

La medicina y el enfermo oncológico

Pilar España Saz

En el terreno de la Medicina nunca hemos dispuesto de tantos recursos, ni de personas tan cualificadas científicamente como en el momento actual. Desde que en 1900 Karl Landsteiner (Viena) descubrió los grupos sanguíneos hasta los últimos progresos en terapia génica, el siglo XX ha sido el campo de desarrollo de los avances más significativos en la historia de la Medicina. Se ha llegado a conocer con detalle las características macroscópicas y microscópicas del ser humano y estamos desentrañando los elementos básicos del comportamiento celular y su relación con otras células. Disponemos de fármacos capaces de controlar y curar la mayor parte de las enfermedades infecciosas y disponemos de productos eficaces en todas las especialidades médicas, incluido el campo de los tumores malignos.

La medicina del siglo XX se ha beneficiado de los descubrimientos en otras ramas de la ciencia. Los avances de la física, química, tecnología espacial e incluso de la industria bélica, han sido aprovechados por la medicina para mejorar nuestros instrumentos de trabajo. Gracias a estas disciplinas disponemos hoy de los rayos X, la radioterapia, el rayo láser y la fibroendoscopia flexible; también de la ecografía, la resonancia magnética o las prótesis óseas de alta resistencia y duración.

La Oncología es una de las especialidades que más ha aprovechado los avances tecnológicos. La aparición y desarrollo de la Oncología se ha efectuado en el último tercio del siglo y en pocos años se ha conseguido modificar la impresión absolutamente negativa y de enfermedad incurable que se tenía del cáncer a mediados del siglo actual.

El concepto de enfermedad incurable es cambiante y se modifica al mismo ritmo que se producen nuevos adelantos científicos, convirtiendo en asequibles al tratamiento enfermedades que no tenían curación, al mismo tiempo que surgen con el ingrato cartel, como el SIDA, infección por el virus Ebola, demencias progresivas etc. El siglo XX nos ofrece una muestra clara de lo cambiante que puede ser el atributo de incurable para cualquier enfermedad.

Los cambios experimentados en el siglo XX pueden ser estudiados desde varios aspectos diferentes y en el caso de la evolución del pronóstico de las enfermedades tumorales no

debemos olvidar la importancia de los factores socio –políticos y su evolución a lo largo del siglo, ni el descubrimiento de nuevos métodos diagnósticos y terapéuticos basados en nuevas tecnologías, ni los grandes cambios sociales– y económicos ocurridos en este siglo y tampoco la modificación estructural tan significativa que ha experimentado la profesión médica.

Modificaciones sociopolíticas

En el siglo XIX la medicina pasa a considerar, además de la salud individual, la salud colectiva. A finales de ese periodo se pusieron en marcha las medidas generales de higiene que resultaron ser muy eficaces en la prevención de las enfermedades infecciosas y se formaron las primeras Sociedades Científicas Médicas dedicadas a la protección y desarrollo de la salud pública. La difusión de las medidas higiénicas fue una de las causas principales del descenso de la mortalidad a finales del siglo pasado y comienzos del actual.

La evolución lógica tras las medidas de higiene individual y el desarrollo de la salud pública, fue el desarrollo de la medicina social. A diferencia de la higiene, la medicina social propugna en caso de enfermedad, un tratamiento igualitario para todos los estamentos sociales. En España se creó el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) en el año 1942, en 1966 se convirtió en Seguridad Social y en 1986 tras la ley General de Sanidad, en Sistema Nacional de la Salud.

En el sistema sanitario español actual, el estado cubre casi la totalidad de los gastos originados por la enfermedad. Dentro del terreno de la Oncología, donde se emplean fármacos extremadamente costosos, la aportación que corresponde al enfermo es mínima e incluso sin coste alguno, en todos aquellos fármacos considerados como uso exclusivo hospitalario. A diferencia de otros países donde la posibilidad de un trasplante de médula ósea o el empleo de algunos fármacos muy costosos, no es asequible para todas las familias, en España el acceso a una medicina de calidad es igual para todos los enfermos, independientemente de sus ingresos o de su situación social.

Existe la tendencia, en algunos sectores de la población, a creer que el tratamiento del cáncer

puede ofrecer variaciones significativas dependiendo del país donde se realiza el tratamiento. Eso es cierto cuando se trata de países en vías de desarrollo, en los que el costo de determinados fármacos de última generación puede ser demasiado elevado para la mayor parte de la población. En los países desarrollados el acceso a todos los fármacos con eficacia demostrada es la norma, aunque existen diferencias de calidad como las que ocurren en otras especialidades, entre centros hospitalarios y entre los profesionales que trabajan en los mismos. La opción de buscar tratamiento en el lugar que a cada persona le parezca más conveniente es algo personal y respetable, no siempre basado en datos de eficacia contrastables sino en razones de mimetismo con personas que pueden ejercer influencia social o en ancestrales complejos de inferioridad de lo nuestro respecto a los países más desarrollados. El siglo actual puede considerarse como el siglo de las comunicaciones. Los avances tecnológicos o los nuevos fármacos llegan de forma casi simultánea a todos los países desarrollados, –no así en los países en vías de desarrollo–. Existen multitud de reuniones internacionales y nacionales donde se comunican, con celeridad extrema, los resultados de los ensayos clínicos con nuevos fármacos o con nuevas combinaciones de fármacos. En ocasiones, la competencia entre equipos o centros de investigación es tan intensa que provoca publicaciones prematuras, sin que los resultados hayan sido contrastados, creando falsas esperanzas en enfermos y médicos.

