

**CÀNCER,
VELLESA I SARS-COV-2**

Càncer, vellesa i SARS-CoV-2

Javier Cortés Bordoy

Resum

Es presenten i discuteixen les circumstàncies epidemiològiques —incidència, mortalitat, relació amb l'edat— dels quatre càncers més incidents a Espanya i a les Illes Balears, i l'impacte que hi ha tingut i tindrà la pandèmia de SARS-CoV-2.

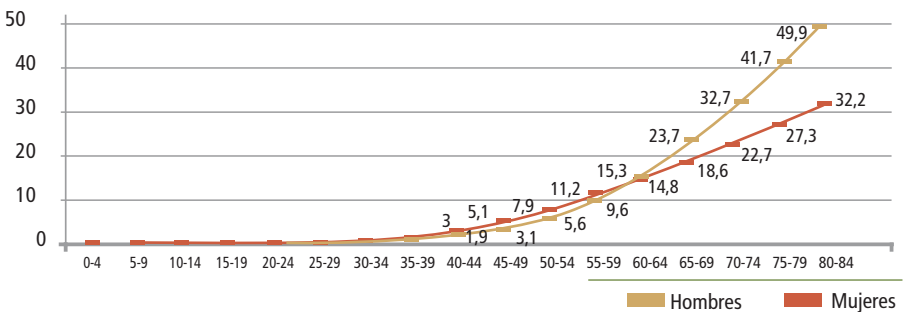
Resumen

Se presentan y discuten las circunstancias epidemiológicas —incidencia, mortalidad, relación con la edad— de los cuatro cánceres más incidentes en España e Islas Baleares y el impacto que en ellas ha tenido y tendrá la pandemia por SARS-CoV-2.

1. Introducció

Les últimes dades publicades per la Societat Espanyola d'Oncologia Mèdica deixen molt clar que el risc de patir un càncer augmenta amb l'edat. A la figura 1, es pot veure que a partir dels cinquanta anys es dispara cap amunt la possibilitat, en homes i dones, de ser diagnosticats de càncer. Assolir la vellesa és, en conseqüència, causa principal de ser diagnosticat d'un càncer, tot i que en molts de casos aquesta circumstància —ser una persona d'edat— es pot associar a un millor pronòstic de la malaltia, pel que fa als dos tumors més incidents tant en homes —pròstata— com en dones —mama—, però també amb l'elevada freqüència de la vida en soledat que pateix la gent gran, tal com els serveis socials de l'Associació Espanyola contra el Càncer (AECC) veuen cada dia.

Gràfic 1 | Dades del càncer



Font: Las cifras del cáncer en España 2020. Societat Espanyola d'Oncologia Mèdica. https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras_del_cancer_2020.pdf [consultada el 24/03/2021]

La taula 1 recull la incidència, els anys 2012 i 2020, dels càncers més freqüents a les Illes Balears, poblacionalment i per gènere, i en detalla el nombre de casos.

Taula 1 | *La incidència, el 2012 i el 2020, dels càncers més freqüents a les Illes Balears*

	2012		2020	
	Poblacional	Colorectal	710	Colorectal
Dones	Mama	676	Mama	754
Homes	Pròstata	643	Pròstata	730

Font: Observatorio del Cáncer. Associació Espanyola contra el Càncer. <http://observatorio.aecc.es/> [consultat el 23/03/2021].

La taula 2 recull els tipus de càncer que causaren més mortalitat els anys 2012 i 2020 a les Illes Balears, poblacionalment i per gènere, i en detalla el nombre de casos.

Taula 2 | *Els tipus de càncer que causaren més mortalitat els anys 2012 i 2020 a les Illes Balears*

	2012		2020	
	Poblacional	Pulmó	491	Pulmó
Dones	Mama	133	Mama	146
Homes	Pulmó	378	Pulmó	408

Font: Observatorio del Cáncer. Associació Espanyola contra el Càncer. <http://observatorio.aecc.es/> [consultat el 23/03/2021].

En funció d'aquestes dades, quatre càncers haurien de focalitzar la nostra preocupació en la feina oncològica, els de còlon-recte, pulmó, mama femení i pròstata.

