

Caracterización de los tiempos de atención y de mujeres con cáncer de mama que asistieron a un hospital de tercer nivel, 2005-2009

Characterization of service times and of women with breast cancer who attended in a hospital, 2005-2009

Susan P. Martínez R.¹; Ángela R. Segura C.²; Samuel A. Arias V.³; Gilbert. Mateus L⁴.

¹ Médica especialista en epidemiología. Correo electrónico: drasusanpao@gmail.com

² Médica especialista en epidemiología. Correo electrónico: angelarocio@gmail.com

³ Médico magíster en epidemiología, Profesor del Grupo Epidemiología, coordinador de la Línea epidemiología de las enfermedades crónicas, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: samuel.ariasv@gmail.com

⁴ Médico cirujano oncólogo, Hospital Federico Lleras Acosta, Ibagué, Tolima. Correo electrónico: gfmateusib@yahoo.com

Recibido: 28 de octubre de 2011. Aprobado: 20 de junio de 2012.

Martínez S, Segura A, Arias S, Mateus G. Caracterización de los tiempos de atención y de mujeres con cáncer de mama que asistieron a un hospital de tercer nivel, 2005-2009. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2012; 30(2): 183-191

Resumen

Objetivos: caracterizar el perfil sociodemográfico y clínico de mujeres con cáncer de mama tratadas en la Unidad Oncológica del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué entre 2005 y 2009, e identificar tiempos de atención. **Metodología:** estudio descriptivo retrospectivo con selección de 308 historias clínicas, recolección de variables en un instrumento elaborado y análisis estadístico con el programa SPSS. **Resultados:** predominante el grupo de 45 a 64 años, casadas, provenientes de zonas urbanas, edad promedio de menarquia de 13 años, al menos 3 gestas y postmenopáusicas. El tipo histológico canalicular infiltrante fue el más frecuente, así como el estadio IIIB. La mastectomía radical modificada fue la elección quirúrgica predominante, al igual que la quimioterapia

pre y postoperatoria y la radioterapia postoperatoria. En los tiempos de atención se evidenciaron demoras en el ingreso e inicio del tratamiento. **Conclusión:** un bajo porcentaje de carcinoma *in situ* y mayor proporción de estadio IV respecto a países desarrollados. Una alta proporción de abandono en controles postratamiento y fallas en seguimiento de casos, así como los hallazgos en tiempos de atención plantean la necesidad de correctivos institucionales para mejorar la calidad del servicio de salud en cáncer de mama.

-----**Palabras clave:** cáncer de mama, factores de riesgo, tratamientos, cirugía de mama, radioterapia, quimioterapia.

Abstract

Objectives: to characterize the clinical and sociodemographic profiles of women with breast cancer treated at the Oncology Unit of the Federico Lleras Acosta Hospital in Ibagué, Colombia between 2005 and 2009, and to identify service times. **Methodology:** a retrospective descriptive study in which 308 records were selected. Variables were collected using an instrument developed by the authors. The statistical analysis was conducted using the SPSS software. **Results:** the predominant age group was 45 to 64 years old. Additionally, 57.8% of these women were

married. Similarly, most of them were from urban areas. The average age of menarche was 13 years. Half of the participants had been pregnant at least 3 times, and most of them were in the postmenopausal stage of their lives. The most frequent histological type was the infiltrating ductal one, as well as stage IIIB. The predominant surgical choices were modified radical mastectomy, pre- and post-operative chemotherapy, and postoperative radiotherapy. As for service times, there were delays in the admission to the oncology unit and treatment initiation. Conclusion: there

was a low rate of carcinoma in situ and a high proportion of stage IV carcinoma in comparison to other studies from developed countries. The high rates of abandonment in post treatment follow-up, the shortcomings in case monitoring, and the findings concerning service times suggest the need

for institutional corrective measures in order to improve the quality of the healthcare service in breast cancer patients.

-----*Keywords:* breast neoplasms, risk factors, treatments, breast surgery, radiotherapy, chemotherapy.

Introducción

El cáncer de mama es un problema de salud que presenta una tendencia preocupante al aumento. En 2008 se estimaron en el mundo 1,38 millones de casos nuevos en mujeres, siendo en ellas el más frecuente [1]. La tasas de incidencia variables entre distintos países se han atribuido a las diferencias en el uso de la mamografía, estilos de vida, genética y factores que se relacionan con la exposición a estrógenos a lo largo de la vida de la mujer: menarca precoz, menopausia tardía, hormonoterapia, entre otros [2], relacionándose algunos con el pronóstico y la decisión terapéutica inicial [3, 4]. Las características clínicas, sociales y demográficas son variables importantes cuyo conocimiento aporta gran información sobre el curso clínico, asociaciones de riesgo y evaluación del éxito terapéutico.

