



**EL CÁNCER EN EL ANCIANO.
CARACTERÍSTICAS Y NECESIDADES
ESPECIALES**

Juan Carlos Caballero García

RESUMEN

En las sociedades avanzadas la población anciana está creciendo y es un colectivo de edad que representa un grupo muy numeroso de las consultas en la atención primaria de salud. Los porcentajes del 17 al 25% de ancianos en muchas ciudades, son superados ampliamente en el medio rural. Muchos de ellos padecen enfermedades crónicas que requieren controles con frecuentes descompensaciones agudas intercurrentes que suelen acabar en los hospitales. En su mayoría son personas con una salud frágil que se encuentran en un equilibrio inestable. Otros ya inválidos, necesitan diversos tipos de atención familiar, social y sanitaria en su domicilio hasta que fallecen o se decide su alojamiento residencial.

De acuerdo con numerosas encuestas de profesionales sanitarios, se observa que la preparación para atender la salud de los ancia-

nos es aún deficiente o mejorable. Aunque se conoce la evaluación geriátrica integral, no es habitual su uso ni se ve tampoco reflejada en las historias de los pacientes. A veces, parece que se olvidan los principios básicos de la atención a terminales y, en otras, que no se resuelven problemas menores con enorme impacto funcional. El anciano es un gran consumidor de fármacos y, además de su pluripatología con especiales formas de presentación para algunas enfermedades, padece un mayor número de problemas paramédicos asociados. En este contexto el médico de Atención Primaria debe enfrentarse al cáncer como una responsabilidad que va "in crescendo". Con el aumento de la edad, existe un mayor riesgo para desarrollarlo, por lo que no es extraño que la mayoría de los tumores y la muerte por esta causa ocurra en personas de más de 65 años con importante influencia sobre su expectativa y calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

En el País Vasco la población anciana está creciendo (ver tabla 1). El principio central de la atención al este grupo de edad es mantener el mayor grado de autonomía, independencia funcional y calidad de vida a pesar de sus problemas y enfermedades. La Atención Primaria y sus profesionales tenemos la responsabilidad de su cuidado. Pero no es lo mismo hablar de paciente anciano que de paciente geriátrico. El primero hace

alusión a la edad y en el segundo caso la edad no es el único ni, tal vez, el principal determinante, pues deben ser tenidos en cuenta aspectos como la pluripatología, la presencia de incapacidades físicas y/o psíquicas y los eventuales problemas sociales asociados. Es evidente que, cuantos más años tenga una persona, más posibilidades tendrá de cumplir criterios de paciente geriátrico.

La mayor parte del cáncer y de las muertes por cáncer ocurren

en personas mayores de 65 años. En los ancianos, el cáncer afecta a su expectativa de vida y tiene un mayor efecto sobre la calidad de la misma porque son proclives a tener comorbilidades adicionales. Una gran parte de los pacientes que se atienden en Atención Primaria sufren más de una enfermedad; por otro lado muchas de las enfermedades más prevalentes en nuestro medio afectan a más de un órgano. Diferentes estudios cifran que entre el 70-95% de los ancianos de nuestro entorno presentan de 1,2 a 4,2 enfermedades crónicas.

El grupo de pacientes pluripatológicos no se define sólo por la presencia de 2 ó más enfermedades, sino por una especial susceptibilidad y fragilidad clínica que conlleva la frecuente demanda de atención en distintos niveles difícilmente programable por agudizaciones y aparición de patologías interrelacionadas que agravan al paciente con un deterioro progresivo, y una disminu-

ción gradual de su autonomía y capacidad funcional. Componen un colectivo especialmente predispuesto a sufrir los efectos deletéreos de la fragmentación y superespecialización de la asistencia y se pueden considerar como elementos "centinela" de la "salud global" del sistema sanitario. Un análisis de la calidad de la atención prestada a estos pacientes podría reflejar claramente las fortalezas y áreas subsidiarias de mejora del sistema (coordinación inter-niveles, sistemas de información integrados, uso eficiente de recursos, urgencias, atención primaria...). Estos asuntos van a influir decisivamente en sus cuidados, vigilancia y tratamiento. Una buena aproximación al anciano enfermo obliga a considerar cinco aspectos diferentes: la salud física, su estado mental, la capacidad funcional, sus recursos socioeconómicos y las características del ambiente en que reside. El cáncer puede repercutir negativamente sobre todas esas facetas, contribuyendo a su deterioro.

Tabla 1
Esperanza de vida en el País Vasco

Esperanza de vida	2000	2002	2003	2004	2010 objetivo
Al nacer varones	75,4	76,7	76,8	77,3	76,8
Al nacer mujeres	83		83,9	84,4	84,3
Libre de incapacidad al nacer varones	65,1	67,6	-	-	67,3
Libre de incapacidad al nacer mujeres	71,3	72,4	-	-	72,8

Plan de Salud de Euskadi 2002-2010 Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad. Informe 2006

EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia y prevalencia del cáncer en mayores de 65 años ha aumentado en los últimos años a medida que también lo ha hecho la esperanza de vida, que en España se sitúa en 75 años para los hombres y 83 para las mujeres, según el Instituto Nacional de Estadística². Es la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardíacas. En nuestro país se diagnostican cada año más de 162.000 nuevos casos de cáncer, de los cuales casi el 60% son mayores de 65 años y un 30% de 75 años². Más del 60% de las muertes por cáncer ocurren en estas edades, sin que los nuevos tratamientos hayan mejorado la supervivencia global, por lo que además de realizar un tratamiento óptimo, debemos actuar en la prevención y la detección precoz del proceso tumoral según la esperanza de vida estimada de cada paciente^{3,4} Tabla 2. En cuanto a las neoplasias más frecuentes en mayores de 80 años, encontramos en los hombres: próstata, pulmón, colorrectal, vejiga urinaria y estómago y en las mujeres: mama, colon-recto, estómago y cuerpo uterino^{3,4}.

