

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

“Factores asociados a la demora en el diagnóstico de cáncer de mama en pacientes del Hospital III José Cayetano Heredia, Es Salud, Piura, Enero-Diciembre 2019”

Área de Investigación:

Cáncer y enfermedades no transmisibles

Autor (es):

Br. Reyes Chero, Heydi Lorena

Jurado Evaluador:

Presidente: Bazán Palomino, Edgar Ricardo

Secretario: Polo Bardales, Roxy Juan

Vocal: Sánchez Torres, Cesar Alberto

Asesor:

Aliaga Caján, Jorge Eduardo

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2722-4739>

Piura-Perú

2022

Fecha de sustentación: 2022/05/24

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	3
AGRADECIMIENTOS.....	4
RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
ÍNDICE	
I. INTRODUCCIÓN	8
II. ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	11
III. METODOLOGIA	13
IV. RESULTADOS	21
V. DISCUSIÓN	28
VI. CONCLUSIONES	34
VII. RECOMENDACIONES	35
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
IX. ANEXOS	42

DEDICATORIA



A Esther y Miguel, mis padres, por su inmenso apoyo, amor y confianza en mi gran proyecto de vida y carrera profesional. Por todo el esfuerzo que han hecho para hacer de mí una gran persona en el ámbito personal y profesional.

A Elida, mi hermana por motivarme, escucharme siempre y nunca dejar de creer en mí.

A mi abuelita María porque nunca me faltaron sus oraciones, a mi abuelita Elida por inspirarme en el estudio de esta investigación y que se sienta orgullosa desde donde esté.

A mi asesor por su apoyo a lo largo de toda la ejecución de mi tesis, por sus enseñanzas y confianza brindada



AGRADECIMIENTOS



Agradezco a Dios por darme la vida y por guiarme en cada uno de mis pasos, a mi madre por su gran paciencia y amor brindado, a mi padre por su honestidad en todo momento y apoyo incondicional, a mi hermana por motivarme, escucharme siempre y estar a mi lado en todo momento.

Agradezco a mis maestros y asesor de tesis, por impartir sus conocimientos con mucho esfuerzo e inculcarme el arte de sanar.



TÍTULO DE LA TESIS EN ESPAÑOL:

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEMORA EN EL DIAGNOSTICO DE
CÁNCER DE MAMA EN PACIENTES DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO
HEREDIA, ESSALUD, PIURA, ENERO -DICIEMBRE 2019**

TÍTULO DE LA TESIS EN INGLES:

**FACTORS ASSOCIATED WITH DELAY IN THE DIAGNOSIS OF BREAST
CANCER PATIENTS AT HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA,
ESSALUD, PIURA, JANUARY-DECEMBER 2019**

AUTOR: REYES CHERO HEYDI LORENA.

ASESOR: DR. ALIAGA CAJAN JORGE EDUARDO

**INSTITUCIÓN DE ESTUDIO: HOSPITAL III ESSALUD JOSÉ CAYETANO
HEREDIA**

CORRESPONDENCIA:

Nombres y apellidos: Reyes Chero Heydi Lorena

Celular: (+51) 976210939

Email: hreyeschero@upao.edu.pe

RESUMEN

Objetivo: El presente estudio tuvo por finalidad determinar los factores asociados a la demora en el diagnóstico de cáncer de mama en pacientes del Hospital III José Cayetano Heredia Es Salud, Piura, Enero-Diciembre 2019.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, analítico, transversal, prospectivo. La población de estudio estuvo conformada por 200 pacientes atendidas en consultorio externo de oncología clínica del Hospital III José Cayetano Heredia Es Salud, Piura, Enero-Diciembre 2019. Se procedió a la elaboración de la base de datos y posteriormente la estadística se procesó utilizando el programa estadístico SPSS 25.0. La prueba de Chi-cuadrado y regresión logística determinaron la significancia estadística de asociación entre las variables de estudio, considerando **un índice de confianza del 95% con un valor $p < 0.05$.**

Resultados: El 35.5% de las pacientes tuvieron demora en el diagnóstico de cáncer de mama >3 meses en el Hospital III José Cayetano Heredia Es Salud, Piura, Enero – Diciembre 2019. El primer lugar de atención, el primer personal de salud que atiende a las pacientes y la edad fueron factores que se asociaron estadísticamente ($p < 0.05$)

Conclusiones: El análisis bivariado mostró que la paciente al ser atendida por primera vez por un personal en primer nivel de atención aumenta el riesgo en 5.8 veces la demora en el diagnóstico de cáncer de mama ($p = 0.017$), así mismo, el ser un centro de salud el primer lugar de atención genera un riesgo de 3.1 veces más de demora en el diagnóstico ($p = 0.008$). La edad < 40 años es un factor protector para demora en el diagnóstico de cáncer de mama.

Palabras clave: cáncer de mama, demora, diagnóstico.

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study was to determine the factors associated with the delay in the diagnosis of breast cancer in patients at Hospital III José Cayetano Heredia Es Salud, Piura, January-December 2019.

Material and methods: An observational, analytical, cross-sectional, prospective historical study was carried out. The study population consisted of 200 patients treated in the clinical oncology outpatient clinic of Hospital III José Cayetano Heredia Es Salud, Piura, January-December 2019. The database was prepared and the statistics were subsequently processed using the statistical program SPSS 25.0. The Chi-square test determined the statistical significance of the association between the study variables, considering a confidence index of 95% with a value of $p < 0.05$.

Results: 35.5% of the patients had a delay in the diagnosis of breast cancer > 3 months at Hospital III José Cayetano Heredia Es Salud, Piura, January - December 2019. The first place of care, the first health personnel who attend to patients and age were factors that were statistically associated ($p < 0.05$).

Conclusions: The bivariate analysis showed that the patient being seen for the first time by a staff at the first level of care increases the risk by 5.8 times the delay in the diagnosis of breast cancer ($p = 0.017$), likewise, the being a health center the first place of care generates a risk of 3.1 times more delay in diagnosis ($p = 0.008$). Age < 40 is a protective factor for delayed breast cancer diagnosis.

Keywords: breast cancer, delay, diagnosis.

I. INTRODUCCION

El cáncer de mama es uno de los más frecuentes que padecen las mujeres, y que en muchas ocasiones su diagnóstico no permite un tratamiento exitoso, debido a muchos factores principales, que a lo largo de esta investigación se analizarán. Dentro de las estadísticas mundiales GLOBOCAN (Observatorio global de cáncer) en un estudio del año 2018 refiere que el cáncer de mama es el más común entre las mujeres con 2.088 millones de casos nuevos y con una mortalidad de 626,679 casos, ocupando este cáncer la cuarta parte de los más frecuentes en mujeres y siendo el más mortal a nivel mundial (1).

Las tasas de incidencia más altas ocurren en las regiones más desarrolladas del mundo, con 74.1 nuevos casos por 100,000 mujeres en comparación con los 31.3 nuevos casos por 100,000 observados en las regiones menos desarrolladas. Sin embargo, las tasas de mortalidad son en realidad más altas en los países en desarrollo (2).

Asimismo, GLOBOCAN en el Perú refiere que la incidencia de cáncer de mama durante el 2018 fue de 6,985 nuevos casos, la prevalencia fue de 20,710 casos y murieron 1,858 peruanas en el año a causa de esta patología, siendo un gran problema de salud a nivel nacional (3).

En Estados Unidos, el estudio de Mandelblatt JS, refiere que para la detección precoz del cáncer de mama se han elaborado programas de detección, que buscan dominar la carga de morbilidad diagnosticando la enfermedad en una etapa más temprana y reduciendo la morbilidad y la mortalidad relacionadas con esta enfermedad. Es bien sabido que los programas de detección mamográfica organizados y basados en la población pueden reducir la mortalidad por cáncer de mama en alrededor del 20%. (4,5). Por otro lado, a parte de las técnicas de detección, se realizan las biopsias de mama, con el objetivo de distinguir entre tejidos cancerosos y benignos, sin embargo, éste resulta ser un método oneroso y que requiere de personas altamente capacitadas para su realización (6,7).

En cuanto a la mamografía, se considera la técnica de cribado estándar para neoplasia de mama, sin embargo, se sabe que es menos eficaz para mujeres menores de 40 años y mamas densas, menos sensibles a tumores pequeños (menos de 1 mm, aproximadamente 100.000 células) y no proporciona ninguna

indicación del resultado final de la enfermedad (5,8–10).

La demora al realizar el diagnóstico de cáncer de mama es uno de los factores asociados al pronóstico de esta neoplasia, por tal razón, desde el inicio del siglo pasado se ha estudiado la relación entre el tiempo transcurrido desde que se realiza el diagnóstico y el inicio del tratamiento, con la “curación” del cáncer de mama (11-13). Las causas de estas disparidades son complejas y es más probable que sean atribuibles a una combinación de muchos factores como, por ejemplo, la edad, el sexo, nivel socioeconómico, ocupación, estado civil, historia familiar, hábitos nocivos, índice de pobreza del lugar de procedencia, nivel de complejidad de hospitales y parámetros de desarrollo de las ciudades (14–18).

