

ORIGINALES BREVES

Intervención del médico de familia en el diagnóstico del cáncer

**E. Simó Cruzet, M.M. Ureña Tapia, M. Vernet Vernet, M.J. Sender Palacios, P. Larrossa Sáez
y E. Jovell Fernández**

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria del Consorci Sanitari de Terrassa. CAP Terrassa Nord. Terrassa (Barcelona).

Objetivo. Conocer la intervención del médico de familia (MF) en el diagnóstico de la patología tumoral.

Diseño. Estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento. Centro de atención primaria urbano.

Pacientes. Pacientes mayores de 14 años diagnosticados de cáncer.

Mediciones. Selección de pacientes a partir de registro informatizado desde noviembre de 1989 hasta marzo de 1997. Revisión de historias clínicas analizando: a) datos de filiación; b) tipo de cáncer; c) intervención del MF en el diagnóstico; d) síntoma de consulta inicial; e) pruebas complementarias solicitadas por el MF; f) intervalo consulta-diagnóstico; g) supervivencia, y h) intervalo diagnóstico-éxodo. La intervención del MF en el diagnóstico se valoró: a) intervención imposible; b) intervención nula (con signos de sospecha no valorados (SSNV) o con signos de sospecha valorados (SSV)), y c) intervención diagnóstica (incompleta (IIn) o completa (ICo)).

Resultados. Se detectaron 438 tumores: en 256 varones (59%) y en 171 mujeres (41%). El tipo más frecuente en el varón fue el cáncer de pulmón (46 casos, 17%) y el de mama en la mujer (59 casos, 34%). En 233 casos (53%) la intervención del MF fue imposible. En 29 casos (6,5%) su intervención fue nula (15 casos con SSNV, 14 con SSV). De los 174 casos (39,6%) en los que intervino, llegó al diagnóstico completo en un 40% de los mismos (69 casos). La media del intervalo entre la primera consulta y el diagnóstico fue significativamente inferior cuando existió intervención del MF, siendo 1,95 meses (IC, 0,63-1,06) en ICo y 2,9 meses (IC, 0,51-2,19) en IIn, que cuando la intervención era nula, siendo 5,58 meses (IC, 1,46-3,53) con SSNV y 10,5 meses (IC, 8,45-12,54) con SSV ($p = 0,000$).

Conclusiones. Importante papel del MF en el diagnóstico del cáncer disminuyendo su intervención activa el intervalo consulta-diagnóstico.

Palabras clave: Atención primaria; Cáncer.

INTERVENTION OF FAMILY DOCTORS IN CANCER DIAGNOSIS

Objective. To find the intervention of family doctors (FD) in diagnosing tumour pathology.

Design. Retrospective descriptive study.

Setting. Urban primary care centre.

Patients. Patients over 14 diagnosed with cancer.

Measurements. Selection of patients from the computerised records between November 1989 and March 1997. Review of clinical histories, analysing: 1. Personal details, 2. Type of cancer, 3. Intervention of the FD in the diagnosis, 4. Symptom of initial consultation, 5. Further tests requested by FD, 6. Interval between consultation and diagnosis, 7. Survival and 8. interval between diagnosis and death. FD intervention in diagnosis was evaluated: 1. Impossible intervention, 2. No intervention, with suspect signs not valued (SSNV) or with suspect signs valued (SSV), 3. Diagnostic intervention, incomplete (IIn) or complete (ICo).

Results. 438 tumours were detected: in 256 men (59%) and 171 women (41%). The most common kind in men was lung cancer (46 cases, 17%), and in women breast cancer (59 cases, 34%). In 233 cases (53%) the intervention of the FD was impossible. In 29 cases (6,5%) the FD's intervention was nil (15 cases with SSNV, 14 cases with SSV). Of the 174 cases (39,6%) in which the FD intervened, full diagnosis was made in 40% (69 cases). The mean of the interval between the first consultation and the diagnosis was significantly less when FD intervention existed, at 1.95 months (CI, 0,63-1,06) in ICo and 2.9 months (CI, 0,51-2,19) in IIn, than when there was no intervention, with delays of 5.58 months (CI, 1,46-3,53) with SSNV and 10.5 months (CI, 8,45-12,54) with SSV ($p = 0,000$).

