sobin LH, Wittekind CH, editors. *TNM Classification of Malignant Tumours*. UICC (6ª ed). New York: Wiley-Liss: 2002.
 - Os cancros de 2011 se clasificaron coa última edición do TNM (7ª edición, 2010).

Gráfico 8. Estadio dos cancros segundo rolda de exploración. 1992-2012



Táboa 14. Porcentaxe de cancros detectados en estadio II ou superior en porcentaxe. Anos 1992-2012.

Anos	Primeira rolda		Roldas sucesivas	
	Cancros estadiados	Estadio II + (%)	Cancros estadiados	Estadio II + (%)
1992-97	630	42,7	95	27,4
1998	134	49,3	92	33,7
1999	100	42,0	122	31,1
2000	90	33,3	164	37,8
2001	71	45,1	181	38,7
2002	68	35,3	165	33,9
2003	60	41,7	191	30,9
2004	40	42,5	152	29,6
2005	69	34,8	198	30,8
2006	49	49,0	202	39,1
2007	73	41,1	237	33,3
2008	69	30,4	294	34,7
2009	75	40,0	332	33,4
2010	102	46,5	374	32,9
2011	92	37	469	28,4
2012	121	39,7	434	29,7
Global	1.843	41,4	3.702	32,5
Obxectivo aceptable *		-		25
Obxectivo desexable *		<30		<25

*European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis (4ª edición).

En canto á afectación ganglionar non tiñan invasión ganglionar o 65% dos cancros infiltrantes en primeira rolda, e o 70,3% en roldas sucesivas (**táboa 15**).

Táboa 15. Cancros invasivos. Porcentaxe sen afectación ganglionar. Anos 1992-2012

Anos	Primeira rolda		Roldas sucesivas	
	Cancros invasivos	Cancros invasivos sin afectación ganglionar (%)	Cancros invasivos	Cancros invasivos sen afectación ganglionar (%)
1992-97	536	64,9	78	76,6
1998	116	65	80	81,0
1999	88	71,6	103	75,7
2000	78	71,8	151	74,8
2001	61	64	163	69,3
2002	52	65,4	137	70,1
2003	48	56,2	165	75,6
2004	35	57,1	128	77,0
2005	62	72,6	163	70,5
2006	41	45	179	63,1
2007	62	66,1	197	65,3
2008	61	70,5	260	69,2
2009	66	66,7	304	70,7
2010	92	60	315	68,5
2011	83	65,8	407	68,1
2012	103	50	384	59,4
Global	1.584	64,1	3.214	69,1
Obxectivo aceptable*		-		75
Obxectivo desexable*		>70		>75

d. Tratamento

A partir do ano 1999, dispoñemos de información sobre o tratamento cirúrxico desagregado en mastectomía e cirurxía conservadora da mama. Para o período 2000-2012 o 28,52% das mulleres (das que coñecemos o tratamento recibido) foron sometidas a mastectomía. Se observamos a tendencia ao longo dos anos podemos comprobar como esta práctica está experimentando un descenso progresivo reflectindo a implantación das recomendacións, baseadas en evidencia científica, de realizar preferentemente e cando estea indicado cirurxía conservadora (**táboa 16**).

Táboa 16. Cancros detectados. Anos 2000-2012

Anos	Primeira rolda		Roldas sucesivas	
	Cancros con información sobre tratamento	Mastectomía (%)	Cancros con información sobre tratamento	Mastectomía (%)
2000	90	51,1	165	41,8
2001	71	57,7	181	48,1
2002	68	57,3	165	32,7
2003	61	39,4	192	44,2
2004	40	37,5	155	34,1
2005	71	32,4	198	35,8
2006	51	23,5	203	22,6
2007	73	11,0	239	25,9
2008	71	25,3	294	20,4
2009	75	24,0	331	20,2
2010	102	20,0	374	20,3
2011	92	28,26	469	21,5
2012	121	36,3	434	18,4
Global	986	34,5	3.400	26,8

e. Tempo entre procesos

Outro dos indicadores do Programa son os tempos entre os principais procesos do cribado. No período 1992-2013 o tempo que transcorre desde a realización da mamografía ata a gravación do seu resultado foi de 10 días ou menos no 80,5% das exploracións. Como se pode observar na **táboa 17**, este obxectivo está preto do 100% desde o ano 2006. Para o 66% das mulleres con mamografía positiva o tempo entre a realización da mamografía e a data da cita hospitalaria foi de 30 días ou menos.

