

Programa galego de detección precoz do
cancro de mama (PGDPCM). Resultados 1992-2008



Edita:

Xunta de Galicia
Consellería de Sanidade
Dirección Xeral de Saúde Pública e Planificación

Imprime:

Tórculo Artes Gráficas, S.A.

Depósito Legal:

C 303-2010

Data de edición: xuño 2009

Índice

I.	INTRODUCCIÓN	5
II.	PROGRAMA GALEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DO CANCRO DE MAMA (PGDPCM)	9
III.	ESTRUTURA ASISTENCIAL	13
IV.	PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDADE	17
V.	RESULTADOS DO PROGRAMA 1992-2008	19
VI.	CONCLUSIONES	37
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41

INTRODUCCIÓN

O cancro de mama continúa sendo a causa máis frecuente de cancro entre as mulleres nos países desenvolvidos. Estímase que no ano 2006 se diagnosticaron na Unión Europea 319.900 novos casos, o que representa o 30,9% de todos os cancros na muller. As taxas de incidencia máis altas encontrámonas en Bélxica, Irlanda, Holanda, Francia e Suecia (con taxas superiores a 125 por 100.000 mulleres), e as máis baixas nos países de Europa do Leste (Letonia, Lituania e Eslovaquia), con taxas inferiores a 70 por 100.000. España ten unha taxa de incidencia media en relación cos países do seu contorno (93,6 por 100.000) ¹ **(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, onde en 2006 se estima que houbo 85.300 mortes por esta causa, cunha taxa de mortalidade estandarizada por idade á poboación europea de 25 por 100.000 mulleres ¹ **(táboa 1)** destacando países como Dinamarca, Bélxica e Hungría con taxas superiores a 30 por 100.000 mulleres, sendo España o país coa taxa de mortalidade máis baixa (19,2 por 100.000 mulleres).

Táboa 1: Estimación da incidencia e mortalidade por cancro de mama axustadas por idade en mulleres da Unión Europea. 2006

País	Incidencia *	País	Mortalidade *
Bélxica	137,8	Dinamarca	34,5
Irlanda	131,4	Bélxica	33,5
Holanda	128	Hungría	30,3
Francia	127,4	Holanda	29,8
Suecia	125,8	Irlanda	29,3
Dinamarca	122,6	Eslovenia	28,6
Reino Unido	122,2	Reino Unido	27,3
Alemaña	121,2	República Checa	26,7
Finlandia	119,8	Alemania	26,5
Hungría	118	Letonia	26,4
Luxemburgo	116,9	Estonia	26
Italia	105,3	Francia	25,9
Portugal	103,5	Lituania	25,8
Malta	94,5	Austria	24,6
España	93,6	Italia	24
Austria	91,5	Luxemburgo	23,4
Chipre	88,4	Malta	23
Eslovenia	87,5	Chipre	22,1
República Checa	84,8	Grecia	21,7
Grecia	81,8	Eslovaquia	21,2
Polonia	74,1	Suecia	21,1
Estonia	71,1	Portugal	21
Eslovaquia	69,7	Polonia	20,9
Lituania	68,7	Finlandia	20,5
Letonia	64,8	España	19,2
Unión Europea (EU25)	110,3	Unión Europea (EU25)	25

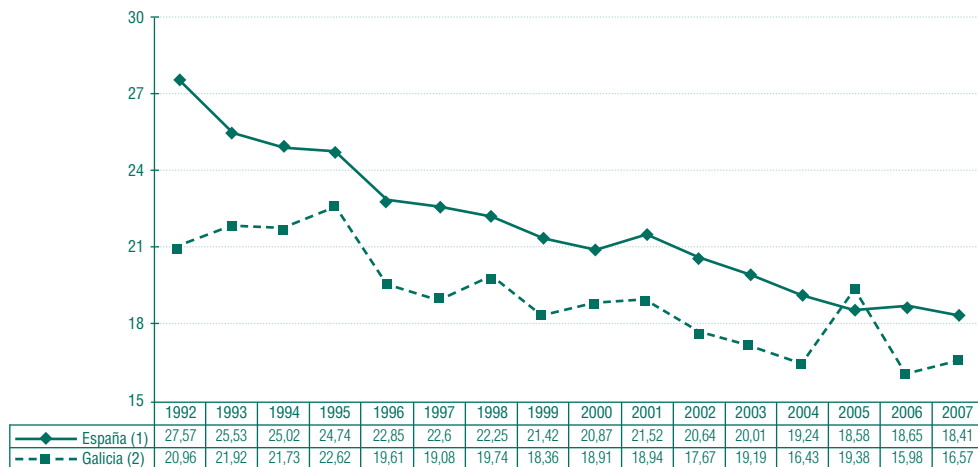
* Taxas por 100.000 mulleres axustadas á poboación europea

Fonte: Ferlay J. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. Annals of Oncology 2007;18: 581-5921

Durante 2007 rexistráronse en Galicia 16,57 mortes por 100.000 mulleres (taxa estandarizada á poboación europea). No **gráfico 1** podemos ver a evolución da mortalidade en España ² e Galicia desde 1992 ata 2007. Observamos que en Galicia, tras varios anos de descenso progresivo, a taxa de mortalidade ascende en 2005 para volver recuperar en 2006 e 2007 a tendencia descendente dos últimos anos. Da análise das posibles causas deste ascenso na mortalidade mediante revisión dos certificados de defunción, estudo do contacto co PGDPCM das mulleres falecidas e o estudo de supervivencia das mulleres diagnosticadas de cancro de mama en Galicia³, non se atopou ningunha causa que poida explicar o que aparenta ser un aumento puntual na mortalidade no 2005.

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 2007, rexistráronse en Galicia 391 mortes por esta causa, correspondendo o 30,69% a mulleres entre 50 e 69 anos e o 54,48% a mulleres de 70 ou máis anos.

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.
(2) Rexistro de Mortalidade de Galicia. Dirección Xeral de Saúde Pública.

Táboa 2: Mortalidade por tumores na muller. Galicia 2007

Tumores	Nº falecidas	%
Mama	391	13.13
Colon	344	11.56
Estómago	209	7.02
Pulmón/bronquios	194	6.52
Páncreas	168	5.64
Ovario	142	4.77
Fígado e vía biliar	118	3.96
Útero (corpo e non específico)	111	3.73
Colo uterino	33	1.11
Outros	1267	42.56
Total	2.977	100

Fonte: Rexistro de Mortalidade de Galicia, datos provisionais do ano 2007. Dirección Xeral de 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 cribado⁴.

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 Europea⁵ 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 Saúde Pública púxose en marcha en 1992 a primeira unidade de exploración mamográfica⁷ do PGDPCM. Naquel intre contouse coa colaboración da Asociación Española Contra o Cancro (AECC). Desde aquela, o programa foise estendendo ata cubrir no ano 1998 o 100% da poboación obxectivo⁸.

OBXECTIVO XERAL

Reducir a mortalidade por cancro de mama nas mulleres de 50 a 64 anos da nosa comunidade nunha porcentaxe do 25% aos seis anos da implantación completa do programa. No ano 2005 comezou a ampliación paulatina do grupo de idade ata os 69 anos, ampliación que rematará neste ano 2009.

OBXECTIVOS ESPECÍFICOS

- Acadar unha participación do 70% das mulleres citadas.
- Asegurar o acceso a un diagnóstico definitivo a todas as mulleres ás que se lles recomenda unha valoración clínica adicional.
- Consolidar un adecuado sistema de información do programa.

