

Situación clínica y funcional de los pacientes con antecedente de cáncer

J.M. Alonso Gordo^a, C. Santiago González^a, D. Jiménez del Val^a, J.J. Palacios Rojo^b, C. Royo Sánchez^c, J. Urbina Torija^a, A. Bárcena Marugán^a. Grupo PREVALCAN de Guadalajara*.

^aGerencia de Atención Primaria de Salud. Guadalajara.

^bHospital General de Guadalajara.

^cServicio de Salud de Castilla-La Mancha.

OBJETIVOS. Describir la situación clínica y el estado funcional de los pacientes con diagnóstico previo de cáncer e identificar diferencias de dichos parámetros en función de variables demográficas y de la localización tumoral.

METODOLOGÍA. Se revisaron las historias clínicas de todos los cánceres prevalentes en adultos en el Área de Salud de Guadalajara (133.539 mayores de 14 años). Se identificó su estado clínico según grado de actividad o invasividad y de su situación funcional y capacidad ambulatoria según escala ECOG (*Eastern Cooperative Oncology Group*). Se estableció la comparación de dichos parámetros en función de localización tumoral y el sexo. Se procedió al análisis de diferencias mediante técnica de Chi cuadrado e intervalos de confianza al 95%.

RESULTADOS. Se estudiaron 2.595 pacientes con 2.717 neoplasias distintas que corresponden el 56,8% (1.543 tumores) a varones y el 43,2% (1.174) a mujeres. Las localizaciones más frecuentes se produjeron en mama, próstata, vejiga y colon. En un 25% de los casos no existieron datos actualizados de la situación clínica. En el 50,3% de los casos no hubo actividad tumoral, siendo este porcentaje más alto en mujeres ($p < 0,001$). El 47,3% de los pacientes están actualmente asintomáticos y con capacidad ambulatoria completa, sin diferencia por sexo. Están afectados por metástasis el 8,3% y sólo un 0,8% están en situación terminal. La mejor situación clínica corresponde a piel, mama y aparato genital femenino, y la mejor capacidad ambulatoria se presenta en pacientes con antecedente de cáncer de piel, sistema glandular-tiroides y aparato urinario.

CONCLUSIONES. El antecedente diagnóstico de cáncer se produce en un 2% de la población adulta. La mayor parte de los pacientes (casi tres cuartas partes) están totalmente asintomáticos y con total capacidad ambulatoria, no requiriendo cuidados asistenciales especiales. La proporción de pacientes con cáncer en situación clínica invasiva o terminal es escasa.

Palabras clave: cáncer, prevalencia de cáncer, estado clínico, estado funcional, Atención Primaria.

OBJECTIVE. To describe the clinical and functional status among adult patients with previous diagnosis of cancer. To identify differences of said parameters based on demographic variables and tumor site.

METHODS. A review was made of the clinical records of all the prevalent cases of cancer in adults in the Guadalajara Health Area (133,539 people over 14 years of age). The patients clinical status was identified according to the degree of activity or invasiveness and his/her performance status and ambulatory capacity, based on the ECOG scale (*Eastern Cooperative Oncology Group*). Scores were compared by gender and different cancer sites. Differences were analyzed by univariate and bivariate analyses (χ^2 and 95% confidence limits).

RESULTS. A total of 2,595 patients with 2,717 tumors were studied. This corresponding to men in 56.8% (1,543 tumors) and to women in 43.2% (1,174). The most frequent sites were breast, prostate, bladder and colon. There was no information on clinical or functional status in 25% of the ca-

*Grupo PREVALCAN formado por las siguientes personas:

Coordinadores del estudio: J.M. Alonso Gordo, A. Bárcena Marugán, D. Jiménez del Val, J.J. Palacios Rojo, C. Royo Sánchez, J. Urbina Torija. Participantes y Centro de Salud al que pertenecen: C. Santos Altozano (Alamín-Guadalajara), L. Torres Buisán (Atienza), F. Tejedor Montero y C. Santiago González (Azuquerra), F. Chavida (Brihuega), A. Díez Cantarero (Balconcillo-Guadalajara), M.L. Díez Andrés (Cervantes-Guadalajara), J.C. Martín Millana (Cifuentes), L.A. Anuncibay (Checa), P. López Galindo (El Casar), J. Isasia (El Pobo), M. Parrilla (Hendelaencina), P. Delgado (Horche), C. Prats (La Campiña-Marchamalo), A.L. Chamorro (Maranchón), M. Millán Catalán (Mondejar), S. Luengo (Molina), J. Estal Lizondo (Villanueva), R. Díez Morán (Yunquera), M.A. García Lacunza (Delegación de Sanidad).

