

R

Recomendaciones
para mejorar la práctica
en la atención
del paciente con
Cáncer

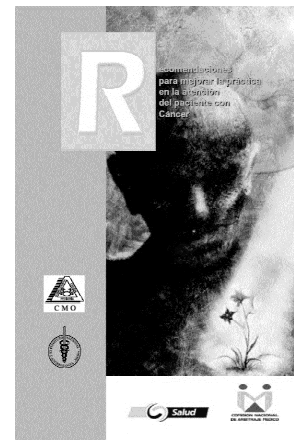


**Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CONAMED**

Mitla No. 250 esquina Eugenia,
Col. Narvarte, C.P. 03600,
México D.F.

Lada sin costo: 01 800 711 06 58
En el Distrito Federal: 5420-7000.

recomendaciones@conamed.gob.mx
ISBN 970-721-215-2



RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA PRÁCTICA EN LA ATENCIÓN
DEL PACIENTE CON CÁNCER

**COMITÉ TÉCNICO PARA LA EMISIÓN DE
RECOMENDACIONES**

Dr. Carlos Tena Tamayo
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Dr. Gabriel R. Manuell Lee
Subcomisionado Nacional "A"

Lic. Agustín Ramírez Ramírez
Subcomisionado Nacional "B"

Dr. Antonio Eugenio Rivera Cisneros
Director General de Enseñanza e Investigación

ENLACE EXTERNO CONAMED

Dr. Jaime G. de la Garza Salazar
Director General
Instituto Nacional de Cancerología

DICIEMBRE 2001

GRUPO DE VALIDACIÓN EXTERNA

Dr. José Luis Barrera Franco
Director Médico
Instituto Nacional de Cancerología

Dra. Aura Erazo Valle
Jefa de la Unidad de Oncología
Centro Médico Nacional, Siglo XXI
IMSS

Dr. Pedro Luna Pérez
Unidad de Oncología
Centro Médico Nacional, Siglo XXI
IMSS

Dr. Alfonso Torres Lobatón
Hospital General de México
Presidente del Consejo Mexicano de Oncología
2000-2002

GRUPO DE TRABAJO CONAMED

Dra. Ma. Eugenia Jiménez Corona
(Coordinadora)
Directora de Investigación

Dra. Norberta Barrera Romero
Subdirectora de Investigación

Dra. Norma Juárez Díaz González
Directora de Enseñanza

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA PRÁCTICA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON CÁNCER

Hechos relevantes:

<ul style="list-style-type: none"> ❑ El cáncer es la segunda causa de mortalidad general en México. Por grupo de edad, las tasas más altas de mortalidad por cáncer se registran en mayores de 65 años. 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Uno de los problemas más frecuentes en los pacientes con cáncer es la falta de comunicación con el médico y la escasa información que se le brinda al paciente y sus familiares
<ul style="list-style-type: none"> ❑ En la CONAMED el mayor número de quejas en el periodo de análisis, correspondió a tumores malignos de los órganos genitales femeninos y de mama con más de la tercera parte de los casos. 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Proporcionar al paciente toda la información necesaria para la toma de decisiones, en particular para el tratamiento y pronóstico.
<ul style="list-style-type: none"> ❑ Los principales inconformidades detectados en la quejas fueron por problemas quirúrgicos (diferimiento injustificado, cirugías innecesarias o impericia para realizar a cirugía) 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Las opciones de tratamiento normalmente son determinadas por el tipo de tumor y fase de evolución del mismo.
<ul style="list-style-type: none"> ❑ Para que el tratamiento del paciente oncológico sea óptimo se requiere de una atención multidisciplinaria (Oncología Médica, Quirúrgica, Pediátrica, Radio Oncología y especialidades afines) 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Se debe dar el apoyo integral necesario al paciente en fase terminal para tener una muerte digna. Teniendo especial énfasis en el manejo del dolor.
<ul style="list-style-type: none"> ❑ Proporcionar información lo más exacta posible sobre las expectativas de sobrevivencia y calidad de vida para el paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Las instituciones de salud deben proveer los recursos humanos y materiales necesarios para realizar el diagnóstico y tratamiento en forma adecuada y oportuna.

I. INTRODUCCIÓN.

El perfil de mortalidad en México se ha modificado, pasando de un perfil en donde predominaban las causas infecciosas a uno con predominio de enfermedades crónico degenerativas en los primeros lugares como causa de muerte. La transición epidemiológica en nuestro país ha recorrido las diferentes etapas señaladas por Omran, a saber: pestilencia, hambruna, disminución de las pandemias y enfermedades degenerativas así como las producidas por el hombre. En México coexisten problemas de salud correspondientes a las tres etapas señaladas, caracterizada por el repunte de algunos padecimientos previamente controlados (infecciones). También se habla de una transición polarizada, que se refiere al hecho de que las infecciones y la desnutrición afectan a los desposeídos y las enfermedades crónico degenerativas a los estratos sociales de mayores recursos.¹ Estos cambios en los perfiles de morbilidad y mortalidad se encuentran estrechamente ligados con los cambios en la estructura de la población, un fenómeno que se ha visto en México en los últimos años. Por otra parte, el incremento en la esperanza de vida permite suponer que el número de pacientes con cáncer irá en aumento,² lo anterior en virtud de que el cáncer es una enfermedad que se ha relacionado con el envejecimiento, existen reportes en la literatura que señalan que el 67% de las muertes por cáncer afectan a personas mayores de 65 años.³

1. Epidemiología.

En 1983 los tumores malignos ocuparon el 4º lugar entre las causas de mortalidad general, con más de 30,000 defunciones.² En 1992 se ubicaron en el segundo lugar en la mortalidad con una tasa de 50.4 defunciones x 100,000 habitantes, es decir 10.7% de la mortalidad general (43,692 / 409,814); dentro de los tumores malignos, los de la tráquea, de los bronquios y del pulmón ocuparon el primer lugar con una tasa de mortalidad de 6.3 x 100,000 habitantes, seguido por los tumores de estómago con 5.2 x 100,000 habitantes y en tercer lugar los tumores del cuello del útero con una tasa de mortalidad de 5.0 x 100,000 habitantes.⁴

Actualmente, en México los tumores malignos ocupan el segundo lugar como causa de muerte. De acuerdo con los datos estadísticos disponibles para 1999, los tumores malignos ocuparon el 2º lugar como causa de muerte en la población general con una tasa de 54.7 x 100,000 habitantes. Los tumores malignos de la tráquea, de los bronquios

y del pulmón ocuparon el primer lugar con una de tasa 8.8 x 100,000 habitantes, en segundo lugar las leucemias (tasa 4.7 x 100,000 hab.) y en tercero los tumores malignos de la mama con una tasa de 4.2 x 100,000.⁵ En el siguiente cuadro se observan las tasas de mortalidad de acuerdo al grupo de edad, Cuadro 1.

Cuadro 1. Mortalidad por grupo de edad, México 1999.

Grupo de edad	Número de orden	Tasa x 100,000 Habitantes*
Infantil (< 1 año)	15	3.7
Preescolar (1-4 años)	6	5.2
Escolar (5-14 años)	2	4.7
Edad productiva (15-64 años)	1	39.5
Edad posproductiva (\geq 65 años)	2	611.7
Total	2	54.7

* El denominador corresponde a la población en ese grupo de edad

En la mortalidad preescolar y escolar para 1999, se observó que las leucemias ocuparon el primer lugar, con una tasa de 2.4 y 2.8 x 100,000, respectivamente. En la edad productiva el tumor más frecuente fue el del cuello del útero, con una tasa de 4.9 x 100,000. Los tumores malignos más frecuentes en la edad posproductiva fueron: los tumores de la tráquea, de los bronquios y del pulmón, con una tasa de 90.9 x 100,000.

Por otra parte las tasas de supervivencia del cáncer (es decir las personas que sobreviven cinco años después del diagnóstico) se han modificado, lo que conlleva a un mayor gasto de recursos; en 1930 uno de cada 5 pacientes con cáncer sobrevivía después de cinco años, en 1940 uno de cada cuatro pacientes y en la década de los sesenta uno de cada 3 pacientes. En los últimos años, cuatro de cada 10 pacientes con cáncer sobreviven más de cinco años.³

2. Factores de riesgo de cáncer.

Los factores de riesgo se consideran conductas personales o del estilo de vida, una exposición ambiental o una característica que es innata o inherente al individuo, que con base en evidencias epidemiológicas, se señala que está asociada con las condiciones relacionadas con la salud, cabe destacar que algunos de estos factores son prevenibles.⁶

Para estudiar y hacer el diagnóstico en pacientes con sospecha de tumores malignos es importante hacer un estudio minucioso de los posibles factores de riesgo a los que se encuentra expuesto el paciente, con la finalidad de utilizar ésta información como un elemento que oriente el diagnóstico o aporte datos que permitan sospechar un tumor en particular.

