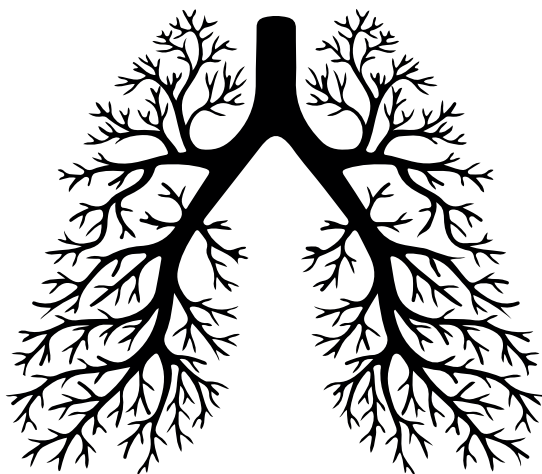


CÁNCER DE PULMÓN

~ GUÍA PARA PACIENTES Y FAMILIARES ~



TLFN. 901 220 110 - FAX. 91 141 01 14

www.gepac.es - info@gepac.es

CÁNCER DE PULMÓN. GUÍA PARA PACIENTES Y FAMILIARES

PRIMERA EDICIÓN: MARZO DE 2014. MADRID.

COORDINACIÓN Y EDICIÓN

GRUPO ESPAÑOL DE PACIENTES CON CÁNCER (GEPAC)

DISEÑO

GRUPO ESPAÑOL DE PACIENTES CON CÁNCER (GEPAC)

TEXTOS

GRUPO ESPAÑOL DE PACIENTES CON CÁNCER (GEPAC)

Revisión:

DRA. DÑA. CONSTANZA MAXIMIANO ALONSO

Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda de Madrid

ISBN: 978-84-695-9080-5

LA INFORMACIÓN DE ESTA GUÍA SÓLO PRETENDE SERVIR DE ORIENTACIÓN, SU CONTENIDO NUNCA DEBE REEMPLAZAR A LAS INDICACIONES DE TU MÉDICO. EL ESPECIALISTA ES LA PERSONA MÁS INDICADA PARA RESOLVER CUALQUIER CUESTIÓN SOBRE TU CASO PARTICULAR.

Todos los derechos están reservados en lo que a la totalidad o parte del material se refiere.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada o transmitida de ningún modo ni por ningún medio sin permiso previo del Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC)

| | |
|--|----|
| 1. QUÉ SON LOS PULMONES | 05 |
| 2. QUÉ ES EL CÁNCER DE PULMÓN | 07 |
| 2.1. Introducción | 07 |
| 2.2. Tipos | 08 |
| 2.3. Síntomas | 09 |
| 2.4. Incidencia | 11 |
| 2.5. Pronóstico | 12 |
| 2.6. Causas y factores de riesgo | 12 |
| 3. CÓMO SE DIAGNOSTICA EL CÁNCER DE PULMÓN | 14 |
| 3.1. Diagnóstico precoz | 14 |
| 3.2. Pruebas diagnósticas | 14 |
| 3.2.1. Pruebas de imagen | 15 |
| 3.2.2. Procedimientos de estadiaje y obtención de muestras | 18 |
| 3.2.3. Análisis de muestras de tejido | 20 |
| 3.3. Estudios de extensión | 22 |
| 4. CÓMO SE TRATA EL CÁNCER DE PULMÓN | 30 |
| 4.1. Introducción al tratamiento del cáncer de pulmón | 30 |
| 4.2. Cirugía | 31 |
| 4.3. Radioterapia | 33 |
| 4.4. Quimioterapia..... | 35 |
| 4.5. Terapia dirigida | 37 |
| 4.6. Otros tratamientos..... | 39 |

| | |
|---|----|
| 5. CONVIVIR CON EL CÁNCER DE PULMÓN | 42 |
| 5.1. Apoyo emocional..... | 43 |
| 7. LA COMUNICACIÓN CON TU EQUIPO MÉDICO | 45 |
| 8. ¿DÓNDE PUEDO BUSCAR INFORMACIÓN Y APOYO? | 47 |

1. QUÉ SON LOS PULMONES

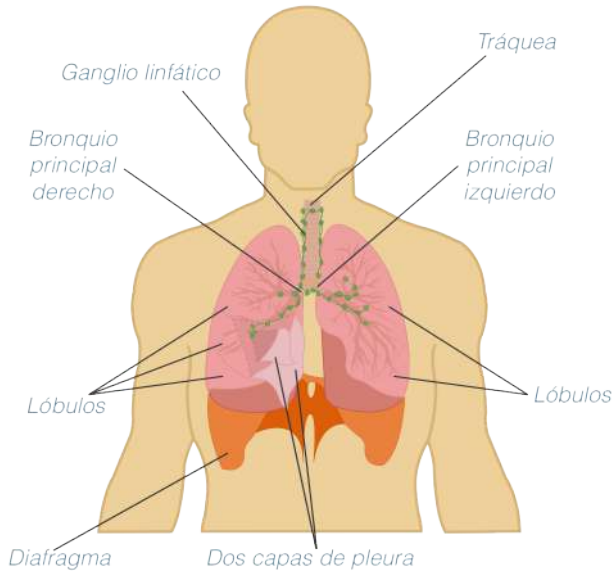
Los pulmones son los órganos más grandes del cuerpo. Tienen un aspecto esponjoso y están ubicados en el tórax, uno a cada lado del corazón y protegidos por las costillas. El espacio que les separa es el mediastino, una zona en la que se encuentran alojados los bronquios, la tráquea, el corazón y la salida de los grandes vasos. La principal función de los pulmones es el intercambio de gases, pero también actúan de filtro y tienen cierta importancia en el sistema metabólico.

Aunque a priori podríamos pensar que ambos pulmones son simétricos, lo cierto es que el pulmón derecho es más grande y se divide en tres partes: lóbulo superior, medio e inferior mientras que el izquierdo solo se divide en dos: superior e inferior. Los lóbulos, a su vez, se dividen en segmentos a los que llegan bronquios segmentarios y subsegmentarios, que, a su vez, se subdividen hasta llegar a la denominación de bronquiolos. Estos terminan en los alvéolos que es donde, finalmente se produce el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono.

Los pulmones están recubiertos por una membrana serosa llamada pleura. La pleura parietal es la parte externa (en contacto con la caja torácica, el mediastino y el diafragma), mientras que la pleura visceral es el revestimiento interno que está en contacto con los pulmones. Ambas capas se encuentran en contacto entre sí y se deslizan una sobre la otra cuando los pulmones se contraen o se expanden. La cavidad pleural es el hueco que se encuentra entre ambas y su función es evitar el roce los pulmones con la pared interna de la cavidad torácica. Por ello, en este espacio se almacena una pequeña cantidad de líquido con el fin de lubricarlas.

Cuando inspiras, el árbol bronquial se expande, permitiendo la llegada del oxígeno hacia los alvéolos. También contribuyen al movimiento de la pared bronquial, donde se encuentran los cilios, situados entre la mucosa pulmonar y encargados de atrapar y expulsar los agentes externos que entran al cuerpo a través de la respiración.

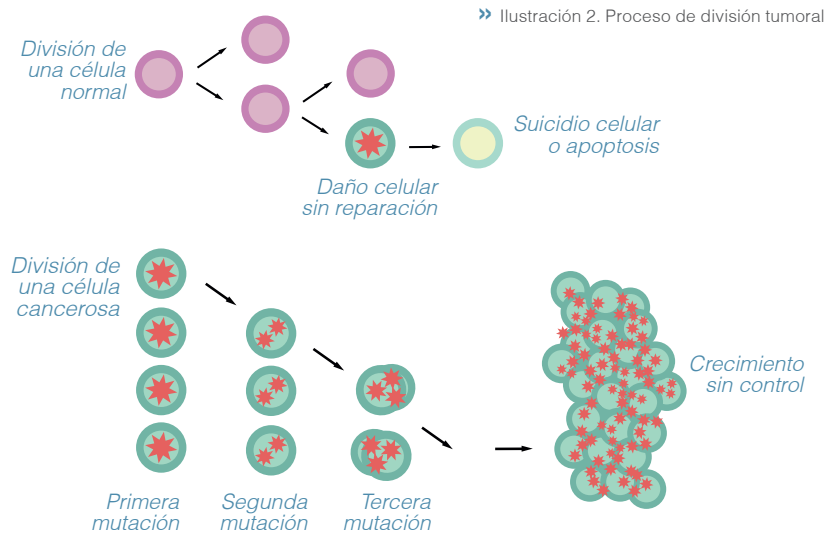
» Ilustración 1. Anatomía de los pulmones



2. QUÉ ES EL CÁNCER DE PULMÓN

2.1. INTRODUCCIÓN

El cuerpo está formado por millones de células de diferentes tipos tamaños y funciones. Estas se dividen formando los tejidos y los órganos. Cuando las células envejecen o sufren algún daño, mueren y son reemplazadas por otras nuevas.



