

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**OPORTUNIDAD TERAPÉUTICA Y FACTORES ASOCIADOS  
EN PACIENTES OPERADAS CON CÁNCER DE MAMA -  
HOSPITAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN, 2016 – 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN  
GERENCIA EN SALUD**

**SILVIA MUÑOZ CHÁVEZ**

**MILAGROS MARIBEL CIEZA TICLLA**

**Callao, 2018**

**PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO

DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO	PRESIDENTA
DR. HERNÁN OSCAR CORTEZ GUTIÉRREZ	SECRETARIO
DRA. ANA MARÍA YAMUNAQUÉ MORALES	VOCAL
MG. CÉSAR ÁNGEL DURAND GONZÁLES	VOCAL

**Asesor:** DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA

Nº de Libro: 01

Nº de Acta: 054-2018

055-2018

Fecha de Aprobación de Tesis: 03 de Agosto del 2018

Resolución de Sustentación de la Unidad de Posgrado: Nº 148-2018-CDUPG-FCS

Nº 149-2018-CDUPG-FCS

## **DEDICATORIA**

Este trabajo está dedicado a Dios, a nuestras familias, y a todas las personas que contribuyeron a su realización.

Silvia

Milagros Maribel

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Nacional del Callao, a la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, por darnos la oportunidad de continuar capacitándonos.

A nuestra asesora Dra. Lindomira Castro Llaja, por su paciencia, dedicación, motivación, y por brindarnos los conocimientos necesarios.

A la Dra. Maritza Hipólito Pittar, jefa del Servicio de Patología del Hospital Alberto Sabogal por las facilidades brindadas para la ejecución del presente trabajo.

Las autoras

## INDICE

	Pág.
ÍNDICE DE TABLAS	3
ÍNDICE DE GRÁFICOS	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
<b>I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>7</b>
1.1. Identificación del problema	7
1.2. Formulación del problema	10
1.3. Objetivos de la investigación	10
1.4. Justificación	11
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	<b>13</b>
2.1. Antecedentes del estudio	13
2.2. Marco conceptual	18
2.3. Definición de términos básicos	30
<b>III. VARIABLES E HIPÓTESIS</b>	<b>31</b>
3.1. Definición de las variables	31
3.2. Operacionalización de variables	32
3.3. Hipótesis general e hipótesis específicas	33
<b>IV. METODOLOGÍA</b>	<b>34</b>
4.1. Tipo de investigación	34
4.2. Diseño de investigación	34
4.3. Población y muestra	34
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	36
4.5. Procedimiento de recolección de datos	36
4.6. Procedimiento estadístico y análisis de datos	37

<b>V.</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>38</b>
<b>VI.</b>	<b>DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>52</b>
6.1.	Contrastación de Hipótesis con los resultados	52
6.2.	Contrastación de resultados con otros estudios Similares	53
<b>VII.</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>56</b>
<b>VIII.</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>57</b>
<b>IX.</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>58</b>
<b>ANEXOS</b>		<b>63</b>
•	Matriz de consistencia	64
•	Instrumento Ficha de Recolección de datos	65
•	Consolidado de base de datos	66

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 2.1 Gestión: Propósitos e Instrumentos	22
Tabla 3.2 Operacionalización de las variables	32
Tabla 5.1 Características del paciente	38
Tabla 5.2 Características de la atención hospitalaria	41
Tabla 5.3 Frecuencia de oportunidad terapéutica	44
Tabla 5.4 Oportunidad de atención según edad	45
Tabla 5.5 Oportunidad de atención según estadio clínico	47
Tabla 5.6 Oportunidad de atención según distancia	48
Tabla 5.7 Oportunidad de atención según evaluación por equipo multidisciplinario	49
Tabla 5.8 Oportunidad de atención según terapia neoadyuvante	50
Tabla 5.9 Oportunidad de atención según cirugía conservadora	51

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	<b>Pág.</b>
Gráfico 5.1.1 Características de las pacientes por edad	39
Gráfico 5.1.2 Características de las pacientes por estadio clínico	39
Gráfico 5.1.3 Características de las pacientes por distancia	40
Gráfico 5.2.1 Evaluación por equipo multidisciplinario	42
Gráfico 5.2.2 Terapia neoadyuvante	42
Gráfico 5.2.3 Cirugía Conservadora	43
Gráfico 5.3 Frecuencia de oportunidad terapéutica	44
Gráfico 5.4 Oportunidad de atención según edad	46
Gráfico 5.5 Oportunidad en la atención según estadio clínico	47
Gráfico 5.6 Oportunidad en atención según distancia al hospital	48
Gráfico 5.7 Oportunidad de atención según evaluación por equipo multidisciplinario	49
Gráfico 5.8 Oportunidad en la atención según terapia neoadyuvante	50
Gráfico 5.9. Oportunidad en la atención según terapia cirugía conservadora	51

## RESUMEN

En Oportunidad terapéutica y factores asociados en pacientes operadas con cáncer de mama Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2016-2017 se planteó identificar el grado del cumplimiento de una atención oportuna, con el objetivo de determinar la relación entre el grado de cumplimiento y factores asociados tanto características de paciente como características de la atención hospitalaria, el método utilizado fue la recolección retrospectiva de información de los archivos electrónicos hospitalarios de acuerdo a los criterios de inclusión y de exclusión, para luego evaluar la asociación de esas características mediante la prueba de chi cuadrado. Como resultado se encontró una frecuencia de oportunidad terapéutica del 26.8%. Con respecto a factores del paciente resultó en una asociación significativa con un estadio clínico localmente avanzado. Con respecto a los factores de atención hospitalaria, se obtuvo asociación significativa con terapia neoadyuvante y la ejecución de una cirugía conservadora. Por lo tanto, se debe realizar la detección en estadio temprano de la enfermedad de modo que las pacientes que lleguen al Hospital Alberto Sabogal tengan un mejor pronóstico. Por lo cual la detección temprana y tratamiento oportuno se plantean como un reto de intervención gerencial en la red Sabogal.

Palabras claves: Cáncer de mamá, calidad de atención, intervalo de diagnóstico – terapéutico.

## **ABSTRACT**

In Therapeutic opportunity and associated factors in breast cancer, on patients undergoing Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2016-2017, it was proposed to identify the degree of compliance of timely care, in order to determine the relationship between the degree of compliance and associated factors, both characteristics of patient as characteristics of the hospital care, the method used was the retrospective collection of information from the hospital electronic archives according to the inclusion and exclusion criteria, then the association of these characteristics was evaluated by means of the chi square test. As a result, a therapeutic opportunity frequency of 26.8% was found. With respect to patient factors, it resulted in a significant association with a locally advanced clinical stage. With respect to the factors of hospital care, a significant association with neoadjuvant therapy and the performance of a conservative surgery was obtained.

Therefore, early detection of the disease should be performed so that patients who arrive at the Alberto Sabogal hospital have a better prognosis. Therefore, early detection and timely treatment are considered as a management intervention challenge in the Sabogal network.

Key words: Breast cancer, quality of care, diagnostic - therapeutic interval.

## I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.1 Identificación del problema

La Agencia Internacional de investigación sobre el Cáncer (IARC), sección de la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que los cambios en las tasas de fertilidad, el aumento de la longevidad y el cambio en los estilos de vida han dado lugar a un aumento de la carga de enfermedades no transmisibles (ENT) en todo el mundo. Se espera que la morbilidad y mortalidad por ENT se incremente aún más en las próximas décadas y que el número de nuevos casos de cáncer en el mundo aumente a 20 millones para el 2025, de los cuales cuatro quintas partes se presentaran en los países de ingresos bajos y medios (PIBM). (1)

El proyecto Globocan 2012 señaló que el cáncer de mama es el segundo cáncer más frecuente en el mundo y el más frecuente entre las mujeres, con un estimado de 1.67 millones de casos nuevos diagnosticados el 2012. Ocurrió una ligera mayor cantidad de casos en las regiones menos desarrolladas (883,000 casos) que en las más desarrolladas (794,000 casos).

Con respecto a la mortalidad, el cáncer de mama se ubicó como la quinta causa de muerte por cáncer y es la causa más frecuente de muerte por cáncer en mujeres en regiones menos desarrolladas (14.3% del total) y la segunda causa de muerte por cáncer en las regiones más desarrolladas (15.4%) después del cáncer pulmonar. (2)

En el 2012, más de 408.000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer de mama en las Américas, y 92.000 fallecieron a causa de esta enfermedad. Las proyecciones indican que el número de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en las Américas aumentará en un 46% en el 2030.

El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente en las mujeres de América Latina y el Caribe (ALCA), tanto en número de casos nuevos como en número de muertes. Varios países de América Latina y el Caribe presentan algunas de las tasas más elevadas en cuanto a riesgo de fallecer

por cáncer de mama, hecho que señala las inequidades existentes en la región en términos de salud. La proporción de mujeres fallecidas por cáncer de mama con menos de 65 años es más alta en ALCA (57%) que en Norteamérica (41%).

El diagnóstico temprano unido a los avances en el tratamiento, han permitido mejorar los resultados y aumentar la supervivencia. Sin embargo, en muchos países de América Latina y el Caribe el acceso a estas intervenciones sigue siendo limitado. (3)

El sistema peruano de salud comprende al Ministerio de Salud, al Seguro Social EsSalud, a la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales y al sistema privado de atención de salud.

En general se describe una escasez de proveedores de atención de la salud, con escasez de hospitales de atención terciaria, unidades de radioterapia y equipos médicos de diagnóstico (por ejemplo, aparatos de mamografía, equipos de diagnóstico patológico).

El MINSA cubre a la población general a través del Sistema Integral del Salud (SIS). En el año 2012, para reducir la morbilidad y la mortalidad por cáncer, se propuso el Programa Estratégico para la Prevención y Control del Cáncer (Plan Esperanza). El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica del Perú refiere al carcinoma de mama como la tercera neoplasia maligna más frecuente en el Perú, con una notificación anual media de 1,890 casos, en el periodo 2006 – 2011. (4)

El portal electrónico de EsSalud, entidad dependiente del Ministerio de Trabajo, informa la oferta servicios de salud a trabajadores asegurados y sus dependientes, refiere que tiene una población adscrita de aproximadamente 11 millones de habitantes a nivel nacional. El portal refiere que el 2014, sólo en Lima se detectaron más de 2,800 nuevos casos de cáncer de mama en mujeres aseguradas, de los cuales 2,212 se atendieron en la Red Asistencial Rebagliati, 363 en la Red Asistencial Almenara y 311 en la Red Asistencial Sabogal. (5)

El hospital Alberto Sabogal Sologuren de EsSalud, es un hospital del tercer nivel de atención, atiende a los pacientes con cáncer de mama, las cuales son captadas y derivadas desde las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud IPRESS, desde donde son referidas para su diagnóstico definitivo y tratamiento; a nivel hospitalario son atendidas de manera secuencial o paralelamente en sus diferentes servicios diagnósticos y terapéuticos. Para su tratamiento, se siguen pautas indicadas en guías basadas en información científica actualizada y guías de atención clínicas institucionales nacionales e internacionales. (6,7,8)

Diferentes investigaciones han tenido como objetivo evaluar la calidad de la atención del cáncer de mama de los centros de atención especializada, los cuales finalmente emitieron indicadores que miden variables de estructura, proceso y resultados de la atención (9,10,11,12,13,14,15)

Una atención pronta y oportuna, influirá de manera importante en la sobrevida de la mujer con cáncer de mama, definiéndose luego la oportunidad terapéutica o intervalo diagnóstico terapéutico como un indicador de calidad en la atención (16,17,18).

Dada la variabilidad en la presentación de la enfermedad, y la variabilidad entre los centros de atención de cáncer de mama, como puede ser el diferente número de especialistas, o la disponibilidad de salas de cirugía, o el abastecimiento de farmacia, consideramos que es necesario que en cada centro el gestor se evalúe el cumplimiento de oportunidad terapéutica, así como se reconozca los factores que podrían influir en la atención oportuna del cáncer de mama.

## **1.2 Formulación de problema**

### Problema General

¿Qué relación existe entre el grado de cumplimiento y los factores asociados con la oportunidad terapéutica en las pacientes operadas con cáncer de mama Hospital Alberto Sabogal 2016-2017?

### Problemas Específicos

1. ¿Cuál es el grado de cumplimiento de oportunidad terapéutica en las pacientes operadas con cáncer de mama Hospital Alberto Sabogal 2016-2017?
2. ¿Cuáles son los factores asociados con la oportunidad terapéutica en las pacientes operadas con cáncer de mama Hospital Alberto Sabogal 2016-2017?

## **1.3 Objetivos de la investigación**

### Objetivo General

Determinar la relación entre el grado de cumplimiento y los factores asociados con la oportunidad terapéutica en las pacientes operadas con cáncer de mama Hospital Alberto Sabogal 2016-2017.

### Objetivos Específicos

Cuantificar el grado de cumplimiento de oportunidad terapéutica en las pacientes con cáncer de mama operadas Hospital Alberto Sabogal 2016-2017.

Identificar los factores asociados y la oportunidad terapéutica en las pacientes operadas con cáncer de mama Hospital Alberto Sabogal 2016-2017.

## **1.4 Justificación**

### 1.4.1 Desde el punto de relevancia social:

El incremento de la tasa de incidencia del cáncer de mama y su presentación en estadios avanzados en nuestra sociedad hace necesario que los entes rectores y los servicios de salud involucrados en su tratamiento, con la meta de mejorar la sobrevida, ejecuten monitorización de indicadores de calidad tal como la oportunidad del tratamiento para el logro del mejor resultado.

La falta de calidad se manifiesta de múltiples formas incluyendo: servicios de salud ineficientes, con costos superiores a los necesarios para obtener el mismo resultado. Este fenómeno contribuye a un aumento excesivo y permanente del gasto en salud sin el correspondiente mejoramiento del desempeño de los servicios de salud. Esto supone un costo de oportunidad para el servicio sanitario, retrayendo recursos que podrían invertirse, por ejemplo, en incrementar la cobertura de los servicios a las poblaciones más desprotegidas.

La oportunidad diagnóstico terapéutica ya ha sido considerada por los expertos en el mundo como un indicador de calidad de atención del cáncer de mama, y existiendo gran variabilidad entre los centros de atención de cáncer de mama se justifica que en este caso el hospital Alberto Sabogal cuente con información de base de la oportunidad terapéutica y algunos factores potenciales asociados

### 1.4.2 Desde el punto de vista práctico:

Esta información puede mejorar el enfoque de las intervenciones realizadas por el equipo profesional de salud comprometidos en la atención, de manera que se pueda tomar decisiones de gestión tendientes a mejorar la oportunidad terapéutica promoviendo la promoción para el descarte de cáncer de mama.

