

Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia

Marion Piñeros, MSP,⁽¹⁾ Ricardo Sánchez, M en Es,^(2,3) Fernando Perry, MC,⁽⁴⁾ Oscar Armando García, MC,⁽⁴⁾ Rocío Ocampo, MC,⁽¹⁾ Ricardo Cendales, M en Es.⁽⁵⁾

Piñeros M, Sánchez R, Perry F, García OA,
Ocampo R, Cendales R.

Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia.
Salud Pública Mex 2011; 53: 478-485.

Resumen

Objetivo. Establecer la demora en la atención de cáncer de mama. **Material y métodos.** En 1 106 mujeres que recibían tratamiento por cáncer de mama en Bogotá, se establecieron tasas de incidencia de diagnóstico y de tratamiento a partir de la primera consulta. Se compararon con las variables de interés y se elaboró un modelo de peligro de Cox. **Resultados.** Las medianas de tiempo desde la primera consulta hasta el diagnóstico y hasta el tratamiento fueron de 91 días (IC95%:82-97 días) y de 137 días (IC95%:127-147 días) respectivamente. El diagnóstico y el tratamiento fueron más rápidos en mujeres con mayor nivel educativo, afiliadas al régimen especial de salud, en el estrato socioeconómico más alto y cuando consultaron por tamización. **Conclusion.** Las demoras en la atención son excesivas. Hay una clara inequidad y se requieren intervenciones para brindar mayor oportunidad, particularmente para el diagnóstico.

Palabras clave: neoplasias de la mama; detección precoz del cáncer; servicios de salud; Colombia

Piñeros M, Sánchez R, Perry F, García OA,
Ocampo R, Cendales R.

Delay for diagnosis and treatment of breast cancer in Bogotá, Colombia.
Salud Pública Mex 2011; 53: 478-485.

Abstract

Objective. Establish provider delay for breast cancer and related factors. **Material and Methods.** 1 106 women with breast cancer were approached in health care institutions of Bogota, Colombia. According to the history of first consultation, we established diagnostic and treatment incidence rates, which were compared for different variables. A Cox hazard model was established. **Results.** Median time from first consultation to diagnosis and start of treatment were 91 days (CI95%:82-97 days) and 137 days (CI95%:127-147 days) respectively. Diagnosis and treatment were faster in women with higher educational level, affiliated to the “special” social security, with better socioeconomic conditions and in screening-detected breast cancers. **Conclusion.** Provider delay is excessive. There are clear inequities in access to services and a need of reducing the waiting times for women with a suspicion of breast cancer.

Key words: breast neoplasms; early detection of cancer; health services; Colombia

(1) Grupo Área de Salud Pública, Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá, Colombia.

(2) Grupo de Investigación Clínica, Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá, Colombia.

(3) Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

(4) Clínica de Seno y Tejidos Blandos, Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá, Colombia.

(5) Subdirección de Investigaciones, Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá, Colombia.

Fecha de recibido: 7 de marzo de 2011 • Fecha de aceptado: 8 de septiembre de 2011

Autor de correspondencia: Marion Piñeros. Grupo de Salud Pública, Instituto Nacional de Cancerología. Calle 1 # 9-85, Bogotá, Colombia.

Correo electrónico: mpineros@cancer.gov.co

El cáncer de mama es el cáncer más común en las mujeres, tanto en el plano mundial como en la región de las Américas.¹ En muchos países desarrollados, la mortalidad por este cáncer ha mostrado una tendencia significativa al descenso durante los últimos veinte años que se ha atribuido a los avances en el tratamiento y a la implementación de programas organizados de tamizaje.^{2,3}

En Colombia y en otros países de la región, el cáncer de mama empieza a perfilarse como un problema de salud pública, con un incremento en la incidencia y en la mortalidad⁴⁻⁶ y con una razón incidencia/mortalidad desfavorable, lo que se ha atribuido principalmente a problemas en el desempeño de los servicios de salud.⁴

Uno de los factores críticos en la atención del cáncer es la oportunidad con la que se instauran los tratamientos. En cáncer de mama las demoras se han asociado con una menor supervivencia: un tiempo superior a tres meses entre la aparición de síntomas y el inicio del tratamiento disminuye la supervivencia global en 12 por ciento.^{7,8} Aunque la pertinencia del enfoque terapéutico es otro factor crítico en la supervivencia,⁹ el mayor peso parecería estar en la relación entre la demora y el estadio clínico.¹⁰