En Colombia, en 2008, el cáncer de mayor incidencia en mujeres fue el de mama con una tasa de 31,2 por 100,000 mujeres [5]. En Cali se evidencia un aumento en la incidencia específica por edad siendo persistente este incremento en mujeres de 50 a 70 años [6], con tendencia a edades más tempranas de diagnóstico, similar a reportes de países como México [3]. Según el Instituto Nacional de Cancerología (INC) la incidencia estimada de cáncer de mama para el Tolima del año 2002 al 2006 fue de 31,5 (tasa anual ajustada por edad), algo más alta que en Cundinamarca, pero superada por Antioquia, Bogotá, Atlántico, Valle, Quindío y Risaralda en la misma época [7].

En Colombia, con el propósito de mejorar los pronósticos de esta patología, a partir de la Ley 100 de 1993, el cáncer de mama se catalogó como una enfermedad de interés en salud pública y se contempló su detección temprana (resolución 412 y 3384 de 2000), pese a ello aún es necesaria una mayor claridad, oportunidad y organización en el programa de tamización, así como en la inclusión de toda la población, independiente del régimen de salud al que pertenezca. La mamografía como actividad de detección temprana reporta cobertura de 55% en Bogotá; en Tolima no hay datos específicos, pero se conoce que la realización de mamografías es menor que los promedios regional y nacional [8]. En Bogotá, la oportunidad de control para mujeres sintomáticas está a 3 meses, demorando así el diagnóstico y el tratamiento específicos; allí también se estima que el 60% de los cánceres se diagnostican en estadios avanzados [9].

El INC, en 2008, propuso las líneas de investigación para el control del cáncer como prioridad de investigación en salud, con el objetivo de estimar la carga de cáncer y mejorar los servicios oncológicos en Colombia [10]; en 2010, en el plan Nacional para el control del cáncer adelantado junto con el Ministerio de Protección social, se proyecta incrementar el diagnóstico en estadios tempranos y la cobertura de la mamografía, garantizar el acceso oportuno y de calidad al diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama en 100% e implementar el análisis de situación de cáncer [11], para lo cual es necesario contar con las entidades territoriales, y con una organización y análisis, hasta hoy inexistente en el Tolima, de los registros en los servicios oncológicos. En este sentido, no hay estudios publicados sobre el cáncer de mama en el Tolima y el Hospital Federico Lleras Acosta no cuenta con un sistema de registro específico de cáncer, siendo el único hospital de tercer nivel público del departamento y principal centro de referencia.

El objetivo de este estudio es describir las características sociodemográficas y clínicas de las mujeres con cáncer de mama tratadas en la Unidad Oncológica del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué entre 2005 y 2009, e identificar los tiempos de atención en esta patología (tiempo desde el diagnóstico al ingreso a la Unidad, tiempo del diagnóstico al inicio del tratamiento, duración del tratamiento, tiempo de control postratamiento).

Metodología

Se realizó un estudio epidemiológico observacional, descriptivo de tipo retrospectivo, en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama confirmado por patología, que ingresaron para recibir tratamiento de la enfermedad en la Unidad Oncológica del Hospital Federico Lleras Acosta entre enero 1 de 2005 y diciembre 31 de 2009, con seguimiento de casos hasta el 31 de julio de 2010.

Criterios de inclusión: haber asistido al menos a dos consultas por cáncer de mama en la institución por especialidades (oncología clínica, radioterapia, cirugía oncológica o cirugía general), reingreso tras suspender el tratamiento por mínimo 2 años. Se excluyeron diagnósticos primarios diferentes a cáncer de mama, variedades histopatológicas infrecuentes y casos clínicos especiales (enfermedad de Paget sin otra especificación y tumores atípicos como filode, angiosarcoma y linfoma primario) por representar un muy pequeño grupo dentro de los tumores mamarios y presentar características especiales

que deben ser analizadas de forma separada; también, se excluyeron casos que solo recibieron seguimiento de tratamiento realizado en otra institución (control médico o reformulación de medicación), ingresos por recaída de cáncer de mama tratado en otra institución sin datos claros sobre dicho manejo, paciente valorada sin definición de manejo terapéutico o con tratamiento planteado, pero que no lo recibe por cualquier causa.

Los casos fueron seleccionados de los registros electrónicos de las consultas realizadas en los años de interés, con el código para diagnóstico de cáncer de mama de la décima versión de la clasificación estadística internacional de enfermedades CIE 10 (C500 a C509) y se depuró la información para eliminar repeticiones. Posteriormente, la información se obtuvo de la historia clínica individual y se consignó en un formato estandarizado. Los datos se recogieron por el equipo investigativo de manera anónima e intrainstitucional, asegurando la confidencialidad de la información obtenida y el debido proceso de custodia y manejo adecuado de historias clínicas. Los datos sociodemográficos y de servicio de salud se tomaron del registro estandarizado de ingreso; lo correspondiente al estudio patológico del tumor se recogió del reporte de patología anexo en la historia, y los antecedentes y características del tratamiento se registraron a partir de las notas de los profesionales de la salud tratantes, así como de los informes quirúrgicos o de terapias según el caso.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 17. Las variables fueron agrupadas para su estudio y para todas ellas se realizaron análisis univariados; las variables cuantitativas se analizaron con medidas de tendencia central y dispersión y para la verificación de normalidad se utilizaron las pruebas de Kolmogorov Smirnov y Shapiro Wilk; en las variables cualitativas se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes. Los tiempos de atención fueron calculados a partir del registro de las fechas de ingreso a la Unidad, diagnóstico patológico, inicio y finalización de tratamiento.