La mejora de los tiempos de respuesta hospitalarios, la reducción del error inherente a la actividad en salud redundará en un acortamiento en la atención y recuperación de la salud, reducirá las reclamaciones y por ende disminuirá los costos de atención, optimizando el servicio brindado.

#### 1.4.3 Desde el punto de vista Legal:

Según la Ley General de Salud (26842) Artículo 2, inciso II y V que mencionan el derecho a la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana y del disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.

Así mismo el Plan Nacional para la Prevención y control de Cáncer de Mama en el Perú 2017-2021 en el capítulo de Indicadores y metas incluye el indicador: Inicio Oportuno de tratamiento Oncológico estableciendo una meta del 90% a los 30 días.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes del estudio

#### 2.1.1 Antecedentes Internacionales

VYAS AMI, Madhavan Suresh, et al. (2016) ***Puntualidad de la atención entre las mujeres mayores con cancer de mama***. Objetivo: Determinar la asociación entre la puntualidad en la atención del cáncer de mama basados en las recomendaciones y seleccionar factores en mujeres ancianas con cáncer de mama. Metodología: Estudio observacional de cohorte basado en población usando vigilancia, epidemiología y resultados finales; la cohorte incluyó 66,276 mujeres ancianas mayores de 66 años con primer episodio de cáncer de mama entre 2003-2009. Se evaluaron dos indicadores diagnóstico oportuno (menor o igual a 35 días desde la consulta inicial) y tratamiento oportuno (menor o igual a 28 días desde la biopsia hasta el inicio de tratamiento). Se usó regresión logística para determinar factores asociados. Resultado: Se encontró un 71% de diagnóstico oportuno y un 73% de tratamiento oportuno. Se asociaron a una atención oportuna las características de edad, raza, estadios tempranos de enfermedad, tamaño tumoral, ausencia de comorbilidad, visitas de atención primaria, y el número de centros con servicios oncológicos. Conclusión: Aproximadamente un 30% de mujeres ancianas no reciben diagnóstico oportuno ni tratamiento oportuno para el cáncer de mama, tal como indican las guías publicadas. Diferentes factores provenientes del paciente, proveedor y sistema de salud a un tratamiento oportuno en mujeres ancianas (19)

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, España (2013) *“Informe aprobado por el Comité de Seguimiento y Evaluación de la estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud”*. Objetivo: Analizar la adecuación de la practica asistencial oncológica hospitalaria en el cáncer de mama y otros órganos Metodología: Incluyen a más de 1300 pacientes en 93 hospitales participantes. Establecen porcentajes de logro frente a

unos indicadores ideales y bajo un modelo de regresión logística asocian el intervalo diagnóstico terapéutico con características de los pacientes y de los proveedores de servicio. Resultados: Encuentran que se ha cumplido el indicador intervalo diagnóstico terapéutico menor de 28 días en un 43.6% de los casos y obtienen que obtiene mejores resultados con la variable edad. Conclusión: no se alcanza el indicador ideal (11)

MC LAUGHLIN John, ANDERSON Roger, et al. (2012) ***Efecto en la supervivencia de intervalos más largos entre el diagnóstico confirmado y el inicio del tratamiento entre mujeres de bajos ingresos con cáncer de mama.*** Propósito: Para determinar el impacto en la supervivencia de períodos más largos entre el diagnóstico de cáncer de mama confirmado por biopsia y el inicio del tratamiento. Metodología: estudio no intervencional, retrospectivo, se tomaron datos de pacientes con cáncer de mama de bajos ingresos en un estado norteamericano del 2000 al 2002, seguidas hasta el 2006. Evaluación: Usando modelo de regresión de riesgo proporcional de Cox. Conclusión: Una de cada 10 mujeres esperaron más de 60 días después del diagnóstico y que una espera de más de 60 días en pacientes en estadio avanzado se asoció con un incremento de riesgo de muerte relacionada al cáncer, recomendando un tratamiento oportuno antes de los tres meses en estas pacientes. (16)

RIKKE Hansen, et al. (2011), ***Intervalos de tiempo desde el primer síntoma hasta el tratamiento del cáncer: un estudio de cohorte de 2.212 pacientes con cáncer recién diagnosticado.*** Objetivo: explorar demoras relacionadas al paciente, al médico de atención general y demoras relacionadas al sistema en el intervalo entre el primer síntoma hasta el diagnóstico y tratamiento de cáncer y analizar como difiere la extensión de la demora por tipo de cáncer Metodología: Estudio de cohorte basado en la población en el condado de Aarhus, Dinamarca (640,000 habitantes) en 2004-2005. La data fue obtenida de los registros

administrativos y se aplicaron cuestionarios a 2,212 pacientes con cáncer recientemente diagnosticado durante un periodo de 1 año. La principal medida fue la mediana de demora con intervalos intercuartil. Resultados: Al medir diferentes intervalos de tiempo desde los primeros síntomas hasta el tratamiento de diferentes cánceres subdividiendo estos periodos en demoras atribuibles al paciente, demoras en el primer nivel de atención y demoras en los niveles superiores de atención, para el cáncer de mama encuentra, una demora global de 65 días, donde el intervalo diagnóstico terapéutico fue de 14 días. Conclusiones: Las demoras por el sistema son parte sustancial de la demora total experimentada por los pacientes con cáncer. Se encuentra variaciones en la demora de acuerdo al tipo de cáncer. Las mejoras deberían dirigirse a necesidades asociadas con tipos individuales de cáncer. (17)

KAUFMANN Cary, et al. (2010) ***Medidas nacionales de calidad para los centros de mamas: una herramienta de calidad robusta.*** Objetivo: Medir y mejorar la calidad de atención es de mayor interés para las pacientes, personal de salud y aportantes. El Consorcio Nacional de centros de mama ha creado un programa único para evaluar la calidad de atención de mama interdisciplinaria de los centros de cáncer a lo largo del país. Metodología: NQMBC en el 2005 ha creado un programa para evaluar la calidad de atención de mama de los centros de cáncer asociados, el programa ubicado en un servidor en internet, proporciona una respuesta inmediata y contiene siete mediciones que involucran la **oportunidad**, la eficiencia y la efectividad en atención de las mamas. Resultado: Más de 200 centros ingresan datos vía internet sin cargos. Estas medidas proveen una oportunidad de visión con respecto a atención provista por radiólogos, cirujanos y patólogos. La medición del tiempo entre biopsia y cirugía obtuvo una media de 14 días, aunque advierte no está claro si los intervalos de atención de 3 días, 14 días o 28 días entre afectan significativamente la calidad de atención. Conclusión Un programa de mejora de la calidad

basado en información en tiempo real facilita el ingreso de datos de los centros de cáncer, proveyendo comparaciones inmediatas con otros centros y resultados seriados a lo largo del tiempo. (12)

RICHARDS Michael, et al. (1999) ***Influencia del retraso en la supervivencia en pacientes con cáncer de mama: una revisión sistemática.*** Metodología: Revisión sistemática de 87 estudios (101,944 pacientes) usando análisis actuarial y multivariado Conclusión: Demoras de un tiempo superior a 3 meses desde la aparición de síntomas hasta el inicio del tratamiento están asociados con una menor sobrevida en pacientes con cáncer de mama. Se deben hacer esfuerzos para mantener al mínimo las demoras por pacientes y proveedores de atención de salud (18)

#### 2.1.2 Antecedentes Regionales

ROMEIRO LOPES Tiara, et al. (2017) ***Retraso en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama entre mujeres que asisten a un servicio de referencia en Brasil.*** Objetivo: Analizar factores asociados con demoras en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama entre mujeres atendidas en un servicio de referencia. Metodología: Estudio retrospectivo transversal con datos de reportes médicos y encuestas en pacientes con cáncer de mama, diagnosticadas y tratadas en un hospital al sur de Brasil 2013-2014. Resultados: El tiempo promedio para el diagnóstico final fue de 102.5 +/- 165 días y el tiempo promedio desde la biopsia diagnóstica hasta el inicio de tratamiento fue 72.3 +/- 54 días, el riesgo de atraso fue mayor en mujeres con bajo nivel educativo. Conclusión: Los resultados resaltan la necesidad de propuestas para la detección temprana, la identificación de factores de riesgo y la provisión de tratamiento oportuno por los gerentes de salud en este grupo (20)

SÁNCHEZ Guillermo, et al. (2016) ***Determinantes del tratamiento oportuno en mujeres con cáncer de mama apoyadas por seis organizaciones no gubernamentales en Colombia.*** Objetivo: establecer el porcentaje de tratamientos oportunos y sus determinantes, en un grupo de mujeres colombianas con cáncer de mama. Metodología: Estudio observacional analítico, incluyendo la población de mujeres con cáncer de mama apoyada por seis ONG en Colombia. La información fue recolectada en un seguimiento retrospectivo a través de encuestas y triangulación de documentos para establecer el curso de atención. Resultados: Definiendo como punto de corte 90 días desde la aparición de síntomas hasta el inicio del tratamiento, se obtiene un 26,4 % de tratamiento oportuno y a nivel hospitalario un intervalo diagnóstico terapéutico mediano de 75 días, además se encontró asociaciones significativas entre un tratamiento oportuno con mujeres pertenecientes a estratos socioeconómicos altos y con escolaridad superior a secundaria. Discusión: En Colombia el acceso oportuno al tratamiento en cáncer de mama está determinado socialmente y el nivel educativo desempeña un papel fundamental. (21)

PIÑEROS Marion, SÁNCHEZ Ricardo, PERRY Fernando, et al. (2011) ***Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia.*** Objetivo: Establecer la demora en la atención de cáncer de mama. Metodología: Colectaron 1,106 mujeres que recibieron tratamiento por cáncer de mama en Bogotá, se establecieron tasas de incidencia de diagnóstico y de tratamiento a partir de la primera consulta. Se compararon con las variables de interés y se elaboró un modelo de riesgo de Cox. Resultados: Encontró medianas de tiempo desde la primera consulta hasta el diagnóstico y tratamiento de 91 días y 137 días respectivamente. Refiere que el diagnóstico y tratamiento fueron más rápidos en mujeres con mayor nivel educativo, en el estrato socioeconómico más alto y cuando consultaron por tamización Conclusión: Las demoras en la atención son excesivas. Hay una clara inequidad y se

requieren intervenciones para brindar mayor oportunidad, particularmente para el diagnóstico. (22)

### 2.1.3 Antecedentes Nacionales

BENITO Melissa (2017) en su tesis: **“Intervalos de tiempo en el diagnóstico de cáncer en el contexto de Atención Primaria en un policlínico de Jesús María, 2010 – 2015”** refiere que no ha encontrado estudios o bases de datos que contengan este tipo de investigación en nuestro país y es pionera al describir estos intervalos a nivel de una Ipress de atención primaria, pero logra encontrar información de intervalo diagnóstico e intervalo de tratamiento en sólo una paciente con cáncer de mama mayor a 300 días (23).

La Dra. Blanca Castro Quiroz en su ponencia auspiciada por la OPS: “Cáncer de Mama, perspectivas de Gestión en EsSalud”, tomó como fuente las citas y referencias de EsSalud en línea y señaló que el tiempo total de espera desde que un paciente oncológico acude a un centro de primer nivel con un diagnóstico presuntivo hasta que es tratado en un centro del tercer nivel es de 171 días (24)

El Documento Técnico Plan Nacional para la prevención y control de cáncer de mama en el Perú 2017 – 2021 en el capítulo de Indicadores y metas incluye el indicador: Inicio Oportuno de tratamiento Oncológico definido como el número de pacientes con tiempo <30 días entre el diagnóstico e inicio de Tratamiento / Total de pacientes; planteando una meta de 90%. (25)

## 2.2 Marco Conceptual

### 2.2.1 Conceptos clínicos en cáncer de mama

De acuerdo a la American Cancer Society (26), el cáncer de mama se origina por la reproducción de células mamarias que proliferan de forma rápida y descontrolada con capacidad de invadir los tejidos circundantes de

la mama o de propagarse a zonas distantes del cuerpo (metástasis). Las células cancerosas pueden ingresar en los vasos linfáticos y comenzar a crecer más frecuentemente en los ganglios linfáticos axilares, pero también en los linfáticos supraclaviculares, infra claviculares y en los ganglios de la cadena mamaria interna. Según la gravedad y el avance de la enfermedad, el progreso del cáncer es dividido en estadios que son determinados a la hora que el cáncer es diagnosticado, en función al tamaño del tumor y a la extensión de los tejidos afectados.

Los tratamientos más utilizados para tratar este tipo de cáncer son cirugía, quimioterapia, terapia hormonal y radioterapia. Para cada caso particular se elige utilizar un solo procedimiento o la combinación de dos o más de ellos dependiendo de la edad del paciente, el tipo de cáncer, su estadio y si el tumor reacciona o no positivamente a las hormonas.

Entre todos estos tratamientos, el que se utiliza indefectiblemente, en casi todos los casos de cáncer de mama, es la cirugía, la cual consiste en la extracción total del tumor junto con el tejido mamario circundante o los ganglios linfáticos axilares, si estos estuvieran afectados. Los otros tres tratamientos suelen utilizarse antes de una cirugía para reducir el tamaño del tumor o después de esta con el fin de destruir las células cancerígenas que puedan haber quedado.

En caso de que el tumor sea demasiado grande para ser tratado con un tratamiento local y no sea sensible a las hormonas, se utiliza la quimioterapia para poder reducir su tamaño. Esta también suele ser utilizada para combatir el cáncer cuando ha hecho metástasis, no para curar sino como tratamiento paliativo.

La quimioterapia funciona interfiriendo la reproducción celular, logrando así que el número de células cancerígenas sea disminuido paulatinamente. Sin embargo, la quimioterapia no es selectiva con las células que destruye y elimina todas aquellas que se dividen rápidamente. Es por esto que, afecta también a las células sanas de rápido crecimiento como las que se forman

en la médula ósea, las del tracto digestivo, las del aparato reproductor y la de los folículos pilosos dando lugar a síntomas asociados al tratamiento.