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 Europea⁴, a partir do 2005 o programa comezou a ampliación progresiva do grupo de idade ata os 69 anos, obxectivo que se acadará neste ano 2009. O número de mulleres do grupo de idade 50-69 anos é, segundo o padrón municipal de habitantes en 2008, de 339.980⁹.

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 do programa por carta, antes da citación persoal para a realización da proba mamográfica.

Desde as delegacións provinciais de Sanidade, os coordinadores do programa manteñen reunións de presentación coas autoridades municipais, sanitarios locais, prensa e radio local, etc. Así mesmo, ofrécese 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, envíase por carta de 10 a 15 días antes da cita, e nela especificase o lugar, día e hora en que debe acudir para a realización da proba mamográfica. Na mesma carta facilítaselle un número de teléfono para solicitar cambios de cita en caso necesario. Se a muller non acode, repítese a citación, tamén por carta.

A relación de mulleres que hai que citar é obtida do rexistro de tarxeta sanitaria e dos padróns municipais. Exclúense os erros (idade, sexo) e as 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.

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 pode consultarse na páxina web da Dirección Xeral de Saúde Pública: <http://dxsp.sergas.es>, que é actualizada cada seis meses.

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. Na mesma carta facilítaselles unha cita para seren atendidas nunha unidade hospitalaria de diagnóstico e tratamento. Esta carta remítese tres días antes da cita. Ademais dous días antes da cita chámase á muller por teléfono para confirmala.

INFORMACIÓN ÁS USUARIAS

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

Todas as mulleres que precisan ir ao hospital para a realización da valoración clínica adicional, dispoñen de dous teléfonos (881 54 18 95 e 881 54 18 97) cos que poden contactar 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 por un técnico superior en imaxe para o diagnóstico, que confirma os datos de filiación e realiza unha enquisa sobre factores de risco de cancro de mama. Posteriormente é un técnico superior en imaxe para o diagnóstico o responsable de realizar as mamografías.

O programa iniciouse cunha unidade de exploración mamográfica, e progresivamente fóronse incorporando novas unidades ata acadar, en 2005, as 13 actuais (nove fixas e catro móbiles).

A localización actual das unidades de exploración mamográfica fixas é a seguinte:

LOCALIZACIÓN	
A Coruña	Delegación Provincial de Sanidade
Santiago de Compostela	Hospital Gil Casares
Ferrol	H. Novoa Santos
Lugo	Hospital Provincial San José
Ourense	Delegación Provincial de Sanidade
Pontevedra	Delegación Provincial de Sanidade
Vigo	Casa do Mar

Na Coruña e en Vigo hai dúas unidades fixas na mesma localización.

As nove unidades fixas están conectadas en liña ao sistema informático do programa.

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

As catro unidades móbiles cobren aqueles concellos que están afastados das unidades fixas.

O PGDPCM está iniciando o seu paso á tecnoloxía dixital e desde xuño de 2008 unha das unidades fixas da Coruña conta cun mamógrafo destas características. Está previsto que nos vindeiros anos e de forma paulatina os mamógrafos dixitais substitúan aos analóxicos en todas as unidades de exploración.

2. UNIDADES DE AVALIACIÓN RADIOLÓXICA

A lectura das mamografías está centralizada en tres unidades de avaliación radiolóxica, formadas por radiólogos dos Servizos de Radioloxía dos seguintes hospitais: Complexo Hospitalario Universitario da Coruña (seis radiólogos), o Complexo Hospitalario de Pontevedra (seis radiólogos) e o Complexo Hospitalario Xeral-Calde, incorporada en febreiro do 2006 (catro radiólogos). En todas elas realízase lectura das placas de forma independente por dous radiólogos prevalecendo o resultado mais desfavorable. A clasificación radiolóxica das alteracións faise seguindo as recomendacións da *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

- BI-RADS 1 – Normal
- BI-RADS 2 – Benigna

Mamografías positivas

- BI-RADS 3 – Baixa probabilidade
- BI-RADS 4 – Media probabilidade
- BI-RADS 5 – Alta probabilidade

Todas as mamografías son etiquetadas cun código de barras, o que facilita a súa identificación e informatización. Existe un arquivo centralizado de mamografías, desde onde se facilitan sistematicamente as mamografías realizadas en exploracións anteriores, para a súa valoración polos radiólogos do programa.

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, etc).

A todas as mulleres que participan no programa e que precisan valoración clínica adicional para o diagnóstico definitivo, se lles oferta unha cita nestas unidades da rede asistencial do Servizo Galego de Saúde, independentemente do seu tipo de

aseguramento. De precisarse tratamento tras o diagnóstico, este realizarase a cargo do seguro sanitario de cada muller.

Desde os hospitais remítese ao programa información sobre as mulleres que acudiron á cita, as probas realizadas, o diagnóstico definitivo, o estadio dos cancros detectados e o tratamento que recibiron.

XESTIÓN E COORDINACIÓN

A xestión das unidades de exploración mamográfica está centralizada na Unidade de Coordinación das Unidades de Exploración, situada na Delegación Provincial de Sanidade da Coruña, desde onde se coordina ao persoal das unidades de exploración mamográfica e o circuíto e almacenamento das mamografías. Desde a Unidade de Coordinación das Unidades de Exploración 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 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. Posteriormente grávase a información remitida polos hospitais.

SISTEMA INFORMÁTICO

A base de datos do sistema informático do programa está centralizada. A ela accédese desde as distintas unidades, mediante un programa deseñado para o efecto con arquitectura cliente/servidor. O sistema garante o cumprimento dos criterios establecidos pola Lei orgánica de protección de datos de carácter persoal (LOPD).

Os usuarios da aplicación informática do PGDPCM poden acceder a ela desde calquera PC conectado á rede da Xunta de Galicia.

O programa informático soporta todos aqueles procedementos de introdución e modificación de datos para o funcionamento do programa: proceso de citación, introdución de resultados, envío de cartas, asignación de citas a hospitais e rexistro de datos de diagnóstico. Ademais o programa elabora 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 TER, 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. Actualmente se está a traballar na tradución das *European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis, 4th edition*, publicada na súa versión en inglés no 2006¹⁵.
- Elaboración de procedementos normalizados de traballo (PNT).
- Ademais, no ano 1999 elaborouse unha *Guía para o diagnóstico e tratamento do cancro de mama*¹⁶. 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 patoloxía¹⁷.

Para coñecer a súa opinión e o seu grao de satisfacción, realízanse enquisas periódicas cada dous anos ás mulleres que participan no programa, e os seus resultados permiten introducir posibles factores correctores co fin de mellorar a calidade do programa^{18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25}.

RESULTADOS DO PROGRAMA 1992-2008

A implantación do programa foi progresiva, polo que simultaneamente se realizan 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 noso 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. ^{26, 27, 28, 29, 30, 31 32 33}

Os resultados exprésanse por roldas xa que varían moito segundo a rolda de cribado sexa 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 2006¹⁵.

A. PARTICIPACIÓN

Neste informe recóllese a actividade e os datos de participación desde o inicio do programa ata o ano 2008. Depurados os datos obtidos de tarxeta sanitaria e dos padróns municipais detectouse un erro no rango de idade no 0,49% das mulleres. Ademais o 2,85% das mulleres encontrábase nunha situación que imposibilitaba a cita (0,52% mulleres falecidas, 0,07% incapacitadas e 2,26% ilocalizables). O 4,68% foron excluídas do programa (0,27% diagnosticadas de cancro de mama e 4,41% facía menos de 6 meses que realizaran unha mamografía) (**táboa 3**). Tras excluír estas mulleres, realizáronse 1.488.438 invitacións.

Táboa 3: Evolución dos erros e motivos que impiden a cita en porcentaxe. Anos 1992-2008.