No 39,5% das mulleres nas que se detectou un cancro de mama no período 1992-2012 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 37% dos casos. A evolución destes tempos móstrase na **táboa 17**.

Táboa 17. Tempos entre procesos. Anos 1992-2013

Indicador*	Porcentaxe de mulleres que acadan o obxectivo															Obxectivo	
	1992-98	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012		2013
% mulleres con tempo exploración-lectura ≤10 días	64%	23,6%	37,7%	64,8%	80%	73,3%	74,3%	83,2%	94,9%	91,4%	97,1%	94,8%	96,8%	96,5%	94,5%	95,1%	≥ 90%
% mulleres con tempo exploración-cita hospital ≤30 días	56%	36,9%	58,6%	69,8%	63,6%	59,8%	59,7%	57,8%	75,4%	75,5%	85,2%	71,3%	69,6%	79,6%	74,4%	87,8%	≥ 90%
% mulleres con tempo diagnóstico-tratamento ≤ 21 días	42%	55,7%	42,1%	48,5%	47,8%	42,4%	37,9%	35,3%	39,3%	31,09%	42,8%	38,5%	38,8%	34,1%	30,6%	-	≥ 90%
% mulleres con tempo exploración-tratamento ≤60 días†	41%	25,3%	31,2%	38,6%	40,5%	28%	33,1%	28,8%	37,5%	30,3%	40,6%	41,9%	39,3%	37,7%	35,2%	-	

* Obxectivos e estándares propostos polo PGDPCM mama". 2002.

† Casos diagnosticados na valoración inicial, exclúense os diagnosticados en seguimento hospitalario.

f. Satisfacción entre as usuarias

Dentro dos obxectivos de garantía de calidade do PGDPCM atópase coñecer o grao de satisfacción das usuarias con este Programa. Nesta liña, desde o ano 1998 a Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública ven realizando enquisas de forma periódica tanto de forma global a todas as usuarias do Programa como de forma dirixida especificamente ás usuarias que ademais foron derivadas ás unidades de diagnóstico e tratamento. A última destas enquisas realizouse no ano 2008 e os principais resultados amósanse a continuación. Pódese consultar a información máis polo miúdo no documento completo [19] publicado en formato electrónico no portal de Saúde Pública da web da Consellería de Sanidade: <http://dxsp.sergas.es>.

Das 1300 usuarias entrevistadas no 2008 a case totalidade delas valoran a experiencia de xeito global en termos satisfactorios, así un 99,3% móstranse “moi” ou “bastante” satisfeitas co seu paso polo Programa, mentres que só un 0,7% o xulga negativamente.

Para medir o grao de fidelidade das usuarias, preguntouse pola intención de volver a participar en futuras campañas. Este indicador dá conta tamén da satisfacción apuntada previamente pola enquisa. O 96,8% das usuarias do programa, con idade inferior a 68 anos, volvería a participar, con toda seguridade, nunha vindeira campaña do Programa.

CONCLUSIÓNS

a. Indicadores de procesos e resultados a curto prazo. Comparación cos estándares europeos

Para este documento como estándares de referencia utilizamos os propostos polo Programa Europa contra o cancro na cuarta edición das *European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis*, do ano 2006 [15].

A taxa de participación global desde o comezo do Programa ata o ano 2013 é de 77,71%, o que a sitúa por riba dos niveis desexables segundo as guías europeas (75%). Na evolución temporal vemos o aumento progresivo da participación. Desde o ano 2001 participan anualmente no Programa o 75% ou máis das mulleres invitadas. O feito de medir a participación anualmente e non por campaña, fai que o seu valor sexa un pouco máis alto ou máis baixo segundo as grandes cidades se encontren no primeiro ou segundo ano de campaña. Isto é debido a que nestas cidades o Programa cita as mulleres con antecedentes de non acudir a invitacións previas preferentemente no primeiro ano de cada campaña co que a participación é menor neste período.

É importante subliñar que no grupo de 65 -69 anos a participación é menor que nos demais grupos de idade, aínda que nestas mulleres xunto coas do grupo de idade 60-64 é nas que existe unha taxa de detección de cancros maior. En roldas de exploración sucesivas acádase unha participación global do 92,1% o que indica unha elevada adherencia das mulleres ao Programa.

