

## La atención multidisciplinaria en el cáncer pulmonar

### *Multidisciplinary assistance in lung cancer*

**Dr. C. Miguel Emilio García Rodríguez**

Hospital Provincial Universitario "Manuel Ascunce Domenech". Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba.

---

#### **ESTIMADO DIRECTOR:**

El cáncer de pulmón (CP) representa una incidencia de enfermedad a nivel global, al encontrarse dentro de los cinco tipos de cánceres más prevalentes. En el año 2012, más de 210 000 nuevos casos fueron diagnosticados en los Estados Unidos, 44 000 en el Reino Unido, y 10 000 en Australia. <sup>1</sup> A pesar de ocupar el cuarto lugar entre las malignidades más frecuentes en países desarrollados, es la causa número uno de muerte por cáncer para ambos sexos, con más de un millón de muertes. <sup>2</sup>

Según datos, recogidos en el anuario estadístico de salud del año 2015, <sup>3</sup> en Cuba, en el año 2012, la incidencia nacional de cáncer fue de 43 789 casos y en la provincia de Camagüey de 3 147, superada por la Habana, Holguín, Villa Clara y Santiago de Cuba. En el año 2016 en Camagüey la incidencia de CP fue de 130 pacientes y la mortalidad de 447 (al morir 317 pacientes más de los que se diagnosticaron). En un análisis de la mortalidad en cinco años (2012-2016) en la provincia, existió un comportamiento similar, murieron tres veces más pa-

cientes de los que se diagnosticaron.

Entre los factores que están relacionados con la tendencia ascendente del riesgo de morir por cáncer en Cuba, se destaca el progresivo envejecimiento de la población, hecho que incrementa la probabilidad de que se desarrollen enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas el cáncer. El porcentaje de personas con 60 o más años de edad se elevó de 9,1 % en 1970 a 15,4 % en el 2006, donde alcanzo el 19,4 % en el año 2016. Un elemento importante en este sentido lo constituye el comportamiento de la mortalidad por esta causa en el período 2012-2016. Durante estos años las provincias que mostraron las tasas brutas más altas de mortalidad por cáncer fueron por coincidencia en algunos casos las más envejecidas del país (Ciudad de La Habana, Villa Clara, Holguín y Camagüey, en este orden). <sup>3</sup>

En la sistemática diagnóstica del CP, la clasificación por etapas, juega un papel fundamental. En el año 1973 la *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) propuso el sistema TNM (tu-  
567

mor, ganglio, metástasis) para la estadificación clínica del CP y con posterioridad, en el año 1974, la Unión Internacional contra el Cáncer (UICC) en su segunda edición del TNM para tumores malignos la aceptó y aseguró uniformidad entre las dos.

Hoy sirve como una guía estandarizada y crucial para el tratamiento de pacientes con neoplasias pulmonares al permitir agruparlas en estadios. La 7<sup>ma</sup> edición publicada en el 2009 es la que se encuentra vigente.<sup>4</sup> En estos momentos la 8<sup>va</sup> edición validada por la *International Association for Study of Lung Cancer (IASLC)* se encuentra próxima a implementarse en nuestro país.

La dificultad en el diagnóstico de esta enfermedad radica en que los síntomas suelen ser tardíos y por ello hasta el 80 % de los pacientes se presentan en etapas donde el tratamiento quirúrgico no es posible.<sup>5</sup> Lo anterior ha traído como resultado que en los últimos años se hayan publicado copiosas revisiones sobre los métodos diagnósticos de imagen, broncoscópicos, marcadores genéticos, etcétera, para lograr una evaluación más temprana en el CP. Sin embargo, un problema práctico menos estudiado es el análisis de las causas de la demora desde que aparecen los síntomas de sospecha hasta el diagnóstico clínico de esta enfermedad.<sup>6</sup>

Algunos estudios nacionales como el de Fernández de la Vega JF, et al,<sup>7</sup> e internacionales como el de Desalu OO, et al,<sup>8</sup> han puesto de manifiesto las inadmisibles demoras que existen en el diagnóstico de esta enfermedad. Ante esta problemática se deben realizar dos preguntas importantes:

¿Qué parte de responsabilidad puede atribuirse a la organización del sistema sanitario?

