

Artículo de reflexión

El impacto de la prevención primaria y secundaria en la disminución del cáncer de piel

The impact of primary and secondary prevention in reducing skin cancer

O impacto da prevenção primária e secundária na redução do cancro de pele

Natali Andrea Gil Coca¹ ✉, Erwin Hernando Hernández Rincón² ✉ RG, José Contreras Ruíz³ in

Fecha correspondencia:

Recibido: octubre 14 de 2015.
Revisado: noviembre 4 de 2015.
Aceptado: noviembre 26 de 2015.

Forma de citar:

Gil N, Hernández E, Contreras J. El impacto de la prevención primaria y secundaria en la disminución del cáncer de piel. Rev CES Salud Pública. 2016; 7 (2)

Open access

© Copyright

Licencia creative commons

Ética de publicaciones

Revisión por pares

Gestión por Open Journal System

ISSN: 2145-9932

Sobre los autores:

1. Médico Interno en Centro de Estudio en Salud Comunitaria de La Universidad de La Sabana (CESCUS). Universidad de La Sabana. Chía - Colombia.

2. Médico, Doctorado en Investigación Clínica. Grupo de investigación en Medicina de la Familia y Salud de la Población. Universidad de La Sabana. Chía - Colombia

Comparte



Resumen

El cáncer de piel es una patología que en las últimas décadas, ha aumentado su incidencia en el mundo, debido al escaso seguimiento de las recomendaciones necesarias para la prevención por parte de los pacientes, la falta de reconocimiento de las lesiones morfológicas pre-malignas y el insuficiente examen clínico de la piel por parte de los médicos de atención primaria. Se han creado diversas estrategias que incluyen campañas educativas en medios audiovisuales y de comunicación para reforzar el conocimiento de esta enfermedad. Sin embargo, el cáncer de piel continua siendo diagnosticado en etapas tardías lo que produce un aumento de la morbimortalidad a corto y mediano plazo. El presente artículo, hace una revisión extensa del papel que juegan la prevención primaria y secundaria, específicamente en la reducción de exposición innecesaria de factores ambientales, en los cuales la modificación de conductas de riesgo y la oportuna detección de lesiones pre-malignas en la piel, pueden contribuir al descenso de la incidencia de esta enfermedad y de forma secundaria modificar la progresión del curso natural evitando futuras complicaciones o incluso la muerte.

Palabras clave: Melanoma, neoplasias cutáneas, prevención primaria, prevención secundaria, atención primaria de salud.

Abstract

Skin cancer incidence has increased in recent decades, due to weak monitoring to essential recommendation for prevention by patients, lack of recognition of morphological pre-malignant lesions and inadequate clinical skin examination by primary care physicians. It has been created various strategies including educational campaigns in media and communication to enhance knowledge of this disease. However, skin cancer is still diagnosed in late stages resulting in an increased morbidity and mortality in the short and medium term. This article makes a widespread review, of the rol of primary and secondary prevention, specifically in reducing unnecessary exposure of environmental factors, in which the modification of risk behaviors and early detection of pre-malignant lesions can help to lower the incidence of this disease and secondarily alter the natural course progression avoiding future complications or even death.

3. Médico Dermatólogo, Sub-especialista en Cuidado Avanzado de Heridas. Jefe de la Sección de la Clínica Interdisciplinaria de Cuidado de Heridas y Estomas (CICHE). División de Dermatología del Hospital General "Dr. Manuel Gea González". México D.F.

Keywords: Melanoma, skin neoplasms, primary prevention, secondary prevention, primary health care.

Resumo

Nas últimas décadas, a incidência de câncer de pele tem aumentado no mundo, devido ao fraco acompanhamento da necessidade de prevenção por pacientes recomendações, a falta de reconhecimento de lesões pré-malignas morfológicas e exame clínico inadequado Pele por médicos de cuidados primários. Eles criaram várias estratégias, incluindo campanhas educativas na mídia e comunicação para melhorar o conhecimento da doença. No entanto, o câncer de pele contínua foi diagnosticada em estágios tardios, resultando em um aumento da morbidade e mortalidade a curto e médio prazo. Este artigo faz um, em que a modificação de comportamentos de risco e detecção precoce de lesões pré-malignas extensa revisão do papel da prevenção primária e secundária, especificamente na redução da exposição desnecessária dos factores ambientais sobre a pele , pode ajudar a diminuir a incidência desta doença e, secundariamente, alterar o curso natural progressão evitar complicações futuras ou mesmo a morte.

Palavras-chave: Melanoma, neoplasias Cutâneas, atenção primária à saúde, prevenção secundária, cuidados de saúde primários.