As usuarias do PGDPCM valoran a súa experiencia de xeito global en termos satisfactorios, pois o 99,3% móstranse moi ou bastante satisfeitas co seu paso polo Programa e o 99,5% das mulleres de ata 68 anos volvería a participar nunha vindeira campaña. Entre as usuarias derivadas ás unidades de diagnóstico e tratamento a satisfacción global é tamén moi elevada e así o manifestan o 94,7% das mulleres.

Nas **táboas 18, 19, 20** compáranse os resultados obtidos no período 1992-2013 cos estándares europeos. Os resultados referentes a taxa de detección, estadiaxe e probas diagnósticas, como se explicou con anterioridade, aplícanse ao período 1992-2012.

Táboa 18. Comparación dos resultados do PGDPCM no período 1992-2013 cos estándares propostos nas Guías Europeas, 4ª Edición [15]

	Aceptable	Desexable	PGDPCM	Cumprimento
Taxa de participación	>70%	>75%	77,71%	Si
% Exploracións con repetición técnica	<3%	<1%	0,15%	Si
Mamografías intermedias	<1%	0%	0,60%	Si
% Carcinoma ductal in situ	10%	10-20%	13,72%	Si

Táboa 19. Comparación dos resultados do PGDPCM en **primeira rolda** no período 1992-2013 cos estándares propostos nas Guías Europeas, 4ª Edición [15]

	Aceptable	Desexable	PGDPCM	Cumprimento
% Valoración clínica adicional	<7%	<5%	6,19%	Si
Taxa detección por mil mulleres exploradas	4,2*	>4,2	4,25	Si
Razón biopsias cirúrxicas benignas/malignas (1999-2012)	≤0,5:1	≤0,25:1	1,9:1	Non
Cancros invasivos sen afectación ganglionar* (1992-2012)	-	>70%	64,10%	Non
Estadio II+** (1992-2012)	-	<30%	41,4%	Non

*3 x Incidencia basal (1,4 casos por 1.000 mulleres).

Táboa 20. Comparación dos resultados do PGDPCM en **roldas sucesivas** no período 1992-2013 cos estándares propostos nas Guías Europeas, 4ª Edición [15]

	Aceptable	Desexable	PGDPCM	Cumprimento
% Valoración clínica adicional	<5%	<3%	1,85%	Si
Taxa detección por mil mulleres exploradas	2,1*	>2,1	3,22	Si
Razón biopsias cirúrxicas benignas/malignas (1999-2012)	≤0,5:1	≤0,25:1	0,8:1	Non
Cancros invasivos sen afectación ganglionar* (1992-2012)	75%	>75%	69,08%	Non
Estadio II+** (1992-2012)	25%	<25%	32,5%	Non

*1,5 x Incidencia basal (1,4 casos por 1.000 mulleres).

A proporción de cancros in situ e cancros invasivos nos casos detectados polo PGDPCM é adecuada. Non obstante, os tumores invasivos presentan ao diagnóstico un estadio máis avanzado do que sería desexable, cunhas proporcións de casos con afectación ganglionar e estadios II, III e IV por riba dos estándares de calidade.

Os tempos de espera das mulleres que precisan unha valoración clínica adicional tras a mamografía de cribado son prolongados o que fai necesario que o PGDPCM

e as UDT hospitalarias traballen pola mellora na xestión destas mulleres. O obxectivo é reducir tanto o tempo de demora na cita para a súa primeira valoración no hospital como o tempo que a muller espera para coñecer o diagnóstico e para comezar o tratamento no caso de se lle ter diagnosticado un cancro de mama (**táboa 17**).

En canto á taxa de detección, como se pode ver no **gráfico 7**, apréciase unha tendencia ascendente desde o ano 2006 no caso de primeira rolda, que acada o seu pico máximo en 2012. Tanto en primeira rolda como en roldas sucesivas, acádase o nivel desexable segundo os estándares Europeos de acordo coa a epidemioloxía concreta de Galicia.

O PGDPCM monitoriza os *cancros de intervalo*^a empregando como fonte de información o CMBD (Conxunto mínimo básico de datos) das altas hospitalarias do Servizo Galego de Saúde con diagnóstico cancro de mama. A identificación dos cancros de intervalo permite coñecer a sensibilidade do programa e dispor dun dos indicadores que reflicten a calidade do programa: a incidencia de cancro de intervalo..

