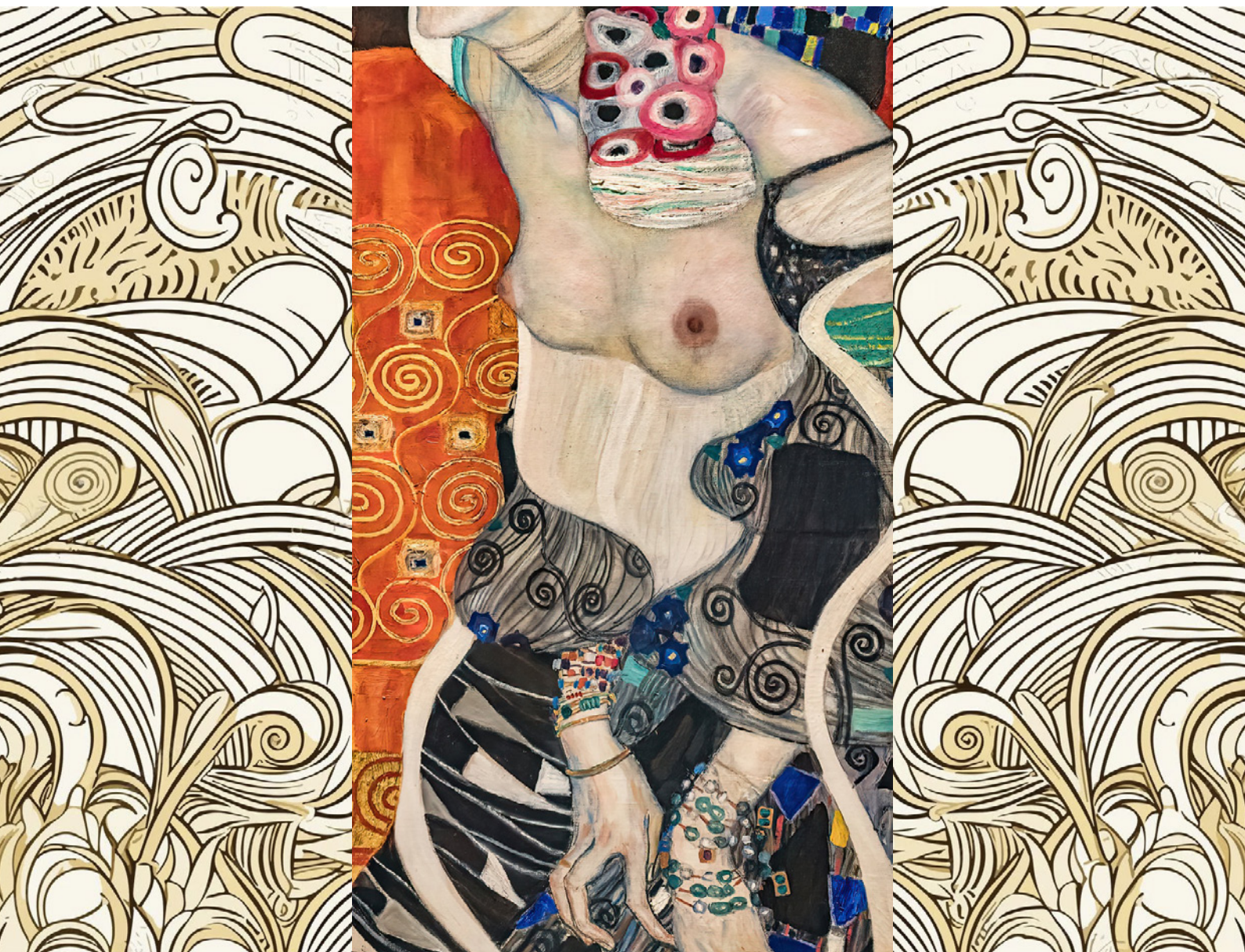


Programa galego de detección precoz do cancro de mama (PGDPCM)

Resultados 1992-2024



XUNTA
DE GALICIA

Consellería de Sanidade
Dirección Xeral de Saúde Pública

Marta Piñeiro Sotelo
Centro Galego para o Control e Prevención das Enfermidades

Sagrario Pérez Castellanos
Subdirección Xeral de Estilos de Vida Saudables

Ángel Gómez Amorín
Servizo de Detección Precoz de Enfermidades

Montserrat Corujo Quinteiro
Programa galego de detección precoz do cancro de mama

Marina Tarrazo Antelo
Programa galego de detección precoz do cancro de mama

MAQUETACIÓN
Silográfico

IMAXE DE PORTADA
Gustav Klimt, *Judit II Salomé*, 1909,
Galleria Internazionale d'Arte Moderna, Ca'Pesaro, Venecia

Santiago de Compostela, 2026

Programa galego de detección precoz do cancro de mama

Resultados 1992-2024



XUNTA
DE GALICIA

RESUMO

Os programas poboacionais de detección precoz do cancro teñen como obxectivo reducir a incidencia e/ou a mortalidade, na medida en que a detección da enfermidade nunha fase preclínica mellora a efectividade do tratamento fronte ao seu diagnóstico en fase clínica e, por tanto, nun estadio mais avanzado da enfermidade. O cancro de mama continúa a ser un problema de saúde prioritario. En Europa, o cancro de mama é a primeira causa de morte por cancro na muller. Polo tanto, cúmprese unha das primeiras premisas para ser unha entidade susceptible de abordar desde a detección precoz, dado que non é posible unha prevención primaria eficaz. A segunda premisa é dispor dunha proba universal, eficaz, reproducible, con suficiente sensibilidade e especificidade para lograr unha detección precoz e, polo tanto, poder incidir no curso da enfermidade, neste caso, diminuíndo a mortalidade. Esa proba é a mamografía.

Isto xustificou o comezo da implantación dos programas de detección precoz de cancro de mama (PDPCM), os cales xa teñen demostrado que levan a unha redución da mortalidade, ao aumento dos anos de vida ganados e, por suposto, a unha menor morbilidade (diminución das mastectomías, menor afectación ganglionar, menor estadio tumoral ao diagnóstico, etc.). Todos estes indicadores son claramente máis favorables entre as pacientes diagnosticadas a través dun PDPCM respecto das pacientes sintomáticas.

A *Guía europea para la garantía de calidad en cribado mamográfico* é o modelo de referencia para os PDPCM europeos, e permite facer estudos de comparación de resultados entre os distintos programas.

Os radiólogos, adestrados previamente en lectura de cribado, participan nas avaliacións periódicas do programa con análises de resultados globais e particulares (cancros discordantes entre lectores, cancros de intervalo, etc.).

Os casos diagnosticados entre dúas exploracións de cribado supoñen un baremo da calidade do programa e un reto para a garantía de calidade, co fin de minimizar os cancros de intervalo ligados a un falso negativo.

Desde a Dirección Xeral de Saúde Pública, púxose en marcha en 1992 a primeira unidade de exploración mamográfica do Programa galego de detección precoz do cancro de mama (PGDPCM). Ata o ano 2004, o programa ía dirixido a todas as mulleres residentes en Galicia con idades comprendidas entre os 50 aos a 64 anos, idade na que saían do programa. Seguindo as directrices da Unión Europea, a partir de 2005, o programa comezou a ampliación progresiva do grupo de idade ata os 69 anos, obxectivo que se acadou no ano 2009. A actualización das *Directrices europeas sobre el cribado y diagnóstico del cáncer de mama* en setembro do ano 2022, substituíndo a *Council Recommendation, 2003/878/EC of 2 December 2003 on cancer screening* [1], establece a posible ampliación do cribado do cancro de mama ás mulleres de entre 45 e 74 anos como unha suxestión para que sexa avaliada polos países membros. É polo que a Consellería de Sanidade amplía o rango de idade das mulleres obxecto do Programa de detección precoz do cancro de mama a partir de setembro de 2023 de forma conxunta, e non progresiva, como así se decidiu facer noutras comunidades autónomas. Isto supón que todas as mulleres, despois de

cumpriren os 50 anos, reciben unha invitación para facerse unha mamografía bienal, ata que acaden os 74 anos.

As mulleres que forman parte da poboación diana do programa reciben información sobre el a través dunha carta, antes de seren citadas para a realización da proba mamográfica. A citación é persoal e por SMS/carta. Envíase nos 10-15 días previos á cita e nela especificanse o lugar, día e hora en que debe acudir para a realización da proba mamográfica, así como un número de teléfono para solicitar o cambio de cita, se fose preciso. Se a muller non acode, envíase unha nova citación, tamén polo mesmo sistema. A relación de mulleres que hai que citar obtense a partir do rexistro de tarxeta sanitaria.

Os únicos criterios de exclusión para a realización da mamografía de cribado son: ter padecido un cancro de mama ou ter realizado una mastectomía bilateral. A programación das citas faise de forma que se garante a periodicidade de dous anos do cribado en cada concello (cunha marxe de $\pm$ seis meses).

A proba básica de cribado é a mamografía, realízanse dúas proxeccións mamográficas (cranio-caudal e oblicuamediolateral) en cada mama cunha periodicidade de dous anos. Se o resultado é negativo, as mulleres reciben unha mensaxe no seu móbil (SMS) que as avisa deste resultado, lles recomenda seguir no programa e convidaas a repetir o estudo ao cabo de dous anos. Tamén poderán obter o resultado en É-Saúde ou a través de Atención Primaria pasado un mes desde a realización da proba.

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 cal se lles facilita unha cita para seren atendidas nunha unidade hospitalaria de diagnóstico e tratamento. Esta carta remítese tres días antes da cita e, ademais, dous días antes chámase a muller por teléfono para confirmala.

A estrutura asistencial do programa está formada polas 24 unidades de Exploración Mamográfica (onde se realizan as mamografías), 3 unidades de Avaliación Radiolóxica (UAR) (onde se len as mamografías) e polas 14 unidades de Diagnóstico e Tratamento (UDT) integradas nos hospitais da rede asistencial do Servizo Galego de Saúde, onde se realiza a valoración clínica adicional ata acadar un diagnóstico.

A xestión das unidades de Exploración Mamográfica está centralizada na unidade de coordinación, situada no Departamento Territorial de Sanidade da Coruña, que xunto cos coordinadores provinciais xestiona o circuíto e almacenamento das mamografías e coordina o persoal das unidades de Exploración Mamográfica. Desde esta unidade envíanse as cartas de presentación do programa e xestiónanse as citas das unidades de Exploración Mamográfica.

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 coas UDT e se envían ao domicilio das mulleres por carta certificada, ademais de realizar a súa confirmación telefónica. Neste servizo é onde se recibe e se rexistra na base de datos do programa toda a información remitida polos hospitais en relación co proceso de diagnóstico e tratamento.

O PGDPCM dispón dun sistema de información que realiza todos os procesos necesarios para a súa xestión, o cal está integrado co PACS e coa historia clínica electrónica. Todos os datos obtidos da participación das mulleres no programa son tratados de forma confidencial atendendo á lexislación vixente de protección de datos de carácter persoal.

RESULTADOS DO PROGRAMA (1992-2024)

1. Participación

No período 1992-2024 realizáronse un total de 4.440.505 invitacións válidas e 3.553.272 exploracións, das cales 702.135 corresponden a mulleres que acudían en primeira rolda á unidade de Exploración Mamográfica e 2.851.137 corresponden a exploracións feitas a mulleres que acudiron en roldas sucesivas. A participación global obtida foi do 80,02%, e por grupos de idade non se observan diferenzas destacables, existe un lixeiro ascenso conforme se incrementa a idade. No ano 2023 fixéronse 230.328 invitacións e 188.250 exploracións, e acadouse unha participación do 81,7%.

2. Resultados da proba de cribado

Das 3.553.272 mulleres exploradas no período 1992-2024 obtívose o resultado da avaliación radiolóxica en 3.553.109. Esta lixeira discrepancia entre os dous valores débese a que nun pequeno número de mulleres que fixeron a mamografía, esta non chega a lerse (porque a muller ten un diagnóstico previo de cancro de mama, porque ten prótese mamaria que impide a valoración do tecido mamario, etc). Dende o inicio do programa, a exploración mamográfica inicial obtivo un resultado definitivo (negativo ou positivo) no 99,8% das mulleres exploradas. A un 0,4% recomendóuselles unha mamografía intermedia de control aos 9-12 meses. Do total de mulleres exploradas, a un 0,1% foilles necesario repetir a mamografía por problemas técnicos.

