

Carcinoma colorrectal en un distrito sanitario. Factores asociados a su retardo diagnóstico, terapéutico y a su pronóstico

A.L. Lafraya Puente^a, L. Ayerbe García-Monzón^b, J. Pellicer Garrido^c y C. Bischofwerger Valdés^d

^aMedicina Familiar y Comunitaria. Área Básica de Villanueva de la Cañada. Área 6. Madrid.

^bMedicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torreledones. Área 6. Madrid.

^cServicio de Medicina Interna. Hospital El Escorial. Madrid.

^dMedicina Preventiva y Salud Pública. Hospital El Escorial. Madrid.

OBJETIVO. Nuestro estudio analiza los factores asociados a la rapidez en el diagnóstico y tratamiento del cáncer colorrectal y su implicación en el pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio observacional descriptivo retrospectivo de 107 pacientes. Medimos los tiempos transcurridos entre los primeros síntomas y la primera consulta médica, entre dicha consulta y el diagnóstico y entre el diagnóstico y la intervención quirúrgica. Buscamos relación entre dichos tiempos y la edad, sexo, presencia de antecedentes personales de riesgo, síntomas al inicio de la enfermedad, localización tumoral, primer médico consultado (Atención Primaria o Servicio de Urgencias) y el estadio al diagnóstico.

RESULTADOS. El tiempo medio entre primeros síntomas y primera consulta fue de 111,2 días (mediana = 60). El tiempo medio entre dicha consulta y el diagnóstico fue 38,4 días (mediana = 21,5). El tiempo medio entre diagnóstico y tratamiento quirúrgico fue de 22,7 días (mediana = 17).

No hallamos relación entre los tiempos de retardo diagnóstico y terapéutico y edad, sexo, clínica presentada, servicio consultado en el comienzo clínico, localización tumoral ni estadio. El porcentaje de estadios A y B fue significativamente mayor entre los pacientes con antecedentes personales de riesgo. Los pacientes que referían perder peso presentan estadios C y D en un porcentaje significativamente mayor, y tardan un tiempo notablemente mayor en hacer su primera consulta.

CONCLUSIONES. El sistema sanitario, en nuestro estudio, igual que en otros consultados, es rápido. El estadio al diagnóstico y el resto de variables estudiadas no se relacionan con la velocidad con que actúa.

Palabras clave: carcinoma colorrectal, retraso diagnóstico, retraso terapéutico.

OBJECTIVE. Our study analyzes the factors associated with diagnostic and therapeutic speed of colorectal cancer and its implication in the prognosis.

MATERIAL AND METHODS. Observational, descriptive and retrospective study on 107 patients. We measured the time between presentation of the first symptoms and the first medical consultation, between the said medical consultation and diagnosis and between the diagnosis and surgical intervention. We searched for the relationship between those times and age, gender, presence of personal risk factors, clinical debut, tumor site, first physician consulted (Family Physician or Emergency Physician), and the tumor stage at diagnosis.

RESULTS. The mean time between the first symptoms and the first medical consultation was 111.2 days (median = 60). The mean time between the said consultation and diagnosis was 38.4 days (median = 21.5). The mean time between diagnosis and surgical intervention was 22.7 days (median = 17).

No relationship was found between the times of diagnosis and therapeutic delay and age, gender, clinical debut, tumor site and tumor stage. The stages A and B percentage was significantly greater between the patients with personal risk factors. Patients with weight loss had significantly more C and D stages and also took longer to make their first medical consultation.

CONCLUSIONS. The health care system in our study and in others we have consulted is fast. The tumor stage on diagnosis and the remaining variables observed are not related with its action rate.

Key words: colorectal carcinoma, diagnostic delay, therapeutic delay.

Correspondencia: L. Ayerbe García-Monzón.
C/ Arturo Soria, 301.
28033 Madrid.
Correo electrónico: luisayere@hotmail.com

Recibido el 9-7-03; aceptado para su publicación el 17-11-03.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de colon es la segunda causa de muerte por cáncer, después del cáncer de pulmón, y a pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos desarrollados en los últi-

mos años, que han mejorado algo su pronóstico, los resultados son aún desalentadores: la supervivencia a los 5 años es inferior al 40%. Además, en este tiempo su incidencia en nuestro medio ha aumentado considerablemente con una tendencia de crecimiento anual del 2,2% en hombres y el 0,7% en mujeres. En España hay anualmente unos 18.000 nuevos casos y se producen unas 11.300 defunciones¹.