Se ha encontrado que existe un mal pronóstico en la supervivencia global, compromiso ganglionar y la presencia de metástasis debido a la demora de la paciente o de los servicios de salud para realizar el diagnóstico o empezar el tratamiento. Según Richards et al , encontraron que los retrasos mayores a tres meses aumentan la probabilidad de morir (OR=1,24; IC95%:1,17-1,30) al ser comparado con un menor tiempo, además que se diagnostica en estadios avanzados a aquellas pacientes en los que sus síntomas tienen periodos más largos (19-22).

Así pues, en los países en desarrollo, se ha registrado un aumento en la mortalidad por esta neoplasia, como motivo principal de esta consecuencia, es que las pacientes demoran más de tres meses para acudir a la primera consulta médica obteniendo bajas tasas de supervivencia, ello en relación con las pacientes que acuden inmediatamente al centro de salud. Ahora bien, las pacientes con diagnóstico avanzado del cáncer de mama obtuvieron una mayor frecuencia de recaídas (estadio I: 11,7% hasta estadio IV: 57,1%) (23–26).

En cuanto, al Perú , la Organización Mundial de la Salud, señala que se diagnosticaron en estadíos avanzados el 85% de los casos, sin embargo, sólo el 15% de estos se diagnosticaron en estadíos tempranos (I-II), En ese sentido, se puede decir que se necesitan más estudios que ayuden a entender las dificultades que existen para la detección temprana del cáncer de mama y que se implanten medidas que marquen un pronóstico de esta neoplasia, considerando que en nuestro país son pocos los estudios que han abordado este

problema como punto importante de investigación. Asimismo, es importante lograr una detección temprana del cáncer, la demora es prevenible y un tratamiento más temprano puede conducir a una mejor supervivencia. En tanto que, la detección tardía se ha asociado con un mayor tamaño del tumor, una mayor afectación de los ganglios linfáticos y metástasis de órganos, y las implicaciones negativas sobre el costo y la elección del tratamiento (27). De la investigación científica en México, los aportes de Piñeros M. y Rodríguez Ríos M. indican que entre los factores que se asocian significativamente con mejores oportunidades para el diagnóstico temprano se puede señalar la accesibilidad geográfica, la demora del sistema y la escolaridad de la paciente. Al mismo tiempo, se ha señalado, que la identificación de factores que puedan generar oportunidades para el diagnóstico temprano del cáncer de mama permite la implementación de estrategias para el manejo e identificación de estos pacientes y así incrementar la proporción de casos detectados en etapas tempranas de la enfermedad. Concluyéndose, que las estrategias deberían no solo llegar a lugares más recónditos para la detección temprana, sino que se debe crear una sensibilización en la población respecto de esta enfermedad, también en la educación, culturización y concientización de la población en riesgo (27–29).

Se debe tener en cuenta que la falta de conocimiento básico y un sistema ineficaz de entrega de información para el cáncer de mama amenaza aún más la vida y el bienestar de las mujeres, se puede decir que es la causa principal de su padecimiento. Es así, que el cáncer de mama está produciendo una alta mortalidad en el sexo femenino, principalmente a aquellas mujeres que no tienen acceso o la información que se necesita sobre esta enfermedad y los métodos de detección diagnóstica para la detección temprana.

En ese orden de ideas, este estudio se realizó para identificar los factores asociados a la demora en el diagnóstico de cáncer de mama en el Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud, Piura, Enero – Diciembre 2019 y con ello establecer la relación en el diagnóstico de cáncer de mama con el estadio clínico avanzado pues es importante para que los médicos comprendan mejor como tratar a sus pacientes, asimismo, para que aquellos responsables de la formulación de políticas de salud, puedan implementar estrategias y actividades para evitar la demora en el diagnóstico del cáncer de mama.

1.1 Enunciado del problema:

¿Cuáles son los factores asociados a la demora en el diagnóstico de cáncer de mama en pacientes del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud, Piura, Enero – Diciembre 2019?

1.2 Justificación:

Se debe tener en cuenta que la falta de conocimiento básico y un sistema ineficaz de entrega de información para el cáncer de mama amenaza aún más la vida y el bienestar de las mujeres, se puede decir que es la causa principal de su padecimiento. Es así, que el cáncer de mama está produciendo una alta mortalidad en el sexo femenino, principalmente a aquellas mujeres que no tienen acceso o la información que se necesita sobre esta enfermedad y los métodos de detección diagnóstica para la detección temprana.(29) Al ser el cáncer una enfermedad de evolución progresiva, la demora en su diagnóstico se podría enfocar en 2 etapas; desde la aparición del primer síntoma del paciente hasta la llegada a la primera consulta médica y desde la llegada a la primera consulta médica hasta el diagnóstico confirmado de cáncer de mama (41).

En ese orden de ideas, este estudio se realizó para identificar los factores asociados a la demora en el diagnóstico de cáncer de mama en el Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud, Piura, Enero – Diciembre 2019 y con ello establecer la relación en el diagnóstico de cáncer de mama con el estadio clínico avanzado. Esta línea de investigación es importante para que los médicos comprendan mejor cómo tratar a sus pacientes, asimismo, para aquellos responsables de la formulación de políticas de salud, es importante en la medida que puedan implementar estrategias y actividades para evitar la demora en el diagnóstico del cáncer de mama.

1.3 Objetivos:

- **Objetivo General:**

Determinar los factores como la edad, ingreso económico familiar, grado de instrucción, hábitos nocivos, antecedente de cáncer, antecedente familiar de cáncer, nuliparidad, primer personal de salud en atender, primer síntoma o signo, primer lugar de atención que se asocian a la demora en el diagnóstico de cáncer de mama en pacientes del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud, Piura, Enero – Diciembre 2019

- **Objetivos Específicos:**

- ✓ Calcular la prevalencia de la demora en el diagnóstico de cáncer de mama en pacientes del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud, Piura, Enero – Diciembre 2019
- ✓ Describir la frecuencia de las variables de estudio como la edad, ingreso económico familiar, grado de instrucción, hábitos nocivos, antecedente de cáncer, antecedente familiar de cáncer, nuliparidad, primer personal de salud en atender, primer síntoma o signo, primer lugar de atención en las pacientes del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud, Piura, Enero – Diciembre 2019 y hallar el grado de asociación de dichas variables con la demora en el diagnóstico de cáncer de mama.
- ✓ Realizar el análisis multivariado por regresión logística y prueba de chi cuadrado entre las variables estadísticamente significativas para determinar los factores asociados a la demora en el diagnóstico de cáncer de mama en pacientes del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud, Piura, Enero – Diciembre 2019.

2.4 Hipótesis:

- **Hipótesis nula:**

No existen factores que se asocien a la demora en el diagnóstico de cáncer de mama en pacientes del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud, Piura, Enero – Diciembre 2019.

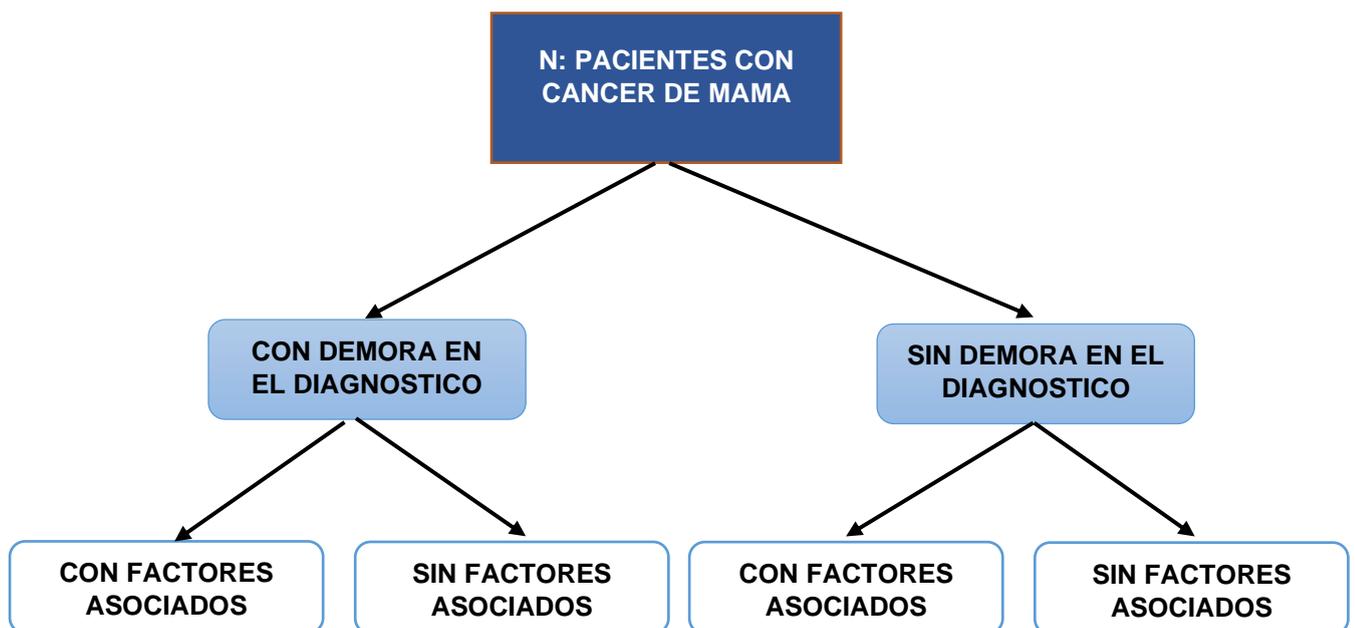
- **Hipótesis alternativa:**

Existen factores que se asocien a la demora en el diagnóstico de cáncer de mama en pacientes del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud, Piura, Enero – Diciembre 2019.

