

Uno de los procesos asistenciales integrados (PAI) considerado prioritario entre los elaborados en la primera edición, fue el de Cáncer Pulmón (CP). Las razones que así lo determinaron siguen siendo vigentes. En efecto, el CP constituye un problema de salud de enorme magnitud, que viene determinada por su elevada incidencia, morbi-mortalidad y, en consecuencia, por la carga sanitaria y social que comporta. Por otro lado, algunos aspectos relacionados con el CP han experimentado cambios significativos desde la anterior edición del PAI de CP, como se detallará más adelante; siendo ésta la razón fundamental que ha motivado una actualización.

Una revisión actualizada de los datos epidemiológicos pone de manifiesto que el CP sigue siendo la primera causa de muerte por cáncer a nivel mundial, y permite comprobar que si bien en España la mortalidad por esta causa está disminuyendo desde hace algunos años en los hombres, tanto la incidencia como la mortalidad siguen su tendencia creciente en las mujeres¹. En España, el CP es responsable de 50.800 muertes al año y de 63.400 nuevos casos diagnosticados. En Andalucía podemos hablar de una cifra estimada de 3.850 nuevos casos por año y una mortalidad anual de 3.570 pacientes².

Con este panorama resulta imprescindible reforzar las políticas destinadas a disminuir la incidencia, y en este sentido, las estrategias para reducir el consumo de tabaco siguen siendo las más eficaces. La fuerte evidencia sobre la relación entre consumo de tabaco y CP hace que éste deba ser considerado como una enfermedad potencialmente evitable. De otro lado, recientes informes comienzan a poner de manifiesto un valor positivo de las actuaciones dirigidas al diagnóstico precoz, especialmente entre ciertos grupos de riesgo, aunque aún de manera débil³. En los próximos años habrá que seguir los avances que puedan surgir sobre las estrategias de prevención secundaria.

La experiencia clínica es unánime al afirmar que la mejor manera de atender a los/as pacientes con CP en su fase clínica, pasa por la coordinación e integración de equipos multidisciplinares, que comience en el ámbito de la atención primaria y llegue hasta los cuidados paliativos. Esto podría mejorar los tiempos de atención y la adecuación de los tratamientos y cuidados. Hay que tener en cuenta que actualmente, las personas con CP siguen diagnosticándose en fases muy avanzadas de la enfermedad, en las que los medios terapéuticos son menos efectivos, con menores posibilidades de tratamientos curativos. Las cifras de supervivencia según estadios así lo confirman (EUROCORE)⁴.

En los últimos años hemos asistido al cambio de algunos métodos de diagnóstico y tratamiento de gran relevancia, así como a nuevos criterios moleculares para una más precisa caracterización de los distintos tipos tumorales que están incluidos en el PAI de CP. Algunas de estas modificaciones se reflejan también en una nueva clasificación TNM (tumor-ganglio-metástasis), concretamente la séptima edición. Los principales cambios se refieren tanto a los métodos de imagen y de obtención de muestras tumorales (PET -tomografía por emisión de positrones-, PET-TC -PET combinado con tomografía computarizada-, y endoscopia dirigida por ecografía: ultrasonografía endoscópica -EUS- y ultrasonografía endobronquial -EBUS-), como a técnicas quirúrgicas ya utilizadas en nuestros hospitales (videotoracoscopia y otras técnicas menos invasivas), o a técnicas más precisas de radioterapia (radioterapia estereotáxica corporal -SBRT- y radioterapia de intensidad modulada -IMRT-). Finalmente, de la mano de marcadores moleculares es posible ofrecer tratamientos con nuevos medicamentos (citostáticos y nuevas dianas biológicas) con mayor selectividad en su acción y mejora de los índices de respuesta tumoral y de tolerancia.

Todas estas modificaciones en la práctica clínica son importantes a la hora de decidir cuál debe ser el proceso más idóneo para los/as pacientes, de forma que pueda avanzarse en la mejora de la calidad de vida y en el control de la enfermedad, haciendo muy pertinente en este momento esta nueva edición del PAI CP.

