

Percepción del inicio y la evolución de la sintomatología en pacientes hospitalizados con cáncer del tubo digestivo

M.C. Molina, M. Porta Serra, N. Malats, M. Jarlod, J.L. Piñol y E. Fernández

Departamento de Epidemiología y Salud Pública. Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM). Universidad Autónoma de Barcelona.



El estudio de las características del intervalo entre el primer síntoma y el diagnóstico del cáncer viene condicionado por la forma en que el paciente percibe y refiere la aparición de los signos y síntomas iniciales. El propósito de este estudio fue analizar los factores que influyen en dicha percepción. Para ello se entrevistaron 68 pacientes con neoplasia maligna del tubo digestivo, sintomáticos, ingresados en el Hospital del Mar de Barcelona, mediante un cuestionario estandarizado. El tiempo de aparición de toda la sintomatología fue de una semana en el 38 % de los pacientes, igual o inferior a un mes en el 53 %, e igual o inferior a 3 meses en el 75 %. Un 76 % de los enfermos acudieron al médico por el primer síntoma. Los síntomas que con mayor frecuencia motivaron la primera visita al médico por el proceso neoplásico fueron los hemorrágicos y los de aparición brusca o violenta; los síntomas menos asociados a la primera visita fueron el dolor abdominal y la anorexia. Sólo 5 enfermos manifestaron haber asociado el síntoma inicial a una enfermedad nueva y grave, el 61 % manifestaron no haber atribuido ninguna importancia al primer síntoma, un 15 % lo asociaron a otra enfermedad anterior, y un 17 % a una enfermedad nueva pero de carácter leve. Las mujeres refirieron 4 síntomas de mediana frente a 2 en los hombres ($p < 0,04$). Mientras que el número de síntomas fue discretamente superior entre los pacientes no fumadores y en los afectos de un cáncer de estómago, no guardó relación con el nivel de estudios ni con el grado de diseminación de la neoplasia. Los primeros síntomas producidos por una enfermedad cancerosa no suelen relacionarse con una situación grave por el paciente, lo cual retrasa el diagnóstico. Es importante prestar atención a la percepción de los síntomas por los pacientes, así como a su forma de comunicarlos.

Perception of the initiation and evolution of symptomatology in hospitalized patients with cancer of the digestive tract

The study of the characteristics of the interval from the first symptom to the diagnosis of cancer is influenced by the way in which the patient perceives and refers the appearance of the initial signs and symptoms. The aim of this study was to analyze the factors influencing this perception.

Sixty-eight symptomatic patients with malignant neoplasm of the digestive tract, hospitalized in the Hospital del Mar in Barcelona were interviewed with a standardized questionnaire. The time of appearance of all the symptomatology was one week in 38 % of the patients, equal to or less than one month in 53 %, and equal to or less than 3 months in 75 % of the cases. Seventy-six percent of the patients went to the physician on appearance of the first symptom. The symptoms of greatest frequency leading to the first medical consultation for the neoplastic process were hemorrhage, and symptoms occurring in a sudden, violent way, while the symptoms least associated to the first visit were abdominal pain and anorexia. The initial symptom was only associated to a new, severe disease in 5 cases, with 61 % report not having attributed importance to the first symptoms, 15 % associating the same with another previous disease, and 17 % associating the initial symptom to a new yet mild disease. Female patients referred a mean of 4 symptoms versus 2 in males ($p < 0.04$). Although the number of symptoms was slightly higher in non smoking patients and in those with stomach cancer, no relation was found with either the level of education or the degree of neoplastic dissemination.

The first symptoms induced by cancerous disease are not usually related with a severe situation by the patient thus delaying diagnosis. Symptom perception by patients, as well as the way in which these symptoms are communicated should be taken into account.

INTRODUCCIÓN

La detección precoz es una estrategia fundamental en la prevención secundaria del cáncer. Aunque en algunos tumores es factible y relativamente frecuente la detección en fase asintomática^{1, 2}, en muchos casos el diagnóstico se produce en la fase clínica de la enfermedad. Por ello, es de singular

Correspondencia: Dr. M. Porta Serra.
Instituto Municipal de Investigación Médica.
Universidad Autónoma de Barcelona.
Dr. Aiguader, 80. 08003 Barcelona.

Recibido el 7 de abril de 1994.

Aceptado para su publicación el 20 de abril de 1994.

lar relevancia estudiar los fenómenos que acontecen entre el primer signo o síntoma y el diagnóstico; en particular, el análisis de la evolución de los síntomas y su percepción por parte del paciente puede contribuir a mejorar nuestro conocimiento acerca de aquellos factores que influyen en que las personas soliciten atención médica con mayor o menor celeridad. Cabe subrayar, además, que en ocasiones se responsabiliza a los profesionales clínicos de no sospechar el diagnóstico neoplásico ante pacientes con una sintomatología indicativa. Puesto que los datos sobre la frecuencia temporal de los signos y síntomas en las neoplasias del tubo digestivo a menudo sólo son conocidos de forma intuitiva, su análisis puede así mismo contribuir al diagnóstico precoz clínico.

