



El rol del médico familiar en la atención de pacientes con neoplasia de próstata o mama, una revisión sistemática de la literatura

Juan Sebastián Gómez^a ■ Jessica Lorena González^b ■ Christian Sanabria^c

Resumen: Antecedentes: El cáncer de mama y el cáncer de próstata son las patologías oncológicas más prevalentes a escala mundial. La supervisión longitudinal por servicios oncológicos en un sistema de salud fragmentado representa una barrera en la atención. La atención primaria es la puerta de entrada al sistema sanitario, pero existe una notable ausencia del rol del médico familiar durante la atención oncológica. **Objetivos:** Describir el rol del especialista en medicina familiar durante la atención del cáncer de mama o próstata en función de las variables tamizaje, atención en salud y atención a sobrevivientes del cáncer. **Metodología:** Esta revisión sistemática se realizó en bases de datos como Pubmed, Embase, Scopus y LILACS, abarcando estudios desde 2004 hasta 2024. La recolección de información se realizó siguiendo la estrategia PRISMA. **Resultados:** Muchas mujeres y hombres prefieren a su médico familiar para el tamizaje y seguimiento del cáncer de mama y cáncer de próstata, sintiéndose satisfechos a pesar de las limitaciones que enfrentan los sistemas sanitarios; sin embargo, los médicos familiares, aunque confiados en su capacidad para tomar decisiones, enfrentan desafíos en la comunicación con los especialistas oncológicos. Esta falta de coordinación puede afectar la calidad del tamizaje y del seguimiento a los sobrevivientes del cáncer. **Conclusión:** El médico familiar desempeña un rol integral en la atención del cáncer de mama y próstata. Es esencial abordar las barreras en el tamizaje y mejorar la comunicación, así como reforzar la formación y los recursos disponibles. Futuros estudios deben enfocarse en intervenciones que optimicen la atención oncológica.

Palabras clave: medicina familiar, cáncer de mama, cáncer de próstata, supervivientes de cáncer, atención a la salud

* Artículo de revisión.

- a** Médico. Residente de III año Medicina Familiar, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.
Correo electrónico: jsegomez@unbosque.edu.co; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7949-3394>
- b** Médico. Residente de III año Medicina Familiar, Universidad El Bosque.
Correo electrónico: gonzalez@unbosque.edu.co; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8582-6156>
- c** Médico. Residente de III año Medicina Familiar, Universidad El Bosque.
Correo electrónico: csanabriat@unbosque.edu.co; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5470-8248>

Recibido: 25/10/2024 **Aceptado:** 20/11/2024 **Disponible en línea:** 09/05/2025

Cómo citar: Gómez JS, González JL, Sanabria C. El rol del médico familiar en la atención de pacientes con neoplasia de próstata o mama, una revisión sistemática de la literatura. *Revista Med.* 2025;33(1): 105-119. <https://doi.org/10.18359/rmed.7747>

The Role of Family Physicians in the Care of Patients with Prostate or Breast Cancer: A Systematic Literature Review

Abstract: Background: Breast and prostate cancer are the most prevalent oncological diseases worldwide. Long-term supervision by oncology services within a fragmented healthcare system represents a barrier to patient care. Primary care serves as the gateway to the healthcare system, yet the role of family physicians in oncology care remains notably absent. **Objectives:** To describe the role of family medicine specialists in the care of breast and prostate cancer patients, focusing on screening, healthcare provision, and cancer survivorship. **Methodology:** This systematic review was conducted using databases such as PubMed, Embase, Scopus, and LILACS, covering studies from 2004 to 2024. Data collection followed the PRISMA strategy. **Results:** Many women and men prefer their family physician for cancer screening and follow-up, expressing satisfaction despite the limitations of healthcare systems. However, while family physicians feel confident in their decision-making abilities, they face challenges in communicating with oncology specialists. This lack of coordination can negatively impact screening quality and survivorship care. **Conclusion:** Family physicians play an integral role in the care of breast and prostate cancer patients. It is crucial to address screening barriers, improve communication, and enhance training and available resources. Future studies should focus on interventions that optimize oncology care.

Keywords: Family Medicine; Breast Cancer; Prostate Cancer; Cancer Survivors; Healthcare Provision

O papel do médico de família no atendimento a pacientes com neoplasia de próstata ou mama: uma revisão sistemática da literatura

Resumo: Antecedentes: O câncer de mama e o câncer de próstata são as patologias oncológicas mais prevalentes em nível mundial. A supervisão longitudinal por serviços oncológicos em um sistema de saúde fragmentado representa uma barreira no atendimento. A atenção primária é a porta de entrada do sistema de saúde, mas há uma notável ausência do papel do médico de família no cuidado oncológico. **Objetivos:** Descrever o papel do especialista em medicina de família no atendimento ao câncer de mama ou próstata em relação às variáveis rastreamento, atendimento à saúde e cuidado aos sobreviventes do câncer. **Metodologia:** Esta revisão sistemática foi realizada em bases de dados como PubMed, Embase, Scopus e LILACS, abrangendo estudos de 2004 a 2024. A coleta de informações seguiu a estratégia PRISMA. **Resultados:** Muitas mulheres e homens preferem seu médico de família para o rastreamento e acompanhamento do câncer de mama e de próstata, sentindo-se satisfeitos apesar das limitações dos sistemas de saúde. No entanto, os médicos de família, embora confiantes em sua capacidade de tomada de decisão, enfrentam desafios na comunicação com os especialistas oncológicos. Essa falta de coordenação pode afetar a qualidade do rastreamento e do acompanhamento dos sobreviventes do câncer.

Conclusão: O médico de família desempenha um papel integral no atendimento ao câncer de mama e próstata. É essencial abordar as barreiras no rastreamento e melhorar a comunicação, assim como reforçar a formação e os recursos disponíveis. Estudos futuros devem se concentrar em intervenções que otimizem o cuidado oncológico.

Palavras-chave: medicina de família, câncer de mama, câncer de próstata, sobreviventes de câncer, atendimento à saúde

Introducción

El cáncer es un problema significativo de salud pública a escala mundial. En 2020 fue la principal causa de muerte global, con una tasa de mortalidad que continúa en aumento (1,2). En la región de las Américas, el 47 % de las muertes por cáncer ocurre en personas menores de 69 años, una franja etaria que coincide con la etapa más productiva de la vida (2,3,4). Para ese mismo año, la Sociedad Americana de Oncología Clínica estimó que 1 414 259 personas fueron diagnosticadas con cáncer de próstata (5). En Latinoamérica, el cáncer de próstata afecta principalmente a hombres mayores de 50 años, con aproximadamente 152 000 nuevos casos y 51 000 muertes cada año (6). El cáncer de mama es el más prevalente en el mundo, diagnosticándose aproximadamente a 2,3 millones de mujeres de todas las edades. La cifra de muertes por esta causa asciende a 685 000 (7). Estos datos reflejan la magnitud del problema y la necesidad de fortalecer las estrategias de atención para reducir la carga del cáncer global (8).

