

Evaluación de los conocimientos generales de los profesionales de la salud ecuatorianos acerca del cáncer renal

Fausto Gady Torres MD MPH5[a], Tannia Soria MD2[b]; Andrea Moreno MD3[c]; Erika Ruilova MD4[d], Paulina Irigoyen MD1[e]

a. Pontificia Universidad Católica del Ecuador / Makroscopio Servicios de Salud

b. SOLCA Quito

c. Hospital de Especialidades Eugenio Espejo

d. SOLCA Machala

e. Hospital de especialidades de las Fuerzas Armadas del Ecuador

Recibido: 09/11/2017 Aprobado: 08/02/2018

DOI: <https://doi.org/10.23936/pfr.v3i2.4>

RESUMEN

Introducción: el cáncer renal, como toda patología oncológica, tiene un mejor pronóstico si es diagnosticada tempranamente, de manera general los médicos especialistas no son la puerta de entrada de esta enfermedad al sistema de salud, por lo que es indispensable tener ciertos indicios clínicos en médicos no especialistas o de diferentes especialidades.

Objetivo: Evaluar el nivel de conocimientos de los Médicos Ecuatorianos sobre el Cáncer Renal.

Metodología: Se realizó un estudio de corte transversal, la información fue recolectada a través de una encuesta diseñada para esta investigación. se calcula la muestra en base a prevalencias de conocimientos regionales con un nivel de confianza de 95%.

Resultados: en general los aciertos a las preguntas de conocimientos fueron elevados (61%), el puntaje fue más alto en especialidades directamente relacionadas. El componente más afectado fue el de tratamiento (38%). El 78% de los médicos percibe que no existe medicación adecuada en el mercado ecuatoriano y más de la mitad piensa que la tecnología es aún insuficiente. Un 15% de profesionales aún cree que el manejo de Cáncer Renal debe hacerse exclusivamente por un médico oncólogo.

Conclusiones: Existen vacíos de conocimiento en los profesionales de la salud, éstos se dan en todos los componentes evaluados, es necesario fortalecer los esfuerzos de Educación continua para evitar retrasos en el diagnóstico de patologías cuyo pronóstico depende de un manejo temprano.

PALABRAS CLAVE

Cáncer renal, conocimientos, competencias

Evaluation of the general knowledge of Ecuadorian health professionals about kidney cancer

ABSTRACT

Introduction: kidney cancer, like all oncological pathologies, has a better prognosis and diagnosis of time, in general, specialist doctors are not the gateway of this disease in the health system, so it is essential to have clinical signs in Non-specialist doctors or of different specialties.

Objective: To evaluate the level of knowledge of the Ecuadorian Physicians on Kidney Cancer.

Methodology: A cross-sectional study was carried out, the information was collected through a survey for this research. The sample is calculated based on a prevalence of regional knowledge with a confidence level of 95%.

Results: in general, the answers to the knowledge questions were high (61%), the score was higher in directly related specialties. The most affected component was the treatment (38%). 78% of doctors perceive that there is no adequate medicine in the Ecuadorian market and more than half of the idea that technology is still insufficient. 15% of professionals have not yet been managed by a medical oncologist.

Conclusions: there are knowledge gaps in health professionals, they are used and given in all components evaluated, it is necessary to strengthen efforts in continuing education to avoid delays in the diagnosis of pathologies whose prognosis depends on early management.

KEYWORDS

renal cancer, knowledge, competencies

Introducción

Los carcinomas de células renales (CCR), que se originan dentro de la corteza renal, son responsables del 80 al 85 por ciento de todas las neoplasias renales primarias. Los carcinomas de células transicionales de la pelvis renal son los que le siguen en frecuencia (aproximadamente el 8 por ciento). Otros tumores del parénquima epiteliales, como oncocitomas, tumores de los conductos colectores y los sarcomas renales, ocurren con poca frecuencia. Nefroblastoma o tumor de Wilms es común en los niños (de 5 a 6 por ciento de todos los tumores renales primarias), mientras que el carcinoma medular renal es una forma poco frecuente de CCR observa en la enfermedad de células falciformes.^{1–3}

A nivel mundial, la incidencia de carcinoma de células renales se comporta de manera heterogénea, Existen países y regiones como República Checa y norte de América con las tasas más elevadas ⁴, En los Estados Unidos, hay aproximadamente 63.000 nuevos casos y 14.000 muertes por casi cada año y en la Unión Europea aproximadamente 84.000 casos y 35.000 muertes ^{4–8}, en Ecuador tenemos un reporte de proporciones de prevalencia acumuladas en 5 años por cada 100.000 habitantes en ambos sexos de 9.66, ocupando el quinto lugar ⁵.

