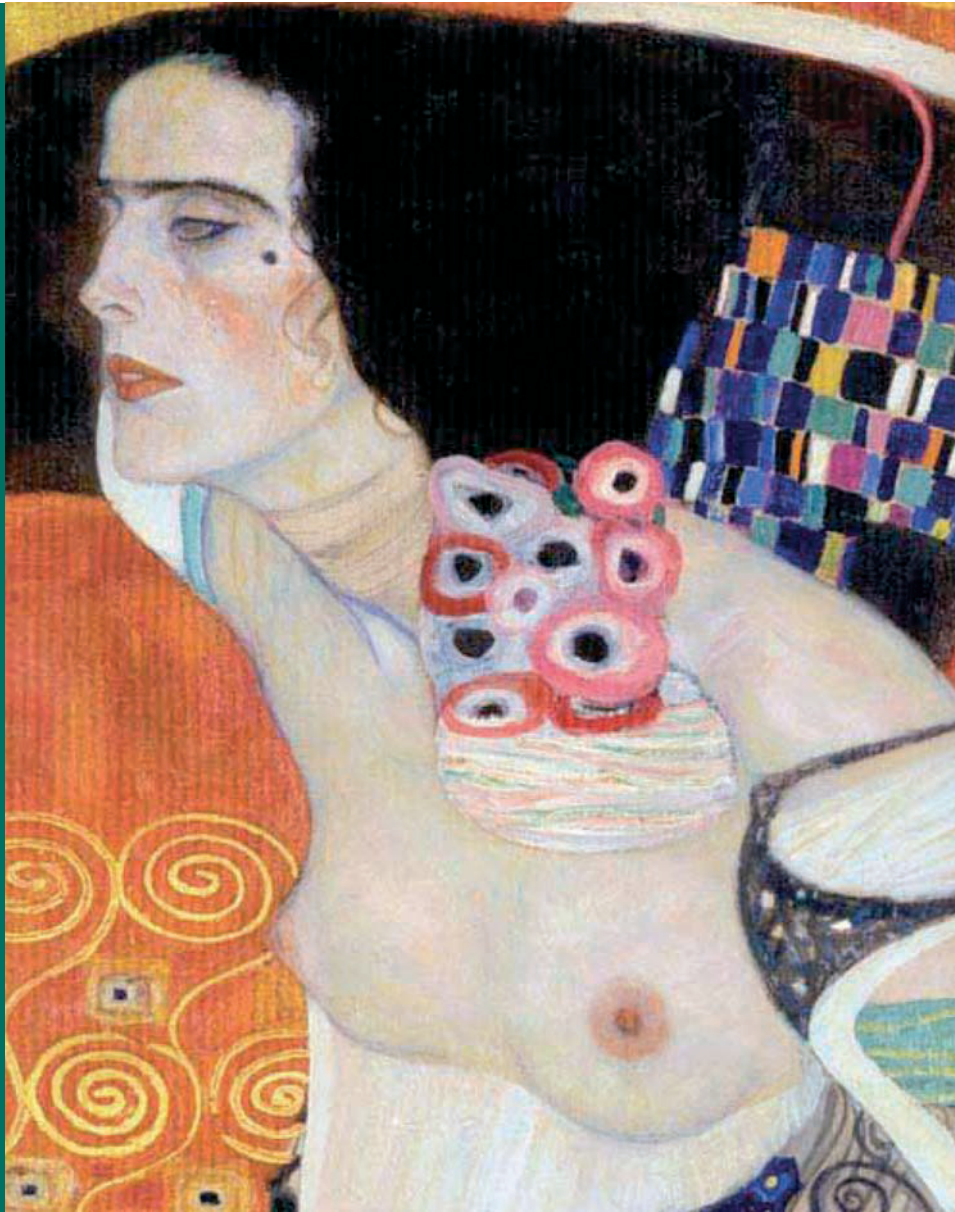


PROGRAMA GALEGO DE DETECCIÓN PRECOZ
DO CANCRO DE MAMA (PGDPCM).
RESULTADOS 1992-2010



Pode atopar o PDF deste documento en castelán,
na epígrafe Saúde Pública da páxina da internet:
www.sergas.es

Data de edición:

Outubro 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 3136 - 2011

Portada:

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

Índice

1. INTRODUCCIÓN	5
2. PROGRAMA GALEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DO CANCRO DE MAMA . .	8
3. ESTRUCTURA ASISTENCIAL	11
4. PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDADE	15
5. RESULTADOS DO PROGRAMA 1992 -2010	16
6. CONCLUSIÓN	32
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

INTRODUCCIÓN

O cancro de mama continúa sendo a causa máis frecuente de cancro entre as mulleres nos países desenvolvidos. Estímase que no ano 2008 se diagnosticaron na Unión Europea 332.770 novos casos, o que representa o 30% de todos os cancros na muller [1]. As taxas de incidencia máis altas encontrámonas en Bélxica, Francia, Países Baixos e Irlanda (con taxas superiores a 125 por 100.000 mulleres), e as máis baixas en Grecia e nos países de Europa do Leste (Lituania, Romanía e Letonia), con taxas inferiores a 65 por 100.000. España ten unha taxa de incidencia media en relación cos países do seu contorno (81,1 por 100.000) [2] (**táboa 1**).

Con respecto á mortalidade por cancro de mama, continúa sendo a primeira causa de morte por cancro nas mulleres dos países da Unión Europea, onde en 2008 se estima que houbo 89.800 mortes por esta causa, cunha taxa de mortalidade estandarizada por idade á poboación europea de 24 por 100.000 mulleres (**táboa 1**). Destacan países como Bélxica e Dinamarca con taxas superiores a 30 por 100.000 mulleres e España é o país coa taxa de mortalidade máis baixa (18,4 por 100.000 mulleres)[2].