Tabla 2

Mortalidad por cáncer en ancianos según edad y sexo

Hombres 69 a 79 años
1.º Broncopulmonar
2.º Colorrectal
3ª Próstata
Mujeres 60-79 años
1.º Mama
2ª Colorrectal

CARACTERÍSTICAS DEL CÁNCER EN EL ANCIANO

Con el envejecimiento de la población general, la patología tumoral es un problema médico bastante frecuente en el anciano, donde se diagnostica un número elevado de tumores malignos, algunos en porcentajes similares a los que aparecen en otros grupos de edad, y otros, con ciertas diferencias porcentuales a favor de los ancianos.

A. INFLUENCIA DE LA PATOLOGÍA ASOCIADA

Está suficientemente establecido que la edad avanzada es un factor vinculado a una mayor prevalencia de enfermedades neoplásicas. La patología asociada puede desempeñar un papel crucial en la situación clínica y funcional de estos enfermos, especialmente si es de tipo crónico e incapacitantes. En este sentido, autores como Charlson, que han estudiado la prevalencia de una mayor comorbilidad en pacientes con cáncer de diagnóstico reciente y al estratificar los resultados por grupos de edad, encuentran que el 78% y el 66% respectivamente de los pacientes mayores de 74 años y entre 60 y 74 años, padecen enfermedades asociadas severas, frente al 51% de los pacientes con edades comprendidas entre 45 y 59 años⁵. La influencia de la comorbilidad sobre la supervivencia está ampliamente demostrada, habiéndose identificado como un factor predictor independiente en los pacientes oncológicos^{5,6,7}.

B. INFLUENCIA DE LA SITUACIÓN FUNCIONAL

Se considera decisiva la situación funcional del anciano de cara al adecuado reconocimiento de los nuevos síntomas que permitan una correcta orientación del proceso tumoral, ya que procesos como la demencia, la depresión o la enfermedad ictal, por ejemplo, van a condicionar notablemente la percepción e interpretación de las manifestaciones clínicas de la enfermedad tumoral en el anciano.

C. RETRASOS EN EL DIAGNÓSTICO

De forma bastante extendida se considera que existe un retraso considerable en el momento del diagnóstico de la enfermedad tumoral y que ésta se detecta en un estadio más avanzado que en otros grupos de edad más jóvenes, vinculándose este retraso a una falta de reconocimiento, bien por parte del médico o del propio paciente, de las nuevas manifestaciones clínicas, así como a una serie de factores como la comorbilidad, el deterioro funcional, la incapacidad mental, las limitaciones socio-familiares, polifarmacia, etc.⁸

D. SUSCEPTIBILIDAD AL TRATAMIENTO

El paciente anciano, a diferencia del más joven y como consecuencia del envejecimiento, presenta una menor reserva funcional de los distintos órganos y una mayor comorbilidad, lo que puede favorecer la aparición de efectos secundarios del tratamiento. El envejecimiento puede asociarse a una disminución de los recursos económicos, sociales y de la autonomía del sujeto,

haciéndolo más vulnerable a las complicaciones del tratamiento. Por estas razones, el tratamiento deberá individualizarse en cada paciente, teniendo en cuenta la potencial toxicidad farmacológica, su entorno social, el grado de dependencia funcional y la expectativa de vida con respecto a la edad y a la comorbilidad del paciente⁴.

E. COMPORTAMIENTO NEOPLÁSICO

En pacientes ancianos se ha observado neoplasias con un comportamiento más agresivo y maligno, como puede ocurrir en el caso de la leucemia mieloide aguda, el linfoma no Hodgkin de célula grande, el glioblastoma y el sarcoma osteogénico, y otras, con un curso más lento e indolente, como determinados tipos de cáncer de mama y de pulmón (independientemente del tratamiento realizado), debido posiblemente a que en el momento del diagnóstico el tumor se encontrara en estadios más avanzados que en los grupos de pacientes más jóvenes^{4,9,10}.

F. ESPECTRO CLÍNICO TUMORAL MUY AMPLIO Y VARIADO

Abarca desde situaciones clínicas agudas con evolución rápidamente fatal, hasta situaciones menos graves e inestables, que permiten un manejo terapéutico reglado y completo^{9,10}. Aunque la patología tumoral en el anciano puede presentarse con los mismos síntomas y manifestaciones clínicas que las neoplasias generan en otros grupos más jóvenes, no difirieren considerablemente del proceso diagnóstico para otros grupos de edad. Sin embargo, en la persona mayor pueden existir ciertas dificultades

para reconocer tales manifestaciones clínicas típicas y falsas interpretaciones de las mismas, asignándolas erróneamente al proceso del envejecimiento⁵. En este sentido y para evitar retrasos diagnósticos, se recomienda conocer adecuadamente el envejecimiento fisiológico de cada órgano y/o sistema, y evaluar las condiciones previas del paciente. Las recomendaciones de la Sociedad Americana del Cáncer con respecto a los signos de alarma ante los principales procesos tumorales, son también aplicables a la población anciana⁶. Así, las modificaciones en los hábitos intestinales o vesicales, la ulceración cutánea que no cura, la hemorragia o exudado de causa desconocida, la aparición de un bulto o engrosamiento en la mama, la dificultad para deglutir, los cambios en un nevus y la tos persistente (máxime con hemoptisis y/o disfonía).

