

**FACTORES RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO TARDÍO EN
PERSONAS CON CÁNCER DE PULMÓN EN UNA INSTITUCIÓN DE
NIVEL COMPLEMENTARIO
CALI, 2019 - 2020**

JOHN SANDOVAL ROSERO

Universidad del Valle
Facultad de Salud
Escuela de Salud Pública
Santiago de Cali, marzo de 2023

**FACTORES RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO TARDÍO
EN PERSONAS CON CÁNCER DE PULMÓN EN UNA
INSTITUCIÓN DE NIVEL COMPLEMENTARIO
CALI, 2019 - 2020**

JOHN SANDOVAL ROSERO

Trabajo para optar al título de Maestría en Salud Pública

Elsa Patricia Muñoz Laverde
Profesora Escuela Salud Pública

Universidad del Valle
Facultad de Salud
Escuela de Salud Pública
Santiago de Cali, marzo de 2023

Tabla de Contenido

1. Planteamiento del problema de investigación.....	7
2. Estado del arte.....	11
3. Aproximación teórica.....	17
4. Objetivos.....	25
4.1. Objetivo general.....	25
4.2. Objetivos específicos.....	25
5. Metodología.....	26
5.1. Tipo de estudio.....	26
5.2. Área de estudio.....	26
5.3. Población.....	27
5.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	27
5.5. Variables.....	28
5.6. Recolección de datos componente cuantitativo.....	29
5.7. Recolección de datos componente cualitativo.....	29
5.8. Plan de análisis.....	30
6. Consideraciones éticas.....	32
7. Resultados.....	34
7.1. Caracterización sociodemográfica de la población.....	34
7.2. Características clínicas del cáncer de pulmón.....	36
7.3. Percepciones sobre la enfermedad y búsqueda de ayuda.....	38
7.3.1. Conocimiento sobre la enfermedad.....	38
7.3.2. Percepciones y actitudes sobre la enfermedad.....	39

7.3.3.	Motivaciones para la consulta	42
7.4.	Proceso de atención en salud.....	45
7.4.1.	Intervalo de diagnóstico	46
7.4.2.	Intervalo de consulta médica especializada	47
7.4.3.	Intervalo de tratamiento.....	48
7.4.4.	Desenlaces en mortalidad y sobrevida.....	48
7.5.	Desarrollo del contacto con el sistema de salud	50
7.6.	Vivencia de la enfermedad: experiencias e impactos	57
8.	Discusión	63
8.1.	Características de la población.....	63
8.2.	Percepción de los síntomas de las personas con cáncer de pulmón.....	65
8.3.	Motivación para demandar la atención en salud.....	69
8.4.	Tiempo del proceso diagnóstico-tratamiento en personas con cáncer de pulmón.....	72
8.5.	Factores personales y de la prestación del servicio relacionados con el proceso diagnóstico-tratamiento	75
9.	Limitaciones de la investigación.....	81
10.	Conclusiones.....	83
11.	Recomendaciones.....	84
12.	Bibliografía	86
Anexos		¡Error! Marcador no definido.

Índice de Tablas

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión	27
Tabla 2. Variables	28
Tabla 3. Relación entrevistas.....	30
Tabla 4. Categorías de análisis cualitativo.....	31
Tabla 5. Características sociodemográficas personas con cáncer de pulmón. Cali, 2019-2020	36
Tabla 6. Características clínicas del cáncer de pulmón. Cali, 2019-2020.....	37
Tabla 7. Tiempo en días para los intervalos del proceso de atención en personas con cáncer de pulmón.	47
Tabla 8. Supervivencia con relación al intervalo de diagnóstico	50

Índice de Figuras

Figura 1. Retrasos en el diagnóstico de cáncer según el modelo de Andersen y Cacioppo	20
Figura 2. Modelo propuesto por Walter et al. - Model of pathways to treatment	22
Figura 3. Distribución de los casos de cáncer de pulmón según grupos de edad. Cali, 2019-2020	35
Figura 4. Mortalidad y año de fallecimiento	49

RESUMEN

Introducción El cáncer es una de las cuatro principales ECNT definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y una de las primeras causas de muerte a nivel mundial. En el año 2020 se estimaron 19.3 millones de nuevos casos y 9.9 millones de muertes por cáncer a nivel global, siendo el cáncer de pulmón la neoplasia con mayor mortalidad generando 18% de las defunciones por neoplasias y el segundo más frecuente con un 11.4%. La alta mortalidad que se asocia a esta patología es probablemente consecuencia de que la mayoría de los casos se detectan en estadios avanzados de la enfermedad. Cerca del 80% de los diagnósticos se realizan cuando las opciones de tratamiento son limitadas. Por lo tanto, la gran mayoría de los esfuerzos para disminuir la mortalidad de este cáncer se deberían concentrar en optimizar las rutas de diagnóstico que permitan detectar este tipo de tumor cuando no se ha diseminado. **Objetivo principal:** Identificar los factores relacionados con el diagnóstico tardío de cáncer de pulmón en personas atendidas en una institución de nivel complementario en Cali para el periodo 2019-2020. **Metodología:** Se adelantó un estudio observacional descriptivo de corte transversal en una institución de nivel complementario con un componente cuantitativo y un componente enfocado en entrevistas en personas con cáncer de pulmón diagnosticadas en el año de estudio. Se utilizó el modelo de Retraso total del paciente para el diagnóstico de cáncer descrito por Walter F. basado en las propuestas teóricas de Andersen B. y Safer. **Resultados:** Se incluyeron 97 personas de las cuales el 98% se encontraron en estadio avanzado del cáncer de pulmón. Solo cinco personas fueron entrevistadas debido a la alta mortalidad que se presentó en un 85% de la población observada. 3 de cada 10 personas fueron diagnosticadas en un intervalo de tiempo mayor a 60 días de mediana y el 70% de las personas entre 30 y 60 días. 7 de cada 10 pacientes tuvieron su cita con médico especialista después del mes de ser diagnosticado. Así mismo en el 61% de las personas se pudo obtener el intervalo del tratamiento en donde 3 de cada 10 personas se tardaron más de 90 días en iniciar el tratamiento. Las personas entrevistadas narraron sus percepciones y motivaciones para acceder al sistema de salud así como sus experiencias durante el proceso de diagnóstico hasta el tratamiento de su enfermedad. **Conclusión:** Los principales factores que se relacionan con el diagnóstico tardío en pacientes con cáncer de pulmón fueron la percepción que las personas tuvieron para advertir que su condición de salud está siendo afectada por una grave enfermedad y la motivación que presentaron para iniciar un proceso de atención en salud con el fin de obtener un diagnóstico. Así mismo, el tiempo posterior a un primer contacto con el sistema de salud, impactó de forma negativa el proceso de diagnóstico debido a que no se lograron enfoques precisos y referencias oportunas de las personas con sospecha de cáncer de pulmón. **Palabras clave:** Diagnóstico tardío, Cáncer de pulmón, oportunidad de diagnóstico.

1. Planteamiento del problema de investigación

Los cambios demográficos del siglo XX caracterizados por el envejecimiento de la población derivado del incremento en la esperanza de vida, disminución de la mortalidad y el descenso sostenido de la tasa de natalidad, han llevado al ciclo de enfermar y morir a un período que se conoce como transición en salud (1). Esta transición se caracteriza principalmente por la preponderancia de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) como causa de morbilidad y muerte, las cuales se prevé que aumenten en un 17% a nivel global en los próximos 10 años, generando una mayor demanda de servicios de salud y rehabilitación (2) (3).

El cáncer es una de las cuatro principales ECNT definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y una de las primeras causas de muerte a nivel mundial. En el año 2020 se estimaron 19.3 millones de nuevos casos y 9.9 millones de muertes por cáncer a nivel global, siendo el cáncer de pulmón la neoplasia con mayor mortalidad generando 18% de las defunciones por neoplasias y el segundo más frecuente con un 11.4%, superado por el cáncer de seno que se estimó en un 11.7% (4).

Colombia tiene un perfil de morbilidad y mortalidad que se caracteriza por un predominio de las ECNT representando un problema de salud pública creciente. El cáncer es la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares y a su vez se estima que para el año 2030 se tendrán aproximadamente 125.000 casos nuevos por año y 76.000 muertes (5). Por su parte, el cáncer de pulmón es el quinto tumor en ocurrencia con un 5.7% de los casos y ocupa el segundo lugar en mortalidad con el 12.4% de las muertes (6).

Los datos más actuales de Cali muestran que en el quinquenio 2008-2012 se diagnosticaron 23.046 casos nuevos de cáncer, de los cuales el 5.7% (1.316) fueron de pulmón; convirtiéndolo en el cuarto tumor más frecuente en hombres y el sexto en ocurrencia en mujeres. Con relación a la mortalidad, el cáncer de pulmón fue la tercera causa en varones y la cuarta en mujeres (7). La alta mortalidad que se asocia a esta patología es probablemente consecuencia de que la mayoría de los casos se detectan en estadios avanzados de la enfermedad. Cerca del 80% de los diagnósticos se realizan cuando las opciones de tratamiento son limitadas. Por lo tanto, la gran mayoría de los esfuerzos para disminuir la mortalidad de este cáncer se deberían concentrar en optimizar las rutas de diagnóstico que permitan detectar este tipo de tumor cuando no se ha diseminado a otros sitios del organismo, lo que condiciona un estadio tardío (8).

El diagnóstico del cáncer pulmonar se realiza con base a unos antecedentes de exposición que generan una serie de síntomas respiratorios y constitucionales sumados a una imagen escanográfica del tórax que indicarían el estudio histológico de una lesión sospechosa (9). A su vez, la sintomatología en el cáncer de pulmón es inespecífica debido a que ésta puede presentarse en otras enfermedades y su interpretación depende de la capacidad resolutoria y experticia de los proveedores de salud, lo que resulta en muchos casos en retrasos en la detección temprana de la neoplasia. De igual forma, toma importancia la percepción de las personas sobre los síntomas de la enfermedad, los cuales se pueden percibir como normales, minimizándolos y afrontándolos con autocuidado, lo que probablemente también podría propiciar un retraso en la demanda de atención médica (10). Por otro lado, el diagnóstico del cáncer de pulmón es un ejercicio clínico que se realiza en instituciones de salud de alta complejidad donde existe el talento humano entrenado, alta tecnología e insumos especiales, por lo tanto, las personas con

sospecha de esta neoplasia deben acceder a estos servicios que se encuentran concentrados generalmente en las capitales de los departamentos o en las grandes ciudades (11).

Al igual que en otros tipos de cáncer, para el diagnóstico de cáncer de pulmón se presentan barreras relacionadas con el acceso a la atención en salud que pueden llegar a ser responsables hasta del 29% de las barreras identificadas, lo cual genera una gran limitación para acceder a un diagnóstico. Adicionalmente, se presentan barreras de aceptabilidad, de disponibilidad y las relacionadas con las características del sistema de salud que afectan todo el proceso de atención (12). Por ejemplo, en una reciente revisión de la literatura se exploraron estudios que analizaron barreras y facilitadores en el contexto del abordaje del paciente con cáncer de pulmón; se identificaron un total de 78 factores relacionados con un retraso en el proceso del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad donde los más frecuentes fueron los relacionados con la no percepción de los síntomas por la persona afectada y los del sistema de salud dividido por niveles de atención primaria y secundaria. En el 27% de los estudios se observó un bajo índice de sospecha por parte de los proveedores de salud del nivel primario, lo cual retrasó la remisión a una institución de mayor nivel de atención. En el segundo nivel de atención, el 78% de los estudios describieron que el acceso definitivo a procedimientos diagnósticos fue el responsable del retraso en la atención general (13).

Hasta el momento de esta investigación, en Colombia no se hallaron publicaciones que estudien los factores relacionados con un diagnóstico tardío en las personas con cáncer de pulmón. Se encuentran estudios sobre esta clase de factores en otros tipos de cáncer, los cuales se han limitado a explorar las barreras de acceso a servicios de salud (14), pero que

no articulan de forma integral todos los aspectos que están presentes desde el momento en que la persona detecta un cambio en su organismo hasta el inicio del tratamiento. En la actualidad existen modelos teóricos que facilitan el estudio del proceso diagnóstico del paciente con cáncer. El modelo ampliado de Andersen y Cacioppo (15) sobre el retraso total del paciente, sugiere un marco teórico que engloba todos estos factores involucrados en el abordaje del paciente con cáncer e intenta que se estandaricen los estudios de rutas de diagnóstico bajo esta propuesta (16).

En Colombia, el proceso del diagnóstico de cáncer en general y específicamente para la patología pulmonar, requiere de la articulación entre los servicios de salud de los diferentes niveles de prestación y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), así como con las personas que presentan los síntomas. En este sentido, el país requiere de estudios que caractericen los factores relacionados con un diagnóstico tardío en personas con cáncer de pulmón y que sirvan de base para generar análisis situacionales y propuestas de acción a nivel individual y colectivo. En coherencia con la evidencia se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores relacionados con el diagnóstico tardío en personas con cáncer de pulmón en una institución de nivel complementario en Cali, 2019 - 2020?

2. Estado del arte

Según el Observatorio Global de Cáncer (GCO, por sus siglas en inglés) de la OMS, el cáncer de pulmón para el año 2020 fue el responsable del 18% de todas las muertes por cáncer, siendo éste la principal causa de muerte por esta enfermedad a nivel mundial. Compartió el primer lugar de ocurrencia de cáncer representando el 11% de 19 millones de casos nuevos que se estimaron para ese mismo año, lo cual lo convierte en un problema de salud pública creciente (4).

La tasa de sobrevida a cinco años en el cáncer de pulmón oscila entre el 10% al 20% en las mejores series, siendo el estadio IVB de la enfermedad el de peor pronóstico con una sobrevida del 10% a dos años. Esta baja sobrevida se debe a que cerca del 80% de los casos nuevos de cáncer pulmonar se diagnostican en etapas avanzadas de la enfermedad (17). En Colombia, para el año 2016 se registraron 849 casos nuevos de cáncer pulmonar, de los cuales sólo la mitad contaron con la información de estadificación al momento del diagnóstico y de éstos el 58% fueron clasificados como estadio IV, lo que significa que la mayoría de las personas se diagnosticaron en etapas avanzadas (7).

El diagnóstico del cáncer de pulmón se realiza a partir de una sospecha clínica principalmente en una persona con factores de riesgo en quien por medio de imágenes del tórax, se identifican lesiones en el parénquima pulmonar para luego definir la técnica que permita confirmar el diagnóstico con un estudio histopatológico de la lesión (8). Al igual que en otros tipos de cáncer, en el de pulmón la prueba de tamizaje es una herramienta fundamental que concentra la mayoría de los esfuerzos en investigación para alcanzar como objetivo la detección temprana. La tomografía de tórax de baja dosis es la prueba de tamizaje

que hasta el momento mejores resultados ha obtenido (18). El estudio The National Lung Cancer Screening Trial (NLST) mostró una reducción del 20% en la mortalidad por cáncer pulmonar al implementar la tomografía de baja dosis en pacientes con factores de riesgo específicos como: tener entre 55 y 74 años, consumo de tabaco, antecedentes familiares y exposición a otros elementos considerados cancerígenos (19). Sin embargo, los resultados del NLST no se han logrado replicar en otras partes del mundo debido al costo - beneficio, éste sigue siendo controversial pues es un programa de tamizaje para cáncer de pulmón con tomografía de baja dosis que requiere de una infraestructura técnica específica, tanto de equipos como de talento humano, lo que lo hace costoso. Asimismo, el seguimiento a las personas para poder descartar la patología puede llegar hasta los cuatro años.

Los retos en América Latina para implementar estos programas son enormes debido a que en la región existen recursos económicos y técnicos limitados, esto sumado a la alta prevalencia de otro tipo de enfermedades que también afectan el pulmón y que pueden aumentar los falsos positivos en las imágenes de tamizaje. Por consiguiente, es necesario estudiar factores diferentes a las imágenes de tamizaje durante el proceso del diagnóstico de cáncer de pulmón para identificar posibles relaciones con las demoras para el diagnóstico y así progresivamente en el mediano plazo alcanzar una detección temprana (20).

El proceso diagnóstico del cáncer pulmonar puede sufrir demoras debido a que está influenciado por múltiples factores tanto de la persona afectada, como de la enfermedad y del sistema de salud. En la literatura se ha descrito la relación entre los factores de la persona con cáncer de pulmón y su diagnóstico temprano o tardío. En el Reino Unido se

exploró la ruta para el diagnóstico en personas con cáncer de pulmón a través de entrevistas y fuentes secundarias de información, partiendo de la hipótesis de que las rutas difieren entre quienes debutaban con enfermedad temprana vs tardía. Se tomaron registros de la historia de síntomas y eventos que llevaron a dicho diagnóstico y fueron comparados; 22 pacientes fueron incluidos en la observación, de los cuales 7 presentaron enfermedad temprana y el 68.2% enfermedad tardía. Las entrevistas exploraron la identificación del momento cuando la persona presentó un cambio en su estado de salud para registrar lo que recordaban sobre sus síntomas y otros eventos como consultas médicas. La tos, dificultad para respirar y dolor torácico fueron los síntomas más frecuentes reportados como nuevos durante el mes en que les realizaron el diagnóstico. El análisis de las entrevistas reveló que con frecuencia ninguno de los pacientes actuó con respecto a los síntomas que desencadenaron un cambio en el estado de la salud y decidieron no buscar tratamiento hasta que la severidad de éstos aumentó y necesitaron consultar al servicio de salud. El estudio concluyó que, aparentemente si se desarrolla un empoderamiento en las personas para actuar cuando su estado de salud cambia, se esperaría una detección de la enfermedad más temprana (21).

Tod et al. (22) analizaron la notificación de los síntomas asociados al cáncer de pulmón en 20 personas durante un año, se identificó que a 18 de ellos se les diagnosticó el cáncer de pulmón entre los seis meses del estudio y se les preguntó por los eventos durante este tiempo. Los hallazgos se categorizaron en cuatro aspectos: sintomatología, conocimiento de la enfermedad, sentimientos de culpa relacionados y la cultura. En cuanto al primer aspecto se documentó que los participantes no relacionaron un síntoma cardinal con el cáncer de pulmón como ocurre con otros tipos de cáncer, por otro lado, se presentó una tendencia a atribuir los síntomas a otro tipo de enfermedad crónica sobre todo en los no fumadores. Se evidenció que el conocimiento del cáncer de pulmón era pobre entre los participantes y la

información disponible era relacionada con el hábito de fumar solamente. A nivel cultural, el autocuidado fue un factor que contribuyó a que los pacientes no consultaran de manera oportuna (22).

