

Evaluación de la calidad del programa de cáncer de mama del Hospital de San Juan de Dios de Cali – Consultorio Rosado

Evaluation of the quality of the breast cancer program of the Hospital de *San Juan de Dios* in Cali - *Consultorio Rosado*

Luis Alberto Reyes Balcázar¹, Saúl Díaz Navarro², Alden Pool Gómez¹

¹ Programa de Oncología Hospital de San Juan de Dios, Cali, Colombia

² Estadística y Gestión Documental, Hospital de San Juan de Dios, Cali, Colombia

Correspondencia: Luis Alberto Reyes Balcázar. correo: luis.alberto.reyes@hotmail.com

Recibido: 08 noviembre 2019

Aceptado: 15 diciembre 2019

Publicado: 30 diciembre 2019

Palabras clave: Cáncer de mama, indicadores, evaluación programa, calidad, oportunidad, letalidad

Keywords: Breast cancer, indicators, program evaluation, quality, opportunity, lethality.

Citación: Reyes BLA, Díaz NS, Pool GA. Evaluation of the quality of the breast cancer program of the Hospital de San Juan de Dios in Cali - Consultorio Rosado. IJEPH. 2019; 2(2): e-024. doi: 10.18041/2665-427X/ijeph.2.5692

Conflicto de interés: ninguno

Resumen

Introducción: En Colombia, el cáncer de mama es considerado un problema de salud pública, es el de mayor frecuencia en las mujeres. La OMS propuso desarrollar programas de promoción y prevención, garantizando detección temprana y tratamiento oportuno. Estos programas requieren evaluación y mejoramiento continuo en sus diferentes etapas de desarrollo, para garantizar la calidad en la atención en salud.

Objetivo: Evaluar la calidad del programa “Consultorio Rosado” del Hospital de San Juan de Dios, en la atención de pacientes con cáncer de mama usando indicadores de procesos y resultados.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo en pacientes diagnosticados con cáncer de mama. Se calcularon los indicadores definidos por la Cuenta de Alto Costo.

Resultados: Se analizó información de 329 registros clínicos reportados por el Hospital de San Juan de Dios de Cali al Sistema de vigilancia epidemiológica (SIVIGILA) con diagnóstico de cáncer de mama. La evaluación mostró cumplimiento en seis de los doce indicadores de la Cuenta de Alto Costo, contemplados en la evaluación de la calidad, estos fueron: porcentaje de realización de cirugía conservadora (cuadrantectomía) en pacientes con estadio *in situ* e infiltrante, detección de cáncer en estado *in situ*, biopsia previa a procedimiento quirúrgico y valoración por cuidado paliativo.

Conclusión: El programa cumple con el 50% de los indicadores. Es necesario mejorar el registro clínico y reducir las barreras de acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento para garantizar una atención oportuna y mejorar el pronóstico de las pacientes con esta patología.

Abstract

Introduction: In Colombia, breast cancer is considered a public health problem, it is the most frequent in women. To address this problem, WHO proposed to develop promotion and prevention programs, guaranteeing detection Early and timely treatment. These programs require continuous evaluation and improvement in their different stages of development, with the aim of guaranteeing quality in health care.

Objective: Evaluate the quality in terms of process and results indicators of the “Pink Office” program of the Hospital of San Juan de Dios, in the care of patients with breast cancer in Cali Colombia, 2017-2018

Methods: An observational, descriptive, longitudinal and retrospective study was conducted in patients diagnosed with breast cancer. Information from 329 clinical records and data reported by the Hospital of San Juan de Dios de Cali to the Epidemiological Surveillance System (SIVIGILA) by breast cancer diagnosis was analyzed. The indicators defined by the Cuenta de Alto Costo were calculated.

Results: The evaluation showed compliance in six of the twelve indicators of the CAC, and percentage of performance of conservative surgery (quadrantectomy) in patients with *in situ* and infiltrating stage, cancer detection *in situ*, biopsy prior to surgical procedure, palliative care assessment.

Conclusion: It is considered imperative to improve the clinical record and reduce barriers to access diagnostic and treatment services to ensure timely care and improve the prognosis of patients with this pathology.

Contribución clave del estudio

Objetivo	Evaluar la calidad del programa “Consultorio Rosado” del Hospital de San Juan de Dios, en la atención de pacientes con cáncer de mama usando indicadores de procesos y resultados.
Diseño del estudio	Evaluación de indicadores de calidad del programa de atención a pacientes con cáncer de mama, a través de un estudio observacional descriptivo de corte longitudinal retrospectivo
Fuente de información	Historias clínicas del aplicativo computacional REDSALUD, SIVIGILA
Población / muestra	329 registros clínicos
Análisis estadísticos	Se determinaron ocho indicadores generales, tres indicadores de oportunidad y un indicador de letalidad. Todos los indicadores tuvieron tres niveles de calificación numérica y con semaforización
Principales hallazgos	El programa cumple con el 50% de los indicadores al compararse con los indicadores propuestos por la Cuenta de Alto Costo. 5/12 indicadores mostraron cumplimiento: porcentaje de realización de cirugía conservadora (cuadrantectomía) en pacientes con estadio <i>in situ</i> e infiltrante, detección de cáncer en estado <i>in situ</i> , biopsia previa a procedimiento quirúrgico y valoración por cuidado paliativo.



ISSN: 2665-427X

Introducción

Dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles, el cáncer es una patología de alta prevalencia, considerada como problema de salud pública a nivel mundial. Alrededor de 18.1 millones de personas presentaron, por primera vez, un caso de cáncer y 9.6 millones de personas fallecieron por esta causa en 2018 en el mundo (1). El cáncer de mama es el tipo de cáncer más comúnmente diagnosticado mundialmente en mujeres (24.2%), Además, es la principal causa de muerte por cáncer en mujeres (15.0 %) (2). En Colombia se registraron en 2018, 101,893 casos de cáncer, de los cuales 54,017 (53%) ocurrieron en mujeres. La mortalidad por esta enfermedad se considera muy alta en el país, con un total de 46,057 defunciones. El cáncer de mama es el más frecuente entre mujeres con 13,380 casos nuevos (13.1%). En mortalidad ocupa el tercer puesto con 3,702 fallecimientos (8.0%) (2).

