

Trabajo original

Facultad de Ciencias Médicas “Mariana Grajales” Holguín.

Diagnóstico tardío del cáncer en adultos mayores.

Late Diagnosis of Cancer in the Elderly at V. I. Lenin Hospital Oncology Service. Holguín. 2007.

Luis Borrego Díaz¹, Kariné González Sapsin², Luis Borrego Pino³, Baldomero Dovale Borjas⁴, Karina González Sapsin⁵.

1 Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Máster en Ciencias. Policlínica Máximo Gómez.

2 Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Máster en Ciencias. Policlínica Máximo Gómez.

3 Especialista de Segundo Grado en Oncología. Profesor Auxiliar. Máster en Ciencia. Hospital Universitario “VI. Lenin”.

4 Licenciado en Inglés. Profesor. Auxiliar de la FCM “Mariana Grajales Coello”, Holguín.

5 Especialista de Primer Grado en Oncología. Hospital Universitario “V. I. Lenin”.

RESUMEN

Se realizó un estudio de serie de casos a 122 enfermos adultos mayores, con las primeras cinco localizaciones más frecuentes de cáncer, atendidos por primera vez en la Consulta de Oncología del Hospital V.I.Lenin de Holguín en el año 2007, para determinar los factores que influyen en la demora en el diagnóstico de la enfermedad. Los métodos utilizados fueron: teóricos de análisis y síntesis, empírico y la estadística descriptiva e inferencial. Encontramos que el 61,9% de los enfermos atendidos tenían 60 años o más y el mayor número de ellos, en las edades entre 70 y 79 años. Las neoplasias de pulmón en el hombre y de mama en la mujer fueron las más frecuentes, el diagnóstico se hizo en etapas clínicas II y III en el 64,8% de los pacientes, en el 92,2% se diagnosticó su enfermedad después de los seis meses de aparecidos los síntomas. La demora en el diagnóstico fue más frecuente por causa del enfermo (61,7%) seguida de problemas institucionales (20,8 %) de ellos, más del 50% referían haber esperado por una biopsia tres meses. Se propusieron acciones rápidas en esta actividad por parte de las autoridades sanitarias para resolver este problema.

Palabras clave: cáncer, diagnóstico, adulto mayor.

ABSTRACT

A descriptive study of series of cases in 122 patients, those who had at least one of the most frequent five locations of cancer and were assisted for the first time at the Oncology consulting room at V.I.Lenin Hospital in Holguín in the year 2007 was carried out, aimed at determining the factors that influenced in the delay of the diagnosis of the disease. The theoretical analysis and

synthesis, the empirical method, the descriptive statistics and the inferential method were used in the study. 61.9% of the patients were 60 years old or over, and the greater number of them were between 70 and 79 years. Neoplasia of lung in men and breast cancer in women were those which affected the patients the most and the diagnosis was done on clinical stages II and III in 64.8% of the cases. 92.2% of the patients was diagnosed after 6 months of the onset of the symptoms. The delay in the diagnosis was due to reasons related with the patients, in a 61.7% of the cases, followed by the institutional problems in 20.8%. More than 50% of them had to wait even three months for the result of the biopsy. Rapid actions were proposed in order to improve this problem.

Key words: cancer, diagnosis, elderly.

INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye en el mundo desarrollado una de las primeras causas de muerte y en nuestro país, se comporta de manera similar. Algunas estadísticas reportan que las neoplasias malignas como causa de muerte sólo son precedidas por las enfermedades cardíacas y representan el 22% de todas las muertes.⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾

Este grupo de enfermedades ha sido considerado como propio del anciano. Más del 65% de todas las neoplasias malignas ocurre en este grupo, el cual representa algo más del 12% de la población cubana. Se plantea la necesidad de realizar intervenciones a nivel de la prevención primaria, con el objetivo de modificar estilos de vida y todo aquello que pueda favorecer el diagnóstico precoz de las mismas.⁽⁴⁾⁽⁵⁾

Se conoce por la literatura médica que como promedio, el 80% de las personas afectadas por cáncer, si se diagnostican en estadios I y II pueden curarse independientemente de la localización del tumor⁽⁴⁾⁽⁵⁾. El problema del diagnóstico precoz de cáncer (que incluye los programas de pesquisa) tiene características particulares al proyectarse hacia la población mayor de 60 años por lo que uno de los propósitos del programa incluye la tarea de elevar los conocimientos dentro del personal de salud sobre las características individuales que tienen estas enfermedades en los adultos mayores, algunas de estas se exponen a continuación:

El envejecimiento per se no parece ser la causa fundamental de la enfermedad; generalmente se acepta que a medida que se prolonga la vida del individuo, aumenta proporcionalmente el período de exposición a numerosos cancerígenos, lo cual incrementa el riesgo para el cáncer. La presencia de síntomas de varias enfermedades crónicas puede enmascarar las manifestaciones tempranas de las neoplasias malignas.

