

PROGRAMA RIOJANO DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA (PRDPCM) (2006- 2022)

RESULTADOS FASES 7^a-8^a-9^a-10^a-11^a-12^a-13^a

DATOS DE REFERENCIA DE LA UNIDAD

Unidad de Diagnóstico de Mama y Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama.
Servicio Riojano de Salud.

- **Dirección:** Hospital San Pedro. Av. Piqueras. 26006-Logroño (La Rioja).

FECHA DE EDICION DICIEMBRE 2022

UNIDAD DE MAMA - HOSPITAL SAN PEDRO

Realizado por Araceli Baroja Mazo, Técnico Médico del PRDPCM

1.- INTRODUCCIÓN

2.- PROGRAMA RIOJANO DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA

3.- ESTRUCTURA ASISTENCIAL

4.- PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

5.- RESULTADOS DEL PROGRAMA

6.- CONCLUSIONES

1.- INTRODUCCIÓN

En todo el mundo, el tumor más frecuente en las mujeres es el cáncer de mama, aunque las tasas de incidencia varían mucho entre países, siendo más altas en Norteamérica y en Europa y especialmente bajas en el Lejano Oriente.

Dentro de los países europeos, existe un patrón norte-sur, con una mayor frecuencia de aparición de casos en los países nórdicos y tasas más bajas en los países mediterráneos.

En el caso del cáncer de mama nos encontramos ante un problema de salud relevante y disponemos de una tecnología que, utilizada de acuerdo a los conocimientos actuales, contribuye a mejorar la supervivencia y la calidad de vida de las mujeres que participan en programas de cribado mediante mamografías periódicas.

A pesar de las mejoras en el diagnóstico y tratamiento, el cáncer de mama sigue siendo un problema de salud pública de primer orden. En la actualidad no contamos con medidas eficaces de prevención primaria, ya que no se conoce cuál es el agente causal del cáncer de mama, y los factores de riesgo conocidos más importantes no son modificables: edad y sexo (solo un 1% de los cánceres de mama se producen en hombres y el 75% de los casos ocurren en mujeres mayores de 50 años), antecedentes personales de cáncer de mama, factores genéticos (mujeres portadoras de mutaciones en los genes BRCA 1, BRCA 2 y otros múltiples menos conocidos), antecedentes familiares principalmente de primer grado y factores relacionados con la exposición a hormonas sexuales femeninas endógenas (edad temprana de menarquia y/o tardía de menopausia) y/o exógenas (administración de terapia hormonal sustitutiva).

Por ello, los esfuerzos se dirigen a establecer un diagnóstico lo más precoz posible (prevención secundaria) mediante programas poblacionales de detección precoz, cuyo objetivo es la reducción de la mortalidad a través de la detección de la enfermedad en las primeras etapas, cuando el tratamiento es más efectivo

La detección en estadios precoces del cáncer de mama mediante “screening” o cribado poblacional, constituye una estrategia fundamental para el control de esta patología que, hoy por hoy, representa un grave problema de salud en los países occidentales por su elevada incidencia y mortalidad.

La prueba más útil y accesible para la detección de un tumor de mama antes de que se manifieste clínicamente es la mamografía.

En Europa todos los programas poblacionales incluyen a las mujeres de 50-69 años siguiendo las Recomendaciones del Consejo Europeo, basadas en la evidencia científica que apoya el beneficio del cribado en esos grupos de edad.

En España todas las Comunidades Autónomas (CC.AA.) tienen programas de detección precoz de cáncer de mama, la población diana en todos ellos incluye mujeres con edades comprendidas entre los 50 y 69 años, mientras que los programas que comenzaron antes de 1996, incorporan también el grupo de edad de 45-49 años, de forma parcial o total en la población diana de la Comunidad.

Un 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 afectadas por esta patología, sin que ello suponga un menoscabo en 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 cáncer de mama estos riesgos han sido identificados fundamentalmente con el sobretratamiento (tratamiento de carcinomas que, por sus características, no van a evolucionar y/o no van a causar la muerte de la mujer si no se actúa sobre ellos), los falsos negativos (carcinomas identificables retrospectivamente en una mamografía de cribado que se interpreta como normal o con hallazgos benignos, lo que supone en la mayoría de los casos un retraso diagnóstico) o, en el caso contrario, los falsos positivos (hallazgos en la mamografía de cribado sobre los que se actúa de forma no invasiva o invasiva, sin confirmación posterior de malignidad, lo que supone distintos grados de morbilidad física y psicológica, así como consumo de recursos para el sistema sanitario).

2.- PROGRAMA RIOJANO DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA

Ante la importancia social y sanitaria de esta enfermedad, en junio de 1993 el Gobierno de La Rioja puso en marcha el Programa Riojano de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama, (PRDPCM), cuyo objetivo final es el de conseguir una reducción de la mortalidad debida a esta causa.

OBJETIVOS GENERALES

- Reducir la mortalidad por cáncer de mama
- Aumentar la supervivencia media de las mujeres con cáncer de mama.
- Mejorar la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama.

Su consecución se basa en la detección precoz y la optimización de la asistencia que reciben estas pacientes en el sistema sanitario de la Comunidad Autónoma de la Rioja.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mantener el porcentaje de mujeres exploradas $\geq 78\%$
- Asegurar el acceso a un diagnóstico definitivo a todas las mujeres a las que se les recomienda una valoración adicional por técnicas de imagen y/o procedimientos intervencionistas, en los tiempos adecuados.
- Cumplir los estándares de calidad establecidos por las Guías Europeas, dirigidos a la consecución de los objetivos generales del programa y a la reducción de los efectos adversos en las mujeres cribadas.

POBLACIÓN OBJETIVO

Hasta el año 2005, la población a la que se dirigía el programa estaba constituida por todas las mujeres residentes en La Rioja, con edades comprendidas entre los 45 y los 64 años.

Siguiendo las directrices de la Unión Europea a partir de 2006, el Programa comenzó la ampliación progresiva del grupo de edad hasta los 69 años, objetivo que se consiguió en 2009 con la cobertura del 100% de las mujeres residentes en la Comunidad de la Rioja de 45 a 69 años.

PRUEBA DE CRIBADO

La prueba básica de cribado es la mamografía. Se realizan dos proyecciones (cráneo-caudal y oblicua medio-lateral) en cada mama.

La sensibilidad de la mamografía se estima entre el 68% y el 94% en diferentes estudios, aumentando con la edad, y mejora cuando se realizan dos proyecciones de cada mama (oblicua medio-lateral y cráneo-caudal). Su especificidad es superior al 90%, con un Valor Predictivo Positivo (VPP) que oscila entre el 2% y el 22%.

FRECUENCIA DEL CRIBADO

La prueba de cribado (mamografía) se realiza cada 2 años.

SISTEMA DE CITACIÓN

La citación es personal. Se envía por carta 10-15 días antes de la cita, y en ella se especifica el lugar, día y hora en que la mujer debe acudir para la realización de la prueba mamográfica. En la misma carta se facilitan las recomendaciones a seguir “antes de la prueba” e información sobre lo que se realizará “durante” la exploración y “después de la prueba”. También se adjunta un número de teléfono para solicitar cambios de cita si fuera necesario (**Salud responde 941298229**).

En febrero de 2019 y como una acción de mejora, la cita también se puede consultar en la aplicación de Rioja Salud y se envía en SMS a través del móvil, en las 48 horas previas a la misma.

Si la mujer no acude, a la siguiente fase se le envía una carta de invitación en la que se le recuerda que no vino a su cita anterior, que estamos en su zona y el teléfono al que puede llamar para solicitar una cita, si estuviese interesada en participar en el programa.

La relación de mujeres de la población diana a las que corresponde citar en cada momento del programa, se obtiene de los datos de Tarjeta sanitaria y del INE (Instituto Nacional de Estadística). Anteriormente, se utilizaban los datos proporcionados por los padrones municipales.

Se excluyen las mujeres que hayan padecido cáncer de mama, las mujeres con carta devuelta por domicilio desconocido e imposibles de localizar, y las fallecidas.

La programación de las citas se organiza por zonas de salud según la cronología del inicio del programa, de forma que se garantice la periodicidad de dos años de cribado en cada zona (con un intervalo de +/- 6 meses).

COMUNICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA MAMOGRAFÍA DE CRIBADO

Si el resultado es negativo (mamografía interpretada como normal o con hallazgos benignos), las mujeres reciben la información por carta personalizada en las que se les recuerda que recibirán una nueva cita en dos años.

En el caso de que sea necesaria una valoración adicional, se les llama telefónicamente desde el servicio de Admisión de la Unidad de diagnóstico de mama (UDM) del Hospital San Pedro y se les da una cita para que acudan a dicha unidad.

3.- ESTRUCTURA ASISTENCIAL

Para su desarrollo, el Programa cuenta con diferentes unidades funcionales:

UNIDAD CENTRAL DE GESTIÓN. Está centralizada en la UDM se encarga de la planificación, coordinación, gestión, seguimiento y evaluación del programa.

En esta Unidad se gestiona el circuito y el almacenamiento de las mamografías, y se coordina al personal de la Unidad de exploración.

La base de datos del sistema informático del Programa está centralizada. A ella se accede desde las distintas Unidades, mediante un programa diseñado para tal efecto con arquitectura cliente/servidor. El sistema garantiza el cumplimiento de los criterios establecidos por la Ley orgánica de protección de datos de carácter personal (LOPD).

Los usuarios de la aplicación informática del PRDPCM pueden acceder a ella desde cualquier PC conectado a la Intranet De Rioja Salud.

El programa informático soporta todos aquellos procedimientos de introducción y modificación de datos para el funcionamiento del Programa: proceso de citación, introducción de resultados, envío de cartas y registro de datos de diagnóstico.

