

FACTORES ASOCIADOS A LA DEMORA DE CONSULTA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN

M.C. García García, J. Hernández Borge, A.M. Castañar Jover, F.L. Márquez Pérez.

Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz;

Los autores declaran no presentar ningún conflicto de interés relativo a esta publicación.

Resumen

Introducción: la presentación tardía de síntomas relacionados con el cáncer de pulmón (CP) y la demora en consultar es frecuente.

Objetivo: conocer los síntomas referidos por los pacientes con CP, la demora hasta la primera consulta y valorar los factores relacionados con la misma.

Métodos: estudio prospectivo observacional de pacientes ingresados con CP. Se recogieron los síntomas sospechosos de CP referidos espontáneamente y tras mostrarles un listado estructurado de síntomas mediante entrevista personal; definiendo la fecha del primer síntoma reconocido espontáneamente y el tiempo hasta la primera consulta.

Resultados: se incluyeron 317 pacientes diagnosticados de CP (85,2% varones; edad media: $66 \pm 10,6$ años) El 89,9% presentaban comorbilidades: EPOC: 42%, patología cardiovascular: 37,5% y neoplasia previa: 19,6%. El 53% valoraban no tener o ser muy bajo su riesgo para desarrollar un CP, y un 49,2% no reconocían los síntomas del CP. Los síntomas más frecuentes referidos espontáneamente fueron: tos (52,1%), aumento de disnea (29%), cambios en la expectoración (24,9%) y dolor torácico (29,3%); aumentando su frecuencia al mostrarles un listado de síntomas. La demora hasta la primera consulta fue de $22,27 \pm 53,4$ días. La pérdida de peso, la ausencia de hemoptisis y la ausencia de comorbilidades, destacando la presencia de patología psiquiátrica se relacionaron con mayores demoras hasta la primera consulta.

Conclusiones:

- Los síntomas sospechosos de CP fueron infravalorados, demorando su primera consulta más de 20 días.
- La percepción de riesgo y los conocimientos acerca del CP fueron escasos.
- La pérdida de peso, la ausencia de hemoptisis y de comorbilidades se asociaron con una mayor demora hasta la primera consulta.

Palabras clave: Cáncer de pulmón, síntomas, demora consulta.

FACTORS ASSOCIATED WITH DELAYED CONSULTATION IN PATIENTS WITH LUNG CANCER

Abstract:

Introduction: The late presentation of symptoms related to lung cancer (LC) and delayed consultation is frequent.

Objective: To learn the symptoms referred to by patients with LC, the delay until the first consultation and to evaluate the factors related to this delay.

Methods: A prospective observational study in patients hospitalized with LC. Suspected LC symptoms referred to spontaneously and after showing patients a structured list of symptoms were recorded during a personal interview, determining the date of the first spontaneously recognized symptom and the time until the first consultation.

Results: 317 patients diagnosed with LC were included (85.2% male; average age: 66 ± 10.6 years). Of these, 89.9% had comorbidities: COPD, 42%; cardiovascular disease, 37.5%; and previous neoplasm, 19.6%. 53% considered themselves to have no or a very low risk of developing LC and 49.2% did not recognize the symptoms of LC. The most frequent symptoms referred to spontaneously were cough (52.1%), increased dyspnea (29%), changes in expectoration (24.9%) and chest pain (29.3%), increasing their frequency after showing patients a list of symptoms. The delay until the first consultation was 22.27 ± 53.4 days. Weight loss, the absence of hemoptysis and the absence of comorbidities, emphasizing the presence of psychiatric disorders, were associated with greater delays until the first consultation.

Conclusions:

- Suspected symptoms of LC were underestimated, delaying the first consultation more than 20 days.
- The perception of risk and knowledge about LC were lacking.
- Weight loss, the absence of hemoptysis and comorbidities were associated with a greater delay until the first consultation.

Keywords: lung cancer, symptoms, consultation delay.

Recibido: 05.09.2019. Aceptado: 17.11.2019

Dra. García García.

maricarmengg131@hotmail.com.

INTRODUCCIÓN

El CP continúa siendo la principal causa de muerte a nivel mundial y una de las enfermedades de origen respiratorio que mayor mortalidad ocasiona^{1, 2}, con una supervivencia a los 5 años que oscila entre 3 - 7%³, de tal forma que sólo un 20% pueden ser sometidos a cirugía con intención curativa en el momento del diagnóstico. La dificultad del diagnóstico en fases avanzadas radica principalmente en la presentación tardía de sus síntomas, lo cual ensombrece notablemente el pronóstico^{4, 5}. La consulta tardía de síntomas al médico es un problema previamente reconocido y que parece tener gran importancia⁶. Por lo tanto, es vital reconocer los síntomas sospechosos de un CP y reducir el tiempo desde la aparición de los mismos hasta confirmar un diagnóstico definitivo, lo que permitiría detectar el CP en estadios más precoces y más localizados¹.

Nuestro objetivo ha sido conocer los diferentes aspectos relacionados con el motivo de consulta, además de estudiar la demora de la misma en los pacientes con diagnóstico de CP, así como valorar qué factores pueden estar relacionados con el retraso en la primera consulta.