El diagnóstico temprano del cáncer renal es indispensable para tener un mejor pronóstico, por lo tanto, es necesario tener conocimientos básicos a nivel de médicos que en muchos casos podrían funcionar como primer contacto para pacientes de riesgo, este estudio busca obtener una línea de base de los conocimientos para determinar la magnitud del problema.

Material y métodos

Se realizó un estudio de corte transversal, se incluyeron 124 médicos de distintas especialidades a quienes se les aplicó una encuesta que fue desarrollada para este estudio, la misma se estructuró en temas de diagnóstico, tratamiento y percepciones de acceso. Las preguntas seleccionadas para ser parte de la encuesta fueron revisadas y validadas por los autores que son expertos en Oncología y en Salud Pública, cada pregunta tiene referencias científicas de respaldo.

Tabla 1: Preguntas incluidas en el estudio

Aspecto	Pregunta	Respuesta correcta	Bibliografía
Diagnostico	El cáncer renal es una patología de difícil diagnóstico temprano, ya que los síntomas aparecen en estadios avanzados	Verdadero	2,9–11
Diagnostico	La triada clásica que incluye dolor en flanco, hematuria macroscópica y masa abdominal palpable son síntomas precoces de cáncer renal	Falso Son síntomas de cáncer avanzado y ocurren en el 9% de la población	2
Diagnostico	La hematuria macroscópica es un signo comúnmente observable en el cáncer renal.	Falso Se observa principalmente en tumores que han invadido el sistema colector.	12
Diagnostico	La anemia es un signo que puede preceder al diagnóstico de cáncer renal y generalmente es severa.	Verdadero	3,9,13–15
Epidemiologia	El cáncer renal papilar es el más común.	Falso El cáncer renal de células claras representa hasta el 85% de los cánceres renales	16
Tratamiento	se debe realizar nefrectomía en pacientes de estadio 4	Verdadero Estos pacientes son candidatos a cirugía cito reductiva previo a tratamiento sistémico	17
Tratamiento	El tratamiento sistémico complementario (adyuvancia) es beneficioso después de la nefrectomía.	Falso No ha demostrado beneficios	18–20
Epidemiologia	Se considera que del 20 al 30% de pacientes nefrectomizados recaerán en algún momento	Verdadero	18
Tratamiento	La radioterapia está indicada como parte del tratamiento de cáncer renal	Falso No demuestra beneficios	18
Supervivencia	Cuando el cáncer se diagnostica únicamente en el riñón, la tasa de supervivencia a 5 años podría alcanzar un 92%	Verdadero	18
Validación de pruebas diagnosticas	Solo un bajo porcentaje de imágenes sugestivas de cáncer resultan ser cáncer en la estadificación quirúrgica	Falso Hasta un 85% son positivas en cáncer	21

Resultados

Aspectos generales

Se incluyeron 124 médicos con una edad promedio de 35,5 ±7 años (de 23 a 60 años); de diferentes especialidades y con experiencia asistencial promedio de 6 años, existieron respuestas de 13 cantones del país, pero los datos se agruparon en Quito, Guayaquil y Machala.

Respecto de la especialidad, la mayoría de los médicos que respondieron la encuesta, fueron Médicos Generales, Médicos Familiares e Internistas que en total representaron el 67%.

En general, el porcentaje de aciertos en las preguntas de todas las categorías evaluadas fue de 61%, este porcentaje podría considerarse elevado teniendo en cuenta que el cáncer renal no es una patología prevalente en la práctica asistencial de médicos generalistas. El porcentaje global fue más alto en especialidades que tienen una relación directa con la patología (oncología y urología con 88% y 92% respectivamente) y en los médicos generalistas fue más bajo (Medicina Interna 62%, Medicina Familiar 57% y Medicina General 62%).