Trabajo financiado con la Ayuda del Fondo de Investigaciones Sanitarias 99/0250.

Cofinanciado con fondos europeos de desarrollo regional en el marco del Programa Operativo Integrado FEDER-FSE de investigación, desarrollo e innovación

Una parte del presente trabajo fue presentada en el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista, celebrado en Alicante en octubre de 2001, obteniendo el Primer Premio a la mejor Comunicación Oral.

Correspondencia: J.M. Alonso Gordo.
Gerencia de Atención Primaria.
C/ Ferial, 31.
19002 Guadalajara.
Correo electrónico: jmalonso@sescam.org

ses. Tumor inactivity was suspected in 50.3% of the cases, this percentage being higher in females ($p < 0.001$). Normal activity and full ambulatory capacity were observed in 47.3% of the patients, without gender differences. Metastases at time of follow-up were present in 8.3% and only 0.8% were in the terminal period. The best clinical status was associated with skin tumors, breast and gynecological cancer and better ambulatory status, with skin, glandular-thyroid system and urinary system cancer.

CONCLUSIONS. The diagnostic background of cancer affects 2% of the adult population. Most of the patients (almost 3/4) were totally asymptomatic and had complete ambulatory capacity, and did not require special health care. The percentage of patients with cancer in metastatic and terminal situation is infrequent.

Key words: cancer, cancer prevalence, clinical status. Primary Health Care functional status.

INTRODUCCIÓN

En España se producen anualmente unos 150.000 casos nuevos de cáncer y unas 400.000 personas viven habiendo sufrido un diagnóstico de neoplasia maligna en los últimos 5 años, según estimaciones de la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer¹; sin embargo, el número de personas que han sufrido dicho diagnóstico en cualquier momento de su vida, sin el límite de 5 años, es muy superior. A partir de datos de supervivencia (la correspondiente a 5 años en nuestro país es del 47% para varones y del 57% para mujeres)² y de estudios publicados³⁻⁵, se calcula que alrededor del 2% de la población tiene dicho diagnóstico en sus antecedentes personales. Esto supone que en nuestro país la cifra total de personas que han tenido cáncer es, aproximadamente, de unas 800.000.

El conocimiento de este dato se considera importante, tanto desde el punto de vista epidemiológico, como en la planificación de los recursos sociales y sanitarios⁶, a lo que colaboraría también conocer su estadio clínico y situación funcional. En las referidas 800.000 personas diagnosticadas de cáncer las diferencias en sus necesidades de cuidados sanitarios y sociales son importantes: las teóricamente curadas de su enfermedad sólo requerirán algún apoyo psicológico y una vigilancia clínica elemental, mientras que los pacientes terminales deberán recibir un intenso apoyo familiar, social y sanitario⁶⁻⁸.

Con el fin de conocer la prevalencia de cáncer diagnosticado en nuestra Área de Salud (AS) realizamos un estudio cuyos resultados principales han sido publicados recientemente^{9,10}. Según dicho estudio el número de personas mayores de 14 años que han padecido cáncer en algún momento de su vida en el AS de Guadalajara es de 2.595, que padecían 2.717 tumores distintos, lo que supone el 2,2% de los varones de nuestra población y el 1,7% de las mujeres; las cifras ajustadas a población estándar son algo más bajas, y en general, equiparables a otros estudios publicados³⁻⁵.

El objetivo del presente trabajo es describir el estadio clínico y la situación funcional de los 2.595 pacientes con cáncer prevalente en nuestra AS, según la información proporcionada por los médicos de Atención Primaria; asimismo, pretendemos analizar las diferencias de dichos datos en función de las diversas variables del tumor (localización, tiempo de evolución, etc.) y de los datos demográficos de los pacientes (sexo, edad, lugar de residencia, etc.).

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se realiza a mediados de 1999 en población mayor de 14 años del AS de Guadalajara con tarjeta sanitaria individual (TIS) y un total de 135.539 personas. La población estudiada corresponde a todos los pacientes que han sufrido un diagnóstico de cáncer invasivo (códigos de la CIE-9 140 a 208, excluyendo tumores benignos, epitelomas cutáneos y carcinomas *in situ*)¹¹ en cualquier momento de su vida, independientemente de su curación, hasta un total de 2.717 casos. Para la detección de casos se utilizan las historias clínicas de todos los centros de Atención Primaria, hospitales, clínicas privadas y residencias de crónicos, el registro provincial de tumores, el de altas hospitalarias, el registro civil de mortalidad y las órdenes de asistencia interprovincial.