Táboa 1. Estimación da incidencia e mortalidade por cancro de mama axustadas por idade en mulleres da Unión Europea. 2008

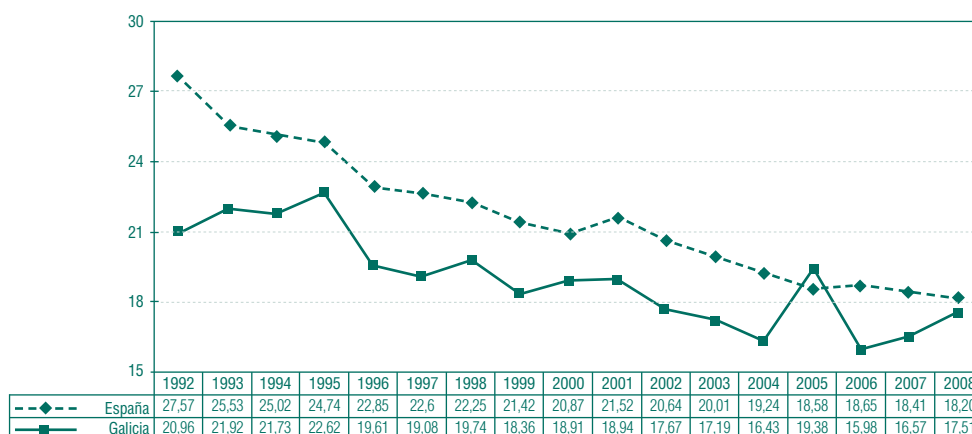
País	Incidencia *	País	Mortalidade *
Bélxica	145,8	Bélxica	30,7
Francia	133,8	Dinamarca	30,4
Países Baixos	129,3	Países Baixos	28,2
Irlanda	126,5	Hungría	28,1
Dinamarca	120,8	Irlanda	28,1
Reino Unido	119,1	Malta	28,1
Finlandia	117	Islandia	27,2
Islandia	115,9	Reino Unido	27,0
Italia	115,1	Eslovenia	25,6
Luxemburgo	114,5	Francia	25,5
Suecia	110,7	Alemaña	24,5
Alemaña	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	Romanía	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
Romanía	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

* Taxas por 100.000 mulleres axustadas á poboación 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 rexistráronse en Galicia 17,51 mortes por cancro de mama por 100.000 mulleres (taxa estandarizada á poboación europea). No **gráfico 1** podemos ver a evolución da mortalidade por cancro de mama en España [3] e Galicia desde 1992 ata 2008. Observamos que en Galicia, tras varios anos de descenso progresivo, a taxa de mortalidade ascende en 2005 para volver recuperar en 2006 a tendencia descendente. Nos anos 2007 e 2008 observamos un progresivo aumento que nos leva a converxer coas taxas nacionais.

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



*Taxas estandarizadas á poboación europea.

Fonte: (1) Mortalidade por cancro en España. Centro Nacional de Epidemioloxía. Instituto de Saúde Carlos III. [3]

(2) Rexistro de Mortalidade de Galicia. Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública.

Segundo os últimos datos obtidos do Rexistro de Mortalidade de Galicia, o cancro de mama continúa sendo a primeira causa tumoral de morte nas mulleres (**táboa 2**). No ano 2008 rexistráronse en Galicia 413 mortes por esta causa, dos cales corresponden o 29,30% a mulleres entre 50 e 69 anos, o 54,72% a mulleres de 70 ou máis anos e o 15,98% ao grupo de mulleres menores de 50 anos

Táboa 2. Mortalidade por tumores na muller. Galicia 2008

Tumores	N.º falecidas	%
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

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

Polo tanto, o cancro de mama segue constituíndo un problema de primeira orde. Na actualidade non contamos con medidas eficaces de prevención primaria, xa que os factores de risco máis importantes (idade, antecedentes familiares de cancro de mama, antecedentes de patoloxía mamaria, menarquia precoz e menopausa tardía) non son modificables. No momento actual, os esforzos diríxense a establecer un diagnóstico o máis precoz posible (prevención secundaria), mediante programas poboacionais de detección precoz, para poder ofrecer un tratamento coas máximas expectativas de curación, xa que a supervivencia está moi ligada ao estadio en que se atopa a enfermidade cando é diagnosticada.

A proba máis útil e accesible para realizar a detección dun tumor de mama antes de que se manifeste clinicamente é a mamografía. A realización periódica de mamografías de cribado a mulleres de 50 a 69 anos demostrou a súa eficacia na redución da mortalidade por cancro de mama. En mulleres máis novas non está claro o beneficio do cribado [4].

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

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

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

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

Obxectivo xeral

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

Obxectivos específicos

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

Poboación obxectivo

Ata o ano 2004 a poboación a que ía dirixido o Programa eran todas as mulleres residentes en Galicia de 50 a 64 anos. Seguindo as directrices da Unión Europea [5], a partir do 2005 o Programa comezou a ampliación progresiva do grupo de idade ata os 69 anos, obxectivo que se acadou no ano 2009. O número de mulleres do grupo de idade 50-69 anos é, segundo o padrón municipal de habitantes en 2010, de 355.036 [9].

Proba de cribado

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

Frecuencia do cribado

O cribado realízase cunha periodicidade de dous anos.

Sistema de divulgación

As mulleres obxectivo do Programa envíaselles información del por carta, antes da citación persoal para a realización da proba mamográfica.

Os coordinadores provinciais do Programa das xefaturas territoriais de Sanidade promovenos nos concellos. Para isto, manteñen reunións de presentación coas autoridades municipais, sanitarios locais, prensa e radio local, etc. Así mesmo, ofrécense charlas informativas a colectivos específicos e distribúense carteis e folletos informativos a farmacias e centros sanitarios e sociais da localidade.

