

# «Tiempo perdido» en cáncer

Dr. Antonio Misol

*El presente trabajo es una investigación epidemiológica de los factores determinantes del arribo del paciente al Dpto. de Oncología del Hospital de Clínicas, con enfermedad tumoral avanzada. Se hace especial referencia al tiempo "perdido", transcurrido desde el debut clínico de la enfermedad, hasta el inicio del tratamiento oncológico, analizándose la repsonsabilidad que en el mismo tienen: enfermo, médico general, especialista y trabas administrativas.*

**Palabras Clave:**  
Neoplasmas-tratamiento  
Neoplasmas-Mortalidad

**Dr. Antonio Misol.** Ayudante de Profesor Dpto. de Farmacología y Terapéutica Ex Pte. Interno del Depto. de Oncología. Ayudante Honorario del Registro Nacional de Cáncer.

## Introducción

Dada la elevada concurrencia de enfermos al Departamento de Oncología del Hospital de Clínicas con enfermedades tumorales avanzadas (más del 80%), se procura establecer las causas que han contribuido a que el paciente llegue a esa situación.

En el presente trabajo, haremos especial referencia al «tiempo perdido», entendiendo como tal el lapso que media entre el primer síntoma o signo de la enfermedad, hasta el inicio del tratamiento.

En la génesis del mismo intervienen: paciente, médico general, médico especialista, trabas administrativas, ya sean aisladas o, más frecuentemente, asociadas. En contraposición, están los casos de enfermedad avanzada que no se relacionen con el tiempo perdido, sino con características propias de la enfermedad.

La finalidad de esta investigación es el análisis objetivo de los diversos factores intervinientes (tiempo perdido-enfermedad), procurando detectar aquellos potencialmente reversibles, a los efectos de modificar la situación actual, que se traduce en altas tasas de mortalidad.

## Material y método

Se encuestaron prospectivamente, en forma personal y directa, 141 enfermos, que constituyeron el total de registros del Departamento de Oncología en el período comprendido entre agosto y diciembre de 1987.

En base a los datos obtenidos, se confeccionaron cronogramas individuales, donde se representaban gráficamente sobre la línea del tiempo: fecha del primer síntoma

o signo fecha de la primera consulta al médico general, de la primera consulta al especialista, y la de inicio del tratamiento.

Asimismo, se agruparon los datos en planillas donde constaban: edad, sexo, topografía, carácter precoz o avanzado de la enfermedad y los factores responsables.

De la muestra se seleccionó el grupo con enfermedad avanzada, basándonos en los siguientes criterios:

- Estadificación TNM (III y IV).
- Histológicos (indiferenciados, inflamatorios, oat cell, etc.).
- Topográficos (SNC, etc.).
- Terreno (taras o enfermedades intercurrentes).

Los criterios *c* y *d* se atendieron cuando interfirieron con una terapéutica pretendidamente curativa.

En la mecánica del estudio se admitieron como aceptables las siguientes demoras:

- Hasta dos meses imputables al enfermo.
- Hasta un mes adjudicable al médico general.
- Hasta un mes imputable al médico especialista.

Una vez establecido el carácter avanzado de la enfermedad, se ordenaron los diversos factores responsables, utilizando el siguiente protocolo codificado:

## Enfermedad

- Comienzo clínico diseminado.
- Imposibilidad de tratamiento radical.
- Presentación con signos o síntomas poco orientadores que imposibilita un diagnóstico precoz.
- Curso rápido no habitual.

**Correspondencia:** Dr. Antonio Misol  
Dr. Juan José de Amézaga 2217 Ap. 004  
Montevideo - Uruguay

**Enfermo**

1. Ignorancia.
2. Temor.
3. Distancia respecto de los centros médicos.
4. Razones laborales.
5. Motivos económicos.
6. Negativa a recibir tratamiento.

**Médico general**

1. Encare inadecuado o erróneo.
2. Tratamiento inicial no oncológico.
3. No conoce la canalización adecuada.

**Médico especialista**

1. Paraclínica exagerada o errónea.
2. Uso de procedimientos no normatizados.
3. No interconsulta.
4. Decisión terapéutica tardía o errónea.
5. Error diagnóstico.

