

CÓDIGO EUROPEO CONTRA EL CÁNCER



PH. MARC GRONINGER

Un instrumento
para médicos de medicina general



Edición para España

Europa contra el cáncer



Sociedad Española
de
Medicina General



CÓDIGO EUROPEO CONTRA EL CÁNCER

Un instrumento
para médicos de medicina general



Europa contra el cáncer



COMITÉ EUROPEO CONTRA EL CÁNCER

El Instituto Europeo
de Investigación del Cáncer

Al final de este documento figura una ficha bibliográfica.

Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 1995

ISBN 92-827-4584-8

© CECA-CE-CEEA, Bruselas • Luxemburgo, 1995

Reproducción autorizada, excepto para fines comerciales, con indicación de la fuente bibliográfica.

Printed in the United Kingdom

CONTENIDO

Prefacio de Pádraig Flynn, Miembro de la Comisión Europea
Página 5

Prefacio del Dr. Ignacio Burgos, Presidente de la Sociedad Española de Medicina General
Página 7

Nota preliminar
Página 9

Agradecimientos
Página 11

Sección I: Las diez recomendaciones del Código Europeo contra el Cáncer
Página 13

Sección II: Argumentación científica de las recomendaciones del Código Europeo contra el Cáncer
Página 17

Sección III: El Código Europeo contra el Cáncer y el trabajo práctico de los médicos en España
Página 51

PREFACIO

Según los datos más recientes de que disponemos, aproximadamente a la tercera parte de los ciudadanos europeos se les diagnosticará un cáncer en algún momento de su vida y una cuarta parte fallecerá como consecuencia de esta enfermedad.

Sin embargo, también sabemos que en la actualidad es posible evitar determinados tipos de cáncer y que sería posible curar un número mayor si se lograra una detección más precoz. Éste es el mensaje que quiere transmitir el *Código Europeo contra el Cáncer*, elaborado en el marco del programa «Europa contra el Cáncer» de la Comisión Europea.

Recientemente el *Código Europeo contra el Cáncer* – cuya primera versión data de 1987 – ha sido objeto de revisión por parte de un grupo de expertos en oncología de toda Europa, a la luz de la experiencia y los conocimientos científicos con que contamos en la actualidad. Las diez recomendaciones contenidas en el código tienen por objeto reducir la incidencia del cáncer y el número de muertes que provoca, al tiempo que preconizan una mejora general de la salud mediante la adopción de unos hábitos más saludables. En otras palabras, el *Código* se ha creado como contribución al objetivo asumido por la Comunidad de garantizar un alto nivel de protección de la salud humana que recoge el Tratado de la Unión Europea en su artículo 129.

En la concepción de estrategias de difusión de los mensajes que contiene el Código entre los ciudadanos europeos, destaca claramente el papel clave de los médicos de medicina general en la educación de sus pacientes, ya que constituyen la primera línea de asistencia a los ciudadanos a lo largo de toda la vida.

Por este motivo, el programa «Europa contra el cáncer» y el Grupo de representantes de las asociaciones nacionales de médicos de

medicina general – que mantienen una fecunda cooperación desde 1987 – decidieron elaborar conjuntamente este año un folleto relativo al *Código Europeo contra el Cáncer*, especialmente orientado hacia las necesidades de información a este nivel asistencial.

Habida cuenta de que las situaciones en este ámbito pueden variar considerablemente entre los Estados miembros, como consecuencia de las diferencias que presentan sus sistemas de asistencia sanitaria y las políticas de salud pública que en ellos se aplican, así como de las distintas culturas y tradiciones en la materia, el presente folleto dedica una sección independiente a cada país, en la que se tienen presentes las circunstancias de interés nacional, al tiempo que se mantiene un planteamiento de conjunto.

Esperamos que esta publicación constituirá una herramienta útil para los médicos de medicina general en su trabajo cotidiano y que los pacientes podrán ser beneficiarios del esfuerzo realizado para satisfacer sus necesidades de prevención y tratamiento.

En nombre de la Comisión Europea, querría dar las gracias a las asociaciones de médicos de medicina general por su empeño en la realización de este proyecto, así como a las ligas y asociaciones contra el cáncer por la colaboración prestada en la organización de la Semana Europea contra el Cáncer, que en la edición de este año estará dedicada a la promoción del *Código Europeo contra el Cáncer*.

Pádraig Flynn
Miembro de la Comisión Europea

«El cáncer es un peligro máximo para la salud en la sociedad europea a tres niveles: como la causa de una inquietud generalizada; como la causa de una mayor incidencia de enfermedades con dolor, sufrimiento e incapacidad que requieren un tratamiento radical y costoso, y como una importante causa de muerte prematura.»

El cáncer es la segunda causa de muerte en la Unión Europea, siendo en España el responsable del 23% de las muertes. La incidencia en cáncer aumenta a partir de los 50 años, siendo la edad media del diagnóstico los 65 años.

De muchos tipos de cáncer no sabemos cuál es la o las causas desencadenantes, ni cómo poder detectarlas en fase subclínica, ni siquiera todavía podemos hablar de una detección precoz que aumente la supervivencia.

Sabemos con gran seguridad que algunos cánceres, no muchos tipos, pero los más frecuentes, guardan relación con nuestros hábitos de vida y por tanto podrían evitarse: se estima que el tabaco es el responsable de un 30% de los fallecimientos por cáncer, el alcohol entre un 3 y un 10% y la alimentación hasta en un 30%.

Es decir, que modificando tan solo algunos hábitos nocivos, no sólo porque producen cáncer, sino también otras patologías y llevando una vida más saludable, podríamos evitar hasta el 70% de las muertes por cáncer.

El diagnóstico precoz puede evitar la muerte en algunos cánceres y el cribaje, aceptado universalmente para el cáncer de mama y útero, el más frecuente en las mujeres, puede conseguir, en muchos casos, la curación.

En el momento actual, los factores más importantes que pueden disminuir la mortalidad por cáncer son la prevención primaria y el diagnóstico precoz.

El médico general es el que mejor conoce la historia clínica, los hábitos, los factores de riesgo y la forma de ser de cada paciente, y su frecuente contacto con los pacientes le permite dar mejor consejo.

Se ha comprobado que la información a la población favorece la toma de conciencia y el cambio de actitud, pero que el consejo individualizado propicia cambios de comportamiento.

Desde el inicio del Programa, se ha ido poniendo de manifiesto, cada vez con más fuerza, la importancia del médico general, auténtica piedra angular en la prevención primaria, y su importancia en la prevención secundaria, de tal modo que su implicación en la lucha contra el cáncer puede ser uno de los elementos que más hagan disminuir la mortalidad por cáncer.

Los pacientes esperan que los médicos les aconsejen con el máximo respeto a las decisiones personales, sobre su forma de vida.

En 1985 la Unión Europea, consciente de la magnitud del problema, pone en marcha el programa «Europa contra el cáncer». En 1987 el Comité de expertos en oncología definió el Código Europeo contra el Cáncer que fue revisado en 1994.

El documento actual consta del código, un anexo con las bases científicas, argumentos y recomendaciones que a nivel europeo pueden realizarse.

El código solamente incluye información científicamente demostrada y útil; y ha sido redactado con precisión, claridad y respeto a las decisiones individuales.

Teniendo, de esta forma, la posibilidad de adaptar individualmente su consejo sobre los factores de riesgo, lo que facilita el llegar a acuerdos.

La Sociedad Española de Medicina General, en colaboración con el programa «Europa contra el cáncer», ha elaborado la adaptación de las recomendaciones del Código a la situación española y su aplicación en el ejercicio cotidiano de nuestra profesión.

El Código es claro, conciso y plantea actitudes positivas. Sigamos su ejemplo.

Ignacio Burgos

Presidente de la Sociedad Española de Medicina General

NOTA PRELIMINAR

A fin de garantizar la identificación y satisfacción de las necesidades de información de los facultativos de medicina general en el ámbito de la prevención del cáncer, se seleccionó el enfoque siguiente para la redacción de este informe:

- Además del propio texto del **Código Europeo contra el Cáncer (sección I)**, el folleto contiene dos partes principales: **la sección II es un texto común para todos los países en el que se subrayan los fundamentos científicos de cada una de las recomendaciones del Código**; su redacción se basa en el anexo científico del Código tal como lo estableció el Comité de Expertos Europeos en Cáncer.
- **La sección III presenta recomendaciones sobre cómo pueden integrarse los diversos aspectos del Código Europeo contra el Cáncer en la práctica diaria del facultativo de medicina general.** Debido a que los contextos nacionales varían considerablemente, como consecuencia de las diferencias en los sistemas de asistencia sanitaria y en la política sanitaria, pero también de las diferentes culturas y tradiciones, esta sección es diferente para cada país.
- **Tanto la sección II como la sección III las han redactado representantes reconocidos de asociaciones nacionales de facultativos de medicina general, o se han redactado en estrecha colaboración con los mismos, es decir, sus autores son conscientes de las condiciones de la práctica médica y de las necesidades de información de los facultativos de medicina general.**

Con este enfoque, el programa «Europa contra el cáncer» espera garantizar que este folleto sea un instrumento útil de prevención del cáncer para el facultativo de medicina general. A fin de evaluar los puntos de vista de los facultativos de medicina general sobre este folleto, se consultará por teléfono a una muestra representativa de los facultativos de medicina general a los que se ha enviado este folleto a fin de conocer sus comentarios.

Programa «Europa contra el cáncer»
Comisión Europea
Luxemburgo

AGRADECIMIENTOS

El programa «Europa contra el cáncer» agradece vivamente a todos aquellos que han contribuido a la realización de esta publicación, especialmente a :

– los autores de la parte común (Sección II):

Dr. Gilles Errieau (M.G. Cancer)

DR. Michael Flynn (Irish College of General Practitioners)

Andrea Gaisser, Ärztin, Elisabeth Hohensee, M.A. (Deutsches Krebsforschungszentrum)

Dra. Manuela Lerda (Società Italiana di Medicina Generale)

Dr. Alan Rowe (British Medical Association/Royal College of General Practitioners);

– el coordinador científico de la parte común :

Dr. Peter Boyle (European Institute of Oncology);

– las personas responsables de las contribuciones nacionales (Sección III):

België (vlaamse editie):

Dr. Mark Viaene (Commissie Preventie van de Wetenschappelijke Vereniging der Vlaamse Huisartsen)

Belgique (édition wallonne):

Dr. Willy Andre (Chambre syndicale des médecins)

Deutschland:

Hilke Stamadiadis-Smidt, MA (Deutsches Krebsforschungszentrum)

<i>España:</i>	Dr. Ignacio Burgos (Sociedad Española de Medicina General)
<i>France:</i>	Dr. Gilles Errieau (M.G. Cancer)
<i>Hellas:</i>	Dr. George Bellos (Greek Association of General Practitioners)
<i>Ireland:</i>	Dr. Michael Flynn (Irish College of General Practitioners)
<i>Italia:</i>	Dra. Manuela Lerda (Società Italiana di Medicina Generale)
<i>Luxembourg:</i>	Dr. Martine Stein-Mergen (Association des médecins et médecins-dentistes)
<i>Österreich:</i>	Dr. Michael Krötlinger (i.A. der Österreichischen Ärztekammer)
<i>Portugal:</i>	Dra. Luisa Costa (Instituto de Clínica Geral da Zono Centro)
<i>Suomi:</i>	Dr. Ulla-Kaija Lammi (Kangasala Health Centre)
<i>Sverige:</i>	Prof. Lars Lindholm (Lund University - Department of Community Health Sciences)
<i>United-Kingdom:</i>	Dr. Alan Rowe (British Medical Association/Royal College of General Practitioners);

- las ligas y asociaciones contra el cáncer;
- el servicio de traducción de la Comisión Europea en Luxemburgo;
- la Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.

Sección I:

Las diez recomendaciones del Código Europeo contra el Cáncer

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»

Adoptando un estilo de vida sano mejorará su estado general de salud y evitará algunos tipos de cáncer

1

No fume. Si es fumador, deje de fumar lo antes posible y no fume en presencia de otras personas. Si no fuma, no pruebe el tabaco.

2

Si bebe alcohol, ya sea cerveza, vino o licores, modere su consumo.

3

Aumente el consumo diario de verduras y frutas frescas. Coma a menudo cereales con un alto contenido de fibra.

4

Evite el exceso de peso, haga más ejercicio físico y limite el consumo de alimentos ricos en grasas.

5

Evite las exposiciones prolongadas al sol y las quemaduras por el sol, especialmente durante la infancia.

6

Respete estrictamente las normas destinadas a evitar cualquier tipo de exposición a sustancias consideradas cancerígenas. Cumpla todas las instrucciones de salud y seguridad en relación con las sustancias que pueden provocar cáncer.

Con una detección precoz es posible curar más casos de cáncer

7

Consulte al médico si nota algún bulto, una herida que no cicatriza (incluso en la boca), un lunar que cambia de forma, tamaño o color, o cualquier pérdida anormal de sangre.

8

Consulte al médico en caso de problemas persistentes, tales como tos o ronquera permanentes, cambio en sus hábitos intestinales, alteraciones urinarias o pérdida anormal de peso.

Para las mujeres

9

Hágase un frotis vaginal regularmente. Participe en los programas organizados de detección de cáncer de cuello de útero.

10

Examine periódicamente sus senos. Si ha cumplido cincuenta años de edad, participe en los programas de detección precoz del cáncer de mama.

Sección II:

Argumentación científica de las recomendaciones del Código Europeo Contra el Cáncer

Los datos epidemiológicos y biológicos sobre el cáncer han permitido establecer un cuadro de riesgo que ha servido de base para la formulación de las recomendaciones del Código Europeo. Este cuadro de riesgo se basa en los datos de incidencia y mortalidad por cáncer en Europa Occidental, donde se han registrado los tipos de cáncer más frecuentes en el mundo desarrollado. Los datos de incidencia y mortalidad por cáncer en Europa Occidental muestran que el cáncer es la principal causa de muerte y discapacidad en esta región. Los datos de incidencia y mortalidad por cáncer en Europa Occidental muestran que el cáncer es la principal causa de muerte y discapacidad en esta región.

El cuadro de riesgo se basa en los datos de incidencia y mortalidad por cáncer en Europa Occidental, donde se han registrado los tipos de cáncer más frecuentes en el mundo desarrollado. Los datos de incidencia y mortalidad por cáncer en Europa Occidental muestran que el cáncer es la principal causa de muerte y discapacidad en esta región.

Los datos de incidencia y mortalidad por cáncer en Europa Occidental muestran que el cáncer es la principal causa de muerte y discapacidad en esta región. Los datos de incidencia y mortalidad por cáncer en Europa Occidental muestran que el cáncer es la principal causa de muerte y discapacidad en esta región.

Los datos de incidencia y mortalidad por cáncer en Europa Occidental muestran que el cáncer es la principal causa de muerte y discapacidad en esta región. Los datos de incidencia y mortalidad por cáncer en Europa Occidental muestran que el cáncer es la principal causa de muerte y discapacidad en esta región.

Los datos de incidencia y mortalidad por cáncer en Europa Occidental muestran que el cáncer es la principal causa de muerte y discapacidad en esta región. Los datos de incidencia y mortalidad por cáncer en Europa Occidental muestran que el cáncer es la principal causa de muerte y discapacidad en esta región.

Los datos de incidencia y mortalidad por cáncer en Europa Occidental muestran que el cáncer es la principal causa de muerte y discapacidad en esta región. Los datos de incidencia y mortalidad por cáncer en Europa Occidental muestran que el cáncer es la principal causa de muerte y discapacidad en esta región.

Los datos de incidencia y mortalidad por cáncer en Europa Occidental muestran que el cáncer es la principal causa de muerte y discapacidad en esta región. Los datos de incidencia y mortalidad por cáncer en Europa Occidental muestran que el cáncer es la principal causa de muerte y discapacidad en esta región.

Índice

Argumentación científica y la
recomendación del Código Europeo
de la Ciencia

INTRODUCCIÓN

Los facultativos de medicina general de la Unión Europea tuvieron conocimiento del Código Europeo contra el Cáncer cuando se promulgó, en 1987, y después mediante un folleto,¹ de las iniciativas pedagógicas e implicación en acciones locales y nacionales para promover determinados elementos del código entre sus pacientes. A la luz de los avances científicos y de la experiencia en el uso del Código, la Comisión instó a la Escuela Europea de Oncología a que reuniera a un grupo de expertos internacionales para examinar y estudiar la posible revisión de las recomendaciones hechas en el Código original. Tras deliberar sobre el tema, el comité de expertos oncológicos² aprobó el Código revisado junto con otro anexo explicativo.

Como los facultativos de medicina general podrán comprobar, este Código revisado no sólo tiene en cuenta las observaciones de individuos y de organizaciones basadas en su experiencia en el uso del código, sino también el conocimiento científico que se ha ido adquiriendo en los años transcurridos.

En cuanto a los progresos del conocimiento científico, los facultativos de medicina general conocen el debate sobre los

programas organizados de *cribado* de los cánceres colorrectales (sangre en heces) o del cáncer de próstata (antígeno prostático específico o ultrasonidos transrectales). Los expertos oncológicos estudiaron estos temas y consideraron que quedan por efectuar muchas más pruebas randomizadas para seguir evaluando estos programas de *cribado*, antes de poder alcanzar conclusiones sobre si los programas formales y generalizados de *cribado* conllevan una reducción de la mortalidad por estos cánceres entre quienes participan en los mismos (véase la página «otros temas considerados»).

La incidencia del cáncer sigue siendo alta y, según los cálculos, en 1990 se diagnosticaron en los entonces doce Estados miembros de la Unión Europea 1 292 000 nuevos casos de cánceres, con exclusión de los cánceres cutáneos no melanoma.³ La incidencia fue de 647 000 en hombres y 645 000 en mujeres. En los hombres, los principales tipos de cáncer fueron de pulmón (141 500 casos), de colon y recto (80 200), de próstata (76 000), de estómago (46 700) y de vejiga (45 100). En las mujeres, los principales tipos de cáncer fueron: de mama (157 000), de colon y recto (89 200), de pulmón (33 900) y de estómago (33 800). Del total de 81 100 cánceres «ginecológicos» (cuerpo del útero, cuello del útero y ovarios), 24 600 casos fueron de cuello uterino. En el mismo año (1990) se produjeron 465 000 muertes de hombres y 372 000 de mujeres por cáncer en los mismos doce países.

(¹) *Código Europeo contra el Cáncer (folleto para médicos de medicina general)*, Scand, J., Prim. Health Care, 1994, Suppl. 1.

