

**FACTORES RELACIONADOS CON LAS TRES DEMORAS QUE INFLUYEN EN
EL DIAGNOSTICO TARDIO DEL CÁNCER DE MAMA EN LAS MUJERES
ATENDIDAS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD DE POPAYÁN
PERIODO 2007-2011**

**NANCY MILENA CAMPO ALEGRÍA
ANTONIO MUÑOZ MUÑOZ
MARÍA ANTONELA PARRA HURTADO
SANDRA MILENA REYES CORREA**



**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ENFERMERÍA
POPAYÁN
2013**

**FACTORES RELACIONADOS CON LAS TRES DEMORAS QUE INFLUYEN EN
EL DIAGNÓSTICO TARDÍO DEL CÁNCER DE MAMA EN LAS MUJERES
ATENDIDAS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD DE POPAYÁN
PERIODO 2007-2011**

**NANCY MILENA CAMPO ALEGRÍA
ANTONIO MUÑOZ MUÑOZ
MARÍA ANTONELA PARRA HURTADO
SANDRA MILENA REYES CORREA**

Asesora: CARMEN DAZA CORDOBA
Mag. en Epidemiología

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ENFERMERÍA
POPAYÁN
2013**

Nota de Aceptación

Firma del Presidente de jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darnos la oportunidad de vivir y por estar con nosotros en cada paso que damos, por fortalecer nuestro corazón e iluminar nuestra mente y por haber puesto en nuestro camino a aquellas personas que han sido soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A Carmen Ofelia Daza Córdoba. Enfermera, Especialista en Epidemiología. Asesora de este trabajo quien aportó su conocimiento, porque sin ella el trabajo no hubiera sido el mismo.

Los autores agradecemos de manera muy especial a la Universidad del Cauca, por darnos la oportunidad de formarnos como profesionales en tan prestigiosa institución.

Los autores agradecen también la valiosa colaboración y disposición de las mujeres que participaron en el estudio.

A cada una de las distintas instituciones que abrieron sus puertas, Hospital Universitario San José, Hospital Susana López de Valencia, Clínica la Estancia de Popayán y a la Compañía de Patólogos del Cauca por su participación y asistencia en el desarrollo de esta investigación.

CONTENIDO

	pág.
1. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO	12
1.1 ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.2 MARCO TEÓRICO	16
1.2.1 Teoría de las tres demoras	17
1.2.2 Metodología de la ruta – camino a la vida supervivencia.	19
1.2.3 Cáncer de mama	22
1.3 ESTADO DEL ARTE	22
2. OBJETIVOS	24
2.1 OBJETIVO GENERAL	24
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
3. METODOLOGÍA	25
3.1 TIPO DE ESTUDIO	25
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	25
3.2.1 Criterios de inclusión	25
3.2.2 Criterios de exclusión	25
3.3 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	25
3.3.1. Contactos institucionales y socialización del proyecto	31
3.3.2. Diseño y prueba del instrumento	31
3.3.3. Selección, capacitación y supervisión del personal de campo	31
3.3.4. Recolección y manejo de los datos	31
4. ASPECTOS ÉTICOS	32
4.1 BENEFICIENCIA	32
4.2 AUTONOMIA	32
4.3 NO MALEFICIENCIA	33

	pág.
4.4 JUSTICIA	33
5. RESULTADOS	34
5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	37
5.2 CARACTERIZACIÓN DE LAS DEMORAS	39
5.2.1 Primera Demora	40
5.2.2 Segunda Demora	42
5.2.3 Tercera Demora	44
6. DISCUSIÓN	50
7. CONCLUSIONES	56
8. RECOMENDACIONES	57
BIBLIOGRAFÍA	58
ANEXOS	64

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Definición y operacionalización de variables	26
Cuadro 2. Casos Cáncer de mama. Popayán 2007-2011	34
Cuadro 3. Distribución de cáncer de mama según edad al momento del diagnóstico. Compañía de Patólogos del Cauca. Popayán 2007-2011	35
Cuadro 4. Distribución de método diagnóstico cáncer de mama. Compañía de Patólogos del cauca. Popayán 2007-2011	35
Cuadro 5. Frecuencia de localización de cáncer de mama. Compañía de Patólogos del Cauca. Popayán 2007-2011.	36
Cuadro 6. Frecuencia de tipo histológico de cáncer de mama. Compañía de Patólogos del Cauca. Popayán 2007 – 2011	36
Cuadro 7. Distribución porcentual de Instituciones de Salud de la ciudad de Popayán que participaron en el estudio.	37
Cuadro 8. Distribución porcentual características sociodemográficas de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama 2007-2011	38
Cuadro 9. Frecuencia en que se presentaron las tres demoras	39
Cuadro 10. Combinación de frecuencia con que se presentaron las tres demoras.	40
Cuadro 11. Distribución porcentual de signos y síntomas identificados por las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama entre 2007-2011	41
Cuadro 12. Distribución porcentual de diferencia en tiempo en meses entre inicio de síntomas y primera consulta de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama entre el 2007-2011. Primera Demora.	41

	Pág.
Cuadro 13. Distribución porcentual de la impresión diagnóstica del médico general. 2007-2011. Primera Demora.	42
Cuadro 14. Distribución porcentual de la procedencia de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama entre 2004-2011. Segunda Demora.	42
Cuadro 15. Frecuencia con que se presentaron las barreras en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama entre 2004-2011. Segunda Demora.	43
Cuadro 16. Combinación de frecuencia con que se presentaron las barreras en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama entre 2004-2011. Segunda Demora.	44
Cuadro 17. Distribución porcentual según conducta del médico en la primera consulta a las mujeres que fueron diagnosticadas con cáncer de mama entre 2007 – 2011. Tercera Demora.	44
Cuadro 18. Distribución porcentual según especialidad a la que fueron remitidas las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama entre 2007-2011. Tercera Demora.	45
Cuadro 19. Distribución porcentual especialidad con la que tuvieron la primera consulta las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama entre 2007-2011. Tercera Demora.	46
Cuadro 20. Distribución porcentual de la conducta del especialista en la primera consulta que tuvieron las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama entre 2007-2011. Tercera Demora.	46
Cuadro 21. Distribución porcentual de la diferencia de tiempo en meses desde la consulta con el especialista y la conducta realizada a las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama entre 2004 y 2011	47
Cuadro 22. Distribución porcentual del estadio en que se diagnosticaron las mujeres con cáncer mama entre 2007-2011. Tercera Demora.	48
Cuadro 23. Distribución porcentual del estado actual de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama entre 2007-2011. Tercera Demora.	48

Cuadro 24. Distribución porcentual del diagnóstico histopatológico.	Pág. 49
Cuadro 25. Relación entre tiempo de consulta y estadio en que se diagnostica a las mujeres durante el periodo de estudio	49

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Instrumento	64
Anexo B. Consentimiento informado	70
Anexo C. Aspectos Administrativos	73

RESUMEN

FACTORES RELACIONADOS CON LAS TRES DEMORAS QUE INFLUYEN EN EL DIAGNOSTICO TARDÍO DEL CÁNCER DE MAMA EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN INSTITUCIONES DE SALUD DE POPAYÁN. PERÍODO 2007-2011

En Colombia y en el Cauca el diagnóstico de cáncer de mama se hace en estadios tardíos. La evidencia científica demuestra que si el cáncer de mama se diagnostica en estadios tempranos la supervivencia es mayor, el presente estudio adaptó el modelo de las TRES DEMORAS que permite identificar las fallas en la atención de las mujeres con cáncer de mama y establece que no es suficiente que los servicios de salud funcionen eficientemente ya que las mujeres enfrentan barreras para acceder a ellos y utilizarlos.

Objetivo: determinar los factores relacionados con las tres demoras que influyen en el diagnóstico tardío cáncer de mama en las mujeres de Popayán en el periodo 2007 a 2011.

Metodología: estudio descriptivo, se revisaron 337 registros de patología de cáncer de mama, en la Compañía de Patólogos del Cauca y 142 historias clínicas encontradas en: Hospital universitario San José, Hospital Susana López de Valencia y Clínica la Estancia, de las cuales 121 cumplieron con los requisitos de inclusión.

Resultados: de 121 pacientes, 77 presentaron la Primera Demora, 71 presentaron la Segunda Demora y 80 presentaron la Tercera Demora. La no identificación de los síntomas fue el factor relacionado con la Primera Demora, factores económicos y de inaccesibilidad geográfica influyeron para que se presentara la Segunda Demora y estar afiliadas en su mayoría al régimen subsidiado, trámites administrativos para acceder a la consulta médica, toma de pruebas diagnósticas y el tratamiento hace que se presente la Tercera Demora.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

FACTORES RELACIONADOS CON LAS TRES DEMORAS QUE INFLUYEN EN EL DIAGNOSTICO TARDIO DEL CANCER DE MAMA EN LAS MUJERES ATENDIDAS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD DE POPAYAN, PERIODO 2007 – 2011.

1.1 ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el mundo, el 1% de la carga de la enfermedad en las mujeres se relaciona con el cáncer de mama y varía de 3.2% en los países desarrollados a 0.4% en desarrollo¹ constituyéndose en una enfermedad de interés en salud pública².

En América Latina, los años de vida saludable (AVISA) perdidos debidos al cáncer mama ascienden a 615 000, lo cual representa 1.4% del total de AVISA por todas las causas y una tasa de 221 por 100 000 mujeres (3,4). En Estados Unidos y Canadá, se pierden 673 000 AVISA (3%) del total y una tasa de 410 por 100 000 mujeres. El riesgo de perder un año por muerte prematura por cáncer de mama es 1.4 veces mayor para las mujeres de Norteamérica que corresponde al 84% del estudio mundial de supervivencia a 5 años, comparado con el 65% de Brasil y Eslovaquia³⁻⁴.

Los factores de riesgo han sido estudiados, entre los que se encuentran: antecedente de historia familiar de cáncer de mama con un OR de 5,67 (IC: 3,40 - 9,53)⁵, representa el 4-5% del total de los casos, antecedentes de patología

¹ CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES. Cáncer de mama. Factores de riesgo. Atlanta (USA): Board; 2000. [en línea]. Disponible en: http://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/risk_factors.htm [consulta Noviembre 12, 2011]

² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Cáncer de mama: Prevención y Control. Ginebra: HINARI. [en línea] Disponible en <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index.html> [consulta Noviembre 10, 2011].

³ LOZANO A. R.; GÓMEZ D. H.; LEWIS S.; TORRES, S.L. y, LÓPEZ C. L. Tendencias del cáncer de mama en América Latina y el Caribe. Scielo 2009; vol.51 supl.2. [en línea] Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800004 [consultado Septiembre 16, 2011].

⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. International Agency for Research on Cancer. Washington, D.C. HINARI. 2000 [en línea] Disponible en: <http://www.iarc.fr> [consulta Octubre 10, 2011].

⁵ HERNÁNDEZ, D.; BORGES. R., MÁRQUEZ, G., BETANCOURT, L. Factores de riesgo conocidos para cáncer de mama pacientes con cáncer, patología benigna, no patología. Scielo 2010, vol.22, n.1, pp. 16-31. [en línea] Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-05822010000100003&script=sci_abstract [consulta 2011 Octubre 10]

benigna mamaria (PBM) con un OR de 14,13 (IC: 5,41- 40,17) ; antecedentes de cáncer de ovario OR de 8,01 (IC 4,18- 15,65)⁶, menarquía con un OR de 1.5 (IC: 1.1-1.9)⁷, la terapia hormonal de reemplazo con un RR de 1-1,4, la obesidad con un OR de 7,38 (IC: 2,66 - 20,85) (8), nuliparidad con un OR de 2,95 (IC 1,62 - 5,42)⁸, menopausia a los 47 años con un OR de 3.12(IC: 1.02-9.60)⁹, el uso de anticonceptivos orales con un 1,19 (IC:1,09-1,29)¹⁰ y la edad con un OR de 3,84 (IC: 1,42-10,91) entre otros.

El cáncer de mama aumenta su incidencia a mayor edad, así en EEUU las mujeres entre 35 a 55 años presentan la mayor incidencia¹¹, en América Latina, estos grupos de edades se hacen cada vez mayores por diferentes factores como la misma edad y el diagnóstico tardío. La distribución geográfica de la mortalidad muestra un mayor riesgo en las capitales departamentales, lo que se puede relacionar con mayores niveles de urbanización, menor fecundidad y mayor sedentarismo. En Colombia la edad promedio de incidencia de cáncer de mama se encuentra entre 45 y 59 años¹².

En Colombia, se reportan cada año 7000 casos nuevos de cáncer de mama, para el año 2010, la tasa de incidencia fue de 31.2%, por 100 mil mujeres y la tasa de mortalidad en el 2009 fue 9.6 %¹³. En el Cauca, la tasa de incidencia del cáncer para el 2006, fue del 18% (112) por 100 mil habitantes seguido del cáncer de cuello uterino. En Popayán, en el periodo de 1996 y 2003, se diagnosticaron en promedio 57 casos, de los cuales el 69.9% (260), son ductal infiltrante y 9.7% (36), son lobulillar infiltrante lo cual indica un retraso en la detección del cáncer de mama en estadios tempranos¹⁴. Durante los últimos 8 años la mortalidad por cáncer de mama ha ido en aumento, en el 2000 fue de 7.5 (1529), en 2008 fue de 9.1 (2052)¹⁵.

⁶ Ibid, 16-31.

⁷ WORK-LIFE NEWSBRIEF AND TREND REPORT. Cancer will pass heart disease as #1 killer. 2009: p. 1-1.

⁸ HERNÁNDEZ, D.; BORGES. R., MÁRQUEZ, G., BETANCOURT, L. Op.cit. p. 16-31.

⁹ Ibid. p.16-31

¹⁰ STRAYER, D.A. and T. Schub, Cancer de mama. En: CINAHL Nursing Guide. Cinalh Information Systems: Glendale, California: Pravikoff, 2008 p.

¹¹ CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES. Op.cit.

¹² COLOMBIA. PROFAMILIA Encuesta Nacional de Demografía y Salud- ENDS. [en línea Bogotá: Diario Portafolio; 2007. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-15.pdf>. [consulta Octubre 10, 2011].

¹³ Ibid.

¹⁴ RESTREPO, M. V.; DAZA, C., Características Histopatológicas del cáncer de mama. Compañía de Patólogos del Cauca. Hospital Universitario San José Popayán. Ciencias de la Salud. Popayán; 2007. Vol 9(2):1-11.

¹⁵ PEREZ, Fidalgo. Breast cancer metastases in the iris: Does treatment modifies natural history of the illness?. Anales de Medicina Interna, 2008. 25(4): p. 178-180.

En el 2011, en Estados Unidos se diagnosticaron 230.480 mujeres con cáncer de mama invasivo y 57.650 mujeres con cáncer de mama in situ¹⁶. De acuerdo con los informes del Instituto Nacional de Cancerología (INC), en Colombia en el año 2007; 76.8% mujeres que consultaron se encontraban en estadios localmente avanzados y diseminados (III y IV), 13.3% estaban en estadios localizados (II) y 4.8% en estadios tempranos (In Situ y I), a diferencia de países industrializados donde se detecta en estadios tempranos¹⁷. Este diagnóstico se mantiene tardío en Colombia, ya que a través del examen clínico solo se detectan tumores mayores a 2 cm, lo cual automáticamente ubica a la mujer en estadio avanzado¹⁸.