Neste momento dispoñemos dos datos correspondentes a mulleres exploradas no período 1996-xuño 2009. A incidencia de cancro de intervalo foi de 11,2 por 10.000 mulleres cribadas cunha *incidencia proporcional*^b nos doce primeiros meses tras o cribado negativo de 21,14% (estándar desexable <30%) e de 47,69% 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 74,2%..

b. Indicadores de resultados a longo prazo

No ano 2013 a DXIXSP estudou a supervivencia das mulleres galegas do grupo de idade do programa diagnosticadas de cancro de mama no período 1996-2009.

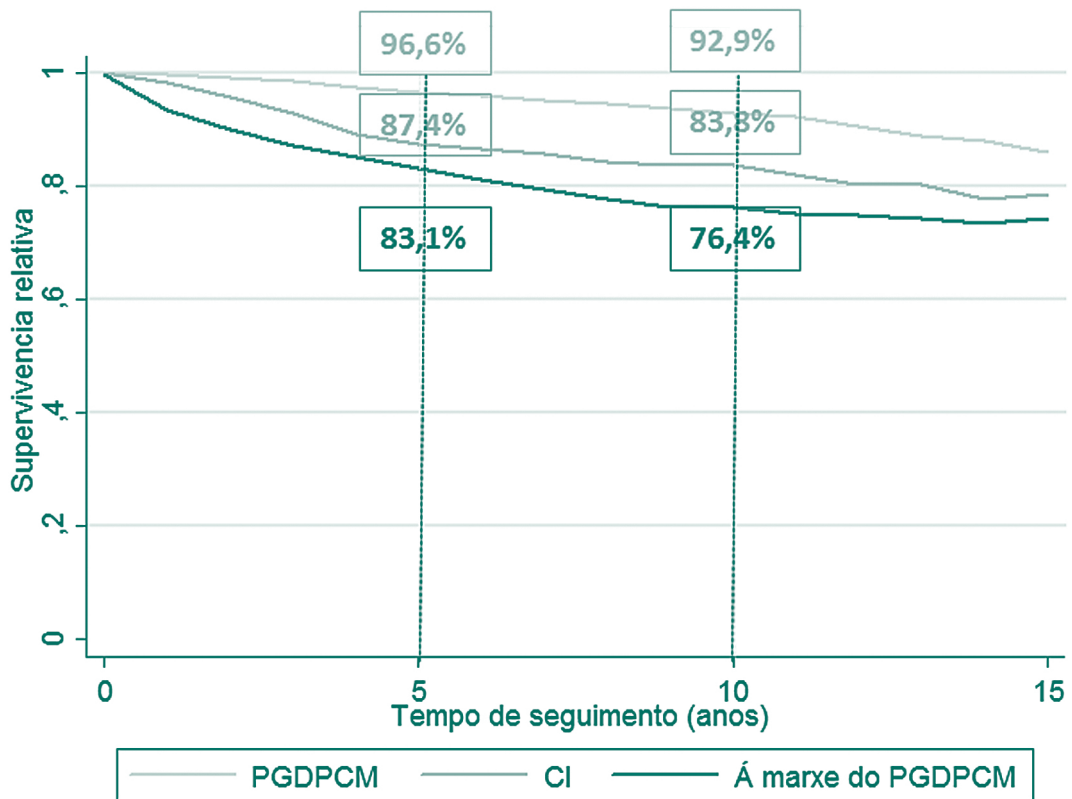
As mulleres diagnosticadas polo programa presentaron mellores resultados de supervivencia en comparación coas mulleres do mesmo grupo de idade diagnosticadas de cancro de intervalo (CI) e as diagnosticadas ao marxe do programa, cunha *supervivencia relativa*^c aos 5 anos do 96,6%, 87,4% e 83,1% respectivamente (**gráfico 9**).

a Os cancros de intervalo defínense como cancros de mama que aparecen tras un episodio de cribado negativo (que pode incluír valoración clínica adicional) e antes da seguinte rolda de cribado programada.

b A incidencia proporcional é a incidencia de cancro de intervalo expresada como proporción da incidencia basal de cancro de mama prevista en ausencia de cribado.