¿Qué parte a la falta de educación sanitaria de los pacientes o de formación de los facultativos?

Si no se es capaz de responder o al menos plantear estas preguntas, poco se puede hacer para buscar las posibles soluciones. En las últimas dos décadas, la atención multidisciplinaria y el tratamiento de los pacientes a través de la colaboración directa de los especialistas, se ha convertido en el estándar de cuidado del manejo del cáncer en algunos países del mundo.<sup>9</sup>

Diferentes son las definiciones de la atención multidisciplinaria, sin embargo, la definición más inclusiva es la que se refiere a un enfoque de equipo integrado a la atención sanitaria en la que profesionales de la salud, médicos y paramédicos, consideran todas las opciones de tratamiento pertinentes, así como desarrollan en colaboración un plan de tratamiento individual para cada paciente.<sup>9, 10</sup>

Un aspecto importante de la atención multidisciplinaria es el énfasis en una atención centrada en el paciente y un intento de mejorar el viaje de este a través de la comunicación, la colaboración y la racionalización de los medios diagnósticos y terapéuticos. Esto permite dar un mejor uso de la tecnología así como optimizar el tratamiento mediante la decisión colectiva.

En el año 2007, un comité de revisión de los servicios de salud, citado por Riquet M, et al,<sup>10</sup> de la Unión Europea publicó directrices que sugirieron que un equipo multidisciplinario es requerido para enfocar el tratamiento del cáncer, y así tomar las mejores decisiones sobre el diagnóstico y el tratamiento de cada paciente.

En los Estados Unidos, citado por Taplin SH, et al,<sup>11</sup> el comité de tumores es un requisito para la acreditación de los centros que prestan atención multidisciplinaria al cáncer, regulada por el colegio americano de cirujanos y la comisión de cáncer; las discusiones se realizan

con una periodicidad mensual.

La atención multidisciplinaria en el paciente con CP se ha convertido en el estándar de cuidado en muchas partes del mundo, a pesar de la relativa escasez de pruebas de calidad que indiquen una mejora de la supervivencia y otros resultados en CP.

En Cuba la atención, mediante consulta multidisciplinaria al CP, aparece por primera vez en una publicación de Mederos Curbelo ON, et al,<sup>12</sup> en el año 1984 donde refiere la creación de un grupo multidisciplinario en el Hospital Universitario "Miguel Enríquez" y otro en el "Manuel Fajardo". Años después, en 1992, referido por Cabanes Varona L, et al,<sup>13</sup> se implementó en el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras" el sistema protocolizado de diagnóstico y tratamiento del CP, que utilizó las tecnologías diagnósticas más avanzadas en el país, así como las modalidades terapéuticas estandarizadas a nivel mundial con el objetivo de incrementar el número de enfermos atendidos, la operabilidad, la resecabilidad y los índices de supervivencia.

En Camagüey existen referencias, no publicadas, desde la década del 90 del funcionamiento de una consulta multidisciplinaria o *staff* constituido por oncólogos, neumólogos y cirujanos (en los hospitales Oncológico Marie Curie y Universitario Amalia Simoni) para evaluar pacientes con CP y otras afecciones del sistema respiratorio.

En la actualidad, desde noviembre del año 2015, en el Hospital Universitario Provincial "Manuel Ascunce Domenech" fue creada una consulta multidisciplinaria centralizada llamada "Sombras Pulmonares" (integrada por neumólogo, oncólogo, imagenólogo, cirujano, fisiatra, psicólogo y licenciado a cargo de los ensayos clínicos) con el objetivo de crear un circuito rápido de diagnóstico y tratamiento a pacientes con CP,

