

Factores que intervienen en el inicio de tratamiento de los pacientes con cáncer de estómago y colorrectal¹

Thaína Dalla Valle²

Ruth Natalia Teresa Turrini³

Vanessa de Brito Poveda⁴

Objetivo: identificar el tiempo entre los síntomas, la búsqueda de asistencia y el inicio del tratamiento en pacientes con cáncer gástrico y colorrectal y los factores que interfieren en estos procesos. Método: estudio descriptivo correlacional, incluyendo 101 pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico o colorrectal, atendidos en un hospital especializado en oncología. Resultados: de 101 pacientes investigados la mayoría eran hombres, con edad media de 61,7 años. La búsqueda de la atención médica se produjo dentro de los 30 días después de la aparición de los síntomas, en la mayoría de los casos. El promedio de tiempo total entre el inicio de los síntomas y el inicio del tratamiento fue de 15,16 meses y el tiempo medio entre la búsqueda de la atención médica y el diagnóstico fue de 4,78 meses. La historia familiar de cáncer ($p=0,008$) y la realización de seguimiento preventivo ($p<0,001$) se asociaron con períodos más cortos entre la búsqueda de la atención y el tratamiento temprano. Náuseas, vómitos, hematoquecia, pérdida de peso y dolor se asociaron con la búsqueda más rápida de la asistencia. Conclusión: el intervalo más largo entre la búsqueda de la atención médica y el diagnóstico se produjo posiblemente por asociación negativa entre los síntomas que se presentan y las enfermedades.





Descriptores: Enfermería Oncológica; Neoplasias Colorrectales; Neoplasias Gástricas; Enfermería Perioperatoria; Prestación de Atención de Salud.

¹ Apoyo financiero de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil, proceso nº 2013/24004-5.
² Enfermeira. Alumno del curso de la especialización en Enfermería en Cuidados Intensivos, Centro Universitário São Camilo, São Camilo, SP, Brasil.

³ PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Doctor, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Valle TD, Turrini RNT, Poveda VB. Intervening factors for the initiation of treatment of patients with stomach and colorectal cancer. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2879. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1493.2879>. mes día año
URL

Introducción

Los cánceres de estómago y colorrectal se destacan entre las principales causas de cáncer en hombres y mujeres. En Brasil, para el 2016 se estimaban 34.280 nuevos casos de cáncer colorrectal y 20,520 nuevos casos de cáncer de estómago⁽¹⁾. A nivel mundial, el cáncer colorrectal es el tercer tumor más común y el cáncer de estómago la tercera causa principal de muerte por cáncer en ambos sexos⁽²⁾.

El cáncer de estómago y colorrectal están relacionados con varios factores de riesgo, endógenos y exógenos, similares para ambos tipos de tumores, como: tabaquismo, el consumo de alcohol, los hábitos dietéticos (bajo consumo de verduras, dieta alta en sal, alimentos conservados y embutidos) sobrepeso u obesidad, la inactividad física, el sexo masculino, la edad mayor de 50 años, la predisposición genética o antecedentes familiares de cáncer. Además de estos factores, se destaca para el cáncer de estómago la infección gástrica por la bacteria *H. pylori* y para el cáncer colorectal la presencia de pólipos y la historia de enfermedades inflamatorias tales como colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn⁽³⁻⁴⁾.

El diagnóstico de cáncer de estómago pasa por el análisis histopatológico de la lesión por biopsia, sin embargo, la mayoría de los casos se diagnostican en una fase avanzada, debido a la falta de síntomas específicos en la etapa temprana de la enfermedad, tales como dolor abdominal difuso, astenia, anorexia y pérdida de peso, lo que compromete la curación y se refleja en las altas tasas de mortalidad, ya que la cirugía más radical consiste en la extirpación total del estómago⁽³⁾.

En cuanto al cáncer colorrectal, la prevención está anclada en dos aspectos principales: la prevención primaria ligada a la educación y la modificación del estilo de vida, y el secundario, que consiste en la detección temprana, a través de la identificación de signos y síntomas como: hematoquecia, el cambio en los hábitos intestinales (diarrea o estreñimiento), pérdida de peso, sensación de vaciado incompleto del intestino y dolor abdominal, combinadas con exámenes de sangre oculta en las heces, la sigmoidoscopia y colonoscopia con biopsia posterior⁽⁴⁾.

Dependiendo de la etapa de la enfermedad, el tratamiento principal es la cirugía. En el cáncer colorrectal, la cirugía más radical consiste en la extirpación del intestino grueso y el recto, con la necesidad de hacer una colostomía, lo que provoca impacto sociales, físicos y psicológicos⁽⁵⁾.

Países como Japón, Inglaterra, Canadá y los Estados Unidos de América (EE.UU.), que tienen programas consolidados de seguimiento de cáncer estómago o

cáncer colorrectal han observado una disminución significativa de la morbilidad y la mortalidad asociadas con la enfermedad, gracias a la calidad de sus métodos de seguimiento y el uso más eficiente de las pruebas de diagnóstico disponibles, el aumento de la detección y eliminación de adenomas y/o carcinomas en etapa temprana⁽⁶⁻⁸⁾.