Introducción

El cáncer de piel (CP) es una patología que ha tenido gran impacto en la salud debido a un aumento en su incidencia en el mundo, el sub-diagnóstico y la deficiente educación de la población para su oportuno reconocimiento y detección. El interés en este tipo de cáncer, radica en la tendencia en el incremento de casos en el mundo, convirtiéndose en un problema de salud pública, debido a los efectos perjudiciales en el estado de salud de las personas y a los costos ocasionados para el sistema de salud en Colombia (1,2). Sin embargo, el CP es una enfermedad prevenible, en donde su mayor exponente en su fisiopatología, la radiación ultravioleta, se puede disminuir y controlar oportunamente con un diagnóstico y tratamiento precoz, reduciendo de esta forma la mortalidad. (1).

Es el cáncer más diagnosticado en los Estados Unidos, con más de 1 millón de casos reportados cada año (2). En Colombia el panorama no es diferente, ya que las tasas nacionales pasaron de 23 casos por 100 mil habitantes en el 2008 a 41 casos por 100 mil habitantes en el 2012, y se asegura que aproximadamente en los siguientes cinco años esta cifra se puede duplicar (3). Por lo tanto, se ha considerado que esta patología ha originado una gran preocupación para la salud pública (1-3), ya que genera grandes tasas de mortalidad especialmente el cáncer tipo melanoma, el cual es el cáncer más agresivo de la piel y se le atribuye que es responsable del 75% de las muertes por CP (2, 4). Sin embargo es un cáncer prevenible, en donde la reducción a la exposición de la luz ultravioleta por parte de la población y un adecuado examen físico y detección ante cambios en la piel, pueden evitar su progresión y futuras complicaciones (1).

Adicionalmente, se han identificado los siguientes factores de riesgo relevantes en la fisiopatología del CP: el fenotipo de piel (figura 1) (5), inmunosupresión, antecedentes familiares o personales de melanoma, lunares inusuales y agentes químicos (2). Así mismo, en Colombia, el riesgo aumenta debido a factores socio-demográficos, tal como la ubicación geografía del país en la zona del ecuador y la exposición prolongada a la

radiación solar ultravioleta de las personas que residen en el área rural colombiana (6), los cuales desempeñan labores de agricultura; con deficientes hábitos del cuidado de la piel, exposición prolongada a la luz solar y pobre acceso al uso de bloqueador solar, ya sea por déficit en el conocimiento o por razones económicas (2,3).

No hay duda que la prevención primaria seguirá siendo el pilar más importante para el cáncer de piel. Sin embargo no hay una educación adecuada en personas con importantes factores de riesgo como las anteriormente mencionadas y de igual manera sigue siendo deficiente la detección precoz por parte de los médicos de atención primaria, en donde una vez el paciente es referido al médico especialista, se evidencia que la neoplasia se encuentra en un estado avanzado con alto riesgo de complicaciones y mortalidad (7).

Este artículo destacará la importancia de una apropiada educación a las poblaciones con factores de riesgo; teniendo en cuenta: la Atención Primaria en Salud (APS), la Prevención Primaria (PP) y Prevención Secundaria (PS), como métodos idóneos para la adecuada identificación por parte de los pacientes y el acertado diagnóstico y tratamiento por parte de los Médicos de Atención Primaria (MAP).

<p>Fototipo I</p> <ul style="list-style-type: none"> •Tienen a quemarse con facilidad ante la exposición del sol. son personas rubias o pelirrojas, de piel muy clara. 	<p>Fototipo II</p> <ul style="list-style-type: none"> •Algunas veces se broncean, sin embargo se queman fácilmente ante la exposición del sol. Las personas tienen el pelo rubio o son pelirrojas con pecas. 	<p>Fototipo III</p> <ul style="list-style-type: none"> •Las personas de este fototipo, se queman moderadamente, bronceado fácil •pelo castaño claro, ojos verdes o marrones
<p>Fototipo IV</p> <ul style="list-style-type: none"> •Nunca se queman. Siempre se broncean •Pelo castaño oscuro, ojos color marrón 	<p>Fototipo V</p> <ul style="list-style-type: none"> •Bronceado fácil •Piel moderadamente pigmentada, ojos oscuros, pelo negro 	<p>Fototipo VI</p> <ul style="list-style-type: none"> •Personas de raza negra •Nunca se queman

Figura 1. Clasificación de Fitzpatrick

Importancia del diagnóstico de cáncer de piel

Las neoplasias cutáneas consisten en el resultado de la división no controlada de células tumorales con capacidad de invasión a tejidos y estructuras aledañas (11). Es importante mencionar el espectro de neoplasias que se pueden diagnosticar en el CP, en los cuales se encuentran dos tipos: el Cáncer no melanoma y el Melanoma. Este último, aunque es menos frecuente, es el que conlleva a mayor riesgo de mortalidad y complicaciones en el organismo (2, 11). Por el contrario, el cáncer de piel tipo no melanoma es el más frecuente en aparición y el menos agresivo, en donde sus presentaciones más comunes son: el carcinoma baso-celular y el carcinoma escamo-celular (11). El espectro de neoplasias diagnosticadas en el CP se resumen a continuación:

Cáncer de piel no Melanoma

Más frecuentes

- Carcinoma baso-celular
- Carcinoma escamo-celular

Menos frecuentes:

- Sarcoma de Kaposi
- Linfoma Cutáneo
- Sarcomas
- Carcinoma de células de Merkel

Cáncer de piel tipo Melanoma

- Melanoma de extensión superficial
- Melanoma nodular
- Lentigo maligno
- Melanoma lentiginoso acral

Entre los factores de riesgo conocidos más importantes se encuentran una serie de riesgos prevenibles y no prevenibles que se describen a continuación: Exposición a la luz ultravioleta (UV), específicamente UVB ([12-14](#)), quemaduras solares previas, la presencia de nevos melanocíticos y displásicos ([15](#)), el fototipo ([5](#)), fenotipo, edad, inmunosupresión, exposición a cámaras bronceadoras ([15-19](#)), radiación ionizante y exposición ocupacional a agentes químicos como el arsénico y los hidrocarburos aromáticos policíclicos ([2,12](#)). Los anteriores factores de riesgo descritos en la literatura, se especifican los siguientes:

Factores de riesgos conocidos en el Cáncer de Piel

Exposición a la luz ultravioleta (UV): La exposición a la luz UV, especialmente UVB (tipo de radiación absorbido por la atmósfera ([14](#))) produce mutaciones irreversibles en el DNA, impidiendo la adecuada apoptosis por parte del gen supresor de tumores P53 ([12](#)).

Historia familiar y personal de cáncer de piel: En el caso de antecedente personal de un Melanoma Maligno previo, confiere un riesgo de 10 veces mayor de una recidiva. Para los casos de CP tipo no Melanoma, el riesgo es de 4 veces. Antecedentes familiares con CP, en primer grado de consanguinidad, le confiere un riesgo de 1.7 veces ([21](#)).

Factores genéticos: Se ha descrito mutaciones en el gen Patched, gen supresor de tumor, que se encuentra en el cromosoma 9, para el caso de carcinoma baso-celular ([12](#)). Mutaciones en el gen CDKN2a localizado en el cromosoma 19p21 y el gen CDK4 en el cromosoma 12q13, para el caso de Melanoma Maligno ([2,21](#)).

Presencia de Nevus: Se ha estimado que la presencia de más de 100 nevos melanocíticos, conlleva a tener 7 veces el riesgo de padecer melanoma maligno ([15](#)).

Fototipo: Las personas de fototipo I en la clasificación de Fitzpatrick tienen mayor riesgo de CP ([2,11,21](#)).

Edad y género: El riesgo de CP es directamente proporcional a la edad. Es más frecuente en hombres y su incidencia es mayor después de los 40 años (6).

Inmunosupresión: Los pacientes en estado de inmunosupresión debido al tratamiento farmacológico, como en el caso de los pacientes receptores de trasplantes, presentar 65 veces mayor riesgo para CP (6,18).

Mutaciones genéticas: Se han identificado mutaciones en vías activadoras del ciclo celular relacionadas con el Melanoma, con mutaciones en los genes BRAF, KIT, NRAS (21).

La importancia de un diagnóstico precoz del CP, se relaciona con el aumento en su incidencia en los últimos años. Según cifras del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia, en el año 2011, el CP representó el 18,2% de todas las neoplasias, en donde se reportaron 1113 casos, siendo más frecuente en hombres que en mujeres (20). Sin embargo, esta cifra tiende a equipararse, debido a las equidades laborales entre hombres y mujeres, el cambio en la forma de vestir y el estilo de vida con el paso del tiempo (12). Aunque su incidencia aumente con la edad, se ha visto que el CP es frecuente en adultos jóvenes, debido a las tendencias de moda que impliquen tener una piel bronceada (12,19).

Dentro de el CP tipo no melanoma, el carcinoma baso-celular es el más frecuente, caracterizado por ser de crecimiento lento y raramente con la capacidad de producir metástasis; sin embargo, produce gran morbilidad al tener el potencial de destruir estructuras cercanas a la piel, como el cartílago y el hueso, en los casos en que no recibe un tratamiento precoz y efectivo. La localización más frecuente en donde se presenta es en la cabeza y en el cuello (12). A diferencia del carcinoma baso-celular, el carcinoma escamo-celular, es el segundo más frecuente, con un comportamiento más agresivo y con mayor riesgo potencial de producir metástasis (6).