Los conocimientos médicos se difunden rápidamente y se puede tener acceso a los protocolos de tratamiento, fármacos, dosis administradas, frecuencia de empleo o efectos secundarios de los fármacos más recientes con intervalos muy breves que hubieran sido impensables hace pocos años. Dependiendo de las normas legales de aprobación de nuevos productos farmacéuticos en cada país, pueden producirse retrasos en la comercialización, que rara vez superan algunos meses. Cuando se produce algún retraso, y el fármaco ha demostrado su eficacia en una situación clínica determinada, es posible utilizarlos con el método del «uso compasivo» que permite disponer del producto, siempre que esté comercializado en algún país y siempre que se solicite para empleo en enfermos que padecen el tipo de cáncer para el cual ha sido aprobado.

La Oncología Médica es una especialidad médica reconocida oficialmente en España desde

Avances tecnológicos

1978. Ha sido uno de los primeros países, después de EEUU, en la que los médicos especialistas, tanto oncólogos médicos como radioterápicos, se preparan específicamente durante cuatro años, parte de los cuales están dedicados al aprendizaje en Medicina Interna. Existen especialistas en Oncología Médica y Radioterapia en casi todos los centros sanitarios de España y los oncólogos médicos son una figura cada vez más frecuente en algunos hospitales menos especializados, como son los comarcales.

Nuestro sistema puede mejorar en múltiples aspectos, fundamentalmente en los relacionados con la administración y la hostelería en los hospitales, pero en los aspectos tecnológicos, fundamentalmente en la disponibilidad de los diversos tratamientos quirúrgicos, radioterápicos o quimioterápicos, no desmerece al compararlo con los hospitales de nuestro entorno.

Las enfermedades que han constituido la mayor amenaza social han sido las infecciones, especialmente la lepra hasta el siglo XIX, la tuberculosis hasta mediado el siglo XX y el cáncer y el SIDA en la segunda mitad del siglo XX.

Durante este siglo se han producido los adelantos más significativos de la historia de la Medicina. La radioactividad y su aplicación en el tratamiento de los tumores; el electrocardiograma, encefalograma, los fórceps, los sistemas de visión intracavitaria, el empleo del rayo láser, la anestesia o el descubrimiento de hormonas, vitaminas, antibióticos y todos los fármacos quimioterápicos que conocemos actualmente.

Tabla A
Avances tecnológicos en la Medicina del siglo XX

1895	los Rx.Roentgen	1959	los anticonceptivos orales
1897	Rx para tratamiento del cáncer Gocht (Alemania). 1.ª publicación	1960	quimioterápicos del cáncer
1898	la radioactividad. Marie y Pierre Curie	1961	las prótesis óseas
		1961	la termografía
		1963	cirugía con láser
		1967	la TAC
1900	Karl Landsteiner (Viena) descubrió los grupos sanguíneos.	1970s	PET
1903	el ECG		técnicas de clonación de genes
1909	el conocimiento de las hormonas		quimio coadyuvante en mama (Cooper)
1911	virus cancerígenos, Francis Peyton Rous	1973	Especialidad en Oncología USA
1914	los fórceps	1975	desarrollo de anticuerpos monoclonales
1914	las vitaminas	1976	la RM
1917	– 33 la anestesia		– secuenciación de ADN
1921	descubrimiento de la insulina		– primer oncogén humano
1924	el EEG	1980	sigmoidoscopia flexible
1929	la penicilina	1981	vacuna contra cáncer (hepatitis B)
1938	las sulfamidias	1990	quimioprevención útil en ca. boca
1940	la estreptomycinina	1991	terapia génica en ca. humano (melanoma)
1944	los esteroides		
1950	la endoscopia		
1957	la ecografía		

La mayor parte de las enfermedades infecciosas han dejado de ser una amenaza mortal tras el descubrimiento de la penicilina, o de la estreptomycinina que cambió el curso de la temida tuberculosis, tras ellos se han descubierto toda una serie de antibióticos de segunda y tercera generación que constituyen una garantía contra todo tipo de gérmenes, aun los más resistentes a los antibióticos convencionales.

Dentro del campo diagnóstico, aparte de los rayos X, descubiertos en los últimos años del siglo pasado, la ecografía descubierta en 1958 y pocos años más tarde la termografía empleada principalmente en el diagnóstico del cáncer de mama, la tomografía axial computarizada (TAC) o escáner, la resonancia magnética (RM) o la más moderna tomografía de emisión de positrones (PET), son hallazgos que han revolucionado la práctica asistencial, facilitando y simplificando los diagnósticos más complejos. La endoscopia es fundamental en el diagnóstico de la patología de los órganos huecos como bronquios, estómago, colon y recto o vejiga urinaria y ha sido un elemento clave para el diagnóstico precoz de los tumores de estos órganos. Se comenzó a usar en los años 50, y los instrumentos iniciales eran muy rígidos y resultaban bastante molestos para los enfermos. Actualmente, la fibra óptica ha revolucionado la endoscopia y se emplean aparatos más delgados, muy flexibles y con excelente sistema óptico que la hace mucho menos incómoda para los enfermos.

