

FACTORES RELACIONADOS CON LA CONSULTA TARDÍA A DERMATOLOGÍA POR CÁNCER DE PIEL. PRUEBA PILOTO. DEPARTAMENTO DE CALDAS

*Julia Inés Mesa Villegas**
*Felipe Jaramillo Ayerbe***
*María Victoria Benjumea Rincón****

Recibido en julio 31 de 2008, aceptado en noviembre 14 de 2008

Resumen

Introducción: investigaciones realizadas por la Universidad de Caldas, ponen de manifiesto la tendencia a consultar tardíamente por cáncer de piel al especialista. Objetivo: identificar en el departamento de Caldas los factores por los cuales los pacientes con cáncer de piel consultan de manera tardía a dermatología. Materiales y métodos: estudio descriptivo retrospectivo en 62 pacientes con cáncer de piel, atendidos en la Universidad de Caldas desde enero de 2005 hasta junio de 2007. Se estudiaron las características demográficas, socioeconómicas y actitudinales de los pacientes, los factores asociados con el sistema de salud y con la lesión cutánea. Los resultados se describieron utilizando promedio, desviación estándar, valores mínimo y máximo, percentiles y frecuencias relativas. Se buscó diferencia entre los retrasos según las características de los pacientes con la prueba chi². Se aceptó como significativa un $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó con el software SPSS 15.0. Resultados: se identificó al paciente como el principal factor de retraso para consultar. Sobresalieron en ellos: sexo femenino, edad superior a 60 años, baja escolaridad y régimen subsidiado. La mayor parte de ellos refirió no haber recibido información previa sobre el tema. Conclusión: si bien hay aspectos por mejorar en los distintos niveles de atención en salud, el factor preponderante que podría explicar la consulta tardía por cáncer de piel a dermatología se relacionó con las características y actitudes de los pacientes.

Palabras clave

Consulta tardía, cáncer de piel, promoción y prevención, Caldas, Colombia.

* Médico Cirujano, Residente III año de Dermatología. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. E-mail: juliamesav@hotmail.com

** Dermatólogo. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. E-mail: fjaramil@une.net.co

*** Nutricionista, Doctora en Ciencias de la Salud. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia.

FACTORS RELATED TO LATE DERMATOLOGICAL CONSULTATION FOR SKIN CANCER. TEST PILOT. DEPARTMENT OF CALDAS

Abstract

Researches conducted by the Universidad de Caldas reveal a tendency in late consultations to specialists regarding skin cancer. The purpose of this study is to identify the factors by which patients with skin cancer consult dermatologists so late, for the specific case of the department of Caldas. This was a retrospective descriptive study on 62 patients with skin cancer, treated at the Universidad de Caldas from January 2005 up to June 2007. The demographic, socioeconomic and behavioral characteristics of patients were studied, as well as the factors associated with the health system and the skin lesion. The results were described using average, standard deviation, minimum and maximum values, percentiles and relative frequencies. Differences between the delays were determined according to the characteristics of patients with the chi2 test, taking $p < 0.05$ as a significant mark. The statistical analysis was performed with SPSS 15.0 software. The patient was identified as the main factor for delay in the consultation, highlighting factors such as: female gender, over 60 years of age, little schooling and welfare system. Most of them said they had not received prior information on the subject. While there is room for improvement in the various levels of health care, the predominant factor that could explain the late consultation of skin cancer is related to the patients' characteristics and attitudes.

Key words

Late consultation, skin cancer, promotion and prevention, Caldas, Colombia.

FATORES RELACIONADOS COM A CONSULTA TARDIA A DERMATOLOGIA POR CÂNCER DE PELE. DEMOSTRAÇÃO PILOTO. DEPARTAMENTO DE CALDAS

Resumo

Introdução: pesquisas realizadas pela Universidade de Caldas põem de manifesto a tendência a consultar tardiamente por o câncer de pele ao especialista. Objetivo: Identificar no Estado de Caldas os fatores por os quais os pacientes com câncer de pele consultam de maneira tardia a dermatologia. Materiais e métodos: a pesquisa retrospectiva em 62 pacientes com câncer de pele, atendidos na Universidade de Caldas desde janeiro de 2005 ate junho de 2007. Estudaram se as características demográficas, socioeconômicas e atitudinais dos pacientes, os fatores associados com o sistema de saúde e com a lesão cutânea. Os resultados descreveram se utilizando a média, desviarão standard, valores mínimo e maximo, percentiis e freqüências relativas. Pesquisou-se diferencia entre os retraços conforme as características dos pacientes com a amostra chi2. Aceitou-se como significativa um $p < 0,05$. A análise estadística se realizou com o software SPSS 15.0. Resultados: se identificou ao paciente como o principal fator de atraso para consultar. Destaca-se em eles: sexo feminino, idade superior a 60 anos, baixa escolaridade e regime subsidiado. A maior parte de eles referiu Não haver recebido informação previa sobre o tema. Conclusão: Si bem há aspetos por melhorar nos distintos neveis de atenção em saúde, o fator preponderante que poderia explicar a consulta tardia por câncer de pele a dermatologia se relacionou com as características e atitudes dos pacientes.

Palavras chave

Consulta tardia, câncer de pele, promoção e prevenção, Caldas, Colômbia.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de cáncer de piel a nivel mundial viene en aumento, y la proyección indica que la tendencia se mantendrá (1). En Estados Unidos se estimó que para el año 2005 se diagnosticarían 59.580 nuevos casos de melanoma invasivo y 46.170 de melanoma in situ. Así mismo, se pudo establecer que la probabilidad de desarrollar melanoma a lo largo de la vida ascendió de 1/1.500 en 1930 a 1/62 en la actualidad (2). Existe también un aumento en la incidencia de cáncer de piel no melanoma en caucásicos; se estima que este aumento será cada vez mayor, debido a la cultura de exposición solar aguda y prolongada, sumada a una mayor expectativa de vida (3).

La mortalidad originada por el melanoma maligno es de gran magnitud. En el año 2000, se diagnosticó en el mundo un total de 132.000 casos de melanoma, los cuales produjeron la muerte de 37.000 personas (3). Para el cáncer de piel no melanoma la mortalidad no es tan alta, sin embargo, por ser más frecuente, genera costos y morbilidad igualmente importantes. En Estados Unidos, las muertes por esta causa se calculan entre 2.000 a 2.500 anuales (4).