En algunas ocasiones, puede ocurrir que este proceso se des controle. Las células contienen material genético, conocido como ADN, que determina la manera en que cada una de ellas crece, se divide y se relaciona con las demás. Cuando este material se daña o se altera,

algo que se conoce como mutación, el crecimiento y la división celular se ven alteradas, no produciéndose la muerte de las mismas. Así, las células no mueren cuando deberían morir y se crean células nuevas que el cuerpo no necesita. Estas células sobrantes forman lo que se conoce como tumor, que escapa a los mecanismos de control del sistema inmune.

Cuando las células de este tumor tienen la capacidad de diseminarse invadiendo otros tejidos cercanos, hablamos de tumor maligno o cáncer. Si las células mutadas tienen su origen en el pulmón, hablamos de cáncer de pulmón.

2.2. TIPOS

En función de la célula que origina el cáncer de pulmón hablamos de diferentes tipos. Para poder determinar dicha naturaleza es necesario llevar a cabo lo que se conoce como diagnóstico histológico, que consiste en el estudio de una porción de tejido al microscopio. Para poder llevar a cabo este estudio, realizado por el médico patólogo, es necesario que transcurran varios días con el fin de procesar e interpretar la muestra.

Existen principalmente dos tipos distintos de cáncer de pulmón:

- **Cáncer de pulmón de células pequeñas (carcinoma microcítico de pulmón).** Representa aproximadamente el 20% de los tumores pulmonares que se diagnostican y está muy relacionado con el consumo de tabaco. Suele ser muy agresivo y se extiende rápidamente a otras partes del cuerpo. Tiende a presentar una mejor respuesta a la quimioterapia que otros tipos de cáncer de pulmón.

- Cáncer de pulmón de células no pequeñas (carcinoma pulmonar no microcítico). Representa aproximadamente el 80 por ciento de los tumores pulmonares diagnosticados. Se subdivide a su vez en tres tipos:
 - » Carcinoma escamoso o epidermoide. Representa el 40% de los cánceres de pulmón, siendo el tipo más común. Son de localización central y su crecimiento es relativamente lento provocando necrosis (muerte irreversible de los tejidos que afecta) y cavitación (formación patológica de cavidades en los tejidos u órganos).
 - » Carcinomas no escamosos:
 - Adenocarcinoma. Representa el 30% de los casos de cáncer de pulmón diagnosticados y es el más frecuente en mujeres. Este tumor es de tipo periférico y puede afectar a la pleura y a la pared torácica.
 - Carcinoma de células grandes. Supone el 10% restante de los tumores pulmonares que se diagnostican. Posee características distintas al carcinoma escamoso y al adenocarcinoma.

2.3. SÍNTOMAS

Dado que el pulmón es un órgano grande, en las etapas iniciales de de un tumor no suelen aparecer síntomas. Generalmente, cuando aparecen los primeros signos la enfermedad esta ya se encuentra avanzada. Además, en muchas ocasiones, los síntomas provocados por los tumores pulmonares son inespecíficos y se asocian a enfermedades

que nada tienen que ver con el cáncer de pulmón. Por ello, es recomendable acudir al médico de atención primaria ante la aparición de algunos de estos síntomas, especialmente si se prolongan en el tiempo, para poder realizar un diagnóstico precoz y proporcionar el tratamiento más adecuado.

En la siguiente tabla se muestran los síntomas más comunes asociados al cáncer de pulmón. Hay que resaltar que algunos de ellos pueden o no darse con más frecuencia en función del tipo y, sobre todo, de la extensión del tumor:

| SÍNTOMAS DE CÁNCER DE PULMÓN |
|--|
| Tos persistente (síntoma más frecuente) |
| Dolor constante en el pecho, al respirar o toser |
| Espustos con sangre o color metal oxidado |
| Dificultad para respirar, sensación de falta de aire |
| Infecciones pulmonares frecuentes |
| “Pitidos” o ruidos al respirar |
| Ronquera o cambios en la voz |
| Sensación de que la comida se queda detenida en el tórax |
| Bultos o masas en el cuello o la clavícula |
| Fatiga |
| Pérdida de apetito |
| Pérdida de peso |
| Dolor óseo |

Cuando la enfermedad está muy avanzada suelen aparecer síntomas como la pérdida de apetito, dolor óseo, cansancio, debilidad, confusión, mareos o pérdida de peso.

2.4. INCIDENCIA

El cáncer de pulmón se presenta con mayor incidencia en países industrializados, en el este y sur de Europa y en Norteamérica. Existe una relación directa con el hábito tabáquico y parece que esta incidencia también está relacionada con la contaminación propia de los núcleos urbanos desarrollados e industriales.

Aparece a partir de los 55 años de manera más frecuente y se mantiene hasta los 75, aunque pueden presentarse casos en pacientes más jóvenes. En España se diagnostican más de 20.000 casos al año y es mucho más frecuente en varones, aunque la tendencia está cambiando principalmente por el aumento del consumo de tabaco entre la población femenina.

| Incidencia Anual | Número de casos | Hombres | Mujeres |
|------------------|-----------------|-----------|---------|
| Mundo | 1.608.055 | 1.092.056 | 515.999 |
| España | 23.211 | 20.085 | 3.126 |

» Tabla 1. Incidencia del cáncer de pulmón. GLOBOCAN 2008

El cáncer de pulmón es el segundo tipo de tumor más común en varones, por detrás del de próstata. Actualmente, la incidencia del cáncer de pulmón en España es alta en comparación con nuestros vecinos europeos, y está acorde a la incidencia registrada en otros países de la Europa mediterránea.

2.5. PRONÓSTICO

El pronóstico depende de la extensión de la enfermedad en el momento del diagnóstico (ver **3.3. EXTENSIÓN DEL CÁNCER DE PULMÓN**). En muchas ocasiones, los pacientes son diagnosticados en fases avanzadas de la enfermedad, puesto que en términos generales no han notado ningún síntoma en las fases tempranas. Del mismo modo, con frecuencia esta enfermedad se diagnostica en pacientes de avanzada edad, que presentan otras patologías cuyos síntomas dificultan el tratamiento oncológico. Por estas razones, el cáncer de pulmón tiene una de las tasas de supervivencia más bajas en comparación con otros tipos de cáncer.

El pronóstico también depende del tipo de cáncer de pulmón que se diagnostique, de su agresividad y de las distintas enfermedades que pueda tener el paciente (comorbilidad). Por ello, es difícil establecer cifras pronósticas generales sin tener en cuenta todas estas variables. Recuerda que tu médico es la persona indicada para ofrecerte esta información ya que cuenta con los datos completos de tu historia clínica.

Por otra parte, las recientes investigaciones sobre la genética del cáncer de pulmón, así como los ensayos clínicos prometedores abiertos en la actualidad tienen el objetivo de mejorar la supervivencia de estos pacientes. En este sentido, es posible que en los próximos años se produzca un aumento relevante tanto en la supervivencia como en la calidad de vida de los pacientes con cáncer de pulmón. Si tienes dudas sobre los criterios necesarios para formar parte de uno de estos ensayos clínicos, consulta a tu médico. Él te proporcionará toda la información que necesitas para valorar tu participación en estas investigaciones.

2.6. CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO

El consumo de tabaco es la causa fundamental del cáncer de pulmón, tanto en cigarrillo, pipa o puros. El descenso de consumo de tabaco se acompaña con la reducción en la incidencia de este tumor, aunque requiere de unos años de latencia para reducir el riesgo al de un no fumador (se calcula que está alrededor de los 15 años sin fumar, aunque depende sobre todo del tiempo durante el que se haya consumido). Entre un 80% y un 90% del cáncer de pulmón se da en fumadores o ex fumadores, aunque también existe riesgo en fumadores pasivos. También puede diagnosticarse este tipo de cáncer en no fumadores, aunque este tipo de tumores tienen unas características especiales. El abandono del hábito tabáquico es muy importante en estos pacientes ya que influye directamente en la supervivencia así como en la eficacia y tolerancia de los tratamientos.

Hay factores que aumentan el riesgo de desarrollar este tipo de tumor, como la edad avanzada y el sexo masculino. Este último parámetro probablemente en relación con el mayor consumo de tabaco en este grupo. Sin embargo, la tendencia en los últimos años es al aumento de incidencia en mujeres como consecuencia del incremento del consumo de tabaco entre el sexo femenino. Además, existen otras causas que pueden influir en el desarrollo de un tumor pulmonar:

- Exposición laboral a ciertas sustancias como el asbesto o el radón.
- Contaminación ambiental en zonas urbanas.
- Predisposición genética. Sin embargo, actualmente no se ha encontrado todavía ninguna variación a nivel de genes que pueda ser diagnosticada.

3. CÓMO SE DIAGNOSTICA EL CÁNCER DE PULMÓN

3.1. DIAGNÓSTICO PRECOZ

Hasta la fecha no existen pruebas diagnósticas que hayan demostrado beneficio en la supervivencia global del cáncer de pulmón. Existen, no obstante, estudios en marcha que intentan encontrar células tumorales en saliva o en sangre, especialmente en aquellos pacientes con hábitos que puedan predisponer al diagnóstico. También existen estudios en marcha para la detección precoz de esta patología a través de pruebas de imagen como la tomografía axial computerizada (TAC), sin resultados concluyentes hasta la fecha.

Por estos motivos, no existe beneficio en realizar pruebas preventivas en el cáncer de pulmón.