Para la determinación del intervalo entre el primer síntoma y el diagnóstico (ISD) resulta necesario conocer del modo más fiable posible la fecha de aparición del primer síntoma. Ello es complejo, pues esta información se obtiene de forma retrospectiva y su calidad depende de numerosos factores, tales como la memoria del paciente y su estado clínico³; así, algunos síntomas o signos no son percibidos como tales por determinados pacientes, o la importancia que éstos les otorgan hace que no resulten un motivo de consulta médica⁴⁻¹². Además, la enfermedad neoplásica muchas veces no se manifiesta con un solo síntoma sino con un conjunto de «primeros síntomas», aspecto este que probablemente ha sido simplificado en exceso por diversos trabajos sobre «demora diagnóstica». En efecto, a pesar de que son muchos los trabajos que se han propuesto analizar las causas y consecuencias del ISD^{5-7, 10, 13-23}, pocos se han detenido a valorar la percepción que tiene el paciente de los síntomas iniciales y de su evolución, así como los factores que influyen en la forma de referirlos y en la importancia atribuida a los mismos. En consecuencia, existe una gran variabilidad de criterios al considerar estas variables, lo que sin duda merma su validez y dificulta la interpretación de los distintos estudios.

El objetivo del presente trabajo, que forma parte de un amplio proyecto sobre los factores condicionantes del ISD^{5-7, 20-23}, fue analizar los factores relacionados con la percepción del inicio y la evolución de la sintomatología por parte de pacientes hospitalizados con una neoplasia del tubo digestivo.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se incluyeron en el estudio los pacientes sintomáticos diagnosticados de neoplasia maligna del tubo digestivo (localizada en esófago, estómago, colon y recto) asistidos en el Hospital del Mar (Barcelona), entre el 1 de junio de 1991 y el 31 de enero de 1992. Este hospital, con capacidad de 450 camas, atiende mayoritariamente a un sector de la ciudad de nivel socioeconómico medio-bajo.

La recogida de la información se llevó a cabo mediante cuatro cuestionarios estructurados. El primero consistía en una primera entrevista al paciente y se realizaba durante el ingreso hospitalario; el segundo se utilizó para una segunda entrevista al paciente, al cabo de 2 semanas —como mínimo— desde la primera; mediante el tercer cuestionario se entrevistó a la persona que desde antes del inicio de los síntomas convivía o atendía al paciente, y el cuarto cuestionario se utilizó para la recogida estructurada de información de la historia clínica, una vez realizadas las entrevistas. En este artículo se presentan los resultados correspondientes a la primera entrevista. En todos los casos el entrevistador fue el mismo médico (M.C.M.). La única información de que disponía antes de entrevistar a los enfermos era la localización del tumor; este dato era necesario para decidir, de entre los síntomas referi-

dos por el paciente, cuál era el síntoma inicial más verosímil o probable.

Características del cuestionario

El cuestionario para la primera entrevista al paciente era una adaptación para este estudio del utilizado en uno anterior^{5, 6} y constaba de cinco apartados. a) El primero de ellos correspondía a los datos sociodemográficos del paciente (datos personales y de identificación, tipo de cobertura sanitaria, nivel de estudios, profesión, situación laboral y clase social²⁴). En dicha entrevista se identificaba a la persona que cuidaba del paciente para poder entrevistarla posteriormente. b) El segundo apartado, referido a los antecedentes personales, incluía el hábito tabáquico, la historia familiar de cáncer y los antecedentes patológicos²⁵. c) El tercer apartado constaba de preguntas referentes a la cronología de aparición de los síntomas. La primera de ellas pretendía precisar lo más exactamente posible la fecha en la que según el paciente aparecieron los primeros síntomas de la enfermedad. Para estimular su memoria, se le sugirió que intentara relacionarla con alguna época del año, o bien con algún acontecimiento en particular. A continuación se preguntaba cuáles fueron los primeros síntomas que notó en aquel momento. Se anotaba el primero que refería de manera espontánea y, seguidamente, se le enumeraba cada síntoma o signo de un listado de los 18 síntomas más comunes en las neoplasias del tubo digestivo, para que mencionara los que presentó antes o después del ya indicado. Los síntomas se referían a un período de tiempo de 3 años anteriores al momento de la entrevista; se estableció este tiempo máximo por considerar que los presentados con anterioridad difícilmente podrían ser considerados como relacionados con la enfermedad actual, o bien su fiabilidad sería dudosa. Para cada síntoma, se siguió el procedimiento explicado anteriormente para la determinación de la fecha. En este momento, el médico entrevistador decidía cuál era el primer síntoma de la enfermedad entre los que había referido el paciente («primer síntoma médico», 1SM), y anotaba si éste coincidía con el primero que el paciente había referido. A continuación se interrogaba sobre la importancia asignada a los primeros síntomas, juzgada a partir de la gravedad y de la creencia sobre si se trataba de una enfermedad anterior o nueva, y el entrevistador valoraba subjetivamente el convencimiento con el que el paciente había respondido a esta pregunta. También se le preguntaba si había acudido al médico por el 1SM y la fecha. En caso negativo, se le preguntaba la causa, cuál fue el motivo principal de la primera visita al médico, y en qué momento se produjo ésta. d) El cuarto apartado se refería al proceso seguido desde la primera visita médica hasta su ingreso en el hospital. Se incluyó así mismo una pregunta repetida, formulada de distinta manera, para valorar la importancia de los primeros síntomas médicos en relación a la enfermedad. e) Finalmente, el quinto apartado se refería a la vía de ingreso en el hospital, la iniciativa del ingreso, y se valoraba el estado de salud del individuo en el momento de la entrevista mediante el índice de Karnofsky.

