

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS



INFORME FINAL DE TESIS DE GRADUACIÓN
PREVALENCIA DE RETRASO DIAGNÓSTICO DE CANCER DE MAMA
Y SUS CAUSAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL DE ONCOLOGÍA DEL ISSS.

Presentado por:

Dra. Jenniffer Lissett Rivas García

Dr. Manuel Enrique Villeda Santos

Para optar por el título de Especialista en:

Medicina Interna

Asesor de tema y metodológico:

Dr. Romeo Amílcar Bonilla Monterrosa

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, 11 DE DICIEMBRE 2014

INDICE

	Página
Resumen del Proyecto.....	3
Introducción.....	4
Objetivos.....	8
Material y métodos.....	9
Resultados.....	11
Discusión	16
Conclusiones.....	18
Recomendaciones.....	19
Referencias bibliográficas.....	20

1. RESUMEN DEL PROYECTO

Las pacientes con cáncer de mama tienen peor pronóstico a medida que la enfermedad se encuentra en estadios más avanzados. El retardo en la consulta por parte de las pacientes, o del diagnóstico por parte del médico, conlleva a que el tratamiento se inicie en fases tardías de la enfermedad y por lo tanto tengan menores posibilidades de tratamiento exitoso.⁽¹⁾

La literatura describe como retraso diagnóstico del cáncer, el período de tiempo transcurrido entre el síntoma inicial y la terapia definitiva mayor de 12 semanas.⁽²⁾

Las fases de retraso pueden ser considerados de la siguiente manera: retraso de la paciente, retraso del médico y retraso hospitalario.⁽²⁾

El objetivo de este estudio es determinar las causas de retraso diagnóstico de cáncer de mama en las pacientes del Hospital de Oncología del Instituto Salvadoreño del Seguro Social en el período de enero a octubre 2013.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. El método de muestreo utilizado fue consecutivo y se incluyeron a todas las pacientes que acuden por primera vez a la consulta externa del Hospital de Oncología en el período descrito, que cumplieran con los criterios de inclusión. Los datos fueron recolectados a través de una entrevista estructurada a las pacientes y la revisión del expediente clínico, vaciándose la información en una base de Excel.

Los resultados mostraron una elevada prevalencia de retraso, con un 76% comparado con el 8% que describe la literatura internacional⁽³⁾ los factores implicados son el miedo frente al síntoma y el retraso en la realización de

estudios o programación de citas. La mayoría de las pacientes tardó entre 4 a 8 meses en iniciar su tratamiento a partir de su primer síntoma.

2. INTRODUCCION

El cáncer de mama es la segunda neoplasia más frecuentemente diagnosticada y la principal causa de muerte asociada a cáncer en mujeres.⁽¹⁾ Según datos estadísticos del Hospital de Oncología del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) para el año 2012, la incidencia fue de 357 pacientes y para el primer trimestre del año 2013 se reportaron 88 nuevos casos.

En los países desarrollados la mortalidad asociada a este cáncer ha mostrado tendencia al descenso, el cual se ha atribuido a los avances terapéuticos y a la implementación de programas de tamizaje. No así en los países en vías de desarrollo, donde constituye además un problema de salud pública, con incremento en su incidencia y mortalidad.⁽³⁾

Cánceres de mama invasivos constituyen un grupo heterogéneo de lesiones que se han extendido al tejido circundante de la mama. Aunque los tipos más comunes son los tipos ductal y lobulillar, esta distinción no significa que el lugar de origen de la afección es el sistema ductal mamario. La mayoría de los cánceres de mama invasivos se presentan en la unidad de conducto lobular terminal con independencia del tipo histológico.⁽⁴⁾

Las lesiones invasivas tienen potencial metastásico cuando invaden la membrana basal del estroma. El término cáncer metastásico o cáncer secundario significa que ha invadido otros sitios del cuerpo, más comúnmente ganglios linfáticos, hueso, hígado, pulmón y cerebro. El cáncer de mama que ha metastatizado a otras partes del cuerpo no es curable, sin embargo puede ser tratado.⁽¹⁾

Los avances tecnológicos han mejorado los métodos de diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, aún hoy, el pronóstico del paciente con cáncer depende sobretodo de un diagnóstico precoz, en fases curables de la enfermedad.^(4, 5)