Conclusions. The family doctor can play an important part in cancer diagnosis. His/her active intervention can reduce the interval between consultation and diagnosis.

(*Aten Primaria* 2000; 26: 104-106)

Correspondencia: Enric Simó Cruzet.
C/ 25 de Setembre, 26. 08226 Terrassa (Barcelona).

Manuscrito aceptado para su publicación el 20-XII-1999.

Introducción

La patología tumoral representa uno de los principales problemas de salud de los países occidentales, como lo demuestra el hecho de ser la segunda causa de mortalidad, después de las enfermedades cardiovasculares, y la primera si consideramos el grupo de edad de 35-64 años en ambos sexos. Representa la primera causa de años potenciales de vida perdida (APVP) en la población menor de 70 años. En Catalunya un 3% de la población ha presentado o presenta algún tipo de cáncer^{1,2}.

La atención primaria (AP) es la puerta de entrada al sistema sanitario del paciente. Es por ello que a menudo el médico de familia (MF) será al que acudirá el paciente refiriendo algún síntoma o signo como primera manifestación de su enfermedad. La clínica manifestada por el paciente, en ocasiones, es muy sugestiva de patología cancerosa, pero con más frecuencia la clínica es más inespecífica, siendo el MF un elemento clave en el diagnóstico precoz de la enfermedad.

La detección de la enfermedad en una fase precoz puede ser importante respecto a las opciones terapéuticas y como posible factor pronóstico^{3,4}. Por tanto será necesario un rápido diagnóstico frente a la sospecha clínica, procurando agilizar al máximo las pruebas complementarias de que disponemos, o una rápida derivación a otros niveles asistenciales. El objetivo del presente estudio es analizar la intervención del MF en el proceso diagnóstico de los pacientes adultos con patología oncológica.

Pacientes y métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. El estudio se efectuó en el Centro de Atención Primaria (CAP) Terrassa Nord que atiende a una población de 37.000 habitantes, de los cuales 30.000

son mayores de 14 años. El período de estudio comprende desde noviembre de 1989 (fecha de apertura del CAP) hasta marzo de 1997. Los sujetos incluidos en el estudio han sido los pacientes mayores de 14 años diagnosticados de cáncer.

Los pacientes se seleccionaron a partir del registro informático del centro y se revisaron sus historias clínicas, valorando en cada una los siguientes datos: *a)* datos de filiación; *b)* tipo de tumor; *c)* síntoma de consulta inicial; *d)* pruebas complementarias solicitadas por el MF; *e)* intervención del MF en el diagnóstico; *f)* intervalo de tiempo entre la primera consulta relacionada con el cáncer y el diagnóstico; *g)* supervivencia en el momento del estudio, y *h)* intervalo de tiempo entre el diagnóstico y el éxodo.

El tipo de intervención del MF en el diagnóstico se clasificó en 3 grupos: *intervención imposible*, *intervención nula* e *intervención diagnóstica*. Se consideró que la *intervención era imposible* si el diagnóstico era previo a la asistencia en nuestro centro, o bien si todo y siendo visitados en nuestro centro nunca habían consultado por algún síntoma atribuible al tumor y el diagnóstico se realizó fuera del centro. Se valoró como *intervención nula* si, a pesar de existir algún síntoma de sospecha, el MF no realizaba ninguna actuación al no orientar el diagnóstico hacia la patología tumoral. En este grupo distinguímos si el MF valoraba la presencia de estos síntomas –síntomas de sospecha valorados (SSV)– o no –síntomas de sospecha no valorados (SSNV)–. La *intervención diagnóstica* se diferenció en intervención incompleta, pero que colaboraba con el diagnóstico e intervención completa. La intervención diagnóstica se consideraba incompleta si el MF derivaba al paciente al especialista con el diagnóstico de sospecha, pero sin confirmarlo; e intervención diagnóstica completa si el MF realizaba el estudio del paciente hasta llegar al diagnóstico de cáncer, siendo derivado al especialista para su tratamiento.