### 2.2.2 El reto del cáncer frente a los sistemas de salud en Latinoamérica

Unger- Saldaña (2014), Goss (2013), señalan que las enfermedades no transmisibles, incluido el cáncer, están sobrepasando a las enfermedades infecciosas como la principal amenaza de salud en los países de ingresos medios y bajos. Los países de América Latina y el Caribe tienen dificultades para responder al aumento de la morbilidad y la mortalidad producidas por las enfermedades en fase avanzada. Los ministerios de la salud y los sistemas de atención de la salud se enfrentan a muchos desafíos referentes a la atención de pacientes con cáncer avanzado: financiación insuficiente, distribución no equitativa de los recursos y servicios; la escasez y la capacitación y distribución inadecuadas del personal y equipo destinado a los servicios de salud; la falta de una atención adecuada a muchas poblaciones debido a factores socioeconómicos, geográficos, étnicos y otros; y el hecho de que los sistemas actuales se encuentran orientados a las necesidades del sector minoritario de la población urbana a expensas del resto de la población. Este problema emergente del cáncer amenaza con causar un gran sufrimiento y serias consecuencias económicas para América Latina. Se deben tomar acciones rápidas y meditadas para evitar esta situación. El aumento de los esfuerzos enfocados a la prevención del cáncer y la prevención de esta enfermedad en fase avanzada etapa IV reducirá el sufrimiento y la mortalidad, y hará que en general la atención al cáncer sea más asequible. (27,28)

### 2.2.3 Gestión Clínica y Gestión en la atención del cáncer

Angélica Roman (2012), conceptualiza que gestionar es dirigir, administrar los recursos, lograr los objetivos y metas propuestos. Lo anterior exige coordinar y motivar, articular adecuadamente tanto a las personas como a

los recursos materiales de una organización para que esos objetivos se alcancen en un contexto de eficacia y eficiencia.

La gestión, en el ámbito de salud, se puede dividir en tres grandes niveles: Macrogestión o gestión reguladora, se refiere a la política sanitaria y al papel del Estado.

Mesogestión o gestión de redes; comprende la articulación de los establecimientos de complejidad diferenciada para el cumplimiento de los objetivos sanitarios. Incluye la coordinación entre los diversos centros, hospitales y otros establecimientos de salud (públicos o privados), los cuales deben ofrecer una cartera de prestaciones definida que incorpore acciones preventivas, promocionales, curativas y de rehabilitación, con el fin de concretar las metas sanitarias establecidas para el país.

Microgestión o gestión clínica; se lleva a cabo al interior de los servicios clínicos y centros ambulatorios. Se ocupa principalmente del quehacer de los profesionales del área clínica. Una particularidad del sector de la salud es que los profesionales se encargan de asignar la mayor parte de los recursos, por intermedio de millares de decisiones diagnósticas y terapéuticas tomadas a diario en condiciones de incertidumbre. Las actividades tendientes a disminuir la incertidumbre y controlar los resultados de este proceso competen a la gestión clínica. (29)

Se puede señalar que la Gestión Clínica pretende obtener eficacia, eficiencia y efectividad. Para cada uno de estos propósitos ha desarrollado instrumentos diferentes.

Así, la OMS y OPS emiten regularmente informes, guías para desarrollar programas eficaces en atención oncológica, guías que incluyen criterios de calidad enfocados en el proceso y resultado de la atención. (3,9)

Los entes rectores en salud de los países de la región han producido diferentes informes epidemiológicos y guías clínicas para la atención de los diferentes tipos de cáncer y del cáncer de mama en particular.

**Tabla 2.1. Gestión: Propósitos e Instrumentos**

<b>Aspecto</b>	<b>Propósito</b>	<b>Descripción</b>	<b>Instrumentos</b>
Gestión de la asistencia sanitaria	Eficacia	Mejorar el diagnóstico, tratamiento y cuidado de las pacientes	Guías clínicas y protocolos; interpretación de fuentes documentales, análisis de decisión clínica
Gestión de los procesos asistenciales	Efectividad	Mejorar los resultados de la práctica clínica.	Gestión y optimización de procesos, nuevos modelos asistenciales, integración de cuidados, vías clínicas.
Gestión de los recursos	Eficiencia	Optimizar costos.	Sistemas de control de gestión, medición de actividad y producto sanitario, análisis presupuestario, innovaciones organizativas.

Fuente: Angélica Román: Conceptos y definiciones básicas de la gestión clínica Medwave 2012

Asimismo, los entes rectores en salud del Perú MINSA y ESSALUD han publicado documentos técnicos que señalan la política nacional de calidad en salud, y planes de gestión de la calidad. Los indicadores se dirigen a ampliar cobertura, esto es eficacia en la atención de salud. (25,30,31,32,33) La red asistencial Sabogal EsSalud, tiene asignada una cobertura geográfica que comprende provincias y distritos de Lima Norte y el Callao,

está encabezada por el Hospital Alberto Sabogal Sologuren, el cual se articula a través de oficinas como la Oficina de Atención Primaria, Oficina de Aseguramiento, Oficina de Admisión y otras, con las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS), estos centros asistenciales periféricos, de diferente nivel de complejidad se encargan entre otras actividades, de detectar y referir los casos de cáncer de mama al hospital de mayor complejidad, como es el hospital Sabogal.

Las jefaturas de servicios y departamentos del Hospital Alberto Sabogal, entre otras actividades administrativas y de gestión, está encargadas de actualizar el manual de organización y funciones MOF, acudir a la gerencia central para la elaboración de guías y documentos, planificar el trabajo de acuerdo a los indicadores de producción, planificar la capacitación permanente del personal a su cargo, llevar el control de gasto de insumos y responder ante los requerimientos de la Gerencia correspondiente.

#### 2.2.4 Oportunidad como criterio de calidad en la atención del cáncer de mama

Jeffrey Landercasper (2010), refiere que “El consorcio Nacional de centros de Cáncer Americano define calidad de la atención de mama como una evaluación precisa y servicios apropiados en un modo oportuno” y reflexiona que para optimizar el tratamiento de cáncer de mama, múltiples organizaciones han confeccionado guías clínicas para definir las mejores prácticas para tratar el cáncer, pero que, además de las terapias recomendadas se ha propuesto los tiempos de tratamiento como una medida de calidad métrica. (34)

Otros autores han diferenciado los distintos intervalos de tiempo: desde el inicio de síntomas a nivel comunitario hasta la sospecha diagnóstica en los centros de atención primaria, luego el tiempo hasta la referencia al centro especializado, el tiempo hasta el diagnóstico definitivo y finalmente el intervalo de tiempo desde el diagnóstico definitivo hasta el inicio de terapia (17,23)

Adrienne G. Waks (2016), reconociendo las limitaciones de los estudios retrospectivos sobre el impacto que las demoras en el inicio de tratamiento producen en la supervivencia de las pacientes debido a la cantidad de variables de confusión que intervienen, concluye que la demora excesiva puede ser un componente por el cual la comparación de resultados es adversa a un grupo de pacientes, se requieren estudios para entender que factores del paciente, de los clínicos y del sistema, ocasionan demoras más largas, información necesaria para el diseño e implementación de intervenciones. También señala que no se debe desatender el impacto potencial de los retrasos del tratamiento en la ansiedad del paciente, aunque esta información no ha sido estudiada ampliamente en la literatura, la ansiedad es un síntoma frecuente y no confortable a través del tratamiento. (35)

Por otro lado, el Comité de Seguimiento y Evaluación de la estrategia en Cáncer y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de España 2013 publica los resultados de la aplicación de 13 indicadores en dos puntos cronológicos de evaluación (11). Estos indicadores de procesos y resultados incluyeron:

- La evaluación inicial de la paciente por el comité de mama (o el equipo multidisciplinario que haga sus veces)
- El desarrollo o no de una cirugía conservadora,
- El intervalo diagnóstico - terapéutico menor a 28 días
- Y el intervalo entre el primer y segundo tratamiento en el cáncer de mama menor a 42 días.

En países de alto ingreso donde la detección es temprana y la terapia inicial usualmente es quirúrgica, un tiempo de intervalo diagnóstico terapéutico oportuno aceptado y aplicado es de 28 días, aunque el intervalo diagnóstico terapéutico medio es de 2 semanas (8, 11,12)

Unger-Saldaña 2014, arma suficiente evidencia para señalar que las menores tasas de supervivencia en cáncer de mama en países de menores ingresos en comparación con los de altos ingresos es producto de diagnósticos en estadios más avanzados. A pesar que hay poca

información de los diferentes intervalos de tiempo en la atención; los cuales son en muchos casos incomparables, su data provee suficiente evidencia para señalar que en los países de ingresos menores, los pacientes con cáncer de mama sufren de diagnóstico tardío y retrasos en el tratamiento y esa sería la razón por la que se presentan en estadios más avanzados. (27)

#### 2.2.5 Factores asociados a Oportunidad Terapéutica

Diferentes estudios han tratado de establecer que factores, llamados barreras de acceso influyen en una demora al diagnóstico y tratamiento, factores atribuibles al paciente, a sus características socioeconómicas o a las características clínicas de la enfermedad. Otros estudios apuntan a evaluar al sistema de atención, midiendo los distintos tiempos de intervención tanto a nivel primario como en el centro especializado encontrando que el mayor nivel educativo se relaciona con superar esas barreras de acceso. (22,21)

Considerando que a nivel hospitalario el acceso a los servicios debe ser homogéneo, se planteó como objetivo evaluar la oportunidad terapéutica, un indicador específico de calidad de atención en el Hospital Alberto Sabogal y evaluar su asociación a factores característicos de la paciente: 1) edad, 2) la distancia desde la Ipress de referencia y 3) el estadio clínico con que llega a nivel hospitalario y evaluar su asociación a factores de intervención hospitalaria: 4) la evaluación por un equipo multidisciplinario, 5) el uso de una terapia neo adyuvante y 6) la ejecución de una cirugía conservadora, estos últimos considerados en el documento “Evaluación de la práctica asistencial oncológica” (11).

#### **Bases teóricas**

Concepto de calidad en Salud

La definición de calidad formulada por el Organismo Internacional de Normalización (ISO) (International Standards Organization) hace referencia

a los objetivos que se tomen en consideración al definir la calidad de un producto o servicio, así calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado (ISO 1989), considerando además, en el año 2000, en su norma ISO 9000: Sistema de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario, que calidad es la capacidad de un conjunto de características intrínsecas para satisfacer requisitos en consonancia con los absolutos de la calidad en Crosby (1987), donde se define la calidad como el cumplimiento con los requisitos o la conformidad con las especificaciones, la cual se alcanza haciendo las cosas bien desde la primera vez. (36).

Crosby (1987), define la calidad como el cumplimiento con los requisitos o la conformidad con las especificaciones, la cual se alcanza haciendo las cosas bien desde la primera vez. El sistema de calidad es la prevención, el estándar de realización es no defectos, la medida de la calidad es el precio del cumplimiento. (37)

La calidad en salud, en su más amplia concepción globaliza la complejidad que caracteriza a los servicios de salud, en tanto el servicio va dirigido a garantizar la vida del ser humano

Avedis Donabedian (1984), pionero en el estudio de la calidad de la atención en salud la definió como "la obtención del máximo beneficio para el usuario mediante la aplicación del conocimiento y tecnología más avanzada tomando en cuenta los requerimientos del paciente así como las capacidades y limitaciones de recursos de la institución de acuerdo con los valores sociales imperantes", señaló también que "la calidad de la atención médica es una idea extremadamente difícil de definir", tanto por la rigurosidad técnico-científica con la que se debe afrontar, como por el significado práctico para la percepción del usuario; donde la rigurosidad científico-técnica, está sustentada en la ciencia y la tecnología médica que persigue alcanzar el máximo beneficio con el mínimo riesgo para el paciente (38)

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1991) la calidad de atención es “el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimiento del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso”. En concordancia la Organización Panamericana de la Salud (OPS; 2001), considera que la calidad de la atención en salud no debe ser entendida como producto o medio para hacer de la salud un objeto de mercancía, pero debe ser buscada, como forma de garantizar el acceso y la equidad de las acciones y servicios de salud para toda la población. (39)

La idea de calidad de la atención en salud, suele ser distinta dependiendo de la óptica de quién la conciba, así el gerente o el administrador del centro asistencial tendrá una concepción diferente a la que pueda tener el usuario-paciente o incluso de la que aplique el profesional de la salud.

La idea de calidad en salud responde a una visión tanto histórica como institucional y también a la perspectiva de quienes o para quienes se defina. Sin embargo, es bueno acotar que su definición abarca todas las cualidades con las que debería contar la prestación del servicio para considerarse de utilidad al usuario-paciente, lo cual implica que la prestación del servicio tiene rasgos de calidad cuando sus características ya sean tangibles o intangibles satisfacen las expectativas del usuario-paciente. Aun cuando la calidad en la prestación del servicio, es definida a menudo, en función de la conformidad con las especificaciones, y generalmente se conceptúa como un todo, producto de la interacción de múltiples factores, ya sean técnico-científicos, administrativos, recursos económicos, recursos humanos, relaciones interpersonales, entre otros, es la perspectiva del usuario-paciente la que fundamenta el curso de acciones a seguir cuando sus expectativas no son satisfechas, para lo cual es menester realizar cuestionarios periódicos o interrogatorios a los usuarios-

pacientes a fin de corroborar su percepción sobre la características del servicio suministrado (36)

El Institute of Medicine (IOM, 1990) define calidad de atención en salud como “la condición por la cual los servicios de salud, ofrecidos a los individuos y a la población, aumentan la posibilidad de alcanzar los resultados deseables en términos de salud y, estos, deben estar de acuerdo con el conocimiento profesional actual”. (40) Asimismo se define las dimensiones de la calidad:

**Seguridad.** Significa que no estemos dañando a las personas a través de nuestra atención. Significa que no estemos agravando la carga de la enfermedad, de manera que el sistema de salud disminuya los peligros que la atención médica pueda conllevar. Seguridad.

**Efectividad.** Término que se utilizó para vincular la ciencia con el cuidado. Evitar el uso innecesario de cosas que no ayudan y asegurar el uso de cosas que sí ayudan, evitar el uso insuficiente, eso es Efectividad, la vinculación de la ciencia con el cuidado.

**Atención centrada en el paciente.** Las personas deberían tomar el control de su propio cuidado. Deberían tomar decisiones con respecto a lo que los afecta. Se trata de que el paciente sea el centro del sistema de salud, de darle el poder y el control sobre su propia vida y cuidado.

**Atención oportuna.** Significa recibir el cuidado cuando debe de ser, evitando demoras. La Oportunidad hace referencia a reducir las demoras innecesarias. Algunas demoras son instrumentales.

