

Retraso en la primera consulta después de la percepción de los signos/síntomas del cáncer de mama*

Atraso na primeira consulta após percepção dos sinais/sintomas de câncer de mama

Delay in the first medical appointment after noticing signs/symptoms of breast cancer

Recibido: 29/01/2020

Aprobado: 10/08/2020

Publicado: 22/09/2020

Milena Edite Case de Oliveira¹

Tiago Almeida de Oliveira²

Tácila Thamires de Melo Santos³

Lorena Sofia dos Santos Andrade⁴

Mathias Weller⁵

Este es un estudio cuantitativo y transversal realizado entre 2016 y 2019 en dos centros de referencia en oncología de Paraíba, Brasil, cuyo objetivo fue identificar los factores que provocaron el retraso entre la percepción de los signos/síntomas del cáncer de mama y la primera consulta con el profesional de la salud. Se consideró un retraso cuando este intervalo fue superior a 60 días. Participaron 141 mujeres en la encuesta. El Análisis de Kaplan-Meier y la Regresión de Cox se utilizaron para el análisis estadístico. Los resultados mostraron que las mujeres que tenían acceso a servicios de salud privados (IC 95%: 0.003-0.24, $p < 0,01$), que realizaban pruebas de detección temprana (IC 95%: 0.02-0.46, $p < 0,01$) y que percibieron sus síntomas a través de pruebas de detección (IC 95%: 0.05-0.79; $p = 0,02$) tenían un menor riesgo de retraso. El estudio indica las barreras de acceso para las mujeres que utilizaron el servicio público en el estado de Paraíba, así como que la realización de pruebas de detección es un factor importante en la disminución del retraso.

Descriptor: Neoplasias de la Mama; Diagnóstico Tardío; Servicios de Salud.

Este é um estudo quantitativo e transversal realizado entre 2016 e 2019, em dois centros de referência em oncologia da Paraíba, que teve como objetivo identificar os fatores que levaram ao atraso entre a percepção dos sinais/sintomas do câncer de mama e a primeira consulta ao profissional de saúde. Foi considerado atraso quando esse intervalo foi maior que 60 dias. Participaram da pesquisa 141 mulheres. Para a análise estatística foram utilizadas a Análise de Kaplan-Meier e Regressão de Cox. Os resultados mostraram que mulheres que tinham acesso aos serviços de saúde particulares (IC 95%: 0.003-0.24, $p < 0,01$), que realizavam exames de detecção precoce (IC 95%: 0.02-0.46, $p < 0,01$) e que tiveram seus sintomas percebidos através de exames de rastreamento (IC 95%: 0.05-0.79; $p = 0,02$) tinham menor risco de atraso. O estudo indica barreiras de acesso para as mulheres que utilizaram o serviço público do estado da Paraíba, bem como que a realização de exames de rastreamento apresenta-se como fator importante para a diminuição do atraso.

Descritores: Neoplasias da Mama; Diagnóstico Tardio; Serviços de Saúde.

This is a quantitative and cross-sectional study carried out between 2016 and 2019, in two oncology reference centers in the state of Paraíba, Brasil, which aimed to identify factors that led to the delay between the perception of signs/symptoms of breast cancer and the first appointment with a healthcare professional. A delay was considered when this interval was greater than 60 days. 141 women participated in the research. For statistical analysis, Kaplan-Meier Analysis and Cox Regression were used. The results showed that women who had access to private health services (95% CI: 0.003-0.24, $p < 0.01$), who underwent early detection (95% CI: 0.02-0.46, $p < 0.01$) and who had their symptoms perceived through screening tests (95% CI: 0.05-0.79; $p = 0.02$) had a lower risk of delay. The study indicates barriers of access for women who used public services in the state of Paraíba, as well as the fact that going through screening tests is an important factor in reducing delay.

Descriptors: Breast Neoplasms; Delayed Diagnosis; Health Services.