Cuando se ha estudiado el tiempo que toma hacer un diagnóstico de cáncer de pulmón, se han encontrado resultados variables y prolongados. Una revisión prospectiva en 52 pacientes a quienes a través de una entrevista estructurada se les preguntó por el número de días desde el inicio de los síntomas hasta el comienzo del tratamiento, encontró que en promedio se gastan 21 días para ser evaluados por un médico, 22 días adicionales para completar todos los estudios confirmatorios y 27 días más para recibir atención especializada. El tiempo promedio desde la consulta médica especializada hasta el inicio del tratamiento fue de 10 días. El total de los pacientes gastaron 138 días en promedio desde el inicio de los síntomas hasta el tratamiento definitivo, considerándose un tiempo excesivo. Este estudio también exploró la percepción del paciente en cuanto a los motivos de los tiempos prolongados, aproximadamente uno de cada dos pacientes (46%) percibieron que lo que más tiempo tomó fue el lapso entre el inicio de los síntomas hasta la cita inicial con medicina general y una de las razones varias veces expresada de ello, fue el creer que los síntomas no estaban relacionados con una enfermedad grave (23).

En Latinoamérica son pocos los estudios que investigan el proceso diagnóstico de cáncer de pulmón sin que su enfoque sea a partir de una prueba de tamizaje, en este caso la tomografía de baja dosis. En Brasil se llevó a cabo un trabajo retrospectivo realizado en el Instituto de Cáncer de São Paulo, donde buscaron identificar factores que llevaron a un diagnóstico tardío de cáncer pulmonar en su medio. Para ello, se evaluó información obtenida de las personas con cáncer de pulmón a través de un cuestionario,

done se incluyeron 372 pacientes. Entre los hallazgos, encontraron que el 61% (227) de los pacientes consultaron hasta 30 días después de presentar los síntomas que los obligaron a buscar atención y más grave aún, alrededor de 2 de cada 10 pacientes (18.8%) se tomaron más de 90 días para consultar. De los pacientes que solicitaron asistencia médica, sólo en el 20% de ellos se sospechó de forma inicial un diagnóstico de cáncer pulmonar y la mayoría (45.4%) requirieron consultar a más de tres profesionales de la salud para alcanzar el diagnóstico definitivo, lo cual es esperado dado la complejidad de la enfermedad. Este estudio hace un intento por describir la situación que se presenta cuando una persona con cáncer de pulmón busca un diagnóstico definitivo, llegando a la conclusión de que los factores personales y los del sistema de salud fueron los que más influyeron en la demora del proceso diagnóstico. Sin embargo, no es claro el abordaje metodológico que utilizaron los autores para el estudio, no se establecieron definiciones, ni tampoco se describieron las preguntas realizadas a los participantes. En ese sentido, si bien los datos obtenidos son valiosos, la falta de un estándar en el abordaje de este tipo de estudios hace que probablemente existan muchas otras variables que influyan en los resultados (24).

En Colombia son escasos los trabajos que exploren los factores relacionados con el diagnóstico tardío en personas con cáncer. La mayoría de los estudios tratan sobre las barreras de acceso a los servicios de salud y poco integran la influencia de las percepciones de las personas enfermas, el conocimiento del personal de salud sobre esta neoplasia y los tiempos que se presentan entre los diferentes momentos del proceso diagnóstico. Además, no se hace referencia a un marco teórico o a conceptos estandarizados que orienten cómo estudiar los procesos de diagnóstico en cáncer y sus demoras. Adicional a esto, los cánceres que con mayor frecuencia se analizan en estos trabajos son el de mama, estómago y próstata (14) (25) (26). Con respecto a la situación del cáncer de pulmón en Colombia, no

se encontraron en la literatura revisada estudios que describan esta relación, como tampoco las barreras de acceso u otro tipo de factores que influyan en el proceso del diagnóstico, que en la mayoría de los casos se presenta de forma tardía. Por lo tanto, se considera necesario y pertinente realizar esta investigación para estrechar la brecha existente en este aspecto, los hallazgos de este estudio permitirán tener una primera aproximación al tema que aporte evidencia para la toma de decisiones institucionales y el planteamiento de intervenciones en la población para lograr una detección temprana del cáncer de pulmón, a través del reconocimiento de los síntomas asociados y de la disminución de los tiempos en las rutas de atención. Asimismo, es probable que los resultados del estudio orienten propuestas de investigaciones posteriores.

3. Aproximación teórica

La sobrevivencia de las personas con cáncer depende de muchos factores, principalmente de la biología del tumor y del estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico. Uno de los retos actuales más importantes para el abordaje del cáncer de pulmón es mejorar la oportunidad de su detección disminuyendo los tiempos que toma el proceso de diagnóstico (13). La alta mortalidad asociada a este cáncer se debe en gran parte a que se diagnostica de forma avanzada, es decir, cuando las células tumorales se encuentran diseminadas en otras partes del cuerpo diferentes al pulmón, por tal motivo es fundamental optimizar todos los factores que se relacionan con el proceso del diagnóstico que permitirán disminuir la mortalidad y mejorar las condiciones generales de las personas afectadas.

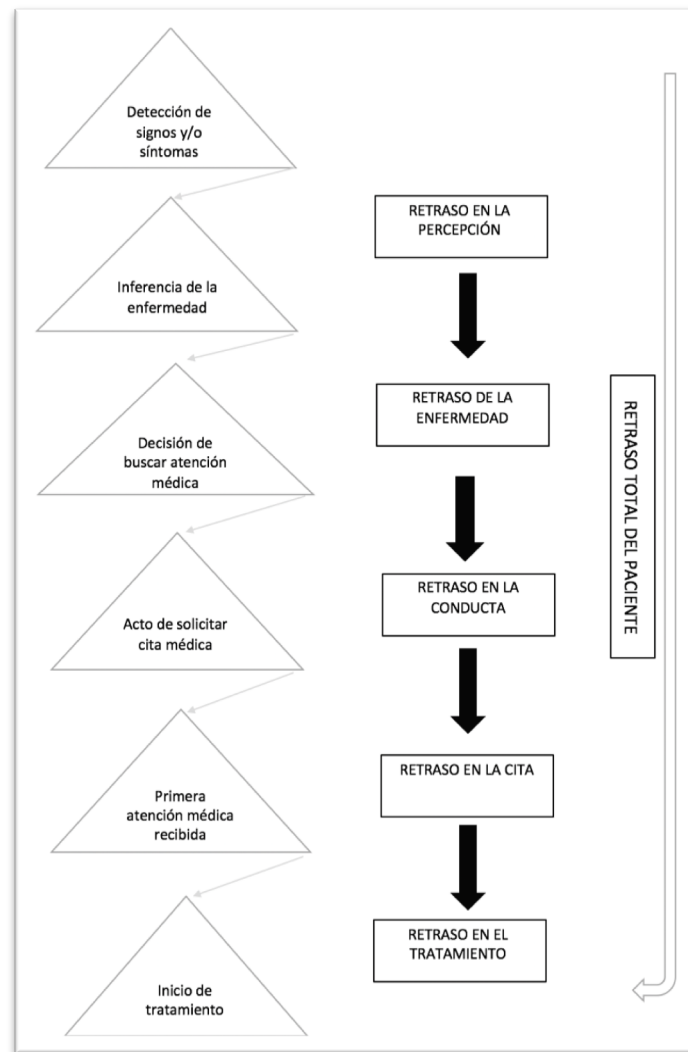
La gran mayoría de los cánceres generan síntomas que hacen que las personas consulten al servicio de salud. Sin embargo, estos síntomas son comunes a otras enfermedades crónicas y frecuentemente son percibidos como menores y no responsables de enfermedades graves (22). De esa manera, para entender cómo lograr mejorar el proceso del diagnóstico-tratamiento es necesario conocer los eventos, tiempos, factores del paciente, factores del sistema de salud y los propios de la enfermedad. Se han descrito varias definiciones para estudiar las demoras en el tratamiento de condiciones médicas y la forma más operativa de hacerlo es conociendo los días que toma una enfermedad para ser abordada desde el primer signo o síntoma hasta un punto final determinado (27). En la literatura existen pocos modelos para estudiar los retrasos en el proceso de diagnóstico del cáncer, lo que hace difícil estandarizar un método de estudio.

El marco teórico más utilizado es el propuesto por Safer et al. (28) en el cual expone un modelo de tres etapas para documentar el tiempo que se toma desde la primera aparición de los síntomas hasta la búsqueda de tratamiento. La primera etapa la denomina “retraso en la apreciación” y describe el tiempo que toma una persona para evaluar un síntoma como signo de enfermedad. Se continua con la “retraso en la enfermedad” que es el tiempo que una persona toma desde el primer signo hasta la decisión de consultar al servicio de salud. La última etapa es la “retraso en la utilización” la cual es el tiempo desde la decisión tomada hasta la consulta médica (valoración). Los autores no solo propusieron estas tres fases, sino que también quisieron determinar factores que pudieran predecir los tiempos de cada una de estas etapas. A través de entrevistas con cuestionarios divididos en dos secciones: tipos de retraso y predictores de retraso, exploraron en 93 personas los factores que pudieran determinar un retraso total en el diagnóstico y tratamiento de la condición médica que presentaron y que fueron atendidos en cuatro diferentes centros asistenciales. Se identificaron factores predictores para cada fase: en la fase del “retraso en la apreciación” los factores llamados “sensoriales o de percepción” fueron los que afectaron la alerta que puede generar un síntoma y la forma de evaluarlos y afrontarlos. En la fase de “retraso en la enfermedad” los predictores fueron las emociones y creencias, finalmente los factores sociodemográficos afectaron la última fase de utilización (28). En ese trabajo se concluye que existe una relación entre las variables estudiadas y el retraso en el proceso del diagnóstico de la enfermedad y que, dependiendo de la fase afectada por los factores descritos, así mismo será la magnitud del retraso total. A su vez, los autores reconocen las limitaciones en su trabajo, pero a pesar de ellas, se considera que este abordaje multifactorial dividido en tres fases provee un marco referencial amplio para el análisis de esta temática.

Otro modelo utilizado con frecuencia para estudiar los retrasos en la búsqueda del diagnóstico de cáncer es el descrito por Andersen y Cacioppo (15) en 1995 llamado “retraso total del paciente”, éste hace referencia a unas etapas desde que se detecta un signo o síntoma no explicado hasta el inicio del tratamiento. El concepto de retraso en el paciente lo definen como aquel período entre una primera alerta de enfermedad (signo o síntoma) y la consulta al médico para el diagnóstico. En el análisis, Andersen y Cacioppo se enfocan en dos esferas: la primera está relacionada con las decisiones individuales de la persona que presenta el cáncer y la segunda es la socio - psicológica. Los autores plantean una hipótesis a partir del trabajo de Safer et al. (28) para estudiar una fase específica del modelo del retraso total del paciente. Refiere que la fase del “retraso en la apreciación” donde la persona con cáncer percibe e interpreta los síntomas, es la mayor responsable del retraso total y extienden el modelo de Safer et al., reemplazando la etapa de “retraso en la utilización” por tres intervalos así: retraso en el comportamiento, en el agendamiento y en el tratamiento, configurando una propuesta alterna (Figura 1).

En este trabajo, los autores realizaron dos estudios, el primero se adelantó en personas que tuvieron un diagnóstico reciente de cáncer y el segundo en personas durante el proceso del diagnóstico de cáncer. En ambos casos abordaron a los participantes a través de entrevistas estructuradas y exploraron el tiempo que duró cada uno de los estadios del modelo propuesto y aplicaron un análisis psicosocial en la etapa de “apreciación”. Concluyeron que su hipótesis se confirmó al determinar que esa etapa del “retraso en la apreciación” correspondió a un 80% del retraso total del proceso en el primer grupo y del 60% en el segundo grupo. Adicionalmente, en el análisis psicológico y social, se hace referencia a la importancia de la motivación en las personas en saber sobre su enfermedad y al conocimiento de la enfermedad que tienen o que sospechan, en este caso el cáncer (15).

Figura 1. Retrasos en el diagnóstico de cáncer según el modelo de Andersen y Cacioppo



Fuente: Andersen y Cacioppo (15)

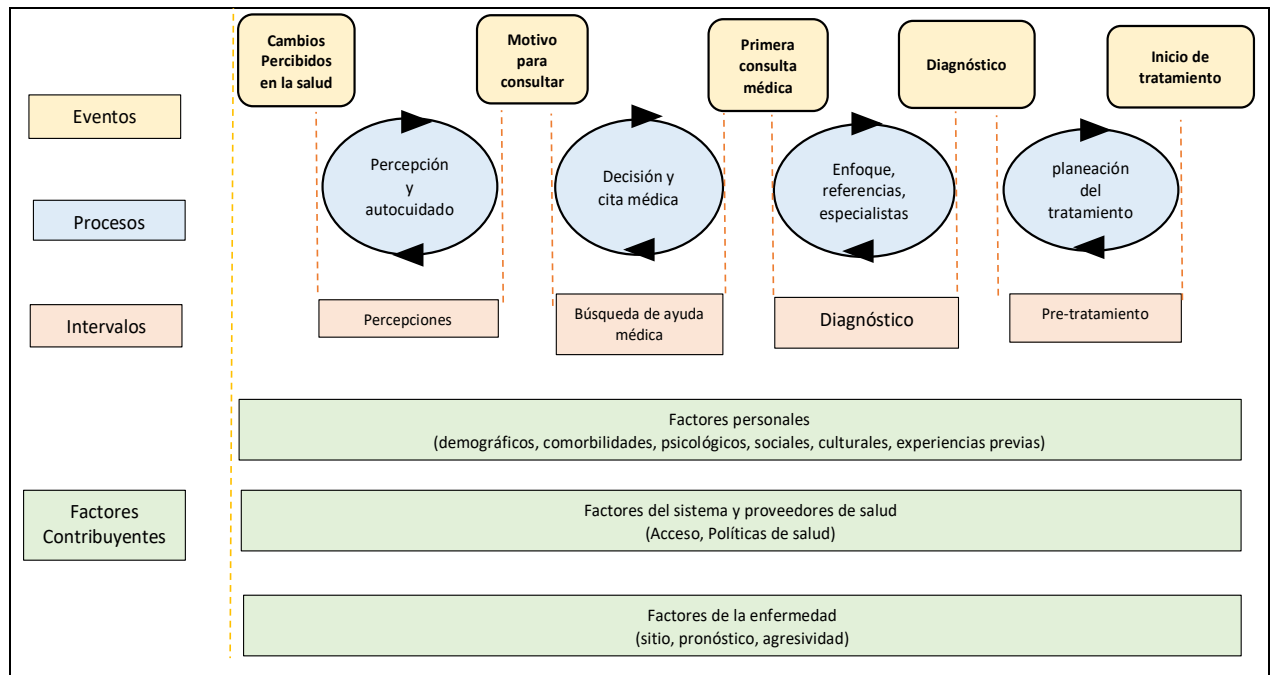
A pesar de estas dos propuestas teóricas para abordar la problemática de los retrasos en el diagnóstico del cáncer y posterior a múltiples revisiones de la literatura, grupos de investigadores han declarado que aún existe poca consistencia en las definiciones y formas de medir los puntos e intervalos en los procesos de diagnóstico-tratamiento (29). Es así como Walter et al. (16), publicaron un modelo teórico que pretende brindar un estándar para el estudio de los retrasos en el diagnóstico-tratamiento del cáncer. En este trabajo, se tienen en consideración los modelos anteriores de Safer et al. y Andersen y Cacioppo, en relación con las etapas que establecieron dichos autores. Walter et al. (16),

realizaron un estudio donde su objetivo fue evaluar la aplicación del modelo de Andersen y Cacioppo (15) de retraso total del paciente en la literatura relacionada con el proceso diagnóstico de cáncer.

Con el fin de realizar una síntesis adecuada de la literatura seleccionada Walter et al. (16), aplicaron el método de la síntesis narrativa para extraer la evidencia más confiable desde las revisiones sistemáticas. La interpretación del modelo de Andersen y Cacioppo en los estudios seleccionados fue variada. Algunos trabajos se enfocaron en etapas específicas mientras que otros en todo el modelo. Entre los resultados se encontró que en la etapa “retraso en la apreciación” el factor más importante fue la naturaleza de los síntomas acorde con el sitio afectado por el cáncer. Con respecto a la etapa “retraso de la enfermedad” no hubo evidencia sobre si ésta va separada de la fase de apreciación. En cuanto al “retraso en el comportamiento y retraso en la agenda”, éstas no evidenciaron ser etapas relevantes. Finalmente, en la fase “retraso en el tratamiento” se encontraron demoras relacionadas con el sistema de salud.

Como consecuencia de estos resultados, los autores consideraron ampliar el modelo original de Andersen y Cacioppo con base en factores adicionales que influyen en el diagnóstico descritos en otros trabajos que estudiaron el mismo evento. Este modelo delimita claramente unas etapas entre la detección de los síntomas en la persona por primera vez y la solicitud de atención médica, así como el inicio del proceso del diagnóstico y del tratamiento. Walter et al. (16), sugieren que se deben definir unos intervalos de tiempo por cada etapa en donde se presentan una sucesión de eventos que configuran el proceso diagnóstico (Figura 2).

Figura 2. Modelo propuesto por Walter et al. - Model of pathways to treatment



Fuente: Walter et al. (16)

Según el modelo de Walter et al. (16), el primer intervalo es aquel que inicia con la percepción del paciente de un cambio físico que sea motivo para discutirlo o consultar con un profesional de la salud. Este intervalo puede estar alterado por el autocuidado de la persona pues implicaría no consultar al médico. El segundo intervalo se define como el de la búsqueda de ayuda y lo componen dos momentos: desde el momento que la persona percibe una alteración en el estado de salud y siente que debe consultar por la percepción del cambio físico o síntoma hasta la primera consulta médica. Luego se sugiere un tercer intervalo denominado de diagnóstico, el cual describe el tiempo entre la primera consulta con el médico hasta la declaración oficial del diagnóstico de cáncer. Este tercer intervalo puede incluir múltiples citas con varios especialistas, procedimientos quirúrgicos, imágenes de apoyo e investigaciones adicionales, que en este modelo no son parte de una subdivisión, pero sí son incorporados como variables dentro del intervalo

mismo. El último intervalo se denomina de pretratamiento que describe el tiempo entre el diagnóstico oficial y el tratamiento definitivo donde se incluyen diferentes modalidades sin que se tome en cuenta el momento que termina el mismo.

Este modelo integra todos los componentes y los intervalos dentro del proceso diagnóstico-tratamiento y adicionalmente incluye factores contribuyentes que son transversales a todos los intervalos como lo son los relacionados con el paciente, el sistema de salud y los del cáncer diagnosticado. Los del paciente hacen referencia a los factores demográficos, comorbilidades, los culturales, sociales y experiencias previas. Los relacionados con el sistema de salud involucran el acceso y la normativa correspondiente; por último, los de la enfermedad que contienen las características del tumor entre ellos sitio o localización, tamaño de la lesión, biología, entre otros. Estos factores contribuyentes, al ser transversales podrían influir incluso previamente al primer intervalo descrito en el modelo acorde con la propuesta de Walter et al.