Por lo tanto, el diagnóstico y la estadificación son esenciales para el tratamiento de cáncer de estómago y colorrectal, ya que la tasa de mortalidad y los cambios en la calidad de vida están directamente relacionados con ellas. La búsqueda precoz de atención en la red de servicios de salud, que proporciona asistencia de especialistas y la existencia de un programa de seguimiento organizado, provisto de estudios y procedimientos de laboratorio para el diagnóstico precoz son factores que contribuyen a aumentar la probabilidad de recuperación del paciente, evitando procedimientos más invasivos y extensos^(4-5,9).

Idealmente, el tiempo entre la búsqueda de diagnóstico del tumor a la cirugía no debe tardar más de seis a ocho semanas⁽¹⁰⁾. Sin embargo, debido a la distribución desigual de los recursos de atención de la salud y la vasta extensión geográfica del Brasil, las condiciones de salud son muy diversas, y tienen a menudo demandas muy superiores a la capacidad de los servicios, lo que conduce a retrasos en el diagnóstico y tratamiento, y ponen en peligro el bienestar y la calidad de la recuperación del paciente⁽⁹⁾.

A pesar de la existencia de estudios internacionales que muestran las causas y consecuencias de la demora entre la búsqueda de atención médica, el diagnóstico y el inicio del tratamiento, existe una brecha de conocimientos sobre el tema en la literatura nacional para el cáncer colorrectal, y especialmente para el cáncer estómago.

Ante este escenario epidemiológico de alta incidencia y mortalidad y el número limitado de publicaciones sobre el tema, para contribuir a la identificación de fortalezas y debilidades del sistema, con el fin de reconocer la calidad del servicio ofrecido a la población y también proponer medidas de mejora, lo que favorece la planificación y la calidad de la atención al paciente, se propuso el presente estudio que tuvo como objetivo identificar el tiempo entre los síntomas, la búsqueda de asistencia y el inicio del tratamiento en pacientes con cáncer de estómago y colorrectal y los factores que interfieren en estos procesos.

Método

Estudio cuantitativo, descriptivo correlacional, realizado con 101 pacientes diagnosticados con cáncer

de estómago o colorrectal, de ambos sexos, sometidos a cirugía electiva, tratados en un hospital especializado en el tratamiento del cáncer de diagnóstico en el municipio de Sao Paulo - Brasil, en el período julio-diciembre 2014.

Los criterios de inclusión fueron: edad mayor que o igual a 18 años y pacientes con cáncer de estómago o colorrectal admitido a la clínica quirúrgica del hospital seleccionado para el estudio, para someterse a cirugía electiva para el tratamiento de cáncer. Se excluyeron los pacientes que tenían dificultades de comprensión o comunicación con el investigador y los pacientes sometidos a cirugía de reconstrucción del tránsito intestinal después de la finalización del tratamiento, ya que en esos casos las dificultades de tratamiento podrían dificultar recordar las situaciones experimentadas hasta ese momento.

Para calcular el tamaño de la muestra en el momento de la realización de este estudio, la única investigación similar a este, es decir, la evaluación del tiempo de la aparición de los síntomas hasta el diagnóstico, se ha llevado a cabo en pacientes con cáncer de pulmón⁽¹⁰⁾. Por lo tanto, a pesar de las diferencias entre los tipos de tumores se decidió utilizar el mismo, ya que se consideraba que el sistema de atención pública a la salud utilizados por los pacientes fue la misma, además que la investigación citada contiene los datos estadísticos necesarios, que nos permitió estimar con precisión el número de observaciones que se llevarán a cabo.

Por lo tanto, el cálculo del tamaño de la muestra se basó en los hallazgos del estudio nacional⁽¹⁰⁾ en el que el tiempo medio entre la aparición de los síntomas y la primera visita fue de 110 días con una desviación estándar de 72,5 días. Por lo tanto,, teniendo en cuenta el tiempo entre los síntomas y la primera visita, se estimó que tomaría la observación de 90 pacientes, para obtener el tiempo medio de búsqueda para la ayuda a la salud, con un margen de error de 15 días y un intervalo de confianza 95%.

El proyecto ha cumplido la resolución 466/2012⁽¹¹⁾, y fue aprobado por el Comité Ético de Investigación, con el número de protocolo 24731414.3.0000.5392.

La recolección de datos fue hecha a través de un instrumento de recolección de datos, que contenía datos sociodemográficos y aspectos relacionados con el diagnóstico y el tratamiento.

El instrumento de recolección de datos fue sometido a evaluación a tres enfermeros expertos en oncología, que analizaron el instrumento por su capacidad para alcanzar los objetivos propuestos y su claridad, sugiriendo cambios que fueron aceptados por los autores.

La recolección de datos, en sí, era a través de entrevista con el paciente o responsable en el período preoperatorio, después de recibir explicaciones acerca

de los objetivos de la investigación y luego de expresar su acuerdo con la firma en el consentimiento libre e informado. El expediente clínico del paciente también fue utilizado como fuente de información adicional así como los datos y la estadificación clínica.

