

20
AÑOS

**DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN
DE CÁNCER DE MAMA EN
LA COMUNITAT VALENCIANA**
RESULTADOS 1992-2012



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

20
AÑOS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN
DE CÁNCER DE MAMA EN
LA COMUNITAT VALENCIANA
RESULTADOS 1992-2012

Coordinación:

Programa de Prevención de Cáncer de Mama

Servicio del Plan Oncológico

Dirección General de Salud Pública

Para cualquier consulta pueden dirigirse a:

Servicio del Plan Oncológico.

Dirección General de Salud Pública

Conselleria de Sanitat

e-mail: pcancer_val@gva.es

Telf. 96 192 58 25

Fax: 96 192 58 32

Avda. Cataluña, 21

46020 VALENCIA

Edita: Generalitat. Conselleria de Sanitat

©de la presente edición: Generalitat , 2013

ISBN:

Depósito legal:

Diseño y Maquetación: Clarió Impremta

Impresión:

PRESENTACIÓN

El cáncer de mama constituye una de las enfermedades de mayor impacto en la salud de las mujeres tanto por su elevada incidencia como por su mortalidad. Se trata del tumor más frecuente en la población femenina.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda a las autoridades sanitarias que dispongan de estrategias para luchar contra el cáncer. En este sentido, el cribado, por medio de la realización de mamografías, es una de las herramientas de prevención más efectivas en los tumores de mama; puesto que contribuye a disminuir la mortalidad por esta causa.

La lucha contra el cáncer de mama ha sido una prioridad para la Conselleria de Sanitat desde hace más de 20 años. El Programa de Prevención de Cáncer de Mama que se inició en el año 1992 ha recorrido un largo camino durante el cual ha ido creciendo progresivamente. En la actualidad cuenta con 29 unidades de prevención, que ofrecen una cobertura global a las mujeres de la Comunitat con edades comprendidas entre los 45-69 años. Se ha consolidado como una estrategia preventiva y ha alcanzado una gran aceptación y reconocimiento en el ámbito estatal y de la Unión Europea.

El programa ha sostenido siempre su preocupación por mantener y mejorar la calidad, la efectividad y la eficacia del servicio prestado tanto como actividad de cribado como en los procesos de confirmación diagnóstica y tratamiento.

El aumento incuestionable de la tasa de tratamiento conservador a lo largo de este periodo es una muestra evidente de la importancia del abordaje multidisciplinar y de la influencia que el programa ha ejercido en este sentido. Los datos así lo reflejan. En 1992 el tratamiento conservador de mama era del 20% y ahora es superior al 80%.

El documento que se presenta en esta publicación explica la experiencia acumulada en estos 20 años de trayectoria preventiva; así como los cambios, los logros alcanzados y la buena acogida y reconocimiento que ha tenido entre las mujeres de nuestra Comunitat.

Desde estas líneas quisiera agradecer a todos los profesionales que han hecho posible esta publicación y a todos aquellos que día a día trabajáis para que el Programa de Prevención de Cáncer de Mama se haya consolidado como una herramienta esencial contra esta enfermedad.

MANUEL LLOMBART FUERTES
Conseller de Sanitat

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN. HISTORIA DEL PROGRAMA	11
METODOLOGÍA	13
RESULTADOS GLOBALES	17
EVOLUCIÓN DE LOS PRINCIPALES INDICADORES DEL PROGRAMA	25
PROCESO DE CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA Y TRATAMIENTO	29
EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA	29
PREDICCIONES DE LA TASA DE MORTALIDAD	31
FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN	31
CONCLUSIÓN	32
AGRADECIMIENTOS	33

GRÁFICOS

Gráfica 1	Evolución Población Diana y Unidades	12
Gráfica 2	Evolución Población Diana	14
Gráfica 3	Resultado del Cribado Mamográfico por Edad	19
Gráfica 4	Resultado Final del Proceso de Cribado por Edad	20
Gráfica 5	Tumores Detectados según Tamaño por Edad	22
Gráfica 6	Tumores Infiltrantes. Afectación Ganglionar por Edad	23
Gráfica 7	Tumores Detectados Distribución según Estadio	24
Gráfica 8	Evolución Tasa de Participación	25
Gráfica 9	Evolución Tasa de Adhesión	26
Gráfica 10	Evolución Tasa de Detección	26
Gráfica 11	Evolución Casos Detectados Estadio 0 y 1	27
Gráfica 12	Evolución del Tratamiento Conservador	27

TABLAS

Tabla 1	Mujeres Vistas por el Programa	18
Tabla 2	Resultado del Cribado (Mamografía)	18
Tabla 3	Resultado Final del Proceso de Cribado	19
Tabla 4	Tasa de Detección Tumores	20
Tabla 5	Tumores Detectados según Tipo Histológico	20
Tabla 6	Tumores Detectados según Tamaño	21
Tabla 7	Tumores Infiltrantes Detectados según Tamaño	21
Tabla 8	Tumores Detectados según Afectación Ganglionar	22
Tabla 9	Tumores Infiltrantes Detectados según Afectación Ganglionar	23

XX AÑOS DE PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA. INTRODUCCIÓN. HISTORIA DEL PROGRAMA

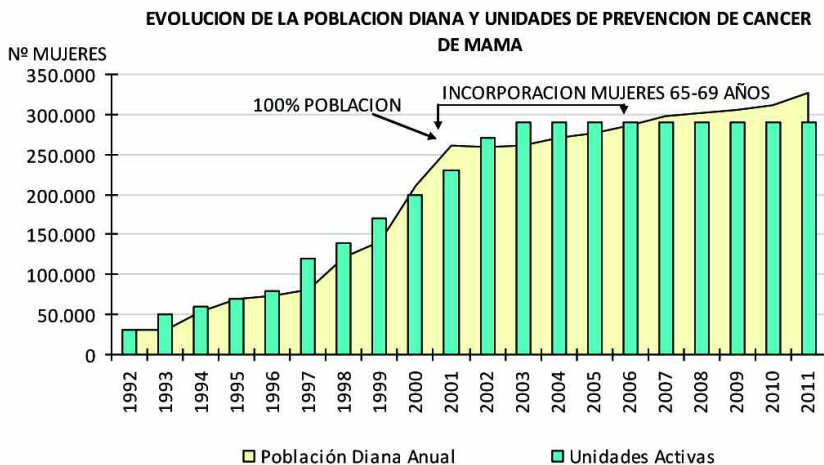
El programa de prevención de cáncer de mama de la Comunitat Valenciana (PPCMCV) ha cumplido veinte años.