Para afrontar este problema, la OMS propone desarrollar programas de promoción y prevención, para una detección temprana y un tratamiento oportuno. Estos programas requieren de una evaluación continua en sus diferentes etapas de desarrollo, para garantizar la calidad en la atención en salud, obteniendo un verdadero Impacto (3). En Colombia el plan decenal para el control del cáncer 2012-2021 (4) y la Cuenta de Alto Costo (5) han definido como indicador de oportunidad máximo 30 días para el diagnóstico y máximo 30 días para el tratamiento, siendo ratificado por las rutas integrales de atención en salud (RIAS) para cáncer de mama (6).

El objetivo de un programa nacional de cáncer debe ser mejorar las medidas de detección y realizar los diagnósticos en las etapas más precoces, apoyándose en la educación sobre el autoexamen, realización de la mamografía como tamizaje e instaurar los tratamientos adecuados, oportunos y de calidad, para mejorar la

sobrevida de las mujeres con cáncer de mama (7). Es por esto que la evaluación de un programa debe considerar los procesos de atención que están bajo los lineamientos nacionales establecidos para los programas oncológicos, en el Plan Decenal de control del cáncer en Colombia 2012-2022, donde se plantea la necesidad de implementar el control de calidad para los servicios de tamización y garantizar el acceso oportuno para el diagnóstico y tratamiento para cáncer de mama, fijando metas y acciones para alcanzar estos objetivos (4). De otro lado, la Cuenta de Alto Costo a través del Consenso de indicadores en cáncer de mama y cuello uterino (5), donde se fijan como objetivo la priorización de los indicadores para medir la gestión de riesgo (detección temprana, diagnóstico definitivo, estadificación, tratamiento, seguimiento y rehabilitación) en pacientes con cáncer de mama (4,5). Estos indicadores se agrupan en: indicadores generales, indicadores de oportunidad y de resultados (letalidad).

Por estas recomendaciones, planteamos el objetivo de evaluar la calidad en la atención del Programa de Consultorio Rosado del Hospital de San Juan de Dios – Cali (HSJD-CR), en pacientes diagnosticados con cáncer de mama durante los años 2017 y 2018.

Materiales y Métodos

Tipo de estudio

Se realizó la evaluación de indicadores de calidad del programa de atención a pacientes con cáncer de mama, a través de un estudio observacional descriptivo de corte longitudinal retrospectivo.

Fuente de información

Como fuente de información se tomaron las historias clínicas del aplicativo computacional REDSALUD, utilizado en el Hospital de

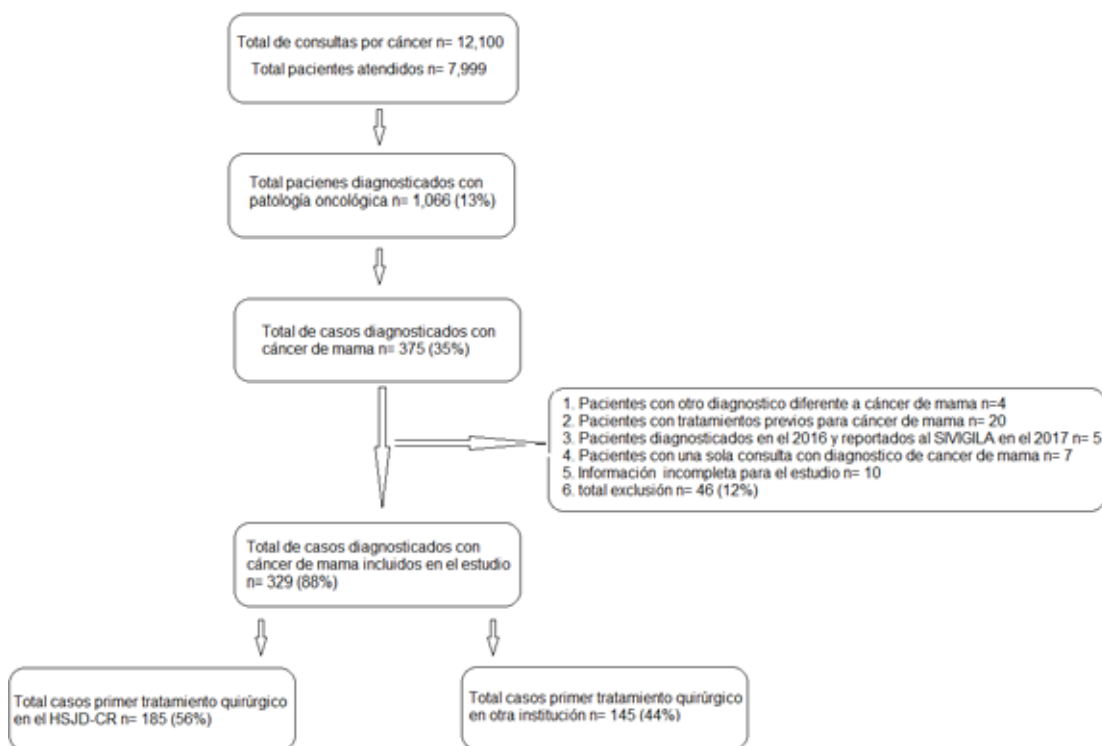


Figura 1. Diagrama identificación de las pacientes con cáncer de mama del HSJD-CR 2017-2018.

San Juan de Dios de Cali, en su programa Consultorio Rosado, en el periodo 2017 y 2018, consolidando esta información a través de la oficina de Estadística y Registro.

