



## sociedad

Europa frena el 'escáner que desnuda'

# Una espera angustiosa para el enfermo de cáncer

La tardanza entre el diagnóstico y la terapia puede ser de varios meses ● La sanidad ensaya nuevas fórmulas para acortar plazos

MILAGROS PÉREZ OLIVA

Aunque más de la mitad de los enfermos que padecen cáncer se curan, el diagnóstico supone un trallazo psicológico que marca un antes y un después en la vida de quienes lo sufren. La mera sospecha de cáncer implica un enorme sufrimiento y cuando llega la confirmación, el paciente y su familia sienten la imperiosa necesidad de correr. No siempre correr aumenta sus posibilidades de supervivencia, pero cualquier demora agrava el sufrimiento del paciente. ¿Cuánto tiempo es razonable que pase desde el primer síntoma al diagnóstico? ¿Y cuánto entre el diagnóstico y el tratamiento? ¿Es razonable que una cuarta parte de los pacientes de cáncer de pulmón, por ejemplo, tarden más de 66 días en recibir el primer tratamiento? ¿Sería posible acortar los tiempos? Cataluña ha establecido un circuito rápido para pacientes, cuyos primeros resultados demuestran que sí es posible.

No todos los pacientes del mismo cáncer se benefician de las mismas terapias. La medicina comienza a disponer de herramientas que permiten medir la variabilidad individual, de manera que para decidir la terapia se requieren cada vez más pruebas, algunas de ellas complejas, lo cual, en unos hospitales ya masificados, alarga el proceso. Los hospitales hacen lo posible por agilizarlo, pero las intenciones no bastan. Las asociaciones de pacientes creen que hay importantes diferencias entre unos centros y otros, pero no existen estudios globales que permitan hacer comparaciones.

La revista *Cancer Detection and Prevention* acaba de publicar uno que analiza el intervalo entre el diagnóstico y el tratamiento en los seis tumores más frecuentes (pulmón, colon, próstata, vejiga, mama y endometrio) a partir del análisis retrospectivo de las historias clínicas de 1.023 enfermos atendidos en 22 hospitales catalanes. El estudio InterCat tiene dos limitaciones: se basa en datos de 2002 y la información disponible no ha permitido profundizar en algunos aspectos, pero ofrece una radiografía precisa de una situación que puede ser extrapolable al resto de España.

El estudio fue encargado por el Plan Oncológico de Catalunya a la Agencia de Salud Pública y sus autores son reconocidos expertos en epidemiología del cáncer: Gloria Pérez, Miquel Porta, Carme Borrell, Montse Casamitjana, Xavier Bonfill, Ignasi Bolibar y

## Programa de diagnóstico rápido del cáncer en Cataluña

INDICADORES DE SEGUIMIENTO DE LOS DOS PRIMEROS AÑOS DEL PROGRAMA	Mama		Colon		Pulmón	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Número de pacientes incluidos en circuitos de diagnóstico rápido (CDR)	3.363	<b>5.225</b>	3.642	<b>5.903</b>	1.581	<b>2.819</b>
Porcentaje de pacientes incluidos en CDR diagnosticados de cáncer (sobre el total de pacientes con cáncer)	60,18%	<b>60,44%</b>	45,96%	<b>50,10%</b>	38,36%	<b>51,84%</b>
Porcentaje de pacientes incluidos en CDR derivados desde el sistema de AP*	60,63%	<b>52,35%</b>	60,11%	<b>61,12%</b>	48,25%	<b>47,13%</b>
Porcentaje de pacientes en CDR que cumplen criterios de inclusión	70,82%	<b>86,54%</b>	77,26%	<b>76,09%</b>	81,09%	<b>71,16%</b>
Porcentaje de pacientes incluidos en CDR que han sido diagnosticados de cáncer (sobre total incluidos en CDR)	49,86%	<b>44,99%</b>	40,74%	<b>32,86%</b>	51,54%	<b>52,89%</b>
Tiempo medio entre la entrada en CDR y el inicio del tratamiento (en días)	30,81	<b>31,83</b>	30,43	<b>29,07</b>	35,71	<b>38,89</b>
Porcentaje de casos con intervalo de menos de 30 días	62,71%	<b>56,25%</b>	59,19%	<b>62,37%</b>	54,79%	<b>48,20%</b>
Porcentaje de casos con intervalo de entre 30 y 45 días	23,69%	<b>27,67%</b>	23,13%	<b>23,54%</b>	21,09%	<b>20,36%</b>
Porcentaje de casos con intervalo de más de 45 días	13,58%	<b>16,07%</b>	17,66%	<b>14,07%</b>	24,10%	<b>31,43%</b>

\* AP: Atención Primaria.

Fuente: Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña.

