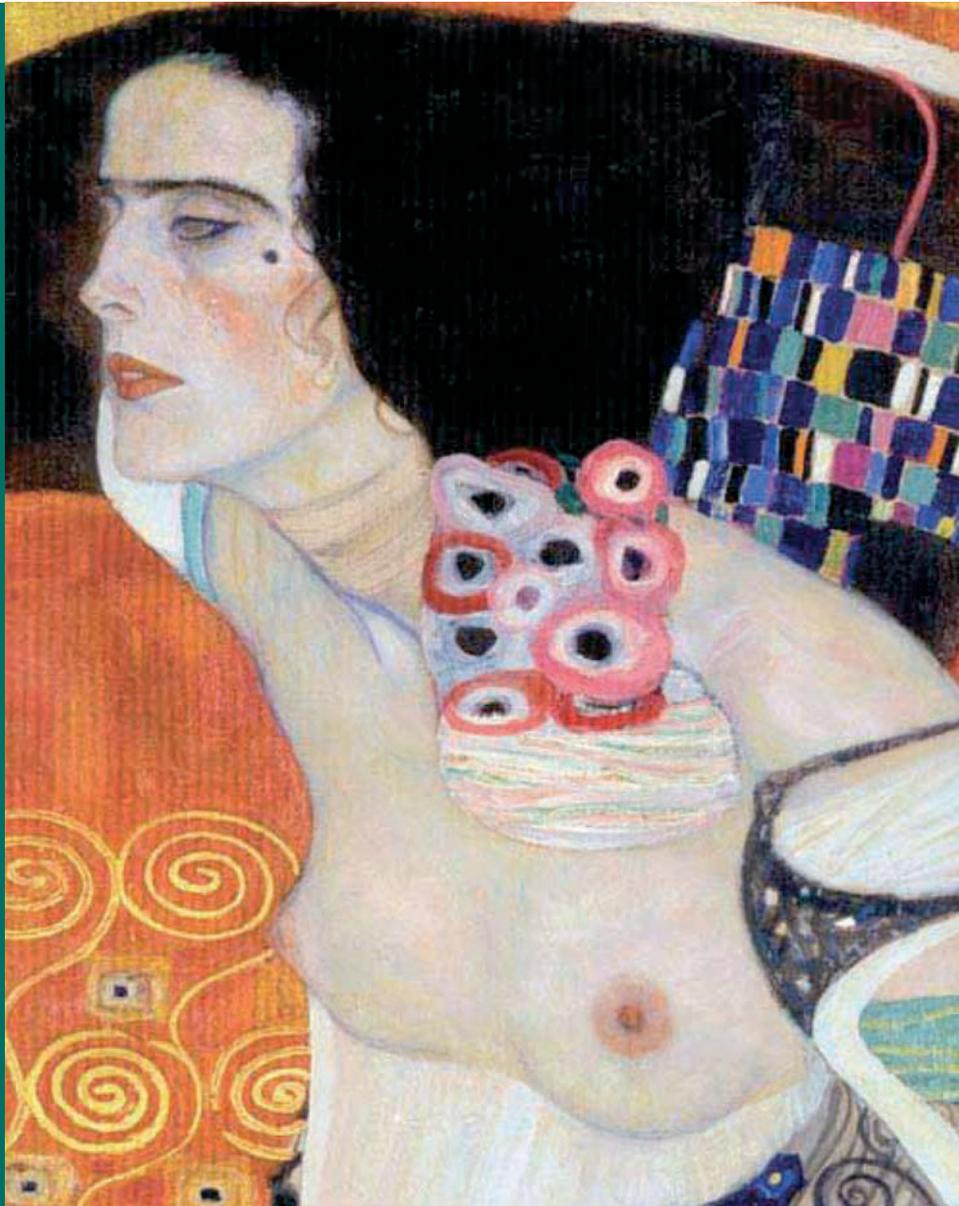


PROGRAMA GALLEGO DE DETECCIÓN PRECOZ
DEL CÁNCER DE MAMA (PGDPCM).
RESULTADOS 1992-2010



Puede encontrar el PDF de este documento en galego, en el epígrafe Saúde Pública de la página de internet: www.sergas.es

Fecha de edición:

Octubre 2011

Edita:

Xunta de Galicia

Consellería de Sanidade

Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública

Maquetación:

Tórculo Artes Gráficas, S.A.

Depósito Legal:

C 3137 -2011

Portada:

Gustav Klimt, “Giuditta II”, Musei Civita Veneziani, Galleria Internazionale d’ Arte Moderna di Ca’Pesaro, Venezia

Índice

1. INTRODUCCIÓN	5
2. PROGRAMA GALLEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA	8
3. ESTRUCTURA ASISTENCIAL	11
4. PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDAD	15
5. RESULTADOS DEL PROGRAMA 1992 -2010	16
6. CONCLUSIONES	32
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

INTRODUCCIÓN

El Cáncer de mama continúa siendo la causa más frecuente de cáncer entre las mujeres en los países desarrollados. Se estima que en el año 2008 se diagnosticaron en la Unión Europea 332.770 nuevos casos, lo que representa el 30% de todos los cánceres en la mujer [1]. Las tasas de incidencia más altas las encontramos en Bélgica, Francia, Países Bajos e Irlanda (con tasas superiores a 125 por 100.000 mujeres), y las más bajas en Grecia y en los países de Europa del Este (Lituania, Rumania y Letonia), con tasas inferiores a 65 por 100.000. España tiene una tasa de incidencia media en relación con los países de su entorno (81,1 por 100.000) [2] (**tabla 1**).

Con respecto a la mortalidad por Cáncer de mama, continúa siendo la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres de los países de la Unión Europea, donde en 2008 se estima que hubo 89.800 muertes por esta causa, con una tasa de mortalidad estandarizada por edad a la población europea de 24 por 100.000 mujeres (**tabla 1**), destacando países como Bélgica y Dinamarca con tasas superiores a 30 por 100.000 mujeres, siendo España el país con la tasa de mortalidad más baja (18,4 por 100.000 mujeres)[2].

Tabla 1. Estimación de la incidencia y mortalidad por Cáncer de mama. Tasas ajustadas por edad en mujeres de la Unión Europea. 2008.

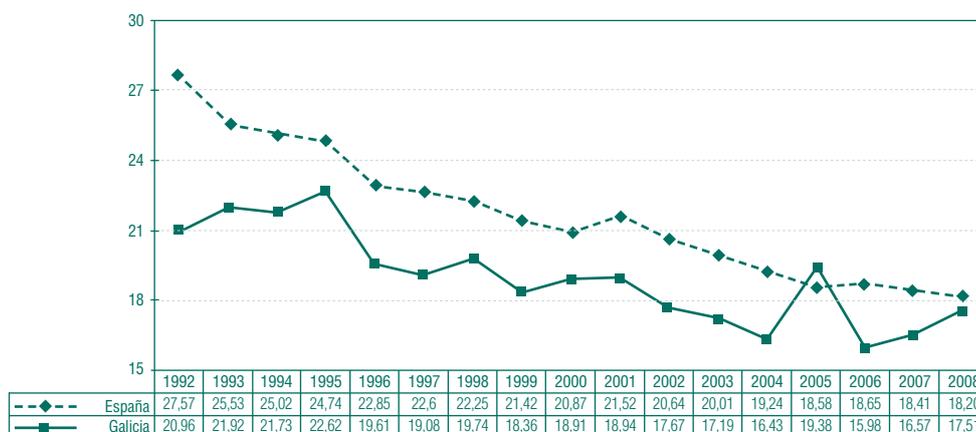
País	Incidencia *	País	Mortalidad *
Bélgica	145,8	Bélgica	30,7
Francia	133,8	Dinamarca	30,4
Países Bajos	129,3	Países Bajos	28,2
Irlanda	126,5	Hungría	28,1
Dinamarca	120,8	Irlanda	28,1
Reino Unido	119,1	Malta	28,1
Finlandia	117	Islandia	27,2
Islandia	115,9	Reino Unido	27,0
Italia	115,1	Eslovenia	25,6
Luxemburgo	114,5	Francia	25,5
Suecia	110,7	Alemania	24,5
Alemania	110,1	Austria	24,2
Malta	98	Letonia	24,0
Austria	94,4	Italia	23,1
República Checa	93,1	Lituania	23,1
Eslovenia	88,7	Estonia	22,8
España	81,1	República Checa	22,6
Portugal	78,8	Rumanía	22,5
Hungría	78,7	Grecia	22,3
Bulgaria	75,6	Eslovaquia	22,2
Eslovaquia	71,2	Suecia	21,3
Estonia	67,6	Luxemburgo	21,3
Polonia	66,3	Finlandia	21,1
Letonia	64,5	Polonia	21,0
Rumanía	63,6	Bulgaria	20,0
Lituania	62,4	Portugal	19,1
Grecia	61,9	España	18,4
Unión Europea (EU27)	103,7	Unión Europea (EU27)	23,9

* Tasas por 100.000 mujeres ajustadas a la población europea

Fuente: Ferlay J, Parkin DM, Steliarova-Foucher E. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008. European journal of cancer 2010; 46 (4):765 -781 [2]

Durante 2008 se registraron en Galicia 17,51 muertes por 100.000 mujeres (tasa estandarizada a la población europea). En el **gráfico 1** podemos ver la evolución de la mortalidad en España [3] y Galicia desde 1992 hasta 2008. Observamos que en Galicia, tras varios años de descenso progresivo, la tasa de mortalidad asciende en 2005 para volver a recuperar en 2006 la tendencia descendente. En los años 2007 y 2008 observamos un progresivo aumento que nos lleva a converger con las tasas nacionales.