En diferentes estudios realizados a nivel mundial y en Cuba se han comprobado que existen un gran número de factores incidiendo en la demora del diagnóstico del cáncer.⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾

La mortalidad por cáncer en Holguín en el año 2006 fue de más de 674 paciente femeninas con una tasa aproximada de 53.86 x 100.000 habitantes y de 740 del sexo masculino con una tasa de 49.31 x 100.000 habitantes, siendo las primeras localizaciones: mama, pulmón, próstata y cuello uterino. Como hemos visto la demora en el diagnóstico de las enfermedades malignas conlleva a

que el pronóstico de vida de los enfermos se ensombrezca, por lo que consideramos de gran importancia determinar qué factores influyen en esta demora.

MÉTODO

El estudio se realizó en el área de consultas externas de Oncología del Hospital V. I. Lenin de la ciudad de Holguín, durante todo el año 2006 y posteriormente se procesó toda la información en la biblioteca de este centro hospitalario.

Los tipos de estudios que permitieron arribar a los principales resultados de esta investigación son:

Para determinar las principales localizaciones del cáncer y determinar los factores que están influyendo en la detección tardía del mismo en ambos sexos, se realizó un estudio descriptivo.

Los principales métodos teóricos utilizados en esta investigación fueron el análisis y la síntesis y fueron aplicados en todo el análisis que se hace en el capítulo I, donde se expresan las principales posiciones teóricas e histórico lógicas estudiadas para determinar la evolución en el tiempo de conceptos tales como cáncer y el de las principales localizaciones tumorales.

El método empírico fue utilizado, al aplicar la encuesta para el estudio de la causa paciente en la determinación y evolución de su enfermedad. Se utilizaron métodos de la estadística descriptiva para el procesamiento de los datos obtenidos en las encuestas, en las historias clínicas y modelos de reportes de cáncer, que permitieron la construcción de tablas y gráficos y la interpretación de los mismos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se hizo un análisis del total de enfermos atendidos en la consulta externa de oncología en el años 2007 (tabla I), donde se pudo observar el 61,9% de los mismos tenían entre 60 y más años de edad. La edad es un elemento que se debe considerar en todas las localizaciones tumorales. En los últimos reportes realizados por la Comisión Americana del Cáncer en el año 2004 se hace referencia al aumento creciente de las enfermedades malignas en personas mayores de 50 años.⁽¹¹⁾

A partir de los 60 años de edad hay un aumento en las cifras de incidencia (tabla II) la cual alcanza su posición más elevada en el grupo de edades entre 70 y 79 años (50%) para descender posteriormente a partir de los 80 años (9,1%). Esto parece tener como nexo de unión los carcinógenos y el cambio que se produce en la sensibilidad del organismo hacia ellos. Se ha comprobado experimentalmente que los tejidos, con la diferenciación y maduración, se hacen más sensibles a posibles carcinógenos. Otro factor importante en la aparición del cáncer es la alteración del sistema inmunitario que aparece con la edad, la cual se ha probado que además de favorecer la aparición de los tumores eleva su agresividad.⁽¹²⁾

Algunos autores han descrito la edad como un “síndrome de alteraciones” que se van manifestando con el tiempo en los individuos de una población y cuyas modificaciones facilitan el desarrollo de enfermedades mortales, de esta forma la consideran esta etapa de la vida como una causa indirecta de muerte, todos coinciden además en que después de los 80 años la tasa de incidencia y mortalidad por cáncer se mantiene estacionaria y se cree que esto se deba a la

presencia de otras enfermedades más frecuentes y comunes que atentan contra la vida de las personas en esta etapa.⁽¹²⁾⁽¹³⁾

La probabilidad de que un varón desarrolle algún tipo de tumor maligno entre los 60 y 75 años es aproximadamente del 25%. En nuestro estudio, del grupo de enfermos de 60 años y más, analizamos sólo a los portadores de las primeras localizaciones tumorales (154 enfermos), de ellos el 56,4% son del sexo masculino y el 43,7 % femeninos (tabla III).

Los resultados referidos al comportamiento de las principales localizaciones tumorales en los dos sexos los exponemos en la tabla IV. Encontramos que en los hombres, el mayor número de enfermos eran portadores de neoplasias de pulmón (31%) sin embargo es significativo el número de pacientes del sexo femenino con un 19,4% de afectadas. Esta alta incidencia en hombres se explica en parte debido a que generalmente estos están más expuesto a carcinógenos probados en la etiopatogenia de esta neoplasia como el tabaquismo y los contaminantes químicos industriales y ambientales.⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾

El 24,2% de los pacientes masculinos presentaban neoplasia de próstata. La incidencia de este tumor en nuestro país fue de un 13,7 por 100 000 habitantes según el último reporte del Registro Nacional de Cáncer⁽¹⁶⁾.

