

The background features a large, stylized letter 'E' formed by three concentric circles. The circles are light blue and have a semi-transparent appearance, allowing the dark blue background to show through. The text is centered within the innermost circle.

**PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ  
DE CÁNCER DE MAMA EN ASTURIAS**

***Guía rápida  
para profesionales***





**PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ  
DE CÁNCER DE MAMA EN ASTURIAS**

**Guía rápida  
para profesionales**

**Autoría:**

Rafael Cofiño Fernández\*  
Ana García Fernández\*\*  
Elvira Muslera Canclini\*\*  
Carmen Natal Ramos\*\*

\* *Servicio de Calidad y Programas, Dirección General de Ordenación de las Prestaciones Sanitarias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios*

\*\* *Unidad de Análisis y Programas, Dirección de Atención Sanitaria, SESPA*

**Revisión:**

Carmen Antuña (C.S. Ventanielles), M<sup>a</sup> Jesús González Mateos (Servicio de Calidad y Programas, Dirección General de Ordenación de las Prestaciones Sanitarias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios), Jose Manuel Iglesias (C.S. Ventanielles), Jose Antonio Llavona (Unidad de Cáncer de Mama del Área Sanitaria VII), Carmen Moriyón (Servicio de Cirugía del Hospital de Cabueñes), Elena Olaguenaga (Unidad de Cáncer de Mama del Hospital Central de Asturias) e Isabel Palacio Vázquez (Área de Atención al Cáncer. SESPA)

**Enmaquetación:**

Rosa M<sup>a</sup> Carretero de Lama. Servicio de Calidad y Programas de Salud

**Promueve:**

Consejería de Salud y Servicios Sanitarios y SESPA

**Edita:**

Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias  
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

**D-Legal:**

# P RESENTACIÓN

---

Los Programas Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI) son proyectos de atención homogénea y transversal de las necesidades de las personas con un problema determinado de salud. El desarrollo e implementación de los mismos es uno de los objetivos prioritarios de nuestra Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

Dentro del proceso global de atención al Cáncer de Mama, existe una actuación determinante que es favorecer la detección precoz del cáncer de mama en mujeres entre 50 y 69 años, disminuyendo la mortalidad e incrementando la calidad de vida de las mujeres afectadas (aumentando la cirugía conservadora, reduciendo los tratamientos innecesarios y asegurando la rehabilitación integral).

Esta guía describe los aspectos más importantes de los programas de cribado y sus repercusiones éticas poblacionales, las evidencias actuales de la detección precoz del cáncer de mama, las normas técnicas de nuestro programa, los principales aspectos organizativos y la evaluación del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama en Asturias en el periodo 2003-2005.

Estas líneas describen el esfuerzo de muchos profesionales que trabajan en el ámbito de la prevención y la atención al cáncer de mama en Asturias y, sobre todo, la importancia en salud de aquella comunidad, las mujeres asturianas, a la que va dedicado este esfuerzo.

*José Ramón Riera Velasco*  
*Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias*



El cribado es un servicio de salud pública en el cual a los miembros de una población definida, que no se perciben necesariamente como expuestos o afectados por una enfermedad o sus complicaciones, se les ofrecen pruebas que permitan identificar aquellos con más probabilidad de estar afectados con el fin de reducir, mediante otras pruebas o tratamientos, el riesgo de la enfermedad o de sus complicaciones. Los programas de cribado incluyen un número importante de personas que se sienten sanas con la finalidad de seleccionar solamente a las que están enfermas.

## Riesgos y beneficios

Los cribados, como cualquier intervención sanitaria, tienen riesgos y beneficios que deben ser considerados. Los beneficios parecen claros: la precocidad en el diagnóstico y la intervención mejorará el pronóstico en algunas personas enfermas. Los inconvenientes son más complejos: se alargará la duración de la enfermedad en las personas diagnosticadas cuando no haya modificaciones del pronóstico; puede haber un sobretratamiento para las formas más leves de la enfermedad; las personas enfermas con resultados negativos en la prueba serán identificadas falsamente como sanas; las pruebas realizadas tienen riesgos asociados; otro inconveniente destacado es que las personas sanas con resultados positivos en la prueba de cribado pueden experimentar preocupación y ansiedad hasta el diagnóstico definitivo, además de ser sometidas a pruebas que no precisan.

El consejo danés de ética establece tres cuestiones clave en relación con los riesgos y beneficios de los cribados.

La PRIMERA de ellas es si las pruebas de cribado suponen la *patologización* de numerosas personas sanas o si por el contrario supone un buen servicio ofrecido para identificar a pocas personas enfermas.

