

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Derivación de la patología mamaria desde la atención primaria la terciaria. Experiencia con un consultorio

Drs. CAROLINA BARRIGA, M GLORIA VILLEGAS, JAMILE CAMACHO, PAULA ESCOBAR,
Matr. EDDA TORTOROLO

Servicio de Cirugía, Hospital del Salvador, Departamento de Cirugía Oriente, Universidad de Chile

RESUMEN

El objetivo de este estudio es evaluar la comunicación entre un consultorio periférico y la atención terciaria y ver cómo influye esto en el tiempo de derivación y resolución del problema del paciente. Desde enero de 1999 a junio de 2001, se derivaron desde el consultorio de La Reina al Equipo de Cirugía Mamaria del Servicio de Cirugía del Hospital del Salvador 62 pacientes con patología mamaria benigna y maligna, de las cuales consultaron finalmente 49. Todas las pacientes fueron derivadas por el mismo médico con el cual nuestro equipo tiene una fluida relación. Las derivaciones se realizaron mediante interconsulta y en los casos de sospecha de neoplasia el médico del consultorio informó, además, por vía telefónica. El poco tiempo de espera de estas pacientes para ser atendidas en el hospital (4 días) y para cirugía (20 días en los carcinomas), se explica por la buena comunicación con el médico del consultorio, lo que permite una expedita atención y por el conocimiento de éste de la patología mamaria.

PALABRAS CLAVES: **Patología mamaria, atención primaria, atención terciaria**

SUMMARY

We evaluated the efficacy of the referral system between a suburban outpatient clinic and a tertiary level hospital. We analyzed the communication system, referral delays and problem resolution for the patient. From January 1999 to June 2001, 62 patients with both benign and malignant breast conditions were referred from the La Reina clinic to the Breast Surgery Unit of the Hospital del Salvador. Of them, 49 patients were seen at our Unit. All patients were referred by the same physician who has an open communication with us. Patients were sent with a written referral order and in cases of probable malignant tumors the referral doctor also requested it by phone. Patients were seen at the hospital within 4 days and underwent surgery within 20 days in case of malignancy. This short waiting period can be explained by the good communication between the primary care physician and the hospital, which allows for timely resolution of the problem.

KEY WORDS: **Breast pathology, primary care, tertiary care**

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es reportar la experiencia entre un consultorio primario municipalizado

y la atención terciaria, y cómo la coordinación administrativa influye en el tiempo de derivación y resolución del problema de patología mamaria de la población.

INTRODUCCIÓN

La demora o retraso en el inicio del tratamiento definitivo de una paciente con patología mamaria maligna (PMM) tiene consecuencia con significancia estadística en la sobrevida libre de enfermedad, y en la sobrevida global.¹⁻³ Así, el retraso o demora podría considerarse como un factor pronóstico adverso,³ susceptible de ser corregido si se establecen las causas que en los diferentes períodos se presentan. Estas causas pueden tener origen en la paciente (educación, edad, importancia que le da al síntoma diferente a nódulo, etcétera), en el sistema administrativo de salud (manejo de la Interconsulta "Urgente", horas médicas, etcétera), o en el médico (conocimientos, experiencia, etcétera).^{1,4-7}

MATERIAL Y METODO

En el período de tiempo comprendido entre los meses de enero de 1999 y junio de 2001 se derivaron desde el Centro de la Mujer, unidad operativa del centro de Salud Familiar de la comuna de La Reina al Equipo de Cirugía Mamaria del Servicio de Cirugía del Hospital Salvador, 62 pacientes con patología mamaria benigna y maligna de las cuales finalmente consultaron 49, quienes fueron derivadas con interconsulta por un mismo médico del consultorio hacia nuestro equipo. Con este médico hay una fluida relación y en todas las pacientes con sospecha de neoplasia hubo comunicación telefónica.

Se definieron los tiempos de manejo como se detalla a continuación:

Tiempo A: Fecha de inicio de síntomas.

Tiempo B: Fecha 1ª consulta en el Centro de la Mujer.

Tiempo C: Fecha de derivación con Interconsulta.