A este respecto, las actividades específicas que realiza la Unidad son:

- Envío de las cartas de citación y de resultados negativos, así como gestión de las citas de las pruebas complementarias
- Recogida de todos los resultados de las pruebas complementarias realizadas en el hospital a través de Selene, con grabación de los mismos en la aplicación del PRDPCM para su posterior evaluación.

UNIDADES DE EXPLORACIÓN MAMOGRÁFICA. Se dispone de dos unidades: Unidad móvil, que se desplaza a los distintos municipios de la Comunidad Autónoma de La Rioja, y Unidad fija ubicada en la UDM del HSP. En ellas se realizan las pruebas de cribado a las mujeres invitadas. Cuando las mujeres acuden a cualquiera de las Unidades de Exploración, son atendidas por personal administrativo que confirma los datos de identificación, filiación y les realiza una encuesta sobre antecedentes personales o factores de riesgo de cáncer de mama. Posteriormente, el Técnico Especialista en Radiodiagnóstico (TER) corrobora la identificación, realiza las mamografías, completa la encuesta y, a las portadoras de prótesis, les proporciona un documento de información sobre los riesgos potenciales de la realización de mamografía en mujeres con implantes mamarios, solicitando su consentimiento expreso por escrito y con firma.

El programa se inició en 1993 con una Unidad móvil, mamógrafo analógico, con revelado de placas y su archivo con identificación de código específico de PRDPCM. Posteriormente se introdujo un sistema de identificación por código de barras y lector, para minimizar los errores de la entrada manual de datos en la aplicación.

En enero de 2010 se inauguró una nueva Unidad móvil dotada de un mamógrafo digital directo y se realizaron cambios estructurales para eliminar las carencias que tenían las instalaciones anteriores en relación con la falta de espacio para la espera de las señoras, la no disponibilidad de una zona de intimidad para la realización de la encuesta, acceso único por escalera, etc. La nueva Unidad móvil consta de una sala de espera de mujeres, zona cerrada para la realización de encuesta y rampa para facilitar el acceso a personas con movilidad reducida o en silla de ruedas, lo que hizo posible la realización de la mamografía en este grupo de mujeres residentes fuera de Logroño, sin tener que desplazarse al hospital.

El envío de imágenes se realiza a través de un disco duro externo que se lleva diariamente al Hospital San Pedro, donde se vuelcan al PACS (Picture Archiving and communication system) específico de PRDPCM.

La unidad móvil se ubica en el centro de Logroño, para revisar a las mujeres residentes en la capital, y se desplaza por el resto de zonas de salud de la Rioja para realizar la prueba a todas las riojanas residentes fuera de Logroño, ubicándola en los municipios cabecera de zona. Desde su puesta en marcha 1993, se incluyó un servicio de traslado gratuito desde los distintos domicilios hasta el punto de ubicación de la unidad, que se suspendió en enero de 2013, debido a su baja utilización (cada vuelta era menor el número de usuarias que utilizaban dicho transporte)

UNIDAD DE LECTURA MAMOGRÁFICA CENTRALIZADA. Está integrada en la UDM y en ella se informan todas las mamografías del programa.

A principios de 2003 se puso en funcionamiento la Unidad de Diagnóstico de Mama, de la Fundación Rioja Salud, ubicada en el Hospital de La Rioja y en diciembre de 2006 se trasladó al Hospital San Pedro.

Para el programa de detección precoz de cáncer de mama, la creación de esta unidad supuso una importante mejora de la calidad, ya que desde ella se asumió el proceso diagnóstico completo en mujeres con lectura positiva en mamografía de cribado, mediante la realización de estudios complementarios mamográficos, ecográficos y procedimientos intervencionistas percutáneos, para confirmar o excluir el diagnóstico de carcinoma.

La introducción de técnicas de diagnóstico hizo posible la confirmación histológica de cáncer previo a la intervención quirúrgica, por lo que solo se remitían a las consultas hospitalarias las mujeres con cáncer confirmado para su tratamiento, así como los casos con resultado de benignidad en la punción percutánea, pero con alto grado de sospecha en estudios de imagen, para su confirmación por biopsia quirúrgica.

La lectura de las mamografías está centralizada en la UDM en el Hospital San Pedro, desde el año 2007, y es realizada por cuatro radiólogos que compaginan la lectura con su actividad diaria en la Unidad de Diagnóstico. De igual forma, son los responsables de realizar los estudios complementarios o adicionales en mujeres con lectura positiva.

La clasificación radiológica se hace siguiendo las recomendaciones del Colegio Americano de Radiología (American College of Radiology -ACR-) referidas al Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS®), lo que permite la clasificación por categorías en cuanto a la probabilidad de malignidad.

Mamografías negativas	Mamografías positivas
BI-RADS® 1 – Normal	BI-RADS® 3 – Probablemente benigna
BI-RADS® 2 – Benigna	BI-RADS® 4 – Probabilidad intermedia BI-RADS® 5 – Alta probabilidad

Las mamografías analógicas se encuentran en un archivo específico del PRDPCM ubicado en el sótano del CIBIR.

Las mamografías digitales se almacenan en formato electrónico en el PACS específico del PRDPCM y están accesibles para su valoración por los radiólogos.

UNIDAD DE DIAGNÓSTICO (UDM). En ella se completa el estudio diagnóstico, mediante técnicas de imagen y procedimientos intervencionistas. Está integrada en la red asistencial del hospital San Pedro (HSP) y en la Unidad Multidisciplinaria de Patología Mamaria, con sesiones clínicas semanales con especialistas de diversas áreas (ginecólogos, cirujanos, anatomopatólogos, oncólogos, radioterapeutas etc).

A todas las mujeres que participan en el programa, si necesitan valoración adicional para el diagnóstico definitivo, se les cita desde esta Unidad independientemente de su tipo de seguro sanitario. Si se precisa tratamiento tras el diagnóstico, este se realizará a cargo del seguro sanitario de cada mujer.

SERVICIO DE RADIOFÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA del HSP. Realiza el control dosimétrico del personal de las unidades de exploración y diagnóstico, el control de calidad de los equipos de las unidades de exploración, lectura y diagnóstico, así como el control de dosis a mujeres.

4.- PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDAD (PGC). En febrero de 2006 se elaboró la primera versión (Versión 1) del PGC, con el objetivo inicial centrado en el control de calidad de las mamografías, para conseguir imágenes de muy alta calidad con la dosis más baja posible de radiación, de acuerdo a los criterios ALARA.

Posteriormente, la unidad se involucró en una apuesta más amplia por la calidad, incluyendo la introducción de procesos asistenciales, procedimientos, instrucciones técnicas, etc.

En 2014, nos embarcamos en la aventura de conseguir la certificación de calidad ISO 9001:2008. El 18/09/2014 obtuvimos dicha certificación para las actividades de la Unidad de Mama (PRDPCM-Diagnóstico por la Imagen y Diagnóstico por Intervencionismo) de conformidad con los requisitos exigidos, siendo auditados anualmente para el mantenimiento y actualización de la certificación.

Las renovaciones de la certificación se han mantenido hasta septiembre de 2020, momento en el que se suspendieron por la situación sanitaria derivada de la epidemia de Covid-19.

El PGC se actualizó a la Versión 2 en agosto de 2014, coincidiendo con la actualización de equipos mamográficos, protocolos de seguridad radiológica e incorporación del Sistema de Gestión de Calidad (ISO9001).

El PGC, siguiendo el RD 1976/1999 de 23 de diciembre, es de aplicación tanto en el ámbito de la mamografía diagnóstica, como del Programa, habida cuenta que tanto el personal

como los protocolos técnicos son comunes en estos dos ámbitos de actuación, y que en su elaboración se han tomado como base las recomendaciones recogidas en el Programa de Garantía de Calidad de la Sociedad Española de Diagnóstico por Imagen de la Mama (SEDIM), así como los de las Guías Europeas de garantía de calidad en cribado mamográfico.

Para conseguir los objetivos previstos de reducción de morbilidad y mortalidad por cáncer de mama, es necesario que los programas de cribado cumplan con los criterios de calidad establecidos, de tal forma que sus beneficios superen ampliamente a los efectos adversos que puedan generar.

Las organizaciones implicadas en el cribado mamográfico en Europa han estado en primera línea a la hora de introducir criterios de garantía de calidad y monitorización en todas las etapas del abordaje y la atención del cáncer de mama, desde el cribado, hasta la confirmación diagnóstica y el tratamiento en los distintos estadios.

La evaluación de los programas de cribado viene recogida en la Recomendación del Consejo de Europa 2003/878/CE, el cual establece que “un cribado de calidad incluye el análisis del proceso y de los resultados, así como una pronta notificación de estos resultados a la población y al personal que realiza el cribado”. Para ello, es imprescindible disponer de indicadores de calidad, que cuantifiquen aspectos concretos y específicos del proceso de cribado de manera válida, fiable y objetiva.

Las Guías Europeas de garantía de calidad en cribado mamográfico (European guidelines for quality assurance in Breast cancer screening and diagnosis) en su 4ª edición, publicada en el año 2006, sugieren la realización de evaluaciones periódicas a través de indicadores que nos permiten monitorizar los resultados tanto del proceso, como del impacto del programa, así como prever a través de estándares e indicadores subrogados, sus posibles resultados reales.

Los indicadores de referencia que se siguen para evaluar el PRDPCM son los propuestos por las Guías Europeas de garantía de calidad, por la Estrategia en Cáncer 2009 del Sistema Nacional de Salud y por la Red de Programas de Cribado de Cáncer, donde están integrados todos los programas de nuestro país.