En Colombia, el principal registro sobre cáncer proviene del Instituto Nacional de Cancerología (5). Para el año 2001, el cáncer de piel no melanoma ocupó el tercer lugar como causa de consulta en la institución, con 395 casos. Representó el 8,9% del total de casos nuevos atendidos. Se presentó con mayor frecuencia en mujeres (54,2%) y en mayores de 65 años de edad (55,5%). El 53,4% de los casos correspondió al carcinoma basocelular, seguido del carcinoma escamocelular, con el 31,4%. Durante el mismo año, se presentaron al Instituto Nacional de Cancerología 95 casos nuevos de melanoma maligno. Afectó a las mujeres en el 60% de los casos. El grupo de pacientes mayores de 65 años fue el más representativo, con el 36,8%.

El postgrado de Dermatología de la Universidad de Caldas investigó el comportamiento clínico y

epidemiológico del cáncer de piel en la población atendida en el Hospital de Caldas entre 1982 a 1996. Entre los resultados se encontró de manera consistente que los pacientes se presentaban a la consulta especializada después de varios meses de identificar su lesión en la piel. La demora fue en promedio de 37,7 meses para el carcinoma basocelular (6), de 19,8 meses para el melanoma maligno (7), y de 13,5 meses para el carcinoma escamocelular (8).

La atención de pacientes con lesiones malignas de piel en estadios avanzados tiene importantes implicaciones, no solo por constituir un reto terapéutico que en el peor de los casos no ofrece curación, sino por los altos costos que genera y además, porque denota un vacío grande en los servicios de salud pública que se ofrecen a la comunidad. Los programas de prevención y promoción desarrollados por el Ministerio de la Protección Social en Colombia, no incluyen estrategias que busquen educar, informar o detectar tempranamente el cáncer de piel. Es deber social de la Universidad de Caldas y en concordancia con sus estatutos, informar sobre la problemática detectada en investigaciones previas y propender por la profundización sobre el tema, de manera que se propongan soluciones que al ser implementadas mejoren la calidad y oportunidad de los servicios de salud prestados.

Diferentes investigaciones han buscado examinar los factores que se relacionan con el diagnóstico tardío de cáncer de piel (9-13). La mayoría de ellas, se dirigieron principalmente al melanoma maligno, debido a los altos porcentajes de mortalidad ocasionados por éste. Los resultados son diversos, resaltan factores asociados con el paciente, con su nivel socioeconómico y con la atención médica de primer nivel.

El presente trabajo de investigación surge de revisar y analizar los resultados de los estudios mencionados, y por tanto, propuso como objetivo general identificar en nuestro medio los factores

por los cuales los pacientes con cáncer de piel consultaron de manera tardía a dermatología entre enero de 2005 hasta junio de 2007. Hasta donde se conoció este tema no ha sido motivo de investigación en el país.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio: descriptivo retrospectivo. Prueba Piloto. **Población de estudio:** 62 personas de las 124 registradas en la base de datos de pacientes con diagnóstico de carcinoma basocelular, carcinoma escamocelular y melanoma maligno que consultaron de forma tardía por primera vez al Programa de Dermatología de la Universidad de Caldas entre enero de 2005 hasta junio de 2007. Se incluyeron pacientes atendidos durante las actividades asistenciales del Postgrado de Dermatología en el Centro de Atención ambulatoria San Rafael, en la Clínica Rita Arango Álvarez del Pino, en el Hospital Infantil de la Cruz Roja y en el Hospital San Marcos de Chinchiná, Caldas. También fueron elegidos los pacientes atendidos a través del programa de Teledermatología, pacientes vistos en la Clínica de tumores de piel y mucosas y en el Ateneo del Postgrado de Dermatología de la Universidad de Caldas.

Las **variables** estudiadas fueron: - sociodemográficas (sexo, edad, procedencia, lugar de residencia, escolaridad, cohabitación, sistema de seguridad social en salud); - clínicas (fototipo de Fitzpatrick: clasificación de la piel según la respuesta que presente a la exposición solar, detección de la lesión, tipo de neoplasia, localización y visibilidad de la lesión); - tiempos de diagnóstico y características de la consulta y de la atención (tiempo en días del diagnóstico, tiempo para consultar desde la detección de la lesión, motivación para consultar, motivo o razones de consulta tardía referidos por el paciente, tiempo de citación a primer nivel de atención, tiempo de tratamiento por médico general, número de consultas en el primer nivel de atención, tiempo para valoración por especialista, tiempo total

transcurrido desde la detección de la lesión hasta la evaluación por dermatología); - retrasos; - actividad diagnóstica de los médicos generales del programa de Teledermatología; e - información suministrada al paciente sobre la enfermedad y origen de la información.

El fototipo se clasificó de acuerdo con Fitzpatrick así:

- Fototipo 1: siempre se quema y nunca se broncea.
- Fototipo 2: casi siempre se quema rara vez se broncea.
- Fototipo 3: igualmente se quema o se broncea.
- Fototipo 4: casi siempre se broncea rara vez se quema.
- Fototipo 5: siempre se broncea nunca se quema.
- Fototipo 6: individuos de raza negra (no se percibe modificación con la exposición solar).

Se definió retraso 1 como el conjunto de características socioeconómicas, demográficas y actitudinales propias de los pacientes. Los retrasos 2 y 3 son dependientes del sistema de salud; el retraso 2, se definió como el conjunto de factores relacionados con el primer nivel de atención en salud, y el retraso 3, con los relacionados con la oportunidad para acceder a la consulta especializada.

Criterios de inclusión

Se consideró consulta tardía en dos circunstancias:

- Para el caso de los carcinomas basocelular y escamocelular, cuando en el momento de la primera visita a dermatología el grupo médico consideró que el tratamiento quirúrgico de la lesión requeriría cierre secundario o cirugía reconstructiva.
- En el caso del melanoma cuando la histología determinó que el tumor era invasivo y presentaba más de un milímetro de profundidad.

Técnicas y procedimientos

- a. Se realizó la recolección de los datos generales de los pacientes elegibles vistos por el grupo de dermatología en los diferentes espacios de asistencia médica ya mencionados.
- b. Se elaboró una base de datos con la información recolectada para facilitar la posterior ubicación y contacto de los pacientes.
- c. Se envió carta a los médicos generales de los municipios del departamento de Caldas que contaban con el programa de Teledermatología, solicitando su colaboración para la búsqueda de historias clínicas, números telefónicos o direcciones de los pacientes.
- d. Se realizaron visitas al lugar de residencia de los pacientes para la obtención del consentimiento informado. Cada paciente completó el formato de consentimiento informado en el cual se explicó el objetivo de la investigación y en el que quedó registrado que el paciente entendía y aceptaba que la información suministrada sería utilizada en la investigación conservando la confidencialidad. Luego de la autorización del paciente se procedió a aplicar el instrumento.
- e. A cada paciente se le formularon verbalmente las preguntas de un cuestionario semiestructurado, que fue diligenciado por uno de los investigadores. En todos los casos, se procuró que la información registrada fuera la que aportaba directamente el paciente. En el caso en que el paciente no se encontraba en capacidad de responder directamente, se solicitó la colaboración de la persona a cargo.