Al finalizar, el entrevistador valoraba la fiabilidad global de las respuestas en función de la precisión en el recuerdo de las fechas y de la coherencia con la que los pacientes habían referido los hechos acontecidos.

Métodos de análisis

Se analizaron las variables relacionadas con el paciente, con las características del tumor, con el número de síntomas y con los intervalos de tiempo entre el primer síntoma y la primera visita al médico. Los datos fueron almacenados en una base de datos (dBase IV) y procesados mediante el paquete estadístico SPSS/PC+. Para el análisis estadístico se utilizaron las pruebas no paramétricas de la U de Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis, el coeficiente de correlación de Spearman (ρ) y la prueba paramétrica del análisis de la covarianza^{26, 27}. El nivel de significación estadística se fijó en el 5 %.

TABLA 1. Características de las personas entrevistadas y del tumor

	Varones	Mujeres	Total	p
N.º de casos (%)	37 (54,4)	31 (45,6)	68 (100)	
Edad (años)				
Media	65,4	72,4	68,6	0,005 ^a
DE	10,7	13,5	12,5	
Mediana	64,2	76,7	68,6	
Estado civil				
Casado	27 (73,0)	11 (35,5)	38 (55,9)	0,004 ^b
Otros	10 (27,0)	20 (64,5)	30 (44,1)	
Estudios				
Univ./Bac./FP	7 (18,9)	0 (0,0)	7 (10,3)	0,127 ^a
Primaria	16 (43,2)	15 (48,4)	31 (45,6)	0,053 ^c
Leer y escribir	6 (16,2)	9 (29,0)	15 (22,1)	
Analfabetos	8 (21,6)	7 (22,6)	15 (22,1)	
Clase social				
I-II	1 (2,7)	2 (6,5)	3 (4,4)	0,506 ^a
III	2 (5,4)	2 (6,5)	4 (5,9)	0,843 ^c
IV-V-VI	34 (91,9)	27 (87,1)	61 (89,7)	
Situación laboral				
En activo	10 (27,0)	2 (6,5)	12 (17,6)	0,052 ^c
Otras	27 (73,0)	29 (93,5)	56 (82,4)	
Hábito de fumar				
No fumador	3 (8,1)	29 (93,5)	32 (47,1)	<0,001 ^c
Fumador	22 (59,5)	1 (3,2)	23 (33,8)	
Ex fumador	12 (32,4)	1 (3,2)	13 (19,1)	
Historia familiar de cáncer				
Sí	14 (37,8)	10 (32,3)	24 (35,3)	0,822 ^b
No	23 (62,2)	21 (67,7)	44 (64,7)	
Antecedentes patológicos				
Ninguno	9 (24,3)	4 (12,9)	13 (19,1)	0,791 ^a
Uno	13 (35,1)	15 (48,4)	28 (41,2)	0,523 ^b
Dos	7 (18,9)	7 (22,6)	14 (20,6)	
Tres o más	8 (21,6)	5 (16,1)	13 (19,1)	
Localización				
Esófago	11 (29,7)	0 (0,0)	11 (16,2)	0,003 ^c
Estómago	8 (21,6)	9 (29,0)	17 (25,0)	
Colon	9 (24,3)	15 (48,4)	24 (35,3)	
Recto	9 (24,3)	7 (22,6)	16 (23,5)	
Estadio				
Local	14 (38,9)	15 (50,0)	29 (43,9)	0,143 ^a
Regional	10 (27,8)	11 (36,7)	21 (31,8)	0,200 ^c
Diseminado	12 (33,3)	4 (13,3)	16 (24,3)	
Vía de ingreso				
Urgencias	26 (70,3)	20 (66,7)	46 (68,7)	0,959 ^b
Programado	11 (29,7)	10 (33,3)	21 (31,3)	
Tiempo de aparición de los síntomas				
Hasta 1 mes	21 (56,8)	15 (48,4)	36 (52,9)	0,284 ^a
Hasta 3 meses	10 (27,0)	5 (16,1)	15 (22,1)	0,168 ^c
Más de 3 meses	6 (16,2)	11 (35,5)	17 (25,0)	
Mediana	23,0	33,0	31,0	
Intervalo entre el primer síntoma y el ingreso				
Hasta 1 mes	6 (16,2)	3 (9,7)	9 (13,2)	0,005 ^a
Hasta 3 meses	14 (37,8)	4 (12,9)	18 (26,5)	0,028 ^c
Más de 3 meses	17 (45,9)	24 (77,4)	41 (60,3)	
Mediana (días)	84,0	178,0	109,5	

Entre paréntesis se indican los correspondientes porcentajes.
^aPrueba de la U de Mann-Whitney; ^bprueba de χ^2 ; ^cprueba exacta de Fisher.