La SEGUNDA es que es importante conocer que las pruebas de cribado pueden tener falsos resultados, esto es, clasificar como enfermas a las personas sanas y clasificar como sanas a las personas enfermas. Esta circunstancia, que es común a cualquier prueba de diagnóstico, tiene mayor importancia en las pruebas de cribado, cuya finalidad es clasificar a las personas que la realizan en dos grupos con diferentes probabilidades de tener la enfermedad buscada.

La TERCERA hace referencia a que el uso de los programas de detección precoz indica el modo en que el sistema sanitario distribuye y prioriza sus recursos. Tiene interés entonces determinar si los programas de detección precoz suponen distribuir y priorizar equitativamente los recursos, así como saber cuál es el impacto esperado de estos programas.

**El Consejo de Europa recomienda realizar mamografías de cribado para el cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años**, de acuerdo con las directrices europeas de garantía de calidad del cribado mediante mamografía. Esta recomendación está basada en la existencia de pruebas de la eficacia del cribado del cáncer de mama derivadas de ensayos clínicos aleatorios.

La misma recomendación hace hincapié en que junto a los efectos beneficiosos con respecto a la reducción de la mortalidad específica por cáncer de mama, el cribado puede tener también efectos secundarios adversos para la población sometida a las pruebas. Así mismo, afirma que las pruebas de cribado recomendadas sólo pueden ofrecerse si están enmarcadas en programas:

- con carácter poblacional
- que cuenten con un aseguramiento de la calidad en todos los niveles asistenciales de diagnóstico, tratamiento y seguimiento
- en que se informe adecuadamente de los beneficios y los riesgos
- en que se disponga de recursos adecuados para el cribado

La estrategia contra el cáncer, aprobado por el **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud** en el pleno mantenido el 29 de marzo de 2006, **recomienda establecer programas de cribado mediante pruebas mamográficas bienales para esta misma población diana.**

### Asturias: recomendaciones clave

La Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, en la **Guía de recomendaciones clínicas del cáncer de mama**, basa las actuaciones en las evidencias clave que se pueden observar en la tabla 1.

**Tabla 1. Recomendaciones clínicas clave en el cáncer de mama**

recomendaciones (1)	nivel evidencia (2)	grado recomendación (2)
Se recomienda el cribado mediante mamografía bienal en mujeres entre 50 y 69 años	Grado I	A
Como estrategia de reclutamiento más efectiva para el cribaje se recomienda carta de invitación junto con material educativo enviado por correo	Grado I	A
No se recomienda la autoexploración mamaria de forma regular en ningún grupo de mujeres	Grado I	A
Se debería alentar a las mujeres a buscar consejo médico si detectan cualquier cambio en las mamas que haga sospechar un cáncer de mama	Grado I	A

(1) Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias. GUÍA DE RECOMENDACIONES CLÍNICAS CÁNCER DE MAMA. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios Principado de Asturias. Junio 2006

(2) A = Grado I o II; B = Grados III-VI y C = Grado VII. En líneas generales la correspondencia equivaldría: A= Estudios Aleatorios Controlados; B= Estudios Observacionales; C= Consenso de Profesionales NHS Centre for Reviews and Dissemination. Report 4-Undertaking systematic reviews of research on effectiveness: CRD's guidance for carrying out or commissioning reviews. 2 ed. York: NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York, 2001



## Situación en la Unión Europea

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres occidentales. En los países de la Unión Europea, la probabilidad de las mujeres de desarrollar un cáncer de mama antes de los 75 años es del 8%. Anualmente, en España se diagnostican unos 16.000 casos al año y se produce la muerte de casi 6.000 mujeres. La tasa de incidencia ajustada por edad en 1998 fue de 67 por 100.000, la menor de la UE, pero igual que en otros países occidentales, ha sufrido un considerable aumento, más marcado entre las décadas del 70 al 90 (tabla 2).

*Tabla 2. Incidencia y mortalidad por cáncer de mama en la UE, 1998. Tasas (x 100.000) ajustadas por edad para la población europea*

país	incidencia	mortalidad	país	incidencia	mortalidad
Alemania	89,4	29,0	Holanda	112,0	35,9
Austria	86,1	27,9	Irlanda	91,0	32,3
Bélgica	114,3	37,0	Italia	87,9	26,0
Dinamarca	115,5	37,8	Luxemburgo	89,2	21,7
<b>España</b>	<b>66,8</b>	<b>22,2</b>	Portugal	70,5	23,6
Finlandia	102,0	23,0	Suecia	114,0	24,6
Francia	107,7	27,8	Reino Unido	94,7	33,0
Grecia	68,0	20,9	<b>Unión Europea</b>	<b>92,0</b>	<b>28,3</b>

Fuente: La situación del cáncer en España, 2005

## Situación en España

La mortalidad por cáncer de mama en España comienza a descender en 1992, a un ritmo del 2% anual. Este patrón de disminución afecta a todas las Comunidades Autónomas, aunque el inicio del descenso se produce en diferente momento. El descenso de la mortalidad más acusado es en Navarra, siendo de un 8% anual a partir de 1995, seguido de la Rioja y Castilla-León. Navarra fue la primera Comunidad Autónoma que implantó un programa de detección precoz, en 1990. En el ámbito de la UE, las grandes diferencias observadas hace medio siglo en la mortalidad por este tumor tienden a desaparecer, proporcionando un patrón mucho más homogéneo. En España no existe un patrón geográfico claro (tabla 3).