INDICADORES ACEPTABLES Y DESEABLES RECOMENDADOS POR LAS GUIAS EUROPEAS DE GARANTÍA DE CALIDAD

Indicador	Nivel	
	Aceptable	Deseable
<i>Tasa de participación</i>	>70%	>75%
<i>Tasa de detección</i>		
Exploración inicial	3 x IR*	>3 x IR*
Exploración sucesiva regular	1.5 x IR*	>1.5 x IR*
<i>Cánceres invasivos / total cánceres detectados</i>	90%	80-90%
<i>Cánceres invasivos ≤10 mm / total cánceres invasivos detectados:</i>		
Exploración inicial	N.A.	≥ 25%
Exploración sucesiva regular	≥ 25%	≥ 30%
<i>Cánceres con ganglios (-) / total cánceres invasivos detectados:</i>		
Exploración Inicial	N.A.	>70%
Exploración sucesiva regular	75%	>75%

* IR: Tasa de incidencia en la misma población previa a la puesta en marcha del programa

El Programa emplea los datos de su sistema de información para calcular los indicadores de proceso y resultado

5.- RESULTADOS DEL PROGRAMA RIOJANO DE DETECCIÓN PRECOZ 2006-2022- (FASES 7ª-13ª)

Los programas de cribado se evalúan por fases. La primera fase es la que se realiza al inicio del programa y acaba una vez que son citadas todas las mujeres de La Rioja en el rango de edad; cuando a los dos años se vuelve a citar de nuevo a todas, se considera segunda fase y así sucesivamente.

Esto se debe diferenciar de las rondas de cribado:

Se considera "cribado inicial" a la primera exploración de cribado que se realiza a una mujer dentro del programa, con independencia de la fase en la que la mujer es examinada e independientemente de invitaciones previas.

Se consideran “*cribados sucesivos*” todas las exploraciones de cribado realizadas a una mujer en el programa después del cribado inicial, independientemente de la fase en la que se encuentre el PRDPCM en ese momento.

La base de datos del PRDPCM es una base dinámica, por lo que, en una labor de mejora continua y para adecuarla a la obtención de los indicadores propuestos en las sucesivas ediciones de las Guías europeas de garantía de calidad en cribado mamográfico, actualizamos periódicamente la base de datos de las mujeres, lo que ocasiona que algunos datos puedan haber cambiado con respecto a los recogidos con anterioridad.

Los resultados se presentan por fase y ronda, ya que varían si son iniciales o sucesivos.

En la primera ronda se detectan todos los casos existentes en ese momento (casos prevalentes) y en las rondas sucesivas únicamente los casos nuevos (casos incidentes). Aunque estos conceptos de “casos prevalentes” e “incidentes” se siguen definiendo como tales, hay que tener en consideración que la mujer ha podido realizarse estudios mamográficos con anterioridad a su primera ronda en el PRDPCM, tanto en la sanidad pública como privada, por lo que los casos prevalentes no reflejan necesariamente los cánceres presentes en una población no estudiada previamente.

Además, recogemos en este apartado la comparación con los principales estándares de referencia propuestos en la cuarta edición de la Guía europea de garantía de calidad del año 2006

A- PARTICIPACIÓN

En este informe se recoge la actividad y los datos de participación del PRDPCM de La Rioja de las fases 7ª a 13ª.

	FECHA INICIO FASE	FECHA FINAL FASE
Fase 7ª	02/05/2006	03/06/2008
Fase 8ª	04/06/2008	18/08/2010
Fase 9ª	19/08/2010	16/10/2012
Fase 10ª	17/10/2012	02/12/2014
Fase 11ª	03/12/2014	07/02/2017
Fase 12ª	08/02/2017	10/05/2019
FASE 13ª	11/05/2019	26/02/2022

Depurados los datos obtenidos de tarjeta sanitaria y del INE, se excluyen en cada fase aquellas mujeres en situación que imposibilita la cita, como “mujeres fallecidas”, “incapacitadas totales con imposibilidad de realizar la mamografía”, “domicilio desconocido con cartas devueltas e imposible localizar” y “mujeres con cáncer de mama”.

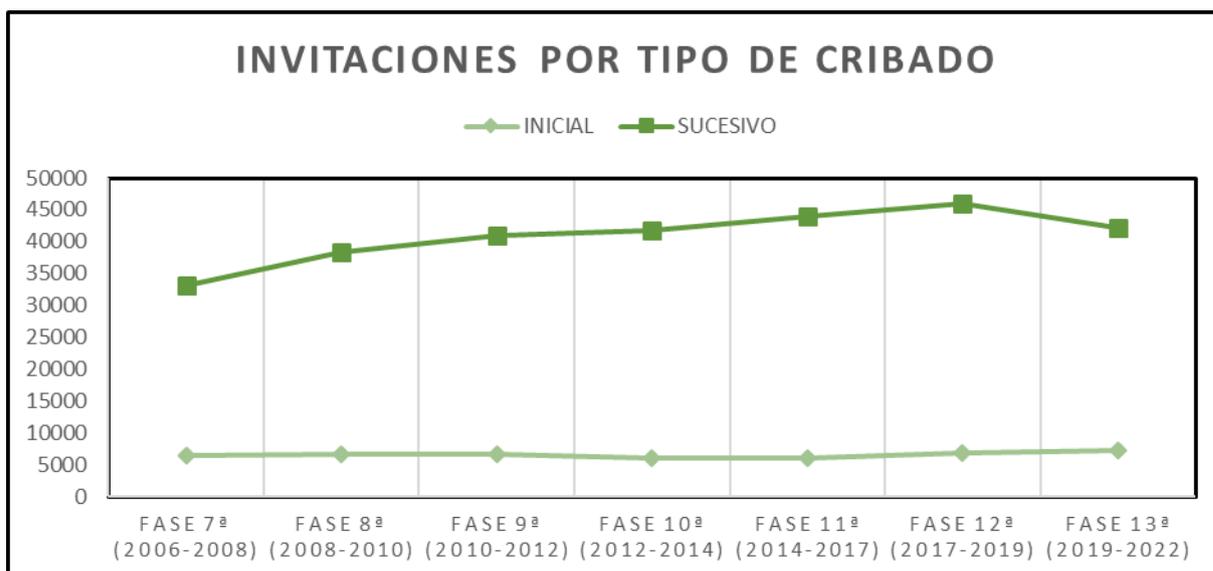
Una vez excluidas queda la población objetivo a la que hay que invitar y citar.

Se considera criterio de exclusión temporal haber realizado un estudio mamográfico en los 6 meses anteriores a la cita.

B- RESULTADOS DEL PROGRAMA 2006-2022

En el período 2006-2022 se invitaron a 332.430 mujeres y se realizaron 269.409 exploraciones, de las que 35.909 fueron a mujeres que acudían a la unidad de exploración mamográfica en primera ronda (cribado inicial) y 233.500 correspondieron a exploraciones realizadas a mujeres que acudieron en rondas sucesivas (cribado sucesivo).

Gráfico 1. Participación: Invitaciones 2006-2022 según cribado.



Merece una mención especial el descenso de invitaciones en la 13ª fase debido a la situación Covid-19 (la actividad del PRDPCM se paralizó totalmente el 16 de marzo de 2020, debido al confinamiento, y se reanudó de forma limitada el 15 de junio del mismo año, mediante citación, por llamada telefónica, solo a las mujeres nuevas y a las participantes de las fases anteriores (Gráfico 1).

Respecto a la participación, en todas las fases se cumple el objetivo de **participación deseable >75%**, siendo la más alta en la fase 13ª, ya explicado por el menor número de invitaciones acompañado de máxima participación y de haber mantenido en programa tras la reunión de la Red nacional de cribado a las señoras que, habiendo cumplido la edad de salida de programa (70 años), no se les había citado por el retraso generado en las sucesivas olas de Covid-19.

La participación global obtenida fue del 81% (Tabla 1).

Tabla 1.- Evolución de la participación 2006-2022

PARTICIPACION GLOBAL	INVITACIONES	EXPLORACIONES	*TASA %	PARTICIPACIÓN	C.INICIAL	C. SUCESIVO
**Fase 7ª (2006-2008)	39.661	32.564		82,1	4994	27.570
Fase 8ª (2008-2010)	45.005	36.224		80,5	4995	31.229
Fase 9ª (2010-2012)	47.590	38.079		80,0	5195	32.884
Fase 10ª (2012-2014)	47.862	39.110		81,7	4842	34.268
Fase 11ª (2014-2017)	50.108	39.568		77,4	4692	34.876
Fase 12ª (2017-2019)	52.763	41.098		77,9	5285	35.813
FASE 13ª (2019-2022)	49.441	42.766		***86,5	5906	36.860
GLOBAL	332.430	269.409		*81	35.909	233.500
Objetivo aceptable				> 70		
Objetivo deseable				>75		

**Porcentaje de mujeres exploradas sobre el total de mujeres invitadas a participar

** Este año comenzó la ampliación progresiva del grupo de edad diana del Programa.

*** Mayor tasa de participación reducido el denominador de invitadas por situación Covid-19

Evolución de la participación y revisiones por tipo de cribado

La participación en cribados sucesivos tiende ligeramente a la baja, a pesar de que hay más mujeres invitadas por aumento de la población (puede entenderse por el volumen de inmigrantes, que es menos regular en la participación por pérdida de citas debido a cambios frecuentes de domicilio, etc), con la excepción del aumento de participación en la fase 13 que se explica por el tipo de invitación durante la situación Covid, periodo en el que solo se invitaba a las mujeres de nueva incorporación y a las participantes en fases anteriores, y durante unos meses se hizo de forma telefónica (Tabla 2 y Gráficos 2-3).