* Estudio financiado por la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

1. Psicóloga. Maestra en Salud Pública. Estudiante de Doctorado en Neurociencia Cognitiva y Comportamiento en la Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil. ORCID: 0000-0003-2266-5890 E-mail: milacdo1@gmail.com

2. Estadístico. Maestro y Doctor en Estadística y Experimentación Agronómica. Profesor del Departamento de Estadística de la Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, PB, Brasil. ORCID: 0000-0003-4147-7721 E-mail: tadolive84@gmail.com

3. Enfermera. Maestra en Salud Pública. Profesora del Centro Universitario Maurício de Nassau y Profesora sustituta del departamento de Enfermería de la UEPB, Campina Grande, PB, Brasil. ORCID: 0000-0001-7487-0605 E-mail: tacimelotj@hotmail.com

4. Bióloga. Enfermera. Maestra en Salud Pública. Campina Grande, PB, Brasil. ORCID: 0000-0003-4766-1482 E-mail: lorena_sofiagc@hotmail.com

5. Biólogo. Maestro en Biología. Doctor en Genética. Profesor Asociado del Programa de Posgrado en Salud Pública de la UEPB, Campina Grande, PB, Brasil. ORCID: 0000-0002-5881-4256 E-mail: mathiasweller@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama se considera un problema de salud pública y una de las principales causas de mortalidad femenina en el mundo¹. Para el año 2018, la estimación es de 2.088.849 nuevos casos de cáncer de mama femenino en el mundo, con una estimación de 626.679 muertes para el mismo año². El cambio del estilo de vida y la mayor esperanza de vida pueden dar lugar a un aumento de la incidencia del cáncer de mama en los países en desarrollo, mientras que en los países desarrollados las tasas se han mantenido estables³.

Se calcula que en el Brasil hay 59.700 nuevos casos de cáncer de mama para el bienio 2018-2019⁴. En las regiones del sur de Brasil, incluyendo los mayores centros urbanos del país, São Paulo y Río de Janeiro, la incidencia del cáncer de mama se mantuvo estable. Esto contrasta con la región Nordeste, que mostró un aumento de la enfermedad entre 2005 y 2018, de 27,23 a 63,98 nuevos casos por cada 100.000 mujeres^{4,5}.

Los retrasos en el tratamiento se consideran una de las principales razones de las elevadas tasas de mortalidad por cáncer de mama en los países en desarrollo, y se refieren al lapso de tiempo que transcurre entre el reconocimiento de los síntomas y el inicio del tratamiento⁶.

El retraso en el diagnóstico se puede subdividir en cuatro pasos: 1) La fecha del primer síntoma, definida como el momento en que se observan los primeros cambios corporales; 2) La fecha de la primera presentación, que consiste en la derivación al profesional de la salud para investigar posibles patologías; 3) La fecha de la derivación, cuando se produce una transferencia de responsabilidad de un profesional de la salud a un servicio especializado; 4) La fecha del diagnóstico, que se refiere a cualquier intervalo de tiempo que comience o termine con el diagnóstico⁷. En la fecha del primer síntoma se considera: la fecha en que se percibió el primer cambio en el cuerpo, la fecha en que se percibió el primer síntoma, la fecha en que la persona percibe una razón para discutir el síntoma con un profesional de la salud, y la fecha en que se percibió el síntoma de alto riesgo⁷.

Los estudios brasileños muestran una relación entre el retraso en el diagnóstico y los estadios avanzados de la enfermedad (III y IV), lo que lleva a un empeoramiento del pronóstico^{8,9}. Como factores que provocan el retraso de la paciente se consideran: el nivel educacional, el estado civil, el no reconocimiento de los signos y síntomas, el miedo a la muerte y el no tener servicio de salud en el lugar de residencia^{8,10,11}.

Hay estudios que han tratado de analizar el retraso en la primera consulta en el Brasil^{9,11,12}. Una encuesta mostró que, en Paraíba, el 41% de las mujeres están comenzando el tratamiento para el cáncer de mama en etapa avanzada^{11,13}. Además, los estudios que analizaron este intervalo de tiempo se centraron en el análisis de los factores de riesgo, como la percepción de la enfermedad por parte de la mujer y los factores sociodemográficos. Sin embargo, no se analizaron otras variables para explicar el retraso, como por ejemplo: la diferencia entre los servicios de salud públicos y privados en la interferencia del tiempo antes del diagnóstico de la enfermedad.