Las prótesis óseas tan útiles en la reconstrucción de grandes cirugías de los huesos, la cirugía con láser o la posibilidad de múltiples trasplantes de órganos han colaborado positivamente en los buenos resultados obtenidos en el tratamiento del cáncer y han contribuido a mejorar la calidad y en ocasiones la cantidad de vida de muchos enfermos.

El tratamiento de los enfermos oncológicos se apoya básicamente en tres especialidades: Cirugía, Radioterapia y Oncología Médica, las dos últimas son especialidades creadas y desarrolladas durante el siglo XX.

La **cirugía** es la especialidad que consigue mejores resultados en el tratamiento del cáncer; algunos de los adelantos más notables, en los últimos tiempos quedan reflejados en la **tabla B**.

Tabla B

Adelantos en el tratamiento quirúrgico

1. Disminución de la mortalidad peri quirúrgica (anestesia, antibióticos)
2. Intervenciones quirúrgicas menos agresivas.
3. Cirugía reparadora.
4. Resección de metástasis pulmonares, hepáticas, cerebrales, en cierto tipo de tumores

La cifra de incidencia aproximada del cáncer en España en 1993 fue de 135,000 nuevos casos y podemos considerar que 2/3 de los mismos pudieron ser tratados quirúrgicamente y el 60% pueden estar curados de su tumor, mientras que un 40% padecerán recaída que deberá ser tratada con otros métodos.

El empleo de la cirugía como tratamiento de los tumores está documentada en papiros egipcios y en los tiempos modernos, en los primeros años del siglo XIX, existen publicaciones sobre los buenos resultados de la cirugía en tumores ováricos. Entre 1860 y 1890 se realizaron las primeras resecciones quirúrgicas de estómago, esófago, laringe, recto o tiroides. En cuanto a la mastectomía por cáncer de mama se comenzó a emplear en 1890 (Dr. Halsted), era una cirugía muy extensa, tras la cual quedaba una deformidad de la pared torácica y casi siempre edema del brazo que producía deformidad estética e incapacidad funcional. Actualmente la cirugía es mucho menos radical y en un porcentaje importante de casos se puede hacer cirugía parcial, que permite conservar la mama, sin que peligre la supervivencia de las enfermas. Durante el final del siglo pasado aumentó el tipo de cánceres que podían ser tratados quirúrgicamente y las resecciones fueron cada vez más amplias, la teoría dominante entre los cirujanos era que «más es mejor», por lo que las operaciones eran cada más agresivas y amplias. En el momento actual la cirugía se mantiene como el tratamiento de elección de los cánceres más frecuentes como son los de pulmón, mama o aparato digestivo, pero las operaciones son cada vez más conservadoras, gracias a la asociación con tratamientos complementarios eficaces como son la radio y quimioterapia empleados antes o después de la cirugía.

Hasta los años 20 del siglo actual la cirugía se centraba en la resección de los tumores primitivos; la existencia de metástasis era una contraindicación absoluta de cirugía.

La quimioterapia aplicada después de la cirugía curativa se denomina *coadyuvante* y su finalidad es la reducción de las posibles recaídas en enfermos aparentemente libres de enfermedad tras la cirugía. No todos los tumores son susceptibles de este tratamiento, aunque progresivamente va aumentando el número de cánceres tratados de esta forma. La quimioterapia coadyuvante se emplea de forma habitual en los cánceres de mama, en los de colon y recto y con carácter experimental en otras variedades tumorales. El empleo de la quimioterapia antes del tratamiento quirúrgico, con ánimo de reducir el tamaño tumoral y facilitar la cirugía recibe el nombre de quimioterapia *neoadyuvante* y es en general una modalidad bajo controles de investigación.

La utilidad de la cirugía de las metástasis tanto hepáticas como pulmonares o incluso cerebrales es un hallazgo de los últimos 30 años, gracias a ella se han podido curar algunos enfermos con cánceres de colon, sarcomas, o carcinomas testiculares, que antes se consideraban incurables.

Es reciente el empleo de la cirugía reparadora para la reconstrucción de deterioros físicos estéticos provocados por el tratamiento quirúrgico de los cánceres, bien en la zona de la cara y cuello o bien de las mamas o de las extremidades. La mayor preocupación de la cirugía oncológica actual es conseguir la mínima mutilación anatómica y funcional, manteniendo la misma eficacia antitumoral. La cirugía oncológica no está reconocida como especialidad independiente y se considera subespecialización de la Cirugía General.

La **radioterapia** es la segunda modalidad de tratamiento oncológico tanto por el orden de aparición en el tratamiento del cáncer, como por el número de enfermos oncológicos que reciben este tratamiento.