En la literatura existen diferentes clasificaciones sobre los factores de riesgo de cáncer en general, a continuación se señalan, en el cuadro algunas sustancias químicas y mezclas, consideradas como carcinógenos (Cuadro 2) para el hombre de acuerdo al Centro Internacional de Investigación sobre el Cáncer (CIRC):⁷

Algunos de los factores que han sido asociados con el desarrollo de algunos tipos de tumores son el tabaco, el consumo de alcohol, el exceso de peso, las exposiciones solares y las exposiciones ambientales, entre otros.

Cuadro 2. Sustancias químicas y mezclas consideradas como carcinógenos para el hombre.

Sustancias reactivas con el DNA	Epigenéticas	No clasificadas
<ul style="list-style-type: none"> • Aflatoxinas • 4-aminobifenilo, • 2-aminonaftaleno • 5-azacitidina • Benzidina • Betel mascado con tabaco • Clorambucilo • Derivados hexavalentes del cromo • Breas y alquitranes • Ciclofosfamidias • Melfalán • MOPP (mostaza nitrogenada, Vincristina, procarbina y prednisona) • Níquel y sus derivados • Mezclas analgésicas que contienen • Fenacetina • Hollín • Mostaza azufrada • Humo y derivados del tabaco • Treosulfán • Cloruro de vinilo 	<ul style="list-style-type: none"> • Azatioprina • Ciclosporina A • Estrógenos esteroideos 	<ul style="list-style-type: none"> • Bebidas alcohólicas • Arsénico y sus derivados • Benceno • Aceite esquistoso • Aceites minerales no tratados o ligeramente tratados

Tabaco.- El tabaquismo es uno de los factores de riesgo más estudiados, se considera el principal factor asociado con el cáncer pulmonar.⁸ En los países desarrollados del 25-30% de todos los tipos de cáncer están vinculados con el tabaco, se estima que del 83 al 93% de los casos de cáncer de pulmón en el hombre y del 57 al 80% de los cánceres de pulmón de las mujeres son atribuidos al consumo de cigarrillos.⁹ Existe suficiente evidencia médica del daño ocasionado por el tabaquismo que ha sido acumulada durante más de 200 años, al inicio relacionada con cáncer de labio y boca, posteriormente con cáncer pulmonar, cuando en 1950, cinco estudios asociaron al tabaquismo con esta patología.^{10,11}

Además del cáncer de pulmón el tabaquismo se ha asociado con cáncer de labio, cavidad bucal, faringe, laringe, esófago, páncreas,¹² vejiga y riñón, cuello del útero.¹³ Algunas observaciones permiten suponer una asociación entre el consumo de cigarrillos y un

mayor riesgo de leucemia y de cáncer colorrectal, aunque no se haya admitido la naturaleza de estas asociaciones.¹⁴

El riesgo de contraer cáncer pulmonar es mayor en los fumadores comparados con los que nunca han fumado. Así mismo este riesgo es mayor en los grandes fumadores y con el tiempo que se tenga con el hábito tabáquico.¹⁵ La prevención del tabaquismo es la única medida que se puede esperar que tenga un impacto substancial sobre la incidencia y mortalidad del cáncer pulmonar.^{15,16} Esta es una evidencia significativa de que las intervenciones dirigidas a dar apoyo a las personas para que dejen de fumar, pueden ser una medida adecuada con relación a costo-efectividad para evitar el desarrollo de cáncer pulmonar.¹⁷⁻²¹

Por otra parte, está demostrado que el tabaquismo ambiental (Environmental Tobacco Smoking, ETS) también llamado tabaquismo pasivo, tiene consecuencias nocivas sobre la salud. Sobre la base de los datos epidemiológicos disponibles, la Agencia Americana para la Protección del Medio Ambiente (EPA) declaró en 1992 que el tabaquismo pasivo es un carcinógeno pulmonar para las personas.²²

Alcohol.- Estudios epidemiológicos ponen de manifiesto que el consumo de bebidas alcohólicas aumenta el riesgo de cáncer de la cavidad oral (salvo de glándulas salivales) faringe (excepto nasofaringe), así como del esófago y laringe e hígado. Los riesgos están fundamentalmente vinculados con el contenido de etanol en las bebidas alcohólicas, el riesgo tiende a incrementarse con la cantidad de etanol consumido, sin embargo no está bien definido el umbral por debajo del cual no se constata ningún efecto.²³

El consumo de alcohol y tabaco en conjunto incrementan el riesgo de padecer cáncer del tracto respiratorio y digestivo, pues cada factor multiplica el efecto del otro. El alcohol puede facilitar los efectos cancerígenos no solamente del tabaco, sino también de otros agentes cancerígenos a los cuales se exponen el tracto digestivo y respiratorio del hombre, en particular los de origen respiratorio.²⁴ El consumo de alcohol se asocia también estrechamente al cáncer pulmonar primario de hígado, aunque la relación sea más fácil de demostrar en los estudios epidemiológicos, puesto que la mayoría de los cánceres de hígado vinculados al alcohol son consecutivos a una degeneración cirrótica, que puede, a su vez, haber sido inducida por el alcohol. Así mismo, el consumo de alcohol se ha relacionado con el cáncer de colon en ambos sexos, así como con el

cáncer de mama, aunque las asociaciones sean moderadas y estén sometidas a debate, aún un pequeño riesgo de consumo de alcohol puede tener implicaciones importantes para la salud pública. Existen indicadores de que se puede asociar una absorción diaria de alcohol de solamente gramos/día (es decir alrededor de una copa al día) con un cierto incremento del riesgo de cáncer de mama, con respecto a las mujeres que no beben alcohol, existen estudios que señalan que este riesgo puede ser de un 30 a 50% mayor en las mujeres que consumen alcohol comparadas con las mujeres no bebedoras.^{9,24} Esta asociación del consumo de alcohol con cáncer de mama es controvertida y la asociación puede ser debida a otros factores de la dieta más que al alcohol *per se*.²⁵

Dieta y obesidad.- La *American Cancer Society*, realizó un seguimiento de una cohorte de un millón de personas y analizó los datos proporcionados por 750,000 de ellas, que incluyo información sobre peso y talla. El estudio puso de manifiesto un mayor índice de mortalidad por cáncer colorrectal, de próstata, de cuello y del cuerpo del útero, de la vesícula biliar y de mama; globalmente las personas con un exceso de peso del 40% o más presentaban un índice de mortalidad por cáncer de 1.33 para los hombres y de 1.55 para las mujeres.²⁶ El segundo estudio de cohorte fue realizado en Dinamarca y en él se estudiaron 44,000 obesos, se comparó la frecuencia de cáncer de este grupo con la del conjunto de la población danesa. La incidencia general fue de un 16% más elevada en la cohorte de éstas personas, y las principales localizaciones de los diferentes tipos de cáncer fueron: cuello del útero, páncreas, próstata, colon, esófago, hígado y mama, este último entre las mujeres mayores de 70 años.²⁷

La obesidad es un factor de riesgo para el adenocarcinoma del tracto gastrointestinal superior e inferior, el mecanismo del riesgo puede ser secundario a reflujo gastroesofágico, que disminuye la motilidad o debido a ciertos efectos metabólicos de la obesidad no bien definidos.²⁸

Algunos de los mecanismos para explicar el efecto del exceso de peso están vinculados a los perfiles hormonales²⁹ (cáncer de mama y de endometrio), al consumo de alcohol (cáncer de esófago y de hígado en el estudio danés) y a los hábitos alimentarios (localizaciones como el colon y el páncreas). El consumo de dietas ricas en grasas de origen animal son un factor de riesgo para cáncer de colon.³⁰ También se dispone de información que señala que el consumo total de grasa que sobrepasa un 40% de calorías

puede actuar como un factor de riesgo para el cáncer de próstata³¹ y hasta cierto punto quizá para el cáncer de páncreas, ovario³² y de endometrio.³³

Por otra parte se señala que una dieta rica en vegetales y frutas actúa como un factor protector contra los cánceres epiteliales más comunes, incluyendo los del tracto digestivo, así como pulmón, cáncer de mama, ovario, cuerpo y cuello del útero, también actúa como protector de cáncer de próstata y tiroides.³⁴

Exposiciones y quemaduras solares.- Estudios epidemiológicos indican una fuerte relación entre la irradiación solar y melanoma maligno. En Norteamérica y en Australia se ha reportado una relación inversa entre la latitud y la incidencia y mortalidad de melanoma maligno. Estudios de migrantes sugieren que el riesgo de melanoma está relacionado con la exposición a los rayos solares durante la infancia, así mismo se señalan como factores de riesgo las exposiciones solares intermitentes (baños de sol, vacaciones y actividades al aire libre).³⁵ La incidencia del melanoma se ha duplicado cada diez años en numerosos países, su tasa de aumento ha superado la que presentan otros tipos de cáncer, con excepción del cáncer pulmonar en mujeres.³⁶