Esto ha determinado que algunos países hayan establecido tiempos máximos para contar con el diagnóstico definitivo e inicio del tratamiento de una mujer con sospecha de cáncer de mama. En Chile se establece un máximo de 30 días para la confirmación diagnóstica ante una sospecha, 45 días para la estadificación desde la confirmación diagnóstica y 30 días para iniciar el tratamiento desde la misma.¹¹ En otros lugares el énfasis está en la reducción de los tiempos de espera para la cirugía.¹²

Cuando una mujer ha entrado en contacto con los servicios de salud, el tiempo que transcurre entre la primera consulta y el diagnóstico se denomina demora diagnóstica, y el tiempo entre la primera consulta y el tratamiento, demora de tratamiento.¹³⁻¹⁵

La mayor parte de los estudios en cáncer de mama se han centrado en la demora diagnóstica, mostrando gran variabilidad, con demoras que oscilan entre 1.4 y 19% más del tiempo esperado.^{7,13,16-18} La demora diagnóstica ha sido mayor en masas autodetectadas,¹⁹ en síntomas diferentes a una masa,²⁰ en mujeres con mayor grado de escolaridad,²⁰ y en mujeres más jóvenes.^{13,21} Adicionalmente, las mujeres de grupos menos favorecidos económica y socialmente tienen mayores barreras de acceso que determinan la presentación de cánceres más avanzados y mayores demoras en el tratamiento y en su adherencia.²² Un estudio colombiano mostró inequidades en el tratamiento de cáncer de mama de acuerdo con el sistema de aseguramiento en salud: las

mujeres afiliadas al régimen subsidiado y las mujeres no afiliadas tuvieron importantes barreras de acceso por los desplazamientos, trámites administrativos y costos de los tratamientos.²³

El presente estudio tuvo como objetivo describir las demoras en la atención para el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama y los principales factores relacionados. El estudio se llevó a cabo en Bogotá, la ciudad capital de Colombia, que comparte características similares con otras capitales latinoamericanas en términos de menores índices de pobreza, mayor desarrollo de los servicios médicos y mejor acceso a los mismos.

Material y métodos

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Instituto Nacional de Cancerología (INC), Colombia.

Diseño y población de estudio

Se realizó un estudio descriptivo en la ciudad de Bogotá, tratando de identificar a todas las mujeres que estuvieran en tratamiento para cáncer de mama en las instituciones que prestaban servicios oncológicos para este cáncer en 2006. Los criterios de inclusión fueron: mujeres con cáncer de mama mayores de 18 años de edad, cuyo inicio de tratamiento hubiese sido en Bogotá, que estuvieran en condiciones de contestar una encuesta y que no presentaran cánceres bilaterales de tipo lobulillar *in situ*, sarcomas o linfomas primarios de mama.

Recolección de información

La recolección de información se hizo por médicos generales capacitados. En cada institución participante se estableció un cronograma de visitas durante 12 meses. Se contactaron las mujeres cuando asistían a las citas para aplicar la encuesta (previo consentimiento informado) y se revisaron las historias clínicas correspondientes después de realizada la encuesta y al finalizar el periodo de recolección.

La encuesta recogió información sobre las características sociodemográficas de la mujer, la fecha de primera consulta con síntomas o signos que hicieron sospechar cáncer de mama, el tipo de síntomas y los motivos de demora en el proceso diagnóstico y terapéutico. De la historia clínica se extrajo información y fechas sobre las características del tumor, la estadificación, los resultados de exámenes diagnósticos y complementarios y la conducta terapéutica. La información correspondiente a aspectos del tumor se verificó con médicos especialistas en mastología del INC. En los casos en que una

misma mujer estaba registrada en varias instituciones, se complementó la información clínica y se eliminó como caso duplicado. Mayores detalles metodológicos pueden consultarse en las publicaciones previas.^{24,25}

Definiciones operacionales

El estrato socioeconómico se definió con base en la estratificación de los servicios públicos de la vivienda. Esta clasificación tiene un rango entre 1 y 6, donde 6 representa las mejores condiciones socioeconómicas y 1, las peores.

La afiliación al sistema de seguridad social se clasificó de acuerdo con los parámetros del sistema de salud colombiano donde “régimen contributivo” se refiere a los trabajadores que aportan parte de su salario para estar afiliados al sistema; “subsidiado” a las personas que han sido clasificados en condiciones socioeconómicas vulnerables por lo que el Estado subsidia su afiliación al sistema; “especial” a quienes por trabajar con las Fuerzas Armadas, el magisterio o la Empresa Colombiana de Petróleos tienen un sistema y atención en salud especial, y “sin afiliación”, aquellos que al momento de la encuesta no se encontraban afiliados a ningún sistema de salud.