(²) *Miembros actuales del comité: Prof. Veronesi, Prof. Bleehen, Prof. Boon, Prof. van der Schueren, Prof. Diehl, Prof. Overgaard, Prof. Estapé, Dr. González Enríquez, Prof. Kleihues, Prof. Pujol, Prof. Garas, Prof. Buttimer, Prof. Dicato, Prof. Kroes, Prof. Einhorn, Prof. Holm.*

(³) *Esteve, J., Krickler, A., Ferlay, J., y Parkin, D.M., "Facts and Figures of Cancer in the European Community", CIIC, (1993).*

Cuadro 1

Unión Europea: cánceres más frecuentes (hombres)

Tasa bruta de incidencia (por 100 000) y número de nuevos de cáncer

Pulmón	83,27	147 656
Colon/recto	48,32	85 688
Próstata	47,71	84 592
Estómago	27,84	49 362
Vejiga	27,12	48 090
Boca/faringe	17,01	30 154
Laringe	11,26	19 961
Riñón	10,93	19 374
Páncreas	10,43	18 501
Linfomas no Hodgkin	9,80	17 371

Unión Europea: cánceres más frecuentes (mujeres)

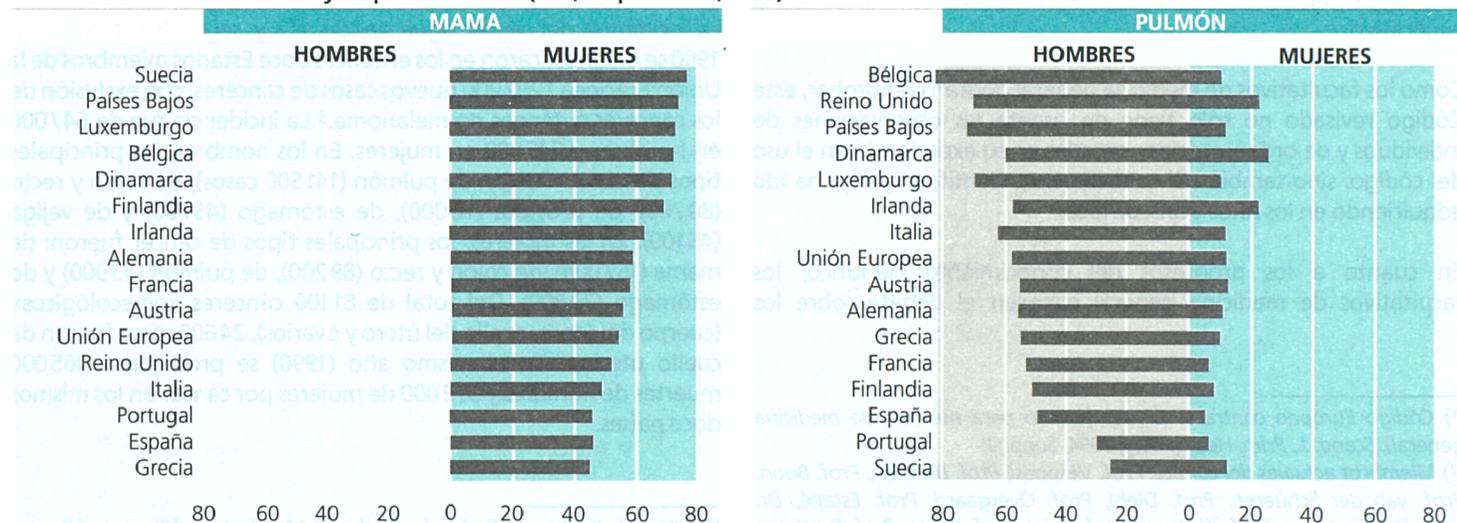
Tasa bruta de incidencia (por 100 000) y número de nuevos de cáncer

Mama	90,46	169 214
Colon/recto	50,85	95 121
Pulmón	19,29	36 080
Estómago	19,24	35 995
Cuerpo del útero	16,67	31 184
Ovario	16,14	30 185
Cuello del útero	13,86	25 925
Páncreas	9,67	18 086
Linfomas no Hodgkin	8,27	15 476
Vejiga	8,15	15 253

(Datos de 1990, incluidas Austria, Finlandia y Suecia)

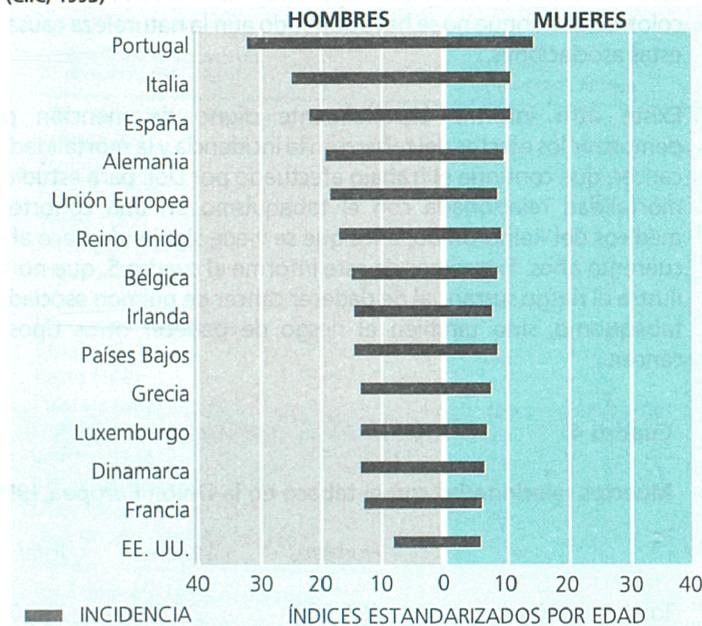
(CIIC, no publicado, 1995)

Cuadro 2:
Incidencia del cáncer de mama y de pulmón – 1990 (CIIC, no publicado, 1995)



La excepción en estos países la constituye el cáncer de estómago, para el cual el riesgo es más elevado.

Cuadro 3:
 Incidencia del cáncer de estómago – “Facts and Figures of
 Cancer in the European Community”, Esteve J.
 (CIIC, 1993)



Excepto el cáncer de estómago, todos los cánceres están en aumento en cifras absolutas. El riesgo de cáncer de pulmón parece haberse estabilizado en algunos países por lo que respecta a los hombres jóvenes.

En la Unión Europea se observan diferencias importantes en las tasas de incidencia de los cánceres más importantes entre diversos Estados miembros. En particular, para algunos de los principales cánceres, se dan índices considerablemente más bajos en Portugal, España, Italia y Grecia.

El cáncer constituye un problema fundamental de salud pública en la Unión Europea, y seguirá siéndolo en el futuro, a menos que se introduzcan medidas eficaces de control. Sin embargo, pueden reducirse la incidencia y la mortalidad de algunos tipos de cáncer si la población sigue ampliamente las recomendaciones del **Código Europeo contra el Cáncer**.

ADOPTANDO UN ESTILO DE VIDA SANO MEJORARÁ SU ESTADO GENERAL DE SALUD Y EVITARÁ ALGUNOS TIPOS DE CÁNCER

Ninguna recomendación destinada a reducir la incidencia de cáncer debe ser causa de un mayor riesgo de otras enfermedades. Por otra parte, puede ser que se produzca una reducción del riesgo de otras enfermedades al seguir las recomendaciones dirigidas específicamente a la reducción del riesgo del cáncer. Las diez recomendaciones que contiene el **Código Europeo contra el Cáncer** deberían también, si se siguen, permitir mejorar otros aspectos de la salud.

En este contexto es también importante reconocer la autonomía de cada individuo y su derecho a elegir en lo que respecta a su estilo de vida; algunas de sus opciones pueden reducir el riesgo de padecer un cáncer, mientras que otras, en cambio, si rechaza el consejo, pueden aumentar dicho riesgo.

En las siguientes secciones de este folleto se presentan las diez recomendaciones del **Código Europeo contra el Cáncer** y las razones que las apoyan, para ayudar a los médicos de medicina general a asesorar a sus pacientes para que elijan opciones positivas para la reducción del riesgo de padecer un cáncer.

1.

NO FUME. SI ES FUMADOR, DEJE DE FUMAR LO ANTES POSIBLE Y NO FUME EN PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS. SI NO FUMA, NO PRUEBE EL TABACO.

Ya a principios de los años cincuenta se estableció la relación entre el consumo habitual de tabaco y el incremento del cáncer, y desde entonces ha quedado ampliamente confirmada. En el siguiente cuadro se expone claramente una reflexión sobre los riesgos asociados con el tabaco y, en particular, con el consumo de cigarrillos:

RIESGOS PARA EL FUMADOR DE CIGARRILLOS

GRAN RIESGO, especialmente entre quienes empiezan a fumar con regularidad en su **ADOLESCENCIA**: si siguen fumando, aproximadamente **LA MITAD** de ellos morirá como consecuencia del tabaco (aproximadamente un cuarto en edad avanzada, el otro cuarto en edad adulta).

- Los que mueren como consecuencia del tabaco en edad **ADULTA** (35-59) pierden, por término medio, **entre 20 y 25 AÑOS** con respecto a la expectativa de vida de los no fumadores.
- En la Unión Europea el tabaco es, con mucho, la mayor causa de mortalidad. (Entre los no fumadores está disminuyendo lentamente la mortalidad por cáncer, mientras que decrece rápidamente la mortalidad total).
- La mayor parte de quienes mueren como consecuencia del tabaco no eran particularmente fumadores «empedernidos» (pero la mayoría de ellos habían empezado en su adolescencia).

DEJAR DE FUMAR ES EFICAZ: incluso en la edad adulta, dejar de fumar antes de tener cáncer u otra enfermedad sería evita la mayor parte del exceso de riesgo ulterior debido al tabaco (y las ventajas de dejar de fumar de más joven son todavía mayores).

Este cuadro se ha adaptado de la siguiente fuente:
Peto, R., López, A.D., Boreham, J., Thun, M. y Heath, C.
Mortalidad de los fumadores en países desarrollados
Oxford Medical Publications, Oxford (1994)

Se considera que, en los países desarrollados, del 25 al 30 % de todos los cánceres están vinculados al tabaco. Según los resultados de estudios llevados a cabo en Europa, Japón y Norteamérica, del 83 al 92 % de los cánceres de pulmón en el hombre y del 57 al 80 % de los cánceres de pulmón en la mujer son imputables al consumo de cigarrillos.

Entre un 80 y un 90 % de los cánceres de esófago, de laringe y de la cavidad bucal están vinculados al efecto del tabaco, tanto solo como

en asociación con el consumo de alcohol. También los cánceres de vejiga, de páncreas, de riñón, de estómago y de cuello uterino presentan una relación causal con el consumo de tabaco. Determinadas observaciones sugieren una asociación entre el consumo de cigarrillos y un mayor riesgo de leucemia y de cáncer colorrectal, aunque no se haya admitido aún la naturaleza causal de estas asociaciones.

Existe otro informe especialmente digno de mención para demostrar los efectos del tabaco en la incidencia y la mortalidad por cáncer, que continúa el trabajo efectuado por Doll para estudiar la mortalidad relacionada con el tabaquismo en una cohorte de médicos del Reino Unido, a los que se viene siguiendo hace ahora cuarenta años. Extraemos de este informe el cuadro 5, que no sólo ilustra el riesgo sustancial de padecer cáncer de pulmón asociado al tabaquismo, sino también el riesgo de padecer otros tipos de cáncer.

Cuadro 4

Muertes relacionadas con el tabaco en la Unión Europea, 1990

	Hombres	Mujeres	Total
Total de cánceres	191 000	26 000	217 000
Cáncer de pulmón	122 000	19 000	141 000
Vascular	118 000	32 000	150 000
Respiratorio	73 000	23 000	96 000
Otros	41 000	10 700	51 700

Al comentar los tipos de cánceres que el tabaquismo puede causar, estos autores, tras constatar que en estos cuarenta años de estudio ha quedado claramente demostrada la relación entre el tabaquismo y los cánceres de pulmón, esófago, vejiga y páncreas, prosiguen: «tres tipos (cáncer de las vías respiratorias altas, de pulmón y de esófago) estaban muy estrechamente relacionados: la mortalidad entre grandes fumadores por estos tipos de cáncer era como mínimo quince veces superior a la mortalidad entre los no fumadores; otros dos tipos (cáncer de vejiga y de páncreas) eran unas tres veces más frecuentes entre fumadores que entre no fumadores».

Hay que recordar que, dada la longitud del período de latencia, los cánceres vinculados al tabaco que se observan hoy deben ponerse

Cuadro 5

Mortalidad por enfermedades neoplásicas debidas al tabaquismo

Localización del cáncer primario (Nº de muertes, 1951-1991)	Mortalidad anual por 100 000 hombres									
	No fumadores (nunca fumaron con regularidad)	Fumadores de cigarrillos					Otros fumadores		Prueba estándar de tendencia	
		Antiguo	Actual	Nº actual de cigarrillos			Antiguo	Actual	N/X/5†	0/1-14/ 15-24/ ≥25
				1-14	15-24	≥ 25				
Vías respiratorias superiores (98)	1	3	24	12	18	48	8	15	6,6	7,5
Pulmón (893)	14	58	209	105	208	355	59	112	17,4	19,5
Esófago (172)	4	19	30	17	33	45	14	23	5,5	6,4
Páncreas (205)	16	23	35	30	29	49	11	24	3,4	3,6
Vejiga (182)	13	21	30	29	29	37	13	21	3,0	2,9
Estómago (277)	26	25	43	40	46	44	23	30	2,7	2,5
Hígado (76)	7	9	11	17	3	15	9	6	0,7	0,7
Riñón (113)	9	11	13	13	14	12	11	16	1,8	0,8
Leucemia mieloide (66)	4	8	7	3	9	10	8	8	1,2	2,0
Colon (437)	36	50	46	49	39	52	55	47	0,8	1,0
Recto (168)	10	15	23	13	19	44	17	24	3,5	4,6
Próstata (568)	68	58	67	54	73	84	54	64	-0,3	1,0
Leucemia no mieloide (98)	14	9	12	16	8	13	8	10	-0,3	-0,4
Linfoma (146)	16	15	16	15	22	7	16	17	0,3	0,6
Mielomatosis (74)	11	8	9	5	12	10	9	5	-1,6	-0,3
Otras localizaciones (344)	39	39	40	44	33	45	47	31	-0,8	0,3
Localización desconocida (167)	15	15	30	18	42	30	10	21	3,3	3,8
Total enfermedades neoplásicas (Nº de muertes, 4 084)	305 (414)	384 (885)	656 (1139)	482 (317)	645 (416)	936 (406)	369 (565)	474 (1081)	14,2	17,4

Fuente: Doll, Peto et al., *BMJ*, 309, 903 (1994)

en relación con los hábitos tabáquicos de hace más de veinte años. Por lo tanto, después de un aumento de la incidencia del consumo de tabaco, pasará cierto tiempo antes de que se evidencie un incremento de la incidencia de los cánceres vinculados al tabaco.

El tabaco puede matar de más de veinte maneras distintas: puede causar un cáncer de pulmón y otras formas de cánceres, enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, bronquitis crónicas y otras enfermedades respiratorias. La tasa de mortalidad entre fumadores de edades comprendidas entre 35 y 69 años es tres

veces más elevado que entre no fumadores. Aproximadamente la mitad de los fumadores habituales de cigarrillos morirán probablemente a causa de su consumo. Un gran número de ellos no son especialmente grandes fumadores, sino que se caracterizan por el hecho de que han comenzado a fumar en la adolescencia. La mitad de las muertes debidas al tabaco se producen entre los 35 y los 69 años, lo que con respecto a la expectativa de vida de los no fumadores significa una pérdida de 20 a 25 años. Se ha estimado que, en relación con el incremento del riesgo de cáncer debido al consumo diario de cigarrillos, la reducción de la expectativa de vida

es de 2 a 3 años si se fuman 10 cigarrillos al día, de 5 a 7 años cuando se fuman 20 cigarrillos diarios, y de 8 a 10 años al fumar 40 cigarrillos diarios.

Por el contrario, es bueno dejar de fumar incluso para las personas que han fumado durante muchos años. Existen observaciones claras y concordantes que ponen de manifiesto que dejar de fumar antes de tener un cáncer o cualquier otra enfermedad grave permite evitar la mayor parte del exceso de riesgo posterior de mortalidad debida al tabaco, incluso si se deja de fumar en la edad adulta. En el siguiente cuadro se ilustra la probabilidad aproximada de que un varón, fumador de 20 cigarrillos diarios, presente un cáncer de pulmón en los próximos 10 años. Se desglosa la probabilidad por edad y según la edad en la que se dejó de fumar.

Cuadro 6

	EDAD			
	35	45	55	65
No ha dejado de fumar	0,3	2,0	6,0	10,0
Dejó de fumar a los 35	0,1	0,2	0,4	0,6
Dejó de fumar a los 45		1,0	1,2	1,5
Dejó de fumar a los 55			4,6	4,8
Dejó de fumar a los 65				8,4

Fuente:
Lung Cancer (Heine H. Hansen, edit.), Springer Verlag, 1990

El tabaquismo pasivo

Está actualmente demostrado epidemiológicamente que el tabaquismo ambiental (*Environmental Tobacco Smoking*, ETS) tiene consecuencias nocivas para la salud. Sobre la base de los datos epidemiológicos disponibles, la agencia americana para la protección del medio ambiente declaró en 1992 que el tabaquismo pasivo es un carcinógeno pulmonar demostrado para las personas.

Ya en 1990 se observó que el riesgo de padecer cáncer de pulmón es mayor en las mujeres no fumadoras casadas con un fumador que en las casadas con un no fumador. En los niños cuyos padres fuman se señalan, entre los efectos nocivos para la salud, un aumento de la frecuencia y de la gravedad del asma y de infecciones de las vías respiratorias, superiores e inferiores. Se constata también un mayor riesgo de infartos de miocardio a causa del tabaquismo pasivo.

Por ello, estos hechos deberían ayudar a los médicos generales a reforzar todo tipo de actividades tendentes a que sus consultas sean «zonas de no fumadores».

Si bien es cierto que el uso de filtros y el consumo de cigarrillos con bajos índices de nicotina pueden reducir en un cierto grado los riesgos suplementarios que conlleva el tabaquismo, tal reducción no es total con respecto al riesgo de cáncer, y apenas reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular. Ni los filtros ni los cigarrillos con bajos índices de nicotina son verdaderas medidas preventivas. La única medida preventiva real es dejar de fumar.

