

ONCOLOGÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA. PREVENCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

**Félix Zubiri Sáenz, Jesús Honorato Pérez
y Wilson Astudillo Alarcón**

RESUMEN

Los progresos en Oncología han experimentado un gran avance en las últimas décadas. Los antiguos objetivos de esta disciplina que consistían en diagnóstico, curación, y paliación, han visto ampliados sus horizontes con nuevas propuestas que incluyen ahora la prevención, el diagnóstico precoz, los tratamientos curativos o que prolongan la supervivencia, de soporte, rehabilitación y cuidados paliativos. En muchos de estos campos, el Médico de AP es una pieza fundamental, en coordinación con los Servicios Especializados, de cara a realizar un adecuado tratamiento de los pacientes oncológicos. Sin embargo, la gran labor del Médico de AP comienza con el importante papel de la prevención y la promoción de la salud, educando a la población en aquellos supuestos factores, tanto ambientales como individuales, que pueden ser causa de un proceso maligno. Si el diagnóstico de la enfermedad oncológica se ha hecho patente, el Médico de AP deberá efectuar un

seguimiento continuado del enfermo y valorar todos los efectos secundarios y reagudizaciones de su proceso, así como las enfermedades que vayan planteándose sobreañadidas que pueden ir apareciendo. Si el paciente sobrevive, existen muchas cosas por hacer para ayudarle a reintegrarse a su vida normal y a superar posibles incapacidades que pueden quedar por los tratamientos del cáncer. En la fase final, el médico de Familia deberá intensificar el control de síntomas y promover los mayores apoyos psicosociales al enfermo y a las familias. Para realizar adecuadamente todas estas funciones, es imprescindible que adquiera unos conocimientos básicos sobre Oncología, cuidados paliativos y los problemas de los supervivientes del cáncer. Una buena comunicación y coordinación del médico de AP con los servicios hospitalarios de referencia es fundamental para que mejore la calidad de atención y la eficiencia global de nuestro trabajo en beneficio de estos enfermos. Debe ser planificada y estimulada por las administraciones sanitarias.

INTRODUCCIÓN

La Oncología ha experimentado un cambio sustancial en la última década en sentido positivo. Las tasas de mortalidad por cáncer han disminuido considerablemente y su descenso no tiene precedentes. De igual manera, la supervivencia ha ido en aumento debido a los nuevos conocimientos epidemiológicos y a la instauración de tratamientos más complejos y prolongados.

El diagnóstico del cáncer dependía hasta hace poco tiempo de la mor-

fología y otros criterios fenotípicos. Actualmente, la anatomía patológica dispone de técnicas moleculares muy sensibles que permiten seguir los cambios genéticos específicos en varios tumores e identificar las células malignas ocultas en tejidos aparentemente sanos. La biología molecular a su vez, proporciona herramientas para estudiar los genes implicados en el cáncer. De este modo, gracias al descubrimiento de los mecanismos moleculares relacionados con el desarrollo de los tumores, se está conociendo el proceso de la *carcinogénesis humana*. El

hallazgo y estudio de los oncogenes y antioncogenes ha sido esencial en el desarrollo de la biología molecular de estos procesos^{1,2}.

Los avances en investigación sobre el crecimiento y la diferenciación celular han revolucionado el diagnóstico y el pronóstico de las neoplasias malignas. El diagnóstico genético permite vislumbrar nuevas formas de tratamiento y vigilancia para cada paciente en concreto. Además, el estudio del ADN ha proporcionado un avance extraordinario en la investigación oncológica y está abriendo caminos para analizar los procesos biológicos que subyacen en el crecimiento de los tumores. No obstante, cuando se diagnostica un cáncer, incluso con las técnicas más avanzadas, ya suele haber transcurrido más del 90% de la vida biológica del tumor y se han perdido excelentes oportunidades para luchar contra ese proceso neoplásico. En este sentido, la OMS estima que hasta el 50% de los cánceres podría prevenirse^{1,3,4}. Está demostrado que el estilo de vida es el causante de más del 90% de todos los cánceres y que menos del 6% tiene una base genética.

Por este motivo, el Médico de Atención Primaria (AP), está en una excelente situación en el organigrama sanitario para poder instaurar programas de cribado y de prevención que incidan positivamente sobre los hábitos poblacionales, medio ambiente y factores de riesgo que se encuentren implicados en la génesis del cáncer. El cribado detecta anomalías antes de que sean clínicamente aparentes, permitiendo que la intervención se produzca antes de que el cáncer se desarrolle, o que éste se detecte en etapa temprana cuando el tratamiento es todavía eficaz. La prevención actúa en la modificación del

ambiente y factores de riesgo que promueven el cáncer^{4,5}. Está demostrado que el fomento de hábitos saludables, las políticas de control de contaminantes ambientales, o la detección precoz de la enfermedad en sus estadios iniciales entre otros, son hoy por hoy armas eficaces para disminuir la mortalidad producida por los procesos cancerosos.

EL PAPEL DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ENFERMEDAD CANCEROSA

La función del Médico de AP excede ampliamente (o debería exceder) de la de ser un mero y exclusivo filtro de la atención especializada en el proceso de enfermar. Su significado y actuación se extiende mucho más allá de ese limitado horizonte que a veces se le otorga, y al que son derivadas patologías crónicas y laboriosas para su repetido control. Creemos, por el contrario, que tiene unas funciones específicas y exquisitas que cumplir como primer eslabón del sistema sanitario y que suya es la responsabilidad y el privilegio de decidir y acometer, entre otras, las siguientes obligaciones⁶⁻⁹:

- a) En qué lugar del sistema sanitario debe realizarse la atención a un problema de salud.
- b) Cómo puede proteger al paciente de exploraciones, tratamientos y desplazamientos no indicados, y a veces innecesarios.
- c) Cómo puede mejorar la eficiencia, y efectividad del sistema, al coordinar, y a veces adecuar, consultas y exploraciones ordenadas en otros niveles asistenciales.