El médico familiar (MF) desempeña un papel crucial en la atención integral del cáncer, en razón a su liderazgo en aspectos de prevención y tamización. Su participación va desde el diagnóstico inicial y el seguimiento longitudinal hasta el manejo de comorbilidades y el acompañamiento en el final de vida (9,10,11). En países de ingresos medianos y bajos como Colombia donde los recursos para los sistemas de salud son limitados y fragmentados, la falta de claridad sobre el rol del MF en la ruta oncológica puede representar una desventaja en el servicio (12,13). La evidencia muestra que los MF están en una posición estratégica para coordinar y articular la atención en salud, logrando integrar equipos multidisciplinarios y promoviendo un enfoque biopsicosocial (14). A pesar de ello, su papel aún no se encuentra definido en el marco normativo nacional, como se observa en la Resolución 3280 de 2018 (15).

El desafío para los sistemas de salud consiste en realizar un adecuado tamizaje, diagnóstico y seguimiento del cáncer, pues la mayoría de los pacientes presentan síntomas hasta que la neoplasia alcanza un estado avanzado de la enfermedad, lo

que requiere de un acompañamiento longitudinal de los equipos de salud (10,16).

Esta revisión sistemática se propone abordar estas brechas mediante el análisis del rol desempeñado por los médicos familiares en la atención integral de los cánceres más prevalentes en mujeres y hombres, específicamente el cáncer de mama y de próstata. El estudio buscará destacar las contribuciones del MF en la tamización, el diagnóstico temprano, la atención transversal y el seguimiento de los sobrevivientes de cáncer, posicionando su participación como un pilar esencial en la mejora de los sistemas de atención oncológica.

Métodos

Se realizó una revisión sistemática con el objetivo de identificar el rol del médico familiar en la atención de pacientes con cáncer de mama y cáncer de próstata, particularmente durante el proceso de tamizaje, atención en salud y de sobrevivientes del cáncer. Los estudios incluidos fueron de tipo observacional, como cohortes, transversales, ensayos clínicos, casos y controles, y revisiones sistemáticas, siempre que abordaran al menos uno de los siguientes aspectos: tamización, atención en salud (diagnóstico inicial, tratamiento curativo, recaída) y seguimiento de sobrevivientes de cáncer de próstata y cáncer de mama, considerando la intervención del médico familiar en cualquiera de estas fases.

No se tuvieron en cuenta los estudios que incluyeran en su población a personas con enfermedades psiquiátricas previas al diagnóstico de cáncer de mama o próstata, aquellos que no mencionaran específicamente el rol del médico familiar en el proceso de atención, los artículos a los que no se pudiera acceder en su totalidad, las guías de práctica clínica y las tesis de repositorios universitarios que no estuvieran publicadas en revistas científicas.

La búsqueda de artículos se realizó en las bases de datos electrónicas PubMed, Embase y Scopus. Para incluir estudios de Latinoamérica, también se utilizó la base de datos LILACS. Las búsquedas se limitaron a estudios en humanos publicados entre enero de 2004 y enero de 2024, en inglés, español y portugués. Se emplearon las mismas palabras clave en todas las bases de datos junto con

los encabezados MeSH correspondientes. Los términos de búsqueda fueron combinados utilizando el operador “OR”, por ejemplo, Breast Neoplasms OR Mammary Neoplasms, y estos fueron luego combinados con el operador “AND”, por ejemplo, Breast Neoplasms OR Mammary Neoplasms AND Family Practice OR Family Physicians. Se utilizaron dos algoritmos de búsqueda, uno para cáncer de mama y otro para cáncer de próstata.

Una vez seleccionados los artículos, se empleó el método Elementos de informes preferidos para revisiones sistemáticas y metaanálisis (PRISMA, por sus siglas en inglés) para la organización e inclusión de los estudios. Este método facilitó el manejo de los resultados obtenidos durante la búsqueda, proporcionando un enfoque estructurado para seleccionar artículos relevantes y reportar de manera transparente los pasos seguidos en la revisión.

Posteriormente, los artículos seleccionados fueron evaluados según su diseño y los datos demográficos reportados, identificando categorías clave basadas en el contenido de los estudios revisados: tamizaje, atención en salud y paciente sobreviviente del cáncer. La categoría de tamizaje surgió al analizar los métodos descritos para la detección temprana de cáncer de mama y de próstata, así como la frecuencia y los factores asociados a su implementación. La atención en salud se definió a partir de los artículos que abordaban la percepción de los pacientes sobre la calidad del servicio brindado por médicos familiares, las estrategias de intervención aplicadas y los resultados clínicos obtenidos. Finalmente, la categoría de paciente sobreviviente del cáncer se derivó de estudios que describían las intervenciones dirigidas al seguimiento longitudinal, el manejo de comorbilidades y la promoción de estilos de vida saludables, con énfasis en el impacto en la calidad de vida de los sobrevivientes. Estas categorías facilitaron la organización y el análisis del contenido extraído de los artículos seleccionados.

Para minimizar el riesgo de sesgo en la selección de los artículos, se utilizó un algoritmo de búsqueda estandarizado y los autores realizaron un proceso de discusión en triangulación para asegurar que se incluyeran los más relevantes. En cuanto al riesgo de sesgo de evaluación, los estudios seleccionados fueron valorados por su calidad utilizando la escala