La estadificación clínica del tumor se hizo mediante la Clasificación TNM,²⁶ con agrupación posterior en cuatro categorías: *in situ*, temprano (I y II), localmente avanzado (IIB a IIIC) y metastásico (IV).

La fecha de primera consulta fue autorreportada por la mujer haciendo referencia a la fecha en la que consultó por un síntoma de sospecha de cáncer de mama o en la que el médico le informó un signo de sospecha (clínica o como resultado de un examen de tamizaje). Se trató de incluir en lo posible día, mes y año.

Las fechas de diagnóstico y tratamiento se extrajeron de la historia clínica. La fecha de diagnóstico se definió como la fecha de estadificación clínica con la que se decidió la primera conducta terapéutica. La estadificación clínica se hace con el diagnóstico de patología y el examen clínico, aunque en algunos casos podría hacerse con el examen clínico y el resultado de una mamografía. La fecha de tratamiento se definió como aquella en la cual se inició el primer tratamiento (primera cirugía, primer ciclo de quimioterapia neoadyuvante, primera sesión de radioterapia neoadyuvante). En los casos sin información de día en la historia clínica, pero sí de mes y año, se asumió el día como el día 15.

En el caso de 17 pacientes en las que la fecha de diagnóstico coincidió con la de la primera consulta, se asignó un tiempo de 4 horas entre ambos eventos.

Análisis de información

Se realizó un diseño de cohorte retrospectiva, ubicando como momento de ingreso a la cohorte la fecha de la primera consulta médica de cáncer de mama.

Se analizaron los siguientes dos desenlaces:

1. Tiempo hasta el diagnóstico definitivo desde la primera consulta.
2. Tiempo hasta el inicio de tratamiento desde la primera consulta.

Se excluyeron del análisis los casos en los que no se tenía información de ambas fechas, la de ingreso a la cohorte y la de diagnóstico / tratamiento. Para el análisis descriptivo de las demoras se estimó la mediana de tiempo transcurrido entre la fecha de la primera consulta y el momento del desenlace (fecha de diagnóstico o fecha de inicio del tratamiento). Este tiempo fue utilizado para construir el denominador requerido para estimar las tasas de incidencia de diagnóstico y de tratamiento, presentadas en términos de 100 mujeres-mes.

Se compararon las tasas de incidencia de diagnóstico y de tratamiento entre las categorías de las variables de interés (edad, nivel educativo, tipo de seguridad social, estrato socioeconómico, motivo de consulta, estadio del tumor y demora para la primera consulta); para esto se estimaron las funciones de supervivencia por el método de Kaplan-Meier y la significación de las diferencias se estableció en los análisis bivariados con la prueba de rangos logarítmicos. Para fines de comparación, en los cuadros la primera categoría se tomó como estrato de referencia.

Para evaluar la relación entre las variables de interés y el tiempo transcurrido hasta el diagnóstico o tratamiento se estimaron las razones de peligro (Hazard ratio en inglés) ajustadas por la presencia de múltiples covariables, junto con sus intervalos de confianza a 95%. Para esto se desarrollaron dos modelos de riesgos proporcionales de Cox, uno para cada desenlace de interés (diagnóstico, tratamiento). El análisis del supuesto de proporcionalidad se efectuó con gráficos Log-Log para las variables en el modelo.

Resultados

Se identificaron 1 240 mujeres con cáncer de mama en tratamiento y se incluyeron 1 106 mujeres. De éstas, la ausencia de información de fechas en la historia clínica determinó que las cohortes diagnóstica y de tratamiento quedaran con 852 y 832 pacientes, respectivamente.

En 81.3% de las mujeres, la primera consulta se originó por un síntoma y en 8.5% el cáncer se detectó como parte de una prueba de tamizaje. La mayoría de las mujeres pertenecía al régimen contributivo (67%), el estadio clínico al momento del diagnóstico fue localmente avanzado en 57.1 por ciento. Mayor información sobre las instituciones y las mujeres se encuentra en publicaciones anteriores.^{24,25}

Las características de las mujeres que conformaron ambas cohortes y aquellas donde no se encontró información de fechas de desenlace fueron muy similares. Sin embargo, en éstas hubo una mayor proporción de mujeres con educación primaria, no afiliadas al sistema y sin información sobre estadio clínico (cuadro I).

Desenlace diagnóstico

La mediana de tiempo desde la primera consulta (mediana) y el diagnóstico fue de 91 días (IC95%:82-97 días; rango: 0,2-2.138) y la tasa de incidencia del diagnóstico fue de 20.5 diagnósticos por 100 mujeres-mes.

