

MARCO ACTUAL Y FUTURO DE LA ONCOLOGÍA MÉDICA EN ESPAÑA

Gumersindo Pérez Manga¹, José Andrés Moreno Nogueira²

¹Servicio de Oncología Médica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

²Servicio de Oncología Médica. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Se nos ha pedido que hagamos una pequeña reflexión sobre la situación actual de la Oncología Médica y de su futuro. Para ello, es necesario hacer un recuerdo histórico de la evolución de nuestra especialidad.

A principios de los años 70, lo que hoy es la Oncología Médica estaba representada por pequeños grupos que habían surgido mayoritariamente en hospitales monográficos del tratamiento del cáncer o en algunos hospitales alrededor de servicios de radioterapia. Muchas regiones de España no tenían ningún hospital en los que se hiciera oncología y los pacientes eran tratados a cientos de kilómetros de su domicilio habitual. Por ello y por falta de profesionales, muchos pacientes con cáncer no eran tratados por oncólogos.

Nuestra labor consistía en administrar la quimioterapia que por su toxicidad no manejaban los servicios de medicina interna y tampoco los de radioterapia.

El panorama era bastante desolador. Los fármacos que disponíamos eran escasos y poco eficaces, casi siempre se administraban en monoterapia y en pacientes con enfermedad metastásica. Si los citostáticos eran manifiestamente mejorables, el tratamiento de soporte era mucho peor y no disponíamos de antibióticos, antieméticos ni analgésicos adecuados.

A pesar de ello, se obtenían respuestas fundamentalmente en las leucemias y linfomas y también en algunos tumores sólidos como los carcinomas de mama. Con un número pequeño de curaciones en las leucemias y linfomas e incrementos modestos de supervivencia en tumores sólidos. La pobreza de los resultados, hacía que no hubiera una demanda social de oncólogos y que por ello, la implantación de la oncología a nivel Nacional fuera muy escasa.



A partir de los años 70 se producen cuatro hechos fundamentales que han cambiado dramáticamente la situación de la oncología médica:

- La creación de la especialidad de Oncología Médica
- Diagnóstico más temprano
- Nuevos fármacos
- Utilización más precoz del tratamiento

La creación de la Especialidad en el año 1979 y la definición como subespecialidad de la Medicina interna que se ocupa del diagnóstico de las neoplasias, de los modos de progresión y extensión de la enfermedad, de la coordinación de las terapéuticas radicales y paliativas y de la asistencia integral del diagnóstico hasta la epicrisis. También colabora en programas de prevención y detección o diagnóstico precoz del cáncer. Además, participa en programas de investigación cancerológica.

Desde el primer momento, la oncología médica se define con una vocación por el tratamiento continuo del paciente con cáncer desde su diagnóstico hasta la epicrisis. Se define como primordialmente asistencial aunque no olvida la investigación fundamentalmente clínica.

La especialidad, supuso un instrumento legal que permitió la implantación de la oncología médica en la mayor parte de los grandes hospitales de aquella época hasta llegar a generalizarse como ocurre actualmente.

Además permitió que otras especialidades que habían tratado pacientes con quimioterapia como internistas, cirujanos, ginecólogos, neumólogos etc dejaran paulatinamente de hacerlo y que el tratamiento médico de los pacientes con cáncer fuera hecho, prácticamente de forma exclusiva, por los oncólogos médicos.

La aprobación de la oncología médica como especialidad hizo que fuera necesario la creación de un modelo organizativo dentro de cada hospital como unidades, secciones o servicios que permitió una independencia que antes no había existido.

La formación de nuevos especialistas a través del sistema MIR, permitió crear especialistas con una formación homogénea y sólida que consolidaron y ampliaron la implantación de nuestra especialidad en los hospitales.



Es evidente que en los últimos 30 años ha habido una mejora en el diagnóstico que hace que algunos tumores sólidos se diagnostiquen en estadios iniciales con afectación local o locorre-gional. Eso, es particularmente evidente en los carcinomas de mama en los que la mayoría se diagnostican cuando aún no hay ganglios afectos.

En otros tumores, hay una tendencia al diagnóstico más temprano aunque no se han alcanza-do las cotas del carcinoma mamario.

El diagnóstico en etapas iniciales ha contribuido a aumentar el número de pacientes curadas y que a pesar del aumento de incidencia este disminuyendo la mortalidad como ocurre en el car-cinoma de mama y colon.