Análisis y software

Se caracterizaron los pacientes según las variables socioeconómicas y demográficas. De igual manera, los valores referentes al tiempo, se unificaron en valor de días y se describieron utilizando el promedio, la desviación estándar, los valores mínimo y máximo, los percentiles (25, 50 y 75) y las frecuencias relativas para las variables cualitativas. Se buscó asociación entre

las características de los pacientes por medio de la prueba χ^2 . Se aceptó como significativa toda prueba con $p < 0,05$. Se elaboró una base de datos en Excel para la digitación de la información; se llevó a cabo la validación de la calidad misma seleccionando de manera aleatoria 10 encuestas. El análisis estadístico se realizó con el software SPSS 15.0 en español.

RESULTADOS

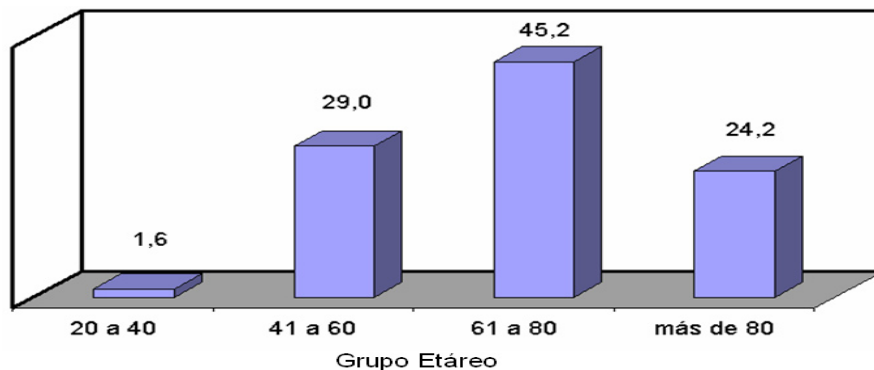
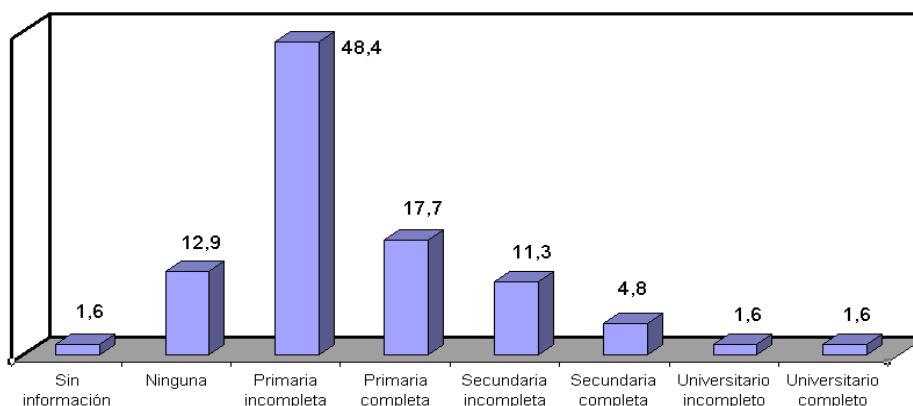
Del total de pacientes elegibles ($n=124$) se pudieron evaluar 62 (50%). Las razones para no ser evaluados todos fueron: 5 pacientes fallecieron, 5 pacientes se negaron a colaborar con la investigación y 52 pacientes no pudieron ser ubicados personalmente.

Más de la mitad de los pacientes estudiados era de sexo femenino (54,8%, $n=34$) y provenía de los municipios de Manizales y La Dorada (51,6%, $n=32$). Casi uno de cada 5 vivía en el municipio de Aguadas (17,7%, $n=11$), los demás pacientes ($n=19$) vivían en diez municipios del departamento de Caldas. La distribución de la población estudiada de acuerdo con el lugar de residencia fue urbana para poco más de las dos terceras partes (79%, $n=49$), el resto (21%, $n=13$) vivía en la zona rural.

En la Gráfica 1, se presenta la distribución de la población estudiada por grupos de edad. La mayoría de los pacientes evaluados tenía más de 60 años de edad (69,4%, $n=43$).

Con respecto a la evaluación de la cohabitación del paciente, se observó, que la mayoría de ellos contaba con acompañante en su lugar de vivienda (95,2% $n=59$). En la Gráfica 2, se ilustra la escolaridad encontrada en los pacientes estudiados.

Más de la mitad de los pacientes evaluados, pertenecía al régimen subsidiado (59,7%, $n=37$) mientras que el restante 40,3% ($n=25$) pertenecía al régimen contributivo.

Gráfica 1. Distribución porcentual de los pacientes según grupo de edad (n=62).**Gráfica 2. Distribución porcentual de los pacientes según nivel de escolaridad (n=62).**

Las instituciones de afiliación con mayor representatividad fueron: Seguro Social (29%, n=18), Caprecom (24,2%, n=15), Asmet Salud (16,1%, n=10) y Cafesalud (12,9%, n=8).

El análisis del fototipo en el grupo estudiado mostró que el predominante fue el 2 (38,7%, n=24), seguido del 3 (35,5%, n=22) y en último lugar se encontró el 4 (25,8%, n=16). En la mayoría de los casos estudiados la detección inicial de la lesión fue realizada por el mismo paciente (77,4%, n=48), en segundo lugar la lesión fue detectada por un familiar o allegado (17,7%, n=11), y en menor proporción (4,8%, n=3) por personal médico.

Del total de pacientes que fueron evaluados en el postgrado de Dermatología de la Universidad de Caldas 37,1% (n=23) tenía un año o menos de haber sido diagnosticado con cáncer de piel; mientras que a 62,9% (n=39) se le había diagnosticado la lesión hacía más de un año.