	Fóra idade	Falecemento	Incapacidade	Illocalización	Cancro de mama	Mamografía recente
1992-1997	2,46	0,54	0,15	7,74	0,22	4,55
1998	0,30	1,00	0,11	4,22	0,29	7,58
1999	0,08	0,45	0,06	0,66	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	0,32	5,13
2002	0,04	0,97	0,03	0,47	0,34	4,65
2003	0,04	0,59	0,06	0,64	0,35	5,26
2004	0,04	0,78	0,04	0,53	0,19	3,98
2005	0,04	0,33	0,04	1,92	0,27	5,93
2006	0,03	0,27	0,03	0,68	0,23	2,32
2007	0,02	0,25	0,05	0,90	0,25	2,46
2008	0,01	0,26	0,05	1,00	0,29	2,35
Total	0,49	0,52	0,07	2,26	0,27	4,41

No período 1992-2008 realizáronse 1.128.103 exploracións, das que 366.298 corresponden a mulleres que acudían en primeira rolda á unidade de exploración mamográfica e 761.805 corresponden a exploracións feitas a mulleres que acudiran en roldas sucesivas.

A participación global obtida foi do 75,79% (**táboa 4**). A participación foi un pouco inferior no grupo de 65 e mais (**gráfico 2**).

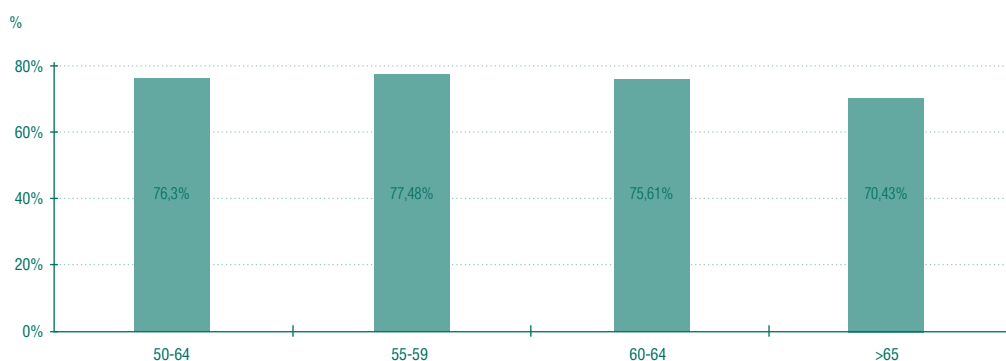
Táboa 4: Evolución da participación. Resultados globais. Anos 1992-2008

	Invitacións	Exploracións	Taxa de participación (%)*
1992-97	245.202	174.348	71,10
1998	88.635	64.966	73,30
1999	101.323	72.643	71,69
2000	104.945	77.299	73,66
2001	102.969	77.584	75,35
2002	106.921	80.202	75,01
2003	109.427	82.752	75,62
2004	94.871	77.821	82,03
2005 **	128.323	95.955	74,78
2006	123.078	99.858	81,13
2007	137.977	109.579	79,42
2008	144.767	115.096	79,50
GLOBAL	1.488.438	1.128.103	75,79
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 1992-2008



Na **táboa 5** e o **gráfico 3** móstrase a evolución da participación por provincias, destacando a alta participación en todas elas desde a posta en marcha do programa. Na actualidade o programa está consolidado e no ano 2008 a participación foi moi próxima ou superior ao 80% en todas as provincias galegas.

A participación no 2008 para as mulleres invitadas por primeira vez foi do 70,25% mentres que acada o 92,81% en roldas sucesivas.

Táboa 5: Participación por provincias. Anos 1992-2008

	A Coruña	Lugo	Ourense	Pontevedra	Total
1992-97	73,68	69,20	69,22	69,00	71,10
1998	76,36	72,70	69,70	71,41	73,29
1999	74,36	69,78	71,30	68,90	72,64
2000	77,40	76,92	73,51	68,12	73,65
2001	77,32	72,78	71,29	76,02	75,34
2002	74,61	78,37	74,96	74,46	75,00
2003	78,51	75,88	74,09	72,62	75,62
2004	83,69	78,48	80,03	82,28	82,03
2005	76,24	82,99	79,67	67,93	74,77
2006	82,02	82,82	78,98	80,42	81,12
2007	79,45	80,01	79,07	78,90	79,31
2008	79,49	83,71	79,24	78,14	79,50
Global	77,41	76,05	74,89	73,92	75,79

Gráfico 3: Participación por provincias (%). Evolución 1992-2008



B. RESULTADOS DA PROBA DE CRIBADO

No período 1992-2008 a exploración mamográfica foi negativa no 95,83% das mulleres exploradas. Nun 0,21% das exploracións realizadas foi necesario repetir a mamografía por problemas técnicos, e a un 0,80% recomendóuselles unha mamografía intermedia de control aos 9-12 meses (**táboa 6**).

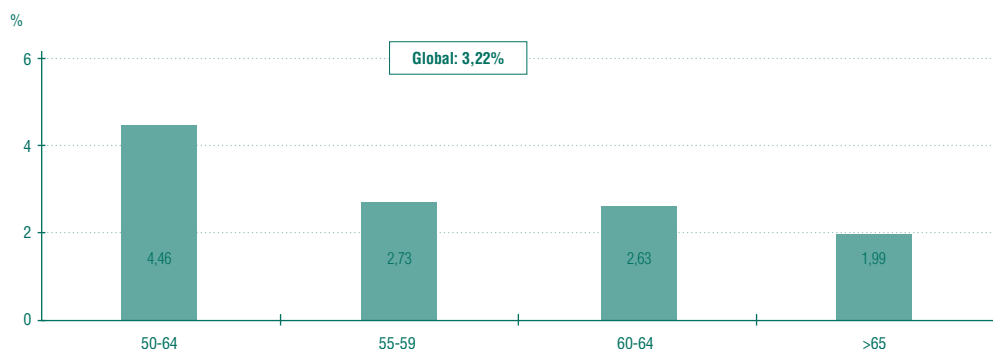
A un 3,22% das mulleres recomendóuselles unha valoración clínica adicional. A proporción de mulleres ás que se lles indica valoración clínica adicional redúcese coa idade, como se pode ver no **gráfico 4**, e coas roldas, sendo maior en primeira rolda que en sucesivas (**táboas 7 e 8**).

Táboa 6: Resultados da proba de cribado. Datos globais. Anos 1992-2008

	Exploracións	% Negativas	% Control 9-12 meses	% Repeticións por motivos técnicos	% Valoración clínica adicional*
1992-97	174.348	91,73	1,82	0,68	6,03
1998	64.966	93,52	1,58	0,18	4,81
1999	72.643	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	109.579	98,01	0,33	0,03	1,65
2008	115.096	97,96	0,31	0,06	1,68
GLOBAL	1.128.103	95,83	0,80	0,21	3,22

* 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 1992-2008



Táboa 7: Resultados da proba de cribado. **Primeira rolda.** Anos 1992-2008

	Exploracións	% Negativas	% Control 9-12 meses	% Repeticións por motivos técnicos	% Valoración clínica adicional*
1992-97	142.562	90,79	2,04	0,69	6,76
1998	30.520	90,03	2,83	0,25	7,03
1999	24.799	88,47	3,35	0,46	7,93
2000	23.112	90,33	2,48	0,36	6,98
2001	19.106	90,19	2,28	0,39	7,25
2002	18.906	91,62	1,7	0,2	6,61
2003	17.219	92,69	2,1	0,15	5,17
2004	14.444	92,23	2,24	0,3	5,32
2005	19.629	93,24	2,24	0,08	4,54
2006	17.683	93,47	2,13	0,06	4,39
2007	18.970	94,28	1,77	0,07	3,92
2008	19.348	94,39	1,68	0,11	3,87
GLOBAL	366.298	91,33	2,21	0,41	6,23
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 1992-2008