La Atención Primaria es la puerta de entrada más común al sistema sanitario, y es el médico de familia (MF) quien se encuentra con las primeras manifestaciones de la enfermedad. La clínica será frecuentemente inespecífica, pero sugestiva de patología tumoral. Por ello el MF debe ser un elemento clave en el diagnóstico precoz de la enfermedad.

Los tiempos de retardo diagnóstico (TRD) y terapéutico (TRT) son unos buenos parámetros para medir por un lado el retraso atribuible al paciente, influido tanto por factores dependientes del tipo de síntomas y de su familiaridad hacia ellos, como por factores culturales y socioeconómicos, y por otro lado, el retraso atribuible al sistema sanitario.

Los objetivos de nuestro estudio son los de analizar los factores que determinan los TRD y TRT y analizar su relación con el estadio en el que se inicia clínicamente la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo en el que se recogieron los datos de todas las historias clínicas de pacientes con diagnóstico anatomopatológico de adenocarcinoma de colon diagnosticados en el distrito 6.2 de Madrid (Hospital El Escorial) entre 1995 y 2001 (n = 107). Se recogieron las variables edad, sexo, año de diagnóstico, la existencia de antecedentes personales de riesgo (pólipos de colon, enfermedad inflamatoria intestinal y otras neoplasias de colon), la presencia en el comienzo clínico de anemia, hemorragia digestiva, pérdida de peso, diarrea, estreñimiento o dolor abdominal, la localización del tumor y su estadio (Dukes). Se recogió, asimismo, el tiempo entre los primeros síntomas y la primera consulta médica o retraso atribuible al paciente (RAP), el tiempo entre la primera consulta médica y el diagnóstico o TRD y el que transcurre entre el diagnóstico y la intervención quirúrgica TRT.

Los datos fueron recogidos por dos médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria a partir de historias clínicas, mediante un cuestionario estructurado elaborado al efecto.

Se aplicaron las siguientes pruebas estadísticas: en las variables cuantitativas continuas se comprobó la normalidad de las distribuciones mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para la estadística inferencial en variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi cuadrado (o, en su caso, la prueba exacta de Fisher) y en las variables cuantitativas, si la distribución era normal la "t" de Student, y si no, la U de Mann-Whitney. La relación entre variables

cuantitativas y cualitativas se buscó con la prueba de Kruskal-Wallis. Los cálculos estadísticos se efectuaron mediante el programa SPSS. El nivel de significación estadística se estableció en el 5%.

RESULTADOS

La frecuencia con que aparecen cada una de las variables estudiadas se muestra en las tablas 1 y 2.

El tiempo que el paciente tarda en hacer la primera consulta médica (RAP) no mostró tener relación significativa con la localización del tumor (prueba de Kruskal-Wallis con $p = 0,7$), ni con el estadio de este (Kruskal-Wallis $p = 0,56$). En cambio sí se encontró que los pacientes que refieren pérdida de peso consultan al médico en un tiem-

Tabla 1. Descripción de las variables del paciente

Variable	N	%
Edad		
Menores de 30 años	1	0,93
31-50 años	6	5,60
51-70 años	42	39,25
71-90 años	56	52,33
Mayores de 90 años	2	1,87
Sexo		
Varones	66	61,7
Mujeres	41	38,3
Presencia de AP de riesgo (pólipos en colon, neoplasias de colon anteriores, enfermedad inflamatoria intestinal)		
	15	14
Comienzo clínico		
Hemorragia digestiva	74	68,9
Diarrea	70	65,1
Dolor abdominal	41	38,7
Obstrucción	31	30,2
Pérdida de peso	31	29,2
Anemia	31	28,8
Procedencia		
Urgencias	36	33,6
Atención Primaria	41	38,3
No figura en la historia	30	28
Estadio		
A	14	13,84
B	32	29,9
C	23	21,49
D	16	14,95
No figura	22	20,56
Localización		
Colon ascendente	10	9,5
Colon transverso	5	4,76
Colon izquierdo	11	10,47
Recto-sigma	79	75,23

Tabla 2. Tiempos del proceso diagnóstico y terapéutico

Tiempos (días)	N	Mediana (rango)
Intervalo síntomas-primero médico (RAP)	94	60 (0-1.035)
Intervalo primero médico-diagnóstico (TRD)	96	21,5 (0-480)
Intervalo diagnóstico-tratamiento (TRTE)	75	117 (147-0)
Intervalo primero médico-tratamiento (TRTO)	68	37,5 (261-0)

RAP: retraso atribuible al paciente; TRD: tiempos de retardo diagnóstico; TRTE: tiempo de retraso terapéutico; TRTO: tiempo de retraso total atribuible al sistema sanitario.