**Trabas administrativas**

1. Falta de camas.
2. Carencia de drogas.
3. Instrumental en reparación.
4. Paraclínica lenta.

**Resultados**

De los 141 enfermos oncológicos de la muestra estudiada, 119 (84,4%) se presentaron con enfermedad en etapa avanzada.

La discriminación por sexo mostró neto predominio masculino en este grupo (68%) sobre el femenino (32%). A la inversa, en el grupo de pacientes con enfermedad tumoral precoz: 22 casos (15,6%), resultó claro el predominio femenino (77%) (Cuadros I y II)

La evolución natural de la enfermedad (Figura 1), tuvo su cuota de influencia más o menos importante en el 60% de los pacientes con enfermedad avanzada. El factor más

importante fue la imposibilidad de tratamiento radical, ya sea por su ubicación (SNC) o por su grado de extensión locorregional (pulmón, ORL, esófago) (Cuadro III). Esto último muchas veces se vio favorecido por la manifesta-

**CUADRO II**  
Incidencia por edades (años)

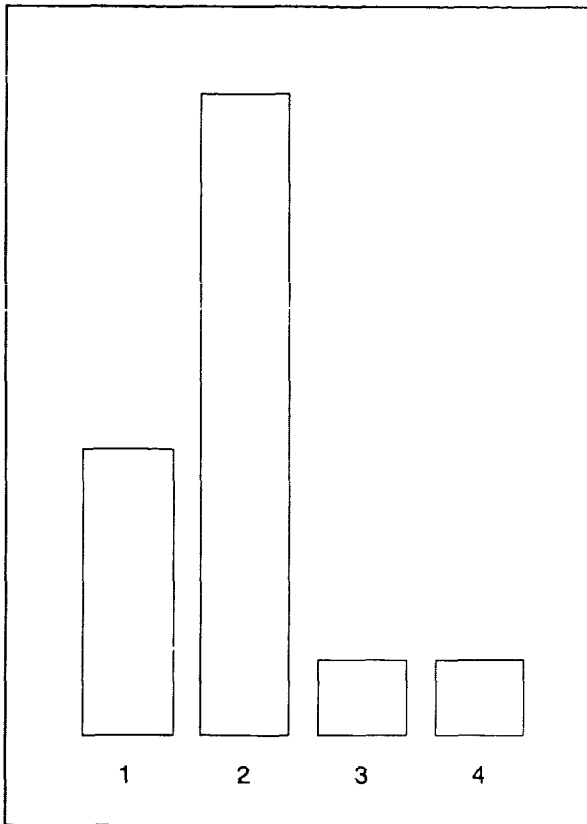
Años	Pacientes
0-9	5
10-19	4
20-29	5
30-39	5
40-49	15
50-59	35
60-69	40
70-79	24
80-89	8

**CUADRO III**  
Topografías

Mama	20
Pulmón	19
Laringe	18
SNC	11
Orofaringe	9
Próstata	7
Utero (cérvix)	5
Vejiga	5
Prim. desc	5
Hipofaringe	4
Testículo	4
Hodgkin	4
LNH	3
Melanoma	3
Ovario	3
Esófago	3
Pene	2
Leucosis	2
Tiroides	2
Mieloma	2
Recto	2
Cond. aud. ext.	2
Hueso	1
Vesícula	1
Seno maxil	1
Pleura	1
Endometrio	1
Retroperit.	1