El retraso entre la instalación de síntomas y el inicio del tratamiento tiene repercusiones deplorables en el pronóstico de las pacientes, pues está asociado a progresión de la enfermedad, menor calidad de vida, menor supervivencia y mayor mortalidad.⁽²⁾ La literatura describe como retraso diagnóstico del cáncer, el período de tiempo transcurrido entre el síntoma inicial y la terapia definitiva mayor de 12 semanas, pues éste está asociado con incremento del tamaño del tumor, estadios más avanzados de la enfermedad y pobre supervivencia a largo plazo⁽²⁾. Estadísticas internacionales describen una prevalencia del 8% en el retraso diagnóstico del cáncer de mama⁽³⁾, no se cuentan con datos institucionales. Dada esta relación entre el retraso, estadio y supervivencia, es importante evaluar en detalle las diferentes fases entre la primera detección de un síntoma y el inicio del tratamiento. Para cada uno de las fases, deben identificarse factores que están asociados con retraso prolongado, de esta manera, planear estrategias efectivas que pueden ser dirigidas a la reducción del intervalo de tiempo entre el primer síntoma y el tratamiento.⁽²⁾

Las fases de retraso pueden ser considerados de la siguiente manera⁽²⁾:

- Retraso de la paciente. Intervalo de tiempo entre la primera detección de un síntoma y la primera presentación a un personal de salud (atención primaria).
- Retraso del médico. Intervalo de tiempo entre la primera presentación al centro de atención primaria y la referencia a un hospital.
- Retraso hospitalario. Intervalo de tiempo entre la referencia y el inicio del tratamiento. Este se divide en: tiempo entre la referencia y la primera visita al hospital, el tiempo entre la primera visita y el

diagnóstico definitivo y el tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento definitivo.

Los factores relacionados con la demora por parte de la paciente incluyen⁽⁷⁾:

- La edad. Las pacientes jóvenes usualmente alejan la sospecha de la posibilidad de una neoplasia de mama por razones epidemiológicas. La edad avanzada, demora el proceso diagnóstico al parecer por la presencia de comorbilidades severas que retrasan el tiempo del tratamiento.⁽⁷⁾
- Síntoma inicial. La presencia de síntoma diferente a una masa, como dolor, descarga del pezón, absceso, nódulos axilares.⁽⁸⁾
La lenta progresión de la lesión inicial y la ausencia de dolor determinan un retraso en la consulta de las pacientes. ⁽⁹⁾
- Bajo nivel académico, económico y residencia rural. Este último aspecto es controversial en los diferentes estudios, pues algunos mostraron que en los casos de pacientes con residencia rural los trámites de estudios y tratamiento se realizan en la misma visita para evitar que haya ausencia de la asistencia de la paciente por motivos geográficos; en cambio, otros estudios muestran lo contrario por este último motivo.⁽⁸⁾ El conocimiento de la patología está determinada por los mensajes sociales como medios de comunicación, personas conocidas o familiares con cáncer ⁽⁹⁾
- Factores psicologicosociales. Fatalismo, miedo al hallazgo de malignidad, negación, racionalización, vergüenza de ser examinada por un médico, riesgo de percepción, poco soporte social, orden de prioridades vitales más importantes, creencias espirituales son algunos factores asociados a la idiosincrasia de las pacientes y que influyen fuertemente en el retraso diagnóstico y terapéutico.^(8, 9, 10, 11, 12)

Entre los factores relacionados con el proveedor de salud, se encuentran la falla en sospechar cáncer en la primera visita, especialmente cuando la paciente es joven, la masa es pequeña o debuta con sintomatología diferente a tumoración, como secreción a través del pezón o ulceraciones, haciendo sospechar un proceso infeccioso que hace instalar un tratamiento antibiótico antes de iniciar el algoritmo para descartar una neoplasia.⁽⁸⁾ Algunos estudios han mostrado, que muchos clínicos catalogan como benigna las masas detectadas por la misma paciente.⁽¹³⁾

Las masas pequeñas tienden a abordarse más pasivamente, las masas de mayores tamaños o ulcerados se abordan inicialmente con citología por aspiración con aguja fina (CAAF) o biopsia.⁽¹⁴⁾

Otros factores incluyen la falta de indicación de estudios como mamografía, la interpretación errónea de ésta o de la biopsia, mala toma de muestra, reporte benigno en CAAF o biopsia⁽¹⁴⁾; la falta de sugerencia de biopsia en el reporte de mamografía y la comparación de estudios de imagen para disminuir la necesidad de procedimientos invasivos.⁽¹⁴⁾ Están descritos factores administrativos, que incluyen retraso en la programación de citas, cobertura o no por seguridad social, huelgas, aparatos que no funcionan.⁽¹⁵⁾

El conocimiento de las causas por las que se retrasa el diagnóstico de cáncer de mama, será de mucha utilidad para implementar medidas de detección temprana que mejoren el diagnóstico, pronóstico y supervivencia de las derechohabientes.

