

● Oncología para farmacéuticos

Joan R. Lladós
Farmacéutico comunitario

El farmacéutico comunitario ante el paciente oncológico

“**El impacto del cáncer en nuestra sociedad no es nada despreciable, habida cuenta de que cada año se producen en España más de 215.000 nuevos casos»**”

El impacto que la noticia del diagnóstico de cáncer tiene sobre el paciente produce en muchos casos un efecto demoledor. En esta nueva sección de *El Farmacéutico* pretendemos proporcionar conocimientos, materiales y habilidades con la intención de involucrar al farmacéutico comunitario en el seguimiento farmacoterapéutico de pacientes con cáncer, al entender que se trata de una verdadera necesidad de los pacientes. Nos gustaría creer que, con la ayuda de esta sección, el farmacéutico comunitario (y todo su equipo) no sólo va a poder responder a las cuestiones que planteen los pacientes (a demanda), sino que va a poder implicarse de forma activa en la lucha contra el cáncer en todas sus fases, aumentando la calidad de las actividades preventivas y asistenciales al mejorar y facilitar la comunicación, tanto con los pacientes como con los médicos. Para ello, será imprescindible:



©Katarzyna Biatasiewicz/123rf

- La elaboración de una metodología propia que permita resolver las dudas del paciente.
- Disponer de estrategias para mejorar la comprensión de los tratamientos por parte del paciente.
- Facilitar la realización de un seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con cáncer.
- Fomentar el desarrollo de actividades preventivas en pacientes sanos y facilitar la detección de pacientes sin diagnosticar.
- Incrementar las actividades relacionadas con la seguridad de los medicamentos, facilitando la detección de duplicidades e interacciones.

El espacio disponible en esta nueva sección, obviamente limitado, no permite un desarrollo extensivo de los temas, pero tenemos la suerte de contar con la plataforma digital de la revista (www.elfarmacéutico.es) no sólo para ampliar los contenidos, sino también para facilitar el acceso a materiales complementarios (Diccionario oncológico, Guía para el paciente, bibliografía, fuentes y otros materiales) que podrán ser descargados para su utilización en la farmacia comunitaria. Muy ambicioso, sin duda. Pero creemos que vale la pena. ¿Nos ayudáis a intentarlo?

¿Por qué hablar de cáncer?

Por dos tipos de razones: unas relacionadas con la carga de la enfermedad, y otras con el paciente y su entorno. El impacto del cáncer en nuestra sociedad no es nada despreciable, habida cuenta de que cada año se producen en España más de 215.000 nuevos casos. Los tumores diagnosticados con más frecuencia durante el año 2017, en im-

portancia decreciente, son los siguientes: colorrectal, próstata, pulmón, mama y vejiga (figura 1).

Si atendemos a la distribución por sexos, la incidencia en 2017 de los diversos tipos de cáncer es diferente, tanto cualitativamente como en número de casos:

Hombres		Mujeres	
Próstata	30.076	Mama	26.370
Pulmón	23.398	Colorrectal	13.711
Colorrectal	20.621	Útero	5.473
Vejiga	12.364	Pulmón	5.427

Las previsiones apuntan a más de 315.000 nuevos casos anuales para todas las edades en el año 2035 (un 62,8% en varones y un 37,2% en mujeres). Ciertamente, el número de casos presenta un incremento evidente en los últimos 20 años, lo que se debe a tres razones distintas: el aumento poblacional, una mayor esperanza de vida y la mejora de las técnicas de detección precoz. Es posible que, en un futuro no muy lejano, la combinación de estos factores origine un mapa cualitativamente distinto.

Si atendemos a la prevalencia, es decir, al número de casos existentes en un momento determinado (o en un periodo concreto), debe tenerse en cuenta que, en el caso del cáncer, esta variable está condicionada por la supervivencia a los 5 años del diagnóstico. Por consiguiente, la prevalencia de los tumores con supervivencias cortas será inferior a la de tumores de mayor supervivencia, aunque en realidad se diagnostiquen con mayor frecuencia. La prevalencia estimada de los distintos tipos de tumores en ambos sexos se muestra en la figura 2.