El melanoma es el tercer cáncer cutáneo más frecuente y el más mortal; el subtipo clínico más frecuente es el melanoma de extensión superficial, correspondiendo al 70% de los casos, el cual la edad media en la que se presenta es de 40 años (2,21). En el año 2011, el Instituto Nacional de Cancerología, reportó 164 casos de melanoma maligno. Es diagnosticado en edades más tempranas, en comparación con el CP tipo no Melanoma (21) y es menos frecuente en niños y adolescentes, en donde el diagnóstico es de aproximadamente el 2% en menores de 20 años (4). Se localiza frecuentemente en el tronco (mayor aparición en espalda), miembros inferiores y cabeza y cuello. También se puede presentar en las mucosas, en ojos y en vísceras (2,21).

El CP tiene mayor incidencia en países de raza caucásica como Estados Unidos, Holanda, Nueva Zelanda y en Europa (2,6,12). Aunque los datos epidemiológicos en Colombia aun son insuficientes, no se puede menospreciar esta patología que tiene presentaciones muy invasivas, agresivas y potencialmente mortales. Es aquí, donde la PP y la PS juegan un papel fundamental en el diagnóstico y prevención del CP, ya que se ha encontrado que la supervivencia se encuentra determinada con el grosor del melanoma maligno (21) con la consecuente reducción de morbilidad con un adecuado diagnóstico y consulta temprana por parte de los pacientes.

Papel del profesional de la salud en el Cáncer de Piel

Es relevante mencionar las características demográficas, epidemiológicas y morfológicas previamente descritas del cáncer de piel tipo no melanoma y melanoma, sin embargo, ahora es pertinente resaltar la labor de los Médicos de Atención Primaria

(MAP), así como los médicos no dermatólogos, quienes tienen un rol muy importante en el diagnóstico del CP.

En la historia natural del CP, se han visto involucrados factores predictores de morbilidad, tal como lo son: el diagnóstico tardío de la enfermedad y el deficiente conocimiento de la población para la implementación de hábitos que conlleven a la disminución de los factores de riesgo (1,2). Por lo tanto, el factor pronóstico más considerable para el impacto negativo del CP en el organismo, es el diagnóstico en etapas avanzadas del CP, ya que esto implica menores oportunidades de éxito para el tratamiento debido al avance de la neoplasia hacia estructuras adyacentes y de metástasis (6,12).

Se ha descrito en la literatura que la reducción de la mortalidad del melanoma es eficaz realizando medidas de intervención en los pacientes con alto riesgo o lesiones sugestivas de CP. El fomento de un examen total a la piel, no se realiza como medida de tamizaje en la consulta diaria (22). Un entrenamiento integral a los MAP puede orientar a priorizar aquellas lesiones pre-malignas para realizar un tratamiento oportuno. Así mismo, también se han evidenciado los motivos por los cuales los Médicos no especialistas, no realizan un tamizaje adecuado para el cáncer de piel; entre los cuales encuentra la instalación inadecuada y la administración deficiente de suministros en los consultorios y la escasa iluminación que dificulta el examen total de la piel. De igual manera, también se ha evidenciado que la falta de seguridad ante el conocimiento de lesiones dermatológicas en los MAP, tiene como consecuencia un déficit de identificación oportuna de estas neoplasias (1,22).

A través de los medios de comunicación audiovisuales, se han observado diversas campañas publicitarias sobre la prevención del CP; sin embargo, se ha demostrado que esto no genera conciencia en los pacientes para modificar conductas de riesgo (23,24). Las campañas audiovisuales ofrecen una publicidad con medios informativos acerca del CP; en donde, los pacientes pueden generar mayor conocimiento de esta enfermedad, sin embargo, esto puede ser visualizado como un fenómeno que puede afectar la población en general, pero que es muy remoto que afecte la salud individual. Por consiguiente, una información personalizada a los pacientes, sobre los hallazgos al examen físico de la piel, puede originar un impacto individual sobre el CP, ya sea si el paciente se encuentra en riesgo alto como en riesgo bajo de CP tipo melanoma y no melanoma. En caso de tener un riesgo bajo, los MAP pueden promover la Prevención Primaria (PP) con una adecuada educación a los pacientes sobre la exposición inadecuada ante la luz ultravioleta y el uso diario de bloqueador solar. De la misma manera, una Prevención Secundaria (PS) fomentará un propicio examen total de piel durante la consulta y promoverá el autoexamen como método de tamizaje para el CP ante cualquier lesión nueva y sospechosa en el CP (22,23), permitiendo de esta manera una reducción de la morbilidad del CP, con una consulta oportuna y eficaz.