- d) Cómo debe solventar los efectos secundarios de la medicación y resolver las complicaciones de la enfermedad.
- e) Y llegado el caso, cómo tratar a domicilio a un paciente encamado o en fase terminal.

Su labor comienza con el importante papel que desempeña en la prevención primaria y secundaria. Le ayudan a ello el conocimiento de la situación socio-económica de su zona geográfica, la proximidad a la población, la autoridad moral que ejerce en su entorno, y la confianza de los enfermos en él depositada. Todo esto contribuye a otorgarle un destacado papel como educador, tanto en la prevención de la enfermedad, como durante el tratamiento en la fase activa de la misma. Éstas premisas, que son comunes a cualquier proceso médico, se tornan extraordinariamente importantes en cuadros oncológicos graves, ya que implican considerables esfuerzos personales que debe coordinar al unísono en estas ocasiones, así como los aspectos psicológicos, sociales, familiares, paliativos, y llegado el caso, incluso el duelo, tras el éxitus del paciente¹⁰.

La correcta coordinación y comunicación entre los distintos especialistas que atienden al enfermo, desde el comienzo del proceso oncológico, hasta su resultado o desenlace final, es otra actividad importante en el diario quehacer del Médico de A.P. De la adecuada armonización entre los diferentes estamentos especializados, y de éstos con el médico de AP, dependerá la calidad de la asistencia prestada. No es de extrañar en este sentido que oncólogos de prestigio hayan reconocido que, a veces, el porvenir de un paciente neoplásico

viene determinado, con frecuencia, por el primer médico que le asiste, y ese profesional suele ser, en muchas ocasiones, el médico de Atención Primaria.

EL MÉDICO DE AP Y LA COORDINACIÓN-COMUNICACIÓN ENTRE ESTAMENTOS ASISTENCIALES

Es un hecho reconocido que el médico de AP, sin el servicio especializado en el que apoyarse, no dispone de criterios suficientes para actuar en determinados momentos de la enfermedad oncológica a nivel ambulatorio o domiciliario. Pero, por otra parte, no es menos cierto que los Servicios Especializados necesitan del soporte de la Atención Primaria para la continuidad y buena cumplimentación del tratamiento, una vez que el paciente ha dejado el Hospital. En este sentido, todo el mundo debe ser consciente de que el enfermo no puede ser considerado como un problema exclusivo del Centro Hospitalario cuando ya ha sido dado de alta. Es entonces cuando el enfermo necesitará que exista una adecuada coordinación entre su médico de familia y los Servicios Especializados con el fin de que la continuidad asistencial no se interrumpa ni que la asistencia ambulatoria y domiciliaria sufra menoscabo.

Por ello, el papel del Médico de AP debería extenderse también hacia el conocimiento de las complicaciones neoplásicas y su tratamiento, cuando menos inicial, tanto en los procesos derivados de la enfermedad cancerosa como en aquellos otros consecuencia de los efectos secundarios de las terapias aplicadas. Para este menester, serían imprescindibles unos conocimientos básicos sobre Oncología que

desafortunadamente este médico no ha adquirido (porque no los ha recibido durante la licenciatura). Para solventar estas deficiencias es necesario como comentábamos anteriormente, una buena comunicación recíproca con el centro oncológico de referencia.

El objetivo de esta coordinación debe ser proporcionar al paciente una atención sanitaria integral con la mayor calidad, asegurando, como ya hemos comentado, la continuidad de los cuidados y la detección de problemas clínicos (e incluso sociales). Somos conscientes, no obstante, de que existen a veces dificultades para establecer dicha comunicación y coordinar enlaces entre niveles asistenciales. La falta de vías ágiles de contacto, el desconocimiento por parte del médico de AP de que un determinado paciente se encuentra en tratamiento, la sobrecarga asistencial y la ausencia de formación pre y postgrado sobre esta especialidad en este profesional, son dificultades que deberían solventarse por el bien de los enfermos.

BASES DE ACTUACIÓN DEL MÉDICO DE A.P. EN EL QUEHACER DIARIO DE LA ONCOLOGÍA

En los últimos años, los cambios en los objetivos de la Oncología han sido a todas luces evidentes. Lo que hasta hace poco tiempo se concretaba y resumía a la hora de abordar un proceso neoplásico en diagnóstico, tratamiento (curación) y paliación, hoy incluye aspectos como la prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, curación, rehabilitación, soporte, prolongación de supervivencia y cuidados

paliativos. En *todas* estas etapas de la enfermedad oncológica, los médicos de AP tienen un gran papel a desempeñar y misión en la que participar, sobre todo en lo que a *prevención primaria* y también secundaria se refiere (que son los aspectos más importantes de cualquier proceso pues podemos evitar que se produzca). No hablemos ya de la participación e implicación del médico de cabecera en los aspectos de paliación y atención a la fase terminal^{1,11,12}.

La *prevención* es un aspecto fundamental del trabajo del Médico de AP. Los oncólogos clínicos, en general, no han prestado años atrás el suficiente aprecio a los factores preventivos. Ahora parece que su actitud va cambiando. En este contexto, el médico de AP es un privilegiado del sistema ya que por su consulta discurre casi toda la población, llamémosle de riesgo, perteneciente a su Zona Básica de Salud. La hiperfrecuentación (favorecida por la mal llamada y peor utilizada accesibilidad que muchas veces tiene su lado negativo en la sobrecarga asistencial que ocasiona) otorga, esta vez, la posibilidad de efectuar una gran labor preventiva y un destaje reglado de los posibles y futuros cuadros oncológicos.

PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA. LUCHA CONTRA LOS FACTORES DE RIESGO Y DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER. PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN DE LA SALUD

La *prevención primaria* está dirigida a evitar la aparición inicial de

una enfermedad o dolencia. Se apoya fundamentalmente en la Promoción y en la Educación para la Salud. Tiene como objetivo primordial la reducción de la incidencia de un proceso patológico mediante cambios de los factores de riesgo asociados a su desarrollo. Actúa dentro del período prepatogénico de la historia de la enfermedad. La *prevención primaria* se ha venido utilizando como término complementario de la Promoción de la Salud. La *prevención* de la enfermedad es aquella actuación encaminada a efectuar acciones en los individuos y en las poblaciones por considerarlos expuestos a factores de riesgo identificables, asociados a menudo a diferentes comportamientos también de riesgo. Por el contrario, en la Promoción de la salud las estrategias se dirigen hacia la población general y no sólo a las expuestas a un determinado factor de riesgo⁷.

El término Educación para la Salud podríamos definirlo como un proceso de comunicación interpersonal dirigido a proporcionar la información necesaria para un examen crítico de los problemas de salud. Debe entenderse como una estrategia de la promoción de la salud y también de la acción preventiva.

En España se diagnostican cada año cerca de 160.000 nuevos casos de cáncer (98.000 en hombres y 64.000 en mujeres aproximadamente) siendo la 2ª causa de muerte y la 1ª enfermedad que provoca la mayor cantidad de años de vida perdidos. En nuestro medio, uno de cada tres hombres y una de cada cinco mujeres desarrollarán un cáncer antes de los 74 años. Muchos de ellos podrían prevenirse o diagnosticarse precoz-

mente y evitar así ese 30% de todas las muertes que este proceso origina a nivel nacional.

Entre las causas de muerte más frecuentes en los varones se encuentra el cáncer de pulmón, seguido del de próstata y del colorrectal (en algunos registros, el de próstata ya ocupa el primer lugar siguiendo patrones europeos, debido en parte a los cribados de PSA y a que el de pulmón ha disminuido algo por la concienciación de los individuos en las dos últimas décadas a dejar de fumar.

En las mujeres, el de mama ocupa el primer lugar en fallecimientos, seguido del colorrectal. Estos datos son similares a los de los países desarrollados con alguna salvedad como que la de que el cáncer de pulmón entre las mujeres en España, desde los años 70, ha iniciado un ascenso constatable a consecuencia de su adicción al tabaquismo, ascenso producido más tarde que en otros países, con lo que se espera mayor incremento en los próximos años.

Otro aspecto específico de nuestro país es que el cáncer de vejiga urinaria y el de laringe son los únicos cuya incidencia se sitúa entre los más elevados del mundo. El melanoma y el linfoma muestran una clara tendencia a aumentar, no sólo en España sino en toda Europa. Cada año en este último muere una de cada 4 personas por cáncer. Se diagnostican alrededor de 2 millones de nuevos tumores al año, y lo más escalofriante es que, *un tercio, podrían ser prevenibles* potencialmente, con una variabilidad significativa para los diferentes tipos de tumores (recientemente Bruselas alerta de que se realizan menos pruebas de detección de cáncer que las recomendadas por la U.E.).

LUCHA CONTRA LOS FACTORES DE RIESGO

Las personas asintomáticas constituyen la población a la que va dirigida la prevención primaria. Es misión fundamental del Médico de AP orientar a sus pacientes sobre las causas de riesgo posibles desencadenantes de tumores. Por ahora se han identificado 9 factores de riesgo modificables que originan un 35 % de las muertes por cáncer: tabaco, uso de alcohol, dieta baja en frutas y vegetales, exceso de peso, inactividad, sexo no protegido, polución urbana, empleo de carburantes líquidos e inyecciones contaminadas en ambientes sanitarios. Los estilos de vida se han asociado a diversos cánceres, incluyendo los más comunes en el mundo desarrollado: los de pulmón, colorrectal, próstata y cáncer de mama. Son también factores de riesgo para otras enfermedades como el ictus, enfermedades cardiovasculares y la diabetes^{4,10-13}. Dichas causas deben analizarse a conciencia. El Código Europeo contra el cáncer refleja los factores más importantes en la prevención de esta enfermedad. Enumeramos a continuación algunos de dichos factores:

- No fume
 - Evite la obesidad
 - Haga ejercicio físico vigoroso diariamente
 - Aumente el consumo diario y la variedad de vegetales y frutas
 - Si bebe alcohol que sea cerveza. Modere el uso de vino y licores
 - Evite la excesiva exposición al sol, especialmente en niños y adolescentes
 - Prevenga la exposición a sustancias que puedan causar cáncer
- Desde los 25 años las mujeres deberían participar en programas de detección de cuello de útero y a partir de los 50 del de mama
 - A partir de los 50 hombres y mujeres deberían participar en programas de cáncer de colon-recto.
 - Se debe vacunar contra la hepatitis B para prevenir un cáncer de hígado posterior

Estos consejos se podrían resumir en que orientan hacia estilos de vida más sanos e inciden en programas de Salud Pública, de cara a prevenir el desarrollo de cánceres y a aumentar las probabilidades de curación.

Factores genéticos: Desempeñan un papel importante en la etiopatogenia de las neoplasias malignas y se detectan cada vez más gracias a los progresos realizados en la identificación de los genes y sus alteraciones, sobre todo tras la secuenciación del genoma humano. Se ha demostrado que una historia familiar previa con patología cancerosa, comporta un cierto riesgo de aparición de tumores. Sin embargo, menos del 6% de los cánceres tiene una base genética conocida^{14,15}. La orientación del médico de AP en estas circunstancias es muy importante en el sentido de aconsejar a los familiares sanos sobre la conveniencia de efectuar un estudio genético. El primer paso es la realización e interpretación del árbol genealógico del paciente para determinar si hay casos de cáncer en su familia que justifiquen remitirlo a un servicio especializado. No obstante, no hay que confundir entre el cáncer here-

ditario y el componente genético del tumor, porque el cáncer es siempre una enfermedad genética, aunque no todos tienen un componente hereditario. Las nuevas técnicas de laboratorio permiten estudiar los genes implicados y sus principales mutaciones. El médico sospechará un cáncer familiar por los siguientes detalles:

- Existencia de varios casos del mismo tumor entre varios familiares cercanos de una o varias generaciones (aunque puede tratarse de tumores causados por factores ambientales del mismo tipo de cáncer en la familia).
- La multifocalidad. Si aparecen varios focos del tumor en el mismo tejido en un corto período de tiempo.
- Defectos congénitos asociados: el cáncer familiar se relaciona en muchas ocasiones a determinados defectos congénitos.
- La afectación a órganos pares: si la neoplasia afecta a órganos pares, como los dos riñones o ambas mamas.