Gráfico 1. Evolución de la mortalidad por Cáncer de mama en Galicia y España. Tasas por 100.000 mujeres*.



*Tasas estandarizadas a la población europea.

Fuente: (1) Mortalidad por cáncer en España. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. [3]

(2) Registro de Mortalidad de Galicia. Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública.

Según los últimos datos obtenidos del Registro de Mortalidad de Galicia, el Cáncer de mama continúa siendo la primera causa tumoral de muerte en las mujeres (**tabla 2**). En el año 2008, se registraron en Galicia 413 muertes por esta causa, correspondiendo el 29,30% a mujeres entre 50 y 69 años, el 54,72% a mujeres de 70 o más años y el 15,98% al grupo de mujeres menores de 50 años.

Tabla 2. Mortalidad por tumores en la mujer. Galicia 2008

Tumores	Nº fallecidas	%
Mama	413	13,69
Colon	330	10,94
Estómago	220	7,29
Pulmón/bronquios	235	7,79
Páncreas	189	6,26
Ovario	136	4,51
Útero (corpo e non específico)	109	3,61
Colo uterino	48	1,59
Outros	1.337	44,32
Total	3.017	100

Fuente: Registro de Mortalidad de Galicia. Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública

Por lo tanto, el Cáncer de mama sigue constituyendo un problema de primer orden. En la actualidad, no contamos con medidas eficaces de prevención primaria, ya que los factores de riesgo más importantes (edad, antecedentes familiares de Cáncer de mama, antecedentes de patología mamaria, menarquia precoz y menopausia tardía) no son modificables. En el momento actual, los esfuerzos se dirigen a establecer un diagnóstico lo más precoz posible (prevención secundaria), mediante programas poblacionales de detección precoz, para poder ofrecer un tratamiento con las máximas expectativas de curación, ya que la supervivencia está muy ligada al estadio en que se encuentra la enfermedad en el momento del diagnóstico.

La prueba más útil y accesible para realizar la detección de un tumor de mama antes de que se manifieste clínicamente es la mamografía. La realización periódica de mamografías de cribado a mujeres de 50 a 69 años ha demostrado su eficacia en la reducción de la mortalidad por Cáncer de mama. En mujeres más jóvenes no está claro el beneficio del cribado [4].

En Europa, todos los programas poblacionales de cribado de Cáncer de mama incluyen a las mujeres de 50-64 años, ampliándose actualmente, en la mayoría de ellos, el rango de edad a mujeres mayores, hasta los 69 años, siguiendo las recomendaciones del Consejo de la Unión Europea [5] basadas en la evidencia científica que apoya el beneficio del cribado en el grupo de edad de 50 a 69 años. Las mujeres más jóvenes con factores de riesgo deben tener una atención individualizada.

En la actualidad todas las comunidades autónomas de España disponen de programas de cribado de Cáncer de mama [4, 6].

PROGRAMA GALLEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA (PGDPCM)

Con la finalidad de abordar el problema de salud que supone el Cáncer de mama, desde la Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública, antes Dirección Xeral de Saúde Pública, se puso en marcha en 1992 la primera unidad de exploración mamográfica [7] del PGDPCM. En aquel momento se contó con la colaboración de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). Desde aquel momento, el Programa se fue extendiendo hasta cubrir en el año 1998 el 100% de la población objetivo[8].

Objetivo general

Reducir la mortalidad por Cáncer de mama en las mujeres de 50 a 69 años de Galicia en un porcentaje del 25% a los seis años de la implantación completa del Programa.

Objetivos específicos

- Mantener una participación por encima del 75% de las mujeres citadas.
- Asegurar el acceso a un diagnóstico definitivo a todas las mujeres a las que se les recomienda una valoración clínica adicional en los tiempos adecuados.
- Mantener y mejorar el sistema de información del Programa de modo que permita la correcta evaluación de los indicadores predictores de impacto.

Población objetivo

Hasta el año 2004 la población a la que estaba dirigido el Programa eran todas las mujeres residentes en Galicia de 50 a 64 años. Siguiendo las directrices de la Unión Europea [5], a partir del 2005 el Programa comenzó la ampliación progresiva del grupo de edad hasta los 69 años, objetivo que se alcanzó en el año 2009. El número de mujeres del grupo de edad 50-69 años es, según el padrón municipal de habitantes en 2010, de 355.036 [9].

Prueba de cribado

La prueba básica de cribado es la mamografía. Se realizan dos proyecciones mamográficas (craneo-caudal y oblicuamediolateral) en cada mama.

Frecuencia del cribado

El cribado se realiza con una periodicidad de dos años.

Sistema de divulgación

A las mujeres objetivo del Programa se les envía información del mismo por carta, antes de la citación personal para la realización de la prueba mamográfica.

Los coordinadores provinciales del Programa de los Departamentos Territoriales de Sanidad promueven el Programa en los ayuntamientos. Para ello, mantienen reuniones de presentación con las autoridades municipales, sanitarios locales, prensa y radio local, etc. Así mismo, se ofrecen charlas informativas a colectivos específicos y se distribuyen carteles y folletos informativos en farmacias y centros sanitarios y sociales de la localidad.

Sistema de citación

La citación es personal, se envía por carta de 10 a 15 días antes de la cita, y en ella se especifica el lugar, día y hora en que debe acudir para la realización de la prueba mamográfica. En la misma carta se facilita un número de teléfono para solicitar cambios de cita en caso necesario. Si la mujer no acude, se repite la citación, también por carta.

La relación de mujeres que hay que citar se obtiene del registro de tarjeta sanitaria y de los padrones municipales. Se excluyen los errores (edad, sexo) y las situaciones de la mujer que hacen imposible la cita (fallecidas, incapacitadas o dirección desconocida). El único criterio de exclusión para la realización de la mamografía de cribado es haber padecido un Cáncer de mama.

La programación de las citas se hace por municipio, de forma que se garantice la periodicidad de dos años de cribado en cada ayuntamiento (con un intervalo de \pm seis meses). Esta programación se puede consultar en la página web de la Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública: <http://dxsp.sergas.es>, que se actualiza cada seis meses.

Comunicación de los resultados de la mamografía de cribado

Si el resultado es negativo, las mujeres reciben la información por carta personalizada, se les recomienda seguir en el Programa y se las invita a repetir el estudio al cabo de dos años. En el caso de que sea necesario realizar una valoración clínica adicional para llegar a un diagnóstico, se informa por carta certificada y con justificante de recepción. En la misma carta se les facilita una cita para ser atendidas en una unidad hospitalaria de diagnóstico y tratamiento. Esta carta se remite tres días antes de la cita. Además dos días antes de la cita se llama a la mujer por teléfono para confirmarla.

Información a las usuarias

El Programa cuenta con un teléfono de atención directa para sus usuarias, al que pueden dirigirse para informar sobre cambios de domicilio, reciente empadronamiento y solicitar cambios de cita o información. (Tel.: 981 14 14 14).

Todas las mujeres que precisan ir al hospital para la realización de la valoración clínica adicional, disponen de dos teléfonos (881 54 18 95 e 881 54 18 97) con los que pueden contactar en el caso de precisar información o cambio de cita en el hospital.

ESTRUCTURA ASISTENCIAL

La estructura asistencial del Programa está formada por las siguientes unidades:

1. Unidades de exploración mamográfica

En estas unidades es donde se realiza la mamografía. Cuando las mujeres acuden a la unidad son atendidas por personal técnico auxiliar en informática o por personal técnico superior en imagen para el diagnóstico, que confirman los datos de filiación y realizan una encuesta sobre factores de riesgo de Cáncer de mama. Posteriormente el personal técnico superior en imagen para el diagnóstico realiza las mamografías.

El Programa se inició con una unidad de exploración mamográfica, y progresivamente se han ido incorporando nuevas unidades. En el año 2005, el Programa completó su expansión, contando desde ese momento con 13 unidades de exploración, 9 de ellas fijas y 4 móviles.

En el año 2010, comienza una reestructuración del Programa con el objetivo de dar una mejor respuesta al compromiso de citar a todas las mujeres de Galicia cada dos años, con todos los requisitos de calidad.

Las unidades móviles tenían superado su vida útil y presentaban carencias para ofrecer un servicio de calidad: carecían de los espacios adecuados para la espera, de intimidad para la realización de la encuesta, imposibilitaban la instalación de la tecnología digital, etc. La reestructuración va encaminada a la progresiva eliminación de estas unidades móviles, pero ampliando la estructura fija y acercando el servicio lo más posible a la población de mujeres objeto del Programa. Así se comienza a abrir nuevas unidades fijas en los hospitales comarcales de Galicia utilizando sus instalaciones y equipamiento y funcionando, en jornada de tarde, el tiempo necesario para explorar a las mujeres de su área y asegurar un intervalo entre Exploraciones de 24 meses. Esto supondrá la apertura a tiempo parcial de siete nuevas unidades fijas en Galicia.

Para poder prescindir de las unidades móviles, también se ampliará el tiempo de servicio de algunas unidades fijas del Programa, que trabajarán en doble jornada, de mañana y de tarde. Así una de las dos unidades fijas de A Coruña y de Vigo y la unidad fija de Santiago funcionarán también de tarde de forma continua y las unidades fijas de Lugo, Ourense y Pontevedra funcionarán también de tarde el tiempo necesario para explorar a todas las mujeres del área cada 24 meses.

En este contexto, en junio del año 2010 comienzan las exploraciones en el hospital comarcal Virxe da Xunqueira y en noviembre de este mismo año en el hospital comarcal de O Salnés. Así mismo, en este año 2010 comienza la actividad de tarde la unidad fija de Lugo y en una de las dos unidades fijas de Vigo.