Otras formas de tabaco

Al fumar en pipa o puros se incrementa algo menos el riesgo de cáncer bronquial o pulmonar que si se fuman cigarrillos, pero aumenta el riesgo de cáncer de la orofaringe.

Epidemia del tabaco

Se calcula que en la segunda mitad del siglo XX se han producido 60 millones de muertes causadas por el tabaco en el mundo, y que el tabaquismo origina tres millones de muertes por año. En la mayoría de los países, las peores consecuencias de *la epidemia del tabaco* están aún por venir. En particular, entre las mujeres de los países industrializados y en las poblaciones de los países en vías de desarrollo, dado que, en el momento en que los fumadores jóvenes de hoy alcancen la edad adulta o la tercera edad, habrá alrededor de 10 millones de muertes al año debidas al tabaco.

La situación en Europa es especialmente preocupante. La Unión Europea es el segundo mayor productor de cigarrillos, y el principal exportador de cigarrillos del mundo. En los países de Europa central y oriental, así como en la CEI, se constata un aumento continuo del tabaquismo. Actualmente, en la Unión Europea, un 42% de los hombres y un 28% de las mujeres son fumadores habituales

(primavera de 1994). La incidencia del tabaquismo en mujeres se ve reducida artificialmente por los bajos índices observados en los países de Europa del sur, donde estos índices van en aumento y parece que seguirán aumentando durante la próxima década. La región europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) presenta los porcentajes más elevados de consumo de cigarrillos *per cápita* y tiene dificultades en adecuarse a su propio objetivo de alcanzar un mínimo del 80 % de no fumadores en la población para el año 2000.

Suscita gran preocupación el hecho de que en la Unión Europea la incidencia del tabaquismo en el grupo de edad de 25 a 39 años es elevada (55 % en los hombres y 40 % en las mujeres). Esto tendrá ciertamente una profunda influencia sobre el aspecto futuro del cáncer.

Es especialmente preocupante que la incidencia del tabaquismo entre los médicos generales, que tienen un papel ejemplificador en el comportamiento sanitario, siga siendo elevada en muchos países de Europa. Por ello tienen especial importancia las recomendaciones y conclusiones de los representantes de las asociaciones de médicos de medicina general de la Unión Europea, que reproducimos en anexo de esta sección. Es obvio que resulta esencial hacer urgentemente el mayor esfuerzo para que se reduzca el tabaquismo entre los médicos que todavía fuman.

Se ha demostrado que la disminución del consumo de cigarrillos se produce por acciones a nivel social, más que por acciones dirigidas a individuos, como los programas destinados a dejar de fumar. Acciones como las prohibiciones de publicidad y los aumentos del precio de los cigarrillos influyen sobre la venta de éstos, en particular entre los adolescentes. Por eso es necesaria una política sobre el tabaco para reducir sus consecuencias para la salud. La experiencia pone de manifiesto que este objetivo debería ser perseguido con diversas acciones destinadas a disuadir a los jóvenes de fumar y a ayudar a los fumadores a dejar el tabaco. Para conseguirlo y ser

(4) Las organizaciones europeas contra el cáncer [a saber, la Comisión de las Comunidades Europeas (programa "Europa contra el cáncer"), la Organización Europea de Prevención del Cáncer, la Organización Europea de Investigación y Tratamiento del Cáncer, la Federación de Sociedades Europeas contra el Cáncer, la Escuela Europea de Oncología, el Centro Internacional de Investigación sobre el Cáncer, la Unión Internacional contra el Cáncer, la Organización Europea de Institutos Oncológicos y el Consejo Nórdico] acordaron en 1993 que la acción contra el tabaco debería ser prioritaria en sus actividades actuales, ya que representa el ámbito aislado en el que se puede alcanzar el mayor impacto frente al cáncer.

eficaz, la política en materia de tabaco debe ser global y de larga duración. Conviene recurrir a mayores impuestos sobre el tabaco, una prohibición total de la publicidad directa e indirecta, lugares públicos cerrados en los que no se fume, la educación, el etiquetado de los productos de tabaco con advertencias eficaces, una política de contenido mínimo en nicotina y en alquitrán de los cigarrillos, el estímulo del abandono del tabaco y las intervenciones individuales en materia de salud.⁴

La importancia de una intervención adecuada queda demostrada por la escasa incidencia de cáncer de pulmón comprobada en los países escandinavos que, desde principios de los años 1970, vienen adoptando, a nivel central y local, políticas y programas integrados de lucha contra el tabaquismo. En el Reino Unido, el consumo de tabaco ha disminuido en un 30 % desde 1970 y la mortalidad por cáncer de pulmón en los hombres disminuye desde 1980, aunque su índice sigue siendo elevado (véanse los comentarios previos sobre el período de latencia).

En Francia hubo entre 1992 y 1993 una reducción del 3 % del consumo de tabaco gracias a la aplicación de las medidas contra el tabaco introducidas por la ley Evin.

Por eso, las claras recomendaciones relativas al tabaco, incorporadas al primer punto del Código Europeo contra el Cáncer, deben ser:

NO FUME. Fumar constituye la principal causa aislada de muerte prematura.

FUMADOR: DEJE CUANTO ANTES DE FUMAR. En términos de mejora de la salud, dejar de fumar antes de tener un cáncer u otra enfermedad grave permite evitar la parte principal del exceso de riesgo de mortalidad vinculada al tabaco, incluso si se deja en la edad adulta.

NO FUME DELANTE DE OTROS. Las consecuencias de su consumo de tabaco pueden influir sobre la salud de los que le rodean.

SI NO FUMA, NO PRUEBE EL TABACO. La mayoría de los que prueban se convierten en fumadores habituales. Es difícil detenerse una vez que se ha comenzado.

2.

SI BEBE ALCOHOL, YA SEA CERVEZA, VINO O LICORES, MODERE SU CONSUMO

El consumo individual medio de alcohol varía considerablemente de un país a otro.

El papel carcinogénico directo del etanol no ha quedado todavía demostrado por experimentación animal o química, si bien los datos epidemiológicos ponen de manifiesto que el consumo regular de bebidas alcohólicas aumenta el riesgo de cáncer del aparato digestivo (cavidad bucal, lengua, faringe, esófago) y de la laringe.

El consumo de alcohol se asocia también al riesgo de cáncer primario de hígado, aunque la relación sea más difícil de demostrar en los estudios epidemiológicos.

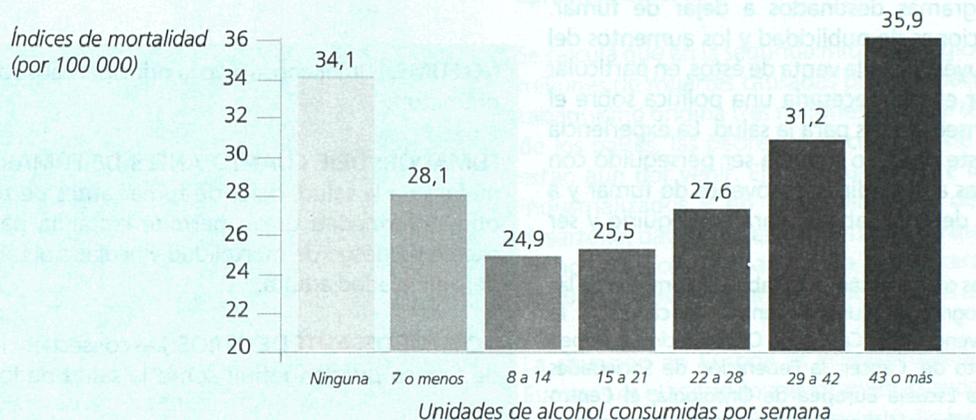
Existe una vinculación epidemiológica entre la ingesta de alcohol y la incidencia de cáncer de colon en ambos sexos, así como con la incidencia del cáncer de mama. Aunque estas asociaciones son moderadas y, por lo tanto, siguen abiertas a debate, dado que se trata de las dos neoplasias más frecuentes en los países industrializados después del cáncer de pulmón, aun un pequeño riesgo debido al consumo de alcohol puede tener implicaciones importantes para la salud pública.

De todos estos estudios se desprende que la **cantidad total** del consumo diario de alcohol etílico (etanol) es el factor determinante del riesgo, mientras el tipo de alcohol (vino, cerveza o licores) es secundario.

El consumo simultáneo de tabaco y de alcohol incrementa considerablemente el riesgo de padecer cáncer de tractos digestivo y respiratorio superiores, pues cada factor viene a multiplicar el efecto del otro entre 10 y 100 para los grandes fumadores y bebedores.

Figura 1: Mortalidad anual por consumo de alcohol respecto a todas causas de muerte en hombres

Fuente: Doll et al. (1994). Una unidad de alcohol (una copa de cerveza, vino o licor) corresponde a 8-10 gramos de etanol.



Es bien conocido el esquema *en forma de U* (o de *J*) de la distribución de la ingestión de alcohol en relación con el riesgo de enfermedades cardiovasculares, de mortalidad cardiovascular y de mortalidad total: este esquema clásico es el de un riesgo **más escaso** en los que beben con moderación, frente al de los no bebedores, y un riesgo **creciente** a medida que el consumo de alcohol aumenta (figura 1). Sin embargo, no es fácil fijar un límite de ingestión diaria de alcohol por debajo del cual el consumo de alcohol está completamente libre de un riesgo de cáncer (o en otros términos, señalar el límite superior de un consumo regular de alcohol completamente seguro). Factores como el sexo, la edad, las condiciones fisiológicas o el perfil alimentario modifican probablemente tal límite.

Parece haberse demostrado, entre quienes consumen con moderación algo de alcohol, un ligero efecto protector frente a enfermedades cardiovasculares (con una ingesta inferior a 20 gramos de etanol diarios, lo que corresponde a dos vasos de vino tomados con regularidad).

Este último punto no permite, sin embargo, recomendar incondicionalmente ni siquiera un moderado consumo de alcohol. De hecho, existe cierto número de interrogantes sobre hasta qué punto pequeñas dosis de alcohol pueden estar relacionadas con el riesgo de padecer determinados cánceres (cáncer de mama, en la mujer, o cáncer de colon, en el hombre). En este sentido otros estudios se están realizando.

Por último, hay que señalar que para algunos bebedores el alcohol conlleva un riesgo de adicción, por lo que les resultaría imposible limitar su consumo.

N.B.: 1 copa de vino = 1/4 litro de cerveza = 1 medida de licor = 1 unidad de alcohol (véase también el riesgo del consumo combinado de tabaco y alcohol, sección 1).

Por eso, los médicos generales tienen la responsabilidad de aconsejar a sus pacientes que consideren moderar su consumo de alcohol.

3.

AUMENTE EL CONSUMO DIARIO DE VERDURAS Y FRUTAS FRESCAS. COMA A MENUDO CEREALES CON UN ALTO CONTENIDO DE FIBRA.

Existe una amplia y coherente panoplia de datos epidemiológicos que apuntan a que un consumo elevado de fruta y verduras es uno de los factores protectores más importantes contra el riesgo de padecer gran número de formas del cáncer (en particular de pulmón, laringe, orofaringe, esófago, estómago, colon, recto y páncreas). El análisis de los diversos tipos de fruta y verduras presenta sistemáticamente una asociación negativa con el riesgo de cáncer para muchas de ellas, como la lechuga, la zanahoria, las verduras foliáceas y las plantas crucíferas, los cítricos, las coles y las liliáceas (ajos, cebollas), las leguminosas, etc.

Pese a que no se comprenden con claridad los mecanismos de acción, el consumo de verduras y de frutas de todo tipo se asocia a un riesgo reducido frente a los cánceres epiteliales del tubo digestivo y tracto respiratorio, de manera tan clara que justifica el consejo que imparte esta sección del Código.

Los índices consistentemente más bajos de numerosas formas de cáncer señaladas en los países del sur de Europa se han atribuido a la llamada dieta mediterránea, que contiene por regla general menos grasas totales, en particular grasas animales y carnes, mientras que contiene más pescados, aceite de oliva, verduras y frutas, fibras y cereales. Aunque hay muchos indicios que apuntan a que exista una relación, ésta aún no ha podido demostrarse satisfactoriamente. Cabe aconsejar esta dieta tanto por los beneficios que proporciona respecto a otras enfermedades crónicas como por la reducción del riesgo de cáncer.

En cuanto a la cuestión de los complementos dietéticos, se llevó a cabo un estudio en China entre 1986 y 1991 (Blot, W.J., Li, J-Y., *et al.*, véase la bibliografía) destinado a probar el efecto de cuatro grupos de aditivos en una población que presenta uno de los índices mundiales más elevados de cáncer esofágico/gástrico. Los resultados ponen de manifiesto una reducción significativa del cáncer gástrico en el grupo que tomó β -caroteno, vitamina E y selenio. No hubo respuesta significativa al retinol ni al zinc, a la riboflavina ni a la niacina, a la vitamina C ni al molibdeno. La

conclusión es que existen ventajas potenciales en el aporte suplementario de antioxidantes. Hay que señalar, sin embargo, que esta población llevaba varias décadas sufriendo una carencia vitamínica. No es posible actualmente, sobre la base de las pruebas de que se dispone, recomendar como medida general un aporte dietético complementario de vitaminas y minerales para reducir el riesgo de cáncer.

Uno de los estudios más útiles sobre dieta y cáncer publicados desde la aparición del primer Código es el artículo de síntesis de Steinmetz y Potter. Estos autores revisaron diversos estudios epidemiológicos relativos a la relación entre la dieta y el cáncer. Se demuestra la relación entre cánceres de localizaciones específicas y determinadas frutas y verduras. Por ejemplo, el consumo de zanahorias y de verduras foliáceas (ricas en fuentes de β -caroteno) parece estar específicamente vinculado a menores índices de cáncer de pulmón. (En cambio, la naturaleza compleja de la investigación dietética viene ilustrada por la *ausencia* de efecto protector asociado al aporte complementario de β -caroteno frente al cáncer de pulmón, en un estudio randomizado llevado a cabo con fumadores finlandeses). Las verduras crucíferas y las zanahorias parecen asociarse con índices más bajos de cáncer de colon, más que otras verduras que contienen menos indoles, isotiocianatos, ditioliones y/o β -caroteno, pero que tienen el mismo contenido en fibra. Esto parece indicar que las verduras pueden tener otros cometidos que el que simplemente les confiere la fibra que contienen.

Si bien el Instituto Nacional de lucha contra el Cáncer (NCI) de los Estados Unidos preconizaba un programa *de cinco tomas al día* de frutas y verduras, actualmente es difícil indicar con precisión la cantidad de frutas y de verduras necesaria para conferir cierta protección. Siempre que sea posible, deberían consumirse en cada comida frutas y verduras.

En Europa, las acciones presentadas en esta recomendación podrían llevar a una reducción del riesgo de cáncer.

4.

EVITE EL EXCESO DE PESO, HAGA MÁS EJERCICIO FÍSICO Y LIMITE EL CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN GRASAS.

El exceso de peso reduce la expectativa de vida, y se ha demostrado que es una causa importante de morbilidad general (Must *et al.*, 1992; Lee *et al.*, 1993). Aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular, y también podría conllevar un mayor riesgo de cáncer. La ingesta elevada de grasas puede conducir a la obesidad y se ha identificado, en sí misma, como factor potencial de riesgo de cáncer. Puede haber un vínculo entre la obesidad y el consumo de materia grasa, pero estos factores no se correlacionan completamente.

La obesidad como factor de riesgo: pruebas epidemiológicas

Diversos factores determinantes del peso corporal (como la actividad física, la ingesta energética total, el consumo de tabaco y de alcohol) influyen por separado en el riesgo de padecer cáncer, por lo que es difícil determinar el efecto preciso de la obesidad. Asimismo parece existir un componente hereditario de la obesidad, sin relación con los hábitos alimenticios.

Algunos estudios epidemiológicos indican que el exceso de peso incrementa el riesgo de padecer cáncer.

Entre los 750 000 participantes que pudieron ser evaluados en un vasto estudio americano de cohorte, 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. Se encontró un aumento de la mortalidad por cáncer de colon y recto, próstata, cuerpo del útero, cuello del útero, vesícula biliar y mama.

En otro estudio de cohorte realizado en Dinamarca se estudiaron casi 44 000 obesos, de quienes se comparó la frecuencia de cáncer con la del conjunto de la población danesa. La incidencia general fue un 16% más elevada en la cohorte de estas personas, y las principales localizaciones de los cánceres fueron el cuello del útero, el páncreas, la próstata, el colon, el esófago, el hígado y la mama entre las mujeres de más de 70 años (Moller *et al.*, 1994).

Algunos de los mecanismos que podrían explicar el efecto del exceso de peso parecen estar relacionados con factores hormonales (cánceres de mama y de endometrio), con el consumo de alcohol (cáncer de esófago y de hígado en el estudio danés) y con las prácticas alimenticias (localizaciones como el colon o el páncreas).

Se dispone de datos que hacen pensar que un mayor consumo de grasa aumenta el riesgo para el cáncer de colon y de próstata y, hasta cierto punto quizá, para el cáncer de páncreas, de ovario y de endometrio (La Vecchia, 1992). No obstante, la hipótesis previa según la cual un consumo más importante de materias grasas aumenta el riesgo de cáncer de mama aún no ha sido demostrada en los principales estudios de cohortes y de casos.

Además, diferentes tipos de grasas (saturadas, poliinsaturadas, monoinsaturadas, o grasas vegetales parcialmente hidrogenadas) pueden tener distintos efectos sobre el riesgo de cáncer. Esto está siendo actualmente objeto de muchas investigaciones.

Los datos disponibles indican que no parece estar justificada una reducción del consumo de grasas alimenticias que vaya más allá de las recomendaciones actuales.

¿Cuál ha de ser el mensaje?

Basándonos en los datos epidemiológicos, sigue siendo prudente que los médicos aconsejen a sus pacientes:

- Es bueno evitar el exceso de peso, no sólo para la prevención del cáncer, sino para reducir la morbilidad y la mortalidad en general, especialmente la causada por las enfermedades cardiovasculares.
- Hay que disminuir la ingesta de grasas.
- Restringir el consumo de grasas saturadas (carne roja, queso) y tomar más pescado y pollo puede no sólo ayudar a prevenir el cáncer, sino que podría tener efectos beneficiosos sobre las enfermedades cardiovasculares.
- La actividad física es buena para la prevención del cáncer y para la salud, en general.

Parece haber períodos críticos para la aparición de la obesidad en la infancia, por lo que el consejo de evitar el exceso de peso como medida preventiva podría dirigirse a niños y adolescentes.

5.