Tabla 2. Revisiones y participación / tipo de cribado 2006-2022

2006-2022	INICIAL	SUCESIVO	%INICIAL	% SUCESIVO
Fase 7ª (2006-2008)	4.994	27.570	76,2	83,3
Fase 8ª (2008-2010)	4.995	31.229	75,7	81,3
Fase 9ª (2010-2012)	5.195	32.884	77,4	80,4
Fase 10ª (2012-2014)	4.842	34.268	80,2	81,9
Fase 11ª (2014-2017)	4.692	34.876	77,1	79,2
Fase 12ª (2017-2019)	5.285	35.813	78	77,8
FASE 13ª (2019-2022)	5.906	36.860	82,3	86,5
GLOBAL	35.909	196.640	78,1	80,5

Gráfico 2. Participación global por tipo de cribado 2006-2022

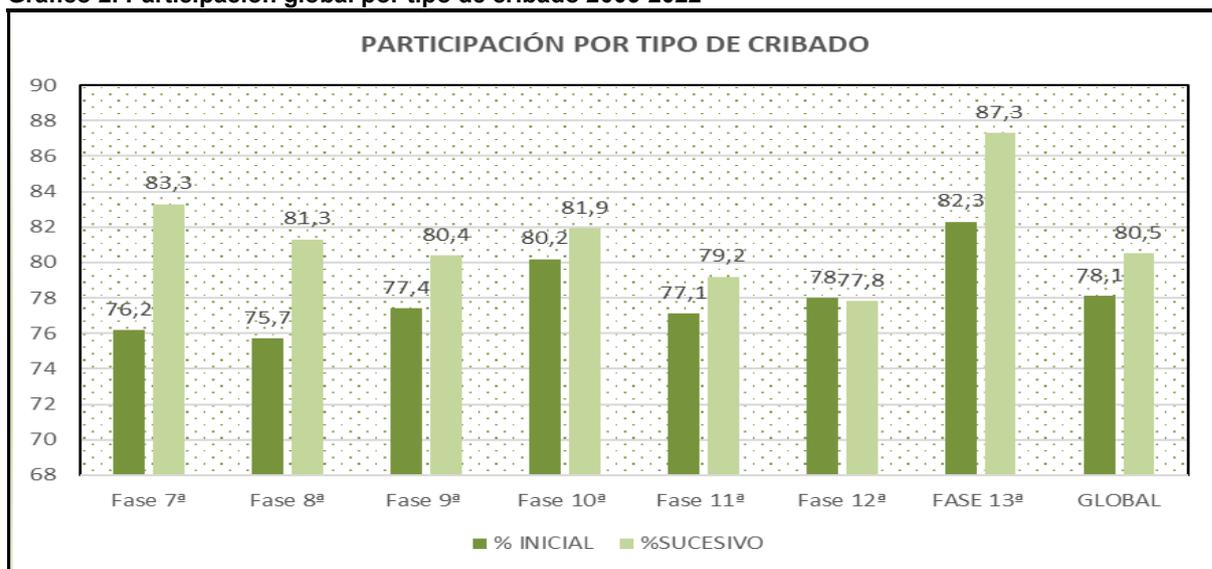
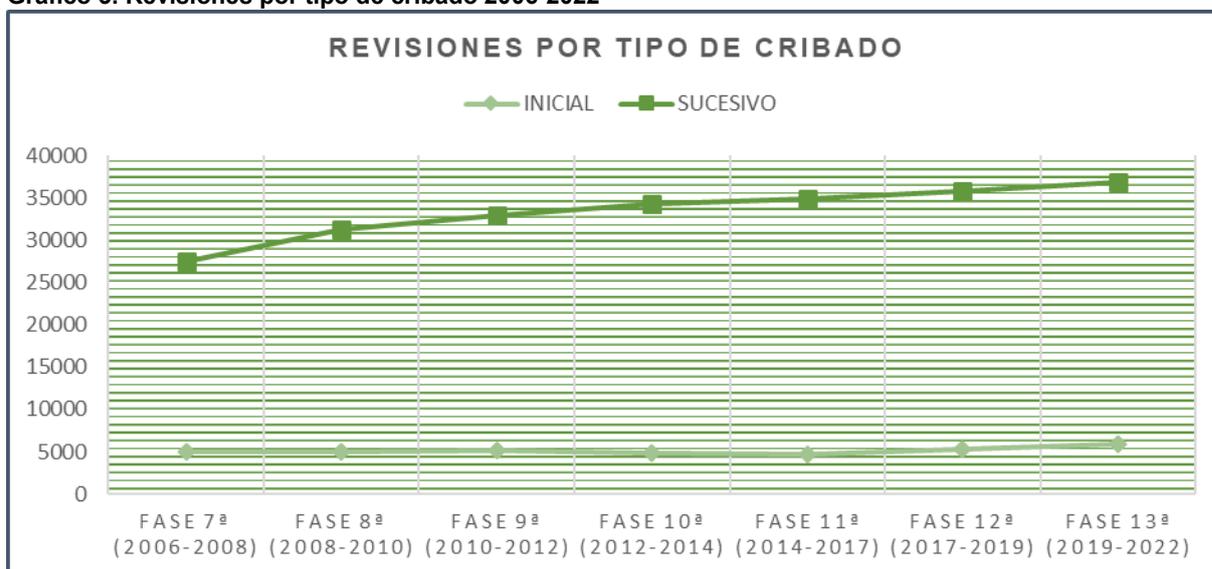


Gráfico 3. Revisiones por tipo de cribado 2006-2022



Por grupos de edad, la participación es un poco más baja en la franja de 45-54 años, sin que exista un motivo justificable, aumentando a partir de los 55 años (**Gráfico 4**)

Gráfico 4. Participación por grupos de edad % 2006-2022



Evolución de la participación y revisiones por Zonas Básicas de Salud (ZBS) 2006-2022

La Rioja está dividida en 20 ZBS.

Los municipios de la denominada Rioja Baja y Media, corresponden a las zonas 1 a 5.

Los municipios del área metropolitana y Rioja Alta, corresponden a las zonas 6 a 12.

La población de Logroño se distribuye entre las zonas 13 y 20.

La zona 20, "La Guindalera", es de creación reciente y recoge la población de los municipios de Lardero (ZBS 7) y de Logroño que antes tenían asignadas otras ZBS de la ciudad (15, 18, y 19).

Al crearse esta zona, también hubo cambio para otras mujeres del resto de zonas de la capital, por lo que se tomó la decisión de revisar a las señoras que ya estaban incorporadas en PRDPCM según su zona de revisión anterior, y las nuevas de la zona 20 incorporarlas con 45 años, unas en año par y otras en impar, asociadas a las zonas 17 y 18 o 15 y 19 a efectos del PRDPCM y de la revisión bienal (de momento, los resultados de esta zona se dan con el resto de zonas). Tabla 3.

Tabla 3. Participación por ZBS 2006-2022

	INICIAL	SUCESIVA	TOTAL
ZBS 1- CERVERA	81,7	81,6	81,6
ZBS 2- ALFARO	83,2	82,1	82,4
ZBS 3- CALAHORRA	78	76,1	76,7
ZBS 4- ARNEDO	82,6	81,4	81,8
ZBS 5- MURILLO-AUSEJO	75,2	77,9	77
ZBS 6-SAN ROMAN DE CROS	62,5	86	80,8
ZBS 7- ALBERITE	76,3	75	75,5
ZBS 8- TORRECILLA DE CROS	79,8	82,3	81,6
ZBS 9- NAVARRETE	82,2	81,5	81,7
ZBS 10 -NÁJERA	84,4	85,4	85,1
ZBS 11- SANTO DOMINGO	80,7	77,7	78,2
ZBS 12 -HARO	78,1	74,9	76,1
ZBS 13- RODRIGUEZ PATERNA	68	67,6	67,7
ZBS 14- JOAQUIN ELIZALDE	73,1	73,2	73,2
ZBS 15- ESPARTERO	72,4	72,5	72,5
ZBS 16- LABRADORES	73,5	74,2	74
ZBS 17- GONZALO DE BERCEO	77,1	76	76,3
ZBS 18- SIETE INFANTES	82,2	78,7	79,9
ZBS 19 -CASCAJOS	81,7	76,8	78,6
ZBS 20- LA GUINDALERA			

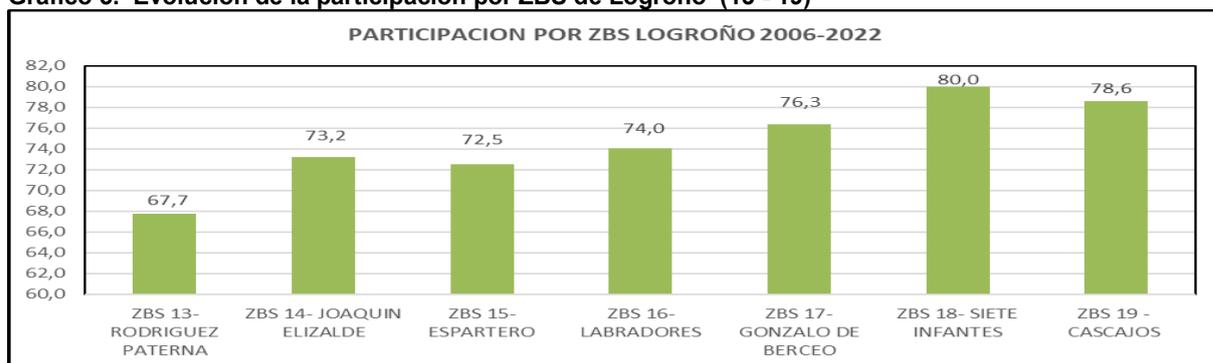
La participación por ZBS, se recoge en los gráficos 5, 6 y 7.

