



La puerta de los sistemas sanitarios, abierta al paciente oncológico

JUAN PABLO RAMÍREZ

Redactor jefe de Gaceta Médica

El incremento de la prevalencia del cáncer en los últimos años y el aumento de largos supervivientes han provocado que la mayoría de los sistemas sanitarios comiencen a replantearse el abordaje del cáncer. Expertos han advertido del papel que la atención primaria, la puerta de entrada del sistema sanitario, puede jugar en el diagnóstico de determinados tipos de tumores, así como un seguimiento de los pacientes en tratamiento y de los supervivientes. El objetivo es garantizar el bienestar de las personas que sufren o han sufrido estas patologías, así como orientar el modelo actual hacia la eficiencia.

KEY WORDS: Cáncer, atención primaria, tumor, oncología, largos supervivientes, diagnóstico, tratamiento.

La estrategia contra el cáncer ha comenzado un giro de 180 grados en los sistemas sanitarios. La necesidad de reforzar las medidas de prevención y de diagnóstico rápido ha provocado que la atención primaria cobre un mayor protagonismo en la lucha contra esta enfermedad, que supone en la actualidad un alto coste para las principales economías mundiales. Así se pone de manifiesto en el artículo 'The expanding role of primary care in cancer control', publicado en The Lancet Oncology, en el que han participado expertos de atención primaria y profesionales de salud pública con experiencia en cáncer, desde epidemiólogos, psicólogos, decisores sanitarios y especialistas en oncología.

Estos expertos coinciden que el cambio ya se ha comenzado a producir con resultados positivos. Hasta el momento, el control del cáncer se había llevado a cabo a través de intervenciones tecnológicamente avanzadas y centradas en la enfermedad orientadas a la curación o a la prolongación de la vida. Ya no es necesariamente así. La salud pública ha puesto el foco en la advertencia sobre hábitos poco saludables, los programas de 'screening' y el diagnóstico precoz. (Figura 1).

El riesgo de sufrir un cáncer se sitúa en la actualidad en el 50 por ciento debido al incremento de la incidencia de esta enfermedad. Factores ambientales, hábitos de vida poco saludables o el envejecimiento de la población han motivado este crecimiento. Pero al tiempo que aumenta la prevalencia, también lo hace la supervivencia a 10 años. Si en la década de los 70 una de cada cuatro personas sobrevivían a un cáncer, ahora lo hace una de cada dos. La Sociedad del Cáncer holandesa ha pronostica-

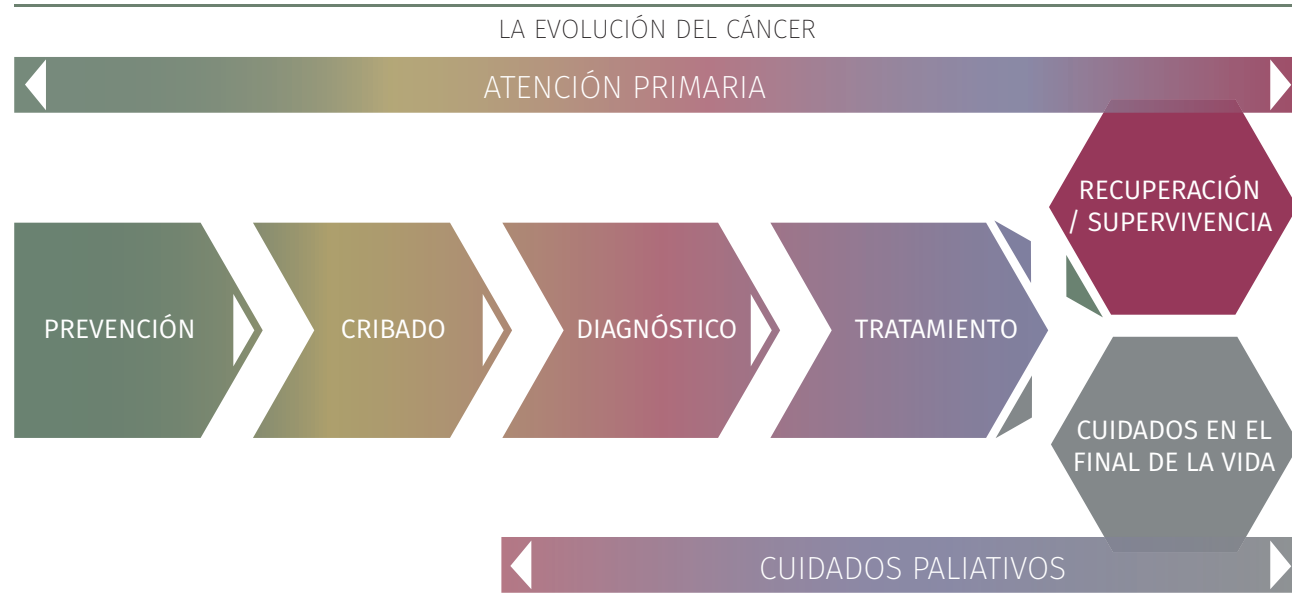
do un incremento de la supervivencia del 61 por ciento entre 2010 y 2020.