lo cual ha logrado aumentar la cifra de pacientes diagnosticados en etapas tempranas, una estadificación óptima y como consecuencia un tratamiento adecuado para cada paciente con una cifra no despreciable de pacientes operados en relación a los diagnosticados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mao Y, Yang D, He J, Krasna MJ. Epidemiology of Lung Cancer. *Surg Oncol Clin N Am*. 2016 Jul;25(3):439-45.
2. Didkowska J, Wojciechowska U, Manczuk M, Lobaszewski J. Lung cancer epidemiology: contemporary and future challenges worldwide. *Ann Transl Med*. 2016 Apr;4(8):150.
3. Ministerio de Salud Pública; Dirección Nacional de Estadísticas y Registros Médicos. Anuario Estadístico de Salud 2015. La Habana. (Cuba): MINSAP; 2016. Incidencia de cáncer por todas las localizaciones según sexo y provincia. 2012; p. 101.
4. García Rodríguez ME. Estadificación y valoración mediastínica del cáncer del pulmón. *Rev Cubana Cir [Internet]*. Dic 2010 [citado 3 Jun 2013];49(4):[aprox. 12 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S00347493201000040012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347493201000040012&lng=es)
5. Sansó Sobras FJ, Alonso Galbán P, Torres Vidal RM. Mortalidad por cáncer en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública [Internet]*. Mar 2010 [citado 12 Mar 2017];36(1):[aprox. 22 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S08643466201000010009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08643466201000010009&lng=es)
6. Evans WK. Prognostic implications of treatment delays in the surgical resection of lung cancer. *Thorac Surg Clin*. 2013 May;23(2):225-569

2013 May;23(2):225-32.

7.Fernández de la Vega JF, Pérez H, Samper JA. Lung cancer diagnostic delay in a Havana hospital. MEDICC Rev. 2015 Jan;17(1):55-8.

8.Desalu OO, Fawibe AE, Sanya EO, Ojuawo OB, Aladesanmi AO, Salami AK. Lung cancer awareness and anticipated delay before seeking medical help in the middle-belt population of Nigeria. Int J Tuberc Lung Dis. 2016 Apr;20(4):560-6.

9.Ung KA, Campbell BA, Duplan D, Ball D, David S. Impact of the lung oncology multidisciplinary team meetings on the management of patients with cancer. Asia Pac J Clin Oncol. 2016 Jun;12(2):e298-304.

10.Riquet M, Mordant P, Henni M, Wermert D, Fabre-Guillevin E, Cazes A, et al. All cases of lung cancer be presented at Tumor Board Conferences? Thorac Surg Clin. 2013 May;23(2):123-8.

11.Taplin SH, Weaver S, Chollette V, Marks LB, Jacobs A, Schiff G, et al. Teams and teamwork during a cancer diagnosis: interdependency within and between teams. J Oncol Pract. 2015 May;11(3):231-8.

12.Mederos Curbelo ON, Leal Mursulí A, Olivera Sandoval O, Barrera Ortega JC, Romero Díaz CA, Cantero Ronquillo A. El cáncer de pulmón y la creación de grupos multidisciplinarios de cirugía

torácica. Rev Cubana Cir [Internet]. Dic 2004 [citado 9 Mar 2017];43(3-4):[aprox. 9 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932004000300005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932004000300005&lng=es)

13.Cabanes Varona L, Rodríguez Vázquez JC, Gassiot Nuño C de J, Ramos Quevedo A, Morales Sánchez L, Lima Guerra A, et al. Carcinoma broncogénico: Influencia de las demoras diagnósticas y terapéuticas en la supervivencia. Hospital Hermanos Ameijeiras. 2003-2009. Neumol Cir Tórax. 2011;70(2):84-93.

Recibido: 11 de abril de 2017

Aprobado: 5 de junio de 2017

Dr. C. Miguel Emilio García Rodríguez. Especialista de II Grado en Cirugía General. Hospital Provincial Universitario "Manuel Ascunce Domenech". Máster en Urgencias Médicas. Profesor e Investigador Titular. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba. Email: [grmiguel@finlay.cmw.sld.cu](mailto:grmiguel@finlay.cmw.sld.cu)