Área de estudio

La investigación se realizó en la Fundación Hospital San Juan de Dios, esta fundación presta servicios de salud de mediana y alta complejidad, atiende principalmente a la población vulnerable y está incluida en la red pública de Cali, cuenta con los servicios de: urgencias, consulta externa, unidades de cuidado intensivo de adulto, y cuidados intermedios de adultos y pediátricos, hospitalización con 175 camas y cirugía con 8 quirófanos. Con alrededor de 122,226 ingresos de pacientes anualmente.

Bajo esta perspectiva, fue creado en 2013 el programa de atención integral y seguimiento “Consultorio Rosado”, adscrito a la Fundación Hospital de San Juan de Dios. Este programa tiene como misión dar acceso, de manera expedita y sin trámites administrativos, a toda la población consultante independiente del estrato socioeconómico, régimen de seguridad social y Empresa Administradora de Planes de Beneficio (EAPB). El HSJD-CR ofrece evaluación a casos presuntivos de cáncer de cualquier tipo, a través de consulta con médico experto, ayudas diagnósticas y la gestión de aseguramiento en pacientes pobres no asegurados. A quienes se les confirma la enfermedad oncológica, se les ofrece consulta priorizada con especialista y se gestiona con el asegurador el manejo integral en la institución, en los servicios de hospitalización, cirugía y ayudas diagnósticas de seguimiento y terapéuticas incluyendo manejo paliativo.

Criterios de selección

Se incluyeron los registros de mujeres adultas con diagnóstico de cáncer de mama, inscritas en el programa HSJD-CR, durante 2017 y 2018. Se excluyeron registros de pacientes con cánceres concomitantes, con recidivas de cáncer de mama, información incompleta y pacientes con una sola consulta.

Análisis estadísticos

Una vez recolectada la información se realizó un control de calidad a través de un muestreo del 15% de los datos, el cual se contrastó frente a los documentos fuente, sin encontrarse incongruencias en los datos.

La calidad de la atención se evaluó de acuerdo a la misión y objetivos del programa HSJD-CR y frente a los indicadores propuestos por la Cuenta de Alto Costo (5). Se construyeron las tablas usando el cumplimiento de las metas propuestas por la Cuenta de Alto Costo para cada indicador y con las mediciones determinadas para Colombia durante los años 2016 y 2017 a manera de semáforo.

Se determinaron ocho indicadores generales, tres indicadores de oportunidad y un indicador de letalidad. Todos los indicadores tuvieron tres niveles de calificación numérica y con semaforización, siendo el color verde cumplimiento bueno, amarillo cumplimiento regular y rojo como cumplimiento malo. Se comparó con los indicadores promedio determinados en la literatura para Colombia en los años 2016 y 2017.

Consideraciones éticas

Esta investigación fue aprobada como una investigación sin riesgo por los comités de ética del Hospital de San Juan de Dios de Cali, según Acta CEIHSJ010-019 de 2019 y la Universidad Libre Seccional Cali según acta 29 de agosto de 2019. Los autores manifiestan no tener ningún conflicto de interés.

Resultados

Durante enero 01 y de 2017 y diciembre 31 de 2018, el programa HSJD-CR realizó 12,100 consultas a 7,999 pacientes para diagnóstico, confirmación y tratamiento de enfermedades oncológicas. En la Figura 1 se muestra el proceso de selección de las historias clínicas de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

El promedio de edad de las 329 mujeres fue de 57.5 ± 13.30 , el 97.5% (323/329) procedían del departamento del Valle del Cauca, principalmente, de la ciudad de Cali; entre los estratos socioeconómicos 1-3, la gran mayoría fueron del régimen subsidiado, principalmente de la Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) EMSSANAR (Tabla 1).

Indicadores generales

Se encontró que 109 casos (33.1%) tenían reporte de TNM. De estos 94 casos (28.6%) estaban diligenciados correctamente. En la Tabla 2 se muestra la estadificación de los pacientes con cáncer de mama según el sistema TNM (Tabla 2).

En todos los casos incluidos en este estudio, se tuvo el informe de patología de biopsia de mama previo al primer tratamiento, de las cuales 184 casos (55.9%) fueron llevadas a cirugía. De estas mujeres, se les practicó cirugía conservadora a 141 casos (42.1%), mastectomía a 43 casos (13.1%) y 145 casos (44.1%) no tuvieron cirugía como primer tratamiento quirúrgico en la institución. En 10 de las 19 pacientes que tuvieron una estadificación in situ por TNM, se les realizó cirugía conservadora, mientras que, de las 74 mujeres con estadios infiltrantes, se les practicó cirugía conservadora a 27 (36.5%) (Tabla 2).

Se encontró que de las 93 mujeres con reporte de TNM, En 17 casos (5.2%), se tuvo ordenamiento médico para la atención por cuidado paliativo. De las 44 pacientes clasificadas en estadio avanzado, 4 (9.1%) tuvieron ordenamiento de cuidado paliativo. Con esta información se determinó el cumplimiento de los indicadores (Tabla 3). Tres indicadores estuvieron en el nivel verde, dos en amarillo y dos en rojo.

Indicadores de oportunidad

Se calcularon tres indicadores de oportunidad, los cuales se evaluaron a través de los promedios como lo indica la Cuenta de Alto Costo, sin embargo, al evaluar la distribución de los datos, el mejor comparador sería la mediana, por lo que en la Tabla 4 se adicionan estos resultados.