El 30% de las mujeres manifestó que consultaron dos o más veces por el síntoma principal antes de iniciar los exámenes diagnósticos. En 49.5% de las mujeres el diagnóstico se hizo en un tiempo de tres meses o menos, en 26.1% se demoró entre 3 y 6 meses y en 24.4 % se demoró más de seis meses.

En el análisis bivariado se encontraron diferencias significativas en las tasas de incidencia de diagnóstico de acuerdo con el nivel educativo, la seguridad social, el estrato socioeconómico y las razones para la consulta. El diagnóstico se hizo más rápido en las mujeres con mayor educación (universitaria y posgrado), en aquellas afiliadas al régimen especial de salud y al régimen contributivo, en el estrato socioeconómico más alto y en sospecha por tamizaje. No se observaron diferencias significativas en las tasas de diagnóstico según edad, estadio clínico, ni demora mayor a tres meses para la primera consulta en pacientes sintomáticas. Entre las sintomáticas tampoco hubo diferencias por tipo de síntoma (masa *versus* otros síntomas). El análisis de riesgos proporcionales de Cox mostró diferencias significativas en el tiempo hasta el diagnóstico según estrato y demora en la primera consulta: las mujeres de estratos altos y aquellas que se demoraron para la primera consulta se diagnosticaron en menor tiempo (cuadro II).

Desenlace inicio de tratamiento

El tiempo desde la primera consulta (mediana) hasta el tratamiento fue de 137 días (IC95%:127-147 días; rango: 6 a 2.147). La tasa de inicio de tratamiento fue 15.5 por 100 mujeres-mes.

Cuadro I

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO POR COHORTE DE DESENLACE; MUJERES CON CÁNCER DE MAMA. BOGOTÁ, COLOMBIA, 2008

Características	Cohorte diagnóstico		Cohorte tratamiento		Sin información de fecha de desenlace	
	n	%	n	%	n	%
Total mujeres elegibles	852		832			
Edad en años						
Mediana	53.1		53.01		54.2	
Nivel educativo						
Primaria	282	33.1	274	32.9	102	40.2
Secundaria	309	36.3	302	36.3	78	30.7
Técnica	89	10.5	88	10.6	13	5.1
Universitaria	117	13.7	114	13.7	34	13.4
Postgrado	46	5.4	45	5.4	14	5.5
NS/NR	9	1.1	9	1.1	13	5.1
Seguridad social						
Régimen contributivo	567	66.2	554	66.6	170	68.8
Régimen subsidiado	137	16.1	135	16.2	35	14.2
Régimen especial	81	9.5	77	9.3	16	6.5
Sin afiliación	67	7.9	66	7.9	26	10.5
Estrato socioeconómico						
1	74	8.7	73	8.8	22	9.4
2	251	29.5	249	29.9	82	35.2
3	305	35.8	296	35.6	83	35.6
4	98	11.5	95	11.4	27	11.6
5	39	4.6	36	4.3	14	6.0
6	34	4.0	32	3.9	5	2.2
NS/NR	51	6.0	51	6.1		
Motivo de consulta						
Masa	561	65.9	546	65.6	162	63.8
Otros síntomas	130	15.3	128	15.4	46	18.1
Hallazgo incidental	90	10.6	88	10.6	23	9.1
Tamización	71	8.3	70	8.4	23	9.1
Estadio clínico						
In situ	19	2.2	19	2.3		
Temprano	251	29.5	246	29.6	75	29.5
Avanzado	503	59.0	493	59.3	129	50.8
Metastásico	36	4.2	33	4.0	14	5.5
Sin dato	43	5.1	41	4.9	36	14.2
Demora de la paciente*						
No	548	79.9	532	79.5	162	79.0
Sí	138	20.1	117	20.5	43	21.0

* Demora superior a tres meses para asistir a la consulta inicial

Cuadro II

TASAS DE INCIDENCIA DE DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA POR 100 MUJERES-MES, Y RAZONES DE PELIGRO (HR) SEGÚN VARIABLES DE INTERÉS. BOGOTÁ, COLOMBIA. 2008