O resultado final da avaliación mamográfica foi do 96,77% mulleres con resultado de normalidade (negativo), mentres que o 2,87% das mulleres foi derivado para unha valoración clínica adicional (o 0,4 restante non completou o control indicado). A proporción de mulleres ás cales se lles indica valoración clínica adicional redúcese coa idade e coas roldas, sendo maior na primeira rolda (6,85%) que nas sucesivas (1,89%).

No ano 2024, o resultado final da avaliación mamográfica foi do 97,05% de mulleres con resultado de normalidade (negativo), mentres que o 2,86% das mulleres foron derivadas para unha valoración clínica adicional. A proporción de mulleres ás cales se lles indica valoración clínica adicional mantén a mesma diferenza entre roldas, sendo maior na primeira rolda (8,82%) que nas sucesivas (1,97%).

3. Taxa de detección e valor predictivo positivo (VPP)

Os datos relativos ao diagnóstico e tratamento preséntanse unicamente para as mulleres exploradas ata o ano 2023. Os datos dispoñibles do ano 2024 non se amosan porque aínda son provisionais, xa que as mulleres exploradas preto do remate do ano, ás cales se lles indicou realizar un control hospitalario, poden aínda

continuar o seguimento e acabar sendo diagnosticadas e tratadas dun cancro de mama. Por este motivo, o informe cos resultados definitivos do ano 2024 elabórase no ano 2026.

O valor predictivo positivo (VPP) reflicte a probabilidade de padecer a enfermidade se se obtén un resultado positivo na proba de cribado. A taxa de detección (TD) é a proporción de mulleres en que se confirma un cancro de mama respecto ao total de mulleres ás cales se lles realiza o proceso de detección.

No período 1992-2023, entre as pacientes derivadas para estudo nas UDT dos hospitais, diagnosticáronse 13.062 casos de cancro de mama, o que supón un valor predictivo positivo do 13,6% e unha taxa de detección de 3,9 cancros por cada 1.000 mulleres exploradas. A taxa de detección mostra un incremento coa idade.

Entre as mulleres que acudiron por primeira vez ao programa, a taxa de detección é máis elevada que naquelas que acudiron en roldas sucesivas (4,71 e 3,7% respectivamente). O VPP é maior en roldas sucesivas e aumenta coa probabilidade asignada na avaliación radiolóxica.

No ano 2023, a taxa de detección foi de 5 casos por cada mil mulleres exploradas. Entre as mulleres que acudiron por primeira vez ao programa, a taxa de detección foi do 5,51%, mantendo o nivel dos anos previos. Entre as mulleres que acudiron en roldas sucesivas foi do 5%. En ambas as roldas se alcanzan os niveis de detección de cancro de mama desexables segundo os estándares europeos.

4. Resultados diagnósticos

Dos 13.062 cancros detectados no período 1992-2023, 1.851 foron carcinomas ductais *in situ*, 11.051 tumores invasivos, e non consta o grao de invasión en 160 cancros.

Coñécese o estadio de 12.857 tumores, dos cales o 32,5% estaban clasificados en estadio II ou superior. Esta porcentaxe é máis elevada en mulleres na primeira rolda (39,3%) que nas sucesivas (30,3%).

5. Tratamento

Desde o ano 1999 dispoñemos de información sobre o tratamento cirúrxico desagregado en mastectomía e cirurxía conservadora da mama. Para o período 2000-2023, o 21,4% das mulleres (das que coñecemos o tratamento recibido, 11.723 mulleres) foron sometidas a mastectomía. A porcentaxe de mastectomías é maior en cancros detectados na primeira rolda (28,5%) fronte aos diagnosticados nas roldas sucesivas (19,4%).

6. Tempo entre procesos

No período 1992-2023, o tempo que transcorre desde a realización da mamografía ata a gravación do seu resultado foi de 10 días ou menos no 88% das exploracións, este obxectivo está preto do 100% desde o ano 2006. Para o 77% das mulleres con mamografía positiva, o tempo entre a realización da mamografía e a data da cita hospitalaria foi de 30 días ou menos.

Non entanto, só no 30% das mulleres nas que se detectou un cancro de mama no período 1992-2023, o tempo de espera desde o diagnóstico ata o tratamento foi de 21 días ou menos (obxectivo 90%). O tempo total do proceso desde a exploración no programa ata o tratamento nos cancros diagnosticados na valoración clínica inicial foi de 60 días ou menos no 42,5% dos casos.

7. Conclusións

A **taxa de participación** global desde o comezo do programa ata o ano 2024 é do 80%, o que a sitúa por riba dos niveis desexables segundo as guías europeas (75%).

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 do 39,3% en primeira rolda; están por riba dos estándares de calidade (< 30%). O mesmo ocorre nas roldas sucesivas, cun 30,3%, o que supera o obxectivo desexable <25%.

Os **tempos de espera** das mulleres que precisan unha valoración clínica adicional tras a mamografía de cribado viñan sendo prolongados, polo que foi necesario que o PGDPCM e as UDT traballasen pola mellora na xestión das súas axendas e circuitos hospitalarios. O obxectivo é reducir tanto o tempo de demora na cita para a súa primeira valoración no hospital como o tempo que a muller espera para coñecer o diagnóstico e para comezar o tratamento no caso de serlle diagnosticado un cancro de mama. No ano 2023 cumpríronse os obxectivos, agás no caso da espera para iniciar o tratamento unha vez diagnosticado un cancro de mama.

En canto á **taxa de detección**, apréciase unha tendencia ascendente desde o ano 2006. No caso das mulleres exploradas na primeira rolda, a taxa de detección acadou o seu pico máximo no ano 2023. Tanto en primeira rolda como en roldas sucesivas, superábase o nivel desexable segundo os estándares europeos.

En canto ao **impacto do programa a medio e longo prazo**, no ano 2015 estudouse a evolución das taxas específicas de mortalidade por cancro de mama nas mulleres galegas durante o período 1980-2012, comparando as taxas de mortalidade esperadas en ausencia de cribado coas taxas reais observadas en presenza de programa de cribado [15]. Os resultados amosaron que en mulleres de 50-69 anos (grupo de idade diana do programa) se produciron 910 mortes menos por cancro de mama das esperadas, o que representa una diminución maior do 20% dos casos observados fronte ao que podería esperarse en ausencia de cribado.

O risco relativo de morrer nos grupos cribados cunha participación “pobre” (menor do 50%) redúcese nun 9 %. No entanto, para os grupos cribados cunha participación superior ou igual ao 50%, o risco redúcese nun 29%. Este efecto representa un impacto positivo do programa aínda que non pode ser diferenciado totalmente doutros factores, como poden ser, entre outros, as melloras no tratamento do cancro de mama.

Índice

1. INTRODUCCIÓN	13
2. PROGRAMA GALEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DO CANCRO DE MAMA (PGDPCM).	17
3. ESTRUTURA ASISTENCIAL	19
4. PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDADE	23
5. RESULTADOS DO PROGRAMA 1992-2019	24
6. FITOS NA EVOLUCIÓN DO PGDPCM	39
7. AVALIACIÓN CONTINUA DO PROGRAMA	41
8. CONCLUSIÓN	43
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

INTRODUCCIÓN

O cancro de mama continúa sendo o cancro máis frecuente entre as mulleres nos países desenvolvidos. Estímase que no ano 2018 se diagnosticaron na Unión Europea (EU 28) 523.000 novos casos, o que representa o 29,2% de todos os cancros na muller e unha taxa de incidencia de 113,6 por 100.000 mulleres. España ten unha taxa de incidencia media en relación cos países da súa contorna (101,2 por 100.000 mulleres) [2] (**táboa 1**).

O cancro de mama, continúa sendo a primeira causa de morte por cancro nas mulleres dos países da Unión Europea. Estímase que na Unión Europea (28 países), en 2018 faleceron 138.000 mulleres por esta causa, cunha taxa de mortalidade estandarizada por idade á poboación europea de 21,4 por 100.000 mulleres, en España 15,4 por 100.000 mulleres [2] (**táboa 1**).

Táboa 1. Estimación da incidencia e mortalidade por cancro de mama axustadas por idade en mulleres da Unión Europea. 2018.

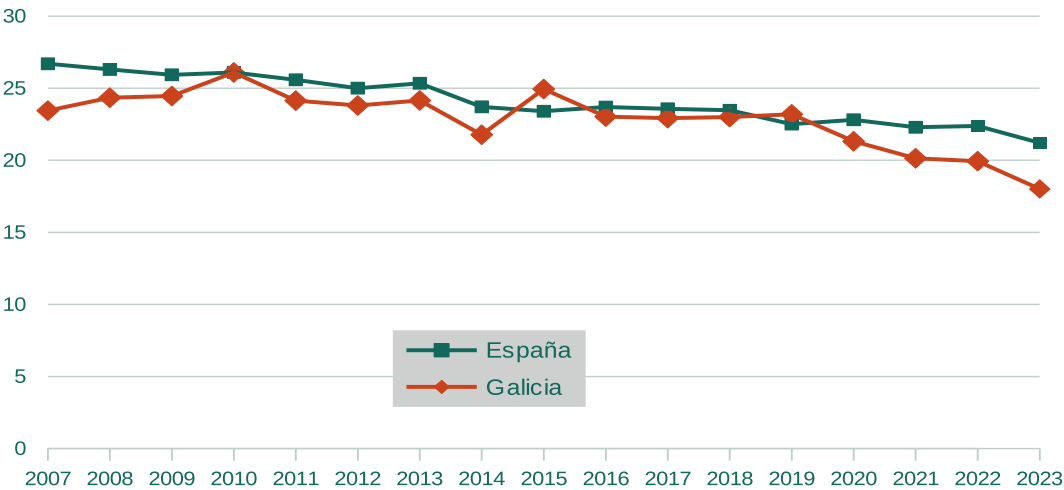
País	Incidencia*	País	Mortalidade*
Bélxica	154,7	Croacia	27,3
Luxemburgo	148,8	Hungría	26,1
Países Baixos	143,8	Irlanda	26,0
Francia	133,3	Letonia	25,5
Reino Unido	127,7	Chipre	24,7
Italia	125,4	Eslovaquia	24,6
Irlanda	123,2	Bélxica	24,3
Finlandia	122,9	Países Baixos	24,2
Suecia	122,9	Luxemburgo	23,6
Dinamarca	121,1	Bulgaria	23,5
Malta	121,0	Alemaña	23,4
Alemaña	116,2	Polonia	22,9
Hungría	116,0	Francia	22,7
Chipre	110,5	Lituania	22,7
España	101,2	Dinamarca	22,2
República Checa	97,0	Reino Unido	21,5
Austria	96,2	Austria	21,3
Grecia	94,3	Romanía	21,2
Portugal	94,0	Estonia	20,5
Croacia	93,6	Italia	20,3
Eslovenia	93,4	Eslovenia	20,2
Letonia	85,1	Grecia	20,2
Estonia	83,1	Malta	18,7
Eslovaquia	81,8	Suecia	17,2
Lituania	80,6	República Checa	17,1
Polonia	79,5	Portugal	16,6
Bulgaria	79,3	Finlandia	16,5
Romanía	70,3	España	15,4
Unión Europea (EU28)	113,6	Unión Europea (EU28)	21,4

* Taxas por 100.000 mulleres axustadas á poboación europea.

Fonte: Ferlay J, Colombet, M, Soerjomataram I et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018. *European Journal of Cancer*, Volume 103 (2018), 356-3871 [2].

REDECAN achega unha estimación de incidencia de cancro de mama para o ano 2023 de 103,3 TAE (taxa axustada á poboación estándar europea) e de 128,2 TANE (taxa axustada á nova poboación estándar europea) [3].

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



*Taxas estandarizadas á poboación europea de Eurostat 2013.
Fonte: Ministerio de Sanidade. Mortalidad por causa de muerte [4].

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Total nacional	26,70	26,30	25,93	26,09	25,58	25,00	25,34	23,71	23,40	23,69	23,57	23,47	22,51	22,81	22,29	22,38	21,20
Galicia	23,44	24,34	24,46	26,09	24,14	23,80	24,15	21,77	24,94	23,03	22,92	23,00	23,19	21,32	20,17	19,94	18,00

Fonte: Ministerio de Sanidad. Subdirección General de Información Sanitaria. Mortalidad por causa de muerte.

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 2023, rexistráronse en Galicia 388 mortes por esta causa, correspondendo o 24,5% a mulleres entre 50 e 69 anos, o 66,75% a mulleres de 70 ou máis anos e o 8,76% ao grupo de mulleres menores de 50 anos.

No ano 2024 rexistráronse 448 mortes por cancro de mama das que o 26,8% corresponderon a mulleres entre 50 e 69 anos, o 66,7% a mulleres maiores de 69 anos e o 6,5% ao grupo de mulleres menores de 50 anos (táboa 2.1).