EL PAÍS

Esteve Fernández. Según la investigación, la mediana del tiempo transcurrido desde el diagnóstico y el inicio del tratamiento fue de 39 días para el cáncer de pulmón, 25 para el colo-rectal, 108 para el de próstata, 69 para el de vejiga, 35 para el de mama y 40 para el de endometrio. La mediana indica el tiempo que tardan en recibir tratamiento la mitad de los pacientes. En el caso del cáncer de pulmón, por ejemplo, significa que el 50% de los pacientes tarda menos de 39 días en recibir tratamiento y la otra mitad, más de 39 días. Pero ¿qué ocurre en los extremos? En los extremos hay un 25% de pacientes afortunados que tardan menos de 17 días, pero también otro significativo 25% que tarda 66 días o más.

Las estadísticas muestran la panorámica de conjunto, pero lo que a cada paciente le importa es en qué parte de la estadística se encuentra él. Para el que tarda 17 días en recibir tratamiento, el sistema difícilmente podrá mejorar.

## Cataluña ha establecido un circuito rápido para pacientes de cáncer

Hay consenso en que la espera no supere, salvo casos especiales, un mes

Es ya excelente. Pero para mejorar el conjunto, es imperioso acortar esos 66 días o más que esperan muchos pacientes de cáncer de pulmón. Porque realmente son muchos: muchos días, y muchos pacientes si se tiene en cuenta que en España se diagnostican cada año unos 19.000 nuevos casos. Lo mismo cabe plantear para los otros tumores, pues los intervalos para el 25% de pacientes que más tardan en recibir trata-

miento no son cortos: más de 42 días en cáncer de colon, de 54 en el de mama, de 65 en endometrio, de 101 en cáncer de vejiga, y más de 143 en próstata.

Desde luego no es lo mismo esperar 143 días, aunque parezcan muchos, en el cáncer de próstata, que evolucionara muy lentamente y existen incluso dudas de si ha de tratarse en las fases tempranas, que esperar 66, aunque sean muchos menos, en un cáncer de pulmón, que es más agresivo y cuyo pronóstico mejora cuanto antes se trata. Cada tipo de cáncer tiene características diferenciales y cada paciente su perfil genético, por lo que no todos pueden recibir, por razones objetivas, tratamiento en el mismo tiempo, como señala el presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica, Ramón Colomer.

“Existe consenso internacional en que el tiempo de espera, salvando casos especiales, no debería ser superior a treinta días”, señala Xavier Bonfill, director del

Centro Crochane Iberoamericana. “El estudio muestra que hay un porcentaje de pacientes que tarda bastante más, y además hay una considerable variación entre los diferentes hospitales”, añade. ¿Cuántos pacientes se encuentran en el parámetro deseable? Según el estudio, el 79% de los que sufren cáncer de próstata o vejiga, el 42% de los que tienen cáncer colo-rectal, el 58% de los de pulmón y el 56% de las mujeres con cáncer de mama.

Bonfill considera un grave problema que en España no dispongamos de información “sistemática y homologable que permita comparar los diferentes centros”. Los resultados del estudio InterCat no fueron en su día presentados públicamente, aunque se había previsto hacerlo, pero el Departamento de Salud emprendió poco después un programa para habilitar circuitos más rápidos en caso de sospecha de cáncer.

La cuestión que suscita ahora su publicación es hasta qué punto los datos serían válidos en 2008 y extrapolables al resto de España. Sobre su validez, Miquel Porta, investigador del Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM) de Barcelona, afirma: “No son los datos de un hospital, ni de dos, ni de tres. Son datos poblacio-