La oportunidad global, se consideró desde la primera consulta en la institución hasta la realización del primer tratamiento

Tabla 1. Variables sociodemográficas de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama Rosado 2017 -2018

Edad (años)		
Media	57.5	ds: 13.3
	n	%
Municipio de procedencia		
Cali	239	72.6
Palmira	5	1.5
Buenaventura	3	1.3
Jamundi	2	0.6
Otros	8	2.4
Sin dato	71	21.6
Total	329	100
Estrato socioeconómico		
1	32	9.7
2	66	20.1
3	74	22.5
4	1	0.3
5	2	0.6
6	1	0.3
sin dato	153	46.5
total	329	100
Regimen de seguridad social		
subsidiado	314	95.4
contributivo	5	1.5
especial	3	0.9
sin dato	7	2.1
Total	329	100
Entidad Administradora Planes de Beneficios		
Emssanar	277	84.2
Asmet	22	6.7
Coosalud	17	5.1
otras	13	4.0
total	329	100

quirúrgico, presentando un promedio de 170 ± 93 días (Mediana: 147 y RIC: 114 -211); en el 90.8% de las pacientes fueron atendidas con una oportunidad mayor o igual a 75 días, que corresponde a la franja roja en la semaforización de la Cuenta de Alto Costo.

La oportunidad en el diagnóstico, se definió desde la primera consulta hasta el informe de patología, presentando un promedio de 57 ± 34 días (Mediana: 48 y RIC: 33-70); el 52.3% de los resultados de la patología se recibió después de 40 días que corresponde a la franja roja en la semaforización de la Cuenta de Alto Costo (Tabla 4).

La oportunidad en tratamiento, esta medición se consideró como el promedio de días entre la emisión del informe de patología hasta el primer tratamiento quirúrgico, que fue de 57 ± 34 días

Tabla 2. Estadificación de las pacientes con cáncer de mama según el sistema TNM, en el HSJD-CR 2017-2018.

Estadio	Frecuencia	%	Distribución
0	19	6	<i>in situ</i> : 19 (20.2%)
IIA	26	8	temprano 26 (35.1%)
IIB	17	5	
IIIA	20	6	infiltrante 74(78.7%)
IIIB	6	2	avanzados 48 (64.9%)
IIIC	1	0	
IV	4	1	
Sin Dato	236	72	sin dato 236 (72%)
Total general	329	100	

(Mediana:102 y RIC: 74-147); el 91.7% recibió el primer tratamiento quirúrgico después de los 45 días, ubicándolas en franja roja de la semaforización de la Cuenta de Alto Costo (Tabla 4).

Indicadores de resultado (letalidad)

Al determinar la letalidad global en las 329 mujeres con cáncer de mama atendidas en el programa HSJD-CR, se encontró por registros de estadísticas vitales de la Secretaria de Salud de Santiago de Cali, que 31 fallecieron durante el periodo de estudio, lo que corresponde a una letalidad global de 9.5%.

Con respecto a los indicadores de resultado, se encontró que ninguna falleció (26 mujeres) con estadio infiltrante temprano, (0%) y de las 48 mujeres clasificadas como estadios infiltrantes avanzados, fallecieron 6 pacientes (12.5%) (Tabla 5).

De las 51 mujeres que fueron autorizadas para la realización del primer tratamiento quirúrgico en la institución y se reportó un fallecimiento durante el periodo del estudio, lo que corresponde al 2.0% de la letalidad del programa HSJD-CR.

Discusión

Esta investigación evaluó la calidad de la atención del HSJD-CR en el manejo cáncer de mama, a través de los indicadores de calidad general, oportunidad y letalidad.

Indicadores generales de la calidad

Al considerar los indicadores generales de la calidad de la atención en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, atendidos en el HSJD-CR, se inicia con la estadificación clínica, de acuerdo con el sistema TNM, que permite dimensionar la extensión de la enfermedad, guiar el manejo quirúrgico y facilitar la toma de decisiones frente al tratamiento. Es considerado un importante indicador del pronóstico y de la supervivencia de las mujeres. Para su determinación, es necesaria la realización de diferentes exámenes diagnósticos, por lo cual, es un aspecto que refleja la calidad e integralidad de la atención en salud (5).

La proporción de mujeres con cáncer de mama a quienes se les realizó estadificación TNM, en la CAC, se encontró que la

Tabla 3. Indicadores generales en la población de paciente con cáncer de mamas atendidas en HSJD-CR 2017. 2017-2018.

Nombre	Numerador	Denominador	Punto de Corte* de Colombia			HSJD-CR+	
			2016-2017	2016 †	2017 ‡	%(n)	IC (%)
Proporción de mujeres con cáncer de mama a quienes se les realizó estadificación TNM	Número de mujeres con cáncer de mama a quienes se les realizó estadificación clínica (TNM)	Total de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama	≥78.7%		91.7	28.3 (93/329)	26-31
			71.5%-78.6%	71.9			
			<71.5%				
Proporción de mujeres con cáncer de mama detectado como carcinomas in situ al momento del diagnóstico	Número de mujeres detectadas como carcinoma in situ al momento del diagnóstico	Total de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama con TNM	≥12%			20.4% (19/93)	18-27
			6%-11%	6.30%			
			<6%		5.70%		
Proporción de mujeres con cáncer de mama detectado como carcinoma en estadio invasivo temprano al momento del diagnóstico	Número de mujeres detectadas como carcinoma invasivo en estadio temprano al momento del diagnóstico	Total de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama invasivo	≥50%		51.40%	35.1% (26/74)	30-42
			42%-49%	42%			
			<42%				
Proporción de mujeres con cáncer de mama detectado como carcinoma en estadio avanzado al momento del diagnóstico	Número de mujeres detectadas como carcinoma invasivo en estadio avanzado al momento del diagnóstico	Total de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama invasivo	<50%		48.60%	51.6 (48/93)	55%-72%
			50%-57%				
			≥58%	58.0%			
Proporción de mujeres con diagnóstico histopatológico antes de la cirugía	Número de mujeres con diagnóstico histopatológico antes de la cirugía	Total de mujeres que se sometieron a la cirugía	≥57%		82.3	100% (184/184)	100%
			36.8%-57.7%	40.7			
			<38.6%				
Proporción de mujeres con cáncer de mama a quienes se les realizó cirugía conservadora de la mama in situ	Número de mujeres con cáncer de mama in situ a quienes se les realizó cirugía conservadora de mama	Total de mujeres con cáncer de mama in situ que recibieron tratamiento quirúrgico	≥90%			90.9% (10/11)	85%-97%
			70%-89%	78.3	77.4		
			<70%				
Proporción de mujeres con cáncer de mama a quienes se les realizó cirugía conservadora de la mama infiltrante	Número de mujeres con cáncer de mama infiltrante a quienes se les realizó cirugía conservadora de mama	Total de mujeres con cáncer de mama infiltrante que recibieron tratamiento quirúrgico	≥65.4%		71.3	36.5% (27/74)	60%-76%
			18.9%-65.3%	54.7			
			<18.9%				
Proporción de mujeres con cáncer de mama con valoración por cuidado paliativo	Número de mujeres con cáncer de mama invasivo en estadios tempranos con valoración con cuidado paliativo	Total de mujeres con cáncer de mama invasivo en estadio temprano con valoración por cuidado paliativo	por definir	7.0%	7.4%	0% (0/26)	0%
	Número de mujeres con cáncer de mama invasivo en estadios avanzados con valoración con cuidado paliativo	Total de mujeres con cáncer de mama invasivo en estadio avanzado con valoración por cuidado paliativo	por definir	9.3%	7.30%	9.1% (4/44)	1%-18%
Bueno	Regular	Malo					