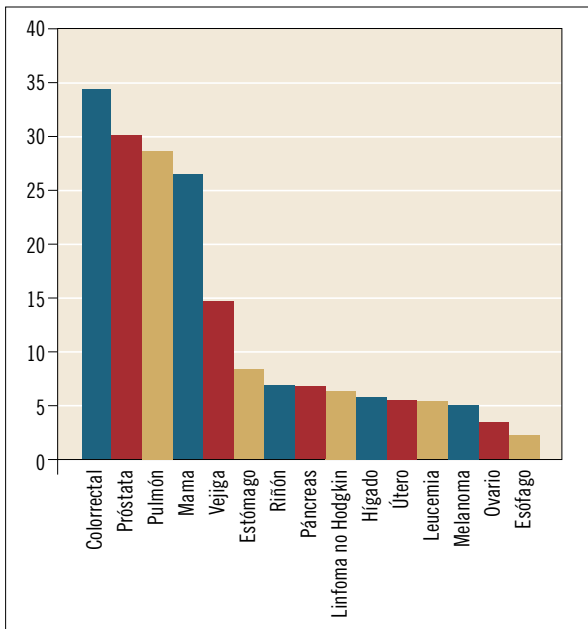


Figura 1. Incidencia estimada de los tumores más frecuentes diagnosticados en España durante 2017 en ambos sexos (en miles)

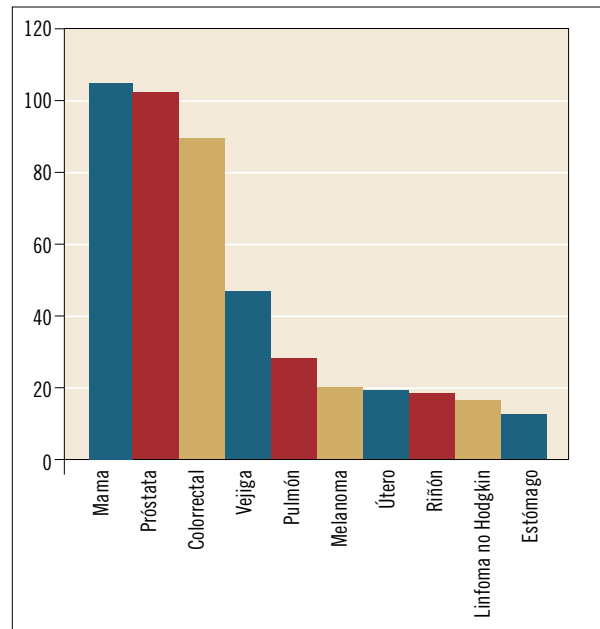


Figura 2. Prevalencia estimada de los 10 tumores más frecuentes diagnosticados en España durante 2017 en ambos sexos (en miles)

Con semejantes cifras de casos no resulta difícil imaginar la enorme cantidad de recursos que se precisan para su abordaje. Baste decir que constituyen la tercera causa de todos los ingresos hospitalarios, y, aunque resulta obligado hablar de mortalidad, no queremos, en esta presentación, reducir a cifras neutras y frías lo que constituye para muchas personas una durísima experiencia. Nos limitaremos a citar cifras globales y postergar los datos específicos de cada tipo de tumor hasta la publicación del artículo correspondiente. Las muertes por cáncer han supuesto, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la segunda causa de fallecimientos a escala global durante 2015 (8,8 millones). La estimación que se baraja para 2035 es de 14 millones. En España, según el Instituto Nacional de Estadística, en el año 2016 las muertes por cáncer supusieron la segunda causa de los fallecimientos (un 27,9%), con 112.939 casos. El cáncer de pulmón y el colorrectal son los principales responsables de estas cifras, seguidos, con muchos menos casos, por los tumores de páncreas, mama y próstata.

Estimación del número de nuevos casos de cáncer en todo el mundo:

Año	Nuevos casos
2012	14.067.894
2035	23.980.858

A pesar del aumento global de la incidencia, en los últimos años los datos relativos a la mortalidad están experimentando una mejoría progresiva, algo mayor en hombres que en mujeres. Entre las causas de esta reducción destacan:

- El desarrollo de actividades preventivas.
- Las campañas de diagnóstico precoz.
- Los avances terapéuticos.

Las circunstancias actuales, sin embargo, sugieren que en los próximos años puede producirse un repunte en la mortalidad por cáncer de pulmón debido a la aparición relativamente reciente de dos nuevos factores de riesgo:

- La incorporación de las mujeres al hábito tabáquico.
- La exposición a la contaminación ambiental.