Variables y categoría	TC x 100 mujeres/mes	IC 95%	HR ajustado	IC 95%
Edad en años				
<50	19.9	17.8 22.3	1	
50-65	20.5	18.5 22.7	1.1	0.9 1.3
>65	21.3	18.2 24.9	1.0	0.8 1.2
Nivel educativo*				
Primaria	18.3	16.3 20.6	1	
Secundaria	18.7	16.7 20.9	1.0	0.8 1.2
Técnica	25.6	20.8 31.5	1.1	0.8 1.4
Universitaria	26.9	22.4 32.2	1.0	0.8 1.3
Postgrado	33.9	25.4 45.3	1.3	0.9 1.8
Seguridad social*				
Régimen subsidiado	16.6	14.0 19.6	1	
Régimen contributivo	22.0	20.3 23.9	1.0	0.8 1.3
Régimen especial	26.1	21.0 32.4	1.1	0.8 1.4
Sin afiliación	15.4	12.1 19.6	0.9	0.7 1.2
Estrato socioeconómico*				
1	16.9	13.4 21.2	1	
2	17.3	15.3 19.5	1.0	0.8 1.3
3	20.2	18.1 22.6	1.2	1.0 1.5
4	28.8	23.6 35.1	1.5	1.1 2.0
5	45.1	32.9 61.7	2.2	1.5 3.3
6	100.1	71.5 140.0	5.2	3.4 7.9
Motivo de consulta*				
Masa	19.8	18.2 21.5	1	
Otros síntomas	17.9	15.1 21.3	1.0	0.8 1.2
Hallazgo incidental	26.1	21.2 32.1	1.2	0.9 1.5
Tamización	28.9	22.9 36.5	1.1	0.8 1.5
Estadio clínico				
In situ	23.3	14.8 36.5	1	
Temprano	22.8	20.2 25.9	1.3	0.8 2.1
Localmente avanzado	19.0	17.4 20.7	1.3	0.8 2.0
Metastásico	17.4	12.4 24.5	1.1	0.6 2.0
Demora de la paciente[‡]				
No	19.3	17.7 21.0	1	
Sí	19.7	16.6 23.3	1.2	1.0 1.4

TC: tasa cruda;

* $p < 0.05$ log rank test

† demora superior a tres meses para asistir a la consulta inicial

El tiempo transcurrido entre la primera consulta y el inicio del tratamiento fue menor de tres meses en 30% de las pacientes; en 32.5% estuvo entre tres y seis meses y en 37% se demoró más de seis meses.

En el análisis bivariado se encontraron diferencias significativas en las tasas de inicio de tratamiento según el nivel educativo, la afiliación al sistema de seguridad social, el estrato socioeconómico y el motivo de consulta (cuadro III). A su vez, la probabilidad para iniciar tratamiento más rápidamente fue mayor para las mujeres de mayor nivel educativo (postgrado), del estrato 6 y con estadio clínico metastásico (cuadro III).

Discusión

El presente estudio mostró demoras en el diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama comparables con el informe de un estudio brasileño²⁷ pero que superan ampliamente las cifras reportadas por estudios en países como Alemania y Canadá.^{12,20}

A pesar de que la gran mayoría de las mujeres habían sido diagnosticadas a partir de síntomas²⁴ no se observaron diferencias en las demoras diagnóstica ni de tratamiento por tipo de síntoma, hallazgo que sí ha sido descrito en otros estudios, donde los síntomas diferentes a masa se asocian con una mayor demora.⁸

Las mujeres cuyo cáncer se detectó por tamizaje tuvieron mayor probabilidad de un diagnóstico y tratamiento oportuno, comparadas con las mujeres sintomáticas, lo que también ha sido reportado.²⁸ En nuestro medio, donde el tamizaje con mamografía no se ofrece de manera amplia a la población, aquellas mujeres que se la pueden practicar tienen también mayores posibilidades de demandar oportunidad en los procesos, por tener mejores condiciones socioeconómicas que les permiten mayor acceso a exámenes diagnósticos.

La mayor demora fue para el diagnóstico, hallazgo similar al de otros estudios.²⁷ Cerca de un tercio de las mujeres manifestó que fueron necesarias dos o más consultas por los síntomas iniciales, lo que podría estar relacionado con el desconocimiento del médico que tiene el primer contacto con la paciente, como se estableció en Canadá.²⁹ En Estados Unidos, la causa más frecuentemente aducida en los litigios por demoras en cáncer de mama es que la anamnesis o los hallazgos iniciales al examen no eran significativos para los médicos.¹⁸ En nuestro medio, prácticamente ninguna escuela de medicina tiene cátedra de cáncer, a lo que se suman tasas de prevalencia intermedia para cáncer de mama,¹ factores que hacen más difícil que un médico general, puerta de entrada al sistema, sospeche este diagnóstico y sepa cómo orientarlo adecuadamente.