MATERIAL

Diseño del estudio: se ha realizado un estudio observacional prospectivo en el que se han incluido todos los pacientes ingresados en el servicio de Neumología con sospecha de CP, una vez que han sido correctamente diagnosticados, estadificados y confirmados histológicamente. Todos los pacientes procedían del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

A cada uno de los pacientes incluidos en el estudio se le ha realizado una entrevista personal de forma precoz tras su ingreso hospitalario. Se les ha interrogado sobre sus antecedentes personales, exposición a factores de riesgo, datos sociodemográficos, antecedentes familiares y personales de neoplasias, así como la presencia de otras comorbilidades asociadas. Además, se ha registrado la distancia en kilómetros (Km) al centro de salud y al hospital más cercano, la relación con su médico de atención primaria (MAP, conociendo si existía un trato de cercanía y confianza entre el paciente y el MAP para poder consultar con él de una forma precoz), número de visitas al centro de salud y/o las Urgencias hospitalarias en el año previo al diagnóstico, evaluando también el conocimiento del paciente acerca de poder padecer una enfermedad de origen neoplásico (evaluando si el paciente reconocía síntomas tales como empeoramiento de

la disnea, la tos o la expectoración, la presencia de hemoptisis y/o el síndrome constitucional como síntomas sospechosos de una posible neoplasia pulmonar)

Al valorar a los pacientes se les ha preguntado inicialmente por la presencia de síntomas que ellos, de forma voluntaria y espontánea, han expresado tanto a su MAP como al especialista, especificando la fecha exacta del inicio de los mismos, siendo dicho síntoma el motivo principal de su consulta, así como la fecha de la primera consulta, independientemente del médico que atendiese por primera vez al paciente. Posteriormente, se han registrado los síntomas que los pacientes reconocían haber presentado tras visualizar un listado estructurado de síntomas relacionados con el CP, con el fin de valorar la percepción de enfermedad por parte de los pacientes ingresados por sospecha de neoplasia pulmonar.

Criterios de inclusión: se han incluido todos aquellos pacientes que han sido ingresados en el servicio de Neumología por sospecha de neoplasia pulmonar, los cuales han sido finalmente correctamente diagnosticados de CP, estadificados y confirmados histológicamente. Todos los pacientes firmaron el consentimiento informado y el protocolo fue aprobado por el Comité de Ensayos Clínicos del hospital.

Criterios de exclusión: se han excluido todos aquellos pacientes en los que no haya sido posible completar el estudio y confirmar histológicamente el diagnóstico de CP, ya sea por muerte, pérdida o abandono, así como aquellos pacientes en los que se ha obtenido un diagnóstico alternativo a una neoplasia pulmonar, ya sea por tratarse de un proceso benigno o una neoplasia extrapulmonar.

Análisis estadístico: se ha realizado un análisis descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio, tanto las variables cualitativas (frecuencias absolutas y porcentajes) como las cuantitativas (medias y desviación estándar). Los síntomas referidos por los pacientes tanto de forma voluntaria a su MAP o al especialista, como una vez visualizado un listado estructurado de síntomas se han analizado de forma descriptiva, siendo expresados mediante porcentajes.

La demora en la primera consulta (D1) se ha definido como la diferencia de días entre la fecha del primer síntoma recogido por el MAP (o por el primer médico que evaluaba al paciente) y la fecha de la primera visita (V1); mientras que la demora diagnóstica (D2) se ha establecido como la diferencia de días desde V1 y la fecha del diagnóstico definitivo (entendido como la fecha en la que se dispuso de un

diagnóstico citológico o histológico de certeza). La demora diagnóstica global es la suma de la demora en la primera consulta y la demora diagnóstica. En todos los casos, los valores se han expresado en forma de media \pm desviación estándar.

Se ha realizado un análisis univariado en el que se ha relacionado cada una de las variables estudiadas con D1 en días, estableciéndose ésta como variable dependiente, con el fin de determinar los posibles factores asociados a la demora hasta la primera consulta. Dado que la distribución de los valores de D1 era muy dispersa realizó una transformación logarítmica para su análisis.

Finalmente se ha realizado un análisis multivariante mediante un proceso de regresión lineal múltiple en el que se han incluido todas las variables predictoras asociadas a una mayor demora de consulta que alcanzaron la significación en el análisis univariante ($p < 0,05$), considerando como variable dependiente el logaritmo neperiano de la demora de consulta en días del primer síntoma referido espontáneamente por el paciente al MAP o al primer médico que lo valoró, con el objetivo de determinar qué variables eran predictores independientes de una mayor demora en la primera consulta.

Se consideró que había diferencias estadísticamente significativas cuando el valor de p asociado era menor de 0,05.

RESULTADOS

Durante los dos años del periodo de estudio (desde septiembre de 2014 hasta diciembre de 2016) se han reclutado 332 pacientes, que fueron ingresados en el servicio de Neumología para estudio por sospecha de CP, de los cuáles finalmente sólo completaron el estudio 317 (final del seguimiento diciembre de 2018)

Se han incluido 317 pacientes con una edad media de $66 \pm 10,6$ años, de los cuales el 85,2% eran varones. Por grupo de edades, la mayoría tenían entre los 60 - 69 años (36%) y los 70 - 79 años (27,8%) El 41% eran de ámbito rural, con un nivel educativo bajo (68,5%) y unos ingresos inferiores a los 12.000€/año (69,7%) La mayoría (93,1%) habían tenido un trabajo remunerado, pero sólo el 32,5% eran activos laboralmente. El 90,2% de los pacientes convivían con otros familiares en el momento de inclusión. La tabla 1 expone las características de la población estudiada.

El 89,9% tenían comorbilidades asociadas, entre las que destacan la EPOC en un 42%, la patología cardiovascular en un 37,5% y la digestiva en un 30,3%. El 19,6% habían sufrido un proceso neoplásico previo a la inclusión en este estudio, y el

24,6% tenían antecedentes familiares de cáncer. A pesar de todo lo anterior, el 40,7% eran fumadores activos en el momento del diagnóstico del CP.

