



## EDITORIAL semFYC

# El médico de familia en la atención al paciente con cáncer



## The family physician in the care of patients with cancer

El cáncer representa uno de los mayores problemas de salud en los países desarrollados. La tendencia en los últimos años muestra un aumento de la incidencia de cáncer y una disminución de la mortalidad en ambos sexos y para la mayoría de los tumores. Estos 2 factores juntos implican un aumento en las tasas de prevalencia y de supervivientes a largo plazo del cáncer.

Hasta no hace mucho, la atención al cáncer se ha centrado, sobre todo, en intervenciones altamente tecnológicas enfocadas a la enfermedad, con vistas a mejorar la supervivencia. Ahora se pone un énfasis cada vez mayor en el abordaje preventivo, el diagnóstico precoz, el cuidado del largo superviviente y la atención al final de la vida<sup>1</sup>. En este nuevo enfoque, la atención primaria (AP) está llamada a desempeñar un papel crucial por su capacidad de proporcionar una atención integral, centrada en la persona, longitudinal y accesible. Además, el médico de familia (MF) está capacitado y viene aplicando aquellas intervenciones que han demostrado ser efectivas sobre los estilos de vida (tabaquismo, alcohol, dieta, obesidad y sedentarismo) que desempeñan un papel clave en el desarrollo del cáncer<sup>2</sup>. Esta labor se debe ver reforzada por el papel de las instituciones responsables de la salud pública sobre los factores ambientales y laborales.

Los programas de cribado merecen una especial reflexión, sobre todo ante estudios que muestran falta de impacto en la mortalidad general a pesar de disminuir la mortalidad específica<sup>3</sup>. En España están implantados el cribado poblacional del cáncer de mama, del cáncer de cérvix (mayoritariamente como detección oportunista) y del cáncer de colon con distinto grado de desarrollo según las comunidades. Se ha dejado de recomendar la captación activa para el cribado del cáncer de próstata debido al alto nivel de sobrediagnóstico y sobretratamiento<sup>4</sup>. También se está empezando a cuestionar la mamografía de cribado por los mismos motivos<sup>5</sup>. La AP debe realizar un papel responsable en el apoyo a estos programas, poniendo especial interés en una toma de decisiones informada sobre los posibles

beneficios y riesgos inherentes a toda intervención preventiva en población sana. La AP también debe participar en la toma de decisiones previa a la implantación de nuevos programas de cribado de utilidad todavía no demostrada.

Mención aparte merece la identificación de la población de alto riesgo por antecedentes familiares o personales, en la cual los beneficios del cribado superan a los riesgos<sup>1</sup>. Además, el MF debe tener acceso fácil a las unidades de consejo genético tras una adecuada historia familiar<sup>6</sup>.

La mayoría de los casos de cáncer se presentan de forma sintomática en AP. El papel del MF al educar sobre la importancia de determinados signos y síntomas, facilitar al paciente la comunicación y discusión de sus preocupaciones, reconducir los miedos y eliminar barreras, influye en la reducción de los tiempos de demora atribuibles al paciente<sup>1</sup>. Una vez la consulta se ha realizado, la actuación del MF es clave para disminuir la demora diagnóstica, especialmente en el reconocimiento de síntomas, la exploración exhaustiva y al justificar la sospecha de cáncer cuando deriva al hospital<sup>7</sup>. A pesar de que algunos estudios indican peores resultados en cáncer en los sistemas sanitarios donde la AP funciona como puerta de entrada<sup>8</sup>, parece ser que estos resultados están condicionados por las trabas al acceso a pruebas complementarias desde AP y a las dificultades y demoras para conseguir una cita oportuna con el nivel especializado<sup>9</sup>. Por tanto, es necesario abordar estos problemas desarrollando, por ejemplo, los circuitos rápidos de diagnóstico de cáncer.

El MF sigue manteniendo una responsabilidad con su paciente y con su familia durante el periodo de diagnóstico y tratamiento. El apoyo psicológico y social, el control de la comorbilidad y en ocasiones la atención urgente de los efectos agudos del tratamiento están dentro de sus competencias.

El seguimiento del largo superviviente de cáncer es un reto pendiente para los sistemas de salud<sup>10</sup>. El periodo de supervivencia es un tiempo de transición donde los aspectos referentes al diagnóstico y tratamiento van

perdiendo importancia y, en cambio, cobran relevancia los posibles efectos tardíos de los tratamientos, la detección de recurrencias y segundos tumores, el adecuado manejo de la comorbilidad y el apoyo psicológico y social. Además de nuevo es relevante la aplicación de aquellas intervenciones sobre los estilos de vida de los supervivientes que han mostrado efecto tanto en evitar la recurrencia como en reducir el riesgo de aparición de otros cánceres o de enfermedades cardiovasculares<sup>11</sup>. Distintos estudios de seguimiento del cáncer de mama y de colon en AP han demostrado que no se deterioran los resultados en salud ni en calidad de vida y son aceptados por los pacientes, siempre que se garanticen unas guías y una formación adecuadas y un fácil acceso al nivel secundario en caso de necesidad<sup>12</sup>. Por tanto, una eficaz coordinación entre AP y secundaria y el desarrollo de los planes de cuidados permitirán una mayor implicación del MF en la atención compartida a estos pacientes, llegando a poder ser considerados como un paciente crónico más.