Cuadro III**TASAS DE INCIDENCIA DE TRATAMIENTO DE CÁNCER DE MAMA POR 100 MUJERES-MES, Y RAZONES DE PELIGRO SEGÚN VARIABLES DE INTERÉS. BOGOTÁ, COLOMBIA, 2008.**

Variables y categoría	TC x 100 mujeres/mes	IC 95%	HR ajustado	IC 95%
Edad en años				
<50	15.5	13.8 17.3	1	
50-65	15.7	14.2 17.4	1.1	0.9 1.2
>65	15.1	12.9 17.6	1.0	0.8 1.2
Nivel educativo*				
Primaria	13.2	11.8 14.9	1	
Secundaria	14.7	13.1 16.4	1.1	0.9 1.3
Técnica	19.4	15.7 23.9	1.2	0.9 1.6
Universitaria	20.2	16.8 24.3	1.1	0.8 1.5
Postgrado	25.3	18.9 33.9	1.5	1.0 2.1
Seguridad social*				
Régimen subsidiado	12.7	10.7 15.0	1	
Régimen contributivo	16.5	15.2 18.0	1.1	0.9 1.3
Régimen especial	20.7	16.5 25.8	1.2	0.9 1.7
Sin afiliación	11.3	8.9 14.4	0.9	0.6 1.2
Estrato socioeconómico*				
1	13.7	10.9 17.2	1	
2	13.2	11.7 15.0	1.0	0.8 1.2
3	15.2	13.6 17.0	1.1	0.9 1.4
4	20.6	16.9 25.2	1	1.0 1.8
5	28.9	20.9 40.1	1.9	1.3 2.9
6	60.6	42.8 85.6	5.8	3.7 9.0
Motivo de consulta*				
Masa	14.8	13.7 16.1	1.0	
Otros síntomas	14.1	11.8 16.7	1.0	0.8 1.2
Hallazgo incidental	19.4	15.8 23.9	1.2	0.9 1.5
Tamización	21.2	16.8 26.8	1	0.9 1.5
Estadio clínico				
In situ	17.5	11.2 27.5	1	
Temprano	17.4	15.3 19.7	1.3	0.8 2.1
Localmente avanzado	14.4	13.2 15.7	1.2	0.7 1.9
Metastásico	14.5	10.3 20.3	1.2	0.7 2.1
Demora de la paciente†				
No	14.9	13.7 16.2	1	1.0 3.1
Sí	14.0	11.9 16.6	1.1	0.9 1.3

TC: tasa cruda;

* $p < 0.05$ log rank test

† demora superior a tres meses para asistir a la consulta inicial

Otra razón que podría explicar la demora diagnóstica está relacionada con la oferta de equipos de mamografía y de radiólogos entrenados. Aunque se carece de información al respecto en nuestro medio, en lugares donde se han implementado estrategias organizadas de tamizaje los tiempos de espera han aumentado debido a la gran cantidad de estudios diagnósticos solicitados que superan la capacidad de respuesta.¹² En la organización del sistema de salud colombiano, se asegura la disponibilidad de la oferta, pero no se contemplan tiempos mínimos. Adicionalmente, la mamografía diagnóstica y la realización de exámenes de extensión requieren de autorizaciones administrativas, lo que incrementa los tiempos.

Ahora bien, las demoras para un diagnóstico definitivo ante una sospecha pueden deberse también a las mujeres. Los resultados previos de este estudio indican que la principal causa de demora para consultar es que las mujeres no percibían que el síntoma fuera importante.²⁴ Esto, aunado a motivos de índole psicológica y de escaso apoyo social para completar los exámenes necesarios puede generar demora diagnóstica, como se ha establecido en otros estudios.³⁰⁻³³

Se encontró relación de las demoras (diagnóstica y terapéutica) con el nivel educativo, el tipo de afiliación al sistema de salud y el estrato socioeconómico. Esto coincide parcialmente con otros estudios³⁴ y con los resultados previos, donde los estadios clínicos tempranos fueron más frecuentes en mujeres con mayor educación y afiliadas al régimen contributivo.²⁵ Las mujeres del régimen subsidiado tuvieron las mayores demoras en el tratamiento, incluso superior a las de mujeres sin afiliación. Esto indicaría un exceso de trámites administrativos o una insuficiencia en la red de prestadores del régimen subsidiado, sumado al hecho de que el estrato socioeconómico sea la variable que mejor predice las demoras. Como en otro estudio colombiano, se evidenció una gran inequidad en el sistema,²³ que contrasta con información del Reino Unido, donde no se encontraron diferencias por clase social, etnia ni educación en las remisiones de mujeres con síntomas de cáncer mamario.³⁵