**Tabla 3. Mortalidad por cáncer de mama en España, 1996-2000. Tasas (x 100.000) ajustadas por edad para la población europea**

Comunidad Autónoma	mortalidad	Comunidad Autónoma	mortalidad
Andalucía	21,7	Extremadura	20,7
Aragón	22,4	Galicia	19,3
<b>Asturias</b>	<b>21,5</b>	Madrid	21,9
Baleares	26,3	Murcia	23,3
Canarias	25,6	Navarra	20,5
Cantabria	19,1	Pais Vasco	22,4
Castilla la Mancha	19,9	La Rioja	21,1
Castilla y León	20,9	Ceuta	19,8
Cataluña	23,0	Melilla	15,3
Valencia	22,9	<b>España</b>	<b>21,9</b>

Fuente: La situación del cáncer en España, 2005

### Situación en Asturias

El cáncer de mama es la primera causa tumoral de muerte en mujeres en Asturias. Por edades, supone la primera causa de mortalidad global para el grupo de 40-64 años y la décima para todas las edades. Aportó el 3% del total de defunciones en 2003.

En nuestra región, la mortalidad ha experimentado un descenso en términos de porcentaje de cambio anual entre los años 1993 y 2000 de 2,9%. En España el descenso ha sido de 2,1% (tabla 4).

**Tabla 4. Evolución de la mortalidad por cáncer de mama en Asturias y España, 1996-2003. Tasas (x 100.000) ajustadas por edad a la población europea**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	PCA <sup>(1)</sup> 1993-2000
<b>Asturias</b>	23,3	18,0	22,7	18,6	20,1	22,1	19,8	20,5	<b>-2,9%</b>
<b>España</b>	24,7	22,8	22,6	21,4	20,8		(2)		<b>-2,1%</b>

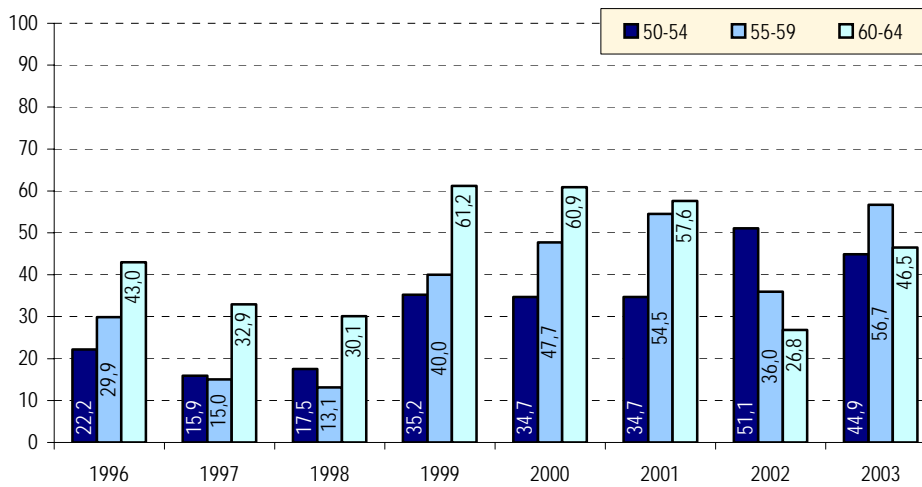
Fuente: La mortalidad en Asturias, 1996-2003. La situación del cáncer en España, 2005

<sup>(1)</sup>PCA: porcentaje de cambio anual

<sup>(2)</sup> Datos no disponibles.

En la población diana del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama (PDPCM), que desde su inicio hasta finales de 2004 comprendía las edades entre 50 y 64 años, esta tendencia a la disminución sólo se observa en el grupo de edad de 60 a 64 años desde 1999 (gráfico 1).