Sistema de citación

A citación é persoal, 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 Innovación e Xestión da 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 cal 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 cales 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 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 o persoal técnico superior en imaxe para o diagnóstico realiza as mamografías.

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

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

As unidades móbiles tiñan superado a súa vida útil e presentaban carencias para ofrecer un servizo de calidade: carecían dos espazos adecuados para a espera, de intimidade para a realización da enquisa, imposibilitaban a instalación da tecnoloxía dixital, etc. A reestruturación vai encamiñada á progresiva eliminación destas unidades móbiles, pero ampliando a estrutura fixa e acercando o servizo o máis posible á poboación de mulleres obxecto do programa. Así comeza a abrir novas unidades fixas nos hospitais comarcais de Galicia utilizando as súas instalacións e equipamento e funcionando, en xornada de tarde, o tempo necesario para explorar as mulleres da súa área e asegurar un intervalo entre exploracións de 24 meses. Isto suporá a apertura a tempo parcial de sete novas unidades fixas en Galicia.

Para poder prescindir das unidades móbiles, tamén se ampliará o tempo de servizo dalgunhas unidades fixas do programa, que traballarán en dobre xornada de traballo, de mañá e de tarde. Así unha das dúas unidades fixas da Coruña e de Vigo e a unidade fixa de Santiago funcionarán tamén de tarde de forma continua e as unidades fixas de Lugo, Ourense e Pontevedra funcionarán tamén de tarde o tempo necesario para explorar a todas as mulleres da área cada 24 meses.

Neste contexto, en xuño do ano 2010 comezan as exploracións no hospital comarcal Virxe da Xunqueira e en novembro deste mesmo ano no hospital comarcal do Salnés. Así mesmo, neste ano 2010 comeza a actividade de tarde da unidade fixa de Lugo e nunha das dúas unidades fixas de Vigo.

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

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

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

As 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 á súa disposición un sistema de transporte gratuito 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 ao remate do ano 2010 son tres as unidades que contan con mamógrafos destas características: unha das unidades fixas da Coruña, a unidade do Hospital Gil Casares en Santiago e unha das unidades fixas da Casa do Mar en Vigo. Está previsto que nos vindeiros anos e de forma paulatina os mamógrafos dixitais substitúan os 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), Complexo Hospitalario de Pontevedra (seis radiólogos) e Hospital Lucus Augusti, incorporado en febreiro do 2006 (catro radiólogos). A localización das unidades de avaliación radiolóxica é a seguinte:

LOCALIZACIÓN	
A Coruña	Xefatura Territorial de Sanidade
Lugo	Hospital Provincial San José
Pontevedra	Hospital Montecelo

En todas elas dous radiólogos realizan a lectura das placas de forma independente e prevalece 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	Mamografías positivas
BI-RADS I – Normal	BI-RADS III – Baixa probabilidade
BI-RADS II – Benigna	BI-RADS IV – Media probabilidade BI-RADS V – Alta probabilidade

Todas as mamografías son etiquetadas cun código de barras, o que facilita a súa identificación e informatización. Para as mamografías analóxicas 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. As mamografías dixitais almacénanse en formato electrónico nun dispositivo específico do Programa e polo tanto tamén son accesibles para a súa valoración polos radiólogos.

3. Unidades de diagnóstico e tratamento

Estas unidades están integradas polos hospitais da rede asistencial do Servizo Galego de Saúde. Contan cun comité de mama no cal 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.

4. Xestión e coordinación

A xestión das unidades de exploración mamográfica está centralizada na Unidade de Coordinación das Unidades de Exploración, situada na Xefatura Territorial de Sanidade da Coruña, que xunto cos coordinadores provinciais xestiona o circuíto e almacenamento das mamografías e coordina o persoal das unidades de exploración mamográfica. Desde a Unidade de Coordinación das Unidades de Exploración envíanse as cartas de presentación do Programa, as cartas de cita ás unidades de exploración mamográfica, e por último as cartas ás mulleres con resultado negativo.

A coordinación das unidades de avaliación radiolóxica, das unidades de diagnóstico e tratamento e a coordinación xeral do Programa está centralizada no Servizo de Programas Poboacionais de Cribado da Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública, onde se xestionan as citas hospitalarias e se envían ao domicilio das mulleres por carta certificada ademais de realizar a súa confirmación telefónica. Posteriormente grávase a información remitida polos hospitais.

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

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 [19].

O Programa emprega os datos do seu sistema de información para calcular os principais indicadores de proceso e resultado. Estes resultados de monitorización periódica amósanse en informes que se difunden a todos os implicados no Programa.

RESULTADOS DO PROGRAMA 1992-2010

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 en que se acadou a cobertura do 100% da poboación obxectivo do Programa nese momento, as mulleres de 50 a 64 anos [8].

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

A base de datos do PGDPCM é unha base dinámica, polo que no labor de mellora continua e para adecuala á obtención dos indicadores propostos nas sucesivas edicións das *Guías europeas de garantía de calidade en cribado mamográfico*, actualizamos periodicamente a base de datos das mulleres invitadas, o que fai que algúns datos poidan cambiar con respecto aos publicados con anterioridade.

Os resultados exprésanse por roldas xa que varían moito segundo a rolda de cribado sexa primeira ou sucesiva. Na primeira rolda détéctanse todos os casos existentes nese momento (casos prevalentes) e nas roldas sucesivas unicamente os casos novos (casos incidentes).