Los resultados obtenidos son preocupantes, particularmente si se considera que el estudio fue realizado en la ciudad capital, donde cabe esperar un mejor acceso a los servicios médicos. Se requiere establecer acciones en distintos niveles y compromisos claros para reducir los tiempos ante una mujer con sospecha de cáncer de mama. La oportunidad en el diagnóstico y el tratamiento deberían resolverse incluso antes de considerar la implementación de estrategias poblacionales de tamizaje.³⁶

Algunas de las limitaciones del presente estudio fueron mencionadas previamente;²⁴ sin embargo, este

componente pudo haber ocurrido en otras limitaciones que vale la pena mencionar. Por un lado, el número de casos excluidos del análisis por ausencia de información sobre fechas en sus expedientes fue importante e indica una mala calidad de la historia clínica. Adicionalmente fue mayor entre mujeres de condiciones socioeconómicas más bajas, lo que podría afectar el análisis de las inequidades.

Por otra parte, la metodología utilizada para establecer las fechas donde la fecha de primera consulta fue autorreportada, mientras que las fechas de diagnóstico y tratamiento se extrajeron de la historia clínica, podría sobreestimar los tiempos por sesgos de recordación de la mujer en relación con la primera consulta.

Finalmente, la definición de la fecha de diagnóstico, que incluyó la valoración de estadificación clínica, podría incrementar el tiempo, a pesar de ser el momento en que se comunica el diagnóstico y se toma la decisión terapéutica.

Agradecimientos

Agradecemos de manera muy especial a las mujeres participantes, a cada una de las instituciones y a los doctores Germán Barbosa, Diana Cuenca, Gabriel Castellanos, Gustavo Martínez, Martha Patricia Ospino y Oscar Gamboa.