Durante los años 20-30 se consideró que la toxicidad de la radioterapia era tan alta que no debía emplearse en el tratamiento del cáncer. En un principio se aplicó con intención paliativa, pero cuando se confirmaron los primeros casos de curaciones en cánceres de laringe y faringe, se recomendó su empleo tanto como tratamiento inicial y único de algunos tumores primarios como tras la cirugía como tratamiento coadyuvante. La Radioterapia se desarrolló dentro de los Servicios de Radiodiagnóstico hasta los años 60. A partir de los 70 se convirtió en especialidad independiente. Es una especialidad que emplea aparatos costosos, de alta precisión y tecnología avanzada. Los medios técnicos han mejorado espectacularmente en los últimos 30 años y han ganado en precisión, seguridad y eficacia. Los nuevos aparatos de radioterapia, como el acelerador lineal, han superado ampliamente las prestaciones de los anteriores y son capaces de aplicar las dosis recomendadas con mayor precisión y menores efectos secundarios. En 1990 existían en España 77 Servicios de Radioterapia, en los que trabajaban 291 personas, entre médicos, radiofísicos, técnicos en radiometría y técnicos en dosimetría; se trataron unos 40,000 enfermos nuevos. La gran inversión económica, necesaria para el montaje de los Servicios de Radioterapia hace que solo estén disponibles en algunos hospitales (70 en 1992) y que los enfermos deban desplazarse desde sus lugares de origen a los centros de referencia, distantes a veces varios cientos de kilómetros.

Tabla C
Historia de la radioterapia

1895. 8 de noviembre	Wilhelm Conrad Röntgen	Descubrió los Rayos X
1896, 1 de marzo de	Antoine Henri Becquerel	Radiación gamma del uranio
1896, 29 de enero	Chicago EH Grubbé (1933)	Primera radioterapia a la mama de la señora Rose Lee.
1899 (publicado en 1977)	Del Regato Estocolmo	Primera curación de un cáncer de tipo escamoso de nariz.
1950-60 RT moderna	Cobalto, acelerador	Menor toxicidad y campos más amplios.

Tabla D
Avances de la Radioterapia

Mejor definición de volúmenes a irradiar (TAC, RM)
Planificación tridimensional y mejor reparto de dosis
Radiosensibilizadores (quimioterápicos que potencian el efecto de la RT, cuando se aplican combinados)
Equipos automáticos de braquiterapia.
Nuevas partículas: neutrones, protones, iones pesados etc.

El 50% de los enfermos oncológicos es candidato a tratamiento con radioterapia bien con carácter paliativo o con intención curativa. En este último caso se trata de enfermos con tumores localizados y poca masa tumoral, excepto alguna variedad de tumores testiculares, como los seminomas, que son extremadamente radiosensibles y pueden ser curados en situación relativamente extensa con radioterapia; porque estos tumores son también muy quimiosensibles, es habitual que se empleen tratamientos combinados para evitar la irradiación de campos grandes, que pueden producir aplasia medular.

La tercera modalidad de tratamiento oncológico es la **quimioterapia**, es también la de más reciente desarrollo. Su historia se remonta a los años 40. Durante la primera y segunda guerra mundial, se investigaron y se probaron productos químicos como parte del arsenal secreto de combate. Un accidente en el puerto de Bari, durante la segunda guerra mundial, produjo la exposición de marineros al gas mostaza nitrogenada y en el seguimiento de estas personas se apreció un descenso de glóbulos blancos. A partir de ese dato, científicos de la Universidad de Yale en EEUU pensaron que podría ser útil su empleo en enfermedades que cursan con cifras altas de glóbulos blancos como las leucemias y la enfermedad de Hodgkin. El trabajo de investigación clínica se realizó en 1943 y se pudo ver una llamativa reducción del tamaño de los ganglios tumorales, pero debido a los secretos de la guerra, los resultados no se publicaron hasta 1946. Fue descorazonador apreciar la rapidez de la recaída en la mayor parte de los

casos, pero la asociación de nuevos fármacos, descubiertos también en la misma época, condujo a la primera combinación de quimioterápicos capaces de curar una enfermedad maligna. En los años 60 se realizaron tratamientos quimioterápicos en enfermos con enfermedad de Hodgkin avanzada, con una combinación que se denominó MOPP y estos trabajos, publicados en 1970, demostraron tasas de remisión completa y supervivencia a los 5 años no alcanzadas hasta entonces.

Desde los años 70, se han descubierto más de 40 nuevos quimioterápicos, con diverso mecanismo de acción y diferente toxicidad. Es cierto que la mayor parte de los fármacos son activos y eficaces en una minoría de cánceres y que los cánceres más frecuentes como los de pulmón y aparato digestivo muestran una irritante resistencia al tratamiento quimioterápico, pero es previsible que en un futuro próximo se descubran nuevos fármacos activos para los cánceres más frecuentes, reforzando la sentencia de VT De Vita (19) de que «el cáncer es la enfermedad crónica más curable» (1983). De hecho el número de fármacos que se están investigando contra el cáncer ha crecido de forma mantenida. En 1993 se estaban investigando, solamente en el Instituto Nacional de Cáncer de EEUU, 124 nuevos fármacos (35 para cáncer de mama, 29 para cáncer de pulmón, 18 en cáncer de próstata, 17 en cáncer de colon etc). **Tabla E.**

Tabla E
Historia de la quimioterapia

Desde los años 40, mas de 40 quimioterápicos eficaces
Reducción de efectos indeseables: antieméticos, factores de crecimiento de colonias...
Diseño de fármacos contra mecanismos celulares específicos.
Empleo de la QT en situaciones clínicas precoces
Fármacos dirigidos a dianas específicas: genes, factores de crecimiento de tumores, angiogénesis, etc.

