



PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CANCER DE MAMA

Instituto de Salud Pública





PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA

1. IDENTIFICACIÓN



Entidad participante:

Instituto de Salud Pública,
Sección de Detección Precoz

Actividad:

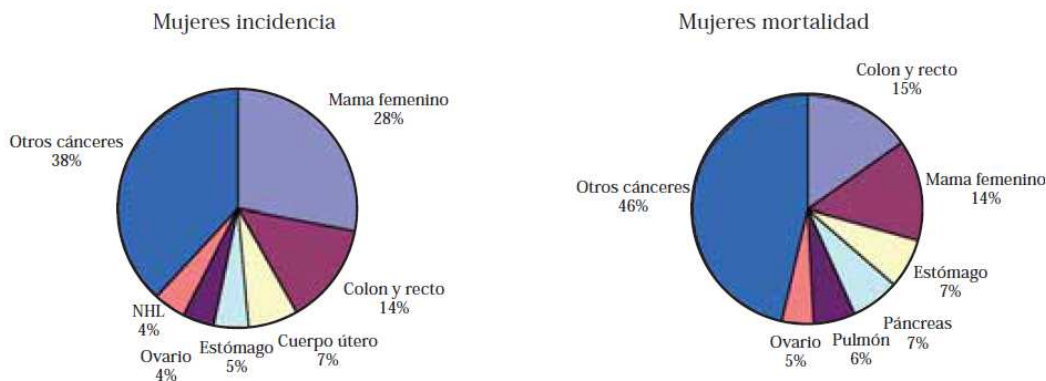
Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama

2. ANTECEDENTES

El cáncer de mama es el tumor más frecuentemente diagnosticado en las mujeres. Según datos del Registro de Tumores de Navarra, casi el 30% de los nuevos casos y casi el 15% de las muertes por cáncer corresponden a esta localización. La posibilidad de prevención primaria es limitada, pero se ha demostrado que su detección precoz disminuye su mortalidad. En 1990, el Departamento de Salud de Navarra decidió iniciar un programa poblacional de Detección Precoz de Cáncer de Mama con el *objetivo* de disminuir la mortalidad además de aumentar la supervivencia y mejorar la calidad de vida de las mujeres afectadas. El Programa se inició el 3 de marzo de 1990. En julio de este año 2010, finalizó la décima vuelta y con ella 20 años de actividad.

3. NECESIDAD DETECTADA

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres, diagnosticándose más de un millón de casos cada año. En España, se diagnostican anualmente más de 16.000 casos. Según datos del Registro de Tumores de Navarra, casi el 30% de los casos de cáncer en mujeres y casi el 15% de las muertes por tumores malignos corresponden a esta localización. Su incidencia muestra una tendencia creciente de forma constante.



La forma más eficaz de controlar una enfermedad es evitar su aparición, disminuir su incidencia, evitando la exposición de las personas susceptibles a los factores que se hayan demostrado como causales de la misma (prevención primaria). Los numerosos estudios epidemiológicos existentes ponen de manifiesto que la edad, la menarquia precoz, la menopausia tardía, la nuliparidad o el primer embarazo a edad tardía, la exposición a radiaciones ionizantes, la presencia de mutaciones en genes de alta penetrancia (BRCA1, BRCA2 y otros) y la existencia de antecedentes familiares son los factores de riesgo más importantes. La obesidad también constituye un claro factor de riesgo tras la menopausia. Muchos de estos factores actúan modificando el nivel o el tiempo de exposición a las hormonas sexuales endógenas.

Sin embargo, el conocimiento actual sobre la epidemiología del cáncer de mama es limitado. A pesar de la multitud de estudios realizados, tomados en conjunto, los factores de riesgo clásicos explicarían menos del 50% de los casos observados. Además muchos de ellos no son modificables o presentan un riesgo atribuible tan bajo que su control no llevaría a una significativa disminución de su incidencia, por lo que por ahora se descarta la posibilidad de prevenir su aparición.

Por el contrario su detección precoz con la posterior aplicación de tratamientos mucho más efectivos, se ha demostrado como un método válido para disminuir la mortalidad. A pesar de ciertas controversias, los resultados son consistentes. Existe un consenso general en la recomendación de aplicar con carácter poblacional programas de cribado de cáncer de mama.

En estas condiciones y bajo estas premisas, el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra consideró la necesidad de abordar el cáncer de mama como problema de salud



y decidió en el año 1990 poner en marcha un programa poblacional de Detección Precoz de Cáncer de Mama.

Las mujeres de Navarra estaban siendo diagnosticadas de cáncer de mama en estadios avanzados y consecuentemente con gran frecuencia, muriendo a consecuencia del proceso.

El objetivo del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama ha sido y es disminuir la mortalidad por este tumor. Como objetivos secundarios se establecieron el aumento de la supervivencia y la mejora de la calidad de vida de las mujeres afectadas

4. PUESTA EN MARCHA Y DESARROLLO DEL PROGRAMA

El Consejo de la Comunidad Europea en su Resolución de 7 de julio de 1986 manifestó su interés por poner en marcha un programa europeo de acción contra el Cáncer. Entre otros objetivos priorizó la necesidad de intercambiar información y experiencias entre los estados miembros en relación a programas de prevención y diagnóstico precoz. Con estas premisas se estableció en 1987 el programa “Europa Contra el Cáncer” que incluía un apartado dedicado a la prevención secundaria, considerando la necesidad de puesta en marcha de programas poblacionales de cribado para localizaciones tumorales específicas, como el caso del cáncer de mama.

El Plan de acción para los años 1988-1989 incluyó entre sus objetivos la reducción de la mortalidad por cáncer en el año 2000 de un 15%, y entre otras actividades se recomendó la puesta en marcha de programas poblacionales de detección precoz de cáncer de mama. Dada la escasa experiencia que hasta ese momento se tenía sobre la puesta en marcha y posterior desarrollo de este tipo de programas poblacionales, se estableció en el marco del programa Europa Contra el Cáncer, una red (European Breast Cancer Network) en la que se incluiría una región por cada país de los estados miembros.