TABLA 2. Síntomas durante el primer mes y hasta el ingreso hospitalario

	Primer mes		Ingreso*	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Disfagia	6	8,8	8	11,8
Odinofagia	2	2,9	2	2,9
Hematemesis	1	1,5	2	2,9
Náuseas	4	5,9	7	10,3
Vómitos	3	4,4	7	10,3
Dolor abdominal	23	33,8	29	42,6
Melenas	1	1,5	2	2,9
Rectorragia	18	26,5	21	30,9
Estreñimiento	4	5,9	7	10,3
Cambio deposicional	3	4,4	4	5,9
Diarrea	5	7,4	7	10,3
Tenesmo	2	2,9	2	2,9
Anorexia	17	25,0	30	44,1
Pérdida de peso	18	26,5	29	42,6
Astenia	16	23,5	26	38,2
Otros síntomas	15	22,1	19	27,9
Otro dolor (muscular)	1	1,5	1	1,5
Agrupación de síntomas según su naturaleza**				
Digestivos altos	16	23,5	23	33,8
Digestivos bajos	31	45,6	38	55,9
Dolor abdominal	23	33,8	29	42,6
Síndrome tóxico	27	39,7	42	61,8
Otros síntomas	9	13,2	10	14,7
Otro dolor	1	1,5	1	1,5
Agrupación de síntomas según sus propiedades***				
Distorsionantes de funciones normales	9	13,4	11	16,2
Insidiosos	47	70,1	56	82,4
Violentos	29	43,3	37	54,4
Crean molestias	26	38,8	37	54,4
Hemorrágicos	20	29,9	25	36,8
Digestivos	55	82,1	61	89,7

*Entre el primer síntoma médico (ISM) y el ingreso hospitalario.
 **Síntomas digestivos altos: disfagia, odinofagia, hematemesis, náuseas, vómitos, melenas.
 Síntomas digestivos bajos: rectorragia, tenesmo rectal, estreñimiento, cambio de ritmo deposicional, diarrea.
 Síndrome constitucional o tóxico: anorexia, pérdida de peso, astenia.
 ***Distorsionantes de funciones normales: disfagia, odinofagia y disfonía.
 Manifestación insidiosa: rectorragia, estreñimiento, cambio deposicional, diarrea, anorexia, pérdida de peso y astenia.
 Violentos: hematemesis, vómitos, vómitos en poso de café, melenas, rectorragia, diarrea, regurgitación, lipotimia, síncope y palpitaciones.
 Crean malestar: náuseas, tenesmo, astenia, abdominales inespecíficos, distensión abdominal, malestar general, disnea, fiebre, tos, palpitaciones y temblor.
 Hemorrágicos: hematemesis, vómitos en poso de café, melenas y rectorragia.
 Nota: un signo o síntoma puede pertenecer a uno o más subgrupos.

RESULTADOS

Se entrevistaron 68 pacientes, cuyas características se muestran en la tabla 1. La edad media fue de 68,6 años. Sólo el 18 % de los casos estaba en situación laboral activa, y el nivel educativo y social era medio-bajo. La diferencia más destacable entre ambos sexos era el estado civil (mayoritariamente casados los varones, viudas las mujeres). Tan sólo 2 mujeres (6,4 %) fumaban o habían fumado, mientras que

TABLA 3. Distribución del primer síntoma médico según si fue motivo de la primera visita

	Motivo de la primera visita	
	Sí (%)	No (%)
Total	51 (76,1)	16 (23,9)
Disfagia	4 (66,7)	2 (33,3)
Odinofagia	1 (50,0)	1 (50,0)
Náuseas	2 (66,6)	1 (33,3)
Vómitos	1 (100)	— (0,0)
Dolor abdominal	14 (70,0)	6 (30,0)
Melenas	1 (100)	— (0,0)
Rectorragia	14 (87,5)	2 (12,5)
Estreñimiento	3 (75,0)	1 (25,0)
Cambio deposicional	2 (66,7)	1 (33,3)
Diarrea	4 (80,0)	1 (20,0)
Tenesmo	2 (100)	— (0,0)
Anorexia	8 (72,7)	3 (27,3)
Pérdida de peso	11 (91,7)	1 (8,3)
Astenia	10 (83,3)	2 (16,7)
Otros síntomas	11 (84,6)	2 (15,4)
Otro dolor (muscular)	1 (100)	— (0,0)
Agrupación de síntomas según su naturaleza		
Digestivos altos	9 (69,2)	4 (30,8)
Digestivos bajos	25 (83,3)	5 (16,7)
Dolor abdominal	14 (70,0)	6 (30,0)
Síndrome tóxico	19 (86,4)	3 (13,6)
Otros síntomas	6 (85,7)	1 (14,3)
Otro dolor	1 (100)	— (0,0)
Agrupación de síntomas según sus propiedades		
Insidiosos	5 (62,5)	3 (37,5)
Violentos	35 (83,3)	7 (16,7)
Crean molestias	21 (87,5)	3 (12,5)
Hemorrágicos	17 (77,3)	5 (22,7)
Digestivos	15 (88,2)	2 (11,8)
Dolorosos	40 (75,5)	13 (24,5)
Dolorosos	19 (73,1)	7 (26,9)

la mayoría de los varones (92 %) eran fumadores o ex fumadores. La localización tumoral más frecuente fue el colon (35 %), seguida del estómago (25 %), el recto (23 %) y el esófago (16 %); los 11 pacientes con neoplasia esofágica eran todos varones. Menos de la mitad de los sujetos tenían una enfermedad en estadio local, y más de dos tercios habían ingresado en el hospital por el servicio de urgencias. Aunque en la mitad de los enfermos los síntomas habían aparecido durante el primer mes, en una cuarta parte se habían manifestado a lo largo de más de 3 meses. Un 60 % de los casos tardaron más de 3 meses en ingresar en el hospital desde el primer síntoma, período que fue significativamente superior en las mujeres (tabla 1).