Tabla 3. Relación entre estadio tumoral y pérdida de peso

Estadio	Sin pérdida de peso		Con pérdida de peso	
	n	%	n	%
A	14	23,3	0	0
B	22	36,7	10	40
C	18	30	5	20
D	6	10	10	40

po significativamente mayor que los que presentan otros síntomas (U Mann-Whitney $p = 0,01$).

No se halló relación significativa entre el estadio del tumor y si la primera consulta fue en Atención Primaria o en un Servicio de Urgencias (Chi cuadrado $p = 0,6$), ni entre el estadio y la localización del tumor (Chi cuadrado $p = 0,3$). En cambio, la disminución de peso en el comienzo clínico sí mostró asociación con estadios tumorales avanzados, tal y como se muestra en la tabla 3.

Se encontró un porcentaje significativamente mayor de estadios precoces del tumor (A y B) en pacientes con antecedentes personales de riesgo frente a pacientes sin ellos, como muestra la tabla 4.

DISCUSIÓN

El sistema sanitario en nuestro distrito se muestra rápido en sospechar, diagnosticar y tratar el cáncer colorrectal. Obtienen resultados similares otros autores de nuestro país^{2,3}. El proceso es igual de rápido, y el estadio tumoral igual de avanzado independientemente si el paciente entra al sistema por Atención Primaria o por Urgencias. En esto último obtenemos un resultado opuesto al de otros autores españoles⁴, que observan peor pronóstico en los pacientes que acuden a Urgencias. El mayor retardo, una vez que la enfermedad comienza a dar síntomas, se produce antes de la primera consulta. Los pacientes atribuyen los síntomas a la enfermedad una media de tres semanas, después de lo que lo haría el médico⁵.

A pesar de ello, un 36,4% de tumores en nuestro estudio se diagnostican en un estadio con un pronóstico de supervivencia menor del 50% a los 5 años. Igual que otros autores^{2,6-8}, no encontramos un mejor pronóstico entre los pacientes en los que el proceso de diagnóstico y tratamiento es más rápido. El crecimiento del tumor hasta el estadio en que es diagnosticado es un proceso asintomático.

En nuestro estudio muestran tener un porcentaje de estadios A y B de Dukes significativamente mayor los pacientes con antecedentes personales de riesgo. Como señalan algunos autores consultados⁹, estos pacientes deben estar rigurosamente registrados y seguidos de forma periódica, puesto que aunque tienen más riesgo de padecer la enfermedad, son los únicos sobre los que hoy en día es aplicable un programa de cribado.

Como último punto hemos comprobado, igual que otros autores¹⁰, que la población estudiada tarda en consultar al médico tras la aparición de los síntomas. En muchos casos éstos se atribuyen a patologías menores, como las hemorroides, y en otros, como ocurre con la pérdida de

Tabla 4. Relación entre el estadio tumoral y la presencia de antecedentes personales

	Estadio				Total
	A	B	C	D	
Sin antecedentes personales	8 11,3%	29 40,8%	22 31,0%	12 16,9%	71 100%
Con antecedentes personales	6 42,9%	3 21,4%	1 7,1%	4 28,6%	14 100%
Total	14 16,5%	32 37,6%	23 27,1%	16 18,8%	85 100%

Chi cuadrado 11,6 < 0,01.

peso, simplemente no se les da importancia. Hay más autores⁵ que encuentran también una infravaloración del síndrome constitucional. Hay una labor que hacer en este terreno, similar a la realizada para elaborar el diagnóstico precoz de tumores dermatológicos, educando a la población para que sepa qué síntomas deben ser motivo inmediato de consulta. Esta labor debe hacerse sobre todo el conjunto de la sociedad, dado que como reflejan algunos trabajos¹¹, no parece haber relación entre el RAP y el nivel educativo del paciente.

Esto marca una dirección a seguir: la identificación de nuevos factores de riesgo que permita reconocer poblaciones de riesgo sobre las que aplicar pruebas de cribado.