La población brasileña puede tener acceso a la atención médica gratuita a través del Sistema Único de Salud (SUS), o una parte de ella puede invertir en servicios de salud privados¹⁴. Sin embargo, la mayor parte de la población brasileña depende exclusivamente del servicio público de salud¹⁵.

Se supone que las mujeres que dependen exclusivamente del servicio público de salud corren un mayor riesgo de retraso. Así pues, el objetivo de este estudio fue identificar los factores que provocaron el retraso entre la percepción de los signos/síntomas del cáncer de mama y la primera consulta al profesional de la salud. Se consideró un retraso cuando este intervalo fue superior a 60 días.

MÉTODO

Este es un estudio cuantitativo, analítico y transversal¹⁶, donde se intentó analizar el intervalo de tiempo entre la percepción de los signos/síntomas del cáncer de mama y la primera consulta al profesional de la salud en mujeres con cáncer de mama en el Estado de Paraíba.

Los datos fueron recogidos entre octubre de 2016 y marzo de 2019 en dos centros de referencia de oncología que, en conjunto, tratan a más del 90% de todas las pacientes con cáncer de mama en el estado de Paraíba.

Se utilizaron como criterios de inclusión: mujeres, mayores de 18 años a las que se les diagnosticó cáncer de mama en los últimos tres años a partir de la fecha de recogida, que estaban siendo tratadas en uno de los dos centros de referencia analizados y que la percepción de los signos/síntomas se produjo a través de ellas mismas, de algún miembro de la familia o mediante pruebas de detección. Se excluyó del estudio a las que estaban siendo tratadas por la recurrencia de la enfermedad y que presentaban déficits cognitivos que impedían la recogida de datos.

Los datos recogidos fueron: sociodemográficos e informaciones acerca de las fechas de percepción de los signos/síntomas y la primera consulta al profesional de la salud. Se recogieron mediante la aplicación de un formulario construido por los investigadores, en este caso a través de entrevistas. Los datos sobre las características clínicas de la enfermedad se consultaron a través de las historias clínicas.

Se preguntó a las pacientes acerca del comportamiento preventivo, la edad, el nivel educativo, el estado civil, la situación laboral, los ingresos, la situación del seguro médico, si tenían síntomas antes del diagnóstico, el tipo de síntoma, el tipo de servicio de salud al que tenían acceso y si sabían cómo reconocer los síntomas. Se consideró un retraso de más de 60 días¹¹ entre el primer reconocimiento de los signos/síntomas y la primera consulta con el profesional de la salud.

El análisis estadístico se realizó con el software R (versión 3.4.3). Los valores p se determinaron mediante prueba de razón de verosimilitud. La selección de las variables para el modelo ajustado se obtuvo a través de *stepwise*.

Se utilizó la prueba de Kaplan-Meier para el análisis descriptivo de los datos, el intervalo de tiempo > 60 días se definió como evento. El tiempo de seguimiento consideró pacientes entre los años 2016 y 2019. Se utilizó la regresión de Cox para el análisis múltiple, obteniendo la razón de riesgo (RR) y el intervalo de confianza (95%IC), considerando $p < 0,05$.

La investigación fue aprobada por el Comité Nacional de Ética en la Investigación (CONEP; CEP-UEPB, con dictamen: 2.201.826, CAEE: 63083816000005187). Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de cada participante para la participación en el estudio y la posterior publicación de los datos. Como el estudio se realizó en sujetos humanos, siguió las directrices de la declaración de Helsinki de 2000.

RESULTADOS

Se entrevistaron 141 mujeres. La mayoría de la muestra fue compuesta por mujeres de 50 años o más, con un nivel educativo superior o igual a 12 años de estudio e ingresos mensuales entre 1 y 2 salarios mínimos (Tabla 1).

