

## Recomendaciones prácticas

En función del momento de la valoración, el objetivo será prevenir la aparición de la fragilidad o bien enlentecer su desarrollo. En el ámbito de atención primaria, hay que seleccionar aquellas pruebas que sean sencillas de realizar y que, por otra parte, resulten eficaces.

El anciano frágil tiene un alto riesgo de sufrir desnutrición debido a la presencia habitual de anorexia, la pérdida de masa muscular y la falta de actividad física.

En la fase de cribado, el objetivo es diagnosticar la desnutrición o el riesgo de padecerla, mientras que en la fase de valoración se intenta cuantificar esa desnutrición y las causas subyacentes.

Las intervenciones existentes son multidisciplinarias y engloban la suplementación oral y la nutrición artificial, además de unas pautas de actividad física personalizadas y la posibilidad de tratamiento farmacológico.



## Bibliografía

- 1.- Bauer JM, Kaiser MJ, Sieber CC. Evaluation of nutritional status in older persons: nutritional screening and assessment. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2010; 13: 8-13.
- 2.- Matía P, Cuesta F. Nutrición en el anciano hospitalizado. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2006; 41: 340-356.
- 3.- Salvá A, Coll-Planas L, Bruce S, et al. Nutritional assessment of residents in long-term care facilities (LTCFs): recommendations of the task force on nutrition and ageing of the IAGG European region and the IANA. *J Nutr Health Aging*. 2009; 13: 475-483.
- 4.- Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral-Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SENPE-SEGG). Valoración nutricional en el anciano. Recomendaciones prácticas de los expertos en geriatría y nutrición. Documentos de consenso SENPE-SEGG. Galénitas-Nigra Trea, 2009.
- 5.- Topinková E. Aging, disability and frailty. *Ann Nutr Metab*. 2008; 52: 6-11.

## La situación crónica de la mujer con cáncer de mama

*Dra. en C. Luz Ma. Adriana Balderas Peña.*

*Investigador Asociado "A".*

*Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica.*

*U.M.A.E. Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente.*

*Instituto Mexicano del Seguro Social.*

En Jalisco, el cáncer de mama en conjunto con el resto de los cánceres genitales femeninos representa el 30% del total de los casos incidentes reportados en el año 2009 en la entidad, con una tasa de 16.2 por 100 mil habitantes y de 39.1 por 100 mil mujeres y la incidencia se incrementa a partir de la cuarta década de la vida<sup>IV</sup>, datos que reflejan como el cáncer de mama se ha tornado en una prioridad de atención en salud, no sólo en el Estado, sino en todo México.

Los Estados Unidos Mexicanos, como país, se encuentran en una etapa avanzada de la transición demográfica. El escenario demográfico dista mucho del que prevalecía en el momento en que se inició la actual política de población enfocado a la meta de que entre 1974 y 2000, México lograra abatir el elevado ritmo de crecimiento natural de la población; la distribución territorial, predominantemente rural a mediados del siglo pasado, avanzó hacia un sistema urbano complejo y diversificado<sup>V</sup>.

La población de México asciende a 112'336,538 de acuerdo a los resultados del INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática) provenientes del Censo Nacional de Población y Vivienda 2010, un incremento de 13'936,538 millones con respecto a 98.4 millones en 2000, es decir, un aumento de 12.41 por ciento<sup>VI</sup>. El descenso de la fecundidad da cuenta de una reducción en el número de nacimientos de 2.41 millones en 2000 a 1'926,148 millones durante 2010 (tasa de crecimiento total de 0.77/100 habitantes); pero un proceso de envejecimiento más rápido que el descenso de la mortalidad propiciará un aumento de 480 mil a 518 mil decesos al cabo del mismo período.

Estos datos concuerdan con las observaciones de la historia demográfica de la población en la cual se observa que los cambios en la mortalidad y en la fecundidad conducen, a mediano y largo plazo, hacia el envejecimiento de la población<sup>VII</sup>, con el consecuente incremento en las enfermedades crónicas, las cuales por otro lado se asocian a un mayor costo económico para la sociedad.