Es esencial que los Médicos de Atención Primaria, realicen un examen completo de piel e identifiquen los principales factores de riesgo individuales para cada paciente para determinar si se encuentra en riesgo de tener CP. Adicionalmente también es relevante que los médicos no dermatólogos, reciban un entrenamiento integral para la identificación de lesiones predictivas de malignidad. Se ha encontrado que una consejería adecuada durante la consulta, produce cambios en el comportamiento de los pacientes frente a conductas de riesgo (23). Parte de conductas de la PP es enfocar al paciente sobre el impacto de esta patología y sus complicaciones si no se

diagnóstica a tiempo; en otras palabras, se puede decir que se debe crear conciencia sobre el CP, principalmente en poblaciones de alto riesgo.

Educación sobre el Cáncer de Piel a la comunidad

Teniendo en cuenta los factores de riesgo descritos en literatura, ya sean prevenibles o no, la educación continua a los pacientes seguirá siendo el pilar más importante de la PP en el CP. Debido al riesgo de la aparición de esta neoplasia en zonas geográficas específicas se han reforzado las campañas educativas, mediante el uso de ayudas audiovisuales y programas didácticos que proporcionen mayor información a los pacientes para incentivar la importancia de la identificación de factores de riesgo individuales.

En la actualidad es evidente que el examen físico de la piel no se está realizando durante las consultas de atención primaria. Estudios reportan que menos del 15% de los MAP, realizan exámenes totales de la piel durante la consulta (22). Se ha demostrado que el fomento del autoexamen tiene un impacto positivo en el curso de la enfermedad (22,25). La Academia Americana de Dermatología, sugiere un modelo apropiado para realizar el autoexamen de una manera completa (figura 2) (9) Organizaciones gubernamentales internacionales han creado la nemotecnia "ABCDE del Melanoma" que promueve el autoexamen y la vigilancia de signos de alarma ante lesiones sospechosas de malignidad, convirtiéndose en un método fácil de recordar y aplicar en la vida cotidiana (9,25). Se enuncia con detalle en la figura 3.

Es importante tener en cuenta, que dada la ubicación geográfica de nuestro país en la zona de El Ecuador, el riesgo de CP se incrementa (6, 11). Existen poblaciones con mayor exposición a la luz UV debido a su ocupación: población rural y trabajadores al aire libre; y por ciclo vital, la población escolar. La población rural en Colombia es del 24.6% (26); los habitantes de las zonas rurales de nuestro país, realizan actividades agropecuarias en su mayoría, por lo cual están expuestos a grandes cantidades de luz ultravioleta diaria. De la misma manera, sucede con los trabajadores al aire libre en la población urbana, que por ejemplo, desempeña actividades de construcción. Estudios han reportado el tiempo máximo de exposición a la radiación solar en fototipo I y II, de 20 minutos (14). (figura 1). Las anteriores actividades laborales en las poblaciones en riesgo anteriormente mencionadas, son el sustento económico para la comunidad; por lo cual, se debe promover la PP mediante la educación de medidas de protección física, como el uso del sombrero, procurar estar a la sombra entre las 11 AM y 3 PM (14), usar prendas de vestir que permitan el cubrimiento de la mayoría de la superficie de la piel y el uso diario y correcto del bloqueador solar de un factor de protección solar (SPF) mínimo de 30 (14,27). Lo anterior, también aplica para la población en edad escolar, donde se deben tomar estas consideraciones especiales del cuidado de la piel, debido al alto riesgo de los niños de sufrir quemaduras solares si no se toman las precauciones descritas (25).

No obstante, se ha encontrado que a pesar de la promoción de estrategias de prevención como las anteriormente mencionadas, un obstáculo en el diagnóstico oportuno del cáncer de piel, es la consulta en etapas tardías de la enfermedad, debido a factores relacionados con deficiencias en el sistema de salud y el escaso acceso de los pacientes para acceder a instituciones de salud con nivel de atención de mayor complejidad, así como el bajo nivel educativo que impide distinguir entre lesiones benignas o sospechosas de la piel (28)