El análisis estadístico realizado comprende un descriptivo de las variables cualitativas expresadas como frecuencias y las variables cuantitativas como media más menos desviación estándar y un análisis bivariado. En la comparación entre variables cualitativas se ha empleado prueba de ji-cuadrado con un nivel de significación del 5%.

Resultados

Se detectaron 438 tumores, correspondientes a 427 pacientes, de los cuales 256 eran varones (59%) y 171 eran mujeres (41%). De estos, 9 pacientes presentaban una neoplasia doble y un paciente una neoplasia triple. La edad media en el momento del diagnóstico era de 65 años (DE, 12) para los varones y de 61 años (DE, 16) para las mujeres.

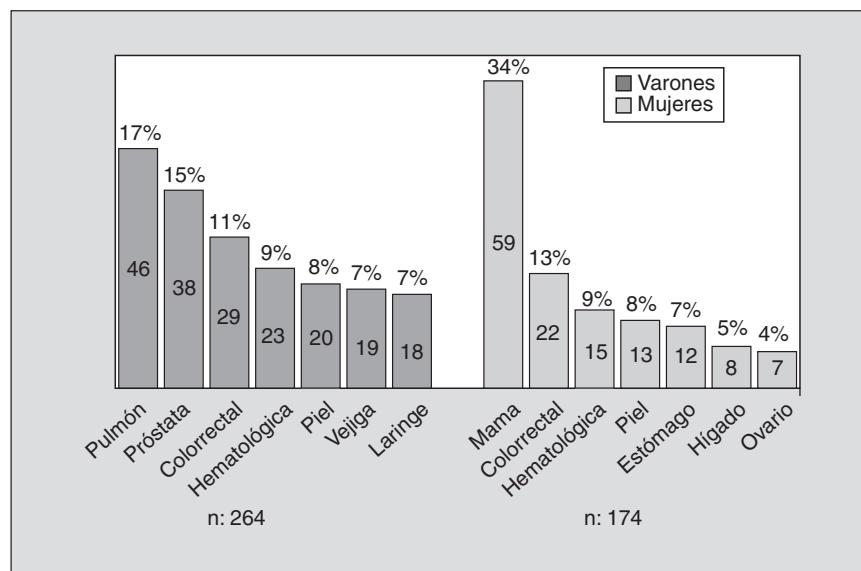


Figura 1. Distribución tumoral.

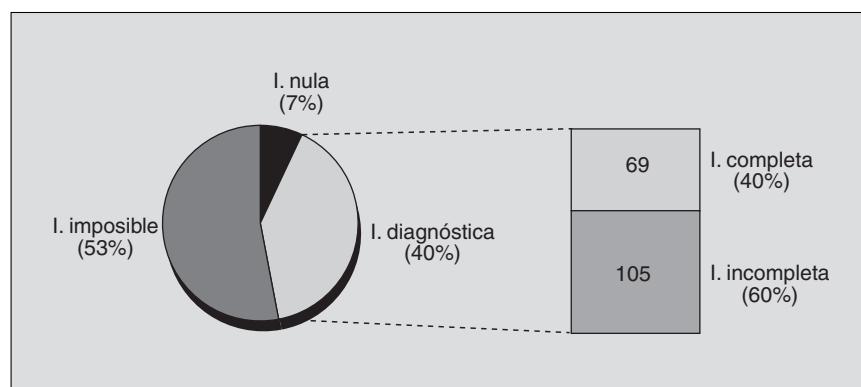


Figura 2. Intervención del médico de AP en el diagnóstico.