Por parte de España, desde el Ministerio de Sanidad se designó a Navarra como región a integrarse en dicha red, dado que además de cumplir con los requisitos que se exigían, Navarra estaba en ese momento iniciando los trámites para poner en marcha un programa de características similares a las que se planteaban.



1990: European Breast Cancer Network

El Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de Navarra se inició, a efectos de realización de exploraciones, el 3 de marzo de 1990, aunque hasta septiembre de ese mismo año no se comenzó a trabajar de forma sistemática. En julio de este año 2010 finalizará la décima vuelta y con ella 20 años de actividad del programa.

Desde el punto de vista operativo, el cribado debe considerarse como un proceso continuo que comienza con la identificación de toda la población diana y termina con la aplicación del tratamiento a una proporción muy reducida de dicha población en la que se ha confirmado la presencia de un tumor maligno, sobre la que se conseguirá el impacto en reducción de mortalidad que el servicio persigue.

El efecto neto sobre todas las personas exploradas y sobre la población en general, dependerá de la calidad del servicio ofrecido a lo largo de toda la cadena del proceso de cribado. El control de calidad de todo el proceso debe estar integrado y contemplar todos los problemas de estructura, proceso y resultado del mismo.

En este contexto y bajo estas premisas se puso en marcha el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama que se desarrolla según las siguientes bases:

1. Población objetivo
2. Test de cribado
3. Intervalo entre exploraciones

Año	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010		
Vuelta		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10												
Población	45 - 65 años				45 - 67				45 - 69														
Objetivo	58.819	64.423	65.415	66.356	69.699	73.006	82.655	85.645	91.506	96.786													
Test de Screening	OML		OML y CC						OML y CC				OML y CC digital										
E. Inicial	OML		OML y CC						OML y CC				OML y CC digital										
E. Sucesiva	OML						OML y CC				OML y CC digital												
Intervalo	2 años						En situaciones especiales, 1 año																

Cambios producidos en la política del programa a lo largo de su desarrollo

1. *Población objetivo*: Todas las mujeres residentes en Navarra de edades comprendidas entre 45 y 69 años (45-65 hasta 1998) (A partir de 40 si tienen antecedentes familiares de primer grado de cáncer de mama). En este periodo la población elegible ha variado entre 59.908 mujeres en la primera vuelta y 96.786 (datos provisionales) en la actual que finalizará en junio de este mismo año.



La participación es un factor fundamental a la hora de maximizar el impacto del programa por lo que la sensibilización de estas mujeres ha sido y es uno de los aspectos organizativos más importantes a tener en cuenta. En los primeros años del programa, un alto porcentaje del presupuesto global se dedicaba a estrategias de información y comunicación, utilizando todos los soportes publicitarios que en aquel momento se determinaron como más eficientes (prensa, radio, televisión etc.).

Una vez no basta.

La primera revisión es fundamental, pero una vez no basta. Es necesaria una revisión periódica cada dos años para prevenir esta enfermedad. **Vamos a volver a llamarte.** Prevenir es curar.

La primera revisión es fundamental.

La primera revisión es fundamental y muchas mujeres ya la han hecho. Ahora, nuevas mujeres se incorporan al programa. Y es importante que continuemos bien lo que bien comenzó. Por la salud de todas las mujeres navarras.

Nos van a volver a llamar. No faltaremos.

En la Campaña anterior muchas mujeres se hicieron la revisión y comprobaron con satisfacción que no tenían por qué preocuparse. Otras descubrieron a tiempo la enfermedad y han podido salvar sus vidas. Vamos a seguir con el Programa. Atiende nuestra llamada. Es por tu vida.

Las mujeres navarras un ejemplo a seguir.

La primera Campaña de Prevención de Cáncer de Mama, ha sido un éxito de las mujeres navarras. Han comprendido la importancia de las revisiones periódicas y lo han hecho con porcentajes de asistencia que son de los más altos de Europa. Ahora, hay que seguir con el Programa.

Arantxa Ariz, Pamplona.

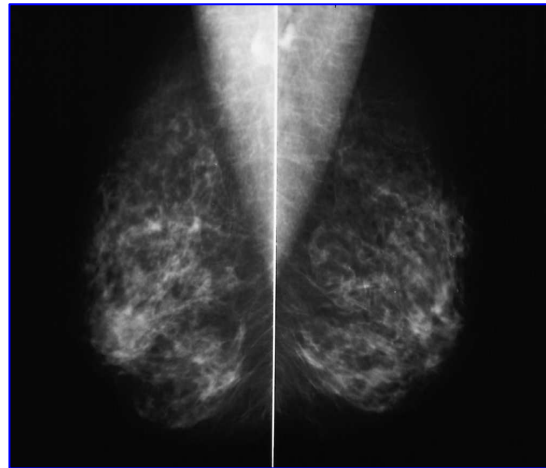
Julia Ruiz, Pamplona.

Isabel Urrestarazu, Aritz.

Posteriormente, y a la vista de las sucesivas evaluaciones de resultados, estas actividades han ido disminuyendo. Durante todo el tiempo ha sido y es también muy importante la participación de todos los profesionales sanitarios y en particular los de Atención Primaria, en la concienciación y motivación de esta población tanto en general como con carácter individual apoyando y respondiendo a las dudas que se pudieran plantear en estas mujeres. En aquellos primeros años, Ayuntamientos, Asociaciones y otros grupos de población se implicaron en el proyecto a fin de conseguir la participación de todas las mujeres invitadas.