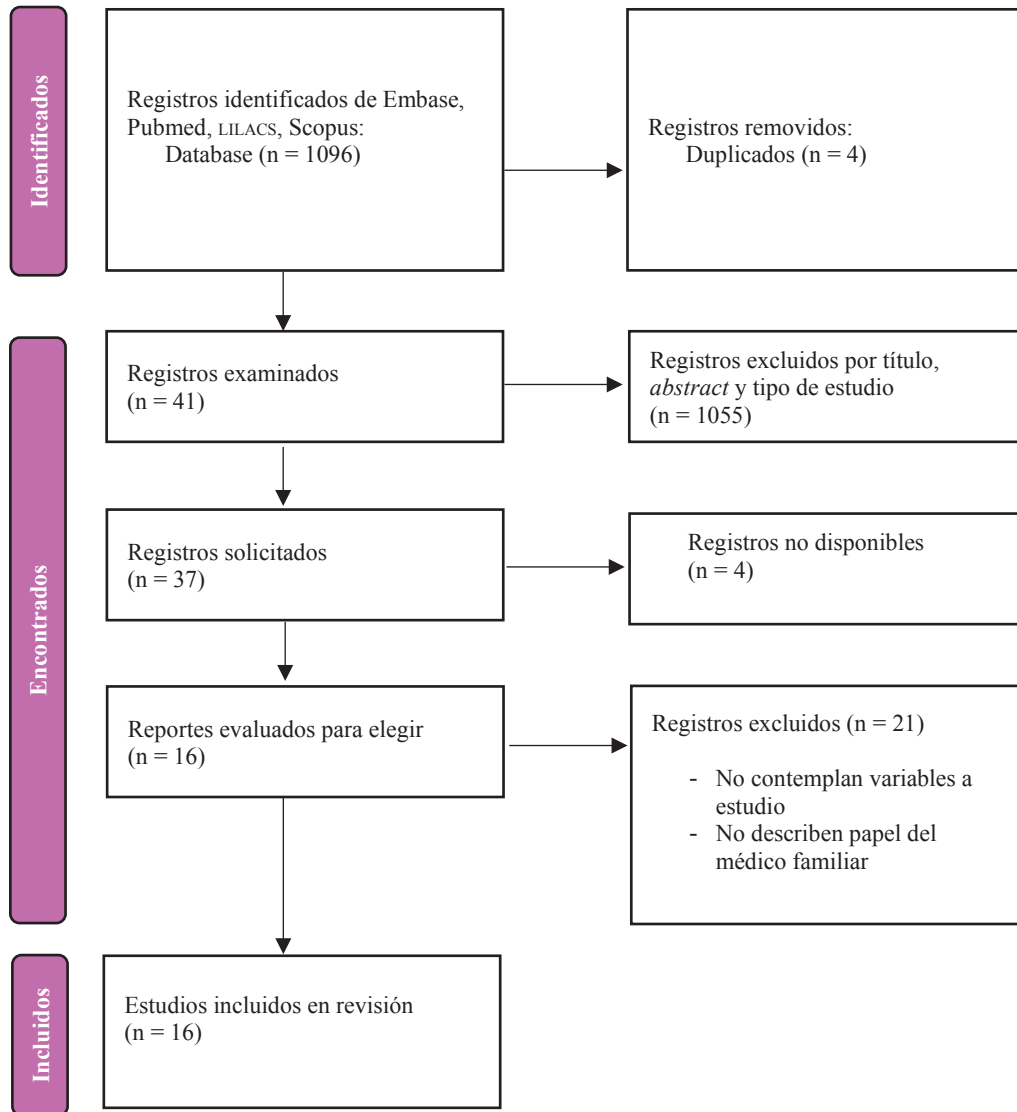
recomendada por el gobierno vasco, mediante las “Fichas de Lectura Crítica” (FLC), disponible para el público general en el sitio web www.lecturacritica.com (17). Esto permitió garantizar la fiabilidad y calidad de los estudios incluidos. El proyecto fue presentado al comité de ética de la Universidad El Bosque, en Colombia, donde fue clasificado como un estudio de bajo riesgo y recibió el aval correspondiente para su ejecución.

Resultados

En las bases de datos PubMed, LILACS, Embase y Scopus de los últimos veinte años se encontraron en total 1100 artículos referentes a cáncer de mama, cuatro de ellos estaban duplicados y se descartaron 1055 porque su título, tipo de estudio y resumen no correspondían a los criterios de búsqueda. En la primera triangulación, se seleccionaron 41, de los cuales cuatro no contaban con texto completo disponible, pese a la solicitud de estos últimos por correo directo al autor y a la biblioteca de la Universidad El Bosque. De los 37 seleccionados, se descartaron 21, porque no mencionaban el papel del médico familiar en la atención del cáncer de mama y no contemplaban las variables del estudio de tamizaje, sobreviviente o atención en salud. En la segunda triangulación, finalmente se incluyeron 16 estudios para el análisis de la revisión sistemática (figura 1).

Estos 16 artículos presentan la percepción de 450 médicos familiares y 52 médicos de atención primaria que ofrecen atención en salud a 65 380 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. Refieren los resultados de 350 encuestas a mujeres tratadas con quimioterapia o radioterapia durante más de cinco años después del diagnóstico. En la variable del tamizaje, estos 16 artículos representan a 279 568 mujeres con riesgo de cáncer de mama, 5317 fueron derivadas para recibir asesoramiento genético sobre BRCA1/2 por el médico de familia. En la variable del sobreviviente, se cuenta con la representación de 579 sobrevivientes de cáncer de mama que habían consultado a médicos de familia 1758 veces en el último año. En total, se representaron las perspectivas de 10 941 médicos de atención primaria.