Una exposición excesiva a la luz solar constituye el factor etiológico principal del melanoma, lo anterior se demuestra principalmente por el hecho de que el melanoma es fundamentalmente una enfermedad las poblaciones de piel blanca (la piel blanca es mucho más sensible a los efectos nocivos del sol), aún cuando la incidencia del melanoma aumenta cada año en las poblaciones blancas de Europa, Estados Unidos, Canadá y Australia³⁷ (que tiene las mayores tasas de melanoma en el mundo), entre otros países, ésta incidencia solo se ha incrementado ligeramente entre las poblaciones de origen africano y asiático.³⁸⁻⁴⁰

No se conoce aún con precisión cual es el esquema de exposición más peligroso, algunos estudios señalan que una exposición total acumulada excesiva al sol es también importante. Algunas lesiones cutáneas no melanomatosas inducidas por el sol, como los carcinomas de células basales y la queratosis actínica (de correlación directa con la exposición acumulada al sol), por ejemplo, constituyen factores significativos de riesgo de melanoma.^{9,41}

Cancerígenos ambientales.- Un número importante de cancerígenos, naturales y artificiales, han sido identificados y siguen siéndolo. El resumen de la serie "monografías del CIRC sobre la evaluación de los riesgos cancerígenos para el hombre" enumera, de

775 agentes evaluados, 39 agentes aislados o grupos de agentes, 11 mezclas de agentes y 13 casos de exposición (todas ellas profesionales) para las cuales existe "una prueba suficiente" de carcinogenicidad para el hombre. Otros 41 agentes o grupos de agentes, 5 mezclas y 4 casos de exposiciones (3 de ellas profesionales) se clasifican como "probablemente cancerígenos" para el hombre, mientras que 209 agentes, grupos de agentes o casos de exposiciones se clasifican como "cancerígenos posibles" para el hombre, principalmente sobre la base de datos procedentes de experimentaciones animales.⁹

Existe una gran cantidad de evidencia epidemiológica que señala que la mayoría de los diferentes tipos de cáncer tienen causas evitable.⁴² Diversos autores han intentado cuantificar las causas de cáncer evitables. En 1981 Doll y Peto identificaron al tabaco y a la dieta como los factores que más contribuyen a la mortalidad por cáncer, con una pequeña contribución de la contaminación industrial y ocupacional, otro estudio más reciente señala que el 30% de la mortalidad por cáncer puede atribuirse al tabaco, 30% a la dieta y a la obesidad, 5% debido a factores ocupacionales, 2% a la contaminación ambiental y el porcentaje restante debido a otros factores.⁴³

Los agentes presentes en el medio ambiente en general, al cual un gran número de personas se exponen durante largos períodos, como el humo ambiental (tabaquismo pasivo), aunque sólo aumentan muy débilmente el riesgo de algunos cánceres, pueden ser la causa de un número bastante grande de casos. Para toda actividad que implique un riesgo de exposición es esencial determinar la naturaleza, la intensidad y la duración de esta exposición con el fin de determinar cuáles son las medidas por adoptar para prevenirla o reducir la exposición.^{44,45}

Entre estas medidas, los procedimientos y métodos operativos son de una importancia extrema. Las instrucciones a seguir pueden ser límites cuantitativos de exposición, determinados empíricamente o por procedimientos formales, que aún dejan mucho que desear, de la evaluación cuantitativa del riesgo.⁴⁵

3. Información para los pacientes

En Japón en 1996 se publicaron unas guías para "*Decir la verdad a los pacientes con cáncer*"⁴⁶ los principios básicos de estas guías son las siguientes:

- El diagnóstico debe ser discutido primero con el paciente, siempre que esto sea factible.
- El mismo médico que tome a su cargo al paciente desde el inicio hasta el tratamiento definitivo, en tanto sea posible.
- El sitio para discutir el diagnóstico debe ser cuidadosamente elegido, procurando un ambiente de privacidad, de tal forma que el paciente pueda expresar sus sentimientos. No debe darse el diagnóstico por teléfono, en un pasillo o en un lugar público.
- No se debe dar un diagnóstico si no se tiene información que lo sustente. Iniciar señalando “sospecha” o “posibilidad” de cáncer y señalar todos los hechos hasta que se haga el diagnóstico definitivo.
- Aún cuando una explicación exacta es necesaria, no se debe bombardear al paciente con información.
- Cuando se le dice a un paciente que *“tiene un cáncer avanzado y que no existe nada que se pueda hacer. Que no existe un tratamiento efectivo en su caso”*, una actitud cruel del médico causa pérdida de la esperanza, angustia, resignación y un sentido de alienación en los pacientes. Los médicos, deben tener presente que ellos pueden generar esperanza o desesperanza en los pacientes por su expresión verbal o actitud. Se deben presentar hechos positivos, incluyendo el tratamiento de apoyo.
- Cuando el paciente es muy ansioso el médico a cargo debe consultar el caso con psicólogo o con un psiquiatra.
- El médico no debe apresurarse a explicar todos los detalles en una sola ocasión, se recomiendan varias entrevistas con el paciente para discutir el diagnóstico paso a paso.
- Es importante ponerse en el lugar del paciente y no juzgar prematuramente las reacciones del paciente.

En general la comunicación efectiva es esencial para asegurar que los pacientes con cáncer puedan hacer una elección informada sobre su tratamiento, que cuenten con los elementos necesarios para tomar decisiones y que éstas sean respetadas. La queja más frecuente en los pacientes con cáncer es que se les proporciona poca información.⁴⁷

La mayoría de los pacientes desea obtener información exacta acerca de su diagnóstico y tratamiento. Dicha información reduce la ansiedad en el paciente, aún cuando las noticias sean malas. Algunos de los tratamientos más efectivos, en términos de expectativas de vida, pueden tener severos efectos adversos. Mientras algunos pacientes ponen gran

valor al deseo de incrementar el tiempo de supervivencia, otros prefieren obtener una mejor calidad de vida.^{48,49}

4. Diagnóstico

Para el diagnóstico de cáncer se pueden utilizar estrategias a nivel poblacional, así como a nivel individual, ejemplo de las primeras son los métodos de tamizaje o *screening* que se utilizan en la detección oportuna de cáncer cervicouterino. Algunos de los métodos diagnósticos utilizados para el diagnóstico del paciente con cáncer van desde el examen clínico hasta estudios sofisticados de gabinete y laboratorio. Enseguida se señalan algunos de los métodos que pueden auxiliar en el diagnóstico de cáncer:

- Tamizaje (screening) y diagnóstico temprano.

Se utilizan métodos de tamizaje en patologías como el cáncer cervicouterino y cáncer de mama.

Cáncer cervicouterino.- El problema del cáncer cervicouterino se ha reducido en diversos países, esto se ha logrado por el impacto que han alcanzado los programas de detección oportuna de cáncer de cuello uterino (DOC), utilizando como prueba la citología. No existe la menor duda del procedimiento citológico, el cual identifica dentro de la población en riesgo, a la población enferma y separa a la que no tiene evidencia de la enfermedad. Sin embargo el programa no está exento de fallas, las cuales incluyen desde el que las muestras no sean representativas del cuello uterino, hasta la lectura incorrecta de las laminillas, por lo cual se requieren evaluaciones periódicas del programa DOC. Por otra parte, la colposcopia constituye un procedimiento de gran ayuda para el diagnóstico de esta enfermedad, sobre todo en pacientes con reporte de papanicolaou anormal.⁵⁰

Cáncer de pulmón.- Para el diagnóstico de cáncer de pulmón se pueden llevar a cabo revisiones sistemáticas, utilizando Rayos X o citología del esputo. Tres ensayos clínicos controlados (ECC) que incluyeron 30,000 hombres fumadores mayores de 45 años, no mostraron evidencia de que el screening o tamizaje pueda reducir la mortalidad por cáncer.⁵¹

Cáncer de mama.- En México en el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-041-SSA2-2000, (Prevención, Control y Vigilancia epidemiológica del cáncer de mama) se señala que a toda mujer con sospecha de patología mamaria se le debe realizar el siguiente procedimiento: historia clínica completa, identificación de factores de riesgo, examen clínico completo y exploración de zonas linfoportadoras (ganglios axilares y supraclaviculares). Mastografía o ultrasonido, según la edad, hallazgos y detección de factores de riesgo. Si se sospecha malignidad en la historia clínica y/o estudio de imagen se debe referir al siguiente nivel de atención. Para hacer el diagnóstico es necesaria la correlación de los hallazgos clínicos, mastográficos e histopatológicos (biopsia). La realización de la biopsia debe ser exclusivamente por el médico especialista.⁵²

Cáncer de ovario.- A continuación se señalan algunos factores relevantes en estudios de tamizaje de Ca de ovario, Cuadro 3:

Cuadro 3. Factores a considerar en estudios de tamizaje de CA de ovario.
<ul style="list-style-type: none"> • Factores de riesgo a considerar cuando se tiene sospecha de cáncer de ovario: mujeres de edad avanzada, nulíparas, con antecedentes personales de cáncer de endometrio, colon y de mama, así como antecedentes familiares de cáncer de ovario. • El riesgo de tener cáncer de ovario en una mujer sin antecedentes familiares es de 1 en 70, con un familiar de primer grado con cáncer de ovario tiene 5%, con dos o más familiares de primer grado con cáncer de ovario el riesgo es de 7%.