3.2. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Las pruebas diagnósticas empleadas para diagnosticar el cáncer de pulmón tienen dos propósitos. En primer lugar, ayudan al oncólogo a determinar el tipo exacto de tumor que tienes. Por otra parte, permiten determinar en qué fase se encuentra (ver **3.3. EXTENSIÓN DEL CÁNCER DE PULMÓN**). Un diagnóstico preciso permite determinar cuál será el tratamiento más adecuado.

A continuación se detallan una a una todas las técnicas empleadas para diagnosticar el cáncer de pulmón. Ten en cuenta que en la mayoría de los casos no será necesario realizar todas. Consulta con tu médico qué proceso será necesario llevar a cabo en tu caso particular.

3.2.1. Pruebas de imagen

Las pruebas de imagen se utilizan para determinar el tamaño, la forma y la localización del tumor. También se utilizan para determinar si existe una metástasis a distancia en algún otro órgano o ganglio linfático del cuerpo.

A continuación se detallan una a una las diferentes pruebas de imagen empleadas habitualmente en el diagnóstico del cáncer de pulmón.

Radiografía de tórax



La radiografía o placa de tórax es un examen diagnóstico por rayos X que se utiliza comúnmente cuando existe la sospecha de cáncer de pulmón. Una de sus ventajas es la rapidez en su realización e interpretación y su bajo coste, sin embargo, no es la prueba de imagen más precisa. Con ella, el especialista puede visualizar la existencia de áreas sospechosas en el pulmón y/o esqueleto.

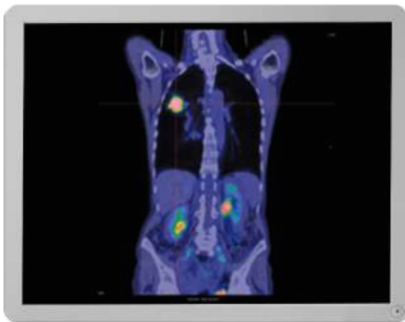
» Ilustración 3. Placa de tórax con sospecha de cáncer de pulmón

Tomografía axial computerizada (TAC)

La Tomografía Axial Computerizada (TAC) o tomografía computerizada (en inglés, *computed tomography*, CT) es un estudio radiológico con rayos X que produce imágenes del cuerpo, tanto de los diferentes órganos y huesos como de sus relaciones anatómicas. Proporciona un

nivel de detalle mayor e identifica áreas óseas dañadas que podrían pasar desapercibidas con la radiografía simple. Es posible que antes de realizar la TAC, el paciente deba tomar una solución de contraste para aumentar la eficacia de la prueba. De esta forma, es posible administrarlo por vía oral y/o intravenosa. Algunos de estos agentes de contraste pueden provocar daños renales o reacciones alérgicas, por lo que es muy importante comunicar al equipo que va a realizar la prueba la existencia previa de alguna de estas dos situaciones. La duración de la prueba es de 10-15 minutos.

Tomografía por emisión de positrones (PET)



» Ilustración 4. PET/TAC de un paciente con cáncer de pulmón

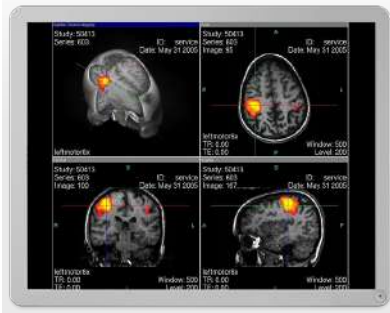
Se trata de una tomografía en la que se inyecta glucosa radioactiva a través de la vena del paciente. Los cánceres consumen glucosa a un ritmo mayor que otros tejidos normales, por lo que se puede determinar si existen células tumorales si la radioactividad se concentra en un tejido concreto, por ejemplo un tumor pulmonar.

Se trata de una prueba larga, que requiere un adecuado control de glucosa en sangre. Si eres diabético no olvides comentárselo al especialista ya que requiere un manejo especial en estos casos.

Las imágenes de una PET no son tan precisas como las de una TAC. La combinación de ambas pruebas, usadas en conjunto, proporcionan una información muy útil para el radiólogo, que puede comparar áreas con mayor actividad metabólica obtenidas en la PET con áreas anatómicas

definidas obtenida mediante la TAC. Esta prueba proporciona información muy útil ya que pueden mostrar si el cáncer ya se ha diseminado a otras partes del cuerpo o si aún está localizado. Además, una PET permite distinguir entre lesiones benignas no cancerosas (infecciones o inflamación) de las malignas.

Resonancia magnética (RM o RMN)



» Ilustración 5. RM cerebral en paciente con cáncer de pulmón

Es la prueba de elección para el estudio del Sistema Nervioso Central (encéfalo y médula espinal), cuando existe sospecha de metástasis en la médula espinal o en el cerebro. Además, por normal general, no se suele realizar una resonancia magnética cerebral al inicio del proceso de diagnóstico salvo que exista una sospecha clínica.

La RMN se puede realizar en otras localizaciones. En el cáncer de pulmón se realiza a nivel torácico para estudiar la relación del tumor con los grandes vasos antes de la intervención quirúrgica.



Gammagrafía ósea

La gammagrafía ósea se lleva a cabo para determinar si el tumor se ha extendido a los huesos. Se realiza a través de la inyección del isótopo radioactivo, sustancia que se fija al

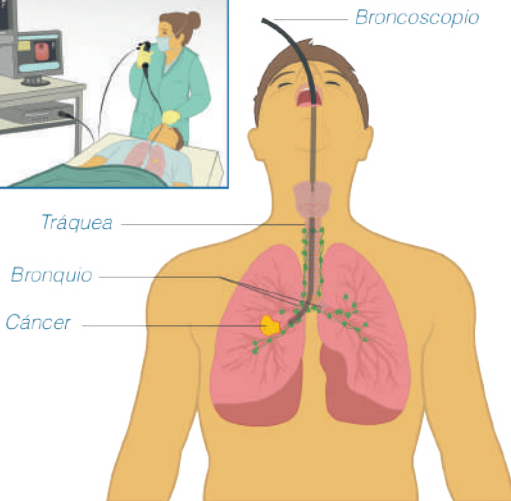
» Ilustración 6. Escáner óseo de paciente con cáncer de pulmón

hueso dañado. Generalmente no es necesario realizar esta prueba si previamente se ha realizado una PET/TAC.

La gammagrafía se realiza en aquellos pacientes con signos y síntomas de metástasis óseas, como dolor o impotencia funcional, y también en el seguimiento de las mismas.

3.2.2. Procedimientos de estadiaje y obtención de muestras

Los procedimientos de estadiaje son los métodos diagnósticos que permiten al especialista ver directamente el pulmón y las zonas próximas y, además, obtener muestras de ganglios linfáticos o de otros tejidos para poder analizarlas posteriormente (biopsia y/o citología). A continuación se detallan los procedimientos más comunes en el cáncer de pulmón.



Bronscoscopia

Para realizar la prueba se utiliza un tubo generalmente flexible de unos pocos milímetros de diámetro llamado broncoscopio. Se introduce por la boca o la nariz del paciente y pasa a través de la tráquea hasta llegar a los pulmones con el fin de obtener imágenes por todo este trayecto.

» Ilustración 7. Bronscoscopia

A través del broncoscopio se pueden introducir pequeñas herramientas que permiten la obtención de tejido para su posterior análisis.

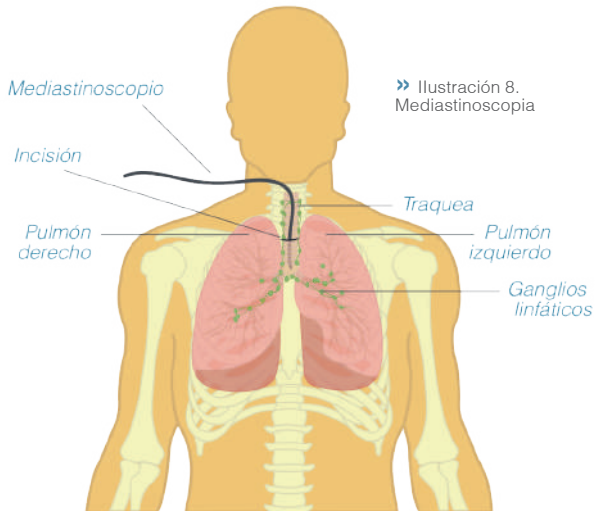
Generalmente, esta prueba se realiza con anestesia local y sedación. Requiere que el paciente acuda en ayunas y en caso de estar tomando medicamentos antiagregantes o anticoagulantes, es necesaria su suspensión por parte del médico responsable del paciente.

Biopsia con ultrasonido endobronquial (EBUS, en inglés)

La biopsia con ultrasonido endobronquial es una técnica de estadiaje moderna que permite acceder a la zona que se encuentra entre los pulmones y el corazón (mediastino) a través del broncoscopio, sin necesidad de realizar ninguna incisión. La sonda de ultrasonidos empleada proporciona imágenes en tiempo real que permiten obtener muestras para el posterior análisis. En algunas ocasiones, es la prueba que diagnostica el cáncer de pulmón. También permite acceder a los ganglios linfáticos del mediastino para estadificar el tumor y valorar la reseccabilidad.