Si se compararan las cifras absolutas con el resto de países europeos, observaremos que en España se diagnostica un mayor número de tumores y se produce un mayor número de muertes por cáncer. Ello se debe a que tenemos una esperanza de vida mucho mayor y, si se ajustan las cifras por edad, los resultados (incidencia y mortalidad) son comparables. Es importante comunicar a los pacientes que la supervivencia es cada día más elevada, y que actualmente en nuestro país más del 50% de los pacientes diagnosticados de cualquier tipo de cáncer siguen con vida 5 años después.



©Jean-Paul CHASSENET/123rf

“**Es importante comunicar a los pacientes que la supervivencia es cada día más elevada»**

La noticia del diagnóstico

La persona que –tras una secuencia más o menos larga de visitas médicas y pruebas diversas– recibe la confirmación de que padece un cáncer experimenta una reacción caracterizada por un gran impacto emocional. El diagnóstico puede llegar a cambiar drásticamente la vida diaria del paciente, afectando a todo su entorno (pareja, familia, amigos y trabajo). De repente, todo gira alrededor de una sola cuestión: el cáncer. Todos los proyectos personales deben reconducirse y adaptarse a nuevas pruebas para determinar con la máxima precisión las características y la extensión de la dolencia, hasta que se consiga llegar a determinar cuál es la hoja de ruta del tratamiento. La duración de todo el proceso es muy variable. En algunos casos, unos pocos meses bastan para recuperar la normalidad. En otros, por el contrario, las hospitalizaciones y los tratamientos pueden prolongarse durante años a causa de las recaídas, afectando notablemente a las rutinas de la vida diaria.

Enfrentarse al cáncer

No puede generalizarse a la hora de establecer una respuesta individual ante un diagnóstico que afecta al paciente, tanto en su autoestima y sensibilidad como en todo su ámbito personal y social. Las creencias personales y el nivel cultural de cada paciente pueden condicionar el tipo de

respuesta. El proceso se caracteriza por una serie de fases cuya duración e intensidad son absolutamente variables en función de cada individuo. Algunas de estas fases pueden ser muy breves, o simplemente no aparecer, o solaparse una con otra. A pesar de su carácter esquemático, esta caracterización por fases no deja de resultar bastante útil en la práctica diaria:

- Fase 1: bloqueo.
- Fase 2: negación.
- Fase 3: culpabilización.
- Fase 4: aceptación.

Al principio, la incertidumbre y el desconocimiento someten al paciente a una importante presión psicológica que se traduce en una especie de *shock* emocional. El paciente suele experimentar una sensación que va del enfado al miedo. Su duración suele ser breve, pero es importante detectar precozmente la aparición de signos y síntomas depresivos para su tratamiento psicológico o psiquiátrico. En el caso de pacientes con antecedentes depresivos, es aconsejable su derivación.

Una vez transcurrido el bloqueo inicial, suele abrirse una etapa de negación en la que el paciente se niega a aceptar las realidades más evidentes, incluso con pruebas diagnósticas concluyentes. El paciente tiende a tomar decisiones absurdas, inútiles y, en el peor de los casos, incluso contraproducentes, ya que retrasan las actuaciones pertinentes. El mayor peligro de esta fase radica en la posibilidad de que el paciente caiga en manos de «terapias alternativas» que no sólo son una estafa, sino que deberían considerarse punibles legalmente cuando apartan al paciente del sistema sanitario. En nuestra experiencia personal, hemos asistido a un caso de cáncer de colon en un hombre que persistió en su negación a pesar de dos colonoscopias positivas con el correspondiente informe médico, y a pesar de que el oncólogo procedió con absoluta profesionalidad y transparencia. Un «terapeuta» sin titulación de ninguna clase lo mantuvo en su negación, hasta que el paciente falleció a los 2 años del diagnóstico. Sin comentarios.

En la fase de culpabilización, el paciente empieza a hacerse preguntas sobre su situación («¿Cómo es posible?», «¿Por qué a mí?» y otras semejantes). Se produce así una cierta aceptación de la realidad, ya que en ella el paciente se empieza a cuestionar si su actitud en el pasado ha podido «favorecer» el desarrollo de la enfermedad porque no realizó revisiones periódicas, no acudió al médico ante la aparición de determinados síntomas, no acudió al médico ante ciertos cambios en la piel, etc.