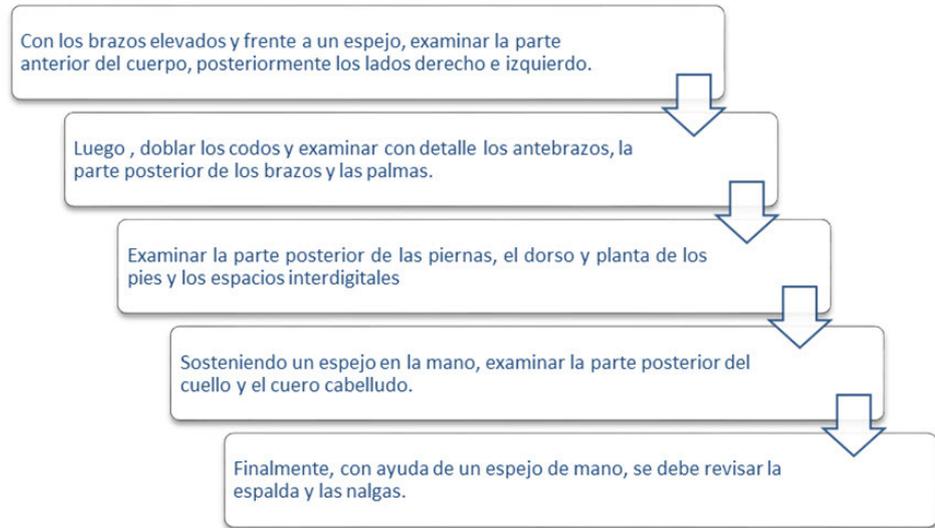


Figura 2. Procedimiento para realizar el Autoexamen de Piel

Tomado y adaptado de: American Academy of Dermatology. <https://www.aad.org/spot-skin-cancer/learn-about-skin-cancer/detect-skin-cancer>

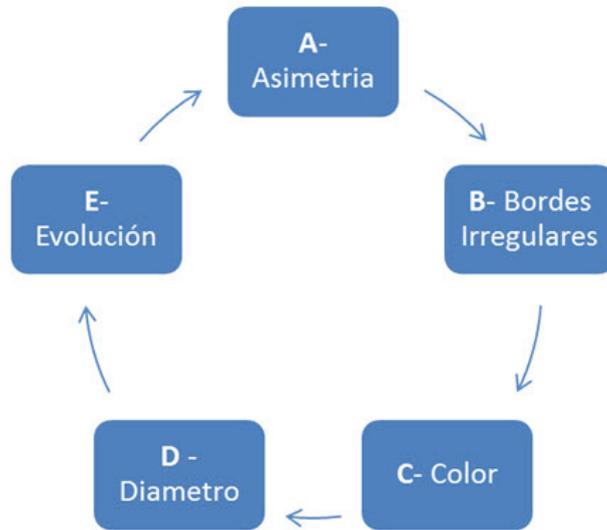


Figura 3. ABCDE del Melanoma

Tomado y adaptado de: Skin Cancer Foundation

Intervenciones favorables para la educación sobre el Cáncer de Piel

Siendo el CP una neoplasia, que ha aumentado su incidencia en los últimos años, se han creado diversos programas de intervención para la reducción de la mortalidad, especialmente en el CP tipo Melanoma. Se ha descrito en la literatura que estas intervenciones han impactado positivamente en la reducción de complicaciones y en la precisión del diagnóstico por parte de los MAP (1).

La capacitación oportuna y eficaz a los MAP y a los pacientes, desde el ámbito de la PP y la PS fortalecen la prevención del CP incluido el CP tipo Melanoma, al promover la adecuada identificación de lesiones sospechosas en la piel y el autoexamen para que los pacientes consulten antes de la progresión avanzada de neoplasias, donde

el tratamiento probablemente disminuirá su efectividad (1). Las instituciones gubernamentales y las campañas audiovisuales se han enfocado en brindar información relevante y promover la educación para reducir el impacto de complicaciones del CP en el organismo.

Se ha identificado en la literatura que uno de los principales motivos que actúan como barrera para la disminución de la incidencia del CP, es el insuficiente entrenamiento de los MAP para detectar las lesiones pre-malignas, lo que genera gran inseguridad para el adecuado diagnóstico y un examen físico de la piel deficiente o que simplemente no se realiza como tamizaje (1).

Varios estudios han demostrado un aumento de la precisión diagnóstica del CP, con una tasa de éxito que permitirá crear intervenciones a futuro para la reducción de la progresión del Melanoma. El Curso Básico de Priorización para el Cáncer de Piel y el Programa de Observación y de la Educación del Melanoma, son intervenciones que incorporan métodos interactivos y mediante el uso de programas didácticos, buscan provocar conductas de cambio en la población (1). Sin embargo, se ha demostrado que una consejería personalizada sobre los hallazgos encontrados en cada paciente y la adecuada educación e información al paciente si se encuentra en bajo o alto riesgo, genera mayor conciencia sobre la patología y la modificación de las conductas de riesgo (23).

La Escala de Auto-Asesoramiento para el Riesgo de Melanoma, creada por Rat y sus colaboradores, permiten individualizar el riesgo de los pacientes, que combinado con el examen clínico completo de piel, permiten modificar conductas de riesgo y promover a la reducción de la aparición o progresión del CP (23). Esta escala que se conforma de 7 preguntas cerradas, tiene como estrategia, generar un impacto en la percepción que los pacientes entienden como riesgo. Promueve la individualización de las lesiones mediante la asesoría personalizada de los profesionales para disminuir la morbimortalidad del CP.