G. DIFICULTADES PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ

A pesar de que el cáncer es más frecuente en la población anciana, hay varios aspectos que dificultan la realización de técnicas de detección precoz, retrasando así la obtención de un diagnóstico temprano. Este retraso diagnóstico puede explicarse por los siguientes factores⁴:

1. La presencia de síntomas y signos de otras enfermedades crónicas presentes (co-morbilidad) que puede enmascarar las manifestaciones tempranas de las neoplasias malignas.
2. Porque en muchos casos los ancianos no se benefician de los programas de detección precoz para el cáncer.
3. La presencia de manifestaciones atípicas tales como síndrome confusional, depresión, deterioro cognitivo, inestabilidad y el síndrome "failure to thrive" (dificultad para crecer) que es un término utilizado inicialmente por pediatras en niños de dificultad en su desarrollo y que en 1973 comenzó a emplearse en residencias asistidas de ancianos en USA. Se trataría de una manifestación mayor de fragilidad, es decir, sería el estadio final del declive, generalmente irreversible, final común de procesos en estadios finales tanto de fragilidad como de enfermedades crónicas severas¹¹.
4. Las clásicas manifestaciones atribuibles al síndrome general neoplásico (síndrome constitucional o tóxico) en pacientes más jóvenes (astenia, anorexia, adelgazamiento), poseen menos valor orientativo en los ancianos, pues, se suelen correlacionar o confundir con patologías de base como su situación funcional de deterioro cognitivo o la inmovilidad, o bien atribuirse a la polifarmacia. Diversos procesos como la diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca o respiratoria, malnutrición, infecciones y problemas psicológicos (depresión, ansiedad) pueden condicionar manifestaciones generales similares a las descritas en pacientes jóvenes con patología oncológica⁵.
5. La presentación inicial en forma de síndromes paraneoplásicos aunque se desarrollen en una

minoría de tumores, puede representar en muchas ocasiones la primera manifestación de la enfermedad oncológica y ser utilizada como marcador de recaída¹². Estos s. paraneoplásicos aparecen en el carcinoma microcítico pulmonar, linfomas, cánceres de mama, ovario, gastrointestinal y renal.

6. La urgencia médica como forma de presentación aguda tumoral. En las neoplasias pueden aparecer complicaciones médicas agudas, bien condicionadas por la evolución natural del proceso o, en algunas ocasiones, precipitadas por su tratamiento. Este tipo de presentación puede observarse en la obstrucción intestinal por adenocarcinoma de colon, en la obstrucción de la vía aérea por un tumor laríngeo y el taponamiento cardíaco agudo por afectación pericárdica en el cáncer de mama⁵.

DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER

Los tipos de cáncer donde las técnicas de detección precoz han demostrado ser útiles en la población

general para reducir la mortalidad son las neoplasias de mama, cérvix y colon. La prueba del antígeno prostático o PSA, por ejemplo, permite detectar el cáncer de próstata en un estadio más precoz, pero la mayoría de estudios no han podido demostrar la reducción de la mortalidad. Por otro lado, todavía hoy, ningún estudio ha demostrado el beneficio de mantener las campañas de detección precoz en mayores de 75 años, sobre todo por la escasez de estudios clínicos que incluyan a pacientes de este grupo de edad, por lo que es difícil decidir a partir de que edad deben interrumpirse las campañas de detección en ancianos. Por este motivo, se aplicarán las técnicas de detección del cáncer a aquellos sujetos con una expectativa de vida que lo permita, considerándose poco tributarios a los que tengan una expectativa de vida reducida. Un ejemplo, de PSA en la neoplasia prostática, no está indicada si los pacientes tienen menos de 10 años de expectativa de vida, excluyéndose, por tanto, a los mayores de 80 años. A pesar de ello, se han publicado recomendaciones para la detección de cáncer en los ancianos (considerados como mayores de 65 años), según la Sociedad Americana del Cáncer (ACS) y los servicios de prevención de Estados Unidos (USPSTF). Ver Tabla 3.

Tabla 3
Recomendaciones para la detección del cáncer en los pacientes ancianos⁴

Cáncer	Pruebas	Recomendaciones ACS	Recomendación USPSTF
Mama	Autoexploración mensual	Sin recomendación	
	Exploración física anual	c/ 1-2 años, hasta los 69	
	Mamografía	Anual	Si >70 años individualizar
Cérvix	T. de Papanicolau anual hasta tres	Cada 1-3 años hasta los 65	
	o más frotis normales	Si es normal no hacer más; luego individualizar	
Colon	Tacto rectal cada 5 años	Sin recomendación	
	Sangre oculta en heces anual	Anual	
	Sigmoidoscopia cada 5 años	Sin recomendación	
	Colonoscopia o enema cada 5-10 años	Sin recomendación	
Próstata	Tacto rectal anual		
	PSA anual*	No recomendado	
Ovario	Ecografía no recomendado	No recomendado	
	Marcadores séricos	No recomendado	No recomendado
	Exploración pélvica	No recomendado	No recomendado
Pulmón	Rx de tórax	No recomendado	No recomendado
	Citología de esputo	No recomendado	No recomendado
Piel	Inspección cutánea anual	Sin recomendación	
Cavidad oral	Inspección y palpación anual de la boca	Sin recomendación	

(*) Con expectativa de vida > 10 años.

ACS = American Cancer Society; USPSTF = US Preventive Services Task Force; PSA = antígeno prostático específico

La Atención Primaria como puerta de entrada al sistema público sanitario, está en óptimas condiciones para hacer políticas de prevención (prevención primaria), cribado y detección del cáncer (prevención secundaria) entre la población anciana. Dada la esperanza de vida actual, las personas tienen todavía muchos años de margen para seguir prácticas saludables que puedan disminuir el riesgo del cáncer o poderse diagnosticar éste precozmente.