Se estima que un médico de atención primaria con 2.000 pacientes pueda diagnosticar entre seis y ocho casos de cáncer al año, una cifra comparable a la de diabetes mellitus tipo 2 o a infartos. La diferencia es que el cáncer es una entidad heterogénea y que el médico de primaria solo puede detectar un caso de cada cáncer común: pulmón, colorrectal, próstata, mama... Sin embargo, el número de pacientes con cáncer bajo el seguimiento de este médico de atención primaria con un cupo de 2.000 pacientes es mayor y podría llegar a los 70 al año, una cifra que podría duplicarse en 2040.





FIGURA 1



Fuente: The Lancet Oncology.

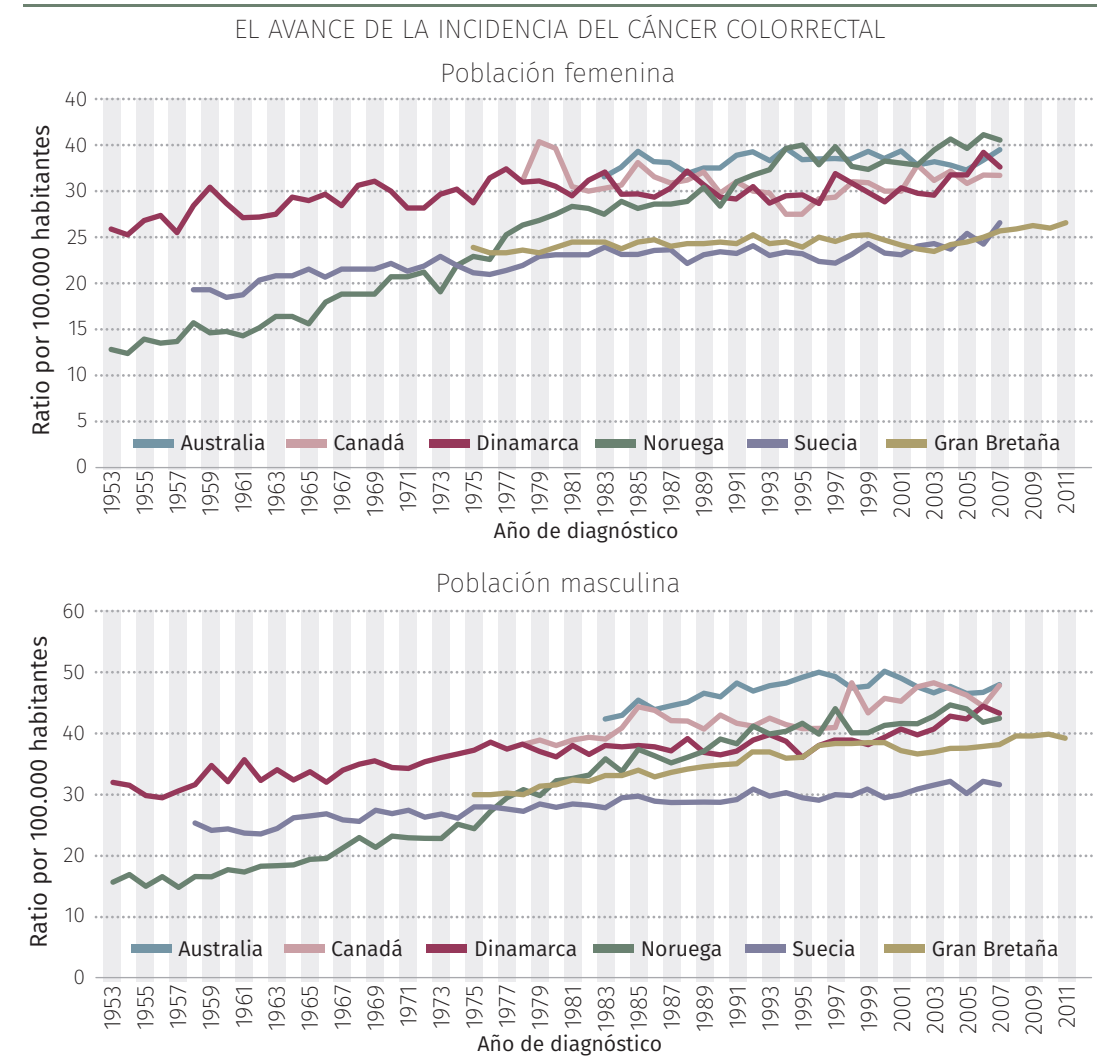
PROGRAMAS DE SCREENING

En la actualidad, un pequeño número de tumores son detectados en programas de screening. En España como en el resto de países occidentales son principalmente, mama, colorrectal y cérvix. Existen diferencias entre los países donde este tipo de programas puede funcionar mejor. En este sentido, el médico de primaria juega un papel fundamental, ya que cuenta con información genómica, historia familiar y estilo de vida, entre otras cuestiones. Este conocimiento le permite la posibilidad de personalizar los mensajes, en un contexto clave marcado por la medicina personalizada o de precisión.

¿Pero cómo pueden involucrarse los médicos de primaria en los programas de cribado? El informe pone el caso del cáncer colorrectal (Figura 2). Se trata de un ejemplo que podría reducir la mortalidad a largo plazo. El objetivo se dirige a personas sanas pero que tienen un riesgo de padecer la enfermedad, debido a la edad, como los mayores de 50 años.

Determinados países han puesto en marcha estrategias para la derivación de pacientes con síntomas claros para una evaluación

FIGURA 2



Fuente: The Lancet Oncology. 'The expanding role of primary care in cancer control'

Pero para conseguir una reducción significativa de casos de cáncer resulta imprescindible que participen el mayor número de pacientes posible. La implicación de primaria serviría para incrementar los ratios de cribado.