Táboa 2. Mortes por tumores na muller. Galicia 2023 e 2024 (provisional)

Tumores	2023		2024 provisional	
	N.º falecidas	%	N.º falecidas	%
Mama	388	11,5	448	12,5
Colon	327	9,7	329	10,7
Estómago	139	4,1	147	5,5
Pulmón/bronquios	408	12,1	421	11,0
Páncreas	291	8,6	295	8,1
Ovario	128	3,8	118	4,6
Útero (corpo e non específico)	140	4,2	114	3,5
Colo uterino	58	1,7	50	1,2
Outros	1.486	44,2	1.432	42,9
Total	3.365	100	3.354	100

Fonte: Rexistro de mortalidade de Galicia. Dirección xeral de Saúde Pública

Táboa 2.1. Mortes por cancro de mama en mulleres. Galicia 2023 e 2024 (provisional)

Grupos de idade	Mortes por cancro de mama en mulleres. Galicia ano 2023			
	N.º mortes por cancro de mama	% do total de mortes por cancro de mama	N.º mortes por cancro	% mortes ca de mama/mortes por todos os tumores
<50 anos	34	8,8	117	29,1
50-69 anos	95	24,5	801	11,9
>69 anos	259	66,8	2.447	10,6
Global	388	100,0	3.365	11,5
Grupos de idade	Mortes por cancro de mama en mulleres. Galicia ano 2024 (provisional)			
	N.º mortes por cancro de mama	% do total de mortes por cancro de mama	N.º mortes por cancro	% mortes ca de mama/mortes por todos os tumores
<50 anos	29	6,5	101	28,7
50-69 anos	120	26,8	826	14,5
>69 anos	299	66,7	2.427	12,3
Global	448	100,0	3.354	13,4

Fonte: Rexistro de Mortalidade de Galicia. Dirección xeral de Saúde Pública

O cancro de mama segue constituíndo un problema de primeira orde. Na actualidade, non contamos con medidas efectivas 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. Polo tanto, os esforzos diríxense ás actividades de prevención secundaria, como é establecer un diagnóstico o máis precoz posible 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 74 anos demostrou a súa eficacia na redución da mortalidade por cancro de mama. En mulleres máis novas non está claro o beneficio do cribado [5].

En Europa, todos os programas poboacionais de cribado de cancro de mama incluían inicialmente as mulleres de 50-64 anos, ampliando posteriormente en todos eles o rango de idade 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.

Dende setembro do ano 2022 unha actualización das *Directrices europeas sobre el cribado y diagnóstico del cáncer de mama* suxire aos países membros avaliar a ampliación do cribado de cancro de mama ás mulleres de 45 a 74 anos [5]. O PGDPCM comezou a ampliación do rango de idade a 50-74 anos en setembro de 2023, e alcanzou a toda a poboación obxectivo a finais do ano 2024.

Na actualidade todas as comunidades autónomas dispoñen de programas de cribado de cancro de mama [7].

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 mamográfica do PGDPCM [7]. Naquel momento contou coa colaboración da Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). Desde aquela, o programa foise estendendo e todos os concellos galegos tiñan finalizado a súa primeira campaña en outubro de 1998, momento no que se acadou a cobertura do 100 % da poboación obxectivo do programa, mulleres de 50 a 64 anos [8].

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 [9], 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. De acordo cunha actualización de ditas directrices, o PGDPCM comezou a ampliación do rango de idade a a 50-74 anos en setembro de 2023, acadando a toda a poboación obxectivo en poucos meses.

O número de mulleres pertencentes ao grupo de idade de 50-69 anos, segundo a *Estatística do Padrón Continuo*, do ano 2024, é de 411.242 [10].

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 sobre este por carta, antes da citación persoal para a realización da proba mamográfica. Os coordinadores provinciais do programa a dos departamentos territoriais de sanidade son os encargados de promover o programa nos concellos. Para isto, manteñen reunións de presentación coas autoridades municipais, coas persoas sanitarias locais, coa prensa e a 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 e por carta. Envíase nos 10-15 días previos á cita e nela especificanse o lugar, o día e a hora en que debe acudir para a realización da proba mamográfica, así como un número de teléfono para solicitar cambio de cita se for preciso. Se a muller non acode, envíase unha nova citación, tamén por carta.

A relación de mulleres que hai que citar obtense a partir do rexistro de tarxeta sanitaria. Depúranse os erros (a idade, o sexo) e outras situacións da muller que fan imposible a cita (falecidas, incapacitadas ou enderezo descoñecido).

O único criterio de exclusión para a realización da mamografía de cribado é ter padecido un cancro de mama ou ter realizado una mastectomía bilateral. A programación das citas faise de forma que se garante a periodicidade de dous anos do cribado en cada concello (cun intervalo de $\pm$ seis meses). Esta programación actualízase cada seis meses e pode consultarse na páxina web da Dirección Xeral de Saúde Pública a través do seguinte enlace:

<http://www.sergas.es/Saude-publica/PGDPCM-Datas-de-actuacion-por-concellos>

Comunicación dos resultados da mamografía de cribado

Se o resultado é negativo, as mulleres reciben unha carta, informándoas deste resultado, recomendándolles seguir no programa e convidándoas a repetir o estudo ao cabo de dous anos. Tamén poderán obter o resultado a través do profesional de Atención Primaria ou en E-Saúde pasado un mes desde a realización da proba.

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 cal se lles facilita unha cita para seren atendidas nunha unidade hospitalaria de diagnóstico e tratamento. Esta carta remítese tres días antes da cita e, ademais, dous días antes dela chámase á muller por teléfono para confirmala.

Información ás usuarias

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

Todas as mulleres que precisan ir ao hospital para a realización da valoración clínica adicional, dispoñen de dous teléfonos adicionais (881 541 895 e 881 541 897) cos que poden contactar co programa no caso de precisar información ou cambio de cita no hospital.

Ademais dispoñen dun correo electrónico para consultas ou solicitudes en calquera fase do seu paso polo circuito do programa.

ESTRUTURA ASISTENCIAL

A estrutura asistencial do programa está formada polas seguintes unidades:

1. Unidades de Exploración Mamográfica

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

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

No ano 2010, comeza unha reestruturación do programa co obxectivo de dar unha mellor resposta ao compromiso de citar a todas as mulleres de Galicia cada dous anos, con todos os requisitos de calidade. As unidades móbiles tiñan superado a súa vida útil e presentaban limitacións para ofrecer un sistema de calidade respecto ás unidades fixas, entre as que cómpre sinalar a imposibilidade de instalar nelas a tecnoloxía dixital. A reestruturación foi encamiñada á progresiva eliminación destas unidades móbiles, ampliando a estrutura fixa e achegando o servizo o máis posible á poboación de mulleres obxectivo do programa. Así comenzáronse a abrir novas unidades fixas nos sete hospitais comarcais de Galicia utilizando as súas instalacións e equipamento.

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

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

- 8 unidades traballan en dobre xornada (de mañá e de tarde).
- 1 unidade traballa unicamente de mañá.
- 7 unidades, que corresponden ás que están asentadas nos hospitais comarcais da rede asistencial do Servizo Galego de Saúde, traballan coa modalidade de tarde funcionando durante todo o ano algunhas e 6 meses por campaña outras.

Localización das unidades de exploración do programa:

Localidad	Situación
A Coruña	Hospital Abente y Lago
Santiago de Compostela	Hospital Gil Casares
Ferrol	Hospital Naval de Ferrol
Lugo	Ambulatorio Praza de Ferrol
Ourense	Departamento Territorial de Sanidade
Pontevedra	Centro de Saúde A Parda
Vigo	Hospital do Meixoeiro
Cee	Hospital Público Virxe da Xunqueira
Vilagarcía de Arousa	Hospital Público do Salnés
Verín	Hospital Público de Verín
O Barco de Valdeorras	Hospital Público de Valdeorras
Burela	Hospital Público da Mariña
Ribeira	Hospital da Barbanza
Monforte	Hospital Público de Monforte de Lemos

Cada unha das localidades conta cun mamógrafo, agás A Coruña e Vigo, que contan con dous. As usuarias do programa que residen nun municipio con dificultades de acceso á unidade de exploración mamográfica que lles corresponde, teñen á súa disposición un sistema de transporte gratuito en autobús. O PGDPCM iniciou un proceso de dixitalización e no ano 2017 todas as unidades contan cun mamógrafo destas características.

2. Unidades de Avaliación Radiolóxica (UAR)

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

Localidad	Situación
A Coruña	Departamento Territorial de Sanidade
Lugo	Ambulatorio Praza de Ferrol
Pontevedra	Hospital Montecelo

O equipo de lectura está formado por 15 especialistas en radioloxía pertencentes a tres hospitais da comunidade autónoma. Os hospitais e a contribución de radiólogos é a seguinte:

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

A mediados do segundo semestre do ano 2023, e coincidindo coa ampliación do rango de idade do cribado ata os 74 anos, iniciouse o proceso de selección, formación e incorporación de 7 novos especialistas en radioloxía ás unidades de Avaliación Radiolóxica do programa. Tras o período de formación íranse incorporando

progresivamente ás tarefas de avaliación mamográfica. Nas unidades de Avaliación Radiolóxica é realizada a lectura das imaxes de forma independente por dous radiólogos e prevalece sempre o resultado máis desfavorable. No PGDPCM, como criterio de clasificación radiolóxica das alteracións nas mamografías, séguese a escala ordinal modificada da BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System) do American College of Radiology (ACR), que permite a clasificación por categorías en canto á probabilidade de malignidade dos estudos de imaxe:

Mamografías negativas	Mamografías positivas
I – Normal II – Benigna	III ou PP – Pouca probabilidade de malignidade IV ou MP – Media probabilidade de malignidade V ou AP – Alta probabilidade de malignidade

É importante remarcar que non hai una correspondencia real coas categorías da clasificación BI-RADS, pero a escala permite establecer, especialmente nas positivas, unha orden necesaria, por exemplo, para a priorización da citación hospitalaria [11] [12].

Cóntase cun arquivo centralizado de mamografías analóxicas que están dispoñibles para a súa consulta puntual, por petición dos radiólogos lectores. As mamografías dixitais almacénanse en formato electrónico nun dispositivo específico do programa de maneira que as mamografías dixitais previas son accesibles para a súa valoración polos radiólogos.

3. Unidades de Diagnóstico e Tratamento (UDT)

Estas unidades están integradas polos hospitais da rede asistencial do Servizo Galego de Saúde. Todas elas contan cun comité de mama no cal no que participan especialistas das diferentes áreas (radioloxía, xinecoloxía, cirurxía, anatomía patolóxica, oncoloxía, radioterapia, rehabilitación, etc).

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

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

4. Xestión e coordinación

A xestión das unidades de Exploración Mamográfica está centralizada na Unidade de Coordinación, situada no Departamento Territorial de Sanidade da Coruña, que xunto cos coordinadores provinciais xestiona o circuíto e almacenamento das mamografías e coordina o persoal das unidades de Exploración Mamográfica. Desde esta unidade

envíanse as cartas de presentación do programa e as de cita ás unidades de Exploración Mamográfica.

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. Neste servizo é onde se recibe e rexistra na base de datos do programa toda a información remitida polos hospitais.

5. Sistema informático

A dixitalización da imaxe radiolóxica permite que as tradicionais placas radiolóxicas sexan dixitalizadas e distribuídas nun formato dixital. Este feito, xunto co uso dos servidores PACS (Picture Archiving and Communications System), constitúen un sistema de almacenamento dixital, transmisión e descarga de imaxes radiolóxicas. Todo elo proporciona ao persoal de radioloxía e ao persoal técnico da imaxe a posibilidade de acceder a elas desde calquera lugar en calquera momento. O PGDPCM dispón dun sistema de información que realiza todos os procesos necesarios para a xestión do programa, está integrado co PACS e coa historia clínica electrónica.

Todos os datos obtidos da participación das mulleres no programa son tratados de forma confidencial atendendo á lexislación vixente de protección de datos de carácter persoal. O programa segue as recomendacións do Consello Europeo e do Ministerio de Sanidade, Consumo e Benestar Social.

O sistema conta con distintos módulos, implementados sobre distintas plataformas tecnolóxicas (Visual Basic 6, J2EE). Existe unha aplicación de escritorio de cartas, asignación de citas en unidades de Diagnose e Tratamento, rexistro de diagnóstico, xeración de indicadores estatísticos e listaxes. O sistema dispón dun módulo que efectúa unha parte do fluxo de traballo do PGDPCM desde o rexistro de actividade técnica ata o rexistro do resultado radiolóxico, incluíndo ademais a xestión da ligazón da imaxe dixital (integración co PACS). O sistema elabora, a partir dos datos rexistrados, unha serie de táboas de indicadores que se actualizan semanalmente.

PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDADE

Desde 1996, o *Programa galego de detección precoz do cancro de mama* está integrado na *European Breast Cancer Network* (EBCN) [13], 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 de reducir os custos minimizando as perdas de tempo e de material [14, 15].

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, persoal de radioloxía, auxiliares administrativos, técnicos e outros profesionais implicados no programa.

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

RESULTADOS DO PROGRAMA 1992-2024

Como a implantación do programa se realizou de maneira progresiva, simultaneamente realízanse diferentes campañas de cribado segundo as áreas xeográficas. Por campaña enténdese cada vez que son citadas as mulleres dun municipio. A primeira vez que son citadas considérase primeira campaña. Cando aos dous anos se volven a citar as mulleres dese mesmo municipio considérase segunda campaña e así sucesivamente.

Isto debe diferenciarse das roldas de cribado, que son as diferentes participacións das mulleres no programa. Considérase primeira rolda a **primeira exploración** de cribado que realiza unha muller dentro do programa, con independencia da campaña na que a muller é examinada e independentemente de previas invitacións ou recordatorios, e **roldas sucesivas** todas as exploracións de cribado realizadas á muller 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 da muller é a 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, recollemos nesta epígrafe a comparación cos principios estándares de referencia propostos na cuarta edición das *European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis*, do ano 2006 [15].

a. Participación

Neste informe recóllense a actividade e os datos de participación desde o inicio do programa ata o ano 2024. No período 1992-2024 realizáronse un total de 4.440.505 invitacións válidas. Leváronse a cabo 3.553.272 exploracións, das que 702.135 corresponden a mulleres que acudían en primeira rolda á unidade de Exploración Mamográfica e 2.851.137 corresponden a exploracións feitas a mulleres que acudiran en roldas sucesivas. A participación global obtida foi do **80,02%** (táboa 3).

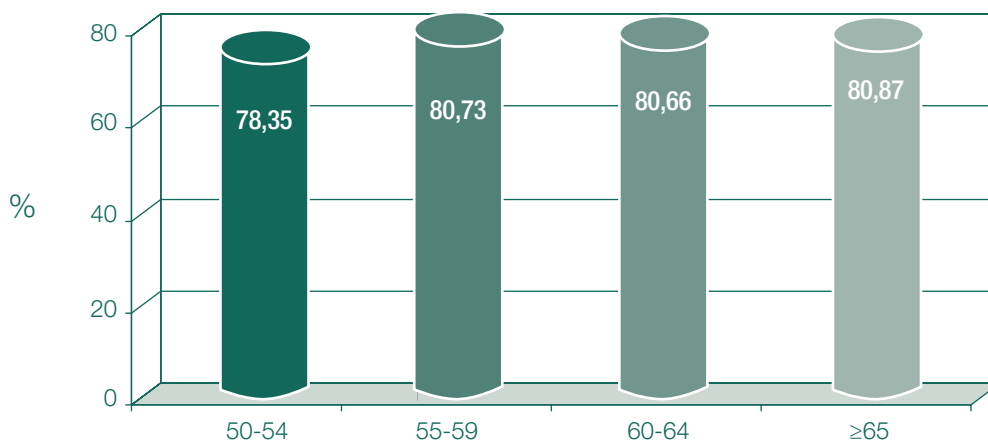
Táboa 3. Evolución da participación. Resultados globais. Anos 1992-2024

Anos	Invitacións	Exploracións	Taxa de participación (%)*
1992-97	244.950	174.344	71,2
1998	88.576	64.963	73,3
1999	101.452	72.643	71,6
2000	105.093	77.299	73,6
2001	103.534	77.584	74,9
2002	107.559	80.201	74,6
2003	109.921	82.751	75,3
2004	95.115	77.821	81,8
2005	128.600	95.954	74,6
2006	123.255	99.858	81,0
2007	138.010	109.579	79,4
2008	144.015	115.091	79,9
2009	137.562	112.988	82,1
2010	152.831	124.559	81,5
2011	170.927	136.975	80,1
2012	186.065	148.175	79,6
2013	167.669	137.369	81,9
2014	186.777	155.336	83,2
2015	177.092	143.359	81,0
2016	183.707	153.804	83,7
2017	179.366	146.909	81,9
2018	206.275	167.733	81,3
2019	182.062	149.674	82,2
2020	165.856	136.088	82,1
2021	203.382	168.559	82,9
2022	179.426	150.280	83,8
2023	229.656	188.251	81,7
2024	241.772	205.125	84,8
TOTAL	4.440.505	3.553.272	80,02
Obxectivo aceptable			>70
Obxectivo desexable			>75

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

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

Por grupos de idade non se observan diferenzas destacables na participación, existindo un lixeiro ascenso conforme se incrementa a idade (**gráfico 2**).

Gráfico 2. Participación por grupos de idade no período 1992-2024

A **participación global do programa** no ano **2024** é dun 84,84%. En canto a participación por provincias, destaca a alta participación en todas elas desde a posta en marcha do programa no ano 1992 (**táboa 4**).

Facendo unha análise **por provincias**, no ano **2024**, as provincias da Coruña e Lugo, cunha participación superior ao **85%**, son as que acadan unha maior porcentaxe, seguindo a liña dos tres últimos anos. Tamén neste mesmo ano **2024**, a porcentaxe de participación de mulleres exploradas en primeira rolda foi do **56,77** e o **91,59%** corresponde ás mulleres exploradas en roldas sucesivas.

Táboa 4. Participación por provincias. Anos 1992-2024

Anos	A Coruña	Lugo	Ourense	Pontevedra	Total
1992-97	73,74	69,34	69,55	69,07	71,22
1998	76,42	72,8	69,89	71,51	73,39
1999	74,39	69,83	71,51	68,95	71,75
2000	77,45	76,95	73,61	68,2	73,72
2001	77,34	72,82	71,47	76,04	75,39
2002	74,66	78,42	75,06	74,51	75,06
2003	78,54	75,9	74,23	72,67	75,67
2004	83,71	78,51	80,11	82,3	82,05
2005	76,27	83,02	79,78	67,98	74,82
2006	82,12	82,85	79,07	80,49	81,18
2007	79,68	80,2	79,44	79,16	79,56
2008	80,15	84,06	79,72	78,84	80,12
2009	82,1	79,16	79,68	83,94	82,06
2010	80,82	81,67	85,04	81,43	81,54
2011	81,71	81,9	79,05	78,57	80,17
2012	80,1	82,55	76,35	79,13	79,68
2013	80,72	86,05	81,24	82,06	81,88
2014	84,01	82,4	82,85	81,88	83,00
2015	78,87	86,5	79,34	82,14	80,91
2016	83,79	82,38	84,52	83,5	83,56
2017	81,98	85,82	78,5	81,52	81,49
2018	80,67	82,39	81,39	81,42	81,14
2019	82,16	85,91	78,37	82,04	81,84
2020	81,2	82,72	78,97	72,27	80,81
2021	82,58	82,70	80,38	81,65	81,97
2022	84,1	86,17	79,86	83,56	83,76
2023	82,9	82,6	79,9	80,7	81,73
2024	85,65	85,79	81,65	84,37	84,84
Global	80,72	80,93	78,55	79,33	80,02

b. Resultados da proba de cribado

Das **3.553.272** mulleres exploradas no período **1992-2024**, obtívose o resultado da avaliación radiolóxica en **3.553.109**. Esta pequena discrepancia entre os dous valores débese a que nun pequeno número de mulleres que fixeron a mamografía, esta non chega a lerse (porque a muller ten un diagnóstico previo de cancro de mama, porque ten prótese mamaria que impide a valoración do tecido mamario, etc).

No período **1992-2024**, a exploración mamográfica inicial (que chamaremos control mamográfico de rutina) obtivo un resultado definitivo (negativo ou positivo) no 99,8% das mulleres exploradas. A un 0,4% recomendóuselles unha mamografía intermedia de control aos 9-12 meses (**táboa 5**). Do total de mulleres exploradas, a un 0,1% foille necesario repetir a mamografía por problemas técnicos.

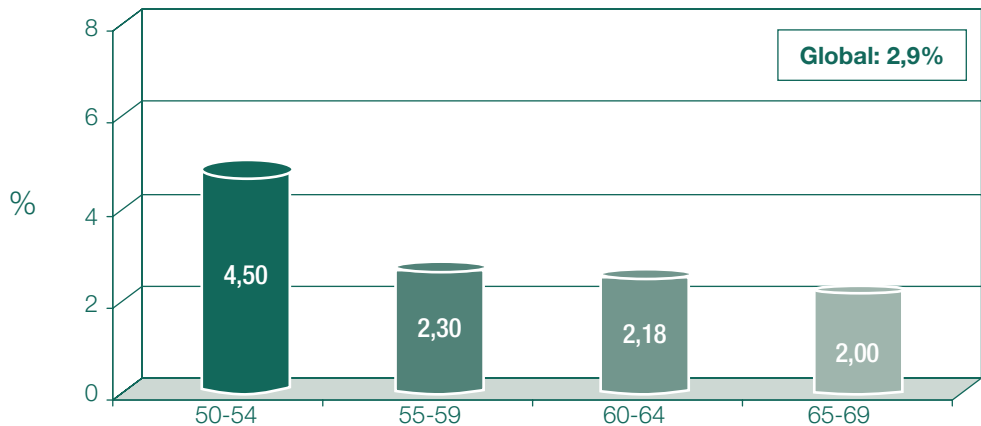
O resultado final da avaliación mamográfica foi do 96,77% de mulleres con resultado de normalidade (negativo), mentres que ao 2,87% das mulleres recomendóuselles unha valoración clínica adicional. Como se pode ver no **gráfico 3**, a proporción de mulleres ás que se lles indica valoración clínica adicional redúcese coa idade e coas roldas, sendo maior na primeira rolda (6,85 %) que nas sucesivas (1,89%) (**táboas 6 e 7**).

Táboa 5. Resultados da proba de cribado. Datos globais. Anos 1992-2024

Anos	Exploracións	% negativas	% control 9-12 meses	% repeticións por motivos técnicos	% valoración clínica adicional*
1992-97	174.305	92,18	1,85	0,68	6,03
1998	64.961	93,65	1,59	0,18	4,81
1999	72.636	94,14	1,37	0,29	4,52
2000	77.292	95,42	0,83	0,31	3,78
2001	77.575	95,61	0,64	0,21	3,76
2002	80.199	96,62	0,43	0,13	2,96
2003	82.747	97,19	0,48	0,12	2,35
2004	77.820	97,29	0,45	0,16	2,27
2005	95.954	97,5	0,49	0,05	2,03
2006	99.858	97,75	0,43	0,03	1,84
2007	109.578	98,04	0,33	0,03	1,65
2008	115.090	98,01	0,31	0,06	1,69
2009	112.978	97,56	0,30	0,07	2,13
2010	124.558	97,36	0,25	0,04	2,40
2011	136.972	97,11	0,30	0,03	2,60
2012	148.170	96,91	0,24	0,03	2,86
2013	137.368	96,76	0,17	0,02	3,07
2014	155.333	97,04	0,14	0,02	2,82
2015	143.350	97,14	0,11	0,05	2,75
2016	153.789	97,41	0,18	0,02	2,42
2017	146.902	97,6	0,19	0,07	2,40
2018	167.729	97,34	0,21	0,03	2,46
2019	149.672	96,58	0,14	0,02	3,29
2020	136.082	97,16	0,17	0,07	2,66
2021	168.554	97,22	0,12	0,04	2,66
2022	150.275	97,08	0,10	0,16	2,82
2023	188.244	97,09	0,09	0,07	2,82
2024	205.118	97,05	0,10	0,08	2,86
Global	3.553.109	96,77	0,37	0,10	2,87

* 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 3. Proporción de mulleres con valoración clínica adicional por grupos de idade no período 1992-2024