II. METODOLOGÍA

2.1 Diseño del estudio

Se realizó un estudio Observacional, transversal, analítico, prospectivo.



2.2 Población

- **Población Diana:**

Pacientes con cáncer de mama de la ciudad de Piura

- **Población Estudio:**

Pacientes con cáncer de mama del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud, Piura, Enero – Diciembre 2019.

- **Población Accesible:**

Pacientes con cáncer de mama atendidas en consultorio externo de oncología clínica del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud, Piura, Enero – Diciembre 2019.

- **Criterios de Selección:**

Criterios de inclusión:

- Pacientes de sexo femenino.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en cualquier estadio, con tratamiento de quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia e intervención quirúrgica previa por cáncer de mama.
- Pacientes que cuenten con seguro Es Salud.

Criterios de exclusión:

- Pacientes de sexo masculino.
- Pacientes que se nieguen a participar del estudio, cuyos datos obtenidos no sean confiables o no recuerden.
- Fichas de recolección con datos incompletos.
- Pacientes que no hablen ni entiendan español.

2.3 Muestra y muestreo

- **Unidad de muestreo:**

Representado por cada una de las pacientes con cáncer de mama atendidas en consultorio externo del servicio de oncología clínica del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud, Piura, Enero – Diciembre 2019 que fueron entrevistadas.

- **Unidad de análisis:**

Las hojas de recolección de datos que se llenaron en el transcurso de la realización del estudio.

- **Muestreo:**

El muestreo será no probabilístico ya que se incluirá a todas las pacientes que lleguen al consultorio externo de oncología clínica hasta completar la muestra.

- **Marco muestral:**

Todas las encuestas realizadas y evaluadas en el periodo de tiempo determinado.

- **Tamaño muestral:**

Para determinar el tamaño de la muestra utilizamos la fórmula:

$$n_0 = \frac{Z^2 \alpha * p * q}{E^2}$$

Donde:

n_0 : Tamaño inicial de muestra.

$Z\alpha$: Coeficiente de confiabilidad; 1.96 para un nivel de confianza de 95%.

p_e : prevalencia de demora en el diagnóstico de cáncer de mama tomada de un antecedente 0.84 (84%)

$q_e = 1 - p_e$

$p_e q_e$: Variabilidad estimada.

E: Error absoluto. 0.05 (5%).

Al reemplazar los valores obtenemos:

n = 198

2.4 Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	ESCALA	DIMENSION	INDICE	INSTRUMENTO
VARIABLE DEPENDIENTE							
Demora en el diagnóstico de cáncer de mama	Tiempo transcurrido desde el primer síntoma hasta el diagnóstico final de cáncer de mama.	Tiempo mayor a 3 meses desde el primer síntoma hasta el diagnóstico confirmado de cáncer de mama.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Tiempo	>3 meses ≤ 3 meses	Ficha de recolección de datos
VARIABLES INDEPENDIENTES: FACTORES							
Edad	Número de años cumplidos desde su nacimiento	años cumplidos según DNI	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Años	<40 años ≥40 años	Ficha de recolección de datos
Ingreso económico familiar	Cantidad de dinero en soles con que se sustenta una familia al mes	Monto total en soles al mes	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Demográfica	≤2000 >2000	Ficha de recolección de datos
Grado de instrucción	Nivel académico alcanzado por una persona en la actualidad.	Nivel académico actual: primaria, secundaria, superior	Cualitativa politómica	Ordinal	Demográfica	Primaria Secundaria Superior	Ficha de recolección de datos
Hábitos nocivos	Conductas repetitivas perjudiciales para la salud.	Paciente con alcoholismo o tabaquismo.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Demográfica	Si No	Ficha de recolección de datos

Antecedente de cáncer previo	Padecimiento de cualquier tipo de cáncer con anterioridad.	Cáncer previo de mama, ovario, colon, útero, etc.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Clínica	Si no	Ficha de recolección de datos
Antecedente familiar de cáncer	Familiar con cualquier tipo de cáncer.	Familiar con cáncer de mama, ovario, útero, colon, etc.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Clínica	Si No	Ficha de recolección de datos
Nuliparidad	Ausencia de hijos	Paciente que no presenta hijos o que su gestación no sobrepasa las 20 semanas	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Clínica	Si No	Ficha de recolección de datos
Autoexamen de mama	Proceso que la mujer realiza en casa en busca de cambios o problemas en el tejido mamario	Inspección y palpación de las mamas en busca de cambios significativos.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Clínica	Si No	Ficha de recolección de datos
Primer signo o síntoma	Primera manifestación clínica del cáncer de mama.	Presencia de tumoración, dolor, edema, eritema o enrojecimiento, aumento de la sensibilidad en las mamas.	Cualitativa Politómica	Nominal	Clínica	Tumoración Dolor Signos inflamatorios	Ficha de recolección de datos
Primer personal de salud en atender	Profesional de la salud que atiende por primera vez a la paciente.	Primer profesional de la salud quien realiza la primera consulta de la paciente en relación al cáncer de mama.	Cualitativa Politómica	Nominal	Sistema de salud	Personal no médico en el primer nivel de atención Médico general Ginecólogo Oncólogo	Ficha de recolección de datos
Primer lugar de atención	Establecimiento de salud al que acude por primera vez la paciente	Establecimiento de salud donde se realiza la primera consulta de la paciente en	Cualitativa Politómica	Nominal	Sistema de salud	Centro de 1er nivel Hospital Clínica	Ficha de recolección de datos

		relación al cáncer de mama.					
Descuido	Falta de atención de algo bajo la propia responsabilidad	Falta de atención ante la presencia de síntomas o indicios de un probable cáncer de mama mediante la cual las pacientes no buscan ayuda ni atención médica especializada.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Bidimensional	Si No	Ficha de recolección de datos
Tiempo de búsqueda de atención del paciente	Tiempo transcurrido desde el primer síntoma hasta la primera consulta.	Tiempo de demora en días o meses del paciente en buscar ayuda diagnóstica.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Tiempo	>3 meses ≤ 3meses	Ficha de recolección de datos

2.5 Procedimiento

1. Se requirió el permiso al Director del Hospital III José Cayetano Heredia para la realización de la presente investigación (Anexo N.º 01)
2. Fue solicitada la aprobación del proyecto al comité de investigación de la Escuela de medicina y al comité de ética en investigación de la Universidad Privada Antenor Orrego, asimismo de la unidad de ética del Hospital III José Cayetano Heredia, Piura.
3. Construcción y validación de la ficha de recolección de datos por tres médicos especialistas en Ginecología, Cirugía Oncológica y Cirugía general para asegurar la validez interna del instrumento utilizado. Mediante la revisión de la bibliografía disponible se elaboró una Ficha de recolección de datos considerando las variables sociodemográficas y clínicas más importantes de las pacientes con cáncer de mama en el Hospital III José Cayetano Heredia.

4. Se solicitó a las pacientes de consultorio externo de oncología clínica la participación en la recolección de datos totalmente voluntarias a cargo de la autora previa firma del consentimiento informado (ANEXO 02). Los datos fueron transcritos en las hojas de recolección de datos (ANEXO 03).

Se procedió a la elaboración de la base de datos y posteriormente la estadística se procesó utilizando el programa estadístico SPSS 25.0. La prueba de Chi-cuadrado y regresión logística determinaron la significancia estadística de asociación entre las variables de estudio, considerando **un índice de confianza del 95% con un valor $p < 0.05$** .

5. Fueron presentadas las tablas y gráficos con los resultados, así mismo, las conclusiones y recomendaciones.

TÉCNICAS:

a) **Modelo de Ejecución:** Aplicación de ficha de recolección de datos

b) **Instrumento de Aplicación:** Ficha de recolección de datos

2.6 Plan de análisis de datos

El análisis de datos se realizó utilizando el paquete estadístico: IBM Statistical Package for the Social Sciences SPSS V 25.0.

- **Estadística Descriptiva:**

Se calculó la media o promedio en lo correspondiente a la medida de tendencia central.

- **Estadística Analítica:**

La prueba Chi-cuadrado y regresión logística determinaron la significancia estadística de asociación entre las variables de estudio, las asociaciones se consideraron significativas si la posibilidad de error fuese menor al 5% ($p < 0.05$). Obtuvimos el Odds ratio (OR) con un intervalo de confianza del 95% (IC 95%) entre las variables de estudio.

2.7 Consideraciones éticas

El trabajo fue presentado en el comité de ética de la Universidad Privada Antenor Orrego y al Hospital III José Cayetano Heredia para los permisos necesarios. Así mismo, se contó con la aprobación de la institución donde se obtuvo la información para el estudio, como del Comité de Bioética en Investigación UPAO mediante RESOLUCIÓN DEL COMITÉ DE BIOÉTICA N°054-2021-UPAO.

No hubo beneficio directo a los participantes. No representó riesgo ni atentó los derechos de los sujetos en estudio. Los datos no fueron expuestos y sólo el investigador supo acerca del estudio. Se realizó consentimiento informado ya que se encuestó al paciente directamente.