ZBS LOGROÑO (13 a 19)

ZBS RIOJA BAJA (1 a 5)

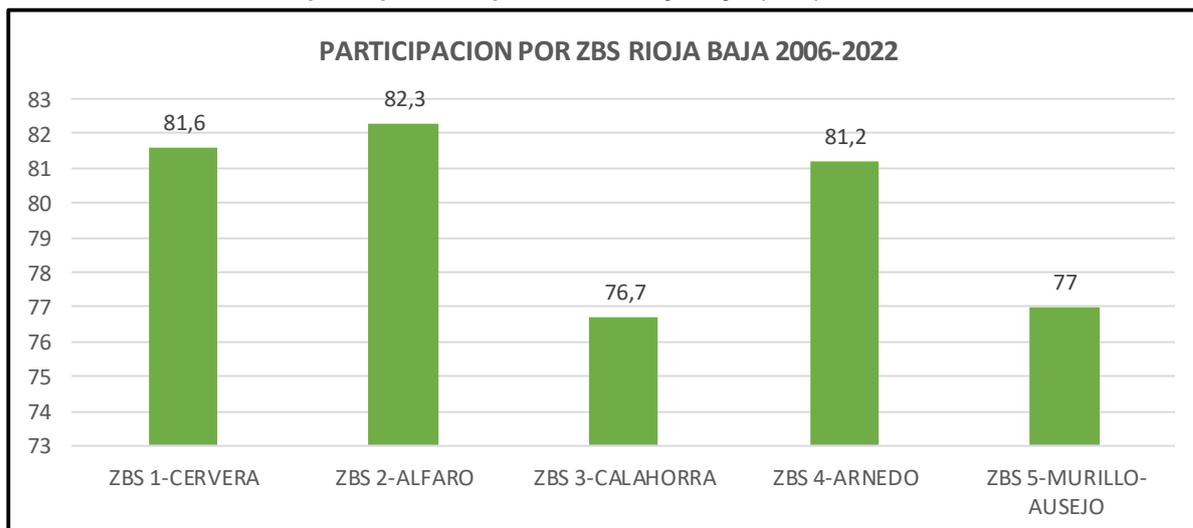
ZBS AREA METROPOLITANA Y RIOJA ALTA (6 a 12)

Gráfico 5. Evolución de la participación por ZBS de Logroño (13 - 19)



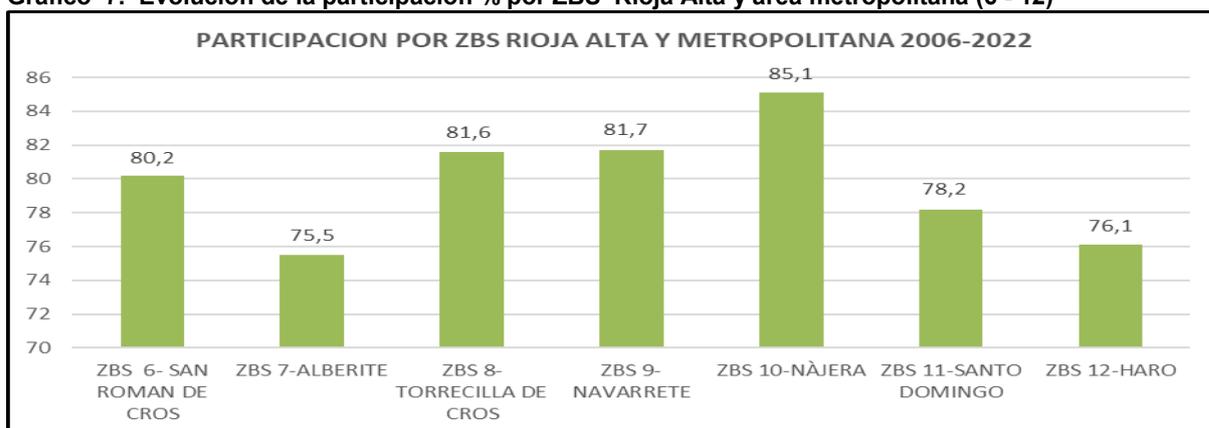
Todas las zonas cumplen el objetivo de participación aceptable (>70%) e, incluso, algunas superan el objetivo deseable (>75%), con excepción de Rodríguez Paterna, que mantiene una baja participación desde el inicio del programa (zona antigua)

Gráfico 6. Evolución de la participación % por ZBS de Rioja Baja (1 - 5)



La participación de la población de esta zona de La Rioja supera siempre el objetivo deseable >75%

Gráfico 7. Evolución de la participación % por ZBS Rioja Alta y área metropolitana (6 - 12)



La participación de la población de esta zona de La Rioja, siempre supera el objetivo deseable (>75%).

Resultados de la prueba de cribado 2006-2022

En el periodo 2006-2022 la exploración mamográfica fue negativa en el 93,3% de las mujeres exploradas, al 6,7% se les recomendó una valoración adicional, de las cuales un 1,1% quedaron a control intermedio (6-12 meses) en la UDM (**Tabla 4**)

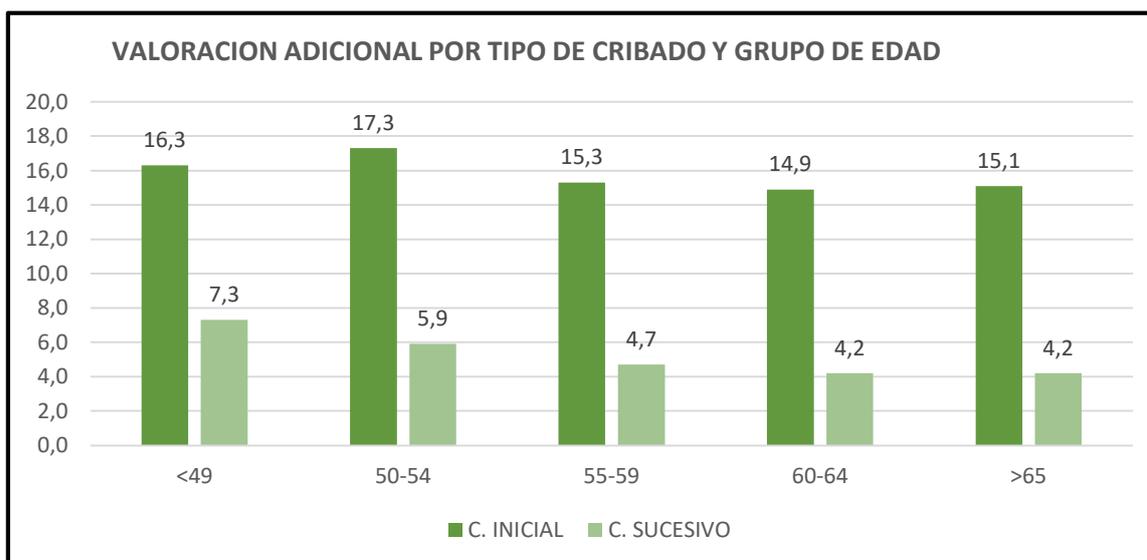
Tabla 4. Resultados de la prueba de cribado. Datos globales 2006-2022

	EXPLORACIONES	% NEGATIVAS	% VALORACIÓN ADICIONAL	% CONTROL 6-12 M
FASE 7	32.564	92,6	7,4	1,1
FASE 8	36.224	92,8	7,2	1,0
FASE 9	38.079	92,6	7,4	1,3
FASE 10	39.110	92,6	7,4	1,1
FASE 11	39.568	93,0	7,0	1,2
FASE 12	41.098	94,3	5,7	0,9
FASE 13	42.766	95,7	5,0	0,8
TOTAL	269.409	93,3	6,7	1,1
OBJETIVO ACEPTABLE			< 7	< 1
OBJETIVO DESEABLE			< 5	0

* Incluye todas las mujeres citadas en la unidad de diagnóstico, es decir, las mujeres con resultado positivo en la mamografía de rutina, o en el control a los 6-12 meses.

La proporción de mujeres a las que se les indica valoración clínica adicional se reduce con las rondas, es mayor en primera ronda que en sucesivas (Gráficos 8).

Gráfico 8. Porcentaje de mujeres con valoración clínica adicional por grupos de edad y tipo cribado 2006-2022



En las rondas iniciales, no se consigue cumplir en ninguna fase el objetivo aceptable (<7%).

Tabla 5.

Tabla 5. Resultados de la prueba de cribado en Cribado inicial. Años 2006-2022

INICIAL	EXPLORACIONES	EXPLO-NEG	% NEGATIVAS	% VALORACIÓN ADICIONAL*	% 6-12 MESES
FASE 7	4.994	3.920	78,5	21,5	3,1
FASE 8	4.995	4.067	81,4	18,6	2,5
FASE 9	5.195	4.481	86,3	13,7	2,6
FASE 10	4.842	4.047	83,6	16,4	2,4
FASE 11	4.692	3.922	83,6	16,4	3,4
FASE 12	5.285	4.470	84,6	15,4	2,8
FASE 13	5.906	5.211	88,2	11,7	1,9
TOTAL	35.909	30.118	83,9	16,2	2,7
OBJETIVO ACEPTABLE				<7	<1
OBJETIVO DESEABLE				<5	0

* Incluye todas las mujeres citadas en la unidad de diagnóstico, es decir, las mujeres con resultado positivo en la mamografía de rutina o en el control a los 6-12 meses.

En las rondas sucesivas, solo se consigue cumplir el objetivo aceptable (<5%), en las fases 7 a 13 (**Tabla 6**).

T abla 6. Resultados de la prueba de cribado en Cribados sucesivos. Años 2006-2022

SUCESIVO	EXPLORACIONES	EXPLO-NEG	% NEGATIVAS	% VALORACIÓN ADICIONAL*	% 6-12 MESES
FASE 7	27.570	26.204	95,1	4,9	0,8
FASE 8	31.229	29.538	94,6	5,4	0,8
FASE 9	32.884	30.775	93,7	6,3	1,1
FASE 10	34.268	31.959	93,9	6,1	0,9
FASE 11	34.876	32.875	94,3	5,7	0,9
FASE 12	35.813	34.245	95,7	4,3	0,6
FASE 13	36.860	35.426	96,1	3,9	0,6
GLOBAL	233.500	221.022	94,6	5,2	0,8
OBJETIVO ACEPTABLE				<5	<1
OBJETIVO DESEABLE				<3	0

* Incluye todas las mujeres citadas en la unidad de diagnóstico, es decir, las mujeres con resultado positivo en la mamografía de rutina, o en el control a los 6-12 meses.