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer la prevalencia de retraso diagnóstico de cáncer de mama y sus causas en pacientes del Hospital de Oncología del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de enero a octubre 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer el tiempo transcurrido entre el inicio de la sintomatología y la consulta de primera vez en el Hospital de Oncología
2. Detallar los síntomas iniciales con los cuales debutan las pacientes con cáncer de mama.
3. Describir los factores relacionados al retraso hospitalario en el diagnóstico de cáncer de mama.
4. Identificar la conducta del médico evaluador inicial, los exámenes indicados ante el síntoma de la paciente con cáncer de mama del Hospital de Oncología.
5. Conocer la prevalencia del retraso diagnóstico en cáncer de mama.
6. Identificar los factores asociados a la paciente que inciden en el retraso diagnóstico de cáncer de mama en las pacientes del Hospital de Oncología.

4. MATERIAL Y METODOS

TIPO DE DISEÑO

Es un estudio de tipo descriptivo de corte transversal.

POBLACIÓN DIANA

Todas las pacientes con cáncer de mama del Hospital de Oncología del ISSS.

POBLACION DE ESTUDIO

Todas las pacientes con cáncer de mama del Hospital de Oncología del ISSS que consultaron en el período de enero a octubre 2013.

MUESTRA

La muestra utilizada en nuestro estudio fueron todas las pacientes con cáncer de mama del Hospital de Oncología del ISSS que asistieron a su consulta de primera vez, en el período de enero a octubre 2013, además que cumplan con los criterios de inclusión.

Se utilizó un muestreo consecutivo de todas las pacientes que acuden por primera vez a la consulta externa del Hospital de Oncología en el período de tiempo antes estipulado.

Criterios de inclusión

- Ser mujer.
- Edad de 18 años en adelante.
- Con diagnóstico histológico de cáncer de mama.
- Caso diagnosticado en el período de enero a octubre de 2013
- Que desee participar en el estudio

Criterios de exclusión

- Estado mental alterado o fallecida, no pudiendo aportar dato.
- Datos incompletos en expediente
- Pacientes que no se pudieron contactar

METODO DE RECOLECCION DE DATOS

Los datos se obtuvieron a través de la entrevista estructurada a las pacientes vía telefónica pues no fue posible concretar citas por poca disponibilidad de tiempo por parte de las mismas, razón por la cual no se obtuvo firma en el formulario de consentimiento informado aunque sí fue de conocimiento a las pacientes. Se hizo además revisión de sus expedientes clínicos para la obtención de datos técnicos.

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Para iniciar este estudio se solicitó la aprobación del Comité de Ética y la dirección local.

Se asistió a la consulta externa de primera vez del Hospital de Oncología del ISSS a partir del mes de septiembre para entrevistar a todas aquellas pacientes con cáncer de mama que cumplan con los criterios de inclusión y la revisión posterior de sus expedientes clínicos. Para la investigación de las pacientes que consultaron entre enero y agosto 2013 se contó con los registros epidemiológicos del Hospital de Oncología para su entrevista posterior y revisión de expediente clínico. Inicialmente se solicitaría que éstas pacientes fueran citadas al Hospital de Oncología en días previamente establecidos pero por problemas de coordinación no se pudo concretar dichas reuniones sino que únicamente se trabajó con los datos tomados de los expedientes clínicos y las llamadas telefónicas.

Con todos los datos recolectados se llenó el formulario de recolección de datos (anexo 1) para luego vaciar la información en una base de Excel.

El procesamiento de los datos se realizó por los investigadores (Dra. Jenniffer Lissett Rivas y Dr. Manuel Enrique Villeda), La información se agrupó en tablas de distribución de frecuencias de acuerdo a los elementos contemplados en los objetivos. La estrategia de análisis se hizo en base a tablas de porcentaje y frecuencia con los datos obtenidos.