El médico de primaria se guía en multitud de ocasiones a través los síntomas que presenta el paciente. En el caso de tumores que presentan síntomas claros como mama o cáncer, un médico de primaria puede necesitar una o dos

consultas en derivar al paciente. En otros más complejos como páncreas, mieloma o pulmón puede necesitar incluso más de tres consultas antes de dirigirlo al hospital. En estas personas la pérdida de tiempo puede suponer un problema irreparable.

Por este motivo determinados países han puesto en marcha estrategias para la derivación de pacientes con síntomas claros para una evaluación. Al mismo tiempo, se estudian



vías para detectar y transferir estos pacientes asintomáticos. El Instituto Nacional de Salud británico (NICE, por sus siglas en inglés), de hecho, ha actualizado sus guías en las que ha establecido el riesgo en adultos en el tres por ciento, cifra que podría duplicar el número de pacientes derivados con síntomas sutiles o signos de cáncer.

En el último congreso de la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO, por sus siglas en inglés), su presidente, Josep Taberner, anunciaba que a partir de 2025 comenzará a reducir la incidencia de cáncer en 2025. Existen ya experiencias en primaria que han permitido reducir factores de riesgo, como el tabaco y el abuso del alcohol. También han implementado estrategias para la prevención de la obesidad y el fomento de la actividad física. En este sentido, el médico de cabecera ha sido una herramienta clave en la prevención primaria.

Dado que en atención primaria un importante número de tumores se diagnostican a causa de los síntomas, los especialistas consideran necesario implementar estrategias para reducir el tiempo de espera antes de ser derivado al especialista. Muchas veces el retraso lo provoca el propio paciente. Diferentes estudios apuntan a tres causas fundamentales: el no reconocimiento de los síntomas, el miedo al diagnóstico del cáncer o la resistencia a interactuar con primaria. Sin embargo, como pone de manifiesto el informe la recolección de datos relacionados con la historia familiar. De ahí la importancia de diseñar estrategias que integren a primaria.