Se tomó en cuenta la declaración de Helsinki II según:

Numeral 11: La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.

Numeral 12: La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas.

Numeral: 14: El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

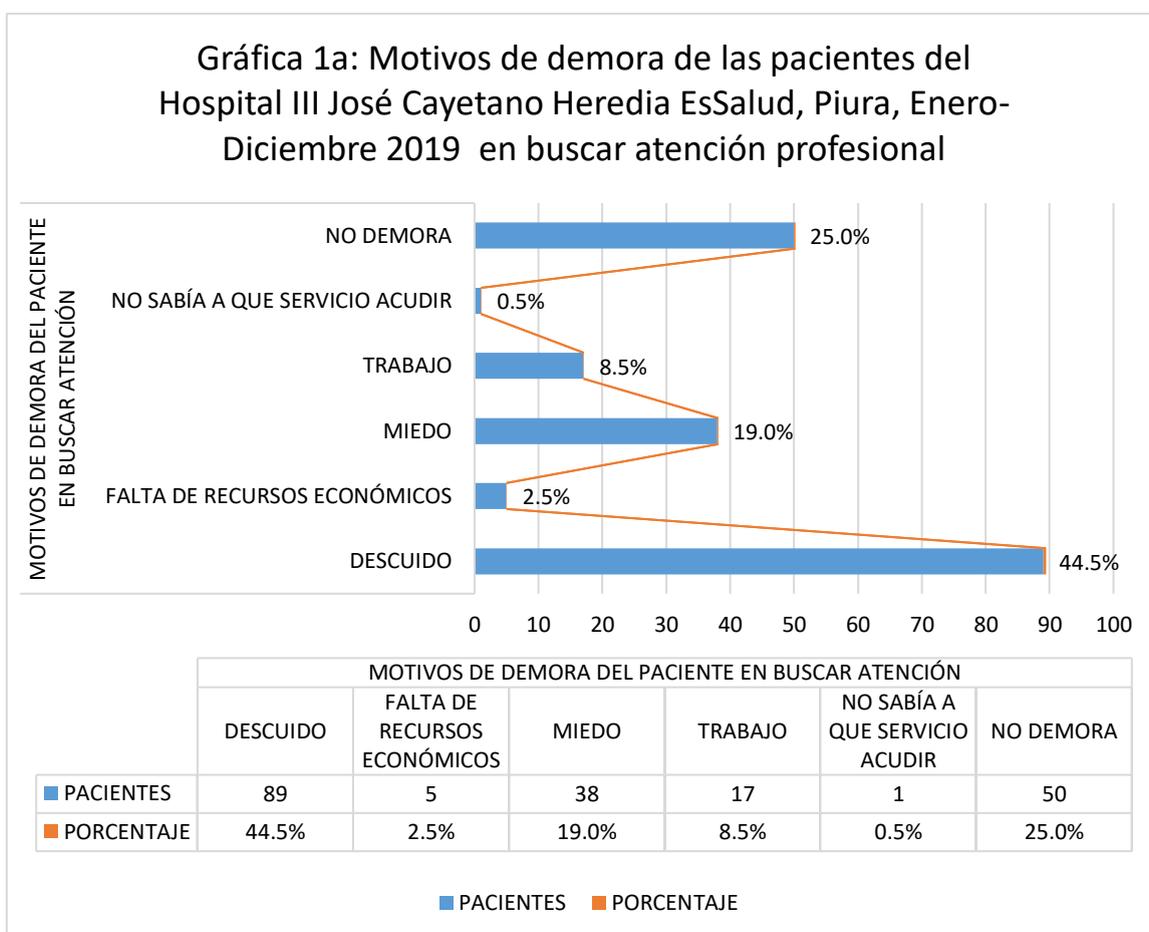
Numeral 22: El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación.

Numeral 23: El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio.

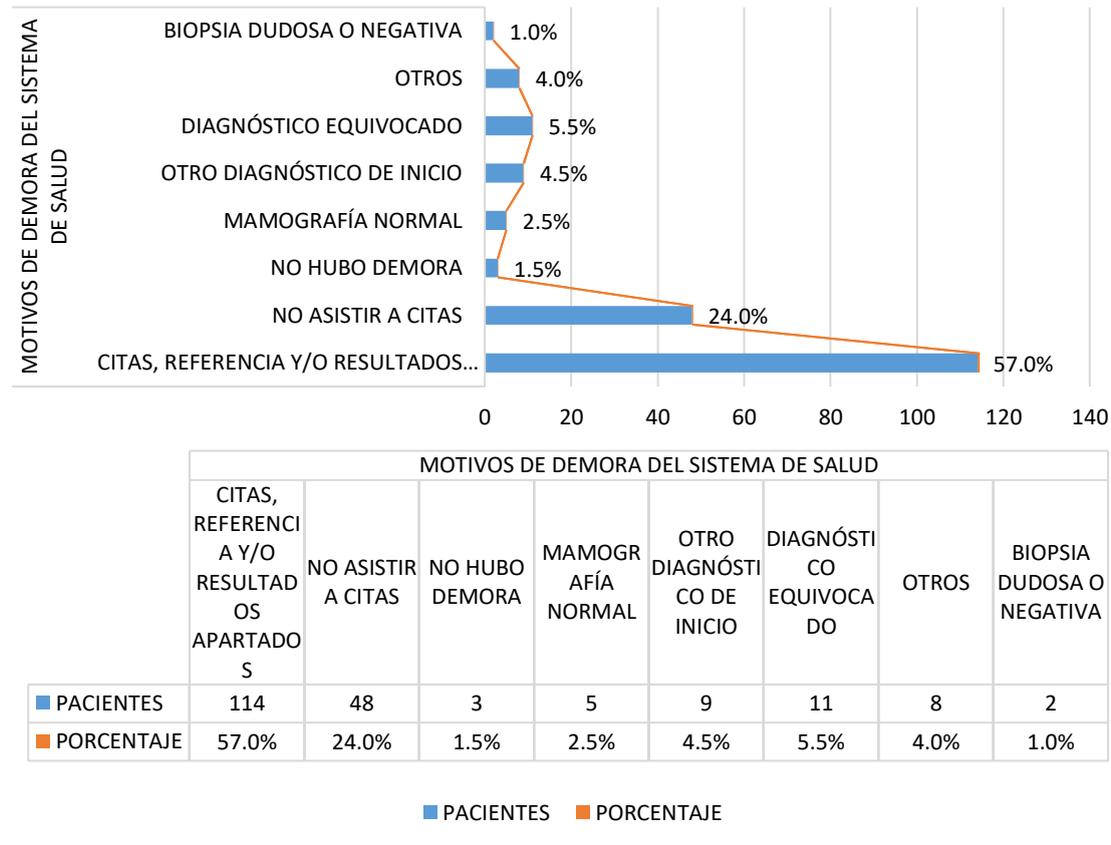
Ley general de Salud cuarto título: Artículo 117.- Toda persona natural o jurídica, está obligada a proporcionar de manera correcta y oportuna los datos que la Autoridad de Salud requiere para la elaboración de las estadísticas, la evaluación de los recursos en salud y otros estudios especiales que sea necesario realizar y concurran al conocimiento de los problemas de salud o de las medidas para enfrentarlos.

Ley general de Salud cuarto título: Artículo 120 .- Toda información en materia de salud que las entidades del Sector Público tengan en su poder es de dominio público. Queda exceptuado la información que pueda afectar la intimidad personal y familiar o la imagen propia, la seguridad nacional y las relaciones exteriores, así como aquella que se refiere a aspectos protegidos por las normas de propiedad industrial de conformidad con la ley de la materia.

III. RESULTADOS



Gráfica 1b: Percepción de la paciente con respecto a la demora del sistema de salud en pacientes del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud, Piura, Enero-Diciembre 2019

