

BUSQUEDA ACTIVA DEL CANCER CUTANEO

Jaime Soto¹

DEFINICIONES

La búsqueda del título más apropiado para esta presentación ha consumido un buen tiempo. Así, el término *screening* puede traducirse como tamizaje, entendido en el sentido amplio de cualquier proceso para examinar (la piel) para detección temprana; pero, pueden dársele otras muchas acepciones tales como vigilancia, búsqueda de caso, detección temprana, tamizaje masivo, tamizaje oportunista, acceso abierto, diagnóstico temprano o tamizaje abierto. Sea cual sea la definición porque se opte, el hecho es que, en el caso del cáncer cutáneo, la única herramienta empleada es el examen visual que puede ser practicado individualmente en el consultorio del médico o en forma masiva durante los esfuerzos que se hacen y en los que las personas mismas buscan ser atendidas y examinadas (Koh, 1995).

Idealmente el **tamizaje para el cáncer** (en general) se esfuerza por "buscar entre individuos aparentemente sanos de una población general a aquéllos que tienen una probabilidad más alta de sufrir la enfermedad" y "la detección temprana de aquellas enfermedades cuyo tratamiento es más fácil o más efectivo cuando es realizado en un punto temprano de su evolución" (Sackett, 1975).

Otras definiciones que vale la pena tener en cuenta son: "... intento organizado de detectar entre población aparentemente sana, la enfermedad o los factores de riesgo de los cuales no son concientes" (Koh, 1994) o "... identificación presuntiva de enfermedad no reconocida mediante la realización de exámenes u otros procedimientos que pueden aplicarse rápidamente" (Miller, 1985). La Unión Internacional contra el Cáncer definió el tamizaje como un "programa organizado que detecta lesiones no sospechadas en sujetos asintomáticos de una población definida" (Sackett, 1985).

CLASIFICACION DE PERSONAS CON CANCER DE PIEL

Las personas con cáncer de piel se pueden dividir en cuatro categorías:

1. Aquéllas que no tienen conciencia de su lesión porque es difícil de ver (por estar localizada, por ejemplo, en la espalda o en el cuero cabelludo).
2. Aquéllas que son concientes de la lesión pero que no sospechan que sea cancerosa.
3. Aquéllas que son concientes de la lesión y sospechan que sea cancerosa, pero, que no están todavía lo suficientemente preocupadas como para hacerse examinar pronto.
4. Aquéllas que son concientes y sospechan de la lesión, pero que tienen impedimentos para hacerse examinar (por ejemplo, no hay hospitales cerca).

¹ Deematólogo, Director Científico, Instituto para la Educación Continuada en Ciencias Médicas, IPEC.
Correspondencia: calle 60 A No. 5-54 of. 201, Santafé de Bogotá

MEDIDA DEL IMPACTO

Cualquier programa que se intente debe evaluarse en términos de costo beneficio. Lo ideal sería tener un estudio aleatorio que demostrara la reducción de la mortalidad y de la morbilidad por cáncer cutáneo en una población definida, comparada con una población control, pero, éste es un estudio prácticamente imposible de conducir (se necesitarían miles de sujetos seguidos por muchos años) por lo que hay que recurrir a medidas intermedias que, aunque pueden tener sesgos, dan una idea aproximada del impacto del programa de tamizaje. Estas son: 1) conocimientos inducidos en la población blanco; 2) conocimiento público de los factores de riesgo significativos y de la susceptibilidad al riesgo; 3) tasas de autoexamen para poblaciones en riesgo; 4) solicitudes de exámenes para cáncer de piel, y 5) conocimiento de los proveedores de salud sobre los riesgos para cáncer de piel.

El primer tamizaje para cáncer de piel fue realizado en Virginia y demostró lesiones malignas o premalignas en 21,6% de los 548 granjeros examinados (Weary, 1971). Los estudios recientes muestran que más de 99% de los melanomas detectados durante un tamizaje tenían un espesor menor de 1,5 mm (Koh, 1991), con el consecuente beneficio de que los hacía más accesibles a tratamiento. Otro beneficio del tamizaje para cáncer de piel es el de llevar la consulta especializada al alcance de personas que, de otra manera, no tendrían acceso a ella. Así, en la actividad que desarrolla la Academia Americana de Dermatología desde hace muchos años, se demostró que para el período 1992-93 más de 75% de los participantes no tenía un dermatólogo de cabecera, 47% no hubieran sido vistos por el médico si no es por el tamizaje y 9% no tenían ningún seguro de salud (AAD, 1994). Adicionalmente, los estudios muestran que apenas 23% de los adultos mayores de 50 años buscan activamente el examen de su piel (Miller, 1993) a pesar de que 86% tiene un factor de riesgo y 78% tiene dos factores de riesgo para cáncer cutáneo (Koh, 1991).

EDUCACION COMO HERRAMIENTA Y APOYO

Los programas de tamizaje deben promover la educación mediante publicidad previa, educación durante y reforzamiento después del tamizaje. La publicidad previa se hace para que la gente sepa qué va a ver y para ilustrarla sobre los factores de riesgo

y las señales de peligro del cáncer de piel. Durante el tamizaje propiamente dicho, los asistentes reciben información mediante diferentes métodos audiovisuales sobre estos mismo tópicos y, además, se les enseñan técnicas de autoexamen y se les pone en contacto directo con el método para que resuelva sus dudas. Este momento es muy importante, pues, los participantes están motivados y pueden aceptar más fácilmente los nuevos conceptos y los cambios de conducta que se les sugieran para disminuir riesgos.

