

Artículo Original

Retardo en el diagnóstico de los pacientes con cáncer⁽¹⁾

Delayed diagnose of patients with cancer

Prof. Dra. Ita Yoffe de Quiroz^(*)

RESUMEN

Los pacientes con cáncer tienen peor pronóstico a medida que su enfermedad se encuentra más avanzada. El retardo en la consulta por parte del enfermo, o del diagnóstico por parte del médico, llevan a que los pacientes sean tratados en fases tardías de la enfermedad y por lo tanto tengan menores posibilidades de tratamiento exitoso. Hemos estudiado 192 historias clínicas de pacientes del Departamento de Oncología del Hospital de Clínicas y realizado 30 encuestas a pacientes nuevos, encontrando que el 85% de nuestros pacientes se presentaron con enfermedad avanzada, en el 81% hubo retardo o en la consulta (63%) o en el diagnóstico (27%) o en ambos (8%). El tiempo de retardo fue significativo en media de 9 meses para la consulta y de 6 meses para el diagnóstico. Nuestros pacientes procedían en su mayor parte de Asunción o del Departamento Central, pertenecían a la clase urbana o suburbana pobre y más del 60% tenía 6 años o menos de escolarización. El síntoma menos tenido en cuenta por los pacientes fue el nódulo indoloro, y por los médicos el dolor. Las principales razones para el retardo en la consulta fueron económicas y socioculturales, y en cuanto al retardo médico en el diagnóstico fue debido a indicar tratamientos sintomáticos y no dar importancia a las quejas de los pacientes. Además de un mejor acceso a la salud para todos, se hace necesario un plan de educación popular sobre los síntomas y signos del cáncer, y de gran importancia es brindar una mejor educación de los médicos para distinguir estos síntomas y así llegar al diagnóstico en fases más tempranas, tarea en la cual debe involucrarse la Facultad de Ciencias Médicas.

SUMMARY

Cancer patient's prognosis worsens with advance of disease. Delay in seeking attention or in diagnosis leads to progression of disease. Treatment in advanced stages jeopardises prognosis. We studied 192 patients' charts and performed 30 interviews to new patients admitted in the Oncology Department of the Clinics Hospital. We found 85% of patients with advanced disease, in 81%, delay was founded: 63% in seeking attention, 27% in medical diagnosis and in 8% both. Time of delay was in media 9

1) Monografía aprobada en la FCM en el año 2005

*) Jefa del Departamento de Oncología del Hospital de Clínicas. Profesora Asistente de la Cátedra de Patología Quirúrgica II. Departamento de Oncología del Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas UNA

month to consultation and 6 month to diagnosis. Our patients belonged to an urban or suburban poor class and more than 60% had a low level of education (6 or less years of studies.) Patients didn't care about painless lumps, and doctors didn't care about patients' pain complaints. It is necessary to improve access to health care in Paraguay. It is also necessary an educational program in our country directed both to the population and to the medical community to achieve early diagnosis. In this task our Medical School must be involved.

INTRODUCCIÓN

En los últimos tiempos ha crecido la importancia epidemiológica de las enfermedades crónicas degenerativas, las cuales se han constituido en las primeras causas de morbimortalidad. El cáncer es tanto a nivel mundial como nacional la segunda causa de muerte (1,2). Los avances tecnológicos han mejorado los métodos de diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, aún hoy, el pronóstico del paciente con cáncer depende sobretodo de un diagnóstico precoz, en fases curables de la enfermedad (3, 4, 5,6).

Estudios como el del National Cancer Institute demostraron un 30% de disminución en la mortalidad en pacientes con cáncer de mama detectado con mamografía (3). Kitamura en Japón logró con el diagnóstico precoz del cáncer gástrico (6) supervivencias a 5 años superiores al 50 % que contrastan con el 20% en los países occidentales (5). El rastillaje del cáncer de cuello de útero mediante el estudio masivo con Papanicolaou llevó a que este tumor que era la causa número uno de muerte por cáncer en la mujer en los EEUU en 1928, pasase al sexto lugar en la actualidad (6) Estudios como los de Haagensen en 1979 (7), los del Health Insurance Plan de New York en 1962 (8) y de la Asociación Americana del Cáncer en 1980 (9) demostraron que la detección del cáncer de mama lograba el diagnóstico en fases tempranas con tumores pequeños, sin ganglios comprometidos, reduciendo en un 23% la mortalidad por este cáncer.