En la actualidad se conocen más de 200 síndromes hereditarios que cuentan con un tumor como una de sus manifestaciones. No obstante, sólo en 40 de estas patologías, las más frecuentes, se conoce cuál es el gen responsable de la enfermedad. De estas últimas, el 80 % de los casos se corresponde con diagnósticos de cáncer de mama, ovario y de colon. La genética influirá también en la prevención y detección precoz del cáncer. Más información sobre este tema se puede obtener de: <http://cancerfamiliar.institutoroche.es>.

Dieta: Estudios recientes atribuyen directa o indirectamente a la dieta hasta un 35% de muertes por cáncer. La evidencia científica no ha demostrado una relación consistente entre el consumo de grasas y el cáncer de colon y mama, aunque ésta es más convincente con relación al cáncer de próstata. Las frutas, las verduras y la fibra se consideran alimentos protectores para el cáncer de estómago, cavidad oral, esófago, pulmón y mama. Existe interés creciente acerca del efecto protector de ciertas vitaminas, betacarotenos y retinoides (C y E), pero no se ha probado que los suplementos multivitamínicos y minerales proporcionen más beneficio que una dieta balanceada y saludable.

Obesidad. La obesidad aumenta el riesgo de cáncer de endometrio, ovario y mama en las mujeres posmenopáusicas, así como el de próstata, colon, recto, hígado, vesícula biliar, páncreas, estómago y cervix, así como el mieloma múltiple y linfoma no Hodgkin. Los estudios observacionales sugieren que la obesidad en los E. Unidos puede causar un 14 % de las muertes por cáncer en varones y 20 % en mujeres. Un hallazgo claro es que el exceso de calorías de cualquier fuente conduce a una ganancia de peso y a un aumento del riesgo de múltiples cánceres.

Tabaco: El tabaquismo es una de las mayores causas de muerte en los países desarrollados. En la C. Europea fallecen cada año medio millón de personas como consecuencia del consumo del tabaco. Estudios de evidencia han demostrado que éste es un factor causal en el cáncer de pulmón, cavidad oral, faringe, laringe, senos paranasales, hígado, estómago, riñón,

colon, vejiga y leucemia. El riesgo de desarrollar cáncer es 10-20 veces más elevado en los fumadores que en los no fumadores y este riesgo es mayor cuanto menor es la edad de inicio en el consumo¹⁶. La mitad de los que fallecen por el tabaco lo hacen por una enfermedad relacionada al mismo. Los fumadores pierden un promedio de 13 años de vida por su adicción¹⁷. Las personas expuestas a los ambientes con humo del tabaco aumentan en un 30% el riesgo de padecer cáncer de pulmón. El tabaco actúa sobre múltiples etapas de la carcinogénesis: transporta carcinógenos directamente a los tejidos, produce irritación e inflamación, e interfiere en las barreras naturales de protección. El Médico de AP tiene una gran labor preventiva a desarrollar en este campo bien a través de consejos individuales en su consulta o bien mediante grupos operativos de deshabituación. El cese del tabaco reduce el riesgo de enfermedades relacionadas y disminuye la mortalidad¹⁷.

Exceso de exposición solar: Como es bien conocido, las radiaciones solares contribuyen a la aparición de melanomas y otros cánceres de piel no melanomatosos. La radiación ultravioleta causa mutaciones genéticas e interfiere con el sistema inmunitario cutáneo, limitando la capacidad corporal para rechazar las células anormales. El riesgo de carcinoma escamoso y de células basales parece estar relacionado con el tiempo total de exposición al sol que es acumulativa. Es preciso insistir en la fotoprotección y en la no exposición al sol en las horas de máxima incidencia, especialmente entre las 10 y las 15 horas, siendo importante protegerse con sombreros, gafas y ropa pues resulta más efectivo

que hacerlo con cremas cosméticas. A causa de que la mayoría de la exposición solar generalmente ocurre durante la niñez y adolescencia, son más eficaces los comportamientos protectores en edades tempranas de la vida¹⁸. La OMS se ha mostrado en contra del bronceado en toda persona menor de 18 años¹⁹. El empleo de fotoprotectores está en entredicho y se ha venido cuestionando ya que algunos estudios han demostrado un aumento del número de melanomas en pacientes que utilizan cremas fotoprotectoras de determinadas características. En este punto hay que recordar que existen dos tipos de filtros solares: los químicos de tipo psoraleno y parabeno, que efectúan una reacción química sobre la piel al contacto con la radiación ultravioleta, y los físicos de óxido de titanio, que provocan una reflexión de la radiación solar. Son más recomendables los filtros físicos pues evitan que los rayos atraviesen la piel aunque cosméticamente no resultan del agrado del público y además son difíciles de fabricar, lo que eleva su precio.

Contaminantes ambientales: El problema de los contaminantes ambientales reside en la concentración de los mismos en el aire, agua, suelo, etc. Inevitablemente, su presencia en el medio ambiente no se puede eludir. Son variadas las sustancias cancerígenas en este sentido que pueden causar cuadros neoplásicos. Cabe citar a las dioxinas, gas radon, a las radiaciones ionizantes, ozono, etc. Se debe preconizar una educación sanitaria y educar sobre su prevención para evitar una sobreexposición. Del mismo modo, numerosas sustancias tienen efectos cancerígenos también en el medio laboral (cáncer profesional). Son frecuentes en este aspecto

las exposiciones al amianto, hidrocarburos policíclicos, cloruro de vinilo, etc. Se hace necesaria una correcta política de riesgos laborales junto a la disciplina de los trabajadores para que tomen conciencia de lo importante que es la prevención en materia laboral y profesional.