Los tres modelos teóricos descritos proporcionan conceptos para poder establecer un estándar en el estudio de los factores que hacen que se presenten retrasos en el diagnóstico de cáncer. El modelo teórico propuesto por Walter et al. (16), retoma definiciones y métodos de Safer et al. (27) y de Andersen y Cacioppo (28) para analizarlos a través de los resultados de estudios de otros investigadores al aplicar sus marcos teóricos; y de esta forma lograr una síntesis que les permitió construir elementos adicionales para la elaboración de una propuesta teórica integral. Se consolida el elemento de las etapas y entre ellas se prepondera, como sus colegas, la fase de la “apreciación y percepción de los síntomas” dada su influencia en el retraso total de un diagnóstico de cáncer. Más aún, se cuestiona el término “retraso” como el adecuado para el estudio del proceso del diagnóstico hasta el tratamiento,

en cambio se describen los intervalos de tiempo como los más apropiados para entender y aplicar las variables en los estudios y poder compararlos. De igual forma, este modelo al tener unos intervalos que transcurren entre eventos y procesos, permite describir los factores que pueden influir en el tiempo que toma el diagnóstico de cualquier cáncer hasta llegar a un tratamiento de forma temprana o tardía y ser identificables por los actores incluidos en el mismo proceso. Dada la completitud del modelo propuesto por Walter et al. (16), este estudio será guiado bajo esta propuesta teórica.

4. Objetivos

4.1. Objetivo general

Identificar factores relacionados con el diagnóstico tardío de cáncer de pulmón en personas atendidas en una institución de nivel complementario en Cali para el periodo 2019-2020.

4.2. Objetivos específicos

1. Describir la evolución de los síntomas percibidos por las personas con diagnóstico de cáncer de pulmón previo al momento de la consulta inicial.
2. Determinar la motivación para demandar la atención en salud en el grupo bajo observación.
3. Estimar el tiempo del proceso primera consulta al diagnóstico en personas con cáncer de pulmón.
4. Determinar factores personales y de la prestación del servicio relacionados con el proceso diagnóstico-tratamiento en la población bajo observación.

5. Metodología

5.1. Tipo de estudio

Se adelantó un estudio observacional descriptivo de corte transversal.

5.2. Área de estudio

La institución de nivel complementario está ubicada en Santiago de Cali y brinda atención a personas del sur occidente del país. El Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” abrió sus puertas a la comunidad en el año 1956 convirtiéndose en el sitio obligado de consulta de todos los habitantes del suroccidente colombiano cuando apenas contaba con un mediano servicio de urgencias y siendo el único centro en la atención de emergencias de la región. Es una Empresa Social del Estado (E.S.E.) con jurisdicción en todo el departamento del Valle del Cauca que cuenta con todos los servicios de nivel complementario incluidos cirugía de tórax, neumología, oncología, patología oncológica, imágenes diagnósticas, quimioterapia y radioterapia. Es la única institución de alta complejidad de origen público que oferta servicios al régimen subsidiado de salud en la región. En los últimos años, la E.S.E. ha venido desarrollando acciones que están orientadas hacia la implementación de las rutas integrales de atención dentro de unidades funcionales dirigidas a enfermedades de alto costo como lo es el cáncer. Es por esto que actualmente es una institución que presenta las condiciones que permiten llevar a cabo proyectos relacionados con esta patología en todas las fases de abordaje, manejo y tratamiento.

5.3. Población

La población de referencia estuvo conformada por todas las personas con diagnóstico de cáncer de pulmón en cualquier estadio de la enfermedad, que fueron atendidos en el Hospital Universitario del Valle dentro del periodo comprendido entre el 1 de enero de 2019 hasta el 31 de diciembre de 2020, este grupo fue configurado a partir de la revisión de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) del periodo de interés, seleccionando la población de estudio según la clasificación internacional de enfermedades CIE-10, del código C-340 al C-349, los cuales describen todos los tumores de los bronquios, lóbulos y sitios contiguos al pulmón; se tuvieron en cuenta además los casos que presentaron una confirmación histopatológica del cáncer pulmonar primario, identificados a partir de los registros de patología, registro institucional de cáncer y de los servicios de radioterapia. Para el presente estudio se tomaron todos los casos con diagnóstico de cáncer de pulmón en los años 2019 y 2020 que cumplieron los criterios de inclusión, por lo tanto, el grupo constituye una muestra no probabilística por conveniencia.

5.4. Criterios de inclusión y exclusión

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión	Exclusión
• Personas con diagnóstico de cáncer primario de pulmón confirmados por histopatología. • Todos los estadios clínicos y patológicos del cáncer pulmonar acorde con la clasificación de estadificación TNM. • Personas con estos criterios que fueron atendidas en los servicios de oncología, cirugía de tórax y radioterapia del prestador complementario.	• Cáncer metastásico de otro tumor primario diferente a pulmón.

Fuente: Elaboración Propia

5.5. Variables

En este estudio se consideró el grupo de variables independientes, que en el análisis se agruparon en tres categorías según el modelo propuesto por Walter et al. (16) así: factores personales, factores del sistema de salud y del proveedor y factores de la enfermedad.

Tabla 2. Variables

Variable	Definición	Tipo de variable	Unidad de medida	Fuente
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Cuantitativa continua	Años	Historia clínica
Sexo	Condición orgánica que distingue entre masculino y femenino	Cualitativa nominal	Masculino, Femenino	Registro hospitalario
Municipio procedencia	Municipio en el territorio colombiano del cual viene la persona con Ca de pulmón	Cualitativa nominal	Nombre del municipio	Registro hospitalario
Régimen de salud	Orden en el cual se divide los afiliados al sistema de salud	Cualitativa nominal	Subsidiado, Contributivo, Excepción, No asegurado	Registro hospitalario
Síntomas	Percepción de cambio en el estado de salud	Cualitativa nominal	Malestar, dolor, tos	Historia clínica
Causa de consulta	Motivo por el cual se solicita asistencia médica	Cualitativa nominal	Tos, disnea, dolor pleurítico, hemoptisis	Registro médico, Entrevista
Primera consulta médica	Momento temporal del primer contacto con el médico	Cualitativa nominal	Fecha del primer contacto con médico	Registro médico
Motivación para consultar	Las razones que lo llevaron a demandar atención de salud	Cualitativa nominal	Dolor agudo, Deterioro de la salud, Presión familiar	Entrevista
Atención inicial en nivel primario	Momento en la que la persona consultó al servicio de salud de nivel primario	Cuantitativo intervalo	Día, mes, año	Registro clínico
Momento del diagnóstico	Tiempo de la confirmación diagnóstica por histopatología	Cuantitativo intervalo	Día, mes, año	Historia clínica
Inicio de tratamiento	Momento en el cual la persona diagnosticada inicia el tratamiento ordenado	Cuantitativo intervalo	Día, mes, año	Historia clínica
Estado actual	Capacidad de la persona con cáncer para las actividades diarias	Cualitativa nominal	Escala Karnofsky que categoriza índice de 0 a 100	Valoración clínica según registros clínicos
Tipo de tratamiento	Modalidad de tratamiento ordenado por especialista acorde con estadificación	Cualitativa nominal	Quimioterapia, cirugía, paliativo	Historia clínica

Fuente: Elaboración Propia

5.6. Recolección de datos componente cuantitativo

Para este componente se tomaron fuentes de datos primarios y secundarios. Los datos se obtuvieron de los registros clínicos como la historia clínica, reportes histopatológicos y demás ayudas diagnósticas que se solicitaron para establecer el diagnóstico y realizar la clasificación clínica. Se desarrolló un formato estandarizado en Excel para el registro de los datos requeridos para el estudio.

5.7. Recolección de datos componente de análisis temático

La recolección de información para este componente se realizó a través de entrevistas semiestructuradas dirigidas a las personas con diagnóstico de cáncer de pulmón en cualquier estadio de la enfermedad, que fueron atendidas en la institución de nivel complementario, área del estudio. Una vez se diseñó y revisó el instrumento para orientar la indagación en la recolección de datos (guía de entrevista), se procedió con el trabajo de campo, realizando un total de cinco entrevistas con pacientes diagnosticadas con cáncer de pulmón y que fueron atendidas en dicha institución en el periodo 2019 - 2020. Para ello, se establecieron acercamientos vía telefónica con pacientes registrados en las bases de datos del registro de cáncer de esta institución de salud, sin embargo, se presentó la dificultad de la alta mortalidad que este tipo de patología conlleva, por lo cual y en base al criterio de saturación de información cualitativa, se dio por terminado el proceso de recolección de información.

Las entrevistas se realizaron entre los meses de septiembre y octubre de 2022 de manera presencial, las cuales iniciaron con la lectura y firma del consentimiento informado, aprobado previamente por el Comité de Ética de la Universidad del Valle y de la institución en la que se realizó el estudio; a través del cual las informantes manifestaron su participación

voluntaria y autorizaron que la entrevista fuera grabada en formato de audio M4A. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 60 minutos y en la mayoría de los casos estuvieron acompañadas por un familiar, especialmente las hijas. Durante este ejercicio, se indagó acerca de los conocimientos, percepciones y experiencias sobre el proceso de atención en relación con el diagnóstico, tratamiento y vivencias en torno a esta enfermedad.

Tabla 3. Relación entrevistas

Cód. Entrevista	Fecha	Edad	E. civil	Nivel educa.	Ocupación	Régimen	EAPB
E1. MAB	01.09.22	61 años	Soltera	N.S	Ama de casa	Subsidiado	Emssanar
E2. FL	01.09.22	50 años	Unión Libre	Noveno	Ama de casa	Subsidiado	Emssanar
E3. LME	20.09.22	70 años	Viuda	Cuarto	Ama de casa	Contributivo	Coomeva Sura
E4. AR	20.10.22	63 años	Separada	Quinto	Aseo	Subsidiado	Emssanar
E5. MES	20.10.22	71 años	Unión Libre	Cuarto	Ama de casa	Excepción	Policía Nacional

Fuente: Elaboración Propia

5.8. Plan de análisis

Para el componente cuantitativo se realizó una base de datos en el programa Excel versión 2019 (v. 91.0) con los datos de las personas que cumplieron con los criterios de inclusión. Estos datos fueron procesados en el programa Epi-Info de CDC versión 7.1. Para verificar la calidad del registro se realizó un listado de frecuencias acorde con las variables descritas, buscando valores extremos o nulos. Para el análisis univariado, las variables cuantitativas fueron resumidas con medidas de tendencia central y variabilidad, mientras las variables cualitativas se resumieron con valores absolutos y relativos.

Por otro lado, para la construcción del instrumento del componente cualitativo, la recolección y análisis de la información se utilizaron las siguientes categorías de análisis:

Tabla 4. Categorías de análisis cualitativo

#	CATEGORÍA	DEFINICIÓN
1	Conocimientos sobre la enfermedad	Identificación de los conocimientos frente al cáncer del pulmón previo al diagnóstico.
2	Percepciones y actitudes sobre la enfermedad	Descripción de las percepciones y actitudes frente a los primeros síntomas y prácticas de autocuidado en relación al cáncer del pulmón.
3	Motivaciones para la consulta	Identificación de las principales motivaciones o cambios en el estado de salud que llevaron a la búsqueda de atención en salud.
4	Desarrollo del contacto con el sistema de salud	Descripción del proceso de atención haciendo énfasis en el proceso de diagnóstico-tratamiento.
5	Vivencia de la enfermedad: experiencias e impactos	Reconocimiento de las experiencias y percepciones sobre la enfermedad, así como sus redes de apoyo. Impresiones sobre el proceso de atención, el personal de salud y posibles opciones de mejora.

Fuente: Elaboración Propia

El procesamiento y análisis descriptivo de los datos recogidos dentro del componente cualitativo se realizó una vez se terminó el trabajo de campo. Se procedió con la transcripción de las entrevistas en el programa Word versión 2019. Se realizó un análisis temático de las narrativas obtenidas y se organizaron los conjuntos de detalles para interpretarlas y enfocarlas en las categorías diseñadas con el fin de garantizar un rigor técnico y metodológico frente a la flexibilidad de el ejercicio comunicativo de la entrevista.

El procesamiento de las entrevistas se hizo mediante el uso del Software especializado en el manejo de la información cualitativa Atlas. Ti versión 8, el cual constituye una herramienta que permite organizar la información y estructurarla de acuerdo con las categorías de análisis establecidas con el fin de hacer una lectura general de la información recolectada.

6. Consideraciones éticas

Para la realización de esta investigación, se consideraron los preceptos de la Declaración de Helsinki, el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS, por sus siglas en inglés), en colaboración con la OMS y la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, así:

- Confidencialidad de la información suministrada por los participantes del estudio.
- Cumplimiento de principios de beneficencia y no maleficencia, además autonomía y justicia, esto a partir del control de los datos para uso exclusivo de la investigación y el aporte al conocimiento científico.
- Solicitud de autorización a la Subgerencia de Servicios de Salud del prestador complementario Hospital Universitario del Valle para el uso de la Base de Datos que tiene a su cargo el registro para la cuenta de alto costo, así como el área de historias clínicas.
- Identificación de las personas que cumplieran con los criterios de inclusión a partir de las historias clínicas y de la respectiva revisión de los registros individuales de prestación de servicios del periodo seleccionado con los códigos de diagnóstico CIE-10 del C-340 al C-349, los cuales describen todos los tumores de los bronquios y sitios contiguos al pulmón; quienes fueron contactadas para explicarles el proyecto, verificar disponibilidad y que estuvieran de acuerdo con la realización de la entrevista semiestructurada con una duración aproximada de 60 minutos.
- Verificación de que las personas seleccionadas en el estudio no hayan tenido como médico tratante al investigador principal, quien hace parte del equipo de salud que el prestador ofrece al sistema para el tratamiento de la enfermedad estudiada.

- Lectura y firma del consentimiento informado por las personas que aceptaron participar en la investigación de forma voluntaria, en el cual se planteó de forma explícita la aceptación del uso de la información recopilada en el proyecto principal y en aquellos derivados de éste.
- Procesamiento de la información realizada por un equipo único, con el fin de evitar fuga de información.
- Identificación de los datos mediante un código, con el fin de preservar la confidencialidad de los datos, los cuales fueron utilizados para el desarrollo de esta investigación y que serán protegidos durante un período de 5 años.

Finalmente, se considera que esta investigación puede representar una contribución para optimizar las rutas de atención de las personas con cáncer pulmonar que están a cargo de los aseguradores y prestadores, así como de los entes territoriales y como orientación a la comunidad médica directamente relacionada con el tópico. Este proyecto es de interés en materia de salud pública, por lo cual genera también un beneficio para la comunidad científica y sociedad en general, considerando que sea difundida en los medios de información pertinentes para lograr un alcance mayor a diferentes grupos poblacionales.

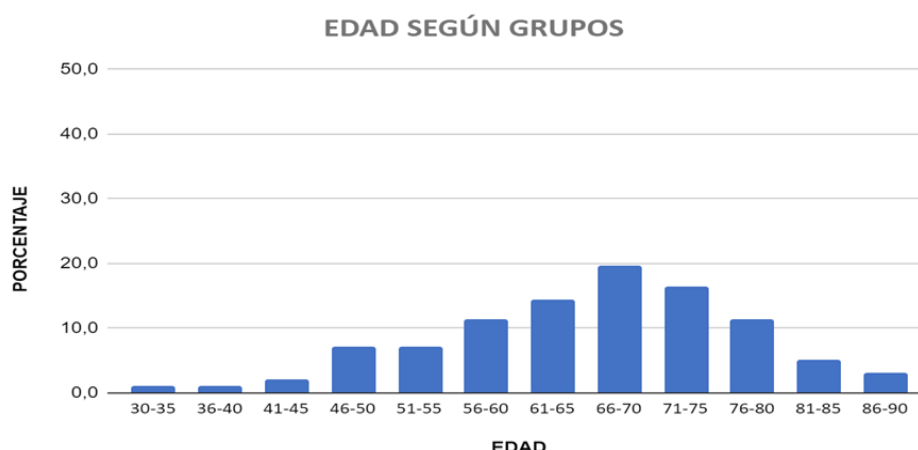
7. Resultados

7.1. Caracterización sociodemográfica de la población

La revisión de los registros clínicos permitió identificar 97 personas con diagnóstico de cáncer de pulmón de acuerdo a los criterios de inclusión del estudio. En el 60.8% (59) de los casos, el diagnóstico fue realizado en el año 2019 y el 39.1% (38) en el año 2020. Así mismo, del total de las personas observadas, el 60.8% (59) fueron hombres; lo cual se corresponde con la evidencia científica a nivel global que reporta una mayor ocurrencia de esta patología en el sexo masculino (Tabla 5).

Para el estudio, la edad de la población corresponde al momento de confirmarse el diagnóstico con el reporte de histopatología. El promedio de edad del grupo fue 65.7 ± 11.7 años, siendo 67.9 ± 14.9 años en hombres y 64.6 ± 9 años en mujeres, sin observar diferencias estadísticas significativas ($p > 0.05$). Según los grupos de edad, la mayor ocurrencia de casos de cáncer de pulmón se presentó en el grupo de 66 a 70 años con el 19.6% (19) de los casos, seguido en orden de frecuencia por el 16.5% (16) correspondiente al grupo de 71 a 75 años y la población de 61 a 65 años con el 14.4% (14) (Figura 4). En los grupos de 56 a 60 y 76 a 80 años la ocurrencia de la patología fue similar con el 11.3% (11) de casos en cada uno de estos grupos. Como se observa en la figura 3, es llamativo que el 4.1% (4) de los casos se presentaron en la población de 30 a 45 años.

Figura 3. Distribución de los casos de cáncer de pulmón según grupos de edad. Cali, 2019-2020



Fuente: Elaboración Propia

Con relación al régimen de salud, el 76.3% (74) de las personas se encontraban afiliadas al régimen subsidiado, el 8.2% (8) correspondían al régimen contributivo y el 9.3% (9) al régimen especial (sanidad de fuerzas militares y el magisterio). Seis personas con cáncer de pulmón no tenían afiliación al sistema de salud, por ello la atención fue cubierta por el Ente Territorial correspondiente (Tabla 5). Según la Entidad Administradora de Planes de Beneficios en Salud (EAPB), el 57.7% (56) de los casos correspondieron a Emssanar EPS, seguido de Coosalud EPS con el 6.2% (6) y Medimás EPS con el 4.1% (4).

Según el lugar de procedencia, el 49.5% (48) de las personas residían en Cali al momento de la consulta, el 30.9% (30) en otros municipios del Valle del Cauca y el 5.2% (5) en el departamento del Cauca (Tabla 5).