Por otro lado, cabe señalar que las pruebas de cribado actuales resultan poco útiles o impracticables. La colonoscopia es cara y tiene una escasa aceptación en la población asintomática. La prueba de sangre oculta en heces tiene baja sensibilidad (50%) y especificidad (5%-10%)¹². El desarrollo de nuevas pruebas con mayor fiabilidad, de mayor aceptación social y menor coste también sería una forma eficaz de diagnosticar antes de su comienzo clínico, consiguiendo así mejorar su supervivencia.

Esto nos lleva a pensar en la gran importancia que tienen las pruebas de diagnóstico precoz en esta enfermedad. Teniendo en cuenta nuestros resultados, igual que los obtenidos por otros equipos^{2,3,5,6,7,11}, el diagnóstico de esta patología debería hacerse en la fase presintomática, para conseguir una disminución importante de la gran mortalidad que provoca.

Hay que recalcar la importancia –coincidimos en esto con otros autores¹³– que tiene que los médicos de Atención Primaria sospechen la patología cuando el paciente consulta. Aunque en nuestro estudio no obtenemos este resultado, en otros trabajos consultados¹⁴ aparecen como tumores que se diagnostican y tratan con mayor rapidez aquellos en los que el médico de Primaria sospecha la patología desde la primera consulta, y como tumores de mayor retardo diagnóstico y terapéutico aquellos en los que el médico de Primaria atribuye los síntomas a otra enfermedad.

Agradecimientos

Al Dr. Fernando Caballero, Coordinador de Docencia de MFyC, Área 6 de Madrid, por su asesoramiento en la redacción de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. López-Albente G, Pollán M, Aragonés N, Pérez-Gómez B. Informe sobre la salud de los españoles. Cáncer. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Noviembre 2002 (Informe electrónico). Disponible en: <http://cancer.isciii.es/cancer/salud-cancer.pdf>
2. Mate J, Carbo J, Rodríguez S, Pajares JM. Influencia de la demora diagnóstica, edad y diferenciación tumoral de los adenocarcinomas de colon sobre el pronóstico de los mismos. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1986;69(5):417-9.
3. Banciella G, Caicoya M, Natal C. Retrasos en el manejo de Cáncer Colorrectal en Asturias. Póster. XV reunión Científica de la SEE.
4. Porta M, Fernández E, Belloc J, Malats N, Gallen M, Alonso J. Emergency admission for cancer: a matter of survival? *B J Cancer* 1998;77(3):477-84.
5. Belloc J, Porta M, Malats N, Gallen M, Planas J. El síntoma inicial atribuible al cáncer en los tumores del tubo digestivo. Un análisis de la concordancia entre el paciente y el médico. *Med Clin* 1994;103:401-7.
6. Porta M, Gallen M, Planas J, Malats N. El intervalo síntoma diagnóstico: una aproximación posible a la historia natural de las neoplasias. *Rev San Hig Pub* 1989;63:91-109.
7. Porta M, Gallen M, Malats N, Planas J. Influence of diagnostic delay upon cancer survival: an analysis of five tumour sites. *J Epidemiol Community Health* 1991;45:225-30.
8. Maguire A, Porta M, Malats N, Gallen M, Piñol JL, Fernández E. Cancer survival and the duration of symptoms. An analysis of possible forms of the risk function. *Eur J Cancer* 1994;30A:785-92.
9. McLennan I, Hill J. How can doctors diagnose colorectal cancer earlier? *BMJ* 1993;306.
10. Porta M, Gallen M, Belloc J, Malats N. Predictors of the interval between onset of symptoms and first medical visit in patients with digestive tract cancer. *Int J Oncol* 1996;8:941-9.
11. Mariscal M, Llorca J, Prieto D, Fariñas C, Delgado-Rodríguez M. Determinantes de los tiempos síntoma-asistencia-diagnóstico en los cánceres de tubo digestivo. *Cancer Detec Prevention* 2001;25(5):420-4299.
12. Harrison. Principios de Medicina Interna. 14th ed., 1998.
13. Sadler M. General Practitioners have important roles in cancer. *BMJ* 2000;321:19-26.
14. Simo E, Ureña M, Vernet M, Sender M, Larrossa P, Jovell E. Intervención del médico de familia en el diagnóstico del cáncer. *Aten Primaria* 2000;26(2):104-6.