Mediastinoscopia

La mediastinoscopia es considerada la mejor técnica existente para poder analizar los ganglios linfáticos del mediastino. El médico puede obtener muestras realizando pequeñas incisiones por encima del esternón. Es muy



» Ilustración 8. Mediastinoscopia

importante determinar si el cáncer se ha extendido a estos ganglios, especialmente si existe sospecha, para valorar el estadio del tumor y si es candidato a cirugía como primera opción.

Punción transtorácica

Se realiza guiada por TAC y permite obtener muestras de lesiones pulmonares periféricas no accesibles al broncoscopio. Es necesario aplicar anestesia local y, después, insertar una aguja en el tórax. La muestra de tejido se obtiene por aspiración. El paciente debe acudir en ayunas y suspender el tratamiento con antiagregantes o anticoagulantes, si estuviera prescrito.

Toracoscopia

Se realiza por el cirujano torácico bajo anestesia general, efectuando una pequeña incisión en el tórax. Después, el especialista introduce una cámara e instrumentos para la obtención de muestras y la valoración del estado pleural.

Toracocentesis

Se denomina así a la extracción de líquido pleural por aspiración y con anestesia local. Tras la inserción de una aguja entre los espacios intercostales, con o sin asistencia por ecografía, se obtiene una muestra citológica para el diagnóstico y valoración de la afectación pleural.

3.2.3. Análisis de las muestras de tejido

Las muestras de tejido obtenidas (biopsias o citologías) obtenidas a través de los procedimientos anteriormente descritos, son analizadas

por un patólogo para determinar si existen células cancerosas y, de ser así, determinar de qué tipo son (histología). En caso de cirugía radical, el patólogo revisará también el tamaño y la localización del tumor, el número de ganglios linfáticos afectados, así como cualquier otro aspecto importante de cara a realizar el diagnóstico correcto. Si la muestra de tejido es demasiado pequeña, será necesario volver a extraer más tejido para una correcta clasificación histológica.

Gracias a los avances en investigación, se han descubierto ciertas alteraciones genéticas que afectan al modo en el que se desarrollan las células del cáncer de pulmón no microcítico y a su respuesta a ciertos tipos de tratamiento. Estos tres tipos de mutaciones son excluyentes entre sí, esto es, si aparece una, no aparecen las otras dos en el mismo tumor. Cada una de ellas tiende a estar relacionadas con una serie de características clínicas, tal y como se puede ver en la siguiente tabla.

| Alteración genética | Frecuente en | Tipo de cáncer de pulmón de células no pequeñas | ¿Cuándo es conveniente realizar la prueba? |
|---------------------------------------|--|--|--|
| Mutación EGFR | <ul style="list-style-type: none"> • Mujeres • No fumadores • Ascendencia asiática | En cualquiera, pero generalmente en los adenocarcinomas y, en raras ocasiones, en los carcinomas de células escamosas. | Recomendable en pacientes en estadio avanzado Adenocarcinomas. |
| Mutación KRAS | <ul style="list-style-type: none"> • Fumadores o ex fumadores • Negros (más que en blancos o asiáticos) | En cualquiera, pero generalmente en los adenocarcinomas y, en raras ocasiones, en los carcinomas de células escamosas. | Cada vez se realiza de modo más común, puesto que puede ayudar a diagnosticar pacientes y evitar la realización de más pruebas diagnósticas. |
| Traslocación de genes EML4-ALK | <ul style="list-style-type: none"> • Población joven • Hombres • No fumadores o fumadores ocasionales | En adenocarcinomas. | Recomendable. En pacientes con mutación EGFR NEGATIVA |

» Tabla 2. Alteraciones genéticas en el cáncer de pulmón de células no pequeñas

Determinar alguno de estos tipos de mutación está convirtiéndose en una parte importante del diagnóstico del cáncer de pulmón de células no pequeñas, especialmente en pacientes con enfermedad avanzada, puesto que su ausencia o presencia influye en las opciones de tratamiento disponibles.

3.3. ESTUDIOS DE EXTENSIÓN

La determinación del estadio, es decir, la extensión del cáncer de pulmón es imprescindible para determinar el pronóstico y elegir el tratamiento más adecuado.

Dado que los pulmones son unos órganos bastante grandes, los tumores pueden crecer en su interior sin producir síntomas tiempo antes de que sean encontrados. Incluso cuando aparecen algunos síntomas como tos o fatiga, son tan inespecíficos que muchos pacientes pueden pensar que se deben a otras causas. Por ese motivo es complicado detectar el tumor en sus fases iniciales y la mayor parte de los pacientes son diagnosticados en fases avanzadas de la enfermedad o de forma casual.

La clasificación actual del cáncer de pulmón se realiza en base al sistema TNM, siendo T el tamaño del tumor, N la afectación ganglionar y M la existencia o no de metástasis. Una vez que se ha realizado la clasificación TNM, se asigna un estadio general, que va desde el 0 (menos avanzado) al IV (más avanzado). Así mismo algunas etapas se subdividen en a y b.

Este sistema de estadiaje fue actualizado en el año 2009 por la *American Joint Committee on Cancer (AJCC)* y la *International Union Against Cancer (UICC)* y se ha adoptado como un estándar a nivel

internacional tanto para el cáncer de pulmón de célula pequeña como para el cáncer de pulmón de célula no pequeña. En las tablas siguientes se detallan la clasificación TNM y los estadios del cáncer de pulmón.

Clasificación TNM

| Clasificación | Definición |
|---------------------|---|
| Tumor (T) | |
| Tx | El tumor primario no se puede determinar, o tumor demostrado por la presencia de células malignas en esputo ó lavado bronquial pero sin visualizarse en las pruebas de imagen o broncoscopia. |
| T0 | No existe evidencia de tumor primario. |
| Tis | El tumor está localizado (carcinoma in situ) |
| T1, T1a, T1b | Tumor ≤ 3 cm en la dimensión mayor, rodeado por pulmón ó pleura visceral, sin evidencia broncoscópica de invasión en el bronquio principal. Tumor ≤ 2cm en la dimensión mayor. Tumor > 2cm pero ≤ 3cm en la dimensión mayor. |
| T2, T2a, T2b | Tumor > 3cm pero ≤ 7cm o tumor con alguna de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> • El tumor invade el bronquio principal a más de 2 cm de la carina traqueal (el punto de origen donde se bifurcan los dos bronquios). • El tumor invade la pleura visceral . • El tumor está asociado a atelectasia ó neumonitis obstructiva que se extiende a la región hiliar pero que no afecta a todo el pulmón. Tumor > 3cm pero ≤ 5cm en la dimensión mayor. Tumor > 5cm pero ≤ 7cm en la dimensión mayor. |
| T3 | El tumor principal presenta una o más de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> • Mide más de 7cm. • Invade directamente: pared torácica (incluyendo tumor del sulcus superior), nervio frénico, el diafragma, las membranas que rodean el espacio entre los pulmones (pleura mediastínica), o a las membranas del saco que rodea el corazón (pericardio parietal). • Invade a un bronquio principal, y está a menos de 2 cm de la carina, pero no la afecta.. • Ha crecido hacia el interior de las vías respiratorias lo suficiente para causar atelectasia ó neumonitis obstructiva de todo el pulmón. Uno ó varios nódulos separados del tumor en el mismo lóbulo de un pulmón. |

| | |
|---------------------|---|
| T4 | <p>El tumor principal presenta una o más de las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un tumor de cualquier tamaño ha crecido hacia el espacio que existe entre los pulmones (mediastino), el corazón, los vasos sanguíneos grandes cercanos al corazón (tal como la aorta), la tráquea, el tubo que conecta la garganta con el estómago (esófago) nervio recurrente, uncuerpo vertebral o la carina. Uno o más nódulos tumorales separados se encuentran en lóbulos diferentes del mismo pulmón. |
| Ganglios(N) | |
| Nx | No es posible evaluar los ganglios linfáticos regionales. |
| NO | No existe metástasis en los ganglios linfáticos regionales. |
| N1 | Metástasis en ganglios linfáticos peribronquiales ipsilaterales y/ó hiliares ipsilaterales, incluyendo invasión por extensión directa. Los ganglios linfáticos afectados se encuentran en el mismo lado del tumor primario. |
| N2 | Metástasis en ganglios linfáticos mediastínicos ipsilaterales y/ó subcarinales. Existen células tumorales en los ganglios linfáticos que se encuentran alrededor de la carina (el punto donde la tráquea se divide en los bronquios izquierdo y derecho), o en el espacio entre los pulmones (mediastino). Los ganglios linfáticos afectados se encuentran en el mismo lado del tumor primario |
| N3 | Metástasis en ganglios linfáticos mediastínicos contralaterales, hiliares contralaterales, escalenos hiliares ó contralaterales, ó supraclaviculares. Existen células tumorales en los ganglios linfáticos que se encuentran cerca de la clavícula en cualquiera de los lados, y/o se propagó a los ganglios linfáticos hiliares o mediastínicos que se ubican en el lado opuesto al tumor primario. |
| Metástasis | |
| MX | Las metástasis a distancia no se pueden determinar. |
| MO | No hay metástasis. |
| M1, M1a, M1b | <p>Hay metástasis. Siempre que se de alguna de las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existen nódulos en ambos pulmones. • Existen células tumorales en el líquido contenido en la pleura (derrame pleural maligno). • Existen células tumorales en el líquido que rodea el corazón (derrame pericárdico maligno). <p>El cáncer se ha propagado a ganglios linfáticos distantes y/u otros órganos, como el hígado o el cerebro.</p> |

» Tabla 3. Clasificación TNM del cáncer de pulmón 2009 AJCC

Estadíos

En función de la clasificación TNM se realiza la siguiente estadificación del cáncer de pulmón.