DIAGNÓSTICO EN NIÑOS, ADOLESCENTES Y JÓVENES ADULTOS

El diagnóstico temprano de la enfermedad se ha convertido en una prioridad de los sistemas sanitarios. Uno de los principales retos es su aplicación niños, adolescentes y jóvenes adultos. Existe cierta controversia que recogen distintos sobre el impacto de la duración del diagnóstico y la supervivencia. En casos como las leucemias infantiles la relación es alta. Sin

embargo, otros estudios muestran que un diagnóstico rápido está relacionado en multitud de ocasiones con tumores agresivos, que suelen traducirse en la muerte del paciente.

A pesar de estas circunstancias, el cáncer infantil es poco común, aunque también es cierto que es una de las principales causas de enfermedad relacionada con la muerte.

En este caso el rol de primaria varía según el país. En un importante grupo de países, estos pacientes son atendidos por primera vez por el pediatra. En otros, es el médico de cabecera, como es el caso de Reino Unido o de Dinamarca. Entre los tumores infantiles son pocos los que el médico de primaria puede diagnosticar. Existen excepciones como el sarcoma óseo a través de una prueba de rayos X o una leucemia en un análisis de sangre. El resto deben ser diagnosticados por un especialista.

En el caso de los adultos la situación es diferente y los síntomas pueden conducir a un diagnóstico en una consulta de atención pri-



ble, ante el incremento de la supervivencia. Las circunstancias requieren la puesta en marcha de otros sistemas de seguimiento más eficientes. Es ahí donde atención primaria podría jugar un papel destacado.

El cáncer y su tratamiento pueden acarrear multitud de efectos adversos, ya sean físicos, psicológicos o económicos, tanto en los pacientes como en sus familiares. Algunos de ellos son inevitables. Otros se presentan a corto plazo y existen casos también que persisten a largo plazo. Incluso algunos problemas no surgen hasta meses o años después de la finalización del tratamiento. Algunos ejemplos podrían ser osteoporosis tras un cáncer neuroendocrino, problemas cardíacos por un tratamiento de quimioterapia o la aparición de un segundo cáncer.

En los últimos años se ha percibido un incremento del contacto entre pacientes y médicos de atención primaria a causa de los efectos secundarios causados por el tratamiento. Estos pacientes con comorbilidades pueden recibir así un cuidado holístico. Ya se han puesto en marcha guías para el manejo de los efectos secundarios a largo plazo en pacientes pediátricos y están comenzando a desarrollar en los adultos. De forma paralela, algunas de estas guías hacen una referencia específica a primaria aunque no describe ningún rol específico para el médico de cabecera durante el tratamiento o la fase de supervivencia.

La detección de las recurrencias es otra de las preocupaciones de los sistemas sanitarios. Estas pueden ser detectadas con una vigilancia proactiva. El objetivo es curar el tumor o reducir el daño para mejorar la calidad de vida del paciente, ya que la mayoría de los cánceres metastásicos no tienen cura en la actualidad.

En la actualidad se están estudiando los efectos que pueden tener el ejercicio físico y la dieta en la mejora de la calidad de vida de los pacientes que han sobrevivido a un cáncer. En tumores colorrectales o en próstata existen incluso ciertas evidencias. Al mismo tiempo puede prevenir dolencias cardiovasculares o la osteoporosis derivadas del tratamiento.

maria. Los síntomas más comunes suelen ser de tipo respiratorio, músculo esquelético y gastrointestinal. Una de las cuestiones clave es el establecimiento en las guías de proceso de derivación de pacientes cuando haya sospechas de cáncer. El desarrollo de planes para la comprensión de la sintomatología, así como el desarrollo de herramientas y modelos de riesgo en cáncer resultaría útil, pero en otros más complejos está por ver su impacto en los resultados en salud.

Los resultados cosechados por los programas de cribado, los avances en diagnóstico rápido y los nuevos tratamientos han logrado un incremento de la supervivencia en cáncer. En Reino Unido, por ejemplo, se estima que existen dos millones de personas que han sobrevivido a un cáncer. Se estima que en 2030 esta cifra se haya duplicado.