**CUADRO I**  
Enfermos oncológicos, distribución por sexo

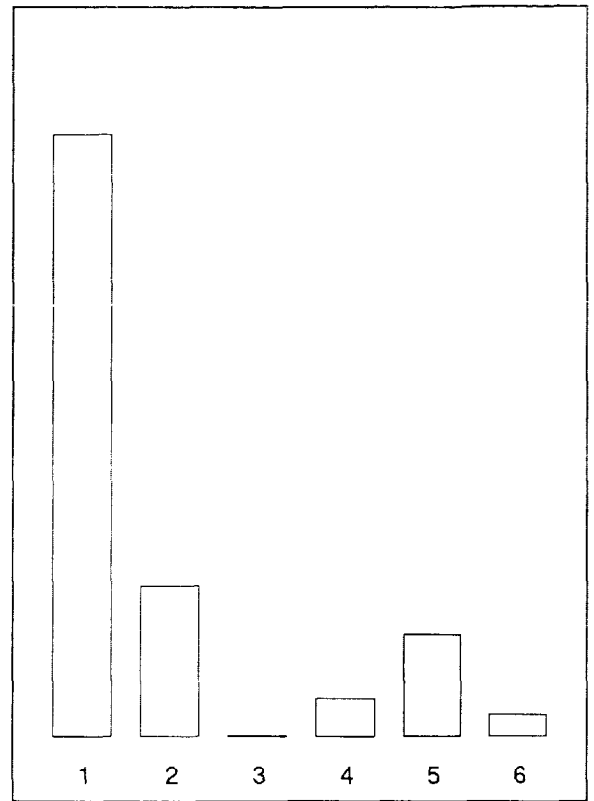
	Total	Masculino	Femenino
Avanzados	119 (84,4%)	81 (68%)	38 (32%)
Precozes	22 (15,6%)	5 (23%)	17 (77%)
Total	141	86	55



**Figura 1. Enfermedad avanzada.**

La enfermedad se presentó inicialmente avanzada en 71 enfermos, 60% del total. Causas:

1. *Comienzo clínico diseminado*
2. *Imposibilidad de exéresis o tratamiento radical*
3. *Presentación con signos o síntomas poco expresivos.*
4. *Curso rápido no habitual*



**Figura 2. Responsabilidad del enfermo.**

Se la comprobó en 4 casos, 37% del total, y por las siguientes razones:

1. *Ignorancia*
2. *Temor*
3. *Distancia a los centros médicos*
4. *Razones laborales*
5. *Razones económicas*
6. *Negativa a recibir tratamiento*

ción clínica tardía de la enfermedad, solapada por signos o síntomas poco específicos, con el consiguiente retraso diagnóstico.

Las formas diseminadas de inicio incluyeron el grupo de: metástasis a primitivo desconocido oat-cell pulmonares y carcinoma inflamatorio de mama, constituyendo en conjunto un grupo importante.

La responsabilidad del enfermo en el «tiempo perdido» (Figura 2) se circunscribe casi exclusivamente al retraso en la consulta médica por diversos motivos, entre los que se destaca nitidamente la **ignorancia**. Esta impidió jerarquizar adecuadamente signos y/o síntomas de alarma.

Menos frecuentemente fueron invocadas otras causas: temor a padecer una afección maligna, razones económicas y/o laborales.

Figura en la muestra un paciente portador de neoplasma de laringe supraglótico que, habiendo consultado precozmente, se negó a la cirugía radical (laringectomía).

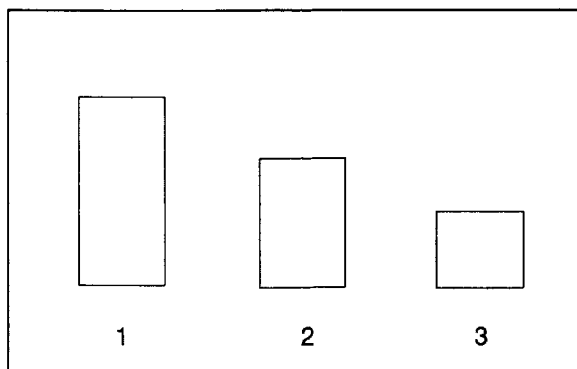
El «tiempo perdido» por el médico general (habitualmente el primero en ser consultado) resultó en su mayor parte

de un **encare inadecuado o erróneo** de la enfermedad del paciente, en ocasiones instaurando tratamiento inicial no oncológico (que a veces resultó parcialmente efectivo), retrasando la interconsulta con el especialista (Figura 3).