5. RESULTADOS

Figura 1. Tiempo transcurrido entre el inicio de la sintomatología y la consulta de primera vez en el Hospital de Oncología

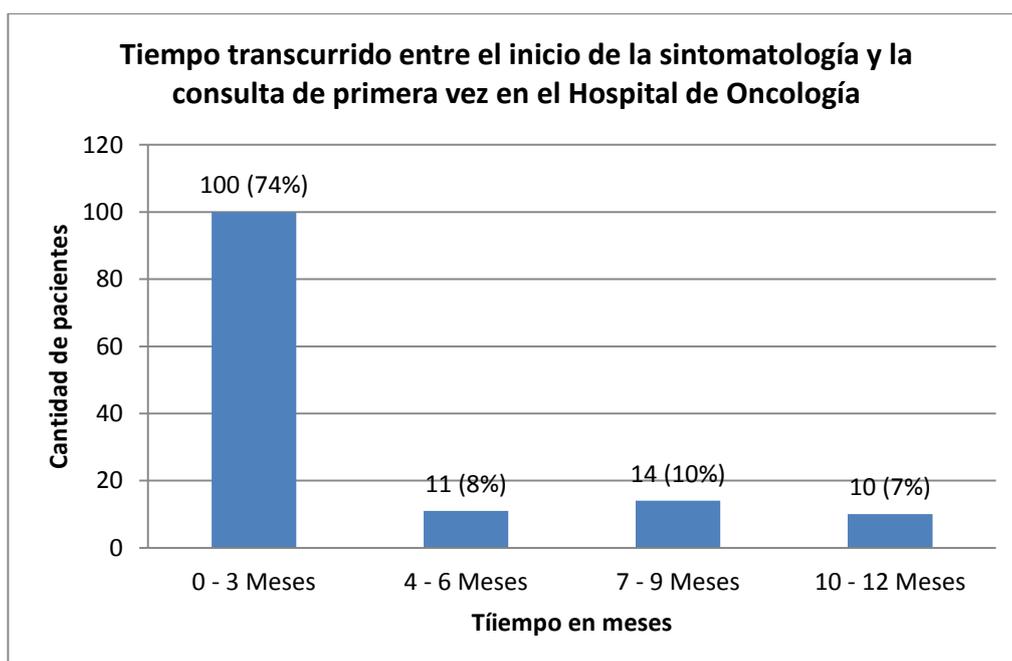


Figura 2. Síntomas iniciales con los cuales debutan las pacientes con cáncer de mama