Glanz y colaboradores, han dirigido el Proyecto SCAPE (Conciencia en el Cáncer de Piel, Prevención y Educación), determinó que las intervenciones encaminadas en la prevención del CP y la promoción del autoexamen de piel, han generado un impacto positivo, mediante el aumento de conductas del cuidado de la piel como el uso diario de bloqueador solar, protección en prendas de vestir como uso del sombrero y gafas de sol, así como el fomento del auto-examen (24).

Como se mencionó anteriormente, cabe resaltar el desarrollo de la nemotecnia "ABCDE del melanoma", instrumento fácil de implementar y comprender para los pacientes, para ayudar a detectar lesiones sugestivas de malignidad (25).

Estas herramientas, que hacen parte de la PP y la PS del Cáncer de Piel, cada vez tienen un control mayor sobre la historia natural del CP, produciendo grandes beneficios en la salud de las poblaciones en riesgo, con el diagnóstico oportuno de lesiones sospechosas de malignidad en la piel.

Conclusiones

El Cáncer de Piel, es una entidad que se ha convertido en un problema de salud de pública, debido al aumento de casos en el mundo en las últimas décadas, generando un alto costo económico para el sistema de salud. Por lo tanto es imprescindible su detección precoz. Se ha demostrado que a través de medidas de prevención y la

creación de campañas educativas, se ha logrado un descenso en la morbilidad de este tipo de cáncer.

Existe una gran deficiencia en el entrenamiento a los médicos no dermatólogos, en la identificación de lesiones predictivas de malignidad. Se ha encontrado, que uno de los factores que actúa como barrera para la disminución del CP, es la falta de confianza de los MAP para identificar lesiones pre-malignas, lo que retarda el diagnóstico y el riesgo de falla terapéutica debido al avance de la neoplasia en la invasión de estructuras vecinas o incluso la diseminación a órganos distantes.

La consejería adecuada durante la consulta, produce cambios en el comportamiento de los pacientes frente a conductas de riesgo. Parte de conductas de la PP consisten en enfocar al paciente sobre el impacto de esta patología y sus complicaciones si no se diagnóstica a tiempo; en otras palabras, se puede decir que se debe crear conciencia sobre el CP, principalmente en poblaciones de alto riesgo. Una de las mejores intervenciones para la disminución de la incidencia del CP es la promoción del autoexamen de la piel, en el cual el paciente se involucra en el cuidado y vigilancia de su piel, aumentando la posibilidad de consultar oportunamente

Por otro lado, se ha podido determinar que la efectividad de las campañas de prevención del cáncer de piel, radica en una consejería personalizada a los pacientes de acuerdo a los hallazgos individuales en el examen clínico completo de la piel, lo que permitirá que el paciente se empodere de su enfermedad, mediante la modificación de conductas de riesgo y el fomento del autoexamen de la piel como método de control y vigilancia en la progresión del CP.

Bibliografía

1. Goulart JM, Quigley EA, Dusza S, Jewell ST, Alexander G, Asgari M. Skin Cancer Education for Primary Care Physicians: A Systematic Review of Published Evaluated Interventions. *Journal of General Internal Medicine*. 2011 April; 26(9): p. 1027-1035. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21472502>
2. Gaviria J, C N. Melanoma: Actualización en su enfoque y tratamiento. *Universitas Médicas*. 2005; 46(3): p. 82-93. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231018663003>
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 Colombia; 2012. <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
4. Shenenberger D. Cutaneous Malignant Melanoma: A Primary Care Perspective. *American Academy of Family Physician*. 2012 January 15; 85(2): p. 161-168. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22335216>
5. Sanchez G, Nova J. Confiabilidad y reproducibilidad de la escala de fototipos de Fitzpatrick antes y después de un ejercicio de estandarización clínica. *Biomedica*. 2008 Dec; 28(4): p. 1-21. <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/59>