El cáncer colorrectal a pesar de que afecta a ambos sexos es más frecuente en los hombres, en nuestro estudio tuvimos un 19,5% y un 11,9% para las mujeres. La neoplasia de laringe se presentó en el 13,8% de los hombres, esta enfermedad se relaciona también con ciertos hábitos como el tabaquismo y el alcoholismo. El 11,5% de los pacientes masculinos eran portadores de neoplasia gástrica, siendo la quinta localización más frecuente encontrada por nosotros.

En el sexo femenino el cáncer de mama fue el tumor más frecuente (31,4%), seguida del de cuello uterino (28,4%) y en quinto lugar después del pulmón y el colon, el cuerpo de útero con un 8,9%. El cáncer de mama es el tumor que más afecta a las mujeres a nivel mundial y nuestro país no escapa de este hecho. La incidencia en Cuba de esta neoplasia es de 20,7 por 100 000 habitantes femeninas.⁽¹³⁾⁽¹⁶⁾

La neoplasia de cuello uterino ha disminuido su incidencia en los últimos diez años de 20,2 a 13,2 por 100 000 habitantes en nuestro país lo que aún no resulta alentador a pesar de tener un Programa de Pesquisa bien estructurado.⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾

Se evalúan las etapas clínicas (tabla V) en el momento en que se hace el diagnóstico y en todas las localizaciones tumorales el mayor número de pacientes se diagnosticaron en etapas II y III (64,8%), seguido de las etapas IV (23,4%), como podemos observar estamos ante una situación alarmante ya que el diagnóstico en etapas tempranas es el único elemento que puede mejorar la sobrevida a los tumores malignos.

El tiempo que demoraron los pacientes en que se les hiciera el diagnóstico de la enfermedad (tabla VI) fue de un 92,2% de los enfermos que se les hizo después de los seis meses de aparecidos los síntomas.

Creemos que con los recursos y la prioridad que el estado cubano le da a la atención médica, a la prevención y diagnóstico de las enfermedades crónicas, aún la función del médico de familia es deficiente y sobre todo la labor de pesquisa en el terreno. En este aspecto creemos que influyeron además, otros factores.

Los principales factores que incidieron en la demora en el diagnóstico de las enfermedades estudiadas (tabla VII) fueron los siguientes:

- La causa paciente se presentó en el 61,7%,
- Por problemas institucionales el 20,8% y
- De causa inherente a los médicos el 17,5%.

Al evaluar la primera causa (inherente al enfermo) encontramos una cifra alarmante de personas que referían no haber acudido a la consulta especializada porque sentían temor de enfrentarse al diagnóstico de una enfermedad maligna (50%), y otros por desconocimiento total de los signos de alarma de las enfermedades malignas (30%).

Los problemas institucionales de la demora que como vimos le siguen en orden de frecuencia a la causa paciente también es un aspecto a tener en consideración, sobre todo porque el 55% de los pacientes referían que demoraron porque no habían podido obtener el resultado de una biopsia realizada por otro especialista, el resto de los enfermos que demoraron por esta causa (45,5%) confrontaron dificultades en la espera de un turno quirúrgico o de un estudio imagenológico. A pesar de la prioridad que nuestro sistema le da a la atención médica nos parece que aún no se les ha dado un orden de prioridad a los enfermos con sospecha de cáncer a la hora de poner recursos en función de ellos. La causa dependiente del médico se presentó en el 17,5% y estuvo dado por las dificultades que aún existen en la identificación de los síntomas y signos de alerta de las enfermedades neoplásicas por parte del personal médico, dentro de los que incluimos no sólo a los que se desempeñan en atención primaria sino también a los de especialidades afines a la nuestra.

Tabla I. Casos nuevos atendidos en el Servicio de Oncología del Hospital “V. I. Lenin” durante el 2007.

EDAD	No.	%
60 años y más	220	61,9
< 60 años	135	38,1
TOTAL	355	100

Fuente: expedientes clínicos.

Tabla II. Distribución por edades y sexos.

Edades (años)	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	Nº	%	Nº	%
60 - 69	48	21,8	42	19,1
70 -79	66	30,0	44	20,0
80 y más	14	6,3	6	2,7
Total	128	58,1	92	41,9

Fuente: expedientes clínicos.

Tabla III. Principales localizaciones por sexos.