EVITE LAS EXPOSICIONES PROLONGADAS AL SOL Y LAS QUEMADURAS POR EL SOL, ESPECIALMENTE DURANTE LA INFANCIA

La incidencia del cáncer cutáneo ha aumentado tremendamente durante este siglo, en particular en Europa del norte, y sigue aumentando. Esto se refiere a los cánceres epiteliales (carcinoma vasocelular y espinocelular), así como al melanoma maligno.

Los melanomas son mucho menos frecuentes que los carcinomas cutáneos epiteliales, pero de mucho peor pronóstico: un 50 % de los pacientes de melanoma mueren como consecuencia del mismo. El diagnóstico precoz es crucial para un tratamiento con éxito.

La incidencia del melanoma se ha duplicado cada diez años en numerosos países. **Su tasa de aumento ha superado la de todos los demás cánceres, con excepción del de pulmón en las mujeres.** La incidencia anual del melanoma maligno en el Reino Unido y en Alemania es actualmente de alrededor de 10 por 100 000 personas al año, lo que supone, en una vida, un riesgo aproximado de 1 por 200.

El melanoma y la exposición al sol: hay relación

Resulta cada vez más claro que el factor etiológico principal del melanoma está relacionado con ciertos aspectos de la exposición a la luz solar. Esto se demuestra principalmente por el hecho de que el melanoma es fundamentalmente una enfermedad de los pueblos de piel blanca (la piel blanca es mucho más sensible a los efectos nocivos del sol), aunque tampoco las personas de piel más oscura están completamente a salvo del riesgo de melanoma.

Cuadro 7

Tendencia del melanoma maligno (ICD-9 172) en determinadas zonas de registros del cáncer en la Unión Europea

	Hombres		Mujeres	
	<i>Índice de incidencia en 1990 ⁽¹⁾</i>	<i>% estimado de cambio entre 1980 y 1990 ⁽⁴⁾</i>	<i>Índice de incidencia en 1990 ⁽¹⁾</i>	<i>% estimado de cambio entre 1980 y 1990 ⁽⁴⁾</i>
Dinamarca	13,8	42,1	17,2	33,8
Francia, Isère	5,1	45,6	8,0	79,4
Italia, Varese ⁽²⁾	5,9 ⁽⁴⁾	14,8	5,6 ⁽²⁾	15,2
Países Bajos, Sur	7,6	52,2	10,8	47,8
España, Tarragona ⁽³⁾	5,4 ⁽³⁾	45,5	3,0 ⁽³⁾	51,2
Reino Unido, Escocia	9,0	73,7	11,9	51,5

Notas

- ⁽¹⁾ Estandarizada por edad de acuerdo con "European Standard Population".
⁽²⁾ Los datos de Varese son de 1987.
⁽³⁾ Los datos de Tarragona son de 1987.
⁽⁴⁾ El % de cambio se estima por regresión lineal logarítmica.

CIIC (1995, no publicado)

Cuadro 8

FOTOTIPOS

FOTOTIPO	CABELLO	PIEL	QUEMADURA	BRONCEADO
0	blanco	albina	constante+++	0
I	rojo	blanca	constante++	0
II	claro	clara	constante+	ligero
III A	claro	clara		ligero, o
III B	castaño claro	mate	frecuente	moreno
IV	castaño	mate	rara	moreno
V (tipo mediterráneo)	castaño	mate	excepcional	muy moreno
VI (raza negra)	negro	negra	ausente	negro

Además del mayor riesgo para las personas del fototipo del grupo III o menos, los riesgos suelen ser mayores para quienes viven en zonas muy soleadas, en altura o que trabajan habitualmente al aire libre, como los campesinos, obreros de la construcción, marineros, etc.

La incidencia anual del melanoma ha aumentado en las poblaciones blancas de todos los continentes, y sólo lo ha hecho muy ligeramente entre las poblaciones de origen africano o asiático (si bien disponemos de pocos datos epidemiológicos sobre estas poblaciones). En Europa, el incremento de la incidencia del melanoma se ha relacionado con el bronceado, que está de moda desde los años treinta.

También existe una correlación entre la latitud y la incidencia del melanoma en las poblaciones de piel blanca, como demuestra el hecho de que la mayor incidencia se da en Australia y en las regiones más meridionales de Estados Unidos.

Una exposición excesiva al sol acumulada durante toda una vida contribuye al riesgo de melanoma. Esto queda ilustrado, por ejemplo, por el hecho evidente de que las lesiones cutáneas no melanomatosas inducidas por el sol, como el carcinoma de células basales y las queratosis actínicas, constituyen factores significativos de riesgo de melanoma.

Por otra parte, estudios de casos realizados en Europa han puesto de manifiesto que la relación existente entre riesgo de melanoma y exposición al sol no es una simple relación acumulativa. Se ha observado que, al menos en la Europa septentrional, se exponen más al melanoma las personas que trabajan en edificios que las que trabajan al aire libre, lo que hace pensar que el carácter intermitente de la exposición es crucial, que lo dañino es el ciclo de estar blanco en invierno, rosa en primavera y bronceado en verano.

Una exposición excesiva al sol es más nociva durante la infancia y la adolescencia que en la vida adulta. Estudios de casos han revelado que **las quemaduras de sol que se producen antes de la edad de 15 años** constituyen un factor de riesgo de melanoma significativo.

Datos recientes de estudios de casos apuntan a que el empleo de solarios y lámparas ultravioletas (UV) para conseguir el bronceado también puede incrementar el riesgo de melanoma maligno. Aunque esta relación todavía no esté definitivamente establecida, lo que sí es cierto es que el uso de solarios acelera el envejecimiento de la piel (Véase Autier, 1994).

Todavía no se sabe con certeza si la utilización de protectores solares presenta ventajas de cara a la reducción del riesgo de melanoma. Si bien pueden evitar que algunos tipos de luz ultravioleta alcancen la piel (concretamente los rayos ultravioletas B), no es menos cierto

que permiten una mayor exposición a otros tipos de luz ultravioleta (A, C) que pueden ser dañinos. Por eso, el uso de cremas solares para alargar la exposición al sol puede incluso incrementar el riesgo de padecer cáncer cutáneo.

Por todo ello, el mensaje de prevención debe ser:

- Evite la exposición excesiva al sol.
- Evite las quemaduras de sol, especialmente en la infancia y adolescencia.
- Reduzca su exposición total acumulada al sol o, mejor todavía, no se broncee.
- No use solarios.

6.

RESPETE ESTRICTAMENTE LAS NORMAS DESTINADAS A EVITAR CUALQUIER TIPO DE EXPOSICIÓN A SUSTANCIAS CONSIDERADAS CANCERÍGENAS. CUMPLA TODAS LAS INSTRUCCIONES DE SALUD Y SEGURIDAD EN RELACIÓN CON LAS SUSTANCIAS QUE PUEDEN PROVOCAR CÁNCER

El mensaje de este punto se dirige a tres grupos. En primer lugar, a los responsables de aconsejar a los legisladores en materia de sanidad y a quienes se encargan de aplicar la legislación en materia de instrucciones de seguridad, lo que incluye asesorar sobre cómo evitar el riesgo vinculado a algunas sustancias peligrosas. En segundo lugar a quienes, como los gerentes, deberían seguir estas instrucciones y aplicar la legislación de seguridad, con inclusión de advertencias y asesoramiento a las personas a riesgo con el fin de que eviten los peligros. En tercer lugar, a las personas en situación de riesgo, con el fin de motivarlas para que se informen y cumplan las instrucciones para evitar la exposición a los riesgos y en materia de seguridad.

Cuadro 9

<i>proceso industrial o químico</i>	<i>demostrado mediante estudios con personas</i>	<i>órganos afectados</i>
producción de aluminio	●●●	pulmón, vejiga
manufactura de auromina	●●●	vejiga
fabricación y reparación de calzado	●●●	cavidad nasal, leucemia
gasificación de carbón	●●●	piel, pulmón
producción hullera	●●●	piel, pulmón, riñón
fabricación de muebles	●●●	cavidad nasal
minería de la hematita (en interior, con exposición al radón)	●●●	pulmón
fabricación de isopropanolol (procesado de ácidos fuertes)	●●●	cavidad nasal
fabricación de magenta	●●●	vejiga
pintores (exposición profesional)	●●●	pulmón
industria del caucho	●●●	vejiga, leucemia
exposición a fuertes nieblas inorgánicas que contengan ácido sulfúrico	●●●	pulmón, laringe
insecticidas no arseniales (exposición profesional al pulverizar)	●	pulmón
refinado del petróleo	●	piel, leucemia

Los médicos de atención primaria siempre se encuentran en posición de influir en los estilos de vida y, en particular, de informar a sus pacientes sobre los riesgos sanitarios, también tienen un cometido que cumplir en el fomento de la observancia del presente consejo. Concretamente, en cuanto a la salud en el trabajo, el papel del médico general varía considerablemente en los distintos países de la Unión Europea. En algunos Estados miembros los facultativos de medicina general están activamente comprometidos con la salud en el trabajo y tienen responsabilidades de asesoramiento de los empresarios y de evaluación de los riesgos sanitarios asociados con la actividad laboral en cuestión. Estos médicos conocen las directivas del Consejo relativas a la exposición a los carcinógenos en el trabajo y la legislación y las reglamentaciones nacionales al respecto derivadas de ellas.

También los médicos de atención primaria que no tienen un cometido específico en la medicina del trabajo tienen responsabilidades con respecto a esta sección del Código europeo, a saber:

1. Conocer la ocupación de su paciente y los riesgos que conlleva.
2. Asegurarse de que su paciente es consciente de los peligros de su entorno laboral.
3. Alentar al paciente a que haga uso de su responsabilidad para protegerse, por ejemplo mediante el uso adecuado de la vestimenta de protección.
4. Asegurarse de que el paciente ejercite su derecho a la información sobre su entorno de trabajo y los resultados de evaluaciones tanto medioambientales como biológicas.
5. Mantenerse alerta en cuanto al posible origen de cánceres que observe en su consulta, con respecto a la actividad profesional presente y pasada de sus pacientes.

Como es el caso con muchas otras causas del cáncer, compete al médico general de familia informar al paciente sobre el potencial co-carcinogénico del tabaco en cánceres derivados de la exposición a ciertos cancerígenos conocidos.

No cabe esperar de los médicos generales que conozcan todas las sustancias empleadas en la industria que pueden potencialmente presentar un riesgo de cáncer. El cuadro relación puede ayudarles a

tomar conciencia de los procesos industriales asociados con el cáncer, algunos de los cuales pueden existir en su zona.

Menos del 4% de los cánceres se atribuyen al medio ambiente profesional, pero gran parte del riesgo puede evitarse siguiendo los consejos precedentes.

7.

CONSULTE AL MÉDICO SI NOTA ALGÚN BULTO, UNA HERIDA QUE NO CICATRIZA (INCLUSO EN LA BOCA), UN LUNAR QUE CAMBIA DE FORMA, TAMAÑO O COLOR, O CUALQUIER PÉRDIDA ANORMAL DE SANGRE.

8.

CONSULTE AL MÉDICO EN CASO DE PROBLEMAS PERSISTENTES, TALES COMO TOS O RONQUERA PERMANENTES, CAMBIO EN SUS HÁBITOS INTESTINALES, ALTERACIONES URINARIAS O PÉRDIDA ANORMAL DE PESO.

Los puntos 1 a 6 del Código van dirigidos a la modificación del estilo de vida con vistas a reducir el riesgo de padecer ciertos cánceres. Las dos recomendaciones presentes pueden ser útiles como prevención secundaria ya que, si se respetan, pueden conducir a un diagnóstico más precoz si los signos guardan relación con un cáncer. Como las posibilidades de supervivencia son mejores cuando el cáncer se encuentra en una fase temprana y localizada que más tarde, cuando está en una etapa avanzada, cuanto antes consulte el paciente a un médico al aparecer estos síntomas, mejor.

El objetivo de estas dos recomendaciones es, pues, velar por que no pasen desapercibidos estos síntomas para el paciente, sino que comprenda que ha de consultar a su médico, aun cuando muchos de

ellos no son específicos del cáncer. Básicamente, es importante que los pacientes sepan que deben consultar a un médico en cuanto se produce un cambio de las funciones fisiológicas normales, una modificación del estado de la piel o un síntoma anormal persistente, especialmente de los mencionados.

También reviste una importancia capital que el médico general, además de los exámenes clínicos apropiados, emprenda una acción adecuada lo antes posible, una vez que el paciente le ha informado de tales cambios. Esto quiere decir servirse de los medios para el diagnóstico de que disponga, como la prueba de sangre en heces, o indicar una exploración radiológica en el caso de una tos persistente que cursa sin signos clínicos o de una infección torácica que no resuelve. (N.B.: la prueba de sangre en heces está evaluándose todavía como método de *screening* para los cánceres del colon.)

Los médicos de atención primaria observarán que en el código revisado se ha añadido a este punto un «cambio en sus hábitos miccionales».

También se insiste en la importancia de considerar un posible cáncer en estadio precoz como causa no sólo de la presencia de sangre en heces, en orina, en vómitos o de hemorragias vaginales en mujeres postmenopáusicas, sino también en el caso de hemorragia persistente o anormal de la nariz, de los oídos o de llagas, aunque puede haber muchas otras causas comunes para estos trastornos.

Hay que prestar especial atención a las llagas bucales que no curan, pues pueden asociarse con cáncer.

Bultos

Todo médico procederá, por supuesto, a una exploración clínica habitual en presencia de un bulto (incluido el examen de los ganglios linfáticos). Subrayemos aquí el hecho de que si bien la inflamación de ganglios linfáticos puede indicar una metastatización o un proceso compatible con un linfoma, no siempre se observa la aparición de nódulos como primer síntoma de este cáncer, sino más bien un amplio espectro de síntomas inespecíficos.

La detección de un bulto en la mama se trata en la sección 10 del Código.

Lunares que cambian de tamaño, forma o color

Dado que la mayoría de los melanomas son detectados por el paciente, que la detección precoz es importante y que puede fácilmente llevarse a cabo, es de especial importancia que los pacientes sean capaces de reconocer que deben informar de tales cambios, y que todos los médicos, especialmente los de medicina general, que tienen ocasión en la exploración clínica de identificar tales lesiones, estén familiarizados con el aspecto de los melanomas. La importancia de la detección precoz viene reforzada por el hecho de que la supervivencia a los 5 años es del 92 % para los melanomas cuyo grosor de Breslow (el grosor en milímetros desde la capa celular más superficial de la piel a la parte más profunda del tumor) es inferior a 1,5 mm, pero ya no es más que del 32 % para un grosor de Breslow de más de 3,5 mm.

La mayoría de los melanomas (el 55 % aproximadamente en la población blanca europea) son melanomas que se extienden en superficie y proceden frecuentemente de lunares (probablemente alrededor del 60 % o 70 %). Estas lesiones tienen un índice de crecimiento relativamente lento y se han ido desarrollando a menudo durante meses, o incluso años, en el momento en que los ve el médico. Por eso, una educación sanitaria para aumentar el nivel de conciencia relativo a tales lesiones ofrece el potencial de un diagnóstico mucho más precoz, con su consiguiente mejor pronóstico. Los melanomas que se extienden en superficie tienen generalmente un diámetro superior al de la mayoría de los lunares (más de 5 mm), su forma es irregular y su color varía. Con el fin de facilitar la identificación de tales lesiones, se aconseja consultar a un médico si el lunar cambia de forma, color o tamaño. Los melanomas nodulares, menos frecuentes, tienen un índice de crecimiento mucho más rápido y pueden semejar un bulto rojo o pigmentado que puede sangrar. Es mucho más difícil dar consejos fácilmente comprensibles sobre tales lesiones, que permitan a la población hacer la distinción entre melanoma maligno y benigno.

Con cierta frecuencia, si los pacientes no informan de síntomas anormales o persistentes no es por ignorancia por su parte, sino por miedo del cáncer. *Por eso es vital que el facultativo de medicina general, en las ocasiones propicias, intente modificar la actitud del paciente frente al cáncer, y le ayude a comprender las ventajas de mencionar enseguida problemas persistentes o signos anormales.*

9.

HÁGASE UN FROTIS VAGINAL REGULARMENTE. PARTICIPE EN LOS PROGRAMAS ORGANIZADOS DE DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO.

El cáncer de cuello del útero es un cáncer ginecológico frecuente. Su incidencia actual refleja tanto la exposición a factores de riesgo como el nivel de la actividad de cribado, aumenta rápidamente con la edad hasta los 40 años aproximadamente, alcanza su máximo entre los 45 y los 54, y se estabiliza luego. Esta enfermedad es rara por debajo de los 25 años.

En muchos países en vías de desarrollo, el cáncer de cuello del útero es uno de los más frecuentes, y representa alrededor de un 25 % de todos los cánceres femeninos. En las poblaciones industrializadas, la enfermedad es menos frecuente. En los países de Europa central y oriental, las tasas anuales de incidencia de enfermedad invasiva ajustadas por edad son del orden de 15 a 25 por 100 000 mujeres. En los países escandinavos, la incidencia anual era de 15 a 30 por 100 000 mujeres antes de la instauración de programas de detección sistemática.

Se ha evaluado la eficacia de la detección precoz y sistemática del cáncer de cuello del útero sobre la base de varios estudios no experimentales, estudios de casos y estudios de cohortes, así como tendencias en el tiempo y diferencias geográficas. El de mayor envergadura es el estudio conjunto coordinado por el *Centro Internacional de Investigación sobre el Cáncer* (CIIC), que ha puesto de manifiesto que la erradicación de la enfermedad es un objetivo no realista y que la protección máxima después de un frotis negativo es de cerca de un 90 %, así como que el porcentaje permanece prácticamente igual durante varios años después de la prueba. Esta conclusión se ajusta a los resultados de los estudios consagrados a la historia natural de la enfermedad, los cuales pusieron de manifiesto que la mayoría de las lesiones preinvasivas sólo desembocan en un cáncer francamente invasivo al cabo de varios años.

Los efectos son algo menores a escala de la población. En algunos de los países escandinavos, la reducción fue del 80 % en las mujeres de los grupos de edad que fueron objeto de un *cribado* intensivo.

Cuadro 10

Incidencia del cáncer de cuello del útero en poblaciones de alto y bajo riesgo no sometidas a *cribado*. Índice estandarizado por edad e índices específicos por edad por cada 100 000 mujeres (1963-1967).