Resultados de la valoración adicional

- **Tasa de detección y valor predictivo positivo (VPP)**

Los datos que se presentan son los relativos al diagnóstico y tratamiento de carcinomas, de las mujeres exploradas entre los años 2006 y 2022 (Fases 7^a-13^a)

Entre las mujeres revisadas en el período 2006-2022, se diagnosticaron 1.121 tumores, lo que supone un valor predictivo positivo (VPP) de 6,2 % y una tasa de detección de 4,1 por 1.000 mujeres exploradas (**Tabla 7**).

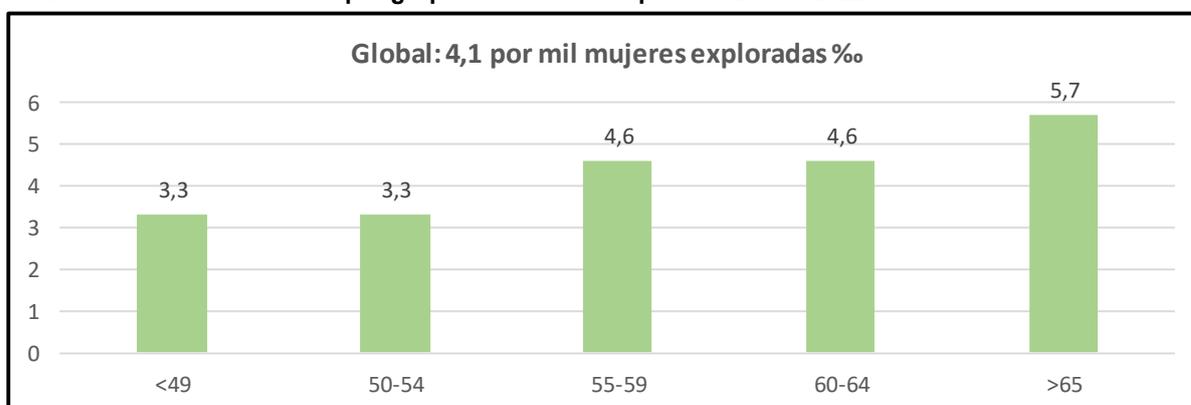
Tabla 7 Cánceres detectados. Datos globales 2006-2022.

2006-2022	EXPLORADAS	VALORACIÓN ADICIONAL	CÁNCERES DETECTADOS	TASA DE DETECCIÓN*	VPP	DIAGNÓSTICO PREQUIRÚRGICO
FASE 7	32.564	2.423	101	3,1 ‰	4,2	99
FASE 8	36.224	2.605	130	3,6 ‰	5	97,7
FASE 9	38.079	2.795	185	4,7‰	6,6	97,8
FASE 10	39.110	2.883	180	4,6‰	6,3	97,8
FASE 11	39.568	2.757	170	4,3‰	6,2	98,2
FASE 12	41.098	2.354	160	3,9 ‰	6,8	97,5
FASE 13	42.766	2.129	195	4,5 ‰	9,1	100
TOTAL	269.409	17.946	1.121	4,1 ‰	6,2	98,3

*Por mil mujeres exploradas

La tasa de detección muestra un incremento con la edad, como se observa en el **Gráfico 9**.

Gráfico 9. Tasa de detección por grupos de edad en el período 2006—2022



Entre las mujeres que acudieron por primera vez al Programa, la tasa de detección global es más elevada que en aquellas que acudieron en rondas sucesivas (4,4 vs 4,1 por mil mujeres exploradas) (**Tabla 8**).

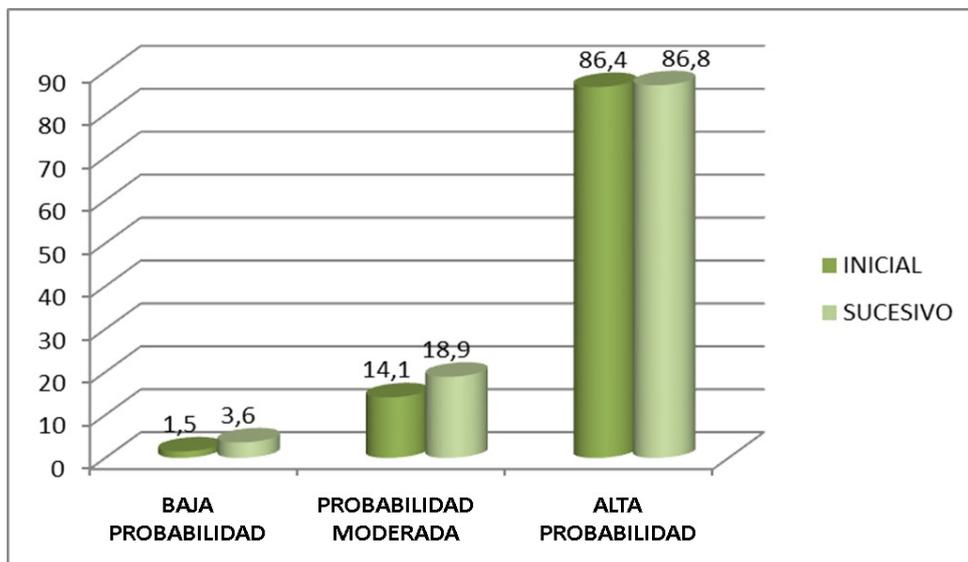
Tabla 8. Cánceres detectados según fase / ronda de cribado 2006-2022

2006-2022	CRIBADO INICIAL			CRIBADO SUCESIVO		
	CÁNCERES DETECTADOS	TASA DE DETECCIÓN*	VPP	CÁNCERES DETECTADOS	TASA DE DETECCIÓN*	VPP
FASE 7	26	5,2	2,4	75	2,7	5,6
FASE 8	20	4	2,2	110	3,5	6,6
FASE 9	25	4,8	3,5	160	4,9	7,7
FASE 10	23	4,7	2,9	157	4,6	7,5
FASE 11	19	4,1	2,5	151	4,3	7,6
FASE 12	22	4,2	2,7	138	3,8	8,9
FASE 13	24	4,1	3,5	171	4,6	11,9
GLOBAL	159	4,4	2,7	962	4,1	7,9
Objetivo aceptable		4,2†			2,1‡	
Objetivo deseable		>4,2			>2,1	

* ‰ - Por 1.000 mujeres exploradas

El VPP es ligeramente mayor en rondas sucesivas y aumenta con la probabilidad asignada según la clasificación BI-RADS® (**Gráfico 10**).

Gráfico 10. Valor predictivo positivo según clasificación BI-RADS® y ronda de exploración. Años 2006-2022

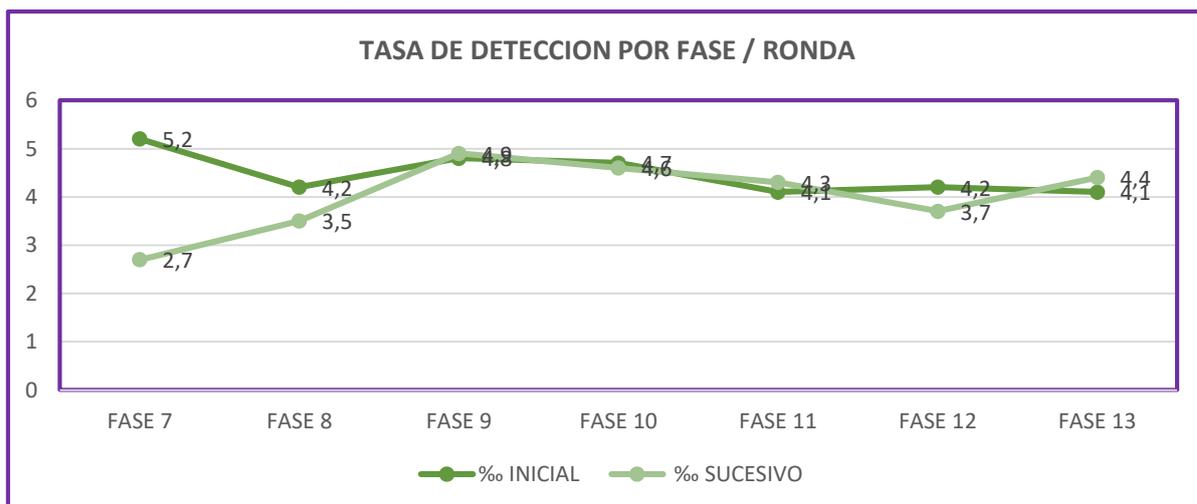


En cuanto a la tendencia temporal de la tasa de detección, los datos se recogen en el **Gráfico 11** y se resumen en:

-En ronda inicial, la tasa global es de 4,4 ‰ y por fases siempre es superior al 4‰, siendo ligeramente más alta en las fases 9ª y 10ª.

-En rondas sucesivas, la tasa de detección global es 4,1‰, superándose esta cifra en las fases 9ª-10ª-11ª y 13ª.

Gráfico 11. Tasa de detección por fase / ronda. Evolución 2006-2022 FASE 7ª-13ª



- **Resultados diagnósticos**

De los 1.121 cánceres detectados, la distribución por tipo fue (Tabla 9):

- Carcinomas ductales in situ: 209.
- Carcinomas invasivos: 906
- No se dispone de datos: 6

Tabla 9. Tipos de cánceres detectados según ronda de exploración en porcentaje *. Años 2006-2022

2006-2022	CANCERES IN SITU		CANCERES INVASIVOS		DESCONOCIDOS	TUMORES DETECTADOS
		% *		% *		
1ª RONDA	47	29,5	112	70,4		159
RONDAS SUCESIVAS	162	16,8	794	83,1	6	962
GLOBAL	209	18,7	906	81,2	6	1.121

*Porcentaje sobre los 1.115 casos de los que se conoce el tipo de tumor.