**Eficiencia.** Significa evitar el malgasto. En el área de la salud, desperdiciamos muchas cosas: damos cosas que no ayudan, duplicamos procedimientos y análisis, perdemos informes, perdemos las ideas de los trabajadores al no permitir que participen de la modificación de las intervenciones. Así que Eficiencia significa muchas cosas. Significa tratar de evitar los desperdicios.

**Equidad** significa cerrar la brecha entre la justicia y el sistema de salud.

### 2.2.6 Calidad de atención en la atención del cáncer de mama

Evaluar la calidad de atención de un centro de atención cáncer mamario es una actividad retadora, las pacientes con cáncer de mama suelen consultar un espectro de especialistas con archivos de datos diferentes. Casi toda la atención se brinda como pacientes ambulatorios, en diferentes consultorios simultáneamente o en serie durante meses.

Atender los seis valores centrales de calidad de atención implica una atención que es segura, efectiva, eficiente, oportuna, centrada en el paciente y equitativa. (12)

Para lograr el control de calidad de este segmento de atención de la salud, uno debe:

- Definir la calidad en la atención del cáncer de mama,
- Sugerir métodos para evaluar y medir con precisión calidad de atención,
- Desarrollar herramientas que mejorarán la atención de la mama.

Para el Consorcio americano de centros de cáncer (NCBC) "La calidad de atención significa proporcionarle a cada paciente evaluación precisa y servicios apropiados con compasión, de una manera técnicamente competente y oportuna, con buena comunicación y toma de decisiones compartida en un modo culturalmente sensible. "

En diferentes partes de mundo se han desarrollado y reproducido indicadores de calidad de atención específicos para el cáncer de mama, estos indicadores usualmente resultaron de la aplicación de la técnica Delphi modificada, que consistió en que las autoridades convocaron un consenso de expertos de los diferentes servicios hospitalarios de diagnóstico y tratamiento en cáncer de mama , quienes con apoyo de expertos en metodología, lograron entre 26 y 37 indicadores de estructura, proceso y resultado en calidad de la atención del cáncer de mama. (9,10,11,12,13,14,15)

## **2.3 Definición de términos**

### **Diagnóstico**

Análisis de las características funcionales o psicológicas de un sujeto para precisar su estado de salud o su enfermedad.

### **Tratamiento**

Asistencia y cuidado de un paciente con la finalidad de combatir las enfermedades.

### **Paciente**

Persona que es atendida por un profesional de la salud por razones de diagnóstico o tratamiento.

### **Estadificación**

Realización de exámenes y pruebas que ayudan a precisar el grado de diseminación del cáncer en el cuerpo.

### **Equipo multidisciplinario**

Conjunto de personas con diferentes formaciones académicas con un objetivo común.

### **Quimioterapia**

Tratamiento médico que consiste en la aplicación de sustancias químicas.  
Terapia intravenosa

### **Hormonoterapia neoadyuvante**

Terapia oral anterior a la cirugía con fármacos que bloquean la acción hormonal promotora del crecimiento neoplásico.

### **Cirugía conservadora**

Resección parcial de la mama frente a una resección total para que este tenga un aspecto tan normal como sea posible.

### III. VARIABLES E HIPOTESIS

#### 3.1 Definición de las variables

Variable 1

##### **Oportunidad terapéutica**

Es el intervalo de tiempo entre el momento diagnóstico y la fecha de la primera terapia fue menor o igual a 28 días naturales y consignada para el análisis como 1 si se logró obtenerla, o como 0 si el tiempo transcurrido fue mayor.

Variable 2

##### **Factores asociados**

Son un conjunto de características o indicadores de la paciente y de la atención hospitalaria para el tratamiento del cáncer de mama.

### 3.2 Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN DE CONCEPTOS	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
<b>Oportunidad Terapéutica</b>	Es el intervalo de tiempo entre el momento diagnóstico y la fecha de la primera terapia fue menor o igual a 28 días naturales y consignada para el análisis como 1 si se logró obtenerla, o como 0 si el tiempo transcurrido fue mayor.	<b>Oportunidad Terapéutica</b>	<b>Intervalo de tiempo entre el momento diagnóstico y fecha de la primera terapia.</b>	<b>Nominal (Si = 1 – No = 0)</b>
<b>Factores Asociados</b>	Son un conjunto de características o indicadores de la paciente y de la atención hospitalaria para el tratamiento del cáncer de mama	<b>Edad</b>	Hasta 40 años 41 a 54 55 a 69 70 o más	<b>Intervalo</b>
		<b>Estadio clínico</b>	Temprano Localmente avanzado Metastásico	<b>Nominal Ordinal</b>
		<b>Distancia del centro de procedencia</b>	Cercana Metropolitano Regional	<b>Nominal</b>
		<b>Evaluación por equipo multidisciplinario</b>	Información del archivo electrónico hospitalario.	<b>Nominal (Si = 1 – No = 0)</b>
		<b>Terapia neoadyuvante</b>	Información del archivo electrónico hospitalario.	<b>Nominal (Si = 1 – No = 0)</b>
		<b>Cirugía Conservadora</b>	Información del archivo electrónico hospitalario.	<b>Nominal (Si = 1 – No = 0)</b>

### **3.3 Hipótesis general**

Existe una relación entre el grado de cumplimiento de la oportunidad terapéutica con los factores asociados en las pacientes con cáncer de mama operadas en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren entre el 2016-2017.

#### Hipótesis específicas

HE 1: Los factores edad, estadio clínico, distancia del centro de procedencia, evaluación por un equipo multidisciplinario, terapia neoadyuvante, y cirugía conservadora se relacionan con la ocurrencia de oportunidad terapéutica en pacientes con cáncer de mama operadas en el Hospital Alberto Sabogal entre el 2016 y 2017.

HE 2: El grado de cumplimiento de oportunidad terapéutica en las pacientes con cáncer de mama es bajo o sub óptimo.

## IV. METODOLOGIA

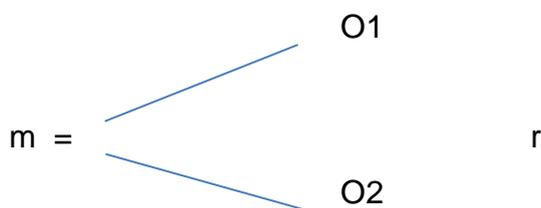
### 4.1 Tipo de Investigación:

La investigación es cuantitativa porque permite medir cada una de las variables, descriptiva donde la recolección de datos obtenidos fueron analizados sin ser manipulados, retrospectivo pues se utilizaron los datos de años anteriores.

### 4.2 Diseño de la Investigación:

Investigación no experimental, de corte transversal correlacional.  
(41)

El diagrama representativo de este diseño es el siguiente:



Donde:

m : pacientes operadas con cáncer de mama en el Hospital Alberto Sabogal en los años 2016 -2017

O2 : Observación de los factores asociados

r : Relación entre los factores asociados y la oportunidad terapéutica

O1 : Observación sobre la oportunidad terapéutica.

### 4.3 Población y muestra

#### 4.3.1 Población:

La población fue 309 pacientes operadas de cáncer de mama por Oncología Ginecológica cuya pieza operatoria fue remitida a Anatomía patológica los años 2016- 2017. De ellas 252 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión y no presentaron criterios de exclusión.

#### 4.3.2 Muestra:

Para obtener la muestra se aplicó el muestreo aleatorio simple. La población fue finita.

A fin de determinar la muestra se aplicará la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 pq N}{(N-1) E^2 + Z^2 pq}$$

Donde:

n es el tamaño de la muestra;

Z es el nivel de confianza = 95%;

p es la variabilidad positiva = 0.5;

q es la variabilidad negativa = 0.5;

N es el tamaño de la población = 252;

E es la precisión o el error =5%.

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) 252}{(251) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5)0.5}$$

$$n = 153$$

La muestra se constituiría por 153 pacientes operadas de cáncer de mama.

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Pacientes con carcinoma invasivo de mama operadas en el Hospital Alberto Sabogal en los años 2016 y 2017

#### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Pacientes con carcinoma in situ, productos de diagnóstico intraoperatorio, biopsias excisional.
- Pacientes con cáncer en ambas mamas sincrónicos o secuenciales,

#### **4.4 Técnica e instrumento de recolección de datos**

##### 4.4.1 Técnica

Se elaboró una ficha de recolección de información que se aplicó como análisis documental revisando los datos del sistema denominado Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH), que contiene las atenciones de los pacientes en los distintos consultorios y servicios de ayuda diagnóstica. En el SGH también se encuentran el registro de resultados de laboratorio, imágenes, despachos de farmacia.

##### 4.4.2 Instrumento

Se utilizó como instrumento el formato de registro de datos de las pacientes atendidas. Anexo 2

#### **4.5 Procedimientos de recolección de datos**

Las propias investigadoras revisaron y recopilaron la información usando como fuente el repositorio de registros médicos electrónicos en el Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH) del hospital Alberto Sabogal Sologuren Es Salud, de las pacientes con cáncer de mama infiltrante que recibieron tratamiento quirúrgico en los años 2016 y 2017.

Como el principal criterio de inclusión fue haber tenido una intervención quirúrgica terapéutica por cáncer de la mama; se verificó la recepción en Anatomía Patología de la pieza operatoria con la consignación de envío de sala de operaciones (SOP), asimismo se verificaron las fechas de emisión de los diagnósticos patológicos iniciales. Por otro lado, se recopiló datos

del Servicio de Farmacia para verificar el primer despacho de fármacos oncológicos y hormonales para cáncer de mama.

El dato de la evaluación de las pacientes por un equipo multidisciplinario fue obtenido del registro electrónico en el Servicio de Ginecología Oncológica.

#### 4.6 Procesamiento estadístico y análisis de datos

Con la base de datos en Excel versión 2010 se elaboraron tablas de frecuencia y estadísticos descriptivos de las variables estudiadas. Con el uso de la función SIFECHA, se obtuvo el número de días naturales transcurridos desde el diagnóstico confirmatorio hasta la fecha de la primera terapia; con el uso de la función CONDICIONAL se obtuvo los casos que cumplieron con oportunidad terapéutica y se calculó el porcentaje.

Posteriormente se usó un software estadístico para explorar las relaciones existentes entre la variable 1: oportunidad de tratamiento y la variable 2 características de las pacientes y características de la atención hospitalaria

El estadístico utilizado fue:

$$X^2_c = \sum \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

Donde

$X^2_c$  = Ji cuadrada calculada

$\sum$  = sumatoria

$F_o$  = frecuencia observada

$F_e$  = Frecuencia esperada

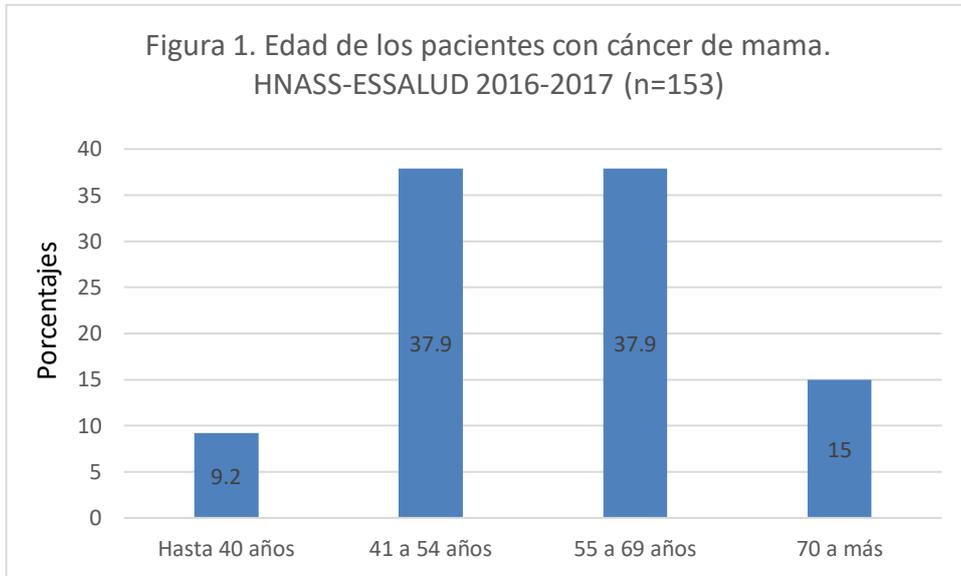
## V. RESULTADOS

**Tabla No. 5.1 Características de las pacientes**

PACIENTES	Frecuen cia	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
<b>Edad</b>			
Hasta 40 años	14	9.2	9.2
41 a 54	58	37.9	47.1
55 a 69	58	37.9	85.0
70 o más	23	15.0	100.0
<b>Estadio Clínico</b>			
Temprano	48	31.4	31.4
Localmente avanzado	99	64.7	96.1
Metastásico	6	3.9	100.0
<b>Distancia de Procedencia</b>			
Cercana	95	62.1	62.1
Metropolitano	43	28.1	90.2
Regional	15	9.8	100.0
<b>Total</b>	<b>153</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

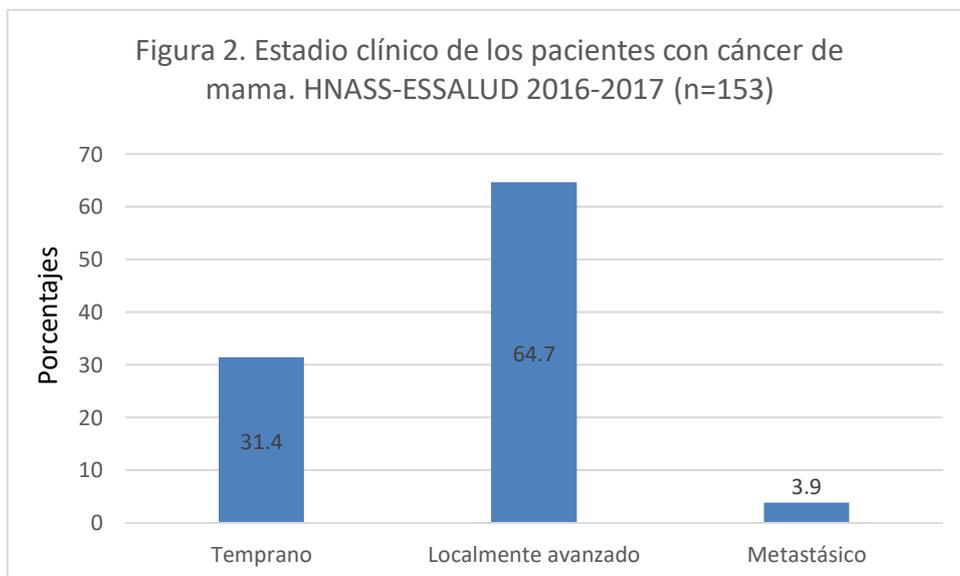
Fuente: Elaboración propia. Base de datos SGH-HASS