* Punto de corte 2016-2017: Valor del indicador estandarizado por el consenso de la CAC para cáncer de mama y su semaforización (5).

† Colombia 2016: línea de base encontrada por la CAC para el año 2016 en Colombia (8)

‡ Colombia 2017: línea de base encontrada por la CAC para el año 2017 en Colombia (8).

+ HSJD: Hallazgos encontrados en el Hospital San Juan de Dios – Consultorio Rosado (2017-2018).

Tabla 4. Indicadores de oportunidad en población de paciente con cáncer de mamas atendidas en HSJD-CR 2017-2018.

Nombre	Numerador	Denominador	Punto de Corte	Colombia			HSJD-CR §	
			2016-2017*	2016 †	2017 ‡	Promedio	Mediana	Semaforización
Oportunidad de la atención global (tiempo entre la consulta por la presencia de síntomas asociados al cáncer hasta el primer tratamiento (días))	Sumatoria de los días transcurridos entre la primera consulta en la institución que realizó el diagnóstico y el primer tratamiento quirúrgico	Total de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama	≤60		91.7			4.6 (6/130)
			61-75					4.6 (6/130)
			>75	234	87.8	170	130	90.8 (118/130)
Oportunidad de la atención en cáncer- diagnóstico (tiempo entre la primera consulta y el diagnóstico- lectura de la patología). (Días)	Sumatoria de los días transcurridos entre la primera consulta y el diagnóstico (lectura de la patología)	Total de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama	≤30					23.2 (61/263)
			31-45					23.6 (62/263)
			>45	171	58	57	48	52.3 (140/263)
Oportunidad de la atención en cáncer- tratamiento (tiempo entre el diagnóstico- lectura de la patología - hasta el primer tratamiento quirúrgico). (Días)	Sumatoria de los días transcurridos entre la lectura de la patología y el primer tratamiento quirúrgico	Total de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama	≤30		29.8			2.8 (4/144)
			31-45					5.6 (8/144)
			>45	63.5		119	144	91.7 (132/144)
Bueno	Regular	Malo						

* Punto de corte 2016-2017: Valor del indicador estandarizado por el consenso de la CAC para cáncer de mama y su semaforización (5).

† Colombia 2016: línea de base encontrada por la CAC para el año 2016 en Colombia (8)

‡ Colombia 2017: línea de base encontrada por la CAC para el año 2017 en Colombia (8).

§ HSJD: Hallazgos encontrados en el Hospital San Juan de Dios – Consultorio Rosado (2017-2018).

Tabla 5. Indicadores de resultado- letalidad en población de paciente con cáncer de mamas atendidas en el HSJD-CR. 2017-2018.

Nombre	Numerador	Denominador	Punto de Corte	Colombia		HSJD-CR +		
			2016-2017*	2016 †	2017 ‡	%(n)	IC (%)	
Letalidad en mujeres con cancer de mama	Número de mujeres con cáncer de mama que fallecieron durante el periodo- estadios tempranos	Total de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en el periodo -estadios tempranos	<1.3%				0 (0/26)	0%
			1.3%-2.0%		1.3%			
			>2%			2.5%		
Letalidad en mujeres con cancer de mama	Número de mujeres con cáncer de mama que fallecieron durante el periodo- estadios avanzados	Total de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en el periodo -estadios avanzados	<4.4%		3.5%			
			4.4%-5.0%					
			>5%			6.6%	12.5 (6/48)	3%-22%
Bueno	Regular	Malo						

* Punto de corte 2016-2017: Valor del indicador estandarizado por el consenso de la CAC para cáncer de mama y su semaforización (5).

† Colombia 2016: línea de base encontrada por la CAC para el año 2016 en Colombia (8)

‡ Colombia 2017: línea de base encontrada por la CAC para el año 2017 en Colombia (8).

+ HSJD: Hallazgos encontrados en el HSJD-CR (2017-2018).

estadificación se reportó en 91.7% de las pacientes (5), en el presente estudio se encontraron 93 registros con estadificación de TNM, que correspondió al 28.3%, (IC del 95%: 26%-31%). Considerando un incumplimiento de este indicador, con semaforización en rojo, generando detrimento de la calidad del registro y de la calidad de la atención. Según estudio realizado en Argentina, pacientes diagnosticadas con cáncer de mama e inscritas en el Registro Institucional de Tumores de Argentina (RITA) de 2012–2016, se encontró un reporte de TNM en el 49.1% (n= 4,843; 2,380 /4,843) (9), observando gran diferencia a lo encontrado en el presente estudio.