Aspectos metodológicos

Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura científica para localizar las guías de práctica clínica (GPC) relacionadas con el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de pulmón. El período de búsqueda y selección comprendió de 2010 a 2013, ambos años incluidos. Se realizó una **búsqueda principal** (en repositorios de guías de práctica clínica y sitios web de organizaciones diversas), a partir de la cual se seleccionaron las guías a utilizar para la actualización del PAI, y posteriormente una **búsqueda complementaria** en Medline y Embase, con objeto de localizar si había alguna guía adicional.

En la **búsqueda principal** se consultaron las siguientes fuentes:

- **Repositorios de guías de práctica clínica:** Guidelines International Network, National Guideline Clearinghouse, Portal Cancerview.ca/SAGE (Search Standards and Guidelines Evidence), Canadian Medical Association Infobase, Australia's Clinical Practice Guidelines Portal (del National Health and Medical Research Council) y Guía Salud.
- **Sitios web de organizaciones que elaboran guías y asociaciones profesionales:** Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), European Society for Medical Oncology (ESMO), National Comprehensive Cancer Network (NCCN), American Society for Clinical Oncology (ASCO), American College of Chest Physicians (ACCP), Cancer Care Ontario /

Evidence-based series and practices guidelines, British Columbia Guidelines, Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC), Cancer Council Australia, New Zealand Guidelines Group, Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR), Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

Se realizó una primera selección a partir de los documentos localizados en los repositorios de guías de práctica clínica y sitios web consultados, eligiendo las guías que abarcaban todo el proceso de cáncer de pulmón (incluyendo diagnóstico y tratamiento de todos los estadios). Se excluyeron las que no eran sobre cáncer de pulmón y las de mesotelioma pleural, así como los documentos que no estaban estructurados como guías de práctica clínica (protocolos, estándares de uso apropiado, informes de evaluación, etc.). Dado que se encontró un número suficiente de guías actualizadas que abordaban todo el proceso, se descartaron los documentos que versaban sobre aspectos muy específicos. Asimismo, algunas guías se excluyeron porque en el Portal Cancerview.ca (que ofrece la valoración de las guías con el instrumento *Appraisal of Guidelines Research and Evaluation*^{5,6} -AGREE-) tenían una baja puntuación o se había considerado que no cumplían criterios para ser evaluadas. Después de este proceso quedaron seleccionadas **4 guías** para ser valoradas en mayor profundidad.

La **búsqueda complementaria** en las bases de datos referenciales Medline y Embase se realizó mediante una estrategia que incluía palabras clave en texto libre y descriptores (términos Mesh), limitándose exclusivamente por tiempo de publicación (periodo 2010-2013) y tipo de documento (guía de práctica clínica). A los documentos hallados se les aplicaron los mismos criterios de selección antes mencionados, descartando también los artículos que versaban sobre implantación de guías o audit de cumplimiento, así como guías donde el método utilizado para su elaboración estaba escasamente explicado. Después de este proceso, se excluyeron todos los documentos adicionales a las 4 guías ya seleccionadas previamente.

Las 4 guías se valoraron conjuntamente de forma cualitativa por dos personas del grupo elaborador del PAI, decidiendo incluirlas todas, pero diferenciando entre guías clave y complementarias. Las dos guías clave - del *American College of Chest Physicians (ACCP)*⁷ y del *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*⁸ tenían una metodología explícita, basada en revisiones sistemáticas, y abordaban todo el proceso de cáncer de pulmón. Las otras dos guías se consideraron complementarias por abordar sólo el tratamiento (guía de *Council Cancer Australia*⁹) y por dar escasa información sobre la metodología seguida para su elaboración (guía de la *European Society of Medical Oncology*^{10, 11, 12} -ESMO-).

De las dos guías clave seleccionadas, la de NICE había sido evaluada con AGREE^{5,6} por dos revisores/as en el Portal Cancerview.ca. La del ACCP se evaluó por dos personas del grupo elaborador del PAI con esta misma herramienta.