Hemos excluido de la responsabilidad del médico y del paciente aquellos casos en que la enfermedad dio inicio con signos y síntomas poco expresivos o inespecíficos (por ejemplo: paciente de 30 años con larga historia de «lumbalgias», al que, durante una laparotomía exploradora por accidente automovilístico, se le llega al diagnóstico de seminoma retroperitoneal).

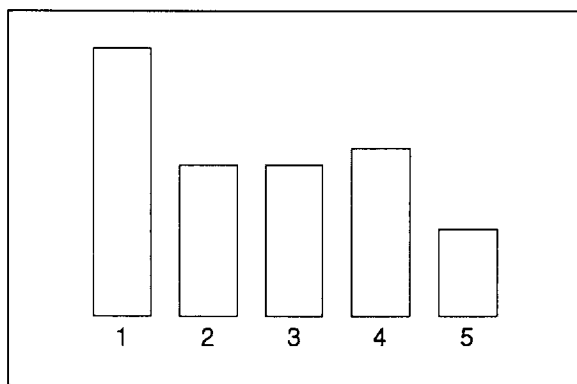
En la órbita médica, es durante la consulta con el especialista (Figura 4) donde la demora fue estadísticamente más significativa. La principal causa de ello residió en la dificultad en la obtención de los exámenes paraclínicos, siendo notoria sobre todo con los pacientes ambulatorios (poli-clínicas).

Esta circunstancia escapa parcialmente a la responsabilidad del médico, cuando dichos estudios tienen indicación precisa para diagnóstico nosológico y/o de extensión lesional, resultando de la falta de coordinación adecuada



**Figura 3. Responsabilidad del médico general**  
Se la comprobó en 13 enfermos, 11% del total, y por las siguientes razones:

1. *Encare inadecuado o erróneo*
2. *Tratamiento inicial no oncológico*
3. *No conoce la canalización adecuada*

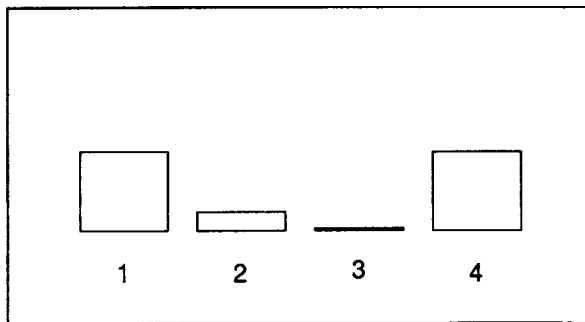


**Figura 4. Responsabilidad del médico especialista**  
Se la comprobó en 26 enfermos, 22% del total, y por los siguientes motivos:

1. *Paraclínica exagerada o errónea*
2. *Uso de procedimientos no normatizados*
3. *No interconsulta*
4. *Decisión terapéutica tardía o errónea*
5. *Error diagnóstico*

Esta circunstancia escapa parcialmente a la responsabilidad del médico, cuando dichos estudios tienen indicación precisa para diagnóstico nosológico y/o de extensión lesional, resultando de la falta de coordinación adecuada entre los diferentes servicios, sobrecarga hospitalaria de pacientes, falta de recursos técnicos y/o materiales, etc. (por ejemplo, en el Hospital de Clínicas no se realizan fibrobroncoscopias, debiendo ser trasladados los pacientes al Hospital Pasteur o Saint-Bois). No ocurre lo mismo en los casos en que resultados paraclínicos erróneos (biopsias no representativas, mamografías falso negativo, etc.) retrasaron la resolución del paciente en presencia de alta sospecha clínica (situación menos frecuente en la muestra).

Las trabas administrativas (Figura 5) incidieron en 7% de los pacientes, resultando afectados, sobre todo, los pa-



**Figura 5. Responsabilidad administrativa**  
Existió en 8 enfermos, 7% del total, y por los siguientes motivos:

1. *Falta de camas*
2. *Carencia de drogas*
3. *Instrumental en reparación*
4. *Paraclínica lenta*

cientes portadores de neoplasias de la esfera ORL y Urológica, por carencia de camas de internación. A modo de ejemplo, citamos el caso de un paciente portador de neoplasma de base de lengua diagnosticado en Policlínica ORL que pasó, de tener indicación quirúrgica, a enfermedad avanzada, siendo referido al Departamento de Oncología para TCT paliativa, luego de cuatro meses de infructuosos intentos de ingresar para ser operado.