6. Acosta de Hart A, Rueda X, Alba C, Pulido L. Guías de práctica clínica para el tratamiento del carcinoma escamocelular. Rev Asoc Col Dermatol. 2008 Jun; 16(2): p. 116-134. <http://revistasocolderma.org/files/Articulo%20de%20Revision%20-%20Guias%20de%20practica%20clinica%20para%20el%20tratamiento%20del%20carcinoma%20escamocelular.pdf>
7. Fleming N, Tian J, Vega E, Gold H, Darvishian F, Pavlick A, et al. Impact of age on management of primary melanoma patients. National Institute of Health. 2013 August; 85(3): p. 1-17. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24008821>
8. Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica. AsoColDerma. [Online]. [cited 2015 September 29. Available from: http://asocolderma.org.co/enfermedades_dermatologicas/fototipos.
9. American Academy of Dermatology. Spot Skin Cancer. [Online].; 2015 [cited 2015 Septiembre 28. Available from: <https://www.aad.org/spot-skin-cancer/learn-about-skin-cancer/detect-skin-cancer>.
10. Wolff K, Goldsmith L, Katz S, Gilchrest B, Paller A, Leffell D. Fitzpatrick's Dermatology In General Medicine. Seventh Edition ed. United States: Mc Graw Hill; 2008. <http://accessmedicine.mhmedical.com/book.aspx?bookID=392>
11. Duarte J, Garnica Y. Cancer de piel- Generalidades. Liga Colombiana contra el cancer; 2008.
12. Acosta de Hart A, Rueda X, Alba C, Pulido L. Guia de Práctica clínica para el tratamiento del carcinoma basocelular. Rev Asoc Col Dermatol. 2008 Marzo 25; 16(2): p. 116-134. <http://docplayer.es/5573915-Guias-de-practica-clinica-para-el-tratamiento-del-carcinoma-basocelular.html>
13. Gandini S, Sera F, Cattaruzza M, Pasquini P, Picconi O, Boyle P, et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: II. Sun exposure. Eur J Cancer. 2005 Jan; 41(1): p. 45-60. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15617990>
14. Cortés A, Higuera J, Reyes C, Arriaga E, Romero C, Ribes J, et al. El índice ultravioleta en el ámbito laboral: Un instrumento educativo. Med Segur Trab. 2011 September; 57(225): p. 319-330. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2011000400006&script=sci_arttext&lng=es
15. Gandini S, Sera F, Cattaruzza M, Pasquini P, Zanetti R, Massini C. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: III. Family history, actinic damage and phenotypic factors. Eur J Cancer. 2005 Jan; 41(14): p. 2040-2059. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16125929>
16. Gandini S, Sera F, Cattaruzza M, Pasquini P, Abeni D, Boyle P. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma; I. Common and atypical naevi. Eur J Cancer. 2005 Jan; 41(1): p. 28-44. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15617989>
17. Clinical Practice Guidelines for the Management of Melanoma in Australia and New Zealand. The Cancer Council Australia/Australian Cancer Network/Ministry of Health; 2008.

18. Moloney F, Comber H, O'Lorcain P, O'Kelly P, Conlon P, Murphy G. A population-based study of skin cancer incidence and prevalence in renal transplant recipients. *Br J Dermatol*. 2006 Mar; 154(3): p. 498-504. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16445782>
19. Emmons K, Geller A, Puleo E, Sanghamitra S, Savadatti M, Hu M, et al. The impact of Dermatologist Examination and Biometric Feedback Delivered at the Beach on Skin Cancer Prevention. *J Am Acad Dermatol*. 2011 February; 64(2).
20. Instituto Nacional de Cancerología. Cancer en cifras. Bogotá; 2011. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3158610/>
21. Pozzobon F. Epidemiología del Melanoma en el Instituto Nacional de Cancerología. 2006-2010. Trabajo de Investigación. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2012. <http://www.bdigital.unal.edu.co/11513/1/05598712.2012.pdf>
22. Kirsner R, Mukherjee S, Federman D. Skin cancer screening in primary care: Prevalence and Barriers. *J Am Acad Dermatol*. 1999 April; 41(4): p. 564-6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10495376>
23. Rat C, Quereux G, Riviere C, Clouet S, Senand R, Volteau C, et al. Targeted Melanoma Prevention Intervention: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Ann Fam Med*. 2014 Jan/Feb; 12(1): p. 21-28. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24445100>
24. Glanz K, Schoenfeld E, Steffen A. A Randomized Trial of Tailored Skin Cancer Prevention Messages for Adults: Project SCAPE. *American Journal of Public Health*. 2010 April; 100(4). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20167900>
25. Skin Cancer Foundation. [Online]; 2015 [cited 2015 Septiembre 28]. Available from: <http://www.skincancer.org/skin-cancer-information/melanoma/melanoma-warning-signs-and-images/do-you-know-your-abcde#panel1-1>.
26. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). Colombia. Dirección de censos y demografía. [Online]; 2005 [cited 2015 Septiembre 28]. Available from: <http://www.dane.gov.co>.
27. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica con evaluación económica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de piel no melanoma: Queratosis actínica. Bogotá, Colombia; 2014. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/completa-carcinoma-basocelular.pdf>
28. Mesa J, Jaramillo F, Benjumea M. Factores relacionados con la consulta tardía a dermatología por cáncer de piel. Prueba piloto. Departamento de Caldas. Hacia la Promoción de la Salud. 2008; 13: p. 178-194. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v13n1/v13n1a11.pdf>