Todas las mujeres elegibles, cuya identificación se realiza a través del Padrón Municipal actualizándose con registros de Tarjeta Sanitaria, reciben una carta de invitación personal con el día y hora reservada para realizar su correspondiente revisión. La reserva de cita se ha demostrado como lo más eficiente a la hora de estimular la participación aunque implique desde el punto de vista organizativo, adecuar el servicio a la participación estimada.

2. Test de cribado: Siguiendo las recomendaciones al respecto, desde el comienzo del programa el test elegido fue la mamografía, como test único, aunque a lo largo de los años su forma de aplicación ha variado. Al comienzo se realizaba solo una proyección por mama, Oblicua Medio Lateral, pero a fin de disminuir el número de falsos positivos y por tanto algunos de los posibles efectos adversos para la mujer se incorporó una segunda proyección, Cráneo-Caudal para las mujeres que se incorporan desde la 3ª vuelta y para todas en la octava. En este momento a todas, sean de nueva incorporación o no, se les hacen dos mamografías por mama.



Tal como se ha señalado, el programa está integrado en la Sección de Detección Precoz del Instituto de Salud Pública, desde donde a través de una oficina de coordinación, se realizan todas las actividades de dirección, gestión y evaluación del programa incluyendo la programación de todas las citaciones para que a todas las mujeres objetivo se les realice la correspondiente exploración en el momento que según el intervalo recomendado le corresponde. En esta unidad trabajan 4 Médicos Especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública, 1 Diplomada en Enfermería, 1 Técnico de Información y 12 auxiliares administrativos. Las mamografías se realizan en:

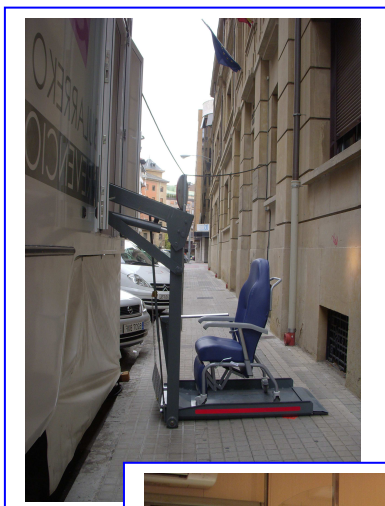
- Una Unidad de Detección fija con dos mamógrafos, ubicada también en el Instituto de Salud Pública, donde se efectúan las exploraciones correspondientes a las mujeres que residen en Pamplona y comarca



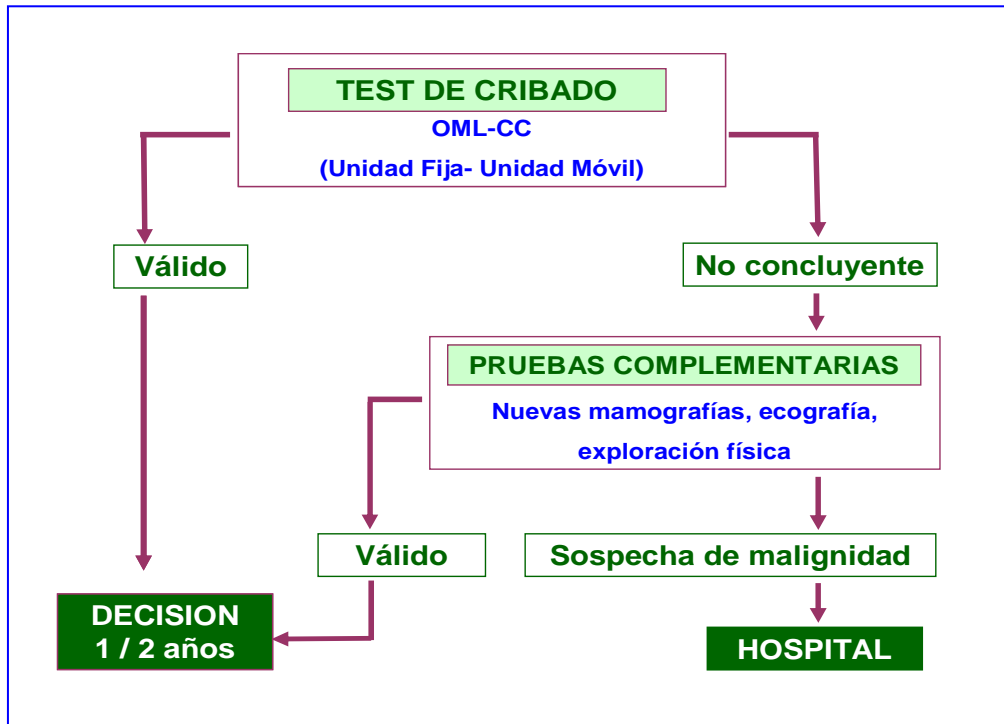
- Una Unidad Móvil con un mamógrafo en donde se realizan el resto de exploraciones.

La Unidad Móvil tiene un importancia vital para acercar a la población el servicio y para conseguir una accesibilidad total. Además Navarra es una provincia con una población bastante dispersa, especialmente en la zona norte, por lo que un autobús lanzadera realiza los traslados de las mujeres desde cada una de sus localidades de residencia hasta el lugar de instalación de la unidad móvil, habitualmente Centros de Salud.

En las unidades de detección trabajan 3 Médicos Especialistas en Radiología y 12 Técnicos de Radiología.



Cuando el resultado de la lectura no es concluyente se vuelve a citar a la mujer en las unidades de detección para realizar pruebas complementarias de carácter no invasivo (nuevas proyecciones mamográficas y/o ecografía).



La cita para estas nuevas exploraciones se realiza de forma telefónica y el día anterior a su realización, a fin de minimizar la afectación psicológica que pudiera provocar. Si la sospecha de existencia de un tumor maligno persiste, la mujer se envía a los hospitales de referencia para completar el proceso diagnóstico y terapéutico (Hospital de Navarra y Hospital Virgen del Camino).