El programa comenzó en el año 1992 con la creación de las primeras tres Unidades de Prevención de Cáncer de Mama (UPCM) en Alcoi, Valencia y Alicante. Al año siguiente se ponen en marcha 2 unidades mas: Castellón1 y Xátiva, en los dos años siguientes Castellón 2 y Requena, y así en años sucesivos se van incorporando el resto de unidades hasta que en 2001, con 23 unidades, el programa cubre toda la población diana de la Comunitat Valenciana, unas 520.000 mujeres de 45 a 65 años. A partir de este año se va incorporando progresivamente a la población diana el grupo de edad de 66 a 69 años. En el año 2011 esta población es de unas 650.000 mujeres.

En la Gráfica 1 se muestra la evolución de la población diana representada anualmente, es decir, como el cribado es bienal se ha dividido la población diana correspondiente por dos, aplicando la mitad a cada año para facilitar la representación gráfica de la misma. La gráfica también muestra la progresiva incorporación de las UPCM.

EVOLUCIÓN POBLACIÓN DIANA Y UNIDADES

Gráfica 1



Las unidades dependen de Salud Pública y el personal sanitario asignado tiene dedicación en horario completo al programa (PPCMCV). Hay tres unidades dependientes de la Asociación Española de la Lucha contra el Cáncer ubicadas en las ciudades de Valencia, Castellón y Alicante.

En los departamentos de salud con menos población, el programa se desarrolla en unidades mixtas: Hospital-Salud Pública contando con recursos de los hospitales comarcales de Requena y Vinaroz que realizan las mamografías del programa de prevención en horarios de tarde, mientras que, en horario habitual de trabajo, funcionan como unidades hospitalarias, en ambos casos con personal sanitario y mamógrafo del hospital. En tanto que la parte administrativa se gestiona con personal de Salud Pública.

METODOLOGÍA

El PPCM de la Comunitat Valenciana, ha basado su metodología en las recomendaciones de los grupos de expertos y guías europeas de calidad para el cribado mamográfico.

El programa estudia a las mujeres con edades entre 45-69 años y consiste en realizar una mamografía bilateral, en doble proyección: cráneo-caudal (CC) y oblicuo-medio-lateral (OML) en todas las vueltas de cribado y se acompaña de exploración clínica en caso de síntomas o sospecha procedente de la mamografía.

El intervalo entre estudios es de dos años.

Cada unidad cuenta con un médico experto en lecturas de mamografías, radiólogo, que hace la 1ª lectura de todas las mamografías, un técnico en radiología, un auxiliar administrativo y un auxiliar de enfermería.

Se realiza doble lectura de todas las mamografías, la primera lectura por el médico/radiólogo de la unidad y una 2ª lectura independiente, por un segundo lector. En caso de discrepancia se realiza una lectura de consenso.

El sistema de lectura se basa en la clasificación BI-RADS, modificado.

Los resultados del estudio se remiten a la mujer en el plazo de 15 días tras la mamografía, cuando después de la lectura de la mamografía, se considera el resultado como normal es decir negativo para cáncer.

En caso de hallazgos mamográficos sospechosos, la mujer se remite al hospital correspondiente para continuar su estudio y completar el proceso de confirmación diagnóstica y tratamiento si procede.

Evolución de la Población Diana

Cuando se inició el programa en el año 1992, la población diana la constituían las mujeres con edades comprendidas entre 45-65 años. Posteriormente y siguiendo las recomendaciones de las Guías Europeas de calidad en cribado mamográfico, se decidió ampliar la población diana

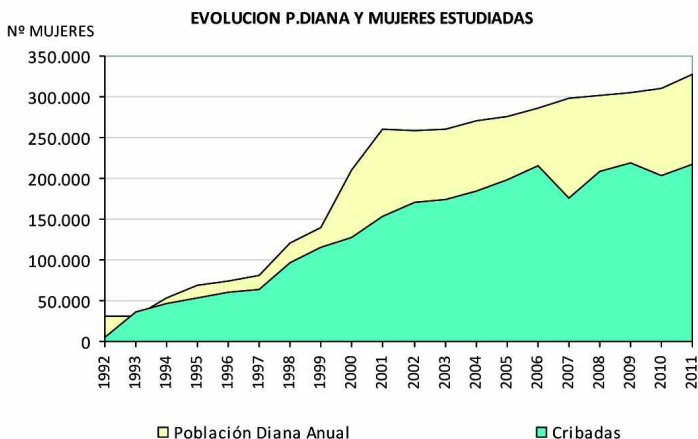
hasta los 69 años. Esta modificación suponía un incremento superior a las 120.000 mujeres, por lo que fue necesario adaptar los recursos disponibles. La incorporación se realizó de forma progresiva entre 2001 y 2006. La población diana total en nuestra comunidad creció y en la actualidad es alrededor de 625.000 mujeres.

Por este motivo en la actualidad hay 29 unidades que desarrollan su actividad en 24 centros.

En la gráfica siguiente se muestra la evolución de la población diana con el mismo criterio de representación comentado en la Gráfica1 y el total de mujeres estudiadas por años y desde el inicio del programa hasta 2011.

EVOLUCIÓN POBLACIÓN DIANA.

Gráfica 2



La fuente de datos que aporta al programa la información necesaria sobre la población diana es el Sistema de Información Poblacional (SIP). Cada año, se incorporan las mujeres que han cumplido en el año anterior los 45 años de edad y cada vez que termina una ronda de cribado, el programa da de baja a las mujeres de más de 69 años. De este modo, al comienzo de cada nueva serie de cribado se efectúa una depuración de la base de datos y se recalcula la población diana que servirá de base para el cálculo de los indicadores del programa.

El PPCMCV tiene carácter universal, todas las mujeres entre 45-69 años, residentes en la Comunitat, son invitadas a participar, y los únicos motivos de exclusión son: que la mujer ya tenga un diagnóstico de cáncer de mama, que haya fallecido, o haya trasladado su domicilio fuera de la Comunitat.

Tipo de test utilizado

La mamografía es el test empleado como prueba única en programas de prevención de cáncer de mama.