La localización actual de las unidades de exploración mamográfica fijas es la siguiente:

LOCALIZACIÓN	
A Coruña	Departamento Territorial de Sanidad
Santiago de Compostela	Hospital Gil Casares
Ferrol	H. Novoa Santos
Lugo	Hospital Provincial San José
Ourense	Departamento Territorial de Sanidad
Pontevedra	Departamento Territorial de Sanidad
Vigo	Casa del Mar

En A Coruña y en Vigo hay dos unidades fijas en la misma localización.

Las unidades fijas están conectadas en línea al sistema informático del Programa.

Las usuarias del Programa que residen en un municipio con dificultades de acceso a la unidad de exploración mamográfica fija que les corresponde, tienen a su disposición un sistema de transporte gratuito en autobús.

Las cuatro unidades móviles cubren aquellos ayuntamientos que están lejos de las unidades fijas.

El PGDPCM está iniciando su paso a la tecnología digital y a finales del año 2009 son tres las unidades que cuentan con mamógrafos de estas características: una de las unidades fijas de A Coruña, la unidad del Hospital Gil Casares en Santiago y una de las unidades fijas de la Casa del Mar en Vigo. Está previsto que en los próximos años y de forma paulatina los mamógrafos digitales substituyan a los analógicos en todas las unidades de exploración.

2. Unidades de evaluación radiológica

La lectura de las mamografías está centralizada en tres unidades de evaluación radiológica, formadas por radiólogos de los Servicios de Radiología de los siguientes hospitales: Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (seis radiólogos), el Complejo Hospitalario de Pontevedra (seis radiólogos) y el Hospital Lucus Augusti, incorporada en febrero del 2006 (cuatro radiólogos). La localización de las unidades de evaluación radiológica es la siguiente:

LOCALIZACIÓN	
A Coruña	Departamento Territorial de Sanidad
Lugo	Hospital Provincial San José
Pontevedra	Hospital Montecelo

En todas ellas se realiza lectura de las placas de forma independiente por dos radiólogos prevaleciendo el resultado más desfavorable. La clasificación radiológica de las alteraciones se hace siguiendo las recomendaciones de la *American College of Radiology (ACR)* referidas al *Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS)*, lo que permite la clasificación por categorías en cuanto a la probabilidad de malignidad:

Mamografías negativas	Mamografías positivas
BI-RADS I – Normal	BI-RADS III – Baja probabilidad
BI-RADS II – Benigna	BI-RADS IV – Media probabilidad BI-RADS V – Alta probabilidad

Todas las mamografías son etiquetadas con un código de barras, lo que facilita su identificación e informatización. Para las mamografías analógicas existe un archivo centralizado de mamografías, desde donde se facilitan sistemáticamente las mamografías realizadas en exploraciones anteriores, para su valoración por los radiólogos del Programa. Las mamografías digitales se almacenan en formato electrónico en un dispositivo específico del Programa y por tanto también están accesibles para su valoración por los radiólogos.

3. Unidades de diagnóstico y tratamiento

Estas unidades están integradas por los hospitales de la red asistencial del Servicio Galego de Saúde. Cuentan con un comité de mama en el que participan especialistas de las diferentes áreas (radiólogos, ginecólogos, cirujanos, anatomopatólogos, oncólogos, radioterapeutas, etc).

A todas las mujeres que participan en el Programa y que precisan valoración clínica adicional para el diagnóstico definitivo, se les oferta una cita en estas unidades de la red asistencial del Servicio Galego de Saúde, independientemente de su tipo de seguro sanitario. Si se precisase tratamiento tras el diagnóstico, este se realizará a cargo del seguro sanitario de cada mujer.

Desde los hospitales se remite al Programa información sobre las mujeres que acudieron a la cita, las pruebas realizadas, el diagnóstico definitivo, el estadio de los cánceres detectados y el tratamiento que recibieron.

4. Gestión y coordinación

La gestión de las unidades de exploración mamográfica está centralizada en la Unidad de Coordinación de las Unidades de Exploración, situada en el Departamento Territorial de Sanidad de A Coruña, que junto con los coordinadores provinciales del Programa gestiona el circuito y almacenamiento de las mamografías y coordina al personal de las unidades de exploración mamográfica. Desde la Unidad de Coordinación de las Unidades de Exploración se envían las cartas de presentación del Programa, las cartas de cita a las unidades de exploración mamográfica, y por último las cartas a las mujeres con resultado negativo.

La coordinación de las unidades de evaluación radiológica, de las unidades de diagnóstico y tratamiento y la coordinación general del Programa está centralizada en el Servicio de Programas Poboacionais de Cribado de la Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública, donde se gestionan las citas hospitalarias y se envían al domicilio de las mujeres por carta certificada además de realizar su confirmación telefónica. Posteriormente se graba la información remitida por los hospitales.

5. Sistema informático

La base de datos del sistema informático del Programa está centralizada. A ella se accede desde las distintas unidades, mediante un programa diseñado para tal efecto con arquitectura cliente/servidor. El sistema garantiza el cumplimiento de los criterios establecidos por la Ley orgánica de protección de datos de carácter personal (LOPD).

Los usuarios de la aplicación informática del PGDPCM pueden acceder a ella desde cualquier PC conectado a la red de la Xunta de Galicia.

El programa informático soporta todos aquellos procedimientos de introducción y modificación de datos para el funcionamiento del Programa: proceso de citación, introducción de resultados, envío de cartas, asignación de citas a hospitales y registro de datos de diagnóstico. Además el Programa elabora una serie de tablas de indicadores que se actualizan semanalmente.

PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

Desde 1996, el *Programa gallego de detección precoz de Cáncer de mama* está integrado en la “European Breast Cancer Network” (EBCN) [10], en la cual participan la mayoría de los países europeos.

El control de calidad de la imagen fue el primer proyecto que se inició dentro del Programa de garantía de calidad, con el objetivo de conseguir imágenes de muy alta calidad con la dosis más baja posible de radiación, y reducir los costes minimizando las pérdidas de tiempo y de material [11, 12].

Progresivamente se fue ampliando a otras áreas del Programa para conseguir la máxima calidad:

- Formación continuada: cursos, reuniones y talleres para personal técnico superior en imagen para el diagnóstico, radiólogos, auxiliares administrativos, técnicos y otros profesionales implicados en el Programa.
- En el año 1998, se editó la traducción al castellano de las *European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening, 2nd edition* [13]. En el año 2002 se tradujeron las *European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening, 3rd edition* [14] en formato electrónico y actualmente ya están traducidas las *European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis, 4th edition*, publicada en su versión en inglés en el 2006 [15, 16].
- Elaboración de procedimientos normalizados de trabajo (PNT).
- Además, en el año 1999 se elaboró una *Guía para el diagnóstico y tratamiento del Cáncer de mama* [17]. En el año 2003 se editó una nueva *Guía para el diagnóstico y tratamiento del Cáncer de mama. 2002*, que tiene como finalidad servir como documento de referencia a todos los profesionales implicados en el diagnóstico y tratamiento de esta patología [18].

Para conocer su opinión y el grado de satisfacción, se realizan encuestas periódicas cada dos años a las mujeres que participan en el Programa, y sus resultados permiten introducir posibles factores correctores con la finalidad de mejorar la calidad del Programa [19].

El Programa emplea los datos de su sistema de información para calcular los principales indicadores de proceso y resultado. Estos resultados de monitorización periódica se muestran en informes que se difunden a todos los implicados en el Programa.

RESULTADOS DEL PROGRAMA 1992-2010

La implantación del Programa fue progresiva, por lo que simultáneamente se realizan diferentes campañas de cribado, según las áreas geográficas. Por campaña se entiende cada vez que son citadas las mujeres de un municipio. La primera vez que son citadas se considera primera campaña. Cuando a los dos años vuelven a citar a las mujeres de ese mismo municipio se considera segunda campaña y así sucesivamente. Todos los municipios gallegos habían finalizado su primera campaña en octubre de 1998, fecha en la que se alcanzó la cobertura del 100% de la población objetivo del Programa en ese momento, las mujeres de 50 a 64 años [8].

Esto se debe diferenciar de las rondas de cribado. Se considera *primera ronda* a la primera exploración de cribado que realiza una mujer dentro del Programa, con independencia de la campaña en la que la mujer es examinada e independientemente de previas Invitaciones o recordatorios, y *rondas sucesivas* todas las Exploraciones de cribado sucesivas, realizadas en el Programa, después de una exploración inicial, independientemente de la campaña.

La base de datos del PGDPCM es una base dinámica, por lo que, en una labor de mejora continua y para adecuarla a la obtención de los indicadores propuestos en las sucesivas ediciones de las *Guías europeas de garantía de calidad en cribado mamográfico*, actualizamos periódicamente la base de datos de las mujeres invitadas, lo que ocasiona que algunos datos puedan haber cambiado con respecto a los publicados con anterioridad.

Los resultados se expresan por rondas ya que varían mucho según la ronda de cribado sea primera o sucesiva. En la primera ronda se detectan todos los casos existentes en ese momento (casos prevalentes) y en las rondas sucesivas únicamente los casos nuevos (casos incidentes). Además recogemos en este apartado la comparación con los principales estándares de referencia propuestos en la cuarta edición de las *European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis*, del año 2006 [15].

a. Participación

En este informe se recoge la actividad y los datos de participación desde el inicio del Programa hasta el año 2010. Depurados los datos obtenidos de tarjeta sanitaria y del padrón municipal se detectó un error en el rango de edad en el 0,42% de las mujeres. Además el 2,73% de las mujeres se encontraban en una situación que imposibilitaba la cita (0,60% mujeres fallecidas, 0,06% incapacitadas y 2,07% ilocalizables). El 0,29% fueron excluidas del Programa por diagnóstico de Cáncer

de mama. Hasta el mes de julio del año 2009 se consideraba criterio de exclusión temporal haber realizado mamografías hacía menos de 6 meses. Esto explica que el porcentaje de mujeres en esta circunstancia en el 2009 (0,84%) es más bajo si lo comparamos con años previos y con el porcentaje global de todo el período 1992-2009 (3,77%) (**tabla 3**). En el año 2010 tras excluir estas mujeres, se realizaron 1.777.281 Invitaciones.