La sintomatología durante el primer mes y hasta el ingreso se muestra en la tabla 2. Con frecuencia los síntomas y signos fueron múltiples. Destacan el dolor abdominal, la rectorragia y la astenia, anorexia y pérdida de peso («síndrome constitucional o tóxico»). Resalta así mismo el predominio de síntomas digestivos bajos en el primer mes y el incremento de sintomatología tóxica con la evolución de la enfermedad. Por término medio, los pacientes presentaron dos síntomas en el primer mes de evolución de la enfermedad y tres hasta el ingreso.

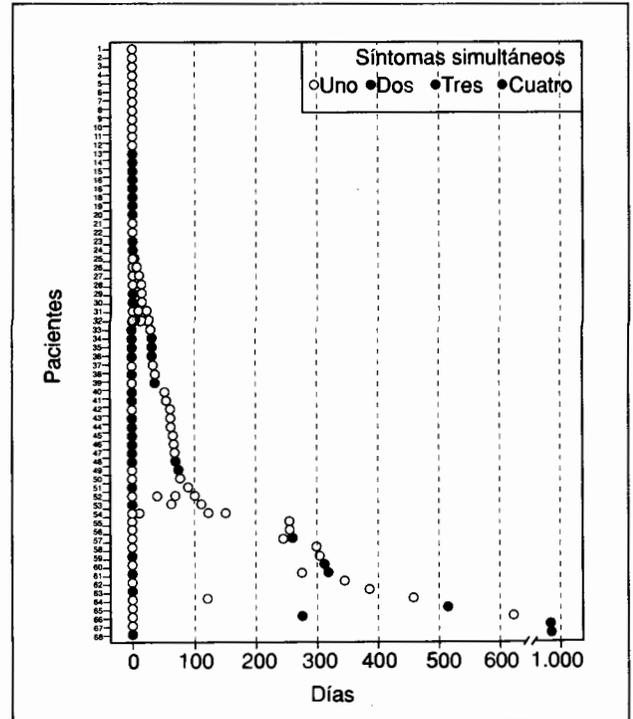


Fig. 1. Tiempo de aparición de los síntomas en los 68 pacientes. En el eje de abscisas (días), el valor 0 corresponde al primer o primeros síntomas.

Como puede verse en la tabla 3, un 76 % de los enfermos acudieron al médico por el primer síntoma. Los síntomas iniciales que motivaron dicha visita con mayor frecuencia fueron los hemorrágicos y los de aparición brusca o violenta. Entre los síntomas menos asociados a la primera visita se encuentran el dolor abdominal y la anorexia; no obstante, dentro de cada tipo de síntoma o signo, la mayoría de los pacientes acudieron al médico (tabla 3).

El tiempo de aparición de los síntomas fue de 114 días de media (DE, 206 días; mediana, 31 días) (fig. 1). Veintiséis individuos (38,2 %) refirieron la aparición de toda su sintomatología en el período de una semana, el 53 % en un mes y el 75 % en 3 meses. Este período fue más corto en las personas en situación laboral activa (5 días de mediana frente a 34 días en el resto), y estuvo directamente asociado con el intervalo entre el primer síntoma y la primera visita al médico ($\chi^2 = 0,244$, $p = 0,047$).

Otro aspecto analizado es la apreciación subjetiva de la propia sintomatología. Un 61 % de los pacientes manifestaron no haber atribuido ninguna importancia al primer síntoma, un 15 % lo asociaron a otra enfermedad anterior, un 17 % a una enfermedad nueva pero de carácter leve y sólo 5 personas lo asociaron a una enfermedad nueva y grave. Salvo la relación con el sexo del enfermo, no se observaron asociaciones estadísticamente significativas de las variables estudiadas con la pluralidad de la sintomatología manifestada hasta el momento del ingreso en el hospital (tabla 4). Las mujeres refirieron 4 síntomas de mediana frente a dos en los varones ($p=0,036$ tras ajustar por el tiempo transcurrido desde el primer síntoma hasta el ingreso). Es de señalar la ausencia de relación con el nivel de estudios y con el grado de