La primera «cruzada nacional» contra el cáncer se llevó a cabo en EEUU, en 1971, firmada

por el presidente Richard Nixon. En los 25 años transcurridos se han conseguido muchas victorias individuales pero no se ha ganado la batalla. El cáncer continúa siendo una enfermedad muy temida, que causa la muerte del 20-25% de las personas que mueren cada año en nuestro país y es también una de las enfermedades crónicas más discapacitantes.

En esta segunda mitad del siglo se ha reducido notablemente la mortalidad de todos los tipos de cáncer aunque, debido al aumento de la incidencia, pueda parecer que no se ha modificado la mortalidad. Algunas variedades de cánceres quimiosensibles son curables en un alto porcentaje de casos aun cuando se diagnostiquen en situaciones muy avanzadas, como pueden ser los linfomas tipo Hodgkin o los cánceres testiculares. Otros cánceres como los linfomas no Hodgkin, cánceres de mama, sarcomas infantiles, leucemias etc, son curables en más del 50% y constituyen un estímulo para seguir investigando nuevas formas de tratamiento en otros tumores.

La primera sociedad científica de oncólogos médicos se creó en España en 1976 y se llamó SEQUIO, posteriormente su nombre ha cambiado por el de SEOM, que es la Sociedad Española de Oncología Médica. Esta especialidad fue reconocida oficialmente en 1978, solamente 5 años después de su reconocimiento en EEUU. En 1990 existían en España 89 Unidades de Oncología Médica, con 252 especialistas y que atendieron a unos 35,000 enfermos nuevos; cinco años antes las cifras eran 74 unidades, 200 especialistas y 26,000 casos nuevos en el año. El crecimiento de las unidades especializadas es un reflejo del aumento de la demanda de especialistas por una parte y del incremento en el número de personas afectadas.

El médico

Ante la dificultad de abarcar todos los conocimientos que se han ido produciendo en el campo de la Medicina, nacieron las especialidades médicas a finales del siglo XIX. En 1910 Flexner publicó un informe sobre «Los estudios de Medicina en EEUU y Canadá» en los que recomendaba, entre otras cosas, que los profesores de

Medicina debían dedicarse exclusivamente a la enseñanza y no debían ejercer la Medicina privada»

Durante todo el siglo XX la tendencia a la especialización y subespecialización ha ido en aumento debido fundamentalmente al desarrollo de tecnología que obliga a conocer no solo los campos considerados propiamente médicos, sino también otras ramas científicas como la física, la química o las telecomunicaciones. El abuso de la especialización ha traído como consecuencia, que el enfermo ha sido fragmentado en órganos y aparatos y con frecuencia debe recorrer varias consultas médicas donde se van ajustando partes del diagnóstico aunque se pierda a veces la visión global del enfermo. Lo que se ha ganado en profundidad del conocimiento en una determinada especialidad, se ha perdido en entendimiento del enfermo como un todo, y no parece que esta tendencia se esté debilitando todavía.

Los médicos, a finales del siglo XX, nos encontramos incluidos en un Sistema Nacional de Salud, dependemos de un organismo estatal que determina las condiciones de trabajo. Los enfermos acuden al Servicio de Oncología que les corresponde por el área en la que viven y solo un pequeño porcentaje solicita o consigue ser visto y tratado en un Servicio elegido por el propio enfermo. La libre elección de médico no ha llegado todavía al terreno de la Oncología Médica.

La información a los enfermos es cada vez más completa; los enfermos solicitan con mayor frecuencia conocer la verdad de su diagnóstico y todo lo relacionado con el tratamiento y los efectos secundarios. Es cierto que todavía vemos a familiares angustiados haciendo múltiple muecas detrás de los enfermos, enviando un mensaje de complicidad para que no informemos a los enfermos de toda la verdad de su situación y del pronóstico de su enfermedad. Los familiares justifican su espíritu protector, argumentando razones de debilidad de carácter de los enfermos, tendencia depresiva, casos familiares similares con desenlace fatal etc. Con frecuencia la familia proyecta en los enfermos su propio miedo a la enfermedad, aunque pueden intervenir otros factores como la dificultad para afrontar las necesidades de cuidados, apoyo y comunicación que pueda demandar el enfermo.

Los médicos también sentimos un afán protector y tratamos de ocultar las malas noticias, o evitamos hablar del desenlace de la enfermedad cuando este es adverso y especialmente se rehuye hablar de la muerte. Esta actitud está motivada con frecuencia por el miedo a enfrentarnos a preguntas de difícil respuesta o por el rechazo a involucrarnos emocionalmente con pacientes que pueden morir y que se aferran a nosotros buscando soluciones a sus angustias o a sus problemas físicos y psicológicos, una carga que no es fácil de soportar por muchos profesionales sujetos a veces a sus propios problemas existenciales.

La práctica habitual de los Oncólogos es informar con claridad a todos los enfermos que lo solicitan expresamente, procurando ofrecer la versión más positiva dentro de las probables. Cuando el enfermo no muestra un criterio definido sobre la información que quiere recibir, se procura decir la verdad en los casos que existe posibilidad de tratamiento curativo; cuando el tratamiento solo puede ser paliativo, es una práctica frecuente dar una información parcial, o lo que se ha llamado «dosificación de la verdad», en la que se va ofreciendo poco a poco datos que el enfermo puede aceptar según la situación en la que se encuentra y en la que se resaltan los aspectos más positivos del momento evolutivo. En todos los casos se informa detalladamente sobre los efectos secundarios de los tratamientos a emplear, aunque se realicen con ánimo paliativo.