### Gráfico 5.1.1



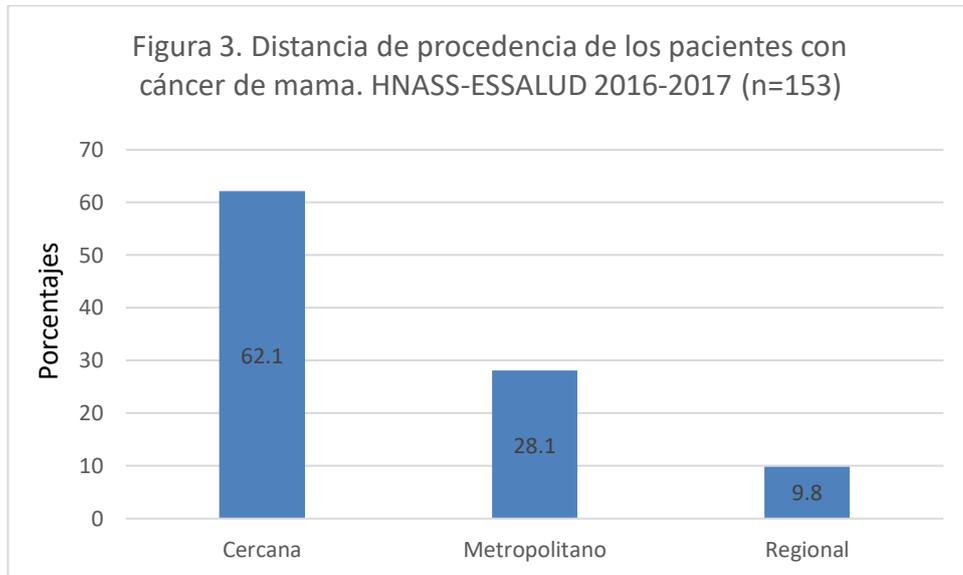
Se recolectó información de 153 pacientes, que fueron sometidas a cirugía terapéutica por cáncer de mama en el Hospital Alberto Sabogal. La edad de presentación más frecuente estuvo entre los 41 y 69 años (75.8%).

### Gráfico 5.1.2



El mayor porcentaje de pacientes acudió en un estadio localmente avanzado (64.7%).

**Gráfico 5.1.3**



La mayor parte de las pacientes acudieron referidas de una institución proveedora de servicios de salud (Ipress) cercana al hospital (62.1%).

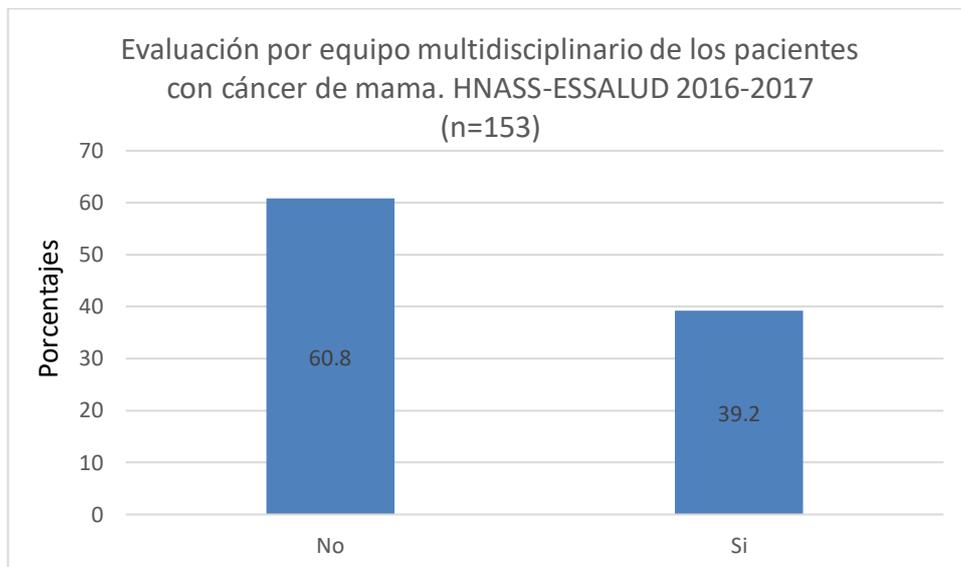
**Tabla No. 5.2 Características de la atención hospitalaria**

<b>PACIENTES</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje %</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Evaluación por equipo multidisciplinario			
No	93	60,8	60,8
Si	60	39,2	100,0
Terapia neoadyuvante			
No	71	46,4	46,4
Si	82	53,6	100,0
Cirugía conservadora			
No	89	58,2	58,2
Si	64	41,8	100,0
Total	153	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia Base de datos SGH-HASS

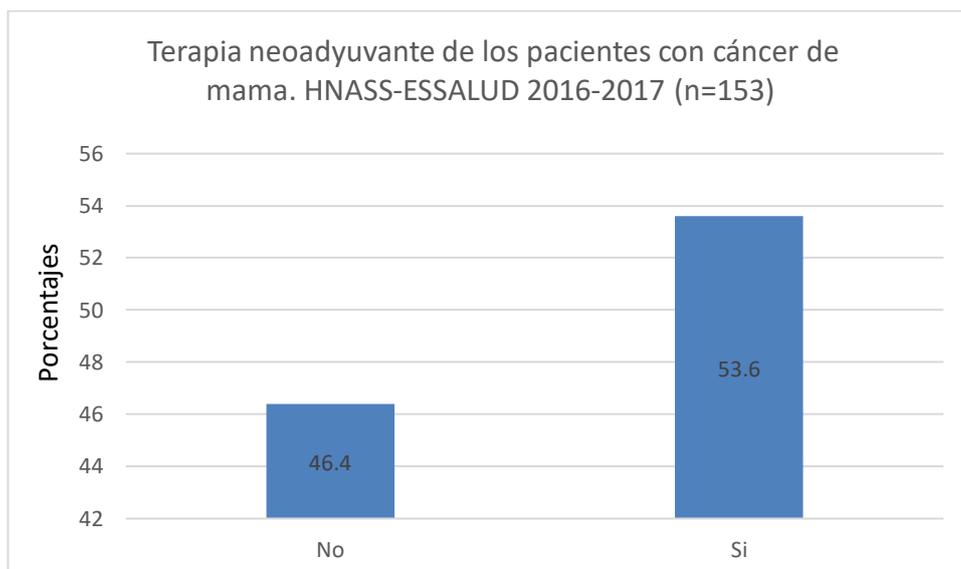
De las pacientes con cáncer de mama con criterios de inclusión, el 39.2% fue evaluada por un equipo multidisciplinario, el 53.6% tuvo como tratamiento inicial quimioterapia u hormonoterapia neoadyuvante (pre quirúrgica), y el 41.8% fue sometida inicialmente a una cirugía conservadora.

**Gráfico 5.2.1**



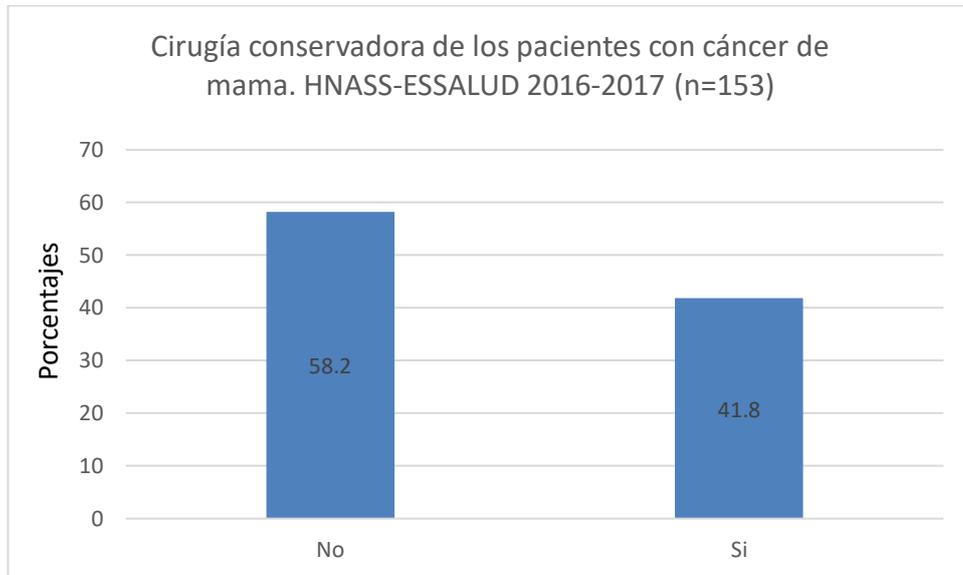
De las pacientes con cáncer de mama con criterios de inclusión, el 39.2% fue evaluada por un equipo multidisciplinario.

**Gráfico 5.2.2**



De las pacientes con cáncer de mama con criterios de inclusión, el 53.6% tuvo como tratamiento inicial quimioterapia u hormonoterapia neoadyuvante (pre quirúrgica).

**Gráfico 5.2.3**



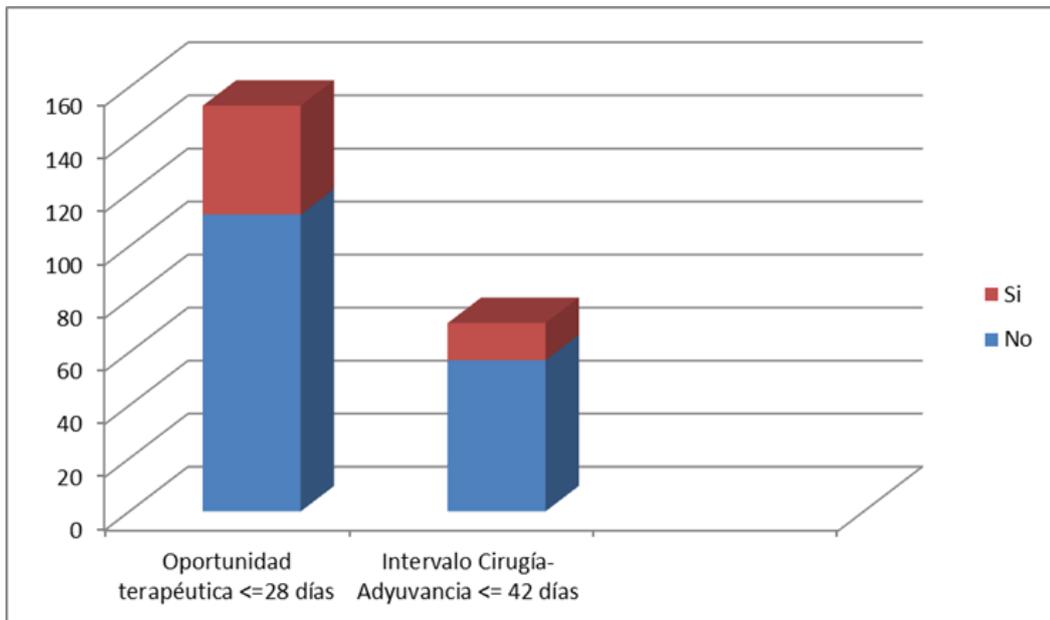
De las pacientes con cáncer de mama con criterios de inclusión, el 41.8% fue sometida inicialmente a una cirugía conservadora.

**Tabla No. 5.3 Frecuencia de oportunidad terapéutica**

	Frecuencia	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Oportunidad terapéutica <=28 días			
No	112	73,2	73,2
Si	41	26,8	100,0
Intervalo Cirugía-Adyuvancia <= 42 días			
No	57	80,3	80,3
Si	14	19,7	100,0
Total	153	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia Base de datos SGH-HASS

**Gráfico 5.3 Frecuencia de oportunidad terapéutica**



La primera atención terapéutica ocurrió con oportunidad (dentro de un periodo de 28 días) en el 26.8% de las pacientes. En aquellas pacientes cuya primera atención consistió en cirugía; la segunda atención (sea por quimioterapia y /o terapia hormonal) ocurrió dentro de un periodo recomendado de 42 días en un 19,7 % de los casos.

En las siguientes tablas y gráficos presentamos la ocurrencia de oportunidad de atención en relación de factores del paciente y factores de la atención hospitalaria.

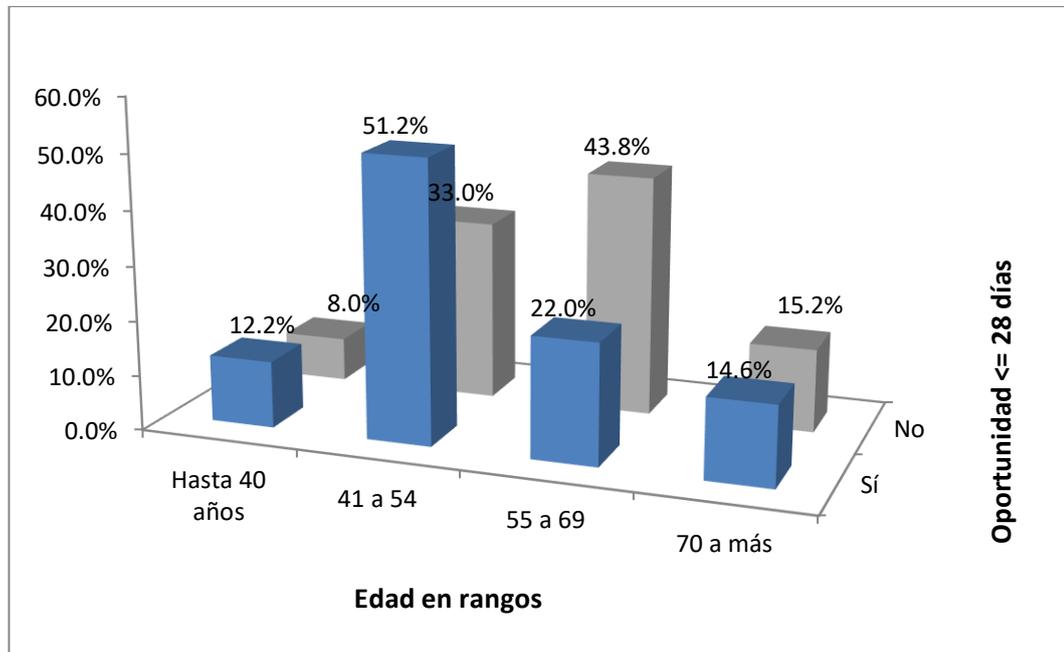
**Tabla 5.4 Oportunidad de atención según edad en pacientes con cáncer de mama que acuden a HNASS-ESSALUD - 2016 -2017 (n=153)**

Edad	Oportunidad <= 28 días				Total		Valor p
	No		Sí		n	%	
	n	%	n	%			
Hasta 40 años	9	8	5	12.2	14	9.2	p = 0,073
41 a 54 años	37	33	21	51.2	58	37.9	
55 a 69 años	49	43.8	9	22	58	37.9	
70 a más	17	15.2	6	14.6	23	15	

\* Chi Cuadrado - p<0,05

Fuente: Elaboración propia. Base de datos SGH-HASS

**Gráfico 5.4 Oportunidad de atención según edad en las pacientes con cáncer de mama**



En la Tabla 5.4 Oportunidad de atención según el factor edad, se comprueba que no resultó asociación estadísticamente significativa ( $p = 0,073$ ), es decir, si el hospital o centro asistencial actuó en oportunidad y el paciente es de un grupo etario específico; se aprecia en el Gráfico N° 5.4.