» Tabla 4. Estadíos del cáncer de pulmón, 2009 AJCC

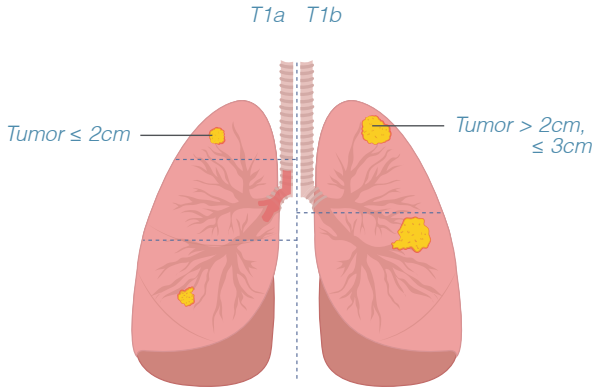
| Fase | Clasificaciones TNM |
|--------------|--|
| Estadio 0 | Tis, N0, M0 |
| Estadio IA | T1(T1a ó T1b), N0, M0 |
| Estadio IB | T2a, N0, M0 |
| Estadio IIA | T1(T1a ó T1b), N1, M0 T2a, N1, M0 T2b, N0, M0 |
| Estadio IIB | T2b, N1, M0 T3, N0, M0 |
| Estadio IIIA | T1(T1a ó T1b), N2, M0 T2(T2a ó T2b), N2, M0 T3, N1 ó N2, M0 T4, N0 ó N1, M0 |
| Estadio IIIB | T4, N2, M0 Cualquier T, N3, M0 |
| Estadio IV | Cualquier T, cualquier N, M1a y b |

Fases del cáncer de pulmón de células pequeñas

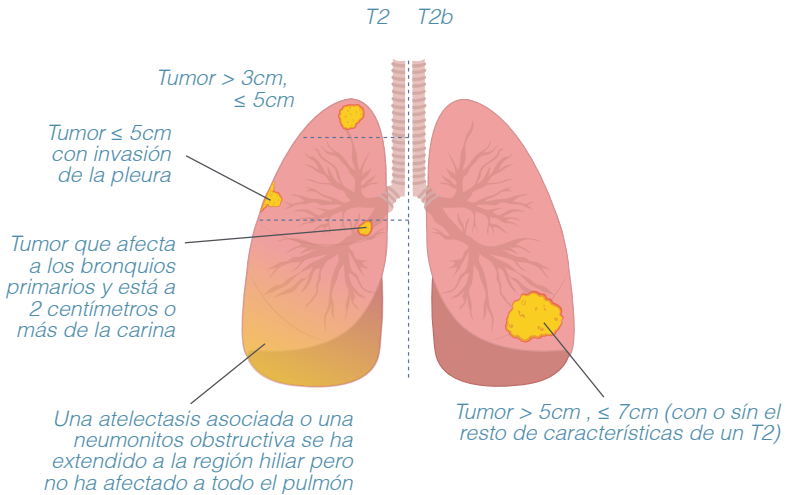
La clasificación en el cáncer de pulmón de células pequeñas es muy sencilla, pudiendo ser:

- **Enfermedad limitada:** el tumor afecta sólo a una parte del tórax (hemitórax), es decir, sólo a una parte del pulmón y a los ganglios linfáticos de la región próxima, que entrarían en un campo de radioterapia.
- **Enfermedad extensa:** se da cuando el tumor sobrepasa estos límites o ha llegado a otros órganos como el hueso, el cerebro, el hígado, las glándulas suprarrenales o a los ganglios linfáticos alejados de la zona del tumor.

Infografía del estadiaje del cáncer de pulmón

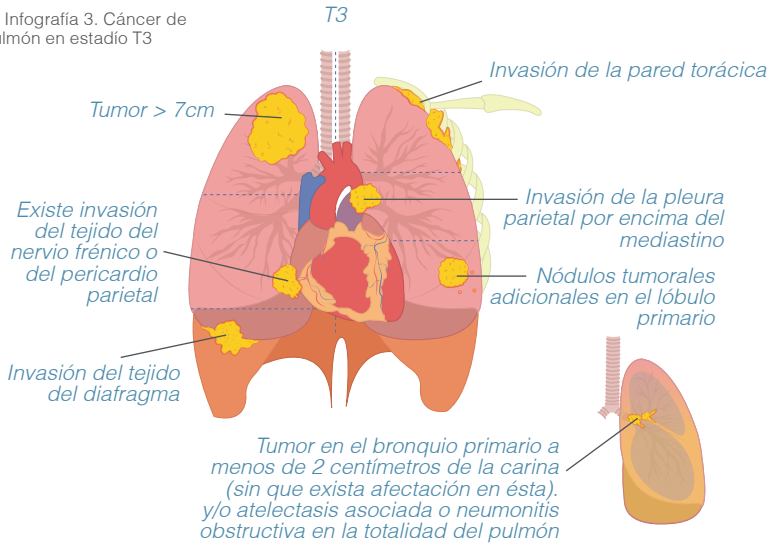


» Infografía 1. Cáncer de pulmón en estadio T1a o T1b

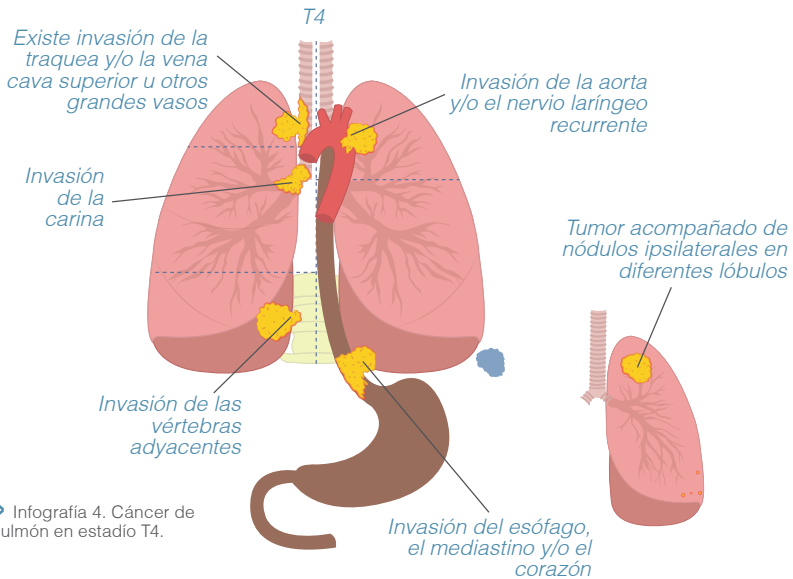


» Infografía 2. Cáncer de pulmón en estadio T2a o T2b

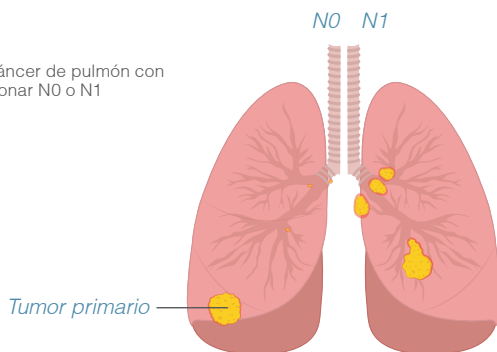
» Infografía 3. Cáncer de pulmón en estadio T3



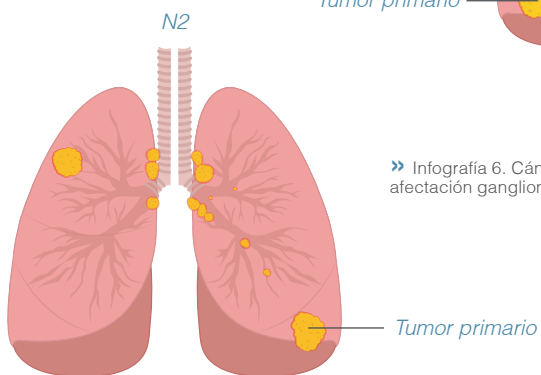
» Infografía 4. Cáncer de pulmón en estadio T4.