La carencia de drogas (citostáticos), se presentó sólo en un caso (neo de testículo). Por último, la columna de paraclínica lenta incluye un grupo misceláneo de eventualidades no imputables claramente a los técnicos intervinientes (por ejemplo: extravío de material biopsico y/o sus resultados, etc.) (Figura 6).

### Discusión

La influencia negativa del «tiempo perdido» en la supervivencia de los enfermos es diferente para cada tipo tumoral en cada paciente.

En un estudio retrospectivo de 502 casos de cáncer de mama, realizado en 1972 por el equipo oncológico de la Clínica Quirúrgica B (Hospital de Clínicas) (1) sobre las causas de retardo en el diagnóstico y tratamiento, se destaca que el 70% de las pacientes consultaron después de los 60 días de haber notado el primer síntoma. Se invocaron como causas de dicho retardo razones muy variadas y no siempre consignadas en las historias clínicas, entre las que predominaron: ignorancia, problemas socioeconómicos y, fundamentalmente, el «miedo a tener algo malo».

Sólo un 10% de los retardos diagnósticos fueron de causa iatrogénica en dicha serie, en tanto que 67% de los casos se presentaron en etapa avanzada (estadios III y IV).

Por último, 74,5% de los pacientes fueron tratados antes de transcurrir el primer mes luego de la consulta, en tanto que los restantes fueron tratados más allá de ese lapso. Esto último se debió la mayoría de las veces, a defectos en la coordinación hospitalaria, ejecución de exámenes

inconexos y muchas veces innecesarios, así como a «sobrecarga» de los Servicios Quirúrgicos.

Si bien los resultados porcentuales de ese estudio no son comparables con los del presente trabajo, dadas las diferencias de material y métodos empleados, sí lo son las conclusiones a las que arriba y las soluciones aportadas para revertir la situación: mejorar la educación oncológica, sobre todo del médico general, incrementar la educación sanitaria en el sentido de divulgar el concepto que el cáncer es curable, sin crear una «neurosis colectiva» por «fobia» al cáncer, planificación ordenada de la actividad médica, etc.

Esto demuestra la **persistencia durante 15 años** de los mismos factores determinantes de la actual situación, y nos ofrece un panorama poco alentador para nuestra intención de modificarla, si no se toman las medidas necesarias en los diferentes niveles de prevención.

¿Es tan importante la influencia del «tiempo perdido»?

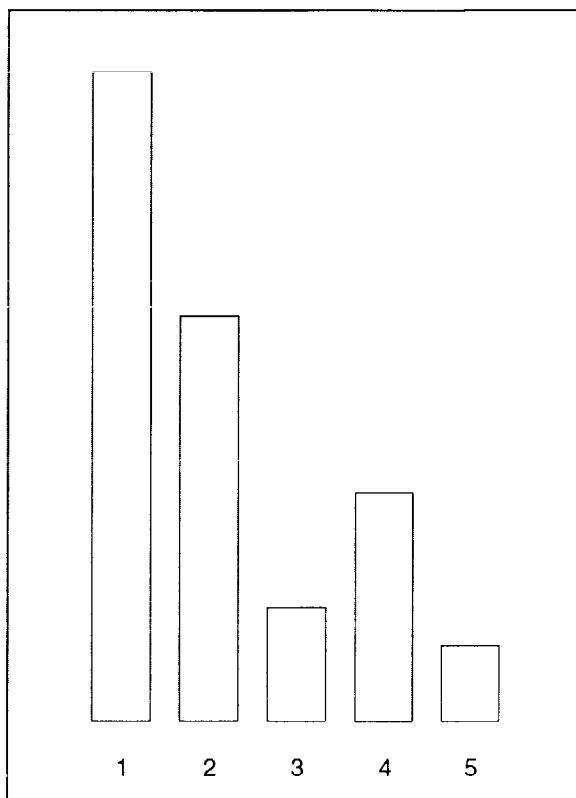
En un estudio epidemiológico y de seguimiento de pacientes del Departamento de Oncología del Hospital de Clínicas registrados en 1986 (2), resultó, paradójicamente, mayor nivel de mortalidad en el grupo de pacientes con menor demora en el inicio del tratamiento. Esto podrá explicarse por una mayor agresividad del neoplasma y/o un terreno con menores defensas para dicho grupo.