Sedentarismo: El sedentarismo induce en la mayoría de las veces sobrepeso y obesidad con el consiguiente riesgo de aparición de tumores a nivel de colon, endometrio, esófago y mama, entre otros. Se estima que este estilo de vida está asociado con un 5 % de las muertes por cáncer. Practicar ejercicio de forma periódica para reducir la grasa evitaría la aparición de estos tipos de cánceres. Se proponen varios mecanismos para explicar el efecto protector del ejercicio: reducción de los niveles circulantes de insulina, hormonas y otros factores de crecimiento; impacto sobre los niveles de prostaglandina, mejora de la función inmunológica y del metabolismo de los ácidos biliares²⁰.

Alcohol: El consumo excesivo de alcohol está implicado en el desarrollo de algunos tumores como son los de la cavidad oral, laringe, esófago e hígado. Un 3,6 % de los cánceres están asociados con el alcoholismo crónico. Del mismo modo, el alcohol parece estar relacionado con el cáncer de mama y al de colon²⁰. El alcohol por sus propiedades disolventes facilita que los carcinógenos penetren las membranas celulares, aumenta los niveles de estrógenos e influye sobre el metabolismo de los folatos. Actúa como un agente irritativo que causa un aumento de la producción celular, como un transportador de carcinógenos, como un inhibidor de la metilación del DNA y

como un prometabolito para carcinógenos, identificados como los acetaldehídos^{21,22}. Desgraciadamente es una de las sustancias de mayor consumo entre la población. El riesgo de cáncer se va incrementando con la cantidad de alcohol consumida. El límite de consumo que supone riesgo para la salud se sitúa en cifras de 30-40 gr/día para los hombres y 20-30 gr/día para las mujeres.

Infecciones. Se estima que alrededor de 17 % de todos los nuevos cánceres en el mundo se deben a infecciones². Los virus pueden aumentar el riesgo de cáncer a través de originar una transformación celular, ruptura del ciclo de control celular, aumento de la frecuencia de los turnover celulares y por supresión inmunológica. Se han establecido múltiples relaciones entre los agentes infecciosos y cáncer:

- El virus del papiloma (HPV) con cánceres cervicales y otros cánceres anogenitales²³.
- Los virus de la hepatitis B (HBV) y C (HCV) con el carcinoma hepatocelular²⁴.
- El virus linfotrófico de células T (HTLV-I) con la leucemia de células T del adulto²⁵.
- El virus de la inmunodeficiencia humana (HIV-I) con el sarcoma de Kaposi y el linfoma no-Hodgkin².
- El virus del herpes 9 (HHV-8) con el sarcoma de Kaposi y el linfoma primario²⁶.
- El virus de Epstein Barr (EBV) con el linfoma de Burkitt²⁶.
- El helicobacter pylori con el cáncer gástrico²⁷.

La mayoría de estos virus se contagian a través de contacto con sangre infectada o líquidos corporales, por lo que ofrecen así oportunidades para la prevención. Las vacunas contra el HBV y el HPV son particularmente prometedoras. Deben implementarse más estrategias para la prevención a través de sangre infectada y productos hemáticos, con el uso de agujas desechables estériles individuales para los pacientes, los programas de intercambio de agujas en la drogadicción, la regulación del tatuaje, la vigilancia continuada de sangre, donantes de órganos y semen y el desarrollo de productos sanguíneos artificiales. Se disponen ya de intervenciones para prevenir o retrasar la progresión al cáncer después de que ha producido la infección. Así, la vacuna contra el virus tetraivalente contra el HPV se recomienda para todas las chicas y mujeres entre 9 y 26 años de edad²⁸. El cribado del cáncer cervical ha reducido dramáticamente la incidencia de este tipo de cáncer donde está disponible con el tratamiento precoz de las pacientes con hallazgos cervicales anormales. La terapia retroviral para la infección por HIV, ha cambiado significativamente el curso de la enfermedad y de los cánceres asociados. La TARGA ha demostrado reducir la incidencia del linfoma relacionado con el SIDA²⁹. Con relación a la hepatitis B y C, es clave evitar el exceso de alcohol. Existen estudios preliminares que sugieren que la terapia antiviral puede reducir el riesgo del cáncer en estos individuos. El uso de medicamentos tales como el interferón en pacientes con infecciones crónicas HBV y HCV han permitido la desaparición de HBeAg, con reducción de los niveles de HBV DNA y del HCV RNA,

aunque no se conoce el efecto que a plazo pueda tener la terapia antiviral sobre el riesgo del cáncer^{29,30}.

PREVENCIÓN SECUNDARIA. DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER

La *Prevención secundaria* o diagnóstico precoz del cáncer, se aplica al proceso de explorar personas asintomáticas con el fin de encontrar una enfermedad oculta, preclínica, y poder ofrecer un tratamiento más eficaz que permita aumentar su esperanza de vida. Las pruebas de cribado fundamentan dicho proceso en que van dirigidas a la población aparentemente sana y definida por presentar una mayor probabilidad de tener la enfermedad. Existen varios marcadores tumorales de utilidad clínica como el Antígeno prostático específico (PSA) para el cáncer de próstata; la inmunoglobulina monoclonal para el mieloma; el CA-125 para el cáncer de ovario, ciertos linfomas; el Ca 19-9, para el cáncer de colon, páncreas, mama; el CD30 para la Enfermedad de Hodgkin, linfoma anaplásico de células grandes y el CD25 para la leucemia de células peludas, leucemia/linfoma de células T del adulto. Si bien no son por sí mismos lo suficientemente específicos como para permitir la realización de un diagnóstico de neoplasia maligna, una vez que ésta se ha diagnosticado y se ha demostrado su asociación con niveles elevados de un marcador tumoral, pueden emplearse para evaluar la respuesta al tratamiento.