Tiempo D: Fecha de 1ª consulta en el Hospital Salvador.

Tiempo E: Fecha de inicio de tratamiento definitivo.

Los intervalos de tiempo se designaron como sigue:

Período AB: Período de tiempo entre la fecha del primer síntoma y la fecha de la primera consulta médica.

Período BC: Período de tiempo entre la fecha de la primera consulta y la fecha de la derivación con Interconsulta.

Período CD: Período de tiempo entre la fecha de la Interconsulta y fecha de la primera consulta a nivel terciaria, en el Hospital Salvador.

Tabla 1

TIEMPOS OBSERVADOS PARA CADA PERÍODO, COMPARANDO PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA PMB Y PATOLOGÍA MAMARIA MALIGNA PMM

	PMB	PMM	Global
Período AB	20,8 meses	18,3 meses	17 meses
Período BC	11 días	1,1 día	10 días
Período CD	5,2 días	3,5 días	4,6 días.
Período DE	37,1 días	19,3 días	35 días

Período DE: Período de tiempo entre la fecha de la primera consulta en el Hospital Salvador y fecha de inicio de tratamiento definitivo, quirúrgico o no.

RESULTADOS

En un período de 30 meses se atendieron a nivel terciario 49 pacientes derivadas desde nivel primario ya indicado de un total de 62. La diferencia correspondiente a 13 pacientes es debido que ellas decidieron no consultar en el Hospital Salvador, sino que se desviaron a otros centros, algunos particulares o no consultaron. La media de edad de nuestro grupo fue de 49 años (rango 18-73).

De las 49 pacientes que consultaron, 37 lo hicieron por patología mamaria benigna (PMB) y 12 por patología mamaria maligna (PMM), una de ellas por patología mamaria maligna bilateral; de los 12 PMM, 6 (50%) eran asintomáticas, comparado con 17% para la estadística nacional según MINSAL.

Los tiempos observados para el período AB (Tabla 1) fueron 20 y 18 meses para PMB y PMM respectivamente con rangos entre 1 y 60 meses. La demora en derivar desde el Centro de la Mujer al Hospital Salvador (período BC) es de 11 y 1 día para PMB y PMM, respectivamente, con rangos entre 0 y 78 días. Para el período CD los tiempos observados fueron 5,2 y 3,5 días para PMB y PMM, respectivamente, con rangos entre 0 y 17 días y para el período DE fueron 37 y 19 días para PMB y PMM, respectivamente, con rangos entre 4 y 327 días.

De las 49 pacientes que consultaron, 40 fueron intervenidos quirúrgicamente. Las 9 restantes fueron presentadas a comité de mama para reevaluar mamografías, y una de ellas se sometió a biopsia estereotáxica percutánea. A las 40 pacientes operadas se les realizaron 44 cirugías, con 29 mastectomías parciales, 27 biopsias radio quirúrgicas, 9 mastectomías parciales con vaciamiento ganglionar axial, 4 tumorectomías, una mastectomía simple y una mastectomía radical modificada.

Tabla 2
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SÍNTOMAS Y PATOLOGÍA MAMARIA

	<i>Sintomática</i>	<i>Asintomática</i>	<i>Total</i>
PMM	6	6 (50%)	12
PMB	13	24 (64,8%)	37
Total	19	30 (61,2%)	49

Los diagnósticos de derivación fueron: 11 nódulos benignos, 10 nódulos indeterminados, 6 nódulos sospechosos, 14 microcalcificaciones, 3 distorsión de la arquitectura, 4 cánceres confirmados histológicamente, 2 enfermedades inflamatorias de la mama y un quiste complejo.

Los diagnósticos histopatológicos se distribuyeron como se observa en la Tabla 3, donde se destaca 3 CDIS, representando un 25% de ellos comparado con 10% a nivel nacional.

DISCUSIÓN

La demora o retraso de las 49 pacientes para ser derivadas y para el inicio del tratamiento definitivo, tan breve y menor a tres meses (tiempo promedio publicado en la literatura internacional),⁴ se explica en esta serie, por la buena y fluida comunicación entre los médicos de los centros de atención primaria y terciaria, y por el conocimiento de la patología mamaria por parte de ellos.