La prevención tiene los siguientes objetivos:

- **Disminución de la incidencia:** alrededor de un 75-80% de los cánceres pueden atribuirse a factores externos, que por lo general se pueden modificar y por tanto disminuir el riesgo de desarrollar un cáncer.
- **Disminución de la mortalidad:** se consigue si se detecta el cáncer en sus etapas más tempranas y se aplican tratamientos específicos más sencillos y eficaces.

La prevención primaria se define, en términos de salud pública, como una prevención etiológica, es decir, actuaciones que conducen a la reducción de la incidencia de casos de cáncer. Dado que la mayoría de los cánceres se producen por factores exógenos, y aunque no es posible dejar de considerar el importante papel que desempeña la predisposición genética, se puede afirmar que el cáncer es evitable. Éste es el principio fundamental que debe primar en la planificación de medidas de control, y debe considerarse una prioridad sanitaria el desarrollo de todas las medidas posibles que lleven a la eliminación de estos factores causales.

En la Unión Europea (UE), se producen casi dos millones de nuevos casos de tumores al año (excluyendo cáncer de piel no melanoma). Para afrontar este problema de Salud Pública, la Unión Europea puso en marcha el programa Europa contra el cáncer que se inició en 1987¹³. Entre las iniciativas que éste dio origen destaca el encargo a un comité de expertos de la redacción de un código que sirviera como guía a todos los ciudadanos de la UE. La primera versión del Código Europeo Contra el Cáncer (CECC) surgió en 1988. Su objetivo principal era reducir la prevalencia de los factores de riesgo y la incidencia del cáncer mediante la adopción de medidas de promoción y protección de la salud y prevención de la enfermedad.

El CECC, es un documento donde se recogen los puntos básicos de prevención de la enfermedad, es decir los principales factores de riesgo y las técnicas de diagnóstico precoz del cáncer. Contiene los signos y síntomas de alarma que con más frecuencia acompañan a la enfermedad. Su objetivo era disminuir la mortalidad por cáncer en un 15% en el año 2000. Tres años más tarde se realizó una revisión y actualización del CECC¹⁴ que incorpora 11 recomendaciones⁸ de ellas dirigidas a la prevención primaria y 3 al diagnóstico precoz) que podrían reducir la incidencia del cáncer y la mortalidad relacionadas. Las recomendaciones del CECC lo que realmente expresan es la adopción de hábitos de vida saludables, tanto en lo referido a evitar o modificar factores de riesgo relacionados con la aparición de tumores (tabaco, alimentación, obesidad, actividad física, alcohol y sol), como en la participación en programas de salud pública¹⁵. Tabla 5

Tabla 5

Europa contra el cáncer: recomendaciones generales. Prevención primaria

• Eliminar el tabaquismo
• Evitar el alcohol
• Moderar las exposiciones solares
• Realizar alguna actividad física de intensidad moderada todos los días
• Evitar el contacto con los cancerígenos químicos reconocidos
• Dieta rica en frutas, vegetales y cereales con fibra
• Consumir alimentos con poca grasa
• Evitar el exceso de peso
• Consultar al médico ante la aparición de bultos, cambios en lunares, o cicatrices anómalas
• Consultar al médico ante la persistencia de ronquera, tos, cambios en el ritmo intestinal, pérdida de peso injustificada
• Mujeres a partir de 25 años de edad hacerse regularmente un frotis vaginal
• Mamografías periódicas a partir de los 50 años

Dentro de estos programas, unos están destinados a prevenir la aparición de enfermedades (programas de vacunación de la hepatitis B) y otros a aumentar la tasa de curación del cáncer en sus estadios más iniciales (diagnóstico precoz de cáncer de mama, cuello uterino y colon). Es evidente la importancia de que el **Código Europeo Contra el Cáncer** no se limite a ser conocido en un reducido círculo de especialistas, sino que debe permeabilizarse a través de los profesionales y organizaciones sanitarias y de educación para la salud, para llegar así a la población general. Entre las organizaciones que están contribuyendo a esta tarea, merece destacarse a la Asociación Española Contra el Cáncer. Para que una persona modifique un hábito son necesarios una serie de pasos:

- Que posea información suficiente y veraz sobre un factor de riesgo.
- Que tome conciencia del riesgo que supone mantener dicho hábito.
- Que tome la decisión de modificar o evitar su contacto.
- Que mantenga a lo largo del tiempo el cambio de comportamiento.

Esto se consigue ofreciendo información a la población a través de campañas y llevando a cabo programas de Educación para la Salud en los que se conciencie y ayude a las personas a adoptar y mantener hábitos de vida saludables. Educación sanitaria y consejos donde son pieza clave del trabajo

de los equipos de los centros de salud. La **Prevención Secundaria** es la agrupación de acciones dirigidas a detectar precozmente determinados tumores malignos. Estas acciones se denominan **programas de screening o cribado** cada uno de los cuales se caracteriza por una serie de factores:

- Debe ir dirigido a detectar precozmente un tumor concreto. Este tumor debe poderse diagnosticar bien en las fases más precoces de la enfermedad o en fases premalignas o en ambas circunstancias.
- Es preciso determinar qué población sana tiene más riesgo de desarrollar dicho cáncer.
- Debe existir una prueba que lo detecte de forma sencilla.
- Es preciso que exista tratamiento eficaz para las fases tempranas de la enfermedad.

Los principios de un programa de cribado según Wilson y Jungner¹⁶ son:

1. La condición ha de ser un importante problema de salud.
2. Debe existir un tratamiento aceptado para los pacientes con la enfermedad.
3. Los recursos para el diagnóstico y tratamiento deben estar disponibles.
4. Debe existir una fase latente o estadio preclínico.
5. Debe existir un test adecuado para examinar el órgano.
6. El test ha de ser aceptado por la población.