Tabla 5. Características sociodemográficas personas con cáncer de pulmón. Cali, 2019-2020

Carácterística	n: (%)
N: 97	
Año de Diagnóstico	
2019	59 (60,8)
2020	38 (39,2)
Sexo	
Masculino	59 (60,8)
Femenino	38 (39,2)
Edad	
Media (rango)	65,7 (32 - 89)
Regimen de salud	
Subsidiado	74 (76,3)
Contributivo	8 (8,2)
Especial	9 (9,3)
No asegurado	6 (6,2)
Procedencia	
Cali	48 (49,5)
Otros municipios Valle del Cauca	30 (30,9)
Cauca	5 (5,2)
Choco	3 (3,1)
Caldas	3 (3,1)
Nariño	2 (2,0)
Quindío	1 (1,0)
Tolima	1 (1,0)
Sin dato	4 (4,1)

Fuente: Elaboración Propia

7.2. Características clínicas del cáncer de pulmón

El 86.6% (84) de los casos fueron clasificados como cáncer de pulmón de célula no pequeña (CPCNP), seguido por el tumor neuroendocrino como primario pulmonar en el 8.2% (8) de los casos y el 5.2% (5) de célula pequeña (CPCP) (Tabla 6).

Con relación al estadio del cáncer de pulmón en el momento del diagnóstico, se encontró que el estadio IV se reportó en el 80.4% (78) de los casos, seguido del estadio III con el 18.5% (18), lo que refleja un pronóstico menos favorable en la población observada. Acorde

con los estadios clínicos se documentaron los siguientes tipos de tratamiento: el 72.2% (70) recibió quimioterapia, el 5.1% (5) radioterapia y en el 15.5% (15) de los casos se orientó dentro de un plan de tratamiento paliativo que incluye manejo del dolor, manejo de los síntomas respiratorios con medicamentos y soporte básico (Tabla 6). Es importante señalar que en el 7.2% (7) de los casos no se encontró el tipo de tratamiento en los registros institucionales, de estos pacientes, 5 fallecieron y los otros 2 no tuvieron controles, ni se conoce su estado actual, además son pacientes que hacen parte del grupo de personas sin aseguramiento en salud.

Tabla 6. Características clínicas del cáncer de pulmón. Cali, 2019-2020

Carácterística	n: (%)
N: 97	
Clasificación del cáncer	
CPCNP	
<i>Adenocarcinoma</i>	55 (56,7)
<i>Escamocelular</i>	25 (25,8)
<i>Células grandes</i>	3 (3,1)
<i>Linfoepitelioma</i>	1 (1,0)
Neuroendocrino	8 (8,2)
CPCP	5 (5,2)
Estadío	
I	0
II	1 (1,0)
III	18 (18,5)
IV	78 (80,4)
Tratamiento	
Quimioterapia	70 (72.2)
Radioterapia	5 (5.1)
Paliativo	15 (15.5)
Sin tratamiento	7 (7.2)

Fuente: Elaboración Propia

7.3. Percepciones sobre la enfermedad y búsqueda de ayuda

7.3.1. Conocimiento sobre la enfermedad

Se buscó identificar entre las entrevistadas los conocimientos sobre el cáncer de pulmón antes del diagnóstico. Se exploraron las causas, los síntomas o si conocían otras personas con esta enfermedad. La mayoría de ellas mencionó que ignoraban de qué trataba el cáncer de pulmón y los factores podrían causarlo, sólo en un caso, la entrevistada mencionó haber escuchado sobre esta enfermedad, puesto que reconoce que fue fumadora de cigarrillo durante mucho tiempo.

“No, a mí nunca me llegaron a hablar por ejemplo de este cáncer, yo sí he escuchado de cáncer, pero de cáncer de seno, cáncer en la matriz, cáncer en el hígado, bueno, pero de los pulmones no” [E1. MAB - 61 años (01.09.22)].

“Sí, sí claro, porque como yo fumé tanto cigarrillo, la gente decía: no fume que de pronto le da un cáncer en esos pulmones; pero no paraba bolas” [E3. LME - 70 años (20.09.22)].

De igual forma, dos de ellas, recuerdan enfermedades pulmonares en sus historias familiares que recordaron luego de haber sido diagnosticadas. En ese sentido, una de las entrevistadas mencionó el enfisema pulmonar como la causa de muerte del padre y otra mencionó que un tío murió a causa de un cáncer de pulmón cuando ella era una niña, momento en el que no prestó atención a ello.

“Pues yo lo digo por mi papá, mi papá tiene 14 años que murió y pues el día en que ya estaba muy malo le diagnosticaron que era cáncer de próstata, entonces nosotros veíamos los síntomas, él se puso bien delgado, bien flaquito. Ahí entendimos la importancia de un diagnóstico a tiempo” [E2. FL - 50 años (01.09.22)].

“Sí tenemos un tío, pero él hace más de 50 años que murió por cáncer pulmonar, pero pues fueron los comentarios que hicimos ahora para saber de dónde venía. De pronto la genética, en la familia pues realmente sí tenemos problemas” [E5. MES- 71 años (20.10.22)].

En términos generales, los síntomas percibidos en relación con el cáncer que describen son decaimiento, agotamiento y pérdida de peso como los más frecuentes que presentan las personas que han sufrido algún tipo de cáncer. Cuando se indagó por las molestias asociadas al cáncer de pulmón desde sus propias experiencias, las entrevistadas refieren la dificultad para respirar, secreción nasal, tos persistente, dolor en el pecho y espalda; lo cual, en algunos casos, inicialmente se asociaba con los síntomas generados por el Covid-19 y la influencia de los medios de comunicación en ese momento.

“Es que esa enfermedad (el cáncer) no sé cómo explicarla: cuando ya las personas se sienten mal, porque a veces la sienten al empezar la enfermedad, pero después se van poniendo mal, mal, o hay veces que no. Cuando le encuentran la enfermedad a tiempo, pues, la gente tiene posibilidad de salvarse, pero cuando ya está avanzada la enfermedad, no.” [E2. FL - 50 años (01.09.22)].

“Mi hija decía: bueno démosle propóleo que eso tiene que ser la tos y como en ese entonces entró el Covid (...) Uno lo asociaba con eso y era ese miedo (...) la televisión me enfermaba porque no hacen sino hablar de muerte” [E1. MAB - 61 años (01.09.22)].

7.3.2. Percepciones y actitudes sobre la enfermedad

Las personas construyen estas percepciones con base a sus conocimientos sobre lo que es la salud y su relación con la enfermedad, lo cual determina cómo reaccionan ante los síntomas y cómo actúan para disminuir las molestias que afectan sus vidas cotidianas, además, esto se relaciona con el contexto sociocultural de cada individuo donde el nivel educativo, las historias familiares o de amigos, las vivencias propias y las emociones que se

generan como la incertidumbre y la sensación de improductividad influyen en el comportamiento y en la calidad de vida tanto de las personas que padecen la enfermedad, como en sus redes de apoyo. En ese sentido, las entrevistadas realizaron la descripción sobre los síntomas y prácticas de autocuidado haciendo referencia a los primeros cambios en el estado de salud y las primeras molestias percibidas.

Entre los primeros cambios percibidos en el estado de salud, se resaltó la cefalea, gripas con una duración prolongada, donde la tos estuvo presente todo el tiempo, agitación y dificultad al caminar o realizar sus actividades del día como tareas domésticas o laborales, dificultad para respirar, dolor en el pecho y espalada que se manifestaba como punzadas pasajeras. En este punto es importante señalar que dichas molestias se normalizaban o se asociaban a enfermedades recurrentes como la rinitis y a enfermedades crónicas como la hipertensión y el sobrepeso. Incluso una entrevistada señaló sentir estos síntomas luego de aplicarse la segunda dosis de la vacuna contra el Covid-19. Sólo en un caso, se mencionó haber sido diagnosticada de neumonía previamente al agudizamiento de las molestias en su salud.

“Pues la mía empezó con un dolor de cabeza, me dolía la cabeza y soy hipertensa, yo iba al puesto de salud donde me atienden y la doctora me mandaba pastillas porque tenía el colesterol demasiado de alto y yo tomaba las pastillas y todo, pero nada de pasarme el dolor de cabeza, y yo le decía: doctora la cabeza me duele mucho; pero ella decía que era el colesterol y me aumentaba el medicamento. A lo último, la boca, esto se me volteó todo como a las siete de la noche en la casa, entonces me llevaron por urgencias al hospital (público) (...) Pues yo me imaginaba que de pronto sería la presión que tenía, pero nunca me imaginaba que era esta enfermedad” [E2. FL - 50 años (01.09.22)].

“En un diciembre, antes de llegar el virus acá a Colombia, me dio una gripa fuerte, una tosecita y yo me agitaba, pero yo pensé que como yo era más gordita -y ahora me estoy

volviendo a engordar-, yo era más acuerpadita, yo pensé que era por el peso y yo no le paré bolas a eso” [E1. MAB - 61 años (01.09.22)].

“Me agarró un dolorcito aquí (en la espalda), a mí la neumonía no me dio tos, no me dio fiebre, no me dio nada, solo el dolorcito aquí, entonces yo iba a la EPS y el médico me decía que eso era espasmo muscular (...) Me daban picaditas suaves, pero se me quitaban ahí mismo, es más, yo hasta salí a trabajar así, yo sentía ánimo de trabajar” [E3. LME - 70 años (20.09.22)].

Inicialmente, las entrevistadas al asociar los síntomas con sus enfermedades crónicas de base o enfermedades infecciosas decidieron tratarse en casa con cuidados y remedios caseros. Cuando se agudizaron los síntomas optaron por buscar la atención médica, sin embargo, ésta no cumplió con sus expectativas puesto que se presentaron situaciones en las que sintieron que no les prestaron la atención adecuada o que no acertaron con el diagnóstico, por lo tanto, les recetaron medicamentos que no contribuían a mejorar su estado de salud, aumentando así la incertidumbre sobre qué tenían o qué podían hacer para mejorar.

“Lo único que hicimos fue comprar jarabes, yo me lo empecé a tomar y ya como que me aliviaba un poquitín, entonces fuimos a la droguería que hay por allá por donde vivimos y le comentamos a la muchacha y ella me dijo que era que tenía las defensas muy bajitas, me mandó a tomar jugo de uva con espinaca y todo eso y pues el desaliento que yo sentía en el cuerpo se me fue mermando, pero la tosecita y el que me asfixiaba no” [E1. MAB - 61 años (01.09.22)].

En este aspecto se puede deducir que estas personas no contaban con las herramientas o conocimientos para percibir los factores de riesgo de su enfermedad o relacionar esas molestias iniciales con el cáncer de pulmón, lo cual constituye la principal dificultad para sospechar que algo grave pudiese estar sucediendo pues los síntomas en primera instancia

se relacionan con otras patologías o se normalizan y los pacientes terminan por acostumbrarse. Adicionalmente, no contaron con una atención médica que cumpliera con sus expectativas desde el primer nivel, lo cual pareciera ser más difícil en el régimen subsidiado. Si bien, las personas entrevistadas tenían algún conocimiento sobre el cáncer, manifestaron que nunca pensaron en la posibilidad de llegar a sufrirlo, sobre todo el de origen pulmonar, por lo cual no supieron cómo afrontarlo o qué esperar una vez tuvieran contacto con el médico y obtuvieran el diagnóstico.

“Yo fui al médico y el médico me mandó jarabe y las pasticas que ellos mandan (...) Yo seguía con la tosecita de día, de noche y cuando salía a trabajar me agitaba, entonces ya dije “ya no voy a trabajar”. Yo vendía cosas en la calle, ya en julio me sentía como más agitada y ya como en agosto fue cuando ya no se pudo salir a trabajar y ahí fue que ya empecé a hacerme los exámenes y todo eso con el particular” [E1. MAB - 61 años (01.09.22)].

“Me sentía como cansada, yo siempre he trabajado, entonces yo hasta dije un día: ay diosito yo quisiera que tú me dieras unas vacaciones, quisiera estar unos días en la casa, no madrugar y estar relajada; pero mire, este fue el descanso que dios me mandó, pero lo acepto de todo corazón” [E4. AR - 63 años (20.09.22)].

“Después de 2 meses, la doctora me dio fue una orden para sacar una cita con el psicólogo, porque pensaban que estaba corrida (risas)” [E2. FL - 50 años (01.09.22)].

7.3.3. Motivaciones para la consulta

Las motivaciones para la búsqueda de atención en salud se relacionaron principalmente con los cambios en el estado de salud que se prolongaron y que afectaron sus labores diarias, lo cual a su vez estuvo relacionado con la preocupación sobre la búsqueda de una orientación que ayudara a disminuir los efectos adversos. Las entrevistadas manifestaron experimentar la sensación del riesgo a su salud, como

también se sintieron vulnerables al no contar con una orientación o información oportuna, incluso luego de recibir el diagnóstico.

La mayoría de ellas pertenecía al régimen subsidiado y fueron atendidas inicialmente en instituciones de salud de primer nivel, donde obtuvieron una aproximación a un diagnóstico impreciso; si bien decidieron esperar o seguir las instrucciones recibidas en ese primer momento, sus síntomas se agudizaron y volvieron a buscar la atención a través del servicio de urgencias, algunas pacientes re-consultaron varias veces a este servicio antes de lograr un enfoque médico más claro.

“Con un dolor en la espalda fui a urgencias y me decían que era un espasmo muscular, hasta que una madrugada no lo soporté más y a las tres de la mañana tuvimos que volver por urgencias (...) Pues ahí mismo me entraron en una camilla a sala de observación, ya estaba perdiendo como la respiración, me pusieron oxígeno, me tuvieron ahí hasta que me subieron para cuidados intensivos, (...) Me dijeron que tenía neumonía” [E3. LME - 70 años (20.09.22)].

Se pudo identificar que posiblemente la baja oportunidad y efectividad en la atención obligaron a la persistencia o empoderamiento para mejorar su condición de salud, por lo que en algunos casos se buscó la atención de manera particular como respuesta a la sensación de desconfianza en los servicios de la Red de Salud Pública a la cual pertenecían y en los que además se presentaron barreras de acceso en términos de que en algunos casos las pacientes tuvieron que ir a diferentes instituciones antes de ser atendidas.

“Fuimos al puesto de salud, le dieron cita médica, le mandaron unos purgantes (pausa) discúlpeme por lo que le voy a decir, yo sabía que esos purgantes no le iban a servir para ni mierda a mi mamá. ¡Es que unos purgantes! Es que mi mamá estaba enferma de todo (...) Ella pasó dos días tomando los purgantes y yo la vi mal, entonces yo le dije: váyase para

una entidad aparte que no sea la del Sisbén, váyase a un médico particular. Él lo primero que le mandó fue una radiografía en los pulmones y cuando vio la radiografía ese mismo día la remitió al hospital” [E1. MAB - 61 años (01.09.22)].

“Después de la vacuna (contra el Covid) empecé a sentir el decaimiento, entonces fui donde el médico, me mandaron exámenes, me hice sacar todos los exámenes y todo en la misma semana, me hicieron unas imágenes, unos rayos x para saber que todo estaba bien pero no se sabía el por qué la tos y él decía que escuchaba algo en los pulmones, fue cuando hicieron los rayos x y en los rayos x salió que tenía un derrame de un líquido, pero no se sabía qué era. Eso fue en un centro médico particular y el médico mandó la orden para que me hospitalizara (...) O sea, fue particular, todo fue particular, ya después que mandaron la orden de hospitalización, ya fuimos al hospital (público) que igualmente es lo más cercano que había, pero ahí no me atendieron que, porque allí no era, sino que después nos mandaron para otro y de allá fue que nos mandaron para acá, acá fue donde nos dieron la atención” [E4. AR - 63 años (20.09.22)].

“Tenía dos meses de que el dolor (de cabeza) no se me quitaba, tomaba pastillas para el dolor y nada, y entonces yo me preocupé cuando ya se me volteó la cara, pues que la gente me decía que era trombosis. Entonces fui de nuevo y me decían que no, que hasta que no fuera así como me cogió eso en la cara no me atendían; me tocó sacar una cita particular y yo le dije al médico particular que hiciera el favor y me mandara un Tac y el médico me lo mandó, me lo hice particular y cuando me entregaron el resultado, él me dice: le voy a dar la remisión para Cali, se va; y yo le pregunto: ¿médico qué tengo?; me dice: no, allá le dicen. Cuando llegué aquí por urgencias me atendió la doctora y me dice: usted queda hospitalizada” [E2. FL - 50 años (01.09.22)].

Por otro lado, se encontró que el diagnóstico del cáncer surgió a partir de la atención de otras afectaciones o en la valoración para realizarse algún procedimiento quirúrgico. El personal de salud se percató de algunos signos que al examinarse con mayor profundidad se asociaron con el cáncer de pulmón para luego de un procedimiento se enfocara finalmente el diagnóstico definitivo.

“Yo no lo asociaba con nada de eso, nada, porque yo comencé fue con una cirugía, me iban a operar de la rodilla, de una artrosis, el anestesiólogo encontró que tenía una frecuencia cardíaca muy baja, en conclusión, dijo la voy a mandar al cardiólogo. El cardiólogo de una vez dio la orden para hacerme un cateterismo, a los siete días me llevaron a cirugía de corazón abierto. Yo no tuve nunca dificultad respiratoria, ni dolor, ni fatiga, nada en absoluto, luego de la cirugía me dijeron que también tenía cáncer” [E5. MES- 71 años (20.10.22)].

7.4. Proceso de atención en salud

El proceso de atención en salud, se entiende como las actividades derivadas de la interacción entre una persona que percibe un cambio en su estado de salud, el cual le exige buscar una atención debido al reconocimiento de alteraciones en su condición vital (necesidad sentida) y un grupo profesional que posterior a la valoración y solicitud de ayudas paraclínicas hará un diagnóstico y un plan de manejo con el propósito de brindar la solución al problema de salud.

De acuerdo con el modelo propuesto por Walter et al. (16), “etapas para el diagnóstico” se estimó el tiempo en días transcurridos desde la primera demanda de servicios hasta el inicio del manejo de su condición de salud, de esa manera se categorizaron tres momentos así: fase de diagnóstico, consulta médica por especialidad tratante y proceso de tratamiento. El tiempo en días transcurridos desde la primera consulta médica hasta la fecha de la confirmación de la patología por histopatología se denominó intervalo de diagnóstico; el transcurrido desde el diagnóstico hasta la primera consulta por médico especialista tratante se nombró como intervalo de atención especializada; seguidamente se designó como intervalo de tratamiento al tiempo en días transcurridos desde el momento del diagnóstico hasta el inicio del tratamiento. Para estimar la oportunidad de atención para cada una de las tres series de datos se efectuó la prueba de Kolmogórov-Smirnov para una muestra,

observándose que los datos de tiempos obtenidos no tenían una distribución normal, en consecuencia, el resumen de los datos se hizo con la mediana y el rango intercuartil (RIQ). A continuación, se describen los hallazgos para los tres momentos en el proceso de atención de las personas con diagnóstico de cáncer de pulmón.