Los firmantes del artículo ponen en evidencia que el modelo tradicional de seguimiento de los pacientes en los hospitales es insosteni-



INTEGRACIÓN ENTRE PRIMARIA Y ONCOLOGÍA

Una integración de servicios de primaria y oncología es clave para optimizar la calidad en la asistencia y los resultados en salud. Sin embargo, puede acarrear problemas ya que la estructura actual de los sistemas sanitarios obliga al paciente a consultar a múltiples profesionales. Esto puede generar cierta descoordinación y fragmentación. (Tabla 1).

Los expertos plantean una hoja de ruta para llevar a cabo esta integración a tres niveles. Una integración clínica requeriría la fijación de procesos para coordinar la atención al paciente y una definición clara de los roles de todos los profesionales implicados. Una integración vertical supondría el establecimiento de estructuras y procesos que sirvan para apoyar la coordinación entre los servicios de oncología y atención primaria. Y una integración funcional conllevaría la puesta en marcha de estructuras para la coordinación entre profesionales de la salud y el ámbito social.

Las necesidades varían en función del desarrollo del país y del funcionamiento del sistema sanitario. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó en un informe un modelo en el que los programas de cribado quedaban integrados en primaria. Esta propuesta perseguiría integrar la prevención primaria y la secundaria. En los países con mejores resultados en salud esta fusión conseguiría incrementar también la efectividad de los cribados.

Existen experiencias de integración focalizadas en la información y en la comunicación, pero resultaría necesario centrarlas en el control de los síntomas y el manejo de las toxicidades con el fin de evitar la asistencia a urgencias y las hospitalizaciones. Diferentes estudios elaborados en Reino Unido, Canadá y Australia muestran que integrar servicios incrementa la satisfacción del paciente sin consecuencias en los resultados en salud y mejora el ratio coste-efectividad.

Existen una serie de herramientas que podrían servir para llevar a cabo este proceso. La primera de ellas la creación de rutas asistenciales para

TABLA 1

RATIOS DE PREVALENCIA DE TUMORES INFANTILES

	Todas las razas	
	niños*	niñas*
Clasificación Internc. de Cánceres Infantiles	196,7	182,3
Leucemia	52,0	43,1
Leucemia linfoblástica aguda	38,4	30,2
Leucemia mieloide aguda	7,9	8,0
Linfomas y neoplasias retículo-endotelial	29,8	20,7
Linfoma de Hodkin	12,9	11,8
Linfoma No Hodking	15,1	7,7
Cerebro y sistema nervioso central	45,5	45,9
Ependimoma	3,2	2,4
Astrcitoma	16,5	15,5
Meduloblastoma	5,1	3,3
Neuroblastoma y ganglioneuroblastoma	8,5	7,6
Retinoblastoma	2,9	3,3
Tumor de Wilms	5,3	6,3
Tumores hepáticos	2,8	1,8
Tumores óseos	9,8	7,7
Osteosarcoma	5,5	4,5
Sarcoma de Ewing	3,3	2,4
Rabdomiosarcoma	5,4	4,2
Cáncer de testículo	9,9	-
Cáncer de ovario	-	4,4
Carcinoma de tiroides	3,0	12,6
Melanoma	3,7	5,8

*Prevalencia por millón de habitantes niños/niñas en EEUU.

Fuente: The Lancet Oncology. 'The expanding role of primary care in cancer control'



evitar retrasos en el diagnóstico y en el tratamiento; una mayor formación para los profesionales de Primaria; un mapa o guía que permita al paciente superar la descoordinación, y la utilización de herramientas electrónicas de comunicación.

Uno de los retos que se plantean en la actualidad es equipar a primaria. En los próximos años el primer nivel asistencial jugará un papel creciente en la atención de estos pacientes. Solo en Estados Unidos se prevé que la demanda de los servicios oncológicos crezca un 40

por ciento en 20 años. Primaria deberá asumir mayor responsabilidad en los cánceres diagnosticados o sospechosos.