La educación post-tamizaje es para proveer a las personas diagnosticadas con cáncer de los conocimientos que les sean útiles para el tratamiento y la evolución más favorable de su enfermedad, así como para insistir entre los no enfermos en la técnica del autoexamen, la consulta periódica y la evitación de los factores de riesgo. También es muy importante para la revisión de los miembros de la familia de los casos confirmados. El cambio de actitud y la preocupación por revisarse periódicamente es más sentida entre quienes reciben información (Brandberg, ****).

ES EL EXAMEN VISUAL UNA BUENA HERRAMIENTA?

Se ha informado un incremento en la calidad del diagnóstico clínico del melanoma desde 1955 hasta 1982, llegando a una sensibilidad de 85% y a una especificidad de 72% (Grin, 1990). El valor predictivo positivo del examen visual por un dermatólogo en el estudio de la AAD fue de 13 a 24% (**Kph, 1990) y es probable que el empleo del microscopio de epiluminescencia (dermatoscopia) ayude a mejorar estos resultados en el caso de lesiones pigmentadas.

La recomendación del autoexamen es seguida por una pequeña parte de la población; aún en países desarrollados, con alto nivel cultural y con factores de riesgo evidentes, apenas 20% de los individuos a quienes se les aconsejó se hicieron el autoexamen mensual (Friedman, 1993) y sólo 6% de 874 pacientes dermatológicos hicieron caso al conjunto de recomendaciones sobre autoexamen mensual, examen anual por dermatólogo y empleo de protección antisolar (Lee, 1991). Estos últimos datos refuerzan la necesidad de examinar TODA la piel del paciente en la primera visita y al menos una vez al año durante el seguimiento, pues los pacientes no cumplen la recomendación del autoexamen periódico.

BARRERAS PARA UNA EFECTIVA DETECCIÓN DEL CÁNCER CUTÁNEO

A pesar del dramático y sostenido crecimiento de los casos de cáncer cutáneo en las últimas décadas, los esfuerzos para mejorar la detección temprana son limitados y no es raro encontrar que pacientes con melanoma afirman haber visitado uno o más médicos (por cualquier razón) en los dos años anteriores al diagnóstico de su lesión cutánea, en los que probablemente, de haberlo buscado, se hubiera encontrado algún signo de alarma.

Algunas de las barreras atribuibles al médico son: falta de tiempo, falta de experiencia y de conocimiento, falta de retroalimentación positiva, asunción del esfuerzo preventivo como un gasto de tiempo y no es pagado en una consulta clínica corriente y el tiempo empleado en prevención no es pagado en una consulta clínica corriente y asunción del cáncer de piel como un problema menor ("un cáncercito") (Wender, 1995).

Algunas de las barreras que pueden atribuirse a la población general son: desconocimiento, falta de motivación, acceso limitado a servicios de salud, baja prioridad dada a las lesiones cutáneas en relación con otros problemas de salud, etc.

SON RECOMENDABLES LOS ESTUDIOS DE TAMIZAJE EN CÁNCER DE PIEL?

Aquí hay respuestas para todos los gustos: la Unión Internacional contra el Cáncer no los recomienda, la conferencia de consenso de los Institutos Nacionales de Salud sobre melanoma temprano sí lo recomienda y el *US Preventive Services* los recomienda para poblaciones en alto riesgo. Todos estos puntos de vista pueden cambiar con el paso del tiempo y la obtención de más datos de nuevos estudios (Koh, 1991).

Aunque Koh dice que "hasta que hallan más datos disponibles, es razonable enfocar los esfuerzos de tamizaje y educación hacia los hombres de 50 y más años" (Koh, 1995), nosotros creemos que es una recomendación válida para países en donde ya se han hecho tamizajes diagnósticos que les han permitido conocer con alguna certeza cifras sobre incidencia y prevalencia del cáncer cutáneo, los posibles factores de riesgo y sus fuerzas de asociación y los conocimientos, prácticas y actitudes de la población (tanto general como médica) ante el problema.

HACIA DONDE SE DEBEN DIRIGIR LOS ESFUERZOS?

1. Hacer nuevas asociaciones: hasta ahora, casi todos los esfuerzos han sido hechos por dermatólogos o por oncólogos pero en forma aislada. A partir de ahora, los esfuerzos deben ser combinados y en ellos deben participar no sólo los médicos directamente implicados en el problema sino también los médicos generales, los pediatras, los internistas y los profesionales en el manejo de la conducta humana, de la comunicación y de la educación.
2. Trazar políticas explícitas para que los que tienen que ponerlas en prácticas sepan interpretarlas y llevarlas a la práctica.
3. Identificar lesiones de alto riesgo: puesto que no todos los que van a participar en el esfuerzo tienen un alto grado de capacitación dermatológica, es mejor orientarlos hacia el conocimiento suficiente de las lesiones más riesgosas que confundirlos con una enorme cantidad de información no relevante.
4. Enfocar el esfuerzo en las áreas de mayor riesgo por el tipo de población que allí vive permanentemente o porque son áreas a donde se desplazan (por vacaciones, por ejemplo) personas de alto riesgo.
5. Involucrar a los agentes de salud que tienen que ver con el cuidado de la infancia porque ellos son más concientes de su tarea en la prevención de las enfermedades y, por ende, están más motivados y porque 80% del daño que el sol le puede hacer a la piel se produce en los primeros 18 años de vida.
6. Comprometer a la educación pública que emplea diferentes medios de comunicación para que difunda el concepto de la necesidad del autoexamen, de la consulta al especialista y del empleo de las medidas preventivas reconocidas, como el uso de protectores solares.
7. Dar participación en los programas a las unidades de salud locales, que son las que las personas conocen y a donde acuden con más facilidad.
8. Proponer a las entidades que administran los servicios de salud (gubernamentales o privados) que valoren económicamente el tiempo empleado en medicina preventiva, convenciéndolos de que la prevención ayuda a disminuir gastos y que es una buena inversión.