Estos estudios fueron confirmados por otros como el del American Collage of Surgeons en 1988 y los de Barnerjee y col (10,11).

Postergar el diagnóstico de cáncer y el inicio del tratamiento resulta en un progresión del tumor y en un pronóstico más sombrío.

Arndt y col describieron dos tipos de retardo:

1. **Por parte del paciente:** desde la percepción del primer síntoma y la consulta
 2. **Del proveedor:** desde la primera consulta hasta el diagnóstico y el inicio del tratamiento
- En nuestra experiencia en el Hospital de Clínicas,

es común que nos lleguen pacientes en estados avanzados de enfermedad por lo cual quisimos estudiar las causas que retardan el diagnóstico en nuestro medio.

OBJETIVOS

1. Analizar la ocurrencia de retardo diagnóstico en los pacientes atendidos en el Departamento de Oncología Médica del Hospital de Clínicas
2. Analizar las causas del retardo
3. Correlacionar el retardo con las condiciones socioeconómicas y culturales de los paciente
4. Comparar nuestros datos con la literatura
5. Proponer estrategias que conduzcan a un diagnóstico más temprano en nuestro medio

MATERIAL Y MÉTODOS

El trabajo fue realizado en dos etapas. En la primera hicimos un estudio retrospectivo de 192 historias clínicas del archivo del Departamento de Oncología del Hospital de Clínicas desde febrero de 2001 a diciembre de 2003, que tuvieran los datos completos. Se consideró como retardo a todo tiempo transcurrido mayor de un mes. Se anotaron las causas y se correlacionaron con edad, sexo, procedencia y síntoma inicial. Se elaboraron tablas y se usaron las funciones promedio, mediana y desvío estándar (DS) de la función estadísticas del programa Excel de Microsoft Office.

En la segunda etapa se realizó un estudio prospectivo con la modalidad de encuesta en la cual, además de los datos anteriores se interrogó a los pacientes sobre su hábitat, conformación del núcleo familiar, escolaridad, trabajo del paciente y cual era el sostén de la familia. Se incluyeron preguntas sobre visión y creencias acerca de la enfermedad, otros tratamientos recibidos, frecuencia de consultas médicas en general ya sea que el paciente tuviese otra enfermedad preexistente o no, y sobre el conocimiento y realización de algunos estudios de detección como la mamografía el PAP y el PAS.

Para la encuesta los pacientes fueron seleccionados al azar entre aquellos que consultaron por primera vez en el Departamento desde septiembre de 2004 a febrero de 2005

RESULTADOS

De las 192 historias 126 (66%) correspondían a pacientes del sexo femenino y 66 (34%) a pacientes del sexo masculino. La edad estuvo comprendida entre los 16 a 85 años con una mediana de 50 años y un DS de $\pm 14,5$ años. El 67% de los pacientes procedían del Departamento Central incluyendo un

47% de Asunción y ciudades aledañas. Veintitrés por ciento procedieron de la Región Oriental y 3,7% del Chaco.

De los 192 pacientes estudiados 154 (81%) presentaron retardo en el diagnóstico. En 96 casos (63%) el retardo fue exclusivamente del paciente, en 42 casos (27%) exclusivamente de los médicos y en 12 casos (8%) se dieron ambos retardos. En un 3% el retardo fue debido a fallas en el sistema de salud (huelga, aparatos que no funcionaban)

El tiempo de retardo fue en media de 8 meses con un promedio de 14 meses $DS \pm 19$ meses. Los pacientes tardaron en consultar en media de 9 meses, mientras que los médicos tardaron en media 6 meses para hacer el diagnóstico. El retardo fue de 11,5 meses cuando ambos componentes estuvieron presentes.