Al evaluar el tiempo transcurrido entre la detección de la lesión y la consulta médica de primera vez se observó que la quinta parte (21%, n=13) tardó menos de 6 meses en solicitar valoración médica, más de la tercera parte (37,1%, n=23) demoró entre 6 a 12 meses para consultar, y el resto (41,9%, n=26) consultó luego de 12 meses de detectar

la lesión con algunos casos en los que incluso el retraso en la consulta fue de hasta 20 años.

El análisis del motivo de la consulta mostró que casi uno de cada cuatro pacientes (24,2%, n=15) no consultó al médico por la lesión y fue el médico quien de manera incidental llamó la atención sobre ella. La consulta por sintomatología asociada con la lesión como sangrado, inflamación, drenaje o dolor fue la más representativa (50%, n=31). Once pacientes (17,7%), consultaron por presión de otras

personas y sólo 4 pacientes (6,5%) consultaron por preocupación o curiosidad por la presencia de la lesión.

El análisis de las razones aducidas por los pacientes para consultar de manera tardía se presenta en la Tabla 1. El 87% (n=54) de los pacientes consideró que tenía responsabilidad en el hecho de presentarse de forma tardía a dermatología; 45,1% (n=28) expresó que deficiencias en el sistema de atención también influyeron en la demora.

Tabla 1. Razones aducidas por los pacientes para explicar la consulta tardía a dermatología.

Razones	n	%
Percepción de que lesiones asintomáticas son inofensivas	20	32,3
Creencias erróneas sobre enfermedades	15	24,2
Atención prestada por médico general	15	24,2
Demora en remisión a tercer nivel de atención	11	17,7
Limitaciones económicas	8	12,9
Automedicación	5	8,1
Descuido o falta de interés	4	6,5
Rechazo a la atención médica	4	6,5
Miedo a la probabilidad de cirugía y al cambio estético	4	6,5
Percepción negativa del sistema de salud por tramitología	2	3,2
Mala calidad en la atención del especialista	2	3,2
Miedo a un probable diagnóstico de cáncer	1	1,6
Prioridades diferentes a la salud personal	1	1,6
Creencias religiosas	1	1,6

El número de semanas que tardó el paciente en obtener cita médica en el primer nivel de atención fue: igual o inferior a una en 79% (n=49), entre una y dos en 16,1% (n=10) y superior a tres en 4,8% (n=3) de los casos.

La duración del tratamiento por el médico general en días se presenta en la Tabla 2. Se destaca que 67,7% (n=42) de los casos fue remitido al especialista en la primera consulta. El 82,2% (n=51) de los pacientes fue tratado durante 2 meses o menos por el médico general. Llamó la atención que en 11 pacientes (17,7%) el tratamiento por el médico general antes de la remisión a tercer nivel, osciló entre 120 y 2.920 días. Se resalta que la mayoría (80,8%, n=21/26) de los pacientes evaluados a través del programa de Teledermatología fue remitido a consulta especializada el primer día.

Tabla 2. Distribución porcentual del tiempo de tratamiento por el médico general.

Tiempo de manejo por médico general en días	n	%
≤ 2 meses	51	82,2
> 2 meses a 1 año	5	8,1
> 1 año	6	9,6
Total	62	100

El número de veces que el paciente consultó a medicina general por motivo de su lesión antes de ser remitido al tercer nivel de atención se presenta en la Tabla 3. De igual manera se ilustra que 67,7% (n=42) de los pacientes se remitió a dermatología en la primera consulta; sin embargo, 11,2% (n=7) requirió entre 4 a 10 consultas con medicina general para finalmente ser remitido a tercer nivel. De ellos, cuatro pertenecían al régimen subsidiado y tres al contributivo.

El periodo de tiempo transcurrido desde que se decidió realizar la interconsulta a dermatología hasta que el paciente consiguió esta valoración se presenta en la Tabla 4.

Tabla 3. Distribución porcentual del número de consultas realizadas por el paciente en el primer nivel de atención.

No. Consultas previas	n	%
1	42	67,7
2	8	12,9
3	5	8,1
4	1	1,6
5	3	4,8
10	3	4,8
Total	62	100

Nótese que más de la mitad de los pacientes (62,8%, n=39) fue atendida por el especialista en 15 días o menos; no obstante, se aclara que 26 de ellos fueron atendidos a través del programa de Teledermatología. Llamó la atención que 23 pacientes (37,2%) lograron la atención especializada en un rango de 30 a 730 días después de la remisión.

Tabla 4. Distribución porcentual de los pacientes según el tiempo transcurrido desde la remisión hasta la valoración por el especialista.

Tiempo al 3 nivel	n	%
≤15 días	39	62,8
1 a 3 meses	11	17,7
> 3 meses	12	19,5
Total	62	100

Del total de pacientes estudiados veintiséis (41,9 %) fueron captados a través del programa de Teledermatología de la Universidad de Caldas. El diagnóstico clínico realizado por el médico general del programa concordó (acertividad diagnóstica) en 65,4% (n=17) con el diagnóstico que realizó el especialista. La mayoría de los pacientes estudiados manifestó no haber recibido previamente información sobre cáncer de piel (87,1%, n=54); entre ellos, ninguno de los pacientes valorados por los profesionales del programa de Teledermatología había recibido información.

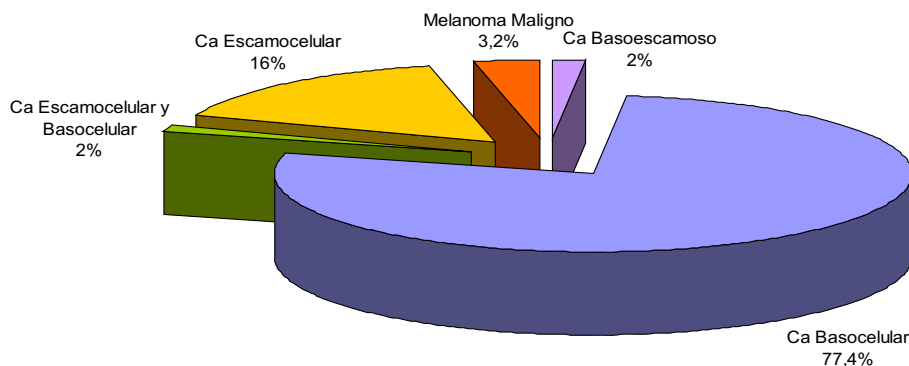
El origen de la información recibida por 8 de los pacientes (12,9%) fue en su mayoría (75%, n=6) a través de los medios de comunicación. Los dos pacientes restantes la obtuvieron de fuentes diversas como la Cruz Roja y del antiguo Hospital de Caldas.