El intervalo de tiempo medio entre la percepción de los signos/síntomas y la primera consulta con un profesional de la salud fue de 41 días (intervalo: 0-1.592). Se consideró 0 días para las mujeres que hicieron la primera consulta con el profesional de la salud el mismo día que percibieron los signos/síntomas. Un total de 81 (57,4%) mujeres tuvieron su primera consulta con el profesional de la salud dentro de los 60 días siguientes a la percepción de los

síntomas y 60 (42,6%) mujeres buscaron esta atención después de 60 días de percepción (Tabla 1).

En cuanto a los signos/síntomas clínicos presentados antes del diagnóstico de la enfermedad, 85 (60,1%) informaron de un nódulo, 26 (18,4%) mujeres no informaron de ningún síntoma aparente, pero los signos se percibieron mediante pruebas de detección, 20 (14,2%) mujeres presentaron otros síntomas, excepto el nódulo, y 10 (7,1%) presentaron nódulo y otros síntomas (Tabla 1).

Entre los demás síntomas presentados se encontraron: hemorragia pulmonar, líquido transparente, hundimiento del pezón, mama hinchada con retracción del pezón, absceso doloroso en la mama, pezón invertido, apariencia inflamada de la mama, dolor en la mama, secreción procedente del pezón, ardor en la mama, signos flogísticos en la mama izquierda, protuberancia en la mama, pliegue en la mama”.

Tabla 1. Datos sociodemográficos y clínicos de mujeres con cáncer de mama. Paraíba, 2019.

Variables	No e %	Eventos ^{variable*} (%)	Mediana
Edad			
< 40 años	14 (9,9)	10 (71,4)	170
≥ 40 años < 50 años	40 (28,4)	14 (35,0)	144
≥ 50 años	87 (61,7)	36 (41,4)	152
Nivel educativo			
Analfabeto	12 (8,5)	8 (66,6)	182
< 12 años de estudio	50 (35,5)	19 (38,0)	143
≥ 12 años de estudio	79 (56,0)	33 (41,7)	144
Estado Civil			
Con pareja	80 (56,7)	33 (41,3)	133
Sin pareja	61 (43,3)	27 (44,3)	182
Trabajo			
Sí	50 (35,5)	24 (48,0)	154
No	91 (64,5)	36 (39,5)	150
Ingresos			
< 1 salario mínimo	6 (4,3)	3 (50,0)	120
≥ 1 < 2 salarios	91 (64,5)	40 (44,0)	154
≥ 2 salarios	44 (31,2)	17 (39,0)	144
Presentó síntomas antes del diagnóstico			
Sí	115 (81,6)	53 (46,1)	148
No	26 (18,4)	8 (5,7)	194
¿Qué síntoma presentó?			
Ninguno	26 (18,4)	8 (30,8)	194
Nódulo	85 (60,1)	36 (42,6)	148
Nódulo y otros	10 (7,1)	4 (40,0)	194
Otros	20 (14,2)	12 (60,0)	110

*Personas con un intervalo de más de 60 días

Tras la selección por *stepwise* y la estimación de la Razón de Riesgo del modelo final ajustado, considerando el retraso de más de 60 días entre la percepción de los signos/síntomas y la primera consulta con el profesional de la salud, los datos muestran que el grupo de mujeres incluidas en el grupo de edad mayor o igual a 50 años presentó un riesgo de retraso 3,21 veces mayor en comparación con las mujeres con edad menor a 40 años (IC 95%: 0.66-4.58; p= 0,024) (Tabla 2).

Las mujeres que afirmaron tener acceso a servicios privados o a ambos tipos de servicios (públicos y privados) disminuyeron el riesgo de retraso en un 97% (IC 95%: 0.003-0.24) y un 98% (IC 95%: 0.003-0.25), respectivamente, en comparación con las que sólo tenían acceso a los servicios públicos de salud (p <0,01) (Tabla 2).