7.4.1. Intervalo de diagnóstico

El estimado del tiempo se efectuó con los datos del 90.7% (88) de la población, dado que en nueve casos no se obtuvo el dato en los registros institucionales, en dos de esos casos la consulta con médico especialista en oncología se dio el mismo día de la confirmación diagnóstica por histopatología, lo cual indica que probablemente en estas dos personas se realizó una consulta clínica externa en otra institución de salud donde el profesional sospechó una patología neoplásica y por ello se ordenó la biopsia.

La mediana del intervalo de diagnóstico en el grupo de pacientes con cáncer de pulmón fue de 32 días con un rango intercuartil (RIQ) de 67 días. Al categorizar el tiempo requerido para el diagnóstico en este grupo de pacientes se observó que para el 46.6% (41) de las personas atendidas en el nivel complementario, la oportunidad de diagnóstico fue de 30 días o menos (Tabla 7), mientras que a uno de cada cuatro pacientes (25%) se les realizó el diagnóstico entre tres y quince meses.

Tabla 7. Tiempo en días para los intervalos del proceso de atención en personas con cáncer de pulmón.

Cali, 2019-2020

Intervalo (<i>mediana</i>)	1 – 30 días n - (%)	31 – 60 días n - (%)	61 – 90 días n - (%)	91 - > 400 días n - (%)	Total Medidos (% del total personas n:97)
Diagnóstico	41 (46,6)	18 (20,5)	7 (7,9)	22 (25,0)	88 (90,7)
Consulta Especializada	29 (42,0)	24 (34,7)	6 (8,7)	10 (14,4)	69 (71,1)
Tratamiento	11 (18,3)	17 (28,3)	12 (20,0)	20 (33,3)	60 (61,8)

Fuente: Elaboración Propia

7.4.2. Intervalo de consulta médica especializada

Para calcular el tiempo entre el diagnóstico y la primera consulta se dispuso de los datos en el 71.1% (69) de los registros clínicos que contaban con ambas fechas registradas, la del diagnóstico y la de la primera cita con especialidad tratante. La mediana para que una persona con cáncer de pulmón sea valorada por la especialidad médica que dirigirá el tratamiento del cáncer fue de 35 días y con un RIQ de 37 días. En el 13.4% (13) de los casos, la especialidad tratante fue la misma que sospechó el cáncer y ordenó el estudio por biopsia, lo cual indica que en esos pacientes este intervalo fue de 0 días, pues desde la sospecha diagnóstica ya se ingresa a una ruta dentro del nivel complementario, es muy probable que este grupo de pacientes fueron valorados en el servicio de urgencias y por esa razón coincide la especialidad. El 15.4% (15) de la población total observada no tenía consulta por especialidad tratante en la institución complementaria, cuatro de esos casos entraron a manejo paliativo directamente y en otras cuatro personas se presentaron complicaciones clínicas a parte del cáncer de pulmón sin ser valorados por la especialidad. Así mismo, al categorizar el tiempo en que se tardó un paciente para lograr una consulta especializada desde su diagnóstico definitivo, se encontró que el 42% (29) obtuvieron la cita especializada en un tiempo menor a 30 días, seguido del 34.7% (24) que lo lograron entre

31 y 60 días (Tabla 7). En diez pacientes (14.4%) esta consulta se registró en un tiempo entre 91 y más de 400 días.

7.4.3. Intervalo de tratamiento

El 61.9% (60) de los casos presentaron datos en los registros clínicos para realizar el estimado de este intervalo. Se observó una mediana de 64.5 días y un RIQ de 72 días para iniciar el tratamiento para el cáncer de pulmón desde el diagnóstico. Es llamativo que en el 38.1% (37) de los casos no se registró fecha de inicio de tratamiento, por lo que no fue posible medir este intervalo. En estos 37 casos no se encontraron variables que tuvieran relación con la no realización o registro de tratamiento en las historias clínicas de la entidad complementaria. En estos pacientes se describió en la historia clínica que el compromiso general de salud y estadio avanzado del cáncer fueron determinantes para no iniciar tratamiento, de este grupo sin datos, el 91% (34/37) fallecieron durante el periodo del estudio.

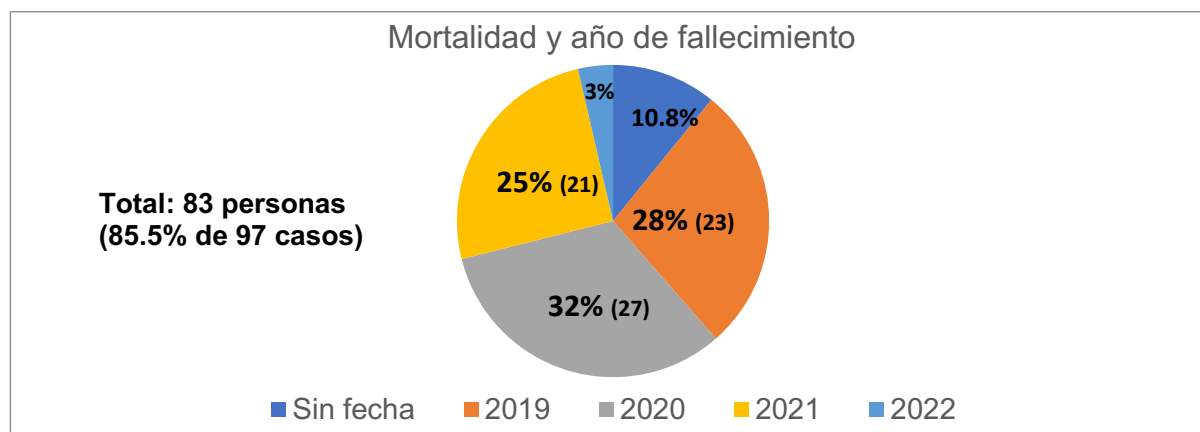
Con relación a los días categorizados en este intervalo, se estableció que en los casos donde éste se logró medir, la mayoría de las personas, es decir, en el 33.3 % (20) de los casos, el tratamiento se inició entre 3 y 15 meses desde que se confirmó el diagnóstico de cáncer pulmonar y en solo 11 casos de los medidos, el tratamiento empezó en menos de un mes.

7.4.4. Desenlaces en mortalidad y sobrevida

A noviembre del 2022, el 85.6% (83) del total de las personas del estudio fallecieron entre los años 2019 y 2022, hallazgo que fue confirmado a través del registro clínico institucional

y de la consulta en la ADRES (figura 4). El 10.3% (10) de los pacientes están vivos y en el 4.1% (4) de los casos no se logró determinar su estado vital.

Figura 4. Mortalidad y año de fallecimiento



Fuente: Elaboración Propia

En el 87.9% (73/83) del grupo de personas fallecidas se logró establecer el número de días de sobrevivencia teniendo en cuenta la fecha en que se confirmó el diagnóstico histopatológico hasta la fecha de la muerte, la cual fue corroborada con los datos de la ADRES. El grupo restante (10/83) contaban con una fecha de defunción en el registro clínico, pero no en la ADRES, esto posiblemente debido por tratarse de personas que en la historia clínica registraban como extranjeros y habitantes de calle sin aseguramiento por EAPB.

Al tomar el intervalo de diagnóstico de los pacientes que tenían la información y cruzarlo con los días de supervivencia, se encontró que, de los 88 casos, el 78.4% (69) fallecieron en el periodo de observación, presentado así una mediana de 171 días desde la fecha que el diagnóstico se confirmó hasta la fecha de defunción. Al tomar en este mismo intervalo los pacientes fallecidos y clasificarlos acorde con las categorías descritas en la Tabla 7, se encontró que 31 personas con diagnóstico definitivo en un mes, presentaron una mediana

de sobrevida de 172 días. Es de resaltar que al observar los tiempos de las 18 personas fallecidas que fueron categorizadas entre 90 y > de 400 días en el intervalo de diagnóstico, su sobrevida tuvo una mediana de 240 días en las cuales no se encontraron factores que al relacionarlos fueran significativos desde el punto de vista estadístico.

Tabla 8. Supervivencia con relación al intervalo de diagnóstico

Supervivencia con relación al Intervalo de Diagnóstico (no. días)				
	Absoluto	Medidos	Sin dato/Vivos	Mediana
1 - 30	41	31,0	10,0	172,0
31 - 60	18	15,0	3,0	152,0
61 - 90	7	5,0	2,0	154,0
90 - > 400	22	18,0	4,0	240,0
Total	88	69,0	19,0	171,0

Fuente: Elaboración Propia

7.5. Desarrollo del contacto con el sistema de salud

Una vez se inició la búsqueda de la atención, las pacientes entrevistadas refirieron que para obtener el diagnóstico se presentaron dificultades; por un lado, en los servicios de primer nivel no obtuvieron respuestas satisfactorias a pesar de asistir en varias oportunidades a urgencias, lo que las obligó a buscar atención de manera particular donde la orientación fue hacer una radiografía para determinar el estado de los pulmones. En las radiografías se encontraron opacidades o derrames, lo cual fue el primer signo de alerta para continuar con el proceso de atención con la EAPB correspondiente. Cabe recalcar que durante este proceso el estado de salud se fue deteriorando progresivamente, lo que generó una mayor atención desde el sistema de salud y en algunas ocasiones se tuvo que acudir a mecanismos legales.

Para poder obtener el diagnóstico, a las pacientes se les indicó una biopsia pulmonar con la cual se pudo confirmar éste, sin embargo, durante este proceso, la mayoría de ellas

manifestó sentirse confundidas pues no recibieron una orientación clara, es decir, una vez lograron acceder al sistema de salud, fueron remitidas a instituciones de un nivel más alto, fueron hospitalizadas y empezaron a ser sometidas a varios exámenes y procedimientos médicos, pero no hubo una sensibilización directa hacia ellas sobre la posibilidad de tener cáncer de pulmón, ellas lo infirieron porque finalmente fueron remitidas al área de oncología.

“No me dieron un diagnóstico, sino que todo, todo iba bien, a mi esposo lo mandaron a traer un documento no sé dónde y entonces entre unos papeles qué él tenía, yo los cogí y empecé a leerlos y ahí fue que yo miré” [E2. FL - 50 años (01.09.22)].

“El médico le dijo a la persona que la acompañó, porque en ese momento no fui yo, porque estaba trabajando, ni mi hermanita pudo, fue una familiar, ella me llamó y me dijo que el médico le dijo que lo más factible es que ella tuviera cáncer y pues escuchar eso es horrible, ¡horrible!” [E1. MAB - 61 años (01.09.22)].

Frente a esto, las pacientes manifestaron que luego de ingresar a los servicios de salud y de realizarse los procedimientos indicados, la incertidumbre por no saber lo que tenían las afectaba en sus estados de ánimo, se identifica entonces que la necesidad de saber y comprender cuál es su estado de salud les permite a las pacientes aceptarlo y afrontarlo. Sin embargo, en todos los casos mencionaron que, si bien sintieron miedo al conocer el diagnóstico, también experimentaron una etapa de aceptación sobre todo al sentir que contaban con la atención adecuada y acompañamiento de sus familias, como también al apegarse a su espiritualidad.

“Cuando le vine a traer la radiografía al doctor que fue a los 15 días de la cirugía, le dije yo: doctor, pero dígame la verdad ¿qué es lo que yo tengo?, yo quiero saber. Entonces el doctor me dijo así: ¿usted quiere saber?, Doña (nombre) usted tiene cáncer de pulmón. Yo lo tomé como tan normal, yo no me preocupé de que esto me va a matar, dije: bueno papito

dios, lo que tú quieras hacer conmigo; y yo sé que papito dios es el que me tiene así” [E1. MAB - 61 años (01.09.22)].

“La atención aquí fue muy bien, muy bien, muy bonita, el médico que me atendió en urgencias, me mandaron inmediatamente a hacerme una resonancia y en esa resonancia fue que ya me encontraron todo lo que tenía, dos tumores pequeños en la cabeza, me abrieron todo esto por aquí y en el pulmón derecho tengo uno pequeño (...) Pues yo le pregunté al médico y el médico me dijo que del problema que tenía acá en el pulmón que eso me había subido a la cabeza, pero no, ahí pues no entiendo. Después yo le pregunté al médico que por qué me iba a operar y me dijo que tenía un tumor” [E2. FL - 50 años (01.09.22)].

Se identificó que si bien existen barreras de acceso al sistema, una vez se ingresa al nivel complementario la atención se percibe como adecuada y genera confianza hacia el personal de salud teniendo en cuenta además que las instituciones donde fueron atendidas también eran reconocidas a nivel territorial en términos de calidad y experticia en el cuidado oncológico.

“Cuando salimos de la clínica de neumología nos dijeron: tienen que ir a buscar cita con el cirujano de tórax; el cirujano de tórax entonces nos dijo que hay que operar, entonces en esa misma consulta nos dio pues para que autorizáramos todo, las órdenes, citas con el anestesiólogo, todo bien explicadito” [E3. LME - 70 años (20.09.22)].

Luego de que se recibió el diagnóstico, se inició el tratamiento. Los tratamientos identificados variaron entre radioterapias, quimioterapias y citas de control. En este punto es importante señalar que, para las personas contactadas, la experiencia en torno al tratamiento tuvo diferentes matices, aunque todas coincidieron en sentir la necesidad de involucrarse y asumir el autocuidado como también en tener expectativas en cuanto al mejoramiento de su condición. Además, se generaron sentimientos de miedo y ansiedad,

para lo cual no se contó con un acompañamiento psicosocial, sino que éste fue asumido por sus redes de apoyo, de igual forma las dificultades que se presentaron en términos administrativos para la continuidad del tratamiento también influyeron en la forma en cómo éste fue asumido y en la percepción de sus resultados.

“Yo vine acá y el doctor me mandó a un laboratorio que es por medio de una fundación que él maneja, me mandó resonancias para tener bien todo el cuerpo y fue cuando nos dice que había salido metástasis en la cabeza, parte del hígado y en el hueso de aquí de la cadera (...) Esas partes eran como las afectadas del cáncer (...) Me mandaron quimio y radio al tiempo, seguimos el proceso, fueron dos semanas de seguido; ya después me dieron de alta, después nos llama el médico por teléfono y dijo: la señora salió súper bien, mejoró, le sirvió todo, está súper bien entonces no necesita más radio” [E4. AR - 63 años (20.09.22)].

“El doctor me dijo que me iban a mandar 30 sesiones de radioterapia, yo sí le tenía miedo a la quimio, la radioterapia no sabía cómo era y a mí me daba hasta miedo, yo decía: eso se ve que es horrible y como la gente también me decía, pero el médico decía: no preste oído a los pasillos; yo decía que eso se me cae el pelo y él me decía: ay, pero eso es lo de menos porque eso crece” [E3. LME - 70 años (20.09.22)].

“La doctora le recetó a ella el oxígeno, ya que cuando le recetaron el oxígeno también eso fue otra cosa, porque al tenerla todo el tiempo conectada del oxígeno, los servicios de la casa subieron extraordinariamente y si había para una cosa y solventar lo que era más importante, había falencias para otra, entonces ya andaba con la balita” [E1. MAB - 61 años (01.09.22)].

En cuanto a las dificultades que se presentaron durante el proceso de atención, se resaltaron sobre todo las barreras de tipo administrativo por parte de las aseguradoras (EAPB) a las que estaban afiliadas, especialmente en el régimen subsidiado. En ese sentido, la mayoría de las entrevistadas manifestó que tuvo que buscar la atención en diferentes hospitales, pues se les negaba la atención aludiendo a que la institución no contaba con

contrato o que se encontraban en una dificultad financiera con la EAPB. Esto afectó la motivación de las pacientes para buscar la atención dentro de la Red de Salud Pública, sin embargo, al aumentar el deterioro de la salud sintieron la necesidad de insistir, sobre todo, luego de sospechar que se trataba de una enfermedad riesgosa y de alto costo. En varios casos su red de apoyo familiar utilizó diferentes mecanismos de participación ciudadana como la tutela o el derecho de petición, puesto que no contaban con un acceso efectivo a los servicios de salud.

De igual forma, durante el periodo del estudio, se presentó la emergencia sanitaria a nivel mundial por el Covid-19, lo cual afectó directamente la posibilidad de acceder a una atención presencial y oportuna, ya que debido al riesgo infeccioso la atención en salud se brindó de manera virtual, lo cual para las entrevistadas aumentó el grado de incertidumbre y ansiedad derivado del miedo que tanto la paciente como su familia siente con este tipo de patología, donde según experiencias previas y casos conocidos, si no se trata a tiempo, puede ser mortal.

“Nosotros nos vinimos al hospital porque resulta que a mi mamá le diagnosticaron cáncer y ese mismo mes empezó la pandemia, entonces pues a usted le hablan de cáncer y uno no quiere esperar, entonces yo puse una tutela, una petición al Ministerio, a la Secretaría de Salud; entonces como que dijeron: ella está jodiendo mucho, entonces mandémosla para el hospital, y para acá nos mandaron” [E3. LME - 70 años (20.09.22)].

“Yo seguía en urgencias en la misma parte de Covid (...) Hasta que no salieron los papeles (Sisbén) y que ya estuviera (afiliada) en una entidad, entonces ahí fue donde ya empezaron a tratarme y empezaron los doctores a ir, me pasaron a una sala de observación y empezaron a hacer todos los exámenes pertinentes” [E4. AR - 63 años (20.09.22)].

De igual forma, se presentaron dificultades en términos de la autorización de las citas o de los medicamentos que las pacientes necesitaban, en primer lugar, la EAPB se demoró en autorizar las citas de seguimiento y control con los especialistas, así como también para autorizar la entrega de medicamentos. Por otro lado, cuando por fin se lograba obtener la autorización, las pacientes se encontraban con la dificultad de que no había disponibilidad de agenda para acceder a citas con los especialistas en las instituciones prestadoras del servicio, como también encontraron barreras para acceder a los medicamentos, pues al ser estos de alto costo la oferta de droguerías que contaran con ellos era escasa, lo cual afectó gravemente la continuidad de los tratamientos, sobre todo en los casos que requirieron quimioterapia administrada por vía oral.

“Con la EPS el medicamento me lo autorizan, todo lo que me mandan me lo autorizan, pero ya no me responden como para la cita, vengo al hospital y me dicen que no hay cita; y el medicamento también se demoran para entregármelo. La doctora me manda el medicamento por seis meses y me entregaron cuatro cajas de pastillas, se quedaron con las otras dos y luego no me lo entregaron que porque se venció el tiempo y ya. Después me mandó la doctora otra fórmula de tres meses y me entregaron una sola caja y ahí estoy luchando con eso, no más me entregaron una caja y para la otra, que no, que espere” [E2. FL - 50 años (01.09.22)].