Figura 1. Flujograma para cáncer de mama, revisión sistemática

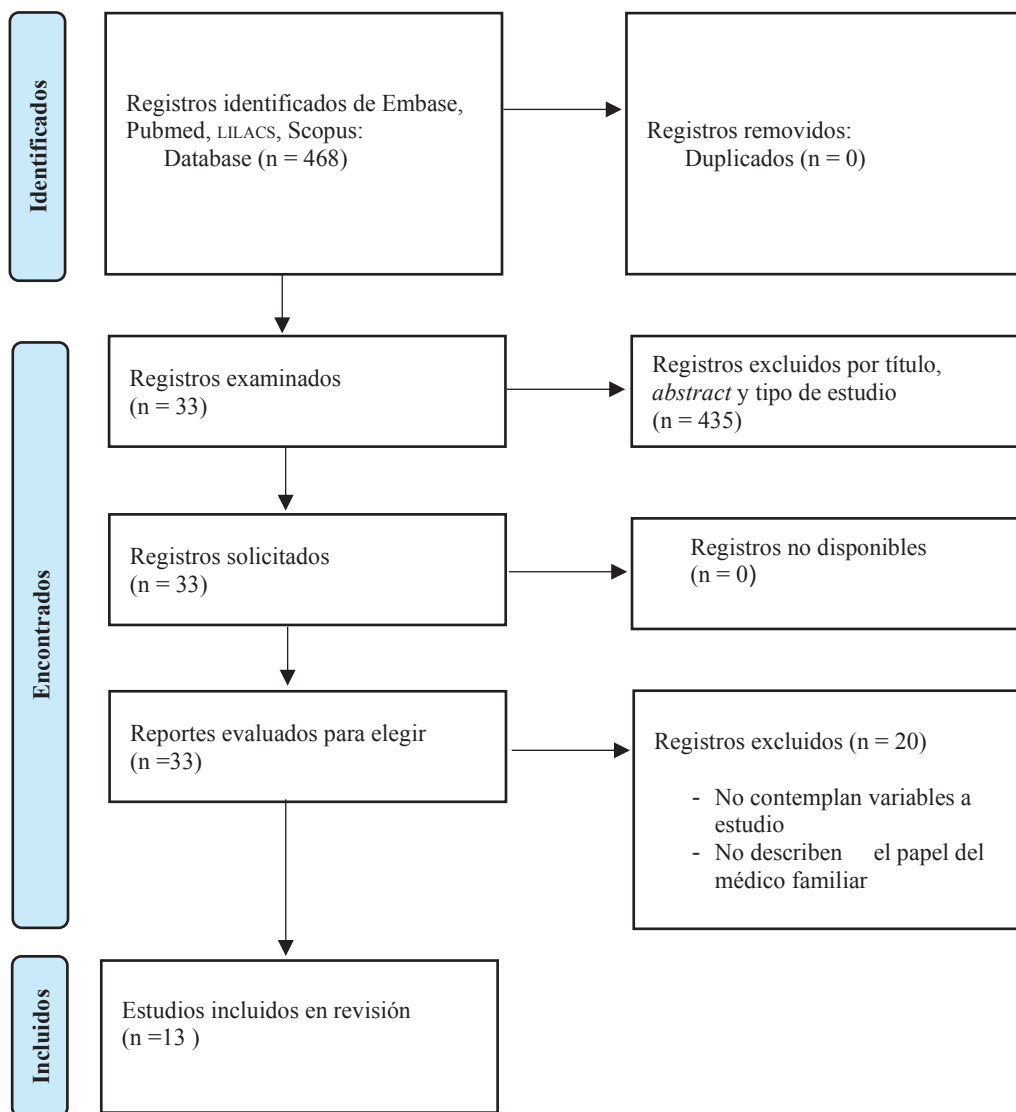


Fuente: elaboración propia.

Respecto a los artículos sobre cáncer de próstata, se encontraron 468, de los cuales se descartaron 435 por su título, tipo de estudio y resumen no acorde con la búsqueda. En la primera triangulación, se seleccionaron 33 que se encontraban con texto completo. De este grupo, se descartaron 19, porque no mencionaban el papel del médico familiar en la atención del cáncer de próstata y no

contemplaban las variables del estudio de tamizaje, sobreviviente o atención en salud. En la segunda triangulación, finalmente se incluyeron 13 estudios para el análisis de la revisión sistemática (figura 2), porque contienen información de un total de 43 400 pacientes con cáncer de próstata, 325 hombres sobrevivientes de cáncer de próstata y la opinión de 819 médicos familiares.

Figura 2. Flujograma para cáncer de próstata, revisión sistemática



Fuente: elaboración propia.

Resultados, el rol del médico familiar en el cáncer de mama

En relación con el rol del médico familiar en la atención de pacientes con cáncer de mama, se

consideraron tres variables: atención en salud, sobrevivientes de cáncer y tamizaje. En las tablas 1, 2 y 3 se resumen los hallazgos principales de los 16 estudios seleccionados, por variables.

Tabla 1. Rol del médico familiar en el tamizaje de cáncer de mama

| Autor principal y año | Número de población involucrada | Hallazgos relevantes |
|---|---------------------------------|--|
| Lapointe <i>et al.</i> , 2023 (18) | 167 MF encuestados | 90 % revela la necesidad de tamizaje más temprano en grupos de mayor riesgo. 58,4 % comunica diferencia entre tamizaje y diagnóstico |
| Manczuk <i>et al.</i> , 2023 (19) | 450 MF encuestados | 28,7 % brinda asesoramiento sobre prevención de cáncer. Solo 7,8 % proporciona material educativo |
| Linfield <i>et al.</i> , 2022 (20) | 5317 mujeres derivadas | 12 % con riesgo de cáncer de mama derivadas por un MF para asesoramiento genético sobre BRCA1/2 |
| Chan <i>et al.</i> , 2018 (21) | 822 MF y 5638 mujeres | Las mujeres con carta recordatoria del MF tenían 1,41 veces más probabilidades de realizar mamografía. |
| Esteban-Vasallo <i>et al.</i> , 2017 (22) | 777 MF encuestados | 86 % percibe su influencia en detección temprana como suficiente/alta. 94 % destaca prevención del cáncer como altamente relevante |
| Hendren <i>et al.</i> , 2014 (23) | 366 mujeres entrevistadas | Intervención del MF aumentó tasas de detección en mamografía en 30 % |

MF: médico familiar. BRCA1/2 genes marcadores de daño del ADN en cáncer de mama

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Rol del médico familiar en la atención en salud del cáncer de mama

| Autor principal y año | Número de población involucrada | Hallazgos relevantes |
|---|---------------------------------|---|
| Lapointe <i>et al.</i> , 2023 (18) | 167 MF encuestados | 58,4 % refiere que su rol es comunicar la diferencia entre tamizaje y diagnóstico |
| Abedian-Kasgari K <i>et al.</i> 2023 (24) | 52 MF | Principales barreras: falta de comunicación efectiva (77 %), apoyo social (61 %) e información (54 %) |
| Angarita <i>et al.</i> , 2021 (25) | 126 encuestas a MF | 77,8 % realiza seguimiento a pacientes con cáncer de mama; 93,7 % emplea examen de mama |
| Ghanouni <i>et al.</i> , 2020 (26) | 933 mujeres sanas | Métodos preferidos para recibir resultados de evaluación de riesgo varían según nivel de riesgo |
| Thind <i>et al.</i> , 2011 (27) | 145 mujeres con cáncer de mama | 73,4 % extremadamente satisfechas con la atención de los MF |

MF: médico familiar.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3. Rol del médico familiar en el sobreviviente del cáncer de mama

| Autor principal y año | Número de población involucrada | Hallazgos relevantes |
|---------------------------------------|---------------------------------|---|
| Maass <i>et al.</i> , 2020 (28) | 350 mujeres tratadas | MF identificaron diabetes (8,3 %) y problemas cognitivos como olvidos y dificultades de concentración |
| Mandelzweig <i>et al.</i> , 2015 (29) | 250 mujeres sobrevivientes | Consultaron 3,7 veces más al MF. Solo el 18 % dijo que el seguimiento era responsabilidad del MF |
| Maly <i>et al.</i> , 2013 (30) | 579 mujeres sobrevivientes | Seguimiento especializado favorece mamografías (83 %), pero MF asocian más colonoscopias (63,3 %) |
| Grunfeld <i>et al.</i> , 2007 (31) | 968 mujeres en estadio temprano | Tasa de recurrencias y eventos graves similares entre seguimiento por MF y oncólogos |

MF: médico familiar.

Fuente: elaboración propia.