El estudio fue aprobado por los comités: de Docencia e Investigación del Hospital Federico Lleras Acosta, el de Ética de la Investigación y de la Especialización en Epidemiología de la Universidad del Tolima.

Resultados

Del proceso de búsqueda de historias clínicas se obtuvieron 892 registros, de los cuales se recuperaron 870 historias clínicas (97,5%), que se revisaron manualmente encontrando 680 correspondientes a diagnóstico de cáncer de mama y, de éstas, 308 cumplieron los criterios de selección. Las historias incluidas fueron organizadas por años de ingreso a la Unidad Oncológica para conocer su distribución: 55 de 2005 (17,9%), 60 de 2006

(19,5%), 63 de 2007 (20,5%), 50 de 2008 (16,2%) y 80 de 2009 (26%).

Características sociodemográficas

Las edades de las mujeres con cáncer de mama al momento del registro en el hospital fueron entre 25 y 85 años, con promedio de $55,2 \pm 12,6$ años, el grupo de edad predominante fue de 55 a 64 años. En cuanto al estado civil 57,8% se registraron casadas. El área de procedencia fue en su mayoría urbana. Del departamento del Tolima provenían el 98% de las pacientes, de las cuales 61,8% residía en Ibagué y en el 38,2% procedente de otros municipios predominaron Espinal, Rovira, Líbano y Mariquita. En régimen de salud, el 43,8% pertenecían al régimen contributivo; las pacientes que pertenecían al régimen subsidiado y las mujeres no aseguradas (“vinculado”) presentaron una distribución similar (tabla 1).

Antecedentes ginecobstétricos

De los antecedentes registrados, se encontró un promedio de embarazos de 3,76. La mitad presentó hasta 3 gestas y el máximo de embarazos fue de 16. Las multíparas constituyeron algo más de la mitad del grupo y el 11,2% eran nulíparas. La edad de primer periodo menstrual se presentó entre 8 y 18 años, con predominio de 12 a 14 años (65,4%). El promedio de edad de la menarquia fue $13,29 \pm 1,6$ años. La mayoría de las mujeres con cáncer de mama estaban en etapa posmenopáusica (67,4%); la edad de la menopausia se encontró entre 31 y 60 años; el 50% presentaron edad de menopausia entre los 44 y 51 años promedio de $47,28 \pm 5,48$ años. El no usar previamente medicamentos de contenido hormonal se encontró en 63,8% de los casos. En 46% de las historias clínicas no se encontraron datos de historia familiar, y en las que registró esta información, el 80% no presentó antecedentes familiares de cáncer de mama (tabla 2).

Características patológicas

El tipo histológico canalicular fue el más frecuente (93,5%), el 3,6% correspondió a otros tipos histológicos: papilar infiltrante, mucinoso coloide, tubular, papilar, intraquistico, adenoide quístico, medular atípico. En la extensión tumoral, el tipo infiltrante predominó (97,3%), al igual que los grados histológicos II y III. Los receptores de estrógenos y de progesterona positivos se presentaron en más de la mitad de los casos, contrario a receptores ErbB2, en su mayoría negativos (73,6%) (tabla 3).

El 45,2% de los tumores presentaba diseminación directa hasta la pared torácica o la piel (T4), el 28,8% eran tumores entre 2 y 5 cm (T2); el carcinoma *in situ* se presentó en menos del 1%. Más de la mitad de los casos tuvieron invasión linfática N1 o N2 (58,4% en ganglios linfáticos axilares e ipsilaterales). La mitad de los casos se registraron en estadios avanzados, el 44% de las mujeres fueron clasificadas en el estadio III, siendo el

mayor grupo el IIIB, y las metástasis a distancia (estadio IV) representaron 20,9%. Los estadios tempranos de la enfermedad (0 y I) constituyeron el 6,3% de todos los casos (tabla 3).

Características del tratamiento

La finalidad del tratamiento fue en su mayoría curativo. La mitad de las pacientes recibieron tratamiento quirúrgico en la Unidad Oncológica del Hospital Federico Lleras Acosta, del cual predominó la mastectomía radical modificada (69,9%), seguido por la cirugía conservadora y una mínima cantidad de otros manejos quirúrgicos que incluyeron tumorectomía y biopsia excisional. De las pacientes mastectomizadas, el 15,3% recibieron reconstrucción quirúrgica mamaria y, de éstas, el 88,9% realizadas en dicha unidad oncológica (tabla 4). En 34,7% de las pacientes se usó hormonoterapia. La quimioterapia intrahospitalaria fue el 57,5% de los casos y en conjunto

ras Acosta, del cual predominó la mastectomía radical modificada (69,9%), seguido por la cirugía conservadora y una mínima cantidad de otros manejos quirúrgicos que incluyeron tumorectomía y biopsia excisional. De las pacientes mastectomizadas, el 15,3% recibieron reconstrucción quirúrgica mamaria y, de éstas, el 88,9% realizadas en dicha unidad oncológica (tabla 4). En 34,7% de las pacientes se usó hormonoterapia. La quimioterapia intrahospitalaria fue el 57,5% de los casos y en conjunto