Las enfermedades crónicas se definen por su persistencia durante un período de tiempo prolongado (3 meses o más), de acuerdo a la definición del Centro Nacional de los Estados Unidos de América para las Estadísticas en Salud (U.S. National Center for Health Statistics), quienes a su vez estiman que el 88% de los norteamericanos mayores de 65 años padecen al menos una condición de salud crónica; la mayor parte de ellas asociadas a estilos de vida y conductas nocivas para la salud, particularmente el uso de tabaco, la falta de actividad física, los malos hábitos de alimentación. Estas enfermedades crónicas tienden a ser más comunes conforme se incrementa la edad de la población. En los países desarrollados predominan las enfermedades cardiovasculares, las articulares degenerativas, las metabólicas (obesidad-diabetes) y el cáncer (de mama y colo-rectal)<sup>VIII</sup>.

El cáncer de mama es por lo tanto considerada en la actualidad como una enfermedad crónica. Las tasas de supervivencia se han incrementado durante los pasados 10 años, de tal forma que de acuerdo a las estimaciones de la Escuela de Salud Pública en Michigan en Estados Unidos hay

aproximadamente 1.5 millones de mujeres diagnosticadas con cáncer durante el último año<sup>x</sup>.

En contextos como el de México es importante visualizar el impacto de esta patología como enfermedad crónica y su cronicidad como una situación que esta conformada por las implicaciones sociales, económicas y culturales de su tratamiento y su impacto en la calidad de vida de las mujeres supervivientes. Estas mujeres con frecuencia desarrollan síntomas crónicos como fatiga, alteraciones del sueño, molestias en la zona de la mama afectada y en el brazo del lado intervenido (linfedema y/o limitación del movimiento), así como algunos efectos sistémicos del tratamiento en los aspectos metabólicos que les confieren un mayor riesgo cardiovascular, así como una disminución global en su bienestar emocional y en su calidad de vida en general.

En Estados Unidos, los estudios más recientes muestran diferencias en como las pacientes experimentan el ser supervivientes de cáncer de mama de acuerdo a su raza y etnicidad. En términos de información y soporte médico, sintomatología y calidad de vida, las mujeres blancas y afro-americanas tienden a mostrar una calidad de vida aceptable, pero las mujeres de extracción latina, especialmente aquellas con bajos niveles de aculturación se muestran más vulnerables y propensas a tener resultados en salud negativos y esta puede relacionarse con factores como la dificultad para entender la información médica o las menores oportunidades de contar con grupos de apoyo conformados por otras mujeres con cáncer, así como un acceso más difícil a los sistemas de salud. Estos resultados han llevado al diseño y desarrollo de programas de intervención encaminados al empoderamiento de las mujeres supervivientes de cáncer y su papel como autogestoras en sus tratamientos a largo plazo.

Como se ha descrito, en efecto, muchos cánceres, han llegado a ser enfermedades sumamente manejables en el contexto de la cronicidad, de igual forma a lo observado en patologías como las cardiovasculares, la diabetes y la infección por VIH (virus de la inmunodeficiencia humana); situación que ha sido favorecida por el acelerado desarrollo de avances científicos orientados a lograr este objetivo<sup>x</sup>.

El cambio en este paradigma que ha llevado al cáncer de ser considerado una enfermedad letal en el corto plazo a ser considerada como una enfermedad crónica, ha estado favorecido por unos cuantos factores como son el mejor control de los síntomas como terapias menos tóxicas y una tendencia cada vez mayor al empleo de las terapias blanco y terapias biológicas, lo que ha hecho posible la mejor tolerancia sistémica al tratamiento.

Este ámbito ha ofrecido a los pacientes con cáncer metastásico más oportunidades en el control de la enfermedad además de las opciones estándar. La investigación farmacológica en este terreno ha permitido el desarrollo de agentes de quimioterapia efectivos disponibles para amplios segmentos de la población de pacientes (lo que en México es posible gracias a los sistemas de atención en salud como el Instituto

Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, al que durante este sexenio se ha agregado el Seguro Popular implementado por el Gobierno Federal).