National Institutes of Health, Consensus Development Conference Statement, April 5;12(3) 1994.

- Métodos Diagnósticos.

El objetivo principal para el diagnóstico de cáncer es determinar tanto la presencia del tumor como el tipo del mismo. Esta información es esencial para decidir el manejo a seguir. A continuación se señalan los elementos que integran la evaluación del paciente oncológico.

Evaluación del paciente⁵³

- I. Estado funcional
- II. Antecedentes médicos y examen físico
- III. Estado nutricional

IV. Pruebas y procedimientos diagnósticos comunes

Pruebas sanguíneas:

- Biometría completa
- Transaminasas hepáticas
- Fosfatasa alcalina
- Gammaglutamiltranspeptidasa (GGTP)
- Urea y creatinina
- Albúmina

Pruebas urinarias:

- Radiografía de tórax
- Tomografía computarizada (TC)
- Imágenes por resonancia magnética (IRM)
- Ecografía
- Centellograma óseo con Tecnecio-99m

Marcadores tumorales:

- ◆ Estudios específicos para un determinado tipo de neoplasia

V. Estadificación del cáncer.

Sistema de Estadificación TNM. Diferentes organizaciones proponen con frecuencia distintos sistemas de Estadificación del cáncer. Sin embargo en 1987 el **American Joint Committee on Cancer y la Unión Internationale Contre le Cancer**, desarrollaron un sistema de estadificación, uniforme para la mayoría de los cánceres.

1. Componentes.- El sistema de estadificación TNM describe la extensión de la enfermedad sobre la base de cuatro componentes.
 - a. **T.** Tamaño y extensión del tumor primario
 - b. **N.** Estado de las metástasis ganglionares
 - c. **M.** Presencia o ausencia de metástasis a distancia
 - d. **G.** Grado histopatológico del tumor
2. Normas generales
 - a. **Patología.** Se debe confirmar la histopatología
 - b. **Clasificación.** Existen cuatro posibles tipo de clasificación: 1) clínica, 2) patológica, 3) retratamiento, se aplica después de un intervalo libre de

enfermedad si se demuestra la confirmación histológica de recurrencia y se planifica un tratamiento definitivo adicional y 4) autopsia.

- c. **Asignación de estadio.** Una vez asignado el estadio del tumor, no puede ser modificado.
- d. **Asignación de categoría.** Cuando surgen dudas acerca de la TNM correcta, el tumor debe ser asignado a la categoría más baja.
- e. **Tumores múltiples.** Si hay múltiples tumores primarios, el estadio se asigna de acuerdo al tumor más avanzado y se indica la existencia de múltiples tumores.

5. Tratamiento

Las tasas de supervivencia de pacientes con cáncer difieren de un país a otro, de acuerdo al patrón de atención que se proporciona. Una óptima organización de la atención al paciente con cáncer trae múltiples beneficios; en casos específicos, como el cáncer de mama, se han observado incrementos del 5% en la tasa de supervivencia a 5 años, cuando se llevan a cabo modificaciones mínimas en la organización de los servicios. Otros puntos a considerar para el manejo del paciente con cáncer son: la participación de un equipo multidisciplinario, tratamiento de apoyo o soporte para el paciente con cáncer y definir claramente los objetivos del tratamiento, entre otros.⁵⁴

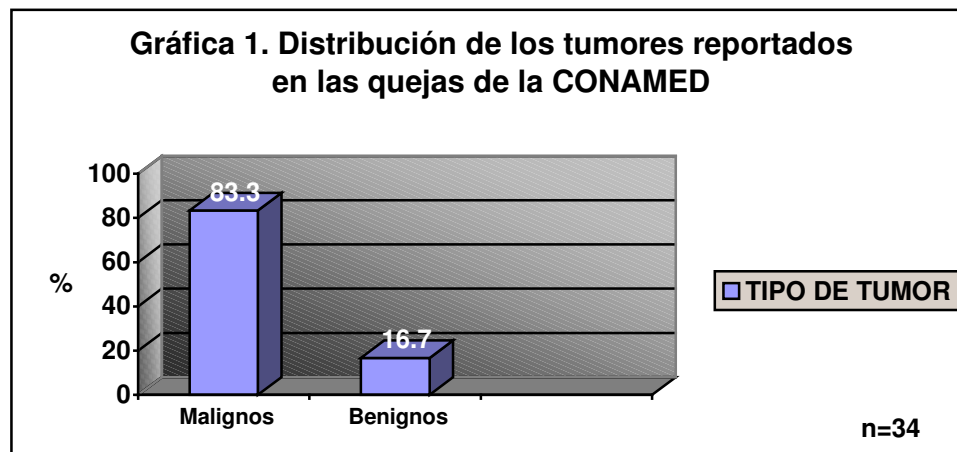
Para obtener los mejores resultados en el tratamiento de los pacientes con cáncer, en algunos países se señala la utilización de protocolos de tratamientos, nacionales e internacionales. La definición de los objetivos del tratamiento es importante para el paciente y para el médico a cargo. Debe quedar claro para el paciente y sus familiares si el tratamiento es preventivo, curativo o paliativo, para evitar falsas expectativas del paciente.⁵⁴ Las posibilidades de curación del cáncer en etapas tempranas rebasan el 60% y alcanzan hasta el 80%, en etapas avanzadas difícilmente alcanzan el 30%.

La falta de tratamiento del dolor es un problema clínico persistente. El manejo del dolor es un punto que no siempre es considerado, para su mejor control del dolor se pueden utilizar nuevas con una acción farmacológica sostenida y nuevas vías de administración.⁵⁵ El tratamiento del dolor debe ser una prioridad en el manejo del paciente con cáncer, el tratamiento del dolor debe ser guiado por el reporte subjetivo del paciente, sin embargo la utilización de escalas ayuda para hacer más objetivo el reporte.⁵⁵

II. Quejas de la especialidad de oncología en la CONAMED

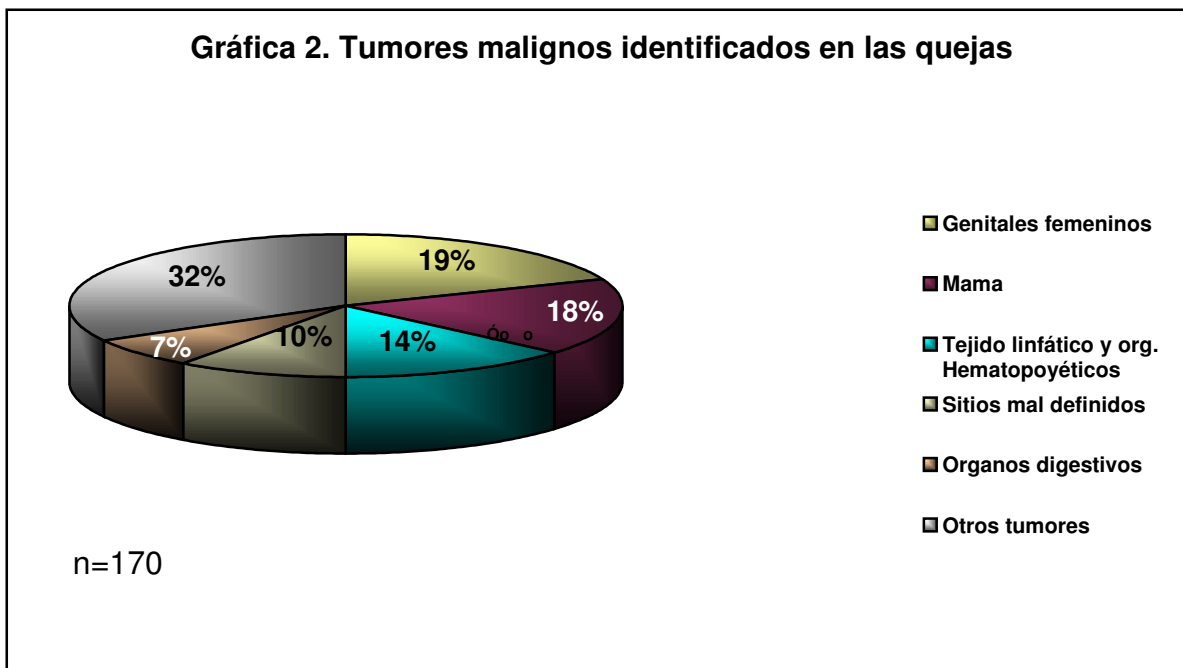
Para el presente trabajo se analizaron un total de 204 quejas registradas en la CONAMED, durante el periodo de junio de 1996 a noviembre del 2000, en las que se involucra a la especialidad de oncología. Los datos más relevantes de las quejas indicaron que 68% correspondieron al Distrito Federal, 67% de los pacientes pertenecían al sexo femenino y 23% al masculino; la edad promedio de los pacientes fue de 48 años. De acuerdo al tipo de institución involucrada en las quejas el mayor porcentaje correspondió a instituciones de seguridad social con 71.6%, en segundo lugar las privadas con 16.2% y en tercero las instituciones para población abierta con 12.2%.