Se ha observado que la sobrevida a cinco años es de 97%, si el cáncer se encuentra localizado, si se ha diseminado a los ganglios linfáticos regionales es 79%; si es a un sitio distante es del 23%¹⁹. El pronóstico de cáncer de mama es mejor en los países desarrollados que en desarrollo. En los Estados Unidos en el año 2010, el programa NBCCEDP (National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program) seleccionó 325.291 mujeres por cáncer de mama con mamografía y encontró 5.530 presentan cáncer de mama, además la reducción de la tasa de mortalidad del cáncer de mama fue de un 20%²⁰. A nivel mundial la tasa de mortalidad para el cáncer de mama es 36%; para los países en desarrollo es 43% y para los desarrollados es 30%²¹.

De acuerdo con la historia natural de la enfermedad, se ha calculado que la evolución de un tumor puede ser de hasta 9 años, para que sea visible en la mamografía (0.5 cm) y diez años para llegar a 1 un centímetro y ser clínicamente detectable²². Por tal motivo el objetivo a seguir es detectarlo en sus primeras etapas antes que empiece a causar los síntomas y pueda ser tratado con éxito; para lograr este objetivo, se han planteado estrategias combinadas como “el triple test” el cual está compuesto por: el autoexamen de mama, el examen clínico y la mamografía²³.

¹⁶ ALCALDÍA SANTIAGO DE CALI. Secretaria de Salud de Cali. Boletín cáncer de mama. [en línea] Cali: 2002. Disponible en: http://www.Calisaludable.cali.gov.co/saludPublica/.../boletin_cancer_mama.pdf [consulta Septiembre 16, 2011].

¹⁷ Ibid.

¹⁸ PEREZ, Fidalgo. Op.cit. p. 178-180.

¹⁹ HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE. Cáncer de mama. [en línea]. Medellín: UPB, 2003. Disponible en: www.hptu.org.co/hptu/images/stories/cancer_mama_colom.pdf [consulta Septiembre 16, 2011]

²⁰ COLOMBIA. PROFAMILIA. Op.cit.

²¹ RESTREPO, M. V.; DAZA, C.. Op.cit. p.1-11.

²² TAMIZAJE PARA LA DETECCIÓN DE CÁNCER de mama: Consenso de Recomendaciones del Grupo de Trabajo de los Servicios Preventivos de Estados Unidos. (Spanish). *En*: Revista del Climaterio. 13(78): p. 285-298.

²³ ROJAS, J.; HUAMANÍ, I.A. Historia de Obesidad como factor asociado al cáncer de mama en pacientes de un hospital público del Perú. *En*: Rev Perú Med. Exp. Salud Pública. [en línea]. 2009; vol. 26: 343-48.. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n3/a13v26n3.pdf> [consulta Octubre 11, 2011]

A nivel mundial, la implementación de programas de tamización (chequeo en mujeres asintomáticas) para cáncer de mama, ha mostrado efectividad en la reducción de la mortalidad, en los últimos años, en muchos países desarrollados²⁴.

Esto puede ser atribuible al efecto combinado entre los avances terapéuticos y los programas de tamización. Los programas implementados en Estados Unidos desde 1991, han ayudado a detectar a tiempo el cáncer de mama, a más de 3.7 millones de mujeres; se calcula que se han realizado 9.2 millones de exámenes de detección que han diagnosticado 44,885 casos de cáncer de mama²⁵.

En Estados Unidos, en 1990, el Congreso aprobó la Ley de Prevención de la Mortalidad por Cánceres de Mama y Cuello Uterino, con el objetivo de dar cubrimiento a las pruebas de diagnóstico y tratamiento²⁶. El programa ayuda a que las mujeres de bajos ingresos, sin seguro médico o con seguro médico limitado, obtengan un mayor acceso a las pruebas de detección y a los servicios de diagnóstico del cáncer de mama y cuello uterino. La mayoría de Estados, siguen las guías de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (1991) y cuentan con el apoyo económico para su implementación. Esta guía incluye examen clínico, mamografía, pruebas de diagnóstico, consultas quirúrgicas, remisiones y tratamiento.

El autoexamen ha sido evaluado como prueba única de tamización en grandes ensayos comunitarios sin mostrar impacto en términos de reducción de la mortalidad, por lo que no se recomienda como método de tamización único, su promoción debe darse como una forma de autoconocimiento, concientización y cuidado personal con el fin de apoyar el diagnóstico oportuno²⁷. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía (ENDS) 2010, en Colombia, 90 % de las mujeres conoce que es el autoexamen de mama, conocimiento que es mayor en las mujeres de la zona urbana, en las grandes ciudades y en las mujeres con mayor nivel educativo. 62 % mujeres se practica el autoexamen de mama, 47 % mujeres manifestó que le han hecho el examen clínico de mama; este porcentaje fue mayor en mujeres entre 50 y 69 años²⁸.

²⁴ TAMIZAJE PARA LA DETECCIÓN DE CÁNCER de mama: Consenso de Recomendaciones del Grupo de Trabajo de los Servicios Preventivos de Estados Unidos. Op.cit. p. 285-298.

²⁵ MARTÍNEZ R., S. Caracterización de los tiempos de atención y de mujeres con cáncer de mama que asistieron a un hospital de tercer nivel, 2005-2009. (Spanish). Characterization of service times and of women with breast cancer who attended in a hospital, 2005-2009. (English). 30(2): p. 183.

²⁶ CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES. Op.cit

²⁷ TAMIZAJE PARA LA DETECCIÓN DE CÁNCER de mama: Consenso de Recomendaciones del Grupo de Trabajo de los Servicios Preventivos de Estados Unidos. Op.cit. p.285-298.

²⁸ Ibid. p.285-298

En Colombia, a partir de la Ley 100 de 1993²⁹, se catalogó el cáncer de mama como enfermedad de interés en Salud Pública, posteriormente en la Resolución 412 del 2000³⁰; se establece la guía para la detección temprana. Estas actividades fueron modificadas por la resolución 3384 del 29 de Diciembre de 2000³¹, en la que se incluye como estrategia central para el control del cáncer, actividades de detección temprana del cáncer de mama, en mujeres mayores de 45 años, afiliadas al régimen contributivo y subsidiado, con periodicidad de una vez cada dos años, la toma de la mamografía de cuatro proyecciones, la toma y lectura de la biopsia. No obstante todos los programa y estrategias implementados para la detección temprana del cáncer de mama, se observa que en Colombia y en Popayán, el diagnostico se hace en estadios tardíos, por lo tanto en el presente estudio se pretende determinar cuáles factores relacionados con la institución, la persona y la prestación de servicios, influyen en esta situación para lo cual se adaptara la teoría de las tres demoras de Deborah Maine³².

¿Cuales factores relacionados con las tres demoras influyen en el diagnostico tardío del cáncer de mama en las mujeres atendidas en las instituciones de salud de Popayán, periodo 2007 – 2011?

1.2 MARCO TEÓRICO

La teoría de las tres demoras propuesta por Débora Maine, de la Universidad de Columbia³³, y adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas³⁴, se basa en el supuesto de que para reducir la mortalidad materna no es suficiente que los servicios de salud funcionen eficientemente ya que las mujeres enfrentan una serie de barreras para poder acceder a ellos y utilizarlos. De esta forma, a partir de tres preguntas simples, se trata de identificar cualquier factor que haya causado demoras pues

²⁹ MARTÍNEZ R., S. Op.cit. p. 183.

³⁰ VÉLEZ G. A., GALLEGOS, L.V.; POSADA, D. J. Modelo de análisis de la muerte materna: camino para la supervivencia. [en línea]. Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/libro1/modelodeanalisisdelamuertematerna.pdf> [consulta Octubre 25, 2011]

³¹ MARTÍNEZ R., S. Op.cit. p. 183.

³² MAINE, D.; AKALIN, M.Z.; WARD, V.M., KAMARA, A. Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna. [en línea]. Disponible en: <http://www.amddprogram.org/v1/resources/DesignEvalMM-SP.pdf> [consulta Abril 20, 2011].

³³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Guías para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna. [en línea]. Ginebra: HINARI. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index.html>. [Consultado Noviembre 10, 2011].

³⁴ MANRIQUE ABRIL, F.G., et al., Factores asociados a la práctica correcta del autoexamen de mama en mujeres de Tunja (Colombia). (Spanish). Factors associated to the correct practice of breast self-examination in women from Tunja (Colombia). (English). 30(1): p. 18-27.

cualquier situación que signifique un retraso para que la mujer reciba atención adecuada puede costarle la vida. El Modelo de las tres demoras propuesto es.

- ⊕ Primera Demora: hace referencia a la demora en la decisión de buscar ayuda.
- ⊕ Segunda Demora: retraso en llegar a la institución de atención.
- ⊕ Tercera Demora: demora en recibir el tratamiento adecuado en la institución.

La OPS, adoptó este modelo en la estrategia “el camino para la supervivencia a la muerte materna”, puesto que permite ir más allá del análisis de las causas médicas de muerte consignadas en la historia clínica y permite incluir también los factores sociales, culturales, económicos y del sistema de salud determinantes de la muerte.

Dado que en Colombia y en el Cauca, el diagnóstico de cáncer de mama, se hace en estadios tardíos³⁵⁻³⁶ y con base en la evidencia científica que demuestra que si el cáncer de mama se diagnostica en estadios tempranos la supervivencia es mayor³⁷, en el presente estudio se adoptó el modelo de las Tres Demoras con el fin de identificar los factores que influyen en el diagnóstico tardío del cáncer de mama.

1.2.1 Teoría de las tres demoras

- ⊕ Primera demora: está relacionada con la decisión de buscar ayuda, es el primer paso, si una mujer con signos o síntomas de cáncer de mama, decide buscar ayuda. Esta demora está influenciada por reconocer que tiene una amenaza para su vida. También debe saber dónde acudir por ayuda.

En este aspecto, para el presente trabajo, pueden influir los conocimientos, prácticas y creencias de las mujeres en el reconocimiento de los signos y síntomas del cáncer de mama, tales como abultamiento o masa, salida de secreción por el pezón, hundimiento de la piel, retracción del pezón, dolor, piel de naranja. EL status de la mujer y la autonomía también afecta la decisión de buscar ayuda. Este aspecto se evaluará a través del motivo de consulta registrado en la historia clínica y cuáles fueron los signos y síntomas que la paciente presentó al inicio.

³⁵ HERNÁNDEZ, D.; BORGES. R., MÁRQUEZ, G., BETANCOURT, L. Op.cit. pp. 16-31.

³⁶ STRAYER, D.A. and T. Schub, Op.cit. 2008 p.

³⁷ LOZANO A. R.; GÓMEZ D. H.; LEWIS S.; TORRES, S.L. y, LÓPEZ C. L. Op.cit. vol.51 supl.2.

Figura 1. Teoría de las tres demoras en el diagnóstico tardío del cáncer de mama.



A partir de la identificación de los días transcurridos entre inicio de síntomas y fecha de consulta, se determinará si la paciente reconoció el problema con prontitud.

Cuando reconoció el problema, ¿Cuándo tomó la decisión de solicitar atención médica?

- ⊕ Segunda Demora: hace referencia al retraso en el acceso a los servicios de salud, los aspectos que pueden influir son: inaccesibilidad a las instalaciones de salud. La accesibilidad es una función de distancia a la instalación de salud, la disponibilidad y eficacia del transporte y el costo que dificultan el traslado.

¿Hay inaccesibilidad por circunstancias geográficas o de orden público? Que se medirá con la procedencia de la paciente.

¿Falta de estructura vial y de comunicaciones? y ¿hay factores económicos que dificultan el traslado? Se tomarán siempre y cuando aparezca este detalle narrado en la historia.

⊕ Tercera Demora: hace referencia a la calidad de la atención en las instituciones de salud una vez la paciente tuvo acceso a ellos. Es importante recordar que las mujeres mueren en los hospitales, habiendo sobrepasado las barreras de demoras primera y segunda. La provisión de cuidados de cáncer de mama, depende de un número de factores, incluyendo el número de personal capacitado, disponibilidad de medicamentos y suministros y la condición general de la instalación. El no reconocimiento de la institución y las dificultades administrativas para acceder al servicio y tratamientos médicos inadecuados e inoportunos dificultan el diagnóstico oportuno.

- ¿Dificultades administrativas para acceder al servicio?
- ¿Tratamientos médicos inoportunos?
- ¿No identificación adecuada del riesgo?
- ¿Falta de oportunidad del servicio de salud para atender a las mujeres con sintomatología mamaria?
- ¿Calidad deficiente de los servicios de apoyo diagnóstico (ecografías, exámenes de laboratorio, entre otros)?
- ¿Deficiente calidad de la historia clínica?
- ¿Niveles de atención que no garantizan en forma permanente los servicios que se habilitan o acreditan?

1.2.2 Metodología de la ruta – camino a la vida supervivencia. Se plantea los siguientes interrogantes a tener en cuenta en este modelo de vigilancia epidemiológica de cáncer de mama ¿Por qué? El cáncer de mama se da por aspectos multifactoriales ¿Cómo? Estilo de vida , antecedentes familiares, edad, menopausia tardía, uso de terapia hormonal, desconocimiento de los factores de riesgo por parte de la mujer, desconocimiento de los derechos y deberes, barreras demográficas y socioculturales, desconocimiento de los diagramas de flujo para el seguimiento por parte del personal de salud, falta de disponibilidad de los recursos, barreras administrativas deficiente calidad en las barreras administrativas, deficiente calidad en los programas de prevención y promoción, uso inadecuado de tecnologías ,desconocimiento de los protocolos de tratamiento

y diagnóstico. El cáncer de mama constituye uno de los grupos con gran repercusión social, económica y emocional. La carga creciente del cáncer de mama en el perfil de salud de los colombianos amerita intervenciones oportunas, certeras y coordinadas para lograr un impacto esperado a nivel poblacional e individual sobre el diagnóstico tardío del cáncer de mama. (Plan nacional del control de cáncer de mama)³⁸.

Los servicios de salud son necesarios para reducir la mortalidad del cáncer de mama puede que no sean suficientes, incluso cuando los servicios estén funcionando bien, las mujeres con cáncer de mama enfrentan una variedad de barreras para poder utilizarlas las cuales pueden ser de tipo económico, geográfico, sociocultural, institucional o del personal de salud: Cualquier cosa que cause demora en que la mujer reciba tratamiento adecuado le puede costar la vida. Este modelo nos sirve al desarrollo de nuestro problema y a la identificación de los factores que influyen en el evento a estudiar.

1.2.3 Cáncer de mama. Es un tumor maligno de las células que conforman el tejido de la mama, es necesario recordar que los principales componentes de la mama, son los lobulillos, los conductos), el tejido adiposo y los ligamentos, que rodean los conductos y los lobulillos, los vasos sanguíneos y los vasos linfáticos. En términos generales, cualquiera de las células de la glándula mamaria podría dar origen a un tumor maligno, sin embargo, los casos más frecuentes son los originados en los conductos y los lobulillos. (INC)³⁹.