Táboa 6. Resultados da proba de cribado. **Primeira rolda.** Anos 1992-2024

Anos	Avaliadas	% Negativas	% Control 9-12 meses	% Repeticiones por motivos técnicos	% Valoración clínica adicional*
1992-97	142.518	91,22	2,08	0,69	6,77
1998	30.516	90,21	2,85	0,25	7,04
1999	24.792	88,74	3,42	0,46	7,93
2000	23.107	90,60	2,49	0,36	6,98
2001	19.102	90,47	2,31	0,39	7,26
2002	18.904	91,74	1,72	0,20	6,61
2003	17.216	92,79	2,13	0,15	5,18
2004	14.443	92,43	2,28	0,30	5,32
2005	19.629	93,31	2,24	0,08	4,54
2006	17.681	93,52	2,14	0,06	4,39
2007	18.971	94,35	1,77	0,07	3,92
2008	19.343	94,47	1,69	0,11	3,91
2009	17.248	93,35	1,72	0,07	4,96
2010	20.714	92,93	1,36	0,07	5,76
2011	22.719	92,42	1,55	0,06	6,07
2012	22.867	91,78	1,24	0,05	7,01
2013	20.067	91,54	0,77	0,03	7,72
2014	18.784	91,47	0,87	0,03	7,69
2015	21.659	92,44	0,49	0,07	7,08
2016	17.960	91,74	1,04	0,05	7,27
2017	19.530	92,28	0,84	0,09	6,90
2018	20.952	91,62	0,98	0,06	7,43
2019	21.277	89,91	0,6	0,04	9,49
2020	17.345	90,91	0,78	0,14	8,30
2021	25.988	91,58	0,49	0,06	7,93
2022	20.202	91,07	0,39	0,17	8,56
2023	21.965	90,94	0,39	0,10	8,68
2024	26.551	90,79	0,43	0,12	8,82
Global	702.050	91,66	1,58	0,25	6,85
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 7. Resultados da proba de cribado. **Roldas sucesivas.** Anos 1992-2024

Anos	Avaliadas	% Negativas	% Control 9-12 meses	% Repeticións por motivos técnicos	% Valoración clínica adicional*
1992-97	31.786	96,48	0,85	0,63	2,73
1998	34.445	96,70	0,48	0,11	2,84
1999	47.844	96,94	0,31	0,21	2,76
2000	54.186	97,47	0,11	0,29	2,42
2001	58.473	97,28	0,10	0,15	2,61
2002	61.295	98,13	0,04	0,10	1,84
2003	65.531	98,35	0,04	0,11	1,61
2004	63.377	98,39	0,03	0,13	1,58
2005	76.325	98,58	0,04	0,04	1,38
2006	82.177	98,66	0,06	0,02	1,29
2007	90.607	98,81	0,02	0,02	1,17
2008	95.747	98,73	0,03	0,05	1,24
2009	95.730	98,32	0,04	0,07	1,63
2010	103.844	98,24	0,03	0,04	1,73
2011	114.253	98,04	0,05	0,03	1,91
2012	125.303	97,84	0,06	0,03	2,11
2013	117.301	97,66	0,06	0,02	2,28
2014	136.549	97,80	0,04	0,02	2,16
2015	121.691	97,98	0,05	0,04	1,98
2016	135.828	98,16	0,07	0,02	1,77
2017	127.373	98,20	0,09	0,06	1,70
2018	146.778	98,15	0,10	0,03	1,75
2019	128.395	97,68	0,06	0,02	2,25
2020	118.737	98,07	0,09	0,06	1,84
2021	142.565	98,25	0,05	0,04	1,70
2022	130.073	98,02	0,06	0,16	1,93
2023	166.279	97,90	0,05	0,07	2,05
2024	178.567	97,98	0,05	0,08	1,97
Global	2.851.059	98,04	0,08	0,07	1,89
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)

O VPP reflicte a probabilidade de padecer a enfermidade se se obtén un resultado positivo na proba de cribado, dese xeito derívase a usuaria a unha UDT para confirmación diagnóstica. A taxa de detección é a proporción de mulleres en que se confirma un cancro de mama respecto ao total de mulleres ás que se lles realiza o proceso de cribado, incluídos os cancros diagnosticados nas exploracións intermedias. Pola contra, exclúense os tumores lobulillares *in situ*, a diferenza da información proporcionada por outros rexistros como o Regat (Rexistro Galego de Tumores). Os datos relativos ao diagnóstico e tratamento preséntanse unicamente para as mulleres exploradas ata o ano 2023. Os datos dispoñibles do ano 2024 non se amosan porque 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. Por este motivo, o informe cos resultados definitivos do ano 2024 elabórase no ano 2026.

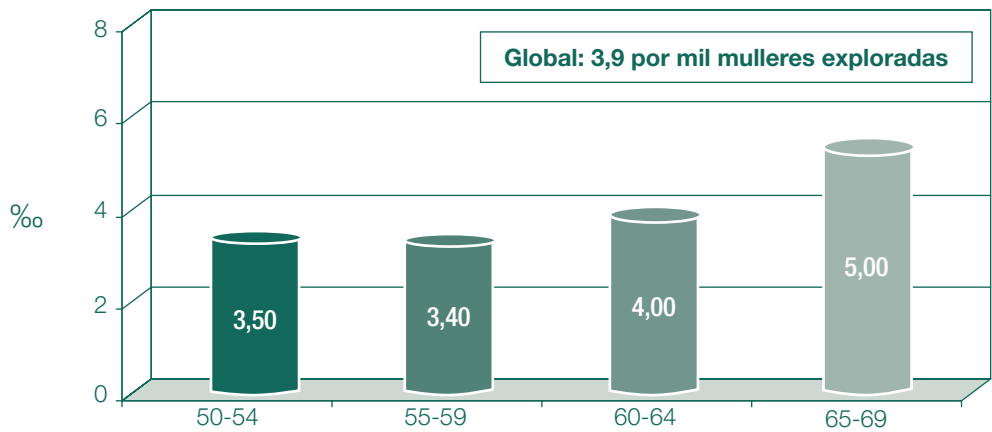
No período 1992-2023, entre as usuarias derivadas ás UDT dos hospitais para estudo, diagnosticáronse 13.062 cancros, o que supón un valor predictivo positivo (VPP) do 13,6% e unha taxa de detección de 3,9 cancros por cada 1.000 mulleres exploradas (**táboa 8**). A taxa de detección mostra un incremento coa idade, como se observa no **gráfico 4**.

Táboa 8. Cancros detectados. Datos globais. Anos 1992-2023

Anos	Avaliadas	Valoración clínica adicional	Cancros detectados	Taxa detección*	VPP
1992-97	174.305	10.518	759	4,35	7,22
1998	64.961	3.126	235	3,62	7,52
1999	72.636	3.287	231	3,18	7,03
2000	77.292	2.923	259	3,35	8,86
2001	77.575	2.916	255	3,29	8,74
2002	80.199	2.375	234	2,92	9,89
2003	82.747	1.943	258	3,12	13,28
2004	77.820	1.770	197	2,53	11,13
2005	95.954	1.943	277	2,89	14,26
2006	99.858	1.837	257	2,57	13,99
2007	109.578	1.803	319	2,91	17,69
2008	115.090	1.945	373	3,24	19,18
2009	112.978	2.412	414	3,66	17,16
2010	124.558	2.995	484	3,89	16,16
2011	136.972	3.560	567	4,14	15,93
2012	148.170	4.241	564	3,81	13,3
2013	137.368	4.223	571	4,16	13,52
2014	155.333	4.388	647	4,17	14,74
2015	143.350	3.943	551	3,84	13,97
2016	153.789	3.715	566	3,68	15,24
2017	146.902	3.521	606	4,13	17,21
2018	167.729	4.128	777	4,63	18,82
2019	149.672	4.919	682	4,56	13,86
2020	136.082	3.633	604	4,42	16,63
2021	168.554	4.489	756	4,48	16,84
2022	150.276	4.234	668	4,43	15,78
2023	188.243	5.315	951	5,05	17,89
Global	3.347.991	96.102	13.062	3,9	13,59

* Número de cancros detectados por 1.000 mulleres exploradas.

Gráfico 4. Taxa de detección por grupos de idade no periodo 1992-2023



As mulleres que acudiron por primeira vez ao programa tiveron unha taxa de detección máis elevada que aquelas que acudiron en roldas sucesivas (4,71 e 3,7% respectivamente) (**táboa 9**). O VPP é maior en roldas sucesivas 19,63 fronte ao 6,93 na primeira rolda, e aumenta coa probabilidade asignada na avaliación radiolóxica, (**gráfico 5**). No PGDPCM, como criterio de clasificación radiolóxica das alteracións nas mamografías, séguese a escala ordinal “BIRADS modificada”, asimilada á BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System) do American College of Radiology (ACR), que permite a clasificación por categorías en canto á probabilidade de malignidade dos estudos de imaxe:

- MAMOGRAFÍAS NEGATIVAS: normal (1), benigna (2).
- MAMOGRAFÍAS POSITIVAS: pouca probabilidade de malignidade (3 ou PP), media probabilidade de malignidade (4 ou MP), alta probabilidade de malignidade (5 ou AP).

É importante remarcar que non hai una correspondencia real coas categorías da clasificación BI-RADS, pero a escala permite establecer, especialmente nas positivas, unha orde necesaria para a priorización das actuacións subseguintes, comezando pola citación hospitalaria para a avaliación clínica adicional.

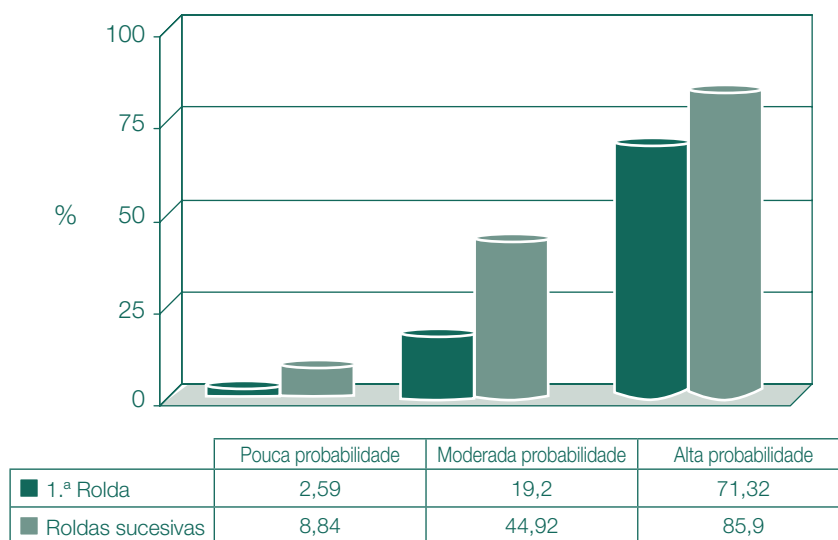
Táboa 9. Cancros detectados. Anos 1992-2023

Anos	Primeira rolda			Roldas sucesivas		
	Cancros detectados	Taxa detección*	VPP	Cancros detectados	Taxa detección*	VPP
1992-97	661	4,64	6,85	98	3,08	11,29
1998	139	4,55	6,47	96	2,79	9,82
1999	104	4,19	5,29	127	2,65	9,62
2000	91	3,94	5,64	168	3,10	12,82
2001	71	3,72	5,12	184	3,15	12,04
2002	69	3,65	5,52	165	2,69	14,67
2003	62	3,6	6,96	196	2,99	18,63
2004	41	2,84	5,34	156	2,46	15,57
2005	73	3,72	8,19	204	2,67	19,39
2006	52	2,94	6,70	205	2,49	19,32
2007	75	3,95	10,10	244	2,69	23,02
2008	71	3,67	9,38	302	3,15	25,42
2009	77	4,46	9,00	337	3,51	21,59
2010	106	5,12	8,88	378	3,64	20,99
2011	93	4,09	6,74	474	4,15	21,73
2012	123	5,38	7,67	441	3,52	16,72
2013	90	4,48	5,81	481	4,10	17,99
2014	102	5,43	7,06	545	3,99	18,51
2015	112	5,08	7,18	439	3,57	18,22
2016	90	5,01	6,89	476	3,50	19,76
2017	104	5,33	7,72	502	3,93	23,10
2018	136	6,49	8,73	641	4,35	24,94
2019	113	5,31	5,58	569	4,41	19,67
2020	120	6,92	8,29	484	4,05	22,14
2021	163	6,27	7,91	593	4,16	24,41
2022	125	6,19	7,24	543	4,17	21,66
2023	121	5,51	6,35	830	5,00	24,35
Global	3184	4,71	6,96	9878	3,70	19,63
Obxectivo aceptable		4,2 [†]			2,1 [†]	
Obxectivo desexable		>4,2			>2,1	

*Por 1.000 mulleres avaliadas. [†]3 x incidencia basal (1,4 casos por 1.000 mulleres). [†]1,5 x incidencia basal (1,4 casos por 1.000 mulleres).