	Exploracións	% Negativas	% Control 9-12 meses	% Repeticións por motivos técnicos	% Valoración clínica adicional*
1992-97	31.786	95,95	0,81	0,63	2,72
1998	34.446	96,61	0,47	0,11	2,84
1999	47.844	96,77	0,3	0,21	2,76
2000	54.187	97,21	0,11	0,29	2,42
2001	58.478	97,15	0,1	0,15	2,61
2002	61.296	98,03	0,04	0,1	1,84
2003	65.533	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	82.175	98,64	0,06	0,02	1,29
2007	90.609	98,78	0,02	0,02	1,17
2008	95.748	98,68	0,03	0,05	1,24
GLOBAL	761.805	98,00	0,12	0,12	1,78
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 PREDITIVO POSITIVO (VPP)

Os datos relativos ao diagnóstico e tratamento preséntanse unicamente para as mulleres exploradas ata o ano 2007. Os datos dispoñibles do ano 2008 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.

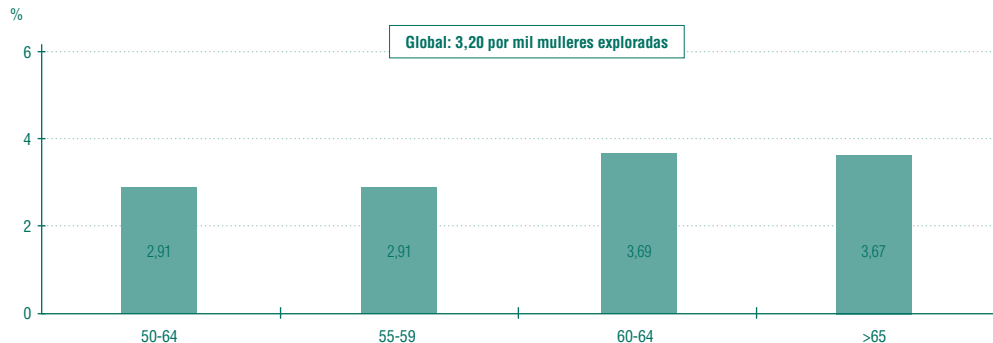
No período 1992-2007, entre as pacientes remitidas ao hospital para estudo, diagnosticáronse 3.242 cancros, o que supón un valor predictivo positivo (VPP) de 9,41% e unha taxa de detección de 3,20 por 1.000 mulleres exploradas (**táboa 9**). A taxa de detección mostra un incremento coa idade, como se observa no **gráfico 5**.

Táboa 9: Cancros detectados. Datos globais. Anos 1992-2007

	Exploradas	Derivadas	Cancros detectados	Taxa detección *	VPP
1992-97	174.348	10.507	759	4,35	7,22
1998	64.966	3.123	235	3,62	7,52
1999	72.643	3.286	231	3,18	7
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	193	2,48	10,90
2005	95.955	1.943	270	2,81	13,90
2006	99.858	1.837	250	2,50	13,61
2007	109.579	1.803	303	2,77	16,81
GLOBAL	1.013.007	34.425	3.242	3,20	9,41

* Por 1.000 mulleres exploradas

Gráfico 5: Taxa de detección por grupos de idade no periodo 1992-2007



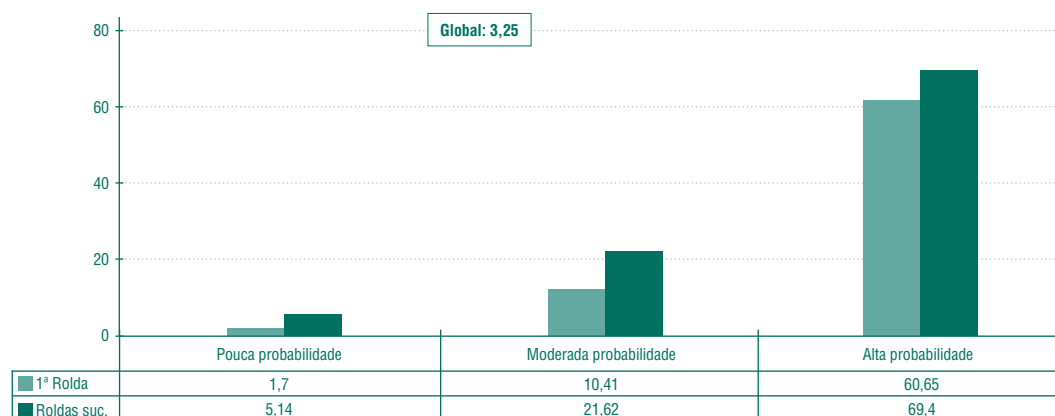
Entre as mulleres que acudiron por primeira vez ao programa, a taxa de detección (4,13 por mil mulleres exploradas) é máis elevada que naquelas que acudiron en roldas sucesivas (2,72 por mil mulleres exploradas) (**táboa 10**). O VPP, que é maior en roldas sucesivas e aumenta coa probabilidade asignada segundo a clasificación BI-RADS (**gráfico 6**).

Táboa 10: Cancros detectados. Anos 1992-2007

	Primeira rolda			Roldas sucesivas		
	Cancros detectados	Taxa detección *	VPP	Cancros detectados	Taxa detección *	VPP
1992-97	661	4,64	6,86	98	3,08	11,32
1998	139	4,55	6,48	96	2,79	9,83
1999	104	4,19	5,29	127	2,65	9,55
2000	91	3,94	5,64	167	3,08	12,75
2001	71	3,72	5,12	184	3,15	12,03
2002	69	3,65	5,52	165	2,69	14,67
2003	61	3,54	6,85	193	2,95	18,35
2004	39	2,70	5,08	154	2,43	15,37
2005	72	3,67	8,08	198	2,59	18,82
2006	51	2,88	6,57	199	2,42	18,76
2007	75	3,95	10,09	228	2,52	21,51
GLOBAL	1.433	4,13	6,49	1.809	2,72	14,64
Obxectivo aceptable		4,2 [†]			2,1 [‡]	
Obxectivo desexable		>4,2			>2,1	

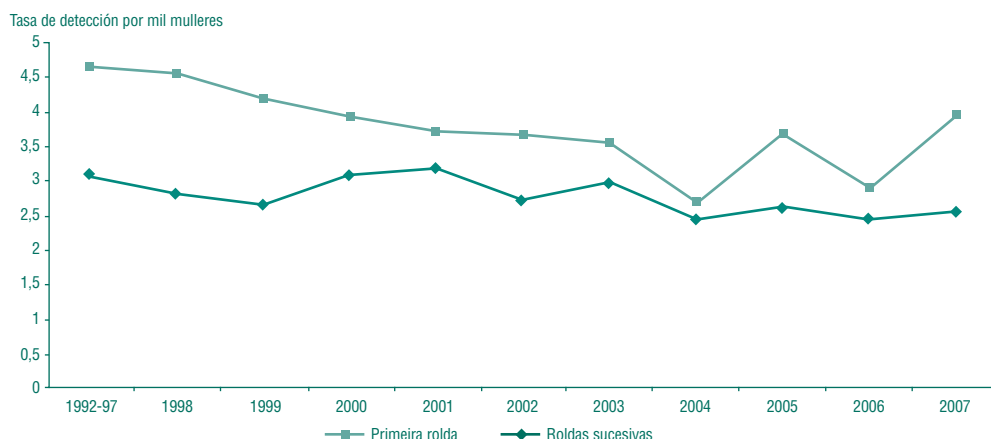
* Por 1.000 mulleres exploradas † 3 x Incidencia basal (1,4 casos por 1.000 mulleres) ‡ 1,5 x Incidencia basal (1,4 casos por 1.000 mulleres)

Gráfico 6: Valor predictivo positivo segundo clasificación BI-RADS e rolda de exploración. Anos 1992-2007



Como se pode observar no **gráfico 7** nos últimos anos a tendencia temporal da taxa de detección, tanto en rolda inicial como en sucesivas, foi descendente. No último ano 2007 ascendeu lixeiramente, sobre todo en primeira rolda.