El análisis de datos se realizó de forma descriptiva y inferencial, por medio de *software Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versión 20.0. Los resultados se presentan de acuerdo con las distribuciones de frecuencia y estadísticas descriptivas como media aritmética, desviación estándar (DE), la mediana, valores mínimos y máximos para las variables cuantitativas. Las variables dicotómicas se evaluaron mediante la prueba exacta *Fisher* y las variables continuas por la prueba *Mann Whitney*. El nivel de significación se definió a igual a o menor que 0,05.

Resultados

De 101 pacientes investigados, la edad media fue de 61,7 años (DE=12,94 años), predominantemente masculino (53,5%) (Tabla 1) y que reside en Sao Paulo (43, 6%).

Tabla 1 - Datos sociodemográficos de los pacientes con cáncer de estómago o colorrectal sometidos a cirugía electiva. São Paulo, SP, Brasil, 2014

| Variable | n | % |
|--------------------------|-----|------|
| Sexo | | |
| Masculino | 54 | 53,5 |
| Femenino | 47 | 46,5 |
| Color | | |
| Blanca | 55 | 54,5 |
| Parda | 30 | 29,7 |
| Negra | 16 | 15,8 |
| Estado civil | | |
| Casado | 53 | 52,5 |
| Viudo | 17 | 16,8 |
| Soltero | 15 | 14,9 |
| Divorciado | 13 | 12,9 |
| Vive con pareja | 3 | 3,0 |
| Ocupación | | |
| Jubilado | 47 | 46,5 |
| Autónomo | 19 | 18,8 |
| Asalariado | 15 | 14,9 |
| Pensionista | 11 | 10,9 |
| Desocupado | 7 | 6,9 |
| Otros | 2 | 2,0 |
| Escolarización | | |
| 1 a 4 años de estudio | 44 | 43,6 |
| 5 a 8 años de estudio | 25 | 24,8 |
| No fue a la escuela | 13 | 12,9 |
| 9 a 11 años de estudio | 12 | 11,9 |
| 12 o más años de estudio | 7 | 6,9 |
| Vivienda | | |
| Propia | 76 | 75,2 |
| Alquilada | 17 | 16,8 |
| Prestada | 8 | 7,9 |
| Total | 101 | 100 |

El paciente era responsable de los ingresos familiares en 69 casos (68,3%), 16 (15,8%) de las situaciones fue citado el cónyuge, y, como resultado, hijos (10; 9,9%) o otros (6; 6%). Dichos ingresos fue de dos a cinco veces el salario mínimo (47; 46,5%), seguido de un salario mínimo (35; 34,7%), cuatro (4%) fueron situaciones de ingreso superior a seis salarios y 15 (14,9%) no sabía o reportaron ingresos por debajo del salario mínimo. En cuanto el estado nutricional, 12 (11,9%) tenían un índice de masa corporal (IMC) que representa bajo peso, 43 (42,6%) peso normal, 33 (32,7%) sobrepeso y 13 (12,9%) eran obesos. Nueve (8,9%) sujetos informaron que son alcohólicos, mientras que 46 (45,5%) nunca habían consumido alcohol y 46 (45,5%) habían interrumpido su uso. Los fumadores reportados eran 16 (15,8%) mientras que 41 (40,6%) eran ex fumadores. Las comorbilidades estaban presentes en 51 sujetos (50,5%), especialmente la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) (21; 20,8%), enfermedad cardíaca (18; 17,8%) y una combinación de HAS y la diabetes mellitus (DM) (15; 14,9%) (Tabla 2).

El diagnóstico de cáncer de recto y las cirugías de rectosigmoidectomía fueron los más frecuentes. La estadificación de los tumores a través del sistema de clasificación TNM ("T": información sobre el tumor primario; "N": implicación de los ganglios linfáticos, y; "M": presencia de metástasis) reveló que las incidencias más altas eran la etapa IA (18; 17,8%) IIA (17; 16,8%) y IIB (16; 15,8%). Se destacó la presencia de cinco (5%) pacientes con etapa IV que indica la presencia de metástasis (Tabla 2).

Tabla 2 - Variables clínicas y quirúrgicas de pacientes con cáncer de estómago o colorrectal sometidos a cirugía electiva. São Paulo, SP, Brasil, 2014

| Variable | n | % |
|--|----|------|
| Enfermedad crónica | | |
| Hipertensión Arterial Sistémica | 21 | 20,8 |
| Cardiopatías | 18 | 17,8 |
| Hipertensión Arterial Sistémica y Diabetes Mellitus | 15 | 14,9 |
| Diabetes Mellitus | 02 | 1,4 |
| Otras comorbilidades | 19 | 18,8 |
| Diagnóstico | | |
| Cáncer rectal | 56 | 55,4 |
| Cáncer de estómago | 30 | 29,7 |
| Cáncer de colon | 15 | 14,9 |
| Indicación quirúrgica | | |
| Abdominal rectosigmoidectomía | 47 | 46,5 |
| Gastrectomía parcial/total | 23 | 22,7 |
| Laparotomía exploratoria para el drenaje y/o biopsia | 10 | 9,9 |
| Colectomía parcial/total | 7 | 6,9 |
| Amputación perineal-abdominal de recto en oncología | 4 | 3,9 |

(continúa...)