No hemos encontrado correlación entre la procedencia, el sexo y la edad de los pacientes y la ocurrencia de retardo. El retardo sí estuvo correlaciona-

do con el tipo de síntoma inicial. Es así que cuando el síntoma inicial fue un nódulo no doloroso el 89% de los pacientes retrasaron la consulta, mientras que ante la presencia de hemorragia el 43% de los pacientes demoraron en consultar. Por otro lado el dolor fue el síntoma menos tomado en cuenta por los médicos ya que el 80% tardó en hacer el diagnóstico, cuando esta era la queja del paciente, mientras que el nódulo fue el síntoma más tomado en cuenta con 21% de retraso en estos casos.

Entre los motivos argumentados por los pacientes para no consultar la falta de medios estuvo en primer lugar, la presencia de un nódulo que no molestaba y no darle importancia al síntoma esperando que se pase solo fueron otras causas frecuentes (Tabla 1).

Entre las causas de retardo en el diagnóstico médico encontramos: la indicación de tratamientos sintomáticos sin elaboración diagnóstica, no dar importancia a los síntomas referidos por el enfermo y no enviar material extirpado a anatomía patológica (Tabla 2)

Tabla 1: Causas de la demora en la consulta por parte del paciente

Causa	N.º pacientes
No tenía medios para la consulta y/o los estudios	24
Nódulo o tumor que no dolía	22
No dio importancia al síntoma	16
Sólo consultó cuando sintió que empeoraba	12
Se automedicó o recibió remedio yuyo	12
Pensó que se le iba a pasar sólo	4
No quería contar	3
Realizó tratamientos alternativos	3
Otras	4
NC	7

Tabla 2: Causas de la demora en el diagnóstico por parte del médico

Causa	N.º médicos
Indicó tratamientos sintomáticos	22
No dio importancia a la queja del paciente	15
Tratamientos y diagnósticos equivocados	8
Omisión de remisión de material a anatomía patológica	8
Omisión del examen físico	1

Tabla 3: Estadío clínico en relación al retardo en pacientes con cáncer de mama

Estadio	SIN RETARDO		CON RETARDO	
	N.º Pacientes	Porcentaje	N.º Pacientes	Porcentaje
I	1	6,25%	0	0%
II	8	50%	14	21,9%
III	6	37,5%	29	45,3%
IV	1	6,25%	21	32,8%

Tabla 4: *Escolaridad de los pacientes encuestados*

Escolaridad	N.º pacientes	Porcentaje
Ninguna	1	3,4%
Menos de 6 años	9	30%
6 años	9	30%
Más de 6 y menos de 12	3	10%
12 años	4	13,3%
Más de 12 años	4	13,3%

El 29% de los pacientes estudiados tenían al momento del diagnóstico tumores diseminados metastáticos, el 56% presentaban tumores diseminados locorregionalmente y apenas el 15% presentaban un cáncer localizado en el órgano de origen. No hubo en este grupo ningún caso de diagnóstico precoz.

Ochenta pacientes eran mujeres portadoras de cáncer de mama. En este subgrupo pudimos hacer una correlación entre el estadio clínico y el retardo diagnóstico (Tabla 3). Las pacientes en las cuales no hubo retardo en su mayoría estaban en estadios I y II (56,25%) mientras que aquellas que presentaban un retardo diagnóstico en un 78% estaban en estadios avanzados III y IV.

En la encuesta encontramos que la mayoría de los pacientes tenían una baja escolarización. El 73,4% tenían menos de 12 años y el 63,4% 6 años o menos, con un 3,4% sin ninguna escolarización (Tabla 4).

El 60% procedía de zonas urbanas, 16,7% de zonas suburbanas y el 23,3% de áreas rurales. Si bien el 80% vivía en casas de su propiedad, la mayoría de estas viviendas estaban en la categoría de precarias. La mayoría de las mujeres referían ser amas de casa y los varones se dedicaban a la agricultura, eran chóferes, militares y policías de baja graduación y obreros.