Gráfico 7: Taxa de detección por rolda. Evolución 1992-2007



C.2. EXPLORACIÓNS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS

Durante o período 1992-2007, desde as unidades de diagnóstico e tratamento notificáronse as seguintes exploracións complementarias: 1.900 puncións aspiración con agulla fina (PAAF), un 21,84% das cales foron positivas e 5.392 biopsias (1.525 biopsias non cirúrxicas e 3.867 cirúrxicas) das cales un 47,3% foron positivas.

Desde o ano 1999 a aplicación informática do programa permite recoller por separado as biopsias cirúrxicas e non cirúrxicas. No período 1999-2007 rexistrouse un aumento progresivo da proporción de biopsias core de tal xeito que no 1999 representaban o 16,01% do total de biopsias e no 2007 xa supoñen o 69,27%. Este dato reflicte a tendencia actual de reducir a un mínimo adecuado o número de biopsias cirúrxicas.

O número de biopsias cirúrxicas benignas e semellante ao de malignas (ratio 1,1:1) sendo un pouco menor en roldas sucesivas que en primeira rolda (**táboa 11**). En calquera caso non se acada o obxectivo recollido nas Guías europeas, que recomendan que o seu número se manteña nun ratio de $\leq 0,5:1$ tanto en primeira rolda como en sucesivas.

Táboa 11: Razón de biopsias cirúrxicas benignas/malignas. Anos 1999-2007

	Primeira rolda	Roldas 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	0,6:1	0,7:1
2006	1,7:1	0,6:1	0,9:1
2007	1,3:1	0,7:1	0,8:1
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 3.242 cancros detectados, 465 foron carcinomas ductais “in situ”, 2.686 tumores invasivos e non consta o grao de invasión en 91 cancros (**táboa 12**).

Táboa 12: Resultados diagnósticos. Anos 1992-2007

	Primeira rolda	Roldas sucesivas	Global
Cancros “in situ”	213	252	465
Cancros invasivos	1.171	1.515	2.686
Tumores detectados *	1.433	1.809	3.242
Taxa detección †	4,13	2,72	3,20

* Descoñécese o grao de invasión en 91 dos tumores detectados (49 en primeira rolda e 42 en roldas sucesivas)

† N° cancros por 1.000 mulleres exploradas

Coñécese o estadio de 3.138 tumores, dos cales o 37,6% estaban clasificados en estadio II ou superior. Esta porcentaxe é máis elevada en mulleres en primeira rolda (42%) que en sucesivas (34,1%) (**táboa 13 e gráfico 8**). A evolución deste indicador ao longo dos anos 1992-2007 pódese consultar na **táboa 14**.

Táboa 13: Estadío dos cancros detectados segundo rolda de exploración en porcentaxe *. Anos 1992-2007

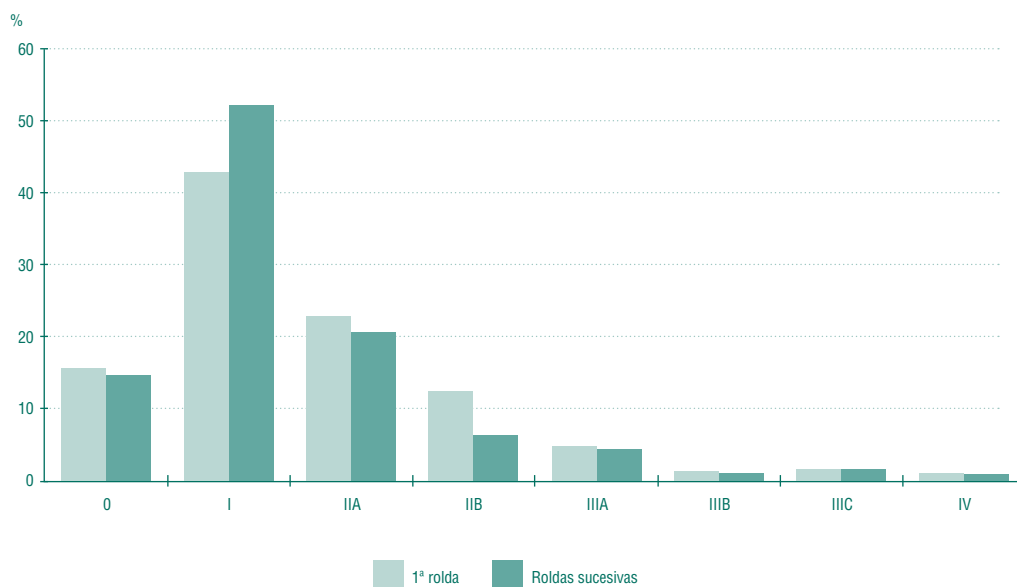
	0	I	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IIIC†	IV
1º rolda	15,4	42,5	22,5	12,2	4,6	1	1	0,8
Roldas sucesivas	14,3	51,6	20,5	6,1	4,4	0,8	1,5	0,8
GLOBAL	14,8	47,6	21,4	8,7	4,5	0,9	1,3	0,8

* Porcentaxe sobre os 3.138 casos estadificados. 104 casos non estadificados (56 en primeira rolda e 48 en sucesivas)

† O estadio IIIC incorporouse no ano 2002 á nova clasificación TNM

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

Gráfico 8: Estadío dos cancros segundo rolda de exploración. 1992-2007



Táboa 14: Porcentaxe de cancros detectados en estadio II ou superior. Anos 1992-2007

	Primeira rolda		Roldas sucesivas	
	Cancros estadiados	Estadio II + (%)	Cancros estadiados	Estadio II + (%)
1992-97	630	42,7	95	27,4
1998	134	47,5	92	33,7
1999	100	42	122	31,2
2000	90	33,3	163	38
2001	71	46,5	181	40,9
2002	68	37,7	164	33,6
2003	58	39,7	187	31,6
2004	38	42,1	151	30,5
2005	67	35,8	190	30,5
2006	48	43,8	195	39,5
2007	73	39,7	221	33,9
GLOBAL	1.377	42	1.761	34,1
Obxectivo aceptable *		-		25
Obxectivo desexable *		<30		<25

*Estándares modificados na cuarta edición das *European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis*

En canto á afectación ganglionar, o 64,3% dos cancros infiltrantes en primeira rolda non tiñan invasión ganglionar, chegando ao 71% nos casos detectados en roldas sucesivas (táboa 15).