Podemos considerar los cuidados paliativos, cada día más incorporados a la AP, el último de los diversos escenarios en los que AP puede y debe ser partícipe en la atención del paciente con cáncer.

La formación en oncología de los MF es fundamental para poder abordar todas estas competencias, por tanto es preciso desarrollar un plan de formación desde el pregrado hasta la formación continuada.

La implicación de la semFYC con la atención al paciente con cáncer se inició con el grupo de cáncer del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de Salud. Posteriormente ha participado en múltiples proyectos institucionales (Estrategia en cáncer del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Planes de Salud Oncológicos de las distintas comunidades autónomas, Alianza para la Prevención del Cáncer de Colon, etc.) y consensos con otras sociedades científicas. El último paso ha sido promover la puesta en marcha de su Grupo de Trabajo en Cáncer.

## Bibliografía

- Rubin G, Berendsen A, Crawford SM, Dommett R, Earle C, Emery J, et al. The expanding role of primary care in cancer control. *Lancet Oncol* [Internet]. 2015;16:1231-72. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26431866> [consultado 7 Ene 2016].
- Mar-Castillejo M, Bellas-Beceiro B, Vela-Vallespín C, Nuin-Villanueva M, Bartolomé-Moreno C, Vilarrubí-Estrella M, et al. Recomendaciones de prevención del cáncer. *Aten Primaria* [Internet]. 2014;46 Supl 4:24-41. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/pdf/S300/90331114>.
- Prasad V, Lenzer J, Newman DH. Why cancer screening has never been shown to "save lives"—and what we can do about it. *BMJ* [Internet]. 2016;352:h6080. Disponible en: <http://ws003.juntadeandalucia.es:2519/content/352/bmj.h6080.abstract> [consultado 7 Ene 2016].
- Moyer VA. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* [Internet]. 2012;157:120-34. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22801674> [consultado 7 Ene 2016].
- Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. The Nordic Cochrane Centre, Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark. pcg@cochrane.dk. 2013; 6 (1469-1493X (electronic)): CD001877 [consultado 15 Ene 2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23737396>
- Robles L, Balmaña J, Garrel I, Grandes S, Graña B, Guillén C, et al. Consenso en cáncer hereditario entre la Sociedad Española de Oncología Médica y las sociedades de atención primaria. *Semergen* [Internet]. 2013;39:259-66. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359313000208> [consultado 23 Ene 2016].
- Esteve M, Leiva A, Ramos M, Pita-Fernández S, González-Luján L, Casamitjana M, et al. Factors related with symptom duration until diagnosis and treatment of symptomatic colorectal cancer. *BMC Cancer* [Internet]. 2013;13:87. Disponible en: <http://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2407-13-87> [consultado 20 Ene 2016].
- Vedsted P, Olesen F. Are the serious problems in cancer survival partly rooted in gatekeeper principles? An ecologic study. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2011; 61: e508-12 [consultado 22 Nov 2015]. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3145535&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Lyratzopoulos G, Wardle J, Rubin G. Rethinking diagnostic delay in cancer: How difficult is the diagnosis? *BMJ* [Internet]. 2014;349:g7400. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/349/bmj.g7400> [consultado 7 Ene 2016].
- Ferro T, Borràs JM. Una bola de nieve está creciendo en los servicios sanitarios: los pacientes supervivientes de cáncer. *Gac Sanit* [Internet]. 2011; 25: 240-5 [consultado 27 Ene 2016]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S0213-91112011000300011&lng=pt&nrm=iso&tlang=es>
- Davies NJ, Batehup L, Thomas R. The role of diet and physical activity in breast, colorectal, and prostate cancer survivorship: a review of the literature. *Br J Cancer* [Internet]. 2011;105:S52-73. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3251953&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> [consultado 22 Ene 2016].
- Lewis RA, Neal RD, Williams NH, France B, Hendry M, Russell D, et al. Follow-up of cancer in primary care versus secondary care: systematic review. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2009;59:e234-47 (electronic). Disponible en: <http://bjgp.org/content/bjgp/59/564/e234.full.pdf>.

Fernando López Verde

*Centro de Salud Delicias, Servicio Andaluz de Salud, Málaga*

Magdalena Esteve

*Formación Continuada-Unidad Docente Multiprofesional Atención Familiar y Comunitaria-Unidad Investigación Gerencia Atención Primaria de Mallorca*

Carmen Vela Vallespín

*ABS Riu Nord i Riu Sud, SAP Metropolitana Nord. Institut Català de la Salut, Santa Coloma Gramenet (Barcelona) Correo electrónico: flverde@gmail.com (F. López Verde).*