A continuació, valorarem cada un dels casos en particular, i a partir de la idea bàsica segons la qual no hi ha res més eficaç, en termes de salut personal, i eficient (cost-benefici), en termes de salut pública, que la prevenció primària (evitar-la o les causes) i/o la secundària (el diagnòstic precoç). Discutirem quina és la situació preventiva de cada un a la nostra comunitat autònoma i l'impacte que en la seva implantació i cobertura ha tingut la pandèmia per la infecció causada pel virus SARS-CoV-2. Aquesta denominació prové de l'acrònim en anglès de *severe acute respiratory syndrome – corona virus*, amb el **2** final perquè és el segon coronavirus identificat. La malaltia que n'ha derivat, la COVID-19, és l'acrònim de la denominació en anglès de la malaltia, *corona virus disease*, i que incorpora l'any **-2019-** en què la descriueren.

2. Càncer de pulmó

La majoria de les persones diagnosticades amb càncer de pulmó té 65 anys o més; un nombre molt petit de persones diagnosticades tenen menys de 45 anys. L'edat mitjana de les persones en el moment de la diagnosi és aproximadament 70 anys. Un càncer de gent gran, és evident.

Nou de cada deu càncers de pulmó estan relacionats causalment amb el consum directe de tabac, però també amb el consum secundari, el del fumador passiu, que veu incrementada en un 35 per cent la seva probabilitat de patir un càncer de pulmó en comparació amb la del no fumador. El tabac és la gran droga addictiva de venda i ús regularitzats, i que està socialment acceptada. L'AECC, tant en l'àmbit estatal com a les Illes Balears, treballa en cursos de desintoxicació tabàquica, que tenen un cert èxit: el 60 per cent de les persones ateses han deixat de fumar en 6 mesos.

Els mesos pandèmics, el consum de tabac ha disminuït prop d'un 6 per cent entre els homes, seguint la tendència del descens dels darrers 25 anys, en què hem passat d'un 45 per cent a un 26 per cent de fumadors, però no amb la situació del tabaquisme entre les dones, que s'ha mantingut estable durant la mateixa fracció de temps sobre el 25 per cent. La pitjor de les notícies és que curam no més d'un 15 per cent de càncers de pulmó: 609 diagnosticats a Illes Balears el 2020, 533 morts, el 88 per cent. Per tant, treballar en la prevenció primària —evitar el tabac— és prioritari, perquè la prevenció secundària —diagnòstic precoç— està en període d'assaig clínic: aplicar la tomografia axial computeritzada de baixa intensitat a grans fumadors (més de 20 cigarretes al dia durant més de 20 anys) sembla que pot facilitar l'accés al diagnòstic de càncers de pulmó inicials asimptomàtics no detectables per radiologia convencional, amb unes possibilitats de curació molt elevades.

3. Càncer de mama femení

La precisió de gènere no és debades: només un de cada cent càncers de mama apareix en un home, generalment d'edat avançada. En l'home, les causes i la prevenció no han estat establertes.

I, en la dona? Sabem moltes coses del càncer més incident en la dona. Hi ha una fracció de càncer de mama (entre el 10 i el 15 per cent dels casos) que es diagnostica en el primer terç de la vida i que està vinculada a alteracions genètiques i hereditàries: l'expressió dels gens BRCA 1 i 2. Sabem que el càncer de mama és més freqüent en dones que han tingut la primera regla abans dels 12 anys (menarquia precoç) i la darrera, passats els 55 (menopausa tardana); les que no han tingut fills i entre les que n'han tingut a

partir dels 30 anys, les quals encara tenen més risc si, a més, no han donat de mamar a la criatura. Sabem també que els tractaments hormonals substitutius de la menopausa de llarga durada augmenten el risc de patir-ne, com també de sobrevenir obesitat. I l'edat? L'edat mitjana de diagnòstic d'un càncer de mama és devers els 62 anys, un altre càncer majoritàriament de gent gran. L'increment de diagnòstic s'accentua a partir dels 50 anys, raó per la qual els programes de prevenció secundària, tot cercant l'eficiència, comencen a aquesta edat. La taula 3 recull els percentatges de diagnòstic per talls d'edat i fan paleses les dades que comentam.

Taula 3 | *Els percentatges de diagnòstic per talls d'edat*

Edat	% de casos
30–39	7,41
40–49	14,81
50–59	24,44
60–69	22,96
70–79	16,30
> 80	14,07

Font: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-el-riesgo-cancer-mama-conceptos-13024489> [consultat el 26/03/2021].