Tabla 10. Tumores según cribado y estadio. Años 2006-2022

2006-2022	INICIAL			SUCESIVO			
	0	IA-IB	≥II	0	IA-IB	≥II	DESCONOCIDO
Fase 7ª (2006-2008)	7	7	12	17	38	18	1
Fase 8ª (2008-2010)	5	8	7	17	60	32	1
Fase 9ª (2010-2012)	10	8	7	29	85	43	2
Fase 10ª (2012-2014)	7	10	6	33	88	31	2
Fase 11ª (2014-2017)	5	9	5	25	97	29	0
Fase 12ª (2017-2019)	5	11	6	20	78	38	2
Fase 13ª (2019-2022)	8	12	4	21	94	53	2
GLOBAL	47	65	47	162	540	244	10

* Datos sobre los 1.115 casos de los que se conoce el tipo de tumor.

De los 1.115 de los que tenemos datos del tipo de tumor, hay 10 con estadio desconocido (Gráficos 12 y 13).

Gráfico 12. Estadio de los tumores según fase / ronda de exploración. 2006-2022

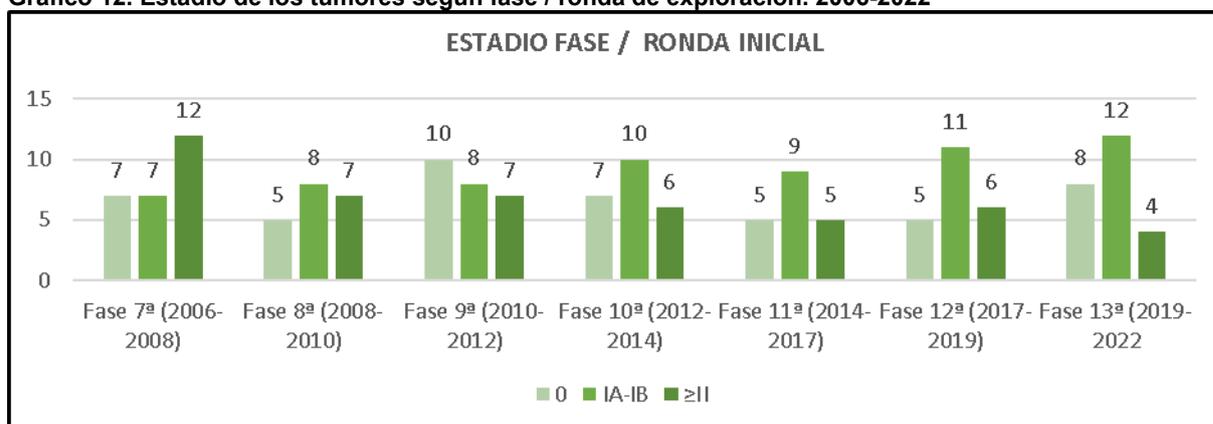
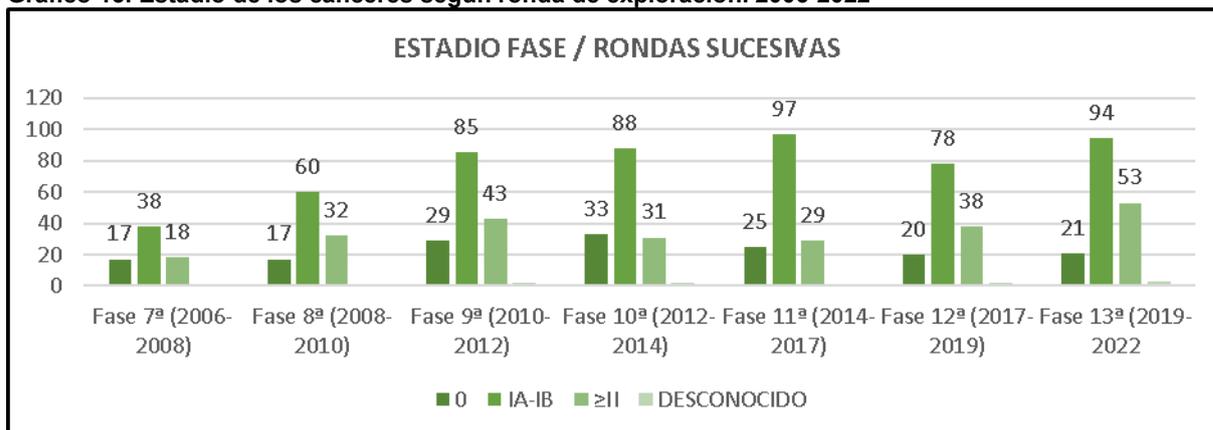


Gráfico 13. Estado de los cánceres según ronda de exploración. 2006-2022



De los 1.105 con estadio conocido, el 26,3 % están clasificados en estadio \geq II (**Tabla 11**).

Tabla 11. Porcentaje de tumores en estadio \geq II. Años 2006-2022

2006-2022	CANCERES ESTADIFICADOS	CANCERES EN ESTADIO \geq II	ESTADIO \geq II %
Fase 7ª (2006-2008)	99	30	30,3
Fase 8ª (2008-2010)	129	39	30,2
Fase 9ª (2010-2012)	182	50	27,5
Fase 10ª (2012-2014)	175	37	21,1
Fase 11ª (2014-2017)	170	34	20
Fase 12ª (2017-2019)	158	44	27,8
Fase 13ª (2019-2022)	192	57	29,7
GLOBAL	1105	291	26,3

Este porcentaje es más elevado en mujeres en primera ronda (31,8 %), que en sucesivas (24,5%) (**Tabla12**). La evolución de este indicador a lo largo de los años 2006-2022 se puede consultar en la *misma tabla*.

Tabla 12. Porcentaje de cánceres detectados en estadio \geq II, según ronda de exploración. Años 2006-2022

2006-2022	CRIBADO INICIAL		CRIBADO SUCESIVO		
	CANCERES ESTADIFICADOS	ESTADIO \geq II %	CANCERES ESTADIFICADOS	ESTADIO \geq II %	ESTADIO DESCONOCIDO
Fase 7ª (2006-2008)	26	46,1	73	24,6	1
Fase 8ª (2008-2010)	20	35	109	29,3	1
Fase 9ª (2010-2012)	25	28	157	27,4	2
Fase 10ª (2012-2014)	23	26,1	152	20,4	2
Fase 11ª (2014-2017)	19	26,3	151	19,2	0
Fase 12ª (2017-2019)	22	27,3	136	27,9	2
Fase 13ª (2019-2022)	24	16,7	168	31,5	2
GLOBAL	159	29,5	946	25,8	10
OBJETIVO ACEPTABLE		-		25	
OBJETIVO DESEABLE		< 30		<25	

Porcentaje sobre los 1.105 casos estadificados. (10 casos con estadio desconocido en rondas sucesivas)

En el cribado inicial se consigue el objetivo aceptable (<30%) a partir de la 9ª fase. En el cribado sucesivo se consigue el objetivo deseable de forma global y, en algunas fases, el deseable (<25% en las fases 7, 10 y 11), no así en la 8ª, 9ª, 12ª y 13ª, en las que el porcentaje está por encima del 25%.

Tabla 13. Estadio de los cánceres detectados según ronda de exploración en porcentaje 2006-2022

2006-2022	0	I	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IIIC	IV
CRIBADO INICIAL	29,5	40,9	16,3	5,6	4,4	0	1,9	1,2
CRIBADO SUCESIVO	17,1	57,1	15,1	5,1	3,5	0,4	1,2	0,5

En cuanto a la afectación ganglionar, el 64,3% de los cánceres infiltrantes en primera ronda no tenían invasión ganglionar, llegando al 74% en los casos detectados en rondas sucesivas (Tabla 14).

Tabla 14. Cánceres invasivos. Porcentaje sin afectación ganglionar. Años 2006-2022. Cribado inicial/ Cribados sucesivos

2006-2022	CRIBADO INICIAL		CRIBADO SUCESIVO	
	Cánceres invasivos	% Cánceres invasivos-N0	Cánceres invasivos**	% Cánceres invasivos-N0
Fase 7ª (2006-2008)	19	57,9	56	76,8
Fase 8ª (2008-2010)	15	53,3	92	71,7
Fase 9ª (2010-2012)	15	66,6	128	64,8
Fase 10ª (2012-2014)	16	62,5	120	79,2
Fase 11ª (2014-2017)	14	64,3	126	76,2
Fase 12ª (2017-2019)	17	76,5	116	76,7
Fase 13ª (2019-2022)	16	68,7	147	74,8
GLOBAL	112	64,3	785	74,1
OBJETIVO ACEPTABLE		-		75
OBJETIVO DESEABLE		> 70		> 75

*Estándares de la cuarta edición de las *European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis*

** % sobre 785 tumores en cribado sucesivo con datos de afectación ganglionar (desconocido en 9)

El objetivo se cumple en las fases 7, 10, 11, 12 y 13 en cribado sucesivo, no se llega a cumplir en ninguna de las fases en cribado inicial

C- TRATAMIENTO

Disponemos de información sobre el tratamiento quirúrgico desagregado en mastectomía y cirugía conservadora de la mama. En los años 2006-2022, de las mujeres de las que nos consta el tratamiento realizado, el 33,3% en cribado inicial fueron sometidas a mastectomía, porcentaje que se reduce al 19,9% en cribados sucesivos. Si observamos la tendencia a lo largo de los años, podemos comprobar como esta práctica está experimentando un descenso progresivo, reflejando la implantación de las recomendaciones basadas en evidencia científica, de realizar preferentemente y cuando esté indicado cirugía conservadora (**Tabla 15**).