Las participantes que informaron haber realizado pruebas de detección temprana disminuyeron el riesgo de retraso en un 90% cuando comparadas con aquellas que no realizaron las pruebas (IC 95%: 0,02-0,46; p<0,01). En relación con las pruebas de detección

temprana, las que informaron haber realizado la autoexploración mamaria al menos una vez al año, disminuyeron el riesgo de retraso en un 91% en comparación con aquellas que realizaban el autoexamen raramente (IC 95%: 0.02-0.34, $p < 0,01$). Y aquellas que se sometían a la mamografía al menos una vez al año disminuyeron el riesgo de retraso en un 80% en comparación con aquellas que se sometían a la mamografía raramente (IC 95%: 0.05-0.74; $p = 0,01$) (Tabla 2).

En cuanto a la percepción de los signos/síntomas, las mujeres que afirmaron haber sido algún miembro de la familia que percibió inicialmente el síntoma tuvieron un riesgo de retraso disminuido en un 68% en comparación con las que informaron de que ellas mismas percibieron el síntoma (IC 95%: 0.08-1.16; $p = 0,08$). Y las mujeres que informaron que los signos/síntomas fueron percibidos a través de pruebas de detección disminuyeron el riesgo de retraso en un 79% en comparación con las que lo percibieron solas (IC 95%: 0.05-0.79; $p = 0,02$) (Tabla 2).

Tabla 2. Razón de riesgo (RR) e intervalo de confianza (95%CI) del análisis de regresión de cox para las variables antes de la primera consulta con el profesional de la salud. Paraíba, 2019.

Variable	N (%)	Eventos ^{variable*} (%)	Mediana	RR ^{ajustado} (95%IC)	P
Edad					
< 40 años	14 (10,0)	10 (71,4)	170	Ref.	
40 a 49 años	40 (28,3)	14 (35,0)	144	1,74 (0,66-4,58)	0,261
≥ 50 años	87 (61,7)	36 (41,4)	152	3,21 (1,16-8,89)	0,024**
Tiene Plan de salud privado					
No	15 (10,6)	6 (40,0)	98	Ref.	
Sí	126 (89,4)	54 (42,8)	166	0,30 (0,07-1,29)	0,107
Servicios a los que tenía acceso					
Público	5 (3,5)	2 (40,0)	90	Ref.	
Privado	99 (70,2)	43 (43,4)	182	0,03 (0,003-0,24)	0,001*
Ambos	37 (26,3)	15 (40,5)	102	0,02 (0,003-0,25)	0,001*
Sabía reconocer los síntomas					
No	76 (53,9)	30 (39,5)	144	Ref.	
Sí	65 (46,1)	30 (46,2)	169	0,50 (0,24-1,03)	0,062
Realizaba pruebas de detección temprana					
No	85 (60,3)	34 (40,0)	120	Ref.	
Sí	56 (39,7)	26 (46,4)	179	0,10 (0,02-0,46)	0,002*
Realiza la autoexploración mamaria					
Raramente	83 (58,9)	40 (48,2)	150	Ref.	
Al menos una vez al año	58 (41,1)	20 (34,4)	183	0,09 (0,02-0,34)	<0,001*
Realiza mamografía					
Raramente	90 (63,8)	40 (44,4)	154	Ref.	
Al menos una vez al año	51 (36,2)	20 (39,2)	138	0,20 (0,05-0,74)	0,016*
¿Quién lo descubrió primero?					
La paciente	114 (80,9)	53 (46,5)	144	Ref.	
Familiares	6 (4,2)	3 (50,0)	302	0,32 (0,08-1,16)	0,084
Pruebas de detección	21 (14,9)	4 (19,0)	380	0,21 (0,05-0,79)	0,021*

* Personas con un intervalo de más de 60 días ** $p < 0,05$

DISCUSIÓN

Los resultados indicaron que las mujeres de más de 50 años, que sólo tenían acceso al servicio público de salud, que no se sometían a pruebas de detección temprana y que percibían sus síntomas por sí mismas, tuvieron un mayor riesgo de retraso.

Las mujeres que sólo utilizaron el servicio público de salud antes de la primera consulta presentaron mayor retraso en relación a las que utilizaron el privado, o el privado y el público al mismo tiempo. Estos hallazgos son similares a los encontrados en otros estados brasileños, donde las mujeres que utilizaban el servicio público de salud presentaron un mayor retraso en comparación con los servicios de salud privados^{8,9,12,17}.