Desde la puesta en marcha del programa, el control de su calidad ha sido un proceso prioritario en su desarrollo. Dentro de los múltiples procesos de control, el de calidad de imagen es fundamental a fin de obtener mamografías de máxima calidad y por tanto la mayor posibilidad de detección de tumores mínimos con la menor dosis de radiación posible. Desde la puesta en marcha todos los equipos han sido evaluados diariamente a fin de garantizar estos aspectos.



En el año 2008, ante la necesidad de sustituir ya los mamógrafos y equipos de revelado y dado que los nuevos equipos digitales habían ya demostrado su utilidad en el cribado, se decidió digitalizar completamente las unidades de forma que todas las mamografías se realizaran de forma digital (Digital directo). Entre otras, este cambio ha supuesto las siguientes ventajas:

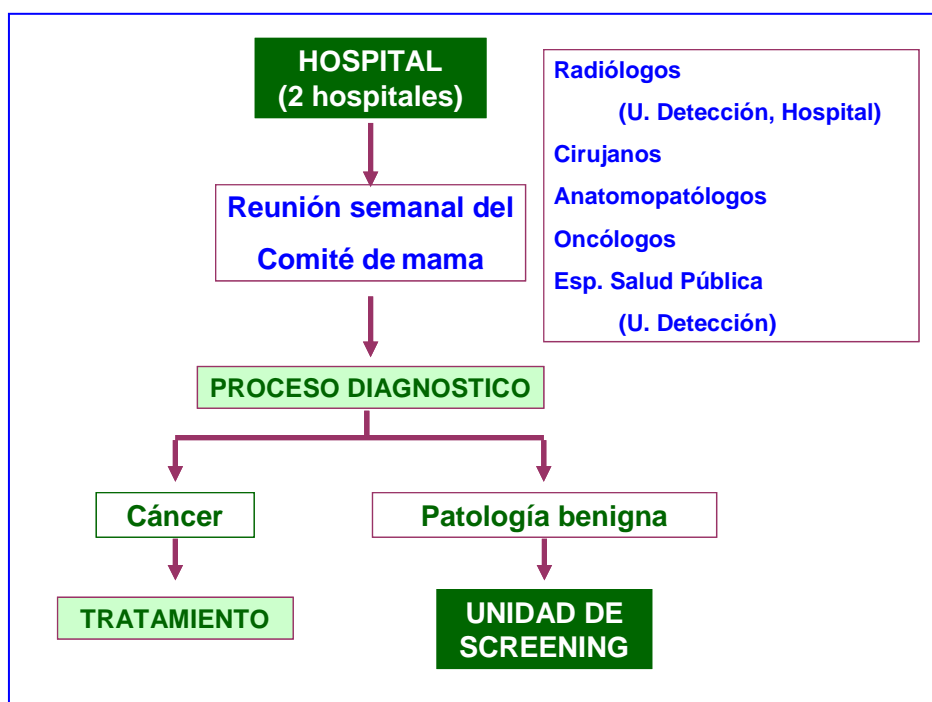
- Reducción de hasta un 40% de la dosis de radiación que se precisa para la realización de la mamografía con la misma calidad de imagen.
- Posibilidad de tratamiento de la imagen para conseguir cambios en su apariencia y en la medida de lo posible, evitar nuevas mamografías. Esto se ha demostrado especialmente útil en mujeres jóvenes y/o con mamas densas.
- Desaparición de las películas radiográficas así como de reveladoras, líquidos de revelado y de todo el sistema de procesado. Con el nuevo sistema se elimina una gran cantidad de problemas técnicos derivados de este revelado además de conseguir un sistema más respetuoso con el medio ambiente.
- Almacenamiento de las imágenes en soporte informático con la ventaja de poder ser consultadas, si se precisa, desde otros puntos del sistema sanitario además de permitir la eliminación de los tradicionales archivos con lo que supone de ahorro de espacio y facilidad de manejo.
- Posibilidad de integración de toda la información con la de otros sistemas de información sanitaria como la Historia Clínica Informatizada, desde donde se podrán consultar los datos de las exploraciones que se realizan en el Programa.

La inversión económica que ha sido necesario realizar es muy grande, pero el coste se verá compensado por los beneficios que como se ha señalado, se producirán, sin que se pueda descartar que a medio plazo la eliminación total de placas, líquidos, archivo, incluso personal, derive en una reducción del coste anual del programa.

Es la primera Unidad de Detección Precoz de cáncer de mama que se digitaliza de forma completa en España y una vez más servirá de modelo y referencia para otros programas.

3. *Intervalo entre exploraciones:* Con carácter general se establece en 2 años, aunque dependiendo de características radiológicas específicas, a un subgrupo de mujeres se les recomienda una revisión intermedia (al año en la mayoría de los casos).

Seguimiento de los casos: Como se ha comentado anteriormente, si después de la realización de pruebas adicionales en las unidades de detección, la sospecha de tumor maligno persiste, las mujeres son enviadas a los hospitales de referencia para completar el proceso diagnóstico y terapéutico. Un correcto diagnóstico seguido de su oportuno tratamiento son claves a la hora de modificar la historia natural de la enfermedad y consiguientemente disminuir el riesgo de muerte por el tumor. Por este motivo, en la fase de preparación para la puesta en marcha del programa y a lo largo de todos los años de actividad, se ha trabajado estrechamente con las unidades de patología mamaria de los 2 hospitales de nivel terciario de la comunidad, donde se recibe a las mujeres a las que se ha detectado una lesión (Hospital de Navarra y Hospital Virgen del Camino).