Tabla 1. Características sociodemográficas en mujeres con cáncer de mama. Hospital Federico Lleras Acosta, Ibagué - Tolima, 2005-2009

Variable	N	%
<i>Edad recodificada</i>		
De 25 a 34 años	14	4,5
De 35 a 44 años	52	16,9
De 45 a 54 años	82	26,6
De 55 a 64 años	90	29,2
De 65 a 74 años	46	14,9
De 75 años y más	24	7,8
<i>Estado civil</i>		
Soltera	98	36,6
Casada	155	57,8
Unión libre	2	0,7
Separada	1	0,4
Viuda	12	4,5
<i>Área de procedencia</i>		
Urbana	259	86,9
Rural	39	13,1
<i>Departamento de residencia</i>		
Tolima	301	98,0
Otro departamento	6	2
<i>Municipio de procedencia del Tolima</i>		
Ibagué	186	61,8
Otro municipio	115	38,2
<i>Afiliación al sistema de salud</i>		
Vinculado	71	23,4
Subsidiado	71	23,4
Contributivo	133	43,8
Otro	29	9,5

Tabla 2. Antecedentes ginecobstétricos y familiares en mujeres con cáncer de mama. Hospital Federico Lleras Acosta, Ibagué, 2005-2009

Variable	N	%
<i>Número de embarazos</i>		
Ninguno	32	11,2
1	39	13,6
De 2 a 4	119	41,6
5 o más	96	33,6
<i>Edad de menarquia</i>		
Antes de 12 años	21	10,1
De 12 a 14 años	136	65,4
Después de 14 años	51	24,5
<i>Etapa hormonal</i>		
Posmenopausia	147	67,4
Pre menopausia	71	32,6
<i>Edad de menopausia</i>		
De 31 a 35 años	6	4,1
De 36 a 40 años	12	8,2
De 41 a 45 años	42	28,6
De 46 a 50 años	48	32,7
De 51 a 55 años	29	19,7
De 56 a 60 años	10	6,8
<i>Uso de medicación hormonal</i>		
Sí	42	36,2
No	74	63,8
<i>Historia familiar de cáncer de mama</i>		
Sí	33	20
No	132	80

el 47,2% recibieron quimioterapia pre y postoperatoria; la radioterapia institucional se aplicó a 59,1% de los casos, predominando posoperatoria (89,1%). Del total de las pacientes que realizaron quimioterapia, el 83,7% completó su tratamiento, mientras que un porcentaje más alto completó radioterapia (93,3%) (tabla 5).

Tabla 3. Características y clasificación patológica del cáncer de mama. Hospital Federico Lleras Acosta, Ibagué-Tolima, 2005-2009

Variable	N	%
<i>Tipo histológico</i>		
Canalicular	286	93,5
Lobulillar	9	2,9
Otro	11	3,6
<i>Extensión tumoral</i>		
In situ	8	2,7
Infiltrante	291	97,3
<i>Grado histológico</i>		
Grado I	10	3,8
Grado II	193	72,8
Grado III	62	23,4
<i>Receptores de estrógenos positivos</i>		
Sí	157	64,1
No	88	35,9
<i>Receptores de progesterona positivos</i>		
Sí	141	59,5
No	96	40,5
<i>Receptores ErbB2 positivos</i>		
Sí	51	26,4
No	142	73,6
<i>Tamaño del tumor</i>		
Tis	2	0,7
T1	23	7,9
T2	84	28,8
T3	51	17,5
T4	132	45,2
<i>Afectación de ganglios linfáticos regionales</i>		
N0	111	37,9
N1	96	32,8

Continuación tabla 3

N2	75	25,6
N3	11	3,8
<i>Metástasis a distancia</i>		
M0	241	79,3
M1	63	20,7
<i>Estadio TNM</i>		
Estadio 0	3	1,0
Estadio I	16	5,3
Estadio IIA	53	17,5
Estadio IIB	34	11,3
Estadio IIIA	43	14,2
Estadio IIIB	85	28,1
Estadio IIIC	5	1,7
Estadio IV	63	20,9

Tabla 4. Características del tratamiento en cáncer de mama. Hospital Federico Lleras Acosta, Ibagué-Tolima, 2005-2009

Variable	N	%
<i>Finalidad del tratamiento</i>		
Paliativo	69	22,4
Curativo	239	77,6
<i>Tratamiento quirúrgico</i>		
Sí	156	50,6
No	72	23,4
Extrainstitucional	80	26,0
<i>Tratamiento quirúrgico en mama</i>		
Mastectomía radical	165	69,9
Mastectomía conservadora	63	26,7
Otro	8	3,4
<i>Tratamiento quirúrgico en axila</i>		
Vaciamiento axilar	180	81,1
Ganglio centinela	6	2,7
Ambos	12	5,4
Ninguno	24	10,8
<i>Reconstrucción quirúrgica de mama</i>		
Sí	36	15,3
No	200	84,7