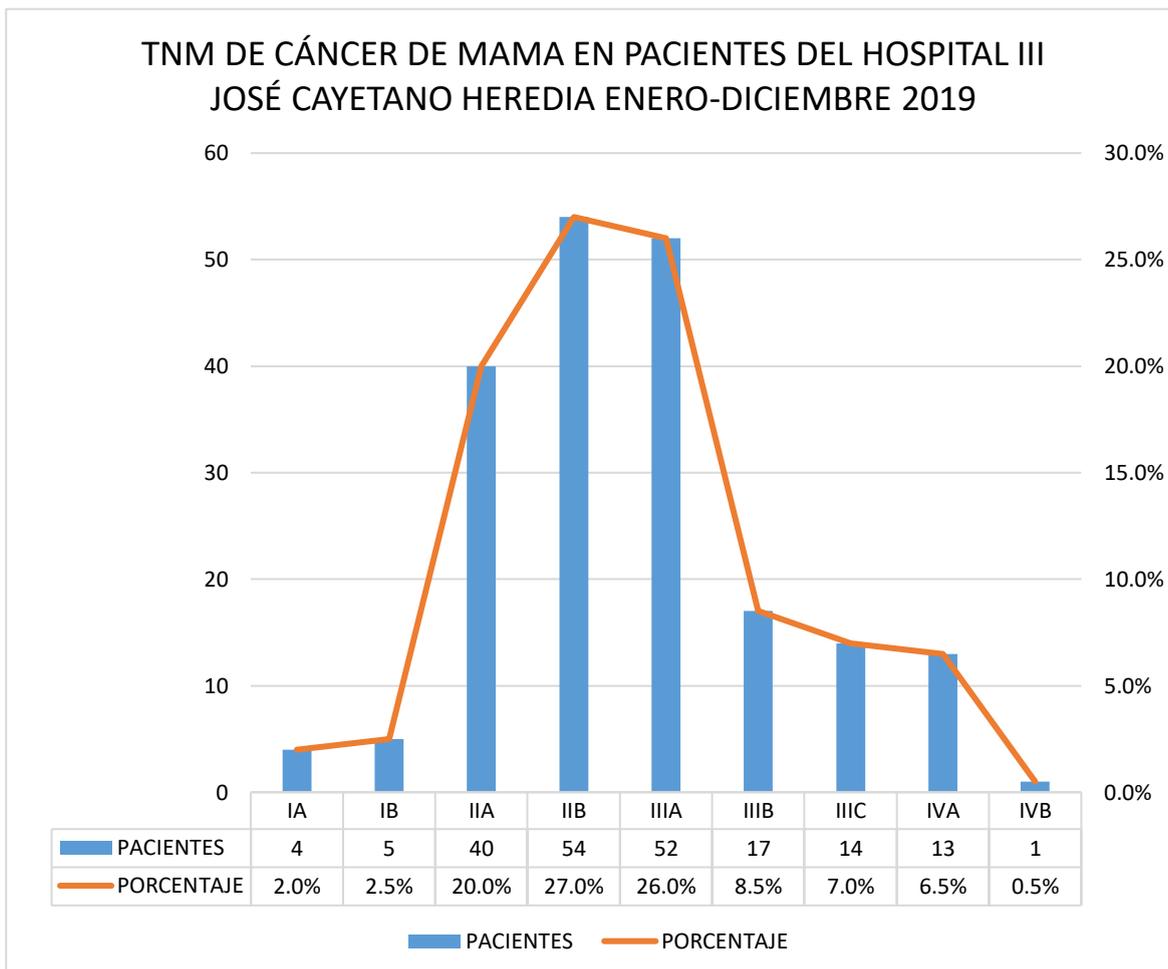


En la gráfica 1, a modo de tabla conjunta tenemos que:

La Gráfica 1a: Motivos de demora de las pacientes del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud, Piura, Enero-Diciembre 2019 en buscar atención profesional encontramos que en su gran mayoría cerca del 44.5% de éstos lo han hecho por descuido, un 19% por un proceso de miedo, sin embargo un 25% refiere no haber tenido demora en cuanto a la búsqueda de atención.

La gráfica 1 b nos señala que en cuanto a los motivos de demora en el sistema de salud, las citas, referencias y/o resultados apartados son la causa más frecuente en un 57%, seguido a ello el no asistir a las citas médicas, sin embargo solamente 1.5% de las encuestadas refieren no haber percibido una demora.

GRAFICO N° 2: Estadío del cáncer de mama de las pacientes del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud, Piura, Enero – Diciembre 2019



En cuanto a la estadificación a nivel del TNM de cáncer de mama en el Hospital III José Cayetano Heredia encontramos que el 27% (54 registros) se van a encontrar en un estadio IIb, seguido a ello 52 pacientes vamos a encontrar en un estadio IIIa, sin embargo los que menos presencia tuvieron son los estadios IVb y Ia.

TABLA N°1: Prevalencia de la demora en el diagnóstico de cáncer de mama en pacientes del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud, Piura, Enero – Diciembre 2019.

DEMORA EN EL DIAGNOSTICO DE CANCER DE MAMA	
>3 MESES N(%)	≤ 3 MESES N(%)
71 (35.5)	129 (64.5)
TOTAL DE PACIENTES: 200(100%)	

- ❖ Hace relevancia que el 35.5% de las pacientes tuvieron demora en el diagnóstico de cáncer de mama en el Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud, Piura, Enero – Diciembre 2019.

TABLA N°2: Factores asociados a la demora en el diagnóstico de cáncer de mama en pacientes del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud, Piura, Enero – Diciembre 2019.

FACTORES	N (% del total)	DEMORA EN EL DIAGNOSTICO DE CANCER DE MAMA		OR (IC 95%)	PRUEBA Chi cuadrado	Valor p
		>3 MESES N(%)	≤3 MESES N(%)			
EDAD						
- ≥ 40 años	186 (93)	62 (87.3)	124 (96.1)	0.2 (0.08-0.8)	5.4	0.020
- <40 años	14 (7)	9 (12.7)	5 (3.9)			
INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR						
- ≤2000	165 (82.2)	59(83.1)	106 (82.2)	1.06 (0.4-2.2)	0.02	0.869
- >2000	35 (17.5)	12 (16.9)	23 (17.8)			
GRADO DE INSTRUCCIÓN						
- Primaria	33 (16.5)	9(12.7)	24 (18.6)	NA	2.8	0.247
- Secundaria	53 (26.5)	16 (22.5)	37(28.7)			
- Superior	114 (57)	46(64.8)	68(52.7)			
HÁBITOS NOCIVOS						
- Si	47(23.5)	11(15.5)	36(27.9)	0.4 (0.2-0.99)	3.9	0.048
- No	153(76.5)	60(84.5)	93(72.1)			

ANTECEDENTE DE CÁNCER PREVIO						
- Si	2 (1)	0 (0)	2 (1.6)	1.5	1.1	0.292
- No	198 (99)	71 (100)	127 (98.4)	(1.4-1.7)		
ANTECEDENTE FAMILIAR DE CÁNCER						
- Si	99(49.5)	33(46.5)	66(51.2)	0.8	0.4	0.5
- No	101(50.5)	38(53.5)	63(48.8)	(0.4-1.4)		
NULIPARIDAD						
- Si	21 (10.5)	7 (9.9)	14 (10.9)	0.8	0.04	0.826
- No	179 (89.5)	64 (90.1)	115(89.1)	(0.3-2.3)		
AUTOEXÁMEN DE MAMA						
- Si	98(49)	41 (57.7)	57 (44.2)	1.7	3.3	0.066
- No	102(51)	30 (42.3)	72 (55.8)	(0.9-3.0)		
PRIMER SIGNO O SÍNTOMA						
- Tumoración	171(85.5)	60 (84.5)	111(86)	NA	0.1	0.911
- Dolor	22(11)	8 (11.3)	14 (10.9)			
- Signos inflamatorios	7(3.5)	3(4.2)	4(3.1)			
PRIMER PERSONAL DE SALUD EN ATENDER						
- Personal de primer nivel de atención	8(4)	6(8.5)	2(1.6)	5.8(1.1-	5.6	0.017

- Médico general	48(24)	16(22.5)	32(24)	29.8) 0.8(0.4-1.7)	0.1	0.719
- Ginecólogo	103(51.5)	42(59.2)	61(47.3)	1.6(0.8-2.9)	2.5	0.108
- Oncólogo	41(20.5)	7(9.9)	34(26.4)	0.3(0.1-0.7)	7.6	0.006
PRIMER LUGAR DE ATENCIÓN						
- Hospital	4(2)	2(2.8)	2(1.6)	1.8(0.2-13.3)	0.3	0.5
- Centro de primer nivel de atención	160(80)	64(90.1)	96(74.4)	3.1(1.3-7.5)	7.0	0.008
- Clínica	36(18)	5(7)	31(24)	0.2(0.1-0.6)	8.9	0.003
DEMORA DEL PACIENTE EN BUSCAR ATENCIÓN						
>3 meses	54(27)	20(28.2)	34(26.4)	1.0	0.7	0.782
≤ 3 meses	146(73)	51(71.8)	95(73.6)	(0.5-2)		

- ❖ El primer lugar de atención, el primer personal de salud que atiende a las pacientes y la edad fueron factores que se asociaron estadísticamente a la demora en el diagnóstico de cáncer de mama en pacientes del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud, Piura, Enero – Diciembre 2019, con un OR>1 y un p<0.05%
- ❖ Las pacientes al ser atendida por primera vez por un personal en primer nivel de atención aumenta el riesgo en 5.8 veces la demora en el diagnóstico de cáncer de mama (p=0.017), así mismo, el ser un centro de salud el primer lugar de atención genera un riesgo de 3.1 veces más de demora en el diagnóstico (p=0.008). La edad <40 años es un factor protector para la demora en el diagnóstico de cáncer de mama.

TABLA N°3: Análisis multivariado de los factores asociados a la demora en el diagnóstico de cáncer de mama en pacientes del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud, Piura, Enero – Diciembre 2019.

FACTOR	B	Error Estándar	Wald	OR	Valor p	IC(95%)
Edad	-1.4	0.6	5.1	0.2	0.023	0.07-0.8
Centro de primer nivel de atención	1.1	0.4	5.8	3.1	0.016	1.2-7.7

❖ El análisis multivariado por regresión logística después de enfrentar las variables estadísticamente significativas en el análisis bivariado se comprobó que la edad y el centro de primer nivel de atención son factores asociados a la demora en el diagnóstico de cáncer de mama en pacientes del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud, Piura, Enero-diciembre 2019, pues a menor edad menor demora y por otro lado tenemos que el centro de primer nivel de atención está fuertemente asociado, es decir el primer lugar de atención es desfavorable para la demora en el diagnóstico de cáncer de mama.