Los médicos de familia desempeñan un papel central en la atención de pacientes con cáncer de mama y próstata en las áreas de tamizaje, atención en salud y atención a sobrevivientes de la enfermedad. En cuanto al tamizaje, los resultados evidencian una participación variable. Manczuk *et al.*, 2023 (19) identificaron que solo el 28,7 % de los médicos encuestados brinda asesoramiento rutinario sobre prevención del cáncer, y apenas el 7,8 % distribuye material educativo regularmente, siendo las principales barreras la falta de tiempo y de recursos. Linfield *et al.*, 2022 (20) mostraron que solo el 12 % de las pacientes referidas para consejería genética BRCA1/2 fueron derivadas por médicos de familia, subrayando una limitada implicación en la identificación de riesgo genético.

Por otro lado, las intervenciones simples como cartas recordatorias firmadas por el médico de familia incrementaron en un 41 % la probabilidad de asistencia a mamografías, según Chan *et al.*, 2018 (21). Esteban-Vasallo *et al.*, 2017 (22) reportaron que un 86 % de los médicos de familia percibe su influencia en la detección temprana del cáncer de mama como suficiente o alta, y un 94,9 % considera crucial la prevención en atención primaria. Lapointe *et al.*, 2023 (18) confirmaron que el 90 % de los médicos considera necesario iniciar el tamizaje temprano en pacientes de alto riesgo, mientras que Angarita *et al.*, 2021 (25) encontraron que el 93,7 % de los médicos de familia utiliza el examen clínico de mama como herramienta de tamizaje, aunque solo el 50,8 % se siente cómodo realizándolo.

En cuanto a la atención en salud, los médicos de familia destacan por su rol en el manejo de barreras y en la satisfacción del paciente. Abedian-Kasgari *et al.*, 2023 (24) identificaron problemas como falta de comunicación efectiva (77 %), apoyo social (61 %) e información (54 %) en la atención a mujeres con cáncer, áreas donde estos médicos pueden desempeñar un papel crucial. Ghanouni *et al.*, 2020 (26) mostraron que esos médicos eran preferidos para comunicar resultados de evaluación de riesgos, especialmente en pacientes de alto riesgo (45 %). Thind *et al.*, 2011 (27) reportaron que un 73,4 % de las pacientes que consultó a médicos de familia para el seguimiento del cáncer de mama estaba extremadamente satisfecha con la atención, destacando

factores como comunicación efectiva y trato personalizado. Según Lapointe *et al.*, 2023 (18), un 58,4 % de los médicos considera que su función es explicar la diferencia entre el riesgo de desarrollar cáncer y un diagnóstico, reflejando su papel educativo. Además, Angarita *et al.*, 2021 (25) evidenciaron que el 77,8 % de los médicos familiares brinda atención de seguimiento a pacientes con cáncer de mama, mientras que Lawrence *et al.*, 2016 (32) probaron que el 55 % de los médicos desea participar en todas las etapas del manejo del cáncer, incluyendo diagnóstico (85-90 %) y seguimiento (70-80 %).

En la atención a sobrevivientes del cáncer, los médicos de familia desempeñan un papel destacado. Maass *et al.*, 2020 (28) mostraron que las sobrevivientes de cáncer atendidas por estos médicos experimentaron mayores prevalencias de síntomas como dificultades de concentración (22,9 %, OR 2,5) y mareos (27,1 %, OR 1,7). Mandelzweig *et al.*, 2015 (29) encontraron que estas pacientes consultaron a su médico familiar un promedio de 3,78 veces al año, en comparación con menos de una consulta anual en mujeres sin antecedentes de cáncer. Maly *et al.*, 2013 (30) revelaron que las sobrevivientes bajo seguimiento por médicos familiares tenían más probabilidades de realizarse colonoscopias (63,3 %) en comparación con aquellas bajo atención especializada. Por su parte, Grunfeld *et al.*, 2007 (31) concluyeron que los resultados clínicos de seguimiento a largo plazo no mostraron diferencias significativas entre médicos familiares y especialistas en oncología. Jiang *et al.*, 2016 (33) reportaron en su estudio que las pacientes visitaron frecuentemente a sus médicos de familia durante todas las fases del manejo del cáncer, siendo el uso más intensivo en las etapas iniciales y decreciendo a lo largo del tiempo.

Resultados cáncer de próstata y el rol del médico familiar

En relación con el rol del médico familiar en la atención del paciente con cáncer de próstata se consideraron tres variables: atención en salud, sobrevivientes de cáncer y tamizaje. En las tablas 4, 5 y 6 se resumen los hallazgos principales de los trece estudios seleccionados por variables.

Tabla 4. Rol del médico familiar en el tamizaje de cáncer de próstata

| Autor principal y año | Número de población involucrada | Hallazgos relevantes |
|---|---|--|
| Alvarado- Villavicencio <i>et al.</i> , 2022 (34) | 34 pacientes con biopsia atendidos por MF | 74 MF registraron anomalías en el tacto rectal; 29 fueron positivos para cáncer. Tasa de concordancia con urólogos: 76 % |
| Hall <i>et al.</i> , 2018 (35) | 6829 MF | 26 % enviaba más exámenes de laboratorio y 24 % más imágenes diagnósticas para tamizaje |
| Nguyen <i>et al.</i> , 2018 (36) | 27 086 pacientes sanos | Alta densidad de MF reduce diagnósticos de cáncer en etapa avanzada (OR: 0,54; IC: 0,49-0,57) |
| Andkhoie <i>et al.</i> , 2021 (37) | 598 pacientes con cáncer de próstata | 1 MF adicional/1000 habitantes reduce TIE de cáncer metastásico (-6,5 %) y alto riesgo (-7,3 %). |

MF: médico familiar. TIE: tasa de incidencia estandarizada. IC: índice de confianza. OR: odds ratio, probabilidad de ocurrencia de un evento o enfermedad

Fuente: elaboración propia.

Tabla 5. Rol del médico familiar en la atención en salud del cáncer de próstata

| Autor principal y año | Número de población involucrada | Hallazgos relevantes |
|---|--|---|
| Gaillard <i>et al.</i> , 2022 (38) | 278 pacientes con prostatectomía y 397 controles | 83 % confió en seguimiento por MF; 96,2 % satisfecho con información; seguimiento más sencillo (90,6 %) |
| Wollersheim <i>et al.</i> , 2022 (39) | 402 pacientes atendidos por MF y urología | 67 % dispuesto a tener seguimiento con MF; urólogos aceptaron seguimiento por MF con antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) normal. |
| Lai <i>et al.</i> , 2021 (40) | 13 048 pacientes | 79,5 % permaneció en vigilancia activa por MF tras diagnóstico; mayores más propensos (OR: 1,11 por cada 5 años, $P < 0,01$). |
| Shabana <i>et al.</i> , 2021 (41) | 880 pacientes | Tiempos de espera y derivación para biopsias reducidos significativamente con seguimiento por MF ($p < 0,001$). |
| Radhakrishnan <i>et al.</i> , 2021 (42) | 146 MF | 50,3 % confiaba en decisiones para cáncer de bajo riesgo; 65 % seguro en decisiones de tratamiento. |

MF: médico familiar. OR: odds ratio, probabilidad de ocurrencia de un evento o enfermedad

Fuente: elaboración propia.