La información se recoge mediante cuestionario previamente consensuado, con normas unificadas, cumplimentado por un médico de Atención Primaria en cada centro de salud y un equipo coordinador que dirigió el estudio y recogió la información de las fuentes complementarias y de las fuentes no propias de Atención Primaria. La información referente al estadio clínico y funcional hace referencia a los datos correspondientes al momento del corte (30 de junio de 1999), a partir de la historia clínica o de los datos proporcionados por el médico o enfermera de familia de cada paciente.

Las variables recogidas se incluyen en los siguientes bloques:

1) Datos demográficos del paciente y de localización, diagnóstico y tratamiento del tumor.

2) Datos correspondientes al estadio en el momento del estudio: presencia o ausencia de actividad tumoral, de acuerdo con la siguiente escala: 1- no actividad conocida, 2- enfermedad localizada primaria, 3- recidiva, 4- invasión regional y 5- metástasis.

3) Existencia de otro tumor.

4) Situación funcional según la escala ECOG (*Eastern Cooperative Oncology Group*)^{12,13}: 1- normal/asintomático, 2- sintomático pero con capacidad ambulatoria prácticamente normal, 3- limitación leve o encamado menos del 50% del tiempo, 4- limitación severa o encamado más del 50% del tiempo y 5- incapaz de levantarse, terminal.

Se describen los datos generales y se analizan las diferencias del estadio clínico y funcional mediante comparaciones por sexo, grupos de edad, localización tumoral y tiempo de evolución. Se utiliza la prueba de Chi cuadrado con los grados de libertad correspondientes y expresando los resultados con intervalos de confianza (IC) del 95%.

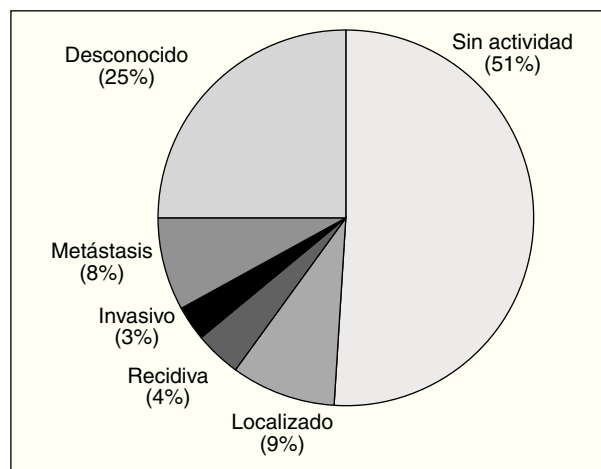
Tabla 1. Distribución por sexo y localización de los casos estudiados

	Varones	Mujeres	Total	%	IC 95%
Mama	4	454	458	16,9	15,5-18,3
Próstata	283	—	283	10,4	9,3-11,6
Vejiga	260	38	298	11	9,8-11,2
Colon	138	113	251	9,2	8,2-10,4
Estómago	94	58	152	5,6	4,8-6,5
Pulmón	135	8	143	5,3	4,5-6,3
Laringe	112	2	114	4,2	3,4-4,9
Recto	71	27	98	3,6	2,9-4,4
Riñón	69	29	98	3,6	2,9-4,4
Utero	—	97	97	3,6	2,9-4,4
No Hodgkin	45	22	67	2,5	1,9-3,1
Tiroides	11	49	60	2,2	1,7-2,8
Ovario	—	59	59	2,2	1,7-2,8
L. Linfoide	26	26	52	1,9	1,4-2,5
Labio	46	5	51	1,9	1,4-2,5
Melanoma	24	24	48	1,8	1,3-2,3
Otros	225	163	388	14,3	
Total	1.543	1.174	2.717	100	

RESULTADOS

Se estudian 2.717 casos de neoplasia que corresponden a 2.595 pacientes distintos; un 56,8% de los casos (1.543 tumores) corresponden a varones y el 43,2% (1.174) a mujeres. La edad media de los pacientes es de 68,2 años (IC 95%: 67,6-68,7) y la de diagnóstico conocida de 62,8 años (IC 95%: 62,1-63,5). El tiempo de evolución desde el diagnóstico es de 63,7 meses (IC 95%: 61-66,3). La tabla 1 recoge la distribución de casos y sus localizaciones para varones y mujeres.