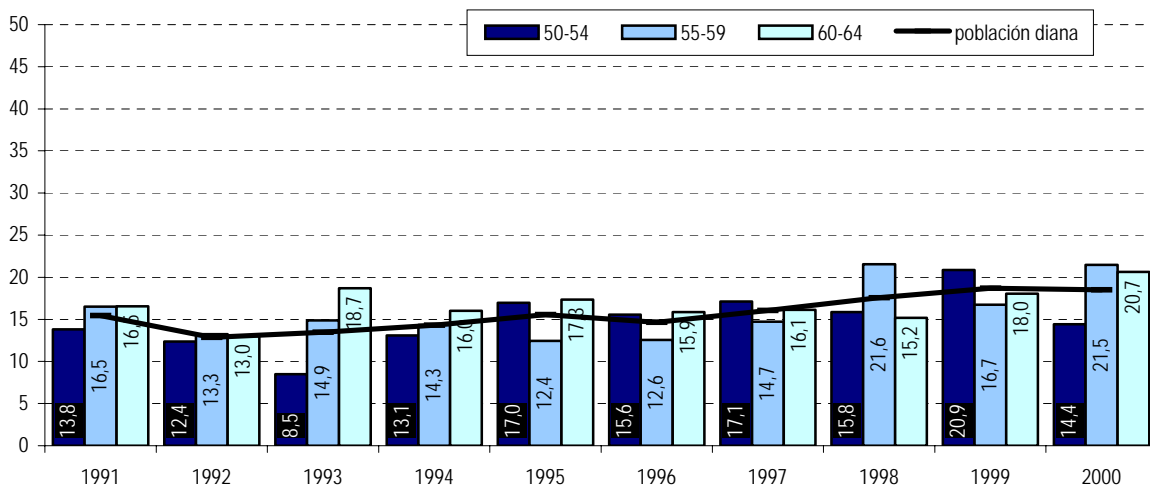
**Gráfico 1. Evolución de la mortalidad por cáncer de mama en mujeres de 50 a 64 años en Asturias, 1996-2003. Tasas (x 100.000) específicas por edad**



Fuente: La mortalidad en Asturias, 1996-2003

En la población diana del programa, la incidencia de cáncer de mama ha experimentado un aumento ligero desde 1991, pasando de 15,5 a 16,2 por 10.000 en 2004 (gráfico 2). Este aumento es más notable en las mujeres de 50-54 años y menor en el grupo de 55 a 59 años.

**Gráfico 2. Evolución de la incidencia de cáncer de mama en mujeres de 50 a 64 años en Asturias, 1991-2004. Tasas (x 10.000) específicas por edad**



Fuente: Registro Poblacional de Tumores de Asturias, 1991-2000

# P ROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA EN ASTURIAS

---

## Objetivos

En 1991 se inicia en Asturias el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama (PDPCM) y desde el año 2001 se realiza en toda la Comunidad Autónoma.

Es un programa de carácter poblacional, en el que se invita a todas las mujeres residentes en la Comunidad Autónoma con edades comprendidas entre los 50 y los 69 años a una prueba de detección cada dos años. Esta prueba consiste en la realización de una mamografía.

La población diana se amplió al grupo de edad de 65 a 69 años en el año 2005. Hasta entonces las mujeres abandonaban el programa al cumplir 65 años.

El carácter poblacional del programa determina que incluya a todas las mujeres de la población diana, con independencia del tipo de aseguramiento sanitario que éstas mujeres tengan.

El programa pretende alcanzar los siguientes resultados: reducir la mortalidad por cáncer de mama en las mujeres de la población diana del programa y mejorar la calidad de vida de las enfermas.

Para poder alcanzar estos objetivos, las **guías europeas para la garantía de la calidad en el cribado y diagnóstico del cáncer de mama** establecen unos estándares que deben cumplirse en relación con algunos aspectos clave del proceso de cribado y diagnóstico, de los cuales reseñamos algunos:

- La participación en el cribado debe alcanzar el 70% de las mujeres invitadas.
- La participación de las mujeres que ya han acudido debe alcanzar el 95%.
- La proporción de mujeres participantes que deben seguir estudios después de la mamografía no deben alcanzar el 7% cuando participan por primera vez y el 5% cuando ya han participado anteriormente.
- La proporción de mujeres participantes que precisen realizar pruebas con un intervalo menor a los dos años no debe alcanzar el 1%.
- La detección de carcinomas in situ no debe superar el 10% de los cánceres diagnosticados mediante el cribado.
- La proporción de cánceres diagnosticados en estadio II y más avanzados no debe de superar el 25% de todos los casos diagnosticados en mujeres que ya han realizado pruebas en años anteriores.

## Organización

En Asturias el Programa se organiza siguiendo el mapa sanitario de la Comunidad Autónoma. Ocho unidades de detección precoz, una en cada área sanitaria, realizan las mamografías de cribado a la población diana del área. La gestión de estas unidades depende de la Dirección de los hospitales en que se ubican. Cuando la mamografía detecta una lesión sospechosa se continúa el estudio en la Unidad de Evaluación correspondiente.

Las Unidades de Evaluación tienen un carácter funcional y se ubican en distintos servicios de los centros hospitalarios de área o distrito correspondientes. En la tabla 5 se presenta la distribución de recursos por área sanitaria.