El 92,1% reconocían la exposición a factores de riesgo para cáncer y un 7,6% indicaban trabajar en ambientes con humo; sin embargo, a pesar de lo anterior, hasta un 53% consideraban que no tenían riesgo o bien que el riesgo era bajo para padecer una neoplasia pulmonar. Destacar que hasta un 49,2% reconocían no tener conocimientos acerca de los posibles síntomas relacionados con la aparición de un CP.

El 90,9% de los pacientes tenían una escasa relación con su MAP, con una media de visitas anuales al mismo de $1,9 \pm 2,36$. Gran parte de ellos (96,6%) residían cerca de su centro de salud, aunque hasta el 48,6% tenían el hospital más cercano a más de 20 km.

Los síntomas más frecuentes recogidos inicialmente por el MAP o referidos espontáneamente por el propio paciente fueron la tos (49,2% a 52,1%), el aumento de disnea (27,8% a 29%), los cambios en la expectoración (23,3% a 24,9%) y la aparición de dolor torácico o pleural (28,1% a 29,3%) La presencia de hemoptisis como síntoma precoz osciló entre el 15,8% y el 16,4%, destacando que hasta un 11,4% no mostraban síntomas sospechosos en el momento de la 1ª consulta. Es importante resaltar el hecho que la frecuencia de todos estos síntomas, aumentaron de forma considerable cuando eran valorados por un neumólogo, tanto como síntoma precoz como síntoma desarrollado en el momento de inicio del estudio diagnóstico. Señalar que la frecuencia de todos estos síntomas se incrementaba de forma notable cuando al paciente se le ofrecían un listado estructurado de síntomas, con el fin que trataran de reconocer la clínica que presentaban de forma más precoz, destacando que en este caso eran menos frecuente los pacientes asintomáticos, ya que éste descendía hasta un 5,7%. Los síntomas presentes al diagnóstico quedan reflejados en la tabla 2.

Encontramos que la demora hasta la primera consulta fue de $22,27 \pm 53,4$ días, mientras que la demora diagnóstica fue mayor, situándose en los $85,3 \pm 102,8$ días, con una demora global de $107,5 \pm 118,5$ días (Tabla 3)

En la tabla 4 se muestran los resultados del análisis univariado. Como puede verse, la ausencia de cambios en la expectoración ($24,8 \pm 59,8$ vs $13,8 \pm 18,7$; $p = 0,014$), la presencia de pérdida de peso ($41,02 \pm 49,5$ vs $19,7 \pm 49,5$; $p = 0,023$), la presencia de anorexia ($43,3 \pm 84,3$ vs $20,1 \pm 49,01$; $p = 0,026$), la ausencia de hemoptisis ($24,2$

$\pm 57,8$ vs $12,2 \pm 15,9$; $p = 0,004$), tener un trabajo remunerado ($23,06 \pm 55,14$ vs $11,6 \pm 17,5$; $p = 0,024$), la exposición a factores de riesgo de cáncer ($23,1 \pm 55,4$ vs $11,9 \pm 15,6$; $p = 0,014$), la ausencia de comorbilidades de forma global ($41,9 \pm 75,4$ vs $20,06 \pm 50,11$; $p = 0,028$), y dentro de éstas, la ausencia de patología musculoesquelética ($24,1 \pm 57,1$ vs $10,8 \pm 14,1$; $p = 0,001$) y la presencia de patología psiquiátrica ($33,7 \pm 89,5$ vs $20,8 \pm 47,1$; $p = 0,17$) se relacionaron con mayores demoras hasta la primera consulta.

No encontramos diferencia en la demora de consulta según la situación laboral, el nivel educativo o económico, los conocimientos previos acerca de la sintomatología relacionada con el CP, la presencia de factores de riesgo ni con la autoevaluación del

riesgo para la misma ($p > 0,05$). De igual forma, la edad, el consumo acumulado de tabaco (ICAT), el número medio de visitas anuales al MAP o la distancia al centro de salud y hospital más cercano tampoco se relacionaron con la demora en la primera consulta ($p > 0,05$) (Tabla 4)

El modelo multivariante estableció que la presencia de pérdida de peso (OR: 1,15; IC 95%: 1,24 - 5,1), la ausencia de hemoptisis (OR: 0,64; IC 95%: 0,4 - 1,01), la ausencia de comorbilidades (OR: 0,59; IC 95%: 0,33 - 1,05) y la presencia de patología psiquiátrica (OR: 1,64; IC 95%: 0,95 - 2,84) se asociaron de forma independiente con una mayor demora en la primera consulta (Tabla 5), aunque la capacidad explicativa del modelo fue muy escasa ($R^2 = 0,073$)

Tabla 1: Características de la población estudiada (n = 317)

Variables*	
Género	
Hombre/mujer	270 (85,2%)/47(14,8%)
Edad (años)	
<49 años	20 (6,3%)
50-50 años	63 (19,9%)
60-69 años	114 (36%)
70-79 años	88 (27,8%)
>79 años	32 (10,1%)
Ámbito	
Rural/Urbano	130 (41%) /187 (59%)
Nivel educativo	
Ninguno o primario	217 (68,5%)
Estudios secundarios	79 (24,9%)
Universitarios	21 (6,6%)
Nivel económico (ingresos anuales)	
<6000 €	19 (6%)
6000-12000€	202 (63,7%)
12000-24000€	78 (24,6%)
>24000€	18 (5,7%)
Trabajo remunerado si/no	
	295 (93,1%) /22 (6,9%)
Situación laboral activo/no	
	103 (32,5%)/ 214 (67,5%)
Vive solo	
	31 (9,8%)
Presencia de comorbilidades	
Cáncer previo	285 (89,9%)
Patología cardiovascular	62 (19,6%)
Patología digestiva	119 (37,5%)
Patología musculoesquelética	96 (30,3%)
Patología psiquiátrica	44 (13,9%)
EPOC	35 (11%)
	133 (42%)
Antecedentes familiares de cáncer	
	78 (24,6%)