IV. DISCUSIÓN

El presente estudio de investigación tuvo como finalidad determinar los factores que se asocian a la demora en el diagnóstico de cáncer de mama en pacientes atendidos en el Hospital III José Cayetano Heredia - EsSalud, Piura. En los últimos años, a nivel mundial, se ha ido incrementando de manera constante la prevalencia de Cáncer de mama convirtiéndose, a la actualidad, en la neoplasia maligna más común en mujeres, y uno de los tres cánceres más comunes en el planeta, junto con el cáncer de pulmón y colon. Hace aproximadamente 10 años,

más de 1.5 millones de personas fueron diagnosticadas a nivel global con esta patología, y alrededor de medio millón de personas fallecieron a causa de esta. Así mismo, el cáncer de mama sigue siendo la causa más frecuente de fallecimiento en países tercermundistas y, en países desarrollados, se ubica en segundo lugar después del cáncer de pulmón. Así también, cabe resaltar que, en Sudamérica, África y Asia, la incidencia del cáncer mamario está en aumento, posiblemente por variaciones en el estilo de vida y/o programas de detección precoz debido a políticas de salud preventivas. Por lo que, se realizó un análisis contrastando la evidencia obtenida de estudios mundiales con la hallada en nuestra investigación, encontrando porcentajes similares con respecto a la edad de incidencia de esta patología hallada en la población femenina, así también algunas otras variables intervinientes que se mencionarán a continuación (2,30,32)

En cuanto a las variables sociodemográficas, en nuestro estudio se demostró que la variable edad se asoció significativamente a la demora en el diagnóstico de cáncer de mama, esto se verifica de acuerdo a los parámetros evaluados, dentro de los cuales se observa que, de las pacientes que fueron atendidas en el Hospital III José Cayetano Heredia de Piura, 186 pacientes (93%) presentaron una edad mayor a 40 años, en comparación con los 14 pacientes (7%) cuyas edades se ubicaron en un rango menor o igual a 40 años. Así también cabe resaltar que la demora en el diagnóstico de aproximadamente 124 pacientes (67%) mayores de 40 años fue menor o igual a 3 meses en comparación a los 62 pacientes (33%) restantes, mayores de 40 años, que fueron diagnosticados posterior a los 3 meses, por lo tanto las mujeres mayores de 40 años tienen un factor protector para la demora en el diagnóstico de cáncer de mama con un OR: 0.2, IC 95%: 0.08-0.8 y un valor P:0.020 por lo que se concluye que esta relación es estadísticamente significativa, estos resultados están respaldados con los datos encontrados en el estudio de **Contreras Zaravia et al. (Perú, 2000)** en el cual se evidenció que la edad media de presentación de cáncer de mama fue de 48,8 años, así mismo lo planteado en el estudio de **Palazzo et al. (Argentina, 2013)** cuyos resultados concluyen que la edad promedio para el diagnóstico de Cáncer mamario estuvo entre los 55,3 años y los 61,8 años, corroborando así los datos hallados en nuestro estudio (32–35).

Además **Martinez Perez et al. (Colombia, 2017)** encontró que las pacientes mayores de 40 años es un factor protector contra una lesión avanzada (OR = 0,35; IC 95 % 0,14-0,83) (36)

Richardson et al (Estados Unidos) encontró que la edad avanzada de las pacientes estaba asociada con un diagnóstico temprano (tendencia $P < 0,001$), sin embargo, el efecto fue pequeño e inconsistente en pacientes jóvenes. (41)

Por otro lado **Arndt et al (Alemania)** encontró que las mujeres jóvenes son un factor protector para la demora en el diagnóstico de cáncer de mama pues las mujeres mayores esperaron más tiempo que las mujeres más jóvenes en acudir al médico cuando presentaron sus síntomas ($P = 0,01$). La demora del paciente de más de 3 meses fue el triple de lo frecuentemente reportado por mujeres mayores de 65 años (24,7%) que entre mujeres menores de 50 años (7,1%). (42)

Así también, en la investigación realizada por **Rodríguez Ríos et al. (México, 2003)** en cuyo estudio se evidenció que a mayor edad, se incrementa el riesgo de etapas avanzadas de Cáncer mamario,

Por último **Ramirez et al (Reino Unido)** encontró que las mujeres con una edad avanzada era un factor de riesgo para el diagnóstico tardío con síntomas de cáncer de mama. (43)

En cuanto a los hábitos nocivos, como el tabaquismo y alcoholismo, es otra de las variables que se asocian de manera estadísticamente significativa a la demora en el diagnóstico de cáncer de mama, esto se verifica de acuerdo a los parámetros estudiados, dentro de los cuales se observa que la población que no practica hábitos nocivos presentó una demora en el diagnóstico de Cáncer mamario mayor a 3 meses en comparación a la población que practicaba hábitos nocivos con frecuencia, cuya demora en el diagnóstico de cáncer de mama fue menor a los 3 meses, siendo un factor protector con un OR: 0.47, IC 95%: 0.22 – 0.99, valor $p=0.048$, en ese sentido podemos afirmar que las mujeres con hábitos nocivos tienen un diagnóstico precoz debido a que probablemente al ser conscientes del efecto que tienen los hábitos nocivos asumen que el hallazgo que encuentren mediante el autoexamen se encuentren relacionados con un probable cáncer de mama por lo cual buscan asistencia médica o es probable que al tener hábitos nocivos tengan más cuidado y se realicen su examen

screening.

Del mismo modo el personal no médico del primer nivel de atención se asoció significativamente a la demora en el diagnóstico de Cáncer de mama, por lo que se evidenció en los resultados que del 100% de pacientes atendidos en primera instancia por personal no médico en el primer nivel de atención, el 75% tuvo un retraso en el diagnóstico mayor a 3 meses, porcentaje sumamente elevado en comparación a las atenciones de profesionales médicos del primer nivel de atención con demora en el diagnóstico mayor de 3 meses en el 33,3% de pacientes atendidos; de médico ginecólogos, con retraso en el diagnóstico mayor a 3 meses en aproximadamente 40% y médicos oncólogos con sólo 17% de pacientes con demora en el diagnóstico mayor a 3 meses, concluyendo que el ser atendidos por un personal no médico del primer nivel de atención representa un riesgo de 5.86 veces mayor (IC 95%: 1.1 – 29.8, valor “p”: 0.017) de demora en el diagnóstico de Cáncer de mama mayor a 3 meses en comparación a la atención en primera instancia con un médico oncólogo, el cual representa un factor de protección con un OR: 0.30, IC 95%: 0.12 – 0.73, valor “p”: 0.006.

Según **Roquebert y cols (Panamá, 2012)** describe las barreras principales en la atención de pacientes con cáncer de mama como la falta de información, falta de personal especializado y deficiencias en las redes de apoyo; y como debilidades en el acceso al sistema de salud (44).

También **Cáceres y cols (Perú)** en un estudio encontraron que la demora en el diagnóstico de cáncer se vio relacionada a una limitada interpretación de los síntomas o a un examen general ineficiente y por la carencia del uso de medios adecuados para el apoyo diagnóstico. (45)

Nigenda y cols (Colombia) Revelan que la relación con el personal de primer nivel de atención es compleja, las pacientes refieren que muchos de éstos no tienen un conocimiento actualizado o claro acerca del diagnóstico y el procedimiento clínico del cáncer de mama, lo cual afecta directamente la detección temprana de cáncer de mama. (46)

En ese sentido, respecto a estos resultados, se sostiene que la atención primaria de las pacientes resulta ser de vital importancia para un diagnóstico o la detección temprana de un posible cáncer. Dicha atención primaria en la salud pública en muchas ocasiones está a cargo del personal de obstetricia resultando

ser el personal de primer nivel en la atención, sin embargo, se presume que la demora puede ser por la falta de conocimiento, debido a que se ha identificado que este personal no ha sido preparado, en tanto que, sus estudios universitarios no contemplan en la malla curricular un curso destinado a la prevención de cáncer.

Por otro lado, con respecto a la variable primer lugar de atención se asoció de manera estadísticamente significativa a la demora en el diagnóstico de Cáncer de mama, por lo que esto se verifica de acuerdo a los parámetros estudiados, dentro de los cuales se observa que la población que acude a centros de salud de primer nivel de atención conllevan un riesgo de 3.14 veces mayor (IC 95%: 1.31 – 7.53, valor “p”: 0.008) para la demora en el diagnóstico de Cáncer mamario superior a 3 meses en 40% de la población atendida en comparación a las personas que se atienden en clínicas, cuya demora en el diagnóstico de cáncer de mama en aproximadamente el 87% de pacientes atendidos fue menor o igual a 3 meses representando un factor de protección con un OR: 0.23, IC 95%: 0.08 – 0.64, valor “p”: 0.003, estos datos son respaldados por los estudios de **Martinez Perez et al. (Colombia, 2017)** quienes encontraron que atenderse en centros de salud públicos representa un factor de riesgo importante para la demora en el diagnóstico de cáncer de mama con un OR = 9,67; IC 95 %: 2,75-33,91, en comparación con la atención en el sector privado, que representa un factor protector; por otro lado, las demás variables estudiadas no fueron estadísticamente significativas (36,37).