Tabla 2 - *continuación*

| Variable | n | % |
|--|----|------|
| Escisión de cáncer lesión/anal-colorrectal | 4 | 3,9 |
| Peritonectomía | 3 | 2,9 |
| Otros | 3 | 2,9 |
| Estadamiento | | |
| IA | 18 | 17,8 |
| IIA | 17 | 16,8 |
| IIB | 16 | 15,8 |
| IIIA | 12 | 11,9 |
| IV | 5 | 5,0 |
| IIIC | 4 | 4,0 |
| IIIB | 3 | 3,0 |
| Cáncer <i>in situ</i> | 3 | 3,0 |
| IB | 2 | 2,0 |
| No registrado en los registros médicos | 21 | 20,8 |

Sólo 19 (18,8%) encuestados se sometieron a pruebas de prevención (endoscopia, colonoscopia, sangre oculta fecal y la tomografía), y de éstos, 13 (68,4%) habían tenido un diagnóstico previo de cáncer; cuatro (21%) realizado por indicación médica; uno (5,3%) debido a antecedentes familiares de cáncer en estos lugares y uno (5,3%) informo sobre la realización "por su voluntad".

En cuanto a la historia familiar de cáncer, 62 (61,4%) pacientes tenían antecedentes de cáncer en la familia, 37 (36,6%) negaron casos y dos (2%) no sabían porque desconocen la familia biológica. En total, 100 familias fueron citadas diagnosticados con cáncer, 22 (22%) de estómago, 19 (19%) colorrectal y 59 (59%) en otros lugares. Diez encuestados tuvieron al menos dos familiares con cáncer de estómago o colorrectal.

Debido a la realización de pruebas de detección preventivas, siete (6,9%) pacientes no tenían síntomas antes del diagnóstico de cáncer. Los síntomas se asociaron por los pacientes en 35 (34,7%) casos con alguna enfermedad, pero no con el cáncer; 18 (17,8%) pacientes asociaron los síntomas a los hábitos alimentarios y 13 (12,9%) no refería los síntomas a nada especial. Sólo nueve (8,9%) reportaron síntomas de cáncer. Los síntomas principales se pueden ver en la Tabla 3.

La búsqueda de la atención médica se produjo dentro de los 30 días después de la aparición de los síntomas en 67 (66,3%) casos y 34 (33,7%) demoró más de 30 días para buscar un centro de salud. De éstos, 24 (70,6%) demoró más de 90 días para buscar ayuda, seis (17,6%) tomó 30 a 60 días y cuatro (11,8%) demoraron de 60 a 90 días.

Tabla 3- Distribución de los síntomas identificado por los encuestados. São Paulo, SP, Brasil, 2014

| Síntomas reportados | N | % |
|---|----|------|
| Dolor epigástrico y/o abdominal | 47 | 46,5 |
| Hematoquecia | 47 | 46,5 |
| Pérdida de peso | 46 | 45,5 |
| Falta de apetito | 19 | 18,8 |
| Diarrea | 19 | 18,8 |
| Estreñimiento | 19 | 18,8 |
| Fatiga | 17 | 16,8 |
| Sangrado anal | 17 | 16,8 |
| Vómito | 13 | 12,9 |
| Sensación de vaciado incompleto del intestino | 11 | 10,9 |
| Náusea | 12 | 11,9 |
| Cólico | 17 | 16,8 |
| Plenitud gástrica | 10 | 9,9 |
| Flatulencia | 10 | 9,9 |
| Otros | 15 | 15,0 |

Cuando la razón del mayor retraso en la búsqueda, 25 (73,5%) respondieron no tener síntomas asociados a un problema de salud, tres (3%) nunca habían asistido a un servicio de salud con anterioridad, dos (2%) reportaron miedo, dos (2%) no pudieron responder y uno (1%) por que no podía estar ausente del trabajo.

El número de pasos de referencia entre el local de atención primario buscado por el paciente hasta la institución que realizó el tratamiento de oncológico fue evaluado. Por lo tanto, las referencias promedio hasta el tratamiento fue 1,14 (DE=0,98) con un mínimo de cero y un máximo de tres. En el primer lugar de búsqueda de atención hasta consultar una institución especializada, 33 (32,7%) de los casos requirieron una derivación; 32 (31,7%) se enviaron directamente a la institución; 26 (27,7%) tuvieron dos derivaciones y 10 (9,9%) tres o más referencias.

Así, en promedio, el tiempo entre el inicio de los síntomas y buscar atención médica fue de 2,15 meses; 4,78 meses entre la búsqueda de atención médica y el diagnóstico; 4,06 meses desde el diagnóstico y el inicio del tratamiento y el tiempo total entre los síntomas y el inicio del tratamiento fue, en promedio, de 15,16

meses (Tabla 4). Algunos pacientes dijeron no recordar los períodos que esperaron entre las etapas (7,9%).