Como se observa en la Gráfica 3 en la mayoría de los casos estudiados el diagnóstico del especialista fue carcinoma basocelular (77,4%, n=48). La distribución anatómica de las lesiones mostró que más de la tercera parte se ubicó en la nariz (37,1%, n=23), le siguieron las lesiones del párpado inferior (12,9%, n=8) y de la mejilla (11,3%, n=7). Casi la totalidad de estas lesiones se ubicó en zonas visibles de la piel (90,3%, n=56).

De acuerdo con el tipo de cáncer la mediana del tiempo total transcurrido desde que se detectó la lesión hasta que el paciente fue atendido por dermatología fue de 607,5 días para los pacientes con carcinoma basocelular, de 441,5 días para los pacientes con carcinoma escamocelular, de 243,5 días para los pacientes con melanoma maligno, de 935,5 días para el paciente con carcinoma basocelular y escamocelular, y de 2.557 días para el paciente con carcinoma basoescomoso.

En el Diagrama 1, se presenta la descripción del tiempo transcurrido en días en cada uno de los eventos estudiados. El total de días transcurrido desde la detección de la lesión hasta que el paciente recibió atención especializada fue heterogéneo, lo cual se observa en la diferencia entre el promedio

Gráfica 3. Distribución porcentual del tipo de cáncer presentado en los pacientes.

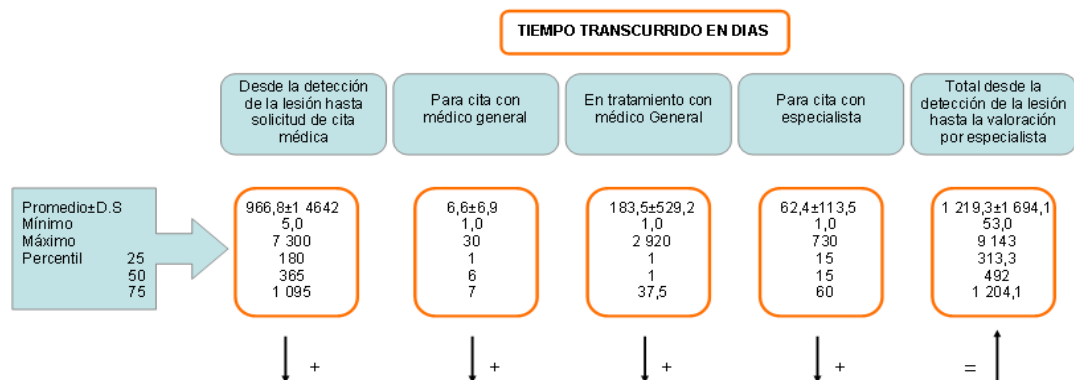


(1.219,3 días) y el percentil 50 (492 días). El principal retraso se observó en el tiempo que el paciente tomó en consultar por la lesión.

En la Tabla 5 se presenta la relación encontrada entre los factores sociodemográficos estudiados con el nivel de retraso a consulta especializada. En el grupo de mayor retraso (≥ 492 días) se observaron diferencias en algunas variables como en la edad con mayor representación del grupo entre 71 a 80 años, en la baja escolaridad, en el mayor número de pacientes procedentes del municipio de La Dorada y en la mayor proporción de afiliados a Caprecom. No obstante, ninguna de las diferencias entre los grupos de retraso fue estadísticamente significativa ($p > 0,05$).

En el Diagrama 2 se agruparon los factores sobresalientes en cada retraso y se adicionaron las percepciones referidas por los pacientes para cada uno de ellos.

En el retraso 1 sobresalieron las siguientes características: sexo femenino, edad superior a 60 años, bajo nivel de escolaridad y afiliación al régimen subsidiado. En cuanto a la lesión se destacaron la visibilidad de la misma y el diagnóstico de carcinoma basocelular. El principal elemento encontrado se presentó en el tiempo que tardaron los pacientes en solicitar valoración médica general luego de la detección la lesión.

Diagrama 1. Estadísticos descriptivos del tiempo transcurrido en días desde la detección de la lesión hasta que el paciente recibió atención por el especialista (n=62).**Tabla 5. Relación entre factores sociodemográficos y el nivel de retraso a consulta especializada.**

Variables	Menor Retraso < 492 días* n=31			Mayor Retraso ≥ 492 días* n=31		
	Categoría predominante	%	N	Categoría predominante	%	n
Sexo**	Mujeres	58,1	18	Mujeres	51,6	16
Edad	< 60 años	32,3	10	71 a 80 años	35,5	11
	> 80 años	32,3	10			
Procedencia	Manizales	35,5	11	La Dorada	25,8	8
Lugar residencia**	Urbano	83,9	26	Urbano	74,2	23
Escolaridad**	Primaria incompleta	48,4	15	Primaria incompleta	48,4	15
	Ninguno	6,5	2	Ninguno	19,4	6
Cohabitación**	Si	93,5	29	Si	96,8	30
Régimen de seguridad social**	Subsidiado	54,8	17	Subsidiado	64,5	20
EPS	Seguro Social	32,3	10	Caprecom	35,5	11
Fototipo**	2	38,7	12	2	38,7	12
	3	38,7	12			

*492 días corresponde al percentil 50; p>0,05.

Diagrama 2. Retrasos identificados en los pacientes que consultan de manera tardía (n=62).

RETRASO 1		RETRASO 2	RETRASO 3
Propios de los pacientes	Actitudinales de los pacientes	Primer nivel de atención	Acceso a consulta especializada
Sexo femenino	Detección de la lesión por el paciente	Oportunidad cita con médico general inferior o igual a una semana (79%)	Tiempo para acceder a cita especializada < 15 días (62,8%)*
Más de 60 años	Demora mayor a 6 meses para consultar (79%)	Ausencia de información previa sobre cáncer de piel (87,1%)	Tiempo para acceder a cita con especialista entre 30 a 730 días (37%)
Baja escolaridad	Consultar por sintomatología (50%)	Tiempo en tratamiento por medicina general superior a 2 meses (17,7%)*	
Lesiones expuestas	Cerca de 25% no consulta por la lesión	Acertividad diagnóstica del médico general del programa de tele dermatología (65,4%)	
Ca. Basocelular			
Régimen subsidiado			
PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE LOS RETRASOS			
Admiten responsabilidad por consultar tardíamente (87%)		Fallas en la atención médico general (24,2%)	Demora y fallas en la atención de tercer nivel (20,9%)

* Posible sesgo por pacientes captados por Tele dermatología

En la mayoría de los casos, éste fue mayor de 6 meses e incluso años para consultar.