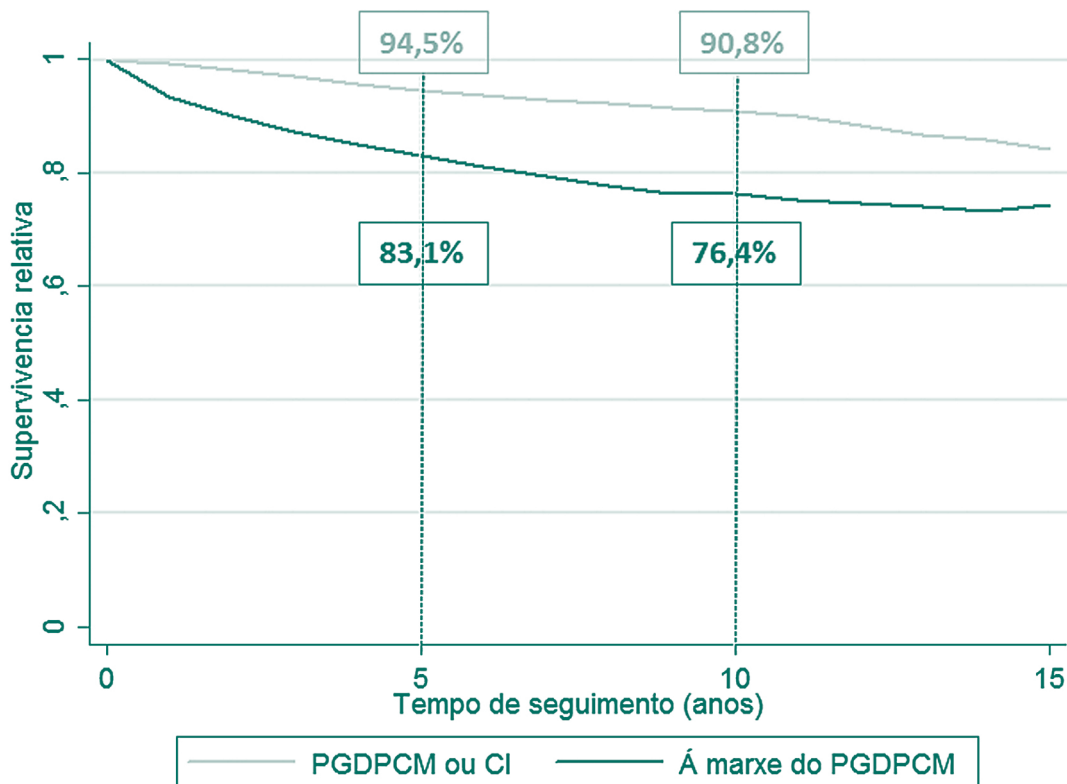
c Supervivencia relativa: calculase dividendo a supervivencia observada, que toma en consideración as mortes producidas por calquera causa no grupo estudado de mulleres con cancro de mama, pola supervivencia esperada que estimase coa mortalidade por todas as causas ocorrida durante o período de seguimento na poboación da que proveñen as mulleres con cancro de mama. Con esta división illase a morte relacionada co cancro de mama extraendo a parte de mortalidade que ocorrería nese grupo de mulleres aínda que non tivesen cancro de mama.

Gráfico 9. Supervivencia relativa das mulleres do grupo de idade do PGDPCM diagnosticadas no período 1996-2009 segundo modo de diagnóstico (PGDPCM, cancro de intervalo, ao marxe do PGDPCM)



No seu conxunto, as mulleres participantes no programa diagnosticadas de cancro de mama (diagnosticadas polo programa + diagnosticadas de cancro de intervalo) presentaron mellor supervivencia relativa que as mulleres do mesmo grupo de idade diagnosticadas á marxe do programa (94,5% fronte ao 83,1% aos 5 anos de seguimento) (**gráfico 10**).

Gráfico 10. Supervivencia relativa das mulleres do grupo de idade do PGDPCM diagnosticadas no período 1996-2009, segundo a súa participación no programa



Cómpre recordar que a supervivencia non é por si mesma unha medida de efectividade do programa e vese afectada polos nesgos de “lead time”, o adianto diagnóstico e “length time”, que fai referencia aos tumores que pola súa lenta evolución nunca serían detectados sen unha proba de cribado.