	Todas edades	Grupo de edad (años)								
		20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
Cali,Colombi	75,6	4,3	15,4	47,9	98,8	154,5	191,4	186,2	236,9	27
Birmingham, Reino Unido	13,6	0,7	2,8	8,7	24,6	38,5	41,7	37,7	33,1	27,1
Cali/Birmingham	5,5	6,1	5,5	5,5	4,0	4,0	4,6	4,9	7,2	10,2

Fuente: *Directrices europeas para garantizar la calidad del cribado del cáncer de cuello uterino, DG VI/2236/92, pág.19.*

La experiencia de los países escandinavos pone de manifiesto que tales programas son eficaces y requieren menos recursos que los programas basados en una participación espontánea.

Un ejemplo de ello lo constituye la experiencia de Islandia, donde el *cribado* del cáncer de cuello uterino se inició en 1965, y en la que en 1970 el 80% de las mujeres de edades comprendidas entre 25 y 70 años se habían sometido al menos a un test de Papanicolaou. En los 20 años que siguieron, el índice de mortalidad por cáncer del cuello uterino descendió en un 60%. Como resultado de un programa similar en Suecia, el cáncer de cuello del útero, que al principio de los años 60 era el tercer cáncer más frecuente, ocupa actualmente el decimocuarto lugar.

Es indispensable un alto índice de participación para una detección eficaz. Si se determina la población que debe ser objeto de la detección y se identifica a las mujeres de la misma, se pueden cursar invitaciones personales. Una *invitación personal* constituye probablemente el mejor medio de obtener una alta participación, en

particular cuando va asociada a una información eficaz por los medios de comunicación. También el carácter gratuito ha demostrado mejorar la participación. La garantía de calidad en todas las fases del procedimiento – con inclusión de los médicos de medicina general, cuando participan – también ha demostrado ser un elemento importante del éxito de los programas de *cribado*.

Un programa organizado y con gran cobertura, en el que el *cribado* comienza a los 25 años y se repite a intervalos de 3 o 5 años hasta la edad de 60 años permite alcanzar una eficacia casi máxima.

Es importante asegurarse de que las mujeres comprendan la necesidad de seguir sometiéndose a *cribado* a intervalos regulares incluso después de la menopausia.

Sólo se debería prever una extensión de este enfoque (por ejemplo, por grupos de edad) si se ha alcanzado una cobertura máxima, se dispone de recursos y se ha evaluado la rentabilidad marginal de las modificaciones recomendadas.

Es importante que los médicos de atención primaria cumplan su cometido en los programas organizados de detección precoz y sistemática del cáncer de cuello del útero. Para garantizar la máxima eficacia de cualquiera de estos programas, deberían:

1. Animar a las mujeres de los grupos de edad a los que se dirija el programa y, en particular, a las sexualmente activas, a que acepten el *cribado* y se sometan a él a intervalos regulares.

Cuando sea posible, la primera cita y las cartas para recordárselo irán firmadas por el médico de cabecera, y se enviarán a las consultas las listas de las que no se hayan presentado.

El contacto personal es importante para insistir en el carácter preventivo y en las ventajas del examen para cada mujer, especialmente para las que necesitan un *cribado* más que otras, dados sus antecedentes socioculturales.

2. Asegurarse, si son ellos quienes llevan a cabo la prueba, de que su técnica de recogida de frotis es lo suficientemente depurada para que éstos sean de calidad.

3. Explicar el resultado del test a la paciente y organizar un sistema fiable de seguimiento (cánceres detectados, falsos positivos y falsos negativos). La evaluación y los protocolos terapéuticos deberán ser consensuados entre todos los profesionales implicados.

Vease Anexo II: Se exponen en el anexo las recomendaciones del Comité de expertos oncólogos, de fecha 6 de abril de 1992, sobre el *cribado* del cáncer del cuello uterino.

Cuadro 11

Incidencia de carcinoma invasivo de células escamosas del útero tras dos o más frotis normales, expresada en proporción de su incidencia en una población comparable no sometida a *cribado*.

Tiempo (en meses) transcurrido desde el último frotis	Incidenia proporcional
0-11	0,06
12-23	0,08
24-35	0,12
36-47	0,19
48-59	0,26
60-71	0,28
72-119	0,63
120+	-1,00

Fuente: *Directrices europeas para garantizar la calidad del cribado del cáncer de cuello uterino, DG V/2236/92, pág. 20*

Cuadro 12

Eficacia de distinta políticas de *cribado*. Reducción proporcional de la incidencia de carcinoma invasivo de células escamosas del cuello del útero suponiendo una participación del 100 %

Política	Grupo de edad	% de reducción acumulativa por grupo de edad	Número de frotis por mujer
Cada 10 años	25-65	64	5
Cada 5 años	35-64	70	6
Cada 5 años	25-64	82	8
Cada 5 años	20-64	84	9
Cada 3 años	35-64	78	10
Cada 3 años	25-64	90	13
Cada 3 años	20-64	91	15
Cada año	20-64	93	45

Fuente: *Directrices europeas para garantizar la calidad del cribado del cáncer de cuello uterino, DG V/2236/92, pág. 21*

Cuadro 13

Cribado a partir de los 35 años

Frecuencia del cribado	% de reducción, en índice acumulativo (1)	Número de frotis
Cada año	93,3	30
Cada 2 años	93,3	15
Cada 3 años	91,4	10
Cada 5 años	83,9	6
Cada 10 años	64,2	3

(1) *Suponiendo que el cribado comience a los 35 años y que antes haya tenido lugar otro.*

Fuente:

Boletín de la OMS 64(4): 607-618, 1986

10.

EXAMINE PERIÓDICAMENTE SUS SEÑOS. SI HA CUMPLIDO 50 AÑOS DE EDAD, PARTICIPE EN LOS PROGRAMAS DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA.

Actualmente no es posible una prevención primaria del cáncer de mama mediante una reducción de la exposición a los factores de riesgo: los factores de riesgo conocidos se asocian a riesgos relativos poco importantes (generalmente menos de dos) y a menudo no pueden modificarse.

La quimioprevención mediante el empleo de suplementos dietéticos o de tamoxifen para reducir la incidencia del cáncer en mujeres sanas se está evaluando en varios países, gracias a amplios ensayos randomizados. Mientras no se disponga de los resultados

de estas pruebas no pueden hacerse recomendaciones aplicables al conjunto de la población.

El objetivo general de la detección precoz es identificar los cánceres de mama cuando son pequeños, se encuentran en una fase inicial y tienen otras características que apuntan a un pronóstico favorable. Hay indicios fundados de que esto puede reducir la mortalidad por cáncer de mama. Algunos estudios de supervivencia a largo plazo ponen de manifiesto una clara asociación entre menor supervivencia y mayor tamaño o fase más avanzada del tumor primario.

Otras pruebas indirectas de la importancia de un diagnóstico precoz son las derivadas de las comparaciones de los esquemas internacionales de índices de incidencia y de mortalidad, entre los que la correlación es escasa. Los índices de mortalidad van en aumento en muchos países, incluidos los más de la Unión Europea, pero disminuyen por cohorte de nacimiento en los Estados Unidos, Canadá, Australia, el Reino Unido, Suiza y los países escandinavos. Se considera que una mayor concienciación en materia de salud mamaria y el cribado son responsables de gran parte de la reducción.

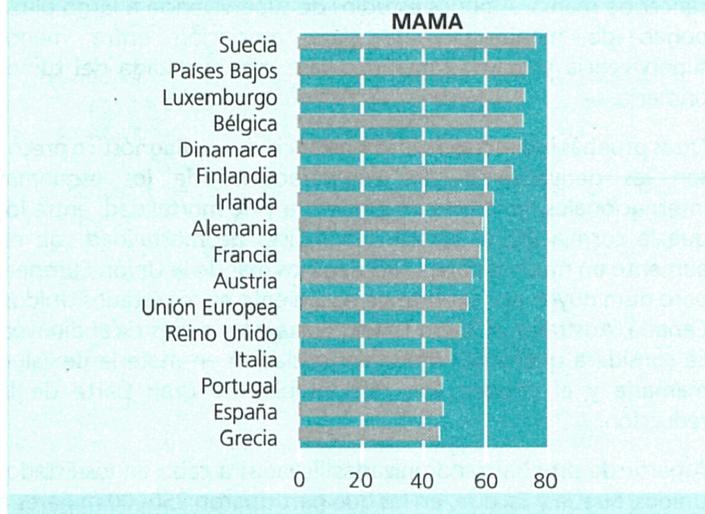
A partir de pruebas randomizadas llevadas a cabo en los Estados Unidos, Suecia y Escocia, en las que participaron 250000 mujeres a las que se les hizo un seguimiento durante al menos diez años, ha podido establecerse que **los cribados mamográficos regulares de mujeres de edades comprendidas entre los 50 y los 70 años aproximadamente reducen la mortalidad por cáncer de mama**. Los cálculos más optimistas indican que la reducción puede ser del 30% si se da una buena participación en el cribado y si el estándar de control de calidad es alto.

Hasta el momento no ha quedado demostrado que el cribado sea beneficioso para mujeres de más edad. Los resultados para mujeres más jóvenes (menores de 50 años) son ambiguos; ninguna prueba tiene el suficiente valor estadístico para proceder a un análisis separado de estas mujeres.

El autoexamen mamario no constituye un método de cribado, pero es un método sencillo de detección precoz que pueden aplicar todas las mujeres. No obstante, su evaluación formal en un único estudio realizado en el Reino Unido arrojó resultados decepcionantes. La mortalidad por cáncer de mama se redujo en sólo uno de los dos centros ingleses en los que se había introducido la enseñanza del autoexamen mamario.

Figura 2

**Incidencia del cáncer de mama
(CIIC, no publicado, 1995)**



Sin embargo, aconsejar el autoexamen mamario puede ser un buen método de hacer que las mujeres tomen conciencia de la importancia de controlarse los pechos. Con frecuencia preguntan al médico al respecto, quien tiene entonces la oportunidad de aconsejar e instruir sobre el autoexamen mamario y la mamografía.

En ausencia de mejores alternativas, deberían recomendarse a las mujeres europeas una mayor conciencia individual en materia de salud mamaria y el autoexamen mamario cuando no se disponga de programas organizados de cribado mamográfico y entre dos exámenes mamográficos de rutina.

Por desgracia, no se dispone actualmente de programas organizados de cribado mamográfico dirigidos a las mujeres de todos los países de la Unión Europea, si bien se han llevado a cabo estudios piloto en todos los Estados miembros que no disponen de un programa nacional organizado de cribado mamográfico.

Actualmente, el uso de un cribado mamográfico para mujeres premenopáusicas sigue siendo un tema de investigación, más que de asistencia sanitaria de rutina. Sin embargo, el 41 % de los años de

vida perdidos por causa de cáncer de mama diagnosticado antes de la edad de 80 años son atribuibles a casos que presentan una sintomatología entre los 35 y los 49 años. El médico general debe explicar a estas mujeres la relativa ineficacia del cribado para la reducción de la mortalidad en este grupo de edad.

No obstante, este cometido principal de ningún modo impide al médico general de familia proponer la mamografía en los casos adecuados, en los que existen factores de riesgo particularmente altos.

Si se sigue la recomendación nº 10, debería alcanzarse una reducción de la mortalidad y una reducción de la incidencia total de tumores mayores y en estadios más avanzados, así como una mayor utilización que en el pasado de la tumorectomía y otras terapias menos mutilantes.

El papel fundamental de los médicos de medicina general en el esfuerzo por reducir la mortalidad debida al cáncer de mama es informar, aconsejar y animar a las mujeres de los correspondientes grupos de edad a que participen en programas organizados de cribado.

Como en el caso del cáncer de cuello uterino, cuando sea posible, la primera cita y las cartas para recordárselo irán firmadas por el médico de cabecera, y se enviarán a las consultas las listas de las que no se hayan presentado.

Un médico bien formado deberá ser capaz de informar y asesorar a las mujeres en las distintas fases del cribado: al principio habrá de persuadir a la paciente de que participe y hacerle tomar conciencia de la posibilidad de que aparezcan cánceres del intervalo. En caso de hallazgo positivo, deberá brindar explicaciones y apoyo psicológico, orientarla hacia el mejor tratamiento disponible y asumir el seguimiento apropiado.

OTROS PUNTOS CONSIDERADOS

El grupo consultivo de la Escuela Europea de Oncología debatió otras cuestiones de epidemiología del cáncer y de control del cáncer, y llegó a la conclusión de que la situación no es lo suficientemente

clara como para promulgar una recomendación con probabilidades convincentes de éxito de reducción del riesgo de cáncer.

Esto es particularmente cierto para el cribado del cáncer de próstata y del cáncer colorrectal, ámbitos de preocupación para los médicos generales, que han manifestado la voluntad de colaborar en programas de cribado del cáncer de próstata (mediante cualquiera de las combinaciones de palpación digital rectal, antígeno prostático específico o ultrasonidos transrectales) o del cáncer colorrectal (por búsqueda de sangre en heces o sigmoidoscopia). Hubo consenso en que en el momento actual todavía no se ha establecido que el cribado del cáncer de próstata o del cáncer colorrectal lleve a la reducción del riesgo de muerte entre los participantes en tales programas. También se consideró el cribado del cáncer oral, y se llegó a la conclusión de que quedan por efectuar

muchas más evaluaciones, con inclusión de pruebas randomizadas, antes de poder alcanzar conclusiones sobre su eficacia y de poder considerar algún tipo de recomendación.

También se reconoció la necesidad de más trabajos de investigación sobre el cáncer de mama, especialmente en cuanto a la eficacia del cribado mamográfico entre mujeres de menos de 50 años. Asimismo es preciso disponer de más información en cuanto a la cantidad y la naturaleza de algunas asociaciones que se sospechan, incluidas las existentes entre los niveles domésticos de radón y el riesgo de cáncer de pulmón, entre campos electromagnéticos y riesgo de cáncer en la infancia, así como sobre el posible efecto protector de un aporte vitamínico suplementario frente al riesgo de cáncer, antes de poder hacer recomendaciones al conjunto de la población.

CAMPAÑA ANTITABÁQUICA ENTRE LOS MÉDICOS DE MEDICINA GENERAL

Recomendaciones y conclusiones del grupo de representantes de los médicos de medicina general de las Comunidades Europeas, aprobadas el 24 de enero de 1990

1. Antes de que los médicos puedan lanzarse a persuadir a sus pacientes de que modifiquen sus hábitos y dejen de fumar, ellos mismos deben cambiar sus costumbres y dejar de fumar. Hay que ser conscientes de que no pueden obtenerse resultados sustanciales a corto, sino a medio plazo.

2. El grupo está seguro de que, aunque el cuerpo médico conoce los trabajos de Doll & Hill, hay que seguir insistiendo en el trasfondo de su mensaje a intervalos periódicos.

3. Se recomienda que todas las instituciones persuadan a sus miembros de dejar de fumar y que todas las asociaciones médicas establezcan para 1992 una política firme en materia de tabaco, dirigida también a sus empleados. Informarán a sus miembros de esta política y de los objetivos que la asociación espera alcanzar en cuanto a la reducción del tabaquismo.

4. El fundamento básico de la política de toda asociación será la rápida aprobación, antes de 1992, de una política consistente en que no se fume en ninguna reunión de la asociación.

5. Para 1995 perseguiremos a escala de la Comunidad que los médicos de cada Estado miembro fumen en una proporción menor a la del conjunto de la población.

6. El objetivo para el año 2000 será conseguir que fumen menos del 15% de los médicos.

7. En las facultades de medicina, en las sesiones específicas de formación de médicos de medicina general y durante los seminarios de formación continua deberán impartirse cursos de formación sobre los argumentos para la reducción del tabaquismo. En ellos se insistirá en el papel de los médicos como «modelo»

para influir sobre la opinión pública, y también se analizarán los efectos de los mensajes informativos sobre el tabaquismo impartidos en las facultades.

8. Las asociaciones nacionales deberán reconocer las ventajas de organizar de modo sistemático reuniones informales con otras organizaciones antitabáquicas.

Siempre que sea posible, las asociaciones profesionales de médicos implicarán a la Iglesia en esta campaña para animar a las personas a abandonar sus dependencias del tabaco y de otras drogas.

10. Las asociaciones profesionales de médicos informarán a las asociaciones de estudiantes de medicina sobre la campaña contra el tabaco.

11. El grupo recomienda que se organicen encuentros de un día en los países en los que más médicos fuman, concretamente Portugal, España, Italia, Grecia y Dinamarca. En estos encuentros darán conferencias expertos de países que hayan llevado a cabo con éxito una campaña. A partir de su experiencia, ayudarán a las asociaciones nacionales a establecer sus propias iniciativas. El grupo considera que ésta sería una manera muy rentable de ayudar a las asociaciones nacionales y de motivarlas para que creen un grupo de acción y definan una política.

12. Hay consenso en la necesidad de examinar la información relativa al número de médicos de medicina general, al cociente médicos/habitantes, a las condiciones de su contrato (especialmente el asesoramiento relativo al dejar de fumar) y a las condiciones de acceso a la asistencia sanitaria (acceso directo sin pago, etc.).

13. Si es posible, se traducirán a todas las lenguas comunitarias los folletos de la OMS sobre «una Europa sin tabaco», en particular el nº 1 («el papel del médico»). Deberá estudiarse la posible

financiación de este proyecto por la Comunidad. Se animará a las organizaciones miembros a que utilicen el material de estas y otras publicaciones, como la «Carta del médico y sanitario no fumador» (véase el boletín nº 5, pág. 9, de la BASP – oficina europea de prevención del tabaquismo-), de la manera más apropiada para apoyar la política de las asociaciones médicas y para suministrar información a sus afiliados médicos.

14. No es apropiado que las asociaciones médicas permitan la publicidad del tabaco en sus reuniones o admitan el mecenazgo de la industria del tabaco.

15. Los representantes de los médicos de medicina general informarán verbalmente a la Comisión, cada año, sobre los logros y las propuestas de acción, especialmente en relación con los mencionados puntos 3 o 6.

16. El grupo considera que instaurar 2 o 3 días «sin tabaco» al año en Europa presenta inconvenientes. Es contraproducente, y hay que trabajar por que cada Estado miembro instaure un día sin tabaco al año, que sería apoyado por la Unión Europea, la OMS, etc. (por ejemplo, el 31 de mayo, fijado por la OMS como «día mundial sin tabaco, por la salud»).