Hábito tabáquico (ICAT)	49,4 ± 31,3
Exfumador/Fumador activo/No fumador	160 (50,5%)/129(40,7%) /28(8,8%)
Exposición a factores de riesgo para cáncer	292 (92,1%)
Trabajo en ambiente con humos	24 (7,6%)
Autovaloración del riesgo de cáncer de pulmón	
Ninguno o bajo riesgo	168 (53%)
Riesgo medio	116 (36,6%)
Alto riesgo	33 (10,4%)
Conocimientos de síntomas precoces de cáncer de pulmón	
Ninguno	156 (49,2%)
Algún conocimiento	150 (47,3%)
Mucho conocimiento	11 (3,5%)
Relación con el MAP	
Ninguna o escasa	288 (90,9%)
Frecuente o muy frecuente	29 (9,1%)
Número de visitas anuales al MAP	1,9 ± 2,36
Distancia al centro de salud (km)	1,8 ± 2,36
0-1,99	166 (52,4%)
2-5	140 (44,2%)
5,1-10	7 (2,2%)
>10	4 (1,2%)
Distancia al hospital más cercano (km)	28,1 ± 29,70
0-5	109 (34,4%)
5,1-10	40 (12,6%)
10,1-20	14 (4,4%)
20,1-40	70 (22,1%)
>40	84 (26,5%)

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; ICAT: consumo acumulado de tabaco; MAP: médico de atención primaria.

*Las variables cualitativas se expresan en porcentajes y las cuantitativas mediante la media ± desviación estándar.

Tabla 2: Síntomas experimentados por el paciente en función de la situación y momento de recogida

	1º síntoma recogido por el MAP	1º síntoma referido espontáneamente por el paciente	1º síntoma referido por el neumólogo	Síntomas en el momento de inicio del estudio diagnóstico	1º síntoma referido por el paciente a la vista de un listado estructurado de síntomas
Tos	49,2%	52,1%	61,5%	63,7%	76%
Aumento de la disnea	27,8%	29%	42,6%	45,1%	49,8%
Cambios en la expectoración	23,3%	24,9%	31,2%	35%	47,6%
Fatiga o cansancio	9,1%	9,8%	23%	26,2%	59,6%
Pérdida de peso	11,7%	12,9%	26,2%	30%	36%
Anorexia	9,1%	9,5%	19,6%	22,4%	31,2%
Dolor torácico-pleural	28,1%	29,3%	36,6%	39,4%	56,8%
Disfonía	3,5%	3,5%	6%	6,6%	7,6%
Cambios en la tos	0%	0%	0%	0,3%	5%
Hemoptisis	16,4%	15,8%	22,4%	24,6%	23,7%
Disfagia	0,3%	0,3%	0,6%	0,6%	1,6%
Edema cara y cuello	2,2%	3,2%	4,1%	4,4%	6%
Asintomático	10,4%	11,4%	10,4%	10,7%	5,7%

MAP: médico de atención primaria

Tabla 3: Demoras en consulta y diagnóstico.

Demora (días)	
Demora en primera consulta*	22,27±53,4
Demora diagnóstica**	85,3±102,8
Demora global	107,5±118,5

*Diferencia de días entre la fecha del primer síntoma recogida por el médico de atención primaria y la fecha de la primera visita a dicho médico. **Diferencia de días entre la fecha de la primera consulta con el médico de atención primaria y la fecha de diagnóstico definitivo. La demora global es la suma de ambas. Los valores se expresan en forma de media \pm desviación estándar

Tabla 4: Análisis univariado (I) de los factores asociados con la demora hasta la primera consulta con el médico.

Variable	Número	Media±DS*	p
Tos	Si 161	19,09±37,83	0,29
	No 156	25,34±65,10	
Aumento de disnea	Si 88	19,6±37,39	0,58
	No 229	23,29±58,51	
Cambios expectoración	Si 74	13,89±18,72	0,014
	No 243	24,82±59,98	
Fatiga/cansancio	Si 29	33,34±61,41	0,24
	No 288	21,15±52,58	
Pérdida de peso	Si 37	41,02±75,10	0,023
	No 280	19,79±49,56	
Anorexia	Si 29	43,34±84,43	0,026
	No 288	20,14±49,01	
Dolor pleural/torácico	Si 89	19,39±34,65	0,55
	No 228	23,39±59,23	
Disfonía	Si 11	41,27±52,43	0,23
	No 306	21,58±53,45	
Hemoptisis	Si 52	12,25±15,93	0,004
	No 265	24,23±57,86	
Disfagia	Si 1	62	0,45
	No 316	22,14±53,50	
Edema facial	Si 7	15,71±24,06	0,74
	No 310	22,41±53,95	
Asintomático	Si 33	22,42±92,85	0,98
	No 284	22,25±47,08	
Genero	Hombre 270	23,12±56,94	0,49
	Mujer 47	17,36±25,39	
Ámbito	Rural 130	18,85±37,40	0,34
	Urbano 187	24,64±62,22	
Trabajo remunerado	Si 295	23,06±55,14	0,024
	No 22	11,68±17,56	
Vive sólo	Si 31	15,96±41,4	0,49
	No 286	22,95±54,62	
Exposición a factores de riesgo para cáncer	Si 292	23,15±55,44	0,014
	No 25	11,92±15,62	
Antecedentes familiares cáncer	Si 78	20,79±52,78	0,77
	No 239	22,75±53,78	
Trabajo ambiente con humos	Si 24	29,54±63,41	0,48
	No 293	21,67±52,64	

DS: desviación estándar. *Demora en días del primer síntoma referido espontáneamente por el paciente al médico de atención primaria o primer médico que valoró al paciente.