Tabla 3. Evolución de los errores y motivos que impiden la cita en porcentaje. Años 1992-2010.

	Fuera de edad	Fallecimiento	Incapacidad	Localización	Cáncer de mama	Mamografía reciente
1992-1997	2,46	0,53	0,15	7,61	0,22	4,55
1998	0,30	1,00	0,11	4,16	0,29	7,59
1999	0,08	0,45	0,06	0,65	0,31	5,59
2000	0,05	0,38	0,05	0,50	0,30	4,28
2001	0,04	0,68	0,04	0,26	0,31	5,13
2002	0,05	0,97	0,03	0,47	0,32	4,65
2003	0,04	0,58	0,06	0,63	0,33	5,26
2004	0,04	0,78	0,04	0,53	0,18	3,98
2005	0,04	0,33	0,04	1,91	0,27	5,93
2006	0,03	0,27	0,03	0,68	0,23	2,32
2007	0,02	0,30	0,05	0,90	0,26	2,43
2008	0,03	0,46	0,05	1,01	0,34	2,26
2009	0,04	1,25	0,05	1,39	0,34	0,84
2010	0,01	0,57	0,06	1,07	0,42	0,00
Total	0,42	0,60	0,06	2,07	0,29	3,77

En el período 1992-2010 se realizaron 1.365.640 Exploraciones, de las que 404.258 corresponden a mujeres que acudían en primera ronda a la unidad de exploración mamográfica y 961.382 corresponden a Exploraciones hechas a mujeres que acudieron en rondas sucesivas.

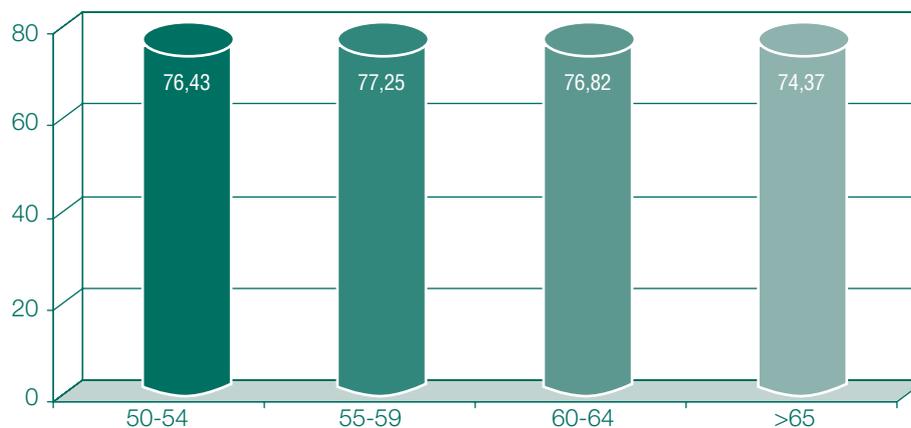
La participación global obtenida fue del 76,84% (**tabla 4**). La participación fue un poco inferior en el grupo de 65 y más años, (**gráfico 2**).

Tabla 4. Evolución de la participación. Resultados globales. Años 1992-2010

	Invitaciones	Exploraciones	Tasa de participación (%)*
1992-97	244.938	174.347	71,18
1998	88.564	64.964	73,35
1999	101.279	72.642	71,72
2000	104.895	77.299	73,69
2001	102.944	77.584	75,37
2002	106.885	80.202	75,04
2003	109.393	82.752	75,65
2004	94.848	77.821	82,05
2005 **	128.279	95.955	74,80
2006	123.024	99.858	81,17
2007	137.760	109.583	79,55
2008	143.678	115.089	80,10
2009	137757	112.984	82,02
2010	153.037	124.560	81,39
GLOBAL	1.777.281	1.365.640	76,84
		Objetivo aceptable	>70
		Objetivo deseable	>75

*Porcentaje de mujeres exploradas sobre el total de mujeres invitadas a participar

** Este año comenzó la ampliación progresiva del grupo de edad diana del Programa.

Gráfico 2. Participación por grupos de edad en el período 1992-2010

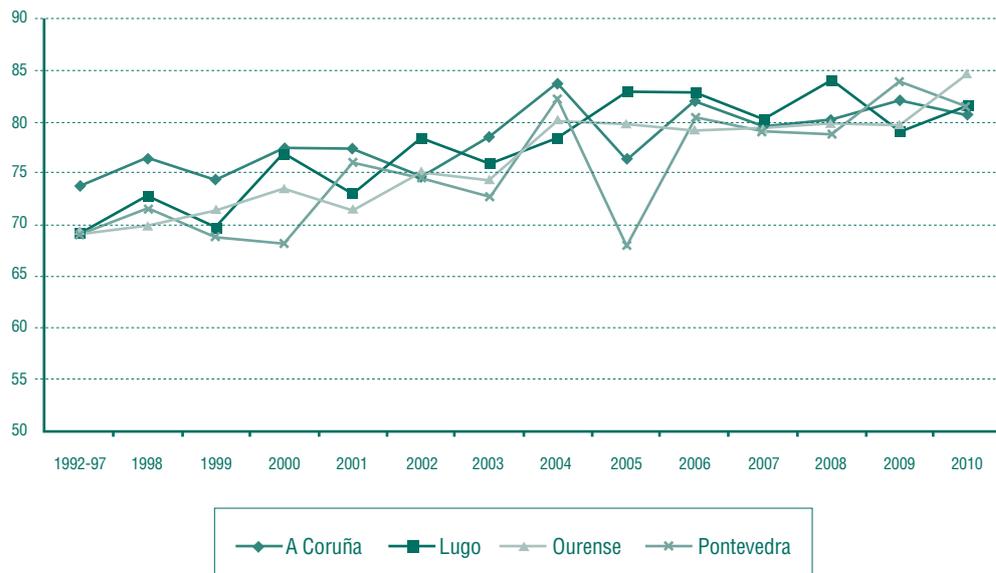
En la **Tabla 5** y en el **gráfico 3** se muestra la evolución de la participación por provincias, destacando la alta participación en todas ellas desde la puesta en marcha del Programa. En la actualidad el Programa está consolidado y en el año 2010 la participación fue muy próxima o superior al 80% en todas las provincias gallegas.

La participación en el 2010 para las mujeres invitadas por primera vez fue del 70,15% mientras que alcanza el 93,08% en rondas sucesivas.

Tabla 5. Participación por provincias. Años 1992-2010

	A Coruña	Lugo	Ourense	Pontevedra	Total
1992-97	73,68	69,20	69,22	69,00	71,30
1998	76,41	72,75	69,79	71,48	73,35
1999	74,38	69,80	71,40	68,93	71,72
2000	77,43	76,92	73,57	68,17	73,69
2001	77,33	72,81	71,37	76,03	75,37
2002	74,64	78,39	75,02	74,49	75,04
2003	78,52	75,90	74,16	72,66	75,65
2004	83,70	78,50	80,10	82,29	82,05
2005	76,27	83,00	79,72	67,97	74,80
2006	82,11	82,85	79,06	80,48	81,17
2007	79,67	80,19	79,37	79,16	79,55
2008	80,15	84,03	79,68	78,82	80,10
2009	82,07	79,12	79,57	83,91	82,02
2010	80,67	81,62	84,81	81,29	81,39
Global	78,15	76,84	75,97	75,45	76,84

Gráfico 3. Participación por provincias (%). Evolución 1992-2010



b. Resultados de la prueba de cribado

En el período 1992-2010 la exploración mamográfica fue negativa en el 96,11% de las mujeres exploradas. En un 0,19% de las Exploraciones realizadas fue necesario repetir la mamografía por problemas técnicos, y a un 0,71% se les recomendó una mamografía intermedia de control a los 9-12 meses (**tabla 6**).

Al 3% de las mujeres se les recomendó una valoración clínica adicional. La proporción de mujeres a las que se les indica valoración clínica adicional se reduce con la edad, como se puede ver en el **gráfico 4**, y con las rondas, siendo mayor en primera ronda que en sucesivas (**tablas 7 y 8**).

Tabla 6. Resultados de la prueba de cribado. Datos globales. Años 1992-2010

	Exploraciones	% Negativas	% Control 9-12 meses	% Repeticiones por motivos técnicos	% Valoración clínica adicional*
1992-97	174.347	91,73	1,82	0,68	6,03
1998	64.964	93,52	1,58	0,18	4,81
1999	72.642	93,93	1,34	0,29	4,52
2000	77.299	95,16	0,82	0,31	3,78
2001	77.584	95,44	0,63	0,21	3,76
2002	80.202	96,52	0,43	0,13	2,96
2003	82.752	97,09	0,47	0,12	2,35
2004	77.821	97,15	0,44	0,16	2,27
2005	95.955	97,46	0,49	0,05	2,02
2006	99.858	97,72	0,42	0,03	1,84
2007	109.583	98,01	0,33	0,03	1,65
2008	115.089	97,96	0,31	0,06	1,69
2009	112.984	97,50	0,30	0,07	2,13
2010	124.560	97,32	0,25	0,04	2,40
GLOBAL	1.365.640	96,11	0,71	0,19	3,06

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

Gráfico 4. Proporción de mujeres con valoración clínica adicional por grupos de edad en el período 1992-2010.