Las actividades de prevención secundaria pueden ser aplicadas de forma masiva mediante programas espe-

cíficos de cribado u oportunistas, o bien realizando una búsqueda activa de casos durante cualquier consulta, sea cual sea el motivo de la misma. Los hallazgos positivos del cribado deben ser confirmados con otras pruebas de diagnóstico que constaten y corroboren la existencia del cáncer. En ocasiones, éstas últimas pueden no estar exentas de riesgos. El número de casos ocultos detectados depende de la prevalencia del cáncer en cuestión, de la validez de la prueba y de la cobertura alcanzada en la población objeto del posible cribado. Este último aspecto sitúa a la Atención Primaria en un lugar excelente para realizar actividades de detección precoz.

Un indicador clave para lograr un impacto en la salud y medir la efectividad del cribado, es la disminución en la mortalidad o la disminución en la incidencia específica de la enfermedad cancerosa. Desafortunadamente, es muy difícil comprobar que la detección precoz consigue este beneficio y sólo se ha logrado en unos pocos procesos, a lo que hay que añadir los efectos indeseados para la población objeto del cribado y también los costes derivados del mismo. Ante la incertidumbre sobre la eficacia de las actividades de prevención secundaria se hace necesario, por lo tanto, un cuidadoso análisis de los posibles beneficios y riesgos así como de los costes de la aplicación de la metodología a utilizar, junto con la revisión de la evidencia científica publicada. Para varios cánceres la quimioprevención con medicación profiláctica puede reducir el riesgo de padecerlo en personas de alto riesgo, pero tanto su beneficio como los riesgos de su empleo deben ser sopesados cuidadosamente de forma individual. Así, el tamoxifeno reduce la incidencia

del cáncer de mama en mujeres de alto riesgo, (sobre todo en los tumores de receptores positivos de estrógenos) pero aumenta el riesgo de enfermedad tromboembólica y los primeros estadios del cáncer endometrial. El raloxifeno es una alternativa razonable en la postmenopausia, pero no se ha evaluado en las mujeres premenopáusicas³¹.

Como resumen de las actividades preventivas, podemos decir que el Médico de AP es el eslabón del sistema sanitario sobre el que pivotan las principales actuaciones en este campo, ya que su función se desarrolla fundamentalmente orientando a los pacientes hacia cambios en los estilos de vida e informando a la sociedad sobre factores de riesgo ambientales, comportamientos de riesgo y el valor del cribado regular. Otra forma de hacerlo es ejerciendo presión social e institucional para que se realicen “políticas adecuadas en materia de salud” y sobre todo educando a la población. Educación y política sanitaria son fundamentales para prevenir la enfermedad porque suponen, por una parte, comunicación y desarrollo de habilidades personales para ejercer el autocuidado personal y, por otra, obligan a un compromiso social de los Gobiernos hacia la consecución de políticas sanitarias viables y adecuadas que favorezcan en sentido positivo cambios sociales, políticos y ambientales en materia de salud.

EL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

A partir de la información sobre la extensión de la enfermedad y el pro-

nóstico, y adecuándose a los deseos del paciente, se determinará si el método de tratamiento debe ser curativo o paliativo en cuanto a su intención. La cooperación entre los distintos profesionales que intervienen en el tratamiento del cáncer es de máxima importancia para la planificación del mismo. Para ciertos cánceres, la quimioterapia o ésta y la radioterapia administradas antes del empleo del tratamiento quirúrgico definitivo (denominado tratamiento neoadyuvante) puede mejorar el pronóstico, como parece en el cáncer de mama localmente avanzado y de los cánceres de cabeza y cuello. Lo mejor para el plan de tratamiento es bien seguir con precisión un protocolo normalizado o bien formar parte de un protocolo de investigación clínica en marcha para evaluar nuevos tratamientos. Actualmente es posible acceder de forma electrónica a protocolos normalizados de tratamiento y a cualquier estudio de investigación clínica aprobado en Norteamérica a través de un ordenador conectado a Internet. El seguimiento y cuidado del paciente oncológico por parte del Médico de AP, comporta unas tareas precisas y específicas de cara a la adecuada evolución del proceso neoplásico, según las características de la enfermedad de base. Dentro de la buena marcha de los acontecimientos, es muy importante el trabajo del personal de enfermería como responsable de las funciones de vigilancia de la terapia instaurada por el hospital, así como del control del enfermo.

El Médico de familia debe colaborar en primer lugar para que el paciente acepte la enfermedad para lo cual es preciso que dedique tiempo a éste y a su familia para conocer como están

llevando su enfermedad, para darles el apoyo que necesitan para mantener su bienestar, bien a través de las exploraciones físicas de forma regular o la movilización de recursos de ayuda existentes en la comunidad, voluntariado, etc. Durante el tratamiento ambulatorio, la vigilancia periódica para detectar cualquier atisbo de recidiva en el cuadro oncológico deberá ser tenida muy en cuenta por el Médico de AP para remitir al enfermo a consulta especializada, a la vez que tratar los secundarismos farmacológicos que pueda sufrir por los tratamientos oncológicos. Del mismo modo, los cuadros intercurrentes tendrán que ser diagnosticados lo antes posible y el tratamiento de soporte lo ejercerá el médico durante todo el curso clínico. Los nuevos síntomas que aparecen en el transcurso del tratamiento del cáncer no deben considerarse siempre irreversibles mientras no se demuestre lo contrario. La atribución fatalista de anorexia, pérdida de peso e ictericia a la recidiva o a la progresión del tumor pueden conducir a la muerte del paciente a consecuencia de una colecistitis intercurrente reversible. La obstrucción intestinal puede deberse a adherencias reversibles en vez de a un tumor en progresión. Las infecciones generalizadas, a veces por microorganismos no habituales, pueden ser consecuencia de la inmunodepresión asociada al tratamiento del cáncer. Algunos fármacos empleados en el cáncer o sus complicaciones pueden provocar síntomas del sistema nervioso central semejantes a las de una enfermedad metastásica o pueden imitar síndromes paraneoplásicos como el síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética.