Tabla 5. Distribución del tratamiento en cáncer de mama. Hospital Federico Lleras Acosta, Ibagué-Tolima, 2005-2009

Variable	N	%
<i>Recibió hormonoterapia</i>		
Sí	107	34,7
No	201	65,3
<i>Recibió quimioterapia</i>		
Sí	177	57,5
No	74	24,0
Extrainstitucional	57	18,5
<i>Quimioterapia en relación con la cirugía</i>		
Preoperatoria	45	25,0
Posoperatoria	50	27,8
Ambas	85	47,2
<i>Quimioterapia completa</i>		
Sí	174	83,7
No	34	16,3
<i>Recibió radioterapia</i>		
Sí	182	59,1
No	119	38,6
Extra institucional	7	2,3
<i>Radioterapia en relación con la cirugía</i>		
Preoperatoria	12	7,3
Posoperatoria	147	89,1
Ambas	6	3,6
<i>Radioterapia completa</i>		
Sí	166	93,3
No	12	6,7

Tiempos de atención en cáncer de mama

El tiempo promedio desde el diagnóstico al ingreso a la Unidad Oncológica fue 3,7 meses, la mitad de las mujeres del estudio ingresaron en los dos primeros meses luego del diagnóstico patológico. El inicio del tratamiento fue en promedio 5,8 meses luego del diagnóstico, 50% de las mujeres lo iniciaron los 4 primeros meses. La duración del tratamiento en el hospital fue de 2 a 11 meses para el 50% de las pacientes (media de 7 meses). El control post-tratamiento fue en promedio 11,5 meses con un mínimo que no alcanza el mes. En relación a esto último, la proporción de abandono fue 46,8% (144 mujeres), 57 pacientes abandonaron durante

el manejo terapéutico (40%) y 87 durante los controles post-tratamiento (tabla 6).

Tabla 6. Tiempos de atención en cáncer de mama. Hospital Federico Lleras Acosta, Ibagué-Tolima, 2005-2009

Tiempo en meses				
	Del diagnóstico al ingreso a la Unidad	Del diagnóstico al inicio del tratamiento	Duración del tratamiento	Control post tratamiento
N	301	301	193	193
Media	3,7	5,8	7,1	11,5
Mediana	2	4	5	4
Desviación estándar	5,7	6,1	6,8	15,1
Mínimo	0	0	0	0
Máximo	45	45	44	61
Porcentajes	25	1	2	0
	75	4	7	11,5

Discusión

Esta investigación presenta sesgos propios del uso de historias clínicas como fuente de información, debido a la subjetividad de algunos datos y el subregistro no estimable de otros; también genera la pérdida de datos no diligenciados, como en este caso los antecedentes ginecobstétricos y receptores hormonales. La ausencia de un registro electrónico de los ingresos a la Unidad Oncológica, hizo necesaria la revisión manual de historias clínicas que no correspondían al diagnóstico (21,8%).

La edad promedio de las mujeres con cáncer de mama fue de 55 años, similar en Bogotá y Antioquia [9, 12] y menor a la edad promedio del diagnóstico registrada en Norteamérica; sin embargo, las tasas de incidencia específicas por edad son similares a los reportes internacionales [1]. El grupo de mujeres de 50 años o más (63,6%) fue menor que en estudios realizados en Bogotá y Uruguay [13, 14]; pero, similar a estudios en Antioquia donde se resalta la representación de mujeres jóvenes [12], así como en investigaciones europeas que reportan un aumento del cáncer de mama en mujeres menores de 40 años [15]. Sin embargo, disminuir la edad de inicio de tamizaje mamográfico basado en resultados de este tipo no tiene suficiente evidencia y, aunque la Sociedad Americana de Cáncer en 1997 recomendó la mamografía anual para mujeres desde los 40 años, actualmente se refuerzan los estudios que recomiendan la mamografía cada dos años a partir de los 50 años, dado

que este tamizaje a menor edad o con mayor frecuencia no ha demostrado disminuir la mortalidad por cáncer de mama y eleva el sobrediagnóstico, los costos y las complicaciones de procedimientos como biopsias negativas [16]. El tamizaje con mamografía en mujeres de 70 a 85 años, población en la que también se encontró la enfermedad, no ha mostrado reducción de la mortalidad en este grupo mayormente afectado por comorbilidades y muertes de causa cardiovascular, por lo que en estos casos se recomienda el manejo y estudio de patología mamaria según el riesgo individual y la salud general de la paciente.

En el análisis del estado civil evidencia un registro muy bajo de mujeres separadas a la luz de reportes de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2005 para el Tolima, que muestran mayor cantidad de mujeres solteras [8]; sin embargo, la unión libre es predominante en el departamento en ese año, lo que podría significar que estas mujeres se registran como casadas al ingreso a la institución.