“Siempre se demoraron un poquito para llamar a mi mamá de la clínica, entonces, yo he sido como metelonsita y yo me fui para allá para la clínica y me entré por allá por cirugía donde la que se encarga de las llamadas y le dije que necesito que atiendan a mi mamá, entonces ahí ya la llamó; es que uno como que se desespera (...) Desde que conseguimos la cita con el cirujano de tórax hasta que le hicieran la cirugía, fueron como 2 o 3 meses” [E3. LME - 70 años (20.09.22)].

“Uno llega allá y sólo dan 120 fichas, por eso la gente llega a las 3:00 de la mañana, a una parte que si llueve usted tiene que mojarse, si da sol usted tiene que quedarse ahí. Yo no sé si fue porque me escuchó llorando, porque luego yo estaba en mi casa cuando me

llamó el muchacho y me dijo: mira encontré un tarrito que se vence en agosto, yo te llamo después, pero no me llamó, ¡no me llamó! Y yo me fui al otro día, cuando llegué allá me dijo el otro muchacho: no es que crizo no tenemos; y yo le dije que tenía una llamada que me hicieron de acá, cuando de por allá salió un muchacho y dijo: yo la llamé; a mí me dio tanta alegría que él me pasara ese tarro y él me dijo: mira, este vence en agosto; y yo le dije: no importa mi mamá se lo consume antes de agosto (...) Imagínese que cuando me dieron ese tarrito ya hacía como cuatro meses que no lo daban y para que me dieran ese tratamiento hubo que poner la tutela y meter un desacato. Yo a lo último le dije a mi mamá: si a mí me toca irme a encadenar, no sé en donde yo voy y me encadenen porque alguien tiene que escucharme, porque yo no sabía a dónde ir, ni mi hermana tampoco (...) ¿Cuál es el resultado de un tratamiento que la persona en 12 meses toma tres meses no más unas pastillas? O sea, es inaudito” [E1. MAB - 61 años (01.09.22)].

Otro tipo de dificultad sentida por las entrevistadas tiene que ver con las barreras económicas, puesto que se trata de mujeres de bajos recursos económicos, la mayoría de ellas se dedican a labores del hogar o a las ventas ambulantes, teniendo que abogar a la red de apoyo familiar tanto para el sostenimiento del hogar como para los desplazamientos y demás costos que implica esta enfermedad.

“La dificultad de yo viajar es el dinero porque se me hace muy duro, porque yo acá no tengo familia, llego a donde una cuñada y a uno le toca soltar la platica pa’ la comida y todo y los transportes, desde donde yo vivo me toca pagar cuando vengo para acá 30 mil pesos, 15 de ida y 15 de venida, así que eso es la dificultad que tengo” [E2. FL - 50 años (01.09.22)].

Finalmente, se pudo identificar que la mayoría de las entrevistadas contaban con una red de apoyo importante que permitió gestionar exitosamente las ordenes de forma insistente y a veces como resultado de tener contactos personales dentro de las instituciones de salud e incluso dentro de los entes territoriales de control.

“Llegamos acá por urgencias y resulta que mi acompañante tiene una amiga que es doctora acá. Entonces salimos y nos sentamos allá afuera al frente que hay como una cafetería y la acompañante llamó y le comentó el caso y entonces ella le dijo que estuviera pendiente de fulano que iba a salir a buscarnos. Él salió con un papelito en la mano y entonces ahí fue cuando nos atendieron” [E1. MAB - 61 años (01.09.22)].

“Nosotros llegamos a la Secretaría de Salud por medio de un amigo de nosotros que él trabaja allí, nos dijo vengan, madruguen que yo las ayudo a que las asesoren a ustedes, fue cuando nos dieron que, que le dieron “aceptar” a mi mamá en la EPS (del Sisbén), ahí en Secretaría de Salud dijeron que sí, que ella ya pertenecía allí y ella entró con el nivel 4, eso fue lo que nos dijo y que con esto sí o sí la debían atender, sí o sí” [E4. AR - 63 años (20.09.22)].

7.6. Vivencia de la enfermedad: experiencias e impactos

Al indagar entre las entrevistadas sobre sus vivencias iniciales durante el proceso de la enfermedad, éstas hicieron comentarios sobre los cambios físicos y las molestias en su estado de salud antes y durante el tratamiento recibido.

“Sí, ya estoy comiendo mejor, los vómitos se quitaron, de vez en cuando es que me da diarrea, allí también nos daban a veces cajitas de Ensure, el doctor nos mandó cuidados paliativos, pero hasta ahora nunca hemos podido tener una sola cita con cuidados paliativos porque nunca hay agenda nos dicen” [E4. AR - 63 años (20.09.22)].

“Cuando empecé el tratamiento no sabía si el medicamento me iba a caer bien o no. Paré 2 o 3 meses y empecé con una vomitadera y cuando volví, ahí fue que me mandaron la endoscopia y ya me mandaron omeprazol para que tomara antes de tomarme la pastilla (...) Sí siento que me funciona porque me siento normal cuando me estoy tomando el medicamento y cuando paro un mes que no lo tomo me pongo mal” [E2. FL - 50 años (01.09.22)].

Se pudo identificar que a las pacientes entrevistadas se les dificulta pensar en lo que significa para ellas esta enfermedad, lo cual relacionan directamente con los cambios físicos y las adaptaciones que han tenido que hacer, algunas de ellas tuvieron que abandonar sus trabajos o el cuidado del hogar generando sentimientos de culpa al no sentirse útiles, como también sentir ese cambio de rol dentro de sus familias.

“A raíz de la enfermedad ya no puedo trabajar, yo veo a mi hija que le toca solita y bueno, entonces yo le digo: venga yo le ayudo a pelar las papitas o venga yo le ayudo a picar esto; y ella me dice: no, deje que yo cocino, deje que yo hago todo, yo pelo la papa y pico la cebolla; entonces yo le digo a ella: hija, pero es que yo no estoy haciendo nada, no más comiendo, aquí haciendo pereza y viendo televisión” [E1. MAB - 61 años (01.09.22)].

“Pues yo antes en la casa hacía todo normal, pero ahora, pues yo todavía cocino, hago mis actividades que hacía en la casa, pero ya para estar trapeando, barriendo, alzando algo pesado, no puedo” [E2. FL - 50 años (01.09.22)].

Para las entrevistadas en general, entre los cambios más difíciles de aplicar ha sido el tema de la alimentación, pues ya no pueden comer muchas de las cosas a las cuales estaban acostumbradas, lo cual además implicó un gasto adicional en la economía, pues tuvieron que reemplazar algunos alimentos o incluir otros tipos de suplementos nutricionales.

“Fue un cambio del cielo a la tierra, cuando empezó el proceso de cortar el cabello, porque ya con la radioterapia a los 3 días el cabello estaba horrible, estaba como enredado (...) Ya después de estar pesando 70 kilos, llegó un punto de estar en los 35 kilos, entonces eso fue un choque y es un cambio grande porque ya la alimentación no es lo mismo; a veces comía, vomitaba y si no vomitaba era daño de estómago o a veces al mismo tiempo las dos cosas” [E4. AR - 63 años (20.09.22)].

“Pues en un principio estaba como bastante estresada, de no poder uno hacer lo que uno podía hacer antes, de salir, porque primero por la rodilla y no me siento todavía capaz de estar sola (...) Pues para mí ha significado como preocuparnos más por la salud, por estar controlada más a fondo, pero en eso me siento como impotente, como que solamente pegada de dios” [E5. MES- 71 años (20.10.22)].

Las entrevistadas han experimentado cambios en la forma en que afrontan las situaciones y asumen los cambios en las prácticas y en las actitudes a través de un proceso individual y familiar donde no se ha contado con acompañamiento profesional en términos psicosociales.

“El mal genio (risas), lo he cambiado bastante (...) Sí, mire, que cuando fui a la cirugía y salí de cirugía, salí con otra, como con otro pensamiento, como tratar de estar más tranquila” [E2. FL - 50 años (01.09.22)].

Otro aspecto a resaltar son las barreras de tipo administrativo por parte de las EAPB, los cambios de instituciones, los retrasos en las autorizaciones, la poca disponibilidad de agenda y de medicamentos, lo cual para ellas hizo que el proceso fuera difícil y demorado en relación a las expectativas que tenían sobre la atención que se debe dar en el caso de este tipo de patologías; en primer lugar se esperaba obtener un diagnóstico acertado desde el primer momento en que buscaron la atención, como también se esperaba obtener el tratamiento indicado en un tiempo oportuno.

“Nosotros vamos a tener que acudir a las leyes, darles como la espera de una semana, si no la dan, pues tener que entutelar o algo porque pues ya realmente es injusto, todas las órdenes que clínica las ha dado y venir acá y que no hay citas” [E5. MES- 71 años (20.10.22)].

“Yo sé que a veces el hospital quisiera atender súper bien a las personas, pero es que hay cosas que se le salen de las manos, pero pues cuando la han atendido con oncología,

bien, cuidados paliativos no me la ven hace como cuatro meses porque primero se me venció la orden antes de que me le dieran una cita” [E1. MAB - 61 años (01.09.22)].

Las pacientes entrevistadas resaltaron la capacidad profesional y el buen trato recibido por parte del personal de salud durante el proceso de atención, específicamente en lo relacionado a los procedimientos realizados para tratar el cáncer diagnosticado, sobretodo se resalta la atención recibida por los equipos de especialistas que trataron directamente su afectación, lo cual generó confianza en ellas para realizarse los procedimientos indicados.

“La verdad, los doctores que han atendido a mi mamá son personas muy gentiles y muy amables, el cirujano de ella; todos la han atendido bien, lo malo es cuando Emssanar tiene que autorizarme algo para ella” [E1. MAB - 61 años (01.09.22)].

Finalmente, se indagó entre las entrevistadas por los aspectos que ellas consideran que se deben mejorar en cuanto al proceso de atención en general. De esa manera, se hizo énfasis en las necesidades percibidas en términos del acceso al sistema de salud, la importancia de una atención integral, la obtención de un diagnóstico acertado, la implementación y seguimiento de los tratamientos, como también el trato por parte del personal de salud y administrativo.

“Yo creo que cuando a una persona le hablan de cáncer, esos trámites deberían de ser internos y ligeritos, porque mire que cuando mi mamá estaba acá, a otras personas, en el mismo hospital les hacían el trámite, ellos no tenían que salir a autorizar, en cambio nosotros no, nos tocaba ir a voltear para autorizar” [E3. LME - 70 años (20.09.22)].

“En el acompañamiento, yo digo que aquí mismo si está el oncólogo, si está todo eso, también debería de haber acompañamiento a la salud mental, pero a nosotros el que nos

dirigió a la salud mental fue una chica que le hace el control a mi mamá de la hipertensión en el centro de salud del barrio, ella fue la que nos dijo: ¿pero ustedes no han pasado con el psicólogo?; y no nosotras: no; y ella preguntó: ¿por qué? Empezamos como a manejar el tema nosotros mismos con la familia, y mi mamá fue y el psicólogo le mandó fue prácticamente una dieta (...) De pronto puede ser una rama de la psicología, pero no le preguntó cómo se siente, cómo está, no más le decía: si usted quiere llorar puede llorar, si usted necesita hablar, pues hable del tema” [E4. AR - 63 años (20.09.22)].

“Sí sería bueno que, como uno dice: yo voy al control, voy hacer la revisión del año de mi salud; pero, ¿qué pasa?, uno llega donde el médico, y él te dice: ¿para qué venís?, ¿qué te duele? ¿qué tenés?; entonces pues si uno va, es precisamente para tener la medicina preventiva. Pues yo quiero que me mande unos exámenes, o que, si sufro de esto, ¿qué consecuencias tengo?, o ¿cómo estoy de mi problema?; pero no, me salen con: ¿qué sentís? ¿qué tenés?; así cortado, váyase y listo” [E5. MES- 71 años (20.10.22)].

Estos resultados reflejan la complejidad existente en el sistema de salud para lograr enfocar de forma integral el cáncer de pulmón. Desde la identificación y caracterización de las personas con esta enfermedad hasta la fase de entrevistas se encontraron barreras de diferentes tipos. En los dos años de observación retrospectiva de este trabajo se documentaron 97 personas que lograron ingresar al nivel complementario de atención transitando por tiempos prolongados para obtener atención especializada, un diagnóstico y tratamiento definitivo, lo cual se vio reflejado en los hallazgos de pacientes con estadios avanzados de la enfermedad y una alta mortalidad.

El registro clínico como fuente de información permitió caracterizar una etapa que los pacientes con cáncer pulmonar transcurren al final de la historia natural de su enfermedad, no siendo así para la etapa del inicio de los síntomas, la cual es fundamental para comprender todo el proceso de atención en salud.

Las entrevistas proporcionaron información que confirma las limitaciones en el nivel primario de atención y las frustraciones que esto generó en las personas contactadas. Los hallazgos descritos en esta investigación hacen visible un panorama que afecta de manera general el pronóstico de estos pacientes, lo que genera la necesidad de una intervención por parte de todos los actores relacionados con la atención de esta neoplasia.

8. Discusión

8.1. Características de la población

El cáncer de pulmón ocurre principalmente en personas mayores de 65 años y sólo en un 10% de los casos se diagnostica en menores de 50 años. La edad media de presentación es de 70 años para ambos sexos, siendo el sexo masculino el más propenso para sufrir esta enfermedad, sin embargo, esto ha ido cambiando notablemente al punto en que en países de Asia la incidencia es igual tanto en hombres como mujeres (30). En este trabajo se observó que, en la mayoría de casos, el sexo masculino y la edad de 67 años en promedio, fue lo más frecuente, lo cual es consistente con los datos globales.

La institución de nivel complementario donde se llevó a cabo el estudio hace parte de la Red de Salud Pública del Valle del Cauca, lo cual condiciona que la población que se atiende ahí, en su mayoría corresponde al régimen subsidiado de salud. Es así como el 76% de los pacientes observados se encontraban afiliados a este régimen, que a su vez es donde más se han descrito barreras de acceso a la salud y tiempos prolongados de atención. Emssanar fue la EAPB que tenía más personas con esta patología -para la fecha del estudio- y cuenta con aproximadamente un millón de afiliados distribuidos en los departamentos del Cauca, Valle y Nariño. Además fue la tercera EAPB en frecuencia de casos, actualmente esta aseguradora se encuentra liquidada.

La ciudad de Cali fue la procedencia de uno de cada dos pacientes (49%), lo que significa que la oferta de servicios complementarios para el régimen subsidiado del departamento del Valle del Cauca es limitada debido a que la institución prestadora de servicios incluida en el estudio es la única que dispone de los servicios requeridos para la atención de los pacientes

con esta patología. La ciudad de Cali cuenta con otras instituciones del nivel complementario, las cuales pertenecen al sector privado y que por lo general no atienden esta población, dada la contratación de las aseguradoras.

El adenocarcinoma de pulmón sigue siendo el principal tipo de esta neoplasia presentándose en el 85% de los casos a nivel global. En esta investigación el adenocarcinoma se documentó en el 56% de los casos, seguido del tipo escamo-celular que cada vez se presenta con menor frecuencia. El adenocarcinoma en las últimas dos décadas viene reemplazando el tipo escamo-celular como el principal tipo celular de este cáncer, lo que ha permitido tener más opciones de tratamiento en estadios tempranos. En este estudio, se presentó el carcinoma neuroendocrino en el 8.2% de los casos, lo cual es similar con la estadística global, en este aspecto, el subtipo de célula pequeña se presentó en el 5% siendo éste el de peor pronóstico de todos.

El estadio avanzado continúa siendo la fase más frecuente al momento del diagnóstico de cáncer de pulmón, en el estudio se presentó en el 80% de los casos, hallazgo que se corresponde con la evidencia científica (8). En Colombia, según datos de la cuenta de alto costo en el año 2020 el estadio IV fue descrito en el 67% de los casos reportados, siendo a su vez el más frecuente en las personas afiliadas al régimen subsidiado con un 70% de los casos (31). En esta investigación, el estadio IV fue descrito en el 80.4% de todos los casos, lo cual explica el mal pronóstico y los desenlaces de mortalidad encontrados. De igual forma, el estadio avanzado determina lo caracterizado en cuanto al tratamiento, pues ningún caso fue llevado a cirugía y el 70% requirieron quimioterapia como único tratamiento.

Llama la atención que en el 15% de los casos, el tratamiento fue paliativo sin opciones de quimioterapia o radioterapia dadas las condiciones generales de salud en esos casos. Así mismo, en siete personas no se documentó tratamiento debido a que, en todos esos casos, el estado vital estaba severamente comprometido. Los hallazgos en el estudio sobre el estadio IV al ser superior en comparación con la estadística mundial y local debe generar un llamado de atención y una revisión de los procesos de atención y diagnóstico a todos los integrantes del sistema de salud y a la comunidad en general.

8.2. Percepción de los síntomas de las personas con cáncer de pulmón

Acorde con Andersen y Cacioppo (15), una de las causas por las cuales se presenta un retraso en la búsqueda de un diagnóstico de cualquier tipo de cáncer, es la interpretación y percepción de los síntomas que se relacionan con la enfermedad. Este autor (sobre el retraso total del paciente) describe una etapa de percepción y la califica como un momento que aporta el mayor tiempo en el retraso total del proceso de diagnóstico que depende del propio paciente. En su propuesta plantea ocho principios que dirigirán esta etapa y la describe en torno a una comparación entre dos tipos de circunstancias. La primera está dada por un síntoma o signo sobresaliente asociado a una actividad usual y la segunda circunstancia es la percepción de que un síntoma o signo está directamente relacionado a una enfermedad. Esta última circunstancia dependerá del conocimiento de la enfermedad, el nivel educativo y la experiencia vivida con algún conocido o familiar.

A su vez, el autor dividió estos ocho principios en cuatro bloques: el primero habla de las suposiciones de las personas al presentar un síntoma (15). Menciona que una vez el individuo presenta un signo o síntoma, éste se motiva a mantener dicha condición por algo fisiológicamente explicable. Así mismo no se asume que el evento tenga de forma precisa

una etiología hasta cuando se percibe y se inicia la motivación para entender de dónde viene dicha sintomatología. El segundo bloque está dado por los antecedentes del individuo para afrontar esa motivación y entender las consecuencias de dicha sintomatología. En el tercer bloque, la comparación de las circunstancias parte de un factor denominado psicofisiológico que relaciona la lógica, los sesgos y la intensidad de los eventos con la interpretación de los síntomas. Finalmente, el cuarto bloque describe lo que sucede si las dos circunstancias dadas fallan en darle una percepción al individuo sobre sus síntomas, lo que conlleva a posibles falsas creencias y que el tiempo pase sin tomar acciones (15).