De acuerdo al Instituto Nacional de Cancerología, el cáncer de mama se clasifica en los siguientes estadios.

- ✓ Estadio 0 (carcinoma in situ): Carcinoma in situ (CDIS) la afección no es invasora, las células anormales se encuentran en el revestimiento del conducto o de los lóbulos de la mama, el tamaño puede ser similar al de una arveja o ser un hallazgo anormal en una mamografía.

- ✓ Estadio I: El tumor mide dos centímetros o menos y no se ha diseminado fuera de la mama. El tamaño es similar a un maní.

³⁸ VÉLEZ, G. A.; GALLEGU, L.V.; POSADA, D. J. Modelo de análisis de la muerte materna: Camino para la supervivencia. [en línea]. Disponible: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/libro1/modelodeanalisisdela muerte materna.pdf> [consulta Octubre 25, 2011]

³⁹ Ibid.

- ✓ Estadio IIA: Pueden presentarse tres situaciones:
 - No hay presencia de tumor en la mama, pero el cáncer se encuentra en los ganglios linfáticos axilares.
 - El tumor mide dos centímetros o menos y se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos axilares.
 - El tumor mide más de dos centímetros, pero menos de cinco centímetros y no se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos axilares. El tamaño es similar a una nuez.

- ✓ Estadio IIB: El tumor mide más de dos centímetros, pero menos de cinco centímetros y se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos axilares. El tamaño del tumor es similar a una nuez.

Otros pueden medir más de cinco centímetros, pero no se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos axilares. El tamaño del tumor es similar al tamaño de un limón pequeño.

- ✓ Estadio III A: Pueden encontrarse cuatro situaciones:
 - No se encuentra un tumor en la mama. El cáncer se encuentra en los ganglios linfáticos axilares que están unidos entre sí o a otras estructuras; o el cáncer se puede haber diseminado hasta los ganglios linfáticos cercanos al esternón.
 - El tumor mide dos centímetros o menos. El cáncer se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos axilares que están unidos entre sí o a otras estructuras; o estar diseminado hasta los ganglios linfáticos cercanos al esternón.
 - El tumor mide más de dos centímetros pero no más de cinco centímetros, se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos de las axilas que están unidos entre sí o a otras estructuras, o haberse diseminado hasta los ganglios linfáticos cercanos al esternón.
 - El tumor mide más de cinco centímetros. El cáncer se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos de las axilas que están unidos entre sí o a otras

estructuras, puede haberse diseminado hasta los ganglios linfáticos cercanos al esternón.

- ✓ Estadio III B: El cáncer se ha diseminado hasta la pared del pecho o a la piel de la mama. Puede haberse diseminado hasta los ganglios axilares o a otras estructuras, incluidos los ganglios linfáticos cercanos al esternón.

- ✓ Estadio III C:
 - Operable: se encuentra en 10 o más ganglios linfáticos de la axila o cercanos al esternón.

 - No operable: el cáncer se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos por arriba de la clavícula.
- ✓ Estadio IV: El cáncer se ha diseminado hasta otros órganos del cuerpo, con mayor frecuencia hasta los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro.

1.3 ESTADO DEL ARTE

Para dar una respuesta a la pregunta planteada en el presente trabajo, se realizó una revisión bibliográfica de fuentes primarias constituida por artículos científicos de publicaciones periódicas y documentos de trabajo realizados por expertos. La selección del estado del arte obedeció en primera instancia, a la disponibilidad de estudios de investigación sobre cáncer de mama y muerte materna extrema utilizando el método de las tres demoras en América latina y Colombia y en segunda instancia a la existencia de guías de manejo como respuesta a los requerimientos oficiales en diferentes países según lo promulgado desde la OMS y la OPS.

Se encontraron 40 artículos, de los cuales se revisaron 20, seleccionando 11 de ellos para una exhaustiva y minuciosa lectura por cada uno de los autores, con el fin de entender su contenido e identificar los aspectos, tópicos que fueran de base en la investigación propuesta. La información objeto de búsqueda, localización y obtención fue registrada en una hoja de cálculo de Excel con los siguientes campos: demora, artículo, objetivo, ¿para que sirvió? A partir de ahí se realizó el análisis general.

Se realizó una comprensión de lectura y análisis de los once documentos seleccionados, proceso realizado de manera independiente por cada autor del presente trabajo, en los artículos describen las tres demoras en muerte materna modelo de análisis de la muerte materna: Camino a la supervivencia por Vélez Alvares G, Vélez Liliana , Posada⁴⁰ donde se aplica la teoría de las tres demoras por la Doctora Débora Maine que consisten en demora en tomar la decisión de buscar ayuda por parte de la mujer, demora en llegar a la institución de atención y demora en recibir el tratamiento adecuado en la institución. Teoría que motivó al grupo investigador adaptarla al diagnóstico tardío de cáncer de mama, posteriormente se escogieron artículos de Colombia en los que se encuentran aspectos psicológicos⁴¹, clínicos⁴² y sociales⁴³ del diagnóstico temprano de cáncer de mama en Bogotá, Colombia que permitió determinar que el cáncer de mama se sigue diagnosticando en estadios tardíos. En Popayán, Restrepo V, Daza C.⁴⁴ en 1996-2003 se realizó un estudio titulado “Características Histopatológicas del Cáncer de Mama. Compañía de patólogos del Cauca. Hospital Universitario San José Popayán” el cual es el más reciente estudio sobre el tema en la ciudad de Popayán. El presente trabajo tuvo como objetivo determinar el estudio histopatológico y características socio demográficas de todos los casos de cáncer de mama registrados por la compañía de Patólogos del Cauca y el hospital Universitario San José de Popayán, en el periodo entre 1996 a 2003. Los resultados mostraron que la tendencia de cáncer de mama es constante durante el periodo de estudio y desde el punto de vista de salud pública denota falta en los programas de prevención y promoción de la salud acerca de la importancia del auto examen de mama y la consulta oportuna que traerá como resultado la detención temprana de esta neoplasia.

Se realizó una discusión y consenso acerca de la información que podría aportar al documento y que permitió plantear el tema de estudio y trabajo de campo del presente proyecto investigativo.

⁴⁰ VÉLEZ, G. A.; GALLEGU, L.V.; POSADA, D. J. Modelo de análisis de la muerte materna: Camino para la supervivencia. [en línea]. Disponible: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/libro1/modelodeanalisisdelamuertematerna.pdf> [consulta Octubre 25, 2011]

⁴¹ ARBOLEDA MURRILLO, R., PIÑEROS, M., PERRY, F.; DÍAZ, S.; SALGUERO, E.; SÁNCHEZ, O.; POVEDA, C.; CASAS, C.; RINCÓN, L.; RUEDA, Y.; OSORIO, D. Cobertura de examen clínico y mamografía de tamización para cáncer de mama en mujeres de Bogotá. *En*: Revista colombiana de cancerología 2009; 13(2):66-76.

⁴² ANGARITA, F.A.S.; et al. Uso de la mamografía de tamizaje en las pacientes con diagnóstico con cáncer de seno en el Hospital Universitario San Ignacio, Centro Javeriano de Oncología. (Spanish). Use of screening mammograms in patients diagnosed with breast cancer at Hospital Universitario San Ignacio, Centro Javeriano de Oncología. (English). 51(2): p. 155-166.

⁴³ ANGARITA, F.; ACUÑA, A.; TORREGROSA, L.; TAWIL, M.; RUIZ, M.D. Presentación inicial de las pacientes con diagnóstico de cáncer de seno en el centro javeriano de oncología hospital Universitario san Ignacio. *Revista colombiana Circulación* 2010;(25):19-26.

⁴⁴ INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA. Subdirección de Investigaciones Grupo de Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos. Bogotá, Colombia, 2004.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores relacionados con las tres demoras que influyen en el diagnóstico tardío cáncer de mama en las mujeres de Popayán en el periodo 2007 a 2011.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ⊕ Determinar el estadio en el que se diagnostica el cáncer de mama, en el período de estudio.
- ⊕ Identificar los factores que influyen en la mujer para tomar la decisión de consultar oportunamente ante la presencia de signos y síntomas de patología mamaria.
- ⊕ Describir las causas que impiden que las mujeres tengan acceso a los servicios de salud una vez toma la decisión de buscar ayuda médica.
- ⊕ Determinar cuáles factores institucionales influyen en el diagnóstico tardío del cáncer de mama.

3. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Mujeres con Diagnóstico de cáncer de mama en el periodo de estudio, atendidas en las Instituciones de Salud (IPS) de la ciudad de Popayán.

3.2.1 Criterios de inclusión. Registros de mujeres con Diagnóstico de cáncer de mama en estadios avanzados

3.2.2 Criterios de exclusión. Registros en los que no se pueda determinar el estadio, o que no hayan datos completos.

3.3 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Ver Cuadro 1.

Cuadro 1. Definición y operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptualización	Dimensiones	Operacionalización de la variable	Nivel de medición																		
CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS	Las características socio demográficas de los individuos, como su edad, sexo, condicionan su conducta frente a la fecundidad, la mortalidad, los movimientos migratorios, y por tanto, inciden de manera importante en los patrones demográficos de la población a la cual pertenecen.	EDAD Tiempo de existencia desde el nacimiento	Edad de la paciente al momento del Diagnóstico: <table border="1" style="display: inline-table; margin-right: 10px;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> </table> Años																			
		NIVEL DE ESCOLARIDAD En que se estructura el sistema educativo formal	Máximo nivel educativo alcanzado <table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td style="width: 20px;">1.</td> <td style="width: 100px;">Primaria</td> <td style="width: 30px;"></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Secundaria</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Técnico.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Universidad</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Ninguno</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td>Otro</td> <td></td> </tr> </table>	1.	Primaria			2.	Secundaria		3.	Técnico.		4.	Universidad		5.	Ninguno		6.	Otro	
		1.	Primaria																			
		2.	Secundaria																			
3.	Técnico.																					
4.	Universidad																					
5.	Ninguno																					
6.	Otro																					
ESTADO CIVIL El estado civil es un conjunto de situaciones jurídicas que relacionan a cada persona con la familia de donde proviene, o con la familia que ha formado y con ciertos hechos fundamentales de la misma personalidad.	Estado civil: <table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td style="width: 20px;">1.</td> <td style="width: 100px;">Soltera</td> <td style="width: 30px;"></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Casada</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Unión libre</td> <td></td> </tr> </table>	1.	Soltera		2.	Casada		3.	Unión libre													
1.	Soltera																					
2.	Casada																					
3.	Unión libre																					
PROCEDENCIA Es el origen de algo o el principio de donde se nace o se deriva.	Procedencia: <table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td style="width: 20px;">1.</td> <td style="width: 100px;">Urbana</td> <td style="width: 30px;"></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Rural</td> <td></td> </tr> </table>	1.	Urbana		2.	Rural																
1.	Urbana																					
2.	Rural																					
SEGURIDAD SOCIAL: Campo de bienestar social relacionado con la protección social cobertura de las problemáticas socialmente reconocidas como salud, pobreza, vejez discapacidades.	Régimen se seguridad social en salud: <table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td style="width: 20px;">1.</td> <td style="width: 100px;">Contributivo</td> <td style="width: 30px;"></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Subsidiado</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Particular</td> <td></td> </tr> </table>	1.	Contributivo		2.	Subsidiado		3.	Particular													
1.	Contributivo																					
2.	Subsidiado																					
3.	Particular																					

Continuación Cuadro 1.

Variable	Definición Conceptualización	Dimensiones	Operacionalización de la variable	Nivel de medición																														
CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS		Ocupación: unidad básica de análisis y ordenación de la actividad laboral, entendida como un agregado de competencias con valor y significado en el empleo, con un sustrato de profesionalidad socialmente reconocido y referente efectivo en la dinámica del encuentro cotidiano entre la oferta y la demanda de trabajo	Ocupación: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">1.</td> <td style="width: 85%;">Trabaja.</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2.</td> <td>Estudia.</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3.</td> <td>Ama de casa.</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4.</td> <td>Pensionada</td> <td></td> </tr> </table>	1.	Trabaja.		2.	Estudia.		3.	Ama de casa.		4.	Pensionada																				
1.	Trabaja.																																	
2.	Estudia.																																	
3.	Ama de casa.																																	
4.	Pensionada																																	
PRIMERA DEMORA	DEMORA DEL RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA Y EN LA DECISIÓN DE PEDIR AYUDA. POR PARTE DE LA MUJER.	Evalúa el conocimiento de la paciente, con respecto a la sintomatología del cáncer de mama.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">Que síntomas refiere la Paciente</th> </tr> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 85%;">Masa en el seno derecho</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Masa Seno izquierdo</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Dolor</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>Secreción por el pezón</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td>Cambios en la piel</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">6</td> <td>Otro: cual</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">_____</td> </tr> </table> <p>Fecha que la paciente refiere el inicio de los síntomas:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">D</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">A</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Nombre de la Institución donde la paciente acude por primera vez :</p>	Que síntomas refiere la Paciente			1	Masa en el seno derecho		2	Masa Seno izquierdo		3	Dolor		4	Secreción por el pezón		5	Cambios en la piel		6	Otro: cual		_____			D	M	A				
Que síntomas refiere la Paciente																																		
1	Masa en el seno derecho																																	
2	Masa Seno izquierdo																																	
3	Dolor																																	
4	Secreción por el pezón																																	
5	Cambios en la piel																																	
6	Otro: cual																																	

D	M	A																																

		<p>Fecha en que la paciente consulta por primera vez:</p> <table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>M</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Dx de la consulta de primera vez- (MD. general):</p> <hr/> <p>Conducta consulta por primera vez:</p>	D	M	A														
D	M	A																	
		<p>1. Remisión:</p> <table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td></td> </tr> </table> <p>A dónde?</p> <hr/> <p>Fecha: _____</p> <table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td></td> </tr> </table> <p>2. Laboratorios:</p> <table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td></td> </tr> </table> <p>3. Imágenes:</p> <table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td></td> </tr> </table> <p>Cuáles?</p> <hr/> <p>4. Biopsia:</p> <table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td></td> </tr> </table>	SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		
SI																			
NO																			
SI																			
NO																			
SI																			
NO																			
SI																			
NO																			

Continuación Cuadro 1.