TABLA 4. Factores asociados al número de síntomas referidos en la entrevista

	Número (%)	Media	DE	Mediana	P ₁	P ₂
Sexo						
Varón	37 (54,4)	2,6	1,3	2,0	0,028 ^a	0,036
Mujer	31 (45,6)	3,4	1,5	4,0		
Edad						
≤64	28 (41,2)	3,0	1,2	3,0	0,804 ^b	0,881
65-74	15 (22,1)	2,8	1,7	2,0	0,345 ^c	
≥75	25 (36,7)	3,1	1,6	3,0		
Estado civil						
Casados	38 (55,9)	2,7	1,4	2,5	0,110 ^a	0,159
Otros	30 (44,1)	3,3	1,4	4,0		
Estudios						
Univ./Bac./FP	7 (10,2)	2,1	1,2	2,0	0,378 ^b	0,395
Primaria	31 (45,6)	3,1	1,5	3,0	0,399 ^c	
Leer y escribir	15 (22,1)	2,8	1,4	2,0		
Analfabetos	15 (22,1)	3,2	1,5	3,0		
Situación laboral						
En activo	12 (17,6)	2,5	1,2	2,5	0,236 ^a	0,248
Otras	56 (82,4)	3,1	1,5	3,0		
Hábito de fumar						
No fumador	32 (47,1)	3,4	1,5	4,0	0,088 ^b	0,101
Fumador	23 (33,8)	2,7	1,3	3,0		
Ex fumador	13 (19,1)	2,5	1,5	2,0		
Localización						
Esófago	11 (16,2)	2,5	1,2	2,0	0,433 ^b	0,450
Estómago	17 (25,0)	3,4	1,3	4,0		
Colon	24 (35,3)	2,9	1,4	3,0		
Recto	16 (23,5)	3,0	1,7	3,0		
Estadio						
Local	29 (43,9)	2,9	1,5	2,0	0,205 ^b	0,180
Regional	21 (31,8)	3,3	1,4	4,0	0,701 ^c	
Diseminado	16 (24,3)	2,5	1,3	2,5		
Vía de ingreso						
Urgencias	46 (68,7)	2,9	1,4	3,0	0,698 ^a	0,791
Programado	21 (31,3)	3,0	1,5	3,0		
Tiempo de aparición de los síntomas						
Hasta 1 mes	36 (52,9)	2,4	1,5	2,0	<0,001 ^c	—
Hasta 3 meses	15 (22,1)	3,8	1,3	4,0		
Más de 3 meses	17 (25,0)	3,4	1,0	4,0		
Intervalo entre el primer síntoma y el ingreso						
Hasta 1 mes	9 (13,2)	2,0	1,0	2,0	0,062 ^c	—
Hasta 3 meses	18 (26,5)	3,0	1,7	3,0		
Más de 3 meses	41 (60,3)	3,2	1,4	3,0		

P₁: ^aprueba de la U de Mann-Whitney. ^bPrueba de Kruskal-Wallis. ^cCorrelación de Spearman. P₂: grado de significación estadística ajustado por el tiempo transcurrido desde el primer síntoma médico hasta el ingreso hospitalario (análisis de la covarianza).

diseminación de la neoplasia. Aunque no pueda descartarse que algunos hallazgos se deban al azar, merece destacarse que el número de síntomas fue superior entre los pacientes no fumadores y en los afectados de un cáncer de estómago (tabla 4).

En conjunto, el 61 % de los pacientes acudió al médico por propia iniciativa. El tiempo que tardaron fue de 32 días de mediana; aunque un 37 % tardaron más de 3 meses, la mitad de los pacientes lo hicieron durante el primer mes tras la aparición de sintomatología, presentando en el momento de la visita 2 síntomas, como promedio. Este tiempo fue más breve en los varones que en las mujeres (medianas de

19 y 106), y en los casados (mediana de 80 frente a 154, que correspondían en su mayoría a viudos), y se encontró así mismo asociado al tiempo de la aparición de los síntomas.

Después de haber realizado la primera consulta médica el paciente fue visitado por término medio por un segundo facultativo, llegándose al diagnóstico de sospecha en 75,2 días de media (DE, 136 días; mediana, un mes). El tiempo que tardó el paciente en ingresar desde su primera visita al médico fue de 83 días de media (DE, 137,8 días; mediana, 45 días). Se halló una asociación débil, aunque estadísticamente significativa ($\rho=0,29$, $p=0,018$), entre un número creciente de

médicos que visitaron al paciente y un mayor intervalo entre la primera visita al médico y el ingreso hospitalario.

DISCUSIÓN

Además del interés que este estudio puede tener para los médicos interesados por la «demora diagnóstica» en el cáncer²¹, también parecen relevantes los datos que aporta sobre la frecuencia temporal de los signos y síntomas en las neoplasias del tubo digestivo. En la población estudiada, el tiempo de aparición de toda la sintomatología fue de un mes en el 53 % de los pacientes, y de una semana en el 38 %. Respecto a la creencia de que los pacientes no consultan a los médicos con prontitud, en este estudio un 76 % de los enfermos acudieron al médico por el primer síntoma; la mitad lo hicieron durante el primer mes tras la aparición de sintomatología, presentando en el momento de la visita dos síntomas, como promedio. La rectorragia, el dolor abdominal y los componentes del «síndrome constitucional o tóxico» (astenia, anorexia, pérdida de peso) fueron los signos y síntomas más frecuentes durante el primer mes de evolución. Destaca así mismo el hecho de que fueron pocos (5 %) los pacientes que asociaron la sintomatología inicial a una enfermedad grave; el 61 % manifestaron no haber atribuido ninguna importancia al primer síntoma. Diversos autores han sugerido que la percepción de severidad o amenaza es una de las variables que intervienen de forma más relevante en la decisión de búsqueda de ayuda médica^{5-7, 20-23, 28-31}. Otros estudios han observado que los pacientes que relacionan su primer síntoma con un proceso canceroso o precanceroso acuden con menor demora al médico⁹. Por otro lado, más de una tercera parte de los pacientes entrevistados acudió a la primera visita al médico por iniciativa de otra persona, y en general se atribuyó mayor importancia a aquellos síntomas que causan cierta alarma, como los de tipo hemorrágico y de aparición brusca; estos fueron los que con mayor frecuencia motivaron la búsqueda de atención médica. La asociación entre el tiempo total de aparición de los síntomas y el que transcurre desde la aparición del primer síntoma a la primera visita al médico, es explicable por el hecho de que el paciente acude al médico al tomar conciencia de un complejo sintomático que causa cierta alarma y que, de instaurarse más lentamente, condicionará que la demanda de ayuda sea más tardía; después de ésta aparece poca sintomatología nueva.