Los diagnósticos involucrados en las quejas, correspondieron a tumores malignos en 83.3% (n=170) de los casos y 16.7% (n=34) a tumores benignos. (Gráfica 1)



Los tumores malignos más frecuentes fueron los de órganos genitales femeninos con 18.8% (ovario, cuerpo y cuello del útero), los tumores malignos de mama con 17.6%, tumores malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de órganos afines linfomas con 13.5%, tumores de sitios mal definidos con 10.0% y órganos digestivos con 7.1 (Gráfica 2 y Cuadro 4).

Dentro de los tumores benignos registrados en las inconformidades registradas en la CONAMED, los más frecuentes correspondieron a mama (47.1%), aparato digestivo (17.6%), sistema nervioso central (8.8%) y tumor benigno de cuello (8.8%) (Cuadro 5).

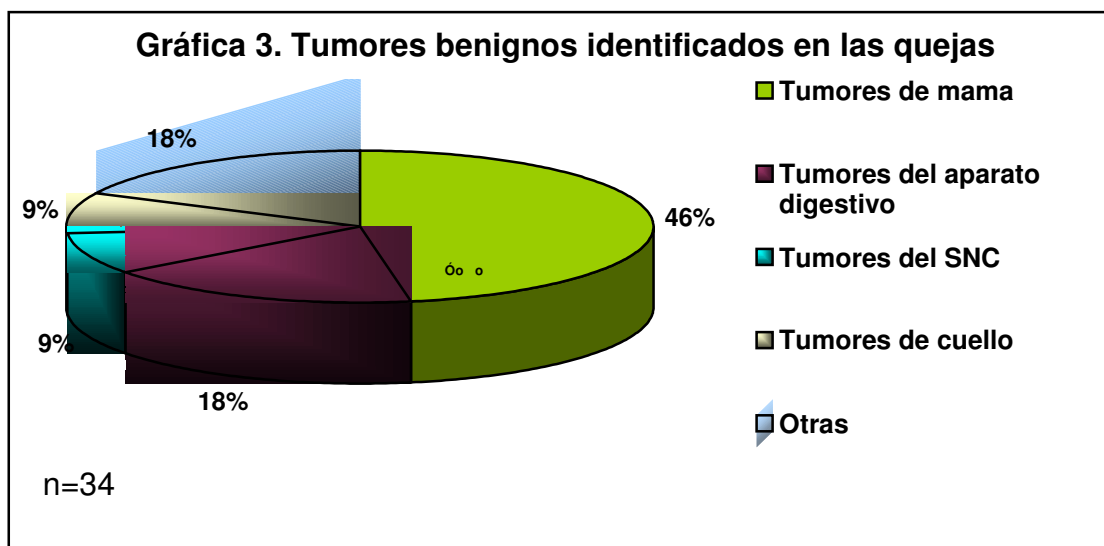


Cuadro 4. Tumores malignos registrados en la quejas de oncología en la CONAMED, de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades

TIPO DE TUMOR	CIE 10 ^a	FREC.	%
Tumores malignos de los órganos genitales femeninos	C51-C58	32	18.8
Tumor maligno de la mama	C50	30	17.6
Tumores malignos del tejido linfático de los órganos hematopoyéticos y de órganos afines	C81-C96	23	13.5
Tumores malignos de sitios mal definidos, secundarios y de sitios no especificados	C76-C80	17	10.0
Tumores malignos de los órganos digestivos	C15-C26	12	7.1
Tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos	C30-C39	10	5.9
Tumores malignos de los huesos y de los cartílagos articulares	C40-C41	8	4.7
Tumores malignos de la glándula tiroides y otras glándulas endócrinas	C73-C75	8	4.7
Tumores malignos de labio, cavidad bucal y de la faringe	C00-C14	6	3.5
Tumores malignos de los tejidos mesoteliales y de los tejidos blandos	C45-C49	6	3.5
Tumores malignos de la vías urinarias	C64-C68	6	3.5
Melanoma y otros tumores malignos de la piel	C43-C44	4	2.4
Tumores malignos de los órganos genitales masculinos	C60-C63	4	2.4
Tumores malignos del ojo, del encéfalo y de otras partes del SNC	C69-C72	4	2.4
TOTAL		170	100.0

Cuadro 5. Tumores benignos registrados en la quejas de oncología de la CONAMED de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10ª Revisión)

TIPO DE TUMOR	CIE 10ª	FREC.	%
Tumores benignos de la mama	D24	16	47.1
Tumores benignos del aparato digestivo	D13	6	17.6
Tumor benigno del SNC	D33	3	8.8
Tumor benigno en cuello	D36	3	8.8
Tumores benignos del útero	D26	2	5.9
Signos y síntomas aislados	D16	2	5.9
Tumor benigno de hueso y del cartílago articular	D35	1	2.9
Tumor benigno de las glándulas endócrinas	---	1	2.9
TOTAL		34	100.0



Se contó con información de la Valoración Médica Integral (VMI) realizada por la CONAMED en 105 casos (que llegaron hasta el proceso de conciliación), a partir del análisis de las mismas se concluyó que hubo una buena práctica médica en 53.3% de los casos y deficiencias en la atención médica en 46.7% (n=49). Las principales deficiencias identificadas se relacionaron con problemas quirúrgicos en 13.3% de los casos, destacando el diferimiento quirúrgico, las cirugías innecesarias, el manejo quirúrgico inadecuado, las complicaciones quirúrgicas e impericia para realizar la cirugía; el segundo lugar correspondió a problemas en el diagnóstico con 12.4%, identificando retrasos en el diagnóstico, diagnósticos erróneos y omisión de medios para llegar a integrar el diagnóstico. El tercer lugar fue ocupado por problemas durante el tratamiento en 10.5%

de los casos, destacando entre estos el ensañamiento terapéutico, tratamiento erróneo o incorrecto, la omisión y las complicaciones o eventos adversos ocasionados por el tratamiento. Otro tipo de problemas que se detectaron fueron problemas en los procedimientos Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (falsos positivos y falsos negativos) con 3.8%, retrasos en la atención médica (2.9%) y quejas debidas a problemas de tipo administrativo (Cuadro 6).

Cuadro 6. Resultados de la Valoración Médica Integral en quejas de la CONAMED.

Resultados	Frec.	%
Buena práctica	56	53.3
Mala práctica	49	46.7
Problemas quirúrgicos (diferimiento, cirugía innecesaria, manejo inadecuado, complicaciones, impericia)	14	13.3
Problemas de diagnóstico (retraso, diagnóstico erróneo, omisión de medios)	13	12.4
Tratamiento (ensañamiento terapéutico, tratamiento incorrecto, omisión, erróneo, complicaciones)	11	10.5
Auxiliares de diagnóstico (errores de resultados, omisión de estudios paraclínicos)	4	3.8
Retraso en la atención médica, tratamiento o referencia	4	3.8
Problemas administrativos (medicamentos fuera del cuadro básico, problemas administrativos, expediente)	3	2.9
TOTAL	105	100.0

En los casos que llegaron hasta el arbitraje (n=26), se concluyó que hubo buena práctica médica en 65.4%, deficiencias en la atención médica o mala práctica médica en 23.1%, deficiencias administrativas en 7.7% y transgresiones bioéticas en 3.8% de los casos.

III. Discusión

En la información sobre quejas médicas en pacientes oncológicos recibidas en la CONAMED, se observó que la distribución de los tumores malignos es similar a la distribución de los tumores malignos en las estadísticas de la población general. Los tumores malignos (n=170) más frecuentes correspondieron a tumores de los órganos genitales femeninos (ovarios, cuello y cuerpo del útero) en primer lugar con 18.8%, en segundo lugar los tumores malignos de la mama con 17.6% y en tercer lugar los tumores malignos del tejido linfático de los órganos hematopoyéticos en 13.5% de los casos y el

porcentaje restante correspondió a otros tumores malignos. Es importante mencionar que 36.4% de los tumores malignos correspondieron a tumores que se presentan en el sexo femenino, y destacar que en nuestro país se cuenta con Normas Oficiales Mexicanas⁵² relacionadas con estas patologías, las que se tendrán que difundir entre la comunidad médica. Así mismo se señala la urgente necesidad de orientar a las mujeres sobre la importancia que tiene el acudir regularmente al médico con el fin detectar y tratar oportunamente este tipo de tumores, así como participar en programas de screening o tamizaje que se llevan a cabo en las diferentes instituciones del Sector Salud.