Sin embargo, la importancia del diagnóstico precoz tiene sólido fundamento teórico, basado en modernos conceptos sobre la biología del cáncer (3).

Actualmente se sabe que, una vez ocurrida la transformación maligna (que requiere la activación o inhibición de dos oncogenes por lo menos), la célula tumoral debe **evolucionar** para adquirir su **fenotipo metastásico**, fenómeno que se realiza en varias etapas:

- a. síntesis de colagenasa de tipo IV por parte de la célula tumoral que le permitirá la invasión de la membrana basal;
- b. síntesis de factor angiogénico tumoral, que le facilitará su acceso a la circulación general, a través de «fallas» de la pared de los neovasos;
- c. la célula tumoral debe adquirir forma tridimensional, mediante cambios conformacionales de membrana;
- d. el pasaje de células tumorales al torrente sanguíneo desde el tumor primario es bastante precoz, ocurriendo ya cuando éste tiene un diámetro de 1 cm. Sin embargo, dichas células deben sobrevivir en sangre circulante, escapando a la acción del sistema inmune, y penetrar en los órganos metastasiados, atravesando la pared de los vasos sanguíneos locales, que carecen de la «fallas» que se daban a nivel de los tumorales.

Es la **selección natural**, a través de los cambios inducidos por mutaciones genéticas (favorecidas por la «inestabilidad genética» propia de la célula tumoral) la que va a permitir la «progresión», determinando la formación de una nueva especie celular tumoral: la clona metastásica.



**Figura 6. Enfermedad oncológica avanzada**

Representación porcentual de los resultados obtenidos en la serie estudiada

1. Enfermedad	43.8%
2. Enfermo	27.2%
3. Médico general	8.0%
4. Especialista	16.0%
5. Trabas administrativas	5.0%

La célula tumoral necesita **tiempo** para evolucionar y adquirir su propio fenotipo metastásico, tiempo que no debemos otorgarle.

## Conclusiones

1. Queda demostrada la importancia de primer nivel del «genio evolutivo» de esta grave enfermedad, sobre el que poco podemos actuar a la luz de los conocimientos actuales.
2. Por otra parte, están los factores que nos ocuparon en el presente trabajo, y responsables del «tiempo perdido», potencialmente reversibles, con la adopción de algunas medidas que se desprenden del análisis de los resultados:
  - a. Realizar **campana de información** general acerca de los síntomas y signos más constantes de las neoplasias más frecuentes en la mujer y el hombre de nuestro país, que deben promover la consulta médica sin demora.

nicos y procurar agilizar la obtención de los resultados de aquellos solicitados, mediante una correcta **coordinación entre los Servicios**.

- d. Aumentar el número de camas de internación de aquellos Servicios actualmente con capacidad sobrepasada.

### **Résumé**

*Ce travail comprend une recherche épidémiologique des facteurs qui déterminent l'arrivée du patient ayant une*

### **Bibliografía**

1. **Gateño N, Priario JC.** Retardo en el diagnóstico de cáncer de mama. *Cir Uruguay*. 1972; 42 (6):406-7.
2. **Ronco A.** Estudio epidemiológico y seguimiento de casuística del Departamento de Oncología. Montevideo: Hospital de Clínicas, 1986.
3. **Yabro J.** (Univ. Minessota, EUA). Curso de actualización oncológica. Montevideo: Clínica Quirúrgica B, Hospital de Clínicas, 1988.