Tabla 4: Análisis univariado (II) de los factores asociados con la demora hasta la primera consulta con el médico.

Variable	Número	Media±DS*	p
Conocimientos sobre cáncer de pulmón			
Ninguno	156	21,17±46,27	0,53
Alguno	250	24,45±61,68	
Mucho	11	6,72±8,31	
Comorbilidades			
	Si 285	20,06±50,11	0,028
	No 32	41,90±75,42	
Tipo de comorbilidad			
Cáncer previo			
	Si 62	21,66±68,74	0,92
	No 255	22,41±49,20	
Patología cardiovascular			
	Si 119	19,56±51,34	0,47
	No 198	23,89±54,75	
Patología digestiva			
	Si 96	18,67±39,08	0,43
	No 221	23,83±58,63	
Patología musculo-esquelética			
	Si 44	10,81±14,13	0,001
	No 273	24,11±57,13	
Patología psiquiátrica			
	Si 35	33,77±89,54	0,17
	No 282	20,84±47,17	
EPOC			
	Si 133	17,97±43,48	0,22
	No 184	25,37±59,57	
Edad (en quintiles)			
<49 años	20	16,30±27,60	0,58
50-59 años	63	18±32,70	
60-69 años	114	28,70±70,26	
70-79 años	88	20,70±53,17	
>79 años	32	15,81±18,25	
Exfumador			
Fumador activo	160	26,19±65,15	0,28
Nunca fumador	129	19,99±41,03	
	28	10,35±14,49	
Relación con MAP			
Ninguna	169	23,63±50,59	0,14
Escasa	119	16,05±31,06	
Frecuente	29	41,17±112,89	
Muy frecuente	1	2	
Autoevaluación del riesgo de cáncer de pulmón			
Ninguno o bajo riesgo	168	19,63±42,77	0,32
Riesgo intermedio	116	22,48±49,33	
Riesgo elevado	33	34,96±98,64	

DS: desviación estándar; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; km: kilómetros; MAP: médico de atención primaria. *Demora en días del primer síntoma referido espontáneamente por el paciente al médico de atención primaria o primer médico que valoró al paciente.

Tabla 5: Análisis multivariante de los factores asociados con la demora hasta la primera consulta con el médico*.

Variable	Antilogaritmo del coeficiente de regresión (IC 95%)**	p
Cambios expectoración	Si 1	0,48
	No 1,15 (0,77-1,7)	
Pérdida de peso	Si 2,53 (1,24-5,1)	0,01
	No 1	
Anorexia	Si 1,09 (0,5-2,4)	0,81
	No 1	
Hemoptisis	Si 0,64 (0,40-1,01)	0,06
	No 1	
Trabajo remunerado	Si 1,36 (0,62-2,99)	0,43
	No 1	
Exposición a factores de riesgo para cáncer	Si 1,11 (0,53-2,31)	0,76
	No 1	
Comorbilidades	Si 0,59 (0,33-1,05)	0,07
	No 1	
Patología musculo-esquelética	Si 0,82 (0,5-1,35)	0,45
	No 1	
Patología psiquiátrica	Si 1,64 (0,95-2,84)	0,07
	No 1	

IC 95%: intervalo de confianza al 95%.

*Variable dependiente: logaritmo neperiano de la demora en días del primer síntoma referido espontáneamente por el paciente al médico de atención primaria o primer médico que valoró al paciente. Variables predictoras incluidas en el modelo: Cambios en la expectoración, pérdida de peso, presencia de anorexia, hemoptisis, tener trabajo remunerado, presencia de comorbilidades, presencia de patología músculo-esquelética o psiquiátrica.

**Interpretación: número de veces más que demora la consulta respecto al grupo de referencia.

DISCUSION

El CP es un problema de salud importante a nivel mundial, ya que continúa siendo una de las principales causas de morbimortalidad tanto en hombres como en mujeres. La mayoría de los pacientes son diagnosticados en fases avanzadas de la enfermedad con una supervivencia a los 5 años del 3 - 7%³, lo cual está claramente influenciado por la presentación tardía de los síntomas⁷.

Al final del periodo de estudio hemos incluido 317 pacientes diagnosticados de CP, con una edad media de 66 ± 10,6 años, siendo el 85,2% varones. Actualmente, en la mayoría de los registros se observa que la edad media para el diagnóstico de un CP se encuentra en torno a los 70 años⁸, poniendo de manifiesto el envejecimiento de la población⁹. De igual forma, encontramos una incidencia creciente de CP^{10,11}, sobre todo en mujeres, probablemente debido a una mayor exposición al tabaco, además

de la incorporación al mundo laboral y la influencia de factores hormonales^{1,12}.

Nuestros resultados señalan que, los pacientes que padecen un CP con frecuencia son conscientes del riesgo que suponen ciertas exposiciones, a pesar de lo cual, el conocimiento de síntomas relacionados con el mismo fue insuficiente, de forma que hasta el 49,2% reconocían no tener ningún tipo de conocimiento acerca de esa patología y el 53% autoevaluaban su riesgo para padecerlo como nulo o muy bajo.