Al analizar los aciertos por los componentes, encontramos que el más afectado es el de tratamiento y en similares condiciones encontramos a los aspectos de diagnóstico y Epidemiología.

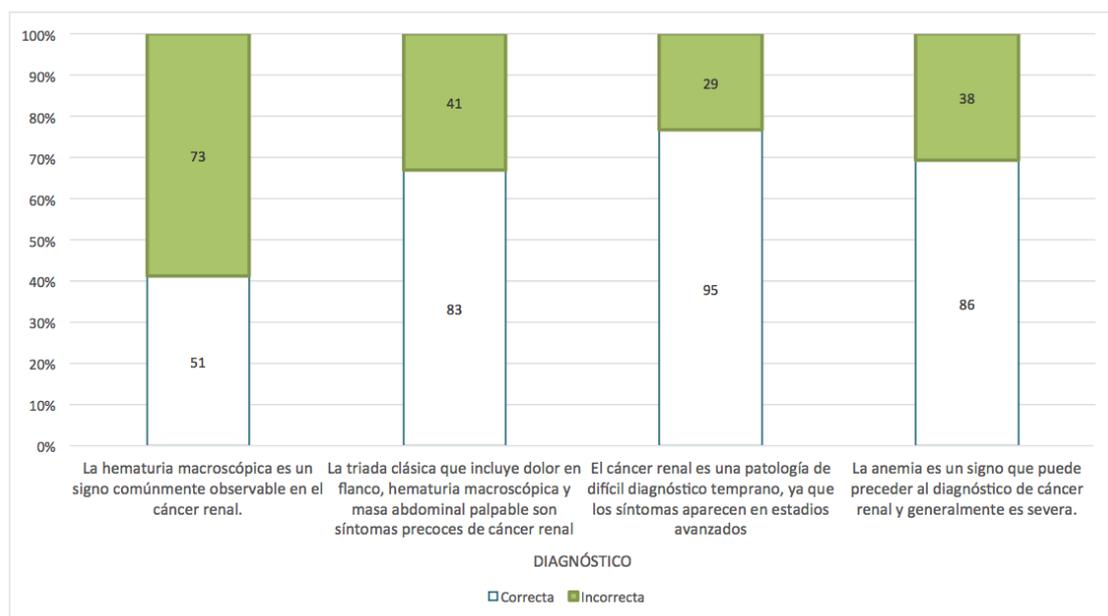
Tabla 2: Porcentaje de aciertos en preguntas de conocimientos según categorías

	Diagnóstico	Tratamiento y manejo	Epidemiología	Conocimientos globales
Media	63,51	38,10	64,11	60,67
Mediana	75,00	33,33	75,00	61,54
Desviación estándar	24,57	29,98	23,04	14,72
Mínimo	25,00	–	–	30,77
Máximo	100,00	100,00	100,00	92,31
Percentiles	25	50,00	–	50,00
	50	75,00	33,33	75,00
	75	75,00	66,67	75,00