Variable	Definición Conceptualización	Dimensiones	Operacionalización de la variable	Nivel de medición																
SEGUNDA DEMORA	<p>DEMORA EN LLEGAR A LAS INTITUCIONES DE SALUD</p> <p>Esta demora hace referencia a la atención recibida en la institución de salud, una vez la mujer se decide a buscar ayuda y logra tener acceso a los servicios de salud.</p>	<p>Hace referencia a las barreras que se pueden presentar para que la mujer tenga acceso a los servicios de salud como: Factor económico, estructura vial y circunstancias geográficas.</p>	<p>Procedencia:</p> <table border="1"> <tr> <td>Urbana</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Rural</td> <td></td> </tr> </table> <p>¿Hay inaccesibilidad por circunstancias geográficas? <input type="checkbox"/></p> <p>¿Falta de estructura vial y de comunicaciones? <input type="checkbox"/></p> <p>¿Hay factores económicos que dificultan el traslado? <input type="checkbox"/></p>	Urbana		Rural														
Urbana																				
Rural																				
TERCERA DEMORA	<p>DEMORA EN RECIBIR EL TRATAMIENTO ADECUADO EN LA INSTITUCION</p> <p>Esta demora hace referencia a la atención recibida en la institución de salud, una vez la mujer se decide a buscar ayuda y logra tener acceso a los servicios de salud.</p>	<p>PERSONAL DE SALUD</p> <p>la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y la promoción de la salud a través de los esfuerzos organizados y decisiones con conocimiento de la sociedad, las organizaciones, públicas y privadas, comunidades e individuos"</p>	<p>Fecha de consulta con especialista:</p> <table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>M</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Viene remitida</p> <table border="1"> <tr> <td>SI</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td></td> </tr> </table> <p>De donde _____ Diagnóstico de cáncer</p> <table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>M</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Conducta en primera consulta con especialista</p>	D	M	A				SI		NO		D	M	A				
D	M	A																		
SI																				
NO																				
D	M	A																		

Continuación Cuadro 1.

Variable	Definición Conceptualización	Dimensiones	Operacionalización de la variable	Nivel de medición																																																					
<p>TERCERA DEMORA</p>			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Conducta</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">S</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">N</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">I</td> <td style="text-align: center;">O</td> </tr> <tr> <td>1. Tratamiento Quirúrgico</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Tratamiento Oncológico</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Laboratorios</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Ecografía</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Biopsia</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. otros</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO</p> <hr/> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">D</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">A</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">ESTADIO</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 75%;">ESTADIO I</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>ESTADIO II</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>ESTADIO III</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>ESTADIO IV</td> <td></td> </tr> </table> <p>Observaciones:</p> <hr/> <p>Estado actual:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">VIVA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>FALLECIDA</td> <td></td> </tr> </table> <p>Calidad de la historia clínica</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">BUENA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MALA</td> <td></td> </tr> </table>	Conducta	S	N		I	O	1. Tratamiento Quirúrgico			2. Tratamiento Oncológico			3. Laboratorios			4. Ecografía			5. Biopsia			6. otros			_____			D	M	A				1	ESTADIO I		2	ESTADIO II		3	ESTADIO III		4	ESTADIO IV		VIVA		FALLECIDA		BUENA		MALA		
Conducta	S	N																																																							
	I	O																																																							
1. Tratamiento Quirúrgico																																																									
2. Tratamiento Oncológico																																																									
3. Laboratorios																																																									
4. Ecografía																																																									
5. Biopsia																																																									
6. otros																																																									

D	M	A																																																							
1	ESTADIO I																																																								
2	ESTADIO II																																																								
3	ESTADIO III																																																								
4	ESTADIO IV																																																								
VIVA																																																									
FALLECIDA																																																									
BUENA																																																									
MALA																																																									

Una vez se obtuvo la autorización de cada una de las instituciones participantes en el proyecto, se procedió a recolectar información secundaria a partir de la revisión de las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en el periodo de estudio, la información será recolectada por los cuatro estudiantes investigadores en un formato elaborado para tal fin que sido adaptado del modelo de las tres demoras propuesto por la Doctora Débora Maine, antropóloga y epidemióloga autora del modelo. (Anexo A.)

3.3.1. Contactos institucionales y socialización del proyecto. Se enviaron cartas de solicitud para desarrollar el proyecto en diferentes instituciones de salud de la ciudad de Popayán, pero tan solo tres aceptaron participar en el estudio, previa autorización del comité de ética de cada institución.

3.3.2. Diseño y prueba del instrumento. El instrumento que se utilizó para la recolección de la información, fue elaborado por los estudiantes con asesoría de la docente. Se realizó una prueba piloto con cinco historias clínicas en el Hospital Susana López de Valencia, con los resultados obtenidos se realizaron algunos ajustes al formato.

3.3.3. Selección, capacitación y supervisión del personal de campo. Cuatro estudiantes del programa de profesionalización en enfermería iniciaron con la recolección de la información bajo la supervisión de la asesora encargada.

3.3.4. Recolección y manejo de los datos. Los datos se recolectaron por parte de los estudiantes y la información obtenida se almaceno en una base de datos de Excel, para ser tabulada posteriormente.

4. ASPECTOS ÉTICOS

Este protocolo de investigación se realizó de acuerdo con las normas éticas internacionales dadas por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, respaldadas por la declaración de Belmonte y la declaración de Helsinki, promulgada en 1964; y los estatutos dados a nivel nacional por la resolución número 008430 de 1993, la por cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud

Es una investigación no clínica. Los aspectos éticos a tener en cuenta son:

4.1 BENEFICIENCIA

Dadas las características del estudio y la rigurosidad científica del mismo, se tendrá como ventaja la actualización de los datos epidemiológicos del cáncer de mama en la ciudad de Popayán, se determinarán los factores relacionados con el diagnóstico tardío del cáncer a partir de la teoría de las tres demoras, esto con el propósito de obtener información relevante para proponer medias que ayuden a las autoridades a implementar estrategias conducentes al diagnóstico en estadios más tempranos

4.2 AUTONOMIA

En el presente estudio, el principio de autonomía se aplicará mediante la solicitud de la autorización en las instituciones de salud, para poder revisar las historias clínicas de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, guardando absoluta reserva referente a la información que allí se encuentra consignada y que será utilizada en la realización del trabajo de investigación. El instrumento utilizado cumple los protocolos de los comités de ética de las instituciones invitadas a participar en el estudio. (Anexo B.)

4.3 NO MALEFICIENCIA

Esta investigación no ocasionara daño a personas ni a instituciones, se utilizará protocolo para el consentimiento informado, se guardará la confidencialidad absoluta de los datos. La información será de uso exclusivo para la investigación, se guardará el secreto profesional y la información será custodiada por la asesora del proyecto enfermera magíster Carmen Daza.

4.4 JUSTICIA

Este principio se garantiza en este estudio, ya que para la recolección de la información no habrá discriminación de ningún tipo y los resultados obtenidos serán en beneficio de toda la comunidad de mujeres. Se invitará a participar a todas las instituciones de salud de la ciudad que tengan información de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama.

5. RESULTADOS

Durante el periodo 2007 a 2011, en Compañía Patólogos del Cauca, se registraron en total 1.362 reportes de patología mamaria, de los cuales 337 correspondían a casos de cáncer de mama. Los resultados de número de casos, edad al momento del diagnóstico, método diagnóstico, localización y tipo histológico, corresponden a la revisión efectuada en los registros de la compañía, adicionalmente se revisaron las historias clínicas de las pacientes y en algunos casos se pudo establecer entrevista telefónica.

La distribución de acuerdo al año de diagnóstico, muestra el número, oscila entre 62 y 73 casos. (Cuadro 2).

Cuadro 2. Casos Cáncer de mama. Popayán 2007-2011

Año	Casos	Porcentaje
2007	62	18.4
2008	66	19.5
2009	72	21.4
2010	73	21.7
2011	64	19.0
TOTAL	337	100.0

FUENTE: esta investigación.

Edad al momento del diagnóstico: 29% (95) mujeres estaban en el grupo de 45 a 54 años, 27.5% (90) en el grupo de 55-64 años, 24% (78) estaban en el grupo de 20 a 44 años. El promedio de edad fue 54 años, DS 12 años, la edad mínima 26 años y la máxima 86, con un rango de 60 años. Se presentó un sub registro de 2.7 % (9) en esta variable. (Cuadro 3).

Cuadro 3. Distribución de cancer de mama según edad al momento del diagnóstico. Compañía de Patólogos del Cauca. Popayán 2007-2011

Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje
20 - 44	78	23.7
45 - 54	95	29.0
55 - 64	90	27.4
65 - +	65	20.0
Sub total	328	97.3
Sin información	9	2.7
Total	337	100.0

FUENTE: esta investigación.

Método diagnóstico: 40% (135) casos se diagnosticaron por Biopsia Trucut, 18.7% (63) con cuadrantectomía, 13.3% (45) con bacaf y 11.2 % de subregistro. (38) (Cuadro 4).

Cuadro 4. Distribución de método diagnóstico cáncer de mama. Compañía de Patólogos del cauca. Popayán 2007-2011

Método diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Biopsia Trucut	135	40.0
Cuadrantectomía	63	18.7
Bacaf	45	13.3
Sin datos	38	11.2
Mastectomía	34	10.0
Resección	15	4.4
Biopsia por Congelación	6	1.7
Total	337	100.0

FUENTE: esta investigación.

Localización del carcinoma: 43,6% (147) casos se presentaron en la mama derecha, 38% (128) en la mama izquierda, 17.5% (59) casos no determinado y en 0.89% (3) casos se presentó en forma bilateral. (Ver Cuadro 5.).

Cuadro 5. Frecuencia de localización de cáncer de mama. Compañía de Patólogos del Cauca. Popayán 2007-2011.

Frecuencia de localización	Frecuencia	Porcentaje
Derecho	147	43.6
Izquierdo	128	38.0
No determinado	59	17.5
Bilateral	3	0.89
Total	337	100

FUENTE: esta investigación.

Tipo histológico: 59.3% (200) casos corresponden a carcinoma ductal infiltrante, 12.7% (43) carcinoma lobulillar infiltrante, 4.4%(15) carcinoma in situ y carcinoma mixto respectivamente, 20.4% (69) patología maligna sin confirmación histológica. (Cuadro 6.).

Cuadro 6. Frecuencia de tipo histológico de cáncer de mama. Compañía de Patólogos del Cauca. Popayán 2007 – 2011

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Carcinoma ductal infiltrante	200	59.3
Carcinoma lobulillar infiltrante	43	12.7
Carcinoma in situ	15	4.4
Carcinoma mixto	15	4.4
Sin confirmación histológica	69	20.4
Total	337	100

FUENTE: esta investigación.

A continuación se presentan los datos correspondientes a la revisión de historias clínicas.

En las diferentes instituciones de salud de Popayán, se solicitaron las historias clínicas de acuerdo al número (337) de registros con diagnóstico de cáncer de mama, fue posible revisar 142 historias clínicas, correspondientes a pacientes atendidas en el HUSJ, Clínica la Estancia y Hospital Susana López, las demás instituciones de salud no aceptaron participar en el estudio. De estas historias

clínicas 121, cumplieron con los criterios de inclusión. Del total de historias analizadas 37.2% (45) se revisaron en el Hospital Universitario San José de Popayán, 32.2% (39) en el Hospital Susana López de Valencia, 28.1% (34) en Clínica la Estancia. De la base de datos de un cirujano mastólogo de la ciudad de Popayán se obtuvieron datos de 185 pacientes, de las cuales 119 ya estaban dentro del estudio y se completaron datos, 2,5% (3) se pudieron sumar al estudio; de 63 no se obtuvo información, porque algunas no contestaron, habían teléfonos fuera de servicio y otras no aceptaron participar en el estudio. (Cuadro 7).

Cuadro 7. Distribución porcentual de Instituciones de Salud de la ciudad de Popayán que participaron en el estudio.

Institución	Frecuencia	Porcentaje
Hospital Universitario San José	45	37.2
Hospital Susana López de Valencia	39	32.2
Clínica La Estancia	34	28.1
Cirujano Mastólogo	3	2.4
TOTAL	121	100

FUENTE: esta investigación.

5.1 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

- ✓ Edad al momento del diagnóstico: 37.2% (45) mujeres tenían entre 51-60 años, 24.0% (29) entre 41-50 años, 16.5% (20) entre 61-70 años, 13.2% (16) entre 31-40 años, 5.8% (7) entre 71-80 años, 1.6% (2) entre 20-30 años y 1,6%(2) entre 81 y más años. 62.8% (76) mujeres estaban en el grupo etario de 50 y más años y 32.2% (45) mujeres en el grupo de 20 a 49 años. La edad se considera un riesgo para el cáncer de mama de acuerdo a los reportes del INC (Instituto Nacional de Cancerología) del 65% al 70% de los casos de cáncer de mama ocurren en mujeres de 50 y 64 años o más (26). (Cuadro 8).
- ✓ Grado de escolaridad: 57.9% (70) mujeres cursaron primaria, 15,7% (19), el bachillerato, 2.5%(3) realizó estudios universitarios, el 1.6% (2) terminó estudios tecnológicos, el 5.8% (7) realizó otro tipo de estudios y en 16.5% (20) de sub registro. (Cuadro 8).
- ✓ Estado civil: 46.3% (56) mujeres eran casadas y 28.1% (34) solteras, 20% (24) vivían en unión libre y en 5.8% (7) de sub registro. (Cuadro 8).

- ✓ Sistema general de Seguridad social en Salud: 76.9% (93) pertenecían al régimen subsidiado y 23.1% (28) pertenecían al régimen contributivo. (Cuadro 8).
- ✓ Procedencia: 60.3% (73) mujeres procedentes del área rural y 39.7% (48) del área urbana. (Cuadro 8).
- ✓ Ocupación: 86.8% (105) mujeres amas de casa, 10% (12) activas laboralmente, 2.5% (3) pensionadas y 0.8% (1) sub registro. (Cuadro 8).

Cuadro 8. Distribución porcentual características sociodemográficas de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama 2007-2011

Edad		
Rango de edades	Frecuencia	Porcentaje
21 - 30	2	1.6
31 - 40	16	13.2
41 - 50	29	24.0
51 - 60	45	37.1
61 - 70	20	16.5
71 - 80	7	5.7
81 y más	2	1.6
TOTAL	121	100
Escolaridad		
	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	70	57.8
Secundaria	19	15.7
Universitaria	3	2.4
Tecnología	2	1.6
Otra	7	5.7
Sin datos	20	16.5
TOTAL	121	100
Estado civil		
	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	34	28.1
Casada	56	46.2
Unión libre	24	20.0
Sin dato	7	5.7
TOTAL	121	100

Continuación Cuadro 8.

Sistema General de Seguridad Social en Salud		
	Frecuencia	Porcentaje
Subsidiado	28	23.1
Contributivo	93	77.0
TOTAL	121	100
Procedencia		
	Frecuencia	Porcentaje
Área rural	73	60.3
Área urbana	48	39.6
TOTAL	121	100
Ocupación		
	Frecuencia	Porcentaje
Trabaja	12	9.7
Estudia	105	86.7
Ama de casa	3	2.4
Pensionada	1	0.8
TOTAL	121	100

FUENTE: esta investigación.

5.2 CARACTERIZACIÓN DE LAS DEMORAS

La frecuencia de presentación de las demoras: 77 mujeres presentaron características relacionadas con la primera demora, 71 de la segunda demora y 80 de la tercera demora. (Cuadro 9).

Cuadro 9. Frecuencia en que se presentaron las tres demoras

Demora	Frecuencia
Primera Demora	77
Segunda Demora	71
Tercera Demora	80

FUENTE: esta investigación.