La conformación de la familia en 40% era de tipo nuclear, en 23% extensa y en 37% encontramos otros tipos de conformaciones. En 43% de los casos un solo miembro de la familia era responsable del sustento de la misma y en 30% dos miembros de la familia compartían la este rol. En el 23% de los casos el paciente era el único responsable del sustento familiar y en el 27% compartía la responsabilidad con otro miembro de la familia. Encontramos un 10% de casos en que ninguno de los miembros de la familia trabajaba y vivían de la caridad.

Sesenta por ciento de los pacientes consultaron con alguien más además del médico. Treinta por ciento lo hicieron con el médico tradicional o “médico ñaña”, otros fueron con el farmacéutico, con veci-

nos, amigos, familiares y “médicos naturalistas”

Cuarenta por ciento de los pacientes se medicaron con “remedio yuyos”, 17% se automedicaron y otros hicieron tratamientos con acupuntura, rezos, frotación de barro, alcohol o pomadas. Un paciente hizo mención a un remedio japonés y uno se embochaba para no sentir dolor.

Dos pacientes refirieron recurrir a la medicina tradicional ante el fracaso de los tratamientos propuestos por los primeros médicos con quienes consultaron.

Cuando preguntados que pensaban que tenían, 27% dijeron que pensaron que no era nada, 27% pensaron en dolencias banales que se les iban a pasar solas, 17% atribuyeron sus síntomas a un golpe, 10% pensaron en un “quiste”, 7% pensaron en un “tumor” y 7% en “algo malo”. Ningún paciente pronunció la palabra cáncer.

De los pacientes encuestados 63% no tenían afecciones preexistentes y de estos 52% nunca habían consultado con un médico. El 37% tenía una afección previamente diagnosticada pero sólo el 54% de los mismos se controlaba en forma regular.

Todas las mujeres encuestadas conocían el examen de Papanicolaou y el 79% se había lo había practicado por lo menos una vez pero sólo el 47% lo hacía en forma regular. Ninguna paciente se había hecho mamografías de control y el PAS no era conocido por ninguno de los hombres encuestados.

DISCUSIÓN

El factor pronóstico más importante en un paciente con cáncer es el estado de avance de la enfermedad al momento del diagnóstico (7,11,13,14) El retardo en el reconocimiento de los síntomas y el diagnóstico de la enfermedad reducen la posibilidad de curaciones o supervivencias prolongadas de calidad.

Apenas 15% de los pacientes en este estudio presentaban la enfermedad localizada en el órgano de origen y como vimos en el caso de las pacientes con

cáncer de mama el retardo en el diagnóstico tuvo directa influencia en el estado de avance.

Hemos identificado dos componentes de retardo: **retardo en la consulta** (debido al paciente) y **en el diagnóstico** (debido al médico)

Los investigadores que han estudiado los factores que determinan el **retraso en la consulta** han citado factores socioeconómicos como: bajo nivel de ingresos, bajo nivel de educación, carencia de seguro de salud, dificultades en el acceso a la atención médica, dificultades de transporte, prioridades vitales más importantes y factores culturales como: percepción del riesgo de cáncer, conocimientos acerca de la enfermedad, creencias culturales y religiosas y confianza en la medicina académica y sus tratamientos (15,16, 17).

Los pacientes del Departamento de Oncología pertenecen, en su mayoría a la clase urbana y suburbana pobre y en menor proporción 23% al área rural. En la mayoría de los casos los ingresos del núcleo familiar apenas cubren las necesidades básicas.

Otras necesidades urgentes de vida, restricciones financieras y calidad de los recursos de salud disponibles son entre otras barreras para la consulta precoz (21). En nuestro trabajo 20% de los pacientes adujo esta causa y 40% que el síntoma no le preocupaba porque no le molestaba. Pero la razón económica como única razón fue citada por la cuarta parte de los pacientes: *“Cuando te vas al médico te piden estudios y eso cuesta plata y yo no tenía”*

Ninguno de nuestros pacientes tenía seguro médico y esta dificultad de acceso a la atención médica como factor de retardo ha sido señalada por numerosos autores (16, 17, 18, 19, 20, 21,22 y 23). Otro de los factores citados es el nivel de escolarización de los pacientes (13, 17, 18, 22 y 23). Nuestros pacientes en su mayoría tenían 6 o menos años de escolarización.