La disponibilidad de nuevos fármacos ha sido crítica en la mejoría de los resultados del trata-miento antitumoral.

La Adriamicina fue el primero de los citostáticos que supuso un cambio real en el tratamiento médico del cáncer. Con ella, mejoraron claramente las posibilidades de curación de leucemias y linfomas y dispusimos de tratamientos más eficaces en sarcomas óseos y de partes blandas y de algunos carcinomas epiteliales como el cáncer de mama.

El Cisplatino, supuso un avance notable que cambió radicalmente el pronóstico de los tumores germinales. Además, mejoró las posibilidades de curación de tumores de ovario, de cabeza y cuello y vejiga y contribuyó modestamente a mejorar la supervivencia de carcinomas de pul-món, esófago y estomago.

Los Taxanos, son citostáticos que aún no han alcanzado toda su potencialidad en el tratamien-to del cáncer. Han mostrado una gran eficacia en carcinomas de mama. El Docetaxel es supe-rior a la Adriamicina en el tratamiento del carcinoma de mama.

Además, han sido utilizados con éxito en carcinomas de ovario y cabeza y cuello, pulmón, esó-fago, linfomas etc.

En general, el desarrollo farmacológico ha conseguido aumentar la supervivencia de la mayor parte de los tumores en la etapa metastática y ello es particularmente cierto en los carcinomas de mama en la que en los últimos 30 años ha aumentado en cinco veces. Los carcinomas de aparato digestivo, fundamentalmente de colon y recto, cuya incidencia ha crecido de manera



exponencial, disponen actualmente de tratamientos muy eficaces que han modificado notablemente la historia natural y con los que se consiguen supervivencias en la enfermedad metastásica impensables hace solo 5 años.

Sin embargo, el avance más importante de estos últimos años, ha sido el empleo más precoz de los tratamientos citostáticos y hormonales.

El uso de quimioterapia inicialmente, en lo que conocemos como tratamiento primario o neoadyuvante, ha facilitado la conservación de órganos sin pérdida de la capacidad de curación. En muchos casos de carcinoma de mama se puede hacer un tratamiento conservador cuando la quimioterapia o la hormonoterapia se administran como primera actitud terapéutica.

Carcinomas de laringe que han respondido al tratamiento neoadyuvante pueden ser curados sin necesidad de extirparla. El tratamiento de quimioterapia seguido de radioterapia en estos casos es tan eficaz como la cirugía.

Si bien es cierto que los tratamientos primarios no consiguen aumentar las tasas de curación, mejoran claramente la calidad de vida.

Mejorías en la supervivencia se obtienen con los tratamientos adyuvantes. Su empleo ha hecho posible que aumenten las curaciones en tres tumores con una enorme incidencia como son los carcinomas de mama, colon y pulmón. Otros tumores con menor incidencia como los carcinomas de estomago, ovario, cabeza y cuello, melanomas etc., están siendo tratados también de manera adyuvante con algunos resultados.

La mejora en curaciones del 12% con la quimioterapia de primera generación en los carcinomas de mama de las mujeres premenopausicas, se ha visto incrementada con los regimenes actuales hasta el punto de haber doblado casi las expectativas de curación de las pacientes con ganglios positivos. Resultados parecidos, si bien de menor intensidad, se han visto en el empleo de los inhibidores de las aromatasas en las pacientes postmenopausicas.

En los carcinomas de colon, la trayectoria es similar a la del carcinoma de mama. Los primeros tratamientos lograron aumentar las posibilidades de supervivencia libre de enfermedad en un 5% y nuevos esquemas consiguen resultados mejores que doblan la ganancia de pacientes libres de enfermedad y potencialmente curados.



El último gran tumor en el que se ha demostrado que la utilización precoz de la quimioterapia aumenta la supervivencia es el carcinoma de pulmón no microcítico con el que se consiguen mejoras de hasta un 10% en la supervivencia.

A lo largo de estos años, la preocupación por la calidad de vida de nuestros pacientes ha sido una constante en el día a día de la Oncología Médica tanto a lo largo del tratamiento activo como en las etapas terminales de la enfermedad.

Paralelamente a la disponibilidad de nuevos fármacos antitumorales y a su empleo más precoz, la adquisición de fármacos antieméticos más eficaces, de mejores antibióticos y de factores de crecimiento de colonias han facilitado el empleo más seguro y con menor toxicidad de la quimioterapia con un menor riesgo para los pacientes y con una mejor calidad de vida.