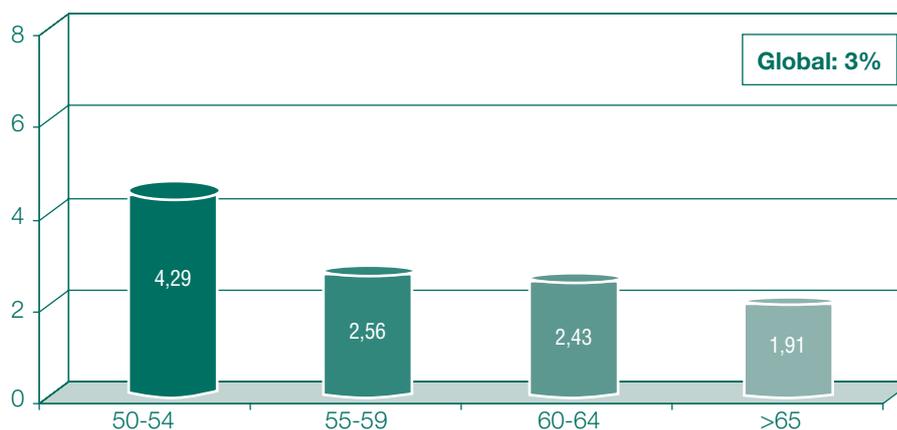


Tabla 7. Resultados de la prueba de cribado. Primera ronda. Años 1992-2010

	Exploraciones	% Negativas	% Control 9-12 meses	% Repeticiones por motivos técnicos	% Valoración clínica adicional*
1992-97	142.559	90,79	2,04	0,69	6,76
1998	30.518	90,03	2,83	0,25	7,03
1999	24.798	88,47	3,35	0,46	7,93
2000	23.111	90,33	2,48	0,36	6,98
2001	19.107	90,19	2,28	0,39	7,26
2002	18.906	91,62	1,70	0,20	6,61
2003	17.218	92,69	2,10	0,15	5,17
2004	14.444	92,23	2,24	0,30	5,32
2005	19.629	93,24	2,24	0,08	4,54
2006	17.680	93,47	2,13	0,06	4,39
2007	18.971	94,28	1,77	0,07	3,92
2008	19.341	94,38	1,69	0,11	3,91
2009	17.255	93,28	1,72	0,07	4,96
2010	20.720	92,89	1,35	0,07	5,76
GLOBAL	404.257	91,49	2,15	0,38	6,15
		Objetivo aceptable	<1	<3	<7
		Objetivo deseable	0	<1	<5

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

Tabla 8. Resultados de la prueba de cribado. Rondas sucesivas. Años 1992-2010

	Exploraciones	% Negativas	% Control 9-12 meses	% Repeticiones por motivos técnicos	% Valoración clínica adicional*
1992-97	31.788	95,95	0,81	0,63	2,72
1998	34.446	96,61	0,47	0,11	2,81
1999	47.844	96,77	0,30	0,21	2,76
2000	54.188	97,21	0,11	0,29	2,42
2001	58.477	97,15	0,10	0,15	2,61
2002	61.296	98,03	0,04	0,10	1,84
2003	65.534	98,25	0,04	0,11	1,61
2004	63.377	98,27	0,03	0,13	1,58
2005	76.326	98,54	0,04	0,04	1,38
2006	82.178	98,64	0,06	0,02	1,29
2007	90.612	98,78	0,02	0,02	1,17
2008	95.748	98,68	0,03	0,05	1,24
2009	95.729	98,26	0,04	0,07	1,63
2010	103.840	98,20	0,03	0,04	1,73
GLOBAL	961.383	98,05	0,10	0,11	1,76
		Objetivo aceptable	<1	<3	<5
		Objetivo deseable	0	<1	<3

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

c. Resultados de la valoración clínica adicional

c.1. Tasa de detección y valor predictivo positivo (VPP)

Los datos relativos al diagnóstico y tratamiento se presentan únicamente para las mujeres exploradas hasta el año 2009. Los datos disponibles del año 2010 no se muestran pues aún son provisionales ya que las mujeres exploradas cerca de final de año a las que se les indica realizar un control hospitalario pueden aún ser diagnosticadas y tratadas de un Cáncer de mama.

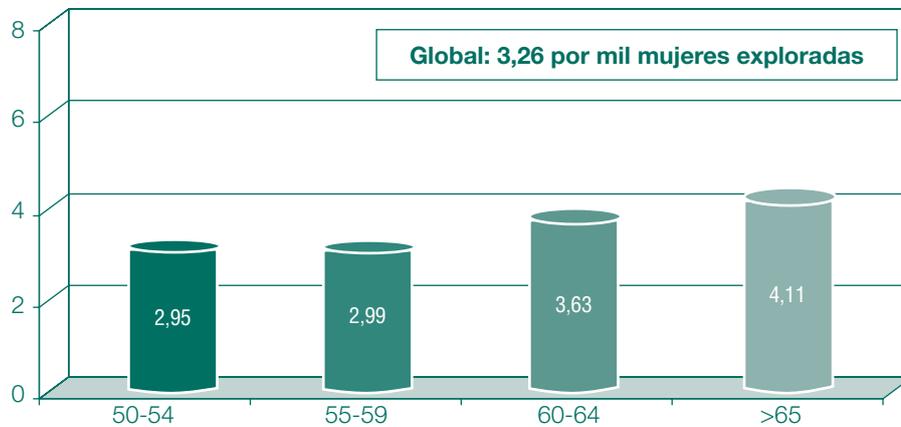
En el período 1992-2009, entre las pacientes remitidas al hospital para estudio, se diagnosticaron 4.052 cánceres, lo que supone un valor predictivo positivo (VPP) de 10,44% y una tasa de detección de 3,26 por 1.000 mujeres exploradas (**tabla 9**). La tasa de detección muestra un incremento con la edad, como se observa en el **gráfico 5**.

Tabla 9. Cánceres detectados. Datos globales. Años 1992-2009

	Exploradas	Valoración clínica adicional	Cánceres detectados	Tasa detección *	VPP
1992-97	174.347	10.507	759	4,35	7,21
1998	64.964	3.123	235	3,62	7,52
1999	72.642	3.286	231	3,17	7,00
2000	77.299	2.923	258	3,34	8,83
2001	77.584	2.915	255	3,29	8,75
2002	80.202	2.375	234	2,92	9,85
2003	82.752	1.943	254	3,07	13,07
2004	77.821	1.770	196	2,52	11,07
2005	95.955	1.943	277	2,89	14,26
2006	99.858	1.837	256	2,56	13,94
2007	109.583	1.803	316	2,88	17,53
2008	115.089	1.945	371	3,22	19,07
2009	112.984	2.412	410	3,63	17,00
GLOBAL	1.241.080	38.782	4.052	3,26	10,44

* Por 1.000 mujeres exploradas

Gráfico 5. Tasa de detección por grupos de edad en el período 1992-2009

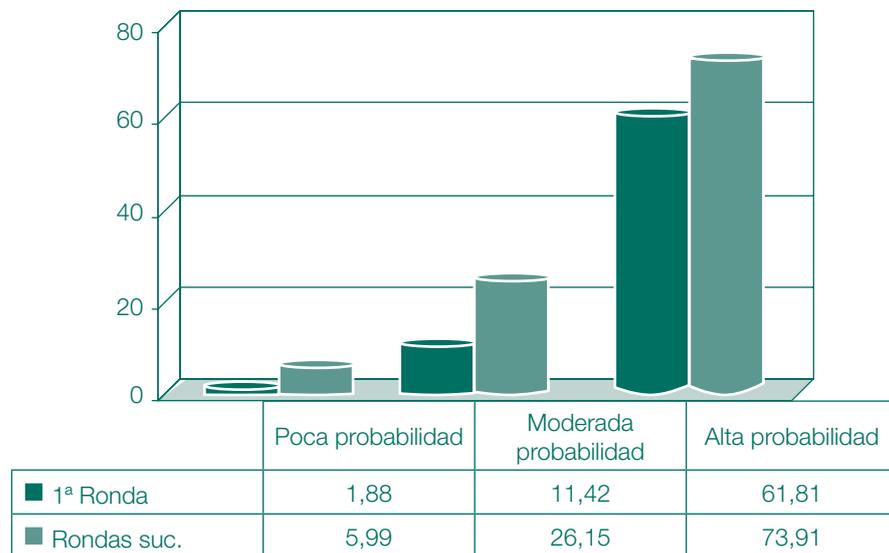


Entre las mujeres que acudieron por primera vez al Programa, la tasa de detección (4,12 por mil mujeres exploradas) es más elevada que aquellas que acudieron en rondas sucesivas (2,88 por mil mujeres exploradas) (**tabla 10**). El VPP es mayor en rondas sucesivas y aumenta con la probabilidad asignada según la clasificación BI-RADS (**gráfico 6**).