Para manter a participación por riba do 75% seguimos contamos coa inestimable colaboración dos profesionais sanitarios, tanto de atención primaria como de especializada, que promoven a participación das mulleres no Programa.

Se desexa máis información sobre as actividades do Programa, pódese dirixir a:

PROGRAMA GALEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DO CANCRO DE MAMA

Servizo de Programas Poboacionais de Cribado
 Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública
 Edificio Administrativo da Consellería de Sanidade.
 San Lázaro s/n. 15703 Santiago de Compostela
 Tel: 881 547 465 Fax: 881 546 571
 Correo electrónico: pgdpcm.dxsp@sergas.es
 Páxina web: <http://dxsp.sergas.es>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] European cancer observatory. [Http://eco.iarc.fr/EUCAN](http://eco.iarc.fr/EUCAN).
- [2] Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh J.W.W., Comber H, Forman D, Bray F. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. *European Journal of cancer* 2010; 49: 1374-1403
- [3] Servidor Interactivo de información epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. 2012 [cited 2014 15/04/2014]; Available from: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-epidemiologia-ambiental-y-cancer/Mortal2011.pdf>
- [4] Castells X, Sala M, Ascunce N, Salas D, Zubizarreta R, M C. Descripción del cribado del cáncer en España. Proyecto DESCRIC. In: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, ed.: Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya 2007.
- [5] Council of the European Union. Council Recommendation of 2 December 2003 on Cancer Screening (2003/878/EC). *Off J Eur Union*. 16 dic 2003;327:34-8.
- [6] Programas cáncer de mama.[cited 2014 15/04/2014]; Available from: <http://www.programascancerdemama.org/>
- [7] Dirección Xeral de Saúde Pública. Programa galego de detección precoz do cancro de mama. Consellería de Sanidade e Servizos Sociais 1992.
- [8] Dirección Xeral de Saúde Pública. Resultados da 1ª campaña e actualización do Programa galego de detección precoz do cancro de mama. Consellería de Sanidade e Servizos Sociais 2000.
- [9] Instituto Galego de Estatística. [cited 2014 15/04/2014]; Available from: <http://www.ige.eu/igebdt/selector.jsp?COD=590&paxina=001&c=0501>
- [10] European Network of Reference Centers for Breast Cancer Screening. The Galician Programme for the Early Detection. *Euref News*. 1996.
- [11] Dirección Xeral de Saúde Pública. Control de calidade en mamografía. Guía Práctica. Consellería de Sanidade e Servizos Sociais 1995.
- [12] Dirección Xeral de Saúde Pública. Control de calidade en mamografía. Guía Práctica 2000. Consellería de Sanidade e Servizos Sociais 2000.
- [13] Guías europeas de garantía de calidade en cribado mamográfico. Dirección Xeral de Saúde Pública, Consellería de Sanidade e Servizos Sociais 1998.
- [14] Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L, et al. European guidelines for quality assurance in mammography screening. Third

- edition. In: European Commission, ed.: Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg 2001.
- [15] Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L, et al. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth edition. In: European Commission, ed.: Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg 2006.
- [16] Programas cáncer de mama, guías europeas de control de calidad en cribado y diagnóstico de cáncer de mama. [cited 2014 15/04/2014]; Available from: <http://www.programascancerdemama.org/>
- [17] Dirección Xeral de Saúde Pública. Guía para o diagnóstico e tratamento do cancro de mama: Consellería de Sanidade e Servizos Sociais 1999.
- [18] Dirección Xeral de Saúde Pública. Guía para o diagnóstico e tratamento do cancro de mama. Consellería de Sanidade 2002.
- [19] Dirección Xeral de Saúde Pública. Opinión das usuarias do Programa galego de detección precoz do cancro de mama e derivadas ás unidades de diagnóstico dos centros de atención especializada, enquisa 2008. Consellería de Sanidade 2008.
- [20] Pollán M. Evaluación del impacto en la mortalidad mediante modelos edad-periodo-cohorte. *Gac Sanit.* 2003;17 (supl 2):51-198.
- [21] Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública. Supervivencia das mulleres diagnosticadas polo Programa galego de detección precoz do cancro de mama (PGDPCM) de 1993 a 2009. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade 2012.

galicia

Consellería
de Sanidade

Innovación e Xestión
da Saúde Pública

Informes