Combinación de frecuencia de las tres demoras: 55 mujeres presentaron las demoras primera y segunda; 51 mujeres presentaron la segunda y tercera; 49 mujeres presentaron las demoras primera y segunda. Y 37 mujeres solo presentaron la tercera demora. (Cuadro 10).

Cuadro 10. Combinación de frecuencia con que se presentaron las tres demoras.

Demoras	Mujeres
Primera y Tercera	55
Segunda y Tercera	51
Primera y Segunda	49
Tercera	37

FUENTE: esta investigación.

5.2.1 Primera Demora. Hace referencia al reconocimiento de los síntomas por parte de la mujer y la decisión de consultar oportunamente. Para determinar esta demora se tuvo en cuenta en la revisión de la historia clínica la fecha de inicio de síntomas y la fecha de la primera consulta con el médico general.

Reconocimiento de síntomas: en el reconocimiento de síntomas se tuvo en cuenta que una mujer puede presentar uno o más síntomas. 83.0% (68) presentaron uno o dos síntomas y 32.0% (38) presentaron más de dos síntomas, cada combinación de estas representada en pocas mujeres (rango de 3).

Los síntomas fueron distribuidos así: 21.3% (26) mujeres refirió presencia de masa en el seno derecho, 18.0% (22) refirieron dolor y masa en el seno izquierdo, 15.6% (19) dolor y masa en el seno derecho y 13.1% (16) refirieron presencia de masa en el seno izquierdo. 32.0% mujeres reportaron más de dos síntomas, cada combinación representada en pocas mujeres en un rango de tres. (Cuadro 11).

La mayoría de mujeres presentaron 68%, uno o dos síntomas, masa en mama derecho o izquierda más dolor, el 32% mujeres presentan dos o más síntomas, cada combinación se presentaron en pocas mujeres en un rango de tres. (Ver Cuadro 11).

Cuadro 11. Distribución porcentual de signos y síntomas identificados por las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama entre 2007-2011

Síntomas que refiere la paciente	Frecuencia	Porcentaje
Masa seno derecho	26	21.3
Masa seno izq + dolor	22	18.3
Masa seno derecho + dolor	19	15.6
Masa seno izquierdo	16	13.1
Subtotal	83	68.0%
Combinación de más de dos síntomas	38	32.0
Total	121	100

FUENTE: esta investigación.

Diferencia en tiempo entre inicio de síntomas y primera consulta: de las 98 pacientes que consultaron en tiempo menor a un año, 5.1% (5) consultaron en menos de un mes desde el inicio de los síntomas, 36% (35) consultaron entre 0 y 3 meses, 27% (26) consultaron después entre 4 y 6 meses y 13.3% (13) consultaron en un tiempo de 7 a 11 meses, 19% (23) consultaron en un periodo mayor a 1 año, de estas pacientes solo 1 consulto pasados 3 años. (Cuadro 12)

Cuadro 12. Distribución porcentual de diferencia en tiempo en meses entre inicio de síntomas y primera consulta de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama entre el 2007-2011. Primera Demora.

Tiempo en meses	Frecuencia	Porcentaje
0	5	5.1
1	22	22.4
2	17	11.3
3	15	15.3
4	11	11.2
5	9	9.2
6	6	6.1
7	5	5.1
8	3	3.1
9	3	3.1
10	1	1.0
11	1	1.0
Subtotal	98	80.9
De 12 meses y más	23	19.0
TOTAL	121	100

FUENTE: esta investigación.

Impresión diagnóstica de la primera consulta con médico general: en 45.1 % (55) mujeres la impresión diagnóstica fue cáncer de mama, 37.7% (46) impresión diagnóstica de masa-tumor o nódulo mamario y 16.1% (20) otra impresión diagnóstica. (Cuadro 13).

Cuadro 13. Distribución porcentual de la impresión diagnóstica del médico general. 2007-2011. Primera Demora.

Impresión diagnóstica	Frecuencia	Porcentaje
Cáncer de mama - neoplasia a estudio	55	45.1
Masa-tumor-quiste-nódulo	46	37.7
Carcinoma	7	5.7
Condición fibroquística	4	3.2
Dolor	4	3.2
Mastopatía	3	2.4
Otro síntomas no relacionados	2	1.6
TOTAL	121	100

FUENTE: esta investigación.

5.2.2 Segunda Demora. Corresponde a las barreras que se presentaron y que impidieron que las mujeres con sintomatología mamaria consultaran a tiempo, para lo cual se tuvo en cuenta el lugar de procedencia, condiciones viales, económicas y de transporte.

Procedencia: 60.7% (74) mujeres procedían de área rural y 38.5% (47) mujeres de zona urbana. (Cuadro 14).

Cuadro 14. Distribución porcentual de la procedencia de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama entre 2004-2001. Segunda Demora.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Zona rural	74	60.6
Zona urbana	47	38.5
TOTAL	121	100

FUENTE: esta investigación.

Barreras que se presentaron: 41.0% (50) mujeres manifestaron que no presentaron barreras para acceder a los servicios de salud, 5.8% (7) tuvieron como barrera la inaccesibilidad por circunstancias geográficas o de orden público y 53.2 % (64) casos presentaron algunas combinaciones de las barreras como falta de estructura vial, factores económicos que dificultan el traslado y falta de comunicación. (Cuadro 15).

Cuadro 15. Frecuencia con que se presentaron las barreras en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama entre 2004-2011. Segunda Demora.

Barreras	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	50	41.0
➤ Inaccesibilidad circunstancias geográficas	7	5.8
• Inaccesibilidad por circunstancias geográficas + falta de estructura vial y de comunicación + factores económicos que dificultan el traslado	17	14.0
✓ Inaccesibilidad por circunstancias geográficas + factores económicos que dificultan el traslado	3	2.5
▪ Falta de estructura vial y de comunicación	1	0.8
❖ Falta de estructura vial y de comunicación+ factores económicos que dificultan el traslado	15	12.0
• Factores económicos que dificultan el traslado	28	23.0
TOTAL	121	100

FUENTE: esta investigación.

Combinación de frecuencia con que se presentaron las barreras: la combinación de las barreras nos permite conocer, la frecuencia con que se presentaron cada una de ellas y determinar cuál fue la que se presentó en la mayoría de las pacientes: 63 de las mujeres tuvieron como barrera factores económicos que dificultaron el traslado, 33 tuvieron dificultad por la falta de estructura vial y de comunicación y 27 por inaccesibilidad por circunstancias geográficas. (Ver Cuadro 16).

Cuadro 16 . Combinación de frecuencia con que se presentaron las barreras en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama entre 2004-2011. Segunda Demora.

Barreras	Frecuencia
Factores económicos que dificultan el traslado	63
Ninguna	50
Falta de estructura vial y de comunicación	33
Inaccesibilidad por circunstancias geográficas	27
TOTAL	173

FUENTE: esta investigación.

5.2.3 Tercera Demora. Corresponde a la calidad de la atención recibida después del inicio de síntomas y la decisión de la mujer de consultar. Para ello se tuvo en cuenta la conducta del médico general y del especialista, la oportunidad en el diagnóstico y en el tratamiento médico.

Conducta médico general:

Conducta médica en la primera consulta: la conducta adoptada con mayor frecuencia en la primera consulta fue la remisión al especialista 56.2% (68), 14% (17) mujeres fueron remitidas al especialista y además les ordenaron de imágenes diagnósticas y a 30.7 % (36) les indicaron otras conductas. (Cuadro 17)

Cuadro 17. Distribución porcentual según conducta del médico en la primera consulta a las mujeres que fueron diagnosticadas con cáncer de mama entre 2007 – 2011. Tercera Demora.

Conducta	Frecuencia	Porcentaje
Remisión	68	56.2
Remisión + otros apoyos diagnósticos	17	14.0
Otra conducta diferente a remisión	36	30.7
TOTAL	121	100

FUENTE: esta investigación.

Conducta	Frecuencia	porcentaje
Remisión	68	55.7
Remisión/ imágenes.	19	14.7
Remisión/ biopsia	7	5.7
Remisión/imágenes/biopsia	5	4.1
Biopsia	4	3.2
Remisión/ laboratorios	3	2.4
Remisión/laboratorios/imágenes	3	2.4
Laboratorios/imágenes	3	2.4
Remisión/laboratorios/imágenes/biopsia	2	1.6
Imágenes	2	1.6
Imágenes/biopsia	2	1.6
Remisión/laboratorios,/imágenes/biopsia/ otros	1	0.8
Remisión/imágenes/otros	1	0.8
Laboratorios/imágenes, biopsia	1	0.8
Otros	1	0.8
TOTAL	121	100

FUENTE: esta investigación.

Especialidad a la que se remite por primera vez: 43.4% (53) mujeres fueron remitidas al ginecólogo, 27.9% (34) a cirugía general, 24.6% (30) al cirujano de mama y 3.3%(4) al internista y otras especialidades. (Cuadro 18)

Cuadro 18. Distribución porcentual según especialidad a la que fueron remitidas las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama entre 2007-2011. Tercera Demora.

Especialidad	Frecuencia	Porcentaje
Ginecologo	53	43.4
Cx general	34	27.8
Cx de mama	30	24.5
Medicina interna	2	1.6
Otro	2	1.6
TOTAL	121	100

FUENTE: esta investigación.

Especialidad con la que tiene la primera consulta: 58.2% (71) mujeres fueron atendidas por el cirujano de mama, 35.3% (43) que fueron atendidas por el cirujano general, 4.92% (6) atendidas por el ginecólogo y 0.82% (1) con otra especialidad. (Cuadro 19)

Cuadro 19. Distribución porcentual especialidad con la que tuvieron la primera consulta las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama entre 2007-2011. Tercera Demora.

Especialidad	Frecuencia	Porcentaje
Cx mama	71	58.2
Cx general	43	35.2
Ginecología	6	5.0
Otro	1	0.8
TOTAL	121	100

FUENTE: esta investigación.

Conducta del especialista: 68 mujeres les indicaron con mayor frecuencia como conducta tratamiento quirúrgico, 63 les tomaron biopsia, a 58 les tomaron ecografía (mamografía), a 45 les realizaron tratamiento oncológico, a 43 les realizaron otras pruebas y a 18 les tomaron laboratorios. (Cuadro 20).

Cuadro 20. Distribución porcentual de la conducta del especialista en la primera consulta que tuvieron las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama entre 2007-2011. Tercera Demora.

Conducta del especialista	Frecuencia
Tto. Qco	68
Biopsia	63
Ecografía	58
Tto. Oncológico	45
Otros	43
Laboratorios	18
TOTAL	295

FUENTE: esta investigación.

Diferencia de tiempo en meses desde la consulta con el especialista y las conductas: : 93.3 % (113) le realizaron las conductas en un tiempo menor a un año después de la primera consulta, 6.7% (8) en un periodo mayor de un año, la distribución de las mujeres que les realizaron la conducta medica dentro del año se distribuye así: 51.3%(58) entre 0 y 3 meses, 36.2% (41) entre 4 y 7 meses, 12.3%(14) más de 7 meses. (Cuadro 21).

Cuadro 21. Distribución porcentual de la diferencia de tiempo en meses desde la consulta con el especialista y la conducta realizada a las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama entre 2004 y 2011

Tiempo en meses	Frecuencia	Porcentaje
0	6	5.3
1	17	15.0
2	18	16.0
3	17	15.0
4	14	12.3
5	13	11.5
6	7	6.2
7	7	6.2
8	6	5.3
9	6	5.3
10	2	1.7
Subtotal	113	93.3
Más de un año	8	6.7
Total	121	100

FUENTE: esta investigación.

Estadío en que se hizo el diagnóstico: 68% (81) casos fueron diagnosticadas en estadío III, 17% (22) en estadío II, 11% (14) en estadío IV, 2.5%(2) en estadío I y 1.6% (2) en estadío 0. (Ver Cuadro 22).

Cuadro 22. Distribución porcentual del estadio en que se diagnosticaron las mujeres con cáncer mama entre 2007-2011. Tercera Demora.

Estadio	Frecuencia	Porcentaje
III	81	68.0
II	22	17.0
IV	14	11.0
I	2	2.5
0	2	1.6
TOTAL	121	100

FUENTE: esta investigación.

Estado actual de la paciente: 76.9% (93) mujeres diagnosticadas con cáncer de mama durante el periodo de estudio, en la actualidad están vivas y 23.1% (28) muertas. (Cuadro 23.)

Cuadro 23. Distribución porcentual del estado actual de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama entre 2007-2011. Tercera Demora.

Estado actual	Frecuencia	Porcentaje
Viva	93	76.0
Muerta	28	23.0
Total	121	100

FUENTE: esta investigación.

Diagnóstico Histopatológico: en 78.5%(95) casos se diagnosticó histológicamente carcinoma ductal, 10%(12) con carcinoma lobulillar y 11.5% (14) con patología maligna de la mama. (Ver Cuadro 24).

Cuadro 24. Distribución porcentual del diagnóstico histopatológico.

Diagnóstico histopatológico	Frecuencia	Porcentaje
Carcinoma ductal	95	78.5
Carcinoma lobulillar	12	10
Carcinoma mixto	4	3.3
Tumor maligno	1	0.8
Carcinoma metastásico	5	4.1
Carcinoma in situ	4	3.3
TOTAL	121	100

FUENTE: esta investigación.

Relación entre tiempo de consulta y estadio en el diagnóstico: 43.2% (35) mujeres que consultaron en un tiempo menor a un mes fueron diagnosticadas en estadio III. (Cuadro 25)

Cuadro 25. Relación entre tiempo de consulta y estadio en que se diagnostica a las mujeres durante el periodo de estudio

	Estadío	0	I	II	III	IV	TOTAL
	Tiempo en meses	0	0	0	3	2	0
1		0	0	3	19	0	22
2		0	1	1	14	1	17
3		0	1	1	12	1	15
4		0	0	3	4	4	11
5		0	0	1	5	3	9
6		0	0	0	5	1	6
7		0	0	0	4	1	5
8		0	0	1	2	0	3
9		0	0	0	2	1	3
10		0	0	1	1	0	1
11		0	0	0	1	0	1
+ 12		1	0	8	10	4	23
TOTAL		2	2	22	81	14	121

FUENTE: esta investigación.

6. DISCUSIÓN

Los resultados demuestran que la tendencia de cáncer de mama es constante durante el periodo de estudio, lo cual no coincide con la literatura existente que registra una tendencia ascendente del cáncer de mama en Colombia y el mundo⁴⁵⁻⁴⁶. Una de las explicaciones para este hallazgo posiblemente se debe al análisis utilizado con número de casos, puesto que se trata de un estudio basado en registros de la compañía de patólogos del Cauca en los cuales no están representados todos los casos de cáncer de mama que ocurrieron en el departamento del Cauca en el periodo de estudio, hecho que tiene que ver con las diferencias de contratación de las empresas de salud del departamento, las cuales solicitan el estudio de las patologías a laboratorios de otras ciudades.