En sus comienzos, el programa realizaba mamografía bilateral, con dos proyecciones por cada mama (cráneo-caudal y oblicua-medio-lateral) en la 1ª vuelta de cribado, y una única proyección en vueltas sucesivas. En el año 2007 se introdujo la mamografía bilateral, con dos proyecciones por cada mama: cráneo-caudal y oblicua-medio-lateral, en todas las vueltas de cribado.

Desde la aplicación de esta medida se ha observado un descenso en las tasas de valoración adicional y más concretamente sobre la realización de proyecciones adicionales en la propia unidad, con ello han disminuido los falsos positivos (mujeres clasificadas como positivas pero que no tienen cáncer) y también previsiblemente la ansiedad que puede suponer la llamada para las mujeres.

La aplicación de esta medida ha llevado aparejado un incremento de la carga de trabajo. Se han precisado nuevas medidas de incremento de los recursos destinados al programa.

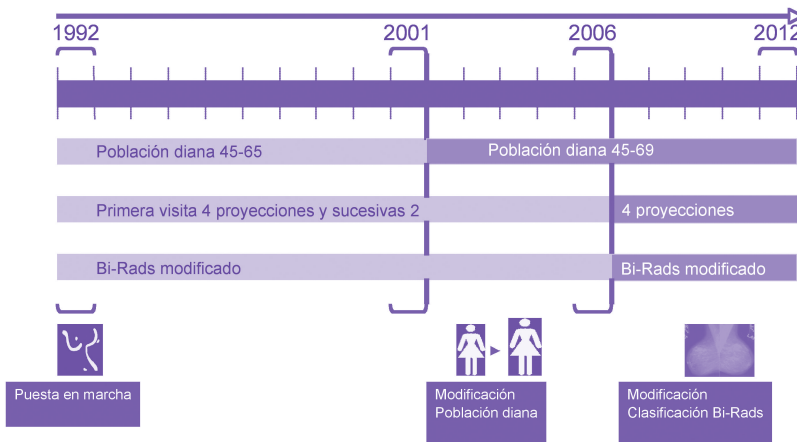
La mamografía digital

La aparición de la tecnología digital, ha supuesto un gran avance respecto a la radiología convencional. Su utilización en los programas de cribado se ha consolidado porque presenta ventajas evidentes entre las que habría que resaltar la calidad de imagen, la disminución de la dosis impartida dentro de niveles aconsejados por los programas de garantía de calidad, europeo y español, la reducción del volumen de almacenamiento de los archivos por utilización de sistemas digitales, mejor rendimiento, etc.

Actualmente 16 unidades, ubicadas en 13 departamentos de salud utilizan equipamiento digital compuesto por un mamógrafo digital directo o indirecto, estación de diagnóstico compuesta por dos monitores de 5 megapíxeles y software específico, *pacs* para almacenamiento de las imágenes digitales e impresora digital.

La población diana atendida con esta tecnología en el año 2012 es del 60% y continuará el proceso de digitalización hasta la sustitución total de la tecnología analógica de acuerdo a las necesidades que vayan surgiendo de sustitución de equipamientos. Este proceso se está llevando a cabo de acuerdo al Plan de digitalización en el Programa de Prevención de Cáncer de Mama de la Comunitat Valenciana.

20 años del Programa de Prevención de Cáncer de Mama de la Comunitat Valenciana. Principales Hitos.



PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA. RESULTADOS GLOBALES

El programa de cribado de cáncer de mama es una tarea multidisciplinar compleja. El objetivo del cribado es reducir la mortalidad por la enfermedad y mejorar la calidad de vida de las mujeres aquejadas por este proceso, sin que ello afecte el estado de salud de las participantes, es decir, tratando de minimizar al máximo los riesgos que toda intervención sanitaria puede producir. En el caso del cribado de mama estos riesgos han sido identificados fundamentalmente como: el sobretreatmento en las formas mas leves de enfermedad, los falsos negativos: mujeres que son identificadas como falsamente sanas o el caso contrario las mujeres que son identificadas como falsamente enfermas, es decir, los falsos positivos y los riesgos asociados a la realización de las pruebas.

La Guía Europea de Garantía de Calidad en el cribado y diagnóstico del cáncer de mama propone una metodología unificada de recogida y presentación de datos utilizando terminología, definiciones y clasificaciones estandarizadas. Incluye una lista de posibles indicadores y establece referencias aceptables y aconsejables para ellos dentro del contexto europeo.

Los indicadores que miden la actividad del proceso de cribado y los resultados, proporcionan información a corto plazo para la evaluación de la calidad del programa. Son los llamados **indicadores del proceso**. Estos indicadores reflejan la oferta y la eficacia de las actividades que constituyen el proceso de cribado. Registrar los datos, calcular los indicadores y vigilarlos periódicamente es básico para las actividades de garantía de calidad del programa.

Desde el inicio en 1992 se han estudiado en el programa a 726.563 mujeres, en la primera visita (lo que denominamos cribado inicial) y supone una tasa de participación del 78'80%. De las invitadas a revisiones

sucesivas el 82% (596.499 mujeres) han acudido a una o mas visitas posteriores.

El Programa en total ha realizado 2.823.606 visitas (exploraciones) de las que más de 2 millones son visitas de cribado sucesivo.

MUJERES VISTAS POR EL PROGRAMA

Tabla 1

MUJERES	CRIBADO		
	INICIAL	SUCESIVO	TOTAL
Nº DE MUJERES ELEGIBLES	922048	635479	
Nº DE MUJERES EXPLORADAS	726563	596499	
TASA DE PARTICIPACION	78,80%	93,87%	
Nº DE VISITAS REALIZADAS	726563	2097043	2823606

El resultado del cribado es el resultado obtenido después de la lectura mamográfica. Se clasifica en: **negativo** (mamografía normal), **estudio intermedio** (cita antes de los 2 años) y **valoración adicional** (otras pruebas solicitadas para concretar el diagnóstico mamográfico) que a su vez se desglosa en **pruebas no invasivas** (proyecciones adicionales y ecografías) y **pruebas invasivas** (PAAF, BAG etc.). En el total de las visitas realizadas, el 7,17% han necesitado una valoración adicional, este indicador es más alto (12%) en el cribado inicial respecto al cribado sucesivo (5,5%). La tasa de pruebas no invasivas es de 4,73% y la de invasivas de 1,44% siguiendo el mismo patrón cuando diferenciamos en cribado inicial y sucesivo. Esto se explica porque en el cribado inicial el diagnóstico es más complejo, en parte porque las mujeres son más jóvenes, lo que implica mamas más densas y también supone la ausencia de estudios previos que sirvan de referencia. Los resultados se muestran en la Tabla 2 y en la Gráfica 3 se especifican por grupos de edad.