Tabla 10. Cánceres detectados. Años 1992-2009

	Primera ronda			Rondas sucesivas		
	Cánceres detectados	Tasa detección *	VPP	Cánceres detectados	Tasa detección *	VPP
1992-97	661	4,63	6,85	98	3,08	11,32
1998	139	4,55	6,48	96	2,79	9,83
1999	104	4,19	5,29	127	2,63	9,55
2000	91	3,94	5,64	167	3,08	12,75
2001	71	3,72	5,12	184	3,15	12,04
2002	69	3,65	5,52	165	2,69	14,67
2003	61	3,54	6,85	193	2,95	18,35
2004	41	2,84	5,34	155	2,45	15,47
2005	73	3,72	8,19	204	2,67	19,39
2006	51	2,88	6,57	205	2,49	18,32
2007	75	3,95	10,09	241	2,66	22,74
2008	71	3,67	9,38	300	3,13	25,25
2009	76	4,40	8,88	334	3,49	21,47
GLOBAL	1.583	4,12	6,68	2.469	2,88	16,35
Objetivo aceptable		4,2 [†]			2,1 [‡]	
Objetivo deseable		>4,2			>2,1	

* Por 1.000 mujeres exploradas † 3 x Incidencia basal (1,4 casos por 1.000 mujeres) ‡ 1,5 x Incidencia basal (1,4 casos por 1.000 mujeres)

Gráfico 6. Valor predictivo positivo según clasificación BI-RADS y ronda de exploración. Años 1992-2009

Como se puede observar en el **gráfico 7**, en cuanto a la tendencia temporal de la tasa de detección, que en los últimos años era descendente tanto en ronda inicial como en sucesivas, parece iniciar una tendencia a la recuperación.

Gráfico 7. Tasa de detección por ronda. Evolución 1992-2009

c.2. Exploraciones complementarias realizadas

Durante el período 1992-2009, desde las unidades de diagnóstico y tratamiento se notificaron las siguientes Exploraciones complementarias: 2.062 punciones aspiración con aguja fina (PAAF), un 22,02% de las cuales fueron positivas y 6.613 biopsias (2.527 biopsias no quirúrgicas y 4.086 quirúrgicas) de las cuales un 50,05% fueron positivas.

Desde el año 1999 la aplicación informática del Programa permite recoger por separado las biopsias quirúrgicas y no quirúrgicas. En el período 1999-2009 se registró un aumento progresivo de la proporción de biopsias no quirúrgicas de tal modo que en el año 1999 representaban el 16,04% del total de biopsias y en el 2009 ya suponen el 84,22%. Este dato refleja la tendencia actual de reducir a un mínimo adecuado el número de biopsias quirúrgicas.

El número de biopsias quirúrgicas benignas es semejante al de malignas (ratio 1,1:1) siendo un poco menor en rondas sucesivas que en primera ronda (**tabla 11**). En cualquier caso no se alcanza el objetivo recogido en las Guías europeas, que recomiendan que su número se mantenga en un ratio de $\leq 0,5:1$ tanto en primera ronda como en sucesivas.

Tabla 11. Razón de biopsias quirúrgicas benignas/malignas. Años 1999-2009

	Primera ronda	Rondas sucesivas	Total
1999	2,0:1	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	1,7:1	1,9:1
GLOBAL	1,9:1	0,8:1	1,1:1
Objetivo aceptable	$\leq 0,5:1$		
Objetivo deseable	$\leq 0,25:1$		

c.3. Resultados diagnósticos

De los 4.052 cánceres detectados, 553 fueron carcinomas ductales “in situ”, 3.395 tumores invasivos y no consta el grado de invasión en 120 cánceres (**tabla 12**).

Tabla 12. Grado de invasión de los cánceres detectados según ronda de exploración en porcentaje *. Años 1992-2009

	Cánceres “in situ”		Cancros invasivos		Desconocido	Tumores detectados
	N	%	N	%	N	
1ª ronda	231	15,1	1.301	84,9	51	1.583
Rondas sucesivas	322	13,3	2.094	86,7	53	2.469
GLOBAL	553	14	3.395	86	104	4.052

*Porcentaje sobre los 3.948 casos de los que se conoce el grado de invasión.

Se conoce el estadio de 3.932 tumores, de los cuales el 37% estaban clasificados en estadio II o superior. Este porcentaje es más elevado en mujeres en primera ronda (41,5%) que en sucesivas (34%) (**tabla 13 y gráfico 8**). La evolución de este indicador a lo largo de los años 1992-200 se puede consultar en la **tabla 14**.

Tabla 13. Estadio de los cánceres detectados según ronda de exploración en porcentaje*. Años 1992-2009

	0	I	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IIIC [†]	IV
1ª ronda	15,1	43,2	22,5	11,7	4,6	0,8	1	0,7
Rondas sucesivas	13,3	52,6	20,3	5,9	4,7	0,7	1,6	0,7
GLOBAL	14	49	21,1	8,1	4,6	0,7	1,4	0,7

* Porcentaje sobre los 3.932 casos estadificados. 120 casos no estadificados (60 en primera ronda y 60 en sucesivas)

† El estadio IIIC se incorporó en el año 2002 a la nueva clasificación TNM

(Sobin LH, Wittekind CH, editors. TNM Clasification of Malignant Tumours. UICC (6ª ed). New York: Wiley-Liss: 2002)

Gráfico 8. Estadio de los cánceres según ronda de exploración. 1992-2009

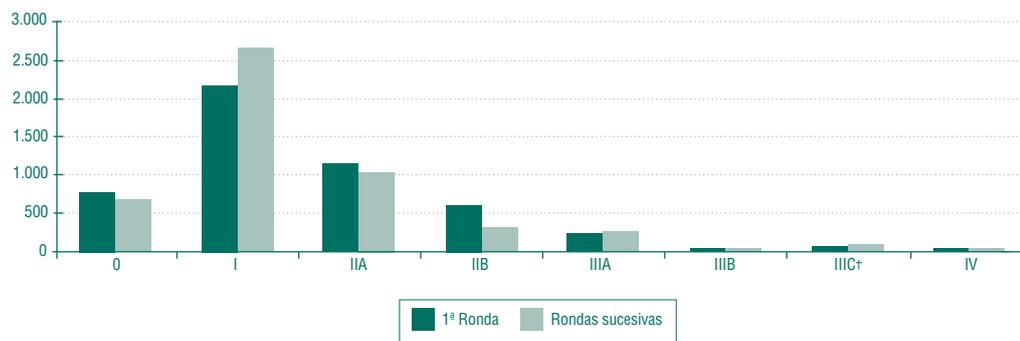


Tabla 14. Porcentaje de cánceres detectados en estadio II o superior. Años 1992-2009

	Primera ronda		Rondas sucesivas	
	Cánceres estadiados	Estadio II + (%)	Cánceres estadiados	Estadio II + (%)
1992-97	630	42,7	95	27,4
1998	134	49,25	92	33,70
1999	100	42,00	122	31,15
2000	90	33,33	163	38,04
2001	71	46,48	181	40,88
2002	68	38,24	164	33,54
2003	58	39,66	187	31,02
2004	40	42,50	152	30,26
2005	68	35,29	198	30,81
2006	48	45,83	201	39,30
2007	73	41,10	234	32,91
2008	69	30,43	292	34,93
2009	74	40,54	328	33,84
GLOBAL	1.523	41,56	2.409	34,04
Objetivo aceptable *		-		25
Objetivo deseable *		<30		<25

*Estándares modificados en la cuarta edición de las *European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis*

En cuanto a la afectación ganglionar, el 65,1% de los cánceres infiltrantes en primera ronda no tenían invasión ganglionar, llegando al 71% en los casos detectados en rondas sucesivas (tabla 15).

Tabla 15. Cánceres invasivos. Porcentaje sin afectación ganglionar. Años 1992-2009

	Primera ronda		Rondas sucesivas	
	Cánceres invasivos	Cánceres invasivos sin afectación ganglionar (%)	Cánceres invasivos	Cánceres invasivos sin afectación ganglionar (%)
1992-97	539	64,9	79	76,6
1998	116	65,8	80	81,0
1999	88	71,6	103	74,8
2000	74	70,3	148	75,0
2001	60	61,7	163	68,5
2002	51	62,7	135	68,1
2003	48	55,3	161	75,8
2004	35	60,0	127	76,0
2005	61	68,9	164	70,6
2006	40	48,7	178	62,5
2007	62	66,1	195	66,0
2008	61	70,5	259	69,1
2009	66	66,7	302	70,5
GLOBAL	1.301	65,1	2.094	70,8
Objetivo aceptable		-		75
Objetivo deseable		>70		>75

d. Tratamiento

A partir del año 1999, disponemos de información sobre el tratamiento quirúrgico desagregado en mastectomía y cirugía conservadora de la mama. En los años 2000-2009, de las mujeres de las que nos consta el tratamiento recibido, el 30,6% fueron sometidas a mastectomía. Si observamos la tendencia a lo largo de los años podemos comprobar como esta práctica está experimentando un descenso progresivo reflejando la implantación de las recomendaciones, basadas en evidencia científica, de realizar preferentemente y cuando esté indicado cirugía conservadora (**tabla 16**).

Tabla 16. Cánceres detectados. Años 2000-2009

	Primera ronda		Rondas sucesivas	
	Cánceres con información sobre tratamiento	Mastectomía (%)	Cánceres con información sobre tratamiento	Mastectomía (%)
2000	90	51,1	164	42,1
2001	71	57,7	181	48,1
2002	68	57,4	164	32,9
2003	60	40,0	189	44,4
2004	40	37,5	154	34,4
2005	71	32,4	198	35,9
2006	50	24,0	202	22,8
2007	73	11,0	236	25,0
2008	71	25,4	292	20,5
2009	74	24,3	329	18,8
GLOBAL	668	36,5	2.109	30,6

e. Tiempo entre procesos

Otro de los indicadores del Programa son los tiempos entre los principales procesos del cribado. En el período 1992-2010 el tiempo que transcurre desde la realización de la mamografía hasta la grabación del resultado fue de 10 días o menos en el 75% de las Exploraciones. Como se puede observar en la **tabla 17**, este objetivo está cerca del 100% desde el año 2006. En los casos con mamografía positiva el tiempo entre la realización de la mamografía y la fecha de la cita hospitalaria fue de 30 días o menos en el 61% de las mujeres.