El retraso entre la percepción de los signos/síntomas y la primera consulta con un profesional de la salud se asoció a la falta de recursos financieros en un estudio reciente realizado en México⁶. Esto se debe a menudo a la falta de directrices para la derivación o la solicitud de exámenes subsidiarios por parte de un profesional de la salud, como resultado del desconocimiento de los signos y síntomas de la neoplasia^{18,19}.

Las mujeres que informaron haber realizado pruebas de detección temprana, y las que informaron haberse autoexplorado las mamas y haberse hecho mamografías por lo menos una vez al año, disminuyeron el riesgo de retraso en la primera consulta en comparación con las que no realizaron las pruebas. El Ministerio de Salud contra indica la enseñanza de la autoexploración mamaria como método de detección del cáncer de mama, ya que considera que los posibles daños superan los posibles beneficios²⁰.

Por lo tanto, la mamografía sigue siendo el método más indicado, ya que permite la detección aún en la fase asintomática de la enfermedad, disminuyendo el riesgo de un diagnóstico tardío^{21,22}. Por consiguiente, el resultado favorable puede indicar que las mujeres que realizan la autoexploración mamaria tienen mayores actitudes preventivas en relación con la detección del cáncer de mama.

Estos resultados se corroboran con otra encuesta²³, en el que las barreras asociadas a la no adherencia a la mamografía a nivel individual pueden estar relacionadas con el conocimiento de los signos y síntomas y la actitud de la paciente hacia la percepción del síntoma. Hay una deficiencia en las medidas de educación sanitaria, ya que no destacan la importancia de que las mujeres realicen pruebas de detección²³. Hay otros factores que se interrelacionan con este problema, como la falta de dispositivos de mamografía proporcionados por el SUS. En este sentido, se señala al sistema de salud como uno de los determinantes de la barrera de acceso de la población al examen de mamografía²³.

Las mujeres que percibieron sus signos mediante pruebas de detección disminuyeron el riesgo de retraso en el diagnóstico, en comparación con las que percibieron sus propios síntomas. El estudio sugiere que el tipo de síntoma en la mama y el estrés emocional son factores que influyen en el retraso de una mujer en la búsqueda de un diagnóstico después de que los signos/síntomas han sido percibidos²⁴. Muchas mujeres relacionan el cáncer de mama con la percepción de los nódulos mamarios, sin tener en cuenta otros signos y síntomas de la enfermedad. Así pues, la presencia de un conocimiento parcial y erróneo del riesgo de cáncer de mama en las mujeres, y de los diversos síntomas de la neoplasia, reduce el beneficio del diagnóstico temprano²⁴.

La mayoría de la muestra fue constituida por mujeres de 50 años o más, y las mujeres de este grupo de edad presentaron un mayor riesgo de retraso en la primera consulta en comparación con las mujeres de menos de 40 años. Esto se justifica porque es el grupo de edad con mayor riesgo de incidencia de cáncer de mama⁴.

CONCLUSIÓN

Las limitaciones de este estudio son el bajo número de participantes y la fiabilidad de ciertas informaciones, porque las mujeres han sido cuestionadas por acontecimientos

pasados. Con el fin de minimizar las limitaciones, se intentó reunir a las mujeres que comenzaron el tratamiento con un período máximo de tres años hasta la fecha de la recogida. A su vez, este trabajo corrobora las investigaciones existentes acerca del retraso en la primera consulta, después de la detección de los signos/síntomas del cáncer de mama, así como plantea orientaciones sobre las políticas públicas del Estado de Paraíba, ya que se trata de un problema complejo y multifactorial.

A pesar de la existencia de políticas públicas orientadas a la detección temprana del cáncer de mama, los datos muestran un mayor retraso en las mujeres que han utilizado el sistema público de salud de forma exclusiva, lo que demuestra la vulnerabilidad social de estas mujeres y la dificultad de promover la equidad con acciones efectivas que permitan el diagnóstico de la neoplasia en etapas tempranas.