RECOMENDACIONES DEL COMITÉ DE EXPERTOS ONCÓLOGOS SOBRE EL CRIBADO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO 6 DE ABRIL DE 1992

El comité recomienda que todo proyecto de llevar a cabo un programa de *cribado* del cáncer de cuello del útero respete los siguientes criterios:

1. Eficacia

Ha quedado ampliamente demostrada la eficacia de los programas de *cribado* bien organizados de cara a la reducción de la morbilidad y la mortalidad por cáncer de cuello uterino. En los programas que han tenido éxito, la cita inicial y las citas sucesivas para el estudio de detección precoz se llevaron a cabo por invitación personal a las mujeres participantes, con ayuda de registros de población; asimismo se controló la calidad de la toma de muestras, del examen citológico y de la organización del seguimiento.

Hay que fomentar el *cribado* por invitación. Incluso cuando esto no sea posible y las pruebas se lleven a cabo por iniciativa de la paciente o aprovechando otras circunstancias, hay que evaluar y controlar su calidad.

2. Desigualdades en cuanto al riesgo y al recurso a la detección sistemática

Las mujeres de bajo nivel socioeconómico corren más riesgo de morir de cáncer de cuello del útero y recurren menos a los servicios de detección, en particular si ello depende de su propia iniciativa. Hay que concentrar esfuerzos para garantizar que a todas las mujeres, incluso a las de bajo nivel socioeconómico, se les propongan programas de *cribado*.

3. Grupos de población a los que hay que dirigirse

Al comenzar un programa de detección sistemática en masa, deberá darse prioridad al grupo de edad con mayor incidencia de

cáncer invasivo de cuello uterino. En la mayoría de los casos esto quiere decir dar prioridad a las mujeres de edades comprendidas entre los 35 y los 60 años. Un programa de *cribado* ideal debería ir dirigido a la población situada entre los 25 y los 60 años, lo que permitiría la detección de estadios preinvasivos.

4. Información y participación

El éxito de la detección sistemática en masa depende de que se alcance y mantenga un alto nivel de participación. Puede conseguirse un índice alto de participación mediante la invitación personal. La población tiene que comprender los fundamentos de la naturaleza de este cáncer, sus causas y lo que se persigue con el *cribado*. Las mujeres también necesitan información práctica sobre los servicios de *cribado* y los lugares que disponen de ellos. Para un programa de detección sistemática constituye una ayuda contar con el respaldo de periódicos, televisión y folletos en edificios públicos y hospitales para la difusión de información.

5. Textos y formación en materia de *cribado*

Es de gran importancia que los profesionales de la sanidad, en particular los médicos generales, los ginecólogos, los anatomopatólogos y otros que realizan frotis, dispongan de información detallada sobre el programa de detección sistemática, para que puedan aconsejar a sus pacientes.

El método de elección para el *cribado* es el test de Papanicolau. Debe asegurarse la calidad de la toma de la muestra, así como de su lectura. Es preciso organizar programas de formación, controles de eficacia y sistemas de control de calidad. Se recomienda una nomenclatura uniforme entre Estados miembros tanto para citología como para histopatología.

6. Intervalo entre pruebas de detección

Para optimizar el uso de los recursos deberá controlarse el intervalo entre las pruebas de detección. Las ventajas suplementarias de realizarlas con una frecuencia superior a los tres años son muy pequeñas. Por eso suele recomendarse un *cribado* entre tres y cinco años después del anterior, según los recursos de que se disponga y la importancia relativa de la enfermedad entre la población.

7. Seguimiento de las mujeres con frotis anormales

Todo programa de *cribado* debe contar con una persona responsable de su gestión. Cada programa debe disponer de un protocolo detallado para el tratamiento de las mujeres con resultados anormales, en el que se indiquen las opciones aceptables para el examen diagnóstico de las anomalías observadas durante la detección y para el examen de su tratamiento. El tratamiento por ablación irá siempre precedido de una biopsia histológica.

8. Control

La evaluación y la adaptación apropiada de un programa de *cribado* dependen del control. Para el registro y el seguimiento de las muestras, los registros de personas son de la mayor importancia. Los ficheros completos de invitaciones personales, participación en el programa, resultados del *cribado* y seguimiento proporcionan las siguientes ventajas:

- a) Mecanismo de protección contra fallos, que hace posible la incorporación del seguimiento de frotis anormales.
- b) Puede regularse la invitación a la detección, para que los laboratorios reciban una carga estable de trabajo; se puede desaconsejar el *cribado* excesivo y concentrar los esfuerzos en conseguir el *cribado* más frecuente de las mujeres que infrutilizan el servicio.

c) La evaluación del *cribado* cervical como método para reducir la incidencia del cáncer invasivo.

d) La revisión de los frotis falsos negativos, que constituye un medio de autoformación para el personal de citología, al mismo tiempo que una manera de controlar la calidad.

9. Intercambio de información

Es deseable el intercambio de información entre centros que comienzan proyectos piloto. Son áreas de especial interés el éxito de distintas estrategias para aumentar la participación de las mujeres en el programa y la evaluación del coste-eficacia. Los estudios de coste-eficacia han de tener en cuenta las desventajas, como la del exceso de tratamiento, así como los costes financieros.

10. Uso óptimo de los recursos

El *cribado* de mujeres asintomáticas cada tres años ha demostrado ser un medio eficaz para reducir la incidencia y la mortalidad por cáncer de cuello del útero; con base a una población, se consigue el uso óptimo de los recursos cuando a todas las mujeres de los grupos de edad adecuados se les ofrece la posibilidad de un *cribado* cada tres años. Debe evitarse el empleo de los recursos públicos de sanidad para una detección anual. Para poder disponer de los recursos suficientes para un *cribado* trienal de la población, hay que informar tanto a ésta como a los médicos de medicina general de los buenos resultados que se obtienen respetando el intervalo de tres años en el *cribado* de mujeres asintomáticas.

BIBLIOGRAFÍA PROPUESTA

La siguiente relación contiene referencias básicas para la aplicación de las recomendaciones formuladas en la versión revisada del Código Europeo contra el Cáncer y de los comentarios del presente folleto. Las referencias se presentan separadamente para cada uno de los puntos del Código.

INTRODUCCIÓN

Referencias básicas

Doll, R., and Peto, R.
The Causes of Cancer

Oxford University Press, Oxford (1982)

Esteve, J., Kricger, A., Ferlay, J., and Parkin, D.M. (eds)
Facts and Figures of Cancer in the European Community
IARC, Lyon (1993)

European Code against Cancer - a booklet for general practitioners
(Código Europeo contra el Cáncer - un instrumento para los
médicos de medicina general)
J. Scan. Prim. Health Care - Suppl. 1 (1994)

Jensen, O.M., Estève, J., Møggler, H., and Renard, H.
Cancer in the Member States of the European Community in 1980
Eur. J. Cancer 26: 1167-1256 (1990)

La Vecchia, C., Lucchini, F., Negri, E., Boyle, P., Maisonneuve, P.,
and Levi, F. (1992)
Trends of Cancer Mortality in Europe, 1955-89. I. Digestive Sites
Eur. J. Cancer 28: 132-235

La Vecchia, C., Lucchini, F., Negri, E., Boyle, P., Maisonneuve, P.,
and Levi, F. (1992)
Trends of Cancer Mortality in Europe, 1955-89. II. Respiratory tract,
bone, connective and soft tissue sarcomas, and skin
Eur. J. Cancer 28: 514-599

La Vecchia, C., Lucchini, F., Negri, E., Boyle, P., Maisonneuve, P.,
and Levi, F. (1992)
Trends of Cancer Mortality in Europe, 1955-89. III. Breast and
Genital Sites
Eur. J. Cancer 28: 927-998

La Vecchia, C., Lucchini, F., Negri, E., Boyle, P., Maisonneuve, P., and
Levi, F.

Trends in Cancer Mortality in Europe, 1955-89. IV. Urinary tract,
eye, brain and nerves, and thyroid
Eur. J. Cancer 28: 1210-1281

La Vecchia, C., Lucchini, F., Negri, E., Boyle, P., Maisonneuve, P., and
Levi, F.

Trends in Cancer Mortality in Europe, 1955-89. V. Lymphohaemo-
poietic and all cancers
Eur. J. Cancer 28: 1509-1581

Levi, F., La Vecchia, C., Lucchini, F., and Boyle, P. (1993)
Cancer Incidence and Mortality in Europe, 1983-87
Soz. Praventivmed. 1993; Suppl. 3: S155-S229

Smans, M., Boyle, P., and Muir, C.S. (eds)
Cancer Mortality Atlas of EEC
IARC Scientific Publication N° 107, IARC, Lyon (1993)

**1. No fume. Si es fumador, deje de fumar lo antes posible y no
fume en presencia de otras personas. Si no fuma, no pruebe el
tabaco.**

Referencias básicas

Boyle, P.
The Hazards of Passive and Active Smoking
New Engl. J. Med. 328: 1708-1709 (1993)

Bosanquet, N.
Europe and Tobacco
BMJ 304: 370-372 (1992)

Doll, R., Peto, R., Wheatley, K., Gray, R., and Sutherland, I.
Mortality in relation to smoking: 40 years' observation on male
British doctors
Brit. Med. Jour. 309: 901-911 (1994)

IARC (International Agency for Research on Cancer) Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans Tobacco Smoking. Volume 36 IARC, Lyon (1986)

Joossens, L., Naett, C., Howie, C., and Muldoon, A. Tobacco and Health in the European Union. An overview European Bureau for Action on Smoking Prevention (BASP) Brussels (1994)

La Vecchia, C., Boyle, P., Franceschi, S., Levi, F., Maisonneuve, P., Negri, E. Lucchini, F., and Smans, M. Smoking and Cancer with Emphasis on Europe Eur. J. Cancer 27: 94-104 (1991)

Peto, R., López, AL., Boreman, J., Thun, M., and Health, Jr C., Mortality from tobacco in developed countries: Indirect estimation from national vital statistics Lancet 339: 1268-1278 (1992)

Peto, R., López, A.L., Boreman, J., Thun, M., and Health, Jr. C., Mortality from smoking in developed countries 1950-2000 Oxford Medical Publications, Oxford (1994)

United States Department of Health and Human Services The Health Benefits of Smoking Cessation US Department of Health and Human Services Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health DHHS Publication N° (CDC) 90-8416, 1990

US 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, US Environmental Protection Agency. EPA/600/6-90/006F, December 1992

2. Si bebe alcohol, ya sea cerveza, vino o licores, modere su consumo.

Referencias básicas

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 (1988)

Doll, R., Forman, D., La Vecchia, C., and Woutersen, R. Alcoholic Beverages and Cancer of the Digestive Tract and Larynx. In: Vershuren P.M. (ed.), Health Issues Related to Alcohol Consumption, pp. 126-166 ILSI Press, Washington, 1993

Doll, R., Peto, R., Hall, E., Wheatkey, K., and Gray, R. Mortality in relation to consumption of alcohol: 13 years' observations on male British doctors Brit. Med. Jour. 309: 911-918 (1994)

Marmot, M., and Brunner, E. Alcohol and cardio-vascular disease: the status of the U-shaped curve Brit. Med. Jour. 303: 565-568 (1991)

Rimm, E.B., Giovannucci, E.L., Willett, W.C., Colditz, G.A., Ascherio, A., Rosner, B., et al. Prospective study of alcohol consumption and risk of coronary disease in men Lancet 338: 464-468 (1991)

3. Aumente el consumo diario de verduras y frutas frescas. Coma a menudo cereales con un alto contenido de fibra.

Referencias básicas

Block, G. (1991) Vitamin C and cancer prevention: the epidemiologic evidence Amer. J. Clin. Nutr. 53: 270-282

Blot, W.J., Li, J-Y., Taylor, P., Guo, W., Dawsey, S., Wang, G-Q., Yang, C.S., Zheng, S-F., Gail, M., Li, G-Y., Yu, Y., Liu, B-q., Tangrea, J., Sun, Y-h., Liu, F., Fraumeni, J.F., Zhang, Y-H., and Li, B.

Nutrition Intervention Trials in Linxian, China: Supplementation with Specific Vitamin/Mineral Combinations, Cancer Incidence, and Disease-Specific Mortality in the General Population
J. Natl. Cancer Inst. 85: 1483-1492 (1993)

Garland, M., Willett, W.C., Manson, J.E., and Hunter, D.J.
Antioxidant micronutrients and breast cancer
J. Am. Coll. Nutr. 12: 400-411 (1993)

Steinmetz, K.A., and Potter, J.D.
Vegetables, Fruits and Cancer
Cancer Causes and Control 2: 325-357 (1991)

4. Evite el exceso de peso, haga más ejercicio físico y limite el consumo de alimentos ricos en grasas.

Referencias básicas

Albanes, D., Jones, Y., Micozzi, M.S., and Mattson, M.E.
Associations between smoking and body weight in the US population: Analysis of NHNES II
Am. J. Public Health 1987; 77: 439-44

Boyd, N.F., Martin, L.J., Noffel, M., Lockwood, G.A., and Trichler, D.L.
A meta-analysis of studies of dietary fat and breast cancer risk
Br. J. Cancer 1993; 68: 627-636

Dietz, W.H.
Critical periods in childhood for the development of obesity
Am. J. Clin. Nutr. 1994; 59: 955-9.

Garfinkel, L., and Stellman, S.D.
Mortality by relative weight and exercise
Cancer 1988; 62: 1844-50

Giovannucci, E., Rimm, E.B., Colditz, G.A., Stampfer, M.J., Ascherio, A., Chute, C.C., and Willett, W.C., (1993)
A prospective study of dietary fat and risk of prostate cancer
J. Natl. Cancer Inst. 85: 1571-1579

La Vecchia, C.
Cancers associated with high-fat diets
Monogr. Natl. Cancer Inst. 1992; 12: 79-85

Lee, I.M., Manson, J.E., Hennekens, C.H., and Paffenbarger, R.S.
Body weight and mortality
JAMA 1993; 270: 2823-8

Moller, H., Mellemegaard, A., Lindving, K., and Olsen, J.H.
Obesity and cancer risk: a Danish Record-linkage Study.
Eur. J. Cancer 1994; 30: 344-50

Must, A., Jacques, P.F., Dallal, G.E., Bafema, C.J., and Dietz, W.H.
Long-term morbidity and mortality of overweight adolescents. A follow-up of the Harvard Growth Study of 1922 to 1935
N. Engl. J. Med. 1992; 327: 1350-5

Paffenbarger, R.S., et al
The association of changes in physical-activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men
N. Engl. J. Med. 1993; 328: 538-45

Willett, W.C.
Diet and health: what should we eat?
Science 1994; 264: 532-7

5. Evite las exposiciones prolongadas al sol y las quemaduras por el sol, especialmente durante la infancia.

Referencias básicas

Armstrong, B.
Epidemiology of malignant melanoma: intermittent or total accumulated exposure to the sun?
J. Dermatol. Surg. Oncol. 14: 835-849 (1988)

Autier, P., et al
Cutaneous malignant melanoma and exposure to sunlamps or sunbeds
EORTC multicentre case-control study in Belgium, France and Germany
Int. J. Cancer 58(6) : 809-13, 1994

Khlat, 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)

Osterlind, A., Tucker, M.A., Stone, B.J., and Jensen, O.M.
The Danish case control study of cutaneous melanoma. II

Importance of UV- light exposure
Int. J. Cancer 42: 319- 324 (1988)

Roberts, D.L.
Malignant melanoma in West Glamorgan: increasing incidence and improving prognosis 1986-1988
Clin. Exp. Dermatol. 15: 406-409 (1990)

Scotto, J., Pitcher, H., and Lee, J.A.H.
Indications of future decreasing trends in skin melanoma mortality among white males in the United States
Int. J. Cancer 49: 490-497 (1991)

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)

6. Respete estrictamente las normas destinadas a evitar cualquier tipo de exposición a sustancias consideradas cancerígenas. Cumpla todas las instrucciones de salud y seguridad en relación con las sustancias que pueden provocar cáncer.

Referencias básicas

Directiva del Consejo 89/391/CEE, de 12 de junio de 1989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo

Directiva del Consejo 90/394/CEE, de 28 de junio de 1990, relativa a la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes carcinógenos durante el trabajo

IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans
Lists of IARC Evaluations (Vol. 1-60)
International Agency for Research on Cancer, Lyon (1994)

Simonato, L., Vineis, P., and Fletcher, A.C.
Estimates of the proportion of lung cancer attributable to occupational exposure.
Carcinogenesis, 1988; 2: 1159-1165

Swerdlow, A.J.
Effectiveness of primary prevention of occupational exposures on

cancer risk.
In: Hakama, M., Beral, V., Cullen, J.W., and Parkin, D.M. (eds)
Evaluating Effectiveness of Primary Prevention of Cancer
IARC Scientific Publication N° 103, International Agency for
Research on Cancer, Lyon, pp. 23-56 (1990)

7. Consulte al médico si nota algún bulto, una herida que no cicatriza (incluso en la boca), un lunar que cambia de forma, tamaño o color, o cualquier pérdida anormal de sangre.

8. Consulte al médico en caso de problemas persistentes, tales como tos o ronquera permanentes, cambio en sus hábitos intestinales, alteraciones urinarias o pérdida anormal de peso.

Referencias básicas

Britton, J.P., Dowell, A.C., Whelan, P., and Harris, C.M.
A community study of bladder cancer cribado by the detection of occult urinary bleeding.
J. Uro, 1992; 148 (3): 788-90

Dent, O.F., Goulston, K.J., Tennant, C.C., et al.
Rectal bleeding. Patient delay in presentation
Dis Colon Rectum, 1990; 33: 851-57

Doherty, V., and Mackie, R.
Reasons for Poor Prognosis in British Patients with Cutaneous Malignant Melanoma
BMJ, 1986; 292: 987-9

Fijten, G.H., Muris, J.W., Starmans, R., Knottnerus, J.A., et al.
The incidence and outcome of rectal bleeding in general practice
Fam Practice, 1993; 10 (3): 283-7

Hennrikus, D., Girgis, A., Redman, S., and Sanson-Fisher, R.
A Community Study of Delay in Presenting with Signs of Melanoma to Medical Practitioners
Arch Dermatol, 1991; 127: 356-361

Marks, R., and Hill, D.
Melanoma control: prevention and early detection.
Pub. Union International Contre le Cancer,
1992, ISBN 0947283234

9. Hágase un frotis vaginal regularmente. Participe en los programas organizados de detección de cáncer de cuello de útero.