El sistema sanitario español está modificando los patrones de trabajo de los médicos. Se está aplicando a la práctica diaria un criterio económico, que tiene sentido cuando lo que se pretende es aplicar el mejor tratamiento al menor coste, pero que llevado a extremos de tiempos por enfermo, aumento de costo por enfermo etc, puede ser excesivo. Se presiona al médico para que reduzca el promedio de estancia de los enfermos ingresados, ajustar los días de ingreso al mínimo eficaz, emplear los productos más baratos dentro de los que sean eficaces, no duplicar las técnicas diagnósticas y multitud de otros aspectos prácticos cuyo control puede exigirse solamente cuando se dispone de las herramientas técnicas y el material humano suficiente, algo no habitual en el ámbito hospitalario. Se emplean los tiempos de dedicación a los enfermos como herramientas de control de la actividad diaria y como base

para determinar la productividad, tan difícil de definir cuando se trabaja con enfermos. Si los oncólogos hemos de atenernos a las cifras que nos aplican, las mismas que a cualquier otra especialidad médica, 40 minutos cuando se ve a un enfermo por vez primera y 20 en las visitas sucesivas, habría que dejar olvidado todo el planteamiento de información pormenorizada, diálogo y comunicación con los enfermos y sus familiares que son cruciales en nuestra especialidad. En épocas anteriores, menos tecnificadas, era habitual la conversación con el enfermo y la familia sobre otros asuntos no relacionados con la enfermedad, que permitía establecer unos vínculos más estrechos en los que se sustentaba en gran parte la confianza y la consideración hacia los médicos. En nuestra época, a la vez que hemos mejorado de forma innegable la calidad y eficacia de los servicios médicos, no los hemos sabido combinar con una comunicación apropiada con los pacientes y sus familiares. La falta de tiempo nos convierte en malos médicos (Sir Theodore Fox), pero debemos reconocer que «la falta de tiempo es selectiva y refleja nuestras preferencias. Hay tiempo para poner en marcha tratamientos o técnicas complicados, y falta tiempo para meditar sobre el sentido de los mismos o para dialogar con los enfermos sobre sus características o utilidad». Una información correcta exige tiempo para contestar a los interrogantes que plantean los enfermos y sus familias, y tiempo para ofrecer y explicar los tratamientos disponibles, y tiempo para tranquilizar al enfermo y mostrarle que en el camino que ha de recorrer vamos a acompañarle con nuestro conocimiento y con todos los medios científicos disponibles.

El punto más endeble de los médicos actuales no es su capacitación técnica ni su habilidad diagnóstica y terapéutica, nuestra debilidad es la capacidad de relación con enfermos y familiares especialmente en el terreno de la información. Debemos buscar soluciones que deben partir tanto desde el campo de la formación académica como de las autoridades sanitarias. La valoración del tiempo dedicado a la información de los enfermos y la dotación de un lugar físico adecuado donde poder informar en condiciones dignas, son facetas que deben ser tenidas en cuenta e implementarlas en todos los hospitales. Es frecuente en nuestros hospitales que

no exista un lugar adecuado, independiente, cómodo y tranquilo donde los médicos se puedan sentar con los enfermos y familiares a darles la información que necesitan y que por su dureza y emotividad requieren que se haga de forma respetuosa y no en medio de pasillos, con otras personas pululando en los alrededores. Los sentimientos de los afectados deben tener un lugar digno donde poder expresarse sin ser motivo de la curiosidad o el morbo de personas ajenas al problema.

El médico que trabaja con enfermos oncológicos es especialmente vulnerable, porque su actividad profesional se desarrolla con un grupo de enfermos con alta mortalidad y la muerte en medicina se siente como un fracaso personal. El oncólogo debe estar preparado para afrontar las reacciones emocionales del enfermo, las de los familiares y también las propias, para poder ayudar al enfermo a adaptarse a las circunstancias que está viviendo. Para el enfermo crónico el mejor apoyo psicológico procede de los médicos y enfermeras que le atienden, y bastante menos de los psicólogos o psiquiatras. Para el médico es una carga más, que si no se sabe controlar puede llevar al agotamiento emocional y a «quemarse» profesionalmente o síndrome del «burn-out» en la terminología anglosajona, para el que la única protección es el trabajo en equipo.

El enfermo

A principios de siglo la esperanza de vida en España no alcanzaba los 40 años; en el momento actual supera los 80. Las enfermedades infecciosas: neumonías bacterianas, tuberculosis, infecciones digestivas y difteria eran la principal causa de muerte hasta el descubrimiento de los antibióticos y eran responsables de 1/3 de todas las muertes anuales. El médico disponía, como armamento contra esas infecciones, de la quinina para la malaria, mercurio y salvarsán contra la sífilis, (existía un refrán que decía «una noche con Venus, toda una vida con mercurio»), jarabe de ipecacuana contra la disentería amebiana y algunos más de escasa eficacia.