Respecto al área de procedencia, la mayoría fue urbana, lo que coincide con estudios en Neiva [17]; la mayoría provenía del departamento del Tolima y del municipio de Ibagué; no obstante, los documentos de identificación pertenecían en gran parte a diferentes municipios del departamento lo que hace pensar en un subregistro de pacientes de otros municipios o un incremento de urbanización de los últimos años.

La afiliación a seguridad social en salud presenta varias consideraciones, en tanto algunos estudios muestran que en Colombia el acceso a servicios de atención es inequitativo [18], lo cual se refleja en los resultados de varias ciudades que reportan un predominante grupo de pacientes pertenecientes al régimen contributivo [12], como ocurre en el presente estudio, aunque los tipos de contratación de las entidades y la disponibilidad de servicios no centralizados hacen difícil una estimación real de la continuidad de los tratamientos y, aún más, poder establecer el tipo de afiliación en salud como un determinante contribuyente al diagnóstico de la enfermedad en estadios tardíos [18, 19].

En cuanto a antecedentes en mujeres con cáncer de mama en Colombia los estudios vinculan la nuliparidad con un mayor riesgo en relación con la multiparidad [17]; en Brasil y México se concluye que la paridad mediante un efecto protector reduce el riesgo de la enfermedad [2]. En este estudio las mujeres nulíparas representan un porcentaje muy bajo (11,2%) lo que probablemente incida en los resultados no coincidentes con los estudios mencionados.

Algunos autores mencionan la menarca temprana (<12 años) como factor de riesgo débil para cáncer de mama [17], respecto a aquellas en la que se inicia a los 14 años debido a la exposición más prolongada a hormonas y al establecimiento temprano de los ciclos ovulatorios. Para el presente estudio, la edad de la menarca en

más de la mitad de los casos fue de 12 a 14 años, en la que se encontró un sesgo en los registros por omisión de esta información en 100 de ellas, por lo tanto, los resultados no son comparables. La literatura científica muestra relación entre el periodo posmenopáusico tardío y el desarrollo del cáncer de mama; sin embargo, este estudio muestra predominancia de la enfermedad en mujeres menopáusicas en edades tempranas entre 41 y 50 años, es de tener en cuenta la pérdida de datos en esta variable (90 historias). Estudios describen el uso de hormonas como factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama; no obstante, en la información obtenida en esta investigación, en más de la mitad de los casos no existió esta exposición, como en resultados similares a reportes nacionales [17] y de otros países como Uruguay [12]. Estudios norteamericanos señalan la historia familiar de cáncer de mama como el factor de riesgo más importante con cerca de 5 a 10% de casos que ocurren en familiares de alto riesgo [19, 20]. En investigaciones realizadas en Uruguay, México y en el país, como es el caso de Neiva [17], los antecedentes de cáncer familiar no se relacionan como factor riesgo o pronóstico; al respecto, en el presente estudio la proporción de antecedentes familiares de cáncer de mama registrados fue la quinta parte de los casos, aunque no es posible demostrar su relación como factor de riesgo.

Respecto a las características patológicas el tipo histológico más frecuente fue el canalicular infiltrante, en concordancia con reportes de Bogotá y Popayán [13,21] con un bajo porcentaje de carcinoma in situ respecto a las estadísticas de países desarrollados como Estados Unidos y Canadá [22], lo que hace pensar en el diagnóstico tardío del cáncer de mama en Colombia. Aproximadamente la mitad de los casos de cáncer de mama se diagnosticaron en estadios avanzados según clasificación TNM, consistente con el reporte del INC en 2006 [17] y similar a otros estudios en el país [15]; pero, la proporción de estadio IV fue mayor en esta investigación (quinta parte de casos). El mayor grupo se presentó en estadio IIIB, contrario a registros de otras ciudades en Colombia donde predominan los estadios II, pero en correspondencia con los casos nuevos de cáncer de mama reportados por el INC en 2009 [7].

En receptores hormonales, más de la mitad de los casos fueron positivos en receptores de estrógenos y de progesterona, y una proporción mayor con receptores ErbB2 negativos. En estas variables se encontró una proporción considerable de datos no reportados en las historias clínicas (>20%) lo que obliga a insistir en la realización de tales pruebas a las muestras patológicas, siendo esta información de suma importancia en la terapéutica del cáncer de mama como predictor de la respuesta clínica y de sobrevida relacionado con la enfermedad metastásica como lo reporta la literatura internacional [23].