Táboa 15: Cancros invasivos. Porcentaxe sen afectación ganglionar. Anos 1992-2007

	Primeira rolda		Roldas sucesivas	
	Cancros invasivos	Cancros invasivos sen afectación ganglionar (%)	Cancros invasivos	Cancros invasivos sen afectación ganglionar (%)
1992-97	539	63,8	79	74,7
1998	116	63,8	80	80
1999	88	71,6	103	75,7
2000	74	71,6	148	75
2001	59	62,7	163	69,3
2002	51	66,6	135	69,6
2003	48	54,2	161	75,2
2004	33	60,6	127	74,8
2005	61	68,9	161	70,8
2006	40	47,5	172	61
2007	62	66,1	186	65
GLOBAL	1.171	64,3	1.515	71
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. Nos anos 2000-2007, das mulleres das que nos consta o tratamento recibido, o 36,5% foron sometidas a mastectomía. Se observamos a tendencia ao longo dos anos podemos comprobar como esta práctica está experimentando un descenso progresivo reflexando a implantación das recomendacións, baseadas en evidencia científica, de realizar preferentemente e cando estea indicado cirurxía conservadora (**táboa 16**).

Táboa 16: Cancros detectados. Anos 2000-2007

	Primeira rolda		Roldas sucesivas	
	Cancros con información sobre tratamento	Mastectomía (%)	Cancros con información sobre tratamento	Mastectomía (%)
2000	90	51,1	164	42,1
2001	71	57,7	181	48,1
2002	68	57,4	164	33
2003	60	40	189	44,4
2004	38	39,5	153	34,6
2005	70	32,3	191	35,6
2006	50	24	197	23,4
2007	73	11	223	24,2
GLOBAL	633	40,3	1.616	35,2

E. TEMPO ENTRE PROCESOS

Outro dos indicadores do programa son os tempos entre os principais procesos do cribado. No período 1992-2007 o tempo que transcorre desde a realización da mamografía ata a gravación do seu resultado foi de 15 días ou menos no 86% das exploracións. Como se pode observar na **táboa 17**, este obxectivo está preto do 100% desde o ano 2006. Nos casos con mamografía positiva o tempo entre a realización da mamografía e a data da cita hospitalaria foi de 30 días ou menos no 60% das mulleres.

Nas mulleres exploradas no período 1992-2006 nas que se detectou un cancro de mama, o tempo de espera desde o diagnóstico ata o tratamento é de 21 días ou menos no 41% dos casos e o tempo total do proceso desde a exploración no programa ata o tratamento nos cancros diagnosticados na valoración clínica inicial é de 60 días ou menos no 35% deles. A evolución destes tempos móstrase na **táboa 17**.

Táboa 17: Tempos entre procesos. Anos 1992-2008

Indicador*	Porcentaxe de mulleres que acadan o obxectivo											Obxectivo*
	1992-1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
% mulleres con tempo exploración-lectura ≤ 15 días	79%	53%	66%	89%	93%	88%	84%	93%	99%	99%	99%	≥ 90%
% mulleres on tempo exploración-cita hospital ≤ 30 días	56%	36%	58%	69%	63%	59%	59%	58%	75%	75%	85%	≥ 90%
% mulleres con tempo diagnóstico-tratamento ≤ 21 días	42%	52%	41%	48%	47%	41%	37%	35%	39%	31%	-	≥ 90%
% mulleres con tempo exploración-tratamento ≤ 60 días †	41%	25%	30,6%	38%	40,4%	27,5%	32,8%	29,5%	38%	30%	-	

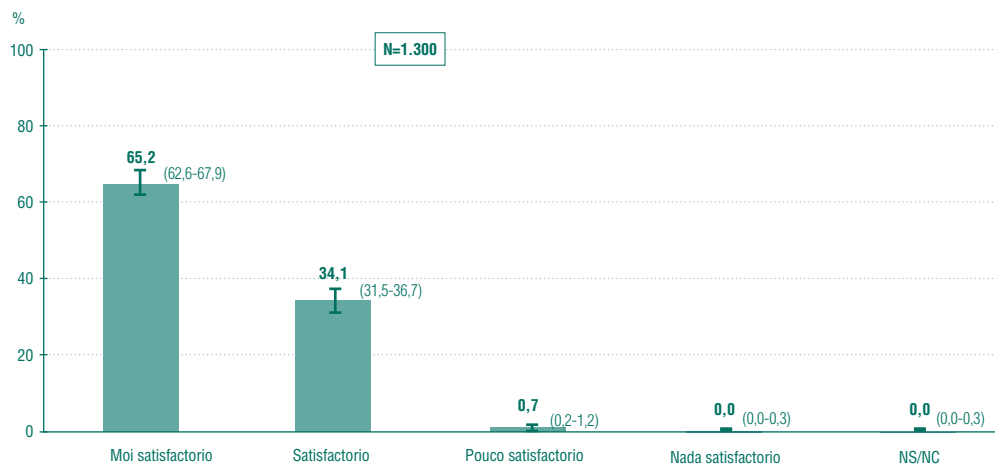
*Obxectivos e estándares do PGDPCM, recollidos nas “Guías para o diagnóstico e tratamento do cancro de mama”. 2002. † Casos diagnosticados na valoración inicial, exclúense os diagnosticados en seguimento hospitalario.

F. SATISFACCIÓN ENTRE AS USUARIAS

Dentro dos obxectivos de garantía de calidade do PGDPCM atópase coñecer o grao de satisfacción das usuarias deste Programa. Nesta liña, desde o ano 1998 a Dirección Xeral de 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 completo²⁵ publicado en formato electrónico no portal de Saúde Pública da web da Consellería de Sanidade: <http://dxsp.sergas.es>.

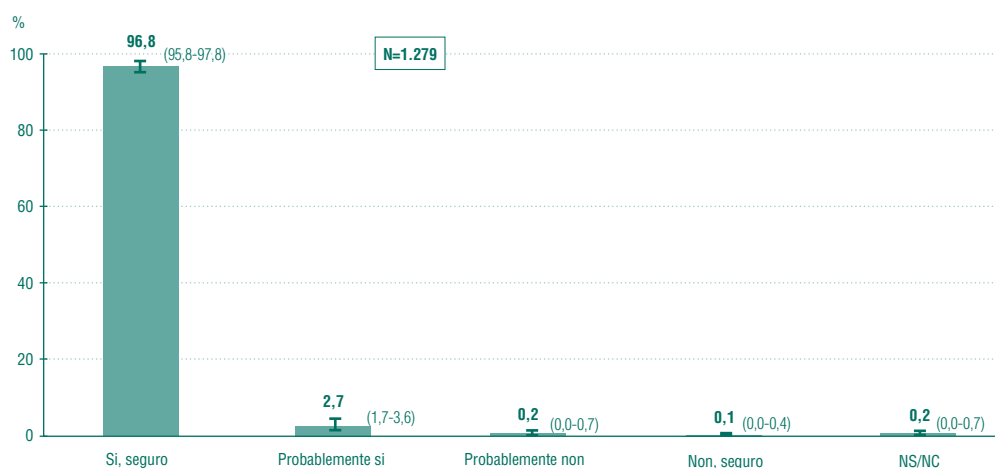
Como se reflicte no gráfico nº 1, das 1300 usuarias entrevistadas no 2008 a case totalidade delas valoran a experiencia de xeito global en termos satisfactorios: un 99,3% móstranse “moi” ou “bastante” satisfeitas co seu paso polo Programa, mentres que só un 0,7% o xulga negativamente (**gráfico 9**).

Gráfico 9: Satisfacción global coa participación no PGDPCM (%)



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: o 96,8% das usuarias de ata 68 anos volvería a participar, con toda seguridade, nunha vindeira campaña do Programa (**gráfico 10**).

Gráfico 10: Fracción mostral¹. Proxección de futura de participación no PGDPCM (%).



¹ Tendo en conta que a idade máxima de participación no Programa son os 69 anos, a análise dos resultados desta pregunta circunscribe á fracción de usuarias de ata 68 anos. Exclúuse, polo tanto, o segmento de mulleres de 69 anos, concretamente 21 casos.