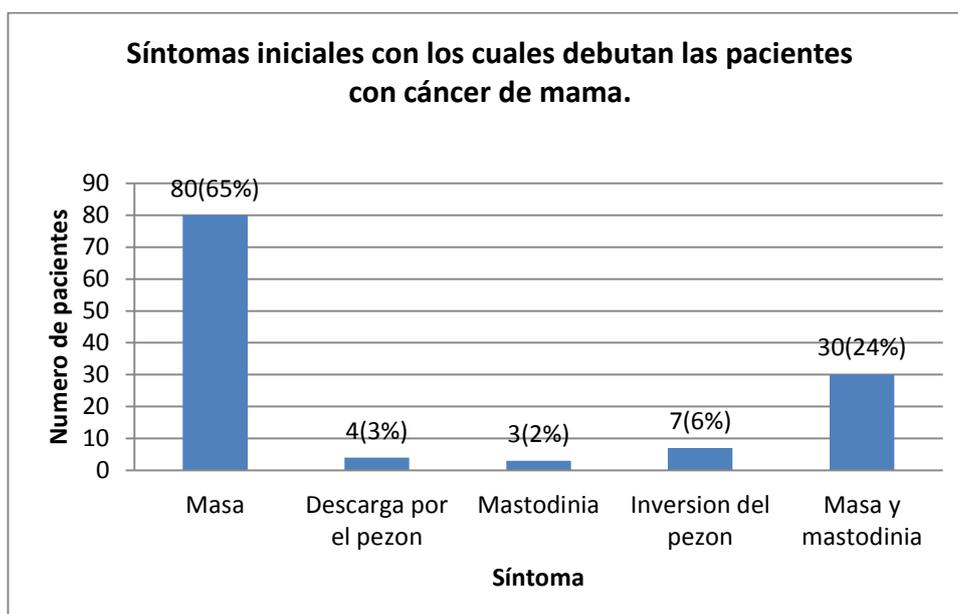
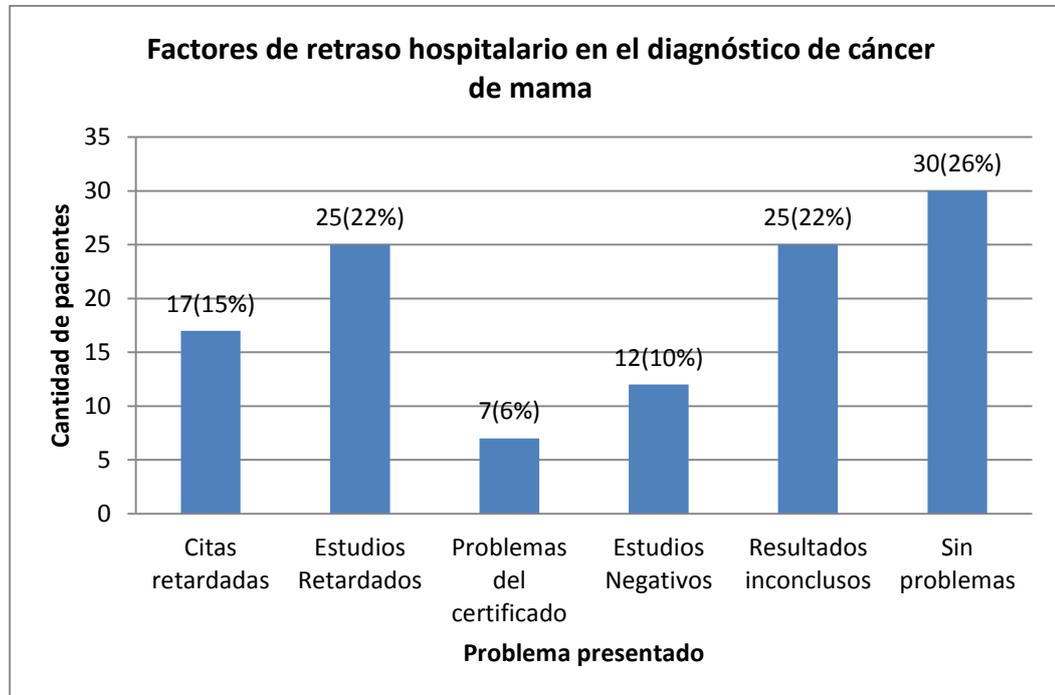


Figura 3. Factores de retraso hospitalario en el diagnóstico de cáncer de mama



4. Conducta del evaluador inicial, los exámenes indicados, ante el síntoma que presentaron la paciente con cáncer de mama del Hospital de Oncología.