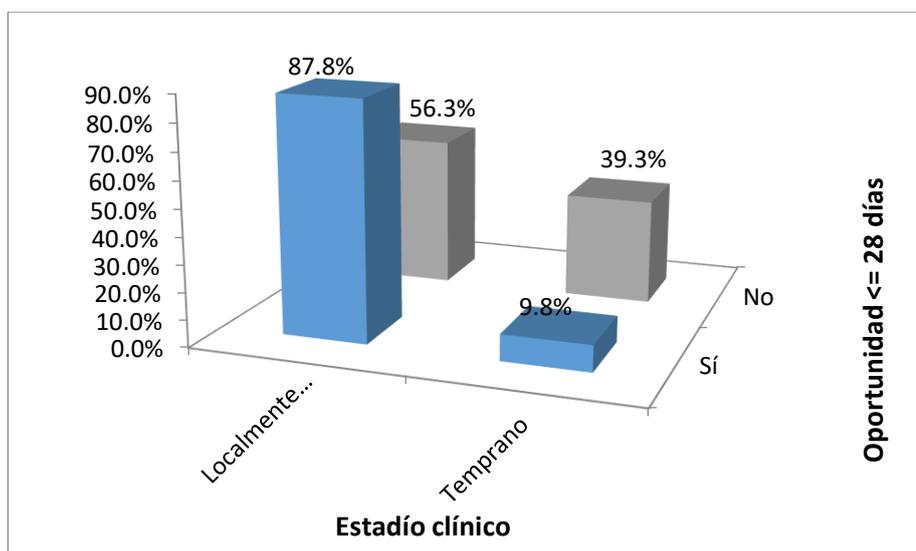
**Tabla 5.5 Oportunidad de atención según estadio clínico en pacientes con cáncer de mama que acuden a HNASS-ESSALUD - 2016 -2017 (n=153)**

Estadio clínico	Oportunidad <= 28 días				Total		Valor p
	No		Sí		n	%	
	n	%	n	%			
Temprano	44	28.8	4	2.6	48	31.4	p = 0,001*
Localmente avanzado/Metastásico	68	44.4	37	24.2	105	68.6	

\* Chi Cuadrado -  $p < 0,05$

Fuente: Elaboración propia. Base de datos SGH-HASS

**Gráfico 5.5 Oportunidad en atención de las pacientes con cáncer de mama según estadio clínico**



En la tabla 5.5 Oportunidad de atención según el factor estadio clínico se comprueba que resultó en asociación estadísticamente significativa ( $p=0,001$ ), es decir, si el hospital o centro asistencial actuó en oportunidad y la paciente llega en estadio temprano fueron 2.6% y si la paciente llega en estadio localmente avanzado o metastásico fueron 24.2%. En este caso se unió las características de los estadios localmente avanzados y metastásico para la correcta aplicación de la prueba estadística. Se aprecia en el Gráfico No 5.5.

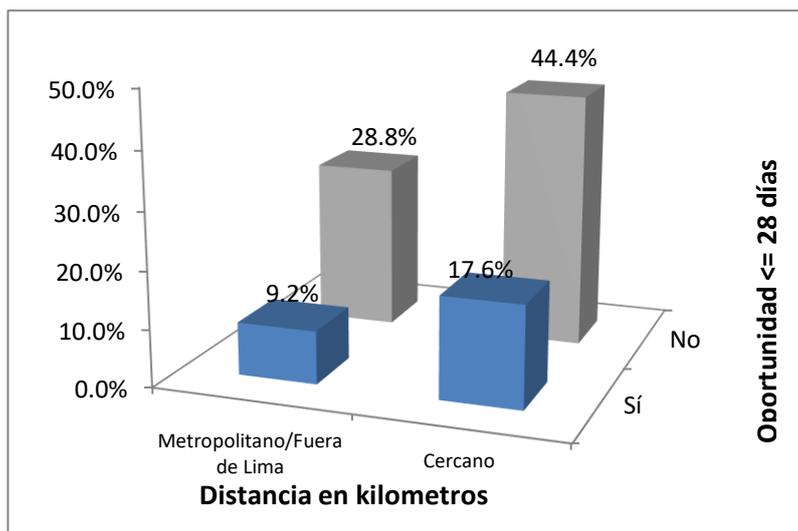
**Tabla 5.6 Oportunidad de atención según distancia al hospital en pacientes con cáncer de mama que acuden a HNASS-ESSALUD - 2016 -2017 (n=153)**

Distancia	Oportunidad <= 28 días				Total		Valor p
	No		Sí				
	n	%	n	%	n	%	
Cercano	68	44.4	27	17.6	95	62.1	p = 0,58
Metropolitano/Fuera de Lima	44	28.8	14	9.2	58	37.9	

\* Chi Cuadrado -  $p < 0,05$

Fuente: Elaboración propia. Base de datos SGH-HASS

**Gráfico 5.6 Oportunidad en atención según distancia al hospital de las pacientes con cáncer de mama**



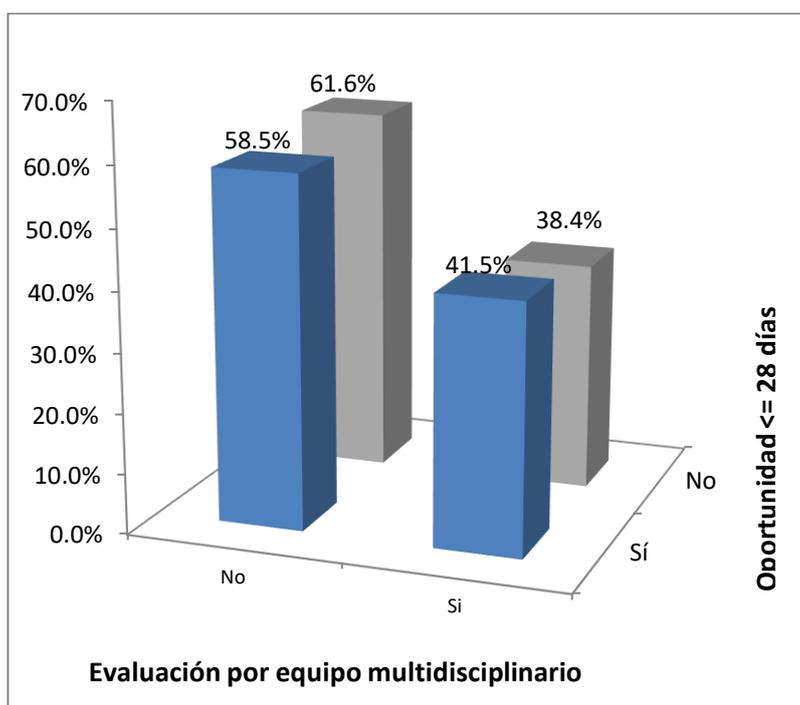
En la Tabla 5.6 Oportunidad de atención según el factor distancia en kilómetros, no resultó en asociación estadísticamente significativa ( $p=0,58$ ), es decir, si el centro asistencial actuó en oportunidad y el paciente viene de una distancia cercana 17.6%, o si el paciente proviene de distancia metropolitana o fuera de Lima fueron 9.2%; se aprecia en el Gráfico N° 5.6.

**Tabla 5.7. Oportunidad de atención según evaluación por equipo multidisciplinario en pacientes con cáncer de mama que acuden a HNASS-ESSALUD - 2016 -2017 (n=153)**

Evaluación por equipo multidisciplinario	Oportunidad <= 28 días				Total		Valor p
	No		Sí		n	%	
	n	%	n	%			
No	69	61.6	24	58.5	93	60.8	p = 0,730
Sí	43	38.4	17	41.5	60	39.2	

\* Chi Cuadrado -  $p < 0,05$

**Gráfico 5.7. Oportunidad de atención según evaluación por equipo multidisciplinario en las pacientes con cáncer de mama.**



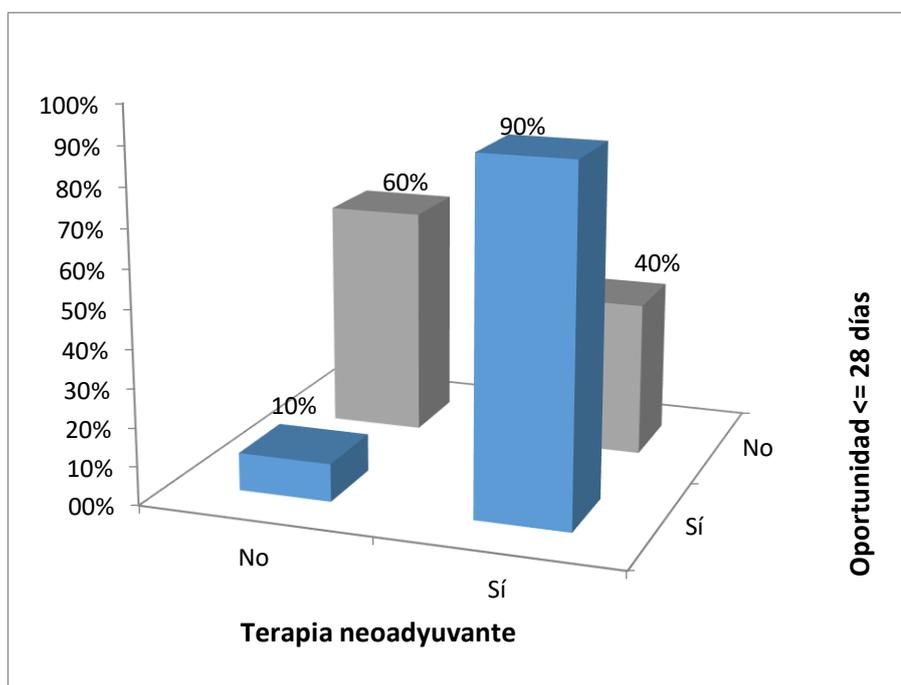
En la tabla 5.7. Oportunidad de atención según el factor evaluación por equipo multidisciplinario, no resultó asociación estadísticamente significativa ( $p = 0,730$ ), es decir, si el hospital o centro asistencial actuó en oportunidad y el paciente recibe evaluación por equipo multidisciplinario fueron 41.5% y si el paciente no recibe evaluación por equipo multidisciplinario fueron 58.5%; se aprecia en el Gráfico N° 5.7.

**Tabla 5.8. Oportunidad de atención según terapia neoadyuvante en pacientes con cáncer de mama que acuden a HNASS-ESSALUD - 2016 -2017 (n=153)**

Terapia Neoadyuvante	Oportunidad <= 28 días				Total		Valor p
	No		Sí		n	%	
	n	%	n	%			
No	67	59.8	4	9.8	71	46.4	p = 0,000*
Sí	45	40.2	37	90.2	82	53.6	

\* Chi Cuadrado - p<0,05

**Gráfico 5.8. Oportunidad en la atención de las pacientes con cáncer mama según terapia neoadyuvante**



En la tabla 5.8. Oportunidad de atención según el factor terapia neoadyuvante, se comprueba que resultó asociación estadísticamente significativa (p = 0,000\*), es decir, si el hospital o centro asistencial actuó en oportunidad y el paciente recibió neoadyuvancia ocurrió en el 90.2% y si el paciente no recibió neoadyuvancia sólo en el 9.8%. Se aprecia en el gráfico 5.8

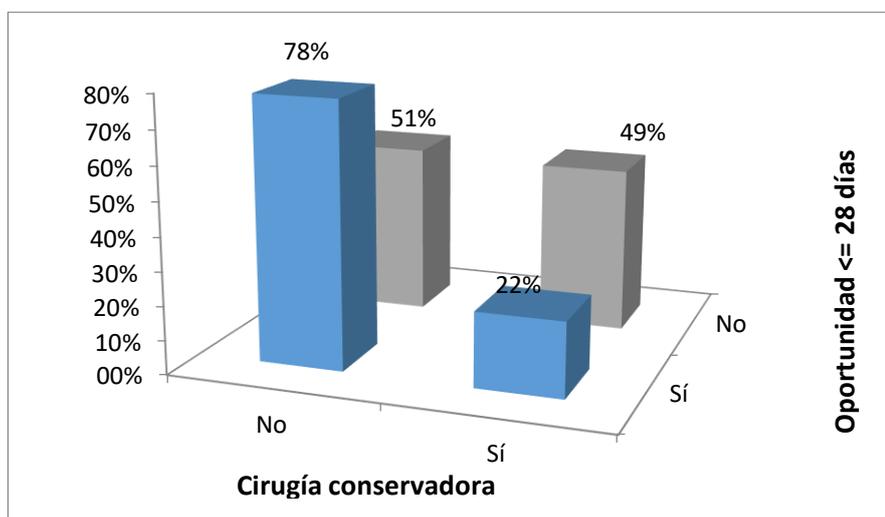
**Tabla 5.9. Oportunidad de atención según cirugía conservadora en pacientes con cáncer de mama que acuden a HNASS-ESSALUD - 2016 -2017 (n=153)**

Cirugía Conservadora	Oportunidad <= 28 días				Total		Valor p
	No		Sí		n	%	
	n	%	n	%			
No	57	50.9	32	78	89	58.2	p = 0,003*
Sí	55	49.1	9	22	64	41.8	

\* Chi Cuadrado -  $p < 0,05$

Fuente: Elaboración propia. Base de datos SGH-HASS

**Gráfico 5.9. Oportunidad en la atención de las pacientes con cáncer mama según cirugía conservadora.**



En la tabla 5.9 Oportunidad de atención según el factor cirugía conservadora, resultó estadísticamente significativo ( $p=0,003$ ), es decir, si el hospital o centro asistencial actuó en oportunidad y el paciente recibe cirugía conservadora solo fueron 22% y el paciente no recibe cirugía conservadora fueron 78 %; es decir en este factor ocurre una situación inversa al caso anterior; se aprecia en la figura 5.9.