Al realizar el análisis de los casos (n=105) con el fin de evaluar la presencia de conflictos por atención médica o problemas de calidad de la atención, se observó que en el 53.3% existió buena práctica de la medicina, desde el punto de vista de la Valoración Médica Integral realizada por la CONAMED y 46.7% tuvieron alguna deficiencia en la atención, manejo inadecuado o mala práctica. En estos casos las irregularidades detectadas con mayor frecuencia fueron los problemas quirúrgicos, en donde el problema más frecuentemente reportado fue el diferimiento quirúrgico injustificado (hasta por seis meses) en donde no se observó una razón que justificara el retraso de la cirugía y que por otra parte ocasionó que el paciente empeorara su condición clínica y en ocasiones el tratamiento quirúrgico ya no fue suficiente. Se presentaron cirugías innecesarias, como por ejemplo en mujeres que presentaban una tumoración mamaria (benigna), que no fue suficientemente estudiada, a quienes se les realizó una mastectomía, tratamiento que además conlleva problemas psicológicos para la paciente. Otros problemas que se presentaron en el tratamiento quirúrgico fue el manejo inadecuado, complicaciones quirúrgicas o impericia para realizar la cirugía, en virtud de que el médico involucrado en la cirugía no contaba con la preparación académica especializada para realizar la cirugía.

El segundo lugar en orden de frecuencia fue para los problemas en el diagnóstico, en donde sobresalieron los retrasos en el diagnóstico, principalmente por las fechas tan distantes que se dan a los pacientes en instituciones de seguridad social y públicas para hacer los estudios que apoyen el diagnóstico, este problema se identificó en varios casos de tumores de mama; también se detectaron diagnósticos erróneos y omisiones de medios. En el caso de los diagnósticos erróneos en general fueron debidos a la falta de estudios de gabinete y anatomopatológicos para apoyar el diagnóstico, la mayor parte los errores en el diagnóstico fueron en el sentido de diagnosticar un tumor benigno como

maligno, el caso contrario únicamente ocurrió en los tumores de mama, es decir que era un tumor benigno y fue diagnosticado como maligno.

En tercer lugar se identificaron problemas en el tratamiento (ensañamiento terapéutico, tratamiento incorrecto, omisión, erróneo o complicaciones por el tratamiento utilizado). Se identificaron casos en los que el tratamiento administrado a los pacientes no era el adecuado y no cumplía con las normas establecidas por la Ley General de Salud. Con base en estos resultados podemos señalar la urgente necesidad de establecer los protocolos de tratamiento para tumores malignos específicos, así como implementar las estrategias necesarias para evitar retrasos en el diagnóstico y en la dotación de medicamentos a los pacientes, que corresponden más al área administrativa de los servicios de salud.

De acuerdo a la información previa cabe destacar varios puntos de interés: el primero en relación a la importancia que actualmente tienen en nuestro país los tumores malignos, esto es, tomando en consideración la frecuencia con la que se presentan los tumores malignos ya que representan un problema en función de su magnitud al analizar las tasas de morbilidad y mortalidad, así como por la trascendencia del diagnóstico de cáncer para el paciente y su familia. Por otra parte, al observar los cambios ocasionados en las últimas décadas por la transición demográfica y epidemiológica, se espera que las tasas de mortalidad por tumores malignos se incrementen, al tener un mayor número de personas en los grupos de edad más avanzados. Los datos más recientes sobre mortalidad por tumores malignos en el grupo de 65 años y más, es de 611.7 x 100,000 habitantes, mientras que para el segundo grupo, en orden de frecuencia es de 39.5 x 100,000 habitantes y corresponde al grupo de 15-64 años. Con base a los datos anteriores y de acuerdo a los tumores malignos más frecuentes, que son en primer lugar los tumores de la tráquea, de los bronquios y del pulmón, las leucemias en segundo sitio y los tumores malignos de la mama en tercer lugar, se requiere reforzar los programas de tipo preventivo (por ejemplo: programas contra el tabaco) así como los programas dirigidos a la detección masiva (screening o tamizaje) para el diagnóstico oportuno de tumores malignos del cuello del útero y de mama, entre otros. Así mismo, es necesario identificar a las poblaciones expuestas a factores de riesgo que pueden ser evitables (poblaciones de alto riesgo), como las personas expuestas laboralmente a sustancias o agentes asociados con algún tipo de cáncer (polvos, humos y radiaciones, entre otros factores).

Otros factores de riesgo que son modificables en la población general son el tabaquismo, el consumo de alcohol, la obesidad (particularmente las dietas ricas en grasas y bajas en fibra), que constituyen factores de riesgo que pueden evitarse, y que adicionalmente reducen el riesgo de otras patologías como las enfermedades cardiovasculares.

Otro punto importante a considerar en el paciente oncológico es el manejo integral que se debe dar al paciente. Se requiere de un equipo multidisciplinario que incluya un Oncólogo, además de un Cirujano Oncólogo y un Radio-Oncólogo, para poder lograr un manejo óptimo, sin dejar de considerar la presencia en el equipo de un psicólogo o psiquiatra, dependiendo de las circunstancias, para que proporcione el apoyo adecuado al paciente y sus familiares. Con respecto a este último punto es muy importante considerar el manejo de la información que se va a proporcionar al paciente, desde el momento que se tiene la sospecha de un tumor maligno, debe cuidarse la forma como el médico va a comunicar al paciente y sus familiares el diagnóstico, y debe evitarse el dar un diagnóstico de esta naturaleza sino se tienen los elementos necesarios que lo sustenten (estudios de gabinete y laboratorio).

En cuanto al diagnóstico de cáncer se señalan algunos puntos que deben considerarse como son : I) Evaluación del estado funcional del paciente, II) Antecedentes médicos y examen físico, III) Evaluación del estado nutricional, IV) Pruebas y procedimientos diagnósticos comunes y V) Estadificación del cáncer.

En cuanto al tratamiento, se señala la necesidad de establecer protocolos de atención de acuerdo a los diferentes tipos de cáncer y enfatizar al paciente desde el inicio si el tratamiento es con fines curativos o únicamente paliativo. Siempre se debe tomar en cuenta el otorgar al paciente las mejores condiciones de calidad de vida.

IV. Recomendaciones

1. Conservar una estrecha relación con el paciente y mantener una actitud propositiva.

- Ponerse en lugar del paciente y no juzgar prematuramente sus reacciones.
- No discriminación (social, de etnia, de género y/o cultural).

- Ser tolerante y mostrar interés en su padecimiento.
- Mostrar una actitud optimista.
- Mantener la confianza del paciente y sus familiares.

2. Comunicar permanentemente al paciente y sus familiares.

- Dialogar con el paciente sobre su enfermedad y hacerlo partícipe del manejo integral.
- Hablar siempre con un lenguaje entendible.
- No informar solo lo negativo.
- El diagnóstico debe ser discutido primero con el paciente, **cuando el caso lo permita.**
- Evitar falsas expectativas sobre el pronóstico de su enfermedad.
- Explicar el beneficio de un tratamiento convencional.
- Informar sobre efectos secundarios al tratamiento y sobre el pronóstico.
- Informar sobre los riesgos potenciales de cáncer en los familiares del paciente.
- No dar noticias fatalistas.

3. Establecer un diagnóstico y tratamiento oportuno.

- No demorar injustificadamente la atención.
- Utilizar protocolos diagnósticos y terapéuticos probados, tomando en cuenta las condiciones clínicas de cada paciente.
- Fomentar la atención especializada y multidisciplinaria.

4. Integrar un expediente clínico completo en el paciente con cáncer.

- El expediente clínico es un documento legal.
- Documentar en el expediente clínico todas las acciones médicas realizadas por el personal de salud.
- Todas las acciones médicas deben estar firmadas por el médico responsable.

5. Elegir el momento y sitio adecuado para dar a conocer un diagnóstico de cáncer.

- Elegir el sitio adecuado con privacidad, para discutir el diagnóstico, con el paciente y/o sus familiares.
- No mentirle al paciente y ser muy claro.
- No se debe dar un diagnóstico como posible o sospecha de cáncer, hasta tener la confirmación histopatológica de malignidad.
- Evitar consultas por teléfono, radio, carta e internet

6. Asegurar el entendimiento y aceptación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos propuestos a través de un consentimiento informado específico.

- Solicitar el consentimiento del paciente para recibir el tratamiento acordado.
- Obtener la firma del consentimiento informado para procedimientos diagnósticos con riesgo.
- Asegurar que el consentimiento informado contenga la información que explique el procedimiento al que se va a someter al paciente.

7. Ejercer una práctica clínica con bases éticas y científicas.

- Solo actuar cuando se tiene la capacidad reconocida y se cuenta con la especialidad y la certificación correspondiente.
- Evitar prácticas inspiradas en la charlatanería.
- No simular tratamientos
- En caso de que el paciente solicite una segunda opinión, asegurarse que será tratado por un médico certificado.
- Mantener una actualización médica permanente.