La edad se relaciona con el tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento (quimioterapia, cirugía o RT) ($p=0,044$), es decir, a mayor edad, mayor es el tiempo para la búsqueda de atención médica.

La hipertensión arterial sistémica presentó una asociación significativa con la reducción del tiempo entre la búsqueda y diagnóstico médico ($p=0,012$).

La historia familiar de cáncer se asocia significativamente a reducir el tiempo entre la aparición de los síntomas y la búsqueda de tratamiento ($p=0,08$).

La consulta preventiva mostró asociaciones significativas entre el tiempo transcurrido más bajo en relación con la búsqueda de tratamiento y diagnóstico ($p=0,07$) y también entre los síntomas y el inicio del tratamiento ($p<0,001$).

Se observaron asociaciones significativas entre las variables: pérdida de peso y el tiempo transcurrido más bajo entre el inicio de los síntomas y buscar atención médica ($p=0,010$); náuseas y el tiempo entre el inicio de los síntomas y el inicio del tratamiento ($p=0,024$); vómitos y la reducción del tiempo entre el inicio de los síntomas y buscar atención médica ($p=0,042$) y el inicio del tratamiento ($p=0,005$); hematoquecia y menor tiempo entre el comienzo del tratamiento y la cirugía ($p=0,006$) y dolor al menor tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento ($p=0,003$).

Se observó una asociación significativa entre los pacientes que iniciaron la búsqueda de tratamiento en la Unidad Básica de Salud (UBS) y la mayor parte del tiempo entre la búsqueda y el diagnóstico ($p=0,009$).

Ingreso económico ($p=0,689$), educación ($p=0,394$), el sexo ($p=0,564$), el estado civil ($p=0,842$) y la religión ($p=0,552$) no se asociaron con la búsqueda de ayuda después del inicio síntomas y no interfirieron en los intervalos de tiempo estudiados.

Tabla 4 - Tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas, la búsqueda de tratamiento, el diagnóstico y el inicio del tratamiento. São Paulo, SP, Brasil, 2014.

| Intervalos | N | Tiempo (meses) | | |
|--|-----|----------------------|---------|---------|
| | | Promedio (\pm DE) | Mediana | Mín-Máx |
| Entre los síntomas y buscar atención médica | 93 | 2,15 (\pm 3,94) | 1 | 0-25 |
| Entre búsqueda de asistencia médica y el diagnóstico | 100 | 4,78 (\pm 7,19) | 2 | 0-43 |
| Entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento | 101 | 4,06 (\pm 4,05) | 3 | 0-34 |
| Entre los síntomas y el inicio del tratamiento | 93 | 15,16(\pm 10,97) | 12 | 0-67 |

Discusión

La mayoría de los pacientes eran hombres; una edad media de 61,7 años; especialmente los fumadores o ex fumadores y bebedores y ex bebedores; casados; con ingresos entre dos y cinco salarios mínimos; tenían hasta cuatro años de estudio, siendo el diagnóstico más frecuente el cáncer de recto. Hay que tener en cuenta que, cuanto más edad, mayor es el tiempo entre la aparición de los síntomas y la búsqueda de tratamiento.

Los resultados corroboran la literatura científica en relación a la edad media de los pacientes y la prevalencia de este tipo de cáncer entre los hombres^(2,12-13), consumidores de alcohol y el tabaco⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ y el bajo nivel educativo, como aspectos asociados con el retraso de más de 30 días antes del primer tratamiento, lo que demuestra que no sólo aspectos clínicos, sino también socio-culturales interfieren en el proceso de búsqueda de tratamiento⁽¹²⁾.

En la presente investigación, la mayoría de los pacientes analizados buscaron atención médica dentro de los 30 días después de la aparición de los síntomas, sin embargo, el tiempo entre la búsqueda de la atención médica y el inicio del tratamiento ocurrió en un promedio de 8.84 meses.

En este sentido, buscando un acceso rápido a los servicios de salud, muchos países en el mundo han tratado de poner en práctica los programas de detección específicos para el cáncer de estómago y colorrectal.

En los años 90, el gobierno danés inició la implementación de un programa que recomienda que el tiempo entre la sospecha y los exámenes en pacientes investigados para el cáncer colorrectal se produzcan en no más de 14 días, sumado a otros 14 días entre el diagnóstico y el tratamiento, totalizando de esta manera, un período de 28 días entre la sospecha y el tratamiento⁽¹⁷⁾.

En el Reino Unido, desde 2000, se introdujo la recomendación de "referencia en dos semanas" para los pacientes con sospecha de cáncer colorrectal, que caen en criterios predefinidos por edad, signos y síntomas⁽¹⁸⁾.

Una investigación reciente analizando la implementación del programa británico mostró que el número de diagnósticos de cáncer colorrectal mostró un aumento significativo en comparación con períodos anteriores a su inicio, sin embargo, no hubo diferencias en la etapa de los tumores diagnosticados, o, en su período de supervivencia en dos años⁽¹⁸⁾.