Otro hecho importante es la escasa o nula relación con su MAP, como ocurría en un 90,9% de nuestros pacientes, el cual suele ser la puerta de entrada habitual al sistema sanitario. La decisión de cuando solicitar consejo médico es compleja y se relaciona con múltiples factores psicológicos y sociales, entre los que hay que tener en cuenta la relación existente con el MAP¹³, además del

bajo índice de sospecha clínica que pueden tener, influyendo todo ello en incrementar dicha demora como se observa en el estudio de Malalasekera³.

La presentación tardía de los síntomas de CP es un problema común y bien documentado^{5, 14, 15}. En nuestro caso, los síntomas relacionados con un CP, aunque presentes en la mayoría de los pacientes, eran referidos de forma espontánea por el paciente o recogidos por el médico que inicialmente evaluaba el caso en unos porcentajes muy inferiores a los que el paciente reconocían cuando se le ofrecía un listado estructurado de síntomas, estando asintomáticos entre el 10,4% y el 11,4% de los pacientes estudiados. Así, los enfermos reconocían la presencia de tos de nueva aparición hasta en el 76% de los casos, el aumento de la disnea en el 49,8%, la fatiga o cansancio en el 59,6%, el dolor torácico en el 56,8% y cambios en la expectoración en el 47,6%. Incluso, síntomas más específicos como la presencia de hemoptisis se incrementaba desde el 16,4% hasta el 23,7%. Estos resultados hacen pensar en una infravaloración de la sintomatología atribuible al CP relacionada con la poca especificidad de la misma, el desconocimiento del significado de estos síntomas, e incluso, con el posible temor al reconocimiento de una patología potencialmente grave. Todo esto supone que la mayor parte de los pacientes con CP sean diagnosticados en estadios avanzados cuando la cirugía curativa ya no es una opción terapéutica; considerando claramente el retraso en la consulta con el médico, el principal motivo de dichas demoras^{5, 16}. Resultados similares observamos en el estudio de Smith et al, en el que incluyen a 360 pacientes con CP de los cuales el 56% no se consideraban tener riesgo de CP a pesar de ser fumadores o exfumadores, el 75% reconocían no tener conocimientos acerca de la sintomatología relacionada y hasta el 51% referían que los primeros síntomas que habían presentado no les parecían preocupantes⁶. Al igual que en nuestro estudio, la mayoría de los pacientes reconocían un mayor porcentaje de síntomas cuando se les ofrecía un listado estructurado de los mismos, sugiriendo que estos eran ignorados o no reconocidos como relevantes. En este estudio la presencia de hemoptisis osciló entre el 12 y el 17% y el porcentaje de pacientes asintomáticos fue inferior (1 - 7%)⁶.

Diversos estudios han encontrado que la demora en consultar por síntomas relacionados con el CP es un hallazgo frecuente^{5, 6}. De esta forma, la opinión general es que el CP permanece asintomático hasta

que se encuentra en un estadio avanzado, lo cual disminuye drásticamente su supervivencia¹⁷.

Encontramos una demora hasta la primera consulta de $22,27 \pm 53,4$ días y una demora diagnóstica de $85,3 \pm 102,8$ días. El problema de la demora hasta el diagnóstico definitivo de CP es complejo, de tal forma que gran parte de los trabajos existentes se centran en la demora diagnóstica entendida como el intervalo temporal existente entre el momento en el que el paciente entra en contacto con el sistema sanitario hasta que se diagnostica o inicia un tratamiento activo. Para estandarizar la adecuación de la asistencia se han creado guías de diagnóstico y tratamiento que han sido implementadas en algunos países como el Reino Unido o los Estados Unidos³. Malalasekera *et al.* realiza una extensa revisión de los mejores estudios centrados en las demoras relacionadas con el sistema sanitario excluyendo los estudios que analizaban la demora generada por el paciente antes de la primera consulta. Encuentran que la demora entre la primera visita médica (generalmente con el MAP) y la primera visita especializada osciló entre los 0 y los 33 días, con una media y una mediana de 7 y 8 días respectivamente. También definen la demora hasta el inicio del tratamiento que osciló entre los 6 y los 80 días con una media y una mediana de 27 y 28 días respectivamente. Además, en los estudios analizados, sólo el 19% medían la adecuación a las guías clínicas previamente establecidas, señalando que hubo una gran variabilidad en la adherencia a las mismas y, destacando que en más del 50% de los casos, los tiempos de demora diagnóstica y terapéutica excedían los estándares recomendados. Los principales factores relacionados con estas demoras fundamentalmente dependían del propio paciente, sobre todo por la ausencia de síntomas sospechosos y la presentación en estadio más avanzados, influyendo en menor medida el nivel educativo o socioeconómico³.

Un estudio realizado en nuestro medio con un número inferior de pacientes ($n = 113$), pero con unas características sociodemográficas similares, encontró una demora en consultas de $30,3 \pm 60$ días y una demora total hasta el diagnóstico de $85,7 \pm 87$ días, evidenciándose unos resultados muy similares a los nuestros, tanto en los tiempos de demora como en la sintomatología por la que consultaron, sin encontrar diferencia entre ambos⁴. En este caso, los pacientes de ámbito rural y sin antecedentes de neoplasia tuvieron demoras inferiores. Resaltan la posible influencia de la historia natural del CP y la educación sanitaria del paciente en la demora en consultar; unido todo ello a la elevada prevalencia

de la EPOC en su población (35,4%), la cual podría contribuir a que ciertos síntomas muy prevalentes en ambas patologías (tos, disnea, dolor torácico) no se asociaran a una mayor demora, por considerarlos propios de la enfermedad de base⁴. Otros trabajos han encontrado demoras en la primera consulta que han oscilado entre los 41 y 79 días^{9, 18, 19}.