Semanalmente el personal del programa (Radiólogos y Especialistas en Salud Pública) presenta los casos que van a ser remitidos, se consensúa con los diferentes profesionales de las unidades hospitalarias (radiólogos, cirujanos, patólogos, oncólogos etc) el protocolo a seguir y se informa de las actuaciones seguidas con casos remitidos con anterioridad, con lo que se consigue una perfecta coordinación entre los diferentes servicios y en definitiva el correcto seguimiento de todas las mujeres sospechosas

Hospital Virgen del Camino

Hospital de Navarra



5. RECURSOS

Como se ha señalado, además del equipamiento necesario, el personal adscrito al programa es:

El programa está integrado en la Sección de Detección Precoz del Instituto de Salud Pública y a él se adscriben las siguientes personas como personal de plantilla:

- 4 Médicos Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública (uno de ellos ejerciendo como Jefe de Sección)
- 3 Médicos Especialista en Radiología
- 1 Técnico en Sistemas de Información
- 1 Diplomado en Enfermería (Jefe de Unidad)
- 12 Técnicos de Radiología
- 12 Administrativos

Además el programa cuenta con el apoyo de:

- Registros de Tumores y Mortalidad de Navarra: con los que se colabora para realizar la evaluación de resultados finales del programa
- Servicio de Radiofísica y Protección Radiológica, con él que se realizan los controles de calidad de imagen necesarios para garantizar el buen funcionamiento de todos los equipos.
- Unidades de Patología Mamaria del Hospital de Navarra y Hospital Virgen del Camino, donde se derivan las mujeres en las que se ha detectado alguna lesión.
- Centros de Salud y Centros de Atención a la Mujer con los que se mantiene un estrecho contacto en relación a las mujeres participantes en nuestro programa, a



través de los cuales se consigue su sensibilización además de servir de nexo entre el programa y la mujer en las ocasiones que especialmente se requiera.

- Asociación DYA con la que se realiza el traslado de mujeres a la Unidad Móvil.
- Otros servicios auxiliares contratados para mantenimientos, traslados de unidad, limpieza, etc

Recursos económicos

Partida y denominación	Ejecutado año 2009
548001 52283 1230 313900 Retribución total fija de funcionarios	722.555,18
548001 52283 1310 313900 Contratación del personal temporal	41.508,03
548001 52283 1312 313900 Personal contratado sustituciones	180.187,17
548001 52283 1313 313900 Personal contratado para cubrir vacantes	211.340,29
548001 52283 1500 313900 Complemento de productividad	20.438,22
548001 52283 1702 313900 Horas extraordinarias	0,00
548001 52283 1703 313900 Remuneración por trabajo días Festivos	4.130,47
TOTAL CAPÍTULO I	1.180.159,36
548001 52283 2120 313900 Edificios y otras construcciones	1.290,92
548001 52283 2190 313900 Otro inmovilizado material	31.486,55
548001 52283 2200 313900 Material de oficina	7.853,58
548001 52283 2202 313900 Prensa, revistas, libros, otras publicaciones	249,90
548001 52283 2214 313900 Instrumental pequeño utillaje de consumo	678,60
548001 52283 2216 313900 Material sanitario de consumo	4.194,23
548001 52283 2217 313900 Vestuario y ropería sanitaria	76,98
548001 52283 2230 313900 Gastos de transportes y fletes	810,79
548001 52283 2262 313900 Publicidad y propaganda	576,40
548001 52283 2266 313900 Reuniones, conferencias y cursillos	1.456,50
548001 52283 2269 313900 Otros gastos diversos	666,76
548001 52283 2271 313900 Contrato servicio de limpieza	5.717,14
548001 52283 2276 313900 Estudios y trabajos técnicos	8.040,00
548001 52283 2279 313900 trabajos realizados por terceros	37.577,98
548001 52283 2283 313900 Materiales reparac.,conservac.y repuestos	11,00
548001 52283 2284 313900 Material de limpieza	988,81
548001 52283 2286 313900 Productos químicos	478,30
548001 52283 2300 313900 Dietas	625,43
548001 52283 2301 313900 Locomoción y gastos de viaje	3.901,23
TOTAL CAPITULO II	105.390,18
548001 52283 6057 313900 Equipos médicos	0,00
548001 52283 6059 313900 Otro mobiliario y equipo	185,06
TOTAL CAPÍTULO VI	185,06
TOTAL PROYECTO 548001	1.285.734,60

El programa de Detección Precoz presupuestariamente corresponde al Proyecto 548001 del Instituto de Salud Pública. Durante el año 2009 (último cerrado) se ejecutó la cantidad de 1.285.734,60€ de los cuales algo más del 90%, corresponde a gastos de personal).

Respecto a los gastos de funcionamiento, resaltar que este es un año atípico en el que con motivo del cambio de equipamientos no se ha realizado ningún gasto en mantenimiento y se ha reducido significativamente el gasto en productos sanitarios. Habitualmente el gasto correspondiente a este capítulo ronda los 200.000 euros.

El capítulo 6 de inversiones varía de unos años a otros. Como más significativo resaltar la inversión que se realizó en el año 2008 para digitalizar todo el servicio (1.500.000 euros)

A estos gastos hay que añadir 59.480 € ejecutados en la partida 510000 51200 4819 313902 Convenio con la Asociación DYA, del Proyecto 510000 de la Dirección General de Salud destinados al pago del traslado de las mujeres hasta la Unidad Móvil..

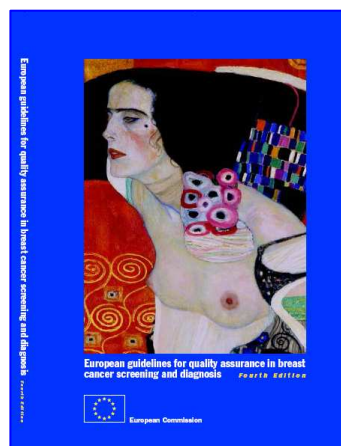
6. EVALUACION

Desde la puesta en marcha del programa, la evaluación del proceso y resultados fue un objetivo en si mismo. Para ello se diseñó e implementó un sistema de información que permitiera tanto la gestión de toda la actividad como la evaluación de sus resultados.