Aspecto que difiere de la implementación de los programas de tamizaje para el cáncer gástrico, especialmente en Asia, lo que ha contribuido al diagnóstico de la enfermedad en las primeras etapas y por lo tanto el aumento de la supervivencia de estos pacientes, lo que genera mejores resultados que los obtenidos en países occidentales por la misma enfermedad⁽¹⁹⁾.

Recientemente, Brasil, a través de la Ley 12.732⁽²⁰⁾, promulgada en 2012, recomienda que el tratamiento del cáncer, independientemente del tipo de cáncer se debe comenzar dentro de los 60 días después del diagnóstico. Es importante señalar que el término recomendado por la legislación brasileña tiene en cuenta sólo el período entre el ingreso y el tratamiento de los pacientes en la institución especializada en oncología, por lo tanto, no evalúa las referencias necesarias para este servicio.

A través de los informes recopilados a partir de las experiencias de los pacientes investigados, el período entre el diagnóstico o sospecha de diagnóstico y tratamiento eficaz, tomó una media de cuatro meses. Es importante destacar que, en este estudio, es retratado en todo el proceso de búsqueda mediante el tratamiento de lo informado por el paciente, es decir, desde los primeros síntomas hasta el propio tratamiento contra el cáncer en la institución especializada.

Es de destacar que a pesar de que los programas de detección son capaces de aumentar la capacidad de diagnóstico de enfermedades oncológicas⁽¹⁸⁻¹⁹⁾, a diferencia de lo que ocurre en los tumores gástricos⁽¹⁹⁾, la literatura científica no parece ser capaz de demostrar la capacidad de estas iniciativas para impactar en la mortalidad asociada con el cáncer colorrectal^(18,21-22).

En este sentido, existe evidencia de que independiente de garantías de igual acceso al sistema de diagnóstico a través de la salud y *screening* para la enfermedad, la mayoría de los diagnósticos se asocian con la presencia de signos y síntomas, especialmente sangrado rectal, dolor abdominal, o, el cambio en los hábitos intestinales y fatiga, que parece culminar en etapas superiores de neoplasia colorrectal⁽²¹⁻²²⁾.

Una revisión reciente indica controversias en el análisis del papel de retraso en el diagnóstico, la supervivencia al cáncer colorrectal y etapa de la enfermedad⁽²³⁾. Parece haber consenso en afirmar que los signos y síntomas considerados más preocupante por los pacientes, tales como sangrado y dolor abdominal llevan a buscar más rápido el cuidado de la salud y la generación de diagnósticos más rápidos, como ocurre, por ejemplo, en los casos de tumores rectales. Enfermedades con síntomas menos específicos, como los que existen entre los pacientes que sufren de cáncer de colon, requieren más tiempo de investigación hasta su diagnóstico definitivo, culminando en etapas más avanzadas de la enfermedad⁽²³⁻²⁴⁾.

En esta investigación, se observó también que el momento actual entre los primeros síntomas y buscar ayuda médica era más de dos meses y el tiempo promedio entre los síntomas y el inicio del tratamiento fue de aproximadamente 15 meses. Además, los pacientes que tomaron más de 30 días para buscar

atención médica en el 73,5% de los casos, no asociaron sus síntomas a un problema de salud, destacando, de acuerdo con la literatura, la importancia asociada a aspectos actitudinales del paciente, en la asignación de valor a los signos y síntomas sentidos, el fomento de la flexibilidad en la búsqueda de los servicios de salud⁽¹²⁻²⁴⁾.

Aunque la información de las limitaciones de acceso a la etapa, se observó en este estudio, la minoría de los pacientes tenían enfermedad *in situ*. El diagnóstico de cáncer *in situ* es difícil debido a la gran cantidad de pacientes asintomáticos o con síntomas atípicos en el cáncer gástrico y colorrectal, incluso en países con buenos métodos implementados de tamizaje, tales como Japón y los Estados Unidos de América (EE.UU.)^(6,13,25).

Sin embargo, vale la pena señalar que después de la ejecución del programa de detección de estos cánceres en los EE.UU., en los estadounidenses mayores de 50 años la tasa de colonoscopia fue triplicada en los últimos 11 años, lo que contribuye a la disminución del 3,9% la enfermedad en este grupo de edad, sin embargo, sólo 40% de los pacientes con cáncer colorrectal fueron diagnosticados con la enfermedad *in situ* en 2014⁽¹³⁾. En relación a los pacientes con cáncer gástrico en todo el mundo la supervivencia de cinco años para la enfermedad es del 20%, mientras que en Japón, para las enfermedades diagnosticadas entre las etapas I y II, la tasa de supervivencia es del 70%⁽²⁵⁾.

Por otra parte, es interesante observar que otro aspecto que puede haber influido en la búsqueda de los servicios de salud, puede estar relacionado con el hecho que el cáncer de estómago y colorrectal afecta con mayor frecuencia los hombres^(2,12-13) y se sabe que las mujeres tienden a tener mejor adhesión a programas de salud, como, por ejemplo, en el programa de seguimiento de cáncer de mama.