Este proyecto se financió con recursos de inversión de la nación que maneja el Instituto Nacional de Cancerología.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin D. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 10, 459. [Internet]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr> 2010
2. Berry DA, Cronin KA, Plevritis SK, Fryback DG, Clarke L, Zelen M, et al. Effect of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer. *N Engl J Med* 2005;27:353(17):1784-1792.
3. Kalager M, Zelen M, Langmark F, Adami HO. Effect of screening mammography on breast-cancer mortality in Norway. *N Engl J Med* 2010;23:363(13):1203-1210.
4. Lozano-Ascencio R, Gomez-Dantes H, Lewis S, Torres-Sánchez L, Lopez-Carrillo L. Breast cancer trends in Latin America and the Caribbean. *Salud Pública Mex* 2009;51 Suppl 2:s147-56:s147-s156.
5. Piñeros M, Hernandez G, Bray F. Increasing mortality rates of common malignancies in Colombia: an emerging problem. *Cancer* 2004;15;101(10):2285-2292.
6. Piñeros M, Pardo C, Gamboa O, Hernández G. Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia. Bogotá, DC: Instituto Nacional de Cancerología ESE/ Instituto Geográfico Agustín Codazzi (IGAC), 2010.
7. Burgess CC, Ramirez AJ, Richards MA, Love SB. Who and what influences delayed presentation in breast cancer? *Br J Cancer* 1998;77(8):1343-1348.
8. Ramirez AJ, Westcombe AM, Burgess CC, Sutton S, Littlejohns P, Richards MA. Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. *Lancet* 1999;3:353(9159):1127-1131.
9. Coleman MP, Quaresma M, Berrino F, Lutz JM, De AR, Capocaccia R, et al. Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *Lancet Oncol* 2008;9(8):730-756.
10. Unger-Saldaña K, Infante-Castaneda C. Delay of medical care for symptomatic breast cancer: A literature review. *Salud Pública Mex* 2009;51 (Supp. 2):270-285.
11. Ministerio de Salud. Guía Clínica Cáncer de mama en personas de 15 años y más. 1a ed. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, 2009.
12. Mayo NE, Scott SC, Shen N, Hanley J, Goldberg MS, MacDonald N. Waiting time for breast cancer surgery in Quebec. *CMAJ* 2001;17:164(8):1133-1138.
13. Barber MD, Jack W, Dixon JM. Diagnostic delay in breast cancer. *Br J Surg* 2004;91(1):49-53.
14. Dang-Tan T, Franco EL. Diagnosis delays in childhood cancer: a review. *Cancer* 2007;110(4):703-713.
15. Facione NC, Miaskowski C, Dodd MJ, Paul SM. The self-reported likelihood of patient delay in breast cancer: new thoughts for early detection. *Prev Med* 2002;34(4):397-407.
16. Afzelius P, Zedeler K, Sommer H, Mouridsen HT, Blichert-Toft M. Patient's and doctor's delay in primary breast cancer. Prognostic implications. *Acta Oncol* 1994;33(4):345-351.
17. Arndt V, Sturmer T, Stegmaier C, Ziegler H, Dhom G, Brenner H. Patient delay and stage of diagnosis among breast cancer patients in Germany -- a population based study. *Br J Cancer* 2002;8:86(7):1034-1040.
18. Tartter PI, Pace D, Frost M, Bernstein JL. Delay in diagnosis of breast cancer. *Ann Surg* 1999;229(1):91-96.
19. Goodson WH, Moore DH. Causes of physician delay in the diagnosis of breast cancer. *Arch Intern Med* 2002;24:162(12):1343-1348.
20. Arndt V, Sturmer T, Stegmaier C, Ziegler H, Becker A, Brenner H. Provider delay among patients with breast cancer in Germany: a population-based study. *J Clin Oncol* 2003;15:21(8):1440-1446.
21. Robertson R, Campbell NC, Smith S, Donnan PT, Sullivan F, Duffy R, et al. Factors influencing time from presentation to treatment of colorectal and breast cancer in urban and rural areas. *Br J Cancer* 2004;19:90(8):1479-1485.
22. Bigby J, Holmes MD. Disparities across the breast cancer continuum. *Cancer Causes Control* 2005;16(1):35-44.
23. Velasquez-De Charry LC, Carrasquilla G, Roca-Garavito S. Equity in access to treatment for breast cancer in Colombia. *Salud Pública Mex* 2009;51 Suppl 2:s246-s253.
24. Piñeros M, Sanchez R, Cendales R, Perry F, Ocampo R. Patient delay among Colombian women with breast cancer. *Salud Pública Mex* 2009;51(5):372-380.
25. Piñeros M, Sánchez R, Cendales R, Perry F, Ocampo R, García OA. Características sociodemográficas, clínicas y de la atención de mujeres con cáncer de mama en Bogotá. *Rev Col Cancerol* 2008;12(4):181-190.
26. UICC International Union Against Cancer. TNM Classification of Malignant Tumours. Sixth ed. USA: John Wiley & Sons, 2002.
27. Trufelli DC, Miranda VC, Santos MB, Fraile NM, Pecoroni PG, Gonzaga SF, et al. Analysis of delays in diagnosis and treatment of breast cancer patients at a public hospital. *Rev Assoc Med Bras* 2008;54(1):72-76.
28. Crispo A, Montella M, Barba M, Schittulli F, De Marco MR, Grimaldi M, et al. Association between mode of breast cancer detection and diagnosis delay. *Breast* 2009;18(6):382-386.
29. Macleod U, Mitchell ED, Burgess C, Macdonald S, Ramirez AJ. Risk factors for delayed presentation and referral of symptomatic cancer: evidence for common cancers. *Br J Cancer* 2009;101 Suppl 2:S92-S101: S92-S101.

30. Angus J, Pazsat L, McKeever P, Trebilcock A, Shivji F, Edwards B. Pathways to breast cancer diagnosis and treatment: exploring the social relations of diagnostic delays. *Texto Contexto Enferm* 2007;16(4):591-598.
31. Caplan LS, Helzlsouer KJ, Shapiro S, Wesley MN, Edwards BK. Reasons for delay in breast cancer diagnosis. *Prev Med* 1996;25(2):218-224.
32. Charry LC, Carrasquilla G, Roca S. Equity regarding early breast cancer screening according to health insurance status in Colombia. *Rev Salud Pública (Bogotá)* 2008;10(4):571-582.
33. Taplin SH, Ichikawa L, Yood MU, Manos MM, Geiger AM, Weinmann S, et al. Reason for late-stage breast cancer: absence of screening or detection, or breakdown in follow-up? *J Natl Cancer Inst* 2004;20;96(20):1518-1527.
34. Aziz Z, Iqbal J, Akram M. Effect of social class disparities on disease stage, quality of treatment and survival outcomes in breast cancer patients from developing countries. *Breast J* 2008;14(4):372-375.
35. Nosarti C, Crayford T, Roberts JV, Elias E, McKenzie K, David AS. Delay in presentation of symptomatic referrals to a breast clinic: patient and system factors. *Br J Cancer* 2000;82(3):742-748.
36. Anderson BO, Braun S, Lim S, Smith RA, Taplin S, Thomas DB. Early detection of breast cancer in countries with limited resources. *Breast J* 2003;9 Suppl 2:S51-S59.