7. La historia natural de la condición, incluyendo el desarrollo desde fase latente hasta enfermedad declarada, debe ser entendida
8. Debe existir una política acordada de a quién tratar como pacientes.
9. El coste de encontrar un caso (incluyendo el diagnóstico y tratamiento de pacientes diagnosticados) debe ser económicamente balanceado con relación al tratamiento total.
10. El cribado ha de ser un proceso continuo y no de una sola vuelta.

Estos principios del cribado siguen siendo todavía válidos pero, tras la experiencia acumulada de más de 30 años, se ha objetivado que también es necesario evaluar cuándo un programa de cribado consigue sus objetivos. El mejor indicador de la efectividad del mismo es la disminución en la mortalidad específica. Si además el método de cribado detecta lesiones pre-invasivas, entonces la incidencia de la enfermedad en la población también ha de disminuir posteriormente.

El objetivo de la Prevención Secundaria es disminuir la mortalidad de un cáncer, detectando precozmente la enfermedad mediante el cribado de la población que corre el riesgo de contraerla (población de riesgo). El diagnóstico precoz, tiene dos modalidades: diagnóstico del cáncer cuando todavía no ha dado síntomas y el diagnóstico clínico precoz cuando hay síntomas pero todavía está en una fase de curación, es decir, cuando no se

ha extendido. No obstante, existen numerosos condicionantes, entre ellos el de los propios ancianos y su cultura acerca de este asunto.

¿QUÉ SABEN LOS ANCIANOS ESPAÑOLES SOBRE EL CÁNCER? ¿QUÉ OPINAN DEL MISMO?

Los ancianos españoles están confusos sobre el cáncer, sus causas,

su tratamiento y su prevención. Así, según una encuesta a 557 personas de más de 65 años de Barcelona y su entorno, estudio llevado a cabo por la Fundación para la Educación la Formación en Cáncer (FEFOC), se pone de manifiesto que algunos creen incluso que es una enfermedad contagiosa y un castigo por mala actuación, y concluye que “algunas actitudes y opiniones equivocadas sobre el cáncer pueden llevar a los mayores a evitar o no asumir plenamente un estilo de vida saludable”¹⁷. Ver Tabla 6.

Tabla 6

Encuesta de la Fundación para la Educación la Formación en Cáncer (Conferencia Europea del Cáncer (ECCO 14)) Barcelona. 2007

• Más del 50% ignoran que el sobrepeso es un factor de riesgo de padecer cáncer
• Un 53,5% cree que se puede prevenir
• Sólo un 44% ha oído hablar de la prueba PSA para detectar precozmente el cáncer de próstata
• Sólo el 34% sabe algo de la detección anticipada del cáncer de mama

Más de la mitad de los encuestados por la FEFOC ignoran que el sobrepeso es un factor de riesgo de padecer cáncer, y al ser preguntados sobre la prevención y el diagnóstico precoz, sólo un 53,5% dijo que el cáncer se puede prevenir. Así mismo, sólo un 44% había oído hablar de la prueba PSA para detectar precozmente el cáncer de próstata y sólo el 34% sabía algo de la detección anticipada del cáncer de mama. Además, casi ninguno conocía el Código Europeo contra el Cáncer, aunque sí algunas de las recomendaciones como evitar fumar, no abusar del alcohol o no tomar mucho el sol.

Cuando se les preguntó qué sabían sobre el cáncer, el 66% creía que el cáncer no aumenta con la edad, cerca del 60% dijo que se cura, un 2% creía que el cáncer es una enfermedad contagiosa, y un 8,7% declaró que no sabía nada. También, un 3% creía que el cáncer es un castigo por una mala actuación, y un 6% no estaba seguro de esta afirmación.

La encuesta revela que hay confusión entre el conocimiento sobre el tratamiento y sobre la investigación del cáncer, ya que un 56% creía que el tratamiento es peor que el cáncer, mientras que el 44,7% y el 23,1% res-

pectivamente creían que la mastectomía y la prostatectomía son las únicas formas de curar el cáncer de mama y de próstata. También la mitad de las personas consideran que la quimioterapia y la radioterapia son peligrosas. Las respuestas no variaron mucho entre las 89 personas (un 17%) que habían tenido cáncer con anterioridad, salvo en que un mayor número de ellos creía que se puede curar, un 71,85% respecto al 57,25% de los que no habían tenido cáncer. También sólo un 62,5% de entre los supervivientes de un cáncer, y un 69,75% de los que nunca habían estado enfermos, creen en la importancia del apoyo psicológico, lo que para los investigadores resulta muy sorprendente. Por ello hay que intentar mejorar el conocimiento de nuestros mayores para que comprendan que un diagnóstico de cáncer no equivale automáticamente a una sentencia de muerte, y que hay cambios del estilo de vida que pueden reducir el riesgo de desarrollar esta enfermedad. Es probable que esto cambie en el futuro, puesto que las nuevas generaciones llegarán a edades mayores más informadas, con más habilidades para obtener información y conocer recursos y fuentes de donde extraerla. Otros condicionantes proceden del propio nivel primario de salud, donde la presión asistencial y las tareas burocráticas impiden realizar plenamente la labor que requiere esta población de mayor edad. Los ancianos, según los datos del estudio Geriátría XXI, suponen el 46,58% de los pacientes atendidos en las consultas de medicina general, habiendo un 27,2% de médicos con más del 60% de sus pacientes mayores de 65 años. Además, el 15,5% de los médicos de Atención Primaria tiene un 15% de sus pacientes mayores de 80 años¹⁸.