Para explorar la percepción de los síntomas, en este estudio se realizaron entrevistas semiestructuradas partiendo desde el conocimiento previo sobre el cáncer de pulmón y sus posibles síntomas y consecuencias, de esta forma, tal como plantearon Andersen y Cacioppo (15), la percepción de los síntomas depende de un conocimiento previo. Se encontró que las personas desconocían los síntomas relacionados con el cáncer pulmonar y solo una de ellas refirió conocer como desencadenante principal el fumar cigarrillo. Los síntomas que refirieron fueron cefalea, tos, dolor en el pecho y dificultad para respirar por periodos prolongados, los cuales fueron asociados a cuadros gripales. Dado que este trabajo se adelantó en un momento sanitario mundial complejo por la pandemia del Covid-19, las pacientes entrevistadas mencionaron síntomas similares a los generados por Covid, lo que originó aún más desorientación en la etapa inicial de su cuadro clínico.

En uno de los casos se describe a la asfixia como el primer síntoma que se presentó, el cual, de forma inicial se atribuyó al sobrepeso y por ello no se generó una motivación

para explorar una causa distinta. Como lo describe Andersen y Cacioppo (15), esta circunstancia en la cual un síntoma cardinal en el cáncer de pulmón como la disnea (asfixia) fue percibido por la paciente como causa de su sobrepeso, en consecuencia puede ocasionar un aplazamiento para la búsqueda de ayuda médica.

La motivación en las pacientes entrevistadas para lograr entender lo que sentían fue impulsada por la prolongación de los síntomas con agudización más frecuente que afectaban su actividad diaria y que impactó en su bienestar. De esta forma se percibe una lógica de las pacientes por investigar más sobre la sintomatología que persiste en el tiempo y que está generando consecuencias para su salud. Las entrevistadas no encontraron un prototipo de enfermedad que se ajustara a sus síntomas y esto se vio profundizado por la poca orientación que recibieron en su primer contacto con los profesionales del sistema de salud. De esta forma, cuando no se encuentran respuestas claras sobre lo que puede estar sucediendo con su salud cabe la posibilidad de enfoques errados generando más incertidumbre. Una de las pacientes después de dos meses y debido a dolores de tipo pleurítico, interpretados por ella misma y su médico como espasmos musculares, fue remitida al psicólogo para darle manejo de su ansiedad, lo cual finalizó con una hospitalización debido a una neumonía que generó dichos síntomas y un posterior enfoque hacia un cáncer de pulmón.

En la literatura se han publicado como principales síntomas el dolor torácico, la tos y dificultad en la respiración como los inicialmente percibidos como cambios en el estado de la salud en personas que finalmente fueron diagnosticadas con cáncer de pulmón. Corner et al. (32), entrevistaron a 22 personas con diagnóstico reciente de cáncer pulmonar, con lo que se buscó identificar los síntomas cardinales que desencadenaron dicho proceso de

diagnóstico y el tiempo que se demoró en motivar la búsqueda de ayuda médica. Entre los resultados mencionan que las personas no relacionaban los cambios en su estado de salud con una enfermedad, lo cual solamente fue una posibilidad hasta cuando los síntomas fueron más severos. Varios síntomas fueron relacionados con procesos de envejecimiento que no requerían atención médica. En dicho trabajo, la hemoptisis fue el síntoma que obligó a una solicitud médica urgente. Otros síntomas identificados fueron la debilidad, la falta de apetito y la pérdida de peso (32). Por su parte, en este estudio, dos personas también refirieron esa sintomatología, lo que ocasionó la suspensión de las actividades cotidianas, sin que ello haya generado una percepción de que su salud cambió por alguna grave afección. Por el contrario, una paciente refirió que era un descanso que dios le estaba dando por haber trabajado por mucho tiempo.

Corner et al. (32), en su trabajo comentan que los síntomas descritos por las personas que fueron entrevistadas difieren de los que se encuentran caracterizados en las guías de manejo del cáncer. En Colombia, las guías de práctica clínica sobre cáncer de pulmón hacen poca referencia sobre los síntomas que se deben tener en cuenta para sospechar cáncer de pulmón, éstas se enfatizan en las causas y tratamientos de la patología. De esta forma, se identificó que una de las pacientes del estudio, a pesar de percibir que sus síntomas empeoraban, lo continuaba relacionando de forma causal con enfermedades más comunes, por lo que el primer recurso fue el autocuidado con jarabes recetados por personal no médico, lo cual, a su vez fue impulsado por un momento global donde la atención se centraba en una enfermedad del aparato respiratorio como el Covid-19.

Uno de los aportes del trabajo de Corner et al. (32), fue el cálculo del tiempo que se demoran las pacientes desde percibir un síntoma y un cambio en su estado de salud hasta

el primer contacto con el personal médico y hasta el diagnóstico. En el primer tiempo fueron necesarios siete meses y en el segundo 12 meses. Uno de los principales problemas para precisar este tiempo fue depender de la memoria del individuo para el registro de datos. Estos tiempos aportan información valiosa en el sentido de poder diferenciar en toda la etapa del proceso diagnóstico, lo que genera mayor demora. Los hallazgos en este estudio, teniendo en cuenta que no se indagó puntualmente por los tiempos, sí se logró establecer que, en todas las pacientes al menos transcurrieron más de 2 meses para considerar una búsqueda de ayuda médica en el nivel primario de atención. En los registros clínicos revisados en este trabajo dicha información no se documenta por ser un proceso que corresponde al nivel primario de la prestación de servicios de salud, sin embargo, cuando se contó con documentos de remisión, en ellos no se hacía referencia alguna sobre esos datos.

Es importante señalar que al disponer de información detallada sobre los tiempos de inicio de los síntomas previos a un diagnóstico de cáncer de pulmón y del primer contacto a los servicios de salud por ese cuadro clínico, se podrían plantear estrategias de promoción y educación dirigidas a la población y al personal de salud que probablemente impacten hacia un abordaje más temprano en todos los niveles de atención como lo refieren Corner et al. (32).

8.3. Motivación para demandar la atención en salud

La propuesta teórica de Safer et al. (28) determina tres estadios en el proceso de búsqueda de atención médica para un síntoma, en ella se caracteriza una etapa denominada como retraso de la enfermedad, en la cual se describe el número de días desde cuando la persona concluye que está enferma y decide solicitar ayuda médica. Safer et al. mencionan que existen unos factores que pueden predecir el retraso de la enfermedad y definiendo a

las creencias conceptuales, las emociones y los factores imaginarios como los que probablemente afecten en mayor medida a esta etapa. Estos factores afectan al individuo en su percepción de no tener capacidad para tratar su enfermedad, lo que a su vez aumenta las emociones negativas para afrontar dicha enfermedad. De esta forma, Safer et al. (28) refieren que las creencias sobre si existe un beneficio en el tratamiento de su enfermedad y las expectativas en términos de gastos e inconformidades se convierten en una barrera para la búsqueda de ayuda médica. Dentro de las emociones, el miedo es el principal factor que podría generar demoras y en los imaginarios aparece la anticipación de posibles desenlaces negativos cuando se conoce el sistema afectado, lo que al final aumentaría los tiempos para buscar ayuda médica.

En este aspecto, en la población observada con diagnóstico de cáncer de pulmón se encontró que las pacientes luego de percibir su síntoma como grave dada su prolongación y aumento de la severidad, experimentaron la sensación de que su salud se encontraba en riesgo y una preocupación acerca de quién podría orientarlas hacia una disminución de los efectos que estaban alterando su diario vivir. Se sintieron vulnerables al no contar con información oportuna y detallada de lo que podía estar pasando con su propia salud. La motivación de buscar ayuda médica en las pacientes entrevistadas se convirtió en una incertidumbre dado que al no encontrar el acceso oportuno decidieron tomar otras alternativas para lograr un contacto con el sistema de salud como lo fue en un caso la consulta por fuera del aseguramiento en salud. En otro caso, el hecho de tener que visitar un servicio de emergencias en dos o más ocasiones fue lo que generó un aumento en la ansiedad y en la desconfianza de la atención médica. En este sentido, si bien las pacientes entrevistadas encontraron una motivación para solicitar ayuda médica, ésta se vio afectada en todos los casos, por razones del orden del acceso a los servicios.

Adicionalmente la falta de orientación e información desde el nivel primario, donde las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad deben ejecutarse, fue un factor relacionado con la incertidumbre de obtener una ayuda médica adecuada.

Los antecedentes documentados en la literatura relacionados con la motivación para buscar atención médica los expone Molassiotis et al. (33) en un trabajo donde describen la experiencia en 74 pacientes (14 de ellos con cáncer de pulmón) para determinar la ruta que un individuo cursa cuando está en el proceso de un diagnóstico con cáncer. Tomando como referencia la etapa de retraso de la enfermedad, los autores mencionan que algunos pacientes, posterior a ser conscientes de cursar con una afección en su salud, deciden optar por observar, esperar y auto-med icarse. En relación a las personas entrevistadas en este estudio, se identificó un caso en el que la paciente realizó tratamientos recetados por conocidos antes de consultar al primer nivel. Entre los tratamientos que describieron las pacientes con cáncer de pulmón entrevistadas antes de acudir a un especialista, se encuentran los purgantes, los jarabes para la tos, las bebidas con frutas y analgésicos de venta libre.

Dentro de las conclusiones de Molassiotis et al. (33), se refiere que la ruta diagnóstica para cáncer a través del nivel primario de atención pareciera incrementar los retrasos en comparación con el acceso a través de urgencias o instituciones de nivel complementario. En la población de este estudio, se pudo percibir algo similar, pues las pacientes optaron por acudir a los servicios de urgencias en el nivel complementario al no encontrar una ruta clara en el nivel primario correspondiente, esto por lo tanto incrementó las barreras para un diagnóstico temprano. Otros autores reportaron en sus investigaciones sobre los retrasos en el paciente una serie de razones que podrían causar aumentos en los tiempos de

diagnóstico, entre ellos estar siendo atendidos por otras afecciones a la salud diferentes al cáncer y que durante un enfoque integral se determinó finalmente un diagnóstico de cáncer (34). En una de las pacientes incluidas en este estudio, la búsqueda de ayuda médica fue motivada por sintomatología relacionada a una afección musculoesquelética y en la valoración para un procedimiento quirúrgico se le documentaron alteraciones cardiovasculares y posteriormente cáncer de pulmón. En este caso de detección incidental, el retraso en la motivación para consultar fue menor, sin embargo, cursar con una enfermedad adicional de mayor severidad generó un tiempo mayor en el diagnóstico definitivo de cáncer pulmonar.

De forma global se encontró una similitud en las respuestas de las pacientes del estudio con lo reportado en la literatura científica. De esa manera, se puede plantear que para que se genere una motivación para buscar ayuda médica dentro del proceso de diagnóstico, debe presentarse un aumento en la severidad de los síntomas que genere preocupación por su estado de salud que no mejora a pesar de autocuidado.

8.4. Tiempo del proceso diagnóstico-tratamiento en personas con cáncer de pulmón

El aporte teórico hecho por Walter et al. (16), describe unos intervalos de tiempo que determinan unas etapas que configuran una ruta desde la percepción de los síntomas hasta el diagnóstico y tratamiento del cáncer. El tercer intervalo que proponen lo denominan de diagnóstico y describen el tiempo que transcurre desde la consulta con un profesional de la salud hasta la confirmación del cáncer, este intervalo incluye una serie de actividades como estudios, procedimientos y referenciaciones que lo hacen un proceso complejo. Así mismo, proponen un cuarto intervalo llamado de tratamiento que describe el tiempo entre el diagnóstico definitivo de cáncer y el inicio del tratamiento. Estos

intervalos sumados a dos previos (percepciones y búsqueda de ayuda médica) engloban unos procesos que se desarrollan con la influencia de unos factores contribuyentes configurando en su totalidad un modelo teórico que explique el retraso total del proceso del diagnóstico del cáncer. En este aspecto, el tiempo del proceso diagnóstico - tratamiento en las personas con cáncer de pulmón de este estudio, se categorizó en dichos intervalos para luego calcular los días de demora. Se encontró que en el 46.6% de las personas observadas transcurrieron entre uno y 30 días en el intervalo de diagnóstico y con una mediana de 32 días para la población total. Con respecto al intervalo de tratamiento se estimó una mediana de 64 días para toda la población y más de 90 días para el 33% de las personas.

Las guías para cáncer de pulmón recomiendan unos tiempos para lograr un diagnóstico y tratamiento definitivo. La guía británica sugiere que no deben pasar más de 62 días desde que un paciente es referenciado por sospecha de cáncer de pulmón hasta que su diagnóstico y tratamiento han sido establecidos. El estándar en las guías de Estados Unidos refiere que el tratamiento se debe iniciar entre los primeros 42 días desde el diagnóstico definitivo de cáncer y en Australia se recomienda un periodo de 14 días entre la referencia desde medicina general al especialista y desde el diagnóstico al tratamiento (13).

En una revisión de los tiempos que se demoran en los sistemas de salud para el enfoque del cáncer pulmonar, Malalasekera et al. (13) encontraron en la revisión de 128 artículos publicados entre 1980 y 2015 en 23 países, que en el 26% de ellos se reportaron en promedio siete días entre la valoración de un médico general hasta la referencia con el especialista en cáncer y en el 41% de los estudios estimaron 27 días de mediana con un rango entre 6 y 80 días para el intervalo de tratamiento.

En Colombia existen reportes donde se describen los intervalos para un diagnóstico de cáncer, en un trabajo realizado en Colombia donde se exploró la oportunidad diagnóstica en la gestión del riesgo para cáncer de mama y próstata se encontró que la oportunidad para el diagnóstico tuvo una mediana de 36 días para mama y de 70 días de mediana para cáncer de próstata, todos pacientes pertenecientes a un régimen de salud especial en Colombia cuya fortaleza es la capacidad de gestión (35).

En comparación con esos resultados, en esta investigación se logró calcular que en el 42% de la población se presenta un intervalo de tiempo entre 1 y 30 con una mediana de 35 días para que un médico general refiera al especialista al paciente con sospecha de cáncer de pulmón, lo cual hace una diferencia de 28 días con lo observado en la literatura descrita. A su vez, en la población estudiada se estimó una mediana de 64 días para el intervalo de tratamiento observando una diferencia de 37 días con lo reportado en la literatura científica. Estos intervalos generan tiempos más prolongados en la población estudiada, en comparación con otros estudios sobre cáncer de pulmón, lo que refleja una problemática en la articulación entre los niveles primario y secundario del sistema de salud de Colombia, lo cual empeora el pronóstico de las personas que afrontan un proceso de diagnóstico y tratamiento de cáncer de pulmón. En este aspecto cabe resaltar que este estudio se realizó en una institución de nivel complementario donde el total de los pacientes recibieron su enfoque inicial, diagnóstico y tratamiento definitivo, lo cual no disminuyó los tiempos en los intervalos descritos como era inicialmente esperado.

8.5. Factores personales y de la prestación del servicio relacionados con el proceso diagnóstico-tratamiento

Los intervalos de tiempo descritos por Walter et al. (16) en su propuesta teórica, transcurren a lo largo de unos factores contribuyentes que incluyen factores del paciente, factores de la enfermedad, factores del sistema y proveedores de salud. La influencia de estos factores según el autor, radica en que su impacto se puede dar a lo largo de todo el proceso, lo que produciría un aumento o disminución en el tiempo en cada uno de los intervalos. De esta forma, los factores personales como los socioeconómicos, el sitio de residencia, la comorbilidad, las experiencias previas y la educación podrían influir en los atrasos del proceso.

En esta investigación, la población observada es homogénea en el sentido que cuenta con unas condiciones socioeconómicas similares y que se encuentra afiliada al régimen subsidiado del sistema de salud colombiano. Los factores del cáncer específicamente, también son determinantes, pues existen para cada tipo de cáncer unas características que los hacen más o menos agresivos y con posterior mejor o peor pronóstico. En este sentido, cabe señalar que en la evolución el cáncer de pulmón tiene la dificultad de que los síntomas iniciales son similares a enfermedades respiratorias benignas o infecciosas, lo que ocasiona limitaciones para detectarlo tempranamente. Con respecto a los factores del sistema de salud, se encontró en la población estudiada que éstos pudieron afectar el proceso de diagnóstico - tratamiento al presentarse negaciones de autorizaciones, limitaciones para una atención oportuna, ausencia de una orientación precisa y desarticulación de las redes de atención entre niveles de prestación de servicios de salud.

Malalasekera et al. (13) incluyeron en su revisión de la literatura, los factores contribuyentes que con mayor frecuencia se presentaron en los retrasos del cuidado del paciente con cáncer de pulmón. Se describe que en los factores del paciente y de la enfermedad, el más frecuente fue la ausencia de síntomas que hicieran sospechar el cáncer seguido del estadio clínico temprano del cáncer que por historia natural no genera sintomatología evidente que motive a una intervención médica. Con respecto a los factores observados en los niveles primarios de atención, se reporta que la baja sospecha por el médico general y la posterior demora en referencia a la especialidad tratante aportaron mayores demoras en el cuidado de estos pacientes. En el nivel secundario, el tiempo de espera para la consulta con especialista y las asignaciones para estudios de estadificación en cáncer fueron los factores con mayores demoras. Como observación final plantean que las demoras en general se atribuyen a la poca coordinación entre los servicios médicos en los diferentes niveles, lo que a su vez hace que los tiempos de espera excedan los recomendados en las guías de práctica clínica, situación que se documentó en todos los estudios analizados (13).

En un trabajo realizado en Cali, Colombia donde se analizaron las condiciones de acceso a los medicamentos oncológicos en 100 pacientes con cáncer de mama a través de una encuesta se encontró que una de las principales dificultades fue la inoportunidad en las autorizaciones y en la programación de servicios la cual dependerá del modelo de contratación con instituciones de salud del nivel complementario que no cuenta con una red integral de atención en salud (36).

En las pacientes entrevistadas en esta investigación, se encontró que se presentaron múltiples dificultades con la ejecución de las órdenes del especialista en cáncer. A pesar de estar en la ruta de atención del nivel complementario, el asegurador correspondiente

generó barreras al no garantizar los medicamentos de forma oportuna o la asignación de operadores para la realización de procedimientos requeridos. Esto generó sentimiento de frustración e inconformidad en las personas y sus entornos familiares. Los problemas económicos y geográficos también se documentaron como fuente de barreras para el proceso diagnóstico-tratamiento, las pacientes entrevistadas tuvieron que suspender actividades que aportaban recursos a su hogar y debieron acudir a su red de apoyo familiar quienes asumieron la responsabilidad de los traslados, alimentación y hospedaje cuando el lugar de residencia era lejano a la institución complementaria. De la población total de estudio, el 50% se reportó como proveniente de municipios diferentes a Cali, donde se encuentra la institución de servicio complementarios, lo que pudo aumentar los tiempos del proceso dadas las dificultades descritas.