En la figura 1 podemos observar la distribución de los casos en función del nivel de actividad que se supone al tumor, a partir de la información recogida de la historia clínica o proporcionada por el médico de familia. Podemos comprobar que en más del 25% no hay datos conocidos o fiables del estado clínico y que casi en el 50% no hay datos de actividad tumoral. Por otro lado, se constata la presencia de metástasis en un 9% de los casos. Si excluimos los casos en estadio desconocido y los fallecidos (que constaban todavía en la fecha del corte en la base de TIS), comparando por sexo el valor de Chi cuadrado para

**Figura 1. Situación clínica.**

4 grados de libertad es de 45,4 ($p < 0,001$), en el sentido de mayor grado de actividad en el caso de los varones que en el de las mujeres. Si este dato lo analizamos para mayores o menores de 65 años, el grado de actividad se supone menor en los ancianos (Chi cuadrado = 16,4; $p = 0,002$). No hay diferencias comparando el lugar de residencia urbano o rural.

La tabla 2 presenta estos datos para cada localización por órganos y aparatos. Podemos observar que el mayor porcentaje de tumores aparentemente inactivos se da en la localización mamaria y en la cavidad oral, mientras que el mayor porcentaje de metástasis se produce en los tumores localizados en próstata, aparato respiratorio y melanoma.

En la figura 2 presentamos los datos referidos a la capacidad funcional y ambulatoria del paciente, una vez excluidos los pacientes fallecidos y aquellos de los que no hay datos fehacientes. En relación con el sexo no existe diferencia entre varones y mujeres en la capacidad funcional derivada del padecimiento del tumor (Chi cuadrado para 4 grados de libertad 2,83; $p = 0,58$). Lo mismo sucede en el caso de la comparación para mayores y menores de 65 años. La influencia del tumor en la capacidad funcional de los pacientes no es significativamente diferente para esos dos grupos de edad ($p = 0,3$).

Tabla 2. Situación de actividad del tumor según localizaciones por aparatos (%)

	Desconocida	Sin actividad conocida	Localizado	Recidiva	Invasivo regional	Metástasis
Cavidad oral	27,6	58,2	4,1	4,1	3,1	3,1
Digestivo	27	50,8	6,1	2,2	4,2	9,7
Respiratorio	28,2	45,3	6,9	2,9	5,3	11,4
Huesos y partes blandas	27,5	50	2,5	5	7,5	7,5
Piel	22,9	64,6	0	0	0	12,5
Mama	18,3	63	6,2	1,8	2	8,8
Aparato genital femenino	22,3	62,2	2,1	1,6	4,1	7,8
Próstata y aparato genital masculino	25,2	31,3	25,5	1,3	3,5	13,2
Aparato urinario	26,7	51,1	6,1	11,2	1,5	3,3
SNC	37,8	40,5	5,4	13,5	2,7	0
Tiroides y otras glándulas	24,6	56,9	7,7	0	1,5	9,2
Hematológico	27,2	39,6	24,3	4	2	3

SNC: sistema nervioso central.

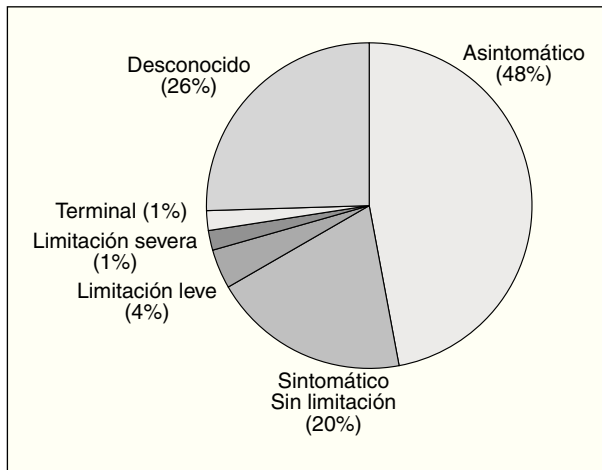


Figura 2. Situación funcional. Grado de limitación (%).

En la tabla 3 podemos observar las diferencias en la limitación funcional que el tumor plantea en función de la localización del mismo distribuida por órganos y aparatos. Vemos que el mayor porcentaje de pacientes sin limitación alguna se da en las localizaciones correspondientes a tumores cutáneos, de la mama, del sistema glandular y del aparato urinario. Los casos de pacientes encamados o terminales son escasos y afectan, sobre todo, a los pacientes con tumores del sistema nervioso central (SNC), respiratorio y hematológico, aunque en todo caso, con baja casuística.