Una vez que ha comprendido lo que le está pasando, el paciente empieza a cambiar de actitud, tanto en lo que se refiere al cuidado personal (cambio de hábitos y estilo de vida) como a la búsqueda de una información fidedigna y a la toma del control de su vida, adoptando estrategias tendientes a solucionar los problemas. La aceptación de la en-



©bachon12345/123rf

“**Al principio, la incertidumbre y el desconocimiento someten al paciente a una importante presión psicológica que se traduce en una especie de *shock* emocional»**

fermedad por parte del paciente mejora enormemente su capacidad de comunicación, tanto en el entorno personal como en el sanitario, y permite que recobre, en la medida de lo posible, su vida normal. Esta actitud facilita todo el proceso de tratamiento, ya que el paciente empieza a colaborar activamente. Algunos de ellos incluso se incorporan a asociaciones de pacientes en calidad de «voluntarios» para compartir experiencias y ayudar a otras personas con problemas similares.

Y el farmacéutico comunitario, ¿qué?

Los avances experimentados en los últimos años en el diagnóstico y el tratamiento del cáncer han permitido que la mayor parte de los pacientes, salvo por breves hospitalizaciones, sean tratados de forma ambulatoria. Su presencia en la farmacia comunitaria, en todas las fases de la enfermedad, es cada vez más frecuente. A pesar de las mejoras citadas, el paciente debe afrontar muchas pruebas cuya operativa y significación no suele conocer muy bien. Además, tiene que acudir a médicos de diferentes especialidades. Las preguntas que el paciente se plantea sobre su enfermedad, las pruebas diagnósticas y las posibilidades terapéuticas son múltiples. A pesar de ello, no siempre se acuerda de preguntárselo al especialista correspondiente. Las necesidades de información por parte del paciente son, por tan-

Tabla 1. El paciente se pregunta sobre...

Diagnóstico
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué tipo de cáncer tengo? • ¿Es benigno o maligno? • ¿Qué pruebas tienen que hacerme? ¿Son dolorosas? • ¿Cuándo se sabe el resultado? • ¿Tengo que hacer algo especial antes de las pruebas?
Tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué tratamientos existen? ¿Cuál es el mejor? • ¿Tendrán que operarme? • ¿Cuántos días me ingresarán? • ¿Me quedarán secuelas? • ¿Me quedará alguna cicatriz? • ¿Tendré que hacer quimioterapia? ¿Durante cuánto tiempo? ¿Cómo me afectará? • ¿Tendré que hacer radioterapia? • Si tengo que hacer todos estos tratamientos, ¿cuál será el orden? • ¿Podré hacer vida normal?
Seguimiento
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tendré que hacer revisiones? • ¿Durante cuánto tiempo? • ¿En qué consisten? • ¿Tendré que llevar un tipo de vida especial? • ¿Tengo derecho a recibir algún tipo de ayuda?

“**Las necesidades de información por parte del paciente son patentes, y el papel del farmacéutico comunitario en este campo puede ser bastante amplio»**

to, patentes, y el papel del farmacéutico comunitario en este campo puede ser bastante amplio. Sea como sea, por supuesto no debería limitarse a actuar de forma pasiva ante la demanda directa de información por parte del paciente, sino que debería actuar de forma activa, mediante un protocolo que permita una adecuada comunicación con el paciente con cáncer y con el resto del equipo sanitario. Para hacer frente a estas necesidades de los pacientes, es nece-

sario optimizar el asesoramiento del farmacéutico, aunque lo cierto es que no existe mucha información sobre las relaciones entre el farmacéutico comunitario y el paciente oncológico, por lo que sería necesario fomentar la investigación en este campo atendiendo a unos parámetros mínimos:

- Actitud del farmacéutico.
- Calidad de la información.
- Asesoramiento antes de comenzar la quimioterapia.
- Explicación de los efectos secundarios.
- Seguimiento farmacoterapéutico.

En esta nueva sección de *El Farmacéutico*, intentaremos aportar sugerencias y materiales que permitan al farmacéutico comunitario desarrollar sus propios servicios de asesoramiento, apoyo y seguimiento de los pacientes oncológicos.

El conocimiento enriquece. La ignorancia embrutece.