La proporción de mujeres con cáncer de mama detectada como carcinomas in situ al momento del diagnóstico, este indicador evalúa la detección en estadios no invasivos o infiltrante, y con ello los programas estructurados de tamizaje poblacional, reflejando la gestión para la detección temprana y tratamiento inicial oportuno en esta patología (4). En la Cuenta de Alto Costo este indicador en el año 2017, alcanzó el 5.7% con un estándar de $\geq 12\%$, en el presente estudio, determinamos que el 20.4% (IC del 95%: 18%-27%) fueron de cáncer in situ, llegando a superar el estándar fijado por la Cuenta de Alto Costo (5), considerando que se cumple con el indicador, con semaforización verde. Comparativamente según la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) y la American Joint Committee on Cancer (AJCC), al momento del diagnóstico, se obtuvo un 6.8% de carcinomas in situ (etapa 0) (10), cifra inferior a la mostrada en el presente estudio.

La proporción de mujeres detectadas como carcinomas en estadios invasivo, tempranos al momento del diagnóstico, (estadios I a II) en la estadificación de las pacientes con cáncer de mama en la CAC fue del 51.4% (5), en el HSJD-CR con de 35.4% (IC 30%-42%), considerándose la semaforización roja, observándose una brecha en relación al estándar con la Cuenta de Alto Costo, exponiendo deficiencias en la calidad de la atención. Para la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) y la American Joint Committee on Cancer (AJCC) al momento del diagnóstico, se obtuvo un 36.4% en etapas tempranas (I y IIA) (10), similar al porcentaje encontrado en el presente estudio.

La proporción de mujeres detectadas como carcinomas en estadios invasivo, avanzados al momento del diagnóstico, (Estadios III a IV) en la estadificación de las pacientes con cáncer de mama en la CAC fue del 48.6% (5), en el HSJD-CR con de 51.6% (IC 55%-72%), considerándose la semaforización roja, lo cual conlleva a deficiencias en la calidad de la atención. Para la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) y la American Joint Committee on Cancer (AJCC) al momento del diagnóstico, se obtuvo un 45.2% para los pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en estadio infiltrante avanzadas (IIB, IIIA, IIIB y IIIC) (10), cifra inferior a la encontrada en el presente estudio.

En general, existe una variación muy importante con relación a los estadios al momento del diagnóstico, predominando las etapas tempranas en países desarrollados que cuentan con programas de educación de la población, tamizaje con mamografía que abarque la mayoría de la población a riesgo y con recursos económicos suficientes para la atención integral de los casos positivos. En el presente estudio, la mayoría de las mujeres que se diagnostican de cáncer de mama se encuentran en estadios avanzados, esto

es debido tanto a la falta de educación y concientización acerca de la enfermedad de las mujeres, como a la carencia de acceso a instituciones de salud para su atención.

La proporción de mujeres con diagnóstico histopatológico antes de la cirugía, Es un indicador importante al considerar que toda lesión maligna debe tener una confirmación histopatológica antes de que se realice cualquier conducta terapéutica (5). para la Cuenta de Alto Costo este indicador fue de 82.3% (8), en el presente estudio se encontró que el 100% de las pacientes tuvieron patología previa al primer tratamiento, considerándose con semaforización en verde. Este indicador se cumplió de manera contundente por el HSJD–CR, al compáralo con el estándar propuesto por la Cuenta de Alto Costo. En Argentina, según informe del registro nacional de cáncer en hospitales de Argentina, 2012 a 2016, el 91% de los cáncer de mama fueron diagnosticados por análisis histopatológico (12).

La proporción de mujeres con cáncer en estadio in situ de mama a quienes se les realizó cirugía conservadora (cuadrantectomía). La efectividad de la cirugía de conservación de la mama cuando se usa de la mano de radioterapia, en estadios tempranos, ha demostrado ser igual o superior a la mastectomía para el tratamiento del cáncer, pero con mejores resultados psicosociales y estéticos (9). Además, se ha asociado a mejores tasas de supervivencia (cuando se usa con radioterapia), junto con un menor número de complicaciones y comorbilidades (que se presentan más frecuentemente asociadas a la mastectomía) por ser este un procedimiento menos invasivo (10). Con relación a la cirugía conservadora practicadas a las pacientes en estadio in situ, según la Cuenta de Alto Costo la línea de base en Colombia en el año 2017 (8), fue de mínimo 77.4%. En el presente estudio se obtuvo una estimación de 90.9% para este indicador, la Institución cumple con el estándar para el indicador, por ello la semaforización se consideró verde.

La proporción de mujeres con cáncer de mama infiltrante a quienes se les realizó cirugía conservadora de la mama, la Cuenta de Alto Costo definió como la línea de base en Colombia para el año 2017, el 71.3% (8) en nuestro estudio se observó que al 68% de las pacientes intervenidas por cirugía en el HSJD-CR se les practicó cuadrantectomía, considerándose un indicador bueno para la Institución, con semaforización en verde, si se considera en la Cuenta de Alto Costo un estándar $\geq 65.4\%$ como meta en Colombia.

La proporción de mujeres con cáncer de mama con valoración por cuidado paliativo. Para la Cuenta de Alto Costo, la línea de base en Colombia en el año 2017 fue de 7.4% y 7.3% (8), en cáncer invasivo temprano y avanzado respectivamente. En nuestro estudio se obtuvo una estimación del 23.0%, de todas las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama tuvieron ordenamiento médico de cuidado paliativo considerándose un indicador bueno para la Institución, con la semaforización en verde; idealmente se debe considerar como meta al 100% de todas las pacientes con cáncer de mama. Esta ayuda terapéutica se debe implementar en todos los pacientes con cáncer de mama, con el objetivo de mejorar la calidad de vida, permitiendo determinar si el abordaje de estas pacientes ha sido de forma integral (4).