## sociedad

### La lucidez de una Nobel a punto de cumplir los 100



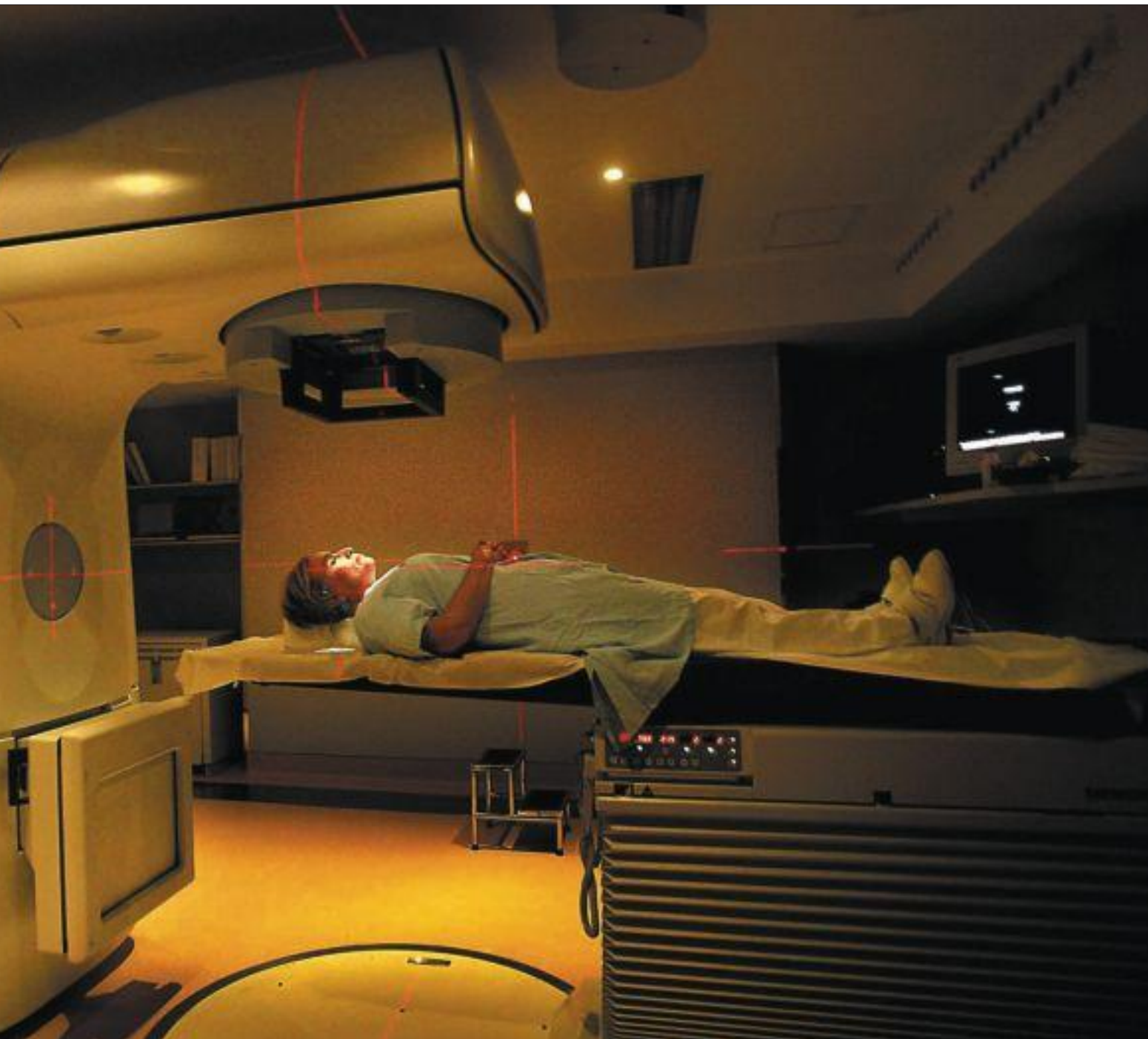
## cultura

### A Dudamel le gustaría dirigir la orquesta del Real



## pantallas

### La 'Wikipedia' que da voz a los censurados



Uno de los aparatos utilizados para realizar radioterapias en el Hospital General de Barcelona. / CARMEN SECANELLA

Los aparatos asistenciales integrados como herramienta de mejora. “Se trata no sólo de potenciar las mejores prácticas clínicas, sino la mejor forma de gestionar el proceso de diagnóstico; determinar, por ejemplo, quién pide la radiografía o si se ha de hacer antes una broncoscopia o un TAC”.

Pero el plan más radical lo ha emprendido el Departamento de Salud de Cataluña. En 2005 inició un programa de diagnóstico rápido con un objetivo preciso vinculante para todos los centros de la red pública: que el tiempo transcurrido, no desde el diagnóstico, sino desde la primera visita de sospecha, y el tratamiento, no sea superior a 30 días. Para ello se han diseñado unos circuitos de diagnóstico rápido para cáncer de pulmón, colo-rectal y mama en una primera fase. A partir de 2008 se han añadido los tumores de vejiga y próstata y está previsto ampliarlo a otros tumores. El programa implica la coordinación entre el médico de cabecera y el equipo hospitalario.

“Con el plan hemos conseguido que la mayoría de los pacientes tarden entre 25 y 35 días, pero todavía queda un porcentaje con intervalos más largos. Pero el plan está teniendo un impacto muy positivo en la organización”, señala Josep Maria Borràs, responsable del Plan Oncológico de Catalunya. ¿Cómo han conseguido acortar los tiempos? “En primer lugar, estableciendo unos protocolos de sospecha, especialmente dirigidos a los médicos de cabecera. En cada tumor se identifican las señales que deben hacer sospechar un alto riesgo de cáncer. En segundo lugar, cambiando el proceso asistencial”, responde Borràs. “Una vez establecida la sospecha, el paciente entra en un circuito especial que le da preferencia en el acceso a las pruebas diagnósticas que el médico requiere. Eso sólo se consigue guardando un espacio libre para los pacientes de este circuito en la programación de aparatos como el TAC o procedimientos como la broncoscopia”.