En ausencia de recomendaciones concretas para detectar de manera precoz el cáncer en ancianos, la Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG) apuesta por extender los programas de cribado habituales hasta los 75 años y, a partir de esa edad, hacer un seguimiento personalizado¹⁹. La Atención Primaria interviene, junto al nivel especializado, en el seguimiento a largo plazo de supervivientes de cáncer y en su rehabilitación física y psicosocial.

En todo caso, será preciso realizar un estudio minucioso previo a cualquier actividad terapéutica, estudio en el que es pieza importante el médico de familia, de aquí que se deba mejorar aún más la relación entre el nivel primario y el especializado²⁰. Es preciso según la NCCN Clinical practice Guidelines in Oncology (www.nccn.org) antes del tratamiento: 1) Estimar la expectativa de vida basada en la valoración funcional y la comorbilidad; 2) Estimar el riesgo de morbilidad del cáncer: estadiaje tumoral al diagnóstico, riesgo de recurrencia y progresión tumoral y agresividad tumoral. 3. Valorar las condiciones que podrían interferir en el tratamiento y en su tolerancia, valoración geriátrica integral (VGI): Malnutrición, polifarmacia, ausencia de soporte social, depresión, deterioro cognitivo y riesgo de caídas.

LA ENFERMEDAD NEOPLÁSICA PROGRESIVA Y LA MUY AVANZADA O TERMINAL

Teniendo en cuenta las tareas de prevención y de detección precoz ya comentadas, otro de los problemas a los

que se enfrenta la Atención Primaria es la enfermedad neoplásica progresiva. Algunas padecimientos como el cáncer no pueden ser curados una vez que progresan más allá de ciertas fases. En España todavía es el Nivel Primario de Salud quien soporta el peso de la atención a los ancianos con cáncer en sus estadios avanzados y de terminalidad y una de sus muchas misiones es la de aplicar cuidados paliativos.

En la Atención Primaria el equipo multiprofesional se reduce al personal de enfermería y al médico de familia. Sin embargo, el problema del anciano con cáncer avanzado traspasa el ámbito meramente sanitario para convertirse en un problema sociofamiliar y económico. Todavía es frecuente que el anciano reciba ayuda de la familia o los vecinos, pero cada vez existe una mayor presión familiar para que estos enfermos pasen el período terminal en el hospital, con la consiguiente sobrecarga asistencial. Esto da lugar a ingresos repetidos, a menudo innecesarios para controlar o paliar las complicaciones que surgen y otras veces sólo por motivos sociales. Las razones que se aducen para ello son variadas, pero hay dos que se repiten con frecuencia: la imposibilidad de la familia para atenderlo, por problemas laborales, falta de espacio, presencia de niños, y la sensación de falta de atención médica en el domicilio. Es esencial una atención integral de estos pacientes y de sus familiares por parte de los Cuidados Paliativos y que esta se realice, si es posible y hay condiciones en el hogar del anciano. La intervención del equipo primario de salud (sobre todo en forma de atención domiciliaria) es fundamental pero debe poder estar apoyada, cuando lo

requiera por los equipos de hospitalización a domicilio (en el País Vasco no existen servicios de geriatría y, por lo tanto, no se puede recurrir a la atención geriátrica domiciliaria).

En la Comunidad Autónoma Vasca existen 5 servicios de Hospitalización a Domicilio (HAD) que dependen de los siguientes hospitales: Txagorritxu-Santiago, Basurto, Cruces, Galdakao y Donostia. Se han creado recientemente otros servicios semejantes en los hospitales comarcales de Gipuzkoa. La Hospitalización a Domicilio tiene también un importante papel en el cuidado a domicilio, ya que dedica el 15% de las estancias a la atención de pacientes al final de la vida. Su actividad no es homogénea en los tres Territorios. Hay que tener en cuenta, además, que la cobertura geográfica de los servicios de HAD es limitada, y que su extensión al 100% de población, en el ámbito de la red sanitaria pública, podría ser tan costosa que resultara ineficiente²¹.

Dentro de las funciones de los equipos de Atención Primaria se incluye la asistencia a domicilio, tal y como figura en la oferta preferente de los contratos programa. Muchos profesionales de Atención Primaria se encuentran poco familiarizados con los cuidados paliativos, ya que ven un número pequeño de este tipo de pacientes cada año, por lo cual es difícil mantener un elevado nivel de conocimientos y de experiencia en este campo. La atención a pacientes al final de la vida en Atención Primaria no se ha contemplado hasta el momento con criterios específicos de buena atención, y no existe una figura que dinamice adecuadamente los recursos y las oportunidades disponibles. Todo ello conlleva, además de los problemas de

coordinación y continuidad, otros obstáculos como el déficit de formación, las dificultades para la prescripción de opioides, y una inadecuada organización en el propio equipo de Atención Primaria. También es preciso indicar que el anciano con cáncer pueda acceder convenientemente, y cuando lo necesite, a una unidad de cuidados paliativos. El número de camas actual dedicadas a paliativos en España es de 2,5 por 100.000 habitantes, con grandes variaciones entre las comunidades autónomas²².

El 25% de todas las hospitalizaciones en España corresponde a enfermos en su último año de vida, con costes muy elevados. Se considera que el 60% de los pacientes con cáncer (todas las edades) precisan la intervención de equipos de cuidados paliativos²³. Según un informe de la OCU (Organización de Consumidores y Usuarios de España), las unidades de cuidados paliativos son las preferidas para tratar a los pacientes terminales pero todavía son muchos los que pasan los últimos días de su vida en una unidad de cuidados tradicionales del hospital de su zona, pues aunque han aumentado un 30% en seis años, no lo han hecho de forma suficiente para atender la demanda²⁴.