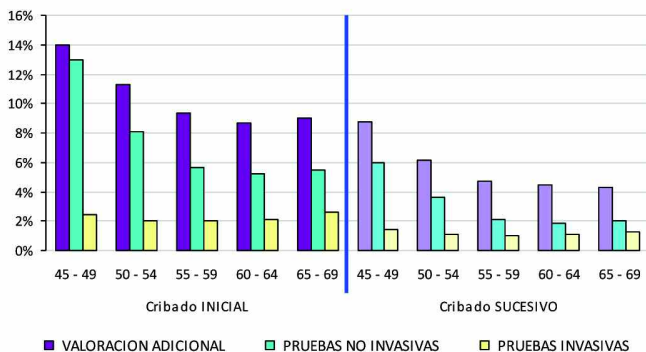
RESULTADO DEL CRIBADO (MAMOGRAFIA)

Tabla 2

TIPO DE CRIBADO	INICIAL		SUCESIVO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
VISITAS REALIZADAS	726563		2097043		2823606	
VISITAS CON VALORACION ADICIONAL	86861	11,96%	116171	5,54%	203032	7,19%
VISITAS CON PRUEBAS NO INVASIVAS	70950	9,77%	62681	2,99%	133631	4,73%
VISITAS CON PRUEBAS INVASIVAS	16500	2,27%	24223	1,16%	40723	1,44%

RESULTADO DEL CRIBADO MAMOGRÁFICO POR EDAD

Gráfica 3



El **resultado del proceso** hace referencia a la valoración final de las mujeres, obtenida tras los estudios de confirmación diagnóstica cuando estos hayan sido recomendados, se clasifican en: **negativas**, es decir, sin alteración detectable sospechosa de malignidad, **estudio intermedio**, se cita a la mujer antes de los 2 años y **tumor maligno**, se ha detectado un tumor.

En el 95% de las visitas realizadas el resultado fue negativo, un 5% recibió una cita para un estudio intermedio y en un 0,41% se detectó un tumor. La detección de cáncer fue también más frecuente en el cribado inicial que en el sucesivo, ya que en el cribado inicial se detectan todas las patologías que se han acumulado en ese grupo de población, al ser la primera vez que se explora a la mujer, mientras que en los cribados sucesivos se detectan las patologías nuevas aparecidas desde el anterior estudio. (Tabla 3 y Gráfica 4).

RESULTADO FINAL DEL PROCESO DE CRIBADO

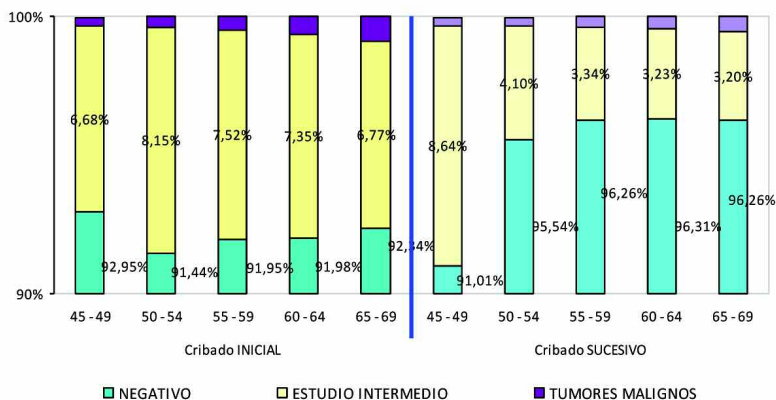
Tabla 3

TIPO DE CRIBADO	INICIAL		SUCESIVO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NEGATIVO	671335	92,41%	1999044	95,34%	2670379	94,59%
ESTUDIO INTERMEDIO	51725	7,12%	88864	4,24%	140589	4,98%
TUMORES MALIGNO	3210	0,44%	8229	0,39%	11439	0,41%
NO DISPONIBLE	184	0,03%	523	0,02%	707	0,03%

La tasa de detección de cáncer es más alta en los grupos de mayor edad especialmente en el cribado inicial.

RESULTADO FINAL DEL PROCESO POR EDAD

Gráfica 4



Tumores detectados

En los 20 años de actividad el PPCMCV ha diagnosticado 11.439 tumores, lo que supone una tasa global de detección de 4,10 por 1.000 mujeres exploradas. De ellos 3.210 tumores se han detectado en cribado inicial resultando una tasa de 4,42‰ y 8.229 en cribado sucesivo con una tasa de 3,92‰, (Tabla 4).

TASA DE DETECCIÓN TUMORES

Tabla 4

TIPO DE CRIBADO	INICIAL		SUCESIVO		TOTAL	
	Nº	Tasa 1000	Nº	Tasa 1000	Nº	Tasa 1000
CÁNCERES DETECTADOS	3210	4,42	8229	3,92	11439	4,10

Alrededor del 14% de los tumores detectados fueron in situ y el 86% infiltrantes, no encontrando diferencia según el tipo de cribado. (Tabla 5).

TUMORES DETECTADOS SEGÚN TIPO HISTOLÓGICO

Tabla 5

TIPO DE CRIBADO	INICIAL		SUCESIVO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
IN SITU	442	13,77%	1141	13,87%	1583	13,84%
INFILTRANTE	2768	86,23%	7088	86,13%	9856	86,16%
TOTAL	3210		8229		11439	

En cuanto a la precocidad diagnóstica medida a través del tamaño, la afectación ganglionar y el estadio encontramos los siguientes resultados.

En relación al tamaño de los tumores detectados aproximadamente un 14% lo son in situ y el 62% de los tumores en los que se dispone de información son iguales o menores de 2cm, este porcentaje es ligeramente superior en el cribado sucesivo frente al inicial, como es de esperar, ya que en el cribado sucesivo generalmente se diagnostican los cánceres desarrollados en el período entre pruebas (Tabla 6).