Ademais, recolleemos neste punto a comparación cos principais estándares de referencia propostos na cuarta edición das *European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis*, do ano 2006 [15].

a. Participación

Neste informe recóllese a actividade e os datos de participación desde o inicio do Programa ata o ano 2010. Depurados os datos obtidos da tarxeta sanitaria e dos padróns municipais detectouse un erro no rango de idade no 0,42% das mulleres. Ademais o 2,73% das mulleres encontrábase nunha situación que imposibilitaba a cita (0,60% mulleres falecidas, 0,06% incapacitadas e 2,07% ilocalizables). O 0,29% foron excluídas do Programa por diagnóstico de cancro de mama. Ata o

mes de xullo do ano 2009 considerábase criterio de exclusión temporal ter feitas mamografías había menos de 6 meses. Isto explica que a porcentaxe de mulleres nesta circunstancia no 2009 (0,84%) é máis baixa se a comparamos con anos previos e coa porcentaxe global de todo o período 1992-2009 (3,77%), e que no ano 2010 sexa do 0%, **(táboa 3)**. No ano 2010, tras excluír estas mulleres, realizáronse 1.777.281 invitacións.

Táboa 3. Evolución dos erros e motivos que impiden a cita en porcentaxe. Anos 1992-2010.

	Fóra de idade	Falecemento	Incapacidade	llocalización	Cancro de mama	Mamografía recente
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

No período 1992-2010 realizáronse 1.365.640 exploracións, das cales 404.258 corresponden a mulleres que acudían en primeira rolda á unidade de exploración mamográfica e 961.382 corresponden a exploracións feitas a mulleres que acudiran en roldas sucesivas.

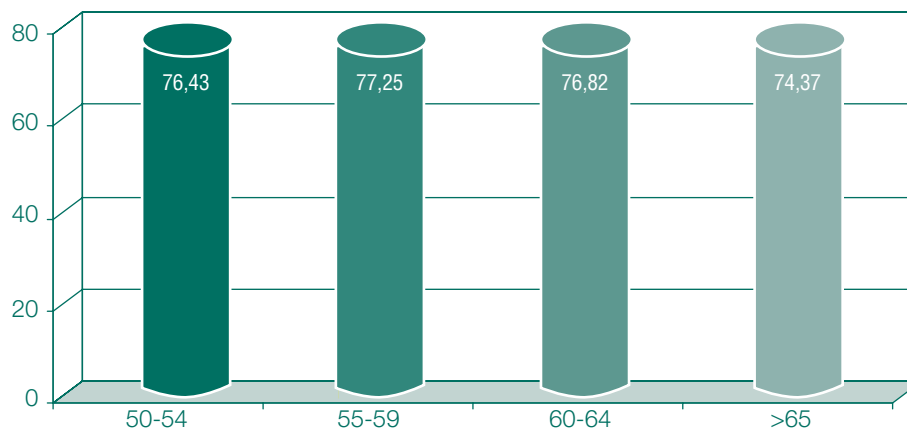
A participación global obtida foi do 76,84% **(táboa 4)**. A participación foi un pouco inferior no grupo de 65 e máis anos **(gráfico 2)**.

Táboa 4. Evolución da participación. Resultados globais. Anos 1992-2010

	Invitacións	Exploracións	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	137.757	112.984	82,02
2010	153.037	124.560	81,39
GLOBAL	1.777.281	1.365.640	76,84
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 1992-2010

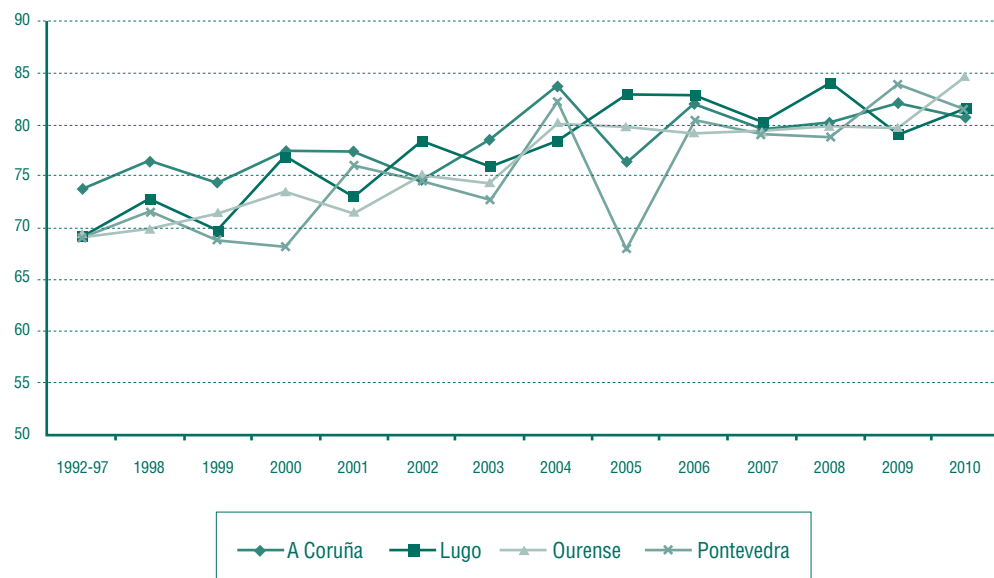
Na **táboa 5** e o **gráfico 3** móstrase a evolución da participación por provincias, destacando a alta participación en todas elas desde a posta en marcha do Programa. Na actualidade o Programa está consolidado e no ano 2010 a participación foi superior ao 80% en todas as provincias galegas.

A participación no 2010 para as mulleres invitadas por primeira vez foi do 70,15% mentres que acada o 93,08% en roldas sucesivas.

Táboa 5. Participación por provincias. Anos 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 da proba de cribado

No período 1992-2010 a exploración mamográfica foi negativa no 96,11% das mulleres exploradas. Nun 0,19% das exploracións realizadas foi necesario repetir a mamografía por problemas técnicos, e a un 0,71% recomendóuselles unha mamografía intermedia de control aos 9-12 meses (**táboa 6**).