Finalmente debemos hacer constar que 127 pacientes (4,7% del total) presentan dos o más tumores, siendo esta situación más frecuente en el varón (162 tumores múltiples frente a 87 en mujeres). Las localizaciones que más asociación presentaban corresponden a aparato urinario, respiratorio, mama, colorrectal y hematológico, existiendo casos aislados con tres o más tumores malignos invasivos.

DISCUSIÓN

La prevalencia de cáncer se define como la proporción de personas de una población que está afectada por dicha en-

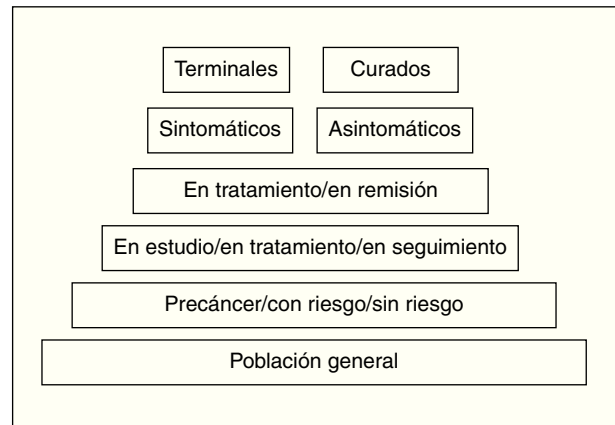


Figura 3. Situación en función del posible diagnóstico de cáncer.

fermedad en un momento dado¹⁴; dicha prevalencia puede considerarse de punto o de período, siendo la primera la que corresponde al objeto de nuestro estudio, realizado a mediados del año 1999.

En relación con el cáncer, al menos conceptualmente, y partiendo de una población general, se pueden considerar varias situaciones¹⁵, que van desde las precancerosas o el cáncer latente, hasta el paciente terminal, según la secuencia esquematizada en la figura 3. No obstante, no podemos detectar las situaciones precancerosas en la población general, ni la prevalencia premórbida, la de aquellas personas que teniendo un cáncer en evolución no han presentado todavía síntomas ni han sido objeto de detección precoz mediante cribado.

Nuestro estudio se realiza, por tanto, sobre personas que han tenido un diagnóstico de cáncer en cualquier momento de su vida. Podría considerarse que, en determinados casos, un paciente está curado de su enfermedad neoplásica; un criterio razonable es el que supera el denominado "punto de corte", aquel en el que la supervivencia de cada tumor iguala la que se espera de la población general para su grupo de edad, o que la supervivencia relativa es igual a uno¹⁶. No obstante, creemos que los

Tabla 3. Situación funcional de los pacientes según la localización del tumor (%)

	Desconocida	Asintomático sin limitación	Sintomático sin limitación	Limitación leve	Limitación severa/encamado	Terminal
Cavidad oral	26,5	53,1	14,3	6,1	0	0
Digestivo	30,3	45,5	18,3	3,7	1,1	1,1
Respiratorio	29	31	28,2	8,6	2	1,2
Huesos y partes blandas	25	42,5	17,5	12,5	2,5	0
Piel	22,9	66,7	8,3	2,1	0	0
Mama	17	48,5	29,3	4	1,1	0,2
Aparato genital femenino	28	53,4	9,8	6,7	2,1	0
Próstata y aparato genital masculino	23,2	45,8	22,6	5,8	1,9	0,6
Aparato urinario	28,2	54,5	13,2	2,3	0,8	1
SNC	27	16,2	35,1	5,4	10,8	5,4
Tiroides y otras glándulas	23,1	56,9	15,4	0	1,5	3,1
Hematológico	48,8	20,7	20,7	5,8	3,3	0,8
Secundarios y no especificados	71,4	14,3	14,3	0	0	0

SNC: sistema nervioso central.

riesgos inherentes al diagnóstico previo de cáncer no abandonan en ningún momento a la persona afectada, y por tanto ésta sigue necesitada de una vigilancia especial: recurrencias tardías, segundos tumores, impacto psicológico del diagnóstico, efectos tardíos de la medicación, etc. Creemos indicado, por tanto, estudiar la prevalencia total de cáncer, y no sólo la que se refiere a neoplasia en actividad, o la que hace referencia a prevalencia a 5 años, como realizan muchos autores, incluida la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer¹.