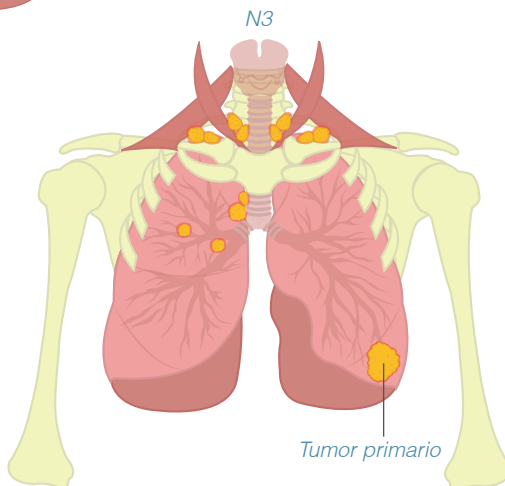
» Infografía 5. Cáncer de pulmón con afectación ganglionar N0 o N1

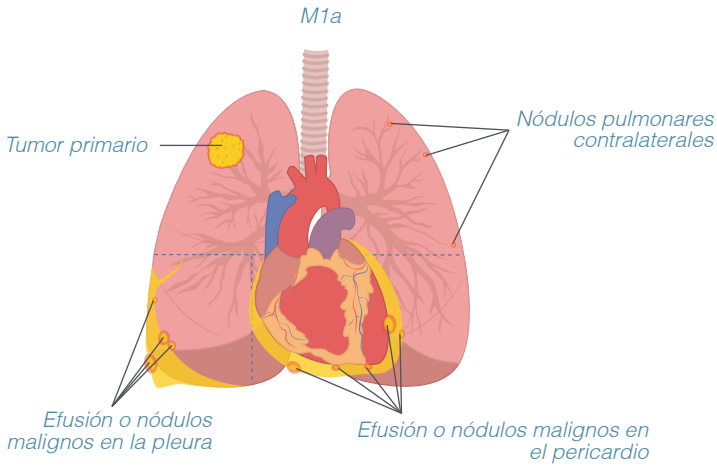


» Infografía 6. Cáncer de pulmón con afectación ganglionar N2



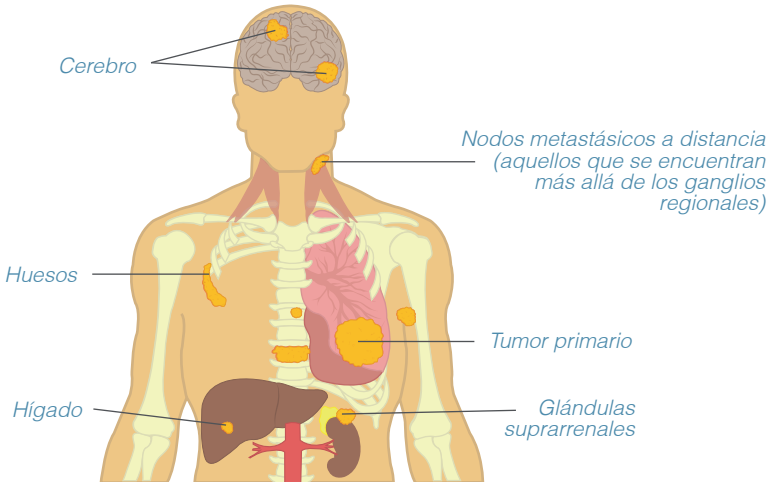
» Infografía 7. Cáncer de pulmón con afectación ganglionar N3





» Infografía 8. Cáncer de pulmón con metástasis M1a

M1b. Metástasis a distancia



» Infografía 9. Cáncer de pulmón con metástasis M1b

4. CÓMO SE TRATA EL CÁNCER DE PULMÓN

4.1. INTRODUCCIÓN AL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN

El tratamiento del cáncer de pulmón depende de varios factores:

- Del estadio en el que se encuentra la enfermedad (ver apartado **3.3. EXTENSIÓN DEL CÁNCER DE PULMÓN**).
- Del tipo de tumor, si se trata de un cáncer de pulmón de células pequeñas o de células no pequeñas, escamoso o no escamoso, etc.
- De las características propias de cada paciente individual como pueden ser su edad, otras patologías (especialmente asociadas al hábito tabáquico, cardiopatías, problemas respiratorios), el estado nutricional, etc.

Tanto el diagnóstico como el tratamiento del cáncer de pulmón deben de ser abordados desde un enfoque multidisciplinar, en el que diferentes especialistas trabajen de manera conjunta. En este sentido dentro del equipo médico pueden existir especialistas como neumólogos, cirujanos torácicos, oncólogos médicos, radioterapeutas, radiólogos, patólogos, especialistas en medicina nuclear. En los centros de referencia existe una comisión de tumores torácicos para llevar a cabo la toma de decisiones de manera consensuada y establecer protocolos claros de actuación en cada caso.

Para el tratamiento del cáncer de pulmón existen cuatro aproximaciones terapéuticas diferenciadas, a saber: cirugía, radioterapia, quimioterapia

y terapia dirigida (frente a una diana molecular del tumor). La cirugía y la radioterapia se consideran terapias locales, mientras que la quimioterapia y la terapia dirigida se consideran sistémicas, puesto que las drogas se distribuyen por todo el organismo a través del torrente sanguíneo. Generalmente, el tratamiento del cáncer de pulmón requiere la combinación de varias de estas aproximaciones.

La elección de unas u otras depende de varios factores como son el tipo de cáncer de pulmón, el estadio, la localización del tumor y el estado general del paciente. Del mismo modo - tal y como mencionábamos en la sección **3.2.3. ANÁLISIS DE MUESTRAS DE TEJIDO** – algunas investigaciones recientes han desvelado la aparición de ciertas alteraciones genéticas propias de diferentes tipos de cáncer de pulmón, un factor que también se debe tener en cuenta de cara a elegir uno u otro tratamiento.

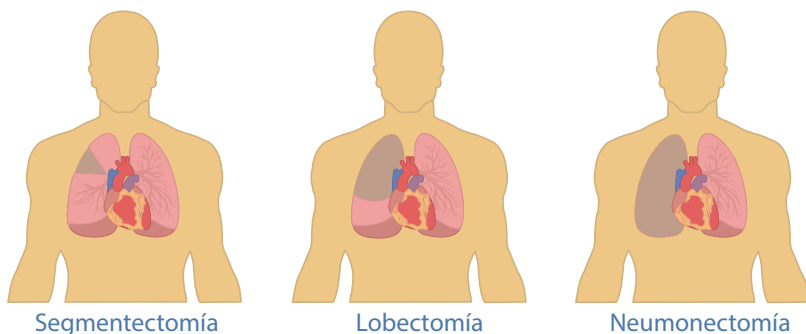
4.2. CIRUGÍA

Cuando hablamos de cirugía en cáncer de pulmón, hablamos de un paciente que tiene un tumor local, con afectación exclusiva del pulmón, sin afectar a los grandes vasos o de algún otro órgano que puedan evitar una extracción completa. La cirugía se puede llevar a cabo tanto con fines diagnósticos como terapéuticos.

En función de la cantidad de pulmón extirpada hablamos de segmentectomía (sólo se extrae una pequeña porción de tejido donde está localizado el tumor), lobectomía (se extrae un lóbulo del pulmón, este es el procedimiento más extendido) o neumonectomía (se extrae el pulmón afectado de manera completa, aunque existe controversia en la utilización de este procedimiento por el deterioro notable en la calidad de vida del paciente), sobre todo la neumonectomía derecha.

Antes de llevar a cabo la cirugía es necesario realizar una valoración de resecabilidad, es decir, cerciorarse de si es técnicamente posible realizar la extracción completa del tumor, así como una valoración de operabilidad, teniendo en cuenta la situación del paciente en relación

» Infografía 10. Cáncer de pulmón con metástasis M1b



a comorbilidades previas o posibles secuelas importantes tras la operación. Cuando un paciente se somete a una intervención quirúrgica de cáncer de pulmón es necesario llevar a cabo un estudio previo de la función pulmonar para saber cuál va a ser el porcentaje de capacidad pulmonar que va a haber una vez realizada la operación. También es fundamental que tu equipo médico y, en particular, el cirujano que va a llevar a cabo la operación, te informe convenientemente de los riesgos existentes, cuáles son las posibles complicaciones, qué esperamos de la cirugía, etcétera. Todo este proceso se formaliza a través de un documento, el consentimiento informado.

Es importante obtener información sobre el proceso postoperatorio. Si bien en los últimos años se ha avanzado de manera muy importante, el período de recuperación tras una intervención de cáncer de pulmón es molesto y largo. Suele ser necesaria la administración de fármacos

analgésicos para controlar el dolor y podría requerirse la colocación de un tubo de tórax durante unos días durante el ingreso hospitalario, con el objetivo de drenar los líquidos. Así mismo, como en cualquier cirugía torácica, es importante vigilar la aparición de infecciones o de cualquier complicación cardio-pulmonar.

4.3. RADIOTERAPIA

La radioterapia es un método que emplea el uso de rayos X de alta energía (u otros tipos de ondas energéticas) para destruir células cancerosas o evitar que estas se dividan. Una vez que se ha realizado el diagnóstico por imagen mediante TAC o PET/TAC y se tiene la confirmación histológica del tipo de tumor, la radioterapia puede ser una vía terapéutica viable para el tratamiento del cáncer de pulmón. Su intención puede ser radical, si se pretende eliminar el tumor y que este

no crezca más o paliativa, con el objetivo de reducir o estabilizar el tumor para mejorar la calidad de vida del paciente.



» Ilustración 9. Radioterapia

Generalmente la duración de los esquemas de radioterapia oscila entre 1 y 5 semanas y se realiza durante todos los días (o de lunes a viernes, dependiendo del centro) y cada sesión dura alrededor de diez minutos en los

que hay que mantener la posición.