Se diseñó una base de datos en la que se registran variables de tipo demográfico, características personales relacionadas con la aparición de un cáncer de mama y toda la información correspondiente a las exploraciones y resultados que se han realizado a lo largo de los sucesivos años en el programa.

Se desarrolló una aplicación informática ad hoc que permitiese la gestión del proceso de citación y realización de las pruebas así como de las actuaciones que derivasen de los resultados obtenidos. Dicha base de datos está dada de alta en la Agencia de Protección de Datos y su manejo cumple todos los requisitos exigidos en la ley de Protección de Datos.

La organización y gestión del programa, así como su evaluación se ha realizado siempre siguiendo las recomendaciones de las guías europeas para el control de calidad del cribado (European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis).



Periódicamente, se calculan los indicadores de proceso y predictores de impacto requeridos para la evaluación del programa:

- Tasa de participación
- Tasa de pruebas adicionales
- Tasa de recomendación de revisiones intermedias
- Tasa de detección de tumores malignos
- Características de los tumores detectados
- Tratamientos realizados

Los registros de Tumores y de Mortalidad de Navarra proporcionan datos para la evaluación de la supervivencia y mortalidad por este tumor.

El servicio está plenamente integrado en la Red Española de Programas de Cribado y en la *European Screening Network* a través de las que se consensúan protocolos de actuación, se realizan evaluaciones conjuntas y estudios de investigación multicéntricos, etc.

7. RESULTADOS

Desde el comienzo del programa y hasta el 31 de diciembre de 2008 (fecha de cierre de la actual evaluación) se han realizado 638.085 invitaciones. La participación global sobrepasa el 85% (87,18%) superando ampliamente la referencia establecida en la *European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis* del 70 % para predecir un impacto en mortalidad en la población. La participación de las mujeres que se incorporan al programa, que se citan por primera vez, es del 81,81% sin que apenas se haya producido ninguna variación a lo largo del periodo de estudio. Respecto a la adherencia al programa, de 456.244 situaciones en las que la mujer había sido explorada en la vuelta anterior, se ha repetido la exploración en su intervalo (2 años) en el 96,69% de los casos. Realmente la realización de la mamografía se ha convertido en un verdadero hábito. Cuando una mujer se incorpora al programa, permanece en él hasta el final del intervalo. Solo un 2,6% de las exploraciones se han realizado con un intervalo mayor al recomendado, 4 años o más (mujeres que participan de forma irregular).

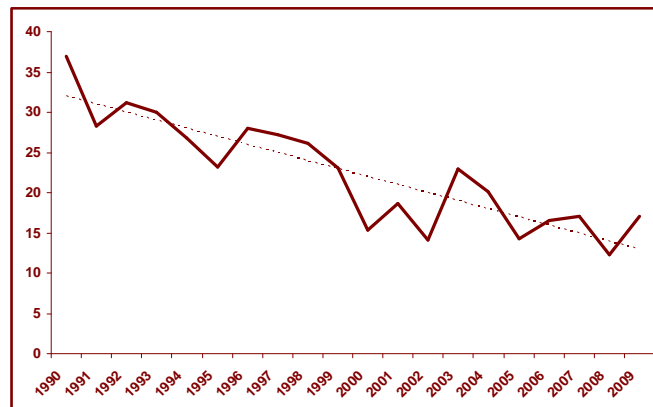
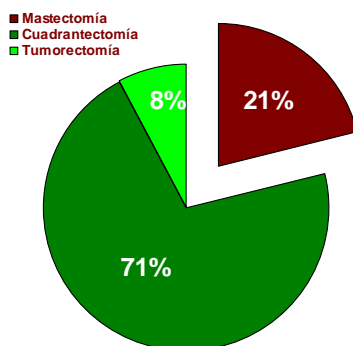
Del total de exploraciones analizadas, 556.263, 9,19% han requerido alguna prueba adicional, cifra que ha ido disminuyendo de forma significativa desde casi un 20% en la primera vuelta a 5,47% en el último año analizado, lo que traduce una mejora de calidad del programa y una significativa reducción en los efectos adversos producidos por resultados falso-positivos. Este porcentaje varía de forma significativa según la edad (a

menor edad mayor % de pruebas adicionales) y tipo de exploración (significativamente mayor en mujeres que se exploran en el programa por primera vez).

6 de cada 1.000 mujeres han requerido una prueba adicional de carácter invasivo para poder confirmar o descartar un diagnóstico de malignidad (cifra que también varía en función de la edad y tipo de exploración). El tipo de pruebas invasivas realizadas en los hospitales de referencia ha cambiado significativamente a lo largo de la evolución del programa. Actualmente, prácticamente todas las mujeres diagnosticadas de tumor maligno tienen el diagnóstico de confirmación antes de la intervención quirúrgica, con lo que la calidad de la misma aumenta al estar ya programada en tiempo y forma. Por otra parte la incorporación de la técnica de Ganglio Centinela ha supuesto una significativa disminución del número de linfadenectomías, una vez más con el consiguiente aumento de calidad para la mujer.

La tasa de detección global se sitúa en 3,95 por 1000 mujeres exploradas variando entre 6,19 en las mujeres que acuden de forma irregular, con un intervalo igual o superior a 4 años, y 3,55 en las mujeres exploradas en la vuelta anterior. Las mujeres que acuden al programa siendo invitadas por primera vez presentan una tasa de detección de 5,40.