Diversos hechos pueden retrasar el ingreso hospitalario: el no sospechar enfermedad neoplásica ante una sintomatología inespecífica y frecuente en la consulta médica, un enfoque desacertado del médico en la primera visita del paciente, o bien un intento de corroborar la opinión del primer médico por parte del paciente, reflejado en el número de médicos que lo atendieron antes del ingreso.

Al interpretar los datos de este estudio deben considerarse algunas limitaciones del mismo. En primer lugar, el hecho de que se trata de una muestra relativamente reducida; no obstante, son escasos los estudios que han efectuado una entrevista al paciente en dos ocasiones repetidas y a un familiar de forma independiente^{7, 21}. Por otro lado, la información obtenida depende, entre otros factores, de la memoria del paciente, que a su vez puede estar influida por el nivel cultural (el 22 % de los entrevistados eran analfabetos), del tiempo transcurrido hasta la entrevista y del estado anímico. Otro aspecto a tener en cuenta es que las preguntas referi-

das a la importancia atribuida a los síntomas se plantearon con cautela, para evitar que el paciente pudiera asociar el proceso con el diagnóstico real de neoplasia maligna, pues en nuestro medio aquel es ignorado por muchos de los afectados³². En este sentido, hubiera sido importante poder preguntar directamente si en el momento de la aparición de los primeros síntomas el paciente pensó que podía tratarse de un cáncer. Además, el tipo de población (pacientes asistidos en un solo hospital) aconseja ser cautos en la generalización de los resultados a otros contextos.

De los resultados obtenidos se desprende la conveniencia de poner un mayor énfasis en la sensibilización de la población y de los profesionales clínicos respecto a los signos y síntomas del cáncer^{23, 33-37}; esta tarea debería llevarse a cabo con prudencia, a fin de no provocar iatrogenia^{21, 38}. También resulta patente la necesidad de profundizar en la búsqueda de soluciones a los problemas de organización asistencial, que tanto dificultan la detección temprana del cáncer. Finalmente, cabe subrayar la necesidad de continuar estudiando en profundidad los factores que influyen en la percepción de los síntomas y en la forma como los enfermos los refieren^{5-7, 15-17, 21, 28-30, 38-46}.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a Josep Belloc, Manuel Gallén, Jordi Alonso, Imma Cortés, Francesc Macià, Laura Gavaldà y Andrew R. Maguire sus consejos y críticas durante diversas etapas del presente proyecto; y a Puri Barbas, David J. MacFarlane y Helena Martínez su inestimable colaboración técnica. El estudio fue financiado parcialmente por el Fondo de Investigación Sanitaria (Ayuda 92/0311) y por la Generalitat de Catalunya (Programa d'Atenció Oncològica).

Bibliografía

1. Borràs JM, Serra L. La prevenció del càncer. *Salut Catalunya* 1989; 3: 166-175.
2. Day NE. Screening for cancer. En: Olsen J, Trichopoulos D, editores. *Teaching epidemiology. What you should know and what you could do*. Oxford: Oxford University Press, 1992; 135-147.
3. Calnan M. Delay in the diagnosis and treatment of cancer. En: Alderson M, editor. *The prevention of cancer*. Vol. 4. Cardon: Eduard Arnold, 1982; 284-292.
4. MacArthur C, Smith A. The symptom presentation of breast cancer: is pain a symptom? *Community Med* 1983; 5: 220-223.
5. Belloc J. Estudio ambidireccional sobre las causas y consecuencias del retraso diagnóstico en las neoplasias sintomáticas del tubo digestivo. Tesis doctoral (Dir.: Porta Serra M). Universitat Autònoma de Barcelona, 1993.
6. Belloc J, Porta Serra M, Malats N, Gallén 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 (Barc)* 1994. En prensa.
7. Molina MC. Demora diagnóstica y terapéutica en el cáncer del tubo digestivo. Un análisis de la concordancia en las respuestas de los pacientes sobre el proceso clínico y asistencial. Tesis doctoral (Dir.: Porta Serra M). Universitat Autònoma de Barcelona, 1993.
8. Lawrence EA, Kay JH, Conn NH. Carcinoma of the stomach. A ten-year survey made in a general hospital. *Surgery* 1946; 19: 504-514.
9. King RA, Leach JE. Factors contributing to delay by patients in seeking medical care. *Cancer* 1950; 3: 571-579.