El cáncer más frecuente en los varones correspondía al de pulmón en 46 casos (17%) y en las mujeres al cáncer de mama en 59 casos (34%). La distribución de los tumores más frecuentes se muestra en la figura 1. La intervención del MF fue imposible en 233 casos (53%), siendo en 163 casos el diagnóstico previo a la atención en el CAP, y 70 casos no habían consultado al MF. En el resto de los casos en los cuales la actuación del MF era posible, éste realizó una intervención orientada al diagnóstico en 174 casos (40%) y sólo en 29 casos (7%) su intervención fue nula. De los 174 casos en los que intervino, se llegó al diagnóstico completo en un 40% de los mismos (69 casos). En 2 casos no se disponía de datos (fig. 2). En los casos en los cuales el paciente había consultado al MF, el motivo

initial de consulta más frecuente fue una hemorragia o secreción desacostumbrada en 27 casos (13,3%) y un endurecimiento o bullo en 20 casos (9,8%). Otros motivos de consulta eran alteraciones cutáneas, síndrome tóxico, algias en distintas localizaciones, etc.

Las pruebas complementarias que solicitó con más frecuencia el MF fueron analítica general (70 casos), radiología (35 casos), mamografía (30 casos), ecografía (26 casos) y endoscopia (26 casos). Los marcadores tumorales se solicitaron en 10 ocasiones (5 alfafetoproteína, 3 PSA y 2 CEA).

La figura 3 muestra el intervalo en meses entre la primera consulta o el primer signo sospechoso y el diagnóstico. La media global era de 3,06 meses (92 días). Este intervalo era

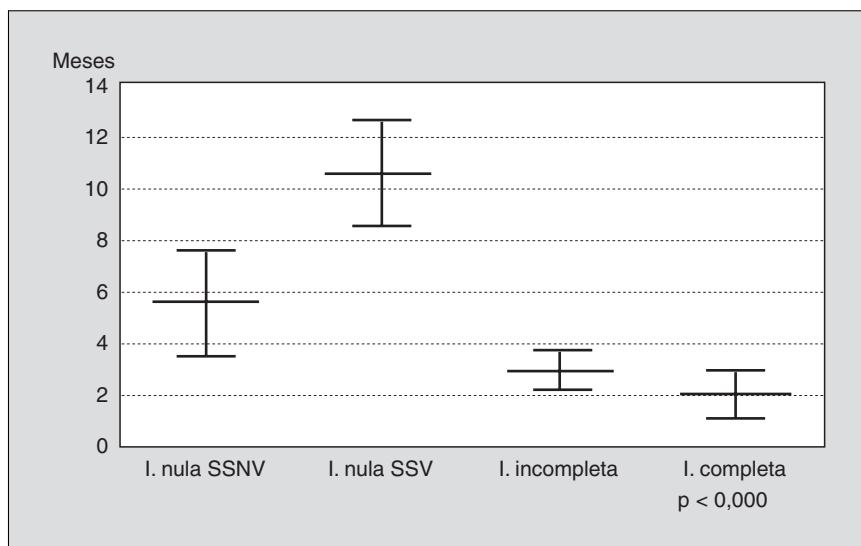


Figura 3. Intervalo consulta-diagnóstico. I: intervención; SSNV: signos de sospecha no valorados, y SSV: signos de sospecha valorados.

significativamente menor ($p = 0,000$) cuando hubo intervención del MF, siendo de 1,95 meses (IC, 0,63-1,06) cuando realizaba el diagnóstico completo y 2,9 meses (IC, 0,51-2,19) si la intervención era incompleta. En cambio, si la intervención era nula el intervalo era superior, tanto si había signos de sospecha no valorados (5,58 meses, IC, 1,46-3,53) como si la intervención era nula con signos de sospecha valorados (10,5 meses, IC, 8,45-12,54).

En el momento de la revisión 130 pacientes (30%) habían fallecido a consecuencia de la neoplasia (94 varones y 36 mujeres). La supervivencia menor correspondía a neoplasia de páncreas (3,1 meses), hígado (3,9 meses) y pulmón (6,8 meses).

