

### **Coordinació i redacció del document**

Carmen Medina  
Direcció de Planificació i Avaluació (Director Àlex Guarga). CSB

### **Comissió de direcció i gestió del programa**

Consorci Sanitari de Barcelona (direcció)  
Xavier Altimiras. Direcció Operativa dels Sectors Sanitaris Sants-Montjuïc, Les Corts, Sarrià-Sant Gervasi Nou Barris.  
Sofia Ferré. Direcció Operativa dels sectors sanitaris Ciutat Vella, Sant Martí i Sant Andreu.  
Àlex Guarga. Direcció de Planificació i Avaluació.  
Carmen Medina. Direcció de Planificació i Avaluació.  
Anna Càrol Pérez. Direcció Operativa dels sectors sanitaris Eixample, Gràcia i Horta-Guinardó.

Antoni Plasència. Institut Municipal de Salut Pública  
Alba Jové. Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron  
Manolo Rodríguez. Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron  
Xavier Bonfill. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau  
Xavier Castells. Institut Municipal d'Assistència Sanitària

### **Oficina tècnica del programa**

Carme Borrell  
M Isabel Pasarín  
Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona

### **Comissió tècnica del programa**

Coordinació  
Institut Municipal de Salut Pública

Montserrat Casamitjana. Registre de tumors. IMAS  
Antonio Durán. Hospital Maternoinfantil de la Vall d'Hebron  
Francesc Ferrer. Hospital de l'Esperança. IMAS  
Alba Jové. Hospital Maternoinfantil de la Vall d'Hebron  
Carmen Medina. CSB  
M Isabel Pasarín. Institut Municipal de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona  
Josep M Picas. PAMEM  
Teresa Puig. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau  
Soledad Romea. Direcció d'Atenció Primària Gràcia-Horta-Guinardó. ICS  
M Dolors Sabadell. Hospital Maternoinfantil de la Vall d'Hebron  
Ignasi Tusquets. Hospital del Mar. IMAS

### **Consell Assessor del programa**

President:  
Josep Mañach. Gerència. CSB  
Coordinació:  
Àlex Guarga. Direcció de Planificació i Avaluació. CSB  
Carmen Medina. Direcció de Planificació i Avaluació. CSB

Eugènia Andreu, en representació de l'ONG Salut i Família  
Roser Argemí, en representació de la Federació d'Associacions de Veïns de Barcelona  
Josep Baselga, com a coordinador d'Oncologia i Hematologia dels Hospitals Vall d'Hebron  
Eduardo Basilio, en representació de la Societat Espanyola de Senologia  
Josep M. Borràs, en representació de l'Institut Català d'Oncologia  
Ramon Ciurana, en representació de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària  
Teresa Cocarull, en representació del Col·legi de Farmacèutics de la província de Barcelona  
Carme Coll, en representació de la Societat Catalana de Contracepció i Fertilitat  
Dolors Costa, en representació de l'Associació Catalana de Llevadores i de l'Institut Català de la Dona  
Jordi Estapé, com a professional expert de reconeguda experiència  
Meia Faixedas, en representació de la Societat Catalana de Salut Pública  
Alfonso Fernández-Cid, com a professional expert de reconeguda experiència

Catalina Carreras-Moysi, com a regidora del Districte Municipal Ciutat Vella  
Antonio Gómez, com a professional expert de reconeguda experiència  
Xavier Gómez-Batista, com a professional expert de reconeguda experiència en cures pal·liatives  
Ferran Julián González, com a regidor del Districte Municipal de Sant Andreu  
Ferran Mascarell, com a regidor del Districte Municipal Gràcia  
Carles Martí Jufresa, com a regidor del Districte Municipal Sarrià-Sant Gervasi  
Ma. José Martínez, en representació del Col·legi Oficial de Diplomats en Infermeria de Barcelona  
Immaculada Moraleda, com a regidora del Districte Municipal d'Horta-Guinardó  
Francesc Narváez, com a regidor del Districte Municipal Sant Martí  
Virtudes Pacheco, com a professional expert en sistemes d'atenció al client  
Teresa Pàmies, escriptora  
Joan Pera, en representació de la Societat Catalana d'Oncologia  
Mercè Pérez, en representació del Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya  
Manuel Pérez, com a regidor del Districte Municipal de Nou Barris  
Milagros Pérez-Oliva, periodista  
Miquel Porta, en representació de la Societat Espanyola d'Epidemiologia  
Jaime Prat, en representació de la Societat Espanyola d'Anatomia Patològica  
Barcelona i província  
Miquel Prats, en representació de la Societat Espanyola Contra el Càncer i del Col·legi de Metges de  
Rafael Salvador, en representació de la Societat Catalana de Radiologia i Diagnòstic per la Imatge  
Carme Sanmiguel, com a regidora del Districte Municipal de l'Eixample  
Antonio Subías, com a professional expert de reconeguda experiència  
i tots els membres de la Comissió Tècnica

**Grup de treball per a l'estudi de les percepcions i expectatives de les dones convidades a un programa de cribratge**

Coordinació:  
Carmen Medina. CSB

Ramon Bayés. Càtedra de psicologia bàsica. Universitat Autònoma de Barcelona  
Montserrat Casamitjana. IMAS  
Imma Collet. IMAS  
Elvira Méndez. ICO  
Virtudes Pacheco. Hospital de Sant Pau

**Edició i transcripció del text**

Carolina Pijem.  
Direcció de Planificació i Avaluació. CSB

**Coordinació lingüística i editorial**

Marià Jiménez  
Direcció de Logística. CSB

El nostre agraïment a tots els responsables dels programes de detecció precoç del càncer de mama de Catalunya per la informació facilitada.

## Introducció

El càncer de mama és la primera causa de mort per càncer a les dones en nombrosos països, entre els quals també hi és el nostre. El relatiu desconeixement sobre la seva etiologia dificulta el desenvolupament de programes de prevenció primària. Tanmateix, algunes experiències portades a terme han demostrat l'efectivitat dels programes de cribatge per reduir la mortalitat per aquesta causa, i han estat recomanats per les organitzacions sanitàries i la Unió Europea en el seu programa Europa contra el càncer.

El document marc del Pla de salut de Catalunya marca objectius de salut en l'horitzó de l'any 2000, en el sentit de reduir la mortalitat per càncer en les persones de menys de 65 anys en un 15% i d'estabilitzar la tendència creixent de la mortalitat per càncer de mama en el sexe femení.

El Pla de salut de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat 1993-95 fixava objectius operacionals de salut, un dels quals feia referència a l'establiment d'un programa de cribatge de càncer de mama en dones de 50-64 anys que consultessin a l'atenció primària d'un sector.

El marc legal que justifica la implantació d'un programa d'aquest tipus és la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC); el Pla de salut de Catalunya i el de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat és, doncs, l'instrument indicatiu i marc de referència per a totes les actuacions públiques en l'àmbit de la salut a Catalunya i a la ciutat de Barcelona.

D'acord amb els objectius marcats en el Pla de salut, la Regió Sanitària Barcelona Ciutat va elaborar l'any 1994 un Programa de detecció precoç de càncer de mama i va encarregar a l'Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS/Hospital del Mar) la seva gestió i operativització pel que fa als districtes municipals Ciutat Vella i Sant Martí. Aquest programa, adreçat a la població femenina de 50 a 64 anys resident en l'àmbit territorial d'aquests dos districtes, es va iniciar el mes de novembre de l'any 1995 i en aquests moments ja ha finalitzat dues rondes de cribatge (es recomana que les mamografies amb caràcter preventiu es realitzin de manera sistemàtica cada dos anys en aquest grup d'edat).

D'altra banda, els successius plans de salut de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat 1996-98 i 1999-2001 marquen objectius operacionals en el sentit d'estendre el Programa a altres punts de la ciutat, de tal manera que per a l'any 2001 s'assoleixi una cobertura d'almenys el 60% de la població diana.

És per això que l'any 1998 el Programa iniciat als districtes de Ciutat Vella i Sant Martí es va estendre a dos districtes més de la ciutat: Gràcia i Horta-Guinardó

El Consorci Sanitari de Barcelona, ens públic de la Generalitat de Catalunya i l'Ajuntament de Barcelona, que té la cessió legal per part del Servei Català de la Salut de gestionar els serveis sanitaris públics en l'àmbit de la ciutat de Barcelona, va encarregar a l'Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron la gestió i l'operativització del Programa de detecció precoç del càncer de mama en l'àmbit territorial d'Horta-Guinardó amb les mateixes condicions que les dels Districtes Municipals de Ciutat Vella i Sant Martí. Per el cas del territori de Gràcia, l'encarregat d'operativitzar el Programa és l'IMAS.

L'any 2000, el Consorci Sanitari de Barcelona estén el Programa al Districte Municipal Nou Barris i novament encarrega la seva gestió i operativització a l'Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron, amb les mateixes condicions i característiques que pels territoris on ja està implantat.

Seguint amb aquesta línia d'extensió territorial del Programa, l'any 2001, el Consorci Sanitari de Barcelona l'estén al Districte Municipal Sarrià-Sant Gervasi i és l'IMAS l'encarregat d'operativitzar-lo a nivell d'aquest territori.