Tabla 6. Rol del médico familiar en el sobreviviente del cáncer de próstata

| Autor principal y año | Número de población involucrada | Hallazgos relevantes |
|-------------------------------------|--|---|
| Papadakis <i>et al.</i> , 2022 (43) | 206 sobrevivientes de cáncer de próstata | 80 % de oncólogos y 78 % de MF creen que MF pueden vigilar efectos secundarios; 49 % de MF ve rol amplio en atención a sobrevivientes |
| Hudson <i>et al.</i> , 2016 (44) | 101 sobrevivientes | MF puntuaron más alto en atención integral y comunicación profesional comparados con oncólogos ($P < 0,01$). |

MF: médico familiar.

Fuente: elaboración propia.

Los médicos de atención primaria desempeñan un rol significativo en la atención de pacientes con cáncer de próstata abarcando las etapas de tamizaje, atención en salud y atención a sobrevivientes del cáncer, con diversas fortalezas y desafíos.

En cuanto al tamizaje, Alvarado-Villavicencio *et al.*, 2022 (34) evaluaron la eficacia del tacto rectal digital en pacientes con niveles normales de PSA, mostrando una tasa de concordancia del 76 % entre médicos de atención primaria y urólogos. Hall *et al.*, 2018 (35) describieron que una mayor intensidad en las pruebas diagnósticas realizadas por médicos de familia estaba asociada con mayores tasas de diagnóstico temprano de cáncer de próstata. Nguyen *et al.*, 2018 (36) encontraron que una mayor densidad de médicos de atención primaria reduce significativamente la probabilidad de diagnósticos avanzados de cáncer (OR 0,54; IC 0,49-0,57). Andkhoie *et al.*, 2021 (37) evidenciaron que un incremento en la densidad de médicos de familia se asocia con una disminución del 6,5 % en la tasa de incidencia de cáncer de próstata metastásico y del 7,3 % en casos de alto riesgo. Estas observaciones subrayan el papel crucial de los médicos de atención primaria en la detección oportuna del cáncer de próstata.

Respecto a la atención en salud, Wollersheim *et al.*, 2022 (39) demostraron que el seguimiento del cáncer de próstata en atención primaria es tan efectivo como el seguimiento especializado, con ventajas como accesibilidad, cercanía y personalización, aunque persisten desafíos en la implementación de pautas y la colaboración intersectorial. Lai *et al.*, 2021 (40) destacaron que el 79,5 % de los pacientes bajo vigilancia activa continuó siendo atendido por médicos de atención primaria tres años después del diagnóstico, mostrando su capacidad para manejar la vigilancia a largo plazo. Radhakrishnan *et al.*, 2020 (42) señalaron que el 65 % de los médicos de atención primaria se sentían seguros en la toma de decisiones sobre el tratamiento de cáncer de próstata de bajo riesgo, aunque otros factores, como prioridades competentes, limitaban su participación. Alibhai *et al.*, 2017 (45) evidenciaron que intervenciones educativas breves por médicos de familia incrementaron significativamente el cumplimiento de pruebas de densidad ósea (OR 2,70; IC 90 % 1,19-6,15) y la adherencia a recomendaciones

de ingesta de calcio. Heins *et al.*, 2018 (46) concluyeron que el seguimiento del cáncer de próstata por médicos de cabecera es viable y aceptable, con el 73 % de los pacientes satisfechos con la atención personalizada.

En relación con la atención a sobrevivientes del cáncer, Papadakis *et al.*, 2022 (43) resaltaron que tanto oncólogos como médicos de familia consideraron que estos últimos pueden desempeñar un rol más amplio en la vigilancia y manejo de efectos secundarios en sobrevivientes de cáncer de próstata. Hudson *et al.*, 2016 (44) mostraron que los médicos de atención primaria superaron a los oncólogos en aspectos de atención integral y conocimiento sobre hábitos de salud de los pacientes, aunque los oncólogos puntuaron mejor en comunicación interprofesional.

Discusión

El rol del médico familiar (MF) en la atención de pacientes con cáncer de mama y próstata se posiciona como un pilar esencial en los sistemas de salud, integrando funciones clave en el tamizaje, la atención en salud y el seguimiento de sobrevivientes. Los hallazgos de esta revisión sistemática destacan tanto fortalezas como desafíos que enfrentan los MF en estas áreas.

En cuanto al tamizaje, los MF desempeñan un papel crucial en la detección temprana del cáncer. Sin embargo, persisten barreras que limitan su efectividad. Para el cáncer de mama, se observa una variabilidad en su participación, con el 28,7 % brindando asesoramiento sobre prevención y solo el 7,8 % distribuyendo material educativo, según Manczuk *et al.*, 2023 (19). Intervenciones como las cartas recordatorias firmadas por MF aumentaron en un 41 % la asistencia a mamografías (21), evidenciando el impacto de estrategias simples. De manera similar, en cáncer de próstata, un mayor acceso a médicos de atención primaria se asocia con diagnósticos en etapas menos avanzadas (36), y un incremento en su densidad podría reducir hasta un 6,5 % los casos metastásicos (37). Estos resultados subrayan la necesidad de abordar las limitaciones en recursos y tiempo, reforzando el rol preventivo del MF (47).

En cuanto a la atención en salud, los MF destacan por su capacidad de integrar un enfoque biopsicosocial. En el manejo del cáncer de mama, su participación genera altos niveles de satisfacción, con el 73,4 % de pacientes reportando extrema satisfacción por la comunicación efectiva y el trato recibido (27). En cáncer de próstata, estudios como los de Wollersheim *et al.*, 2022 (39) y Lai *et al.*, 2021 (40) demostraron que la vigilancia activa dirigida por MF es tan efectiva como la especializada en dicha patología, además de ser más accesible y cercana. No obstante, la falta de pautas claras y la necesidad de mejorar la coordinación intersectorial siguen siendo desafíos importantes (39;48).

Respecto a los sobrevivientes de cáncer, los MF están bien posicionados para proporcionar seguimiento integral y personalizado. En cáncer de mama, su rol es comparable al de los especialistas en esa patología en términos de resultados clínicos, pero sobresalen en aspectos como la continuidad del cuidado y la identificación de comorbilidades (28;31). En cáncer de próstata, oncólogos y pacientes reconocen la capacidad de los MF para manejar efectos secundarios y promover hábitos saludables (43;44). Sin embargo, el seguimiento de los sobrevivientes aún es subutilizado, con un promedio de 3,78 consultas anuales en comparación con menos de una en mujeres sin antecedentes de cáncer (29).