Indicadores de oportunidad

En otro grupo de indicadores, se encuentran los relacionados con los tiempos de oportunidad, de diagnóstico y tratamiento; las RIAS (Rutas de atención integral en Salud), fija como estándar un valor menor o igual a 30 días en la oportunidad del diagnóstico y en la oportunidad de inicio de tratamiento para cáncer de mama, por ende, la oportunidad global de atención (diagnóstico y tratamiento) de estas pacientes debiera ser máximo de 60 días (1). Según estudio realizado por el Instituto Nacional de Cancerología (INC), Colombia, en 2006 y 2007, en 1,106 mujeres que recibían tratamiento por cáncer de mama en Bogotá, con resultados de las medianas de tiempo desde la primera consulta hasta el diagnóstico (lectura de patología) fue de 91 días (IC 95%: 82-97 días; Rango: 0.2-2,138)); y el tiempo desde la primera consulta (mediana) hasta el tratamiento fue de 137 días (IC 95%:127-147 días; rango: 6 a 2,147) (11). De la diferencia de los indicadores anteriores, obtenemos el tiempo desde la lectura del estudio de patología hasta el primer tratamiento.

La oportunidad de la atención global, Es un indicador incluye el tiempo (días) de diagnóstico, estadificación y determinación de la conducta terapéutica hasta la iniciación del primer tratamiento. Para la Cuenta de Alto Costo la línea de base en Colombia en el año 2017 (8), fue de 87.8 días. En el presente estudio se estimó un promedio de 170 días y una mediana en 147 días (RIC: 211-114). Según estudio realizado por el Instituto Nacional de Cancerología, Colombia, en 2006 y 2007 (n=1,106) en mujeres que recibían tratamiento por cáncer de mama en Bogotá, el tiempo desde la primera consulta hasta el tratamiento fue de 137 días (mediana) (IC 95%:127-147 días; rango: 6 a 2,147) (10). Este indicador se consideró como desfavorable para la Institución, por lo que se determinó a través de la semaforización de la Cuenta de Alto Costo, franja roja, igualmente al compáralo con el estudio del INC. Se consideró como los determinantes de este hallazgo, la fragmentación de la atención, las barreras en el acceso, las dificultades en el proceso de autorizaciones, a las deficiencias en la oportunidad para la realización de pruebas diagnósticas, y problemas relacionados con el tratamiento, entre otros aspectos a los cuales se enfrentan las pacientes, este indicador refleja la gestión integral en esta patología por parte de las entidades aseguradoras y prestadoras (5).

La oportunidad para el diagnóstico, entendido como el tiempo (días) entre la primera consulta por la presencia de síntomas asociados al cáncer, hasta la fecha de lectura de la patología; para la Cuenta de Alto Costo, la línea de base en Colombia en el año 2017, fue de 56.6 días (IC 54.2-59.2) (8) y una mediana de 30 días (RIC 15-65) (9). En el presente estudio se estimó una mediana de 48 días (n: 263; RIC: 32.5 – 69.5), los valores analizados oscilaron entre 3 y 247 días, considerándose un indicador que no cumple la institución, con la semaforización rojo; idealmente se debe considerar como meta 30 días de oportunidad de diagnóstico para las pacientes con cáncer de mama. En Argentina, en el estudio de las mujeres inscritas en el Registro Institucional de Tumores, el 50% de las mujeres se atendieron con una oportunidad entre 9 y 66 días para acceder al diagnóstico después de la primera consulta (9), cifra superior que la encontrada en el presente estudio. Este indicador en el HSJD-CR, es determinado por el fraccionamiento de la toma de la biopsia y el procesamiento del informe de patología realizado por otro proveedor, la realización de estudios especializados como son biopsia por estereotáxicas de la mama y

resonancia magnéticas, son de difícil autorización por parte del asegurador y posterior realización del procedimiento.

La oportunidad para el tratamiento, entendido como el tiempo (días) entre la fecha de lectura de la patología, hasta la realización del primer tratamiento, en este caso, quirúrgico; determina el pronóstico del paciente y es un referente para medir la calidad de la atención en esta población (5). Para la Cuenta de Alto Costo, en el año 2017, fue de 68.6 días en promedio (IC 95% 67.0-70.3) y una mediana de 55 días (RIC 30-92) (9). La mediana que obtuvimos fue de 102 días (n: 144, RIC: 74-146,8), esta medición se considera mala para la Institución y su semaforización rojo. En el estudio argentino este indicador se encontró entre 9 y 81 días para comenzar el primer tratamiento oncológico después del diagnóstico. Idealmente se debe considerar como meta 30 días de oportunidad de diagnóstico para las pacientes con cáncer de mama. En este indicador es determinado en el HSJD-CR por problemas administrativos y laborales del HSJD-CR, que hacen aumentar los tiempos para la programación de cirugía, adicionalmente los tiempos de autorización de las EAPB, son prolongados. Al igual que todos los pacientes que se les hace ordenamiento médico en la Institución, para realizar procedimiento quirúrgico, son enviados por las EAPB, a otros prestadores, que posteriormente al no tener oportunidad para la realización del procedimiento, regresan con orden de tutela, para la realización del procedimiento en el HSJD-CR, provocando detrimento en este indicador y empeorando la calidad de la atención de estas pacientes. Se considera este indicador malo para la calidad de la atención.

La letalidad en mujeres con cáncer de mama. Para la Cuenta de Alto Costo en el año 2017 se estimó una letalidad para estadio temprano del 2.5% y en estadios avanzados de 6.6%. Estimamos una letalidad del 9.4% (IC 11%-17%), para la totalidad de las pacientes a estudio. Se considera que el indicador no es comparable ya que están calculados con subpoblaciones diferentes.