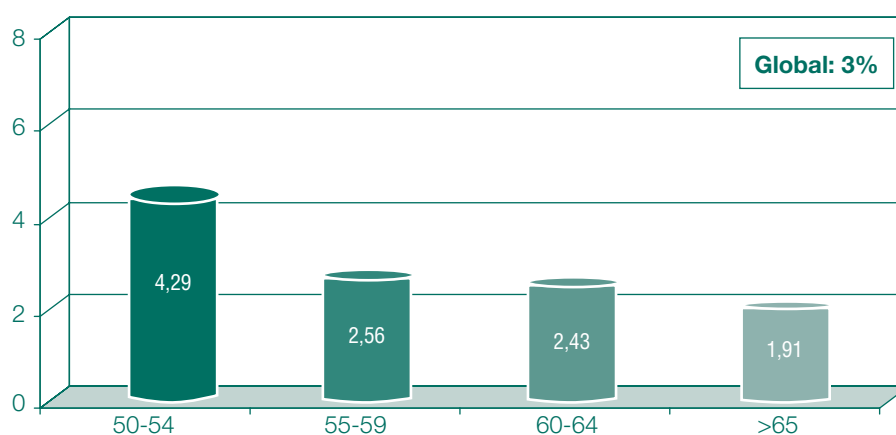
Ao 3% das mulleres recomendóuselles unha valoración clínica adicional. A proporción de mulleres ás cales se lles indica valoración clínica adicional redúcese coa idade, como se pode ver no **gráfico 4**, e coas roldas, sendo maior na primeira rolda que nas sucesivas (**táboas 7 e 8**).

Táboa 6. Resultados da proba de cribado. Datos globais. Anos 1992-2010

	Exploracións	% Negativas	% Control 9-12 meses	% Repeticións 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

* Inclúe todas as mulleres citadas nas unidades de diagnóstico e tratamento, é 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 1992-2010.



Táboa 7. Resultados da proba de cribado. Primeira rolda. Anos 1992-2010

	Exploracións	% 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
Obxectivo aceptable			<1	<3	<7
Obxectivo desexable			0	<1	<5

* 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.

Táboa 8. Resultados da proba de cribado. Roldas sucesivas. Anos 1992-2010

	Exploracións	% Negativas	% Control 9-12 meses	% Repeticións 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
Obxectivo aceptable			<1	<3	<5
Obxectivo desexable			0	<1	<3

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

c. Resultados da valoración clínica adicional

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

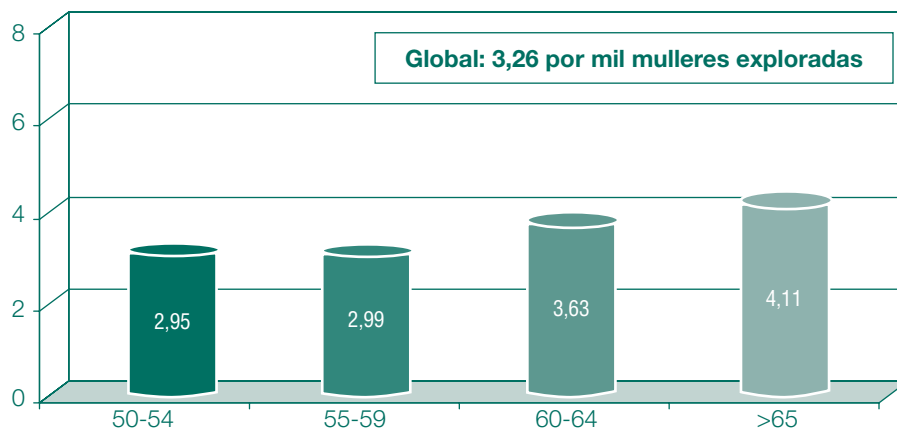
Os datos relativos ao diagnóstico e tratamento preséntanse unicamente para as mulleres exploradas ata o ano 2009. Os datos dispoñibles do ano 2010 non se amosan pois aínda son provisionais, xa que as mulleres exploradas preto do remate do ano, ás cales se lles indicou realizar un control hospitalario, poden aínda ser diagnosticadas e tratadas dun cancro de mama.

No período 1992-2009, entre as pacientes remitidas ao hospital para estudo, diagnosticáronse 4.052 cancros, o que supón un valor predictivo positivo (VPP) de 10,44% e unha taxa de detección de 3,26 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 1992-2009

	Exploradas	Valoración clínica adicional	Cancros detectados	Taxa 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 mulleres exploradas

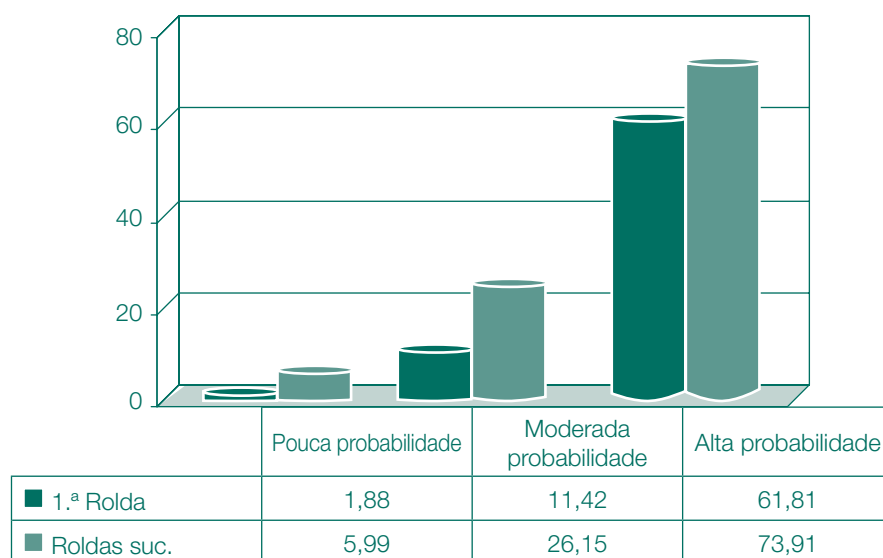
Gráfico 5. Taxa de detección por grupos de idade no período 1992-2009

Entre as mulleres que acudiron por primeira vez ao Programa, a taxa de detección (4,12 por mil mulleres exploradas) é máis elevada que naquelas que acudiron en roldas sucesivas (2,88 por mil mulleres exploradas) (**táboa 10**). O VPP é maior en roldas sucesivas e aumenta coa probabilidade asignada segundo a clasificación BI-RADS (**gráfico 6**).