Análisis de conocimientos sobre el Diagnóstico cáncer Renal

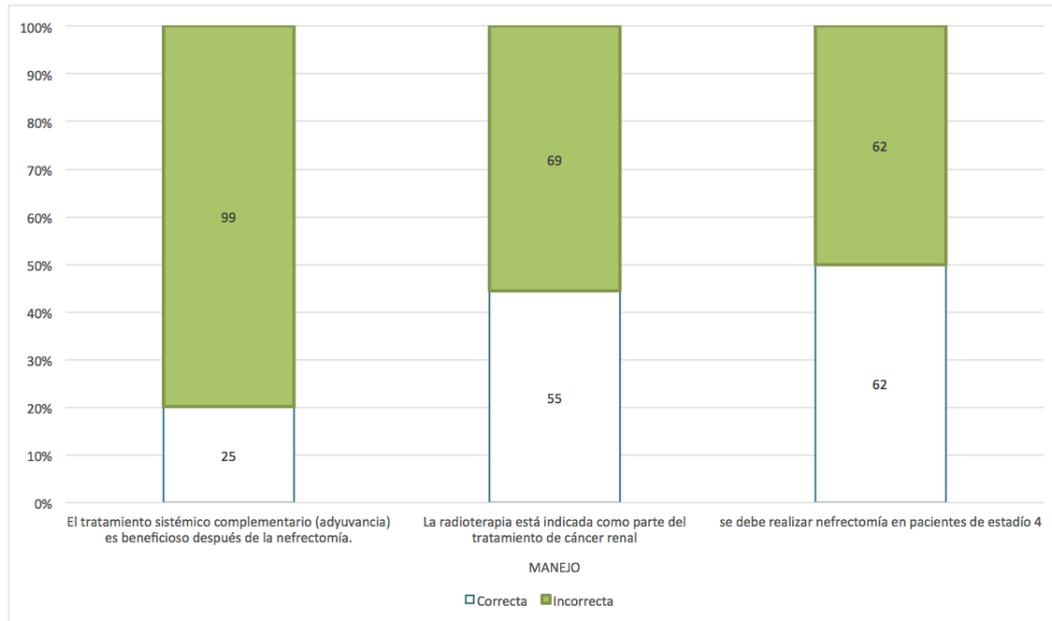
Respecto del análisis de conocimientos, en el campo del diagnóstico, se evidenció un 64% de aciertos, sin embargo, la pregunta que más errores alcanzó fue sobre la hematuria macroscópica (59% de desaciertos), lo que implica que es necesario desmitificar la presencia de un signo tan evidente para la sospecha de cáncer.

Gráfico 1: Evaluación de conocimientos sobre diagnóstico del Cáncer Renal



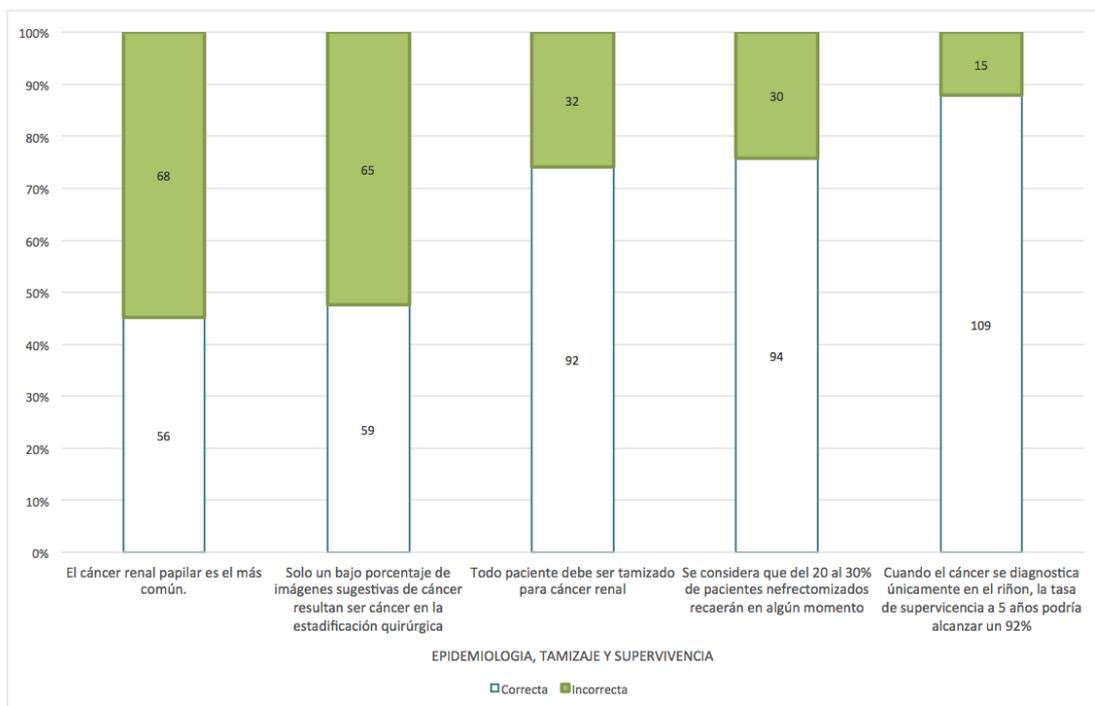
Al analizar las respuestas sobre conocimientos del manejo del cáncer Renal, tuvo menores aciertos que el diagnóstico, solo el 38% de respuestas en general fueron correctas, la pregunta con más errores fue la que se relacionaba con la adyuvancia (80%), sin embargo, las otras 2 preguntas que tenían que ver con la radioterapia y la nefrectomía tenían 50% o más de errores.