El paciente pregunta

Las dudas que acechan al paciente son muchas. El farmacéutico debe estar preparado para responderlas con un lenguaje inteligible y breve, ofreciendo información y apoyo. Una comunicación eficaz resulta de gran utilidad para el paciente, ya que reduce temores injustificados y ayuda a controlar las emociones y a tomar las decisiones adecuadas. Las preguntas que suele hacer el paciente no siempre se comunican a los profesionales por muy diversos motivos. Además de tratar de responder, el farmacéutico puede ayudar al paciente a prepararse para plantear de forma adecuada las mismas preguntas a los distintos especialistas que van a intervenir en el proceso. Aunque la formalización concreta de las preguntas puede depender de la localización del tumor (mama, próstata, colon, etc.), en la tabla 1 se indican de forma genérica las principales cuestiones que se suele plantear el paciente. ●

Bibliografía

- GLOBOCAN 2012. Estimate cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Disponible en: <http://www.globocan.oarc.fr/Default.aspx>
- INEbase. Defunciones según la causa de muerte para el año 2016. Resultados Nacionales. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=7947>
- REDECAN. Red Española de Registros de Cáncer. Disponible en: <http://redcan.org/es/index.cfm>
- WHO Cancer Mortality Database. Disponible en: <http://mmm-dep.iarc.fr/WHODb/WHODb.htm>

Diccionario oncológico (I)

Adenocarcinoma: tumor maligno que aparece en el tejido glandular. Es el tipo de cáncer más frecuente (p. ej., la mayoría de los que aparecen en el sistema respiratorio, tubo digestivo, mamas y próstata).

Adenoma: tumor benigno que aparece en el tejido glandular (p. ej., pólipos del colon).

Anastomosis: procedimiento quirúrgico para unir dos estructuras tubulares (vasos sanguíneos o vísceras huecas; p. ej., unión de los segmentos restantes al extirpar una determinada parte del tubo digestivo).

Angioma: tumor benigno de los vasos sanguíneos que se visualiza en forma de manchas rojas. Afecta a piel, intestino, hígado y otros órganos.

Benigno: tumoración no cancerosa. Los tumores benignos pueden aumentar de tamaño, pero no se diseminan hacia otras partes del cuerpo. También se llaman «no malignos».

Carcinoma: tumor muy frecuente, de carácter maligno y que afecta a estructuras epiteliales o glandulares (especialmente a boca, estómago, colon, piel, mama y útero). Los más habituales son los carcinomas epidermoides y los adenocarcinomas.

Carcinomatosis: diseminación de un tumor maligno en diferentes órganos.

Cistectomía: extirpación quirúrgica de la vejiga urinaria.

Citómetro: aparato que permite contar y visualizar de una en una las células de una suspensión. Analiza las proporciones entre los distintos tipos de células.

Colostomía: movilización quirúrgica del extremo del intestino grueso a través de la pared abdominal para vaciar las heces en una bolsa adherida a la superficie exterior del abdomen. Puede ser temporal o permanente. Se lleva a cabo tras una resección intestinal.

Disgerminoma (o seminoma ovárico): tumor maligno que afecta a las células germinales de los ovarios.

Disgeusia: trastorno del sentido del gusto, a consecuencia de la quimioterapia o la radioterapia en cabeza y cuello.

Displasia: proliferación celular excesiva que conlleva la pérdida de la organización y la estructura de los tejidos. Puede ser reversible o crecer llegando a producir deformidades. Su forma más grave es el carcinoma *in situ*, confinado dentro de la barrera anatómica más inmediata al lugar de inicio.

Dosimetría: prueba para planificar el tratamiento de radioterapia. Permite la medición y el control de la energía recibida a través de la radiación.

Duelo: serie estereotipada de fases por las que atraviesan los familiares tras la muerte de un ser querido (psicooncología).

Econdroma: tumor benigno que afecta al cartílago en el interior de los huesos.

Ectasia: dilatación de un órgano o una parte de este.

Electrofulguración: procedimiento que utiliza una corriente eléctrica para eliminar células. Tumor y áreas circundantes se queman para ser extraídos posteriormente. Se usa en lesiones precancerosas superficiales.

Emesis (o vómito): sensación urgente de tener que vomitar y expulsión del contenido gástrico a través del esófago hacia la boca.

Emesis anticipatoria: previa a una prueba diagnóstica o a la administración de un tratamiento. Es muy frecuente. Fácil de tratar.