Tanto desde un punto de vista epidemiológico como asistencial consideramos transcendental conocer los casos de prevalencia de cáncer^{4,6,15} y su estadio clínico y funcional. No debemos olvidar una serie de hechos fundamentales:

A) La enfermedad neoplásica afecta a una de cada tres personas en su vida¹⁷.

B) El cáncer es responsable del 27,1% de las muertes en España¹⁸.

C) El antecedente neoplásico es un dato que no desaparece nunca de la propia consciencia del afectado, como tampoco lo hace de la historia clínica individual.

D) Las enfermedades neoplásicas obligan al sistema sanitario a concentrar recursos en su cuidado en tan grande o mayor grado que ninguna otra enfermedad¹⁹.

E) Genera un importante incremento de la necesidad de recursos sociales y familiares, multiplicando en muchas ocasiones los ya costosos cuidados en personas mayores^{7,8}. En este sentido las necesidades de cuidados son distintas en función del tiempo transcurrido desde el diagnóstico: en los primeros meses los costes están dedicados a los esfuerzos diagnósticos, posteriormente a los terapéuticos, y finalmente a la monitorización de recurrencias, efectos secundarios y eventuales secuelas¹⁵.

Existen múltiples escalas que pueden medir la capacidad funcional de los pacientes ante las actividades de la vida diaria y su calidad de vida: desde los más complejos como el CDV-P85, con 85 ítems, o el *Cancer Inventory of Problem Situations* con 145, hasta los más sencillos como la escala de Karnofsky o las escalas de actividad de la vida diaria (AVD) o instrumentales de la AVD. Agra et al en una excelente revisión²⁰ seleccionan el EORTC-QLQ C30 como uno de los más completos y adecuados a este tipo de pacientes, aunque su aplicación sería inviable con el planteamiento retrospectivo de nuestro estudio, en el que en ningún momento se ha realizado intervención ni entrevista alguna con los pacientes.

La escala denominada ECOG se empezó a utilizar en 1960^{12,13} en relación con la quimioterapia, y tiene varias características:

A) Excelente facilidad de cumplimentación por el personal médico o de enfermería de Atención Primaria.

B) No necesita aplicación prospectiva ni presencial a la hora de cumplimentarla.

C) Fácil comparabilidad con la escala de Karnofsky, con mayor simplicidad de la medición^{21,22}.

D) Adecuada fiabilidad y baja variabilidad interobservadores^{22,23}.

Dada la imposibilidad de realizar una aplicación prospectiva de escalas complejas, y la necesidad de utilizar un modelo que pudiera ser cumplimentado con cierto grado de precisión por el médico o enfermera habituales del paciente, hemos optado por utilizar esta escala. El inconveniente de su excesiva simplicidad se compensa con la facilidad de uso y la posibilidad de obtener los datos a partir de la información en poder del médico de familia o de la revisión de la historia clínica.

Consideramos que la cobertura y fiabilidad de los casos que se consigue es muy elevada, dada la multiplicidad de fuentes consultadas, como se comenta en publicaciones previas^{9,10}; en cambio, la información sobre el estado clínico (recogida de forma retrospectiva) es, probablemente, más incompleta por la posible ausencia de datos; en este sentido destacamos que se ha considerado insuficiente en alrededor de la cuarta parte de los pacientes (porcentaje no inesperado), dado que en muchos casos estamos recogiendo información de personas diagnosticadas de más de 50 años antes del corte; en este sentido los investigadores hemos preferido omitir el dato que estima un estado clínico o funcional de escasa fiabilidad, aunque posiblemente muy favorable. En todo caso, y dado que todos los pacientes constaban en TIS en el momento del corte, y que si hubieran estado sintomáticos constaría el dato en alguno de los sistemas asistenciales revisados, asumimos que la mayor parte de los casos sin datos actualizados corresponden a pacientes asintomáticos y plenamente ambulatorios.

Aun así, parece lógico pensar que más de la mitad de los pacientes diagnosticados de cáncer se pueden considerar clínicamente inactivos y asintomáticos. Es, aproximadamente, el porcentaje que correspondería al número de pacientes que han superado el límite de 5 años desde el diagnóstico y que, por término medio, han sobrepasado el referido "punto de corte". Hemos de recordar que las estimaciones de la IARC sobre la supervivencia media de pacientes con cáncer en España es del 47% para varones y del 57% para mujeres², lo que supone un 50% aproximadamente de supervivencia a 5 años.