El desafío pasa por equipar a primaria en este nuevo desempeño. Todo pasa por la formación de los profesionales. Esta formación debería pasar por las universidades y los periodos de residencia. En Reino Unido, Canadá y Australia, los médicos de primaria en formación ponían de manifiesto que oncología era una de las áreas en las que menos formados estaban.



ENTREVISTA A **Carlos Camps**

Presidente de Asociación Española de Investigación sobre el Cáncer (Aseica)



“Hay que integrar a primaria en los circuitos de diagnóstico rápido”

Hace ya 10 años que el Hospital General Universitario de Valencia puso en marcha la figura del oncólogo de enlace en el Hospital General Universitario de Valencia. Carlos Camps, jefe del Servicio de Oncología y presidente de Asociación Española de Investigación sobre el Cáncer (Aseica), explica que esta figura nació con “la misión fundamental” de “ofrecer atención a los largos supervivientes fuera del hospital”.

¿Cómo debe integrarse el médico de primaria en el abordaje del cáncer?

Cuando había una incidencia no tan alta, era un problema en el que el médico de familia podía sentirse no implicado. Cuando diagnosticaba un caso lo remitía al hospital. En estos momentos cuando se diagnostican en España 250.000 casos de cáncer, cuando hay evidencia de que necesitamos establecer círculos de diagnóstico rápido y si le añadimos el éxito de los tratamientos y de la cirugía tenemos largos supervivientes por lo que se hace difícil hacer un control de estos pacientes no solo en los servicios de oncología, sino en un hospital. Necesitamos la cooperación de los médicos de primaria. Existen muchos estudios además en los que los seguimientos por el médico de primaria no ofrecen ningún perjuicio para los pacientes a la hora de medir la respuesta o las recaídas. En los hospitales existen circuitos para la sospecha de cáncer atenderlas de forma rápida e integral y que los pacientes no se pierdan en los circuitos administrativos de los sistemas públicos.

¿Cómo ha funcionado la figura del oncólogo de enlace?

Hace de 10 años, creamos la figura del oncólogo de enlace que tenía como misión fundamental ofrecer atención a los largos supervivientes fuera del hospital para disminuir la carga de dramatismo que supone siempre la visita a un centro hospitalario para pacientes que han pasado una enfermedad muy grave. Como paso intermedio, se trata también de hacer un traspaso de forma paulatina de funciones y responsabilidades al médico de primaria para que vaya asumiendo el seguimiento de los largos supervivientes. Ponemos a disposición un teléfono para que puedan llamar y darle respuesta inmediata. Además hemos añadiendo una consulta express. Atendemos al paciente en menos de 24 horas si el médico de primaria tiene sospechas de que el paciente puede sufrir un cáncer. Está funcionando muy bien.

¿En qué fase se encuentra este traspaso?

Estamos trabajando este tema. Es algo que requiere cierto grado de prudencia para no cambiar los procesos clásicos de atención a estos pacientes. Requiere una protocolización de todos los seguimientos, que es lo que hemos hecho hasta ahora.

¿Podemos replicar otros modelos como el de diabetes tipo II al cáncer?

Es complejo porque la enfermedad es muy complicada. Las fases iniciales de tratamiento activo se tienen que llevar en los hospitales, en los servicios de oncología y de cirugía. Los largos supervivientes siguen siendo susceptibles de atención y debemos ofrecerles otros recursos diferentes a los hospitalarios. Al mismo tiempo, hay que integrar a primaria en los circuitos del diagnóstico rápido del cáncer.

¿Cómo ha evolucionado la cifra de largos supervivientes?

Tenemos solo cifras de Estados Unidos y de Reino Unido, donde se dice que el tres por ciento de la población de estos países tuvieron un cáncer y se curaron. Ese tres por ciento, supondría en España un millón y medio de personas. Este porcentaje tiene que ir subiendo porque cada vez se diagnostican más casos y curamos a más gente. Pero sí que tenemos epidemiológicos de supervivencia de los diferentes tumores en comparación con diferentes países europeos y en España tenemos cifras muy similares, e incluso mejores que en algunos países.

¿Qué papel juega en prevención primaria el médico de cabecera?

Es el personaje más importante del sistema sanitario. Podríamos ahorrar un 30 por ciento de la incidencia de tumores si la gente se concienciara de estilo de vida saludable. ■