TUMORES DETECTADOS SEGÚN TAMAÑO

Tabla 6

TIPO DE CRIBADO	INICIAL		SUCESIVO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tis	442	13,77%	1141	13,87%	1583	13,84%
T1C y T1AB	715	24,61%	2051	26,79%	2766	26,19%
T1C	1026	35,32%	2762	36,08%	3788	35,87%
TOTAL T1	1741	59,93%	4813	62,87%	6554	62,06%
T2/T3/T4	722	24,85%	1702	22,23%	2424	22,95%
TAMAÑO DESCONOCIDO	305	9,50%	573	6,96%	878	7,68%
TOTAL	3210		8229		11439	

El 31% de los tumores son menores de 1cm, la diferencia entre el cribado sucesivo y el inicial es mas evidente, 31,5% en cribado sucesivo frente a 29% en inicial. Estos datos nos sitúan en el nivel deseable según los parámetros de calidad de las guías europeas (Tabla 7).

TUMORES INFILTRANTES DETECTADOS SEGÚN TAMAÑO

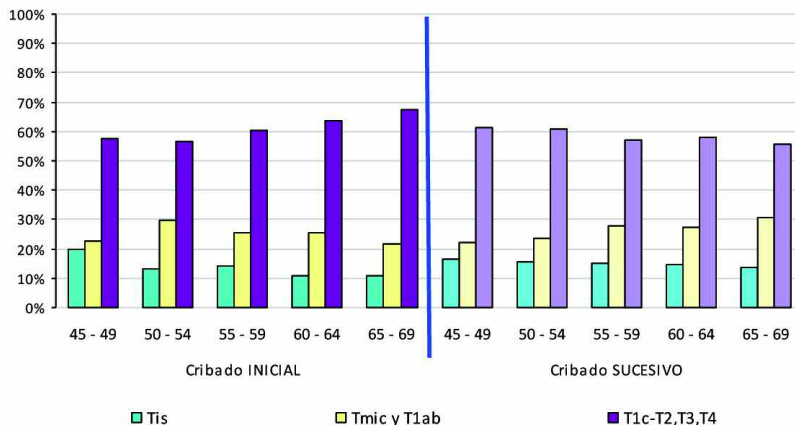
Tabla 7

TIPO DE CRIBADO	INICIAL		SUCESIVO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<= 1 CM (T1C y T1AB)	715	29,03%	2051	31,48%	2766	30,81%
> 1 CM	1748	70,97%	4464	68,52%	6212	69,19%
DESCONOCIDO	305	11,02%	573	8,08%	878	8,91%
TOTAL	2768		7088		9856	

Al estudiar los tumores según grupos de edad y tipo de cribado se aprecia en cribado inicial un gradiente en relación con la edad, siendo los tumores mas grandes en las mujeres mayores. En cribado sucesivo no se aprecia este gradiente (Gráfica 5)

TUMORES DETECTADOS SEGÚN TAMAÑO POR EDAD

Gráfica 5



En cuanto a la afectación ganglionar el 74% del total de tumores detectados en los que se conoce este parámetro no tienen afectación ganglionar, el 75% en cribado sucesivo y el 72% en cribado inicial (Tabla 8).

TUMORES DETECTADOS SEGÚN AFECTACIÓN GANGLIONAR

Tabla 8

TIPO DE CRIBADO	INICIAL		SUCESIVO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NO	2048	72,39%	5606	74,82%	7654	74,15%
N1, N2, N3	781	27,61%	1887	25,18%	2668	25,85%
DESCONOCIDO	381	11,87%	736	8,94%	1117	9,76%
TOTAL	3210		8229		11439	

En los tumores infiltrantes estos porcentajes son del 70% para el total de los casos. Desglosando por tipo de cribado encontramos el mismo patrón descrito anteriormente el 70,5% en cribado sucesivo y el 68% en cribado inicial. En este indicador nos encontramos con valores ligeramente inferiores a los criterios de calidad de las guías europeas. (Tabla 9).

TUMORES INFILTRANTES DETECTADOS SEGÚN AFECTACIÓN GANGLIONAR

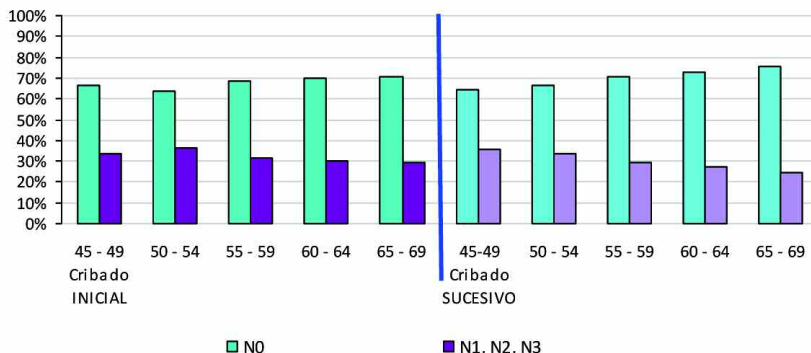
Tabla 9

TIPO DE CRIBADO	INICIAL		SUCESIVO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NO	1613	67,83%	4481	70,62%	6094	69,86%
N1, N2, N3	765	32,17%	1864	29,38%	2629	30,14%
DESCONOCIDO	390	14,09%	743	10,48%	1133	11,50%
TOTAL	2768		7088		9856	

En la distribución por edad se aprecia una proporción mayor de ausencia de afectación ganglionar en los grupos de mayor edad especialmente en el cribado sucesivo (Gráfica 6).