Atención Primaria de Salud regula la participación de las mujeres de la zona de salud en el programa mediante las siguientes actuaciones específicas:

- Actuaciones encaminadas a estimular la participación en el programa de la población diana, mediante la difusión del programa y las actividades de Educación para la Salud.
- Actuaciones encaminadas a informar a las mujeres que no pertenecen a la población diana (menores de 50 años y mayores de 69), para que conozcan por qué no son susceptibles de participar en el mismo.
- Seguimiento y atención individualizada de mujeres con necesidades específicas de confirmación diagnóstica o tratamiento.

La planificación y difusión del programa depende del Servicio de Calidad y Programas de salud de la Dirección General de Ordenación de las prestaciones Sanitarias de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

La coordinación y seguimiento del programa depende de la Unidad de Análisis y Programas de la Dirección de Atención Sanitaria del SESPA.

El Servicio de Física Médica del HUCA realiza el control de calidad físico-técnica del mismo.

**Tabla 5. Recursos del PDPCM en Asturias**

Área	Unidad de detección		Unidad de evaluación
	Ubicación	Teléfono	
I	Hospital de Jarrio	985 639327	H. de Jarrio
II	Hospital Carmen y Severo Ochoa	985 811312	H. Carmen y Severo Ochoa
III	Hospital de Avilés	985 525238	H. San Agustín
IV	Hospital Monte Naranco	985 106908	H. Monte Naranco
V	Hospital Cruz Roja	985 195267	H. de Cabueñes H. de Jove
VI	Hospital Grande Covián	985 843730	H. Grande Covián
VII	Hospital Álvarez-Buylla	985 468607	H. Álvarez-Buylla
VIII	Sanatorio Adaro	985 697773	H. Valle del Nalón

Esta organización se recoge en el mapa de procesos en el que se representan los procesos clave, los procesos estratégicos y los procesos de soporte del Programa.

**Figura 1: Mapa de Procesos del PDPCM en Asturias**



## Normas de garantía de calidad

Con el fin de garantizar la calidad de la actividad se establecen unas normas técnicas, basadas en el conocimiento disponible y en el consenso profesional.

1. La población diana del programa es el conjunto de mujeres entre 50 y 69 años de edad residentes en la Comunidad Autónoma.
2. Las fuentes de información demográfica para crear la base de datos que permita el desarrollo del programa son el padrón municipal de habitantes y el registro SIPRES.
3. La citación se realiza vía postal, con cita asignada.
4. La frecuencia de la prueba de cribado es 24 meses.
5. La prueba de cribado es la mamografía bilateral, con dos proyecciones en la primera serie, craneocaudal (CC) y oblicua media lateral (OML). En las series sucesivas se realiza una sola proyección (OML).

6. Se recomienda que las mamografías sean interpretadas por dos radiólogos independientes.
7. En el plazo máximo de 15 días después de la mamografía de cribado se debe emitir una carta individualizada con información del resultado y recomendaciones a seguir.
8. Para clasificar los resultados del cribado desde el punto de vista radiológico se utiliza la clasificación BI-RADS.
9. Cuando de la lectura de un estudio mamográfico resulta una clasificación BI-RADS distinta de 1 ó 2, deben continuarse los estudios, que se clasifican como de evaluación.
10. Los equipos utilizados en el programa de detección precoz deben recibir controles semestrales de calidad de equipos mamográficos, controles semanales de calidad de imagen y controles diarios de calidad de revelado.

# D IAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA FUERA DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ

La realización de pruebas de cribado no puede excluir la necesidad de diagnosticar la patología no detectada en cribado, la que se presenta fuera de los intervalos de cribado y la que aparece en población que no es susceptible participar en el programa.

En el caso del cáncer de mama, la sospecha de patología mamaria fuera de la población diana de cribado y en periodos intercribado debe ser valorada por Atención Primaria y derivada a Atención Especializada si se considera necesario.

## Mujeres con alto riesgo

Por otra parte, en algunos grupos de población el riesgo de padecer un cáncer de mama es mayor que para la población general, como es el caso de las **mujeres con alto riesgo familiar o con diagnósticos previos de cáncer de mama o hiperplasia ductal atípica**. A estas mujeres es preciso hacerles un seguimiento con mamografía anual en las Unidades de Patología Mamaria.

Existen otros factores de riesgo de cáncer de mama, pero éstos no justifican una recomendación de actuación diferente a la de la población general. Esto incluye a las mujeres que han seguido o siguen el tratamiento hormonal sustitutivo (THS). En la actualidad, no hay evidencia científica suficiente para recomendar intervalos más cortos entre mamografías, exclusivamente por el hecho de estar en tratamiento hormonal sustitutivo.

## Categorización del riesgo según la historia familiar

La **Guía para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama de Asturias** propone la utilización del modelo de CLAUS para la categorización del riesgo. Éste establece tres grupos de riesgo según los antecedentes familiares.