Uno de los aspectos más complejos es separar la demora relacionada con el paciente y la demora ocasionada por el sistema sanitario. En el primer caso, su cuantificación es muy necesaria si queremos mejorar la atención global de estos pacientes^{20, 21, 22}. Las razones por las que el paciente acude al sistema sanitario y los síntomas por los que consulta son un fenómeno complejo influenciado por múltiples factores entre los que se han incluido la edad, las expectativas de obtener una mejoría en el estado de salud, la sintomatología habitual, el miedo y la confianza en el sistema sanitario²³. El problema es que probablemente, los intentos en acortar estos intervalos sólo mejorarán la supervivencia en un pequeño número de pacientes con un diagnóstico casual de CP. Myrdal *et al.* sugiere que el incremento en las demoras (relacionadas con el paciente o con el proceso diagnóstico-terapéutico) no influyen negativamente en la supervivencia probablemente porque la mayoría se encuentran en estadios avanzados (estadio III/IV)²⁴.

Algunos trabajos han encontrado diferencias en la supervivencia por CP según el área geográfica. Los pacientes de zonas rurales y zonas más desfavorecidas económicamente parecen tener una supervivencia inferior cuando se compara con una población urbana y con un mejor nivel económico^{25, 26}. Otros trabajos han encontrado diferencias en la actitud de los pacientes a la hora de consultar por síntomas sospechosos de cáncer entre el ámbito rural o urbano²⁷. En nuestro caso, no encontramos que el ámbito de procedencia, ya sea rural o urbano, el nivel educativo, la situación laboral o personal (vivir solo o acompañado), ni el nivel de ingresos anuales, se relacionaran con la demora de consulta. De hecho, los pacientes con un trabajo remunerado tardaron más en consultar ($p = 0,024$). Smith *et al.* estudió a 360 pacientes con CP en los cuales no encontró que el ámbito rural o el nivel económico se relacionaran con una mayor demora, aunque los pacientes más alejados de su MAP o con menos contacto con él tardaron más en consultar, no evidenciando tales diferencias en el análisis multivariante. En este estudio la demora en la primera consulta se relacionó con la ausencia de tos, disnea, hemoptisis o anorexia, con la presencia de EPOC concomitante y con

la carencia de un trabajo remunerado o con el hecho de vivir solo⁶. En nuestro caso encontramos retrasos en la primera consulta relacionados con la pérdida de peso (OR: 2,5; IC 95%: 1,2 - 5,1), la ausencia de hemoptisis (OR: 0,64; IC 95%: 0,4 - 1,01); la ausencia de determinadas comorbilidades (OR: 0,59; IC 95%: 0,33 - 1,05) y con la presencia de patología psiquiátrica (OR: 1,64; IC 95%: 0,95 - 2,84). Algunos trabajos han encontrado que las comorbilidades pueden ser un factor que aumente la demora diagnóstica, sobre todo la EPOC por presentar síntomas similares, ya que en algunos estudios duplicó el tiempo de consulta⁵; pero, por otro lado, en otros estudios se ha asociado con intervalos de consulta más cortos como la presencia de ingresos previos por infecciones respiratorias; no encontrando relación con otro tipo de síntomas ni con la situación social, personal o económica del paciente⁶. Encontramos al igual que Smith *et al.* que muchos pacientes demoraron su primera consulta por desconocimiento o incompreensión de la potencial gravedad de la sintomatología.

Una de las limitaciones de nuestro estudio, ya referida por otros autores⁶, es que los resultados se basan en el auto-reconocimiento de ciertos síntomas y su duración por parte del paciente pudiendo existir un sesgo de memoria en los datos. Por otro lado, los primeros síntomas del CP pueden ser descartados por el paciente, sobre todo si son inespecíficos.

Las principales implicaciones de nuestros resultados son, por una parte, que el CP suele ser sintomático casi siempre desde semanas antes de la primera consulta, aunque con una amplia variabilidad de síntomas lo cual dificulta el diagnóstico precoz del mismo. Algunos autores encuentran demoras en consultas desde el síntoma más precoz que superan los tiempos de duplicación del tumor, por lo que estos hechos podrían afectar al estadiaje definitivo y al pronóstico de estos pacientes²⁸. Por otra parte, muchos de los síntomas no son consultados por falta de conocimiento acerca del CP y, en este sentido sería necesario mejorar la información acerca de estos aspectos a los pacientes y los profesionales que inicialmente los atienden.

A la luz de nuestros resultados, las demoras relacionadas con el paciente son dependientes de múltiples factores sociales y psicológicos. Tanto la inespecificidad de los síntomas como la demora en consultar con el MAP son barreras importantes que es primordial tratar de reducir. La presencia de hemoptisis sin causa aparente debe alertar al paciente y al profesional de un proceso serio. De

igual forma, aunque la tos es un síntoma menos robusto, su persistencia o cambios prolongados en la misma también deben ser datos de sospecha. La coexistencia de una EPOC, algo muy frecuente en este tipo de neoplasias, hace que el aumento de la disnea pueda ser malinterpretado como un dato de progresión de su enfermedad de base careciendo de una especificidad adecuada. Por otro lado, un porcentaje de casos pueden mantenerse prácticamente asintomáticos por lo que la consulta precoz es poco probable.

En conclusión, en nuestra experiencia los síntomas sospechosos de CP están infravalorados. Estos hechos, junto a la escasa percepción de riesgo y conocimiento acerca del CP dan lugar a una mayor demora en realizar la primera consulta. A pesar de lo anterior, debemos mantener los esfuerzos para disminuir estas demoras con el fin de mejorar la supervivencia de este tipo de neoplasias.