En el País Vasco disponemos de 9 unidades de cuidados paliativos con 151 camas disponibles. Los hospitales de media y larga estancia públicos y privados, que tienen unidades específicas de cuidados paliativos, sólo dan cobertura al 13% de las personas fallecidas por cáncer, y al 25% de quienes mueren en el ámbito hospitalario por esta causa. Son servicios que ofrecen atención de calidad, no solamente por el control de los síntomas, sino también por la actitud del personal

y los aspectos de hostelería. La baja cobertura de la población diana podría deberse a la mala accesibilidad geográfica, a la desconfianza de la familia, y al atrapamiento de pacientes en los hospitales de agudos²¹.

Los pacientes ancianos ¿mueren de cáncer o con cáncer?. Esta es una pregunta que se plantea con frecuencia. Se estima que alrededor del 50% fallecen por otra causa diferente al cáncer que padecen²⁵, pero también mueren por cáncer. Envejecimiento y cáncer son dos grandes retos que, juntos, constituyen mucho más que una suma.

PAPEL DEL MÉDICO DE A.P. EN LA INFORMACIÓN SOBRE EL CÁNCER AL PACIENTE Y SU FAMILIA

La enfermedad oncológica plantea multitud de problemas, además de los estrictamente diagnósticos y terapéuticos. La verdad es un derecho del paciente pero sigue siendo en España un conflicto ético en la cotidianidad de la asistencia. Todos sabemos que la verdad potencia las relaciones médico-enfermo y, sobre todo, forma parte del respeto a la dignidad del enfermo. La verdad facilita, reconoce y potencia la autonomía del paciente, ayuda a planificar y tomar decisiones, conjuntamente con el equipo médico; favorece los planteamientos sociales, económicos y familiares, y ayuda a la toma de conciencia y a la preparación religiosa²⁶. Sin embargo cuando de ancianos con cáncer se trata, la verdad es todavía una mayor asignatura pendiente en esa relación médico-paciente, como ya he dicho, y se intenta disfrazar u ocultar en función de los intereses y conflictos familiares.

Ciertamente, no podemos comunicar ni informar sobre “todo” de la enfermedad, pero sí sustancialmente de lo que sabemos, de la parcela de verdad que poseemos, y de esto básicamente es de lo que hay que informar. En principio, si de alguna manera el paciente nos hace llegar su deseo de no saber nada hay que respetar este deseo. Pero ello no implica mentir. La experiencia nos muestra que la inmensa mayoría de los pacientes en algún momento de la evolución pide que se les dé alguna información. Lo contrario es extraordinariamente excepcional si se mantienen unas relaciones médico-enfermo normales y fluidas. La obligación prioritaria de beneficiar y no perjudicar hay que contemplarla no solamente en referencia a un momento concreto, sino durante todo el proceso neoplásico. La comunicación entre el profesional y el paciente oncológico resulta una herramienta básica para la práctica asistencial. Sin embargo, “esta práctica” se está dejando cada vez más de lado” y según Guillem F²⁷ es porque al profesional sanitario le falta formación en aspectos comunicacionales, humanísticos y psicosociales. A esto se une la sobrecarga laboral de los propios facultativos y la adhesión de muchos a modelos científicos que no creen en la necesidad de comunicación por parte de sus pacientes.

Si bien la familia, ciertamente, tiene que estar involucrada, no podemos olvidar que el verdadero poseedor del derecho a la información ética y legalmente es el enfermo. En un estudio sobre 204 entrevistas a pacientes, familiares, médicos y enfermeras, se observó que los pacientes suelen recibir la información mejor de lo que sus familiares hubieran esperado. Como

ya hemos señalado anteriormente, el 73% de los familiares no deseaba que se informara al paciente, pero un 63% manifestaba que en caso de ser ellos los pacientes sí desearían ser informados²⁸.

González Barón M, utiliza el término de «verdad soportable» como expresión sintética de cómo realizar la información²⁹, 30). El concepto de «verdad soportable» implica decir la verdad en cada momento, según las disposiciones del paciente y según el grado de soportabilidad para recibirla. Requiere individualizar la información y que ésta la debe dar la persona más cualificada. Necesita que el informador esté formado profesionalmente, tenga experiencia para hacerlo y que esté preparado para saber qué grado de tolerancia tiene en ese momento el paciente, cómo está psicológicamente, qué nivel cultural posee, qué grado de religiosidad tiene y cómo es su mundo interior. La información tiene que ser todo un proceso que debe empezar desde el diagnóstico y el planteamiento terapéutico. Por lo general, y en mi experiencia personal, no es general que el paciente sea quien se comunica con el médico para preguntar sobre aspectos del tratamiento o de las medidas de soporte y ayuda en el caso de la enfermedad oncológica. La familia sigue asumiendo ese protagonismo.

CONCLUSIONES

El médico de familia es un eslabón importante en todos los programas de planificación de la asistencia al enfermo con cáncer y tiene una serie de funciones que se pueden resumir en las siguientes³¹:

- * Prevención primaria o difusión de normas de salud.
- * Prevención secundaria o diagnóstico precoz.
- * Control de la medicación anti-neoplásica específica.
- * Control y administración del tratamiento de soporte.
- * Seguimiento adecuado para detectar precozmente la recidiva.
- * Diagnóstico y tratamiento de las complicaciones de la enfermedad.
- * Diagnóstico y tratamiento de las complicaciones terapéuticas.
- * Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades inter-currentes.
- * Tratamiento de la fase final de la enfermedad.
- * Información y apoyo a la familia