Un recuerdo especial merecen los esfuerzos en combatir el dolor en los pacientes con cáncer. La preocupación por controlarlo ha sido constante por parte de los oncólogos médicos. Aquí también, la industria farmacéutica ha desarrollado nuevos fármacos muy eficaces para el control del dolor, de tal manera que hoy es factible eliminarlo en un número considerable de pacientes y patologías neoplásicas en todos los estadios del tratamiento y fundamentalmente del estadio terminal. En él, además del dolor son muy frecuentes otros síntomas para los que también se han desarrollado estrategias de prevención y de tratamiento.

En nuestra preocupación por la calidad de vida de los pacientes se ha ido desarrollando un concepto de cuidados continuos que cubre todas las etapas de la enfermedad y que ya estaba presente en la definición de la especialidad.

SITUACIÓN ACTUAL

Después de estos 30 años, la situación de la oncología médica es envidiable en muchos aspectos. En todas las comunidades autónomas hay servicios de oncología médica y unidades o servicios se encuentran en la mayoría de los hospitales del país.

Salvo casos muy aislados, no hay otras especialidades que estén tratando con quimioterapia los tumores y los pocos que quedan están abocados a desaparecer.

La oncología goza del respeto del resto de las especialidades y verdaderamente coordina el tratamiento radical y paliativo de los carcinomas. En la mayoría de los hospitales, están im-



plantados los comités de tumores en los que los oncólogos médicos son piezas fundamentales.

Existe una demanda social de cuidados oncológicos muy marcada. La sociedad, mucho más informada, no acepta que un paciente con cáncer no sea tratado por un especialista en Oncología Médica y, conocedora de los adelantos, exige tratamientos hasta casi el encarnizamiento terapéutico y cuando no es posible un tratamiento activo específico, demanda cuidados paliativos especializados.

El prestigio internacional de la Oncología Médica Española, ha hecho que nuestra participación en Ensayos clínicos internacionales sea cada vez más frecuente y con mayor número de pacientes.

Todos estos datos, que son muy positivos, se ven ensombrecidos por un problema que se viene detectando desde hace unos 2 años y que cada vez es mayor y que es la falta angustiosa de especialistas que impide el desarrollo de nuevas unidades y el desenvolvimiento normal de las ya existentes cuando llegan las épocas vacacionales o cuando hay bajas por enfermedad o maternidad.

Las llamadas angustiosas de compañeros, ofertando plazas a los residentes que terminan el 4º año de residencia no hacen sino atestiguar la escasez de oncólogos médicos.

Ya en el primer Libro Blanco de la Oncología se afirmaba que los dos principales problemas eran la falta de médicos y la dotación de camas pesar de que según se reconocía el porcentaje de pacientes atendidos por nosotros no superaba el 25% del posible.

Ahora mismo, las camas no son el problema ya que la asistencia se ha hecho mayoritariamente ambulatoria y el manejo del cáncer, salvo etapas muy definidas, se hace en los hospitales de día donde la dotación es en general escasa y cuyo crecimiento, hace que las previsiones más generosas se queden obsoletas dos años más tarde.

Volviendo al número de especialistas, se sigue reconociendo la falta de ellos en el 2º y 3º libro Blanco de la Oncología a pesar de que han aumentado más de dos veces del primero al tercero.

Nuestro problema, a mi modo de ver, es que el cálculo de necesidades de especialistas se hizo sobre número de pacientes que iban a requerir nuestros cuidados y no sobre el tipo y cantidad de cuidados por paciente que serían necesarios.



Inicialmente, se estableció que entre el 60 y 65% de los enfermos con cáncer necesitarían a lo largo de su evolución tratamiento oncológico médico y con los estándares de la época se consideró que el número ideal de oncólogos médicos por cada millón de habitantes debería ser de 12 a 14.

La realidad, es que entonces no contábamos con una serie de circunstancias que existen ahora y que hacen que el trabajo se multiplique por dos o tres.

De hecho, desde la publicación del Primer Libro Blanco el número de pacientes oncológicos atendidos por los oncólogos médicos ha aumentado considerablemente. Este aumento no es debido a que la incidencia se haya incrementado sino a que los propios avances de la Oncología Médica han hecho que cada vez más tipos de tumores sean tratados de manera adyuvante, a que cada vez haya más esperanza de respuesta al tratamiento para tumores tradicionalmente resistentes y a que a cada paciente se le ofertan más líneas terapéuticas y todo ello, se traduce en un número de consultas cada vez mayor.