También nos parece esperable una mejor situación clínica en el caso de las mujeres, en las que un porcentaje importante de pacientes corresponde a tumores de mama y ginecológicos, y que posiblemente gozan de una mejor respuesta terapéutica, a diferencia, por ejemplo del cáncer de pulmón, mucho más frecuente en el hombre. En este sentido también parece lógica la mejor situación funcional en las localizaciones correspondientes a tumores cutáneos, del sistema glandular, del aparato urinario, aparato genital femenino y cavidad oral.

En relación con las AVD, del 14% al 17% de los pacientes mayores de 65 años admitidos en centros oncológicos tienen algún tipo de limitación^{24,25} y el 74% tienen una actividad ambulatoria prácticamente completa²⁵. En relación con la percepción de salud, más del 30% de los pacientes con cáncer consideran que su estado de salud es bueno, muy bueno o excelente, en el caso de la Encuesta Nacional de Salud en Estados Unidos²⁶. En nuestro caso tienen limitación alrededor del 10% de los casos de los que tene-

mos información, considerando, además, que nuestro estudio se realiza sobre pacientes en cualquier estadio, y en muchos casos potencialmente curados, a diferencia de dichos estudios.

Afortunadamente la situación peor, encamados o terminales, corresponde en nuestro estudio a un número bajo de personas: menos de un 10% del total están en situación de invasión metastásica, y menos del 1% de los pacientes estudiados están en situación terminal por cáncer. En este sentido, un estudio sobre pacientes ambulatorios admitidos consecutivamente en un centro oncológico ofrece cifras de pacientes con metástasis de un 16% frente a un 84% sin ellas²⁷.

Nuestros datos suponen que entre 20 y 30 personas en el AS están en situación terminal por cáncer; este número, aunque reducido, concentraría un elevado porcentaje de la carga suplementaria que la enfermedad neoplásica supone para el sistema sanitario y para los cuidadores, sobre todo en ancianos con cáncer^{8,28}. Según datos de la Gerencia de Atención Primaria en un año se realiza asistencia a unos 150 pacientes terminales en el AS, lo que puede suponer una prevalencia de punto de unos 75 casos, y alrededor de la mitad debidos a cáncer, lo que coincide con nuestra apreciación.