L'increment de casos diagnosticats que observam a la taula 1 el podem explicar per l'acumulació epidemiològica dels factors de risc: els índexs de natalitat a Espanya i a les Illes Balears s'han ensorrat d'un 3, als anys 60 del segle XX, a un 1,3 el 2017, segons dades del Banc Mundial. A Espanya, l'edat mitjana en què una mare té el primer fill ara és als 31 anys, i un 30 per cent, el té a partir dels 35. A més, l'obesitat té nivells pandèmics al primer món econòmic. Són factors corregibles, abordables amb accions de prevenció primària; per exemple, que la dona no hagi d'esperar a tenir 30 anys i més per poder oferir al fill una certa estabilitat laboral i econòmica, i que l'alimentació sana, enfora del menjar ràpid i del precuinat, sigui assequible.

La millor notícia és la gran eficàcia, en termes de diagnòstic de càncer de mama inicial, i la bona eficiència, en termes de cost/benefici per a la salut pública, que tenen els programes de cribratge, de diagnòstic precoç, és a dir, de prevenció secundària. A les Illes Balears, el programa ja fa anys que s'aplica, però darrerament no se n'han publicat els resultats. Potser puguem estimar l'efectivitat del programa analitzant la taula 4, que recull les tendències d'incidència i de mortalitat per càncer de mama femení a les Illes Balears:

Taula 4 | *Les tendències d'incidència i de mortalitat per càncer de mama femení a les Illes Balears*

	Anys			
	2020	2019	2013	2012
Incidència	754	735	678	676
Mortalitat	149	141	131	135

Font: Observatorio del Càncer. Associació Espanyola contra el Càncer. <http://observatorio.aecc.es/> [consultat el 26/03/2021].

Als anys 2020 i 2019, la mortalitat fou d'un 19,5 per cent; als anys 2013 i 2012, d'un 19,6 per cent. És a dir, mortalitat estable. Segons aquestes dades, sembla que el programa que és aplicat a les Illes Balears hagi aconseguit minvar la mortalitat, conseqüència esperada principal en un programa de triatge que ha de facilitar l'accés a diagnòstics més inicials del càncer, i, per tant, més curables. Res no agradaria més a l'autor d'aquestes consideracions que les xifres oficials, quan es facin públiques, corregeixin per bé aquestes dades.

4. Càncer de pròstata

Com hem detallat a la taula 1, és el més incident en homes, però, en l'estadística de mortalitat, apareix al cinquè lloc. La raó pot raure en:

- La millora de les estratègies de diagnòstic precoç, encara que no està consolidada l'evidència de l'eficàcia i l'eficiència dels programes de triatge poblacional. La selecció amb antigen prostàtic específic, PSA (acrònim de les inicials angleses de *prostatic specific antigen*), pot reduir la mortalitat per càncer de pròstata, però està associat a resultats positius falsos. A més, comparat amb conductes conservadores, els tractaments actius dels casos detectats en la tria produeixen resultats incerts sobre la supervivència, i estan associats a dificultats sexuals i urinàries. El diagnòstic precoç en activitat clínica assistencial ha d'estar basat en la valoració del nivell en sang de PSA, a més d'una exploració clínica adequada, amb suport de tècniques d'imatge, bàsicament l'ecografia. Aquest control assistencial convé que sigui aplicat a tots els homes a partir dels 50 anys, i encara més si presenten algun símptoma, com ara micció imperiosa o incontinència urinària.
- La consolidació de variables de tractament noves, que inclouen la immunoteràpia i el seguiment sense teràpia amb vigilància activa d'alguns casos, especialment en homes d'edat avançada. Aquesta dada és important perquè la majoria dels càncers de pròstata es diagnostiquen a partir dels 60 anys: heu passat aquesta edat llindar? Sí? Cuidau-vos la pròstata.

L'evolució de la mortalitat a les Illes Balears revela una certa estabilització, amb un descens lleuger, si comparam les xifres de 2012 amb les de 2020, tal com podem comprovar a la taula 5:

Taula 5 | L'evolució de la mortalitat per càncer de pròstata a les Illes Balears

Any	Incidència / núm. de casos	Mortalitat
2012	693	117 (17 %)
2020	730	110 (15 %)

Font: Observatorio del Càncer. Associació Espanyola contra el Càncer. <http://observatorio.aecc.es/> [consultat el 26/03/2021].