També durant l'any 2001 el Programa s'implantarà a la Dreta de l'Eixample i al districte de Sant Andreu on el gestionarà l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau a nivell d'aquests dos territoris.

Així, amb aquesta implantació del programa a la ciutat es cobreix 75% del territori i s'obté una cobertura poblacional (referenciat al padró-1996) del 74,9% de la població diana (dones de 50 a 64 anys). Està previst que el 2002 el Programa estigui implantat al 100% de la ciutat.

Amb la mateixa dinàmica portada a terme des de que el Programa s'iniciés a la ciutat de Barcelona amb caràcter pilot l'any 1995 als districtes de Ciutat Vella i Sant Martí, i per tal d'assolir els objectius proposats, demanem la col·laboració i la participació activa dels professionals de l'atenció primària, dels serveis de ginecologia, del Programa sanitari d'atenció a la dona i d'altres professionals que també hi treballen en l'àmbit de la salut.

## Objectius del Programa

Els objectius del Programa vénen determinats, com ja ha quedat reflectit anteriorment, pels objectius de salut fixats en els plans de salut de la Regió Sanitària i de Catalunya.

Així doncs, els objectius operacionals del Programa que tenen una relació directa amb la participació de la població diana i la col·laboració de l'atenció primària i d'altres professionals sanitaris i agents de salut són els següents:

- Possibilitar l'accessibilitat de les dones residents i/o censades al territori de referència d'implantació del Programa de cribatge de 50-64 anys, per tal d'obtenir almenys un 70% de participació d'aquest grup d'edat.
- Assegurar que el 80% dels professionals de l'atenció primària i altres professionals sanitaris i agents de salut coneguin el Programa de cribatge.
- Assegurar que més del 90% de les dones objecte d'intervenció coneguin el Programa.

## Antecedents i coneixements actuals del problema

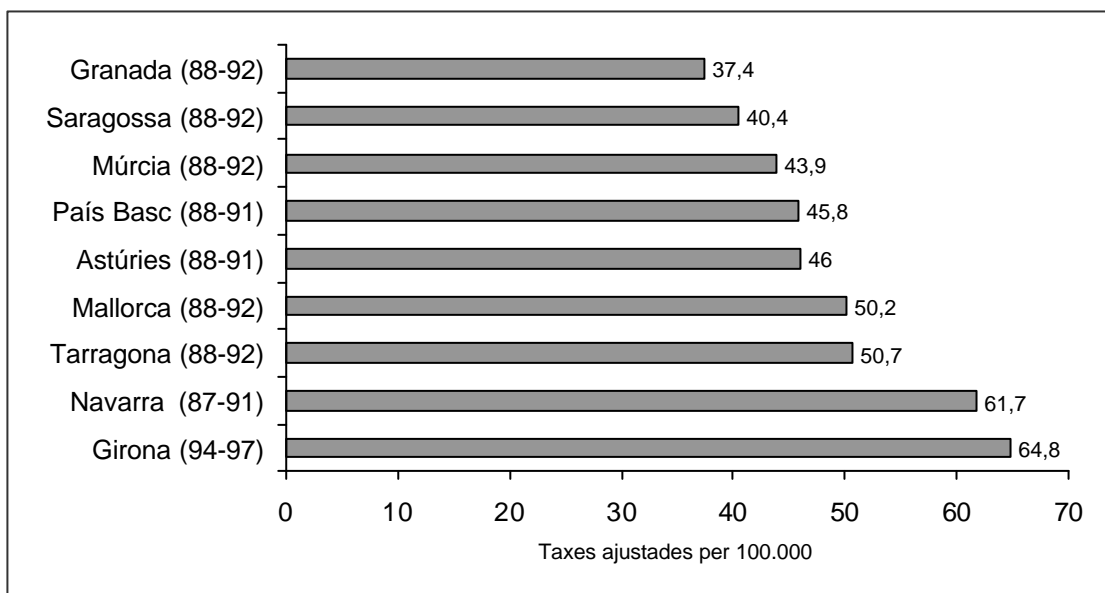
El càncer de mama és una de les principals causes de mort entre les dones de mitjana edat als països desenvolupats. Segons un estudi publicat l'any 1994 per García Arcal i col., Espanya, juntament amb Grècia i Portugal, presenta les taxes més baixes entre els països de la Unió Europea, si bé la tendència global és l'increment.

Segons dades publicades al segon informe SESPAS l'any 1991, la comunitat autònoma que va presentar les taxes de mortalitat més altes per càncer de mama (taxes ajustades per edat, població estàndard: Espanya 1970) va ser Catalunya (26,70/100.000 dones) seguit de Balears, Canàries i Navarra amb taxes superiors en tots els casos a les 25 defuncions per cada 100.000 dones.

D'altra banda, i pel que fa a la ciutat de Barcelona, segons les estadístiques de mortalitat publicades per l'Institut Municipal de Salut Pública, l'any 1999 el càncer de mama va ser el tumor que causà una major mortalitat en les dones. Aquest mateix any van morir a la ciutat 335 dones per aquesta causa. És la primera causa de mortalitat en el grup de 35-74 anys, i es constitueix en la primera causa de mortalitat prematura per tumors en les dones.

Pel que fa la incidència, les taxes dels diferents registres de càncer a Espanya ajustades per la població mundial, corresponents a diferents períodes que va del 87-91 a Navarra al 94-97 a Girona, presenta al registre de Girona amb les taxes més altes (64,8/100.000 h) seguit de Navarra i Tarragona amb un 61,7 i 50,7/100.000 h respectivament. Vegeu la figura 1.

**Figura 1 Comparació nacional de la incidència del càncer de mama. Dones**



Font: Unitat d'Epidemiologia i Registre de càncer a Girona

Les dades de morbiditat atesa als hospitals de Barcelona (inclou hospitals de la XHUP i privats que declaren) en població resident, procedents de l'explotació del registre del CMBD-AH de l'any 2000 presenten que el càncer de mama va ser la neoplàsia que va ocasionar una major hospitalització entre les dones i constitueix el 22,4,6% del total de pacients donades d'alta per neoplàsia en les dones.

Del total de pacients (dones residents a Barcelona) hospitalitzades per càncer de mama als hospitals de la ciutat (1157—inclou hospitals públics i privats-), el 80,2% van ser dones de 50 anys o més, de les quals, el 43,2% va correspondre al grup de 50 a 64 anys (El 34,7% referit aquest grup d'edat sobre el total de pacients).

El grup de 40 a 49 anys va representar el 17,5% del total d'aquests pacients.

Respecte la supervivència de les malaltes, segons dades del Registre de càncer ginecològic i de mama de Girona, se sap que la supervivència als 5 anys des del diagnòstic durant el període 1980-89 va ser del 81,5% en el cas de tumors localitzats i del 14% si la malaltia estava disseminada.

D'altra banda, i a partir de les dades obtingudes en l'Enquesta de salut de Barcelona-2000, sabem que pel que fa a la pràctica sistemàtica de la mamografia amb caràcter preventiu. La mitjana de Barcelona per a aquest grup d'edat és d'un 78,4%.

Aquestes dades referents al conjunt de la ciutat en comparació amb les dues enquestes de salut anteriors presenten un augment molt important d'aquesta pràctica preventiva. Així a l'Enquesta de salut de Barcelona-92 la mitjana en aquest grup d'edat (dones de 50-64 anys) va ser de 28,6%, mentre que a l'ESCA-94 (Enquesta de Salut de Catalunya-dades de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat) va ser del 41,1%.

## **L'eficàcia de la mamografia en el cribratge**

Als anys seixanta es van començar a dur a terme estudis destinats a avaluar la utilitat de la mamografia combinada o no amb l'examen clínic com a prova de detecció precoç del càncer de mama.

Un treball pioner fou el del *Health Insurance Plan of Greater New York (HIP)*, que liderat per Sam Shapiro començà l'any 1963 un assaig controlat per comprovar l'eficàcia del cribratge sistemàtic amb mamografia per tal de reduir la mortalitat per càncer de mama. Al cap de 5 anys es va observar una reducció de la mortalitat, la qual cosa es va mantenir al llarg dels anys. Als 18 anys d'haver començat l'estudi aquesta reducció de la mortalitat va ser d'un 23%.

La majoria d'estudis duts a terme han contribuït a establir l'eficàcia del cribratge sistemàtic amb mamografia per tal de reduir la mortalitat per càncer de mama en dones de 50 anys o més convidades al cribratge al comparar-les amb els controls, encara que aquesta reducció no va ser significativa en tots els casos.

D'acord amb els resultats d'aquests estudis, la majoria d'autors coincideixen a proposar que el cribratge sistemàtic amb mamografia es realitzi en dones entre els 50 i els 64 anys. Altres estudis demostren també l'eficàcia de la mamografia en el grup d'edat de 65 a 69 anys.

Tanmateix, recentment ha estat publicat a la literatura biomèdica per dos investigadors del Centre Cochrane Nòrdic a Copenhague un controvertit article en el qual es posa de manifest que el cribratge de càncer de mama amb mamografia no està justificat. Aquesta asseveració la basen en què els assaigs clínics en els quals es basava l'evidència de la detecció precoç del càncer de mama, i per tant la reducció de la mortalitat per aquesta causa, presenten biaixos.