Como conclusión pensamos que aunque el número de personas que han sido diagnosticadas de cáncer es bastante elevado (40-50 en un cupo de 2.000 pacientes), un porcentaje muy importante de ellos no están requiriendo cuidados especiales o se encuentran totalmente asintomáticos; es, asimismo, relativamente escaso el número de pacientes en situación preterminal o altamente limitada. Y, si bien es necesario tener en cuenta el antecedente diagnóstico, los riesgos y la repercusión psicológica, pensamos que el seguimiento de la mayor parte de los casos debe realizarse del modo más normalizado posible y huyendo de cualquier tipo de encarnizamiento no sólo terapéutico sino también diagnóstico o preventivo. Estudios recientes confirman que la mayor frecuencia de los seguimientos no siempre favorece la supervivencia, es costoso y no colabora a la mejora de la calidad de vida²⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. Globocan 2000. Cancer Incidence, mortality and prevalence worldwide (2000 estimates). IARC CancerBase n.º 5. Lyon: IARC Press, 2001.
2. Micheli A, Mariotto A, Giorgi Rossi A, Gatta G, Mutti P and the EUROCARE Working Group. The pronostic role of gender in survival of adult cancer patients. *Eur J Cancer* 1998;34:2271-8.
3. Feldman AR, Kessler R, Myers MH, Naughton D. The prevalence of cancer. *N Eng J Med* 1986;315:1394-7.
4. Zanetti R, Micheli A, Rosso S, Sant M. The prevalence of cancer: a review of the available data. *Tumori* 1999;85:408-13.
5. Micheli A, Francisci S, Krogh V, Rossi AG, Crosignani P and the ITAPREVAL Working group. Cancer prevalence in italian cancer registry areas: the ITAPREVAL study. *Tumori* 1999;85:309-69.
6. Buiatti E, Barchielli A. The role of cancer registration for programming health services. *Tumori* 1999;85:418-20.
7. Brown ML, Lipscomb J, Synder C. The burden of cancer: economic cost and quality of life. *Annu Rev Public Health* 2001;22:91-113.
8. Hayman JA, Langa KM, Kabeto MU, Katz SJ, DeMonner SM, Chernew ME, et al. Estimating the cost of informal caregiving for elderly patients. *J Clin Oncol* 2001;19:3219-25.
9. Alonso Gordo JM, Bárcena Marugán A, Jiménez del Val D, Palacios Rojo JJ, Royo Sánchez C, Urbina Torija J y Grupo PREVALCAN de Guadalajara. Prevalencia de cáncer en el Área de Salud de Guadalajara. *Aten Primaria* 2003;32:150-7.
10. Alonso Gordo JM, Jiménez del Val D, Palacios Rojo JJ, Royo Sánchez C, Urbina Torija J, Santiago González C, et al y Grupo PREVALCAN de Guadalajara. Cáncer prevalente y su distribución geográfica en el Área de Salud de Guadalajara. *Rev Esp Salud Pública* 2004;78:83-94.
11. Muir CS. Classification. *Cancer Incidence in Five continents*. Vol 6. Chapter 3. Lyon: IARC, 1992.
12. Zubrod Ch, Schneiderman M, Frei E, Brindley C, Gold GL, Schneider B, et al. Appraisal of methods for the study of chemotherapy of cancer in man: comparative therapeutic trial of nitrogen mustard and triethylene thiophosphoramide. *J Chron Dis* 1960;11:7-33.
13. Sørensen JB, Klee M, Palshof T, Hansen HH. Performance status assesment in cancer patients. An inter-observer variability study. *Br J Cancer* 1993;67:773-5.
14. Dos Santos Silva I. Epidemiología del cáncer: principios y métodos. Agencia Internacional de Investigación sobre el cáncer. Lyon: Organización Mundial de la Salud, 1999.
15. Berrino F, Cascinelli N. Cancer prevalence; What for? *Tumori* 1999;85:414-7.
16. Verdecchia A, Capocaccia R, Hakulinem T. Methods of data analysis. Survival of cancer patients in Europe: The Eurocare Study. Lyon: n.º 132. IARC scientific publication, 1995; p. 32-7.
17. Moreno V, Sánchez V, Galcerán J, Borrás JM, Borrás J, Bosch X. Riesgo de enfermar y morir por cáncer en Cataluña. *Med Clin (Barc)* 1998;110:86-93.
18. Instituto Nacional de Estadística. INEbase: Defunciones según la causa de muerte 2001: Tablas nacionales. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase>.
19. Brown ML, Lipscomb J, Snyder C. The burden of illness of cancer: economic cost and quality of life. *Annu Rev Public Health* 2001;22:91-113.
20. Agra Varela Y, Badía Llach X, Gil Miguel A. Instrumentos para la medición de la calidad de vida en los pacientes con cáncer. *Med Clin (Barc)* 1998;110:703-8.
21. Verger E, Salameo M, Conill C. Can Karnofsky Performance Status be transformed to the Eastern Cooperative Oncology Group Scoring Scale and viceversa? *Eur J Cancer* 1992;28A:1328-30.
22. Conill C, Verger E, Salameo M. Performance status assesment in cancer patients. *Cancer* 1999;65:1864-6.
23. Taylor AE, Olver IN, Sivanthan T, Chi M, Purnell C. Observer error in grading performance status in cancer patients. *Sup Care Cancer* 1999;7:332-5.
24. Serraino D, Fratino L, Zagonel V; GIOGer Study Group (Italy). Prevalence of functional disability among elderly patients with cancer. *Crit Rev Oncol Hematol* 2001;39:260-73.
25. Repetto L, Fratino L, Audisio RA, Venturino A, Gianni W, Vercelli M, et al. Comprehensive Geriatric Assesment adds information to Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status in elderly patients: an italian group for geriatric oncology study. *J Clin Oncol* 2002;20:494-502.
26. Repetto L, Venturino A, Vercelli M, Gianni W, Biancardi V, Casella C, et al. Performance status and comorbidity in elderly cancer patients compared with young patients with neoplasia and elderly patients without neoplastic conditions. *Cancer* 1998;82:760-5.
27. Koller M, Heitmann K, Kussmann J, Lorentz W. Symptom reporting in cancer patients II. Relation to social desirability, negative affect and self-reported health behaviors. *Cancer* 1999;86:1609-20.
28. Hewitt M, Breen N, Devesa S. Cancer prevalence and survivorship issues: analyses of the 1992 National Health Interview Survey. *J Natl Cancer Inst* 1999;91:1480-6.