En la mayor parte de los servicios, si aumentar el número de nuevos casos, se ha experimentado un incremento de consultas en los hospitales de días que se acerca al 20% anual.

El aumento real de las curaciones o de los intervalos hasta la aparición de la recidiva, hace que aumenten las revisiones en las consultas externas de manera constante aunque el incremento es menor que para las consultas de Hospital de día.

En los dos Libros Blancos anteriores, se habla de la investigación clínica en oncología médica y en el Tercero, se comprueba como el 73 % de los oncólogos que contestaron a la encuesta hacen algún tipo de investigación. La mayoría investigación clínica y un porcentaje no despreciable hacen básica (19%). La participación en ensayos clínicos y los pacientes incluidos en ellos (22%) es elevada y supone un consumo de tiempo no despreciable que hay que sumar al de la asistencia no investigacional.

En los últimos años, hemos asistido a un fenómeno nuevo que es el de la incorporación de Oncólogos Médicos a la industria farmacéutica que disminuyen el número de los dedicados a la atención a los pacientes.

Si bien, se confirma una escasez del número de oncólogos generalizada aunque más llamativa en las unidades grandes y medianas, donde también existe un déficit de otros profesionales sanitarios, en especial de enfermeras cualificadas.



En cualquier caso, la falta de profesionales no es homogénea y depende de la organización sanitaria, de la estructura del hospital y del propio servicio. Los tiempos dedicados a la investigación, docencia, comisiones hospitalarias, comités de tumores, complejidad de los casos tratados, guardias etc hacen que las necesidades de personal varíen de un servicio de oncología a otro con los mismos números de camas y de enfermos nuevos por año.

Como resumen, podríamos decir que en estos últimos años, se ha universalizado la asistencia oncológica en España. Existen centros en todas las comunidades autónomas.

La calidad asistencial puede considerarse como excelente y comparable con la de los países más avanzados. Como especialidad, gozamos de un merecido prestigio entre el resto de las especialidades y poco a poco se han ido acabando los focos de intrusismo.

Sin embargo, estos resultados se han conseguido con un sobreesfuerzo de los oncólogos médicos que no puede continuar en el futuro.

FUTURO DE LA ONCOLOGÍA MÉDICA

Los avances de los últimos cinco años, nos permiten ver algo de lo que será el futuro de nuestra especialidad.

En estos años hemos asistido a un impresionante desarrollo de la biología molecular del cáncer que nos ha hecho cambiar nuestra manera de concebir la enfermedad, la manera de tratarla y la manera de medir nuestros resultados.

Hemos aprendido que el enfoque inicial del tratamiento de quimioterapia basado en impedir la síntesis de DNA no es el único medio para evitar la reproducción celular y que esta es un proceso mucho más complejo de lo que inicialmente creíamos donde la duplicación del DNA es una consecuencia y no la causa.

En efecto la iniciación y la salida de la célula del ciclo celular es la consecuencia de determinados factores de crecimiento que interaccionan con la célula a través de receptores específicos y que transmiten cascadas señales hasta el núcleo celular en donde activan o reprimen determinados grupos de genes que intervienen en la reproducción celular, apoptosis, diferenciación y migración. Además, una vez establecido el tumor, necesita la formación de vasos que también es gobernada por un factor de crecimiento del endotelio vascular.



Se comprende que estos factores de crecimiento y las vías de señalización sean dianas terapéuticas en el tratamiento del cáncer y se hayan desarrollado una serie de compuestos con capacidad de interferir en su unión con la célula o en las rutas de señalización. Algunos de ellos, ya están siendo usados en la clínica diaria con excelentes resultados y otros muchos están en distintas etapas de investigación antes de su uso rutinario en clínica.

Probablemente, no haya una diana única responsable del crecimiento tumoral por lo que será necesario tratar múltiples dianas simultánea o secuencialmente para controlar el cáncer.

Estos fármacos se comportan más como citostáticos que como citotóxicos y están más dirigidos al control del crecimiento que a la producción de la muerte celular (que también podría ocurrir) y por ello, su empleo debe ser muy prolongado en el tiempo, al contrario que los citotóxicos. Afortunadamente, son altamente específicos en la inhibición de una vía y la toxicidad predecible y escasa lo que facilita que el tratamiento puede ser muy prolongado y que consigamos que el cáncer se convierta en una enfermedad crónica.