De los tumores detectados 18,12% son inductables. 32,79% de los invasivos tienen un tamaño igual o inferior a 10 mm. 75,82% del total de tumores detectados no presenta invasión ganglionar, indicadores acordes con las recomendaciones de las guías europeas antes mencionadas. Las características de estos tumores contrastan de forma significativa con las de los diagnosticados antes de poner en marcha el programa cuando se diagnosticaban principalmente tumores mayores de 1-2 cm y con afectación ganglionar. Por otra parte, el diagnóstico en esta fase temprana de la enfermedad, además del impacto en mortalidad que supone, hace que los tratamientos sean mucho menos agresivos y por tanto la calidad de vida de estas mujeres mejore substancialmente. En este momento solo en un 20% de los casos se precisa realizar mastectomía.



Cambios en la mortalidad por cáncer de mama observados después de la puesta en marcha del programa de cribado.

(Ascunce N, Moreno-Iribas C, Barcos A, et al. Changes in breast cancer mortality in Navarre (Spain) after introduction of a screening programme. J Med Screen 2007; 14: 14-20.)

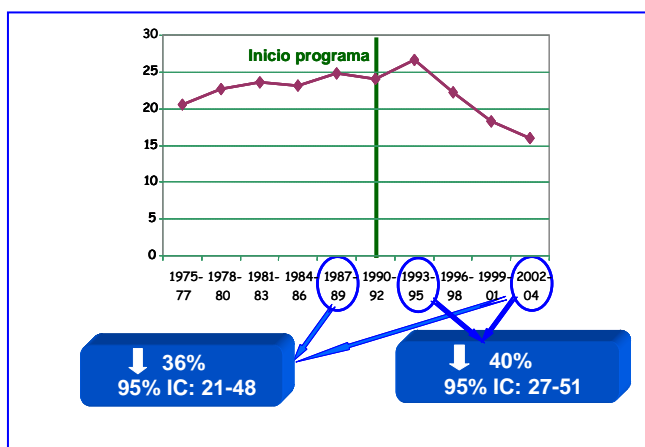
Las tasas de mortalidad por cáncer de mama en Navarra presentaron una tendencia creciente hasta el periodo 1993-1995, a partir del cual se observa un descenso constante y mantenido de algo más del 5% anual, pasando de 26,6 por 100.000 en el periodo 1993-95 a 15,9 por 100.000 en el periodo 2002-2004, algo más de 10 años después de la puesta en marcha del programa de cribado.

Si se compara la mortalidad observada antes (1987-1989) y después de la puesta en marcha del programa (2002-2004) se comprueba un descenso del 36%, 41% si se considera el valor estimado según la tendencia que se observaba hasta ese momento.

La comparación antes-después puede estar sesgada por la contribución que otros factores ajenos al programa han podido tener. Es difícil cuantificar el efecto de cada uno de estos cofactores pero es importante señalar cómo el mayor descenso de mortalidad se produce en el grupo de edad principalmente afectado por el programa de cribado, 50 a 69 años, aunque este descenso tampoco pueda atribuirse en su totalidad al cribado.

En este grupo el descenso alcanza el 9% anual, mientras que en los grupos que no están afectados por el programa, o lo están parcialmente, no se produce ninguna modificación estadísticamente significativa, lo que iría a favor de la hipótesis de que el programa de cribado es responsable de una buena parte de la reducción de la mortalidad observada en los grupos expuestos al mismo.

Mientras que el descenso estimado, según las proyecciones efectuadas, en los grupos no afectados por el programa se encuentra en torno al 22%, en el grupo de 50-69 años alcanza al 62%.



Mortalidad por cáncer de mama global por trienios (tasas por 100.000 estandarizadas a Población. Europea)

Los resultados del análisis de mortalidad en periodos relativamente cercanos a la puesta en marcha del programa pueden estar condicionados por la inclusión de muertes producidas en el periodo correspondiente a casos diagnosticados con anterioridad, lo que como señalan otros autores, puede diluir el efecto. En Navarra se han podido comparar los cambios observados en la mortalidad tras excluir estos casos diagnosticados con anterioridad. Cuando se comparan las tasas de mortalidad en el último periodo con programa de cribado con las del periodo pre-cribado la disminución de mortalidad se acentúa respecto al análisis realizado con todos los casos, lo que confirma la teoría expuesta. Según este análisis, el riesgo relativo de morir por un cáncer de mama en Navarra fue significativamente menor en el grupo de edad de 50-69 años (0,6), en donde el programa ha podido producir más impacto. Los grupos de edad sin cribado (menores de 45 años y mayores de 75) presentaron riesgos relativos ligeramente por encima de 1. Tanto si se considera la mortalidad global como la específica del grupo más expuesto, el descenso observado en Navarra es alto y superior a lo encontrado en varios ensayos clínicos.

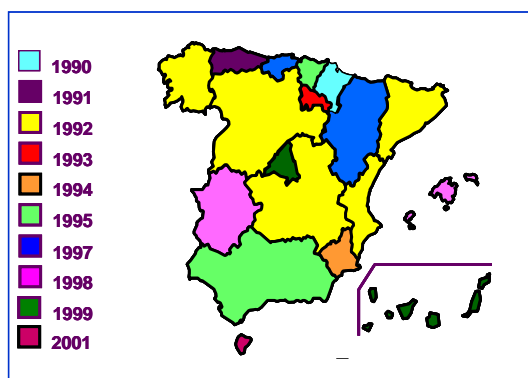
En las primeras estimaciones de impacto que se realizaron para Navarra (Universidad de Rotterdam, MISCAM) se pronosticaba una alta reducción de mortalidad condicionada en buena medida por la rápida implantación del programa que en dos años alcanzó una cobertura total y por las altas tasas de participación que se observaban (por encima del 85%). Además la adherencia al programa ha superado siempre el 95%, con lo que prácticamente todas las exploraciones sucesivas se han realizado en el intervalo recomendado de dos años, lo que conlleva una probabilidad de impacto poblacional alta. También hay que tener en cuenta que en comparación con otras regiones de países europeos, los cánceres diagnosticados en la etapa inmediatamente anterior a la puesta en marcha del programa estaban en un estadio más avanzado, con lo que la posibilidad de modificación de los estadios de diagnóstico y por tanto de impactar en su letalidad era mucho mayor, como en definitiva así se ha demostrado.