Este estudio nos permite sugerir que se pueden corregir las causas para los diferentes periodos de tiempo que se establecieron. Así, para el período AB donde la paciente es el factor más importante, podemos educar a la paciente a que reconozca síntomas diferentes al nódulo y que consulte sin temor a recibir regaños por parte del médico.³ Este período de tiempo es dependiente casi exclusivamente de la paciente. Influyen en ello factores sociodemográficos como la edad, escolaridad, nivel socioeconómico, factores psicosociales como emoción, conocimientos, antecedentes psiquiátricos, influencia social, conducta frente al primer síntoma, relación con el médico, entre otros.

Para el período BC el conocimiento y experiencia del médico del consultorio primario en patología mamaria, así como la paciente para que realice sus exámenes médicos solicitados son elementos importantes. En cambio, para el período CD la organización administrativa y los recursos juegan un rol destacado, y en ocasiones la edad de la paciente puede ser un factor de riesgo.⁵⁻⁸ Este período de tiempo depende de factores administrativos princi-

Tabla 3
DISTRIBUCIÓN DE CARCINOMAS SEGÚN TIPO HISTOLÓGICO

	<i>Número</i>
CDI	8 (1 bilateral)
CLI	1
CDIS	3
Ca. mucinoso	1
Total	13

palmente, pero también, de los médicos involucrados en el proceso.

El período DE es dependiente de los recursos del centro terciario casi exclusivamente. Este período depende de disponibilidad de horas de pabellón, de fechas de reuniones de Comité de Mama, entre otros. En las pacientes con tiempos extremos de atención, la causa fueron sus problemas personales. En nuestra casuística en PMM éste fue promedio de 19 días. Según las cifras oficiales del Ministerio de Salud año 2001⁹ éste fue en un 21% de los casos entre uno y dos meses y en un 17% mayor a tres meses.

Destacamos que nosotros como médicos logramos influenciar en el período CD, acortando considerablemente los tiempos de consulta en el hospital en relación a si la interconsulta hubiese seguido su curso regular. El promedio de consulta en PMM fue de 3,5 días, no siendo mayor a 4 días en ninguna paciente con cáncer. Esto debido a que en todos estos casos hubo comunicación telefónica directa entre los médicos de estos dos niveles de atención. Según las cifras del Ministerio de Salud año 2001,⁹ un 21% de las pacientes se demoraba entre uno dos meses en ser atendidas en el nivel terciario y un 10% más de dos meses.

La estrategia que debería aplicarse para mejorar los tiempos, debe ser la EDUCACION de la población, del personal médico y del personal administrativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Afzelius P, Zedeler K, Sommer H *et al*: Patient's and doctors delay in primary breast cancer. Prognostic implications. *Acta Oncol* 1994; 33: 345-51.
2. Richards MA, Sainsbury JR, Ramírez AJ *et al*: Delay in diagnosis in breast cancer. *Lancet* 1999; 353: 2155.
3. Richards MA, Westcombe AM, Love SB *et al*: Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. *Lancet* 1999; 353: 1119-26.

4. Spurgeon P, Barwell F, Kerr D: Waiting times for cancer patients in England after general practitioners referrals: retrospective national survey. *Br Med J* 2000; 320: 838-9.
5. Ramírez AJ, Westcombe AM, Burgess CC: Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. *Lancet* 1999; 353: 1127-31.
6. Nosarti Chiara, David A, Crayford T *et al*: Delayed diagnosis for breast disease is mostly due to patients. *Br Med J* 1997; 315: 1021.
7. Sainsbury R, Johnston C, Haward B: Effect on survival of delays in referral of patients with breast-cancer symptoms: a retrospective analysis. *Lancet* 1999; 353: 1132-5.
8. Correspondence: Delay in diagnosis in breast cancer. *Lancet* 1999; 353: 2154-6.
9. Programa de pesquisa y control del cáncer de mama. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Unidad de Cáncer, 26 de octubre de 2001.