En algunas ocasiones la radioterapia se usa en combinación con otros regímenes de quimioterapia y/o con cirugía, de manera que puedan conseguirse mejores resultados para el paciente, dependiendo de la situación individual de cada paciente.

Existen algunos efectos secundarios asociados a la radioterapia. Entre los más comunes encontramos el cansancio, reacciones en la piel, pérdida de vello en la zona radiada, alteraciones en las mucosas y pérdida temporal del apetito.

A continuación tienes una serie de recomendaciones para aliviar los efectos secundarios de la radioterapia:

- Cuida la piel e hidrátala después de cada sesión de radioterapia (nunca antes).
- Utiliza ropa cómoda y poco ajustada para evitar roces con el área donde has recibido radiación.
- Evita la exposición solar.
- Intenta tomar comidas y bebidas que no estén excesivamente calientes.
- Evita bebidas que irriten las mucosas, tales como el café o el alcohol.

Dependiendo del tipo de cáncer de pulmón la radioterapia tiene diferentes objetivos:

- En el cáncer de pulmón de célula no pequeña se utiliza cuando no se puede realizar la cirugía por el riesgo que supone para el paciente, cuando el tumor es inoperable o como tratamiento de algunas metástasis. En este caso puede combinarse con quimioterapia.
- En los carcinomas de célula pequeña se utiliza combinado con quimioterapia para el tratamiento de enfermedad localizada. Está también indicada en la prevención y el tratamiento de metástasis cerebrales.

4.4. QUIMIOTERAPIA

La quimioterapia consiste en la utilización de drogas muy potentes, también llamadas citotóxicas, que frenan el crecimiento de las células tumorales, bien matando las células tumorales o bien impidiendo su división y crecimiento. En ocasiones oiremos a nuestro médico referirse a la quimioterapia como quimioterapia convencional (que ataca indistintamente células sanas y cancerosas), para diferenciarla de la terapia dirigida (que ataca en exclusiva a células cancerosas), lo que supone un perfil diferente de efectos secundarios.

La quimioterapia para cáncer de pulmón se utiliza para el tratamiento de todas las fases del cáncer de pulmón de célula pequeña y en todas las fases, salvo el estadio I, del cáncer de pulmón de célula no pequeña, pero hay que individualizar en función de la situación de cada paciente, las comorbilidades o complicaciones que puedan surgir.

En el cáncer de pulmón de célula no pequeña, la quimioterapia se usa en diferentes situaciones que se describen a continuación:

- **Tratamiento quimioterápico adyuvante:** se utiliza tras la realización de cirugía radical, para prevenir la recaída local y/o a distancia.
- **Tratamiento neoadyuvante o preoperatorio:** se utiliza antes de la cirugía o radioterapia con intención radical para reducir el tamaño de la enfermedad en situaciones con dudas de reseccabilidad o facilitar técnicamente el tratamiento.
- **Tratamiento combinado de quimioterapia y radioterapia "quimioradioterapia":** se puede utilizar en situaciones de enfermedad localmente avanzada.
- **Tratamiento quimioterápico primera línea:** inicio del tratamiento sistémico en enfermedad avanzada, ya sea con fármacos citotóxicos o terapias dirigidas.
- **Tratamiento quimioterápico segunda línea:** el uso de fármacos tras un primer tratamiento sistémico, por falta de eficacia del anterior.
- **Tratamiento de mantenimiento:** se utiliza en aquellos pacientes, que tras una primera línea de tratamiento sistémico con fármacos citotóxicos que han obtenido una respuesta de la enfermedad en forma de estabilidad o mejoría de la enfermedad, se administran fármacos citotóxicos o terapias dirigidas hasta progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable o deseo del paciente.

En el cáncer de célula pequeña de pulmón el tratamiento de elección es la quimioterapia en todos los estadios, en enfermedad limitada se utiliza de forma combinada o secuencial con la radioterapia torácica. Se puede plantear en estos casos la radioterapia holocraneal profiláctica. En el caso de la enfermedad extensa el tratamiento es la quimioterapia

citotóxica con intención paliativa.

Existen múltiples fármacos quimioterápicos utilizados solos o en combinación para el tratamiento de los diferentes tipos de cáncer de pulmón. Los más utilizados son los derivados del platino (cisplatino y carboplatino), los taxanos (paclitaxel y docetaxel), la vinorelbina, la gemcitabina, el etopósido y el pemetrexed. Algunos de estos fármacos se administran por vía oral y otros por vía intravenosa.

Si tu equipo médico te ha propuesto la utilización de quimioterapia para el tratamiento del cáncer de pulmón puedes preguntarles sobre los fármacos que van a utilizar y sobre la frecuencia con la que vas a recibir el tratamiento.

El tratamiento con quimioterapia suele estar asociado a la aparición de ciertos efectos secundarios. Entre los más comunes destacan las náuseas y vómitos, diarrea, aftas orales, cambio en la percepción del sabor de los alimentos, alopecia, hormigueo en las extremidades, anemia, bajada en el número de glóbulos blancos, con el consecuente aumento del riesgo de infecciones, y descenso en el número de plaquetas, por lo que podrían aparecer las hemorragias. Informa en todo momento a tu equipo médico de la aparición de cualquiera de estos u otros efectos, así como de la intensidad de los mismos. Ellos pueden proporcionarte más información sobre estos síntomas y pautas para atajarlos.

4.5. TERAPIA DIRIGIDA

En los últimos años, las investigaciones realizadas en el ámbito del cáncer de pulmón han llevado los científicos a tener una mayor comprensión de los diferentes mecanismos y alteraciones que

llevan a una célula a mutar y volverse cancerosa. Así mismo, se han desarrollado muchos fármacos orientados a bloquear o destruir estas células. La efectividad de la terapia dirigida depende de dos factores:

- Identificar dianas en el tumor que jueguen un papel importante en el desarrollo de mutaciones que lleven a una célula sana a convertirse en cancerosa, es lo que se conoce como diana terapéutica.
- Desarrollar agentes que sean capaces de atacar a esas dianas concretas, conocido como terapias dirigidas.

En la actualidad está aprobado el uso de terapias dirigidas en monoterapia y en combinación con quimioterapia para el tratamiento del cáncer de pulmón de célula no pequeña avanzado, en donde se están consiguiendo resultados esperanzadores que prolongan la supervivencia de estos pacientes.

Como observábamos en la sección **3.2.3 ANÁLISIS DE LAS MUESTRAS DE TEJIDO**, en la actualidad existen 3 tipos de mutaciones relacionadas con diversos tipos de cáncer de pulmón de célula no pequeña, que tienen terapias dirigidas eficaces:

- Mutación EGFR
- Mutación KRAS
- Traslocación de genes EML4-ALK

A continuación se muestra una tabla con las terapias dirigidas empleadas en la actualidad para el tratamiento del cáncer de pulmón de célula no pequeña y la diana en la que funcionan. Es

importante recalcar que algunos de estos medicamentos están aprobados sólo para un determinado tipo de paciente, ya sea por las características clínicas o por la presencia de marcador molecular (por ejemplo, mutación del EGFR) o en segundas o terceras líneas de tratamiento y que pueden encontrarse en fase de ensayo para diferentes indicaciones. Te recomendamos que hables con tu equipo médico para saber si estos fármacos son adecuados para tratar tu enfermedad.

| Nombre genérico | Administración | Acción terapéutica |
|--------------------|----------------|--|
| Bevacizumab | Intravenosa | Inhibe el factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF), lo que previene la formación de vasos sanguíneos que irrigen al tumor. |
| Cetuximab | Intravenosa | Inhibe el factor del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR). |
| Crizotinib | Oral | Inhibidor de la proteína ALK |
| Erlotinib | Oral | Inhibidor del EGFR |
| Gefitinib | Oral | Inhibidor del EGFR |
| Afatinib | Oral | Inhibidor del EGFR |

» Tabla 5 - Dianas terapéuticas para el tratamiento del cáncer de pulmón de célula no pequeña

4.6. OTROS TRATAMIENTOS

Existen algunos otros tratamientos novedosos, sobre todo enfocados a paliar los síntomas locales tales como el láser intrabronquial, las prótesis endobronquiales y la radiofrecuencia, especialmente usada en tumores de menos de 4 centímetros, con criterios de inoperabilidad.

El empleo de estas técnicas no está extendido ni estandarizado, por lo que debes consultar a tu médico sobre la idoneidad de su uso para tu caso particular.

4.7. ENSAYOS CLÍNICOS

Los ensayos clínicos son estudios de investigación de nuevos fármacos en los que los pacientes pueden participar. En ellos se prueban nuevos tratamientos o comparan diferentes tipos de aplicación de tratamientos ya existentes.

Los ensayos clínicos siempre funcionan bajo unas normas muy estrictas que se denominan protocolo. Cada estudio está diseñado para encontrar las mejores maneras de prevenir, detectar, diagnosticar o tratar el cáncer, mejorar la calidad de vida de los pacientes y responder a múltiples interrogantes científicos. El objetivo general de los ensayos clínicos es mejorar la atención del paciente oncológico y, en particular, mejorar la supervivencia global.