TUMORES INFILTRANTES. AFECTACIÓN GANGLIONAR POR EDAD

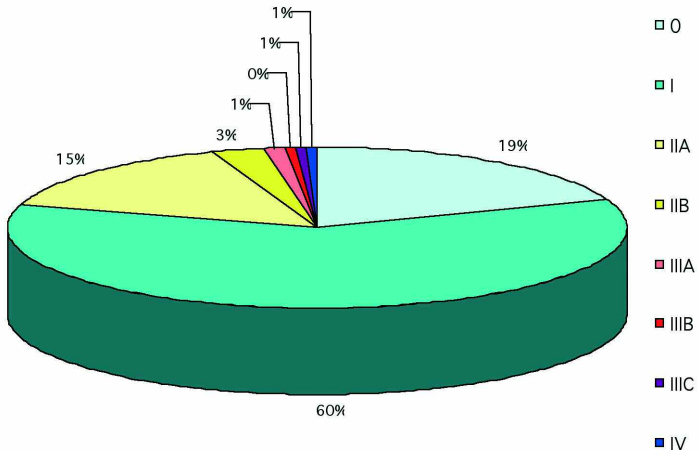
Gráfica 6



En relación al estadio tumoral, para el conjunto de tumores detectados, el 79,81% se encuentran en estadios 0 ó I, lo que supone un resultado muy favorable que nos aproxima al objetivo final del programa. (Gráfica 7)

TUMORES DETECTADOS DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADIO

Gráfica 7

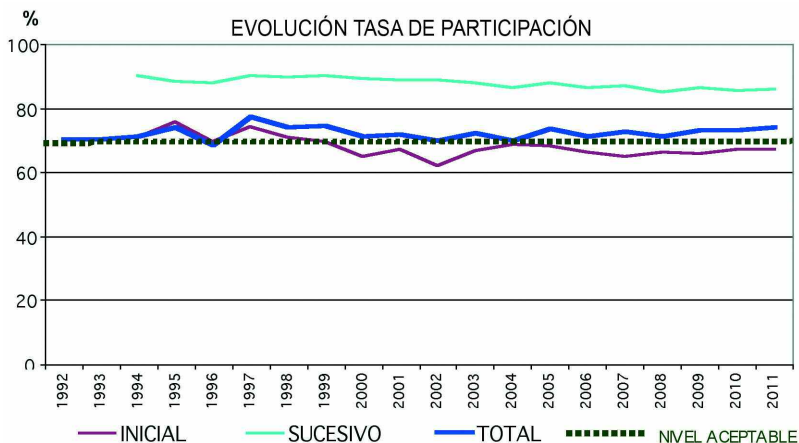


EVOLUCIÓN DE LOS PRINCIPALES INDICADORES DEL PROGRAMA

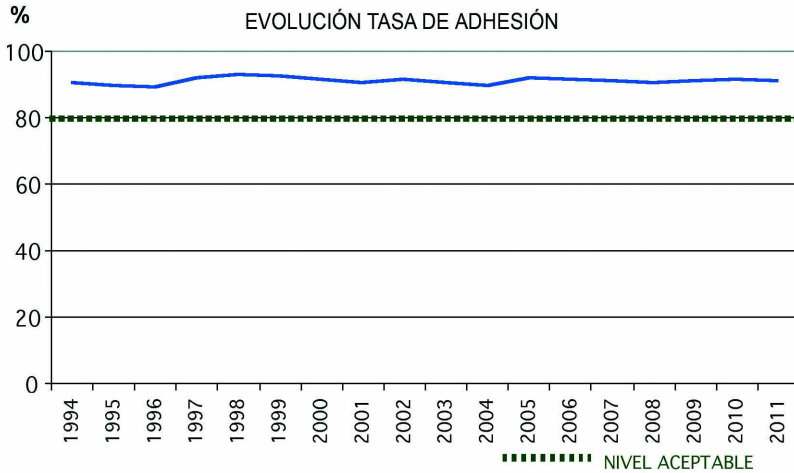
A continuación se muestra la evolución en el tiempo de los siguientes indicadores: *Tasa de participación*, *Tasa de continuidad en estudios sucesivos (adhesión)*, *Porcentaje de casos con tratamiento conservador*, *Tasa de detección de tumores* y *Porcentaje de tumores detectados en estadio 0 y I*. En las gráficas se ha reseñado con una línea discontinua el valor estándar propuesto en las guías europeas de garantía de calidad para el screening de cáncer de mama.

Como muestran las siguientes gráficas de evolución, el Programa de Prevención de Cáncer de Mama de la Comunitat Valenciana cumple en general con los estándares propuestos en las Guías Europeas. Tras 20 años de actividad, el Programa está consolidado en nuestra comunidad y goza de una buena aceptación por parte de la población, como lo demuestran la evolución de los indicadores de participación y adhesión, si bien las grandes ciudades tienen una participación mas baja, tanto para el cribado inicial como para el sucesivo.

Gráfica 8

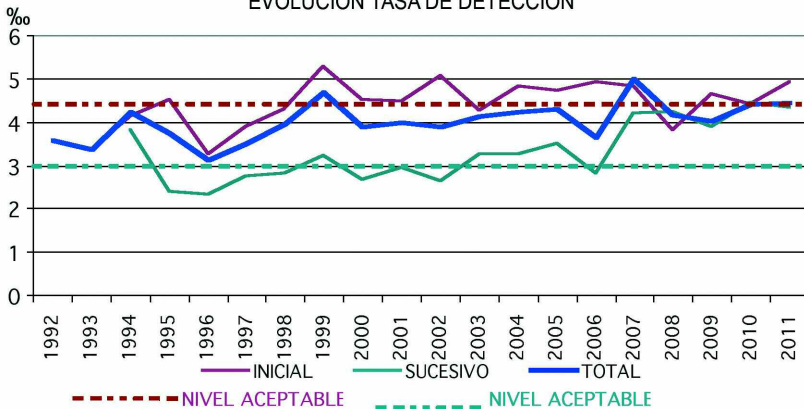


Gráfica 9
EVOLUCIÓN TASA DE ADHESIÓN

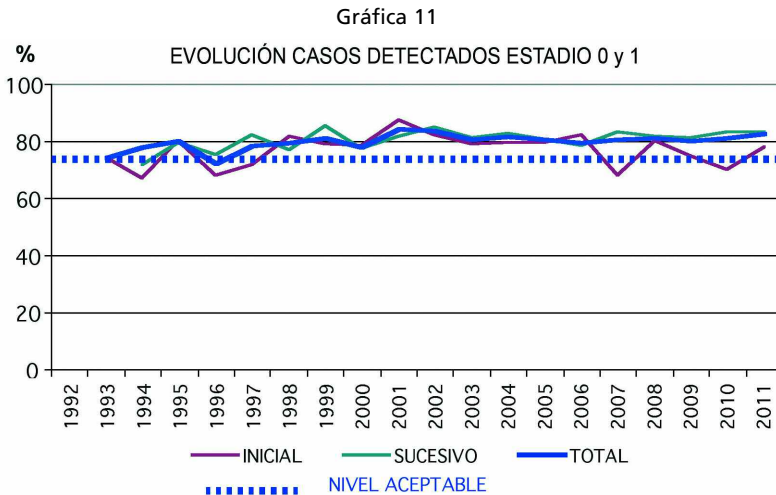


Desde el inicio del programa la detección de tumores presenta una tendencia creciente tanto en el cribado inicial como en el sucesivo. Hasta el año 2007 la incidencia en el cribado inicial era más alta que en el cribado sucesivo, como era de esperar, ya que el cribado inicial recoge tanto la incidencia como la prevalencia de la enfermedad, mientras que el cribado sucesivo recoge solo la incidencia. A partir de 2008 las tasas de detección son bastante similares en cribado inicial y sucesivo.