La misión primordial del médico de AP es contribuir a la desaparición de la sintomatología y al círculo vicioso angustia-ansiedad-depresión-angustia, que suele instaurarse en las personas a las que se les ha diagnosticado un cáncer. Para ello se precisa tratar y controlar el cuadro ansioso que pueda aparecer en los enfermos durante los primeros días y también a lo largo de todo el proceso. El reconocimiento y el tratamiento de la depresión es un componente importante de esta enfermedad. La incidencia de depresión es de alrededor del 25 % del total y puede ser superior en pacientes con mayor debilidad. Es probable en el paciente que presenta un ánimo deprimido (disforia) o una pérdida de interés por el placer (anhedonia) durante al menos 2 semanas. Suelen estar presentes además tres o más de los siguientes síntomas: alteraciones del apetito, problemas de sueño, retraso o agitación psicomotores, fatiga, sentimiento de culpa o inutilidad, incapacidad para concentrarse o ideación suicida. Los enfermos con estos síntomas deben recibir tratamiento farmacológico¹.

Si la enfermedad ha curado o estabilizado, el médico de AP deberá colaborar a la reinserción social del paciente y deberá ayudarle a atenuar las reacciones indeseables de los tratamientos del cáncer, a recuperarse y adaptarse a la nueva situación. Si por desgracia el paciente entra en la fase final, el Médico de AP procurará prestar su apoyo a la familia desde los primeros momentos, intentando dar toda la información y explicaciones posibles al entorno del paciente a la vez que el tratamiento y potenciar los cuidados paliativos hasta los últimos días^{32,33}. Siempre actuará bajo los más exquisitos principios de la ética médica.

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE CON CÁNCER

En una exposición como la que nos ocupa, no podía faltar una somera referencia a los cuidados paliativos en enfermos oncológicos, porque la OMS los reconoce como una parte más del tratamiento global del cáncer, circunstancia en la que el Médico de Familia es una pieza clave dentro de su organización, en estrecha relación y conjuntamente con el equipo multidisciplinario hospitalario que ha tratado al enfermo.

Cuando un tumor ya no responde a los tratamientos curativos, los pacientes y sus familiares agradecen que se tomen medidas que ayuden a paliar los síntomas a las que conceden gran importancia. Por eso es esencial que el médico de AP conozca cómo proporcionar unos buenos cuidados paliativos (C.P.) para cubrir sus distintas necesidades de bienestar en el lugar que sea mejor para el paciente. Los CP consideran al enfermo y a su familia como una unidad de tratamiento, porque lo que se hace por uno influye en el otro. Procuran educar y apoyar a la familia, haciéndoles partícipes si lo desean en sus cuidados pues ello facilita sobrellevar la enfermedad y el duelo posterior. Como la enfermedad incurable se acompaña de un elevado sufrimiento físico, emocional y familiar, su objetivo principal será mantener o mejorar la calidad de vida del paciente a través de una buena comunicación para conocer sus necesidades y actuar con respeto a su voluntad y un adecuado control de los síntomas. Comprenden en ocasiones el empleo de diversos medios preventivos, curativos o rehabilitadores, incluso terapias intervencionistas

(por ej, un drenaje en la disnea por un derrame pleural, radioterapia paliativa para el control del dolor, etc.), siempre para procurar su mayor bienestar, sin producirle más sufrimiento³³.

La medicina curativa y la paliativa han de convivir durante las primeras etapas de la historia natural del cáncer. Es labor fundamental del médico de cabecera informar a la familia y al paciente sobre estos aspectos y también sobre cómo va a ser la fase final, en especial si le preguntan, puesto que de la información adecuada dependen muchos de los cuidados que se prestará el paciente y que éste pueda tener tiempo para arreglar algunos de sus asuntos. Un enfermo y una familia desinformados, con altos niveles de ansiedad o sin el apoyo externo necesario, no pueden afrontar con la debida tranquilidad las situaciones cambiantes en la etapa final. La familia sola suele ser incapaz de dispensar una atención adecuada y de observar la situación con objetividad y ecuanimidad y necesita diversos apoyos entre ellos los de tipo físico, educación en cuidados y emocionales. Si el paciente no puede ingerir los medicamentos se empleará la vía subcutánea que tiene cada vez más utilidad para el control sintomático y la hidratación, si se considera conveniente. El médico deberá evaluar llegado el momento y con tiempo suficiente, la posibilidad de atenderlo en casa con el apoyo de un equipo de soporte paliativo o en una unidad hospitalaria especializada como las Unidades de Cuidados Paliativos, en especial si los síntomas son difíciles de controlar. Seguirán siendo tanto o más importantes en estos momentos, la proximidad, el tiempo y la empatía. En esta fase final, se cumple aquello de:

“Cuando ya no pueda tu ciencia, que lo pueda tu paciencia”, esto es, que el médico deberá suplir con más visitas a su domicilio para regular sus tratamientos, con más atención al detalle y con una mayor dedicación al enfermo y a su familia. Si fallece, además de manifestar sus condolencias a la familia, el médico deberá seguir permaneciendo cercano y abierto a los dolientes ofreciendo su apoyo hasta que superen los duros efectos de la pérdida³²⁻³³.

Como conclusión, conviene decir que los cuidados paliativos del paciente con cáncer forman parte de un abanico de posibilidades de atención al enfermo desde su diagnóstico. Sus necesidades varían con el tiempo y, en la fase terminal, superan las posibilidades de un solo profesional. De ahí el interés de contar con equipos multidisciplinares que colaboren con los médicos de Atención Primaria con oncólogos, psicólogos, rehabilitadores, asistentes sociales y voluntarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. LONGO D.L. Estudio del paciente con cáncer. En: Harrison: Principios de Medicina Interna, editada por E. Braunwald, A. Fauci, D. Kasper, S.L. Hauser, D Longo y L. Jameson, Mc Graw Hill, 17 Ed. 2002, Madrid. 579-586.
2. American Cancer Society. Cancer facts and figures 2005. American Cancer Society. Atlanta, GA 2005.
3. Harvard Report on Cancer Prevention Volume 1. Causes of Human Cancer. Cancer causes and control 1996:7:1.
4. STEIN C., COLDITZ, G. Cancer prevention. Uptodate. Oct, 1, 2008.