Referencias básicas

IARC Working Group on Cervical Cancer Cribado Summary chapter. pp.133-142. In: Hakama, M., Miller, A.B., and Day, N.E., (eds). 'Cribado for Cancer of the Uterine Cervix' IARC Scientific Publications Nº. 76, IARC, Lyon (1986)

European Guidelines for Cervix Cancer Cribado Eur. J. Cancer 29 (supplement 4) (1993)

Hakama, M., Magnus, K., Petterson, F., Storm, H., and Tulinius, H. Effect of the organized cribado in the Nordic countries on the risk of cervical cancer, pp 153-162. In: Miller, A.B., Chamberlain, J., Day, N.E., Hakama, M., and Prorok, P. (eds). 'Cancer Cribado'. Cambridge: Cambridge University Press, 1991:

Wilson, J., and Jungner, G. Principles and Practice of Cribado for Disease (WHO Public Health Paper 34) Geneva, World Health Organization (1968)

10. Examine periódicamente sus senos. Si ha cumplido 50 años de edad, participe en los programas de detección precoz del cáncer de mama.

Referencias básicas

Alexander, F.E., Anderson, T.J., Brown, H.K., et al. The Edinburgh randomised trial of breast cancer cribado: results after 10 years of follow-up Brit. J. Canc., 1994; 70: 542-48

Ellman, R., Moss, S.M., Coleman, D., Chamberlain, J. Breast self-examination programs in the Trial of Early Detection of Breast Cancer Brit. J. Canc., 1993; 68: 208-12

Fletcher, S.W., Black, W., Harris, R., Rimer, B.K., and Shapiro, S. Report on the International Workshop on cribado for breast cancer NCI, 1993

Nystrom, L., Rutquist, L.E., Wall, S., et al. Breast cancer cribado with mammography: overview of Swedish

randomised trials. Lancet, 1993; 341: 973-979

Tabar, L., Gad, A., Holmberg, L.H. et al. Reduction in mortality from breast cancer after mass cribado with mammography. Lancet, 1985; i: 829-832

Wald, N.J., Chamberlain, J., Hackshaw, A., Anderson, T., Boyle, P., Forrest, P., Frischbier, H.J., Hakama, M., Rutqvist, L.E., Schaffer, P., Seradour, B., Tabar, L., Rosselli Del Turco, M., and Van der Schueren E.

Report of the European Society of Mastology (EUSOMA) Breast Cancer Cribado Evaluation Committee (1993) The Breast 2:209-216 (1993)

Tubiana, M., Holland, R., Kopans, D.B., Kurtz, J.M., Petit, J.Y., Rilke, F., Sacchini, V. and Tornberg, S. Commission of the European Communities 'Europe Against Cancer' Programme. European School of Oncology Advisory Report. Management of Non-palpable and Small Lesions Found in Mass Breast Cribado Eur. J. Cancer 30:538-547 (1994)



Sección III:

El Código Europeo contra el Cáncer y el trabajo práctico de los médicos en España

1870

Received of the Treasurer of the
Board of Education the sum of
\$100.00 for the year 1870

1870

1.

NO FUME. SI ES FUMADOR, DEJE DE FUMAR LO ANTES POSIBLE Y NO FUME EN PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS. SI NO FUMA, NO PRUEBE EL TABACO.

El tabaco es el responsable en España de entre el 80 y 90 % de las muertes por cáncer de pulmón que constituye el 27 % del total de causas por cáncer en los varones. El cáncer de pulmón, tráquea y bronquios supone el 21,46 % del total de muertes por cáncer.

En los varones, el cáncer de pulmón ha duplicado su tasa de mortalidad en dos décadas (70-89). En España se estima que las muertes anuales por cáncer debido al tabaco son de 24 305.

Actualmente fuman el 35,9% de los españoles, siendo la edad media de comienzo los 17 años.

La expectativa de vida de los fumadores se reduce entre 10 y 30 años.

El Ministerio de Sanidad y Consumo estimaba en el año 1981 que la reducción de un 10 % del consumo de tabaco en España evitaría un coste social de 26 505 millones de pesetas.

Un metanálisis de 39 estudios controlados sobre la intervención del facultativo de medicina general concluye que entre un 5 y un 8 % de los fumadores a los que el facultativo de medicina general ha dado un consejo antitabaco, dejan de fumar y siguen sin fumar al cabo de un año.

Un 38 % de los varones y un 42,6 % de las mujeres fumadores manifiestan que estarían dispuestos a dejar de fumar por el consejo médico, si considerasen que es un riesgo para su salud. El 43,8 % de los hombres y el 50,7 % de las mujeres han dejado de fumar por estos motivos.

El facultativo de medicina general no puede invertir mucho tiempo en cambiar la conducta de su paciente fumador, pero puede ser realmente eficaz promoviendo la intención de cambio.

Qué se puede hacer

- Conocer si el paciente fuma.

- – Conocer si está en un grupo de riesgo:
 - Cardiopatía isquémica.
 - Enfermedad arterial periférica.
 - HTA.
 - Diabetes.
 - Bronquitis - enfisema.
 - Toma de anticonceptivos orales.
 - Está en espera de operarse.

- Es padre de niños pequeños.

- Recoger el dato en la historia, así como la advertencia hecha en relación con el tabaco.

- Preguntar si ha dejado de fumar, o está interesado en intentarlo y qué problemas ha tenido.

Consejo de cómo dejar de fumar

- Piense cuáles son los cigarrillos fundamentales.
- Piense y escriba sus propias razones para dejar de fumar.
- Decida un día para dejar de fumar.
- Déjelo ese día.
- Cambie su rutina.
- No fume.
- No fume en la consulta.
- Procure que su paciente ignore si fuma.
- No ofrezca tabaco.
- No acepte regalos de tabaco.

Recomendaciones

- Prohíba fumar en la consulta.
- Quite los ceniceros de la sala de espera.

- Tenga anotado en el historial clínico el tabaquismo como problema de salud.
- Explique a su paciente, una vez el primer año, las consecuencias del tabaco para su salud.
- Con motivo del tratamiento de una enfermedad asociada al tabaco, ponga de manifiesto cómo le está perjudicando el tabaco y cómo podría mejorar su salud si dejase de fumar.
- Las actitudes de higiene sanitaria son apreciadas por la sociedad tanto como las de higiene corporal.
- Si su paciente tiene menos de 50 años le puede sugerir el aumento de capacidad para hacer algún deporte y la mejora de la condición física, si deja de fumar.
- Si tiene más de 50 años, hágale una reflexión de lo agradable que es vivir un largo período sin trabajar y sin preocupaciones por la salud, si deja de fumar.
- Identifique en su paciente:

ansiedad, autoagresión, baja autoestima, stress, etc . . .

- Indique a su paciente que esas características de su situación pueden ser el factor determinante de su tabaquismo.
- Pregunte una vez al año si sigue fumando e insista por una vez en que deje de fumar.
- Conozca los métodos que existen en su comunidad que puedan ayudar a su paciente a dejar de fumar: unidades de tabaquismo, acupuntura, homeopatía, parches o chicles de nicotina, así como las recomendaciones generalmente aceptadas para dejar de fumar.
- No «abronque» a su paciente si no deja de fumar o recae: es su vida y su libertad.
- Sea sugerente.
- El paciente debe entender que estamos con él y no contra él.

2.

SI BEBE ALCOHOL, YA SEA CERVEZA, VINO O LICORES, MODERE SU CONSUMO.

El alcohol es el responsable de entre el 3 y el 10 % de las muertes por cáncer.

España es el tercer consumidor de etanol per cápita del mundo. Existe un fuerte componente cultural del momento, lugar y tipo de alcohol que se bebe. La bebida con la que se inician los jóvenes es la cerveza.

El 67,4 % de los españoles son bebedores habituales, siendo las mujeres las que menos beben en frecuencia y cantidad. Los jóvenes entre 16 y 25 años son los que más habitualmente consumen alcohol (varones: 89,7 %, mujeres: 77,1 %).

Un 3,6 % del total de la población española presenta un alto consumo de alcohol (entre 526 y 700 cc de alcohol puro/semana) y un 7,3 % un consumo excesivo (más de 700 cc de alcohol puro/semana).

Aunque la cantidad de alcohol que puede producir cáncer no está bien establecida, parece claro que el objetivo prioritario de la actuación del médico general es sobre los bebedores excesivos y altos.

Se ha observado una fuerte relación entre el consumo de tabaco y alcohol, siendo esta asociación especialmente nociva para el cáncer de tubo digestivo.

Recomendaciones

- Registre en el historial clínico si su paciente es bebedor y qué cantidad suele consumir.
- Cuándo empezó a beber.
- Qué tipo de alcohol bebe habitualmente.
- Si se ha emborrachado alguna vez.

- Cuáles son las razones por las que bebe.
- Valoración del exceso de bebida.
- Análisis de sangre: GOT, GPT, GGT, VCM.

Test cage

1. ¿Ha pensado alguna vez que debería dejar la bebida?
2. ¿Le ha molestado a usted la gente que critica su forma de beber?
3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su forma de beber?
4. ¿Ha tomado una copa alguna vez, para quitarse la resaca o «arreglar sus nervios» como lo primero que hace por la mañana?

• Dos respuestas de «sí» se consideran test positivo

- Identifique el bebedor excesivo y alto.
- Identifíqueles una vez al año, los problemas personales, familiares, laborales (los análisis de sangre en las empresas sistemáticamente contienen pruebas de detección de alcohólicos) y sociales.

Reflexione: «Alcohólico es todo paciente que bebe más que su médico», a veces no es sólo un chiste.

3.

AUMENTE EL CONSUMO DIARIO DE VERDURAS Y FRUTAS FRESCAS. COMA A MENUDO CEREALES CON UN ALTO CONTENIDO DE FIBRA.

España es el paradigma de los países cuya alimentación está basada en la dieta mediterránea, considerada, de forma general, protectora de los cánceres epiteliales y, en particular, del tubo digestivo y del tracto respiratorio.

Esta situación de privilegio en algunos casos es sólo aparente.

España ocupa, en la Unión Europea, el tercer lugar en incidencia de cáncer de estómago y el penúltimo en cáncer de colon y recto.

No todo el país es homogéneo, y aunque la cultura de la dieta mediterránea esté generalizada en todo el territorio español, el noroeste y centro de España se caracterizan más por un dieta hiperproteica con un componente importante de cerdo, aceite refrito, salazones y ahumados; en las zonas rurales el pescado y los cítricos no son tan accesibles como en las zonas urbanas.

De otro lado, nuestra cultura se va incorporando a los modos actuales de vida europeos, con algunas de sus consecuencias negativas: el trabajo fuera de casa en jornada de mañana y tarde y el alejamiento de los centros de trabajo con respecto al hogar (poblaciones dormitorio), hacen difícil el acudir a casa para comer, y que cada vez se consuma más «comida rápida», antítesis de la comida mediterránea. Situación a la que ayuda la incorporación de la mujer al trabajo y la disminución de tiempo para elaborar comidas caseras.

Recomendaciones

- El conocimiento del tipo de trabajo, distancia al hogar, situación laboral y familiar, ubicación geográfica nos ayuda a personalizar los riesgos de cada paciente y a establecer las recomendaciones necesarias para incrementar, en la medida de las posibilidades, el aumento de ingesta de frutas y verduras.
- Una recomendación sencilla es la de tomar una pieza de fruta a media mañana y a media tarde, sustituir las patatas fritas, guarnición frecuente de los segundos platos, por verdura o ensalada, sustitución usual en cualquier restaurante sin variar el precio del plato.
- Es cada vez más frecuente sustituir en las comidas fuera de casa, el postre de fruta por el de dulces o simplemente por el café. El mayor precio del postre dulce, habitualmente de la casa, no es ajeno a esta nueva situación, unido a la falta habitual de habilidad de pelar la fruta con «cuchillo y tenedor», lo que da un cierto reparo si se come fuera de casa. Casi siempre es posible, al menos, solicitar un zumo o fruta del tiempo preparada (ya pelada y cortada).

4.

EVITE EL EXCESO DE PESO, HAGA MÁS EJERCICIO FÍSICO Y LIMITE EL CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN GRASAS.

El exceso de peso es frecuente en nuestra sociedad que tiende a ingerir una comida más hiperprotéica y a tener un menor grado de actividad física.

«Los indicadores de Salud» del Ministerio de Sanidad y Consumo ponen de manifiesto que el 21% de la población es inactiva, el 41,6% realiza una actividad moderada, el 29,5% regular y el 7,5% intensa. Sin embargo, por encima de los 65 años se declaran inactivos el 49%.

El 13,7% de las mujeres presentan un índice de masa corporal (IMC) superior al 30% a partir de los 45 años llegando a ser un 17% las que superan esa cifra en las dos décadas siguientes.

De los varones, el 9,4% tiene un IMC superior al 30% a partir de los 45 años y un 11% en las dos décadas siguientes.

Varias son las razones por las que se produce un aumento de peso a partir de los 45 años.

Entre otras la disminución de la capacidad física y del tiempo disponible para el ejercicio físico así como la disminución de la necesidad de atraer.

Recomendaciones

- Controle el peso de sus pacientes, con motivo de una visita, al menos cada dos años.
- La expectativa de vida ha mejorado extraordinariamente en los últimos años, de tal manera que en la mayoría de los casos no se puede hablar con rigor de tercera edad a partir de los 65 años, sino posiblemente a partir de los 75. Por tanto debería contrarrestarse la sensación de vejez y abandono físico por la más real de expectativa de vida y capacidad total.
- Indique a su paciente que el sobrepeso es como una mochila que lleva todo el día puesta y que le deforma la columna, rodillas,

tobillos y pies; cansándole. La pérdida de peso le hará sentirse mejor.

- Aumente el contacto con el medio ambiente. Potencie el paseo.
- Conozca bien algunos métodos para adelgazar.

5.

EVITE LAS EXPOSICIONES PROLONGADAS AL SOL Y LAS QUEMADURAS POR EL SOL, ESPECIALMENTE DURANTE LA INFANCIA.

España ocupa la penúltima posición, en relación con el melanoma, en la Europa de los Doce, con una incidencia en el año 1990, en tasas ajustadas, de 2,3 para los hombres y 2,4 para las mujeres, con una mortalidad de 0,8 y 0,6 respectivamente.

Sin embargo la incidencia de cáncer espinocelular y vasocelular es alta en España, con unas tasas brutas en el año 1992 de 51,73 para los hombres y 40,18 para las mujeres, lo que suponen 9 765 nuevos casos en hombres y 7 873 en mujeres al año.

Recomendaciones

- A la hora de dar un consejo sobre la exposición al sol, recuerde lo agradable que es estar tumbado al sol y lo juvenil y deportivo que se está bronceado: los demás piensan lo mismo.
- Informe del peligro de los excesos y de las dosis altas acumuladas de sol.
- Evite quemarse por el sol: es doloroso y peligroso. Proteja a los niños con filtros solares de alto índice.
- Evite las horas centrales del día, son más peligrosas y no broncean más. Además la playa y las piscinas están más llenas.
- Está más de moda el bronceado suave que el moreno: en su tiempo de vacaciones lo conseguirá, aunque éste sea corto.

Disfrute sus vacaciones sin quemarse. Las vacaciones tienen otros objetivos además del de broncearse.

- La arena y el agua reflejan el sol. Protéjase con filtros solares, también debajo de la sombrilla.
- Los rayos UVA de los solarios también son potencialmente peligrosos: use filtros solares.
- Identifique en su paciente si en su profesión está expuesto muchas horas al sol: marineros, agricultores, pastores, albañiles, etc. Es difícil conseguir que usen cremas. Indíqueles la necesidad de usar sombreros y lo peligroso y antiestético que es el «moreno de obra».

6.

RESPETE ESTRICTAMENTE LAS NORMAS DESTINADAS A EVITAR CUALQUIER TIPO DE EXPOSICIÓN A SUSTANCIAS CONSIDERADAS CANCERÍGENAS. CUMPLA TODAS LAS INSTRUCCIONES DE SALUD Y SEGURIDAD EN RELACIÓN CON LAS SUSTANCIAS QUE PUEDEN PROVOCAR CÁNCER.

En España existe una infradeclaración de muertes por enfermedad laboral.

Aunque existe la especialidad de medicina del trabajo y es obligatorio el que las empresas grandes tengan un médico diplomado, la red industrial en España la componen pequeñas y medianas empresas que no disponen del médico en la empresa.

Recomendaciones

- Con la asignación de cupos a cada médico, no es excesivamente difícil conocer si las empresas en las que trabajan nuestros pacientes manipulan productos tóxicos o potencialmente cancerígenos.

- El ayuntamiento y la dirección provincial de higiene y seguridad en el trabajo le pueden orientar.
- Advierta a los operarios, sobre todo a los más jóvenes, que las personas inteligentes son las que conocen los riesgos y se protegen.
- A nivel de contaminación ambiental, infórmese en el ayuntamiento y actúen a nivel del consejo de salud.

7.

CONSULTE AL MÉDICO SI NOTA ALGÚN BULTO, UNA HERIDA QUE NO CICATRIZA (INCLUSO EN LA BOCA), UN LUNAR QUE CAMBIA DE FORMA, TAMAÑO O COLOR, O CUALQUIER PÉRDIDA ANORMAL DE SANGRE.

8.

CONSULTE AL MÉDICO EN CASO DE PROBLEMAS PERSISTENTES, TALES COMO TOS O RONQUERA PERMANENTES, CAMBIO EN SUS HÁBITOS INTESTINALES, ALTERACIONES URINARIAS O PÉRDIDA ANORMAL DE PESO

Son dos aspectos especialmente importantes, pues en ellos se abarca el diagnóstico precoz de todos los cánceres.

El diagnóstico precoz, que mejora en líneas generales la expectativa de supervivencia de los pacientes, tiene dos actores fundamentales: el paciente y el facultativo de medicina general.

Es el paciente el que demanda asistencia ante lo que considera anormal, si lo percibe, lo identifica y el miedo no le impide consultar.

Es el médico el que, ante síntomas en ocasiones banales, debe decidir si realmente lo son y tranquilizar al paciente, o pide una consulta a otro colega por vía normal o urgente.

Es quizás en estos puntos donde más debemos mejorar nuestros conocimientos, en general los médicos, y en donde un facultativo de medicina general con ciencia, experiencia y conociendo a su paciente pone de manifiesto su ojo clínico: el facultativo de medicina general ve por término medio, un cáncer cada 2000 motivos de consulta; y no siempre es fácil identificar el cáncer entre otros síntomas banales.

Es muy importante el que la comunidad científica mejore la identificación de los síntomas de alarma y se los enseñe a la población. El facultativo de medicina general juega un papel primordial en el registro e identificación de esos síntomas.

La hemorragia franca, incluso las pequeñas hemoptisis o epístaxis son habitualmente causa de inmediata consulta al médico y de que éste indique pruebas complementarias, en personas maduras.