Gráfico 2: Evaluación de conocimientos sobre el manejo del Cáncer Renal



El conocimiento básico en aspectos de epidemiología, tamizaje y supervivencia fue variable y heterogéneo, con alta frecuencia de error en las preguntas relacionadas con la prevalencia de la enfermedad y la sensibilidad de pruebas diagnósticas (55% y 52% respectivamente), la supervivencia del cáncer renal con diagnóstico precoz tuvo la mayor cantidad de aciertos, quizás debido a que es una condición generalizada en la mayoría de la patología oncológica.

Gráfico 3: Evaluación de conocimientos sobre aspectos de epidemiología, tamizaje y supervivencia del Cáncer Renal



Evaluación de conocimientos por múltiples variables

Especialidad y lugar de trabajo

EL porcentaje de aciertos en general es más bajo en los conocimientos sobre el manejo de la enfermedad, en el cual medicina interna tiene el puntaje más alto de todos. En Diagnostico y epidemiologia es más homogéneo. En general, no se observa una tendencia respecto de las especialidades.

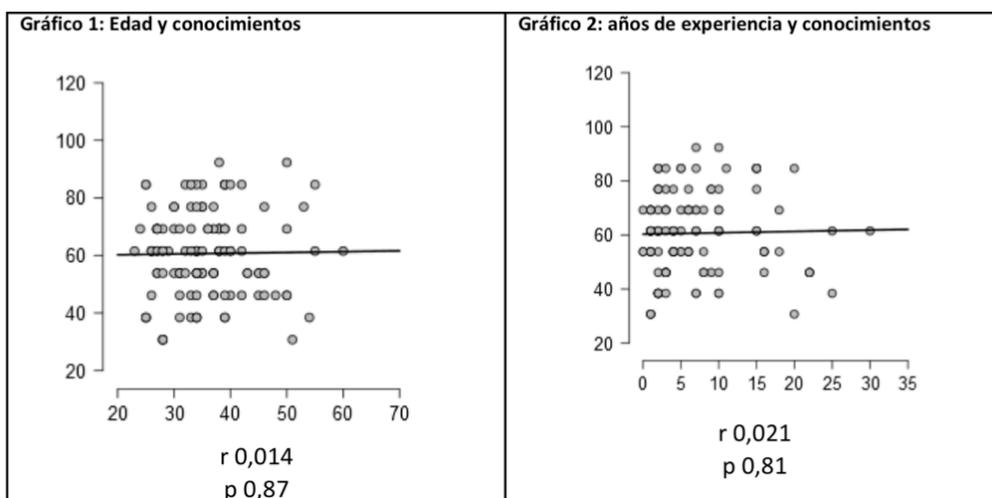
Se evalúa los conocimientos globales por tipo de institución en la que trabaja (pública o privada) sin encontrar diferencias significativas.

Tabla 3: Promedio de aciertos según especialidad

	n	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO	EPIDEMIOLOGIA
Medicina General	64	66,80	36,46	66,40
Medicina Familiar	10	60,00	43,33	47,5
Medicina interna	9	52,78	51,85	69,44
CIRUGÍA General	4	50,00	8,33	50
Anestesiología	3	58,33	22,22	58,33
GINECOLOGÍA	3	66,67	22,22	83,33
OFTALMOLOGÍA	3	75,00	22,22	58,33
Pediatría	3	66,67	11,11	58,33

Variables descriptoras poblacionales

Se realiza un análisis de acuerdo con la edad y a los años de experiencia, no se encuentra ningún tipo de correlación significativa.



Percepción y opiniones

Al analizar cuestiones actitudinales y de percepción ante el cáncer renal, el 56% cree que Ecuador no cuenta con la tecnología suficiente para el diagnóstico y tratamiento de esta patología, así como un 78% que opina que no hay

disponibilidad de medicamentos. A pesar de que es una patología de baja prevalencia, existe un 26% de profesionales que abogan por el tamizaje poblacional y conociendo que la evidencia sugiere un manejo en equipos multidisciplinarios, un 15% cree que esta patología debe manejarse exclusivamente por un profesional especializado en Oncología y no por un equipo multidisciplinario.