Los indicadores de proceso del programa a lo largo de los 20 años de funcionamiento han alcanzado los estándares recomendados por la guía europea de calidad. En cuanto a resultados finales, la evaluación del programa revela importantes reducciones de la mortalidad por cáncer de mama, tanto en global como en el grupo de cribado, lo que avala una vez más el efecto que la puesta en marcha y desarrollo de programas de cribado de cáncer de mama produce en la mortalidad por este tumor.

Prácticamente en todas las regiones españolas se produce un descenso de la mortalidad por cáncer de mama a partir del periodo 1991-95 al margen de que los programas de cribado no se inician en algunos casos hasta años posteriores. La introducción con carácter generalizado de nuevos tratamientos neoadyuvantes a finales de los años 80, y en concreto la aplicación sistemática del tamoxifeno, podría estar provocando una parte del descenso. Sin embargo estos descensos son considerablemente más altos en Navarra que a nivel nacional lo que supone otra evidencia a favor de que la disminución de la mortalidad observada es, en buena medida, efecto del programa de cribado.

8. INNOVACIÓN Y ADAPTABILIDAD

El Cáncer de mama es uno de los problemas de salud más importantes. Su frecuencia además de la transcendencia personal y social hace que sea prioritario a la hora de establecer programas sanitarios. Así se consideró por parte del Departamento de Salud y como consecuencia, puso en marcha en 1990 un programa de cribado de base poblacional con el objetivo de disminuir la mortalidad por este tumor, programa que todavía se está desarrollando



Fue el primer programa de base poblacional que se implantó en España y sirvió de modelo para el inicio y desarrollo del resto de programas españoles. Entre ese año y a lo largo de algo más de 10 años todas las Comunidades iniciaron programas similares.

Responsables y otros profesionales de los mismos han visitado Navarra en numerosas ocasiones para conocer in situ el modelo organizativo y resultados de este Programa

Navarra comenzó los contactos con diferentes CCAA que estaban considerando la puesta en marcha de programas similares (Galicia, Comunidad Valenciana, La Rioja etc) con las que de forma informal se iban estableciendo las pautas y requisitos que el desarrollo de estos programas suponían, los protocolos de actuación para diferentes procesos, los estándares de calidad que se debían considerar etc. Estos contactos se tradujeron en la organización en Navarra los días 21 y 22 de octubre de 1997 de la primera reunión de programas españoles en la que ya participaron todas la CCAA aunque algunas de ellas todavía no habían iniciado el correspondiente programa. En esta primera reunión “Diagnóstico precoz del cáncer de mama: Teoría y práctica”, se revisaron en diferentes grupos de trabajo los aspectos epidemiológicos, radiológicos, cito-patológicos, control de calidad de imagen y psicológicos de programas de detección precoz de cáncer de mama sentándose las bases para la constitución de un grupo de coordinación entre comunidades autónomas que periódicamente revisaría estos aspectos y evaluaría la marcha del cribado de cáncer de mama en España. Dicha reunión se convirtió en el inicio de lo que desde entonces constituyó la Red de programas españoles de cribado de cáncer mama, actualmente de cribado de cáncer en general.

El funcionamiento en forma de Red ha permitido transmitir experiencias, desarrollar protocolos de funcionamiento y control de calidad y establecer indicadores para la evaluación. Dicha red se ha constituido como referente para el Ministerio de Sanidad y Política Social para todos los aspectos relacionados con el cribado de cáncer.



Desde Navarra se han coordinado todas las evoluciones de proceso de las diferentes Comunidades para así poder presentar datos globales e integrarlos en las diferentes Estrategias de Cáncer que el Ministerio ha realizado. Las recomendaciones que al respecto estas estrategias incluyen también han sido elaboradas desde Navarra.

El sistema de información que estos programas han diseñado e implantado, ha permitido y permite, además de valorar sus resultados, la evaluación del propio proceso a fin de identificar áreas de mejora para aumentar la calidad total del servicio. Es un servicio en constante renovación que va introduciendo cambios en función de los resultados de las evaluaciones realizadas.

Por otra parte, estos sistemas de información y la coordinación entre programas están permitiendo la realización de proyectos multicéntricos de investigación con el objetivo de conocer mejor la enfermedad en cuestión y mejorar aspectos organizativos o de funcionamiento en aras a mejorar la satisfacción de las mujeres participantes y aumentar los beneficios de la actividad

9. CONCLUSIONES

El Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama constituye un ejemplo de actividad sanitaria de carácter preventivo cuya implantación y desarrollo ha conseguido una mejora significativa en términos de salud para todas las mujeres navarras. La experiencia adquirida en el desarrollo de este programa servirá para poner en marcha otros con la misma garantía de calidad y satisfacción que el descrito.

tú lo has conseguido



10 años

Conigo, con tu participación, llevamos 10 años trabajando en la prevención del cáncer de mama.

Prácticamente el 90% de las mujeres navarras citadas han pasado por la consulta.

Sigue así. Cuando recibas nuestra llamada, acude a tu cita. Tu participación beneficia directamente a tu salud.



 Gobierno de Navarra
 Gobierno Vasco
 GOBIERNO DE ESPAÑA
 MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMOS

CON LA COLABORACIÓN DE UNIÓN EUROPEA Y ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER

El cáncer de mama no se puede evitar, pero sí controlar detectándolo precozmente. Las mujeres navarras así lo han entendido y con su participación en el programa a lo largo de todos estos años son las que en definitiva, han hecho que realmente sea cierto lo que desde el principio se consideró como el slogan del programa:

Prevenir es curar.