### Riesgo Estándar:

#### Grupos de mujeres que pertenecen a este grupo:

- No tienen antecedentes de cáncer de mama en la familia.
- Una familiar en primer grado (madre, hermana, hija) que tuvo cáncer de mama después de los 50 años.
- Dos familiares de primer o segundo grado (tía, prima, abuela) con cáncer de mama después de los 50 años, pero una en cada rama de la familia.

**Afecta a:** más del 90% de las mujeres.

**Riesgo:** 12% aproximadamente.

#### Actuación:

- No necesitan ningún seguimiento especial.
- Recomendación de participar en los programas de detección precoz habituales.



### Riesgo Moderado:

#### Grupo de mujeres que pertenecen a este grupo:

- Una o dos familiares de primer grado diagnosticadas de cáncer de mama antes de los 50 años o bien.
- Dos o más familiares de segundo grado, de la misma rama familiar, diagnosticadas de cáncer de mama u ovario.

**Afecta a:** 4% de las mujeres aproximadamente.

**Riesgo:** entre el 12 y el 20%.

#### Actuación:

- Se recomienda vivamente asistencia a los programas de detección precoz.
- Eliminar otros factores de riesgo (anticonceptivos, THS, alcohol,...).
- Consulta si se observan cambios en el pecho.
- No se aconseja estudio genético.

### Riesgo Alto:

**Grupo de mujeres que pertenecen a este grupo:** Incluye a las mujeres cuya historia familiar sugiere una posibilidad de uno sobre tres, de pertenecer a una familia con alteraciones genéticas. Son mujeres que tienen:

- Tres o más familiares de primer o segundo grado, del mismo lado de la familia, con cáncer de mama u ovario.
- 2 o más familiares de primer o segundo grado de la misma rama de la familia con cáncer de mama u ovario, si además presentan alguna de las siguientes características:
  - o Haber sido diagnosticadas antes de los 40 años.
  - o Tener cáncer de mama bilateral.
  - o Tener cáncer de mama y ovario la misma familiar.
  - o Que uno de los familiares sea un varón con cáncer de mama.
  - o Que la mujer sea de raza judía ashkenazi.

**Afecta a:** Menos del 1% de mujeres. En Asturias pueden ser unas 100-200 mujeres.

**Riesgo:** El riesgo está entre el 25 y el 50%. Si se detectan reordenamientos BRCA, el riesgo de padecer un cáncer de mama puede ser hasta del 80%.

#### Actuación:

- Deben ser identificadas y enviadas para seguimiento a las Unidades de Patología Mamaria. En estas unidades, los/as profesionales valorarán junto con las mujeres la pertinencia de realizar un estudio genético.

# P

## ROCESO ASISTENCIAL EN EL CÁNCER DE MAMA

Una vez descrita la organización de la atención al cáncer de mama, se pueden resumir las recomendaciones generales para Asturias según la edad de las mujeres, el riesgo y la presencia de sintomatología.

**Tabla 6. Intervención sanitaria recomendada para la población general de mujeres, según edad, nivel de riesgo y sintomatología**

síntomas	riesgo	edad	intervención
No	Alto	Cualquiera	Seguimiento en unidad de patología mamaria
No	Moderado y estándar	<50 y >69	Ninguna
No	Moderado y estándar	50-69	Programa de detección precoz de cáncer de mama
Sí	Cualquiera	Cualquiera	Derivación a servicio de radiodiagnóstico

### Ámbito de las mujeres en el rango de edad del PDPCM

Actualmente, la población diana de cada ronda está compuesta por 20 cohortes de edad: desde las que cumplen 50 años en el primer año de la ronda hasta las que cumplen 69 años en el primer año de la ronda, ambas cohortes incluidas.

- **Si no hay sospecha patológica y tiene entre 50 y 52 años:** la mujer será citada a lo largo de la ronda, sin embargo, si desea información sobre cuando está prevista la cita, puede contactar con la unidad de detección (Las citas se planifican con 1-2 meses de antelación).
- **Si no hay sospecha patológica y tiene 53 años ó más:** si ya participó en rondas anteriores, o fue invitada pero no participó, debe esperar a que se la cite cuando hayan pasado dos años desde la última cita. Si nunca ha sido invitada a participar en el programa, puede solicitar cita a la unidad, que se la dará en cuanto sea posible.
- **Si tiene hechas mamografías previas en otro centro:** puede ponerse en contacto con la unidad. Si entrega copia del informe del último estudio mamográfico hecho, se le intentará dar una cita para dos años después de la última mamografía realizada (si avisa cuando ya hayan pasado esos dos años o justo a los dos años, tendrá que esperar a que la unidad encuentre una fecha disponible).
- **Si hay sospecha de patología de mama:** no es susceptible de participar en el programa hasta que la sospecha quede descartada o se confirme que dicha patología no precisa controles mamográficos en un intervalo inferior a dos años. La mujer debe seguir el cauce habitual de derivación de Atención Primaria a Atención Especializada.