Figura 4.1 Conducta del evaluador inicial

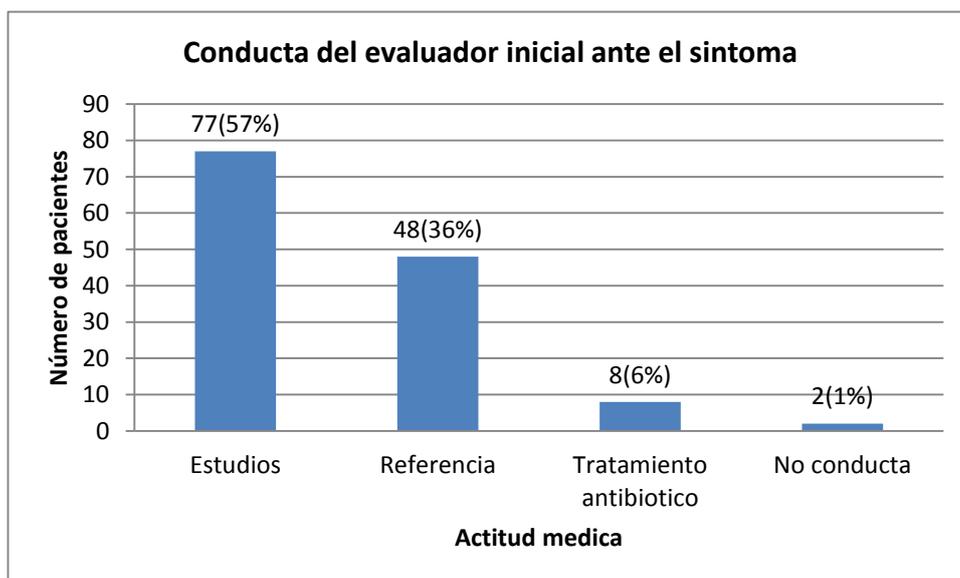


Figura 4.2 Tipos de estudios indicados en la evaluación inicial

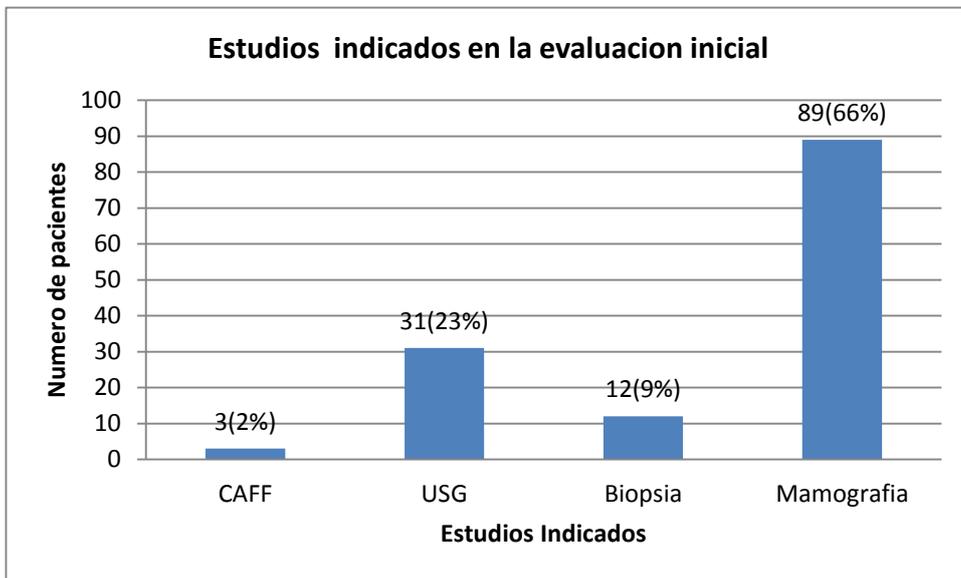


Figura 5. Prevalencia del retraso diagnóstico en cáncer de mama.

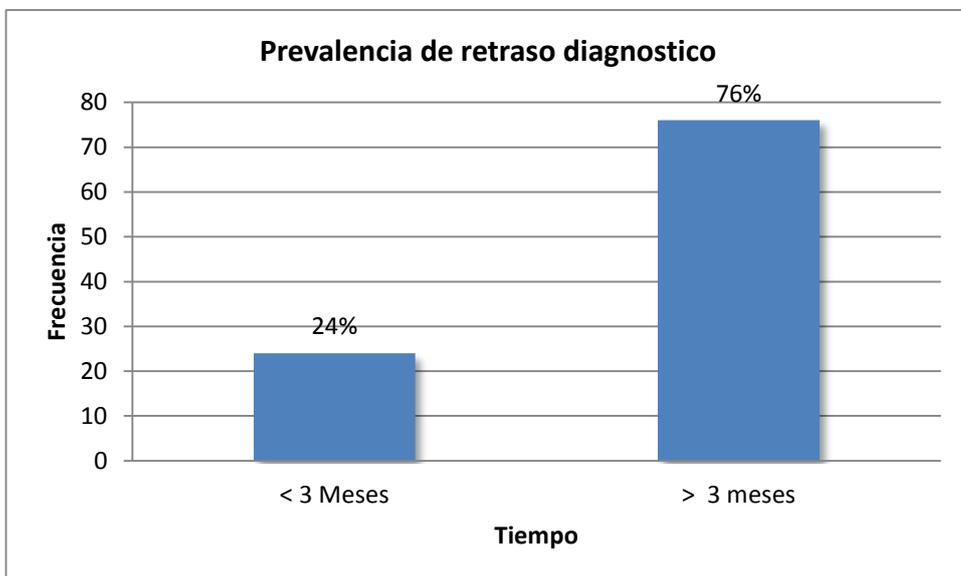
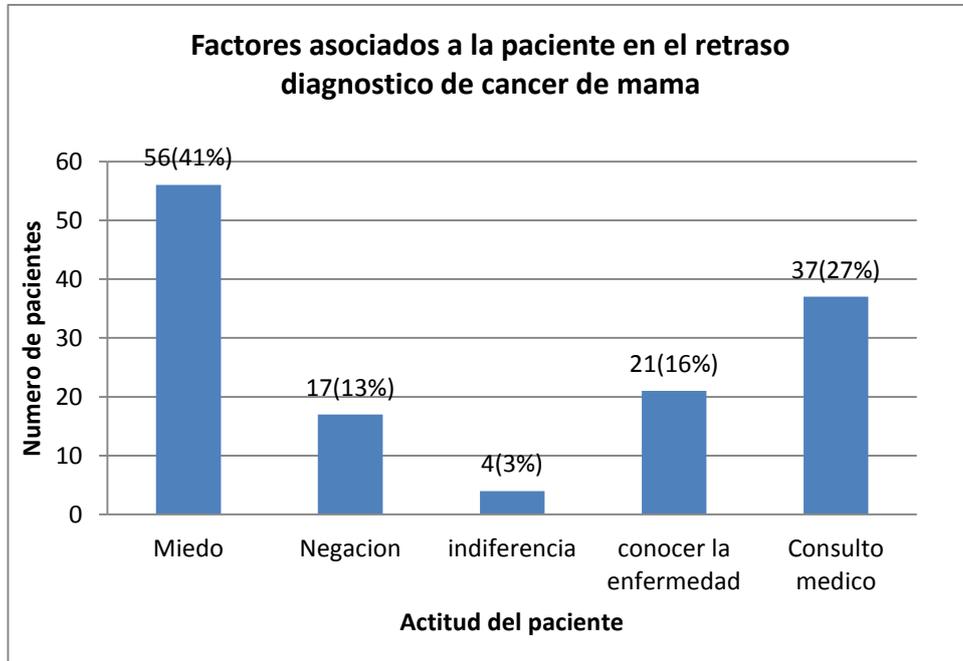