Discusión

Los estudios que evalúan conocimientos y actitudes de los profesionales son necesarios, brindan en este caso una línea de base de como los servicios de salud pueden establecer una sospecha diagnóstica en pacientes con riesgo de Cáncer Renal, favoreciendo la intervención temprana y probablemente favoreciendo el pronóstico. Se evalúa en detalle dentro de la comunidad científica el conocimiento de los profesionales sobre patologías oncológicas de alta prevalencia, sin embargo, no existen publicaciones sobre cáncer renal.

Parker evidencia que el conocimiento de los pacientes sobre factores de riesgo de cáncer renal son deficientes, por lo tanto es primordial que haya una captación activa y capacitación del riesgo a través de los profesionales de la salud ²², esto sumado a que existe un esfuerzo diagnóstico que se ve afectado por la etnia del paciente ²³ estructuran un panorama complejo para el Cáncer Renal, en nuestra investigación demostramos que el conocimiento aún es insuficiente en médicos generalistas, por lo tanto es una oportunidad de intervención en pro del mejoramiento de la calidad.

Se ha explorado mucho sobre la multidisciplinaria en el manejo del cáncer o de patologías complejas y se han demostrado resultados valiosos en este enfoque, especialmente en el resultado final respecto de la calidad de vida del paciente, específicamente y según el reporte de Haley, la interacción y coordinación entre el Nefrólogo y el Médico Generalista es indispensable para mejorar el diagnóstico de Cáncer Renal ²⁴, en nuestra investigación demostramos que un 15% de los profesionales aún cree que el manejo de esta patología es de exclusividad del médico tratante especialista en oncología.

Nuestro estudio genera aportes importantes en el Cáncer Renal, ya que no solo identifica vacíos de conocimientos sobre la patología, sino que evidencia la percepción del profesional sobre un sistema de salud que probablemente no está preparado ni estructural ni funcionalmente.

Conclusiones

Los vacíos de conocimiento sobre Cáncer Renal en Médicos Generalistas, probablemente responden a la baja prevalencia de la enfermedad, sin embargo, es un factor que podría incidir en el diagnóstico temprano, aunque se dé principalmente en el componente de tratamiento.

Aunque es bajo el porcentaje aún existe la percepción del manejo de cáncer renal por parte de un especialista y no de un equipo multidisciplinario, lo que sumado a la percepción de un sistema de salud con estructura y funcionalidad insuficiente puedan generar errores en el manejo integral de esta patología.

Referencias bibliográficas

1. Kerr DJ, Haller DG, Velde CJH van de, Baumann M. Oxford Textbook of Oncology. Oxford University Press; 2016. 1041 p.
2. Skinner DG, Colvin RB, Vermillion CD, Pfister RC, Leadbetter WF. Diagnosis and management of renal cell carcinoma. A clinical and pathologic study of 309 cases. *Cancer*. noviembre de 1971;28(5):1165-77.
3. Pinals RS, Krane SM. Medical aspects of renal carcinoma. *Postgrad Med J*. septiembre de 1962;38:507-19.
4. Znaor A, Lortet-Tieulent J, Laversanne M, Jemal A, Bray F. International variations and trends in renal cell carcinoma incidence and mortality. *Eur Urol*. marzo de 2015;67(3):519-30.
5. OMS. Globocan, Reporte de Prevalencia de Cancer Renal en Ecuador [Internet]. Globocan. [citado 25 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/Pages/Map.aspx>
6. Gudbjartsson T, Thoroddsen A, Petursdottir V, Hardarson S, Magnusson J, Einarsson GV. Effect of incidental detection for survival of patients with renal cell carcinoma: results of population-based study of 701 patients. *Urology*. diciembre de 2005;66(6):1186-91.
7. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. *CA Cancer J Clin*. febrero de 2016;66(1):7-30.

8. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh JWW, Comber H, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990. abril de 2013;49(6):1374-403.
9. Escudier B, Porta C, Schmidinger M, Algaba F, Patard JJ, Khoo V, et al. Renal cell carcinoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up†. *Ann Oncol* [Internet]. 9 de enero de 2014 [citado 21 de junio de 2016];25(suppl 3):iii49-56. Disponible en: http://annonc.oxfordjournals.org/content/25/suppl_3/iii49
10. Giménez Bachs JM, Donate Moreno M, Salinas Sánchez AS, Lorenzo Romero JG, Segura Martín M, Hernández Millán IR, et al. Incidencia creciente en el carcinoma de células renales. *Actas Urol Esp* [Internet]. marzo de 2006 [citado 21 de junio de 2016];30(3):295-300. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=50210-48062006000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
11. Schlehofer B, Pommer W, Mellempgaard A, Stewart JH, McCredie M, Niwa S, et al. International renal-cell-cancer study. VI. The role of medical and family history. *Int J Cancer* [Internet]. 11 de junio de 1996 [citado 21 de junio de 2016];66(6):723-6. Disponible en: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1097-0215\(19960611\)66:6<723::AID-IJC2>3.0.CO;2-1/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1097-0215(19960611)66:6<723::AID-IJC2>3.0.CO;2-1/abstract)
12. Gibbons RP, Monte JE, Correa RJ, Mason JT. Manifestations of renal cell carcinoma. *Urology*. septiembre de 1976;8(3):201-6.
13. Sufrin G, Mirand EA, Moore RH, Chu TM, Murphy GP. Hormones in renal cancer. *J Urol*. abril de 1977;117(4):433-8.
14. Gold PJ, Fefer A, Thompson JA. Paraneoplastic manifestations of renal cell carcinoma. *Semin Urol Oncol*. noviembre de 1996;14(4):216-22.
15. Cherukuri SV, Johenning PW, Ram MD. Systemic effects of hypernephroma. *Urology*. agosto de 1977;10(2):93-7.
16. Patard J-J, Leray E, Rioux-Leclercq N, Cindolo L, Ficarra V, Zisman A, et al. Prognostic value of histologic subtypes in renal cell carcinoma: a multicenter experience. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 20 de abril de 2005;23(12):2763-71.
17. Kavolius JP, Mastorakos DP, Pavlovich C, Russo P, Burt ME, Brady MS. Resection of metastatic renal cell carcinoma. *J Clin Oncol* [Internet]. 6 de enero de 1998 [citado 2 de agosto de 2016];16(6):2261-6. Disponible en: <http://jco.ascopubs.org/content/16/6/2261>
18. MOTZER RJ, RUSSO P. SYSTEMIC THERAPY FOR RENAL CELL CARCINOMA. *J Urol* [Internet]. febrero de 2000 [citado 2 de agosto de 2016];163(2):408-17. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022534705678895>
19. Clark JI, Atkins MB, Urba WJ, Creech S, Figlin RA, Dutcher JP, et al. Adjuvant high-dose bolus interleukin-2 for patients with high-risk renal cell carcinoma: a cytokine working group randomized trial. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 15 de agosto de 2003;21(16):3133-40.
20. Messing EM, Manola J, Wilding G, Propert K, Fleischmann J, Crawford ED, et al. Phase III Study of Interferon Alfa-NL as Adjuvant Treatment for Resectable Renal Cell Carcinoma: An Eastern Cooperative Oncology Group/Intergroup Trial. *J Clin Oncol* [Internet]. 4 de enero de 2003 [citado 2 de agosto de 2016];21(7):1214-22. Disponible en: <http://jco.ascopubs.org/content/21/7/1214>
21. Leveridge MJ, Jewett MAS. Recent developments in kidney cancer. *Can Urol Assoc J* [Internet]. junio de 2011 [citado 2 de agosto de 2016];5(3):195-203. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3114031/>
22. Parker AS, Arnold ML, Diehl ND, Hassan L, Thiel DD. Evaluation of awareness of risk factors for kidney cancer among patients presenting to a urology clinic. *Scand J Urol*. junio de 2014;48(3):239-44.
23. Merrill RM, Harris JD, Merrill JG. Differences in incidence rates and early detection of cancer among non-Hispanic and Hispanic Whites in the United States. *Ethn Dis*. 2013;23(3):349-55.
24. Haley WE, Beckrich AL, Sayre J, McNeil R, Fumo P, Rao VM, et al. Improving care coordination between nephrology and primary care: a quality improvement initiative using the renal physicians association toolkit. *Am J Kidney Dis Off J Natl Kidney Found*. enero de 2015;65(1):67-79.