Altres autors que treballen en el nostre entorn des de diferents àmbits en programes poblacionals de detecció precoç de càncer de mama, comenten que l'article no dóna suficients arguments per canviar la recomanació del cribratge que s'està duent a terme actualment.

Sobre l'eficàcia de la mamografia, altres autors comenten que podria haver una diferència, pel que fa l'efecte sobre la mortalitat, entre els programes de cribratge i els assaigs aleatoritzats, per la qual cosa proposen que la reducció de la mortalitat per càncer de mama no ha de ser l'únic indicador a tenir en compte per mesurar l'èxit del programa. En tot cas, el debat actual se situa en si la reducció de la mortalitat es a causa del cribratge o al avenços en el tractament.

Respecte el grup d'edat en el que s'ha de duu a terme a cribratge amb mamografia, els estudis de cost-efectivitat demostren que el rang d'edat on s'obté una relació més favorable és el grup de 50-69 anys.

L'eficàcia del cribratge en dones entre 40 i 49 anys és actualment motiu de polèmica, ja que els resultats dels estudis aleatoris no han demostrat encara una reducció significativa de la mortalitat per a aquest grup d'edat.

Les dades de la metaanàlisi (anàlisi combinada dels resultats de diferents anàlisi) realitzada per Kerlikowske l'any 1995, si bé es reafirma en la no evidència de reducció de la mortalitat en dones <50 anys, la tendència de la mortalitat en aquest grup de dones millora al cap de 10-12 anys de cribratge sistemàtic.

Pel que fa als intervals entre cribratges, la majoria d'estudis suggereixen com a òptim l'interval de dos anys per a la realització de mamografies. Si bé en la majoria de programes europeus l'interval entre cribratges és superior a dos anys, també és cert que a mesura que augmenta el temps transcorregut entre dues mamografies creix el nombre de casos detectats en l'interval entre dues proves.

Els estudis realitzats a Catalunya fent servir una tècnica de modelització matemàtica, apunten que l'estratègia més efectiva és la mamografia cada 2 anys en dones de 50-65 anys. Amb aquesta estratègia s'estima una reducció de la mortalitat al cap de 27 anys, del 12% anual. Si s'ampliés la cobertura de les mamografies a les dones de 40-65 anys s'assoliria una reducció de la mortalitat del 12,7%, però no seria rentable des del punt de vista cost-efectivitat.

Per acabar, comentar que malgrat la controvèrsia actualment existent, els Programes implantats a Catalunya han d'aportat informació suficientment útil sobre l'efectivitat de la mamografia en el nostre entorn com a prova de cribratge en la detecció del càncer de mama.

## Els programes de detecció precoç de càncer de mama a Catalunya

La implantació a Catalunya dels programes de detecció precoç de càncer de mama s'ha fet de manera esglaonada i en moments diferents des del període de vigència del primer Pla de salut (1993-95).

El Programa a Catalunya s'inicià l'any 1992 a l'ABS de Molins de Rei-El Papiol a la Regió Sanitària Costa de Ponent i amb una població diana de 1.700 dones.

Des de llavors, el Programa s'ha anat estenent, de tal manera que en l'actualitat ocupa els territoris que apareixen a la taula 1. Tanmateix, està previst que durant el bienni 2001-2002 el 100% del territori de Catalunya estarà cobert pel Programa.

**Taula 1 Programes de cribratge del càncer de mama implantats a Catalunya. Octubre 2001**

Regió Sanitària Lleida	Tota la regió sanitària: ciutat de Lleida i província
Regió Sanitària Tarragona	Tota la regió sanitària: ciutat de Tarragona i província
Regió Sanitària Tortosa	Tota la regió sanitària
Regió Sanitària Girona	Les comarques de la Selva interior, la Garrotxa, l'Alt Empordà i el Baix Empordà, el Gironès (Salt i Cassà de la Selva i d'altres ABS també del Gironès) i Pla de l'Estany, la Selva Marítima i el Ripollès
Regió Sanitària Costa de Ponent	Molins de Rei-El Papiol, Cornellà Sant Feliu de Llobregat, Castelldefels, l'Hospitalet, l'Anoia, l'Alt Penedès i els municipis del sector sanitari d'Esplugues
Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme	Tot el Maresme Del Barcelonès Nord: 2 ABS de Badalona 1 ABS de Sant Adrià del Besòs 2 ABS de Santa Coloma de Gramenet
Regió Sanitària Centre	Vallès Occidental (Sabadell ciutat, Castellar del Vallès, Sant Quirze del Vallès, Santa Perpètua de Mogoda, Badia del Vallès, Cerdanyola, Barberà del Vallès, Palau de Plegamans, Polinyà, Ripollet, Sant Llorenç de Savall i Sentmenat), i tots els municipis de les comarques del Bages, l'Osona, el Solsonès, el Berguedà i la Cerdanya i Montcada i Reixac
Regió Sanitària Barcelona Ciutat	Districtes municipals I Ciutat Vella, X Sant Martí, VI Gràcia, VII Horta-Guinardó, VIII Nou Barris, V Sarrià-Sant Gervasi i Dreta de l'Eixample

Font: Coordinadors dels Programes de detecció precoç de càncer de mama a Catalunya: Felip Benavent (Regió Sanitària Lleida); Pilar Magrinyà (RS Tarragona); Núria Sardà (RS Tortosa); Meia Faixedas (RS Girona); Josep M Argimón (RS Costa de Ponent); Ignasi Ruano (RS Barcelonès Nord i Maresme); M Luisa de la Puente (RS Centre)

L'anàlisi avaluativa del Programa la fa anualment l'Institut Català d'Oncologia (ICO) i de manera separada pel que fa el primer cribratge del segon i successius.

Les últimes dades disponibles fan referència al cribratge realitzat a Catalunya durant l'any 1999. Tanmateix, aquestes dades no necessàriament corresponen al total de dones cribrades en els territoris on està implantat el Programa, ja que les dones són convidades de manera esglaonada.

Així, els principals resultats corresponents a l'any 1999, tot desglossant el primer cribratge del segon i successius apareixen a la taula 2.

**Taula 2 Resultats en el primer i segon cribratges. Catalunya 1999**

	Grup d'edat 50-64 anys	
	1r cribratge	2n cribratge
Dones cribrades (participants) (nombre)	19681	12890
Dones reconvocades (nombre)	1722	429
Neoplàsies (nombre)	74	38
Neoplàsies in situ (nombre)	5	5
Neoplàsies <=10mmmm (nombre)	20	9
Neoplàsies invasives (nombre)	65	33
Dones reconvocades (%)	8,7	3,3
Control avançat (%)	4,4	1,8
Biòpsies quirúrgiques (%)	0,4	0
Biòpsies quirúrgiques malignes (% s/total biòpsies)	36,5	60,0
Taxa de detecció neoplàsies (x1000 dones cribrades)	3,8	2,9
Càncers in situ (% s/ total)	7,0	13,2
Càncers invasius >=10mm (% s/ invasius)	30,8	27,3
Diagnòstics per citologia/core-biòpsia (%)	62,2	89,5
Càncers amb G- (% respecte invasius)	85,2	69,7

Font: Institut Català d'Oncologia

## El Programa a la ciutat de Barcelona

Pel que fa les dades del Programa de Barcelona cal dir que als Districtes de Ciutat Vella i Sant Martí s'han completat ja quasi tres rondes de cribratge i una als territoris de Gràcia i Horta-Guinardó.

Les dades globals referents a la primera i segona ronda de cribratge als Districtes de Ciutat Vella i Sant Martí, així com les dades de la primera ronda de cribratge al Districte de Gràcia pareixen a la taula 3.

**Taula 3 Programa de detecció precoç de càncer de mama a Barcelona: Districtes Ciutat Vella, Sant Martí, i Gràcia .Indicadors generals: Primera ronda vs segona ronda**

	Global 1a ronda Ciutat Vella- Sant Martí	Global 1a ronda Gràcia	Global 2na ronda Ciutat Vella- Sant Martí
Població diana inicial	30.843	12.316	30.776
Dones invitades a participar	27.726	11.222	28.692
Taxa de cobertura	82,90%	81,1%	84,80%
Taxa de mamografies < 6 mesos	28,1%	26,2%	18,00%
Taxa de cribratge extern		11,3%	3,30%
Taxa de participació	54,70%	43,7%	63,50%
Taxa de reconvocatòries	9,30%	10,2%	5,60%
Taxa de PAAF i core-biòpsies	5,10%	4,4%	2,50%
Taxa de biòpsies quirúrgiques	0,90%	0,2%	0,10%
Taxa de càncers detectats (per mil)	6,5	5,3%	4,1
Car. invasius < 1cm (% sobre invasius)	26,50%	10%	15,40%
Absència d'afectació ganglionar	72,70%	72,7%	82,50%
Tractament conservador	72,70%	91,7	81,10%

Font: Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS). Programa de prevenció càncer de mama. Butlletí núm. 8. Barcelona, octubre 2000 i Butlletí núm. 10. Barcelona, octubre 2001

NOTA: Les dades de la primera ronda al districte de Gràcia fan referència al període 1999-2000. Han hagut 3 casos tractats fóra del Programa dels que es desconeix la classificació TNM

A la vista d'aquestes dades, i referent a Ciutat Vella-Sant Martí les conclusions més importants fan referència a la participació de les dones al programa que passa d'un 54,7% en primera ronda a un 63,5% a la segona, una disminució considerable de la taxa de mamografies prèvies, que passa d'un 28,1% a un 18%, la qual cosa també té una repercussió sobre la taxa de cobertura que passa d'un 82,9% a la primera ronda a un 84,8% a la segona.