10. Green LW, Roberts BJ. The research literature on why women delay in seeking medical care for breast symptoms. *Health Educ Monogr* 1974; 2: 129-177.
11. Polissar L, Sim D, Francis A. Survival of colorectal cancer patients in relation to duration of symptoms and other prognostic factors. *Dis Col Rectum* 1981; 24: 364-369.
12. Funch DP. Predictors and consequences of symptom reporting behaviors in colorectal cancer patients. *Med Care* 1988; 26: 1.000-1.008.
13. Simmons CC, Daland EM, Wallace RH. Delay in the treatment of cancer. *N Engl J Med* 1933; 208: 1.097-1.100.
14. Pack GT, Gallo JS. The culpability for delay in the treatment of cancer. *Am J Cancer* 1938; 33: 443-462.
15. Kutner B, Makover HB, Oppenheim A. Delay in the diagnosis and treatment of cancer: a critical analysis of the literature. *J Chron Dis* 1958; 7: 95-120.
16. Blackwell B. The literature of delay in seeking medical care for chronic illness. *Health Educ Monogr* 1963; 16: 3-31.
17. Hackett TP, Cassem NH, Raker JW. Patient delay in cancer. *N Engl J Med* 1973; 289: 14-20.
18. Antonovsky A, Hartman H. Delay in the detection of cancer: A review of the literature. *Health Educ Monographs* 1974; 2: 98-128.
19. Hardcastle JD, Armitage NC. Early diagnosis of colorectal cancer: a review. *JR Soc Med* 1984; 77: 673-676.
20. Porta M, Gallén M, Planas J, Malats N. El intervalo síntoma-diagnóstico: una aproximación posible a la historia natural de las neoplasias. *Rev Sanid Hig Pública* 1989; 63: 91-109.
21. Porta M, Belloc J, Malats N. Estudios españoles sobre la demora diagnóstica y terapéutica en el cáncer. Un análisis crítico de su metodología y resultados. En: Porta M, Álvarez-Dardet C, editores. *Revisiones en Salud Pública* 1989; 1. Barcelona: Masson, 197-226.
22. Porta M, Gallén M, Malats N, Planas J. Influence of «diagnostic delay» upon cancer survival: an analysis of five tumour sites. *J Epidemiol Community Health* 1991; 45: 225-230.
23. Maguire A, Porta M, Malats N, Gallén M, Piñol JL, Fernández E. for the ISDS II Project Investigators. Cancer survival and the duration of symptoms. An analysis of possible forms of the risk function. *Eur J Cancer* 1994. En prensa.
24. Domingo A, Marcos J. Propuesta de un indicador de la «clase social» basado en la ocupación. *Gac Sanit* 1989; 3: 320-326.
25. Clasificación Internacional de Enfermedades. Versión adaptada de 1980. ICD-9-CM.
26. Armitage P, Berry G. *Statistical methods in medical research* (2.ª ed.). Oxford: Blackwell, 1987.
27. Kleinbaum DG, Kupper LL, Muller KE. *Applied regression analysis and other multivariable methods* (2.ª ed.). Boston: PWS-Kent, 1988.
28. Robbins GF, Conte AJ, Leach JE, MacDonald M. Delay in diagnosis and treatment of cancer. *JAMA* 1950; 143: 346-348.
29. Cobb B, Clark L, Mcguire C, Howe CD. Patient-responsible delay of treatment in cancer. A social psychological study. *Cancer* 1954; 7: 920-926.
30. Jones RA, Wiese J, Moore RW, Haley JV. On the perceived meaning of symptoms. *Med Care* 1981; 19: 710-717.
31. Berkanovic E, Aaranson N. The decision to seek medical care for symptoms: an appraisal of theoretical approaches. *Advances in Health Education and Promotion* 1986; 1: 165-179.
32. Estapé J, Palombo H, Hernández E, Daniels M, Estapé T, Grau J et al. Cancer diagnosis disclosure in a Spanish hospital. *Ann Oncol* 1992; 3: 451-454.
33. Estapé J. Programa Europeo Contra el Cáncer. En: *Prevención del cáncer. Monografías médicas. JANO* 1990; 4: 9-11.
34. Wender CD. Cancer screening and prevention in primary care. Obstacles for physicians. *Cancer* 1993; 72: 1.093-1.099.
35. McPhee SJ, Detmer WM. Office-based interventions to improve delivery of cancer prevention services by primary care physicians. *Cancer* 1993; 72: 1.100-1.112.
36. Avellana E, Mendive JM, Martí J, Cots JM, Ciurana R, Espel C, Guarga A, Grifell E. Registro de tumores en un centro de asistencia primaria. *Aten Primaria* 1992; 9: 137-143.
37. Gay B, Tison S, Tilly B. Circonstances de découverte des cancers en médecine générale. *Rev Exercer* 1993; 24 Supl 8-11.
38. Gifford SM. The meaning of lumps: a case study of the ambiguities of risk. En: Janes CR, Stall R, Gifford SM, editores. *Anthropology and epidemiology. Interdisciplinary approaches to the study of health and disease*. Dordrecht: Reidel, 1986; 213-246.
39. Henderson JG. Denial and repression as factors in the delay of patients with cancer presenting themselves to the physicians. *Ann New York Acad Sci* 1965; 125: 856-864.
40. Sweet RH, Twaddle AC. An exploration of delay in hospitalization. *Inquiry* 1969; 6: 35-41.
41. Mechanic D. The experience and reporting of common physical complaints. *J Health Social Behavior* 1980; 21: 146-155.
42. Eisenberg L. The subjective in medicine. *Perspect Biol Med* 1983; 1: 40-48.
43. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care. Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med* 1978; 88: 251-258.
44. Gordon DR. Embodying illness, embodying cancer. *Cult Med Psychiatry* 1990; 14: 275-239.
45. DiGiacomo S. Biomedicine as a cultural system: An anthropologist in the kingdom of the sick. En: Baer HA, editor. *Encounters with biomedicine: Case studies in medical anthropology*. Nueva York: Gordon and Breach, 1987; 315-346.
46. Porta Serra M. El sufrimiento del dolor. Els estudis interculturals sobre el dolor i la crisi de la Medicina Occidental. En: *El procés d'emmalaltir. XII Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana*. Barcelona: Institut d'Estudis Catalans, 1984; 279-293.