Las pequeñas melenas, más que las rectorragias, tienden a pasar más desapercibidas para el paciente y el cáncer colorrectal tiene una incidencia alta en España, para ambos sexos.

Los nódulos y bultos no mamarios son los que más tarda el paciente en consultar, según pone de manifiesto el registro de incidencia y mortalidad en cáncer (RIMCAN) de la SEMG.

Recomendaciones

- Participe con las sociedades científicas en las acciones tendentes a identificar mejor los síntomas de alarma.
- No emplee la palabra cáncer como adjetivo y procure que no la utilicen, como algo intrínsecamente malo y sin curación. El temor es una causa importante por la que el paciente retrasa consultar con su médico.
- Identifique los factores de riesgo de su paciente: nevus displásico, poliposis colónica familiar, lesiones actínicas precancerosas, etc.
- Recuerde que los melanomas asientan en múltiples localizaciones, no sólo en la piel descubierta, también en el lecho ungueal, en el ojo, etc.
- Recuerde a las mujeres, que tras la menopausia, una sola metrorragia, es motivo de consulta. El esperar a la segunda carece de sentido.

- Con motivo de una exploración prostática, explore toda la circunferencia rectal: puede descubrir un cáncer de recto incipiente.
- No banalice sistemáticamente los síntomas mal definidos, sobre todo en personas maduras.

9.

HÁGASE UN FROTIS VAGINAL REGULARMENTE. PARTICIPE EN LOS PROGRAMAS ORGANIZADOS DE DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO.

En España, el cáncer de cuello de útero no es uno de los cánceres más frecuentes de la mujer. La tasa ajustada de incidencia fue de 8,5 y la de mortalidad de 3,3.

La incidencia tiende a aumentar y la edad de aparición a acortarse.

El cáncer de cuello de útero guarda una estrecha relación con la infección por HPV de los tipos 16 y 18 y éstos con la promiscuidad sexual, no necesariamente de la mujer. Si su pareja es promiscua, aunque la mujer no lo sea, el varón puede transmitirlo.

Aunque la indicación de intervalos entre citologías es variable, dependiendo en gran medida de los recursos económicos, es recomendable comenzar las citologías a los dos años de comenzar las relaciones sexuales.

La citología, con la técnica de la triple toma, es una prueba sencilla que el propio facultativo de medicina general puede realizar con un mínimo entrenamiento.

Recomendaciones

- Aconseje métodos de barrera para las relaciones sexuales de los adolescentes.
- Identifique grupos de alto riesgo en su comunidad: prostitutas, drogadictas, etc, a ellas deben ir dirigidas especialmente los esfuerzos.

- Informe a sus pacientes femeninos que deben comenzar a realizarse frotis vaginales a partir de los dos años de haber comenzado a tener relaciones sexuales.
- Participe en los programas de cribado.
- Aprenda a realizar el frotis vaginal si tiene a su alcance un anatopatólogo, máxime si utiliza técnicas de hibridación para tipificar HPV.
- No olvide que las metrorragias en mujeres menopaúsicas puede ser la manifestación de un cáncer de endometrio.

10.

EXAMINE PERIÓDICAMENTE SUS SENOS. SI HA CUMPLIDO 50 AÑOS DE EDAD, PARTICIPE EN LOS PROGRAMAS DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA.

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en la mujer y la que más muertes produce. El 18 % de todas las muertes por cáncer de la mujer fueron debidas a esta causa.

La tasa ajustada de incidencia es de 47,9 y la de mortalidad de 20,8.

Diversas encuestas han puesto de manifiesto la inutilidad real en España, y también en otros muchos países, del consejo sobre autoexploración mamaria: la mayor motivación, aunque escasísima, es en las mujeres jóvenes, donde la incidencia es menor. Las mujeres mayores de 45 años, en las que la incidencia comienza a elevarse de forma muy importante, han perdido el referente de la menstruación, tienen una falsa sensación de seguridad, y el temor persiste.

Después de años de insistir en el mensaje de la autoexploración, la conclusión sobre el consejo es que no se cumple y que deberíamos realizar los esfuerzos en otros sentidos.

El que las mujeres mayores de 50 años acudan por primera vez al médico con tumores visibles de más de 3 centímetros de diámetro,

pone una vez más de manifiesto el cambio de comportamiento sexual del varón por encima de los 50 años.

En muchas regiones y provincias españolas no existen campañas sistemáticas de prevención del cáncer de mama mediante cribaje. Si a ello le añadimos la casi nula implantación de la autoexploración y los cambios de los hábitos sexuales del varón, nos encontraremos con tumores grandes, con ganglios axilares positivos y en ocasiones con metástasis.

Como un órgano más de la economía, la mama debe ser explorada por el médico general, previa información a la paciente. La exploración sistemática le dará al médico una mayor habilidad y mejorará el valor predictivo de la prueba.

El médico general debería colaborar en la revisión de la lista de mujeres de su zona que son llamadas para cribaje radiológico; realizar la exploración y anamnesis previa, realizar el seguimiento de quién y quién no se ha realizado la mamografía, informar a la paciente, procurar que, aunque el programa de cribaje esté bien realizado, no hay lagunas asistenciales ni demoras; vigilar a la mujer durante el intervalo entre mamografías.

Insistimos en que la misión del facultativo de medicina general en la exploración de las mamas es fundamental, además de las razones anteriores porque las campañas de cribado comienzan normalmente a los 50 años (en algunas regiones a los 45) y terminan a los 65 años, pero antes de los 45 años las tasas de incidencia en España (1987) van del 52,7 de Gerona al 129,5 de Guipúzcoa. Después de los 65 años, la tasa de incidencia sigue aumentando hasta los 79 años, en que, aunque más altas que a los 65 años, comienzan a decrecer lentamente. Las mujeres que quedan fuera de las campañas de cribado, si no un diagnóstico precoz, es evidente que deben tener acceso, al menos, a un diagnóstico temprano.

De otro lado, la exploración física del cuadrante supero-interno de la mama, es el más sencillo de realizar por el médico y, sin embargo, el más difícil de ver en mamografías de una sola proyección, habitual en muchas campañas de cribado.

Recordemos que, a pesar de los avances de la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia en el tratamiento de cáncer de mama, la mortalidad global, debido a esta enfermedad, no ha presentado cambios significativos. Hoy, como hace veinte años, igual estadio del cáncer de mama, tiene la misma supervivencia que

un tumor menor de 2 centímetros sin afectación ganglionar y sin metástasis y tiene una supervivencia del 95 % a los 5 años y del 83 % a los 10 años.

Recomendaciones

- Pregunta a las mujeres por encima de los 45 años si hace tiempo que no se palpa las mamas.
- Recomiéndales que lo hagan cuando se duchen.
- Ofrézcales la exploración anual de mama.
- Participe en campañas de cribado: revisando la lista, contactando con las mujeres que no acudan a la llamada, realizando la exploración mamaria previa a la mamografía, e informando del resultado.
- Colabore para que se ponga en marcha una campaña de cribado del cáncer de mama en su comunidad y en que la cadena diagnóstica y terapéutica de su hospital de referencia mejore.
- Dé un mensaje tranquilizador y esperanzador sobre las posibilidades de curación del cáncer de mama si la mujer, al detectar un bulto, acude al médico. En su inmensa mayoría, son mastopatías, pero es necesario aclararlo.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Facts and Figures of cancer in The European Community, 1993.

Cáncer en España. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.

Indicadores de salud. Segunda evaluación en España del programa regional europeo de salud para todos, 1993.

Mortalidad por cáncer en España (1953-1982). Tendencias temporales, 1992.

Tendencias temporales de la provincia de Soria (1981-1990) J.M. Ruiz Liso, 1992.

Estadística 1992. Fundación Científica de la Asociación Española contra el Cáncer, 1994.

Estadio de los estilos de vida de la población adulta española. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1992.

El cáncer, dieta y factores de riesgo. Manuel Ruiz Liso, 1994.

Médicos generales en oncología. J. Estapé, I. Burgos, 1995.

Infecciones víricas de transmisión sexual. A. Fresnadillo et al., 1992.

Segundo libro blanco de la Oncología en España. FESEG, 1995.

Oncology Training for General Practitioners. E. Schadé, 1990.

Reducing the risk of cancers. T. Heller et al., 1989.

Early diagnosis of cancer in General Practice. K. Holtedahl, 1990.

General Practice and cancer prevention in Europe. The involvement of GP's in cancer screening. Programs. The Hague, Jun. 93, 1994.

Programa de prevención del cáncer de mama. Junta de Castilla y León, 1993.

A decade of cancer education. ESO, 1992.

Lung cancer. Textbook for General Practitioners. H. Hansen, 1990.

Breast cancer. Textbook for General Practitioners. U. Veronesi, 1990.

Documento de consenso sobre la formación en oncología de los facultativos de medicina general. Programa «Europa contra el cáncer» UEMO, 1991.

XIV reunión del grupo de representantes de las Asociaciones de facultativos de medicina general de la Unión Europea. Luxemburgo, 16 marzo 1995.

CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento, 1992.

Medicina general y cáncer. J. Estapé, I. Burgos, 1991.





Venta • Salg • Verkauf • Πωλησεις • Sales • Vente • Vendita • Verkoop • Venda • Myynti • Försäljning

BELGIQUE / BELGIË

**Moniteur belge/
Belgisch Staatsblad**
Rue de Louvain 42/Leuvenseweg 42
B-1000 Bruxelles/B-1000 Brussel
Tel. (02) 512 00 26
Fax (02) 511 01 84

Jean De Lannoy
Avenue du Roi 202/Koningslaan 202
B-1060 Bruxelles/B-1060 Brussel
Tel. (02) 538 51 69
Fax (02) 538 08 41

Autres distributeurs/
Overige verkooppunten:

**Librairie européenne/
Europese boekhandel**
Rue de la Loi 244/Wetstraat 244
B-1040 Bruxelles/B-1040 Brussel
Tel. (02) 231 04 35
Fax (02) 735 08 60

Document delivery:

Credoc
Rue de la Montagne 34/Bergstraat 34
Boite 11/Bus 11
B-1000 Bruxelles/B-1000 Brussel
Tel. (02) 511 69 41
Fax (02) 513 31 95

DANMARK

J. H. Schultz Information A/S
Herstedvang 10-12
DK-2620 Albertslund
Tlf. 43 63 23 00
Fax (Sales) 43 63 19 69
Fax (Management) 43 63 19 49

DEUTSCHLAND

Bundesanzeiger Verlag
Breite Straße 78-80
Postfach 10 05 34
D-50445 Köln
Tel. (02 21) 20 29-0
Fax (02 21) 2 02 92 78

GREECE/ΕΛΛΑΔΑ

G.C. Eletheroudakis SA
International Bookstore
Nikis Street 4
GR-10583 Athens
Tel. (01) 322 63 23
Fax 323 98 21

ESPAÑA

Boletín Oficial del Estado
Trafalgar, 27-29
E-28071 Madrid
Tel. (91) 538 22 95
Fax (91) 538 23 49

Mundi-Prensa Libros, SA

Castelló, 37
E-28001 Madrid
Tel. (91) 431 33 99 (Libros)
431 32 22 (Suscripciones)
435 36 37 (Dirección)
Fax (91) 575 39 98

Sucursals:

Librería Internacional AEDOS
Consejo de Ciento, 391
E-08009 Barcelona
Tel. (93) 488 34 92
Fax (93) 487 76 59

**Librería de la Generalitat
de Catalunya**

Rambla dels Estudis, 118 (Palau Moja)
E-08002 Barcelona
Tel. (93) 302 68 35
Tel. (93) 302 64 62
Fax (93) 302 12 99

FRANCE

**Journal officiel
Service des publications
des Communautés européennes**
26, rue Desaix
F-75727 Paris Cedex 15
Tél. (1) 40 58 77 01/31
Fax (1) 40 58 77 00

IRELAND

Government Supplies Agency
4-5 Harcourt Road
Dublin 2
Tel. (1) 66 13 111
Fax (1) 47 80 645

ITALIA

Licosa SpA
Via Duca di Calabria 1/1
Casella postale 552
I-50125 Firenze
Tel. (055) 64 54 15
Fax 64 12 57

GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Messageries du livre
5, rue Raiffeisen
L-2411 Luxembourg
Tel. 40 10 20
Fax 49 06 61

NEDERLAND

SDU Servicecentrum Uitgeverijen
Postbus 20014
2500 EA 's-Gravenhage
Tel. (070) 37 89 880
Fax (070) 37 89 783

ÖSTERREICH

**Manz'sche Verlags-
und Universitätsbuchhandlung**
Kohlmarkt 16
A-1014 Wien
Tel. (1) 531 610
Fax (1) 531 61-181

Document delivery:

Wirtschaftskammer
Wiedner Hauptstraße
A-1045 Wien
Tel. (0222) 50105-4356
Fax (0222) 50206-297

PORTUGAL

Imprensa Nacional
Casa da Moeda, EP
Rua Marquês Sá da Bandeira, 16-A
P-1099 Lisboa Codex
Tel. (01) 353 03 99
Fax (01) 353 02 94

**Distribuidora de Livros
Bertrand, Ld.***

Grupo Bertrand, SA
Rua das Terras dos Vales, 4-A
Apartado 37
P-2700 Amadora Codex
Tel. (01) 49 59 050
Fax 49 60 255

SUOMI/FINLAND

Akateeminen Kirjakauppa
Akademiska Bokhandeln
Pohjois-Esplanaadi 39/Norra esplanaden 39
PL / PB 128
FIN-00101 Helsinki / Helsingfors
Tel. (90) 121 4322
Fax (90) 121 44 35

SVERIGE

BTJ AB
Traktorvägen 13
S-22100 Lund
Tel. (046) 18 00 00
Fax (046) 18 01 25
30 79 47

UNITED KINGDOM

HMSO Books (Agency section)
HMSO Publications Centre
51 Nine Elms Lane
London SW8 5DR
Tel. (0171) 873 9090
Fax (0171) 873 8463

ICELAND

**BOKABUD
LARUSAR BLÖNDAL**
Skólavörðustíg, 2
IS-101 Reykjavík
Tel. 11 56 50
Fax 12 55 60

NORGE

Narvesen Info Center
Bertrand Narvesens vei 2
Postboks 6125 Etterstad
N-0602 Oslo 6
Tel. (22) 57 33 00
Fax (22) 68 19 01

SCHWEIZ/SUISSE/SVIZZERA

OSEC
Stampfenbachstraße 65
CH-8035 Zürich
Tel. (01) 365 54 49
Fax (01) 365 54 11

BĂLGARIJA

Europress Klassika BK Ltd
66, bd Vitoshka
BG-1463 Sofia
Tel./Fax (2) 52 74 75

ČESKÁ REPUBLIKA

NIS ČR
Havelkova 22
CZ-130 00 Praha 3
Tel./Fax (2) 24 22 94 33

HRVATSKA

Mediatrade
P. Hatza 1
HR-4100 Zagreb
Tel. (041) 43 03 92
Fax (041) 45 45 22

MAGYARORSZÁG

Euro-Info-Service
Honvéd Európa Ház
Margitsziget
H-1138 Budapest
Tel./Fax (1) 111 60 61, (1) 111 62 16

POLSKA

Business Foundation
ul. Krucza 38/42
PL-00-512 Warszawa
Tel. (2) 621 99 93, 628 28 82
International Fax&Phone (0-39) 12 00 77

ROMÂNIA

Euromedia
65, Strada Dionisie Lupu
RO-70184 Bucuresti
Tel./Fax 1-31 29 646

RUSSIA

CCEC
9,60-letiya Otkryabrya Avenue
117312 Moscow
Tel./Fax (095) 135 52 27

SLOVAKIA

**Slovak Technical
Library**
Nám. slobody 19
SLO-812 23 Bratislava 1
Tel. (7) 52 204 52
Fax (7) 52 957 85

CYPRUS

**Cyprus Chamber of Commerce
and Industry**
Chamber Building
38 Grivas Dhiqenis Ave
3 Deligiorgis Street
PO Box 1455
Nicosia
Tel. (2) 44 95 00, 46 23 12
Fax (2) 36 10 44

MALTA

Miller Distributors Ltd
PO Box 25
Malta International Airport LQA 05 Malta
Tel. 66 44 88
Fax 67 67 99

TÜRKİYE

Pres AS
Istiklal Caddesi 469
TR-80050 Tunel-Istanbul
Tel. (1) 520 92 96, 528 55 66
Fax (1) 520 64 57

ISRAEL

ROY International
31, Habarzel Street
69710 Tel Aviv
Tel. (3) 49 78 02
Fax (3) 49 78 12

Sub-agent (Palestinian authorities):

INDEX Information Services

PO Box 19502
Jerusalem
Tel. (2) 27 16 34
Fax (2) 27 12 19

EGYPT/
MIDDLE EAST

Middle East Observer
41 Sherif St.
Cairo
Tel/Fax (2) 393 97 32

UNITED STATES OF AMERICA/
CANADA

UNIPUB

4611-F Assembly Drive
Lanham, MD 20706-4391
Tel. Toll Free (800) 274 48 88
Fax (301) 459 00 56

CANADA

Subscriptions only
Uniquement abonnements

Renouf Publishing Co. Ltd

1294 Algoma Road
Ottawa, Ontario K1B 3W8
Tel. (613) 741 43 33
Fax (613) 741 54 39

AUSTRALIA

Hunter Publications

58A Gipps Street
Collingwood
Victoria 3066
Tel. (3) 417 53 61
Fax (3) 419 71 54

JAPAN

Procurement Services Int. (PSI-Japan)

Kyoku Dome Postal Code 102
Tokyo Kojimachi Post Office
Tel. (03) 32 34 69 21
Fax (03) 32 34 69 15

Sub-agent:

**Kinokuniya Company Ltd
Journal Department**
PO Box 55 Chitose
Tokyo 156
Tel. (03) 34 39-0124

SOUTH and EAST ASIA

Legal Library Services Ltd

Orchard
PO Box 0523
Singapore 9123
Tel. 243 24 98
Fax 243 24 79

SOUTH AFRICA

Safto

5th Floor, Export House
Chr Maude & West Streets
Sandton 2146
Tel. (011) 883-3737
Fax (011) 883-6569

ANDERE LÄNDER
OTHER COUNTRIES
AUTRES PAYS

**Office des publications officielles
des Communautés européennes**

2, rue Mercier
L-2985 Luxembourg
Tél. 29 29-1
Télex PUBOF LU 1324 b
Fax 48 85 73, 48 68 17



OFICINA DE PUBLICACIONES OFICIALES
DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS
L-2985 Luxembourg

ISBN 92-827-4584-8



9 789282 745847 >