Dentro del tratamiento para el cáncer de mama se utilizan diferentes terapéuticas basadas en el estadio al momento del diagnóstico. Los tratamientos utilizados en la Unidad Oncológica según grupos de estadio de la enfermedad se ajustan a lo descrito por la Sociedad Americana de Cáncer (AJCC). Se realizó manejo curativo de acuerdo con lo indicado para los estadios invasivo temprano, local y localmente avanzado. La mayoría de los tratamientos fueron quirúrgicos y la mastectomía radical modificada fue más frecuente, la cual sigue una tendencia en Colombia reportada en ciudades como Popayán y Bogotá, debido a que sus resultados son comparables a la mastectomía radical estándar, con una rápida recuperación y facilidad de reconstrucción mamaria; este tratamiento corresponde también al grupo de diagnóstico más frecuente (localmente avanzado) seguido de la cirugía conservadora para los estadios invasivos tempranos. La baja proporción de reconstrucción quirúrgica mamaria probablemente se asocia a la falta de cirujanos especialistas en el manejo de la enfermedad, hasta el año 2007 cuando se organizó un grupo multidisciplinario para el tratamiento de la patología.

Los resultados de tratamiento con hormonoterapia fueron notablemente más bajos que los reportes de estudios en otras ciudades donde más de la mitad recibieron esta terapéutica [13], probablemente a consecuencia del poco uso de receptores hormonales en el diagnóstico complementario. La quimioterapia fue realizada en más de la mitad de las pacientes, al igual que la radioterapia; el uso de estas terapéuticas respecto a la cirugía se ajusta a las guías de manejo conocidas a nivel institucional. La mayoría de las pacientes realizaron su terapia (quimioterapia y radioterapia) de manera completa, lo cual sugiere que, una vez iniciado el manejo y facilitadas las condiciones para el mismo (autorizaciones, convenios, etc.), las pacientes asisten periódicamente a tratamiento. En este aspecto hay que tener en cuenta que más de la mitad de las pacientes viven en la misma ciudad y pertenecen al régimen contributivo que supone mayor facilidad para servicios de salud.

Con respecto a los tiempos de atención, el tiempo promedio desde el diagnóstico al ingreso a la Unidad Oncológica fue de 3 a 4 meses, lo que denota un retraso en la valoración de la patología por el personal especializado, probablemente por citas tardías y/o déficit en la orientación a las pacientes con resultado patológico positivo hacia la prioridad de la atención médica especializada. El tiempo promedio para el inicio de tratamiento fue cerca de 6 meses, similar a reportes de atención de cáncer de mama en Bogotá [10]; sin embargo, es excesivo dado que no debería superar los tres meses pues se compromete la supervivencia de las pacientes [25]; este resultado puede obedecer a los procesos de autorización de entidades de salud y/o a la asistencia irregular de las pacientes a las citas asignadas. Las pacientes permanecen

en control en la institución en promedio un año luego de terminado el tratamiento, aunque hay datos que no alcanzan el mes de control y, en relación con este reporte, la proporción de abandono alcanza casi la mitad de los casos; resultado que puede deberse al manejo de la patología en diferentes servicios oncológicos según la vinculación en salud y a la ausencia de seguimiento para confirmar abandono real de tratamiento o continuación del mismo en otra institución o en otra ciudad.

Conclusiones

Las mujeres con cáncer de mama tratadas en el Hospital Federico Lleras Acosta se presentaron en su mayoría entre 45 y 64 años, postmenopáusicas, de procedencia urbana, casadas, residentes en Ibagué. Respecto a los antecedentes ginecobstétricos, los resultados del presente estudio no son comparables con la evidencia en cáncer de mama debido al importante número de datos omitidos en las historias, lo que explica en gran medida el no encontrar predominancia de factores de riesgo conocidos de la enfermedad. Las características histológicas tumorales más frecuentes fueron canalicular infiltrante y el estadio IIIB. Los datos perdidos hacen dudar de la confiabilidad de los resultados en receptores hormonales. La finalidad curativa del tratamiento predominó con realización de mastectomía radical, quimioterapia pre y postquirúrgica, así como radioterapia postoperatoria. Los tiempos de atención inicial en la unidad oncológica y el inicio del tratamiento ponen en evidencia las limitaciones del sistema de salud, así como la escasa disponibilidad de especialistas para este tratamiento en el departamento.

Basados en los resultados de esta investigación, se resalta la necesidad de instaurar un registro institucional de cáncer, tanto para facilitar el estudio de la patología como para organizar los procesos de seguimiento de la enfermedad y la toma de decisiones en salud. Se recomienda el desarrollo de estudios más amplios sobre las demoras de atención, dados los resultados del presente estudio que ameritan investigación y análisis de las mismas, lo que podría ubicar las debilidades del sistema de atención en el departamento y orientar el mejoramiento en la calidad del servicio y sus implicaciones en términos del pronóstico y la efectividad terapéutica.

Agradecimientos

Al personal de archivo de historias clínicas del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué-Tolima por su disposición amable y paciente en el transcurso del presente estudio. Se agradece a la Universidad del Tolima por su apoyo en la generación del proyecto.