Figura 6. Factores asociados a la paciente que inciden en el retraso diagnóstico de cáncer de mama en las pacientes del Hospital de Oncología



6. DISCUSION

Un total de 135 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión en el estudio.

La cantidad de pacientes que presentaron retraso diagnóstico fue del 76%. Estas cifras son alarmantes comparado con el 8% descrito en la literatura internacional citada anteriormente.

El síntoma inicial prevalente fue la presencia de una masa con 81%, del cual el 22% estaba asociado a dolor y el 19% restantes tuvieron síntomas diferentes, como dolor y descarga del pezón, los cuales según la literatura están asociados a retraso y que en el grupo analizado no fueron predominantes; lo que indica el síntoma prevalente del cáncer de mama en las pacientes localidad es la presencia de una masa. Es importante destacar que de la totalidad de la muestra un 8% fueron asintomáticas, detectados por pruebas de tamizaje.

Los factores administrativos que aquejaron las pacientes, fueron pérdida de citas con 19%, estudios y citas retardadas 37%, siendo estos los más importantes. La pérdida de citas incluyó la inasistencia del médico tratante al centro asistencial. No hubo problemas con el funcionamiento de aparatos o problemas con certificados.

La conducta del médico tratante ante los hallazgos clínicos encontrados fue indicar más estudios (77% de los casos) y referencia al siguiente nivel de salud (24% casos). Los estudios que fueron indicados más frecuentemente fueron mamografía y ultrasonografía. Cabe mencionar que aunque los estudios indicados fueron los apropiados algunos tuvieron resultados inconclusos (19%) y otros fueron negativos, ocasionando el retraso en el diagnóstico.

Actitudes como miedo al hallazgo de malignidad y la negación son algunos factores asociados a la idiosincrasia de las pacientes y que influyen

fuertemente en el retraso diagnóstico y terapéutico, nuestro estudio demuestra la actitud de las pacientes entrevistadas frente al síntoma que presentaron fue: el 41% de las pacientes tuvo miedo al detectar el síntoma, 21% busco información relacionada a su síntoma pero sólo el 28% de las pacientes consultó inicialmente a un médico ante el hallazgo.

No fue posible determinar la relación ya conocida entre el tiempo de retraso y el estadio del cáncer en las pacientes pues los expedientes no contaban con dicha información.