La puntuación de las dimensiones de AGREE (media de dos revisores) se muestran en la siguiente tabla:

Dimensiones de AGREE	GUÍA NICE	GUÍA ACCP
Alcance y objetivo	83%	92%
Participación de implicados	69%	64%
Rigor en la elaboración	60%	65%
Claridad en la presentación	89%	89%
Aplicabilidad	71%	40%
Independencia editorial	79%	83%

En la elaboración de las recomendaciones del PAI, se han utilizado los sistemas de gradación específicos de las guías de práctica clínica seleccionadas. Adicionalmente, las siglas *AG* (acuerdo de grupo) se corresponden con las recomendaciones propuestas por el grupo elaborador del PAI, en ausencia de recomendaciones graduadas en las guías de práctica clínica utilizadas.

Sistemas de gradación de recomendaciones en las guías usadas en el PAI

GUÍA NICE, 2011⁸	<p>Desde hace algunos años, NICE ha dejado de hacer una gradación de las recomendaciones en sus guías de práctica clínica. Justifican este cambio para evitar que se confunda la jerarquía que antes utilizaban (ligada a la calidad de la evidencia científica) con el grado de prioridad para implantar las recomendaciones.</p> <p>Por este motivo, las recomendaciones explícitas basadas en la guía NICE que se recogen en este PAI se señalan simplemente como <i>Recomendación NICE</i>.</p>
GUÍA ACCP, 2013⁷	<p>Esta guía usa el sistema de gradación de recomendaciones del American College of Chest Physicians, que es una versión modificada de GRADE (<i>Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i>)¹³:</p> <p><i>Recomendación fuerte</i> Los beneficios claramente superan a los riesgos y costes (o viceversa) (*). La recomendación es aplicable a la mayoría de pacientes y circunstancias.</p> <p><i>Recomendación débil</i> Hay una relación cercana al equilibrio entre los beneficios por un lado y los riesgos y costes por otro (*). El mejor curso de acción podría variar según las circunstancias o los valores de los/as pacientes y la sociedad.</p>

GUÍA ESMO, 2012-2013 ^{10, 11, 12}	<i>Recomendación A</i>	Evidencia fuerte sobre la eficacia, con un beneficio clínico importante. Fuertemente recomendado.
	<i>Recomendación B</i>	Evidencia fuerte o moderada sobre la eficacia, pero con un beneficio clínico limitado. Generalmente recomendado.
	<i>Recomendación C</i>	Evidencia insuficiente sobre la eficacia o el beneficio no compensa el riesgo o las desventajas (efectos adversos, costes). Recomendación opcional.
	<i>Recomendación D</i>	Evidencia moderada de falta de eficacia o existencia de efectos adversos. Generalmente no recomendado.
	<i>Recomendación E</i>	Evidencia fuerte de falta de eficacia o existencia de efectos adversos. Recomendación en contra.
GUÍA CCA (wiki: versión 2014) ⁹	<i>Recomendación A - CCA</i>	Se puede confiar en la evidencia existente para seguir la recomendación.
	<i>Recomendación B - CCA</i>	Se puede confiar en la evidencia existente para seguir la recomendación en la mayoría de los casos.
	<i>Recomendación C - CCA</i>	La evidencia existente aporta algún apoyo a la recomendación, pero debe tenerse cuidado en su aplicación.
	<i>Recomendación D - CCA</i>	La evidencia existente es débil y la recomendación debe aplicarse con cautela.
	<i>PP: Punto de práctica - CCA</i>	No hay evidencia de buena calidad que apoye la recomendación, pero hay consenso entre los miembros del grupo que elabora la guía.

NICE: National Institute for Health and Care Excellence; ACCP: American College of Chest Physicians; ESMO: European Society of Medical Oncology; CCA: Council Cancer Australia

(*) La relación entre beneficios por un lado y riesgos / costes por otro puede ser a favor de los primeros (recomendación a favor) o de los segundos (recomendación en contra)