A estos factores se suma la creencia de que el cáncer es incurable (24, 25, 26) y el temor que esta enfermedad despierta asociándola con una muerte inevitable. Este factor estuvo presente en nuestro material, con dilaciones a biopsias solicitadas por miedo a que fuera cáncer. De hecho los pacientes no usan la palabra “cáncer” y se refieren a “la enfermedad” “el tumor” “algo malo”.

Factores de accesibilidad, confianza y creencias hacen que muchos pacientes acudan a otras formas de medicina (tradicional, alternativa, etc....) (27, 28, 29, 30).

Otra de las causas de avance de la enfermedad es el **retardo en el diagnóstico** una vez que el paciente ha consultado. Esto ocurrió en el 36% de nuestros casos con una media de 6 meses, tiempo muy im-

portante y suficiente para convertir en incurable un tumor maligno.

La responsabilidad del médico en esta situación ha sido señalada por varios investigadores (12, 31, 32, 33,34) En nuestro estudio el tratamiento sintomático sin ninguna elaboración diagnóstica y el no dar importancia a las quejas de los pacientes fueron las causas más frecuentes. Estas y el no envío de material resecado para estudio de anatomía patológica caen dentro de la figura de negligencia médica.

Se ha señalado la importancia de involucrar al sistema público de salud y de formar a los médicos en un entrenamiento básico sobre el diagnóstico prevención y tratamiento del cáncer, así como de los adelantos que se producen en este campo para vencer la ignorancia y el escepticismo de los mismos (34, 35, 36, 37,38)

Beltrán señala la importancia de introducir esta formación en el pregrado de los médicos, dentistas, enfermeras y paramédicos. Dice que las escuelas de medicina son las responsables de introducir estos cambios en sus currículos (36). Lo mismo opina el Dr. Ospina sobre la responsabilidad de las escuelas de medicina en la integración de la enseñanza del cáncer en la educación profesional (39).

En este estudio hemos visto como pacientes no informados, sin recursos y sin acceso a la salud consultan tarde pero también en más de un tercio de los casos hubo falla médica. Quizás en los dos tercios restantes el paciente acudía tan enfermo que era imposible no hacer un diagnóstico

CONCLUSIONES

El retardo diagnóstico del paciente con cáncer es altamente frecuente con más de 80% de casos con retardo. El paciente es responsable en más del 60% de los casos y los médicos en más del 35% con tiempos significativamente prolongados en media mayores de 6 meses. La falta de educación, recursos económicos y acceso a la salud fueron las principales causas en los pacientes. En los médicos las principales fallas fueron los tratamientos sintomáticos, el no dar importancia a las quejas de los pacientes y no remitir materiales resecados a anatomía patológica.

Es evidente la necesidad de mejorar el sistema de salud para asegurar a todos el acceso a la atención de la salud pero no menos importante es la educación, por una parte de la población en general, y en lo que a nosotros, como Facultad de Ciencias Médicas, nos concierne: perfeccionar la formación de los médicos de primera línea para que estén preparados para detectar y diagnosticar el cáncer a fin de mejorar el pronóstico de los pacientes

RECOMENDACIONES DE LA UICC PARA LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CÁNCER

1. Mantenga un comportamiento sexual sano y una adecuada higiene
2. Evite el exceso de peso y coma frecuentemente frutas, cereales, legumbres y verduras.
3. No consuma tabaco y respete al no fumador
4. Modere el consumo de bebidas alcohólicas
5. Protéjase de la exposición al sol
6. Siga las recomendaciones de seguridad, siempre que por su actividad esté expuesto a sustancias cancerígenas
7. Acuda regularmente a hacerse una citología
8. Examínese sus mamas mensualmente y realícese una mamografía anual a partir de los 40 años
9. Consulte a su médico en caso de aparición de un bulto, llaga o herida (incluso en la boca) que no cicatriza y cambio de color en un lunar o verruga
10. Consulte a su médico en caso de trastornos persistentes como pérdida de peso injustificada, molestias gástricas y cambios en sus hábitos intestinales o urinarios, tos, ronquera o dificultad al tragar