Las motivaciones para solicitar cita médica fueron variadas. Preocupa, el número de pacientes que nunca solicitó valoración médica de su lesión; y que la mitad de los pacientes decidió consultar sólo hasta que se presentó algún tipo de síntoma, principalmente sangrado. La presencia de este signo clínico se ha asociado con ulceración de la piel lo cual es un evento tardío en la mayoría de los casos de cáncer de piel.

A la baja escolaridad encontrada, se sumó la ausencia de programas de prevención del cáncer y promoción del cuidado de la piel, encontrado como factor preponderante en el retraso 2, lo cual podría explicar la conducta asumida por la mayoría de los pacientes frente a la lesión y resalta la urgencia de desarrollar campañas educativas sobre el tema.

En la mayoría de los casos el médico general decidió interconsultar al dermatólogo de manera oportuna; no obstante, este dato podría estar sobrevalorado por el número de pacientes captados a través de Tele dermatología, programa que facilita y agiliza el acceso al especialista. A pesar de esto, se requiere fortalecer la educación continuada del médico general para el desarrollo de habilidades diagnósticas en cáncer de piel, lo cual fue percibido como deficiencia por parte de los pacientes e identificado como un factor importante en el retraso 2.

La evaluación global del retraso para acceder al tercer nivel de atención, mostró que en más de la mitad de los casos fue inferior a 15 días. Lo cual puede ser explicado porque mediante el programa de Tele dermatología los pacientes acceden rápidamente y sin costos a dicha valoración, sin necesidad de tramitar autorizaciones, solicitar ni esperar la asignación de citas.

DISCUSIÓN

Dado que la piel es un órgano externo y por tanto visible, los procesos nosológicos que se desarrollan en ella deberían ser susceptibles de diagnóstico oportuno y curación. No es justificable el gran número de pacientes que acuden con lesiones avanzadas, que a su vez requieren tratamientos agresivos, desfigurantes, disfuncionales o en el peor de los casos tratamientos paliativos. Cada uno de estos pacientes debería llamar la atención sobre deficiencias en la calidad de los servicios de salud que se ofrecen desde las actividades preventivas y educativas hasta la aplicación de los más profundos conocimientos científicos, diagnósticos y terapéuticos establecidos para este tipo de patologías.

Los programas de promoción y prevención desarrollados por el Ministerio de la Protección Social en Colombia, hasta ahora, no han incluido estrategias que busquen educar, informar o detectar tempranamente el cáncer de piel en la comunidad.

La importancia de realizar un diagnóstico temprano tiene implicaciones especiales para cada uno de las variedades de cáncer de piel. Es vital en el caso del melanoma maligno, pues si se detecta en estadios tempranos, es decir, cuando su grosor es inferior a 1mm, la sobrevida a los 5 años es de 94% y la escisión simple sería suficiente en la mayoría de los casos. Por el contrario, diagnosticarlo cuando su grosor supera los 4 mm, disminuye la sobrevida a los 5 años en 49% y no existe un tratamiento exitoso para los pacientes que desarrollen metástasis (2).

En el caso del carcinoma basocelular, por otra parte, las consideraciones son diferentes. Es la entidad maligna de mayor prevalencia a nivel mundial, aunque no suele incluirse en las estadísticas mundiales de cáncer por su comportamiento sistémico poco agresivo y la baja mortalidad que ocasiona (3, 4, 14-16). Es una neoplasia de lento crecimiento, inicialmente de

aparición inofensiva, pero que evoluciona hacia la destrucción local, y requiere finalmente cirugías mayores, con secuelas cosméticas y funcionales definitivas. Adicionalmente, tiene implicaciones económicas para el núcleo familiar y el sistema de salud, debido a que los costos derivados del tratamiento de lesiones mayores se elevan de manera significativa e innecesaria.

El carcinoma escamocelular se encuentra en un punto intermedio al compararlo con los anteriores; tiene implicaciones tanto sistémicas como locales y su diagnóstico temprano es importante tanto desde el punto de vista de sobrevida como de conservación de la anatomía local.

El comportamiento de la frecuencia de cada tipo de cáncer fue concordante con lo publicado (17-19); no obstante, el tiempo transcurrido desde la detección hasta la consulta al especialista fue inversamente proporcional a dicha frecuencia. Lo anterior puede explicarse por el comportamiento biológico de cada tipo de cáncer cutáneo. El carcinoma basocelular crece lentamente y de manera indolente; al contrario, el melanoma maligno es más llamativo clínicamente, lo que puede alertar a tiempo al paciente y al personal de salud.

El reconocimiento de los diferentes patrones clínicos y evolutivos para cada cáncer cutáneo no es tarea fácil para los médicos generales. La actividad diagnóstica de lesiones premalignas y malignas no se acerca al ideal, lo cual repercute en conductas médicas equivocadas que retardan el diagnóstico de cáncer. La concordancia entre el diagnóstico realizado por los médicos del programa de Tele dermatología y el diagnóstico del especialista fue alta comparada con la reportada en un estudio previo (20). No obstante, el hecho de pertenecer al programa de Tele dermatología le facilita al médico general una retroalimentación y formación para aumentar su capacidad diagnóstica, lo que pudo haber influido en estos resultados.

Una de las metodologías para análisis de problemas que ha tomado fuerza en la definición de políticas públicas consiste en la detección y el análisis de los factores que se relacionan con la presencia de retrasos en el proceso de atención en salud y en los relacionados con el individuo o la comunidad (21-23). Con tal propósito, en el presente estudio se identificaron 3 tipos de retrasos o demoras para acceder a la consulta especializada, señalándose en ellos las características preponderantes encontradas que podrían servir de guía para futuras investigaciones sobre el tema.

Se destaca en primer lugar la variedad y complejidad en las razones aducidas por los pacientes al explicar el retraso en la valoración especializada. La mayoría reconoce responsabilidad ya sea por desconocimiento, creencias, automedicación, descuido, motivos económicos, temores, entre otros. Aunque de hecho, estas situaciones son dependientes directamente del paciente, se debe reconocer, que en su mayoría, son el resultado de la ausencia de campañas preventivas y educativas que generen un cambio en las actitudes de la población frente a la enfermedad. Adicionalmente, aún no se garantiza la atención médica oportuna de segundo y tercer nivel de atención a la población económicamente vulnerable.