Les dades sobre participació referides al Districte de Gràcia presenten com aspecte important que malgrat que la taxa de participació és més baixa que a Ciutat Vella i Sant Martí, el nombre de dones que consta s'estan cribrant, fóra o dintre del programa és similar (81,1% a Gràcia vs 82,9% a Ciutat Vella i Sant Martí).

La taxa de reconvocatòria per exploracions addicionals també disminueix entre la primera i la segona ronda: un 9,3% la primera ronda vs un 5,6% la segona. A Gràcia, tal com apareix a la taula és d'un 10,2%.

Finalment, la taxa de detecció de càncer mesurada per 1000 dones cribrades passa d'un 6,5 en primera ronda a un 4,1 en segona, disminució que es considera normal, ja que la primera ronda detecta tant els càncers incipients com els prevalents i la segona només detecta els càncer incipients. Per el cas de Gràcia, s'han detectat 5,3 càncers per cada 1000 dones cribrades.

Sobre l'estadiatge dels casos detectats, el cribratge diagnostica tumors amb fases de més bon pronòstic al comparar-los amb l'estadiatge dels càncers enregistrats al Registre de tumors de l'Hospital del Mar que s'han diagnosticat a banda del cribratge i en fases més avançades. En aquest sentit, del total de càncers diagnosticats en primera ronda de cribratge, el 72,7% de les dones han rebut tractament conservador, mentre que en segona ronda ha estat d'un 81,1%.

Per acabar, és important remarcar que en total (inclou els Districtes de Ciutat Vella, Sant Martí, Gràcia i Horta-Guinardó) i des de que l'any 1995 s'iniciés el Programa de detecció precoç de càncer de mama a la ciutat de Barcelona s'han diagnosticat a temps 258 càncers de mama (dades referides fins a desembre-2000) i s'han salvat els pits i les vides de moltes dones de la nostra ciutat.

## Sobre la participació de les dones convidades a un programa de cribratge

A fi i efecte de millorar l'efectivitat dels programes de cribratge i obtenir una reducció de les taxes de mortalitat per càncer de mama, és necessària una participació almenys del 70% de les dones convidades.

En relació amb els motius de no participació de les dones convidades als programes de cribratge del conjunt de Catalunya, les dades corresponents a l'any 1998 presenten que malgrat que els motius de no participació no varien quan s'analitza el primer cribratge respecte el segon i successius, si en canvi, es redueix considerablement el pes de cada un dels motius de no participació.

Així, el motiu més freqüent en el cribratge inicial és la mamografia prèvia en els 6 mesos anteriors a la data de realització de la prova, cosa que van declarar un 14% de les dones convidades. Els motius circumstancials (malaltia, feina) i per tant, potencialment recuperables, són referits pel 6% de les dones. Un 3,5% de les dones manifesten manca d'interès o rebuig. No s'ha pogut contactar a un 9,7% de les dones convidades.

Respecte el segon i successius cribratges també el motiu més freqüent és la *mamografia prèvia* en els 6 mesos anteriors que és declarat com a motiu de no participació per un 3,1% de les dones. Les *raons circumstancials* eren declarades per un 0,53% de les dones convidades, mentre que les dones que manifesten *manca d'interès o rebuig* són un 0,6%. *No es va poder contactar* amb un 1,3% de les dones invitades. D'altra banda, l'anàlisi de les raons de no participació de les dones convidades al Programa del territori de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat es presenten a la taula 4.

**Taula 4. Districtes de Ciutat Vella, Sant Martí i Gràcia. Raons de no participació en el Programa. Dades 2000**

	Total 1r cribratge Ciutat Vella- Sant Martí n (%)	Total 2n cribratge Ciutat Vella- Sant Martí n (%)	Gràcia 1a ronda n (%)
Mamografia prèvia 6 mesos anteriors	1.959 (48,84%)	555 (52,41%)	2.936 (46,43%)
Impossibilitat contacte	1.178 (29,37%)	289 (27,29%)	1.453 (22,98%)
Raons circumstancials	109 (2,72%)	95 (8,97%)	247 (3,91%)
Raons personals. Manca d'interès	324 (8,08%)	61 (5,76%)	386 (6,10%)
Raons personals. Rebuig	53 (1,32%)	5 (0,47%)	32 (0,51%)
Cribratge extern	388 (9,67%)	54 (5,10%)	1.269 (20,07%)
<b>Total dones no participants</b>	<b>4.011</b>	<b>1.059</b>	<b>6.323</b>

Font: IMAS. Dades 2000

El total de la 1a ronda a Gràcia es refereix al període 1999-2000.

A la vista d'aquestes dades, tot i que els territoris de Ciutat Vella i Sant Martí només fan referència a un any, mentre que Gràcia és el global de la primera ronda, i per tant dos anys de cribratge, una de les dades a destacar és l'alt percentatge de *cribratge extern* a Gràcia (20,07%) en relació als altres dos territoris (9,67 al 1r cribratge i 5,10% al 2n i successius), la qual cosa posa de manifest l'adherència de les dones al Programa en la mida que es repeteixen rondes de cribratge.

Una altra dada a destacar és l'alt percentatge de *mamografia prèvia* en el segon cribratge (52,41%) i el 8,97% de dones no participants, també en el 2n cribratge que al·leguen *raons circumstancials*.

El percentatge de dones que *no s'han pogut contactar* oscil·la entre un 23% a Gràcia i un 29,4% a Ciutat Vella-Sant Martí en primer cribratge.

Atès que la participació de les dones a un Programa d'aquest tipus és cabdal per tal d'assolir els objectius de salut proposats, des del Consorci Sanitari de Barcelona es va dur a terme un estudi per tal d'analitzar diferents aspectes en relació amb la participació i la percepció de les dones convidades a un programa de cribratge, ja que interessa que hi participin, però, que hi participin desangoixades.

És per aquesta raó que es va analitzar el perfil de la dona de 50-64 anys resident a la ciutat de Barcelona a partir de les dades de l'Enquesta de la Regió Metropolitana de Barcelona 1990. La dona més habitual està casada, té un nivell educatiu baix i és mestressa de casa. També hi ha dos perfils més de dona, encara que més minoritaris que l'anterior, però que cal conèixer, com és la dona que treballa als serveis en llocs poc qualificats i la dona que viu sola amb escassos recursos econòmics.

La col·laboració i la participació de l'atenció primària, de l'atenció especialitzada extrahospitalària i de tots els professionals que treballen en l'àmbit de la salut millorarà l'adherència i participació de les dones vers el programa, la qual cosa contribuirà a millorar la salut de la nostra població.

## Eixos bàsics del Programa

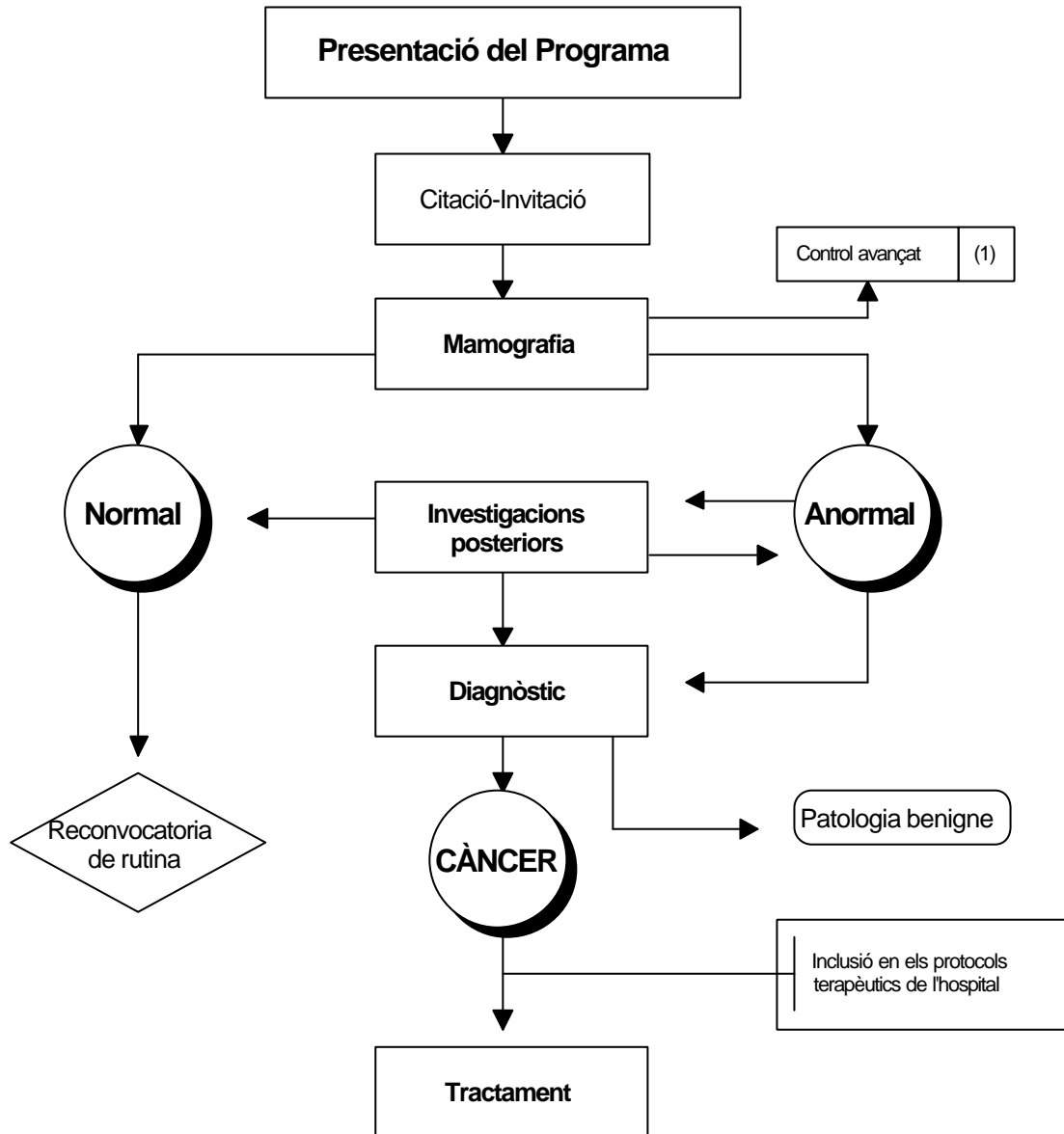
Els aspectes fonamentals sobre els que pivota el Programa de detecció precoç de càncer de mama de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat fan referència als següents punts:

1. La perspectiva del Programa és poblacional.
2. S'han d'abocar els esforços necessaris per tal d'obtenir una participació almenys del 70%.
3. La població diana són totes les dones de 50 a 64 anys residents i/o censades al territori de referència.
4. Altres grups d'edat com ara les dones de 40 a 49 anys i les de 65 o més s'haurien d'adreçar per fer-se una mamografia de cribratge als circuits assistencials habituals. Cal dir però, que amb els coneixements dels quals disposem actualment no hi ha evidència científica sobre l'eficàcia de la mamografia de cribratge en el grup de 40 a 49 anys.
5. També les dones amb antecedents familiars de càncer de mama conegut seran derivades als circuits assistencials habituals, ja que aquest grup tenen un risc més elevat de patir un càncer de mama que la població general. La intervenció que es farà serà individualitzada a criteri del metge, en funció d'una sèrie de paràmetres com l'edat, el grau, nombre i tipus d'antecedent familiar.
4. La prova de cribratge és la mamografia amb doble projecció (craneocaudal i lateralobliqua). Es farà una doble lectura de les mamografies fins que es demostrin uns nivells de concordància alts. En cas de discordància hi haurà un tercer radiòleg de referència. La decisió final adoptada serà el consens entre els tres radiòlegs.
5. La periodicitat de la mamografia és cada dos anys.
6. En cas de positivitat a la mamografia es realitzen exploracions addicionals per tal de confirmar el diagnòstic.
7. Davant d'un cas amb patologia benigna o maligna s'actua segons refereixen els protocols assistencials clinicoterapèutics.
8. El Programa està coordinat amb l'atenció primària, amb l'atenció especialitzada extrahospitalària i amb l'hospital.
9. Hi ha un equip multidisciplinari que vetlla per la correcta implementació, coordinació i seguiment del Programa: Comissió Tècnica per a la coordinació del Programa.

## Fases i circuit assistencial del Programa

Les diferents fases del Programa de cribratge queden reflectides a la figura 2.

Figura 2 Procediment en el cribratge del càncer de mama



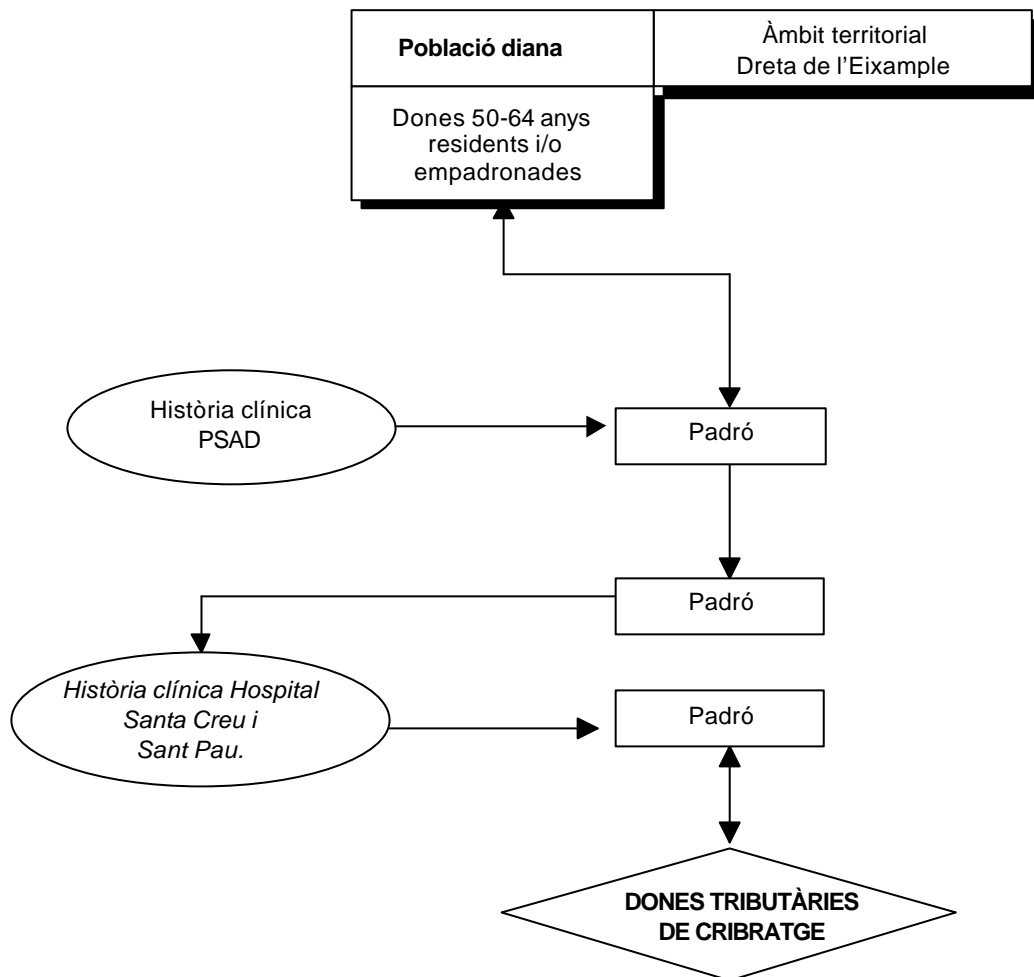
Font: Adaptat de Austoker J. Organisation of a national screening programme. British Medical Bulletin, 1991;47(2):416-426.

<sup>1</sup>Control mamogràfic en un plaç inferior a 2 anys, generalment als 6 mesos

### Identificació de les dones tributàries de cribatge

La població diana s'identifica a partir del Padró municipal de l'any 1996 amb les corresponents actualitzacions i amb un encreuament d'altres bases de dades disponibles en els centres assistencials (bàsicament bases de dades hospitalàries) vegeu la figura 3.

**Figura 3 Creuament de les diferents bases de dades demograficoassistencials per tal d'esbrinar les dones tributàries de cribatge**



PSAD: Programa sanitari d'atenció a la dona

### **Difusió del Programa**

La difusió del Programa es realitzarà per barris de forma sectoritzada, actuant a través d'agents sanitaris:

- Metges i infermeres de primària del territori de referència
- Metges especialistes en ginecologia i altres professionals de l'atenció especialitzada extrahospitalària
- Professionals del Programa Sanitari d'Atenció a la Dona del territori
- Professionals de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
- Metges dels hospitals Vall d'Hebron (Maternoinfantil i General), Clínic, Mar, Esperança i Creu Roja
- Centres de diagnòstic per la imatge
- Farmàcies de zona
- *Asociación Española Contra el Cáncer*
- Metges d'atenció primària d'altres zones
- Professionals dels centres hospitalaris privats de la zona

També es farà a través d'agents no sanitaris com ara:

- Associacions cíviques
- Associacions de dones
- Organitzacions no governamentals i d'ajuda mútua i del voluntariat
- Altres organitzacions d'àmbit comunitari
- Organitzacions de consumidors i usuaris
- Associacions de veïns i comerciants

Abans de la invitació al Programa de les dones de l'àmbit geogràfic de cada ABS, es contactarà amb els equips d'atenció primària corresponents per tal d'ultimar detalls pel que fa a tota la seqüència i fases del cribratge.