Según los reportes del Instituto Nacional de Cancerología del 65 al 70% de los casos de cáncer de mama ocurren en mujeres de 50 años o más, sin embargo a nivel mundial 10% de los casos se presentan en la población de mujeres jóvenes⁴⁷, menores de 40 años de edad. En Estados Unidos se ha reportado una prevalencia menor a 5% de cáncer de mama en mujeres menores de 40 años, como lo reportan Zabicki y sus colaboradores⁴⁸. En el presente estudio 28.9% (95) mujeres estaban en edades entre 45-54 años. Existe el concepto general que el cáncer de mama en las mujeres jóvenes tiene mayor agresividad⁴⁹⁻⁵⁰, desconociendo que cada caso en particular a pesar de la edad debe ser estudiado para encontrar las características individuales que redundaran en un tratamiento adecuada.

⁴⁵ CURADO, M.P. Cáncer de mama en el mundo: Incidencia y mortalidad. *En*: Rev. Salud Pública México. 2011. Sep; Vol 53(5): 1 - 13.

⁴⁶ LOZANO, A.; GÓMEZ, D.; LEWIS, S.; TORRES LÓPEZ, L. Tendencias del cáncer de mama en América Latina y el Caribe. 2008. México. *En*: Rev. Salud Pública de México Vol .51(2):147-156

⁴⁷ INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA. Subdirección de Investigaciones Grupo de Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos. Bogotá, Colombia, 2004.

⁴⁸ ZABICKI, Katherina; et.al. Breast Cancer Diagnosis in Women \leq 40 versus 50 to 60 Years: Increasing Size and Stage Disparity Compared With Older Women Over Time. [en línea] Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1245%2FASO.2006.03.055?LI=true> [Consulta Enero 10, 2013]

⁴⁹ MANRIQUE ABRIL, F.G., et al., Factores asociados a la práctica correcta del autoexamen de mama en mujeres de Tunja (Colombia). (Spanish). Factors associated to the correct practice of breast self-examination in women from Tunja (Colombia). (English). 30(1): p. 18-27.

⁵⁰ GUERRA, I. Factores pronósticos de Cáncer de mama en 108 mujeres de 36 años. Madrid.1998. Tesis doctoral Universidad Complutense de Madrid. Página 1-260.

De acuerdo al tipo histopatológico el carcinoma ductal infiltrante fue el más frecuente 78.5%(95) este dato coincide con los estudios de Restrepo M V, Daza C.⁵¹, Muñoz S.F⁵² y INC 2012⁵³. Con respecto a la frecuencia de localización, la mama derecha fue la más afectada, dato que no coincide con los reportes a nivel de Popayán según un estudio realizado en el 2007 siendo el último estudio de que se tiene información⁵⁴, y otro estudio realizado en Chile en el que se estableció que los casos se distribuyeron casi por igual en ambas mamas derecha e izquierda⁵⁵.

De acuerdo a los hallazgos se observó que las tres demoras se presentaron en diferente proporción, la tercera demora fue la de mayor frecuencia.

La primera demora hace referencia al reconocimiento de síntomas por parte de la mujer y la decisión de buscar ayuda médica, los datos informan que el síntoma referido con mayor frecuencia fue masa en la mama, algunas mujeres presentaron dos o más síntomas, esto coincide con los autores Wiesner C⁵⁶., Angarita⁵⁷ y Piñeros⁵⁸, que encontraron que el síntoma más referido por las pacientes fue el de masa o bulto en la mama. Con respecto a la decisión de buscar se observó que una mayor proporción de mujeres consultó al médico en un periodo menor a un año desde el inicio de los síntomas, entre estas mujeres, 36% consultaron en un tiempo menor a 3 meses, lo cual es de destacar ya que este tiempo es el indicado para hacer una detección temprana e iniciar un tratamiento oportuno aumentando la sobrevivencia de la paciente; en mayor porcentaje consultó pasados 3 meses de inicio de síntomas situación que concuerda con los resultados de otros estudios

⁵¹ RESTREPO, M. V.; DAZA, C. Op.cit. p. 1-11.

⁵² MUÑOZ, S.F.; TOSE, P.A.; MOLANO, G, D. Vivencias y prácticas de autocuidado de las mujeres con Cáncer de mama. Popayán. En: Rev. Medicas UIS.2009; Mar;Vol22(4):137-148.

⁵³ PERRY, F.; FIGUERO, C.; OSSA, C., GUZMÁN, L., CATILLO, J., ÁNGEL, J.; DUARTE, C.; GARCÍA, M.; DÍAZ, S., LEHMANN, C. Ganglio centinela cáncer de mama: Experiencia 2000-2010 en el Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. Bogotá. En: Rev Colomb Cancerol. 2012; Abril Vol. 16(2):84-90.

⁵⁴ PEREZ, Fidalgo. Op.cit. p. 178-180

⁵⁵ SÁNCHEZ R., César. et al. ¿Es curable el cáncer de mama en etapa precoz?: Resultados del tratamiento combinado con cirugía, radioterapia y quimioterapia. En: Rev. méd. Chile [en línea]. 2007 Abr ; 135(4): 427-435. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000400003&lng=es. doi: 10.4067/S0034-98872007000400003 . [consulta Enero 24, 2013]

⁵⁶ WIESNER, C. Determinantes psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico temprano del cáncer de mama en Bogotá, Colombia.2007. En: Rev Colomb; Nov; Vol.11(1):13-22.

⁵⁷ ANGARITA, A.; ACUÑA, S. Cáncer de seno: de la epidemiología al tratamiento. Bogotá: Universidad Medica, 2008..Vol 49(3):344-372

⁵⁸ PIÑEROS, M.; SÁNCHEZ, R.; PERRY, F.; GARCÍA, O.; OCAMPO, R.; CENDALES, R. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con Cáncer de mama. Bogotá. 2011. En: Rev. Salud Publica Mex .2011; Vol 53(6): 478-485.

realizados en Colombia⁵⁹⁻⁶⁰⁻⁶¹, en los cuales se reportó un tiempo de 7 y 8 meses de demora para la atención⁶²⁻⁶³.

La presencia de un bulto como el síntoma más común debería dirigir la atención hacia la importancia del examen clínico del seno (CBE), como medio para la detección temprana. En general, se puede esperar más casos de cáncer de mama para ser detectada por los médicos que por las mujeres, desafortunadamente, el examen físico del seno en Colombia no se ofrece de forma extensiva⁶⁴.

Referente a la decisión de buscar ayuda médica es importante tener en cuenta que de acuerdo con la historia natural de la enfermedad, se ha calculado que la evolución de un tumor puede ser de hasta 9 años, para que sea visible en la mamografía (0.5 cm) y diez años para llegar a 1 un centímetro y ser clínicamente detectable⁶⁵. De acuerdo con algunos autores se observa que esta primera demora es muy común en América latina y en Colombia⁶⁶, lo que revela la importancia del cumplimiento por parte de las instituciones de salud de las Políticas de Promoción Y Prevención, que permiten acceder a los programas de tamización vigentes⁶⁷. A nivel nacional relacionadas con los objetivos del milenio para Colombia 2012- 2020, que permitan reducir la prevalencia de factores de riesgo modificables para el cáncer de mama, reducir las muertes por cáncer mediante el mejoramiento de la detección temprana y la calidad de la atención, mejorar la calidad de vida de las pacientes y sobrevivientes mama, garantizar la generación y disponibilidad y uso de conocimiento e información para la toma de decisiones, fortalecer la gestión del recurso humano para el cáncer de mama.

⁵⁹ WIESNER, C. Determinantes psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico temprano del cáncer de mama en Bogotá, Colombia. 2007. En: Rev Colomb; Nov; Vol.11(1):13-22.

⁶⁰ ANGARITA, A.; ACUÑA, S. Cáncer de seno: de la epidemiología al tratamiento. Bogotá: Universidad Medica, 2008..Vol 49(3):344-372.

⁶¹ ANGARITA, F.A.; ACUÑA, S.A.; TORREGROSA, L.; TAWILL, M., RUIZ, A. Presentación inicial de las pacientes con diagnóstico de cáncer de seno en el Centro Javeriano de Oncología, Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá. En: Rev Colombiana 2010 Vol 25:19-26.

⁶² YOFFE DE QUIROZ, Ita. Retardo en el diagnóstico de los pacientes con cáncer. Asunción. [en línea]. abr. 2005, vol.38, no.1-2 p.22-28. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-89492005000100003&lng=es&nrm=iso. ISSN 1816-8949 [consulta Enero 24, 2013].

⁶³ PIÑEROS, M.; SÁNCHEZ, R.; CENDALES, R.; PERRY F.; OCAMPO, R. Demora en pacientes colombianas con cáncer de mama. Bogotá, Colombia. En: Rev.Salud pública de Mexico. 2009, Sep.Vol.51(5):372-380.

⁶⁴ Ibid. p. 372-380

⁶⁵ TAMIZAJE PARA LA DETECCIÓN DE CÁNCER de mama: Consenso de Recomendaciones del Grupo de Trabajo de los Servicios Preventivos de Estados Unidos. Op.cit. p. 285-298.

⁶⁶ REVISTA NUEVA. Cáncer de seno, buenas noticias. [en línea]. Disponible en: <http://www.vanguardia.com/vida-y-estilo/revista-nueva/179429-cancer-de-seno-buenas-noticias> [Consulta Enero 10, 2013].

⁶⁷ YOFFE DE QUIROZ, Ita. Op.cit. vol.38, no.1-2 p.22-28.

En los aspectos relacionados con la segunda demora es de resaltar que la mayor proporción de mujeres provenían de la zona rural y refirieron que no presentaban problemas relacionados con esta demora. Sin embargo las barreras económicas, de transporte, de seguridad, falta de estructura vial y de comunicación, acompañados de factores económicos y de estructura vial, fueron problemas referidos por algunas mujeres, situación que coincide con el estudio de Piñeros⁶⁸, que encontró que los factores socioeconómicos, bajo nivel de educación, carencia de seguro de salud, dificultades de transporte, se convierten en una barrera para acceder de manera oportuna a los servicios de salud y Ita Yoffe de Quiroz⁶⁹ determinan el retraso en la consulta médica.

En el presente estudio la tercera demora o fase de detección, diagnóstico y tratamiento médico una vez la mujer decide buscar ayuda se identifica como el momento de mayor dificultad dentro del proceso asistencial de la enfermedad. Con respecto al acceso a los servicios de salud, se encontró que en la primera consulta el médico general remite la paciente al ginecólogo y no al cirujano Mastólogo como lo indica la norma vigente en Colombia, esta conducta trae como consecuencia un retraso en el diagnóstico oportuno. Este hallazgo es similar a otras publicaciones médicas⁷⁰ que indican que la falta de entrenamiento de los médicos es un factor coadyuvante para el diagnóstico tardío, lo que altera directamente la detección temprana. Sin duda un aspecto de política de atención debe ser la sensibilización y adiestramiento de los médicos que se ubican en el nivel I de atención en salud de las entidades públicas, privadas y particulares.

El segundo momento de retraso relacionado con la tercera demora, se presentó en la diferencia de tiempo entre la consulta con el cirujano de mama y el cumplimiento de la conducta, puesto que algunas pacientes tuvieron que esperar más de 3 meses para recibir el tratamiento indicado. Un estudio realizado en México demostró que en la Atención Primaria y antes del diagnóstico definitivo se presentaron tiempos prolongados de espera y una vez detectado el problema correctamente, se observa un cambio en la calidad de la atención, tanto en la atención primaria y especializada en el sentido en un reconocimiento adecuado de la seriedad de la dolencia, una atención técnica y rapidez de la respuesta⁷¹.

⁶⁸ PIÑEROS, M.; SÁNCHEZ, R.; PERRY, F.; GARCÍA, O.; OCAMPO, R.; CENDALES, R. Op.cit. vol 53(6): p. 478-485.

⁶⁹ YOFFE DE QUIROZ, Ita. Op.cit. vol.38, no.1-2 p.22-28.

⁷⁰ NIGENDA, G.; CABALLERO, M.; GONZÁLEZ-ROBLEDO, L.M. Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. Mexico. En: Rev.Salud Publica 2009; vol51 (2): p.254-S262.

⁷¹ Ibid. p.254-S262.

De acuerdo con algunos autores⁷² se describe que a nivel de Latinoamérica para el año 2007, se contaba con 700 cirujanos mastólogos, cifra que es muy poca para la incidencia de cáncer de mama y que retrasa la atención oportuna con el especialista.

Es importante tener en cuenta que en el presente estudio la mayoría de mujeres pertenecen al régimen subsidiado, es probable que los trámites administrativos para obtener las autorizaciones para acceder a la atención médica, la toma de pruebas diagnósticas y el tratamiento sea una de las razones para que ocurran las demoras en la prestación de los servicios. Este resultado es similar con lo reportado por la Asociación Colombiana de Mastología⁷³ en el que se evidenció que las mujeres que tenían medicina prepagada obtenían el diagnóstico en un tiempo menor a un mes y las del régimen contributivo tenían que esperar hasta seis meses y las afiliadas al régimen subsidiado cerca de nueve meses para el diagnóstico.

El estadio III, es un estado avanzado de la patología mamaria⁷⁴, en el presente estudio se obtuvo que a pesar de que un porcentaje mínimo de pacientes fueron diagnosticada en un tiempo menor a tres meses, ya se encontraban en estadio III y IV, esta información se relaciona con los estudios de Piñeros e Itaz en los cuales se describe un retraso en el 36% de los casos, con un periodo de demora en la consulta de tres y seis meses, en las cuales el estadio del diagnóstico se encontró en III⁷⁵, tiempo muy importante y suficiente para convertir en incurable un tumor maligno⁷⁶⁻⁷⁷.

Algunas instituciones (EPS IPS) no aceptaron participar en el estudio situación que resulta inconveniente para el proceso de vigilancia en salud pública puesto que no es posible contar en nuestro medio con un registro de cáncer que permita tener un conocimiento de los datos demográficos, de tumor y de base diagnóstica

⁷² CAAZAP, E.; BUZAID, GABINO C., GARZA, J.; VALLEJOS, C.; GUERCOVICH, A. Breast Cancer in Latin America. Results of the Latin American and Caribbean Society of Medical Oncology/Breast. Cancer Research Foundation Expert Survey. 2008. CANCER Supplement. Oct. Vol:113(8);259-2365. [en línea]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-breast-cancer-guidelines.htm#resumen> [Consulta Enero 10, 2013].

⁷³ REVISTA NUEVA. Op.cit.

⁷⁴ GARCIA, L. M., M. GIL, et al.. Breast cancer and angiogenesis: Pathophysiology, prognostic value and therapeutic perspectives. *Progresos en Obstetricia y Ginecología*, 1997. No. 40(1): 5-12.

⁷⁵ INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA. Subdirección de Investigaciones Grupo de Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos. Bogotá, Colombia, 2004.

⁷⁶ YOFFE DE QUIROZ, Ita. Op.cit. vol.38, no.1-2 p.22-28.

⁷⁷ PIÑEROS, M.; SÁNCHEZ, R.; CENDALES, R.; PERRY F.; OCAMPO, R. Op.cit.. vol .51 (5): p.372-380.

que permita acercarse a la meta impuesta en los OM⁷⁸ que establece contar para el 2014 con datos de prevalencia producto de la búsqueda activa y permanente de datos en todas las fuentes de información.