8. Asegurar al paciente una atención integral, continua, resolutive y rehabilitatoria.

- Conocer la capacidad instalada de la unidad de salud donde se pretende dar la atención médica.

- Informar al paciente y su familia sobre la capacidad instalada de la unidad de salud.
- Referir a otro centro de especialidad cuando no se le garantice seguridad al paciente en las instalaciones.
- Preferir cuando sea posible centros oncológicos calificados y/o certificados.

9. Atención especial al paciente en fase terminal.

- Atención especial del manejo del paciente en fase terminal.
- Procurar la mejor calidad de vida posible.
- Control del dolor.
- Tratamiento psicológico especializado.
- Apoyar la atención domiciliaria en la medida de lo posible.

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA PRACTICA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON CANCER

HECHOS RELEVANTES	RECOMENDACIONES	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS	PREVIENE
<ul style="list-style-type: none"> ▪ En el 46.7% de los casos hubo deficiencia en la atención, manejo inadecuado o mala práctica. 	<p>1. CONSERVAR UNA ESTRECHA RELACIÓN CON EL PACIENTE Y MANTENER UNA ACTITUD PROPOSITIVA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ponerse en lugar del paciente y no juzgar prematuramente sus reacciones. ▪ No discriminación (social, de etnia, de género y/o cultura) ▪ Ser tolerante y mostrar interés en su padecimiento. ▪ Mostrar una actitud optimista. ▪ Mantener la confianza del paciente y sus familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desinformación en el paciente y sus familiares. ▪ Desconocimiento del tipo de tratamiento. ▪ Permite el tener una mayor confianza con el equipo médico.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dar diagnóstico sin tener la certeza del mismo. ▪ La queja más frecuente de los pacientes es que se les proporciona poca información de su padecimiento. ▪ Falta de elementos para que los pacientes puedan toma de decisiones. 	<p>2. COMUNICAR PERMANENTEMENTE AL PACIENTE Y SUS FAMILIARES.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dialogar con el paciente sobre su enfermedad y hacerlo participe del manejo integral. ▪ Hablar siempre con un lenguaje entendible. ▪ No informar solo lo negativo. ▪ El diagnóstico debe ser discutido primero con el paciente, <u>cuando el caso lo permita.</u> ▪ Evitar falsas expectativas sobre el pronóstico de su enfermedad. ▪ Explicar el beneficio de un tratamiento convencional. ▪ Informar sobre efectos secundarios al tratamiento y sobre el pronóstico. ▪ Informar sobre los riesgos potenciales de cáncer en los familiares del paciente. ▪ No dar noticias fatalistas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desconocimiento del tipo de tratamiento. ▪ Desconocimiento de efectos secundarios al tratamiento. ▪ Falsas expectativas de sobrevida.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Retraso en el diagnóstico ▪ Diagnósticos erróneos. ▪ Omisiones de medios. ▪ Diferimiento quirúrgico injustificado. ▪ Empeoramiento de la condición clínica del paciente. 	<p>3. ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No demorar injustificadamente la atención. ▪ Utilizar protocolos diagnósticos y terapéuticos probados, tomando en cuenta las condiciones clínicas de cada paciente. ▪ Fomentar la atención especializada y multidisciplinaria. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Retraso en el diagnóstico. ▪ Retraso en el inicio del tratamiento adecuado. ▪ Aumento en la extensión del tumor y aparición de metástasis. ▪ Evita el uso de tratamientos injustificados. ▪ Evita al paciente estrés adicional.

(continúa)

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA PRACTICA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON CANCER

HECHOS RELEVANTES	RECOMENDACIONES	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS	PREVIENE
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La falta de estudios de gabinete y anatomopatológicos, así como las notas médicas provocan error diagnóstico. 	<p>4. INTEGRAR UN EXPEDIENTE CLÍNICO COMPLETO EN EL PACIENTE CON CÁNCER.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El expediente clínico es un documento legal. ▪ Documentar en el expediente clínico todas las acciones médicas realizadas por el personal de salud. ▪ Todas las acciones médicas deben estar firmadas por el médico responsable. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se evita el manejo inadecuado por falta de información que debería estar consignada en el expediente. ▪ Previene problemas en el control y seguimiento de los pacientes por grupos interdisciplinarios.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El lugar y las palabras adecuadas permiten que el paciente exprese sus sentimientos. 	<p>5. ELEGIR EL MOMENTO Y SITIO ADECUADO PARA DAR A CONOCER UN DIAGNÓSTICO DE CÁNCER.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elegir el sitio adecuado con privacidad, para discutir el diagnóstico, con el paciente y/o sus familiares. ▪ No mentirle al paciente y ser muy claro. ▪ No se debe dar un diagnóstico como posible o sospecha de cáncer, hasta tener la confirmación histopatológica de malignidad. ▪ Evitar consultas por teléfono, radio, carta e Internet. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para evitar estrés e incertidumbre en el paciente.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Retraso en la atención médica. ▪ Diagnósticos erróneos. ▪ Información deficiente por parte del médico. 	<p>6. ASEGURAR EL ENTENDIMIENTO Y ACEPTACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS PROPUESTOS A TRAVÉS DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECÍFICO.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Solicitar el consentimiento del paciente para recibir el tratamiento acordado. ▪ Obtener la firma del consentimiento informado para procedimientos diagnósticos con riesgos. ▪ Asegurar que el consentimiento informado contenga la información que explique el procedimiento al que se va a someter al paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de información al paciente sobre los estudios a realizar. ▪ Falta de información al paciente sobre procedimientos terapéuticos a realizar.

(continúa)

HECHOS RELEVANTES	RECOMENDACIONES	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS	PREVIENE
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Complicaciones quirúrgicas . ▪ Impericia en la realización de la cirugía. 	<p>7.EJERCER UNA PRÁCTICA CLÍNICA CON BASES ÉTICAS Y CIENTÍFICAS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Solo actuar cuando se tiene la capacidad reconocida y se cuenta con la especialidad y la certificación correspondiente. ▪ Evitar prácticas inspiradas en la charlatanería. ▪ No simular tratamientos. ▪ En caso de que el paciente solicite una segunda opinión, asegurarse que será tratado por un médico certificado. ▪ Mantener una actualización médica permanente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evita el ensañamiento terapéutico. ▪ Evita tratamientos incorrectos o inadecuados. ▪ Disminuye problemas por impericia del equipo médico. ▪ Reduce el número de diagnósticos erróneos. ▪ Previene cirugías y tratamientos innecesarios. ▪ Previene la omisión de resultados en estudios paraclínicos.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Protocolos de tratamiento deficientes. ▪ Dotación de medicamentos insuficiente. 	<p>8. ASEGURA AL PACIENTE UNA ATENCIÓN INTEGRAL, CONTINUA, RESOLUTIVA Y REHABILITATORIA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer la capacidad instalada de la unidad de salud donde se pretende dar la atención médica. ▪ Informar al paciente y su familia sobre la capacidad instalada de la unidad de salud. ▪ Referir a otro centro de especialidad cuando no se le garantice seguridad al paciente en las instalaciones. ▪ Preferir cuando sea posible centros oncológico calificados y/o certificados. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favorece mejores resultados en forma integral. ▪ Previene falsas expectativas en el paciente y sus familiares.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de equipo multidisciplinario en la atención del paciente (oncólogo, cirujano oncológico, radiooncólogo, psicólogo o psiquiatra). 	<p>9. ATENCIÓN ESPECIAL AL PACIENTE EN FASE TERMINAL.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atención especial del manejo del paciente en fase terminal. ▪ Procurar la mejor calidad de vida posible. ▪ Control del dolor. ▪ Tratamiento psicológico especializado. ▪ Apoyar la atención domiciliaria en la medida de lo posible. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Previene la percepción del paciente y sus familiares de un trato médico inadecuado e incompleto, dando mayor confianza.