Así pues, se considera necesario proponer intervenciones destinadas a facilitar el acceso a la primera consulta, a la mamografía, además de la educación sanitaria en relación con los signos y síntomas del cáncer de mama, con miras a aumentar la adhesión de las mujeres a las pruebas de diagnóstico y la importancia del diagnóstico temprano, así como el reconocimiento temprano de los signos y síntomas de la neoplasia de mama.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Cancer [Internet]. 2018. [citado en 22 nov. 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/en/>
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.* [Internet]. 2018 [citado en 31 ago 2020]; 68(6):394–424. DOI:10.3322/caac.21492
3. Torre LA, Siegel RL, Ward EM, Jemal A. Global cancer incidence and mortality rates and trends- an update. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* [Internet]. 2016 [citado en 31 ago 2020]; 25: 16-27. DOI: 10.1158/1055-9965.EPI-15-0578
4. Ministério da Saúde (Br). Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (Brasil). Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA [citado en 31 ago 2020]; 2018. Disponible en: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/10/estimativa-incidencia-de-cancer-no-brasil-2018.pdf>
5. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (Brasil). Estimativa 2005: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2005.
6. Unger-Saldaña K, Fitch-Picos K, Villarreal-Garza C. Breast cancer diagnostic delays among young mexican women are associated with a lack of suspicion by health care providers at first presentation. *J Glob Oncol.* [Internet]. 2019 [citado en 31 ago 2020]; 5:1-12. DOI: 10.1200/JGO.19.00093
7. Weller D, Vedsted P, Rubin G, Walter FM, Emery J, Scott S, et al. The Aarhus statement: improving design and reporting of studies on early cancer diagnosis. *Br J Cancer.* [Internet]. 2012 [citado en 31 ago 2020]; 106(7):1262–7. DOI: 10.1038/bjc.2012.68
8. Oshiro ML, Bergmann A, Silva RG, Costa KC, Travaim IEB, Silva GB, et al. Câncer de mama avançado como evento sentinela para avaliação do programa de detecção precoce do câncer de mama no centro-oeste do Brasil. *Rev Bras Canc.* [Internet]. 2014 [citado en 31 ago 2020]; 60(1):15-23. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2014v60n1.488>
9. Rezende MCR, Koch HA, Figueiredo JA, Thuler LCS. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. *Rev Bras Ginecol Obstet.* [Internet]. 2009 [citado en 31 ago 2020]; 31(2):75-81. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n2/05.pdf>
10. Medeiros GC, Bergmann A, Aguiar SS, Thuler LCS. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2015 [citado en 31 ago 2020]; 31(6):1269-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00048514>
11. Weller M, Oliveira MEC, Santos TTM, Andrade LSS, Gomes KAL, Oliveira TA. Long travel distance for health care and poor adherence to breast cancer screening programs as predictors of patient delay. *Ann Epidemiol Public Health* [Internet]. 2019 [citado en 31 ago 2020]; 2(1):1008. Disponible en: <https://meddocsonline.org/annals-of-epidemiology-and-public-health/Long-travel-distance-for-health-care-and-poor-adherence-to-breast-cancer-screening-programs-as-predictors-of-patient-delay.pdf>
12. Barros AF, Uemura G, Macedo JLS. Tempo para acesso ao tratamento do câncer de mama no Distrito Federal, Brasil Central. *Rev Bras Ginecol Obstet.* [Internet]. 2013 [citado en 31 ago 2020]; 35(10):458-63. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n10/06.pdf>
13. Andrade ACM, Ferreira Júnior CA, Guimarães BD, Barros AWP, Almeida GS, Weller M. Molecular breast cancer subtypes and therapies in a public hospital of Northeastern Brazil. *BMC Women's Health* [Internet]. 2014 [citado en 31 ago 2020]; 14(110). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4166019/>