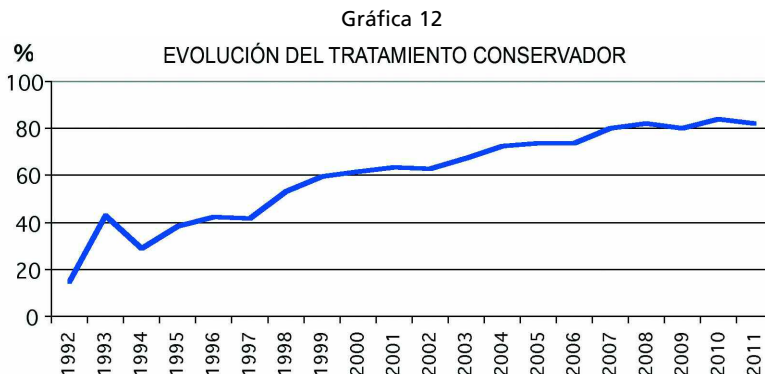
Gráfica 10
EVOLUCIÓN TASA DE DETECCIÓN



En cuanto a los indicadores predictores de reducción de mortalidad, el programa presenta una buena precocidad diagnóstica medida a través del porcentaje de tumores detectados en estadio 0 y 1 con valores globales alrededor del 80 %, 70,10% en cribado inicial y 83,02% en el sucesivo, estos porcentajes están calculados sobre los tumores con estadio conocido.



En la evolución del tratamiento conservador es donde se hace más evidente la mejora en la calidad de vida de las mujeres aquejadas por este proceso. A este incremento han contribuido tanto los avances en el tratamiento quirúrgico como la detección temprana del tumor que hace posible el tratamiento conservador.



PROCESO DE CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA Y TRATAMIENTO

El desarrollo del programa ha ido en paralelo a la mejora de los servicios de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.

Esto se puede comprobar con indicadores como la existencia de comités de patología mamaria en todos los hospitales, disponer de guías y protocolos asistenciales. Algunas mejoras en el diagnóstico se han implantado de manera extensiva, como la realización de la técnica de biopsia selectiva del ganglio centinela en la que se alcanzan valores del 100%. Los indicadores de calidad del proceso de confirmación y tratamiento también están en niveles adecuados, nuestro programa alcanza valores alrededor del 70% en indicadores como: indicación de linfanelectomía con nº ganglios > 10, indicación de tratamiento conservador, constancia de TNM en el informe de anatomía patológica, mujeres con receptores HER-2 +, que han recibido tratamiento con trastuzumab o mujeres con estudio de ganglio centinela.

EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA.

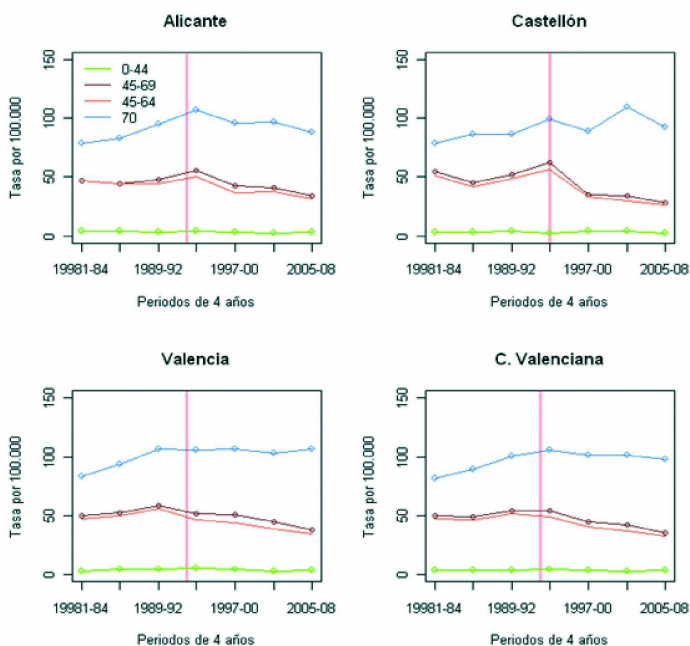
El objetivo final del PPCM es lograr el impacto sobre la mortalidad. Los programas de cribado mamográfico tienen como objetivo disminuir un 30% la mortalidad entre las mujeres cribadas.

En los últimos 20 años, se observa como ha descendido la mortalidad por cáncer de mama.

Una importante revisión de los programas de detección precoz de cáncer de mama europeos confirma el beneficio del cribado en términos de muertes evitadas y muestra que este beneficio compensa el daño causado por el sobre diagnóstico

Los estudios metodológicamente más válidos recientemente publicados indican una **reducción de la mortalidad por cáncer de mama del 25% -31%** en las mujeres invitadas (y del 38%-48% para las mujeres que se criban).

En la Comunitat Valenciana hemos analizado la evolución de la mortalidad por cáncer de mama. Los resultados obtenidos en este análisis se muestran en el gráfico siguiente. En él se presentan las tasas de mortalidad por cáncer de mama estandarizadas a la población europea por grupos de edad y por cada provincia y las de las globales de la Comunitat, en períodos de 4 años, desde 1981-2008. La línea vertical marca el inicio de cribado. Tras el inicio del cribado se observa un descenso en la curva de mortalidad en general que es algo mas evidente para la provincia de Castellón.