## VI. DISCUSION DE RESULTADOS

### 6.1 Contratación de la hipótesis con los resultados

Con base en los resultados obtenidos se puede establecer de manera general que existe una relación entre el grado de cumplimiento de la oportunidad terapéutica con algunos factores asociados, en las pacientes con cáncer de mama operadas en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren entre el 2016-2017

Con respecto a la hipótesis específica 1:

Se obtuvo asociación estadísticamente significativa entre oportunidad terapéutica y el factor del paciente estadio clínico y con los factores de la atención hospitalaria: terapia neoadyuvante y cirugía conservadora.

No se obtuvo asociación estadísticamente significativa entre oportunidad terapéutica y edad, distancia al centro hospitalario y evaluación por el equipo multidisciplinario.

Estos resultados se explicarían por qué la mayoría de pacientes acuden tardíamente al hospital con una enfermedad localmente avanzada y el profesional busca un mayor beneficio de la paciente al tratarla inicialmente con neoadyuvancia como lo recomiendan las guías de manejo clínico.

Sin embargo, llama la atención que las pacientes que acudieron con una enfermedad temprana no lograron una oportunidad significativa, por lo que cabe la existencia de barreras a un tratamiento oportuno como puede ser la limitada disponibilidad de sala de operaciones.

La asociación con cirugía conservadora se explica porque este tipo de cirugías se han realizado tardíamente inclusive después de terapia neoadyuvante, lo cual pospone en más de 80 días el tratamiento quirúrgico de la mama.

Con respecto a la hipótesis específica 2:

El grado de cumplimiento de oportunidad terapéutica en las pacientes con cáncer de mama ocurrió sólo en 41 de 153 pacientes (26,8%). Se comprueba que la oportunidad terapéutica es baja o subóptima.

## **6.2 Contrastación de los resultados con otros estudios similares**

La oportunidad terapéutica en las 153 pacientes con cáncer infiltrante de mama operadas en el hospital Sabogal entre 2016 y 2017 fue de 26,8%, este valor aunque menor, es menor pero comparable con el 36.6% de oportunidad (63.4% de demora) reportado en el caso de 82 pacientes que acudieron a un hospital al sur de Brasil (20); y menor a los resultados obtenidos en Bogotá en el 2006 (22), donde en una cohorte de más de 800 pacientes (57% de ellas con enfermedad localmente avanzada), resulta en 46 días para el intervalo diagnóstico terapéutico. Por otra parte, la oportunidad terapéutica en el Hospital Alberto Sabogal resultó bastante menor que el 43.6% que reporto el SNS de España (11) para la 2011 y bastante menor al 70% reportado en Estados Unidos y otros países desarrollados (12, 16,19)

La asociación de la oportunidad con estadio clínico localmente avanzado, se explica más que como una atinada aplicación de las guías de manejo de intervención hospitalaria, dado que está claramente establecido que el estadio clínico en el diagnóstico de cáncer de mama sigue siendo uno de los factores pronósticos más importantes de supervivencia (15)

Unger-Saldaña (2014) arma suficiente evidencia para señalar que las menores tasas de sobrevida en cáncer de mama en países de menores ingresos en comparación con los de altos ingresos es producto de diagnósticos en estadios más avanzados. (24)

Los datos no evidenciaron asociación de oportunidad terapéutica con distancia de lpress de procedencia, probablemente debido al pequeño

número pacientes procedentes de fuera de Lima metropolitana por lo que este resultado podría variar si se acumula mayor cantidad de data. Por otro lado la no asociación de oportunidad con grupos etario reflejaría una intervención hospitalaria equitativa.

Con el objetivo de identificar factores de intervención hospitalaria que influenciaran en la oportunidad terapéutica se contrastó tres indicadores no habituales en este tipo de análisis.

Aunque no se encontró asociación entre oportunidad terapéutica y evaluación por el equipo multidisciplinario, esta última está ampliamente recomendada para un mejor manejo de pacientes con cáncer de mama, más aún en un entorno donde la provisión de servicios no es óptima, o donde los recursos están limitados, los comités de tumores podrían ayudar a superar las limitaciones. Igualmente, el SNS español considera la existencia del comité de mama como indicador de calidad de tipo estructura y la evaluación del paciente por el comité de mama como indicador de proceso. (11)

La asociación de oportunidad terapéutica con terapia neoadyuvante, respondería a la necesidad de reducir el tamaño tumoral ante una enfermedad localmente avanzada, como recomiendan las guías de atención clínica (6), la asociación de oportunidad con terapia cirugía conservadora podría evidenciar una barrera conocida en nuestro medio que es la baja disponibilidad de salas de operación. Esta circunstancia es notablemente diferente con lo que describen de los centros de atención de mama de países desarrollados, donde esta oportunidad se logra en estadio temprano con una cirugía como primera intervención del centro de atención de mamas. (12)

Los estudios regionales encuentran una falta de oportunidad diagnóstica y/o terapéutica asociada a un menor grado de escolaridad y a características socioeconómica (17-19) factores que influirían en mayor grado a nivel de comunidad y atención primaria, fuera de los alcances del presente estudio. En publicaciones de países desarrollados asocian falta de oportunidad a raza, nivel educativo, pertenencia a grupos minoritarios, comorbilidad médica.

## VII. CONCLUSIONES

- a) Las mujeres con cáncer de mama que acudieron al Hospital Alberto Sabogal EsSalud, incluidas en este estudio, se presentaron en mayor proporción en un estadio localmente avanzado y metastásico.  
En ellas se logró oportunidad terapéutica en sólo un 26,8 % de los casos estudiados, lo cual plantea un reto para mejora del indicador
- b) Se obtuvo asociación significativa entre oportunidad terapéutica y un estadio localmente avanzado y metastásico, que reflejaría una respuesta adecuada pero insuficiente en relación con la conclusión anterior.
- c) Se obtuvo asociación significativa entre oportunidad terapéutica con la administración de terapia neoadyuvante y a su vez con la cirugía conservadora, que reflejaría la potencial ventaja de esta opción terapéutica y la necesidad de evaluar las barreras para una administración farmacológica oportuna.

## VIII. RECOMENDACIONES

- a) Se requieren estudios de los intervalos de tiempo y de oportunidad diagnóstica para la detección del cáncer de mama en la comunidad, en Ipress de atención primaria a nivel del hospital especializado que complementen los hallazgos de este estudio y que sirvan de base para la intervención y monitorización a los distintos niveles.
- b) Se debe realizar la detección en estadio temprano de la enfermedad de modo que las pacientes lleguen al hospital Alberto Sabogal tengan un mejor pronóstico.
- c) La detección temprana y tratamiento oportuno se plantean como un reto de intervención gerencial en la red Sabogal.

## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC). Planificación y Desarrollo de Registros de Cáncer de base poblacional en los países de ingresos bajos y medios. Publicaciones Técnicas. ; 2015. Report No.: No. 43.
2. Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC). Breast Cancer. Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. [Online].; 2012 [cited 2018 02 18. Available from: [Globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/breast-new.asp](http://Globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/breast-new.asp).
3. Organización Panamericana de Salud OPS. La situación del cáncer cervicouterino y de mama en Latinoamérica y el Caribe. [Online].; 2014 [cited 2017 11 20. Available from: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=21135&Itemid=270](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21135&Itemid=270).
4. Ministerio de Salud del Perú. Análisis de la situación del Cáncer en el Perú, 2013. [Online]. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2013 [cited 2017 12 15. Available from: [www.dge.gob.pe/portal/docs/asis\\_cancer.pdf](http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf).
5. EsSalud. EsSalud despeja 10 mitos sobre el cáncer de mama. [Online].; 2014 [cited 2018 02 9. Available from: [www.essalud.gob.pe/](http://www.essalud.gob.pe/).
6. EsSalud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama Her 2 positivo no metastásico. [Online].; 2017 [cited 2018 02 20. Available from: [www.essalud.gob.pe/ietsi/.guias/1\\_GPC\\_diagnostico\\_y\\_tratamiento\\_cancer\\_de\\_ma](http://www.essalud.gob.pe/ietsi/.guias/1_GPC_diagnostico_y_tratamiento_cancer_de_ma).
7. Ministerio de Salud. Santiago Minsal. Guía Clínica. Cáncer de Mama. Santiago: Minsal, 2015. [Online].; 2015 [cited 2018 01 15. Available from: [www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/GPC-CaMama.pdf](http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/GPC-CaMama.pdf).

8. Secretaria de salud de México. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en el segundo y tercer nivel de atención, México, Secretaria de salud [Internet] 2009. [Online].; 2009 [cited 2018 02 24. Available from:  
[www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html](http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html).
9. Organización Mundial de la Salud. Diagnóstico y tratamiento. Control del cáncer: Aplicación de los conocimientos; guía de la OMS para desarrollar programas eficaces; Módulo 4. 2007. [Online].; 2007 [cited 2017 12 15. Available from:  
[www.who.int/cancer/publications/cancer\\_control\\_planning/es/](http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_planning/es/).
10. Ministerio de Sanidad y Consumo. Desarrollo de indicadores de proceso y resultado y evaluación de la práctica asistencial oncológica.. [Online].; 2007 [cited 2017 12 10. Available from:  
[www.msssi.gob.es/organizacion/sns/./pdf/EvaluacionAsistencialOncologica.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/./pdf/EvaluacionAsistencialOncologica.pdf).
11. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Evaluación de la práctica asistencial oncológica. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. [Online]. madrid: Centro de Publicaciones Paseo del Prado; 2013 [cited 2017 12 20. Available from:  
[www.msssi.gob.es/organizacion/sns/./pdf/EvaluacionAsistencialOncologica.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/./pdf/EvaluacionAsistencialOncologica.pdf).
12. Kaufman CS SLRBCCCLJAJJWD. National Quality Measures for Breast Centers : A Robust quality Tool. Quality Initiative Committee. Annals of Surgical Oncology. 2010 Oct; 17.
13. HAN BAO, FENGJUAN YANG, XINYU WANG, SHAOFEI SU, DAN LIU. Developing a set of quality indicators for breast cancer care in China. International Journal for Quality in Health Care. 2015 Jun 23; 27(4): p. 291-296.

14. Stordeur S, Vrijens F, Devriese S, Beirens K, Van Eycken E, Vlayen J. Developing and measuring a set of process and outcome indicators for breast cancer. *The Breast*. 2012 Oct 12; 21: p. 253-260.
15. Krzyzanoska M, Barbera L, Elit L. Identifying population-level indicators to measure the quality of cancer care for women International. 2011 Oct 1; 23(5): p. 554-564.
16. McLaughlin JM, Anderson RT, Ferketich AK, Seiber EE, Balkrishnan R, Paskett. ED. Effect on survival of longer intervals between confirmed diagnosis and treatment initiation among low-income women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2012 Nov 19; 30(36): p. 4493-4500.
17. Hansen R, Vedsted P, Sokolowski I, Søndergaard J and Olesen F. Time intervals from first symptom to treatment of cancer. *BMC Health Services Research*. 2011; 11: p. 284-292.
18. Richards MA, Westcombe AM, Love SB, Littlejohns P, Ramirez AJ. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. *The Lancet*. 1999 Apr 3; 353: p. 1119-1126.
19. Vyas A, Madhavan S, Sambamoorthi U. Timeliness of Care among Elderly Women with Breast Cancer: A Population-Based Observational Study. *Value in Health*. 2016 May; 19: p. A26.
20. Romeiro T, França A; De Oliveira M , Peloso D , Dell`Agnolo C , Rocha S. Delay in diagnosis and treatment of breast cancer among women attending a reference service in Brazil. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2017; 18(11): p. 3017-3023.
21. Sánchez, Guillermo; Niño, Carlos G.; Estupiñán, Ana C. Determinantes del tratamiento oportuno en mujeres con cáncer de mama apoyadas por seis organizaciones no gubernamentales en Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2016 09-12; 34(3): p. 297-305.
22. Piñeros, M; Sánchez R, Perry F , García O, Ocampo R, Cendales, R. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de

- mama en Bogotá, Colombia. Salud pública de México. 2011 11-12; 53(6): p. 478-485.
23. M B. Intervalos de tiempo en el diagnóstico de cáncer en el contexto de Atención Primaria en un policlínico de Jesús María, 2010 – 2015. ; 2017.
  24. B C. Cáncer de mama Perspectivas de gestión en EsSalud. [Online]. Available from: [www.paho.org/per/images/./Perspectivas-gestion-ESSALUD\\_Blanca-Castro.pdf?ua](http://www.paho.org/per/images/./Perspectivas-gestion-ESSALUD_Blanca-Castro.pdf?ua).
  25. Ministerio de Salud. Plan nacional para la prevención y control de cáncer de mama en el Perú 2017- 2021. 2017.
  26. Sociedad Americana contra el cáncer- American Cancer Society. [Online].; 2018 [cited 2018 03 15. Available from: <https://www.cancer.org/es.html>.
  27. K US. Challenges to the early diagnosis and treatment of breast cancer in developing countries. 2014; 5(3).
  28. Goss PE, Lee BL, Badovinac-Crnjevic T, Strasser-Weippl K, Chavarri-Guerra Y, Louis JS, et al. La planificación del control del cáncer en América Latina y el Caribe. 2013.
  29. A R. Conceptos y definiciones básicas de la gestión clínica. [Online].; 2012 [cited 2018 03 20. Available from: [doi: 10.5867/medwave.2012.05.5418](https://doi.org/10.5867/medwave.2012.05.5418).
  30. Ministerio de Salud. Política nacional de calidad en Salud: Documento Técnico R.M.No 727 -2009/Minsa)/ Ministerio de Salud. [Online].; 2009.
  31. EsSalud. Plan de gestión de la calidad del Seguro Social de Salud- EsSalud 2016. [Online].; 2016.
  32. EsSalud. Plan Estratégico Institucional 2017-2021. [Online].; 2017.
  33. EsSalud. Acuerdos de Gestion con Redes Asistenciales 2014. [Online].; 2014.