Prèviament a la difusió del Programa hi haurà una presentació oficial i institucional per part del Consorci Sanitari de Barcelona, responsable del projecte, a les direccions de les següents institucions:

- Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
- Subdivisió d'Atenció Primària Barcelona Ciutat i Direcció d'Atenció Primària de l'Eixample de l'Institut Català de la Salut
- Regidoria de Sanitat i Benestar Social de l'Ajuntament de Barcelona i del Districte de l'Eixample
- Subdirecció General de Planificació Sanitària de la Direcció General de Salut Pública i Institut Català d'Oncologia

### **Implantació territorial del Programa**

La implantació territorial del Programa es farà de manera seqüencial segons Àrees Bàsiques de Salut.

### **Carta de presentació del Programa**

S'enviarà aproximadament dues setmanes abans de la citació per a la realització de la mamografia.

En aquesta carta personalitzada es fa especial èmfasi en la importància d'agafar a temps el càncer de mama quan encara és petit i no ha donat símptomes i poder instaurar immediatament el tractament, ja que en aquest moment del temps de la malaltia serà molt menys agressiu que si esperem que el càncer doni símptomes.

Es comunica a la dona que es posarà en marxa el Programa i que en els propers dies rebrà una carta de l'hospital on se li indicarà el dia i l'hora en què haurà d'anar al Servei de Radiodiagnòstic de l'hospital a fer-se la mamografia. Amb aquesta carta s'acompanya un tríptic informatiu on el missatge fonamental fa referència a què les dones entre 50 i 64 anys seran citades properament a fer-se una mamografia gratuïta.

### **Carta de citació**

Es lliurarà a les dones aproximadament una setmana abans de la realització de la mamografia.

En aquesta carta es torna a insistir en la importància de diagnosticar a temps el càncer de mama, abans que doni símptomes i en què la manera més pràctica de fer-ho és a través d'una radiografia de les mames. Al final de la carta es donen una sèrie de recomanacions a la dona per a quan vagi a l'hospital, com ara que estigui tranquil·la, que vesteixi roba fàcil de treure i que hi vagi documentada.

### **Reconvocatòria**

En cas de no acudir a la primera citació es preveu realitzar una primera reconvocatòria per telèfon, i per aquelles dones de les quals no es disposi el telèfon, es faria una visita domiciliària. En cas de no resposta, es faria una reconvocatòria a través del metge de capçalera o del ginecòleg, qui faria la recaptació final, mitjançant anotació a l'HCAP que contindrà el llistat de dones no participants que tinguin assignades.

Aquesta fase de recaptesa final implica una col·laboració i participació molt importants del metge de capçalera i del ginecòleg per tal que el romanent de dones que fins aleshores no hi han participat sigui el menor possible i poder aconseguir taxes altes de participació.

La informació que es trameta fa referència a que anteriorment ja se li havia enviat una carta on se li citava per un dia i una hora per a la realització de la mamografia.

### **Mamografia**

La mamografia es realitzarà a l'hospital amb un personal específic per al Programa: administratiu de recepció, tècnics en radiologia i un metge supervisor especialista en radiologia.

Pel que fa el nombre de projeccions de la mamografia i el procediment a seguir en la seva lectura, ja ha quedat definit en l'apartat que fa referència als "eixos bàsics del Programa".

### **Comunicació dels resultats**

El resultat negatiu de la mamografia es comunica per carta directament a la dona. També s'envia una còpia de l'informe al metge de capçalera o bé a la direcció d'atenció primària de la zona i/o als ginecòlegs de referència.

Davant d'un resultat sospitosos en el qual calgui completar l'estudi, o bé clarament benigne o bé clarament maligne, se citarà a la dona per telèfon per tal que acudeixi a la unitat de patologia mamària i comunicar-li personalment el resultat per part del metge responsable de la unitat, qui explicarà a la dona i la informará sobre el procés a seguir establert en el protocol diagnòsticoassistencial d'acord amb el resultat de la mamografia.

S'enviarà una còpia de l'informe del resultat definitiu de les exploracions addicionals al metge de capçalera o bé a la direcció d'atenció primària de la zona i/o als ginecòlegs de referència.

### **Exploracions addicionals**

En cas d'un resultat sospitosos a la mamografia, es realitzaran exploracions addicionals a fi i efecte d'arribar a un diagnòstic definitiu.

Les exploracions addicionals que calgui efectuar es faran a l'hospital.

### **Tractament**

Els tractaments que calgui efectuar es faran de manera immediata d'acord amb les línies d'actuació establertes en els protocols assistencials clinicoterapèutics.

Aquests tractaments seran aplicats en l'hospital. Tanmateix, si alguna dona decideix que vol ser tractada en un altre centre, se li donarà una còpia de tota la documentació clínicoassistencial necessària respecte els resultats de totes les proves diagnòstiques efectuades i es possibilitarà que se li pugui aplicar el tractament que li calgui.

## El paper dels professionals de l'atenció primària, de l'atenció especialitzada extrahospitalària i altres agents de salut

El paper del metge/equip d'atenció primària i de l'atenció especialitzada extrahospitalària, com també d'altres professionals que treballen en l'àmbit de la salut, pel que fa al Programa de detecció precoç del càncer de mama, és fonamental. En general, la seva contribució passa per animar a la participació, proporcionar informació, consell, tranquil·litzar i recomanar a les dones en totes les fases del procés de cribatge, discutint amb elles les implicacions de la reconvoctòria per exploracions addicionals, les implicacions de la biòpsia i/o les opcions del tractament.

També poden influir en les dones no participants per tal que adoptin un canvi d'actitud vers el programa. Diversos estudis ens indiquen que un alt percentatge de dones no participants ho imputen al fet que el seu metge de capçalera no els l'ha recomanat.

D'altra banda, es considera essencial la participació d'aquests professionals en tant que poden ajudar a millorar la qualitat de les dades de les dones convidades al cribatge.

Us podeu posar en contacte amb la coordinació del Programa mitjançant el telèfon 93 556 55 01/02 de dilluns a divendres de 8 del matí a 8 de la tarda.

## Situacions en què es poden trobar els professionals d'atenció primària, atenció especialitzada extrahospitalària i altres agents de la salut

SITUACIÓ	INTERVENCIÓ
<i>Dones de la població "diana" de 50 a 64 anys</i>	Donar-li missatge positiu a favor de la participació i informar-les sobre la recepció de les cartes de presentació i citació segons periodificació per barri.
<b><i>Dona convidada</i></b>	
<i>Dona de la població "diana" que ha estat citada i no s'ha presentat.</i>	La col·laboració del metge i de la resta de professionals de salut es considera fonamental, especialment pel que fa a la informació i discussió del cribatge a fi de millorar l'acceptabilitat d'aquestes dones vers el Programa.
<b><i>Dona convidada no participant</i></b>	
<i>Dona de 50 a 64 anys del territori de referència que no hagi estat convidada al Programa</i>	Serà adreçada al Programa i introduïda en el circuit assistencial per tal de ser citada un dia i una hora convinguts per fer-se la mamografia.
<b><i>Dona no convidada per error de Padró</i></b>	
<i>Dona de 50 a 64 anys del territori de referència que demani fer-se una mamografia (perquè ja se la fa de manera sistemàtica amb finalitats preventives, o bé per qualsevol altra raó) i encara no hagi estat convidada al Programa.</i>	Serà informada sobre la implantació territorial del Programa. En cas de voler fer-se la mamografia serà adreçada al Programa i introduïda en el circuit assistencial.
<b><i>Dona no convidada però serà convidada abans de la finalització del desplegament territorial del Programa</i></b>	
<i>Dona de la població "diana" convidada al Programa amb una mamografia practicada en els últims 6 mesos.</i>	Serà informada de la no pertinència de tornar-se a fer una mamografia. Tanmateix, se li dirà a la dona que no queda exclosa del Programa, i per tant tornarà a ser convidada a la segona ronda de cribatge. Paral·lelament s'haurà de comunicar al Programa totes aquelles dones que queden excloses de la mamografia, però no del Programa.
<b><i>Dona amb mamografia prèvia feta durant els darrers 6 mesos</i></b>	
<i>Dona de la població diana ja diagnosticada de càncer de mama</i>	Aquesta dona haurà de continuar sota el control clínic del seu metge. A la vegada, s'haurà de posar en coneixement del Programa la situació clínica d'aquesta dona.
<b><i>Dona exclosa del Programa</i></b>	
<i>Dona de la població diana amb malaltia terminal, invalidant o similar</i>	Aquesta dona haurà de continuar sota el control clínic del seu metge. Paral·lelament s'haurà de comunicar al Programa la situació clínica d'aquesta dona.
<b><i>Dona exclosa del Programa</i></b>	