A partir d'aquestes dades, i amb l'objectiu d'intentar millorar-los, la conclusió hauria de ser estar molt atents als beneficis que pugui aportar una bona política de selecció poblacional, probablement començada als 50 anys i basada en les evidències que es consolidin. Mentre això no arriba, cal aplicar els protocols nous a l'assistència preventiva i als tractaments.

5. Càncer de còlon

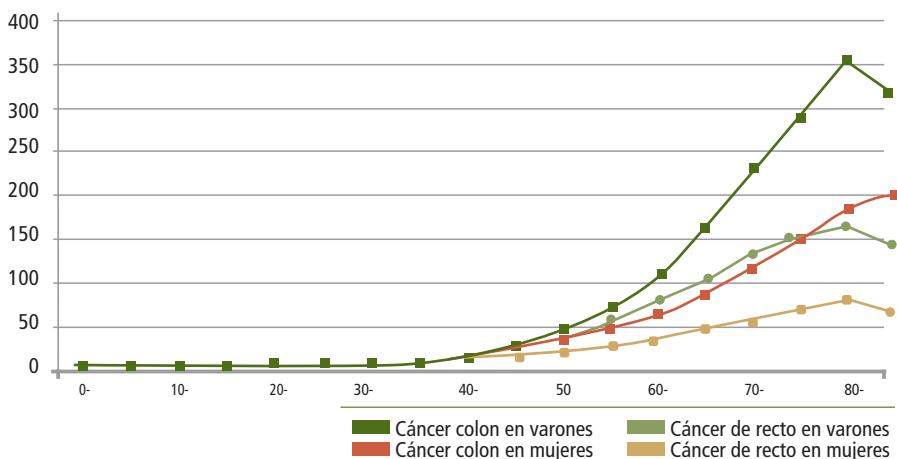
Recordem el que ja hem dit: el càncer de còlon és el més incident a les Illes Balears: 806 casos diagnosticats l'any 2020 i 710 el 2012. Aquests mateixos anys, 320 i 301 defuncions, respectivament. Són aquestes xifres acceptables? No ho són: el càncer de còlon és, amb diferència, aquell en el qual els protocols de prevenció secundària —tria poblacional— poden i han de ser aplicats amb més eficàcia i eficiència. Aquesta acció reduiria dràsticament no probablement el nombre de casos, però sí el moment clínic del diagnòstic, que seria més inicial. Això en facilitaria el tractament i eficàcia, alhora que es diagnosticarien lesions precanceroses silents, ambdues coses en nombre molt important. Els resultats obtinguts amb el programa pilot aplicat a la zona del Raiguer de Mallorca així ho demostren. En persones asimptomàtiques, 57 càncers diagnosticats, 46 dels quals en la fase I i II de desenvolupament, i 246 adenomes avançats. Pràcticament tots aquests casos han estat o seran perfectament curables amb mesures poc agressives. Fer augmentar la implantació d'aquest programa per arribar a tota la comunitat autònoma sembla un objectiu inajornable. La bona nova és que, un dels dies en què redactam aquestes línies, la Conselleria de Salut del Govern de les Illes Balears ha anunciat el compromís d'haver implantat el programa a tota la comunitat autònoma en el període 2022-2024.

A quina edat convé començar el programa? A la figura 2, podem veure la corba d'edat del diagnòstic del càncer de còlon, amb un increment molt evident a partir dels 50 anys, edat que, en conseqüència, convé començar a aplicar el programa.

Prevenió primària, modificació de factors de risc? Bàsicament, alimentació: poc greix, pocs aliments processats, poca carn vermella, molta verdura, fruita, llegum. Gens de tabac, una altra vegada, i un consum molt limitat d'alcohol, o, en cara millor, nul.

Amb bona cultura de salut orientada a la prevenió primària i l'aplicació poblacional no ajornada de la tria, podrem aconseguir limitar a un nombre molt baix la incidència i la mortalitat del càncer de còlon. Esforçar-nos per aconseguir-ho és una prioritat sanitària.