La atención primaria debe ser ejercida por un profesional que tenga la especialización en medicina familiar y comunitaria, dado que si bien el médico general tras su título de pregrado tiene algunos fundamentos, no cuenta con preparación especializada suficiente; en países como España se han denunciado casos en los que se pone en juego la seguridad de los pacientes y las consecuencias de una mala praxis por médicos sin el título de especialista en atención primaria (49). No obstante,

en países latinoamericanos como en Colombia, los médicos generales pueden ejercer en atención primaria tras finalizar su formación de pregrado. Sin embargo, la especialización en medicina familiar y comunitaria aporta competencias adicionales que mejoran la calidad de la atención, especialmente en áreas como el manejo integral de enfermedades crónicas, incluyendo el cáncer (50).

Conclusión

Los médicos familiares desempeñan un rol fundamental en la atención integral de pacientes con cáncer de mama y próstata, especialmente en la prevención, la atención centrada en el paciente y el manejo a largo plazo de los sobrevivientes. Aunque su impacto es evidente, persisten barreras como la falta de recursos, capacitación específica y pautas normativas claras, que limitan su capacidad para abordar eficazmente las necesidades de esta población. Fortalecer el rol de los MF mediante estrategias de capacitación, asignación adecuada de recursos y mejora de la coordinación intersectorial puede optimizar los resultados en salud y aliviar la carga del cáncer en los sistemas de atención. Estos esfuerzos son esenciales para posicionar a los MF como actores clave en la lucha contra el cáncer, particularmente en contextos de recursos limitados.

Agradecimientos

Los autores agradecemos a Dios por darnos la vida, la fuerza y la sabiduría en este paso por la residencia. Agradecemos a la Universidad El Bosque por la formación recibida durante nuestra especialización. Agradecemos a nuestras familias, quienes desde la distancia fueron apoyo y soporte en nuestra formación.

Referencias

- (1) Organización Mundial de la Salud (OMS). Temas en salud Cáncer. [En línea] https://www.who.int/es/health-topics/cancer#tab=tab_1.
- (2) Organización Mundial de la Salud (OMS). Cáncer datos y cifras. 2 de febrero de 2022. [En línea] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
- (3) Organización Mundial de la salud (OMS). Día mundial contra el cáncer 2023, “Por unos cuidados más justos”. [En línea] <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-contra-cancer-2023-por-unos-cuidados-mas-justos>.

- (4) Organización Panamericana de la Salud (OPS). Día mundial contra el Cáncer 2021, “Yo soy y voy a”. [En línea] 4 de febrero de 2021. <https://www.paho.org/es/eventos/dia-mundial-contra-cancer-2021-yo-soy-voy-a#:~:text=Bajo%20el%20lema%20%22Yo%20soy, reducir%20el%20impacto%20del%20c%C3%A1ncer>
- (5) Gobierno de México. Día mundial del cáncer de próstata 11 de junio. [En línea] <https://www.gob.mx/insabi/articulos/dia-mundial-del-cancer-de-prostata-11-de-junio?idiom=es>
- (6) Organización Panamericana de la Salud (OPS). Consulta a expertos sobre tamizaje y detección temprana de cáncer de próstata en América Latina y el Caribe. *Informe de Reunión*. Ciudad de México, 12 y 13 de septiembre de 2017. OPS/NMH/18-009.
- (7) Organización Mundial de la Salud (OMS). Cáncer de mama. [En línea] 13 de marzo de 2024. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
- (8) Gobernación de Antioquia. 9 de octubre Día Mundial de la Lucha contra el Cáncer de Mama. Boletín de prensa. [En línea] 19 de octubre de 2020. <https://antioquia.gov.co/component/k2/11103-19-de-octubre-dia-mundial-de-la-lucha-contra-el-cancer-de-mama>
- (9) Ben-Arye E, *et al*. Integrating family medicine and complementary medicine in cancer care: A cross-cultural perspective. *Patient Educ. Couns.* 2014;97(1):135-139. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.06.006>
- (10) Rodríguez-Escobar MA, *et al*. Aportes de la medicina familiar a la APS en Iberoamérica: revisión hermenéutica. 1971-2016. Bogotá: Universidad El Bosque; 2019. <https://repositorio.unbosque.edu.co/items/f0f3418b-2c9e-4ee0-b533-011da16460bb>
- (11) Do Zeichner, *et al*. Detecting cancer: pearls for the primary care physician. *Cleveland Clinic Journal of Medicine.* 2016 jul.;83(7):515-523. <https://doi.org/10.3949/ccjm.83a.15124>
- (12) Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS, el BID y el Banco Mundial lanzan alianza para fortalecer la atención primaria de salud en las Américas. [En línea] 4 de diciembre de 2023. <https://www.paho.org/es/noticias/4-12-2023-ops-bid-banco-mundial-lanzan-alianza-para-fortalecer-atencion-primaria-salud>
- (13) Liga Colombiana contra el Cáncer. Ruta de atención general. [En línea] 2023. <https://www.ligacancercolombia.org/uncategorized/ruta-de-atencion-general/>
- (14) Aubin M, *et al*. Continuity of cancer care and collaboration between family physicians and oncologists: Results of a randomized clinical trial. *The Annals of Family Medicine.* 2021;19(2):117-125. <https://doi.org/10.1370/afm.2643>
- (15) Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018: Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación . Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>.
- (16) Merriel S, *et al*. Prostate cancer in primary care. *Advances in therapy.* 2018;35(9):1285-1294. <https://doi.org/10.1007/s12325-018-0766-1>
- (17) Gobierno Vasco. Fichas de Lectura Crítica (FLC) [En línea]. Disponible en <https://www.lecturacritica.com>
- (18) Lapointe J, *et al*. Canadian healthcare professionals’ views and attitudes toward risk-stratified breast cancer screening. *J Pers Med.* 2023;21;13(7):1027. <https://doi.org/10.3390/jpm13071027>
- (19) Mańczuk M, *et al*. Actual and potential role of primary care physicians in cancer prevention. *Cancers (Basel).* 2023 ene 9;15(2):427. <https://doi.org/10.3390/cancers15020427>
- (20) Linfield DT, *et al*. Primary care physician referral practices regarding BRCA1/2 genetic counseling in a major health system. *Breast Cancer Res Treat.* 2022;195:153-160. <https://doi.org/10.1007/s10549-022-06523-5>
- (21) Chan EK, *et al*. Signed family physician reminder letters to women overdue for screening mammography: A randomized clinical trial. *Journal of Medical Screening.* 2018. 25(3):149-154. <https://doi.org/10.1177/0969141317719921>
- (22) Esteban-Vasallo MD, *et al*. Influence of primary care professionals on early detection of breast cancer: different perception between family physicians and nursing professionals. *Eur J Cancer Prev.* 2017 ene;26(1):48-54. <https://doi.org/10.1097/CEJ.0000000000000216>
- (23) Hendren S, *et al*. Randomized, controlled trial of a multimodal intervention to improve cancer screening rates in a safety-net primary care practice. *J Gen Intern Med.* 2014; 29(1):41-9. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2506-1>