- **Si tiene alto riesgo familiar o individual de cáncer de mama:** no es susceptible de participar en el programa y debe ser derivada a la Unidad de Patología Mamaria correspondiente para un estudio y seguimiento individualizado.

### **Ámbito de las mujeres fuera del rango de edad del PDPCM**

- **Si es menor de 50 años o mayor de 69 años:** en la actualidad no está recomendado el cribado mamográfico en nuestra región. Si hubiera sospecha de patología de mama debe seguir el cauce habitual de derivación de AP a AE. Si hubiera alto riesgo individual o familiar de cáncer de mama, debe ser derivada a la Unidad de Patología Mamaria correspondiente para un estudio y seguimiento individualizado.

**Estas son las recomendaciones actuales generales en nuestra región.**

**En cada caso particular, el/la médico/a de Atención Primaria aplicará su juicio clínico, pudiendo ocurrir que éste justifique una actuación diferente a la recomendación para la población general.**

# E

## VALUACIÓN DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA. 2003-2005

---

El Programa se evalúa anualmente. En las últimas evaluaciones realizadas en el programa los indicadores de resultado se encuentran dentro de los estándares establecidos.

Aunque en la actualidad el programa se dirige a las mujeres entre 50 y 69 años, en el período 2003-2004 el rango de edad comprendía las edades entre 50 y 64 años.

La **participación** en el programa es un factor determinante de la efectividad del mismo. Para poder garantizar la efectividad, desde la perspectiva de salud pública de los programas de detección precoz de cáncer de mama es preciso que al menos el 70% de las mujeres invitadas realice la mamografía cada dos años, recomendándose que esta cifra llegue al 75%. En Asturias se alcanza una participación del 70% en el año 2003 y del 75% en los años 2004 y 2005 con respecto a las mujeres que han recibido una cita válida.

El estándar de la tasa de **detección** es 1,5 veces la incidencia de cáncer de mama en la población diana en ausencia de cribado para cribados sucesivos y 3 veces para cribado inicial. Este indicador sólo es aproximativo y consideramos el valor de 1,5 veces la incidencia, ya que se realizan cribados oportunistas en las cohortes de edad anteriores a la incorporación al programa en número lo suficientemente importante de mujeres como para que se pueda considerar el estándar de cribados sucesivos para toda la población diana.

La tasa de **cáncer de intervalo** no debe ser superior al 30% de la incidencia en la región para los cánceres diagnosticados antes de 11 meses después del último cribado y al 50% para los cánceres diagnosticados 12 o más meses después del último cribado. En ambos grupos los cánceres de intervalo diagnosticados están dentro de los esperados. No obstante, para valorar adecuadamente el cáncer de intervalo es preciso un periodo de seguimiento mayor.

## Principales indicadores

**Tabla 7. Principales indicadores del PDPCM. 2003-2005**

INDICADOR	2003	2004	2005	Estándar guía europea (1)	
				aceptable	deseable
Cobertura	49,4%	47,3%	32,9%		
Participación	71,0%	75,0%	75,4%	> 70%	> 75%
Tasa de detección	2,41/1000(2)	2,39/1000(2)	3,07/1000	(2,32/1000-4,65/1000)	
				crib inicial: 3x Inc (3)	crib inicial: > 3 x Inc
				crib sucesivo: 1,5 x Inc	crib sucesivo: >1,5xInc
Tasa de cáncer de intervalo	0,62/1000	0,59/1000	0,94/1000		
Proporción de carcinoma in situ	10,7%	14,8%	14,9%	≥10%	
Proporción de carcinoma invasivo ≤/ =10 mm	T: 29,3%	T: 30,9%	T: 35,5% I: 43,8% S: 33,8%	crib inicial: NA crib sucesivo: ≥ 25%	crib inicial: ≥ 25% crib sucesivo: ≥ 30%
Proporción de carcinoma invasivo con ganglios ( - )	T: 68,0%	T: 61,0%	T: 72,0% I: 93,75% S: 67,53%	crib inicial: NA crib sucesivo: 75%	crib inicial: >70% crib sucesivo: > 75%

(1) European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2006.

(2) Tasa de detección: todos los cánceres detectados entre todas las mujeres asistentes, independientemente de su edad.