Gràfic 2 | La corba d'edat del diagnòstic del càncer de còlon



Font: <https://www.iarc.who.int/> [consultat el 29/03/2021].

6. Càncer i impacte de la pandèmia de SARS-CoV-2

A una publicació molt recent del National Cancer Institute dels Estats Units (EUA), prediuen que l'any 2022 pràcticament es duplicarà el nombre de morts per càncer de còlon i de mama femení als EUA. També a l'AECC hem treballat en un informe, «Impacto de la pandemia COVID-19 en las personas con cáncer en España», que hem publicat al febrer de 2021. L'informe recull els resultats d'un estudi que férem al desembre de 2020 d'abast estatal, en què mesurarem les diferències en algunes activitats que s'havien dut a terme entre març i juny de 2019 i març i juny de 2020. El férem en col·laboració amb les societats espanyoles d'anatomia patològica, infermeria oncològica, hematologia i hemoteràpia, oncologia mèdica i oncologia radioteràpica. Els resultats globals coincideixen amb els obtinguts per a les Illes Balears. Aquestes són algunes de les conclusions principals de l'estudi:

- Impacte en els procediments diagnòstics: 30 per cent menys de citologies i 24 per cent menys de biòpsies practicades.
- Problemes per accedir al sistema sanitari, encara que el pacient que ja hi estava inclòs no patí, en general, retards en el procés diagnòstic o terapèutic.
- Un 41 per cent dels pacients oncològics ha vist afectada la seva estabilitat psicològica.
- Un 19 per cent de malalts oncològics ha patit un deteriorament important de la seva situació econòmica, la qual cosa els ha deixat en risc d'exclusió social, més greu entre les dones (40 per cent).
- Retrocés en l'ordenament del consum públic de tabac.
- Aturada en l'acció sobre els tres programes de triatge, amb necessitats diferenciades:
 - Càncer de mama femení: actualització de la situació i dels resultats
 - Càncer de coll d'úter: redisseny integral del programa
 - Càncer de còlon: ampliació de la seva aplicació a poblacional

7. Comentaris sobre aquestes dades

- De moment, el descens del nombre de citologies i biòpsies practicades no ha tingut repercussió en la taxa d'incidència del càncer a les Illes Balears, tal com es pot comprovar a la taula 6:

Taula 6 | *Taxa d'incidència del càncer a les Illes Balears*

Càncer	Núm. de casos	
	2019	2020
Còlon	782	806
Mama (femení)	735	754
Pròstata	707	730

Font: Observatorio del Cáncer. Asociación Española contra el Cáncer. <http://observatorio.aecc.es/> [consultat el 26/03/2021].

No obstant això, és molt recomanable que fem cas de les estimacions publicades sobre un augment de casos que es detectaran a partir de 2022 i que, a més, seran diagnosticats molt probablement en estadis clínics més avançats, situació que podríem prevenir i afrontar si adequàssim convenientment les estructures preventives i diagnòstiques a la nova situació.

- Només un 20 per cent dels malalts de càncer reben suport psicològic per part del Sistema Nacional de Salut. A més, no hi ha un programa específic públic d'assessoria laboral per a malalts de càncer que pateixen una situació de risc de pèrdua d'ocupació, més elevada en pacients de més de 50 anys. Les dues accions, el suport psicològic i l'ajuda econòmica i laboral, són prioritàries per a l'AECC, que a les Illes Balears ha duplicat, en temps de la pandèmia SARS-CoV-2, la seva inversió en aquestes àrees. A més, les dones han de rebre suport prioritari, perquè treballen en sectors més afectats per la caiguda de la demanda i perquè tenen una presència elevada en l'ocupació a temps parcial o temporal.
- El camí en l'ordenació del consum públic de tabac ha de ser el contrari del que s'ha recorregut darrerament, que ha estat més permissiu. Necessàriament ha de ser restrictiu: més espais sense fum, des de platges a parcs, passant per cotxes amb criatures a dins o espais esportius. En paral·lel, treball educatiu en l'adolescència per evitar que hom comenci a fumar: està clar que és molt més fàcil no començar que haver de deixar-ho.
- En els epígrafs respectius previs, ja hem fet els comentaris sobre la situació dels programes de triatge de càncer de mama femení i còlon, però potser el que estructuralment i metodològicament estigui pitjor sigui els de coll d'úter, de cèrvix. L'estructura oportunista únicament revisa les dones que van a consulta mèdica —un 30 per cent no ho fa, segons dades publicades el 2008 i que no han estat corregides— i el mètode de revisió és bàsicament citològic, que és una bona alternativa al que ha de ser prioritari, basat en la determinació per mètode validat del virus del papil·loma humà, causa necessària del càncer de cèrvix. Aquestes dues situacions —l'estructura i el mètode—, aplicades a ca nostra, contradiuen les recomanacions de les societats científiques, del Ministeri de Sanitat i de l'Organització Mundial de la Salut, que ha declarat que el càncer de cèrvix és el primer càncer que es pot erradicar al nostre entorn.