Al realizar el análisis multivariado por regresión logística se corroboró que la edad >40 años es una variable que se asocia estadísticamente a la demora en el diagnóstico de Cáncer mamario, por lo que se puede apreciar con un OR: 0.24, IC 95%: 0.07 – 0.82, valor $p=0.023$; así también, el centro de primer nivel de atención se asocia significativamente a la demora en el diagnóstico de Cáncer de mama con un OR: 3.09, IC 95%: 1.23 – 7.74, valor $p=0.016$, siendo estos desfavorables para una demora en el diagnóstico. Estos resultados tienen respaldo en el estudio de **Richardson et al (Estados Unidos)** encontró que la edad avanzada de las pacientes estaba asociada con un diagnóstico temprano (tendencia $P < 0,001$), sin embargo, el efecto fue pequeño e inconsistente en

pacientes jóvenes. (41)

de **Martinez Perez et al. (Colombia, 2017)** quienes concluyeron que atenderse en centros de salud públicos representa un factor de riesgo importante para la demora en el diagnóstico de cáncer de mama (36, 38).

En este estudio se hizo hincapié en determinar qué factores se asocian de manera estadísticamente significativa a la demora en el diagnóstico de cáncer de mama, con el objetivo de exponer los factores que pueden ser modificables para un diagnóstico oportuno en la población femenina con esta patología tan frecuente y letal.

V. CONCLUSIONES

1. El 35.5% fue la prevalencia de la demora en el diagnóstico de cáncer de mama en pacientes del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud, Piura, Enero – Diciembre 2019.
2. El primer lugar de atención, el personal no médico del primer nivel de atención y la edad fueron factores que se asociaron estadísticamente a la demora en el diagnóstico de cáncer de mama en pacientes del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud, Piura, Enero – Diciembre 2019.
3. El análisis multivariado por regresión logística comprobó que la edad y el centro de primer nivel de atención son factores asociados a la demora en el diagnóstico de cáncer de mama en pacientes del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud, Piura, Enero-diciembre 2019.
4. Descriptivamente la mayor causa de demora por parte de la paciente es el descuido y por un proceso de miedo. Y la mayor causa de demora por parte del Sistema de Salud son las citas, referencias y/o resultados apartados.

VI. RECOMENDACIONES

En el marco de esta investigación, las recomendaciones desarrolladas, son las siguientes:

1. Analizar exhaustivamente en el conocimiento de los factores que estarían involucrados en la demora del diagnóstico de cáncer de mama que se presentan actualmente, ello en conjunto con la ejecución de nuevos trabajos de investigación de tipo prospectivo para poder garantizar una relación causal entre las variables.
2. Capacitar con frecuencia al personal del primer nivel de atención para optimizar y ampliar sus conocimientos y protocolos a seguir ante posibles casos de pacientes con sospecha de cáncer de mama o en su defecto con diagnóstico en etapas tempranas con la finalidad de realizar una correcta derivación al nivel de atención correspondiente.
3. Categorizar y/o clasificar los factores que intervienen en la demora del diagnóstico de cáncer de mama que ponen en riesgo a pacientes vulnerables, con ello se logra crear una estrategia para disminuir estos factores modificables.
4. Implementar mejoras eficientes en los procesos de referencia en las pacientes con cáncer de mama, desde el primer nivel de atención disminuyendo los tiempos en los intervalos de referencia y diagnóstico.
5. Promover el conocimiento de los primeros signos y síntomas en todas las pacientes y concientizándolas sobre la prevención del cáncer de mama y una detección precoz.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* noviembre de 2018;68(6):394-424.
2. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer.* 1 de marzo de 2015;136(5):E359-386.
3. 604-peru-fact-sheets.pdf [Internet]. [citado 26 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/604-peru-fact-sheets.pdf>
4. Mandelblatt JS, Stout NK, Schechter CB, van den Broek JJ, Miglioretti DL, Krapcho M, et al. Collaborative Modeling of the Benefits and Harms Associated With Different U.S. Breast Cancer Screening Strategies. *Ann Intern Med.* 16 de febrero de 2016;164(4):215-25.
5. Aibar L, Santalla Á, Criado MS, González Pérez I, Calderón MA, Gallo JL, et al. Clasificación radiológica y manejo de las lesiones mamarias. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia.* 2011;38(4):141-9.
6. Yen TWF, Li J, Sparapani RA, Laud PW, Nattinger AB. The interplay between hospital and surgeon factors and the use of sentinel lymph node biopsy for breast cancer. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 7 de agosto de 2016 [citado 26 de mayo de 2021];95(31). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4979807/>
7. Abel EJ, Carrasco A, Culp SH, Matin SF, Tamboli P, Tannir NM, et al. Limitations of preoperative biopsy in patients with metastatic renal cell carcinoma: comparison to surgical pathology in 405 cases. *BJU Int.* diciembre de

2012;110(11):1742-6.

8. Onega T, Goldman LE, Walker RL, Miglioretti DL, Buist DS, Taplin S, et al. Facility Mammography Volume in Relation to Breast Cancer Screening Outcomes. *J Med Screen.* marzo de 2016;23(1):31-7.
9. Lewis TC, Pizzitola VJ, Giurescu ME, Eversman WG, Lorans R, Robinson KA, et al. Contrast-enhanced Digital Mammography: A Single-Institution Experience of the First 208 Cases. *Breast J.* enero de 2017;23(1):67-76.
10. Lazo D, Muñoz H. Rol actual de la Ecografía en el diagnóstico del Cáncer de Mama. 2007;9.
11. Unger-Saldaña K, Infante-Castañeda C. Delay of medical care for symptomatic breast cancer: a literature review. *Salud Publica Mex.* 2009;51 Suppl 2:s270-285.
12. Khakbazan, Z., Taghipour, A., Roudsari, R. L., Mohammadi, E., & Omranipour, R. (2014) Delayed presentation of self-discovered breast cancer symptoms in Iranian women: a qualitative study. *Asian Pac J Cancer Prev*, 15(21), 9427-9432. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.21.9427>
13. Yoffe de Quiroz, I. (2005). Retardo en el diagnóstico de los pacientes con cáncer (1), XXXVIII (1-2), 22-28
14. Tesfaw A, Demis S, Munye T, Ashuro Z. Patient Delay and Contributing Factors Among Breast Cancer Patients at Two Cancer Referral Centres in Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *J Multidiscip Healthc.* 2 de noviembre de 2020;13:1391-401.
15. Maghous A, Rais F, Ahid S, Benhmidou N, Bellahamou K, Loughlimi H, et al. Factors influencing diagnosis delay of advanced breast cancer in Moroccan women. *BMC Cancer* [Internet]. 7 de junio de 2016 [citado 26 de mayo de 2021];16. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4897875/>
16. Unger-Saldaña K, Peláez-Ballestas I, Infante-Castañeda C. Development

- and validation of a questionnaire to assess delay in treatment for breast cancer. *BMC Cancer*. 28 de diciembre de 2012;12:626.
17. DeGennaro V, Jiwani F, Patberg E, Gibbs M, Libby R, Gabriel D, et al. Epidemiological, Clinical, and Histopathological Features of Breast Cancer in Haiti. *Journal of Global Oncology*. 2018(4):1-9.
18. Richards MA, Westcombe AM, Love SB, Littlejohns P, Ramirez AJ. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. *Lancet*. 3 de abril de 1999;353(9159):1119-26.
19. Neale AV, Tilley BC, Vernon SW. Estado civil, retraso en la búsqueda de tratamiento y supervivencia del cáncer de mama. *Soc Sci Med*. 1986; 23:305–312. [[PubMed](#)] [[Google Académico](#)]
20. Roder D, Zorbas HM, Kollias J, Pyke CM, Walters D, Campbell ID, et al. Analysing risk factors for poorer breast cancer outcomes in residents of lower socioeconomic areas of Australia. *Australian Health Review*. 2014;38(2):134-41.
21. Richards MA, Smith P, Ramirez AJ, Fentiman IS, Rubens RD. The influence on survival of delay in the presentation and treatment of symptomatic breast cancer. *Br J Cancer* 1999;79(5-6):858-64.
22. Dohrmann PJ, Hughes ES, McDermott F, Price A. Duración de los síntomas, estadificación tumoral y supervivencia en pacientes con carcinoma de mama. *Surg Gynecol Obstet*. 1982; **154**:707–710. [[PubMed](#)] [[Google Académico](#)]
23. Unger-Saldaña K, Miranda A, Zarco-Espinosa G, Mainero-Rachelous F, Bargalló-Rocha E, Miguel Lázaro-León J. Health system delay and its effect on clinical stage of breast cancer: Multicenter study. *Cancer*. 1 de julio de 2015;121(13):2198-206.
24. Piñeros M, Sánchez R, Cendales R, Perry F, Ocampo R. Patient delay among

Colombian women with breast cancer. *Salud Publica Mex.* octubre de 2009;51(5):372-80.