- (24) Abedian Kasgari K, *et al.* Stakeholders' experiences and perspectives regarding care quality for women with breast cancer: A systematic review. *Cancer Nurs.* 2023 jul.-ago.; 46(4):E218-E229. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001119>
- (25) Angarita FA, *et al.* Primary care physicians' perspectives in leading breast cancer follow-up care. *Clin Breast Cancer.* 2022 jun;22(4):e497-e505. <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2021.11.011>
- (26) Ghanouni A, *et al.* Actitudes hacia la detección del cáncer de mama estratificada por riesgo entre las mujeres en Inglaterra: una encuesta transversal. *Journal of Medical Screening.* 2020;27(3):138-145. <https://doi.org/10.1177/0969141319883662>
- (27) Thind A, *et al.* Patient satisfaction with breast cancer follow-up care provided by family physicians. *J Am Board Fam Med.* 2011 nov.-dic.;24(6):710-6. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2011.06.100288>
- (28) Maass SWMC, *et al.* Symptoms in long-term breast cancer survivors: A cross-sectional study in primary care. *Breast.* 2020 dic.;54(133-138). <https://doi.org/10.1016/j.breast.2020.09.013>
- (29) Mandelzweig L, *et al.* Identification of health care needs of long-term breast cancer survivors among Israeli women. *Support Care Cancer.* 2016 feb.;24(2):737-746. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2836-0>
- (30) Maly RC, *et al.* The impact of primary care physicians on follow-up care of underserved breast cancer survivors. *J Am Board Fam Med.* 2013 nov.-dic.;26(6):628-36. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2013.06.120345>
- (31) Grunfeld E, *et al.* Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: A comparison of family physician versus specialist care. 2006 feb. 20;24(6):848-855. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.03.2235>
- (32) Lawrence RA, *et al.* Primary care physicians' perspectives of their role in cancer care: A systematic review. *J Gen Intern Med.* 2016 oct.;31(10):1222-36. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3746-7>
- (33) Jiang L, *et al.* Primary care physician use across the breast cancer care continuum: CanIMPACT study using Canadian administrative data. *Can Fam Physician.* 2016 oct.;62(10):e589-e598. PMID: 27737994; PMCID: PMC5063785
- (34) Alvarado-Villavicencio M, *et al.* Importance of rectal examination of prostate in primary cancer. *Neuroquantology.* 2022;20(13):176-182. <https://doi.org/10.14704/NQ.2022.20.13.NQ88025>
- (35) Hall SF, *et al.* Do doctors who order more routine medical tests diagnose more cancers? A population-based study from Ontario Canada. *Cancer Med.* 2019 feb;8(2):850-859. <https://doi.org/10.1002/cam4.1925>
- (36) Nguyen KD, *et al.* Stratton, effects of primary care physician density, urologist presence, and insurance status on stage of diagnosis for urologic malignancies. *Cancer Epidemiology.* 2018;52:10-14. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2017.10.012>
- (37) Andkhoie M, *et al.* Geographic disparities in Saskatchewan prostate cancer incidence and its association with physician density: analysis using Bayesian models. *BMC Cancer.* 2021 ago. 23;21(1). <https://doi.org/10.1186/s12885-021-08646-2>
- (38) Gaillard V, *et al.* Primary care-based follow-up for prostate and kidney cancer survivors: a retrospective monocentric study. *Support Care Cancer.* 2022;30:7293-7302. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07151-x>
- (39) Wollersheim BM, *et al.* Specialist versus primary care prostate cancer follow-up: A Process evaluation of a randomized controlled trial. *Cancers.* 2022 jun. 28;14(13):3166. <https://doi.org/10.3390/cancers14133166>
- (40) Lai LY, *et al.* Understanding active surveillance for prostate cancer. *JCO Oncol Pract.* 2021 nov.;17(11):e1678-e1687. <https://doi.org/10.1200/OP.20.00929>
- (41) Shabana W, *et al.* Diagnostic assessment program for prostate cancer: Lessons learned after 2 years and degree of compliance to Canadian guidelines. *Arch Ital Urol Androl.* 2021 dic. 20;93(4):389-392. <https://doi.org/10.4081/aiua.2021.4.389>
- (42) Radhakrishnan A, *et al.* Primary care providers' perceptions about participating in low-risk prostate cancer treatment decisions. *J Gen Intern Med.* 2021 feb.;36(2):447-454. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06318-8>
- (43) Papadakos J, *et al.* Prostate cancer survivor capacity to engage in survivorship self-management: a comparison of perceptions between oncology specialists, primary care, and survivors. *Supportive Care in Cancer.* 2022 may. 11;30(8):6909-22. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07114-2>

- (44) Hudson SV, *et al.* Breast and prostate cancer survivors' experiences of patient-centered cancer follow-up care from primary care physicians and oncologists. *J Cancer Surviv.* 2016. oct.;10(5):906-14. <https://doi.org/10.1007/s11764-016-0537-4>
- (45) Alibhai SMH, *et al.* Improving bone health in men with prostate cancer receiving androgen deprivation therapy: Results of a randomized phase 2 trial. *Cancer.* 2017;6(124):1132-40. <https://doi.org/10.1002/cncr.31171>
- (46) Heins M, *et al.* Feasibility and acceptability of follow-up for prostate cancer in primary care: a pilot study. *BJGP Open.* 2018 dic. 12;2(4):bjgpopen18X101616. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen18X101616>
- (47) Klassen CL, *et al.* Breast cancer risk evaluation for the primary care physician. *Cleveland Clinic Journal of Medicine.* 2022 mzo. 1;89(3):139-146. <https://doi.org/10.3949/ccjm.89a.21023>
- (48) Williams PT. The role of family physicians in the management of cancer patients. *J Cancer Educ.* 1994;9(2):67-72. <https://doi.org/10.1080/08858199409528273>
- (49) El Colegio de Médicos de Pontevedra denuncia la contratación de profesionales en primaria sin el título de especialista. *Cadena SER.* 2024 nov. 8. Disponible en <https://cadenaser.com/galicia/2024/11/08/el-colegio-de-medicos-de-pontevedra-denuncia-la-contratacion-de-profesionales-en-primaria-sin-el-titulo-de-especialista-radio-vigo/>
- (50) Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). Atención primaria en salud. Boletín de prensa. [En línea] [Citado el: 14 de enero de 2025]. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Atenci%C3%B3n-Primaria-en-Salud-.aspx>