Una vez que el paciente entra “en sospecha” y es enviado al hospital, tiene un tutor que le conducirá por ese circuito. El programa prevé que cada hospital tenga un gestor de casos, habitualmente una enfermera, que se ocupará de que el circuito funcione para cada paciente. La primera evaluación (ver cuadro adjunto) indica una mejora importante en los tiempos. Sin embargo, su aplicación no es aún homogénea y los objetivos requerirán todavía un importante esfuerzo.

nales que expresan la realidad del conjunto sanitario, en este caso de Catalunya, muy probablemente similar a otras zonas de España”. Ramón Colomer coincide en que “es muy bueno que se hagan estudios como este, porque el conocimiento contribuye a la mejora”. “Pero creo que entre 2002 y 2008 las cosas han cambiado. Los servicios de Oncología son conscientes de esta problemática, algunas comunidades han anunciado planes específicos y algunos centros, como el hospital de Fuenlabrada, han acertado notablemente los tiempos”, añade.

¿Cuánto se ha mejorado? En realidad no hay datos comparables. Tampoco en el plano internacional hay mucha literatura. “Los intervalos de tiempo que observamos no son muy distintos de los que disponemos de otros países, pero el que no estemos peor no significa que no debamos mejorar. ¿Podríamos ir más rápido? Sin duda que sí”, concluye Porta.

José Expósito, que durante seis años dirigió el Plan Oncológico de Andalucía y ahora es gerente del hospital Virgen de las Nieves de Granada, opina: “Actualmente los tiempos promedio desde el diagnóstico hasta que se recibe el tratamiento se ajustan a lo que se considera adecuado (un

### La enfermedad y el perfil genético de la persona definen la acción médica

### “Cualquier demora supone un estrés”, dice el oncólogo José Expósito

mes) cuando el primer tratamiento es quimioterapia, porque su aplicación es más fácil. Pero cuando es cirugía o radioterapia, los tiempos son más largos porque se solapan con las demoras generales de los servicios sanitarios”.

Expósito indica que no hay ninguna evidencia de que el tiempo que se tarda en recibir terapia afecte a la calidad del tratamiento o a la supervivencia. Un equipo de Baleares, dirigido por María Ramos, revisó 40 estudios con 20.440 pacientes afectados de cáncer de colon. Los resultados, publicados en octubre de 2007 en el *European Journal of Cancer*, son claros: si bien un retraso en el diagnóstico puede tener consecuencias sobre las posibilidades

de curación, el retraso entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento “no tiene ninguna incidencia en la supervivencia”.

“Pero está claro”, añade José Expósito, “que cualquier demora supone un estrés y un sufrimiento para el paciente que debemos tener muy en consideración. En realidad, hemos de cambiar el enfoque: no debemos preguntarnos cuál es el tiempo máximo tolerable, sino el tiempo mínimo en el que podríamos dar la respuesta”.

En eso coincide plenamente Albert Jovell, médico y presidente del Foro Español de Pacientes, para quien lo más importante es acertar en la terapia, y eso requiere, en ocasiones, cierto tiempo. “A nosotros, lo primero que nos preocupa es mejorar la supervivencia. Si se tarda más, pero aumenta la supervivencia, estamos mejorando. Ahora bien, se ha de averiguar si hay causas de retraso que son evitables, porque hemos de tender a la mínima demora posible”.

Lo que más tiempo suele llevar es el diagnóstico de extensión. Cuando un paciente llega con un tumor, hay que averiguar si el tumor se ha extendido a otros órganos. Una vez establecido el estadio del tumor, es preciso en muchos casos determinar su

### Albert Jovell: “Lo más importante es acertar en la terapia”

### Los médicos de cabecera deberían aplicar protocolos de sospecha

perfil genético, porque depende de los genes que estén alterados, el paciente responderá a unos tratamientos o a otros. “A veces tardar más permite acertar más, pero en este caso, se debe tratar de reducir la ansiedad del paciente con una buena información”, dice Jovell.

“El diagnóstico del cáncer se está complicando porque para acertar el tratamiento se necesitan a veces pruebas adicionales en diferentes servicios, y eso se nota, obviamente, en la clínica diaria. Acortar los tiempos requiere la acción coordinada de varios departamentos. Ese es el reto que ahora tenemos”, afirma Expósito. En el caso de Andalucía, se utilizan, según él, los llamados proce-

**+ EL PAÍS.COM**

► **Participe**

¿Se ha visto afectado? Cuéntenos su caso.