25. Bish A, Ramirez A, Burgess C, Hunter M. Understanding why women delay in seeking help for breast cancer symptoms. *J Psychosom Res.* abril de 2005;58(4):321-6.
26. Unger-Saldaña,K., Zarco-Espinosa,G., Mainero-Ratchelous,F., Bargallo-Rocha,E., & Miguel Lázaro-León,J. (2015). Health system delay and its eddect on clinical stage of breast cancer: Multicenter study. *Cancer*,121 (13), 2198-2206.<https://doi.org/10.1002/cncr.29331>
27. Gonzalo Zambrano RD, Fundora Madruga G, Rodríguez Jiménez P, Hernández Fernández D, Rubio MC, Rodríguez Cáceres JM. Impacto de factores pronósticos y predictivos del cáncer de mama en la Unidad Oncológica Provincial, de Matanzas. *Revista Médica Electrónica.* octubre de 2010;32(5):0-0.
28. Piñeros M, Sánchez R, Perry F, García OA, Ocampo R, Cendales R. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *salud publica mex.* 2011;53(6):478-85.
29. Rodríguez Ríos M, Uscanga Sánchez SR, Gutiérrez Vega P, Jiménez García GA. Factores asociados a la oportunidad en el diagnóstico de cáncer de mama. *Revista de sanidad militar.* 2003;57(5):291-8.
30. Carioli G, Malvezzi M, Bertuccio P, Boffetta P, Levi F, Vecchia CL, et al. European cancer mortality predictions for the year 2021 with focus on pancreatic and female lung cancer. *Annals of Oncology.* 1 de abril de 2021;32(4):478-87.
31. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* noviembre de 2018;68(6):394-424.

32. Contreras Zaravia NR, Valdeiglesias Cabrera N, Saco Mendez S, Mejia Palomino O. Demora en el diagnostico de cancer de mama: factores de la paciente, Hospital EsSalud Cusco 1986-1999. *SITUA*. 2000;(15):11-6.
33. Rodríguez Ríos M, Uscanga Sánchez SR, Gutiérrez Vega P, Jiménez García GA. Factores asociados a la oportunidad en el diagnóstico de cáncer de mama. *Revista de sanidad militar*. 2003;57(5):291-8.
34. Palazzo A, Perinetti A, Vacchino M. Estadio clínico del cáncer de mama y nivel socioeconómico en el Partido de General Pueyrredón, Argentina, 2013. 2013;5.
35. Arndt V, Stürmer T, Stegmaier C, Ziegler H, Dhom G, Brenner H. Factores sociodemográficos, comportamiento de salud y diagnóstico en estadio tardío del cáncer de mama en Alemania – un estudio basado en la población. *J Clin Epid. 2001; 54:719–727*. [[PubMed](#)] [[Google Académico](#)]
36. Martínez-Pérez DC, Gómez-Wolff LR, Ossa-Gómez CA, Hernández-Herrera GN, Rivas-Bedoya Y, García-García HI. ASOCIACIÓN ENTRE RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO Y ESTADIO CLÍNICO AVANZADO DE CÁNCER DE MAMA AL MOMENTO DE LA CONSULTA EN CUATRO CENTROS ONCOLÓGICOS DE MEDELLÍN, COLOMBIA, 2017. ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. abril de 2020;71(2):87-102.
37. Emery, J.D., Shaw, K., Williams, B., Mazza, D., Fallon-Ferguson, J., Varlow, M., & Trevena, L. J. (2014). The role of primary care in early detection and follow-up of cancer. *Nature Reviews Clinical Oncology*, 11(1), 38-48. <https://doi.org/10.1038/nrclinonc.2013.212>
38. Romanoff A, Constant TH, Johnson KM, Guadamos MC, Vega AMB, Zunt J, et al. Association of Previous Clinical Breast Examination With Reduced Delays and Earlier-Stage Breast Cancer Diagnosis Among Women in Peru. *JAMA Oncol*.

1 de noviembre de 2017;3(11):1563.

39. Rodríguez R. y Pablo G. Factores asociados a la oportunidad en el diagnóstico de cáncer de mama. *Rev sanid milit mex.* 2003; 57(5): 291-298
40. Norma C. y Nancy V. Demora en el diagnóstico de cancer de mama: Factores del paciente, Hospital ESSALUD, Cusco 1986-1999. Año 1986
41. Richardson JBL, Bernstein C, Burciaga C, Danley R and Ross R (1992) Stage and delay in breast cancer diagnosis by race, socioeconomic status, age and year. *Br J Cancer* 65: 922-926
42. Arndt, V., Stürmer, T., Stegmaier, C., Ziegler, H., Dhom, G., & Brenner, H. (2002). Retraso del paciente y etapa del diagnóstico entre pacientes con cáncer de mama en Alemania, un estudio basado en la población. *Revista británica de cáncer*, 86(7), 1034–1040. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6600209>
43. AJ Ramirez, AM Westcombe, CC Burgess, S Sutton, P Littlejohns, MA Richards, Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review, *The Lancet*, Volume 353, Issue 9159, 1999.
44. Roquebert, M., Palacios, G., Ramos, Y., Sánchez, M., Martin, M., Araúz, R. (2013). Barreras y oportunidades en la atención de salud en mujeres con cáncer de mama de la ciudad de Panamá. Año 2012.
45. Cáceres, E., Mazzetti, R., & Romero, J. (2015). Demora en el diagnóstico y tratamiento del cáncer en el Perú. Estudio de 1,000 casos. *Revista Peruana De Ginecología Y Obstetricia*, 3(2), 54–64. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v3i1134>
46. Nigenda G, Caballero M, González-Robledo LM. Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. *Salud Publica Mex* 2009;51 supl 2:S254-S262.

ANEXOS

ANEXO 01: AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA PARA REALIZAR ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

ESALUD TU SERVICIO

"Año de la lucha contra la corrupción e impunidad"

CARTA N° 694-UCID-RAPI-ESSALUD-2019

Piura, 14 de octubre de 2019

Señor Doctor
JOSÉ LUIS CABREJOS IPANAQUE
Jefe del Servicio de Medicina Especialidades
Hospital III José Cayetano Heredia
Red Asistencial Piura
Presente. –

**ASUNTO : FACILIDADES PARA REALIZAR ESTUDIO EN ONCOLOGÍA CLÍNICA –
HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA.**

REF.: CARTA N° 021-CI-RAPI-ESSALUD-2019.

Es grato dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y a la vez hago de su conocimiento que el Proyecto de Investigación titulado "Factores Asociados al Diagnóstico Tardío en Cáncer de Mama en Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud Piura, Enero – Diciembre 2019", teniendo como autora a la alumna **HEYDI LORENA REYES CHERO**, ha pasado el proceso de revisión del Comité de Investigación de la Red, estando apto para su ejecución, bajo responsabilidad según normas Institucionales Vigentes.

Sin otro particular, me despido de usted cordialmente y es propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi especial consideración.

Cordialmente,


CARLOS E. CRUZ MICHILOT
JEFE DE UNIDAD DE CAPACITACION
INVESTIGACION Y DOCENCIA
RED ASISTENCIAL PIURA


C.C.: Archivo

NIT.: 1286	2019	5459
------------	------	------

Av. Independencia
Urb. Miraflores
Castilla - Piura
Tel. • 287970

ANEXO 02:

ACTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....identificado con DNI:
....., de años de edad, he leído y discutido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria, mediante la presente acepto la participación en el estudio denominado “Factores asociados al diagnóstico tardío de cáncer de mama en Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud, Piura, Enero – Diciembre 2019.” a cargo de la EMH Heydi Lorena Reyes Chero; en el cual me han sido explicados adecuadamente los procedimientos para dicho estudio así como el respeto a la identidad y confidencialidad de los datos proporcionados, por lo cual mi participación en este estudio es voluntaria, podré renunciar a participar en cualquier momento, sin causa y sin responsabilidad alguna.

Nombre Usuario/a _____

Nombre Investigador _____

Firma _____

Firma _____

Fecha:

ANEXO 03: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N°:

Edad: () ≥40 años () <40 años

Ingreso familiar en soles: () ≤ 2000 soles () >2000

Grado de instrucción: () Primaria () Secundaria () Superior

Hábitos nocivos: () si () no

Antecedente de cáncer previo: () si () no

Nuliparidad: () si () no

Antecedente familiar de cáncer: () si () no

Autoexamen de mama: () si () no

Primer síntoma: () tumoración () dolor () signos inflamatorios

Primer personal de salud en atender: () Personal no médico () médico general
() ginecólogo () oncólogo

Primer lugar de atención: () centro de 1er nivel () hospital () clínica

Demora del paciente en buscar atención: () >3meses () ≤3 meses

Demora en el diagnóstico de cáncer de mama: () >3meses () ≤3 meses

¿Por qué no buscó atención más pronto? Marque las diferentes opciones:

- Descuido () si () no
- Miedo () si () no
- Trabajo () si () no
- No sabía a que servicio acudir () si () no
- Falta de recursos económicos () si () no
- No demora () si () no

¿Cuáles cree usted que hicieron que no tuviera un diagnóstico pronto?

- Citas, referencia y/o resultados apartados () si () no
- No asistir a citas () si () no
- Mamografía normal y resultado de biopsia apartada () si () no
- Biopsia negativa o dudosa () si () no
- No hubo demora () si () no
- Diagnóstico equivocado () si () no
- Otro diagnóstico de inicio () si () no
- Otros () si () no

¿Escala de estadiaje del cáncer?

- I () II () III () IV ()
- A () B () C ()