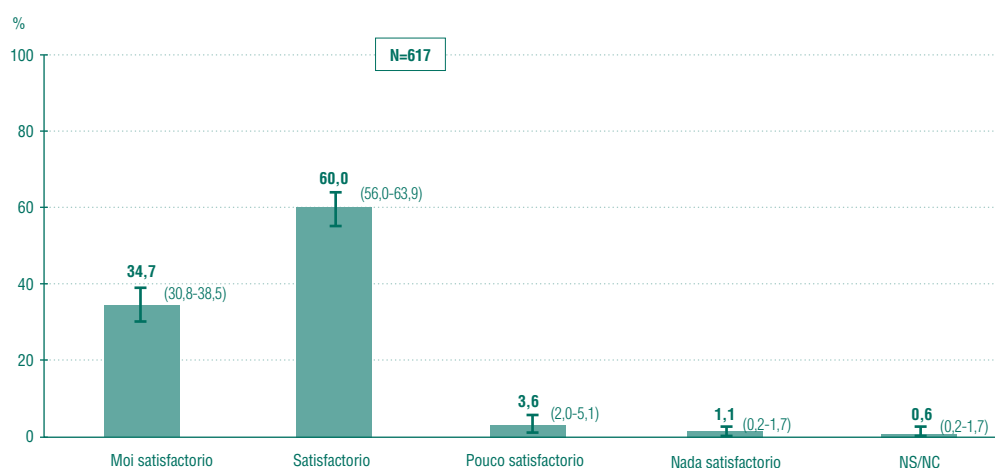
Paga a pena salientar a positiva evolución deste indicador ao longo dos anos: a rotundidade á hora de expresar a intención de participar en futuras campañas incrementouse de maneira notable, 23,1 puntos porcentuais respecto do estudo anterior e 30,2 máis que no do ano 2002 (**táboa 18**).

Táboa 18: Proxección futura de participación no PGDPCM (%) anos 2008, 2005 e 2002.

	2008	2005	2002
Si, seguro	96,8	73,7	66,6
Probablemente si	2,7	25,0	32,1
Probablemente non	0,2	0,9	0,7
Non, 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

No que atinxe a enquisa realizada a mulleres derivadas a hospitais, a satisfacción global tras a súa participación no PGDPCM é tamén moi satisfactoria. Como se pode ver no **gráfico 11**, das 617 mulleres avaliadas só un 4,7% fai un balance negativo, mentres que un 94,7% se mostra satisfeita tras o seu paso polo Programa.

Gráfico 11: Satisfacción global coa participación no PGDPCM (%). Mulleres derivadas a hospitais.



CONCLUSIÓNS

A. INDICADORES DE PROCESOS E RESULTADOS A CURTO PRAZO. COMPARACIÓN COS ESTÁNDARES EUROPEOS

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

A taxa de participación global desde o comezo do programa ata o ano 2008 é de 75,79%, o que a sitúa por riba dos niveis desexables (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 ás 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 e máis 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 sucesivas alcánzase unha participación global do 92,8% o que indica unha elevada adherencia das mulleres ao programa.

As usuarias do PGDPCM valoran a súa experiencia de xeito global, en termos satisfactorios, o 99,3% móstranse moi ou bastante satisfeitas co seu paso polo Programa, 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 sendo que o 94,7% das mulleres así o manifestan.

Nas **táboas 19, 20, 21** compáranse os resultados obtidos no período 1992-2008 cos estándares europeos. Os resultados referentes a taxa de detección, estadiaxe e probas diagnósticas, como se explicou con anterioridade, aplícanse ao período 1992-2007.

Táboa 19: Comparación dos resultados do PGDPCM no período 1992-2008 cos estándares propostos nas Guías Europeas, 4ª Edición ¹⁵.

	Aceptable	Desexable	PGDPCM	Cumprimento
Taxa de participación	>70%	>75%	75,79%	Si
% exploracións con repetición técnica	<3%	<1%	0,21%	Si
Mamografías intermedias	<1%	0%	0,80%	Si
% Carcinoma ductal in situ	10%	10-20%	14,8%	Si

Táboa 20: Comparación dos resultados do PGDPCM en **primeira rolda** no período 1992-2008 cos estándares propostos nas Guías Europeas, 4ª Edición ¹⁵.

	Aceptable	Desexable	PGDPCM	Cumprimento
% Valoración clínica adicional	<7%	<5%	6,23	Si
Taxa detección por mil mulleres exploradas	4,2*	>4,2	4,13	No
Razón biopsias cirúrxicas benignas/malignas[†]	≤ 0,5:1	≤ 0,25:1	1,9:1	No
Cancros invasivos sen afectación ganglionar	-	>70%	64,36%	No
Estadio II+[†]	-	<30%	42%	No

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

Táboa 21: Comparación dos resultados do PGDPCM en **roldas sucesivas** no período 1992-2008 cos estándares propostos nas Guías Europeas, 4ª Edición ¹⁵.

	Aceptable	Desexable	PGDPCM	Cumprimento
% Valoración clínica adicional	<5%	<3%	1,78	Si
Taxa detección por mil mulleres exploradas	2,1*	>2,1	2,72	Si
Razón biopsias cirúrxicas benignas/malignas[†]	≤ 0,5:1	≤ 0,25:1	0,8:1	No
Cancros invasivos sen afectación ganglionar	75%	>75%	71%	No
Estadio II+[†]	25%	<25%	34,13%	No

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

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 o tempo de demora na cita da muller para a súa primeira valoración no hospital e 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**).

A taxa de detección, como se pode ver no **gráfico 7**, foi en descenso nos últimos anos. En roldas sucesivas acádase o nivel desexable marcado polos estándares Europeos en base a epidemioloxía concreta da Comunidade Galega, pero non sucede o mesmo en primeira rolda, onde, desde o ano 2000 non se alcanza o estándar considerado como aceptable. Unha posible explicación deste fenómeno sería o cribado oportunista en mulleres novas fóra do PGDPCM, o que suporía que a primeira rolda para o Programa fose en realidade unha mamografía sucesiva doutra mamografía feita á marxe do Programa. Aínda así, e dado que é previsible que a incidencia poboacional de cancro de mama non estea en descenso na Comunidade faise imprescindible a continuación do estudo dos cancros de intervalo¹ iniciado no ano 2003. O estudo dos casos novos de cancro de mama nos hospitais do Servizo Galego de Saúde permite sistematizar a análise dos cancros de intervalo, e facilita o control de calidade do programa. Neste momento, dispoñemos de datos preliminares correspondentes ás mulleres exploradas no período 1996-xuño 2002³⁴. A incidencia de cancros de intervalo foi de 9,64 casos por 10.000 mulleres cribadas, sendo a incidencia proporcional² nos once primeiros meses tras a mamografía de cribado negativa de 13,83% (estándar desexable <30%) e de 38% nos 12-23 meses seguintes (estándar desexable <50%).

B. INDICADORES DE RESULTADOS A LONGO PRAZO

Para analizar o impacto do PGDPCM sobre a mortalidade por cancro de mama, no ano 2001 o programa iniciou un estudo en colaboración co Centro Nacional de Epidemioloxía do Instituto de Saúde Carlos III³⁵. Nos últimos datos actualizados dos que dispoñemos, constátase unha redución do 26% (IC 95%: 20,6%-31,4%) de mortes observadas con respecto á mortalidade esperada por esta causa no grupo de idade de 50 a 69 anos e para o período 1998-2003. De calquera xeito, dada a longa supervivencia das mulleres con cancro de mama, aínda é pronto para coñecer o impacto global do programa sobre a mortalidade.