No ano 2023 confirmouse o diagnóstico de cancro de mama no 17,89% das mulleres con mamografía de cribado positiva (VPP). O VPP varía segundo a categoría da clasificación da mamografía de cribado, mellorando conforme aumenta o seu valor. Estes datos mostran a importancia que ten a categorización do resultado da mamografía no diagnóstico do cancro de mama. O 66,76% dos casos que se detectan este ano 23 corresponden a mulleres con mamografías de moderada e alta probabilidade de malignidade, que supoñen un 18,3% do total das derivadas aos hospitais.

Gráfico 5. Valor predictivo positivo segundo niveis de risco na avaliación radiolóxica e rolda de exploración. Anos 1992-2023



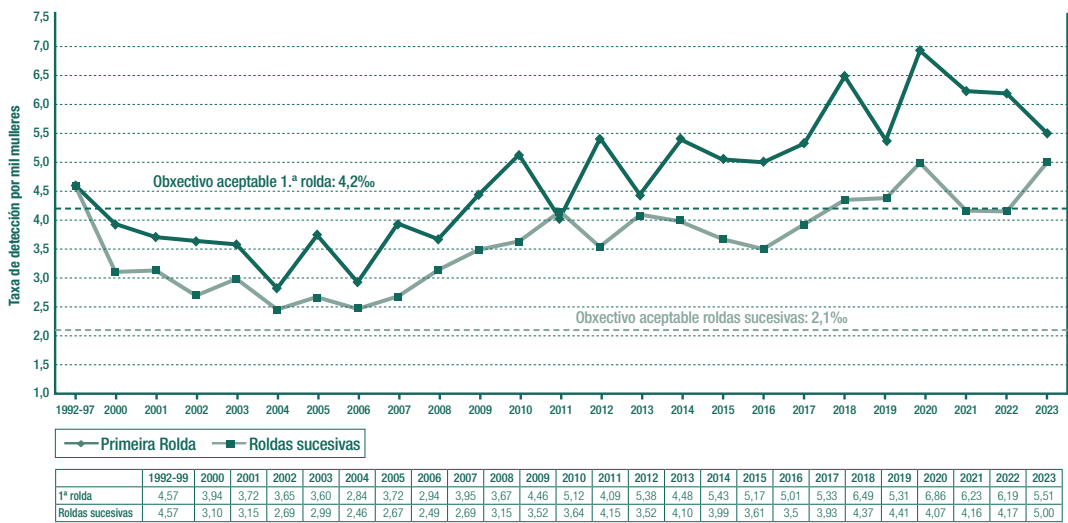
No ano **2023**, a taxa de detección foi de 5,05 casos por cada mil mulleres exploradas. Entre as mulleres que acudiron por primeira vez ao programa a taxa de detección foi de **5,51%**, valor un pouco máis baixo aos anos previos: 2022 (6,19%) e 2021 (6,27%). Entre as mulleres que acudiron en roldas sucesivas a taxa de detección foi de **5%**, valor superior ao rexistro do ano anterior 2022 (4,17%) e ao ano 2021 (4,16%), (**gráfico 6**).

No ano **2023** obsérvase unha converxencia nas taxas de detección entre a primeira rolda (5,51%) e as roldas sucesivas (5%), acadando valores moi semellantes. Tradicionalmente, nos programas de cribado, a taxa de detección na primeira rolda adoita ser superior debido á identificación de casos prevalentes, (casos que levan un tempo desenvolvéndose sen dar síntomas; é dicir, son tumores que xa existían antes de que a muller entrase no programa); mentres que nas roldas sucesivas se detectan fundamentalmente casos incidentes (casos novos que apareceron desde a última mamografía). Por todo iso, a taxa de detección adoita ser máis alta na primeira rolda.

O notable ascenso da taxa de detección en roldas sucesivas en 2023, explícase pola progresiva incorporación da cohorte de 70-74 anos nos últimos meses dese ano. Estas mulleres participaron nunha rolda «cuasi-prevalente», xa que na súa maioría levaban máis de 3 anos sen explorar tras a súa última mamografía de cribado. Isto permitiu detectar un alto número de casos de cancro neste grupo (alta taxa de detección), que repercute no indicador global para a rolda.

No gráfico 6 pódese observar a evolución da taxa de detección desde o inicio do programa.

Gráfico 6. Taxa de detección por rolda. Evolución 1992-2023



c.2. Exploracións complementarias realizadas

Durante o período 1992-2023, desde as unidades de Diagnóstico e Tratamento notificáronse as seguintes exploracións complementarias: 2.687 puncións aspiración con agulla fina (PAAF), das cales foron positivas un 21,2%, e 21.083 biopsias das cales o 56,8% foron positivas.

No período 1999-2023 rexistrouse un aumento progresivo da proporción de biopsias non cirúrxicas, de tal xeito que no 1999 representaban o 16% do total de biopsias e no 2023 xa supoñen o 98%. Este dato reflicte a tendencia actual de reducir a un mínimo adecuado o número de biopsias cirúrxicas. No ano 2023 o 62,5% das biopsias cirúrxicas foron negativas.

A comparación co estándar europeo está perdendo utilidade dado o ínfimo número de biopsias cirúrxicas que se veñen realizando nos últimos anos (8 en 2023). Moitas delas teñen unha intención diagnóstica/terapéutica para a excisións de lesións non malignas.

c.3. Resultados diagnósticos

Dos **13.062** cancros detectados no período 1992-2023, **1.851** foron carcinomas ductais *in situ*, **11.051** tumores invasivos, e non consta o grao de invasión en 160 cancros (**táboa 10**).

Táboa 10. Grao de invasión dos cancros detectados segundo a rolda de exploración en porcentaxe. Anos 1992-2023

	Cancros <i>in situ</i>		Cancros invasivos		Descoñecido	Tumores detectados
	N	%*	N	%*	N	
1.ª rolda	494	15,8	2.627	84,2	63	3.184
Rondas sucesivas	1.357	13,9	8.424	86,1	97	9.878
Global	1.851	14,3	11.051	85,7	160	13.062

* Porcentaxe sobre os 12.902 casos dos que se coñece o grao de invasión.

Coñécese o estadio de **12.857** tumores, dos cales o 32,5% estaban clasificados en estadio II ou superior. Esta porcentaxe é máis elevada en mulleres en primeira rolda (39,3%) que en sucesivas (30,3%). A evolución deste indicador ao longo dos anos 1992-2023 pódese consultar na **táboa 11**.

Táboa 11. Porcentaxe de cancros detectados en estadio II ou superior. Anos 1992-2023

Anos	Primeira rolda		Roldas sucesivas	
	Cancros estadiados	Estadio II + (%)	Cancros estadiados	Estadio II + (%)
1992-97	630	42,7	95	27,4
1998	134	49,2	92	33,7
1999	100	42,0	122	31,1
2000	90	33,3	164	37,8
2001	71	45,1	181	38,7
2002	68	35,3	164	33,9
2003	60	41,7	191	30,9
2004	40	42,5	152	29,6
2005	69	34,8	199	30,8
2006	49	49,0	202	39,1
2007	73	41,1	237	33,3
2008	69	30,4	294	34,7
2009	75	40,0	333	33,4
2010	102	46,5	374	32,9
2011	92	37,0	469	28,4
2012	121	39,7	434	29,7
2013	90	30,3	479	26,8
2014	101	39,6	541	28,0
2015	111	35,5	436	30,4
2016	89	47,7	469	31,0
2017	101	28,0	487	31,5
2018	135	37,0	635	26,5
2019	110	28,2	567	28,4
2020	120	30,3	483	26,7
2021	160	37,11	589	29,0
2022	123	43,9	538	31,6
2023	120	40,8	827	30,35
Global	3.103	39,3	9.754	30,30
Obxectivo aceptable*		-		25
Obxectivo desexable*		<30		<25

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

En canto á afectación ganglionar, non tiñan invasión ganglionar o 63,45% dos cancros infiltrantes na primeira rolda, e o 68,8% nas roldas sucesivas (**táboa 12**).

Táboa 12. Cancros invasivos. Porcentaxe sen afectación ganglionar. Anos 1992-2023

Anos	Primeira rolda		Roldas sucesivas	
	Cancros invasivos	Cancros invasivos sin afectación ganglionar (%)	Cancros invasivos	Cancros invasivos sen afectación ganglionar (%)
1992-97	536	64,9	78	76,6
1998	116	65,0	80	81
1999	88	71,6	103	75,7
2000	78	71,8	151	74,8
2001	61	64,0	163	69,3
2002	52	65,4	136	70,1
2003	48	56,2	165	75,6
2004	35	57,1	128	77
2005	62	72,6	163	70,5
2006	41	45,0	179	63,1
2007	62	66,1	197	65,3
2008	61	70,5	260	69,2
2009	66	66,7	304	70,7
2010	92	60,0	315	68,5
2011	83	65,8	407	68,1
2012	103	50,0	384	59,4
2013	69	50,0	409	60,5
2014	82	48,1	457	60,7
2015	85	54,3	372	62,5
2016	77	57,3	397	66,07
2017	85	68,67	423	63,92
2018	112	57,66	559	71,17
2019	92	74,73	487	70,43
2020	100	70,0	411	74,4
2021	136	68,38	520	72,7
2022	106	64,15	461	73,2
2023	98	65,3	712	75,56
Global	2.626	63	8.421	68,8
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. Para o período 2000-2023, o 21,4% das mulleres (das que coñecemos o tratamento recibido, 11.723 mulleres) foron sometidas á mastectomía. Esta práctica está experimentando un descenso progresivo, e reflicte, por unha banda, que os casos se están diagnosticando nunha alta porcentaxe en estadios temperás e, pola outra, que se están seguindo cada vez mais as recomendacións de realizar, sempre que sexa posible, cirurxía conservadora; e estase avanzando moito nas técnicas cirúrxicas conservadoras. A porcentaxe de mastectomías é maior en cancros detectados na primeira rolda (28,5%) fronte aos diagnosticados nas roldas sucesivas (19,4%), (**táboa 13**).

Táboa 13. Cancros detectados. Anos 2000-2023

Anos	Primeira rolda		Roldas sucesivas	
	Cancros con información sobre tratamento	Mastectomía (%)	Cancros con información sobre tratamento	Mastectomía (%)
2000	90	51,1	165	41,8
2001	71	57,7	181	48,1
2002	68	57,3	164	32,7
2003	61	39,4	192	44,2
2004	40	37,5	155	34,1
2005	71	32,4	199	35,8
2006	51	23,5	203	22,6
2007	73	11	239	25,9
2008	71	25,3	294	20,4
2009	75	24	332	20,2
2010	102	24,5	374	20,3
2011	92	28,3	469	21,5
2012	121	36,3	434	18,4
2013	90	20,2	479	18,4
2014	101	15,8	541	13,1
2015	111	25	436	18,56
2016	90	29,2	469	15,8
2017	104	25,2	496	19,7
2018	136	32,3	639	11,83
2019	113	19,81	568	16,9
2020	120	17,5	482	10,2
2021	159	20,75	589	15,96
2022	124	25,88	536	14,36
2023	120	25	828	14,38
Global	2.254	28,5	9.464	19,4

e. Tempo entre procesos

Outro dos indicadores do programa son os tempos entre os principais procesos do cribado. No período **1992-2024**, o tempo que transcorre desde a realización da mamografía ata a gravación do seu resultado foi de 10 días ou menos no 88% das exploracións. Este obxectivo está preto do 100% desde o ano 2006. Para o 79% das mulleres con mamografía positiva o tempo entre a realización da mamografía e a data da cita hospitalaria foi de 30 días ou menos.

No 30% das mulleres en que se detectou un cancro de mama no período **1992-2023**, o tempo de espera desde o diagnóstico ata o tratamento foi de 21 días ou menos. O tempo total do proceso desde a exploración no programa ata o tratamento nos cancros diagnosticados na valoración clínica inicial foi de 60 días ou menos no 42,5% dos casos. A evolución destes tempos por anos móstrase na **táboa 14**.

Táboa 14. Tempos entre procesos. Anos 2010-2024

Indicador																Obxectivo
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
% mulleres con tempo exploración-lectura ≤10 días*	96,8	96,5	94,5	95,1	93,7	98,7	98,8	99,44	99,59	99,69	99,3	100	97	96,5	95.5	≥90%
% mulleres con tempo exploración-cita hospital ≤30 días*	69,6	79,6	74,4	87,8	80,2	97,6	99,81	93,76	92,6	89,25	100	100	98	99	92	≥90%
% mulleres con tempo diagnóstico-tratamento ≤21 días*	38,8	34,1	30,6	32,9	31,3	24,81	28,68	30,24	25,49	29,84	33,82	21	15	16	-	≥90%
% mulleres con tempo exploración-tratamento ≤60 días†	39,3	37,7	35,2	42,1	46,5	50,76	49,91	48,14	53,36	50,99	61,76	52	47	35,5	-	-

* Obxectivos e estándares propostos polo PGDPCM 2002.