34. Landercasper J, Linebarger J, Ellis R, Mathiason M. Quality review of the timeliness of breast. J Am Coll Surg. 2010; 210(4).
35. Waks AG, King TA , Winer EP. Timeliness in breast cancer treatment. The Sooner, the Better. 2015 Dec..
36. Vargas V, Valecillos J, y Hernández C. Calidad en la prestación de servicios de salud: Parámetros de medición. Revista de Ciencias Sociales. 2013 May; 19(4): p. 663-671.
37. B. CP. Quality is free. The art of making quality certain. In.: Mc Graw Hill p. 6-18.
38. A, Donabedian. La calidad de la atención médica. Revista de Calidad Asistencial. 2001; 16(Suplemento no 1): p. s11- s26.
39. OPS. La garantía de la calidad. Estándares e indicadores para la acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe..
40. FALLON HJ. THE INSTITUTE OF MEDICINE AND ITS QUALITY OF HEALTHCARE IN AMERICA REPORTS. TRANSACTIONS OF THE AMERICAN CLINICAL AND CLIMATOLOGICAL ASSOCIATION. 2002; 113: p. 119-125.
41. Fernandez Baptista R. Metodología de la Investigación Científica. 6th ed. Mexico: Mgraw Hill Interamericana; 2015.

# **ANEXOS**

**ANEXO 1 MATRIZ DE CONSISTENCIA**

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGIA	POBLACION Y MUESTRA																		
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Qué relación existe entre el grado de cumplimiento y los factores asociados con la oportunidad terapéutica en las pacientes operadas con cáncer de mama Hospital Alberto Sabogal 2016-2017?</p> <p>PROBLEMAS ESPECIFICOS</p> <p>¿Cuál es el grado de cumplimiento de oportunidad terapéutica en las pacientes operadas con cáncer de mama Hospital Alberto Sabogal 2016 – 2017?.</p> <p>¿Cuáles son los factores asociados con la oportunidad terapéutica en las pacientes operadas con cáncer de mama Hospital Alberto Sabogal 2016 – 2017?.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la relación entre el grado de cumplimiento y los factores asociados con la oportunidad terapéutica en las pacientes operadas con cáncer de mama Hospital Alberto Sabogal 2016-2017.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>Conocer el grado de cumplimiento de oportunidad terapéutica en las pacientes con cáncer de mama operadas Hospital Alberto Sabogal 2016-2017.</p> <p>Identificar los factores asociados y la oportunidad terapéutica en las pacientes operadas con cáncer de mama Hospital Alberto Sabogal 2016-2017.</p>	<p>HIPOTESIS GENERAL</p> <p>Ho: Existe una relación directa entre el grado de cumplimiento y los factores asociados con la oportunidad terapéutica en las pacientes con cáncer de mama operadas en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren entre el 2016-2017.</p> <p>HIPOTESIS ESPECIFICA</p> <p>Ho: Los factores: edad, estadio clínico, distancia del centro de procedencia, evaluación por un equipo multidisciplinario, terapia neoadyuvante y cirugía conservadora no influyeron positivamente en la ocurrencia de oportunidad terapéutica en pacientes con cáncer de mama operadas en el Hospital Alberto Sabogal entre el 2016 y 2017</p>	<p>VARIABLE 1</p> <p>Oportunidad Terapéutica</p> <table border="1" data-bbox="931 528 1462 675"> <thead> <tr> <th>DIMENSIONES</th> <th>INDICADORES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Oportunidad Terapéutica</td> <td>Intervalo de tiempo entre el momento diagnóstico y fecha de la primera terapia..</td> </tr> </tbody> </table> <p>VARIABLE 2</p> <p>Factores asociados</p> <table border="1" data-bbox="931 770 1462 1281"> <thead> <tr> <th>DIMENSIONES</th> <th>INDICADORES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Edad</td> <td>Hasta 40 años 41 a 54 55 a 69 70 o más</td> </tr> <tr> <td>Estado clínico</td> <td>Temprano Localmente avanzado Metastásico</td> </tr> <tr> <td>Distancia del centro de procedencia</td> <td>Cercana Metropolitano Regional</td> </tr> <tr> <td>Evaluación por equipo multidisciplinario</td> <td>Información del archivo electrónico hospitalario.</td> </tr> <tr> <td>Terapia neoadyuvante</td> <td>Información del archivo electrónico hospitalario.</td> </tr> <tr> <td>Cirugía Conservadora</td> <td>Información del archivo electrónico hospitalario.</td> </tr> </tbody> </table>	DIMENSIONES	INDICADORES	Oportunidad Terapéutica	Intervalo de tiempo entre el momento diagnóstico y fecha de la primera terapia..	DIMENSIONES	INDICADORES	Edad	Hasta 40 años 41 a 54 55 a 69 70 o más	Estado clínico	Temprano Localmente avanzado Metastásico	Distancia del centro de procedencia	Cercana Metropolitano Regional	Evaluación por equipo multidisciplinario	Información del archivo electrónico hospitalario.	Terapia neoadyuvante	Información del archivo electrónico hospitalario.	Cirugía Conservadora	Información del archivo electrónico hospitalario.	<p>Tipo de Investigación</p> <p>Aplicada</p> <p>La investigación es cuantitativa porque permite medir cada una de las variables, descriptiva la recolección datos obtenidos fueron analizado sin ser manipulados, retrospectivo se utilizaron los datos de años anteriores.</p> <p>Nivel de Investigación</p> <p>Investigación no experimental, de corte transversal correlacional.</p> <p>Técnicas de recolección de información</p> <p>Instrumentos</p> <p>Fuente</p>	<p>Población:</p> <p>La población fue 309 pacientes operadas de cáncer de mama por Oncología Ginecológica cuya pieza operatoria fue remitida a Anatomía patológica los años 2016-2017.</p> <p>Muestra</p> <p>La muestra estuvo constituida por 153 pacientes operadas de cáncer de mama</p>
DIMENSIONES	INDICADORES																						
Oportunidad Terapéutica	Intervalo de tiempo entre el momento diagnóstico y fecha de la primera terapia..																						
DIMENSIONES	INDICADORES																						
Edad	Hasta 40 años 41 a 54 55 a 69 70 o más																						
Estado clínico	Temprano Localmente avanzado Metastásico																						
Distancia del centro de procedencia	Cercana Metropolitano Regional																						
Evaluación por equipo multidisciplinario	Información del archivo electrónico hospitalario.																						
Terapia neoadyuvante	Información del archivo electrónico hospitalario.																						
Cirugía Conservadora	Información del archivo electrónico hospitalario.																						



### ANEXO 3. CONSOLIDADO BASE DE DATOS

Mujeres operadas por cáncer de mama hospital Alberto Sabogal Sologuren 2016 - 2017

Leyenda No = 0 Si = 1

No AP	Id. Paciente	Edad (años)	Distancia Km. Ipress-hospital	Estadio Clínico	Evaluación Equipo Multidisciplinario.	Tratamiento neoadyuvante	Cirugia conservadora	Si T ≤ 28 d	O1 si T2=42
	1	32	21.9	II	0	1	1	0	0
	2	71	22.9	II	0	0	1	0	0
	3	47	21.5	II	1	1	1	0	0
	4	64	3.7	II	1	1	1	0	0
	5	51	3.7	III	0	1	0	1	0
	6	68	19.2	III	0	1	1	1	0
	7	53	22.9	III	0	1	1	1	0
	8	49	21.9	III	0	1	0	1	0
	9	59	144	III	0	1	0	0	0
	10	56	2.3	III	1	1	1	1	0
	11	51	22.9	III	0	1	1	1	0
	12	59	3.7	I	0	0	1	0	0
	13	51	9.4	III	0	1	0	0	0
	14	76	4	I	0	0	1	0	0
	15	58	9.4	I	1	0	1	0	0
	16	42	21.9	II	1	1	1	0	0
	17	65	71.5	IV	0	0	1	0	0

18	44	12.6	II	0	1	1	0	0
19	55	3.7	I	0	0	1	0	0
20	45	21.9	III	1	1	0	1	0
21	60	4	II	0	0	1	0	1
22	41	9.4	III	0	1	1	0	0
23	45	3.7	II	1	0	1	0	0
24	61	9.4	II	1	0	1	0	0
25	53	21.9	III	1	0	0	0	0
26	26	21.5	II	1	1	1	0	0
27	67	3.7	I	0	0	1	0	1
28	50	0	II	0	0	1	1	0
29	43	22.9	I	0	0	1	0	0
30	45	13.2	II	0	1	0	1	0
31	55	21.9	III	1	1	0	1	0
32	59	4	IV	1	1	0	0	0
33	49	0	IV	0	0	0	0	0
34	59	0	II	0	0	0	0	1
35	47	22.9	II	1	1	0	1	0
36	51	9.4	III	0	1	0	1	0
37	67	0	II	1	0	0	0	1
38	69	33.1	II	0	1	1	0	0
39	52	33.1	III	0	1	0	0	0
40	71	3.7	I	0	0	1	0	0
41	46	0	III	1	1	1	0	0
42	42	144	III	1	1	1	0	0

	43	42	21.9	III	0	1	0	1	0
	44	61	3.7	I	0	0	1	0	0
	45	50	0	I	0	0	1	0	1
	46	65	3.7	I	1	0	1	0	0
	47	36	3.7	III	0	1	0	1	0
	48	53	3.7	III	1	1	0	1	0
	49	70	76.4	I	0	0	1	0	0
	50	63	0	II	0	1	0	0	0
	51	63	4	III	0	0	1	0	0
	52	60	76.4	III	0	1	0	0	0
	53	61	21.5	III	0	0	0	0	0
	54	52	9.4	III	1	1	0	1	0
	55	58	4	III	1	1	0	0	0
	56	62	22.9	III	1	1	0	0	0
	57	60	3.7	II	0	0	1	0	0
	58	73	9.4	III	1	1	0	1	0
	59	55	9.4	III	0	1	0	0	0
	60	77	3.7	III	0	0	0	0	0
	61	44	26.1	II	0	0	0	0	1
	62	57	201	II	1	0	1	0	0
	63	50	9.4	II	0	0	1	0	1
	64	66	3.7	II	0	0	1	0	0
	65	38	33.1	II	0	1	0	1	0
	66	72	21.9	II	1	1	1	1	0
	67	56	3.7	III	1	1	0	0	0

	68	67	19.2	I	0	0	1	0	0
	69	41	4	III	1	1	0	1	0
	70	64	2	III	1	1	0	1	0
	71	72	3.7	II	0	0	1	0	0
	72	64	9.4	II	0	0	0	0	0
	73	67	1	II	0	0	0	1	0
	74	46	201	II	1	0	1	0	1
	75	74	3.7	II	1	1	0	0	0
	76	46	9.4	III	0	1	0	1	0
	77	43	0	II	0	1	1	0	0
	78	87	71.5	II	0	0	0	0	0
	79	64	9.4	III	1	1	1	1	0
	80	43	19.2	III	1	1	0	1	0
	81	77	0	III	0	0	0	0	0
	82	51	3.7	I	0	0	1	0	0
	83	42	3.7	II	1	0	0	0	1
	84	53	9.4	IV	1	1	0	1	0
	85	49	9.4	III	1	1	0	0	0
	86	46	21.5	III	0	0	0	0	1
	87	39	9.4	IV	1	1	0	0	0
	88	52	4	II	0	0	1	0	0
	89	81	4	II	0	0	0	0	1
	90	44	3.7	II	1	1	0	1	0
	91	80	0	II	1	0	1	0	0
	92	35	4	III	0	1	0	0	0

	93	43	201	III	1	0	0	0	1
	94	82	4	III	1	1	0	1	0
	95	77	22.9	II	0	1	1	1	0
	96	67	76.4	III	0	1	0	0	0
	97	47	3.7	III	1	1	0	1	0
	98	64	33.1	I	1	1	1	0	0
	99	69	3.7	II	1	0	1	0	0
	100	37	0	III	1	1	0	0	0
	101	51	22.9	II	1	0	1	0	0
	102	32	0	II	0	0	0	1	0
	103	52	21.5	III	0	1	0	1	0
	104	73	9.4	II	1	0	0	0	0
	105	51	0	II	0	0	1	0	0
	106	67	0	III	0	0	0	0	0
	107	51	0	II	1	0	1	0	0
	108	67	9.4	III	1	1	0	0	0
	109	49	9.4	III	0	1	0	0	0
	110	81	21.9	II	0	0	0	0	0
	111	84	3.7	II	0	0	1	0	0
	112	61	0	III	0	1	0	1	0
	113	51	22.9	II	0	0	1	0	0
	114	61	0	III	1	1	0	0	0
	115	61	3.7	II	0	0	0	0	0
	116	58	3.7	II	0	0	1	0	0
	117	54	9.4	III	0	1	0	0	0

118	67	4	III	0	1	0	1	0
119	43	21.5	II	0	0	0	0	0
120	65	3.7	III	1	1	0	0	0
121	47	9.4	III	0	1	0	1	0
122	63	21.9	IV	1	1	1	0	0
123	61	0	II	0	1	0	1	0
124	62	144	III	0	1	0	0	0
125	63	4	III	1	0	1	0	0
126	77	144	III	1	1	0	0	0
127	56	3.7	III	1	1	0	0	0
128	26	33.1	III	0	0	0	0	0
129	51	26.1	III	0	1	0	0	0
130	49	144	II	0	0	0	0	0
131	63	3.7	II	1	0	0	0	0
132	48	3.7	III	1	1	0	0	0
133	36	2.3	II	1	1	1	0	0
134	48	0.8	III	0	0	0	0	0
135	60	22.9	III	1	1	0	0	0
136	48	144	III	0	1	0	0	0
137	66	22.9	III	0	1	0	0	0
138	70	21.9	II	0	0	1	0	0
139	79	144	III	0	1	0	0	0
140	39	9.4	III	0	1	0	1	0
141	41	21.5	II	0	0	1	0	0
142	63	9.4	III	0	0	0	0	0

	143	38	0	III	1	1	0	0	0
	144	41	3.7	III	0	1	0	1	0
	145	46	0	II	0	0	1	0	1
	146	33	21.9	II	0	0	0	0	0
	147	61	3.7	I	1	0	1	0	0
	148	77	3.7	III	0	1	0	1	0
	149	58	21.5	III	0	0	1	0	0
	150	67	9.4	I	0	0	0	0	0
	151	40	0	III	0	1	1	1	0
	152	60	3.7	III	0	0	1	0	0
	153	80	2.3	II	1	0	0	1	1