

¿Cuál debe ser el papel del neumólogo en el tratamiento quimioterapéutico del cáncer de pulmón?

I. Sampablo Lauro^a y J.L. Izquierdo^b

^aServicio de Neumología. Hospital Sagrat Cor. Barcelona. España.

^bServicio de Neumología. Hospital General. Guadalajara. España.

El cáncer de pulmón es el tumor más frecuente y el de mayor mortalidad en España. En 1990 la incidencia fue de 51,6 y de 3,4 casos por cada 100.000 habitantes en varones y mujeres, respectivamente¹. La tasa de mortalidad ese mismo año se situaba en 46,2 y 3,5 casos por 100.000 habitantes en varones y mujeres, respectivamente². Estos datos indican que en la población masculina el cáncer de pulmón es la primera causa de muerte por enfermedad neoplásica, representando el 27% del total, seguido a gran distancia por los tumores de próstata y colon. En la mujer, la mortalidad por cáncer de pulmón ocupó el sexto lugar, siendo la causa del 4,5% de los fallecimientos.

La neumología se define como la especialidad médica encargada de la prevención, diagnóstico y tratamiento de todas las enfermedades que afectan a su órgano diana, el pulmón. Dentro de este contexto, el *Statement on training in pneumology*, recomendado para la formación de neumólogos en Europa, especifica claramente que se deben "adquirir el conocimiento y la experiencia práctica en el manejo del cáncer de pulmón, incluida la quimioterapia"³.

La quimioterapia produce una elevada tasa de respuestas objetivas en el carcinoma microcítico de pulmón, con tasas de supervivencia a los dos años del 40-60% en casos de enfermedad limitada⁴. Por el contrario, en el carcinoma de célula no pequeña, el papel de la quimioterapia en estadios no quirúrgicos ha sido controvertido y sólo recientemente se ha demostrado que las pautas que incluyen cisplatino aumentan no sólo la supervivencia de los pacientes, sino también su calidad de vida^{5,6}. Por otro lado, la quimioterapia de inducción o neoadyuvante, administrada antes del tratamiento quirúrgico, puede permitir mejorar la supervivencia mediante la erradicación o la reducción de la masa tumoral y las metástasis subclínicas no evidenciables en el momento del diagnóstico.

Actualmente son los especialistas en oncología médica quienes controlan la mayor parte de los tratamientos

con quimioterapia, mientras que el neumólogo se ve relegado simplemente a diagnosticar la enfermedad, sin participar en las actitudes terapéuticas.

Con el fin de conocer el interés de los neumólogos en la implementación de un programa de quimioterapia, hemos realizado una encuesta nacional que fue contestada por el jefe de servicio o por la persona del servicio con intereses en el campo del cáncer de pulmón. Se recibieron los cuestionarios contestados de 103 centros hospitalarios, los cuales representan a 16 comunidades autónomas.

A la pregunta de si en el hospital existía un servicio de oncología, en un 30,3% de los casos la respuesta fue negativa, de modo que estos centros tenían que derivar a sus pacientes a otro centro hospitalario para ser tratados con quimioterapia. Actualmente sólo 17 servicios de neumología administran y controlan directamente sus tratamientos quimioterapéuticos. No se hacen distinciones a la hora de tratar las diferentes estirpes neoplásicas, es decir, que dicho porcentaje es el mismo cuando se valoran los tratamientos del carcinoma de células pequeñas, del no microcítico y en quimioterapia neoadyuvante. Existen 10 servicios de neumología que, a pesar de haber iniciado la administración de tratamientos con quimioterapia, dejaron de hacerlo. La razón esgrimida es siempre la misma: la creación de un servicio de oncología médica en el centro hospitalario.

Al analizar si existe interés o no por iniciar este tipo de tratamientos, el 51% de los encuestados respondió de manera afirmativa. Además, este porcentaje ascendió al 52,1% cuando se solicitaba la adhesión a un protocolo de tratamiento quimioterapéutico liderado por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

Los datos de esta encuesta deben analizarse desde dos puntos de vista diferentes: uno clínico y otro docente. En lo que a la práctica clínica se refiere, es evidente que el cáncer de pulmón es una enfermedad con una elevada incidencia dentro de nuestra población, que suele diagnosticarse en nuestras consultas de forma casi habitual. Sin embargo, sólo un 16% de los encuestados era capaz de administrar tratamientos de quimioterapia. ¿Qué pensaríamos si sólo un 16% de los neumólogos fuesen capaces de tratar a un enfermo con tuberculosis o con asma grave? Seguramente pensaríamos que nuestra especialidad no marcha bien y que habría que poner

Correspondencia: Dr. I. Sampablo Lauro.
Escoles Pies, 73. 08017 Barcelona. España.
Correo electrónico: islo1@saludalia.com