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

FITOS NA EVOLUCIÓN DO PGDPCM

O PGDPCM experimentou, desde seu inicio en 1992 ata o momento actual, unha evolución e un crecemento continuo na súa capacidade e nos recursos para a atención ás mulleres galegas. Trabállase continuamente na mellora da súa calidade, segundo os indicadores e directrices actuais, facendo énfases no obxectivo principal da detección precoz: Acadar un impacto positivo na saúde da poboación feminina, reducindo a mortalidade por este cancro e permitíndolles unha mellor calidade de vida a aquelas mulleres que o sofren.

Este traballo de mellora constante levounos a importantes iniciativas. No ano 2024 destaca a realización dun estudio prospectivo piloto para o uso de *TRANSPARA* como asistente á dobre lectura independente dos radiólogos do Programa.

Apoiados na evidencia de que a IA pode diminuír o traballo manual dos radiólogos e manter ou mellorar indicadores de calidade de cribado, no segundo semestre de 2024, iniciouse un proxecto piloto que incorpora un software baseado en intelixencia artificial, ***Transpara AI***, no programa de cribado do cancro de mama para apoiar aos radiólogos.

O enfoque busca avaliar se a IA pode acelerar o informe diagnóstico de mamografías, aumentar a eficiencia do programa de cribado e asegurar que os casos de alto risco reciban maior atención do radiólogo. Asigna puntuacións de risco a cada estudo, axudando a priorizar os casos con maior probabilidade de cancro, reduce carga de lectura e pode facilitar a transición de dobre lectura cara a lectura asistida por IA. Este proxecto, que rematou no primeiro semestre de 2025, encóntrase en fase de avaliación.

AVALIACIÓN CONTINUA DO PROGRAMA

Desde a unidade de xestión do programa faise periodicamente a avaliación da súa actividade e dos resultados:

- Revisión de **CASOS EN ESTADIO II E MÁIS**, con periodicidade anual: para iso recóllense os cancros detectados no dito estadio tras unha mamografía de cribado positiva en mulleres que participaron na campaña previa cun resultado de mamografía negativo.
- Estudo dos **CANCROS CON LECTURA DISCORDANTE**, tamén anualmente: neste caso estúdanse os cancros en mulleres exploradas e nas que as avaliacións radiolóxicas foron discordantes, é dicir, as mamografías que segundo os niveis de risco da escala ordinal modificada da BI-RADS presentan resultado 1,2 dun radiólogo e 3, 4 e 5 doutro, e que finalmente foron confirmados como cancro de mama.
- A mamografía de *screening* demostra que pode diminuír a mortalidade por cancro de mama. No entanto, non todos os cancros de mama se poden detectar nun estadio precoz ou preclínico. Por iso, desde o ano 1996 véñense recollendo e estudando os **CANCROS DE INTERVALO** mamarios (**CI**). Un cancro de intervalo é aquel tumor primario diagnosticado tras unha mamografía de *screening* considerada negativa e antes de que a muller sexa citada para a súa seguinte revisión programada ou ben nun prazo igual ao intervalo de cribado se a muller xa alcanzou a idade máxima de participación no programa. O rexistro destes CI é unha parte do control de calidade dun programa de cribado e son necesarios para calcular a sensibilidade da mamografía de *screening*. Unha das fontes principais de información para a recollida destes tumores é o CMBD (conxunto mínimo básico de datos) das altas hospitalarias con diagnóstico de cancro de mama na nosa Comunidade. O seu obxectivo son os tumores, de calquera localización, agás os do sistema nervioso central, cun código topográfico de neoplasia de mama e un comportamento distinto de /0 que corresponde aos tumores benignos.
- Estudo e descrición da actividade e resultado das UAR e UDT para manter o fluxo de información entre todas elas e favorecer a mellora continua da súa actividade.

Elabóranse os seguintes **INFORMES**:

- Informe de resultados das unidades de Avaliación Radiolóxica, con periodicidade anual.
- Informe de resultados das unidades de Diagnóstico e Tratamento, con periodicidade anual.
- Informe de tempos entre os diferentes procesos que se seguen na derivación das mulleres ás UDT, con periodicidade anual.

CONCLUSIÓNS

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

Para esta comparación utilizamos como estándares de referencia 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 [14].

A taxa de participación global desde o comezo do programa, 1992, ata o ano 2024 é de 80,02%, o que a sitúa por riba dos niveis desexables segundo as guías europeas (75%). Na evolución temporal vemos o aumento progresivo da participación. Desde o ano 2001 participan anualmente no programa o 75% ou máis das mulleres invitadas. O feito de medir a participación anualmente e non por campaña fai que o seu valor sexa un pouco máis alto ou máis baixo segundo as grandes cidades se encontren no primeiro ou segundo ano de campaña. Isto é debido a que, nestas cidades, o programa cita as mulleres con antecedentes de non acudir a invitacións previas preferentemente no primeiro ano de cada campaña co que a participación é menor neste período. A participación global, ata o ano 2016 é moi similar en todos os grupos de idade. **En roldas de exploración sucesivas acádase unha participación no ano 2023 do 89,6%**, o que indica unha elevada adherencia das mulleres ao programa. Nas mulleres do **grupo de idade de 60-64 e nas de 65-69 anos é nas que existe unha maior taxa de detección de cancros**.

Nas táboas 15, 16 e 17 compáranse os resultados obtidos no período 1992-2024 cos estándares europeos. Os resultados referentes á taxa de detección, estadiaxe e probas diagnósticas, como se explicou con anterioridade, aplícanse ao período 1992-2023.

Táboa 15. Comparación dos resultados do PGDPCM no período 1992-2024 cos estándares propostos nas guías europeas, 4.^a edición [14]

	Aceptable	Desexable	PGDPCM	Cumprimento
Taxa de participación	>70%	>75%	80,02%	Si
% Exploracións con repetición técnica	<3	<1	0,11	Si
Mamografías intermedias	<1	0	0,40	Si
% Carcinoma ductal <i>in situ</i> (1992-2023)	10	10-20	14,4	Si

Táboa 16. Comparación dos resultados do PGDPCM na **primeira rolda** no período 1992-2024 cos estándares propostos nas guías europeas, 4.^a edición [14]

	Aceptable	Desexable	PGDPCM	Cumprimento
% Valoración clínica adicional	<7	<5	6,7	Si
Taxa detección por mil mulleres avaliadas (1999-2023)	4,2*	>4,2	4,7	Si
Cancros invasivos sen afectación ganglionar (1992-2023)	-	>70	63,4	Non
% Estadio II+ (1992-2023)	-	<30	38,3	Non

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

Táboa 17. Comparación dos resultados do PGDPCM en **roldas sucesivas** no período 1992-2024 cos estándares propostos nas guías europeas, 4.^a edición [14]

	Aceptable	Desexable	PGDPCM	Cumprimento
% Valoración clínica adicional	<5	<3	1,9	Si
Taxa detección por mil mulleres avaliadas (1999-2023)	2,1*	>2,1	3,6	Si
Cancros invasivos sen afectación ganglionar* (1992-2023)	75	>75	68,4	Non
% Estadio II+ (1992-2023)	5	<25	30,3	Non

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

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

Os tempos de espera das mulleres que precisan unha valoración clínica adicional logo da mamografía de cribado viñan sendo prolongados, polo que foi necesario que o PGDPCM e as UDT hospitalarias traballasen pola mellora na xestión destas mulleres. O obxectivo é reducir tanto o tempo de demora na cita para a súa primeira valoración no hospital como o tempo que a muller espera para coñecer o diagnóstico e para comezar o tratamento no caso de serlle diagnosticado un cancro de mama. Neste ano 2023, igual que nos últimos anos, cúmplíronse os obxectivos, agás no caso da espera para iniciar o tratamento unha vez diagnosticado un cancro de mama (**táboa 14**).

En canto á taxa de detección no ano 2023, no caso da primeira rolda, foi do 6,19%, baixando respecto aos anos previos (**gráfico 7**), aínda que o seu valor supera o nivel dexesable. Entre as mulleres que acudiron nas roldas sucesivas a taxa de detección foi de 4,15%, practicamente igual respecto ao rexistro do ano 2021; o seu valor segue superando o nivel desexable segundo os estándares europeos de acordo coa a epidemioloxía concreta de Galicia.

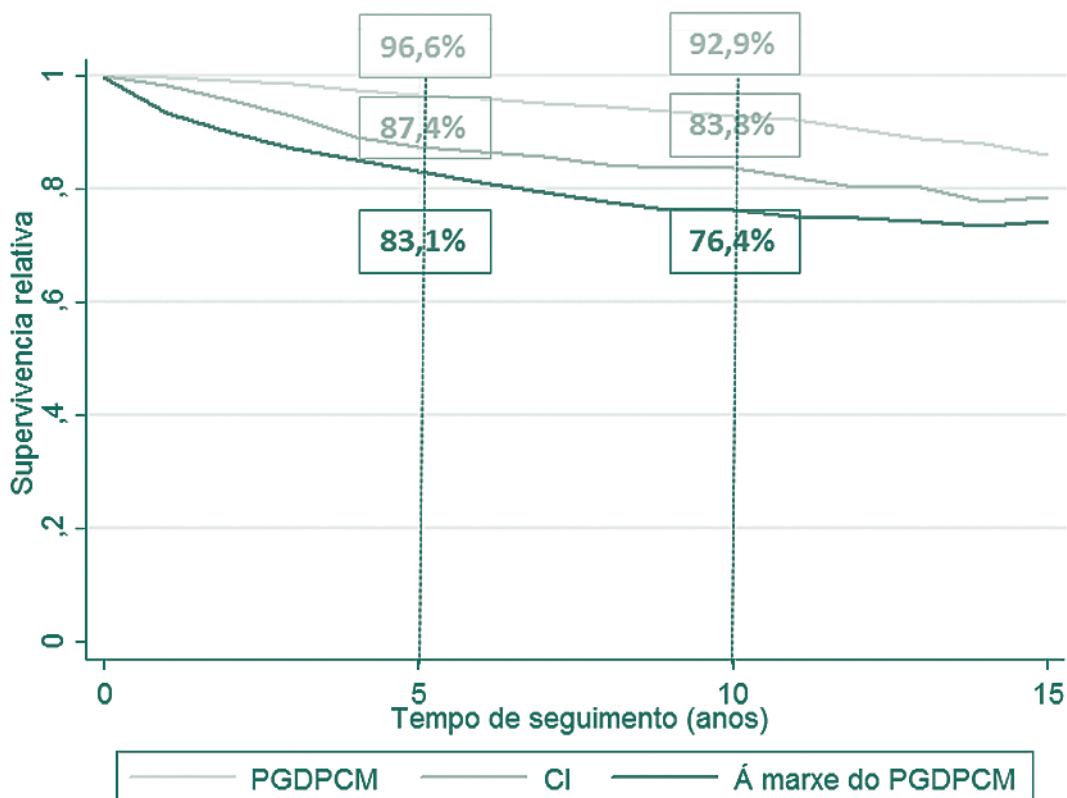
b. Indicadores de resultados a longo prazo

Supervivencia

No ano 2013, a daquela Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública (DXIXSP), hoxe Dirección Xeral de Saúde Pública (DXSP), estudou a supervivencia das mulleres galegas do grupo de idade do programa diagnosticadas de cancro de mama no período 1996-2009 [16].

As mulleres diagnosticadas polo programa presentaron mellores resultados de supervivencia en comparación coas mulleres do mesmo grupo de idade diagnosticadas de cancro de intervalo (CI) e as diagnosticadas á marxe do programa *cunha supervivencia relativa*¹ aos 5 anos do 96,6%, 87,4% e 83,1%, respectivamente (gráfico 7).