En la actualidad, en muchos hospitales españoles se llevan a cabo ensayos clínicos, una vez que los estudios de laboratorio han constatado la seguridad del tratamiento o procedimiento a evaluar y los resultados iniciales son prometedores o tienen un potencial superior a los métodos actuales. La mejor manera y la más segura para que un paciente reciba un fármaco o un tratamiento nuevo es siempre formar parte de un ensayo clínico, aprobado por las agencias reguladoras y los comités éticos de cada centro.

Hasta que la efectividad y seguridad de los nuevos tratamientos haya sido establecida y demostrada, se suelen utilizar sólo en casos de pacientes en los que la enfermedad no haya experimentado ninguna remisión o pacientes con recaídas tras varios tratamientos convencionales.

Es importante entender que no todos los pacientes son candidatos para recibir un nuevo tratamiento en fase de desarrollo, pero si el paciente

está interesado en seguir uno de éstos tratamientos tendrá que hablarlo con su especialista.

Todos los pacientes que forman parte del estudio son controlados rigurosamente y la información que se recopila a lo largo de todas las fases del estudio se combina y analiza después por investigadores expertos. Los resultados ayudan a determinar cuáles son los mejores tratamientos y de ésta manera se consiguen tratamientos más efectivos y menos tóxicos para futuros pacientes.

Desafortunadamente no todos los nuevos tratamientos resultan mejores que los tratamientos ya existentes y probados, por lo que es fundamental llevar a cabo siempre intensos estudios clínicos para analizar absolutamente todos los datos de cada nuevo tratamiento.

Al mismo tiempo, el hecho de que a un paciente se le proponga participar en un nuevo estudio clínico no supone necesariamente que se le esté proponiendo participar en un nuevo tratamiento. El estudio puede estar probando simplemente nuevas maneras de usar tratamientos ya establecidos. En algunos hospitales, la inclusión de enfermos de cáncer en estudios clínicos es una parte de la práctica habitual.

Según se vayan descubriendo nuevos datos sobre estos tratamientos experimentales, su papel al lado de los tratamientos establecidos será más claro. Con el tiempo, si demuestran ser más efectivos o más seguros, podrán llegar a reemplazar a algunos de los tratamientos existentes.

Si tienes dudas, coméntalas con tu equipo médico e infórmate sobre si eres candidato a participar en algún ensayo clínico abierto en la actualidad.

5. CONVIVIR CON UN CÁNCER DE PULMÓN

Recibir la noticia del diagnóstico de un cáncer de pulmón, afecta a cada persona de manera diferente. Puedes sentir incertidumbre, culpabilidad, tristeza o ansiedad. Incluso algunos aspectos de tu vida en los planos familiar, social o laboral sufrirán algunos cambios.

Una primera reacción puede ser la de sentirse abrumado o bloqueado, ya que por lo general, nunca se espera una noticia así. En esos primeros momentos es normal que no te sientas capaz de asimilar mucha información. No obstante, debes saber que tendrás oportunidades para resolver tus dudas.

A veces tendrás la sensación de tener todos tus sentimientos bajo control y, en otras ocasiones, las emociones pueden desbordarte. Es completamente normal que sientas miedo, ira y frustración. Son emociones muy comunes y es habitual que aparezcan en el momento del diagnóstico o durante los tratamientos. El apoyo familiar, de la pareja o de los amigos puede ayudarte en los momentos más difíciles. Ten en cuenta que muchas personas de tu alrededor no sabrán cómo actuar o se sentirán desbordados por la situación. Por ello, tú serás la mejor persona para decirles cómo prefieres que te ayuden o te apoyen.

Aunque en ocasiones te sientas muy optimista, es posible que se produzcan momentos de desánimo, que tengas problemas para dormir, que te sientas especialmente irritable o que pierdas el interés por determinadas actividades. Los familiares y amigos pueden experimentar estos mismos sentimientos, por lo que es muy recomendable hablar abiertamente con ellos y que expreses tus miedos y preocupaciones. Os ayudará a sentirlos mejor, a conocer lo que siente la otra persona y

facilitará que os podáis ayudar mutuamente. En caso de que la tristeza no cese o de que la ansiedad aumente, es recomendable acudir a un psicooncólogo.

Para controlar la incertidumbre y tomar mejores decisiones, es muy útil conocer datos sobre tu enfermedad, sobre las opciones de tratamiento y sobre cómo afrontar los tratamientos con el mayor bienestar posible. La información te proporcionará más seguridad y por ello es muy importante que soluciones todas tus dudas con tu equipo médico.

Por otro lado, puede que te preguntes cómo afectará la enfermedad a tu vida, o qué puedes hacer para disminuir su impacto en tu día a día. Es importante que conozcas tus derechos y todas las opciones con las que cuentas para que puedas avanzar en tu proceso de recuperación dejando de lado lo menos posibles tus relaciones o tus aficiones.

Recuerda que tú también formas parte del equipo y que juegas un papel muy importante en tu recuperación.

A través de un trabajador social podrás recibir asesoramiento y orientación sobre los recursos existentes.

5.1. APOYO EMOCIONAL

El apoyo emocional es muy importante para los pacientes con un cáncer de pulmón, así como para su entorno. Tanto si eres paciente como familiar, en algún momento puedes llegar a sentirte aislado porque la intensidad de lo que estás viviendo quizá dificulte que expreséis vuestras preocupaciones y miedos. Hablar y expresar lo que sientes con tus familiares y amigos puede ayudar a disminuir ese sentimiento de aislamiento o soledad.

Una forma de expresarte abiertamente y sentirte menos solo es a través del diálogo con otros pacientes y familiares. Hablar con personas que viven o han vivido una situación similar, permite una comunicación más fluida en la que la comprensión mutua te ayudará a profundizar en aquellos aspectos que más te preocupen.

Por otro lado, un psicooncólogo puede ayudarte a afrontar de forma más positiva tus emociones y las situaciones a las que te enfrentarás. Si en tu hospital no disponen de un servicio especializado de psicología para pacientes oncológicos, puedes contactar con el servicio que GEPAC te ofrece. Encontrarás más información sobre el mismo en el punto 7. de este libro **¿DÓNDE PUEDO BUSCAR INFORMACIÓN Y APOYO?**

6. LA COMUNICACIÓN CON TU EQUIPO MÉDICO

La relación con tu equipo médico debe basarse en la confianza mutua, el respeto y la colaboración. Te tienes que sentir cómodo para preguntar asuntos importantes como por ejemplo las opciones de tratamiento disponibles. Tener más información sobre el cáncer de pulmón y sobre los pros y contras de los diferentes tratamientos te ayudará a comunicarte de manera más fluida con los profesionales que te atienden. Recuerda que cualquier decisión en cuanto al tratamiento se debe tomar contando con tu opinión.

A veces los profesionales médicos olvidan que los pacientes no tienen por qué entender el lenguaje médico, por lo que deberás pedirles que usen un lenguaje comprensible, de tal manera que seas perfectamente consciente de todo lo que se te explica. Si no entiendes algo, no tengas miedo de decirlo. Es preferible preguntar las cosas dos veces antes que salir de la consulta confundido y preocupado.

Recuerda que existen cuestiones que tu médico puede que no sea capaz de responder, como preguntas específicas sobre el futuro. Por ejemplo, quizás quieras saber qué resultados tendrá cada tratamiento antes de decidirte por uno de ellos. Si se lo preguntas a tu médico, él podrá informarte sobre qué se espera conseguir, pero no podrá predecir el impacto exacto que tendrá en tu caso.

Recomendaciones

- Ten papel y bolígrafo siempre a mano. Escribe las preguntas que se te ocurran en el momento en el que las piensas.

- Plantea a tu médico la lista de preguntas que has escrito, comenzando con las más prioritarias.
- Procura acudir acompañado a las citas. Te proporcionará más seguridad y apoyo, y te ayudará a comprender mejor la información que recibas.
- Comenta siempre a tu médico la medicación que estés tomando sin receta, así como cualquier tipo de suplemento o terapia complementaria que estés llevando a cabo.
- Informa siempre a tu médico de todos los efectos secundarios que estés experimentando como resultado del tratamiento.

7. ¿DÓNDE PUEDO BUSCAR INFORMACIÓN Y APOYO?

Quizá, después de haber leído sobre los aspectos médicos más relevantes del cáncer de pulmón, te surjan otras dudas o preocupaciones. Te recomendamos que visites o te pongas en contacto con alguna de las plataformas que figuran a continuación. En ellas encontrarás información y/o apoyo de otros profesionales (psicólogos, trabajadores sociales...) y podrás compartir y aprender de la experiencia de otros pacientes.

Es importante que la información que leas sea veraz. Ten en cuenta que Internet no es siempre un buen lugar, pues la información que circula por la red en ocasiones no está contrastada e incluso puede que no sea real. Pregunta al equipo médico todo lo que necesitas saber o te plantees y también cuáles son las páginas web que puedes consultar. Algunas asociaciones pueden ayudarte proporcionándote recursos fuera del hospital, apoyo para manejar tus emociones, consejos sobre las actividades que puedes realizar, atención social y psicológica.

- Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC) – www.gepac.es
- Cáncer de Pulmón España – www.cancer-pulmon.com
- Sociedad Española de Oncología Médica – www.seom.org
- Instituto Nacional Americano del Cáncer – www.cancer.gov/espanol