remedio. ¿Por qué no hacemos lo mismo con los tratamientos de quimioterapia? Es evidente que la aparición de la oncología médica ha desplazado a la neumología en el manejo de este tipo de tratamientos. El dato es abrumador: el 100% de los servicios de neumología que han dejado de administrar tratamientos quimioterapéuticos lo han hecho al crearse un servicio de oncología médica en su hospital. El conflicto de intereses con el oncólogo es un motivo, pero no el único. Existen otros datos más explícitos. El primero es que, en los hospitales donde no existe la figura del oncólogo (el 30% de nuestra muestra), los pacientes son trasladados a otros centros hospitalarios para recibir su tratamiento de quimioterapia. Otro dato, para nosotros más preocupante, es que sólo el 51% de los encuestados manifestó interés por iniciar este tipo de tratamiento. ¿Cómo debemos evaluar estas respuestas? ¿Cuál es el motivo de este bajo interés? Posiblemente existan varias explicaciones. Una de ellas sería que, como neumólogos, no nos planteamos poder administrar quimioterapia. Díaz Lobato⁷, en un editorial reciente, defiende el crecimiento de nuestra especialidad argumentando la necesidad de potenciar unidades de tabaquismo, de asma, de trastornos de sueño y de atención domiciliaria. Sin embargo, sólo utiliza la palabra “cáncer de pulmón” en una ocasión y, cuando lo hace, es para hablar de “conflicto con otras especialidades”. Otro argumento que suelen dar las administraciones hospitalarias es que las unidades centralizadas (en este caso la oncología médica) resultan más rentables y baratas que las unidades especializadas. Actualmente no existen trabajos que comparen, en términos de rentabilidad, los tratamientos de quimioterapia efectuados en unidades de oncología y neumología. Sin embargo, podríamos extrapolar los argumentos del editorial de Torres y Rodríguez-Roisin⁸, quienes demuestran que la asistencia en una unidad neumológica especializada en pacientes con insuficiencia respiratoria grave es más racional y efectiva, costando la mitad que una unidad convencional de cuidados intensivos.

Desde un punto de vista docente, en 1990 Sobradillo⁹ escribía que el futuro de los residentes de neumología se sustentaba en adquirir la máxima preparación durante su período formativo. Dentro de esta preparación creemos que deben incluirse sólidos conocimientos en el manejo de la quimioterapia. Hoy día la idea de que, una vez finalizado el período de residencia, se podrá optar a una plaza de hospital universitario de tercer nivel se aleja mucho de las posibilidades reales. Sin embargo, como argumentan Rosell y Ruiz¹⁰, la expansión de los hospitales comarcales, inicialmente basada en médicos internistas, provoca la incorporación a sus plantillas de médicos especialistas como consultores y ejecutores de pruebas complementarias. El dominio de la quimioterapia puede ser un bagaje importante para la posible contratación del neumólogo, habida cuenta de que generalmente en estos hospitales no existe aún la figura del oncólogo médico y que dichos centros evitan trasladar a sus pacientes, en la medida de lo posible, a otros hospitales por motivos presupuestarios.

El último dato que aporta la encuesta es bastante significativo: el 52% de los servicios de neumología afirmaba comprometerse a iniciar un protocolo de quimioterapia para tratar el cáncer de pulmón, siempre y cuando dicho protocolo sea dirigido por la SEPAR. Creemos, al igual que Martínez¹¹, que debería ser el Área de Oncología de la SEPAR la encargada de desarrollar un grupo de trabajo multicéntrico y abierto, con el objetivo de protocolizar los tratamientos quimioterapéuticos y universalizar así su uso por parte de los neumólogos, habida cuenta de que en un futuro no demasiado lejano dichos tratamientos no serán tan mielotóxicos como los actuales y que, además, se podrán administrar de forma oral¹², con lo que se eliminarán las complicaciones que comporta administrar quimioterapia en un hospital de día.

Por último, seguimos pensando que los pacientes con cáncer de pulmón deben ser evaluados por un equipo multidisciplinario; sin embargo, los neumólogos tenemos el derecho y la obligación de participar directamente en el manejo de los pacientes neumológicos, con responsabilidades directas en su seguimiento y tratamiento, evitando suspicacias estériles entre todas las especialidades implicadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Miñarro R, Black RJ, Martínez C, Navarro C, Garau I, Izarzuaga I. Incidencia y mortalidad por cáncer en España. patrones y tendencias. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2000; technical report n.o 36.
2. Black R, Bray F, Ferlay J, Parkin D. Cancer incidence and mortality in the European Union: cancer registry data and estimates of national incidence for 1990. *Eur J Cancer* 1997;33:1075-107.
3. Dijkman J, Martínez González del Tío J, Loddenkemper R, Prowse K, Siafakas N. Report of the working party of the “UEMS Monospeciality section of Pneumology” on training requirements and facilities in Europe. *Eur Respir J* 1994;7:1019-22.
4. Goto K, Nishiwaki Y, Takada M, Fukuoka M, Kawahara M, Sugiura T. Final results of a phase III study of concurrent versus sequential thoracic radiotherapy in combination with cisplatin and etoposide for limited-stage small cell lung cancer: the Japan Clinical Oncology Group Study. *J Clin Oncol* 1999;18:468-80.
5. Cullen MH, Billingham L, Woodroffe C, Chetiyawardana A, Gower N, Joshi R. Mitomycin, ifosfamide and cisplatin in unresectable non-small cell lung cancer: effects on survival and quality of life. *J Clin Oncol* 1999;17:3188-94.
6. Vansteenkiste JF, Vandebroek JE, Nackaerts KL, Weynants P, Valcke YJ, Verresen DA, et al. Clinical-benefit response in advanced non-small-cell lung cancer: a multicentre prospective randomised phase III study of single agent gemcitabine versus cisplatin-vindesine. *Ann Oncol* 2001;12:1221-30.
7. Díaz Lobato S. En defensa de la neumología. *Arch Bronconeumol* 1999;35:467-9.
8. Torres A, Rodríguez-Roisin R. Cuidados intensivos en los pacientes respiratorios. ¿Especializados o generales? *Arch Bronconeumol* 1996;32:263-4.
9. Sobradillo V. ¿Cómo es un buen residente de neumología? *Arch Bronconeumol* 1990;26:93-5.
10. Rosell A, Ruiz Manzano J. El futuro de los residentes de neumología. *Arch Bronconeumol* 1997;33:59-60.
11. Martínez González-Río. Papel del neumólogo en el tratamiento del cáncer de pulmón. *Arch Bronconeumol* 1999;35:470.
12. Sánchez de Cos Escujín J. Nuevas dianas terapéuticas en el cáncer de pulmón. *Arch Bronconeumol* 2002;38:386-91.