Discusión

En nuestro estudio los tumores más frecuentes, que corresponden a pulmón, próstata y cáncer colorrectal en los varones, y cáncer de mama y colorrectal en la mujer, son comparables a otros estudios realizados en el ámbito de la AP⁵. Es también similar a la descrita en los Registros de Cáncer de Tarragona y de Girona¹, que son los registros tumorales existentes en nuestra comunidad. Igualmente, los tumores con menor supervivencia se corresponden con los descritos en dichos registros.

La proporción de casos en los que intervino el MF en el diagnóstico, cuando éste era posible, la consideramos óptima, aspecto que valoramos como un buen indicador de calidad. En nuestro trabajo diario los síntomas de la patología tumoral pueden estar enmascarados por otras patologías, muchas de ellas menos relevantes, con manifestaciones clínicas parecidas, y a menudo no es fácil tomar decisiones en el poco tiempo de que disponemos. De hecho, los motivos iniciales de consulta eran muy diversos. Observamos que los más frecuentes coinciden con los clásicos signos de alarma⁶. Por ello es importante la difusión de los mismos no sólo a nivel del personal sanitario, sino también entre la población, tal como recoge el Código Europeo contra el Cáncer en algunos de sus puntos.

La intervención del MF permite disminuir el intervalo entre la primera consulta y el diagnóstico del cáncer. Esto sería debido a que la actuación activa del MF agiliza las pruebas diagnósticas y el acceso a otros niveles asistenciales, donde las listas de espera son a menudo un problema. Normalmente hay que recurrir al contacto directo o por teléfono con otros servicios, siendo por ello importante, una vez más, la interrelación entre los distintos niveles asistenciales. En nuestro estudio la media glo-

bal de este intervalo, que fue de 3 meses, es similar al descrito en otros estudios^{3,5}.

Es importante que el MF tenga accesibilidad a las pruebas complementarias, y que disponga de medios para agilizar al máximo su realización, y no retrasar el diagnóstico de la enfermedad. En nuestro CAP, al ser un servicio abierto, por ejemplo, poder solicitar directamente una mamografía o una endoscopia nos ha permitido detectar bastantes cánceres. Respecto a los marcadores tumorales, detectamos una escasa utilización por nuestra parte, excepto la alfafetoproteína solicitadas en el seguimiento de pacientes VHC positivos. Si bien es cierto que no son pruebas diagnósticas, y que su papel más importante sería para el seguimiento del enfermo ya diagnosticado⁴, su inclusión en la analítica en determinados casos no supondría ningún inconveniente para el paciente y nos podría orientar en el diagnóstico, por ejemplo, solicitar el CEA en un paciente con rectorragia. En la intervención del MF en el diagnóstico del cáncer, habrá que seguir trabajando en la prevención secundaria con el estudio del cribado de determinados cánceres.

Bibliografía

1. Borràs JM, Borràs J, Viladiu P, Bosch FX. Epidemiología i prevenció del càncer a Catalunya 1975-1992. Barcelona: Institut Català d'Oncologia, 1997.
2. Pla de Salut de Catalunya 1996-1998. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1997.
3. Porta M, Gallen M, Planas J, Malalts N. El intervalo síntoma-diagnóstico: una aproximación posible a la historia natural de las neoplasias. Rev San Higiene Pública 1989; 63: 91-109.
4. González M, Ordóñez A, García de Paredes ML, Feliu J, Zamora P. Oncología clínica. 1. Fundamentos y patología general. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill, 1992.
5. Avellana E, Mendive JM, Martí J, Cots JM, Ciurana R, Espel C et al. Registro de tumores en un centro de asistencia primaria. Aten Primaria 1992; 9: 137-143.
6. Mendelsohn J. Principios básicos de las neoplasias. En: Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL, editores. Harrison. Principios de medicina interna (13.^a ed.). Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España, 1994; 2100.