Este tipo de mecanismo de acción y toxicidad tan selectivo, permite hacer asociación de fármacos que inhiban múltiples vías de señalización sin que, por ello, aumente la toxicidad hasta límites inaceptables como ocurre con la quimioterapia convencional.

El tratamiento, por lo tanto deberá ser prolongado en el tiempo y la valoración de los resultados cambiara con respecto a la actual. La medición de la disminución del tamaño tumoral, deja de tener sentido en este contexto y la duración de la supervivencia y el tiempo hasta la progresión serán los parámetros que definan la respuesta.

El avance de la biología molecular, nos ha permitido conocer nuevos factores pronósticos que justifican que unos pacientes con un mismo tipo de tumor morfológico respondan y otros no lo hagan y que unos pacientes tengan una toxicidad inaceptable y otros mínima. Ello, nos va a obligar a que en un futuro próximo, los tratamientos sean individualizados y que cada paciente sea tratado a la carta, dependiendo de las características moleculares del tumor y de los polimorfismos genéticos del individuo enfermo.

La farmacogenómica y la farmacogenética, serán herramientas imprescindibles para el tratamiento futuro del cáncer. La primera, nos permitirá elegir los tratamientos más activos para un tumor determinado y la segunda permitirá conocer como será el metabolismo del fármaco y



cual será el tratamiento menos tóxico. Ello implica una atención totalmente individualizada y una dedicación de tiempo mucho mayor en la decisión del tratamiento.

Todo lo anterior, significa una necesidad de adquirir nuevos conocimientos por parte de los oncólogos médicos por lo que, probablemente, sería necesario ampliar el periodo de formación desde los cuatro años actuales a cinco. Además, puede ser necesario que los oncólogos compartan la labor asistencial con el laboratorio con mucho más asiduidad que se está haciendo actualmente.

En el momento actual, los pacientes exigen una mayor información porque ellos mismos están más informados. En los últimos años, hemos venido asistiendo a una mayor implicación de los enfermos en su tratamiento. Ello es bueno, hace que aumente el conocimiento sobre la enfermedad y su pronóstico, que las decisiones sean compartidas y que aumente la confianza en el médico.

Cada día el nivel de información y de exigencia será mayor. La mayor parte de los enfermos o sus familias habrán consultado a través de la red y habrá que discutir las posibles alternativas terapéuticas en cada momento. También son, cada día, más frecuentes las segundas opiniones, máxime cuando están contempladas como un derecho de los pacientes.

En estos últimos años hemos visto como los pacientes y sus familias no aceptan lo inevitable y como demandan nuevos tratamientos y la terapéutica se prolonga hasta límites que rayan el encarnizamiento terapéutico. Creemos que esta tendencia se incrementará en el futuro sustentada en buena parte por informaciones constantes en los periódicos y televisiones sobre los avances en el tratamiento y la curación del cáncer muchas veces inexistentes o mucho menores de lo que se dice.

EN ESTE PANORAMA ¿CUÁL VA A SER LA SITUACIÓN DE LA ONCOLOGÍA MÉDICA?

Creo que va a conseguirse uno de los objetivos por los que hemos luchado siempre que es la prolongación significativa de la supervivencia y que el cáncer pase a ser considerado como una enfermedad crónica de larga evolución. Probablemente, en los próximos años se incremente el número de tumores para los que habrá remedios efectivos y serán tratados. Aumentará el número de casos curados y se prolongará la supervivencia en todos ellos.

A cambio de ello, el trabajo de los oncólogos va a aumentar extraordinariamente y no va a ser suficiente el aumento de cuatro a cinco años la residencia para paliar el exceso de trabajo.



Serán necesarios muchos más oncólogos, pero quizás esto tampoco sea suficiente ni políticamente posible ni adecuado y, por ello, será necesario compartir mucho más con otras especialidades el cuidado de los pacientes y centrarse totalmente en lo que nos diferencia de los otros especialistas que es en el perfecto conocimiento del tratamiento del cáncer.

En este sentido, los servicios de Medicina Interna y los Médicos de Familia podrían colaborar mucho más en el diagnóstico de la enfermedad y de extensión, el seguimiento de los pacientes y los tratamientos paliativos.

La Sociedad Española de Oncología Médica debe hacer una profunda reflexión para conocer cuales son nuestras necesidades futuras, hasta donde se podrá ampliar el número de especialistas y cuales son las tareas que estamos dispuestos a compartir con otras especialidades en el cuidado de nuestros pacientes.