Conforme la mortalidad por enfermedades infecciosas ha ido declinando, se han destacado

otras enfermedades como las cardiovasculares o el cáncer, que han experimentado un incremento en los últimos 30 años. Hay que recordar sin embargo, que la tasa de mortalidad se refiere al número de personas que fallecen por cáncer por cada 100,000 habitantes. La cifra puede ser engañosa si no consideramos la edad de la población estudiada. El cáncer es una enfermedad que aumenta con la edad y la edad media de la población de la mayoría de los países de nuestro entorno ha envejecido durante estos años. Cuando hacemos cortes de población a la edad de 65 años, vemos como el aumento de la mortalidad se ha producido preferentemente en personas de más de 65 años y se ha reducido en personas de menos de esa edad.

Los enfermos que padecen un cáncer tienen un pronóstico muy diferente según el tipo de tumor maligno del que se trate. La mortalidad infantil por cáncer ha disminuido más del 60% en los últimos 30 años. Los linfomas de tipo Hodgkin y los cánceres de testículo pueden curarse en el 90% de los casos, aún aquellos casos que se encuentran en situación diseminada. Pero estos cánceres son poco frecuentes y suponen un porcentaje bajo en el cómputo global de la mortalidad por cáncer. Cuando observamos los resultados del tratamiento en los tumores más frecuentes, como los de pulmón o tracto digestivo, vemos que difieren poco de los que se obtenían hace tres décadas. Sin embargo no hay razón para la desesperanza en estos casos, puesto que se ha conseguido prolongar la vida de muchos enfermos y en muchos otros mejorar su calidad. La mortalidad en los cánceres de mama ha disminuido casi un 8% en los últimos años, la del cáncer de colon un 17% y la del cáncer de estómago descendiendo de forma continuada en todos los países civilizados. En España la muerte por cáncer de estómago constituía la primera causa de muerte por cáncer hace unos 10 años y ahora ocupa la 4.º posición, con tendencia a seguir bajando. La reducción de la mortalidad en los cánceres de mama, colon ó cervix uterino puede ser debida a los efectos del diagnóstico precoz y a la mejor técnica quirúrgica. El cáncer con mayor mortalidad es el cáncer de pulmón, que afecta fundamentalmente a la población masculina. En algunos países occidentales está aumentando la mortalidad por cáncer de pulmón en la mujer, cosa que no ocurre en España, donde se mantiene un porcentaje relativamente bajo y estable en las últimas décadas.

Las claves de los avances en la curación del cáncer, además del diagnóstico precoz, mejor aplicación de la radioterapia y mejor técnica quirúrgica, hay que buscarlas en los tratamientos quimioterápicos combinados.

Predomina actualmente la cirugía conservadora que se preocupa de los aspectos funcionales de la zona afectada y también del aspecto estético, otro factor muy importante para la calidad de vida de cualquier enfermo.

Los enfermos también se han beneficiado de los avances en la reducción de los efectos secundarios del tratamiento. Destacan los nuevos fármacos contra los vómitos que han hecho más llevadera la quimioterapia con fármacos muy emetizantes, o los que nos permiten una recuperación más rápida de los recuentos de glóbulos blancos (factores de crecimiento de colonias) o de glóbulos rojos (eritropoietina).

En los últimos años ha aumentado las investigaciones en el campo de la prevención primaria (evitar el contacto con el cancerígeno), la quimioprevención y el diagnóstico precoz. Se acepta que una gran mayoría de cánceres pueden ser evitables y que si se aplicasen medidas de prevención primaria como el ejercicio físico diario, o la ingesta de varias raciones diarias de fruta y verdura, o se disminuyese el consumo de carnes rojas, y se consiguiese la desaparición del tabaquismo y la disminución del consumo de bebidas alcohólicas etc, se podría reducir en más del 30% la mortalidad por cáncer, cifra muy superior a la que se consigue con quimioterapia en los casos de enfermedad diseminada.

El enfermo oncológico está sometido a importantes influencias externas en relación con la evolución de su proceso. Es habitual que reciba información sobre terapias más o menos eficaces que han obrado maravillas en otras personas y que unido al miedo a su propia evolución hace que un gran número de pacientes se sometan a tratamientos alternativos de diversos tipos al mismo tiempo que reciben los tratamientos que ofrece la Medicina tradicional. Se han descrito más de 80 métodos de tratamientos alternativos (algunos autores los llaman complementarios) para la curación del cáncer. La mayor parte son engaños más o menos intencionados. En algunos casos se han encontrado efectos marginalmente positivos y en ningún caso se

ha comprobado científicamente su eficacia curativa.

Los enfermos que acuden a otros métodos de tratamiento alternativos, en pocas ocasiones comunican a sus médicos los métodos alternativos que están siguiendo. En una encuesta realizada en EEUU en 1991 sobre 1,539 personas, apreciaron que el 34% había utilizado algunos de los métodos listados en encuesta. En los enfermos oncológicos las técnicas más empleadas fueron: 1.º dieta y nutrición, 2.ª control mental, 3.º bioelectromagnetismo, 4.º remedios tradicionales, 5.º fármacos y métodos biológicos, 6.º métodos manuales de sanar y 7.º empleo de hierbas. Las prácticas más frecuentes en nuestro medio son hierbas, aguas medicinales de diversas procedencias, dietas macrobiótica y similares, aleta de tiburón, aloe, etc.