Táboa 10. Cancros detectados. Anos 1992-2009

	Primeira rolda			Roldas sucesivas		
	Cancros detectados	Taxa detección *	VPP	Cancros detectados	Taxa 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
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 a clasificación BI-RADS e rolda de exploración. Anos 1992-2009

Como se pode observar no **gráfico 7** nos últimos anos a tendencia temporal da taxa de detección, que viña tendo unha tendencia descendente, tanto en rolda inicial como en roldas sucesivas parece iniciar unha tendencia á recuperación.

Gráfico 7. Taxa de detección por rolda. Evolución 1992-2009

c.2. Exploracións complementarias realizadas

Durante o período 1992-2009, desde as unidades de diagnóstico e tratamento notificáronse as seguintes exploracións complementarias: 2.062 puncións aspiración con agulla fina (PAAF), un 22,02% das cales foron positivas, e 6.613 biopsias (2.527 biopsias non cirúrxicas e 4.086 cirúrxicas), das cales un 50,05% foron positivas.

Desde o ano 1999 a aplicación informática do Programa permite recoller por separado as biopsias cirúrxicas e non cirúrxicas. No período 1999-2009 rexistrouse un aumento progresivo da proporción de biopsias core de tal xeito que en 1999 representaban o 16,04% do total de biopsias e en 2009 xa supoñen o 84,22%. Este dato reflicte a tendencia actual de reducir a un mínimo adecuado o número de biopsias cirúrxicas.

O número de biopsias cirúrxicas benignas é 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 nunha ratio de $\leq 0,5:1$ tanto en primeira rolda como en sucesivas.

Táboa 11. Razón de biopsias cirúrxicas benignas/malignas. Anos 1999-2009

	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	0,5:1	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
Obxectivo aceptable	$\leq 0,5:1$		
Obxectivo desexable	$\leq 0,25:1$		

c.3. Resultados diagnósticos

Dos 4.052 cáncros detectados, 553 foron carcinomas ductais “in situ”, 3.395 tumores invasivos e non consta o grao de invasión en 104 cáncros (**táboa 12**).

Táboa 12. Grao de invasión dos cáncros detectados segundo a rolda de exploración en número e porcentaxe*. Anos 1992-2009.

	Cáncros “in situ”		Cáncros invasivos		Descoñecido	Tumores detectados
	N	%	N	%	N	
1.ª rolda	231	15,1	1.301	84,9	51	1.583
Roldas sucesivas	322	13,3	2.094	86,7	53	2.469
GLOBAL	553	14	3.395	86	104	4.052

* Porcentaxe sobre os 3.948 casos dos cales se coñece o grao de invasión.

Coñécese o estadio de 3.932 tumores, dos cales o 37 % estaban clasificados en estadio II ou superior. Esta porcentaxe é máis elevada en mulleres en primeira rolda (41,5%) que en sucesivas (34 %) (**táboa 13 e gráfico 8**). A evolución deste indicador ao longo dos anos 1992-2009 pódese consultar na **táboa 14**.

Táboa 13. Estadio dos cáncros detectados segundo a rolda de exploración en porcentaxe*. Anos 1992-2009

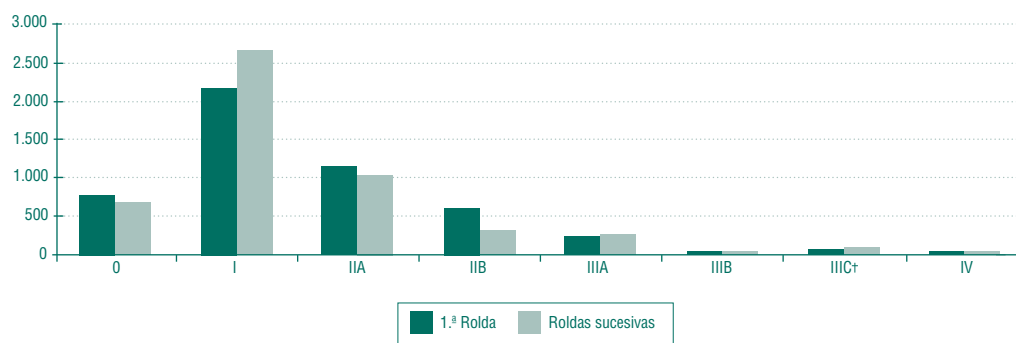
	0	I	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IIIC†	IV
1.ª rolda	15,1	43,2	22,5	11,7	4,6	0,8	1	0,7
Roldas sucesivas	13,3	52,6	20,3	5,9	4,7	0,7	1,6	0,7
GLOBAL	14	49	21,1	8,1	4,6	0,7	1,4	0,7

* Porcentaxe sobre os 3.932 casos estadificados. 120 casos non estadificados (60 en primeira rolda e 60 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. Estadio dos cáncros segundo rolda de exploración. 1992-2009



Táboa 14. Porcentaxe de cancros detectados en estadio II ou superior. Anos 1992-2009

	Primeira rolda		Roldas sucesivas	
	Cancros estadiados	Estadio II + (%)	Cancros 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
Obxectivo aceptable *		-		25
Obxectivo dexeable *		<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 65,1% dos cancros infiltrantes en primeira rolda non tiñan invasión ganglionar, chegando a case o 71% nos casos detectados en roldas sucesivas (**táboa 15**).