En las mujeres exploradas en el período 1992-2009 en las que se detectó un Cáncer de mama, el tiempo de espera desde el diagnóstico hasta el tratamiento es de 21 días o menos en el 41% de los casos y el tiempo total del proceso desde la exploración en el Programa hasta el tratamiento en los cánceres diagnosticados en la valoración clínica inicial es de 60 días o menos en el 36% de ellos. La evolución de estos tiempos se muestra en la **tabla 17**.

Tabla 17. Tiempos entre procesos. Años 1992-2010

Indicador*	Porcentaje de mujeres que alcanzan el objetivo													Objet.
	1992-98	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
% mujeres con tiempo exploración-lectura ≤ 10 días	64%	23%	37%	64%	80%	74%	75%	82%	94%	90%	97%	94%	96%	≥ 90%
% mujeres con tiempo exploración-cita hospital ≤ 30 días	56%	36%	58%	69%	63%	59%	59%	58%	75%	75%	85%	71%	69%	≥ 90%
% mujeres con tiempo diagnóstico-tratamiento ≤ 21 días	42%	52%	41%	48%	47%	41%	37%	35%	39%	31%	42%	38%	-	≥ 90%
% mujeres con tiempo exploración-tratamiento ≤ 60 días †	41%	25%	30,6%	38%	40,4%	27,5%	32,8%	29,5%	38%	30%	40%	41%	-	

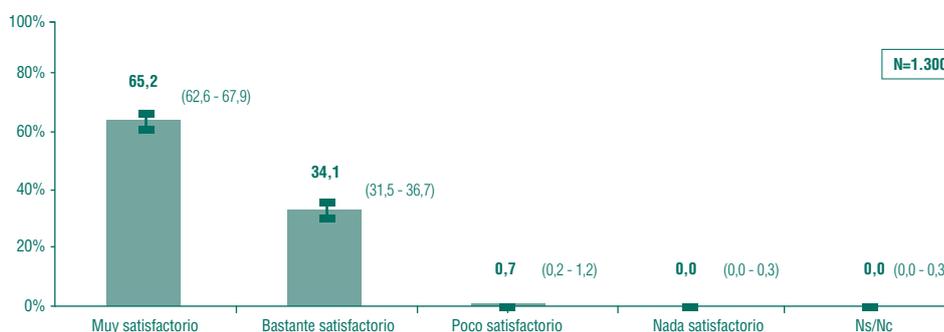
*Objetivos y estándares del PGDPCM, recogidos en las "Guías para el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama", 2002.

† Casos diagnosticados en la valoración inicial, se excluyen los diagnosticados en seguimiento hospitalario.

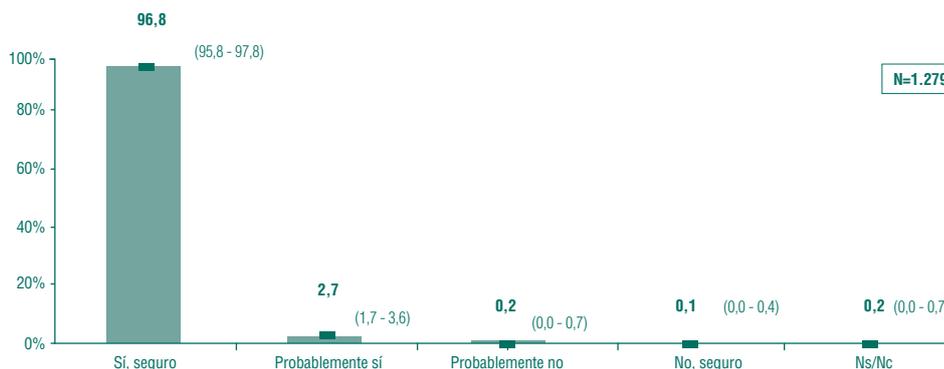
f. Satisfacción entre las usuarias

Dentro de los objetivos de garantía de calidad del PGDPCM se encuentra conocer el grado de satisfacción de las usuarias de este Programa. En esta línea, desde el año 1998 la Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública ha realizado encuestas de forma periódica tanto de forma global a todas las usuarias del Programa como de forma dirigida específicamente a las usuarias que además fueron derivadas a las unidades de diagnóstico y tratamiento. La última de estas encuestas se realizó en el año 2008 y los principales resultados se muestran a continuación. Se puede consultar la información más detallada en el documento completo [19] publicado en formato electrónico en el portal de Salud Pública de la web de la Consellería de Sanidade: <http://dxsp.sergas.es>.

Como se refleja en el **gráfico 9**, de las 1300 usuarias entrevistadas en el 2008 la casi totalidad de ellas valoran la experiencia de forma global en términos satisfactorios: un 99,3% se muestran "muy" o "bastante" satisfechas con su paso por el Programa, mientras que solo un 0,7% lo juzga negativamente.

Gráfico 9. Satisfacción global con la participación en el PGDPCM (%)

Para medir el grado de fidelidad de las usuarias, se les preguntó por la intención de volver a participar en futuras campañas. Este indicador confirma la satisfacción señalada: el 96,8% de las usuarias de hasta 68 años volvería a participar, con toda seguridad, en una próxima campaña del Programa (**gráfico 10**).

Gráfico 10. Fracción muestral¹. Proyección de futura de participación en el PGDPCM (%).

Vale la pena destacar la positiva evolución de este indicador a lo largo de los años: la rotundidad a la hora de expresar la intención de participar en futuras campañas se incrementó de manera notable, 23,1 puntos porcentuales respecto del estudio anterior y 30,2 más que en el del año 2002 (**tabla 18**).

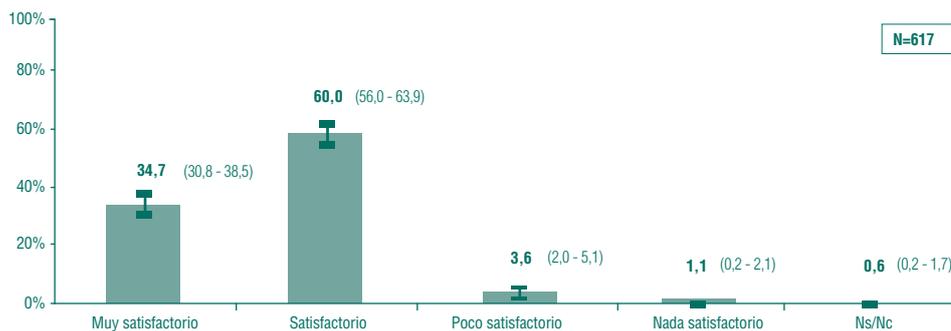
¹ Teniendo en cuenta que la edad máxima de participación en el Programa son los 69 años, el análisis de los resultados de esta pregunta se circunscribe a la fracción de usuarias de hasta 68 años. Se excluyen, por tanto, el segmento de mujeres de 69 años, concretamente 21 casos.

Tabla 18. Proyección de futura participación en el PGDPCM (%) años 2008, 2005 y 2002.

	2008	2005	2002
Sí, seguro	96,8	73,7	66,6
Probablemente sí	2,7	25,0	32,1
Probablemente no	0,2	0,9	0,7
No, seguro	0,1	0,2	0,1
Ns/Nc	0,2	0,2	0,5
%	100	100	100
N	1.279	1.300	1.000

En lo que respecta a la encuesta realizada a mujeres derivadas a los hospitales, la satisfacción global tras su participación en el PGDPCM es también muy satisfactoria. Como se puede ver en el **gráfico 11**, de las 617 mujeres evaluadas sólo un 4,7% hace un balance negativo, mientras que un 94,7% se muestran satisfechas tras su proceso diagnóstico /terapéutico.

Gráfico 11. Satisfacción global con la participación en el PGDPCM (%). Mujeres derivadas a los hospitales.



CONCLUSIONES

a. Indicadores de procesos y resultados a corto plazo. Comparación con los estándares europeos.

Como estándares de referencia en este documento utilizamos los propuestos por el Programa Europa contra el cáncer en la cuarta edición de las *European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis*, del año 2006 [15].

La tasa de participación global desde el inicio del Programa hasta el año 2010 es de 76,84%, lo que la sitúa por encima de los niveles deseables (75%). En la evolución temporal vemos el aumento progresivo de la participación. Desde el año 2001 participan anualmente en el Programa el 75% o más de las mujeres invitadas. El hecho de medir la participación anualmente y no por campaña, hace que su valor sea un poco más alto o más bajo en función de si las grandes ciudades se encuentran en el primer o segundo año de campaña. Esto es debido a que en estas ciudades el Programa cita a las mujeres con antecedentes de no haber acudido a Invitaciones previas preferentemente en el primer año de cada campaña con lo que la participación es menor en este período.

Es importante destacar que en el grupo de 65 y más años la participación es menor que en los demás grupos de edad, aunque es en estas mujeres junto con las del grupo de edad 60-64 en las que existe una mayor tasa de detección de cánceres. En rondas sucesivas se alcanza una participación global del 93,08% lo que indica una elevada adherencia de las mujeres al Programa.

Las usuarias del PGDPCM valoran su experiencia de forma global, en términos satisfactorios, el 99,3% se muestran muy o bastante satisfechas con su paso por el Programa, el 99,5% de las mujeres de hasta 68 años volvería a participar en una próxima campaña. Entre las usuarias derivadas a las unidades de diagnóstico y tratamiento la satisfacción global es también muy elevada siendo muestra de ello que el 94,7% de las mujeres así lo manifiestan.

En las **tablas 19, 20, 21** se comparan los resultados obtenidos en el período 1992-2010 con los estándares europeos. Los resultados referentes a la tasa de detección, estadio y pruebas diagnósticas, como se explicó con anterioridad, se aplican al período 1992-2009.