Tabla 15. Tratamiento – Mastectomía Cánceres detectados. Años 2006-2022

2006-2022	CRIBADO INICIAL		CRIBADO SUCESIVO	
	Cánceres con información sobre tratamiento	Mastectomía %	Cánceres con información sobre tratamiento	Mastectomía %
Fase 7ª (2006-2008)	26	46,2	73	31,5
Fase 8ª (2008-2010)	20	25	109	24,5
Fase 9ª (2010-2012)	25	28	157	17,8
Fase 10ª (2012-2014)	23	34,7	151	14,6
Fase 11ª (2014-2017)	19	26,3	151	17,2
Fase 12ª (2017-2019)	22	41	136	22
Fase 13ª (2019-2022)	24	20,8	167	19,7
GLOBAL	159	33,3	944	19,9

D- CANCER DE INTERVALO

Para conocer la sensibilidad del Programa se hace imprescindible la continuación del estudio de los cánceres de intervalo, iniciado en el año 2003. El estudio de los casos nuevos de Cáncer de mama a través del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) del Hospital San Pedro, de los diagnosticados en la Unidad de Diagnóstico de Mama y de los datos obtenidos a través del registro de tumores, permite sistematizar el análisis de los cánceres de intervalo, y facilita el control de calidad del Programa.

La incidencia de cánceres de intervalo en el periodo 2006-2022 (fases 7-13) fue de 1,7 casos por 1.000 mujeres cribadas, siendo la incidencia proporcional en los once primeros meses tras la mamografía de cribado negativa de 26% (estándar deseable <30%), de 57,6% en los 12-23 meses siguientes (estándar deseable <50%) y 16,4% >24 meses (más elevado debido al retraso de la 13ª producido por la situación Covid 19

E- SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS

Dentro de los objetivos de garantía de calidad del PRDPCM se encuentra conocer el grado de satisfacción de las usuarias. En esta línea, desde el año 2009 se han realizado encuestas de forma periódica a una muestra aleatoria de las participantes en el PRDPCM y en la Unidad de Diagnóstico. La predeterminación del tamaño de la muestra se realiza con una prevalencia esperada del 70%, una precisión del 95% y alfa de 0,05.

Modelo de encuesta:

Por favor, valore de 1 a 10 su satisfacción con los siguientes aspectos relacionados con la atención que ha recibido en nuestra unidad, siendo el valor 1 para muy malo/a y el 10 para muy bueno/a

1	La información proporcionada en la carta de citación.	
2	El tiempo de espera en la Unidad Móvil (el día de su cita).	
3	La información ofrecida por los profesionales que le han atendido.	
4	El trato recibido por parte del personal de la Unidad.	
5	El cuidado de su intimidad durante la prueba.	
6	Las instalaciones de la Unidad.	

7	Nivel general de satisfacción con el servicio recibido.		
8	Tras su experiencia ¿recomendaría esta Unidad a otras personas? <i>(tache lo que proceda)</i>	SI	NO

Metodología:

Se entregaban en junio y diciembre en sobre abierto, con franqueo pagado para que las remitieran por correo.

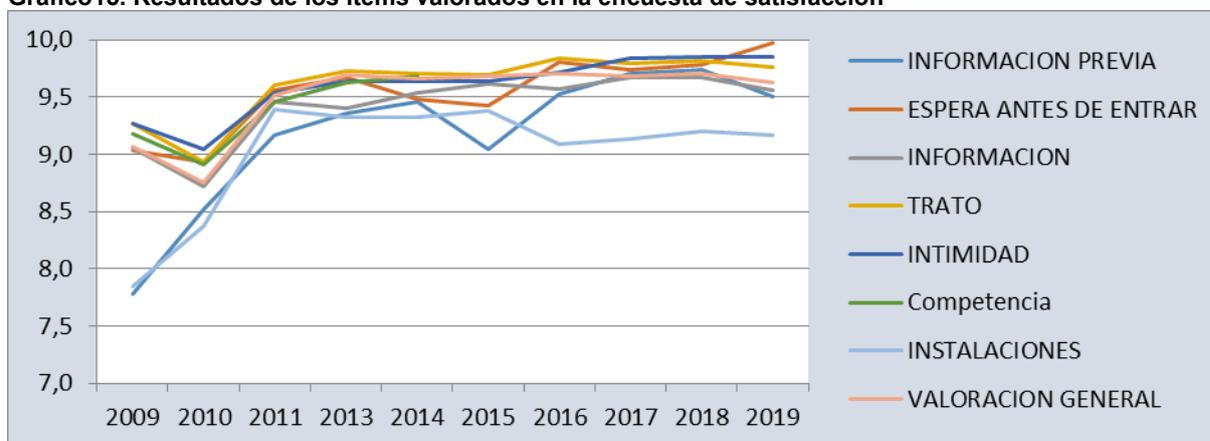
Para las últimas encuestas realizadas en 2019, se habilitó un buzón en la unidad para la recogida inmediata. En 2020 y 2021 no se realizaron encuestas por la situación Covid-19

Los principales resultados se muestran en el Gráfico 14. Como se observa de las usuarias entrevistadas, la casi totalidad valoran la experiencia de forma global en términos satisfactorios (puntuación superior a 9,5) y se muestran “muy satisfechas” con su paso por el programa

Gráfico 14. Valoración general de la satisfacción de las usuarias



Gráfico15. Resultados de los items valorados en la encuesta de satisfacción



CONCLUSIONES

En este documento se han revisado los Indicadores de procesos y resultados a corto plazo, en comparación con los estándares europeos.

Como estándares de referencia hemos utilizado los propuestos por el Programa Europa contra el cáncer en la cuarta edición de las European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis, del año 2006 (referidos en páginas iniciales).

Las conclusiones principales del estudio realizado son:

1. La tasa de participación global en el periodo del PRDPCM comprendido entre los años 2006 y 2022, varía desde el 77,4% al 86,7%, lo que la sitúa por encima de los niveles deseables establecidos en los estándares de referencia (75%).
2. En rondas sucesivas se mantiene una participación mayor que en las iniciales, lo que indica una adecuada adherencia de las mujeres al Programa.
3. Las usuarias del PRDPCM valoran su experiencia de forma global, en términos satisfactorios y se muestran muy o bastante satisfechas con su paso por el Programa, con una puntuación de 9,5.
4. En las **tablas 16, 17, 18** se comparan los resultados obtenidos en el período 2006- 2022 con los estándares europeos.

Tabla 16. Comparación de los resultados del PRDPCM en el período 2006--2022 con los estándares propuestos en las Guías Europeas, 4ª Edición

2006-2022	Aceptable	Deseable	PRDPCM	Cumplimiento
Tasa de participación	>70%	> 75%	>78%	Sí
Mamografías intermedias (¿?)	< 1%	0%	1,1	No
% Carcinoma ductal in situ	10%	10-20%	18,7%	Sí

Tabla 17. Comparación de los resultados del PRDPCM en primera ronda en el período 2006-2022 con los estándares propuestos en las Guías Europeas, 4ª Edición

2006-2022	Aceptable	Deseable	PRDPCM	Cumplimiento
% Valoración adicional	< 7%	< 5%	16,2%	No
Tasa de Detección por mil mujeres exploradas	4,2*	> 4,2	4,4 †	Sí
Cánceres invasivos sin afectación ganglionar	-	>70%	64,3	No
Estadio ≥ II	-	< 30%	29,5%	Sí

* 3 x Incidencia basal (1,4 casos por 1.000 mujeres). † Estándares modificados en la cuarta edición de las *European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis*

Tabla 18. Comparación de los resultados del PRDPCM en rondas sucesivas en el período 2006-2022 con los estándares propuestos en las Guías Europeas, 4ª Edición

2006-2022	Aceptable	Deseable	PRDPCM	Cumplimiento
% Valoración adicional	< 5%	< 3%	5,2%	+ -
Tasa de Detección por mil mujeres exploradas	2,1*	> 2,1	4,1 †	Sí
Cánceres invasivos sin afectación ganglionar	75%	> 75%	74,1%	No
Estadio ≥ II	25%	< 25%	25,8%	+ -Sí

* 1,5 x Incidencia basal (1,4 casos por 1.000 mujeres) † Estándares modificados en la cuarta edición de las *European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis*

5. La proporción de cánceres in situ y de cánceres invasivos en los casos detectados por el PRDPCM es adecuada.

6. Se considera que se cumplen los estándares de tumores en estadios ≥II en rondas iniciales y sucesivas, aunque en estas últimas el porcentaje es ligeramente superior al establecido por las Guías Europeas.

7. La tasa de detección es variable entre las distintas fases, como se puede ver en la tabla 8.

En cuanto a la tendencia temporal de la tasa de detección, los aspectos más relevantes son:

- En ronda inicial, la tasa de detección supera el 4%, con un marcado ascenso en la fase 7ª y más ligero en la 9ª y 10ª, aunque siempre mantenida en los niveles deseables.
- En rondas sucesivas, en las fases 9,10, 11 y 13, la tasa de detección también supera el 4%, nivel que no se alcanza en las fases 7, 8 y 12, aunque se cumple con el marcado por los estándares Europeos.

Los datos de la 13ª fase son provisionales, pues queda pendiente el resultado final de las mujeres que están en control intermedio.

Araceli Baroja Mazo (Técnico médico del PRDPCM)

Con la colaboración y agradecimiento a:

- Todo el personal de la unidad de mama y salud responde, gracias al esfuerzo realizado en su trabajo diario para conseguir una alta satisfacción de las usuarias del PRDPCM.
- Ana Rosa Terroba, especialista en comunicación sanitaria como correctora (Dra. en Filología).
- Todos mis compañeros de la Red Nacional de programas en cribado de cáncer, que hemos trabajado en común durante tantos años para consensuar protocolos, etc y aportar anualmente los datos de cada programa para su análisis conjunto.
- Todas las participantes en el PRDPCM por haber facilitado nuestro trabajo en los momentos en que, por causas ajenas a nuestra voluntad, problemas técnicos, situación Covid 19, etc han colaborado en el cambio imprevisto y con frecuencia urgente de las citas, entendiendo en todo momento el retraso generado.

Diciembre 2022