Táboa 15. Porcentaxe de cancros detectados en estadio II ou superior. Anos 1992-2009.

	Primeira rolda		Roldas sucesivas	
	Cancros invasivos	Cancros invasivos sin afectación ganglionar (%)	Cancros invasivos	Cancros invasivos sen 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
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 2000-2009, das mulleres das cales nos consta o tratamento recibido, o 30,6% foron sometidas a mastectomía. Se observamos a tendencia ao longo dos anos podemos comprobar como esta práctica está experimentando un descenso progresivo reflectindo a implantación das recomendacións, baseadas en evidencia científica, de realizar preferentemente e cando estea indicado cirurxía conservadora (**táboa 16**).

Táboa 16. Cancros detectados. Anos 2000-2009

	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	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. Tempo entre procesos

Outro dos indicadores do Programa son os tempos entre os principais procesos do cribado. No período 1992-2010 o tempo que transcorre desde a realización da mamografía ata a gravación do seu resultado foi de 10 días ou menos no 75% 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 61% das mulleres.

Nas mulleres exploradas no período 1992-2009 nas cales 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 36% deles. A evolución destes tempos móstrase na **táboa 17**.

Táboa 17. Tempos entre procesos. Anos 1992-2010

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

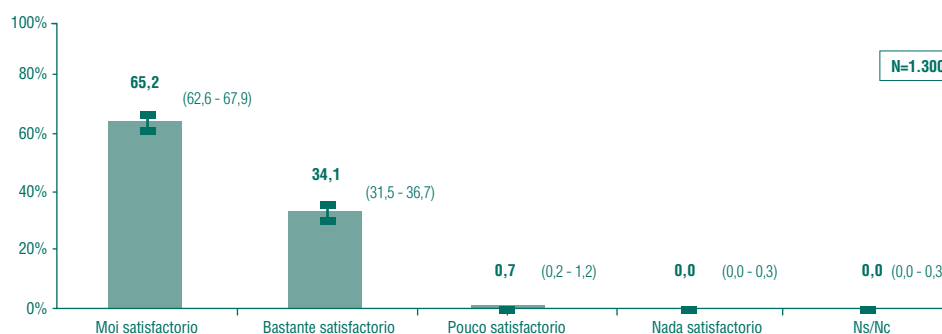
*Obxectivos e estándares do PGDPCM, recollidos nas “Guías para o diagnóstico e o tratamento do cancro de mama”. 2002.

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

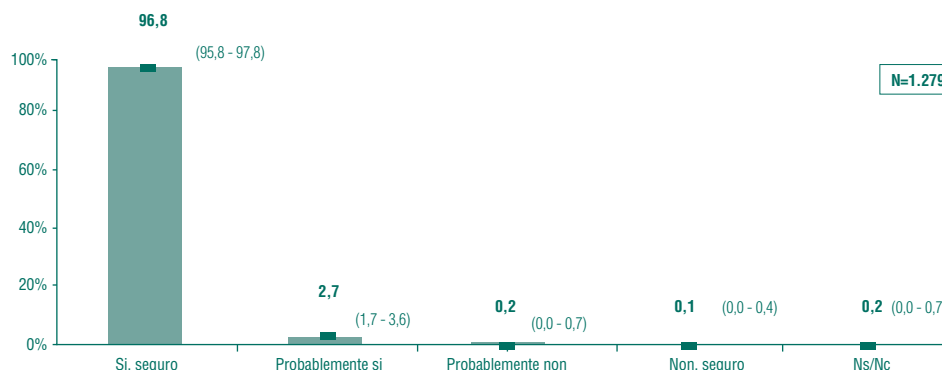
f. Satisfacción entre as usuarias

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 Innovación e Xestión da Saúde Pública vén realizando enquisas de forma periódica tanto de forma global a todas as usuarias do Programa como de forma dirixida especificamente ás usuarias que, ademais, foron derivadas ás unidades de diagnóstico e tratamento. A última destas enquisas realizouse no ano 2008 e os principais resultados amósanse a continuación. Pódese consultar a información máis polo miúdo no documento completo [19] publicado en formato electrónico no portal de Saúde Pública da web da Consellería de Sanidade: <http://dxsp.sergas.es>

Como se reflicte no **gráfico 9**, das 1300 usuarias entrevistadas no ano 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. 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 participar, con toda seguridade, nunha vindeira campaña do Programa (**gráfico 10**).

Gráfico 10. Fracción mostrai¹. Proxección futura de participación no PGDPCM (%).

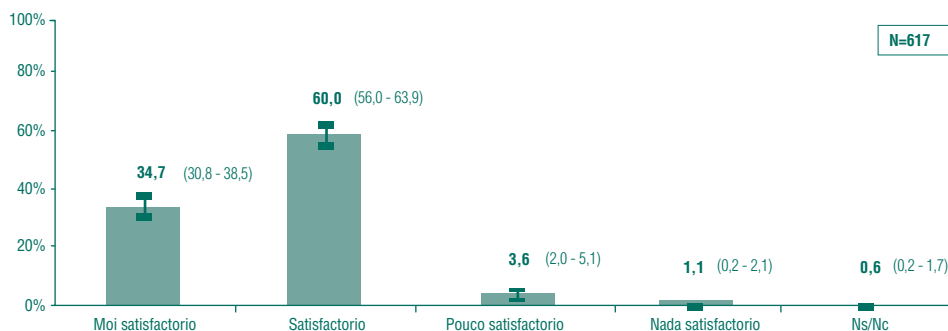
Paga a pena salientar a positiva evolución deste indicador ao longo dos anos: a rotundidade á hora de expresar a intención de participar en futuras campañas incrementouse de maneira notable, 23,1 puntos porcentuais respecto do estudo anterior e 30,2 máis que no do ano 2002 (**táboa 18**).