LAS SIETE SEÑALES DEL CÁNCER

1. Cambios en los hábitos intestinales y/o urinarios
2. Una herida que no cicatriza
3. Sangrado o secreción anormal
4. Engrosamiento o bulto en la mama o en otro lugar
5. Indigestión o dificultades para tragar
6. Cambio de un lunar o una verruga
7. Tos o ronquera continuas

EXAMENES DE DETECCIÓN RECOMENDADOS

- Papanicolaou una vez al año, para todas las mujeres con vida sexual activa.
- Mamografía anual a partir de los 40 años
- Test de sangre oculta en materia fecal anual a partir de los 50 años
- PAS anual a todos los hombres a partir de los 50 años
- Colonoscopia periódica a pacientes con factores de riesgo:
 - o Antecedentes familiares de cáncer de colon (varios)
 - o Poliposis hereditaria familiar
 - o Antecedente personal de adenomas de colon
 - o Colitis ulcerosa o Enfermedad de Crohn

BIBLIOGRAFÍA

1. Robles S.C, White F, Peruga A Tendencias en mortalidad por cáncer de cuello de útero en las Américas. Bol Oficina Sanit Panamericana 1996; 121(6): 478-490.
2. Registro de Certificados de Defunción, Departamento de estadísticas vitales MSP y BS 1997,1998,1999 y 2000
3. Ballard-Barbach R Brown Martin L, Potosky AL Exploring the role of Prevention, Screening and Treatment in Cancer Trends. Educational Book American Cancer Society of Clinical Oncology 2002; 127-136
4. Kowalsky LP, Quiroz Y I, Abrao Possik R, Pires DR, Asai M, Abrao A. Problemas Do Diagnostico Precoce do Cancer Gástrico. Acta Oncológica Brasileira 1981; 2: 9-12.
5. Kikamura BK, Yamaguchi T, Sawai K. Chronologic Changes in Clinicopathologic findings and Survival of Gastric Cancer. Clinical Oncology 1997;15(12):3471-3480.
6. Averette HE, Steren A , Nguyen HN . Screening in Gynecologic Cancer. Cancer 1993; 72: 1043-1049
7. Haagensen C. Historia Natural del carcinoma de mama.Haagensen En Enfermedades de la mama Buenos Aires: Editorial Beta;1979. p.410-497.
8. Strax Ph. Mass Screening for Control of Breast Cancer. Cancer 1984; 53: 665-670
9. Smart Ch R . Highlights of the evidence of Benefit for Women aged 40 – 49 years Folow up of the Breast Cancer Detection Demonstration Project. Cancer 1994;74: 296-320
10. Dodd G. . Screening for Breast Cancer. Cancer 1993; 72: 1038-1048.
11. Barnerjee M, George J, Song EY, Roy A, Hryniuk W, Tree-based Model for Breast Cancer prognostication. J. Clin. Oncol 2004; 22: 2567-2575.
12. Arndt V, Stumer T, Stegmaier C, Ziegler H, Becker A, Brenner H. Provider Delay Among patients with breast Cancer in Germany. A population –Based Study. J. Clin. Oncol 2003; 21: 1440-1446.
13. Conlisk EA, Lengerich EJ, Demark-Wahnefried W, Schildkraut JM, Aldrich TE. Prostate Cancer. Demographic and Behavioral correlates of stage at diagnosis among black and whites in North Carolina. Urology 1999; 53(6): 1194-1199.
14. Jepson Ch, Schultz D, Lusk E, McCorkler R. Enforced Social dependency and Its relationship to Cancer Survival. Cancer Practice 1997; 5(3): 155-161.
15. Gilliland FD, Hunt WC , Key CR. Trends in the Survival of American Indian, Hispanic and Non-Hispanic White Cancer Patients in New Mexico and Arizona: 1969-1994. Cancer 1998; 82: 1769-83