El cáncer de mama como otras neoplasias malignas, pasaron de contar con sólo una línea de manejo a tener segundas y terceras líneas de manejo disponibles en la actualidad. Estas líneas de manejo están disponibles en los eventos relacionados con la recurrencia local o sistémica de la enfermedad, lo cual se ha visto reflejado en un aumento en la supervivencia global y el mantenimiento y mejoría de la calidad de vida, aún cuando la enfermedad no sea erradicada.

Algunos tipos de cáncer de mama metastásicos han llegado a ser manejables a largo plazo, a través del estudio de los factores biológicos relacionados con la dinámica de crecimiento de las células tumores. El ejemplo más conocido es el del empleo de tamoxifeno, capaz de enlentecer o detener la cinética de crecimiento de las células neoplásicas en el cáncer de mama estrógeno-dependiente, al bloquear los sitios receptores de hormonas. A este fármaco se han unido los recientemente desarrollados inhibidores de aromatasas, los cuales bloquean la síntesis de estrógenos y han mostrado tener mejores resultados en algunos casos.

También en el contexto del cáncer de mama metastásico con tejido que expresa la molécula HER2 (HER2 positivo), el empleo del trastuzumab, anticuerpo monoclonal, cuyo blanco es la proteína HER2 en la superficie de las células tumorales, se ha asociado a un incremento en la supervivencia global de 1 a 2 años, de hecho muchas pacientes con cáncer de mama HER2 positivo están ahora sobrepasando la línea de los cinco años de supervivencia global.

En nuestro país y específicamente en el IMSS, se ha analizado como el cáncer de mama afecta la calidad de vida de las mujeres portadoras de esta patología y se encontró que en México con 57'464,459 (51.16%) de mujeres y una esperanza de vida al nacer calculada el año 2009 de 77.6 años este padecimiento se comporta como una patología crónica, en la que es fundamental el mantenimiento de una buena calidad de vida como uno de los objetivos del proceso de atención de mujeres que viven con cáncer de mama<sup>8</sup>.

Conforme aumentan las mujeres supervivientes al cáncer de mama, se ejerce una profunda influencia en la estructura y el funcionamiento de nuestras instituciones y del propio sistema de salud mexicano. La investigación de secuelas físicas y psicosociales del cáncer, su tratamiento, el impacto de aspectos socio-demográficos, co-mórbidos y características del proceso de atención en la calidad de vida de las pacientes es una prioridad para los sistemas de salud, por lo que su estudio debe ser un objetivo primario al evaluar tratamientos para cáncer mamario por lo que la descrita historia de éxito en el tratamiento del cáncer y su conversión de enfermedad letal a enfermedad crónica tiene sus implicaciones sociales, económica y políticas<sup>8</sup>.

De acuerdo a los hallazgos de las investigaciones en calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama en el IMSS, se encontró que la a etapa

clínica de la enfermedad condicionó diferencias en los puntajes de calidad de vida que evalúan: Fatiga, náusea-vómito y dificultades financieras, situación que está en relación directa con la historia natural del padecimiento y el deterioro físico asociado a éste<sup>8</sup>.

Las variables socio-demográficas impactó en la función de rol, fatiga y dolor donde las mujeres no unidas, que tuvieron mayores puntuaciones en las escalas. Este resultado puede ser reflejo del estado emocional y psicológico en la calidad de vida en una mujer sin pareja y sin una red social de apoyo; lo cual es evidenciado por los bajos porcentajes de asistencia psicológica individual, grupos de autoayuda, consejería nutricional y fisioterapia, en el contexto del manejo institucional. Así mismo, la escolaridad intervino en la escala de pérdida de apetito, con mayor puntaje en mujeres con educación básica, comparadas con las universitarias. Esta situación puede asociarse a diferencias en el estilo de vida e ingresos probablemente relacionada con los eventos adversos del tratamiento sistémico, fueron mayores en mujeres con una neoplasia maligna previa a la actual. No se observó asociación entre el proceso de atención y el estado de salud global<sup>9</sup>.