BIBLIOGRAFÍA

- Leiro-Fernández V, Mouronte-Roibás C, García Rodríguez et al. Predicting delays in lung cancer diagnosis and staging. *Thoracic Cancer* 2019; 10: 296–303.
- Sánchez De Cos Escuín J. El cáncer de pulmón en España. Epidemiología, supervivencia y tratamiento actuales. *Arch Bronconeumol* 2009; 45(7): 341–348.
- Malalasekera A, Nahm S, Blinman PL et al. How long is too long? A scoping review of health system delays in lung cancer. *Eur Respir Rev* 2018; 27: 180045 [https://doi.org/10.1183/16000617.0045-2018].
- González JM, de Castro FJ, Barrueco M et al. Demoras diagnósticas en el cáncer de pulmón. *Arch Bronconeumol* 2003; 39(10): 437-41.
- Corner J, Hopkinson J, Roffe L. Experience of health changes and reason for delay in seeking care: A UK study of the months prior to the diagnosis of lung cancer. *Soc Sci Med* 2006; 62: 1.381-1.391.
- Smith SM, Campbell NC, MacLeod U et al. Factors contributing to the time taken to consult with symptoms of lung cancer: a cross-sectional study. *Thorax* 2009; 64: 523-531.
- Forbes LJJ, Warburton F, Richards MA et al. Risk factors for delay in symptomatic presentation: a survey of cancer patients. *British Journal of Cancer* 2014; (111): 581-588.
- Cabanes Varona L, Rodríguez Vázquez JC, Gassiot Nuño CJ et al. Carcinoma broncogénico: Influencia de las demoras diagnósticas y terapéuticas en la supervivencia. *Hospital Hermanos Ameijeiras* 2003-2009. *Neumol Cir Tórax* 2011; 70: 84-93.
- Salomaa ER, Sällinen S, Hiekkänen H et al. Delays in the diagnosis and treatment of lung cancer. *Chest* 2005; 128: 2.282-2.288.
- Rankin NM, McGregor D, Stone E et al. Evidence-practice gaps in lung cancer: A scoping review. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2018; 27(2): e12588.
- Zivkovic D. Effect of delays on survival in patients with lung carcinoma in Montenegro. *Acta Clin Croat* 2014 Dec; 53(4): 390-8.
- Molina AJ, García-Martínez L, Zapata-Alvarado J et al. Trends in lung cancer incidence in a healthcare area. *Arch Bronconeumol* 2015; 51: e53–5.
- Andersen BL, Cacioppo JT. Delay in seeking a cancer diagnosis: Delay stages and psychophysiological comparison processes. *Br J Soc Psychol* 1995; 34: 33-52.
- Tromp DM, Brouha XDR, De Leeuw JRJ et al. Psychological factors and patient delay inpatients with head and neck cancer. *Eur J Cancer* 2004; 40: 1.509-16.
- Smith LK, Pope C, Botha J. Patients help-seeking experiences and delay in cancer presentation: a qualitative synthesis. *Lancet* 2005; 366: 825-31.
- Bowen EF, Rayner CF. Patient and GP led delays in the recognition of symptoms suggestive of lung cancer. *Lung Cancer* 2002; 37: 227-28.
- Koyi H, Hillerdal G, Branden E. A prospective study of total material of lung cancer from a country in Sweden 1997-1999: gender,

- symptoms, type, age, stage, and smoking habits. *Lung Cancer* 2002; 36: 9-14.
18. Sawicki M, Szczyrek M, Krawczyk P et al. Reasons for delay in diagnosis and treatment of lung cancer among patients in Lublin Volvodeship who were consulted in Thoracic Surgery Department. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2013; 20: 72-6.
 19. Rolke HB, Bakke PS, Gallefoss F. Delays in the diagnostic pathways for primary pulmonary carcinoma in Southern Norway. *Respiratory Medicine* 2007; 101: 1.251-57.
 20. Vinas F, Ben Hassen I, Jabot et al. Delays for diagnosis and treatment of lung cancers: a systematic review. *Clin Respir J* 2016; 10: 267-271.
 21. Jensen AR, Mainz J, Overgaard J. Impact on delay on diagnosis and treatment of primary lung cancer. *Acta Oncol* 2002; 41: 147-152.
 22. Olsson JK, Schultz EM, Golud MK. Timeliness of care in patients with lung cancer: a systematic review. *Thorax* 2009; 64: 749-756.
 23. Muers MF, Holmes WF, Littlewood C. The challenge of improving the delivery of lung cancer care. *Thorax* 1999; 54: 540-3.
 24. Myrdal G, Lambe M, Hillerdal G et al. Effect of delays on prognosis in patients with non-small cell lung cancer. *Thorax* 2004; 59: 45-9.
 25. Campbell NC, Elliot AM, Sharp L et al. Rural factors and survival from cancer: análisis of Scottish cancer registration. *Br J Cancer* 2000; 82: 18.636.
 26. Pollock Am, Vickers N, Deprivation and emergency admissions for cancers of colorectum, lung and breast in south east England: ecological study. *BMJ* 1998; 317: 245-52.
 27. Bain NSC, Campbell NC. Treating patients with colorectal cancer in rural and urban áreas: a qualitative study of the patients' perspective. *Fam Pract* 2000; 17: 475-9.
 28. Thunnissen FBJM, Schuurbiens OCJ, den Bakker MA. A practical appraisal of prognosis and predictive factors for common lung cancers. *Histopathology* 2006; 48: 779-86.