16. Lanning DR, Mathews HF, Swanson MS, Swanson FH MD, Edwards MS RN. Influence of Socioeconomic and Cultural factors on Racial Differences in late Stage Presentation of Breast Cancer. JAMA 1998; 279:1801-1807
17. Lanning DR , Mathews HF, Mitchell J, Swanson FH, Impacting cultural attitudes in African –American women to decrease breast cancer mortality. The Am. J. Of Surgery 2002;184 :418-423.
18. Chen MS Jr. Behavioral and Psychosocial Reserch in the underserved. An agenda for the future. Cancer 1994; 74: 1503-1508.
19. Brawley OW.: Disaggregating the effects of race and Poverty on breast cancer outcomes. J. Natl Cancer Inst. 2002;94(7): 471-473.
20. Canadian Public Health Association Board of Directors Discussion Paper: Health Impacts of Social Economic Conditions : implications for public policy Panamerican Health 1995.
21. Lacey L. Cancer prevention an early detection strategies for reaching underserved urban low- income black women: Barriers and Objectives. Cancer 1993;72: 1078-83
22. Aguilar PN, Lezcano Ponce EC, Alonso de Ruiz P, Ramírez-Sánchez T, Cantoral Uriza et al. Factores asociados con la familiaridad de mujeres mexicanas con la función del Papanicolaou. Bol. Oficina Sanit. Panam 1996;121(6): 536-541.
23. Haagensen C D. Papel de la mujer en la Detección de la enfermedad mamaria. En Enfermedades de la mama Buenos Aires, Editorial Beta 1979. p 92-104.
24. Mc. Kenna R.J.. Clinical Aspects of Cáncer in the Elderly. Treatment Desicions, Treatment Choises, and follow up. Cancer 1994; 74; 2107-17.
25. Zavertnik, J.: Strategies for Reaching Poor Blacks and Hispanics in Dade County Florida Cancer 1993; 72: 1088-92.
26. Tarnopolski S. Los curanderos, mis colegas Macondo Ediciones SRL Bs. As, 1979.
27. Rodriguez Doldán S. Antropología Cultural Aplicada a las Ciencias de la Salud. CEADUC Asunción, 2004,
28. Dominitz J.A., Samsa GP, Landsman P, and Provenzale D. Race Treatment and Survival among Colorrectal Carcinoma Patients in an Equal-Access Medical System Cancer 1998; 82: 2312-20.
29. Ulcickas Y.M, Cole Johnson C, Blount A , Abrams J, Wolman E, McCarty B et al. Race and Diffeences in Breast Cancer Survival in a Managed Care Population. J. Of Natl. Cancer inst. 1999; 91: 1487-91
30. Fleer, J; Sleifer, D. and Hodstra J.E. : Delay in Diagnosis of testicular cancer Abstract 4602 ASCO 2004.
31. Haagensen C. D. Papel del Médico en la detección y diagnóstico del Cáncer de mama, En Haagensen Enfermedades de la mama Editorial Beta Buenos Aires 1979; 105-158
32. Haagensen CD: El diagnóstico del Carcinoma de mama. En Haagensen Enfermedades de la mama Editorial Beta Buenos Aires 1979; 516-544.
33. Tubiana M.: Eurocan Control: A New UICC Initiative. UICC News Vol XI N° 4 2000, 1.
34. Mc Phee S.J and Detmer W M. Office – Based Interventions to improve Delivery of Cancer prevention Services By Primary Care Physicians. Cancer 1993; 72: 1100-12
35. Beltrán Ortega A, Pyritz D and Carby-Mutambirwa B Education: A Powerful Tool for Cancer Control. UICC News 2001; XII (2): 1.
36. Junqueira A.CC, Workshop on Cancer Education for medical Students in Venezuela UICC News 1996; VII (4): 5.
37. Robinson E, Haagedoorn ML, A UICC/CCCE Cancer Education Project for Medical Schools UICC News 2000; XI (1): 5.
38. Ospina J E, Cancer Education: Making a Difference UICC News 2001; XII (2):3.