(3) Inc:Tasa de incidencia de cáncer de mama subyacente, prevista en ausencia de cribado

## Principales datos del programa 2003- 2005

**Tabla 8.** "Frecuencias absolutas principales del PDPCM. 2003-2004

unidad	año	población diana(1)	mujeres citadas	mujeres citas válidas	mujeres participantes	cáncer mama detectado (1)	cáncer mama intervalo
<b>I</b>	2003		2.751	2.638	2.152	5	1
	2004	4.715	1.902	1.822	1.434	1	1
	2005	6.433	3.379	3.317	2.729	7	5
<b>II</b>	2003		1.127	1.067	893	1	0
	2004	2.832	1.043	1.021	767	2	2
	2005	3.800	1.822	1.774	1.354	2	no disponible
<b>III</b>	2003		6.980	6.671	5.044	5	3
	2004	15.058	7.687	7.515	5.917	11	3
	2005	19.920	8.293	8.128	6.188	21	8
<b>IV</b>	2003 (2)		12.242	12.242	7.965	27	5
	2004 (2)	29.806	8.612	8.612	6.347	20	4
	2005	39.180	10.232	10.089	7.719	27	2
<b>V</b>	2003		16.356	15.769	11.039	26	7
	2004	30.930	17.400	16.818	12.638	30	7
	2005	40.213	17.314	16.878	12.476	42	13
<b>VI</b>	2003		2.249	2.177	1.519	5	0
	2004	4.351	2.490	2.461	1.602	4	0
	2005	6.157	2.539	2.508	1.787	6	2
<b>VII</b>	2003		2.709	2.562	1.881	3	4
	2004	6.284	4.296	4.124	3.052	5	0
	2005	8.516	4.882	4.627	3.318	8	3
<b>VIII</b>	2003		4.545	4.286	3.155	3	1
	2004	7.617	4.632	4.522	3.429	8	3
	2005	10.060	5.132	4.952	3.827	8	4
<b>total</b>	2003		48.869	47.412	33.648	75	21
	2004	101.1593	48.062	46.895	35.186	81	20
	2005	134.279	53.593	52.273	39.398	121	37

(1) Población diana. 2003-2004: 50-64 años. 2005: 50-69 años

(2) No se dispone el dato cita válida, se utiliza el número de mujeres citadas

1. Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias. GUIA DE RECOMENDACIONES CLÍNICAS CÁNCER DE MAMA. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios Principado de Asturias. Junio 2006
2. Gobierno del Principado de Asturias. Guía de funcionamiento del Programa de Prevención de Cáncer de Mama en Asturias 2002. Asturias: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, 2002.
3. Informe del Programa de Prevención de Cáncer de Mama en Asturias. Informe de situación, evaluación y propuestas de mejora. Asturias: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, 2003.
4. Gobierno del Principado de Asturias. Mortalidad en Asturias 2001. Asturias: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, 2002.
5. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Luxembourg: Office for Oficial Publications of the European Communities, 2006.
6. IARC Working Group on the Evaluation of Cancer Preventive Strategies. Breast cancer screening. IARC Handbooks of Cancer Prevention, volume 7. Lyon: IARC Press, 2002, ISBN 92 832 300 8.
7. The Danish Council of Ethics. Screening a report, 2002 Disponible en: [http://www.etiskraad.dk/publicationer/aars99\\_uk/index.htm](http://www.etiskraad.dk/publicationer/aars99_uk/index.htm)

#### **PÁGINA WEB DEL PACMA:**

[www.princast.es](http://www.princast.es) > [Salud Próxima](#) > [Programas de Prevención](#)

[http://www.princast.es/pls/portal301/url/page/PAG\\_SANIDAD/PAG\\_SAN\\_PREV\\_MAMA\\_FP](http://www.princast.es/pls/portal301/url/page/PAG_SANIDAD/PAG_SAN_PREV_MAMA_FP)

Profesión: \_\_\_\_\_  
Centro de trabajo: \_\_\_\_\_  
Área Sanitaria \_\_\_\_\_

## HOJA DE SUGERENCIAS

Con el fin de adecuar la información a sus necesidades, le agradeceríamos que nos hiciera llegar las sugerencias que considere oportunas.

### 1. VALORACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE ESTA GUÍA

- a) En relación con aspectos fundamentales del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- b) ¿Ayuda a la toma de decisiones ante diferentes situaciones que se pueden dar en relación con el cáncer de mama en el día a día?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- c) Información más relevante
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- d) Información menos relevante

### 2. INFORMACIÓN QUE LE GUSTARÍA RECIBIR

- a) En relación con el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- b) En relación con el cáncer de mama
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- c) ¿Cómo le gustaría recibir esa información? (formato, frecuencia, medio)

### 3. OTROS COMENTARIOS

Puede remitir esta hoja a:

#### Unidad de Análisis y Programas

Dirección de Atención Sanitaria. SESPA  
Plaza El Carbayón 1 y 2. Primera Planta  
Oviedo

Fax: 985 10 92 70  
Correoelectrónico: [análisis.programas@sespa.princast.es](mailto:análisis.programas@sespa.princast.es)







SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



Gobierno del Principado de Asturias

Consejería de Salud y Servicios Sanitarios