En EEUU ha empezado a considerarse seriamente la coexistencia de la Medicina tradicional con otras Medicinas alternativas o complementarias y algunos hospitales y universidades han introducido las medicinas alternativas tales como acupuntura, control del estrés etc. en sus carteras de servicios.

«Los modestos avances y el limitado éxito obtenido en el tratamiento del cáncer no reflejan el enorme desarrollo de las herramientas que investigadores y profesionales de la medicina tienen en sus manos. Es difícil predecir hoy las consecuencias de este o aquel descubrimiento, pero si se pueden garantizar los beneficios acumulativos. Aun cuando no podamos desechar la posibilidad de un tratamiento directo y universal que resulte eficaz contra todo tipo de cáncer, nos parece muy improbable que ese remedio aparezca en un futuro próximo».

BIBLIOGRAFÍA

- DE VITA V.T. (1983): «Progress in cancer management. Keynote address». *Cancer* 51, 2401-2409.
- ROSENBERG S.A. (1997): «Principles of cancer management: Surgical Oncology» en DeVita VT Hellman S, Rosenberg SA, eds. *Cancer. Principles and practice of Oncology*, ed, 5. 295-306.
- LANDBERG T.G. (1995): «Radiotherapy» en Peckham M, Pinedo HM and Veronesi U, eds. *Oxford Textbook of Oncology*, 867-876.
- SUTCIFFE J., DUIN N. (1993): *Historia de la Medicina. Desde la prehistoria hasta el año 2020*. Ed. Blume. Barcelona.

- LYIONS A.S., PETRUCCELLI R.J. (1978): *Medicine, an illustrated history*. Ed. HN Abrams. Nueva York.
- MCINTOSH H. (1996): «25 Years ahead: Will cancer be a "background-noise kind of disease"?» *J. Natl Cancer Inst* 88: 1794-1798.
- HOLLAND J.F. (1983): *Karnofsky Memorial Lecture. Breaking the cure barrier*. *J. Clin Oncol* 1:75-90.
- BAILAR J.C., GORNIK H.L. (1997): «Cancer undefeated». *N Engl J Med* 336: 1569-1574.
- ASTUDILLO W., MENDINUETA C. (1995): «Bases para mejorar la comunicación con el enfermo terminal», en *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. Eds Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E. EUNSA Pamplona. 49-57.
- FLÓREZ LOZANO J.A. (1997): «La comunicación verbal (cv) y no verbal» (cnv), en *La comunicación y comprensión del enfermo oncológico*. Coordinador J.A. Flórez. Zéneca. Farma. Madrid. 25-43.
- GONZÁLEZ BARÓN M. (1997): «El proceso de la información en el paciente oncológico», en *La comunicación y comprensión del enfermo oncológico*. Coordinador J.A. Flórez. Zéneca. Farma. Madrid. 165-177.
- WINEN A. (1985): *¿Medicina sin médico?* Ed Consejo General de Colegios Médicos de España. Madrid.
- GÓMEZ SANCHO M. (1996): *Como dar las malas noticias en medicina*. Ed. Grupo Aula Médica. Madrid.
- DUNNING A.J. (1988) *Hermano asno*. De. El País/Aguilar. Madrid.
- MARAÑÓN G. (1961): *Vocación y ética y otros ensayos*. 4.ª Ed. Espasa-Calpe SA. Madrid.
- BURNET M. (1967): *Historia de las enfermedades infecciosas*. Ed. Alianza Editorial. Madrid.
- KAUFMANN A.E., BONET M.J., BURGUES C. et al. (1983): *Cáncer y sociedad. Un enfoque integral*. Ed. Mezquita SA. Madrid.
- BARAHONA A., BARRETO P., ALMONACID U. et al. (1988): «Interrelación médico-paciente», en *Psicosomática y cáncer. 6.º Symposium Internacional del grupo Europeo para la investigación psicosomática del cáncer*. 363-370.
- SELECT COMMITTEE OF EXPERTS. (1992): *The multidisciplinary care of patients*. Strasbourg. Council of Europe, Publishing and Documentation Service.
- MARTÍNEZ GARCÍA C., PERIS BONET R. (1995): Epidemiología y prevención primaria del cáncer, en *Segundo Libro Blanco de la Oncología en España*. FESEO. Federación de Sociedades Españolas de Oncología. 25-70.
- LÓPEZ ABANTE ORTEGA G., POLLÁN SANTAMARÍA M., ESCOLAR PUJOLAR A. et al.(1996): *Atlas de mortalidad por cáncer y otras causas en España, 1978-1992* Ed Fundación Científica de la Asociación Española contra el cáncer. Madrid.
- SEGUNDO LIBRO BLANCO DE LA ONCOLOGÍA EN ESPAÑA (1995): Ed. FESEO. Federación de Sociedades Españolas de Oncología. Madrid.
- SCHIMPF S.C. (1997): «Complementary medicine». *Current Opinion in Oncology*. 9: 327-331.
- REW DA. (1999): *Bimillennial historical reviews. Part III. Progress in the 19th century*. *Europ J Surg Onco* -logy 25: 418-423.