Emesis retardada: aparece con posterioridad a las 24 horas de finalización de la quimioterapia. Relativamente rara y más difícil de tratar.

Epéndimo: membrana que recubre los ventrículos del cerebro y el conducto central de la médula espinal.

Ependimoblastoma (o ependimoma maligno): tumor maligno que afecta al epéndimo.

Eritema: inflamación de la piel que se caracteriza por su aspecto rojizo. Muy frecuente tras la radioterapia.

Eritroleucemia: enfermedad sanguínea maligna en la que se produce una proliferación de eritroblastos (precursores de los hematíes) con núcleos anormales.

Escala de Karnofski: escala numérica de 10 parámetros que se usa en oncología para expresar de forma simplificada el estado general de salud del paciente. Escalón inferior (10): moribundo. Escalón superior (100): normal.

Estadificación: clasificación de la gravedad y extensión de una enfermedad cancerosa.

Estadio: cada una de las fases en las que se divide la evolución de un tumor determinado.

Euploidía: número normal de cromosoma. Varía entre los diferentes tipos de células.

Fibroma: tumor benigno de tejido fibroso o conectivo. Muy frecuente en mama.

Fibrosarcoma: tumor maligno que se desarrolla de forma primaria (más frecuente) o a partir de un fibroma benigno. Seno maxilar, faringe y labios son las zonas más afectadas. Puede aparecer en cualquier zona.

Gadolinio: metal utilizado como contraste inyectado en vena para la obtención de imágenes por resonancia magnética.

Gammagrafía: prueba radiológica que permite visualizar células cancerosas en una determinada zona del organismo tras la inyección de una sustancia radiactiva.

Ganglio centinela: primer ganglio regional que recibe la linfa procedente de un tumor primario y que debe filtrar las células cancerosas procedentes de él. Si su biopsia es normal, se supone que los ganglios adyacentes también lo son.

Ganglio linfático: estructura ovoide interpuesta en el curso de los vasos linfáticos a la que llegan las primeras metástasis de muchos tipos de cáncer. Función: filtra la linfa (impidiendo que cuerpos extraños alcancen la circulación sanguínea).

Ganglio parasimpático: estructura de células nerviosas que no pertenecen al sistema nervioso central, distribuidas por todo el organismo.

Gastrinoma: tumor del páncreas. A veces se halla en el duodeno. Produce cantidades elevadas de la hormona gastrina, lo que induce al estómago a secretar ácido y enzimas, provocando úlceras. Se maligniza con frecuencia y provoca metástasis.

G-CSF (factor estimulante de las colonias de granulocitos): glucoproteína de bajo peso molecular (citoquina natural) que produce un aumento de la cantidad y función de los neutrófilos. Se utiliza tras la quimioterapia.

Gen supresor de tumores (antioncogen): formado por ADN, reduce la probabilidad de que una célula normal se transforme en cancerígena.

Hiperplasia: proliferación excesiva de células en la que se conserva su normalidad estructural y funcional. Suele ser la respuesta normal a un estímulo irritante. Reversible.

Metástasis: foco canceroso que aparece en un lugar alejado de la zona en la que se produjo el tumor inicial (primario), tras un proceso de diseminación a través de los vasos sanguíneos y linfáticos.

Mieloma: tumor formado por las células de la médula ósea.

Mortalidad: número de fallecimientos ocurridos en un tiempo determinado en una población concreta. Se mide en número de fallecimientos por años o número de fallecimientos por cada 100.000 personas en un año.

Neoplasia: formación de un tejido nuevo, de carácter anómalo, generalmente tumoral. Puede ser benigna o maligna.

Prevalencia: número o porcentaje de la población con una enfermedad determinada en un momento o un periodo concretos. En oncología es el número de pacientes diagnosticados con un tipo de tumor concreto que siguen vivos tras 5 años.

Quimioterapia: tratamiento con sustancias químicas que actúan sobre las células patológicas, sin afectar a las células normales.

Radioterapia: se aplica tanto al conjunto de conocimientos sobre el uso de radiaciones ionizantes como a su aplicación en el tratamiento de algunas enfermedades, especialmente las neoplásicas.

Supervivencia: probabilidad de sobrevivir a un periodo de tiempo determinado tras el diagnóstico del tumor. Incluye el fallecimiento por cualquier causa.