14. Malta DC, Stopa, SR, Pereira CZ, Szwarcwald CL, Oliveira M, Reis AC. Private health care coverage in the Brazilian population, according to the 2013 Brazilian National Health Survey. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2013 [citado en 31 ago 2020]; 22:179-90. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n1/en_1413-8123-csc-22-01-0179.pdf
15. McGregor AJ, Siqueira CE, Zaslavsky AM, Blendon RJ. Do elections matter for private-sector healthcare management in Brazil? An analysis of municipal health policy. *BMC Health Serv Res*. [Internet]. 2017 [citado en 31 ago 2020]; 17:483-96. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2427-5>
16. Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
17. Souza CB, Fustinoni SM, Amorim MHC, Zandonade E, Matos JC, Schirmer J. Estudo do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama em idosas de um hospital de referência em São Paulo, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2015 [citado en 31 ago 2020]; 20(12):3805-16. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n12/1413-8123-csc-20-12-3805.pdf>
18. Ferreira NAS, Carvalho SMF, Valenti VE, Bezerra IMP, Batista HMT, Abreu LC, et al. Treatment delays among women with breast cancer in a low socio-economic status region in Brazil. *BMC Women's Health* [Internet]. 2017 [citado en 31 ago 2020]; 17(13):1-8. DOI: 10.1186/s12905-016-0359-6
19. Gebrim LHA. Detecção precoce do câncer de mama no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [citado en 31 ago 2020]; 32(5):eC0010516. DOI: 10.1590/0102-311XC0010516
20. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Brasil). *Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
21. Rêgo NTDS, Escórcio-Dourado CSM, Martins LM. Fatores epidemiológicos associados à realização da mamografia. *Rev Interdisciplin*. [Internet]. 2019 [citado en 31 ago 2020]; 12(1):59-67. Disponible en: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1306>
22. Mauad EC, Nicolau SM, Moreira LF, Haikel Junior RL, Longatto-Filho A, Baracat EC. Adherence to cervical and breast cancer programs is crucial to improving screening performance. *Rural Remote Health* [Internet]. 2009 [citado en 31 ago 2020]; 9(3):1241. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19778158/>
23. Tramonte MS, Silva PCS, Chubaci SR, Cordoba CCRC, Zucca-Matthes G, Vieira RAC. Atraso diagnóstico no câncer de mama em hospital público oncológico. *Medicina (Ribeirão Preto)* [Internet]. 2016 [citado en 31 ago 2020]; 49(5):451-62. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v49i5p451-462
24. Sousa TP, Guimarães JV, Vieira F, Salge AKM, Costa NM. Fatores envolvidos na não realização dos exames de rastreamento para o câncer de mama. *Rev Eletr Enferm*. [Internet]. 2019 [citado en 31 ago 2020]; 21:53508. DOI: 10.5216/ree.v21.53508

CONTRIBUCIONES

Milena Edite Case de Oliveira contribuyó a la recogida y el análisis de datos, la redacción y la revisión. **Tiago Almeida de Oliveira** actuó en la recogida y análisis de datos. **Mathias Weller** y **Tácila Thamires de Melo Santos** colaboraron en la concepción y la revisión. **Lorena Sofia dos Santos Andrade** participó en la recogida, análisis de datos y en la revisión.

Como citar este artículo (Vancouver)

Oliveira MEC, Oliveira TA, Santos TTM, Andrade LSS, Weller M. Retraso en la primera consulta después de la percepción de los signos/síntomas del cáncer de mama. *REFACS* [Internet]. 2020 [citado en: *insertar el día, mes y año de acceso*]; 8(4):819-826. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

Como citar este artículo (ABNT)

OLIVEIRA, M. E. C.; OLIVEIRA, T. A.; SANTOS, T. T. M.; ANDRADE, L. S. S.; WELLER, M. Retraso en la primera consulta después de la percepción de los signos/síntomas del cáncer de mama. *REFACS*, Uberaba, MG, v. 8, n. 4, p. 819-826, 2020. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso en: *insertar el día, mes y año de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

Como citar este artículo (APA)

Oliveira, M.E.C., Oliveira, T.A., Santos, T.T.M., Andrade, L.S.S., & Weller, M. (2020). Retraso en la primera consulta después de la percepción de los signos/síntomas del cáncer de mama. *REFACS*, 8(4), 819-826. Recuperado en: *insertar el día, mes y año de acceso* de *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.