⁷⁸ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Instituto Nacional de Cancerología Empresa social del estado. Plan Nacional para el control del cáncer en Colombia 2012-2020. Bogotá Colombia. [en línea] .Disponible en: <http://www.pnud.org.co/sitio.shtml?x=66943>. [consulta 24 Enero 2013]

7. CONCLUSIONES

- ✓ Primera Demora: se evidenció que las mujeres reconocen los signos y síntomas y acuden oportunamente a consulta médica.
- ✓ Segunda Demora: mayor proporción de mujeres del área rural presentaron algunas barreras como: transporte, Inaccesibilidad geográfica, comunicaciones, factores económicos.
- ✓ Tercera Demora: se evidenció que tan sólo cuando se diagnostica en un paciente cáncer de mama, las instituciones de salud le proporcionan la atención necesaria para un tratamiento y posterior rehabilitación.
- ✓ A pesar que las mujeres reconocieron los síntomas y consultaron a tiempo, el diagnóstico se presenta en estadios tardíos.
- ✓ De acuerdo con los resultados en relación a las tres demoras, es evidente que la tercera demora fue la más frecuente influyendo en que el diagnóstico de cáncer de mama se haga en estadios tardíos.

8. RECOMENDACIONES

- ✓ Para la detección temprana del cáncer de mama es necesario atender y captar las pacientes que presentan síntomas incipientes de la enfermedad o mediante un tamizaje el cual consiste en la educación referente al autoexamen de mama, el examen clínico y la toma de la mamografía según lo indicado en la resolución 412 de 2000.

- ✓ Es muy importante que se establezcan líneas de comunicación entre las instituciones de salud para garantizar una atención oportuna y de calidad asegurando continuidad en el tratamiento y rehabilitación de las pacientes.

- ✓ Implementar las estrategias que propone las metas del Milenio que permitan la participación de la población en programa de promoción y prevención en relación con el diagnóstico oportuno del cáncer de mama.

- ✓ Las entidades de vigilancia epidemiológica, deben exigir a las instituciones de salud, que asuman la responsabilidad del reporte oportuno de casos de cáncer de mama, ya que la actualización de las estadísticas es una herramienta importante para el control de esta patología.

BIBLIOGRAFÍA

ALCALDÍA SANTIAGO DE CALI. Secretaria de Salud de Cali. Boletín cáncer de mama. [en línea] Cali: 2002. Disponible en: http://www.Calisaludable.cali.gov.co/saludPublica/.../boletin_cancer_mama.pdf [consulta Septiembre 16, 2011].

ANGARITA, A.; ACUÑA, S. Cáncer de seno: de la epidemiología al tratamiento. Bogotá: Universidad Medica, 2008..Vol 49(3):344-372.

ANGARITA, F.; ACUÑA, A.; TORREGROSA, L.; TAWIL, M.; RUIZ, M.D. Presentación inicial de las pacientes con diagnóstico de cáncer de seno en el centro javeriano de oncología hospital Universitario san Ignacio. Revista colombiana Circulación 2010;(25):19-26.

ANGARITA, F.A.S.; et al. Uso de la mamografía de tamizaje en las pacientes con diagnóstico con cáncer de seno en el Hospital Universitario San Ignacio, Centro Javeriano de Oncología. (Spanish). Use of screening mammograms in patients diagnosed with breast cancer at Hospital Universitario San Ignacio, Centro Javeriano de Oncología. (English). 51(2): p. 155-166.

ARBOLEDA MURRILLO, R., PIÑEROS, M., PERRY, F.; DÍAZ, S.; SALGUERO, E.; SÁNCHEZ, O.; POVEDA, C.; CASAS, C.; RINCÓN, L.; RUEDA, Y.; OSORIO, D. Cobertura de examen clínico y mamografía de tamización para cáncer de mama en mujeres de Bogotá. En: Revista colombiana de cancerología 2009; 13(2):66-76.

CAAZAP, E.; BUZAID, GABINO C., GARZA, J.; VALLEJOS, C.; GUERCOVICH, A. Breast Cancer in Latin America. Results of the Latin American and Caribbean Society of Medical Oncology/Breast. Cancer Research Foundation Expert Survey. 2008. CANCER Supplement. Oct..Vol:113(8);259-2365. [en línea]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-breast-cancer-guidelines.htm#resumen> [Consulta Enero 10, 2013].

CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES. Cáncer de mama. Factores de riesgo. [en línea]. Atlanta (USA): Board; 2000.

Disponible en:
http://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/risk_factors.htm [consulta
Noviembre 12, 2011]

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Instituto Nacional de Cancerología Empresa social del estado. Plan Nacional para el control del cáncer en Colombia 2012-2020. Bogotá Colombia. [en línea] .Disponible en: <http://www.pnud.org.co/sitio.shtml?x=66943>. [consulta 24 Enero 2013]

_____. MINISTERIO DE SALUD. Resolución No. 412 de 2000 (febrero 25). Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá: Ministerio de Salud, 2000. [en línea] Disponible <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/default.aspx>. [consulta Enero 24, ero 2013]

_____. PROFAMILIA Encuesta Nacional de Demografía y Salud- ENDS. [en línea Bogotá: Diario Portafolio; 2007. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-15.pdf>. [consulta Octubre 10, 2011].

CURADO, M.P. Cáncer de mama en el mundo: Incidencia y mortalidad. En: Rev. Salud Pública México. 2011. Sep; Vol 53(5): 1 - 13.

GARCIA, L. M., M. GIL, et al.. Breast cancer and angiogenesis: Pathophysiology, prognostic value and therapeutic perspectives. *Progresos en Obstetricia y Ginecología*, 1997. No. 40(1): 5-12.

GUERRA, I. Factores pronósticos de Cáncer de mama en 108 mujeres de 36 años. Madrid.1998. Tesis doctoral Universidad Complutense de Madrid. Página 1-260.

HERNÁNDEZ, D.; BORGES. R., MÁRQUEZ, G., BETANCOURT, L. Factores de riesgo conocidos para cáncer de mama pacientes con cáncer, patología benigna, no patología. Scielo 2010, vol.22, n.1, pp. 16-31. [en línea] Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-05822010000100003&script=sci_abstract [consulta 2011 Octubre 10]

HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE. Cáncer de mama. [en línea]. Medellín: UPB, 2003. Disponible en: www.hptu.org.co/hptu/images/stories/cancer_mama_colom.pdf [consulta Septiembre 16, 2011]

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA. Subdirección de Investigaciones Grupo de Evaluación y Seguimiento de Servicios Oncológicos. Bogotá, Colombia, 2004.

LOZANO A. R.; GÓMEZ D. H.; LEWIS S.; TORRES, S.L. y, LÓPEZ C. L. Tendencias del cáncer de mama en América Latina y el Caribe. Scielo 2009; vol.51 supl.2. [en línea] Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800004 [consultado Septiembre 16, 2011].

LOZANO, A.; GÓMEZ, D.; LEWIS, S.; TORRES LÓPEZ, L. Tendencias del cáncer de mama en América Latina y el Caribe. 2008.Mexico. En: Rev. Salud Pública de México Vol .51(2):147-156.

MAINE, D.; AKALIN, M.Z.; WARD, V.M., KAMARA, A. Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna. [en línea]. Disponible en: <http://www.amddprogram.org/v1/resources/DesignEvalMM-SP.pdf> [consulta Abril 20, 2011].

MANRIQUE ABRIL, F.G., et al., Factores asociados a la práctica correcta del autoexamen de mama en mujeres de Tunja (Colombia). (Spanish). Factors associated to the correct practice of breast self-examination in women from Tunja (Colombia). (English). 30(1): p. 18-27.

MARTÍNEZ R., S. Caracterización de los tiempos de atención y de mujeres con cáncer de mama que asistieron a un hospital de tercer nivel, 2005-2009. (Spanish). Characterization of service times and of women with breast cancer who attended in a hospital, 2005-2009. (English). 30(2): p. 183.

MUÑOZ, S.F.; TOSE, P.A.; MOLANO, G, D. Vivencias y prácticas de autocuidado de las mujeres con Cáncer de mama. Popayán. En: Rev. Medicas UIS.2009; Mar;Vol22(4):137-148.

NIGENDA, G.; CABALLERO, M.; GONZÁLEZ-ROBLEDO, L.M. Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. Mexico. En: Rev.Salud Publica 2009; Vol51(2):254-S262.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. International Agency for Research on Cancer. Washington, D.C. HINARI. 2000 [en línea] Disponible en: <http://www.iarc.fr> [consulta Octubre 10, 2011].

_____. Cáncer de mama: Prevención y Control. [en línea] Ginebra: HINARI. Disponible en <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index.html> [consulta Noviembre 10, 2011].

_____. Guías para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna. [en línea]. Ginebra: HINARI. Disponible en:<http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index.html>. [Consultado Noviembre 10, 2011].

PEREZ, Fidalgo. Breast cancer metastases in the iris: Does treatment modifies natural history of the illness?. Anales de Medicina Interna, 2008. 25(4): p. 178-180.

PERRY, F.; FIGUEREDO, C.; OSSA, C., GUZMÁN, L., CATILLO, J., ÁNGEL, J.; DUARTE, C.; GARCÍA, M.; DÍAZ, S., LEHMANN, C. Ganglio centinela cáncer de mama: Experiencia 2000-2010 en el Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. Bogotá. En: Rev Colomb Cancerol. 2012; Abril Vol. 16(2):84-90.

PIÑEROS, M.; SÁNCHEZ, R., PERRY, F.; OCAMPO, R.; GARCÍA, A. Características sociodemográficas clínica y de la atención de mujeres con cáncer de mama en Bogotá. En: Rev. Colombiana cancerología 2008; 12(4):181-190.

PIÑEROS, M.; SÁNCHEZ, R.; CENDALES, R.; PERRY F.; OCAMPO, R. Demora en pacientes colombianas con cáncer de mama. Bogotá, Colombia. En: Rev.Salud pública de Mexico. 2009,Sep.Vol.51(5):372-380.

PIÑEROS, M.; SÁNCHEZ, R.; PERRY, F.; GARCÍA, O.; OCAMPO, R.; CENDALES, R. Demoras en el diagnostico y tratamiento de mujeres con Cáncer de mama. Bogotá. 2011. En: Rev. Salud Publica Mex .2011; Vol 53(6): 478-485.

RESTREPO, M. V.; DAZA, C., Características Histopatológicas del cáncer de mama. Compañía de Patólogos del Cauca. Hospital Universitario San José Popayán. Ciencias de la Salud. Popayán; 2007. Vol 9(2):1-11.

REVISTA NUEVA. Cáncer de seno, buenas noticias. [en línea]. Disponible en: <http://www.vanguardia.com/vida-y-estilo/revista-nueva/179429-cancer-de-seno-buenas-noticias> [Consulta Enero 10, 2013].

ROJAS, J.; HUAMANÍ, I.A. Historia de Obesidad como factor asociado al cáncer de mama en pacientes de un hospital público del Perú. En: Rev Perú Med. Exp. Salud Pública. [en línea]. 2009; vol. 26: 343-48.. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n3/a13v26n3.pdf> [consulta Octubre 11, 2011]

SÁNCHEZ R., César. et al. ¿Es curable el cáncer de mama en etapa precoz?: Resultados del tratamiento combinado con cirugía, radioterapia y quimioterapia. En: Rev. méd. Chile [en línea]. 2007 Abr ; 135(4): 427-435. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000400003&lng=es. doi: 10.4067/S0034-98872007000400003 . [consulta Enero 24, 2013]

STRAYER, D.A. and T. Schub, Cancer de mama. En: CINAHL Nursing Guide. Cinahl Information Systems: Glendale, California: Pravikoff, 2008 p.

TAMIZAJE PARA LA DETECCIÓN DE CÁNCER de mama: Consenso de Recomendaciones del Grupo de Trabajo de los Servicios Preventivos de Estados Unidos. (Spanish). En: Revista del Climaterio. 13(78): p. 285-298.

VÉLEZ G. A., GALLEGO, L.V.; POSADA, D. J. Modelo de análisis de la muerte materna: camino para la supervivencia. [en línea]. Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/libro1/modelodeanalisisdelamuertematerna.pdf> [consulta Octubre 25, 2011]

WIESNER, C. Determinantes psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico temprano del cáncer de mama en Bogotá, Colombia. 2007. En: Rev Colomb; Nov; Vol.11(1):13-22.

WORK-LIFE NEWSBRIEF AND TREND REPORT. Cancer will pass heart disease as #1 killer. 2009: p. 1-1.

YOFFE DE QUIROZ, Ita. Retardo en el diagnóstico de los pacientes con cáncer. Asunción. [en línea]. abr. 2005, vol.38, no.1-2 p.22-28. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-89492005000100003&lng=es&nrm=iso. ISSN 1816-8949 [consulta Enero 24, 2013].

ZABICKI, Katherina; et.al. Breast Cancer Diagnosis in Women ≤ 40 versus 50 to 60 Years: Increasing Size and Stage Disparity Compared With Older Women Over Time. [en línea] Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1245%2FASO.2006.03.055?LI=true> [Consulta Enero 10, 2013]

Anexo A. Instrumento

FACTORES RELACIONADOS CON LAS TRES DEMORAS QUE INFLUYEN EN EL DIAGNOSTICO TARDIO DEL CANCER DE MAMA EN MUJERES ATENDIDAS EN INSTITUCIONES DE SALUD DE POPAYAN EN EL PERIODO 2004 – 2011

Numero de HC _____

Nombre de la Paciente _____

Teléfono de la paciente _____

Edad de la paciente al momento del diagnostico						Años	
Máximo nivel educativo alcanzado			Estado Civil				
1	Primaria		1	Soltero			
2	Secundaria		2	Casado			
3	Universitaria		3	Unión Libre			
4	Tecnología						
5	Otro						
Seguridad social en Salud			Lugar de procedencia				
1	Contributivo		1	Urbano			
2	Subsidiado		0	Rural			
3	Particular						
Ocupación			OBSERVACIONES				
1	Trabaja						
2	Estudia						
3	Ama de casa						
4	Pensionada						
PRIMERA DEMORA							
Fecha que la paciente refiere el inicio de los síntomas				D	M	A	
1	Masa seno izquierdo		2	Masa seno derecho			
3	Dolor		4	Secreción por el pezón			
5	Cambios en la piel						

Nombre de la Institución donde la paciente acude por primera vez	Que síntomas refiere la Paciente		
	1	Masa en el seno derecho	
	2	Masa Seno izquierdo	
	3	Dolor	
	4	Secreción por el pezón	
	5	Cambios en la piel	
	6	Otro cual _____	

Fecha en que la paciente consulta por primera vez	D	M	A	

Dx de la consulta de primera vez- (MD. general)

Conducta consulta por primera vez

		Si	No	
1	Remisión			Si, a dónde? _____ Fecha _____
2	Laboratorios			Cuáles?
3	Imágenes			Cuáles?
4	Biopsia			

OBSERVACIONES

SEGUNDA DEMORA

Procedencia Urbana o Rural DE DONDE _____

Hay inaccesibilidad por circunstancias geográficas o de orden público?