V. BIBLIOGRAFIA

1. Soberón G. Evolución y Revolución en Salud (Ensayo). Ponencia presentada en el Simposio internacional Evolución y Revolución en Salud", México, D.F. 9 de julio 1990. Revista de Salud Pública de México. 1992;34(1).
2. Soberón G, Kumate J. La Salud en México: Testimonios 1988. Especialidades Médicas en México. Biblioteca de la Salud, Volumen 2, Tomo 4, pág. 25-47.
3. Murphy G, Lawrence W Jr., Lenhard RE. Causas del Cáncer en: Oncología Clínica. Manual de la American Cancer Society. Segunda edición, Organización Panamericana de la Salud. pág. 11-44.
4. Instituto Nacional de Salud Pública. La mortalidad en México. Registro Estructura y tendencias. Serie: Información en Salud. Cuadernos de Salud Núm.1., México 1994.
5. Secretaría de Salud. Dirección General de Estadística e Informática. Mortalidad 1999. Noviembre 2000.
6. Last JM. A Dictionary of Epidemiology. Second Edition. A Handbook Sponsored by the International Epidemiology Association. Oxford University Press, 1988.
7. International Agency for Research on Cancer: IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Lyon France: 1987; Suppl 7.
8. Doll R, Peto R, Wheatley K et al. Mortality in relation to smoking: 40 years observations on male British doctors. BMJ. 1994;309:901-911.
9. Código Europeo contra el Cáncer. Revisado con arreglo a la reunión de expertos oncólogos de la CE, celebrada en Bonn los días 28 y 29 de noviembre de 1994. Se incluyen las observaciones y comentarios de los miembros del comité que preparó el "Código Europeo contra el cáncer"
10. Doll R. Uncovering the effects of smoking: historical perspective. Stat Methods Med Res. 1998;7:87-117.
11. Doll R. Risk from tobacco and potentials for health gain. Int J Tuberc Lung Dis. 1999;3:85-86.
12. Stolzenberg-Solomon R, Pietinem P, Barret M, Taylor P, Virtano J, Albanes D. Dietary and other methyl-group availability factors and pancreatic cancer risk in a cohort of male smokers. Am J Epidemiol. 2001;153:680-687.
13. Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos de América. TABAQUISMO Y SALUD EN LAS AMERICAS. Atlanta Georgia: Departamento de Salud y Servicios Sociales (DHHS) de los Estados Unidos de América, Servicio de Salud Pública, Centros para el Control de Enfermedades, Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y de Promoción a la Salud, Oficina de Tabaquismo y Salud; 1992; DHHS, publicación No. (CDC) 92-8420.

14. La Vecchia C, Boyle P, Franceschi S, et al. Smoking and Cancer with emphasis on Europe. *Eur J Cancer*. 1991;27:94-104.
15. Peto, R, Darby S, Harz D, et al. Smoking, smoking cessation and lung cancer in the UK since 1950, combination of national statistics with two cases control studies. 2000. *BMJ*;321:323-329.
16. Peto R, López AL, Boreman J, Thun M, Health Jr C. Mortality from tobacco in developed countries. Indirect estimation from National Vital Statistics. *Lancet*. 1992;339:1268-1278.
17. Cromwell J, Bartosch WJ, Fiore MC, et al. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. *JAMA*. 1997;278:1759-1766.
18. Fiscella K, Franks P. Cost effectiveness of the transdermal Nicotine Patch as an adjuvant to physicians smoking cessation counselling. *JAMA*. 1996;275:1247-1251.
19. Malcolm, L, Jin Ling T. An analysis of the effectiveness of the intervention intended to help people stop smoking. *Arch Intern Med*. 1995; 155:1933-1941.
20. Fiore M, Stevens S, Douglas J, Baker T. The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation. A Metanalysis. *JAMA* 1994. 271:1940-1947.
21. Warner KE. Cost effectiveness of smoking-cessation therapies. Interpretation of the evidence and implications for coverage. *Pharmacoeconomics*. 1997;11:538-549.
22. U.S. Environmental Protection Agency, Respiratory Health Effects of passive smoking: Lung Cancer and Other Disorders. Office of Health and Environmental Assessment, Office of Research and Development, U.S.. Environmental Protection Agency. EPA/600/6-90/006F, December 1992.
23. Doll R, Peto R, Hall E, Wheatkey K, Gray R. Mortality in relation to consumption of alcohol: 13 years observations on male British doctors. *Br Med J*. 1994;309:911-918.
24. International Agency for Research on Cancer (IARC). Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to Humans. Volume 44. Alcohol Drinking. International Agency for Research on Cancer, Lyon (1998).
25. McPearson K, Steel CM, Dixon JM. Breast cancer-epidemiology, risk factors and genetics. *BMJ*.2000;321:624-628.
26. Albanes D, Jones Y, Micozzi MS, Mattson ME. Association between smoking and body weight in the US population: Analysis of NHNES II: *Am J Public Health*. 1987; 77:439-44.
27. Moller H, Mellempgaard A, Lindving K, Olsen JH. Obesity and cancer risk: a Danish Record linkage study. *Eur J Cancer*.1994;30:344-350.
28. Shilun L, Mobarhan S. Association between body mass index and adenocarcinoma of the esophagus and gastric cardia. *Nutrition Reviews*. 2000.58:54-56.

29. Boyd NF, Martin LJ, Noffel M, Lockwood GA, Trichler DL. A meta-analysis of studies of dietary fat and breast cancer risk. *Br J Cancer*. 1993;68:627-636.
30. Boyle Peter. *Epidemiology Clinical Review: ABC of colorectal cancer*. *BMJ*.2000;321:805-808.
31. Giovannucci E, Rimm EB, Colditz GA, et al. A prospective study of dietary fat and risk of prostate cancer. *J Natl Cancer Inst*.1993;85:1571-1579.
32. La Vecchia C. Epidemiology of ovarian cancer: a summary review. *Eur J Cancer Prev*. 2001;10:125-129.
33. La Vecchia C: Cancer associated with high-fat diets. *Monogr Natl Cancer Inst*. 1992;12:78-95.
34. La Vecchia. Diet and human cancer: a review. *Eur J Cancer Prev*.2001;10:177-181.
35. Winther JF, Ulbak K, dreyer L, Pukkala E, Osterlin A. Radiation. (Avoidable cancer in the Nordic Countries). *APMIS Supplementum*. 1997; No 76;83-99.
36. Armstrong B. Epidemiology of malignant melanoma: intermittent or total accumulated exposure to the sun?. *J Dermatol Surg Oncol*. 1988;14: 835-849.
37. Harrison S, MacLennan R, Speare R, Wronski I. Sun exposure and melanocytic nevi in young Australian children.*The Lancet*. 1994;344:1529-1532.
38. Khlal M, Vail A, Parkin M and Green A, *Mortality from melanoma in migrants to Australia: variation by age at arrival and duration of stay*. *Am J Epidemiol* 135: 1103-1113 (1992).
39. Osterlind A, Tucker MA, Stone BJ and Jensen OM, *The Danish case control study of cutaneous melanoma. II Importance of UV- light exposure*, *Int J Cancer* 42: 319- 324 (1988).
40. Roberts DL, *Malignant melanoma in West Glamorgan: increasing incidence and improving prognosis 1986-1988*, *Clin Exp Dermatol* 15: 406-409. (1990).
41. Vagero S, Swerdlow A and Beral V, *Occupation and melanoma: cancer registrations in England and Wales and in Sweden*, *Br J Indust Med* 47: 317-324. (1990).
42. Peto R. Cancer, genes and the environment. *N Engl J Med*.2000;343:1494-1496.
43. Clapp R *Environment and Health: 4. Cancer*. *Can Med Assoc J*. 2000;163:1009-1012.
44. Simonato L, Vineis P, Fletcher AC, Estimates of the proportion of lung cancer attributable to occupational exposure. *Carcinogenesis*, 1988; 2: 1159-1165.
45. Higginson J, Muir C, Muñoz N. *Human Cancer: Epidemiology and environmental causes*. Cambridge University Press. Great Britain 1992, pp 74-96.

46. Okamura H, Uchitomi Y, Sasako M, Eguchi K, Kikizoe T. Guidelines for telling the true to cancer patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 1998;1-4
47. Meredith P, Symonds P, Webster L, et al. Information needs of cancer patients in west Scotland: cross sectional survey of patients views. *BMJ*. 1996;313:724-726.
48. Sell L, Devlin B, Bourke SJ, et al. Communicating the diagnosis of lung cancer. *Respir Med*. 1993;87:61-63.
49. Reynolds PM, Sanson-Fisher RW, Poole AD, et al. Cancer and communication: Information given in an oncology clinic. *BMJ*. 1981;282:1449-1451.
50. Ortíz Vazquez G, Duarte-Torres R, Cortes-Ortega RH y cols. Control de Calidad interno en citología cervico-vaginal mediante revisión rápida. Evaluación de la capacidad del personal de laboratorio para utilizar el procedimiento. *Revista médica del Hospital General de México*. 2001;64:6-10.
51. US Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services. 2nd Edition, Baltimore: William and Wilkins, 1996.
52. Secretaría de Salud. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-041-SSA2-2000, (Prevención, Control y Vigilancia epidemiológica del cáncer de mama). *Diario Oficial*, lunes 23 de abril de 2001.
53. Cámeron R. Introducción al paciente con cáncer en:. *Oncología Práctica*. Manuales Clínicos, Editorial Panamericana, Buenos Aires, Argentina, 1995, pp 1-4.
54. Tattersall M, Thomas H. Recent advances in Oncology. *Clinical Reviews*. *BMJ*. 1999;318;445-448.
55. Cleeland C. Undertreatment of cancer pain in the elderly patients, *JAMA*. 1998;279:1914-1915.