Referencias

- 1 International Agency for Research on Cancer. Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008 [Internet]. Globocan Cancer Fact Sheets: Breast Cancer; 2010 [acceso 16 de noviembre de 2010]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/>
- 2 Torres-Mejía G, Ángeles-Llerenas A. Factores reproductivos y cáncer de mama: principales hallazgos en América Latina y el mundo. *Salud pública Méx* 2009; 51(supl 2): 165-165.
- 3 Flores-Luna L, Salazar-Martínez E, Duarte-Torres R, Torres-Mejía G, Alonso-Ruiz P, Lazcano-Ponce E. Factores pronósticos relacionados con la supervivencia del cáncer de mama. *Salud pública Méx* 2008; 50(2):119-125.
- 4 Instituto Nacional de Cancerología. Recomendaciones para la detección temprana del cáncer de mama en Colombia. Bogotá: Ministerio de la Protección Social - INC; 2006.
- 5 Díaz S, Piñeros M, Sánchez O. Detección temprana del cáncer de mama: aspectos críticos para un programa de tamizaje organizado en Colombia. *Rev Colomb Cancerol* 2005; 9(3): 93-105.
- 6 Facultad de Salud - Universidad del Valle. Registro Poblacional de Cáncer de Cali, Colombia [Internet]. RPCC:2001 [acceso 15 de noviembre de 2010]. Disponible en <http://rpcc.univalle.edu.co/es/index.php>
- 7 Instituto Nacional de Cancerología. Cáncer en cifras [Internet] [fecha de acceso 14 de marzo de 2011] Disponible en: <http://www.cancer.gov.co/contenido/contenido.aspx?catID=434&conID=790>
- 8 Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005 [Internet] [acceso 21 de junio de 2010] Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/01encuestas/2005resultados_generales.htm
- 9 Piñeros M, Sánchez R, Cendales R, Perry F, Ocampo R, García OA. Características sociodemográficas, clínicas y de la atención de mujeres con cáncer de mama en Bogotá. *Rev Colomb Cancerol* 2008; 12(4): 181-190.
- 10 Arias SA, Murillo-Moreno RH, Piñeros M, Bravo MM, Hernández G, Pardo C. Prioridades de investigación para el control del cáncer en Colombia. *Rev Colomb Cancerol* 2007; 11(3): 155-164.
- 11 Colombia, Instituto Nacional de Cancerología. Plan nacional para el control del cáncer en Colombia 2010-2019. [Internet] [acceso 22 de julio de 2010]. Disponible en: <http://www.cancer.gov.co/documentos/Plannacionalparacontrolcancer/PlanParaControlCancer.pdf>
- 12 Salas C. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama, inscritas en los programas de tratamiento oncológico [Tesis de Maestría]. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública; 2009.
- 13 Cabrera P, Moreno M, Cantor E, Guerra J. Factores pronósticos de cáncer de seno: Hospital Militar Central enero 2003 a diciembre 2008. Bogotá: Universidad del Rosario - Hospital Militar Central – Universidad Militar Nueva Granada; 2009.
- 14 Vázquez T, Krygier G, Barrios E, Cataldi S, Vázquez A, Alonso R, *et al.* Análisis de sobrevida de una población con cáncer de mama y su relación con factores pronósticos: estudio de 1.311 pacientes seguidas durante 230 meses: trabajo de equipo multidisciplinario; *Rev med Urug* 2005; 21(2): 107-121.
- 15 Bouchardy C, Fioretta G, Verkooijen H, Vlastos G, Schaefer P, Delaloye J, *et al.* Recent increase of breast cancer incidence among women under the age of forty. *Brit J Cancer* 2007; 96(11): 1743-1746.
- 16 Kerlikowske K. Evidence-based breast cancer prevention: the importance of individual risk. *Ann Intern Med* 2009; 151 (10): 750.
- 17 Gutiérrez AM, Olaya JG, Medina R. Frecuencia de cáncer de seno mediante detección temprana en el hospital universitario de Neiva entre el 1 de junio y el 30 de noviembre de 2007. *Rev Colomb Cir* 2009; 24: 31-38.
- 18 Velásquez-De Charry LC, Carrasquilla G, Roca-Garavito S. Equidad en el acceso al tratamiento para el cáncer de mama en Colombia. *Salud Pública Méx* 2009; 51 (supl 2): 246-7.
- 19 Wiesner, Carolina. Determinantes psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico temprano del cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Rev Colomb Cancerol* 2007; 11(1): 13-22.
- 20 Wood AJJ, Hortobagyi GN. Treatment of Breast Cancer [Internet]. *N Engl J Med*; 1998 [acceso 22 de diciembre de 2010] Oct.; 339(14): 974-984. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199810013391407>
- 21 Restrepo M, Daza C. Características histopatológicas del cáncer de mama. Compañía de patólogos del Cauca. Hospital universitario San José Popayán. 1996 -2003; *Revista Facultad Ciencias de la Salud* 2007; 9(2):22-29.
- 22 Largillier R, Ferrero JM, Doyen J, Barriere J, Namer M, Mari V, *et al.* Prognostic factors in 1038 women with metastatic breast cancer. *Ann Oncol.* 2008; 19(12): 2012.
- 23 Wülfing P, Borchard J, Buerger H, Heidl S, Zänker KS, Kiesel L, *et al.* HER2 positive circulating tumor cells indicate poor clinical outcome in stage I to III breast cancer patients. *Clinical Cancer Research.* 2006; 12(6): 1715.