Este profesional debe conocer las características de los distintos tratamientos disponibles y sus peculiaridades en los ancianos y que el actor principal del proceso de decisión es el propio paciente anciano con cáncer. El objetivo fundamental de cualquier tratamiento será obtener la mayor esperanza de vida, mantener la dignidad, la autoestima y bienestar del enfermo, con la máxima independencia funcional y alivio del dolor y del sufrimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Departamento de Sanidad. Plan de Salud de Euskadi 2002-2010. Dpto de Publicaciones Gobierno Vasco. Gasteiz-Vitoria. Informe 2006.
2. Instituto Nacional de Estadística, año 2000. Disponible en: <http://www.ini.es>.
3. REPETTO L, COMADINI D, MAMMOLITI S. Life expectancy, comorbidity and quality of life: the treatment equation in the older cancer patients. *Crit Rev Oncol Hematol* 2001; 37: 147-52.
4. FARRÉ MERCADÉ MV, BENAVENT R. Cáncer. Neoplasias más frecuentes. En: SEGG. Tratado de Geriátría para residentes. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Cap 76; Madrid, 2006, 747-759.
5. VERDEJO BRAVO C. Formas de presentación de la patología tumoral en el anciano. En Ribera Casado J M y Gil Gregorio P. *Oncología Geriátrica*. Tomo XVI Serie Clínicas Geriátricas. Cap. IV. Editores Médicos SA. Madrid. 2000; 35-40.
6. COHEN HJ. Oncology and aging: general principles of cancer in the elderly. En Hazzard W R, Blass J P, Ettinger WT, Halter J B, Ouslander J G. Eds. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology* 4th edition. New York Mc Graw-Hill 1988; 117-130.
7. ASHKANANI F, HEYS S D, EREMIN O. The management of cancer in the elderly. *J R Coll Surg Edinb* 1999; 44: 2-10.
8. MCKENNA R J. Clinical aspects of cancer in the elderly: treatment decisions, treatment choices and follow-up. *Cancer* 1994; 74: 2107-2117.

9. PATTERSON B W, YANCIK R, CARBONE P P. Malignant diseases. En Calkins, Ford, Katz eds. Practice of Geriatrics 2nd edition. Philadelphia. W B Saunders. 1992; 523-530.
10. PATTERSON B W. Cancer in older people: an overview. En Evans J G, Williams T F eds. Oxford Textbook of Geriatric Medicine. Oxford. Oxford University Press. 1992; 285-294.
11. HAZZARD W, REUBIN A. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. Mc Graw Hill. New York. 1999.
12. JHON W J, FOON K A, PATCHELL R A. Paraneoplastic syndromes. En Devita Jr Vincent T, Hellmann S, Rosenberg S A. Cancer: Principles and Practice of Oncology. Philadelphia. Lippincott-Raven Publishers. 1997; 2397-2422.
13. Commission of the European Community. Europe Against Cancer Action Plan, 1987-1989. Oficial JEur Community 1987, 87/C50/01, p. 1-58.
14. BOYLE P, AUTIER P, BARTELINK H, et al. European Code Against Cancer and scientific justification: third version (2003). Annals of Oncology 2003; 14: 973-1005.
15. MARTÍN MORENO J M. El Código Europeo Contra el Cáncer. Tercera Revisión (2003): Insistiendo y avanzando en la Prevención del Cáncer. Rev Esp Salud Pública 2003; 77: 673-679.
16. WILSON J.M.G., JUNGNER G.: «Principles and practice of screening for disease», Public Health Papers 34. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1968.
16. ESTAPÉ T. Fundación para la Educación la Formación en Cáncer (FEFOC). 2007 <http://www.fefoc.org>.
17. Geriatria XXI. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Edimsa. Madrid. 2000.
18. Recomendaciones de la SEMEG (Sociedad Española de Medicina Geriátrica). Azprensa.com. nº 2147, 6 de Enero de 2009.
19. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology Senior Adult Oncology V.2.2007 www.nccn.org.
20. Departamento de Sanidad. Plan de Cuidados Paliativos. Atención a pacientes en la fase final de la vida. CAPV, 2006-2009. Dpto de Publicaciones Gobierno Vasco. Gasteiz-Vitoria. 2006.
21. ASTUDILLO W, MENDINUETA C y ORBEGOZO A. Retos y posibilidades de los cuidados paliativos. En: Astudillo W, Mendinueta C y Astudillo E. Cuidados del enfermo en el final de la vida y atención a su familia. Eunsa. Navarra, 5ª edición, 2008, 49-59.
22. Proyecto de Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo de España, Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, Madrid, 2006.
23. Los Cuidados Paliativos: insuficientes y poco conocidos. 7 Días Médicos, 2007, 609: 9-11. STANTA G, CAMPAGNER L, CAVALLIERI F, GIARELLI L. Cancer of the oldest old. What we have learned from autopsy studies. Clin Geriatr Med 1997, 13: 5568.
24. ESPINOSA E, GONZÁLEZ BARÓN M, POVEDA J, GÁNDARA Y de la. La verdad soportable como eje de la información al paciente con cáncer. An Med Int 1993; 10: 147-149.

26. GUILLEM F. El enfermo oncológico: psicología y ética. Fundación Ciencias de la Salud. Gerofarma, 12 diciembre 2008, www.jubilo.es.
27. POVEDA J. Valor terapéutico de la información al paciente oncológico terminal como terapia de apoyo y su cuantificación. Tesis doctoral. U.A.M., 1990.
27. GONZÁLEZ BARÓN M. Contar con el enfermo. *Oncología* 1983; 55: 11.
29. GONZÁLEZ BARÓN M. El enfermo tiene derecho a decidir y ser informado. *ABC*; 1983, 6/nov: 54.
30. ORDÓÑEZ GALLEGO A, ESPINOSA E y ARROYO M. Papel del médico de cabecera en la atención al enfermo con cáncer. Papel de otros especialistas. En: González Barón M (ed). *Tratado de Medicina Paliativa*. Editorial Médica Panamericana. Madrid, 1996. cap 9; págs. 117-128.