<b>SITUACIÓ</b>	<b>INTERVENCIÓ</b>
<p><i>Dona de 40 a 49 anys del territori de referència que demani fer-se una mamografia</i></p> <p><b>Dona del territori d'un altre grup d'edat</b></p>	<p>Hauria de ser informada sobre la incertesa del cribratge per la seva edat i aconsellada sobre les possibles conseqüències que el cribratge comportaria en cas de voler practicar-se la prova. No obstant això, en cas de practicar-se una mamografia de cribratge en aquest grup d'edat, es faria per la via assistencial habitual.</p>
<p><i>Dona de més de 64 anys del territori de referència</i></p> <p><b>Dona del territori d'un altre grup d'edat</b></p>	<p>Se sol·licitarà la pràctica de la prova i serà adreçada al circuit assistencial habitual. A la vegada s'informarà al Programa sobre la pràctica de la mamografia en aquestes dones</p>
<p><i>Dona de 50 a 64 anys d'un altre territori que no sigui el de referència, que demani fer-se una mamografia</i></p> <p><b>Dona d'un altre territori</b></p>	<p>Es remetrà al seu metge de capçalera o al seu ginecòleg de referència, a fi d'actuar segons pràctica habitual. Tanmateix, si en el territori ja hi ha implantat un programa es remetrà a aquest.</p> <p>Els districtes de Barcelona on actualment està implantat el programa són: Ciutat Vella i Sant Martí (Hospital del Mar), Gràcia i Sarrià-Sant Gervasi (Hospital de l'Esperança), Horta-Guinardó i Nou Barris (Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron).</p>
<p><b>Dona de 50 a 64 anys amb un resultat negatiu de la mamografia</b></p>	<p>La informació ha de fer referència a què en la mamografia practicada no s'han trobat signes indicatius de patologia mamària. S'ha de recomanar a la dona que al cap de dos anys torni a fer-se una altra mamografia.</p>
<p><i>Dona de 50-64 anys amb resultat de tornar a fer-se una altra mamografia al cap de 6 mesos</i></p> <p><b>Dona amb control avançat</b></p>	<p>S'ha de dir a la dona a la qual el resultat de la mamografia no és conclouent, per la qual cosa convé fer-ne una altra en un plaç inferior al de la convocatòria de rutina.</p>
<p><b>Dona de la població diana</b> convidada al Programa <b>amb patologia benigna</b> tributària de seguiment a banda de l'interval entre cribratges</p>	<p>Se li informarà de la pertinença de continuar segons consell del seu metge. Paral·lelament s'hauran de comunicar al Programa totes aquelles dones que tinguin patologia benigna tributària de seguiment a banda de l'interval entre cribratges.</p>
<p><i>Dona amb un resultat positiu de la mamografia</i></p> <p><b>Dona reconvocada</b></p>	<p>És clau la col·laboració del metge i en general de tots els professionals que treballen en l'àmbit de la salut per transmetre tranquil·litat a les dones, ja que la positivitat en la mamografia no necessàriament suposa una malaltia greu de les mames. S'ha d'insistir que és important la realització d'altres proves per tal d'arribar a un diagnòstic definitiu i poder, si s'escau, tractar de manera immediata.</p>
<p><b>Dona derivada per a la realització de la biòpsia i/o altres proves invasives</b></p>	<p>És important en aquest punt informar a la dona sobre el significat real de la biòpsia (biòpsia quirúrgica benigna), així com de les conseqüències positives que comportaria un resultat positiu de càncer: tractament immediat. També el suport psicològic del metge i de tots els professionals de la salut vers la dona ha de reflectir tranquil·litat i poder-li oferir l'ajut que calgui. També</p>
<p><i>Dona amb resultat positiu de la citologia i/o biòpsia</i></p> <p><b>Dona amb càncer detectat en el cribratge</b></p>	<p>Cal donar informació a la dona respecte les implicacions del càncer i les possibles opcions de tractament i oferir-li ajut, suport psicològic i tranquil·litzar-la.</p>
<p><i>Dona derivada per cirurgia conservadora</i></p> <p><b>Dona tumorectomitzada</b></p>	<p>Donar informació a la dona sobre la tècnica de la intervenció i la possibilitat de tractament coadjuvant. També l'oferiment de suport psicològic</p>
<p><i>Dona derivada per cirurgia radical</i></p> <p><b>Dona mastectomitzada</b></p>	<p>La informació, l'ajut i el suport psicològic són bàsics per tranquil·litzar a una dona a la qual se li planteja com a tractament de la seva malaltia l'extirpació d'un pit. La informació també ha d'anar orientada, d'acord amb el metge responsable de la Unitat de patologia mamària, sobre l'existència d'una possible reconstrucció plàstica de la mama.</p>

<b>SITUACIÓ</b>	<b>INTERVENCIÓ</b>
<i>Dona derivada per tractament coadjuvant: radioteràpia, hormonoteràpia o quimioteràpia.</i>	<p>Es pot informar que en la majoria dels casos són tractaments complementaris a la cirurgia i que no sempre implica gravetat de la malaltia. S'ha de transmetre el seu paper preventiu amb vista a una possible extensió del tumor. També, i d'acord amb el metge responsable de la Unitat de patologia mamària, es pot informar sobre les possibles conseqüències i efectes adversos del tractament a administrar.</p> <p>Aquestes situacions són prou delicades com perquè el metge i altres professionals sanitaris aboquin tots els seus esforços a ajudar la dona, tranquil·litzar-la i oferir-li el suport que li calgui.</p>

## **Missatge bàsic que s'ha de donar a les dones convidades al Programa**

Aquest missatge inclou aquells conceptes més importants a transmetre a les dones de la població "diana" per tal de sensibilitzar-les i influir en la seva participació.

### **Detecció precoç**

Fa referència a la importància d'identificar la malaltia abans que doni símptomes i/o signes clínics (fase preclínica del càncer), amb la finalitat d'evitar problemes majors ja que, quan més precoçment sigui detectada la malaltia, menys mal haurà produït, i per tant serà més fàcilment guarible.

### **Accessibilitat**

Fa referència a la facilitat que es dona a les dones seleccionades per tal que es facin la mamografia.

Es facilita el canvi del dia i/o hora de visita en el cas que per determinades raons o circumstàncies no poguessin assistir el dia que tenen assignat.

De tota manera és important insistir en què s'hauria de procurar variar el menys possible els dies i les hores de visita assignats a cada dona seleccionada, ja que si les dones que ho fessin són moltes, es podrien produir importants problemes d'organització que complicarien la bona marxa del Programa.

Es dona atenció immediata sense que les dones hagin de fer cues ni entrar en llistes d'espera.

### **Gratuitat**

El Servei Català de la Salut sufraga les despeses de totes les exploracions que s'hagin d'efectuar a més, evidentment, de la mamografia, i del tractament, si s'escau.

Aquest punt és un dels apartats en el qual cal insistir.

### **Innocuïtat**

Cal apuntar que amb els aparells (mamògraf) disponibles avui dia es minimitza molt el risc d'exposició radiològica de les mames.

### **Tractament immediat**

En cas de patologies diagnosticades a través del programa, s'aplicarà el tractament de manera immediata, i la dona entraria a formar part del circuit assistencial de l'hospital.

D'altra banda, si la dona decidís, de manera voluntària, tractar-se en un altre centre, l'organització del Programa li facilitaria la informació mèdica necessària respecte els resultats de les exploracions practicades i li possibilitarà que se li pugui aplicar el tractament que li calgui.

## Bibliografia i documentació consultada

1. Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya 1990; (1.324).
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1991.
3. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de Salut de Catalunya 1993-95. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1993.
4. Ajuntament de Barcelona, Àrea de Salut Pública i Servei Català de la Salut, Regió Sanitària Barcelona Ciutat. Pla de Salut de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat 1993-95. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Servei Català de la Salut i Ajuntament de Barcelona, 1994.
5. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1996-98. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.
6. Ajuntament de Barcelona, Àrea de Salut Pública i Servei Català de la Salut, Regió Sanitària Barcelona Ciutat. Pla de Salut de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat 1996-98. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Servei Català de la Salut i Ajuntament de Barcelona, 1997.
7. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1999-2001. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1999.
8. Consorci Sanitari de Barcelona i Ajuntament de Barcelona, Àrea de Salut Pública. Pla de Salut de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat 1999-2001. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Servei Català de la Salut i Ajuntament de Barcelona, 2000.
9. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. Programa de detecció precoç del càncer de mama. Àmbit territorial de Ciutat Vella i Sant Martí. Barcelona: Regió Sanitària Barcelona Ciutat, 1996.
10. García Arcal MD, Pollán Santamaría M, López-Abente Ortega G. Mortalidad por cáncer de mama en la Comunidad Europea (1970-1985). *Med Clin*; 102:125-128.
11. Segura A, Olivares O, Oñorbe JA i Mata JM. Evolución de las diferencias en salud en los últimos años por comunidades autónomas. A: SESPAS. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. La salud y el sistema sanitario en España. Informe SESPAS 1995. Barcelona: SG Editores, 1995:3-17.
12. Institut Municipal de Salut Pública. Mortalitat i Natalitat a la ciutat de Barcelona 1998. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública, Ajuntament de Barcelona. Estadístiques de Salut 2001. (en premsa).
13. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Indicadores de Salud (Elaboración de los indicadores propuestos para el seguimiento del programa hacia la Salud Para Todos en la región europea). Madrid, 1993.
14. Unitat d'Epidemiologia i Registre de càncer de Girona. El càncer a Girona 1994-1997. Barcelona, 2000.
15. Viladiu P, Izquierdo A, Beltrán M, Bosch FX i Moreno V. Epidemiologia del càncer ginecològic i de mama a l'àrea sanitària de Girona. Girona: Associació Espanyola contra el càncer. Junta Provincial de Girona, 1995.
16. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Enquesta de salut de Catalunya 1994. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1996.
17. Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona. Enquesta de salut de Barcelona 2000. Barcelona, 2001.
18. Shapiro S. Determining the efficacy of breast cancer screening. *Cancer* 1989; 63:1873-1880.
19. Bonfill X, Marzo MM, Medina C, Roura P, Rué M. L'efectivitat del cribratge de càncer de mama en el nostre entorn. *Gac Sanit* 1992;6:128-142.
20. Wald N, Chamberlain J, Hackshaw A. Consensus Conference of Breast Cancer Screening. European Society of Mastology. Report of the evaluation Committee. Paris, February 4-5, 1993. *Oncology* 1994; 51:380-389.
21. Kattlove H, Liberati A, Keeler E, Brook RH. Benefits and costs of screening and treatment for early breast cancer. Development of basic benefit package. *JAMA* 1995;273(2):142-148.