Localización Tumoral	Hombres		Localización Tumoral	Mujeres	
	Nº	%		Nº	%
Pulmón	27	31.0	Mama	21	31.4
Próstata	21	24.2	Cuello útero	19	28.4
Colon - recto	17	19.5	Pulmón	13	19.4
Laringe	12	13.8	Colon - recto	8	11.9
Estómago	10	11.5	Cuerpo útero	6	8.9
Total	87	100	Total	67	100

Fuente: expedientes clínicos.

Tabla IV. Etapas clínicas al momento del diagnóstico.

Localización Tumoral	Etapas clínicas				Total
	I	II	III	IV	
Pulmón	3	11	17	9	40
Colon - recto	4	6	8	7	25
Próstata	1	5	10	5	21
Mama	2	3	10	6	21
Cuello del útero	2	5	9	3	19
Laringe	3	5	2	2	12
Cuerpo de útero	2	2	3	3	10

Estómago		1		3		1		1		6	
Total	%	18	11,7	40	25,9	60	38,9	36	23,4	154	100

Fuente: expedientes clínicos.

Tabla V. Tiempo de demora en el diagnóstico

Tiempo de demora	Nº	%
menos de 6 meses < 6 meses	12	7,8
De 6 a 12 meses	69	44,8
> 12 meses	73	47,4
TOTAL	154	100

Fuente: modelos de encuesta.

Tabla VI. Factores que influyeron en el diagnóstico precoz del cáncer.

Factores	Nº de enfermos	%
Causa paciente	95	61,7
Causa institucional	32	20,8
Causa médica	27	17,5
Total	154	100

Fuente: modelos de encuestas.

CONCLUSIONES

La estrategia seguida por las autoridades sanitarias de nuestro país, necesita aún de algunas nuevas acciones para lograr que disminuya el diagnóstico tardío y la mortalidad por cáncer.

En el grupo de enfermos estudiados se encontró que las localizaciones tumorales más frecuentes fueron: el pulmón en el hombre y la mama en la mujer.

Más del 90% de los pacientes se diagnosticaron a los seis meses o más de haber presentado los primeros síntomas de la enfermedad.

Los factores relacionados con los enfermos fueron las principales causas de demora en el diagnóstico de la enfermedad, sin dejar de tener en consideración los problemas institucionales y de causa médica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carreras O. Dilaciones en el diagnóstico del cáncer. Rev Cub Oncol 2004; 2(1): 114-121.
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Instituto Nacional de Oncología y Radiología. Programa Nacional de Reducción de la Mortalidad por Cáncer. MINSAP, 2001.

3. [Artículo en línea] <<http://bvs.sld.cu/onc/vol 14 1 04/onc03198.htm>>. [consulta: 28 abr 2007].
4. Min J. Risk factors for breast cancer in Chinese women. *Cancer Resear* 2000; 108(7).
5. Joseph F, Faumeri JR. Epidemiología del Cáncer. En: Devita V, Hellman S, Rosemberg S. *Cáncer. Principios y prácticas de Oncología*. 6ta ed.: Ed Philadelphia Lippincot Williams and Wilkins, 2001: p. 219.
6. Alcina S, Barroso MC. Incidencia de Cáncer en la Tercera Edad en Cuba. *Rev Cub Oncolog* 2004; 14(2): 121-128.
7. Ortiz P, Martínez J. Neoplasias Malignas: Caracterización. *Rev. Cubana Med Gen Integr* 2002; 13(1): 28-33.
8. Carreras O, Monson D. Incidencia de Cáncer de pulmón en la provincia de Santiago de Cuba. *Rev Cub Oncolog* 2005; 15(3): 203-207.
9. Ped J. Incidence of malignant tumors in US older mans. *Medical Advances* 2001; 86:254-258.
10. Jemal A, Tivani R C, Murray T, et al. Cancer Statistics. 2004. *C A. Cancer. J Clin* 2004; p.58-88.
11. Marinello Z. *Nociones y Reflexiones Sobre el Cáncer*. La Habana: Edit. Científico-Técnica, 1983: p. 5-14.
12. Cuba. Grupo Nacional de Oncología. Ministerio de Salud Pública. Programas. [Monografía en CD-ROM]. La Habana, 2005.
13. Peto R. Smoking and death: the past 40 years and the next 40. *Br Med J* 1994; 309: 937-939.
14. Huuskonen MS: Screening for occupational cancer. *Scand J Work Environ Health* 1992; 18(1): 110-114,
15. Registro Nacional de Cáncer: INOR 2000-2005.
16. Alfonso Hernández L. *Oncología, Preguntas y Respuestas*. INOR 2002; p.331-375.

Correspondencia: Dr. Luis Borrego Díaz. Calle 20 de Mayo No. 2 Reparto Santiesteban. Holguín.
Correo electrónico: borrego@crystal.hlg.sld.cu

[Indice Anterior](#) [Siguiente](#)