Limitaciones y fortalezas

Como limitaciones para la realización del presente estudio, se encontraron las diferencias en el manejo en las etapas de diagnóstico y tratamiento de los pacientes, la introducción de nuevas tecnologías y procedimientos de tratamiento y la variabilidad de los casos, dado por la complejidad de la patología. Adicionalmente las deficiencias en la calidad del dato, obtenida de la historia clínica como fuente de información, El porcentaje de datos faltantes para ciertas variables es el principal factor limitante de los resultados del presente estudio, ya que podrían llevar a resultados sesgados. Sin embargo, los hallazgos no contradicen los presentados en los diversos estudios exhibidos como comparadores, por lo que se puede afirmar que la pérdida de datos no afectó la validez de los resultados. El objetivo futuro es mejorar la calidad de los registros, determinando el mejoramiento de la ejecución de los diferentes actores del Sistema en el tema. La fragmentación de la atención hace que la información pierda uniformidad, por la diferencia de los procesos de cada institución que intervienen en la atención. Por último, los resultados obtenidos por la Cuenta de Alto Costo, pueden aproximarse y ser un reflejo de la realidad del proceso de atención, sin embargo, se observa debilidades en el reporte, adicionalmente el registro de datos de la Cuenta de Alto Costo lleva pocos años de funcionamiento y por ello se considera una fuente de datos en formación.

Como fortalezas del presente estudio se consideran la inclusión de la totalidad de las pacientes que cumplieron criterios de inclusión. Este estudio se realizó por equipo multidisciplinario (Médicos, Estadístico, Epidemiólogos, Administradores en Salud) y adicionalmente, se contó con unos comparadores estándar para Colombia.

Por lo anteriormente expuesto, la validez externa, se tendría solo para poblaciones y entornos sociodemográficas similares al del presente estudio.

Conclusión

La detección temprana, la oportunidad e integralidad del tratamiento son determinantes en el pronóstico y la calidad de vida de estas pacientes. El HSJD-CR consiente de estos postulados y acorde a su responsabilidad social, realizó la primera evaluación de la calidad de la atención, resultando un cumplimiento del 50% de los indicadores al compararse con los indicadores propuestos por la Cuenta de Alto Costo. De los 12 estándares de la Cuenta de Alto Costo que se compararon con el presente estudio, 5 de ellos mostraron un cumplimiento del estándar, correspondiendo a: porcentaje de realización de cirugía conservadora (cuadrantectomía) en pacientes con estadio in situ e infiltrante, detección de cáncer en estado in situ, biopsia previa a procedimiento quirúrgico y valoración por cuidado paliativo. El indicador de proporción de mujeres detectadas como carcinomas en estadios avanzados al momento del diagnóstico, se encuentra en un nivel intermedio de cumplimiento, según la Cuenta de Alto Costo. Con la anterior evaluación se busca identificar los indicadores sujetos a un plan de mejora, el registro clínico para minimizar la pérdida de información y reducir las barreras de acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento, y así garantizar una atención oportuna y mejorar el pronóstico de las pacientes con esta patología. Resulta imperativo gestionar ante las EAPB acciones para evitar el fraccionamiento de la atención. Esta evaluación servirá como línea de base para planes de mejora, comenzando con el mejoramiento de registro médico, las oportunidades de diagnóstico y tratamiento que darán como resultado un incremento en la expectativa y calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama, en la población vulnerable de la región.

El cáncer de mama representa una de las patologías más frecuentes en la región y demanda un creciente número de actividades clínicas Hospital de San Juan de Dios de Cali, como centro de remisión de la Red Pública de Salud, para esta patología. Con esta perspectiva, se considera en la Institución, el cáncer de mama, como un problema de salud pública.

Referencias

1. IARC. Latest global cancer data: Cancer burden rises to 18.1 million new cases and 9.6 million cancer deaths in 2018. IARC; 2018. https://www.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/09/pr263_E.pdf.
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018;;68 (6): 394-424.Doi: 10.3322/caac.21492.

3. OMS. Cáncer de mama: prevención y control. OMS; 2014. Cited: 2019 Apr 21. Available from: <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>.

4. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología, ESE. Plan decenal para el control del cáncer en Colombia, 2012-2021. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Cancerología, ESE; 2012. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Documents/Plan-Decenal-Cancer/PlanDecenal_ControlCancer_2012-2021.pdf

5. Cuenta de alto Costo. Indicadores prioritarios para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión de riesgo por parte de aseguradores y prestadores en pacientes con Cáncer de mama y cuello uterino en Colombia. Consenso basado en la evidencia. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo; 2016. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/indicadores-prioritarios-para-la-medicion-evaluacion-y-monitoreo-de-la-gestion-de-riesgo-por-parte-de-aseguradores-y-prestadores-en-pacientes-con-cancer-de-mama-y-cuello-uterino-en-colombia/?1609606802890>.

6. Ministerio de Salud y Protección Social. Rutas integrales de atención en salud (RIAS); 2016. Cited: 2019 Sep 24. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/rutas-integrales-de-atencion-en-salud.aspx>.

7. Castillo C del SM, Cabrera MEC, Derio P. L, Gaete V. F, Cavada CH. G. Resultados del tratamiento del cáncer de mama, programa nacional de cáncer del adulto. *Rev Med Chil*. 2017; 145(12): 1507–13.

8. Cuenta de Alto Costo. Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia. Bogotá: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo; 2018. <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/situacion-del-cancer-en-la-poblacion-adulta-atendida-en-el-sgsss-de-colombia/>. Cited: 2019 Oct 9.

9. Abriata MG, Macías GR. Patients with breast cancer: report from a national hospital-based cancer registry in Argentina, 2012 to 2016. *J Glob Oncol*. 2019; 5: 1-10. doi: 10.1200/JGO.2016.009050.

10. American Joint Committee on Cancer (AJCC). Cancer Staging Manual. 8va edition. Chicago, USA: American Joint Committee on Cancer; 2018.

11. Piñeros M, Sánchez R, Perry F, Armando GO, Ocampo R, Cendales R. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Salud Pública México*. 2011; 53(6): 478-485.

©Universidad Libre 2019. Licence Creative Commons CCBY-NC-ND-4.0. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