Realizouse tamén no 2008 un informe sobre a supervivencia das mulleres diagnosticadas polo PGDPCM de 1993 a 2005³ no que se conclúe que a supervivencia das mulleres diagnosticadas polo programa é nitidamente superior á das mulleres diagnosticadas con cancro de intervalo e á das mulleres diagnosticadas fóra do programa, diferenza que se concreta nun risco de falecer por cancro de mama de, respectivamente, 1,8 (IC95%: 1,5 a 2) e 3,1 (IC95%: 2,5 a 3,8) veces inferior aos 9 anos de seguimento.

1 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.

2 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.

A previsión do programa é seguir mantendo a actividade actual das unidades de exploración mamográfica para garantir a cobertura e frecuencia adecuada desta actividade preventiva, continuando coa ampliación progresiva do rango de idade ata os 69 anos das mulleres que xa están no programa.

Outro obxectivo é manter a participación por riba do 75%, para o que contamos coa 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 Saúde Pública

Edificio Administrativo da Consellería de Sanidade.

San Lázaro s/n. 15703 Santiago de Compostela

Tel: 881 547465 Fax: 881 546571

EE: pgdpcm.dxsp@sergas.es

Páxina web: <http://dxsp.sergas.es>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue M, Colombet M, Boyle P. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Annals of Oncology* 2007;18: 581-592.
- 2 Servidor Interactivo de información epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. [en línea; consultado o 26 de xaneiro de 2009]. URL disponible en <http://193.146.50.130./raziel.php>
- 3 Dirección Xeral de Saúde Pública. Supervivencia das mulleres diagnosticadas polo Programa galego de detección precoz do cancro de mama (PGDPCM) de 1993 a 2005. [en liña]. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade-Sergas. Dirección Xeral de Saúde Pública [Data de acceso; xaneiro 2009] URL dispoñible en: <http://dxsp.sergas.es/default.asp>
- 4 Castells X, Sala M, Ascunce N, Salas D, Zubizarreta R, Casamitjana M, coordinadores. Descripción del cribado del cáncer en España. Proyecto DESCRIC. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2007. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM núm. 2006/01
- 5 Recomendación del Consejo de 2 de diciembre de 2003 sobre el cribado del cáncer. (2003/878/CE). (Diario Oficial de la Unión Europea, L 327/34, de 16-12-03).
- 6 Programas de detección precoz de cáncer de mama. [en liña]. [Data de acceso: xaneiro 2009]. URL dispoñible en: <http://www.programascancerdemama.org>
- 7 Dirección Xeral de Saúde Pública. Programa galego de detección precoz do cancro de mama. Santiago de Compostela: 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. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade e Servizos Sociais; 2000.
- 9 Instituto Galego de Estatística. [en liña]. [Data de acceso: maio 2009]. URL dispoñible en: <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. Euf News 1996 Nov.

- 11 Dirección Xeral de Saúde Pública. Control de calidade en mamografía. Guía práctica. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade e Servizos Sociais; 1995.
- 12 Dirección Xeral de Saúde Pública. Control de calidad en mamografía. Guía práctica 2000. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade e Servizos Sociais; 2000.
- 13 Guías europeas de garantía de calidade en cribado mamográfico. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade e Servizos Sociais; 1998.
- 14 Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S editores. European guidelines for quality assurance in mammography screening. Third edition. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2001
- 15 Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R., Von Karsa L., Puthaar E. Editores. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth edition. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2006.
- 16 Dirección Xeral de Saúde Pública. Guía para o diagnóstico e tratamento do cancro de mama. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade e Servizos Sociais; 1999.
- 17 Dirección Xeral de Saúde Pública. Guía para o diagnóstico e tratamento do cancro de mama. 2002. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade; 2003.
- 18 Dirección Xeral de Saúde Pública. Enquisa de satisfacción das usuarias do Programa galego de detección precoz do cancro de mama 1996. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade e Servizos Sociais; 1997.
- 19 Dirección Xeral de Saúde Pública. Enquisa de satisfacción das usuarias do Programa galego de detección precoz do cancro de mama 1998. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade e Servizos Sociais. Documento interno.
- 20 Dirección Xeral de Saúde Pública. Enquisa de satisfacción das usuarias do Programa galego de detección precoz do cancro de mama e derivadas ás unidades de diagnóstico de hospitais do Sergas e concertados 1998. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade e Servizos Sociais. Documento interno.
- 21 Dirección Xeral de Saúde Pública. Enquisa de opinión das usuarias do Programa galego de detección precoz do cancro de mama 2002. Informe de resultados. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade. Documento interno.
- 22 Dirección Xeral de Saúde Pública. Enquisa de opinión das usuarias do Programa galego de detección precoz do cancro de mama 2005. Informe de resultados. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade. Documento interno.
- 23 Dirección Xeral de Saúde Pública. Enquisa de satisfacción das usuarias do Programa galego de detección precoz do cancro de mama e derivadas ás

- unidades de diagnóstico de hospitais do Sergas e concertados 2005. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade. Documento interno.
- 24 Dirección Xeral de Saúde Pública. Opinión das usuarias do Programa galego de detección precoz do cancro de mama, estudo 2008. Informe de resultados. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade. Documento interno.
 - 25 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. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade. Documento interno.
 - 26 Dirección Xeral de Saúde Pública. Guías de Saúde Pública. Serie II: Sección Cancro de Mama: Informe 1. Programa galego de detección precoz do cancro de mama (PGDPCM). Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade e Servizos Sociais; 1997.
 - 27 Dirección Xeral de Saúde Pública. Guías de Saúde Pública. Serie II: Sección Cancro de Mama: Informe 2. Programa galego de detección precoz do cancro de mama (PGDPCM). Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade e Servizos Sociais; 1999.
 - 28 Dirección Xeral de Saúde Pública. Guías de Saúde Pública. Serie II: Sección Cancro de Mama: Informe 3. Programa galego de detección precoz do cancro de mama (PGDPCM). Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade; 2002.
 - 29 Dirección Xeral de Saúde Pública. Guías de Saúde Pública. Serie II: Sección Cancro de Mama: Informe 4. Programa galego de detección precoz do cancro de mama (PGDPCM). Resultados 1992-2001. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade; 2002.
 - 30 Dirección Xeral de Saúde Pública. Guías de Saúde Pública. Serie II: Sección Cancro de Mama: Informe 5. Programa galego de detección precoz do cancro de mama (PGDPCM). Resultados 1992-2002. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade; 2003.
 - 31 Dirección Xeral de Saúde Pública. Guías de Saúde Pública. Serie II: Sección Cancro de Mama: Informe 6. Programa galego de detección precoz do cancro de mama (PGDPCM). Resultados 1992-2003. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade; 2004.
 - 32 Dirección Xeral de Saúde Pública. Guías de Saúde Pública. Serie II: Sección Cancro de Mama: Informe 7. Programa galego de detección precoz do cancro de mama (PGDPCM). Resultados 1992-2005. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade; 2006.
 - 33 Dirección Xeral de Saúde Pública. Programa galego de detección precoz do cancro de mama (PGDPCM). Resultados 1992-2006. Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade. 2007: Informe 04.

- 34 Dirección Xeral de Saúde Pública. Cáncer de intervalo en el Programa Gallego de Detección Precoz de Cáncer de Mama. 2005. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade. Documento interno.
- 35 Pollán Santamaría M. Evaluación del impacto en la mortalidad mediante modelos edad-periodo-cohorte. Gac Sanit 2003; 17(Supl 2): 148.