Tabla 19. Comparación de los resultados del PGDPCM en el período 1992-2010 con los estándares propuestos en las Guías Europeas, 4ª Edición [15].

	Aceptable	Deseable	PGDPCM	Cumplimiento
Tasa de participación	>70%	>75%	76,84%	Si
% Exploraciones con repetición técnica	<3%	<1%	0,19%	Si
Mamografías intermedias	<1%	0%	0,71%	Si
% Carcinoma ductal in situ	10%	10-20%	14%	Si

Tabla 20. Comparación de los resultados del PGDPCM en **primera ronda** en el período 1992-2010 con los estándares propuestos en las Guías Europeas, 4ª Edición [15].

	Aceptable	Deseable	PGDPCM	Cumplimiento
% Valoración clínica adicional	<7%	<5%	6,15	Si
Tasa detección por mil mujeres exploradas	4,2*	>4,2	4,10	No
Razón biopsias quirúrgicas benignas/malignas†	≤0,5:1	≤0,25:1	1,9:1	No
Cánceres invasivos sin afectación ganglionar	-	>70%	65,1%	No
Estadio II+†	-	<30%	41,56%	No

* 3 x Incidencia basal (1,4 casos por 1.000 mujeres). † Estándares modificados en la cuarta edición de las *European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis* [15]

Tabla 21. Comparación de los resultados del PGDPCM en **rondas sucesivas** en el período 1992-2010 con los estándares propuestos en las Guías Europeas, 4ª Edición [15].

	Aceptable	Deseable	PGDPCM	Cumplimiento
% Valoración clínica adicional	<5%	<3%	1,76	Si
Tasa detección por mil mujeres exploradas	2,1*	>2,1	2,88	Si
Razón biopsias quirúrgicas benignas/malignas†	≤0,5:1	≤0,25:1	0,8:1	No
Cánceres invasivos sin afectación ganglionar	75%	>75%	70,8%	No
Estadio II+†	25%	<25%	34,04%	No

* 1,5 x Incidencia basal (1,4 casos por 1.000 mujeres). † Estándares modificados en la cuarta edición de las *European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis* [15]

La proporción de cánceres in situ y de cánceres invasivos en los casos detectados por el PGDPCM es adecuada. No obstante, los tumores invasivos presentan al diagnóstico un estadio más avanzado de lo que sería deseable, con unas proporciones de casos con afectación ganglionar y estadios II, III y IV por encima de los estándares de calidad.

Los tiempos de espera de las mujeres que precisan una valoración clínica adicional tras la mamografía de cribado son prolongados lo que hace necesario que el PGDPCM y las UDT hospitalarias trabajen en mejorar la gestión de estas mujeres. El objetivo es reducir el tiempo de demora en la cita de la mujer para su primera valoración en el hospital y el tiempo que la mujer espera para conocer el diagnóstico y para comenzar el tratamiento en el caso de ser diagnosticada de un Cáncer de mama (**tabla 17**).

La tasa de detección, como se puede ver en el **gráfico 7**, que venía mostrando una tendencia descendente tanto en ronda inicial como en sucesivas, parece iniciar una tendencia a la recuperación. En rondas sucesivas se alcanza el nivel deseable marcado por los estándares Europeos en base a la epidemiología concreta de Galicia, pero no sucede lo mismo en primera ronda, donde, desde el año 2000 no se alcanza el estándar considerado como aceptable, aunque este año 2009 cumplimos con los estándares por primera vez en ronda inicial. Una posible explicación de este fenómeno sería el cribado oportunista en mujeres jóvenes fuera del PGDPCM, lo que supondría que la primera ronda para el Programa fuese en realidad una mamografía sucesiva de otra mamografía hecha al margen del Programa.

Para conocer la sensibilidad del Programa se hace imprescindible la continuación del estudio de los cánceres de intervalo² iniciado en el año 2003. El estudio de los casos nuevos de Cáncer de mama a través del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) de los hospitales del Servizo Galego de Saúde permite sistematizar el análisis de los cánceres de intervalo, y facilita el control de calidad del Programa. En este momento, disponemos de datos preliminares correspondientes a las mujeres exploradas en el período 1996-junio 2005 [20]. La incidencia de cánceres de intervalo fue de 10,29 casos por 10.000 mujeres cribadas, siendo la incidencia proporcional³ en los once primeros meses tras la mamografía de cribado negativa de 15,62% (estándar deseable <30%) y de 41,29% en los 12-23 meses siguientes (estándar deseable <50%). En este momento el Programa participa en un proyecto del Fondo de investigación sanitaria que finalizará el próximo año 2012 y cuyo objetivo es estimar la incidencia del cáncer de intervalo en el período 2000-2006 y evaluar los determinantes y las características de estos cánceres.

b. Indicadores de resultados a largo plazo

Para analizar el impacto del PGDPCM sobre la mortalidad por Cáncer de mama, en el año 2001 el Programa inició un estudio en colaboración con el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III [21]. En los últimos datos actualizados de los que disponemos, se constata una reducción del 26% (IC 95%: 20,6%-31,4%) de muertes observadas con respecto a la mortalidad esperada por esta causa en el grupo de edad de 50 a 69 años es para el período 1998-2003. De cualquier manera, dada la larga supervivencia de las mujeres con Cáncer de mama, aun es pronto para conocer el impacto global del Programa sobre la mortalidad.

² Los cánceres de intervalo se definen como cánceres de mama que aparecen tras un episodio de cribado negativo (que puede incluir valoración clínica adicional) y antes de la siguiente ronda de cribado programada.

³ La incidencia proporcional es la incidencia de cáncer de intervalo expresada como proporción de la incidencia basal de Cáncer de mama prevista en ausencia de cribado.

Se realizó también en el 2008 un informe sobre la supervivencia de las mujeres diagnosticadas por el PGDPCM de 1993 a 2005 [22] en el que se concluye que la supervivencia de las mujeres diagnosticadas por el Programa es nítidamente superior a la de las mujeres diagnosticadas con cáncer de intervalo y a la de las mujeres diagnosticadas fuera del Programa, diferencia que se concreta en un riesgo de fallecer por Cáncer de mama de, respectivamente, 1,8 (IC95%: 1,5 a 2) y 3,1 (IC95%: 2,5 a 3,8) veces inferior a los 9 años de seguimiento.

La previsión del Programa es completar su reestructuración, continuando con la apertura de las unidades fijas comarcales y la ampliación de la jornada laboral en las unidades fijas, lo que posibilitará el cese de las unidades móviles y permitirá garantizar la cobertura y la frecuencia adecuada de esta actividad preventiva, una vez alcanzada en el 2009 la ampliación progresiva del rango de edad hasta los 69 años.

Para mantener la participación por encima del 75% contamos con la colaboración de los profesionales sanitarios tanto de atención primaria como de especializada, que promueven la participación de las mujeres en el Programa.

Si desea más información sobre las actividades del Programa, se puede dirigir a:

PROGRAMA GALLEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA

Servizo de Programas Poboacionais de Cribado
Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública
Edificio Administrativo de la Consellería de Sanidade.
San Lázaro s/n. 15703 Santiago de Compostela
Tel: 881 547465 Fax: 881 546571
Correo electrónico: pgdpcm.dxsp@sergas.es
Página web: <http://dxsp.sergas.es>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Globocan 2008. [cited 2011 08/10/2011]; Available from: <http://globocan.iarc.fr/>
- [2] Ferlay J, Parkin DM, Steliarova-Foucher E. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008. *Eur J Cancer*. Mar;46(4):765-81.
- [3] Servidor Interactivo de información epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. 2011 [cited 2011 21/10/2011]; Available from: <http://193.146.50.130./raziel.php>
- [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 cancer de mama. [cited 2011 10/10/2011]; Available from: <http://www.programascancerdemama.org/>
- [7] Direccion Xeral de Saúde Pública. Programa galego de detección precoz do cancro de mama. Consellería de Sanidade e Servicos Sociais 1992.
- [8] Direccion Xeral de Saúde Pública. Resultados da 1ª campaña e actualización do Programa galego de detección precoz do cancro de mama. Consellería de Sanidade e Servicos Sociais 2000.
- [9] Instituto Galego de Estatística. [cited 2011 10/10/2011]; Available from: <http://www.ige.eu/web/index.jsp?paxina=001&idioma=gl>
- [10] European Network of Reference Centers for Breast Cancer Screening. The Galician Programme for the Early Detection. *Euref News*. 1996.
- [11] Direccion Xeral de Saúde Pública. Control de calidade en mamografía. Guía Práctica. Consellería de Sanidade e Servicos Sociais 1995.
- [12] Direccion Xeral de Saúde Pública. Control de calidade en mamografía. Guía Práctica 2000. Consellería de Sanidade e Servicos Sociais 2000.
- [13] Guías europeas de garantía de calidade en cribado mamográfico. Direccion Xeral de Saúde Pública, Consellería de Sanidade e Servicos 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 cancer de mama, Guías europeas de control de calidad en cribado y diagnóstico de Cáncer de mama. [cited 2011 10/10/2011]; 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 Servicios 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 e Planificación. Opinión das usuarias do Programa galego de detección precoz do cancro de mama e derivadas ás unidades de diagnóstico de los 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 2005. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade 2008.
- [22] Dirección Xeral de Saúde Pública. Supervivencia das mulleres diagnosticadas polo Programa galego de detección precoz do cancro de mama (PGDPCM) de 1993 a 2005. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade 2008.

galicia

Consellería
de Sanidade

Innovación e Xestión
da Saúde Pública

Informes

26

F