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

Táboa 18. Proxección de futura 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 á enquisa realizada a mulleres derivadas aos 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 proceso diagnóstico e terapéutico.

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 na cuarta edición das *European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis*, do ano 2006 [15].

A taxa de participación global desde o comezo do Programa ata o ano 2010 é de 76,84%, 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 as mulleres con antecedentes de non acudir a invitacións previas preferentemente no primeiro ano de cada campaña, co cal 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 maior taxa de detección de cancros. En roldas sucesivas alcázase unha participación global do 93,08% 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 participar nunha vindeira campaña. Entre as usuarias derivadas ás unidades de diagnóstico e tratamento a satisfacción global é tamén moi elevada, xa que o 94,7% das mulleres así o manifestan.

Nas **táboas 19, 20, 21** compáranse os resultados obtidos no período 1992-2010 cos estándares europeos. Os resultados referentes a taxa de detección, estadiaxe e probas diagnósticas, como se explicou con anterioridade, aplícanse ao período 1992-2009.

Táboa 19. Comparación dos resultados do PGDPCM no período 1992-2010 cos estándares propostos nas Guías europeas, 4.^a edición [15].

	Aceptable	Desexable	PGDPCM	Cumprimento
Taxa de participación	>70%	>75%	76,84%	Si
% Exploracións con repetición técnica	<3%	<1%	0,19%	Si
Mamografías intermedias	<1%	0%	0,71%	Si
% Carcinoma ductal in situ	10%	10-20%	14%	Si

Táboa 20. Comparación dos resultados do PGDPCM en **primeira rolda** no período 1992-2010 cos estándares propostos nas Guías europeas, 4.^a edición [15].

	Aceptable	Desexable	PGDPCM	Cumprimento
% Valoración clínica adicional	<7%	<5%	6,15	Si
Taxa detección por mil mulleres exploradas	4,2*	>4,2	4,10	No
Razón biopsias quirúrxicas benignas/malignas[†]	≤0,5:1	≤0,25:1	1,9:1	No
Cancros invasivos sen afectación ganglionar	-	>70%	65,1%	No
Estadio II+[†]	-	<30%	41,56%	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 1992-2010 cos estándares propostos nas Guías Europeas, 4.^a Edición [15].

	Aceptable	Desexable	PGDPCM	Cumprimento
% Valoración clínica adicional	<5%	<3%	1,76	Si
Txsa detección por mil mulleres exploradas	2,1*	>2,1	2,88	Si
Razón biopsias quirúrxicas benignas/malignas[†]	≤0,5:1	≤0,25:1	0,8:1	No
Cancros invasivos sen 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 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 no momento do 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**, que viña tendo unha tendencia descendente tanto en rolda inicial como sucesivas, parece iniciar unha tendencia á recuperación. En roldas sucesivas acádase o nivel desexable marcado polos estándares europeos segundo a epidemioloxía concreta de Galicia, pero non sucede o mesmo en primeira rolda, onde, desde o ano 2000 non se acada o estándar considerado como aceptable, aínda que no ano 2009, por primeira vez en rolda inicial, o cumprimos. 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.

Para coñecer a sensibilidade do Programa faise imprescindible a continuación do estudo dos cancros de intervalo² iniciado no ano 2003. O estudo dos casos novos de cancro de mama a través do CMBD (Conxunto mínimo básico de datos) dos 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 2005 [20]. A incidencia de cancros de intervalo foi de 10,29 casos por 10.000 mulleres cribadas, e a incidencia proporcional³ nos once primeiros meses tras a mamografía de cribado negativa é de 15,62% (estándar desexable <30%) e de 41,29% nos 12-23 meses seguintes (estándar desexable <50%). Neste momento o Programa participa nun proxecto do Fondo de investigación sanitaria que rematará no vindeiro ano 2012 e cuxo obxectivo é estimar a incidencia do cancro de intervalo no período 2000-2006 e avaliar os determinantes e as características destes cancros.

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 III [21]. Nos últimos datos actualizados de que dispoñemos, conséntase 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.

² 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.

³ 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.

Realizouse tamén no 2008 un informe sobre a supervivencia das mulleres diagnosticadas polo PGDPCM de 1993 a 2005 [22] no cal 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.

A previsión do programa é completar a súa reestruturación, continuando coa apertura das unidades fixas comarcais e coa ampliación da xornada laboral nas unidades fixas, o que posibilitará o cesamento das unidades móbiles e permitirá garantir a cobertura e frecuencia adecuada desta actividade preventiva, unha vez acadada no ano 2009 a ampliación progresiva do rango de idade ata os 69 anos.

Para manter a participación por riba do 75% 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 Innovación e Xestión da Saúde Pública
Edificio Administrativo da Consellería de Sanidade.
San Lázaro s/n. 15703 Santiago de Compostela
Tel: 881 547465 Fax: 881 546571
Correo electrónico: pgdpcm.dxsp@sergas.es
Páxina 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] Dirección Xeral de Saúde Pública. Programa galego de detección precoz do cancro de mama. Consellería de Sanidade e Servicos Sociais 1992.
- [8] Dirección Xeral de Saúde Pública. Resultados da 1.ª 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] Dirección Xeral de Saúde Pública. Control de calidade en mamografía. Guía Práctica. Consellería de Sanidade e Servicos Sociais 1995.
- [12] Dirección 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. Dirección 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 de Cancro de mama, Guías europeas de control de calidad en cribado y diagnóstico de Cancro 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 Servicos 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 dos centros de atención especializada, enquisa 2008. Consellería de Sanidade 2008.
- [20] Pollán M. Evaluación del impacto en la mortalidad mediante modelos edad-periodo-cohorte. Gac. Sanit. 2003;17 (supl 2):51-198.
- [21] Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública. Supervivencia das mulleres diagnosticadas polo Programa galego de detección precoz do cancro de mama (PGDPCM) de 1993 a 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.