Además de las observaciones sobre la calidad de vida en las mujeres con cáncer de mama, se deben considerar los costos derivados de la atención de dichas mujeres en el IMSS, encontramos que el costo medio total por paciente fue de \$6,135.38 dólares americanos (IC 95%, \$4216.19–\$9737.19)<sup>10</sup> y donde el costo promedio de la tratamiento antineoplásico cuando se emplea el anticuerpo monoclonal trastuzumab asciende a \$24,695.71 dólares americanos y al considerar el costo de la enfermedad metastásica o la enfermedad no clasificada este asciende a: \$25,353.14 y \$34,256.35 dólares americanos respectivamente. Estos resultados confirman que en México como en los países desarrollados, el costo de la enfermedad metastásica manejada en la cronicidad de la enfermedad que no es adecuadamente clasificada impone una pesada carga económica al Sistema de Salud.



Las evidencias en el entorno internacional, nacional, y regional obligan a mirar al cáncer como una patología crónica en situación de cronicidad, con alto costo económico institucional. En este ámbito es necesario, invertir en prevención sobre el estilo de vida en el futuro encaminado al cuidado, atención y seguimiento de esta patología, con alto costo institucional.

## Bibliografía

Petersen-Farah A, Carranco-Ortiz BG, Moreno-Bustamante L, Hernández-Sánchez JE, Pérez-Gómez HR, González-Álvarez JA, Lepe-Oliva A, Gálvez-Gálvez B, Camacho-Cortés JL, Capurro-Ceballos A, Castañeda-Mendoza R, García-Mejía D, Bocanegra-Marmolejo E, Vélez-Gómez E, Best-Aguilera CR, Camacho-Gutiérrez S, Pérez-Agraz JL. Registro estatal de cáncer. Jalisco, 2009

Consejo Nacional de Población (CONAPO). Secretaría de Gobernación. Informe de México: El cambio demográfico, el envejecimiento y la migración internacional en México Comité Especial sobre Población y Desarrollo. Santo Domingo, Rep. Dominicana del 9 al 13 de Junio, 2008

Estados Unidos Mexicanos. INEGI. Censo Nacional de Población y Vivienda 2010. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?src=487>. Último acceso 28 de agosto de 2011.

Cabrera-Acevedo G. La siguiente etapa de las políticas de población. Papeles de Población 1998; 017: 39-44.

Definition of Chronic Disease. Disponible en: <http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=33490>. Último acceso 28 de agosto de 2011.

Janz N. As a chronic disease, breast cancer poses ongoing challenges for patients and their loved ones. University of Michigan. School of Public Health. Disponible en: [http://www.sph.umich.edu/news\\_events/findings/fall08/inFOCUS/five.htm](http://www.sph.umich.edu/news_events/findings/fall08/inFOCUS/five.htm). Último acceso 28 de agosto 2011.

Witter DC, LeBas J. Cancer as Chronic Disease. *Oncology* 2008;53(4). En <http://www2.mdanderson.org/depts/oncolog/articles/08/4-apr/4-08-1.html> sitio del MD Anderson Cancer Center. University of Texas. Último acceso: 28 de agosto de 2011.

Sal-Muñoz D, Contreras-Hernández I, Balderas-Peña LM, Hernández-Chávez GA, Solano-Murillo P, Mariscal-Ramírez I, Lomeli-García M, Díaz-Cortés MA, Mould-Quevedo JF, López-Mariscal AR, Prieto-Miranda SE, Morgan-Villela G. Calidad de Vida en Mujeres Mexicanas con Cáncer de Mama en Diferentes Etapas Clínicas y su Asociación con Características Socio-Demográficas, Estados Co-Mórbidos y Características del Proceso de Atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Value Health*. 2011;14(5 Suppl 1):S133-6.

Balderas-Peña LMA, Contreras I, Mould-Quevedo JF, Garduno-Espinoza J, Sal-Muñoz D, Morgan-Villela G, Solano-Murillo P, Mariscal-Ramírez I, Lomeli-García M, Hernández-Chavez GA. PCN56 Costs associated to the treatment of different stages of Mexican breast cancer patients. *Value in Health* 2010;13(3): A34.