- http://www.utdol.com/online/content/topic.do?topicKey=pri_onco/2898view=print.
5. ABELOFF M. D, ARMITAGE J. O, NIEDERHUBER John E, KASTAN MICHAEL B, MC KENNA W. GILLIES. *Clinical Oncology*. 3ª Ed. Madrid: Elsevier;2005.
 6. VALENTIN MAGANTO V. y cols. *Oncología en Atención Primaria*. Madrid: Nova Sidonia; 2003.
 7. ZUBIRI SÁENZ F, ARRÁZOLA ARANZADI A, IBARROLA GUILLÉN C, NUIÑ VILLANUEVA M.A., VERA GARCÍA R, VILLA FRANCA ITURRE E. "Guía de actuación en Atención Primaria" Sospecha Fundada de Cáncer. Pamplona: Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea, Dirección de Atención Primaria. 2005..
 8. http://www.elmedicointeractivo.com/noticias_ext.php?jdrag=19806.
 9. <http://atencionprimaria.wordpress.com/tag/cancer/>.
 10. FARRERAS-ROZMAN. *Medicina Interna*. Décimosexta Edición. Barcelona: Elsevier;2008.
 11. DANAEI, G, VANDER HOORN, S.M., LÓPEZ, AD, et al. Caus of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *Lancet* 2005;366, 1784.
 12. BRAWLEY O. KRAMER, B. Prevención y detección precoz del cáncer. En: *Harrison: Principios de Medicina Interna*, editada por e. Braunwald, A. Fauci, D. Kasper, S.L. Hauser, D Longo y L. Jameson, Mc Graw Hill, 17 Ed. 2002, Madrid. 587-594.
 13. COLDITZ, G, RYAN CT., DART, CH. Lifestyle Behaviors Contributing to the Burden of Cancer: In Fulfilling the potential of Cancer prevention and Early detection, Curry. S., Byers, T, Hewitt, M. *The National Academies Press*. Washington, DC, 2003.
 14. COLLINS F. TRENT J.,. *Genética del cáncer*. En: *Harrison: Principios de Medicina Interna*, editada por e. Braunwald, A. Fauci, D. Kasper, S.L. Hauser, D Longo y L. Jameson, Mc Graw Hill, 17 Ed. 2002, Madrid. 594-602.
 15. <http://cancerfamiliar.instituto Roche.es>.
 16. Center for Disease Control and Prevention: Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs- united States, 1995-1999. *Morb Mortal. Weekly Rep* 2002;51:300..
 17. SASCO, A.J., SECRETAN, MB, STRAIF, K, Tobacco smoking and cancer: a brief review of recent epidemiological evidence. *Lung Cancer* 2004; 45 suppl. 2:S3.
 18. WHITTEMAN, DC., WHITEMAN, CA., GREEN AC. Childhood sun exposure as a risk factor for melanoma;: a systematic review of epidemiologic studies. *Cancer Causes Control* 2001; 12:69.
 19. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs287/en/
 20. GIOVANNUCCI, E., et al. Physical activity, obesity, and risk for colon cancer and adenoma in me. *Ann. Intern. Med* 1995; 122:327.
 21. ZHANG, SM, IM, MANSON, JE. Et al. Alcohol consumption and breast cancer risk in the Women´s Health study. *Am J. Epidemiol* 2007; 165:667.
 22. SEITZ, HK, STICKEL, F. Molecular mechanisms of alcohol-mediated carcinogenesis. *Nat Rev Cancer* 2007; 7:599.

23. International Agency for Research on Cancer, Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risk to humans: Human Papillomavirus. Volume 64. Lyon. France, 1995.
24. International Agency for Research on Cancer, Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risk to humans: Hepatitis viruses. Volumen 59, Lyon, France, 1994.
25. International Agency for Research on Cancer, Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risk to humans: Human Immunodeficiency Viruses and Human T- Cell Lymphotropic Viruses. Volme 65., Lyon France, 1996.
26. International Agency for Research on Cancer, Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risk to humans: Epstein- Barr Virus and Kaposi's Sarcoma Herpesvirus/ human Herpes virus 8. Volumen 70. Lyon, France, 1997.
27. International Agency for Research on Cancer, Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risk to humans: Schistosomes, liver Flukes and Helicobacter Pylori. Volume 61, Lyon, France, 1994.
28. WRIGHT, TC. Jr. et al. Interim guidance for the use of human papillomavirus DNA testing as an adjunct to cervical cytology for screening. *Obstet Gynecol* 2004..
29. LITTLE, RF. AIDS related non-Hodking's Lymphoma: etiology, epidemiology, and impact of highly active antiretroviral therapy, *Leuk Lymphoma*, 2003.; 44, Suppl. 3:857.
30. LOK, AS. Chronic hepatitis B: update of recommendations. *Hepatology* 2004; 39:587.
31. FISHER, B. Tamoxifen for prevention of breast cancer: report of the national Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 Study. *J. Natl Cancer Inst* 1998; 90:1371.
32. GONZÁLEZ BARÓN M, ORDÓÑEZ A, FELIU J, ZAMORA P, ESPINOSA E. *Tratado de Medicina Paliativa*. 2ª Ed. Madrid: Panamericana; 2007.
33. ASTUDILLO W., MENDINUETA C Y ORBEGOZO A. Retos y posibilidades de Iso Cuidados paliativos. En: *Medicina Paliativa: Cuidados del enfermo en el final de la vida y atención a su familia*. Editado por W. Astudillo, C. Mendinueta y E. Astudillo. EUNSA, Barañain, 5ª Edición, 2008, 49-59.