Falta de estructura vial y de comunicaciones?

Hay factores económicos que dificultan el traslado?

Describir cuales de estas barreras se presentaron.

En caso de que se presente una de estas características debe escribir el número **UNO**, si no dice nada de esto en la HC, se debe escribir que no se presentaron, en la casilla se debe escribir **CERO**

OBSERVACIONES

TERCERA DEMORA							
PRIMERA CONSULTA CON ESPECIALISTA							
Fecha PRIMERA consulta especialista (cirujano mastologo)					D	M	A
Viene remitida?					Si	No	De donde _____
Dx de cáncer _____					D	M	A
Conducta en primera consulta con especialista				Fecha de reporte			
	Si	No		Día	mes	año	
1. Tratamiento Quirúrgico							
2. Tratamiento Oncológico							
3. Laboratorios							
4. Ecografía							
5. Biopsia							
6. Otros Cual _____							
DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO							
Diagnóstico de patología _____					D	M	A
ESTADIOS							
1	ESATDIO I		3	ESTADIO III			
2	ESATDIO II		4	ESTADIO IV			
OBSERVACIONES							
ESTADO ACTUAL		<input type="checkbox"/>	1. Vivo	2. Muerto			
Calidad de la HC		<input type="checkbox"/>	1 Buena	2. Mala			

Código del encuestador _____

Fecha de recolección de la información

--	--	--

INSTRUCTIVO DEL INSTRUMENTO

1. Este instrumento será diligenciado por los investigadores del proyecto, contiene una serie de preguntas que es necesario buscar en la historia clínica de cada paciente con diagnóstico tardío de cáncer de mama.
2. Escriba el nombre de la paciente.
3. La fecha de diligenciamiento del instrumento de recolección de información.
4. A continuación:

Marque en cada pregunta de acuerdo a lo solicitado, según los registros de la historia clínica.

- ✓ Escriba la edad en años, de la paciente al momento del diagnóstico de cáncer de mama.
- ✓ Máximo nivel educativo alcanzado, marcar con una X en la casilla correspondiente de acuerdo a la información encontrada en la historia clínica.
- ✓ Estado Civil, marcar con una X en la casilla correspondiente de acuerdo a la información encontrada en la historia clínica.
- ✓ Seguridad social en Salud, marcar con una X en la casilla correspondiente de acuerdo a la información encontrada en la historia clínica.
- ✓ Ocupación, marcar con una X en la casilla correspondiente de acuerdo a la información encontrada en la historia clínica.
- ✓ Procedencia, marcar con una X en la casilla correspondiente de acuerdo a la información encontrada en la historia clínica.
- ✓ **Observaciones** en caso de encontrar datos relevantes en la historia clínica escriba aquí, si no encuentra algo especial relacionado con las variables anteriores escriba la palabra NO

PRIMERA DEMORA

- ✓ Fecha que la paciente refiere el inicio de los síntomas, **escribir** día, mes y año en la casilla correspondiente.
- ✓ Marcar con una x de acuerdo a los síntomas referidos por la paciente en la primera consulta médica.
- ✓ Registrar el nombre de la institución donde la paciente consulta por primera vez.
- ✓ Registrar día, mes y año donde la paciente consultó por primera vez.
- ✓ Registrar el diagnóstico de consulta de primera vez en la casilla correspondiente.
- ✓ Marcar una x en la conducta médica de primera vez y especificar cada una de ellas y escribir día, mes y año en la casilla correspondiente.
- ✓ **Observaciones**, en caso de encontrar datos relevantes en la historia clínica relacionados con uno de los indicadores de la **PRIMERA DEMORA** escríbalos en el espacio en blanco correspondiente a observaciones, si no encuentra algo especial relacionado con la primera demora escriba la palabra NO

SEGUNDA DEMORA

- ✓ Marcar con una x en la casilla correspondiente, de acuerdo al sitio de procedencia de la paciente, **zona rural o urbana**. Escriba el lugar de procedencia.
- ✓ En caso de que se presente alguna de las características que a continuación se mencionan escriba el número **UNO**, en la casilla correspondiente, si no dice nada de esto en la HC, se debe escribir que no se presentaron, en la casilla se debe escribir **CERO**.
- ✓ Marcar con una x en la casilla correspondiente, en caso de que el sitio de procedencia sea una zona de difícil acceso porque el desplazamiento es difícil por circunstancias geográficas o de orden público?
- ✓ Marcar con una x en la casilla correspondiente, en caso de encontrar falta de estructura vial y de comunicaciones?
- ✓ Marcar con una x en la casilla que corresponde si en la historia clínica refieren que hay factores económicos que dificultan el traslado?
- ✓ **Observaciones**, en caso de encontrar datos relevantes en la historia clínica relacionados con uno de los indicadores de la **SEGUNDA DEMORA** escríbalos en el espacio en blanco correspondiente a observaciones, si no encuentra algo especial relacionado con la segunda demora escriba la palabra NO.

TERCERA DEMORA

- ✓ Fecha de la **PRIMERA** consulta con especialista (cirujano mastólogo), colocar día, mes y año en la casilla correspondiente.
- ✓ Marcar con una x en la casilla correspondiente si la paciente viene remitida y de dónde.
- ✓ Escribir el diagnóstico de cáncer y colocar día, mes y año en la casilla correspondiente.
- ✓ Marcar con una x la por la paciente en la primera consulta médica con especialista y fecha de reporte.
- ✓ Escribir el diagnóstico histopatológico y colocar día, mes y año en la casilla correspondiente.
- ✓ Marcar con una x en la casilla que corresponda a los estadios.
- ✓ Marcar con el correspondiente número asignado al estado actual de la paciente en la casilla asignada.
- ✓ **Observaciones**, en caso de encontrar datos relevantes en la historia clínica relacionados con uno de los indicadores de la **TERCERA DEMORA** escríbalos en el espacio en blanco correspondiente a observaciones, si no encuentra algo especial relacionado con la tercera demora escriba la palabra NO.
- ✓ Escriba una X en la casilla correspondiente Marcar con el correspondiente número a la calidad de la historia clínica en la casilla.

- ✓ Colocar el código del encuestador asignado y colocar día, mes y año en la casilla de recolección de la información.

Anexo B. Consentimiento informado



Universidad
del Cauca

“FACTORES RELACIONADOS CON LAS TRES DEMORAS QUE INFLUYEN EN EL DIAGNOSTICO TARDIO DEL CANCER DE MAMA EN MUJERES ATENDIDAS EN INSTITUCIONES DE SALUD DE POPAYAN EN EL PERIODO 2004 – 2011”

Hoja de información

Apreciado gerente los investigadores, lo invitamos a participar en este estudio titulado **“Factores relacionados con las tres demoras que influyen en el diagnostico tardío del cáncer de mama en las mujeres atendidas en instituciones de salud de Popayán, en el periodo 2004 – 2011”** Se ha planeado invitar participar a todos los gerentes de la instituciones que prestan servicios de salud a mujeres con diagnostico de cáncer de mama. Este estudio está basado en evidencia científica: investigaciones originales, referencias nacionales e internacionales, relacionadas con el tema. El estudio está clasificado como una investigación sin riesgo dado que no se realiza ninguna intervención o modificación en variables biológicas, fisiológicas psicologías de los individuos o de los registros de datos obtenidos de las historias clínicas de las participantes.

Propósito

El trabajo de investigación referente a la determinación de los factores relacionados con el diagnostico tardío del cáncer, tiende a fortalecer los aspectos de la prevención del cáncer mama, información útil para las instituciones prestadoras de servicios de salud. Dado que a nivel mundial las investigaciones en materia de métodos para prevención de cáncer continua avanzando y se requiere contar con información relevante sobre este tema, el presente proporcionará datos que contribuyan al análisis de los factores relacionados con el diagnostico tardío del cáncer de mama en Popayán, lo cual permite fortalecer el conocimiento para la toma de decisiones, brindar información útil para mejorar aspectos técnicos, administrativos y determinar las deficiencias en la prestación de servicios de salud a las mujeres de nuestra región quienes son el objetivo de la prestación de servicios de promoción y prevención de la entidades prestadoras de servicios de salud.

Objetivo

Determinar los factores relacionados con las tres demoras que influyen en el diagnóstico tardío cáncer de mama en mujeres atendidas en las Instituciones de Salud de Popayán en el periodo 2004 a 2011.

Procedimientos

En este estudio se aplicará un instrumento de recolección de información el cual fue elaborado con base en la Teoría de las Tres Demoras propuesta por la Dra. Débora Maine. El instrumento a partir de una serie de preguntas valora los aspectos relacionados con cada una de las demoras. El estudiante que tiene a su cargo la recolección de la información registrará en cada uno de los ítems la información obtenida de la historia clínica.

Responsabilidades suyas en el estudio.

Durante su participación en el estudio, usted deberá:

1. Firmar el consentimiento informado.
2. Autorizar a quien corresponda y describir el procedimiento para el préstamo de las historias clínicas para la obtención de la información relacionada con los resultados de patología de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, que reposan en su institución.

Posibles riesgos

El riesgo por participar en este estudio es mínimo, por cuanto no se realizara ningún tipo intervención médica. La investigación recoge informaciones secundarias, relacionadas con los datos de las historias clínicas de mujeres con Diagnóstico de cáncer de mama en el periodo de estudio, atendidas en la Institución que usted gerencia. La información obtenida solo se utilizara con fines de investigación y los datos recolectados serán custodiados por la asesora del proyecto Mag. Carmen Daza.

Posibles beneficios

Dadas las características del estudio los beneficios que se podrían encontrar son: el contribuir al mejoramiento de los procesos de atención en salud y prevención del cáncer de mama, en las instituciones prestadoras de servicios de salud del departamento del Cauca y en la comunidad en general.

Usted no recibirá ninguna retribución económica ni de otro tipo por su participación en el estudio.

Confidencialidad de los datos de los registros de la historia clínica.

Se garantizará total confidencialidad. La información obtenida se utilizará únicamente para los fines de investigación. En cualquier momento si lo considera usted puede retirarse de la investigación.

En caso de tener preguntas sobre mi participación en el estudio, puedo contactar a la Enfermera Mag. Carmen Daza, en la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca. telf.: 8234118 ex. 123.

Participación voluntaria y retiro del estudio.

Mi participación del estudio es voluntaria; tengo completa libertad de participar o no en el. También tengo derecho a dejar de participar o abandonar este proyecto sin dar una explicación.

Al firmar a continuación, acepto que:

1. He leído la hoja de información del estudio.
2. He tenido la posibilidad de hacer preguntas y que estas me fueron contestadas
3. Entiendo que mi participación es voluntaria
4. Puedo elegir retirarme del estudio en cualquier momento
5. Autorizo que la información recolectada pueda usarse sin divulgar los datos de identificación
6. Autorizo el uso de esta información para realización de otras investigaciones
7. Recibiré una copia firmada de este consentimiento informado.

Nombre en imprenta del
entrevistado
CC

Nombre en imprenta del testigo
CC

Firma del entrevistado

Firma del Testigo

D_____ M _____ A_____

Anexo C. Aspectos Administrativos

Presupuesto

1. Recursos Humanos

NOMBRE DEL INVESTIGADOR /EXPERTO/ AUXILIAR	FORMACIÓN ACADÉMICA	FUNCIÓN DENTRO DEL PROYECTO	DEDICACIÓN Horas/semestre	RECURSOS		TOTAL
				Recursos propios	Contrapartida	
					UNICAUCA	
Carmen Daza	Enf.Mag. epidemiología	Asesora de investigación.	20		\$1.300.000	\$1.300.000
Nancy Campo	Auxiliares de enfermería	Investigador	160	\$2.500.000		\$2.500.000
Antonio Muñoz	Auxiliares de enfermería	Investigador	160	\$2.500.000		\$2.500.000
Antonela Parra	Auxiliares de enfermería	investigador	160	\$2.500.000		\$2.500.000
Sandra reyes	Auxiliares de enfermería	investigador	160	\$2.500.000		\$2.500.000
TOTAL			660	\$10.000.000	\$1.300.000	\$11.300.000

2. Recursos materiales

EQUIPO	CONTRAPARTIDA	TOTAL
Computadores de mesa con software y con UPS estándar n:3	\$ 4.500.000	4.500.000
Impresoras n:2	\$ 2.000.000	2.000.000
TOTAL	\$6.500.000	\$6.500.000

MATERIALES	JUSTIFICACION	FUENTE		TOTAL
		FINACIADOR	ESTUDIANTES DE PROFESIONALIZACIÓN DE ENFERMERIA	
PAPELERIA (RESMA)	IMPRESION DE TRABAJOS, ARTICULOS DE INVESTIGACION	AUTOFINANCIADO	\$100.000	\$100.000
FOTOCOPIAS	BIBLIOTECA, ARTICULOS, REVISTAS	AUTOFINANCIADO	\$60.000	\$60.000
ARTICULOS DE OFICINA	LAPICEROS, CARPETAS, CORRECTOR, LAPICES, RESALTADOR, LIBRETAS	AUTOFINANCIADO	\$30.000	\$30.000
SALIDAS DE CAMPO	TRANSLADO A PATOLOGOS DEL CAUCA Y E.P.S	AUTOFINANCIADO	\$300.000	\$300.000
INTERNET	CONSULTAS ASESORIAS	AUTOFINANCIADO	\$100.000	\$100.000
TOTAL			\$ 590.000	\$ 590.000

3. Total Presupuesto

RUBROS	FUENTE	FUENTE	TOTAL
	UNICAUCA	R. PROPIOS	
Recurso humano Asesor	1.300.000		1.300.000
Recurso humano Estudiantes		10.000.000	10.000.000
Materiales y equipos		8.690.000	8.690.000
Total			19.990.0

CRONOGRAMA

MESES 2001-2012	SEP	OCT		NOV		DIC		ENE		FEB
	16-30	1-15	16-31	1-15	16-30	1-15	16-31	1-15	16-31	1-30
Primer encuentro con Asesores según concertación previa. Aproximación a la temática a investigar										
Asesoría con docentes. Definición temática a investigar y primera esquematización del problema.										
Asesoría con docentes. Problema de investigación										
Asesoría con docentes. Problema de investigación y entrega a Asesora de objetivos propuestos por estudiantes.										
Asesoría con docentes. Revisión y primera aproximación a Objetivos										
Asesoría con docentes. Aproximación al marco referencial										
Asesoría con docentes. Revisión de documento escrito y presentación power point.										
Sustentación del problema y justificación, objetivo generales y específicos.										
Asesoría con docentes. Revisión elaboración del marco referencial.										
Asesoría con docentes. Revisión de metodología.										
Asesoría docentes/ Investigadores principales.										
Presentación de la temática a investigar, hasta metodología										
Asesoría docentes/ Investigadores principales. Organización de la Planeación del Proyecto										
Entrega de proyecto a asesor para correcciones										
Asesoría con docente.										
Asesoría docentes/ Investigadores principales										
Entrega de correcciones finales del proyecto educativo.										
Sustentación final del proyecto										
Trabajo de campo										