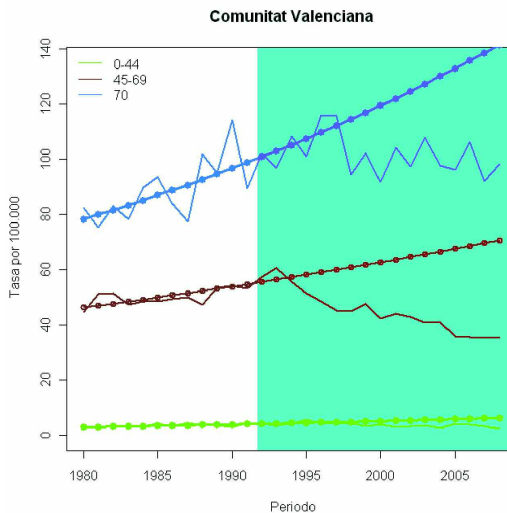


La siguiente gráfica muestra **las predicciones de la tasa de mortalidad** para nuestra comunidad y como hubiera evolucionado si no se hubiera producido cambio en la tendencia de mortalidad. Para realizar este cálculo se ha utilizado el **modelo de regresión de POISSON**

La línea de puntos representa la tendencia esperada para la mortalidad en los diferentes grupos de edad desde 1980 hasta 2007. La tasa observada

muestra un cambio significativo a partir de 1992 especialmente en los grupos de 45-69 años, y mayores de 70 años. En las mujeres más jóvenes, este cambio en la tendencia es poco significativo. De acuerdo a esta tendencia observada en los grupos de más de 45 años podemos relacionarla con todas las mejoras que se han producido en el cáncer de mama en las últimas décadas, los nuevos tratamientos y el diagnóstico realizado cada vez en fases más tempranas.

PREDICCIONES DE LA TASA DE MORTALIDAD



FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

La formación del personal adscrito a las unidades, constituye una prioridad fundamental y por ello desde el Servicio del Plan Oncológico se realizan periódicamente sesiones, jornadas y cursos de formación continuada, a través de la EVES, con el fin de mantener un alto nivel de conocimientos y actualización en esta materia.

También se han realizado publicaciones para garantizar la homogeneidad del trabajo en el programa dirigidos a los diferentes profesionales que en él intervienen: *Guía de Técnica mamográfica*, *Atlas Mamográfico*:

Sistema de Lectura del Programa de Prevención de Cáncer de Mama en la Comunitat Valenciana, Oncoguía del Cáncer de mama de la Comunitat Valenciana y Guía de práctica clínica en cáncer hereditario; así como guías de Información dirigidas a la población general: Información para el paciente oncológico e Información para mujeres con cáncer de mama.

El programa de prevención de cáncer de mama de la Comunitat Valenciana, publica y difunde sus resultados periódicamente a través de Informes de Salud y de la página Web www.sp.san.gva.es

También se presentan trabajos científicos relacionados con el programa en congresos y se publican en revistas de gran impacto.

Se ha trabajado en coordinación con la red de cribado de cáncer de España y con la red Europea de cáncer. Ello ha permitido publicar trabajos científicos en colaboración con otros programas de España y de Europa

El Programa ha participado en diferentes proyectos de investigación españoles y europeos para identificar factores de riesgo de cáncer de mama, evaluar determinantes de efectos adversos como los falsos positivos o los cánceres de intervalo, evaluar nuevas técnicas diagnósticas (comparación mamografía analógica y digital).

CONCLUSIÓN

El programa de Prevención de cáncer de Mama de La Comunitat Valenciana se ha desarrollado y consolidado en estos 20 años entre los profesionales y las mujeres de nuestra comunidad, alcanzando unos resultados adecuados.

Durante los veinte años hemos conocido muchos cambios. Se ha procurado desde el comienzo del programa ofrecer a las mujeres un programa de cribado de cáncer de mama de alta calidad y se han ido incorporando los avances y nuevas tecnologías que han ido apareciendo.

No obstante, hay valores que persisten, fundamentalmente, el poner todos los medios disponibles para lograr el objetivo de reducir la mortalidad por cáncer de mama, tanto como sea posible, y contribuir a los avances técnicos y de investigación que permitan mejorar la calidad de vida de las mujeres en nuestra comunidad.

AGRADECIMIENTOS

Esta publicación que informa de la trascendencia que ha tenido en la sociedad el programa de cáncer de mama de la Comunitat Valenciana, quiere recordar con gratitud a los amigos que comenzaron con nosotros y nos fueron dejando en el camino: Isidro Vizcaíno y Ramón Olagüe que nos legaron su enseñanza y experiencia, acumuladas en los años más productivos de su vida. Gracias en nombre de todos.

El programa nació de la propuesta de Constantino Herranz, conocedor de los resultados obtenidos en otros países y preocupado por la incidencia del cáncer de mama, que propuso a las autoridades responsables de la salud, en la Comunitat Valenciana, la creación del programa.

Para este fin, se rodeó de un grupo de especialistas, radiólogos, oncólogos, cirujanos, anatomopatólogos y epidemiólogos, que han ido incorporándose al proyecto de modo que desde el inicio del trabajo se adquirió una conciencia de equipo multidisciplinar. Es importante reseñar como la existencia del programa ha contribuido también a la creación de unidades multidisciplinarias de patología mamaria en los hospitales. Esta actividad es fundamental para enfocar y tratar la patología de mama y supone un gran beneficio para las mujeres y también para los profesionales.

Queremos agradecer su colaboración y entrega a los profesionales que han participado en el programa a lo largo de estos años:

Asesores del Programa

Ignacio Aranda López
Dolores Cuevas Cuerda
Jesús Félix Fontestad
Javier Garcia Conde Bru
Vicente Guillem Porta
Constantino Herranz Fernández

Ana Lluch Hernández
Ignacio Petschen Verdaguer
Francisco Ruiz Perales
Amparo Ruiz Simón
Dolores Salas Trejo
Montserrat Sánchez Llorente
Vicente Torres Gil
Carlos Vázquez Albadalejo
Ignacio Villaescusa Blanca
José Luís Vilar Semper
Isidro Vizcaíno Esteve

Igualmente queremos agradecer su dedicación a todas las personas que en los diferentes momentos han trabajado en las Unidades de Prevención de Cáncer de Mama, auxiliares de clínica y administrativos, técnicos en radiología y radiólogos, así como a todo el personal de Salud Pública: técnicos de programas, informáticos y directores, implicado en el desarrollo del Programa y a los profesionales que han trabajado en la confirmación diagnóstica y el tratamiento del cáncer de mama.