8. A tall de conclusions

1. La pandèmia per SARS-CoV-2 ha desestabilitzat al Sistema Nacional de Salut: ha generat retards en l'actualització i l'aplicació dels procediments preventius oncològics. Cal un esforç prioritari, planificador i pressupostari, per corregir aquesta situació sobrevinguda i poder afrontar amb garanties problemes futurs.
2. La incidència del càncer és molt probable que presenti un repunt l'any 2022. Hem d'estar preparats per afrontar-la, ja que no hauria de desbordar la capacitat diagnòstica i terapèutica disponible.

3. Treballar a reduir l'obesitat i el consum de tabac és imprescindible, bàsicament des de la millora de l'accessibilitat a l'alimentació sana i de l'educació per evitar començar a fumar.
4. És importantíssim concentrar el treball de suport psicològic i social sobre els pacients oncològics que hagin patit més els efectes de la pandèmia. Atenció preferent a alleujar la soledat dels avis i la situació laboral de las dones.

Com va deixar escrit Albert Einstein, «la crisi és la millor benedicció que pot passar a les persones i als països, perquè la crisi implica progressos» i «és amb la crisi quan neixen la inventiva, els descobriments i les grans estratègies». Aprenem de la crisi i sortim de l'actual des de la solidaritat millorada i la innovació, tot creant un espai sanitari equitatiu i molt actualitzat en tot el fa referència al món oncològic, que és el que aquí i ara ens interessa.

Referències bibliogràfiques

Alpert, P.F. (2018). New Evidence for the Benefit of Prostate-specific Antigen Screening: Data from 400,887 Kaiser Permanente Patients. *Urology*, 118: 119-26.

Blanco, A., Chueca, A.M., López, J.A. y Mora, S. (2018). *Informe España 2018*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas Ediciones.

Centros para el control y la prevención de enfermedades. Disponible a https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/risk_factors.htm

El grupo banco mundial COP26. Acción climàtica. Disponible a <https://www.bancomundial.org/es/home>

Fenton, J.J., Meghan, S.W., Durbin, S., Liu, Y., Bang, H. i Melnikow, J. (2018). Prostate-Specific Antigen-Based Screening for Prostate Cancer: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*, 319: 1914-31.

Garrido, P. (2017). Reflections on the Implementation of Low-Dose Computed Tomography Screening in Individuals at High Risk of Lung Cancer in Spain. *Arch Bronconeumol*, 53, 568-573.

Ghebreyesus, T.A. (2018). WHO Executive Meeting. Intercontinental Hotel, Genève, Suisse, 19 May 2018.

Hàbitos de vida Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016. Disponible a https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/2Hab_vida.pdf

Infocop. Disponible a http://www.infocop.es/view_article.asp?id=9906#:~:text=seg%C3%BAAn%20una%20encuesta-,Se%20detectan%20cambios%20en%20el%20consumo%20de%20tabaco%20durante%20el,COVID%2D19%2C%20seg%C3%BAAn%20una%20encuesta&text=Un%206%2C73%25%20de%20los,98%25%20han%20reducido%20su%20consumo.

Masmiquel, Ll. (2021). Lliçó Inaugural de el Curs Acadèmic 2021. Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears.

Merriel, S.W.D., Funston, G. i Hamilton, W. (2018). Prostate Cancer in Primary Care. *Advances in Therapy*, 35: 1285-1294

Autor

JAVIER CORTÉS BORDOY

Ginecòleg. President de la Junta de les Illes Balears de l'Associació Espanyola contra el Càncer. Acadèmic numerari de la Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears.