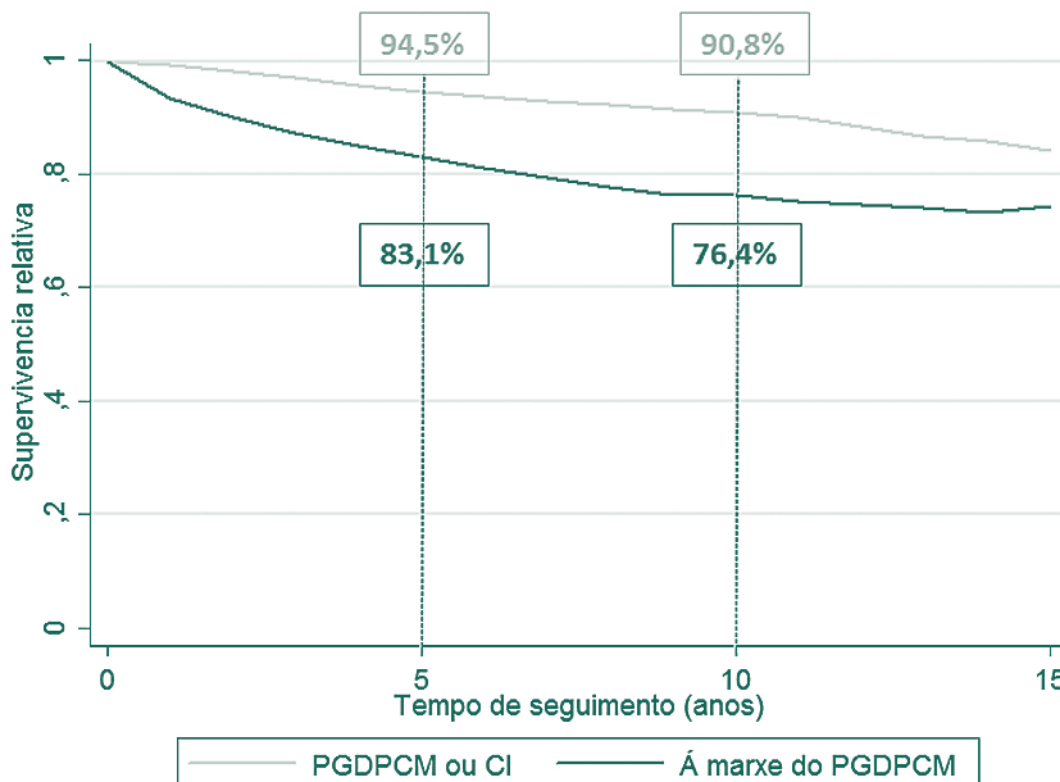
Gráfico 7. Supervivencia relativa das mulleres do grupo de idade do PGDPCM diagnosticadas no período 1996-2009 segundo o modo de diagnóstico (PGDPCM, cancro de intervalo, á marxe do PGDPCM)



¹ Supervivencia relativa: calcúlase dividindo a supervivencia observada, que toma en consideración as mortes producidas por calquera causa no grupo estudado de mulleres con cancro de mama, pola supervivencia esperada que se estima coa mortalidade por todas as causas ocorrida durante o período de seguimento na poboación da que proveñen as mulleres con cancro de mama. Con esta división llíase a morte relacionada co cancro de mama extraendo a parte de mortalidade que ocorrería nese grupo de mulleres aínda que non tivesen cancro de mama.

No seu conxunto, as mulleres participantes no programa diagnosticadas de cancro de mama (diagnosticadas polo programa + diagnosticadas de cancro de intervalo) presentaron mais supervivencia relativa que as mulleres do mesmo grupo de idade diagnosticadas ó marxe do programa (94,5% fronte o 83,1% aos 5 anos de seguimento), (**gráfico 8**).

Gráfico 8. Supervivencia relativa das mulleres do grupo de idade do PGDPCM diagnosticadas no período 1996-2009, segundo a súa participación no programa



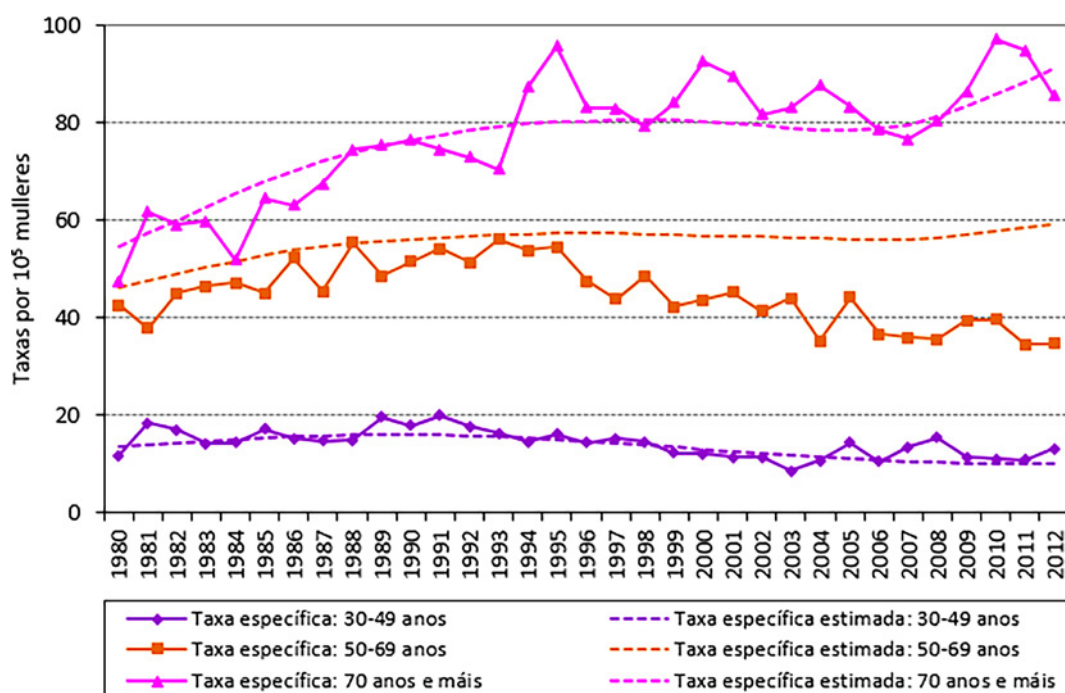
Debido á longa traxectoria do PGDPCM fixéronse sucesivas actualizacións deste estudo. O último describe as características das mulleres diagnosticadas a través do PGDPCM no período 1993-2020, analizando a supervivencia destas mulleres, así como a súa evolución, (publicado no BEG de maio de 2024, <https://www.sergas.es/Saude-publica/BEG> 6 Supervivencia mulleres do PGDPCM 1993-2020). O estudo confirma a boa supervivencia das mulleres con cancro de mama diagnosticado polo programa, atribuíble ao diagnóstico de tumores en fases moi precoces, asociado á mellora dos recursos terapéuticos. Cómpre lembrar que a supervivencia non é por si mesma unha medida de efectividade do programa e vese afectada polos nesgos de *lead time*, o adianto diagnóstico e *length time*, que fai referencia aos tumores que pola súa lenta evolución nunca serían detectados sen unha proba de cribado. Estes datos ampliaríanse con estudos comparativos coas mulleres, á marxe do programa e coas que padeceron un cancro de intervalo.

Impacto sobre a mortalidade por cancro de mama:

No ano 2015, a entón DXIXSP estudou a evolución das taxas específicas de mortalidade por cancro de mama nas mulleres galegas, durante o período 1980-2012, comparando as taxas de mortalidade esperadas en ausencia de cribado coas taxas reais observadas en presenza de programa de cribado [17].

Os resultados máis salientables son:

- En mulleres de 50-69 anos (grupo de idade diana do programa) producíronse 910 menos mortes por cancro de mama das esperadas, o que representa una diminución maior do 20% dos casos observados fronte ao que podería esperarse en ausencia de cribado.
- O risco relativo de morrer nos grupos cribados cunha participación «pobre» (menor do 50%) redúcese nun 9%. No entanto, para os grupos cribados cunha participación superior ou igual ao 50%, o risco redúcese nun 29%. Este efecto representa un impacto positivo do programa aínda que non pode ser diferenciado totalmente doutros factores, como poden ser, entre outros, as melloras no tratamento do cancro de mama.



No periodo do estudo (1980-2012), en mulleres entre 50 e 69 anos, producíronse 910 mortes menos das esperadas para esa poboación en ausencia de cribado (diminución >20%). Isto reflicte claramente o impacto positivo do programa, xunto con outros factores, como a mellora nos tratamentos.

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

PROGRAMA GALEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DO CANCRO DE MAMA

Centro Galego para o Control e Prevención das Enfermidades (CEGACE)

Dirección Xeral de Saúde Pública

Servizo de Detección Precoz de Enfermidades

Edificio administrativo da Consellería de Sanidade.

San Lázaro s/n. 15703 Santiago de Compostela

Correo electrónico: pgdpcm.dxsp@sergas.es

Páxina web: <http://dxsp.sergas.es>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Proposal for a Council Recommendation (CR) on Strengthening prevention through early detection: A new approach on cancer screening replacing CR 2003/878/EC [Internet]. Brussels: European Commision; 2022 [consultado o 9 de febreiro de 2025]. Dispoñible en: https://health.ec.europa.eu/publications/proposal-council-recommendation-cr-strengthening-prevention-through-early-detection-new-approach_en
- [2] Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018. *Eur J Cancer*. 2018;103:356-387. doi:10.1016/j.ejca.2018.07.005
- [3] Estimaciones de la incidencia del cáncer en España 2023 [Internet]. Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), 2023 [consultado o 21 de febreiro de 2025]. Dispoñible en: <https://redecan.org/storage/documents/873877e1-af1b-43fe-8d97-0ee1434fe261.pdf>
- [4] Portal estadístico: Tasas ajustadas prematuras de mortalidad por 100.000 habitantes [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 1999-2023 [consultado o 21 de febreiro de 2025]. Dispoñible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/l/mortalidad-por-causa-de-muerte/listado-de-causas-del-ministerio-de-sanidad-a-partir-de-1999/tasas-de-mortalidad-ajustadas-por-edad>
- [5] Lauby-Secretan B, Loomis D, Straif K. Breast-Cancer Screening--Viewpoint of the IARC Working Group. *N Engl J Med*. 2015;373(15):1479. doi:10.1056/NEJMc1508733
- [6] Recomendación del Consejo de 2 de diciembre de 2003 sobre el cribado del cáncer [Internet]. (Diario Oficial de la Unión Europea, número L 327, de 16 diciembre de 2003 [consultado o 7 de febreiro de 2026]. Dispoñible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32003H0878>
- [7] Red de Programas de Cribado de Cáncer [Internet][consultado el 21 de febreiro de 2026]. Dispoñible en: <https://cribadocancer.es/>
- [8] Programa galego de detección precoz do cancro de mama. Santiago de Compostela: Dirección Xeral de Saúde Pública, Consellería de Sanidade e Servizos Sociais; 1992.
- [9] Resultados da 1ª campaña e actualización do Programa galego de detección precoz do cancro de mama. Santiago de Compostela: Dirección Xeral de Saúde Pública, Consellería de Sanidade e Servizos Sociais; 2000.
- [10] Poboación segundo sexo e grupos quinquenais de idade [Internet]. Santiago de Compostela: Instituto Galego de Estatística; 1991-2025 [consultado el 9 de febreiro de 2026] Dispoñible en: [https://www.ige.gal/igebdt/esq.jsp?c=0201001001&ruta=verTabla.jsp?COD=142&R=0\[2024\];2\[11:12:13:14\];9915\[n0\]&C=1\[2\]&OP=1](https://www.ige.gal/igebdt/esq.jsp?c=0201001001&ruta=verTabla.jsp?COD=142&R=0[2024];2[11:12:13:14];9915[n0]&C=1[2]&OP=1)
- [11] Aibar L, Santalla A, Lopez-Criado MS, et al. Clasificación radiológica y manejo de las lesiones mamarias. *Clin Invest Ginecol Obstet* 2011;38(4):141-9.
- [12] Torres Tabanera M. Novedades de la 5.ª edición del sistema breast imaging reporting and data system (BI-RADS®) del Colegio Americano de Radiología. *Rev Senol Patol Mamar* 2016;29(1):32-39.
- [13] European Network of reference Centers for Breast Cancer Screening. The Galician Programme for the Early Detection. *Euref News*; 1996.
- [14] Guías europeas de garantía de calidad en cribado mamográfico. Santiago de Compostela : Consellería de Sanidade e Servizos Sociais,Dirección Xeral de Saúde Pública; 1998.
- [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. Luxembourg :European Comission, Office for Official Publications of the European Communities; 2006.
- [16] Supervivencia das mulleres diagnosticadas polo programa galego de detección precoz do cancro de mama (PGDPCM) de 1993 a 2009. Santiago de Compostela: Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública,Consellería de Sanidade; 2012.
- [17] Pollán M. Evaluación del impacto en la mortalidad mediante modelos edad-periodo-cohorte. *Gac Sanit*. 2003;17 (supl 2):51-198.