7. CONCLUSIONES

El retardo diagnóstico del paciente con cáncer de mama es altamente frecuente en nuestro medio, con 76% de casos con retardo. Las citas retrasadas para la atención médica y estudios de gabinete, actitudes idiosincráticas como el miedo fueron los factores más frecuentes involucrados en este problema.

A través de este estudio no fue posible determinar cuán determinante fue el manejo médico como factor de retraso pues esta información se encuentra consignada en los expedientes de abordaje inicial que no se encuentran en los historiales del Hospital de Oncología, pero es importante reforzar el abordaje de la paciente femenina con síntoma mamario, según edad, antecedentes y referencia oportuna, así como la educación de la paciente aunque no consulte por patología mamaria.

8. RECOMENDACIONES

- Reforzar la disponibilidad de la atención y estudios necesarios a las pacientes, a través de la contratación de personal capacitado, obtención de equipo idóneo para el abordaje de las pacientes, así como erradicar los conceptos erróneos y actitudes inadecuadas ante sintomatologías de riesgo través de la intensificación en educación de la población en general.
- Realizar programas educativos para la población en general, utilizando una metodología adecuada a la realidad y necesidades existentes, brindando una información científica individualizada y permanente que permita elevar el grado de conocimientos
- Mejorar los programas de detección de cáncer de mama acorde a nuestra realidad mediante el examen de mama, en vista que los costos de la mamografía son elevados
- Descentralización de los recursos para poder atender y capacitar a más mujeres en todo el país.
- Investigar otros aspectos que influyen en la demora del diagnóstico de cáncer de mama como: factores del médico. Ya que permitirá conocer y corregir deficiencias

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Warner, Ellen. Breast Cancer screening. *N Engl J Med* 2011; 365:1025-1032
2. Williams, Donna L. et al. Factors associated with delays to diagnosis and treatment of breast cancer in women in a Louisiana Urban Safety Net Hospital. *Women & Health*, 50:705-718, 2010
3. Burgess, CC, AJ Ramírez, MA Richards. Who and what influences delayed presentation in breast cancer? *Br J Cancer*. 1998. April 77 (8):1343-8
4. Corben, Adriana. Pathology of Invasive Breast Disease. *Surg Clin of North Am*. 2013 Apr;93(2):363-92
5. Berry DA, Cronin KA, Plevritis SK, et al. Effect of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer. *N Engl J Med* 2005;353:1784-1792
6. Forbes LJ, Warburton F. Risk factors for delay in symptomatic presentation: a survey of cancer patients. *British Journal of Cancer*. 2014 Jul 29;111(3):581-8
7. Barber, M. D. et al. Diagnostic delay in breast cancer. *Associations of Surgeons*. *Br J Surg* 2004 Jan; 91:49-53
8. Caplan, Lee S. Breast Cancer: Results from the National breast and cervical cancer early detection program, 1991-1995. *American Journal of Public Health*. January 2000, Vol 90, No 1130
9. Lam WW, Fielding R, Chan M, Or A. Factors influencing delayed presentation with symptomatic breast cancer in Hong Kong Chinese women. *Hong Kong Med J*. 2009 Jun;15(3Suppl 4):4-7
10. Sharma K, Costas A, Shulman L., Meara J. A systematic review of barriers to breast cancer care in developing countries resulting in delayed patient presentation. *Journal of Oncology*, vol. 2012, Article ID 121873, 8 pages, 2012

11. Hammerschlag, C., Fisher S., DeCosse J., Kaplan E. Breast symptoms and patient delay: psychological variables involved. *Cancer*. 1964 Nov;17:1480-5.
12. Piñeros Marion, Sánchez Ricardo, Cendales Ricardo, Perry Fernando, Ocampo Rocío. Patient delay among Colombian women with breast cancer. *Salud Pública México*. Vol 51, No.5, septiembre-octubre de 2009
13. William H. Goodson, MD; Dan H. Moore, PhD. Causes of physician delay in the diagnosis of breast cancer. *Arch Intern Med*. 2002;162(12):1343-1348
14. Haagensen C. Historia Natural del carcinoma de mama. *Enfermedades de la mama* Buenos Aires: Editorial Beta;1979. p.410-497
15. Offe de Quiroz, Ita. Retardo en el diagnóstico de los pacientes con cáncer. *An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción)*, abr. 2005, vol.38, no.1-2, p.22-28. ISSN 1816-8949.