Otro de los hallazgos relacionado con los factores contribuyentes, es el de acceso a los servicios de salud. Al observar en la población total que el 80% se encontraba en estadios avanzados y con deterioro clínico progresivo documentado en los registros clínicos, se logró determinar que el acceso al nivel complementario se dio a través del servicio de urgencias, lo que en algunos casos acelera el proceso diagnóstico-tratamiento, pero sin que impacte en la disminución de la estadificación ni en la mortalidad, lo cual pudiera deberse a que en el nivel primario y en los servicios ambulatorios de nivel complementarios se presentan barreras y limitaciones para que una ruta de atención del cáncer se logre implementar.

A nivel mundial, entre las diferentes sociedades científicas e instituciones de salud de los países, se comparten estrategias para luchar contra un diagnóstico tardío del cáncer. En esta investigación, la cual contó con una población de 97 pacientes con cáncer pulmonar en dos años de observación, se describen desenlaces en mortalidad que traducen un pobre

impacto de estos esfuerzos, lo que significa que diagnosticar de forma temprana es el gran reto para todos los actores de los sistemas de salud.

Acorde con la OMS, los sistemas de salud deben implementar estrategias de diagnóstico temprano con la finalidad de aumentar las posibilidades de supervivencia de los pacientes con cáncer, de esta manera, se recomiendan tres medidas que los países pueden adoptar: sensibilizar al público acerca de los síntomas del cáncer y alentarlos a recurrir a la asistencia médica cuando lo detecte; invertir en el fortalecimiento de los servicios de salud y la formación de personal sanitario en diagnósticos exactos y oportunos y finalmente, garantizar el acceso a las personas con cáncer para un tratamiento eficaz y el alivio del dolor. Estas estrategias reducen el impacto financiero y pueden incorporarse a sistemas de salud a bajo costo. Otra de las ventajas del diagnóstico temprano según la cuenta de alto costo, es que permite una mayor eficiencia del tratamiento al impactar cuando el cáncer no se ha diseminado, lo que se traduce en reducción de mortalidad global (37).

Otra de las estrategias a nivel global de la OMS que no hace parte del diagnóstico temprano pero si desde el punto de vista de la prevención de la enfermedad y promoción de la salud es la lucha contra el consumo del tabaco. Es clara la relación entre consumo de tabaco y su asociación con el cáncer de pulmón y con otras patologías crónicas no transmisibles principalmente las cardiovasculares. Teniendo en cuenta que el tabaco es un factor de riesgo prevenible y modificable en el 2005 la OMS emitió el Convenio Marco para el control del Tabaco como estrategia a nivel mundial. En Colombia se promulgó la Ley 1335 de 2009 la cual tiene como objetivo prevenir los daños a la salud a través de generación de espacios libres de tabaco y de restricciones a la venta. Actualmente el 11.9% de la población colombiana fuma siendo la masculina la mas expuesta, lo cual se corresponde con las

mayores tasas de mortalidad en hombres relacionadas con cáncer de pulmón. La reducción del consumo de tabaco impactaría directamente los desenlaces del cáncer de pulmón al disminuir la mortalidad asociada (38).

En Colombia el cáncer de estómago y de pulmón son los tipos de neoplasias cuya mortalidad fue mayor que el promedio nacional para el año 2020 debido a la alta proporción de casos diagnosticados tardíamente. El Observatorio Nacional de Cáncer estipuló cinco estrategias en el Plan Decenal de Cáncer que tuvo vigencia hasta el año 2021, una de ellas fue reducir las muertes evitables mediante el mejoramiento de la detección temprana, lo cual no se reflejó en las estadísticas nacionales, especialmente en el cáncer de pulmón, pues este plan solo incluyó como prioritarios al de cuello uterino, próstata y colon-rectal. A su vez se enfatiza en que la detección temprana comprende las actividades dirigidas a reducir el estado clínico en el momento del diagnóstico para permitir una mayor tasa de curación y por tanto una reducción en la mortalidad (5). La detección temprana se puede realizar atendiendo a las personas que presentan síntomas iniciales de la enfermedad mediante pruebas de tamizaje, lo cual para el cáncer de pulmón implica una dificultad adicional pues la tomografía de baja dosis como prueba avalada científicamente no tiene resultados adecuados de costo - efectividad y en Colombia no se cuenta con las condiciones básicas para que se ejecute un programa de esta magnitud. Adicionalmente, en el actual Plan Decenal de Salud Pública 2022 cuyos pilares son la protección social; cultura para la vida y la salud; ambiente y salud e integralidad en salud, no se establecen metas claras relacionadas con el diagnóstico precoz en cáncer y se enfoca más en generalidades de los determinantes sociales (39).

En los últimos dos años se ha observado un interés creciente desde el Ministerio de Salud y Protección Social en cuanto al cáncer de pulmón, como consecuencia de ser la segunda neoplasia con más muertes ocasionadas a pesar de no estar entre los primeros cinco tipos de cáncer más frecuentes, aun así, siguen siendo insuficientes las medidas y propuestas. Por otra parte, la industria farmacéutica al tener un crecimiento exponencial de las opciones de tratamiento para el cáncer de pulmón en sus diferentes estados clínicos ha planteado distintas actividades académicas al gremio médico y múltiples programas de apoyo al sector salud con el fin de aumentar el diagnóstico en todas las etapas para este tipo de cáncer, convirtiéndose en un impulsador de iniciativas desde todos los sectores involucrados.

Por consiguiente, es fundamental y necesario que la salud pública en Colombia retome el análisis y búsqueda de nuevas estrategias para el control del cáncer de pulmón a través del empoderamiento de las personas en el cuidado de su salud, así como el fortalecimiento de las rutas de atención ya establecidas en la normativa, pero aún no implementadas en el sistema e incluyéndolo como prioritario dentro de las acciones que se ejecutan en el nivel primario de atención en salud.

9. Limitaciones de la investigación

Este trabajo presenta limitaciones propias de un estudio de carácter retrospectivo, pues la calidad, suficiencia y confiabilidad de los datos depende de los registros clínicos de la institución de nivel complementario donde fue realizado el estudio. En 5% de los casos el registro clínico incluyó solo un evento clínico con información limitada y en la totalidad de las historias clínicas sólo fue descrita la atención que se prestó en el nivel de complejidad especializado, lo cual evitó obtener información sobre el proceso de sospecha de la enfermedad y síntomas iniciales que vivieron los pacientes en el nivel primario de atención, lo que a su vez refleja que actualmente no existe integralidad de la historia clínica a nivel local.

El tamaño de la población fue una limitante pues el cáncer de pulmón es el segundo más frecuente en el mundo con más de dos millones de casos diagnosticados en el 2020. En este estudio se lograron incluir 97 personas con cáncer de pulmón en dos años de observación retrospectiva en un centro no referente para el manejo del cáncer, lo cual indica que estas personas tuvieron a esta institución como única opción con las capacidades para su abordaje integral de la enfermedad.

Durante las entrevistas, la principal limitante fue el tener que recurrir a la memoria de las personas interrogadas, pues debían recordar hechos que habían ocurrido hasta dos o más años antes del contacto con los investigadores. Adicionalmente la debilidad en la disciplina de ciencias sociales del investigador principal genera dificultades para el abordaje de técnicas cualitativas.

Finalmente, otra limitación del estudio fue la alta mortalidad presentada entre la población, pues el 85.5% ya había fallecido al momento del análisis de la información obtenida, lo cual dificultó contactar a los pacientes que voluntariamente participarían de las entrevistas y por lo tanto sólo fueron incluidas cinco personas para la realización de las entrevistas.

10. Conclusiones

Se estima que los principales factores que se relacionan con el diagnóstico tardío en pacientes con cáncer de pulmón fueron la percepción que las personas tuvieron para advertir que su condición de salud está siendo afectada por una grave enfermedad y la motivación que presentaron para iniciar un proceso de atención en salud con el fin de obtener un diagnóstico. Así mismo, el tiempo posterior a un primer contacto con el sistema de salud, impactó de forma negativa el proceso de diagnóstico debido a que no se lograron enfoques precisos y referencias oportunas de las personas con sospecha de cáncer de pulmón.

El intervalo de tiempo que transcurre desde el momento de una consulta médica donde se sospecha que una persona tiene cáncer de pulmón y la confirmación de ese diagnóstico es mayor a los establecidos en las actuales guías de práctica clínica, lo que podría generar un peor pronóstico de la enfermedad. Por lo tanto, la alta mortalidad observada en este estudio puede ser consecuencia de las demoras en este intervalo debido a que a su vez ocasiona retrasos en el inicio del tratamiento.

La intermediación de las aseguradoras de los pacientes con cáncer de pulmón en este estudio podría ser un generador de barreras para acceder a la atención especializada en manejo del cáncer, al no poder garantizar una ruta eficiente que integrara el nivel primario y el nivel complementario. De igual forma, el nivel primario presentó limitaciones técnicas y de gestión para responder a una necesidad de una óptima atención en salud para las personas con este tipo de cáncer.

El cáncer de pulmón es una enfermedad que poco se sospecha en los niveles de atención en salud, lo cual no es proporcional con la alta frecuencia y mortalidad a nivel global y local, esto implica que existe la necesidad de diseñar estrategias para poder detectarlo de forma temprana.

11.Recomendaciones

1. Continuar con el análisis del proceso de atención de los pacientes con cáncer de pulmón, indagando desde la fase inicial de ocurrencia de síntomas, la percepción de un cambio en su salud hasta el diagnóstico definitivo con una metodología transversal y con seguimiento en el tiempo hasta el inicio del tratamiento, de forma que se fortalezca la evidencia con respecto a las posibles causas de las demoras en las distintas etapas y así generar planes de intervención más eficientes. Probablemente la captación de esos datos mejoraría si operara de manera eficiente el proceso de referencia y contra-referencia.
2. Se sugiere diseñar un estudio desde el nivel primario de atención en salud donde se busque caracterizar las barreras de acceso a los servicios de salud de los pacientes con factores de riesgo para presentar cáncer de pulmón.
3. Se recomienda fortalecer el sistema de información institucional para que se logre integralidad en los datos entre niveles de atención para contar con información completa que facilite la creación de nuevos proyectos de investigación.
4. Se recomienda a las instituciones del nivel complementario que realicen caracterización de los pacientes con cáncer de pulmón que acceden a los servicios de urgencias debido a que existe una alta proporción de diagnósticos establecidos en estos servicios, lo que probablemente orientaría a la autoridad sanitaria, los entes

territoriales y a los aseguradores a conocer el panorama real y el desempeño de los niveles de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como los costos sociales y económicos que implica un diagnóstico tardío de cáncer.

5. Fortalecer el conocimiento y capacidades técnicas del talento humano en salud de todos los niveles de atención para aumentar la búsqueda y detección de personas en etapas tempranas del cáncer de pulmón.

12. Bibliografía

1. Bobadilla J. Salud pública de México. Salud Publica Mex [Internet]. 1991;33(5):448–62. Available from: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5434/5733>
2. Stuckler D., Rocco L., Suhrcke M. RAN. Chronic disease: an economic perspective. Alliance OH, editor. WHO. 2006;November.
3. World Health Organsation. Disability and Rehabilitation Who Action Plan 2006-2011. Rehabilitation. 2006;1–7.
4. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209–49.
5. Minisiterio de Salud y Protección Social. Observatorio Nacional de Cáncer. ONC Colomb. 2018;1–59.
6. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Boletin Tecnico Dia Internacional del Cancer de pulmon. Bol www.cuentadealtocosto.com.co. 2018;
7. Bravo LE, García LS, Collazos P, Carrascal E, Ramírez O, Collazos T, et al. Reliable information for cancer control in Cali, Colombia. Colomb Med. 2018;49(1):23–34.
8. Mao Y, Yang D, He J, Krasna MJ. Epidemiology of Lung Cancer. Surg Oncol Clin N Am [Internet]. 2016;25(3):439–45. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.soc.2016.02.001>
9. Rivera MP, Mehta AC, Wahidi MM. Establishing the Diagnosis of Lung Cancer. Chest. 2013;143(5):e142S–e165S.
10. Cassim S, Chepulis L, Keenan R, Kidd J, Firth M, Lawrenson R. Patient and carer perceived barriers to early presentation and diagnosis of lung cancer: A systematic review 11 Medical and Health Sciences 1117 Public Health and Health Services 11 Medical and Health Sciences 1112 Oncology and Carcinogenesis. BMC Cancer. 2019;19(1).
11. García C. Quintero S. Barreras Geográficas y Económicas para el Acceso a los Servicios Oncológicos del Instituto Nacional de Cancerología en Bogotá. 2008;10(4):583–92.
12. Macarena Hirmas Adaury, Lucy angulo anita J. Barreras Y Facilitadores de Acceso a la atención en salud: una revisión sistemática cualitativa. Rev Panam Salud Pública. 2013;3(33).

13. Malalasekera A, Nahm S, Blinman PL, Kao SC, Dhillon HM, Vardy JL. How long is too long? A scoping review of health system delays in lung cancer. *Eur Respir Rev* [Internet]. 2018;27(149). Available from: <http://dx.doi.org/10.1183/16000617.0045-2018>
14. Barreras L. Barreras de acceso a los servicios de salud narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2014;32(3):305–13.
15. Andersen BL, Cacioppo JT. Delay in seeking a cancer diagnosis: delay stages and psychophysiological comparison processes. *Br J Soc Psychol*. 1995;34 (Pt 1):33–52.
16. Walter F, Webster A, Scott S, Emery J. The Andersen Model of Total Patient Delay: A systematic review of its application in cancer diagnosis. *J Heal Serv Res Policy*. 2012;17(2):110–8.
17. Goldstraw P, Chansky K, Crowley J, Rami-Porta R, Asamura H, Eberhardt WEE, et al. The IASLC lung cancer staging project: Proposals for revision of the TNM stage groupings in the forthcoming (eighth) edition of the TNM Classification for lung cancer. *J Thorac Oncol*. 2016;11(1):39–51.
18. Deffebach ME, Humphrey L. Lung Cancer Screening. *Surg Clin North Am* [Internet]. 2015;95(5):967–78. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.suc.2015.05.006>
19. Denise R. Aberle, M.D. Amanda M DB. Reduced Lung-Cancer Mortality with Low-Dose Computed Tomographic Screening. *N Engl J Med*. 2011;365(5).
20. Arroyo-hernández M, Zinser-sierra JW, Méd O, Vázquez-garcía JC, Méd MC. Detección temprana de cáncer de pulmón en México. 2019;61(3):347–51.
21. Corner J, Hopkinson J, Fitzsimmons D, Barclay S, Muers M. Is late diagnosis of lung cancer inevitable? Interview study of patients' recollections of symptoms before diagnosis. *Thorax*. 2005;60(4):314–9.
22. Tod AM, Craven J, Allmark P. Diagnostic delay in lung cancer: A qualitative study. *J Adv Nurs*. 2008;61(3):336–43.
23. Ellis PM, Vandermeer R. Delays in the diagnosis of lung cancer. *J Thorac Dis*. 2011;3(3):183–8.
24. Lista M, Bes F, Pereira J, Ikari F, Nikaedo S. Excessiva demora no diagnóstico clínico do câncer de pulmão . Depende do médico , do paciente ou do sistema ? *Arq Med Hosp Fac Cienc Med St Casa São Paulo* [Internet]. 2008;53(1):6–9. Available from: http://www.fcmscsp.edu.br/files/vlm53n1_2.pdf
25. Nigenda G, Caballero M, González-Robledo LM. Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. *Salud Publica*

Mex. 2009;51(SUPPL.2).

26. Murillo CB, Collante DG. Barreras en el Acceso a Servicios de Salud en pacientes con diagnósticos de Enfermedades Oncológicas en Colombia: Revisión Sistemática de la literatura. 2016;(June).
27. Coates RJ, Bransfield DD, Wesley M, Hankey B, Eley JW, Greenberg RS, et al. Differences between black and white women with breast cancer in time from symptom recognition to medical consultation. *J Natl Cancer Inst.* 1992;84(12):938–50.
28. Safer M QJ. Determinants of Three Stages of Delay in Seeking Care at a Medical Clinic. *Med Care.* 1979;XVII(1).
29. Weller D, Vedsted P, Rubin G, Walter FM, Emery J, Scott S, et al. The Aarhus statement: Improving design and reporting of studies on early cancer diagnosis. *Br J Cancer* [Internet]. 2012;106(7):1262–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/bjc.2012.68>
30. Casal-Mouriño A, Ruano-Ravina A, Lorenzo-González M, Rodríguez-Martínez Á, Giraldo-Osorio A, Varela-Lema L, et al. Epidemiology of stage III lung cancer: Frequency, diagnostic characteristics, and survival. *Transl Lung Cancer Res.* 2021;10(1):506–18.
31. Instituto de evaluación tecnológica en salud. Herramienta Técnica para la gestión y riesgo de pacientes con cáncer de pulmón. 2022.
32. Corner J, Brindle L. The influence of social processes on the timing of cancer diagnosis: A research agenda. *J Epidemiol Community Health.* 2011;65(6):477–82.
33. Molassiotis A, Wilson B, Brunton L, Chandler C. Mapping patients' experiences from initial change in health to cancer diagnosis: A qualitative exploration of patient and system factors mediating this process. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2010;19(1):98–109.
34. Yurdakul AS, Kocatürk C, Bayiz H, Gürsoy S, Bircan A, Özcan A, et al. Patient and physician delay in the diagnosis and treatment of non-small cell lung cancer in Turkey. *Cancer Epidemiol.* 2015;39(2):216–21.
35. JUAN CARLOS MARTÍNEZ ZABADÍA. La Oportunidad Diagnóstica en La Gestión de Riesgo y el Desenlace del Tratamiento en Pacientes con Cáncer de Mama y Cáncer de Próstata del Régimen Especial de La Universidad del Valle durante el año 2018. Universidad del Valle, Cali - Colombia; 2021.
36. ANGELA PATRICIA CHICAIZA DAZA ME. Condiciones de Acceso a Los Medicamentos Oncológicos Ambulatorios en Las Pacientes con Cáncer de Mama

afiliadas a una Empresa Administradora de Plan de Beneficios Regional Cali- 2019. Universidad del Valle, Colombia;

37. WHO. Guide to Cancer - Guide to cancer early diagnosis [Internet]. Vol. 45, World Health Organization. 2019. 148–200 p. Available from:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254500/9789241511940-eng.pdf;jsessionid=2646A3E30075DB0FCA4A703A481A5494?sequence=1>
38. Ochoa CJM-JS. Cáncer de pulmón y consumo de tabaco en Colombia. Univ antioquia. 2021;(February):6.
39. MINSALUD M de salud y protección social. Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. Plan decenal salud pública 2022-2031. 2022;(32):1–154.