En segundo lugar, los pacientes consideraron que algunas características propias del sistema tales como la calidad en la atención por parte de medicina general, la oportunidad para la cita especializada o la extensa tramitología fueron en algunos casos la causa de la demora. Para futuras investigaciones, se considera de gran importancia tener en cuenta estas situaciones comentadas por los pacientes, pues definitivamente influyen en la calidad y oportunidad de la atención en salud que se ofrece.

La mayor parte de las publicaciones existentes analiza los factores asociados con la detección tardía del melanoma maligno (9, 10, 12, 13, 24-40), y en menor proporción los relacionados con la

presentación tardía del cáncer de piel no melanoma (15, 30, 31, 41). Sin embargo, algunas de las características encontradas en el presente estudio, concuerdan con las de la literatura existente (13, 15, 24, 32). En su estudio acerca de los factores de retraso en el diagnóstico de melanoma, Betti y col (13), encontraron que el mayor componente en el retraso es debido a factores relacionados con el paciente. Dentro de ellos, la falta de interés fue el más importante. De igual manera, en el estudio sobre melanoma de Schmid-Wendtner y col (32), se encontró que la tercera parte de los pacientes tardó más de 12 meses en consultar, y de manera similar al presente estudio, por considerar la lesión como inofensiva.

La relación entre la visibilidad de la lesión y el menor tiempo que tarda el paciente para consultar concuerda con los hallazgos publicados por otros investigadores (12, 13, 37). En lo referente al melanoma, se ha sugerido que la falla en reconocer las implicaciones de una lesión cambiante tiene mayor importancia para el retardo en el diagnóstico que la visibilidad de la misma (37).

Se reconocen como limitaciones de este estudio la mirada retrospectiva que dificultó la obtención de la información de todos los pacientes elegibles. Algunos de ellos fueron entrevistados varios meses o incluso años después de que se les fue diagnosticado cáncer de piel, lo que pudo haber alterado la exactitud de la información obtenida. La inferencia de los resultados se ve limitada también por el tamaño y características de la población de estudio lo que implica que para la continuación del estudio se debe realizar un muestreo representativo de la población que consulta de manera tardía por cáncer de piel, con ampliación de pacientes del régimen contributivo para controlar el efecto de esta variable.

CONCLUSIONES

Si bien hay diversos aspectos por mejorar en los distintos niveles de atención en salud, el factor

preponderante que podría explicar en principio la consulta tardía por cáncer de piel a dermatología se relaciona con las características y actitudes de los pacientes.

RECOMENDACIONES

De acuerdo con los resultados se considera importante el diseño de programas de promoción y prevención que le permitan a la comunidad reconocer de manera oportuna las lesiones de piel que ameritan valoración médica. En segundo lugar, dado el bajo costo que representa para el sistema de salud incluir en los protocolos de rutina la evaluación de la piel, se propone implementar en el primer nivel de atención la búsqueda activa de lesiones sospechosas en pacientes mayores de

60 años de edad; e implementar programas de educación médica continuada sobre el cáncer de piel para el personal de salud de primero y segundo nivel de atención.

Llevar a cabo un estudio de tipo analítico prospectivo que permita establecer relaciones causales con cada uno de los retrasos.

AGRADECIMIENTOS

Especial agradecimiento a la Vicerrectoría de Investigaciones y Postgrados de la Universidad de Caldas por la valiosa colaboración durante todo el proceso investigativo y a los pacientes y a sus familiares que voluntariamente aceptaron participar en el estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Poochareon VN, Cockerell CJ. The war against skin cancer: the time for action is now. *Arch Dermatol*, 2005; 141(4): 499-501.
2. Rigel DS, Friedman RJ, Kopf AW, Polsky D. ABCDE- an evolving concept in the early detection of melanoma. *Arch Dermatol*, 2005; 141(8): 1032-4.
3. Boyle P, Dore JF, Autier P, Ringborg U. Cancer of the skin: a forgotten problem in Europe. *Ann Oncol*, 2004; 15(1): 5-6.
4. Housman TS, Feldman SR, Williford PM, Fleischer AB, Jr., Goldman ND, Acostamadiedo JM, et al. Skin cancer is among the most costly of all cancers to treat for the Medicare population. *J Am Acad Dermatol*, 2003; 48(3): 425-9.
5. Piñeros M, Pardo C, Cantor L, Hernández G, Martínez T, Pérez N, et al. Registro Institucional de cáncer del Instituto Nacional de Cancerología, Empresa Social del Estado. Resultados principales, año 2001. *Revista Colombiana de Cancerología*, 2002; 6(3): 4-49.
6. Santacoloma G, Jaramillo F. Comportamiento clínico, epidemiológico e histológico del carcinoma basocelular en Caldas. Colombia. *Medicina Cutánea Ibero Latinoamericana*, 1988; XXVI(98): 184-189.
7. Villegas M, Jaramillo F. Comportamiento clínico, epidemiológico e histológico del melanoma maligno en el departamento de Caldas, Colombia. *Revista Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica*, 1999; 7: 192-196.
8. Ospina J, Jaramillo F. Comportamiento clínico y epidemiológico de carcinoma cutáneo en el Hospital de Caldas de Manizales. *Revista Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica*, 1999; 7: 70-73.
9. Cassileth BR, Temoshok L, Frederick BE, Walsh WP, Hurwitz S, Guerry D, et al. Patient and physician delay in melanoma diagnosis. *J Am Acad Dermatol*, 1988; 18(3): 591-8.
10. Tyler I, Rivers JK, Shoveller JA, Blum A. Melanoma detection in British Columbia, Canada. *J Am Acad Dermatol*, 2005; 52(1): 48-54.
11. Reyes-Ortiz C, Goodwin J, Freeman J. The effect of socioeconomic factors on incidence, stage at diagnosis and survival of cutaneous melanoma. *Med Sci Monit*, 2005; 11(5): RA163-172.
12. Blum A, Brand CU, Ellwanger U, Schlagenhauff B, Stroebel W, Rassner G, et al. Awareness and early detection of cutaneous melanoma: an analysis of factors related to delay in treatment. *Br J Dermatol*, 1999; 141(5): 783-7.
13. Betti R, Vergani R, Tolomio E, Santambrogio R, Crosti C. Factors of delay in the diagnosis of melanoma. *Eur J Dermatol*, 2003; 13(2): 183-8.
14. Demers AA, Nugent Z, Mihalciu C, Wiseman MC, Kliewer EV. Trends of nonmelanoma skin cancer from 1960 through 2000 in a Canadian population. *J Am Acad Dermatol*, 2005; 53(2): 320-8.
15. Eide MJ, Weinstock MA, Dufresne RG, Jr., Neelagaru S, Risica P, Burkholder GJ, et al. Relationship of treatment delay with surgical defect size from keratinocyte carcinoma (basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma of the skin). *J Invest Dermatol*, 2005; 124(2): 308-14.
16. Housman TS, Williford PM, Feldman SR, Teuschler HV, Fleischer AB, Jr., Goldman ND, et al. Nonmelanoma skin cancer: an episode of care management approach. *Dermatol Surg*, 2003; 29(7): 700-11.
17. Askari SK, Schram SE, Wenner RA, Bowers S, Liu A, Bangerter AK, et al. Evaluation of prospectively collected presenting signs/symptoms of biopsy-proven melanoma, basal cell carcinoma, squamous