También se destaca que se observaron aspectos que cooperaron en la agilidad de servicio, como la asociación significativa entre la hipertensión y menos tiempo para el diagnóstico, lo que sugiere que los pacientes con enfermedades crónicas y que realizan el seguimiento en un servicio de salud presentan una mayor flexibilidad en la detección de nuevas enfermedades; de la misma manera, los que hacen el seguimiento o evaluación para la prevención debido a antecedentes familiares o personales de cáncer, lo que sin duda contribuye a aumentar las posibilidades de mejor pronóstico. Por lo tanto, la vigilancia de las enfermedades crónicas favorece un mayor acceso a los servicios y profesionales de la salud, lo que aumenta las posibilidades de que los pacientes hayan reconocido sus síntomas, que se produce sospecha de enfermedad y remisión para las exámenes⁽¹⁰⁾.

Existen recomendaciones sobre la necesidad de un programa de control para el cáncer gástrico y colorrectal

en Brasil desde la década de 1990, sin embargo, no se puede pasar por alto las dificultades asociadas con el alto costo de la detección y su carácter invasivo, junto con la necesidad de formación profesional de la salud desde su formación, especialmente los que trabajan en la atención primaria, para reconocer los signos y síntomas de sospecha⁽⁹⁾.

Por lo tanto, mediante los resultados de esta investigación se pone de relieve la importancia de establecer un programa de seguimiento, difusión de información sobre el cáncer de estómago y cáncer colorrectal, así como la integración de los servicios de salud, la reducción del tiempo de espera exámenes y la inversión en la formación profesional en el cuidado de la salud para la detección rápida de los casos y una mejor calidad de vida del paciente.

Las limitaciones del estudio están en los límites geográficos de los datos resaltados, investigando los pacientes remitidos a un centro importante para el tratamiento del cáncer, de un solo municipio. Otro aspecto a destacar es la falta de estudios nacionales para investigar el tema, especialmente entre los tumores gastrointestinales, que también se pueden presentar como una limitación, ya que debilita las comparaciones de los resultados a la realidad nacional.

Por lo tanto, se refuerza la necesidad de llevar a cabo investigaciones similares en otras regiones del país, la elaboración de estudios que identificará las barreras y soluciones, contribuyendo al desarrollo de una política pública brasileña bien estructurada, para la atención de los posibles casos de cáncer de estómago y colorrectal.

Conclusión

La principal causa de retraso en la búsqueda de atención médica fue la no asociación entre los síntomas que se presentan como una causa de la enfermedad. La historia familiar de cáncer y el control preventivo se relacionaron significativamente con períodos más cortos para la búsqueda y el tratamiento temprano. El período entre la manifestación de los síntomas y obtener tratamiento se produjo en promedio después de 15.16 meses, este período podría ser justificado por la necesidad encontrada en la mayor parte de la muestra, de por lo menos una o dos referencias hasta llegar al lugar de tratamiento eficaz.

Referencias

1. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015. [Acesso 27 jan 2016]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>

2. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. [Internet]. 2015 [Access May 30, 2016];36(5):E359-86. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.29210/epdf>
3. Lamarca Lete A, Molina Villaverde R, Navarro Expósito F, Álvarez-Mon Soto M. Stomach cancer. *Medicine*. (Spain) [Internet]. 2013 [Access May 30, 2016];11(25):1512-8. Available from: <http://www.medicineonline.es/es/cancer-estomago/articulo/S0304541213704876/> doi: 10.1016/S0304-5412(13)70487-6
4. Aran V, Victorino AP, Thuler LC, Ferreira CG. Colorectal Cancer: Epidemiology, Disease Mechanisms and Interventions to Reduce Onset and Mortality. *Clin Colorectal Cancer* [Internet]. 2016 [Access May 30, 2016];pii: S1533-0028(16)30020-2. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1533002816300202>
5. Pereira APS, Cesarino CB, Martins MRI, Pinto MH, Netinho JG. Associations among socio-demographic and clinical factors and the quality of life of ostomized patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. [Access May 30, 2016];20(1):93-100. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000100013>.
6. Ross WA. Colorectal cancer screening in evolution: Japan and the USA. *J Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2010 [Access May 30, 2016];25Suppl1:S49-56. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1746.2010.06221.x/pdf>
7. Zauber AG. The impact of screening on colorectal cancer mortality and incidence: has it really made a difference? *Dig Dis Sci*. [Internet]. 2015 [Access May 30, 2016];60(3):681-91. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10620-015-3600-5>
8. Welch HG, Robertson DJ. Colorectal cancer on the decline-why screening can't explain it all. *N Engl J Med*. 2016;374(17):1605-7. doi: 10.1056/NEJMp1600448.
9. Coy CSR. Colorectal cancer prevention in Brazil - where are we? *J Coloproctol*. (Rio J.) [Internet]. 2013 [Access May 29, 2016];33(3):111-2. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-93632013000300111&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcol.2013.09.001>.
10. Knorst MM, Dienstmann R, Fagundes LP. Retardo no diagnóstico e no tratamento cirúrgico do câncer de pulmão. *J Pneumol*. [Internet]. 2003 [Acesso 12 dez 2015];29(6):358-64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-35862003000600007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-35862003000600007>
11. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BR). 2012. [Acesso 4 jul 2013]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
12. Zarcos-Pedrinaci I, Fernández-López A, Téllez T, Rivas-Ruiz F, Rueda AA, Suarez-Varela MM, et al. Factors that influence treatment delay in patients with colorectal cancer. *Oncotarget* [Internet]. 2016 [Access Dec 19, 2016]; Available from: [http://www.impactjournals.com/oncotarget/index.php?journal=oncotarget&page=article&op=view&path\[\]=13574&pubmed-linkout=1](http://www.impactjournals.com/oncotarget/index.php?journal=oncotarget&page=article&op=view&path[]=13574&pubmed-linkout=1). doi: 10.18632/oncotarget.13574.
13. Siegel R, DeSantis C, Jemal A. Colorectal cancer statistics, 2014. *CA Cancer J Clin*. [Internet]. 2014 [Access Dec 12, 2015];64:104-117. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21220/full>. DOI: 10.3322/caac.21220
14. Walter V, Jansen L, Ulrich A, Roth W, Bläker H, Chang-Claude J, et al. Alcohol consumption and survival of colorectal cancer patients: population-based study from Germany. *Am J Clin Nutr*. 2016;103(6):1497-506. doi: 10.3945/ajcn.115.127092.
15. Walter V, Jansen L, Hoffmeister M, Ulrich A, Chang-Claude J, Brenner H. Smoking and survival of colorectal cancer patients: population-based study from Germany. *Int J Cancer*. 2015;137(6):1433-45. doi: 10.1002/ijc.29511.
16. Silva GA, Rezende LFM, Gomes FS, Souza Junior PRB, Szwarcwald CL, Eluf-Neto J. Lifestyle among former cancer patients in Brazil in 2013. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2016 [Access Dec 12, 2015];21(2):379-88. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200379&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.24722015>
17. Iversen LH. Aspects of survival from colorectal cancer in Denmark. *Dan Med J*. [Internet]. 2012 [Access Dec 19, 2016];59(4):B4428. Available from: http://www.danmedj.dk/portal/page/portal/danmedj.dk/dmj_forside/PAST_ISSUE/2012/DMJ_2012_04/B4428
18. Khong TL, Naik K, Sivakumar R, Shah S. Impact of the United Kingdom national bowel cancer awareness campaigns 2012 on colorectal cancer services and patient survival. *Colorectal Dis*. [Internet]. 2015 [Access Dec 19, 2016];17(12):1055-61. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/codi.13038/abstract>;jsessionid=5C2C0641A0F123951A906D7B-CF2370E4.f02t04. doi: 10.1111/codi.13038.
19. Marano L, Polom K, Patriiti A, Roviello G, Falco G, Stracqualursi A, et al. Surgical management of advanced gastric cancer: An evolving issue. *Eur J Surg Oncol*. 2016;42(1):18-27. doi: 10.1016/j.ejso.2015.10.016
20. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012 (BR). 2012. [Acesso 4 jul 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.html
21. Hatch QM, Kniery KR, Johnson EK, Flores SA, Moeil DL, Thompson JJ, et al. Screening or Symptoms? How Do

We Detect Colorectal Cancer in an Equal Access Health Care System? *J Gastrointest Surg.* 2016 Feb;20(2):431-8. doi: 10.1007/s11605-015-3042-6.

22. Walter FM, Emery JD, Mendonca S, Hall N, Morris HC, Mills K, et al. Symptoms and patient factors associated with longer time to diagnosis for colorectal cancer: results from a prospective cohort study. *Br J Cancer.* 2016 Aug 23;115(5):533-41. doi 10.1038/bjc.2016.221.

23. Vega P, Valentín F, Cubiella J. Colorectal cancer diagnosis: Pitfalls and opportunities. *World J Gastrointest Oncol.* [Internet]. 2015 [Access Dec 19, 2016];7(12):422-33. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4678389/> doi: 10.4251/wjgo.v7.i12.422

24. Esteva M, Leiva A, Ramos M, Pita-Fernández S, González-Luján L, Casamitjana M, Sánchez MA, et al. Factors related with symptom duration until diagnosis and treatment of symptomatic colorectal cancer. *BMC Cancer.* [Internet]. 2013 [Access Dec 20, 2016];13:87. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3598975/>. DOI: 10.1186/1471-2407-13-87

25. Karimi P, Islami F, Anandasabapathy S, Freedman ND, Kamangar F. Gastric cancer: descriptive epidemiology, risk factors, screening, and prevention. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* [Internet]. 2014 [Access May 30, 2016];23(5):700-13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4019373/pdf/nihms-574508.pdf>. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-13-1057

Recibido: 17.2.2016

Aceptado: 13.2.2017

Correspondencia:

Vanessa de Brito Poveda

Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira César CEP: 05403-000, São Paulo, SP, Brasil

E-mail: vbpoveda@usp.br

Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.