22. Kerlikowske K, Grady D, Rubin SM, Sandrock D, Ernster VL. Efficacy of screening mamographi. A meta-analysis. *JAMA* 1995;273(2):149-154.
23. Gøtzsche P, Olsen O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable?. *Lancet* 2000;355:129-34.
24. Espinàs JA i Borràs JM. L'eficàcia del cribratge de càncer de mama mitjançant mamografia. *Annals de Medicina* 2000;83(2):93-5.
25. Marzo M. Canvis en l'evidència sobre el cribratge de càncer de mama?. *Annals de Medicina* 2000;83(2):90-2.
26. Nyström L. How effective is screening for breast cancer?. Reductions in mortality should not be the only marker of succes. Editorial. *BMJ* 2000; 321:647-8
27. Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica i Institut Català d'Oncologia. El cribratge del càncer de mama a Catalunya: cost-efectivitat, impacte assistencial i cost del tractament del càncer de mama. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica i Institut Català d'Oncologia, 1996.
28. Borràs JM, Borràs, J, Viladiu P, Bosch FX. Epidemiologia i prevenció del càncer a Catalunya 1975-1992. Barcelona: Institut Català d'Oncologia, 1997.
29. Marzo M, Serrassoles RM. Programa de detecció precoç del càncer de mama. Sector Sanitari Centre-Nord. Regió Sanitària Costa de Ponent, 1993. (No publicat).
30. Morera R, Muñoz F. Programa poblacional de cribratge del càncer de mama. Sector Sanitari Baix Llobregat-Font Santa. Regió Sanitària Costa de Ponent, 1994. (No publicat).
31. Arassa JM, Casas J, Codina A, Coll C, Foz G, Gil JM, González CS, Miró I, Nieto MI, Roure C i Verdager A. Pla de cribratge poblacional del càncer de mama a la ciutat de Mataró. Institut Català de la Salut. Programa d'atenció a la dona del Maresme: Mataró, gener 1995. (No publicat).
32. Oficina Tècnica del Programa. Programa de cribratge del càncer de mama de Sabadell. Avantprojecte de microplanificació. Sabadell, 19 d'octubre de 1995. (No publicat).
33. Regió Sanitària Tarragona i Lliga contra el càncer de les comarques de Tarragona. Programa de cribratge del càncer de mama a la Regió Sanitària Tarragona. (No publicat).
34. Projecte de Programa poblacional de cribratge del càncer de mama a la Regió Sanitària Girona. Unitat de Planificació. Regió Sanitària Girona. Servei Català de la Salut, juny 1997. (No publicat).
35. Albanell J, Bassaganyas R, Bonet E, Carbonell P, Castanyer F, Castro P, Faixedas MT, Figueras MD, Guardia A, Nadal C. Programa poblacional de cribratge del càncer de mama a la Regió Sanitària Girona: Protocol de diagnòstic radiològic, març 1998. (No publicat).
36. Resultats del programa de cribratge del càncer de mama de Catalunya, 1998. Servei de Prevenció i Control del Càncer. Institut Català d'Oncologia. Unitat de Pla de Salut i Avaluació. Servei Català de la Salut. Barcelona, 2000.
37. Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS). Programa de prevenció del càncer de mama. IMAS. Butlletí núm. 4: Barcelona; novembre, 1998.
38. Riu M, Castells X, Casamitjana M, Macià F, Collet I, Ribó C. Actitudes y conocimientos de los médicos de atención primaria sobre los programas poblacionales de cribado de cáncer de mama. *Aten Primaria* 1998;21:81-87.
39. Medina C. Algunos aspectos sobre el cribado del cáncer de mama y el posible papel del médico de Atención Primaria. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*; 1995 2(3):119-128.
40. Servei Català de la Salut. Regió Sanitària Barcelona Ciutat. Programa de detecció precoç del càncer de mama. Documentació de suport per als professionals de l'atenció primària. Barcelona, 1995.
41. Servei Català de la Salut. Regió Sanitària Barcelona Ciutat. Programa de detecció precoç del càncer de mama. Documentació de suport per a les associacions cíviques i institucions no sanitàries. Barcelona, 1995.
42. Consorci Sanitari de Barcelona. Programa de detecció precoç del càncer de mama. Documentació de suport per als professionals de l'atenció primària, l'atenció especialitzada extrahospitalària i altres agents de salut. Barcelona, 1998.
43. Consorci Sanitari de Barcelona. Programa de detecció precoç del càncer de mama. Documentació de suport per a les associacions cíviques i institucions no sanitàries. Barcelona, 1998.
44. Méndez E. Raons adduïdes per les dones per no assistir als programes de cribratge del càncer de mama. Institut Català d'Oncologia. Servei de Prevenció i Control del Càncer. Barcelona, 1997. (No publicat).

## Annex

Suggeriments de respostes a les raons adduïdes habitualment per les dones per no assistir als programes de cribratge de càncer de mama

---

### 1. Manca d'interès

Explorar les raons concretes per les quals no està interessada, oferint, si cal, alguns exemples (el metge no m'ho ha recomanat, por a les radiacions, no tinc cap símptoma).

Si després de l'exploració no mostra cap raó focal pel seu desinterès, reforçar la recomanació del cribratge insistint en què una mamografia pot detectar un càncer de mama entre 1,5-2 anys abans que aquest doni símptomes, i que 9 de cada 10 dones amb un càncer de mama diagnosticat a temps es curen. També, explicar que les associacions americanes contra el càncer, el Programa Europa contra el càncer, el Servei Català de la Salut, recomanen que totes les dones de 50 a 64 anys es facin una mamografia cada 2 anys.

---

### 2. Innecessari/Manca d'utilitat

Explorar les raons concretes per les quals creu que la mamografia és innecessària i/o no útil en el seu cas (perquè és massa gran, perquè a la seva família no hi ha hagut cap cas, perquè sempre ha tingut bona salut, perquè s'autoexplora els pits, d'altres).

En cas d'aduir absència d'història familiar de càncer de mama, vegeu l'apartat 5.

En cas d'aduir que sempre ha tingut bona salut, vegeu l'apartat 3.

En cas d'aduir que és massa gran, explicar que al contrari del que molta gent creu, la probabilitat de patir un càncer augmenta amb l'edat.

En cas d'aduir que ja s'autoexplora els pits, cal remarcar que una mamografia pot detectar un tumor de la mida del cap d'una agulla i en l'autoexploració pot notar-se un tumor de la mida d'un pèsol.

---

### 3. Manca de símptomes/bona salut

Explicar que el cribratge precisament és més necessari i està especialment destinat a dones que no tenen cap mena de símptomes, ja que són aquelles en què si es trobés alguna alteració tenen més possibilitats de curar-se.

---

### 4. Por a les radiacions

Explorar què és el que ha sentit/coneix sobre les radiacions.

Informar de l'evolució dels mamògrafs des del primer que es va utilitzar fa 20 anys fins ara, en què estan revisats i calibrats per experts en RX que garanteixen que les radiacions siguin mínimes, és a dir, la mamografia és una prova segura que es realitza amb tecnologia moderna.

---

### 5. Manca d'antecedents familiars

Informar que efectivament els antecedents familiars de càncer de mama augmenten la probabilitat de desenvolupar aquest càncer, però que 3 de cada 4 dones que tenen càncer de mama no presenten cap mena d'antecedents familiars.

---

### 6. Por d'un resultat patològic

Preguntar per què pensa que pot tenir un resultat patològic

Explicar que en 8 de cada 10 ocasions un resultat patològic detectat per mamografia no és càncer. En la majoria dels casos es tracta de quists, canvis a l'estructura interna del pit i tumors benignes. A més, si un resultat patològic fos càncer (només 2 de cada 10 resultats patològics) cal tenir en compte els beneficis del cribratge descrits a l'apartat 1.

---

### 7. Manca de reforç per part del metge general o ginecòleg

Explorar les raons de l'última visita al metge general o al ginecòleg. Si aquesta va ser per símptomes i no una revisió general, explicar que és per aquest motiu que el metge no li va comentar el tema del cribratge.

En tots els casos, donar la informació relativa als beneficis del cribratge continguda a l'apartat 1, i animar a la dona a què pregunti i parli sobre el tema amb el seu metge.

Font: Méndez E. Raons adduïdes per les dones per no assistir als programes de cribratge del càncer de mama. Institut Català d'Oncologia. Servei de Prevenció i Control del Càncer. Barcelona, 1997.