- cell carcinoma, and seborrheic keratosis in an elderly male population. *J Am Acad Dermatol*, 2007; 56(5): 739-47.
18. Geller AC, Annas GD. Epidemiology of melanoma and nonmelanoma skin cancer. *Semin Oncol Nurs*, 2003; 19(1): 2-11.
 19. Stang A, Ziegler S, Buchner U, Ziegler B, Jockel KH, Ziegler V. Malignant melanoma and nonmelanoma skin cancers in Northrhine-Westphalia, Germany: a patient- vs. diagnosis-based incidence approach. *Int J Dermatol*, 2007; 46(6): 564-70.
 20. Tovar J, Carrasquilla H. Remisiones de médicos generales a dermatólogos. *Revista Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica*, 2005; 13(2): 116-119.
 21. CEMIYÁ, Universidad del Valle, Secretaría de Salud Pública Municipal. Caracterización de la morbilidad materna extrema. Enero - Diciembre de 2005. Santiago de Cali: CEMIYÁ; Mayo de 2006.
 22. Maine D, Akalin M, Ward V, Kamara A. Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna. New York: Centro para la Población y Salud Familiar. Facultad de Salud Pública. Universidad de Columbia; 1997.
 23. Gallego L, Gómez J, Escobar A. Modelos para el análisis de la mortalidad materna y perinatal. Primera ed. Medellín: Alcaldía de Medellín. Secretaría de Salud; 2005.
 24. Baumert J, Plewig G, Volkenandt M, Schmid-Wendtner MH. Factors associated with a high tumour thickness in patients with melanoma. *Br J Dermatol*, 2007; 156(5): 938-44.
 25. Carli P, De Giorgi V, Palli D, Maurichi A, Mulas P, Orlandi C, et al. Dermatologist detection and skin self-examination are associated with thinner melanomas: results from a survey of the Italian Multidisciplinary Group on Melanoma. *Arch Dermatol*, 2003; 139(5): 607-12.
 26. Carli P, De Giorgi V, Giannotti B, Seidenari S, Pellacani G, Peris K, et al. Skin cancer day in Italy: method of referral to open access clinics and tumor prevalence in the examined population. *Eur J Dermatol*, 2003; 13(1): 76-9.
 27. Brochez L, Verhaeghe E, Bleyen L, Naeyaert JM. Time delays and related factors in the diagnosis of cutaneous melanoma. *Eur J Cancer*, 2001; 37(7): 843-8.
 28. Hennrikus D, Girgis A, Redman S, Sanson-Fisher RW. A community study of delay in presenting with signs of melanoma to medical practitioners. *Arch Dermatol*, 1991; 127(3): 356-61.
 29. Kirsner RS, Wilkinson JD, Ma F, Pacheco H, Federman DG. The association of Medicare health care delivery systems with stage at diagnosis and survival for patients with melanoma. *Arch Dermatol*, 2005; 141(6): 753-7.
 30. Lydiatt DD. Medical malpractice and cancer of the skin. *Am J Surg*, 2004; 187(6): 688-94.
 31. Rhodes AR. Public education and cancer of the skin. What do people need to know about melanoma and nonmelanoma skin cancer? *Cancer*, 1995; 75(2 Suppl): 613-36.
 32. Schmid-Wendtner MH, Baumert J, Stange J, Volkenandt M. Delay in the diagnosis of cutaneous melanoma: an analysis of 233 patients. *Melanoma Res*, 2002; 12(4): 389-94.
 33. Swetter SM, Soon S, Harrington CR, Chen SC. Effect of health care delivery models on melanoma thickness and stage in a university-based referral center: an observational pilot study. *Arch Dermatol*, 2007; 143(1): 30-6.
 34. Youl PH, Baade PD, Janda M, Del Mar CB, Whiteman DC, Aitken JF. Diagnosing skin cancer in primary care: how do mainstream general practitioners compare with primary care skin cancer clinic doctors? *Med J Aust*, 2007; 187(4): 215-20.
 35. Temoshok L, DiClemente RJ, Sweet DM, Blois MS, Sagebiel RW. Factors related to patient delay in seeking medical attention for cutaneous malignant melanoma. *Cancer*, 1984; 54(12): 3048-53.

36. Rampen FH, Rumke P, Hart AA. Patients' and doctors' delay in the diagnosis and treatment of cutaneous melanoma. *Eur J Surg Oncol*, 1989; 15(2): 143-8.
37. Krige JE, Isaacs S, Hudson DA, King HS, Strover RM, Johnson CA. Delay in the diagnosis of cutaneous malignant melanoma. A prospective study in 250 patients. *Cancer*, 1991; 68(9): 2064-8.
38. Richard MA, Grob JJ, Avril MF, Delaunay M, Gouvernet J, Wolkenstein P, et al. Delays in diagnosis and melanoma prognosis (II): the role of doctors. *Int J Cancer*, 2000; 89(3): 280-5.
39. Richard MA, Grob JJ, Avril MF, Delaunay M, Gouvernet J, Wolkenstein P, et al. Delays in diagnosis and melanoma prognosis (I): the role of patients. *Int J Cancer*, 2000; 89(3): 271-9.
40. Silfen R, Amir A, Regev D, Hauben DJ. Role of physicians and patients in the diagnostic delay of cutaneous malignant melanoma. *Ann Plast Surg*, 2002; 49(4): 439-42.
41. Youl PH, Raasch BA, Janda M, Aitken JF. The effect of an educational programme to improve the skills of general practitioners in diagnosing melanocytic/pigmented lesions. *Clin Exp Dermatol*, 2007; 32(4): 365-70.