

EDITORIAL

¿QUO VADIS?

*María Florencia Calvo
Hospital Italiano de Buenos Aires
Universidad del Hospital Italiano*

“IT WELL MAY BE
THAT WE WILL NEVER MEET AGAIN IN THIS LIFETIME
SO LET ME SAY BEFORE WE PART
SO MUCH OF ME IS MADE OF WHAT I LEARNED FROM YOU”
“FOR GOOD” (WICKED, 2003)

Con mucha alegría y agradecimiento me dispongo a compartir con ustedes, estimados colegas, algunas reflexiones a través de este breve comentario editorial. Como punto de partida, creo que para hoy poder dialogar acerca del cuidado de pacientes con cáncer, especialmente al referirnos a las problemáticas de Survivorship y calidad de vida, debemos empezar preguntándonos como sugiere el título: **¿Hacia dónde vamos?**

Podríamos abordar esta primera inquietud disparadora desde múltiples enfoques diferentes y es mi deseo poder compartir algunos de ellos en este texto. En primer lugar, creo que todos estaremos de acuerdo en que gracias al progreso en la investigación y el desarrollo de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas, la población de pacientes que han sido tratados por un diagnóstico oncológico y han sobrevivido es cada vez mayor. Esto se ha documentado no sólo en relación al cáncer de mama, sino a todos los tumores en general, lo cual ha conducido a que el volumen de pacientes “sobrevivientes” haya crecido exponencialmente a lo largo de los últimos 30 años. La proyección al año 2030 realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene esta tendencia en alza y estima que la población de sobrevivientes rondará el 400% con respecto al año 2000. Actualmente, en todo el mundo, aproximadamente 18 millones de mujeres han sido diagnosticadas con alguna forma de cáncer, y más del 40% de esos diagnósticos corresponden a cáncer de mama. A priori,

esto ya plantea algunas problemáticas interesantes que podemos explorar. Por un lado, la carga que puede representar para esta población convivir con secuelas físicas o emocionales relacionadas con el tratamiento, la tolerancia y adherencia a tratamientos crónicos que se recomiendan durante plazos cada vez más largos, y muchas otras formas de toxicidad quizás menos tangibles en la consulta médica, como podrían ser el truncamiento de proyectos de vida, la resignificación de vínculos afectivos, la sobrecarga económica, la dificultad para la reinserción laboral y tantas otras consecuencias que pueden surgir a partir de un diagnóstico oncológico. Hoy el cáncer de mama a nivel mundial representa la quinta causa de años de vida perdidos (YLL) y de años de vida vividos con discapacidad (YLD). A nivel local anualmente, se registran aproximadamente 6100 muertes por esta enfermedad y la incidencia estimada es de 22000 nuevos casos por año, representando el 32,1% del total de los diagnósticos nuevos de cáncer en nuestro país.¹⁻³

Retomando nuestra inquietud inicial, hoy el tratamiento del cáncer no se concibe si no a través de la mirada de la medicina de precisión. Elegimos y recomendamos esquemas terapéuticos personalizados, dirigidos a objetivos moleculares específicos porque entendemos que los tumores presentan clara diversidad biológica y requieren ser tratados de acuerdo a su agresividad. En este contexto de variabilidad interpersonal, es esperable también, que cada persona pueda tener una experiencia terapéutica distinta, que implique una necesidad de acompañamiento diferenciado y especializado, también diseñado “a medida”. Resulta claro que la toma de decisiones compartidas ocupa un lugar cada vez más importante en el escenario terapéutico y que cada vez toma mayor protagonismo la paciente y sus necesidades y expectativas individuales en la planificación del tratamiento.

En este camino de personalización del acompañamiento, aparece en el centro de la escena el concepto de Survivorship. La National Comprehensive Cancer Network (NCCN) define como “sobreviviente” a cualquier persona que ha recibido un diagnóstico de cáncer, desde el momento cero en que recibe la noticia hasta su muerte, sea por la enfermedad o por otra causa. En otras palabras, el foco no está puesto en la “curación” de la enfermedad sino en el atravesamiento del diagnóstico, como punto pivotal a partir del cual la vida de una paciente toma una nueva dimensión. Esto permite incluir, en el más amplio sentido, a toda paciente que coexista con este diagnóstico, independientemente del estadio de la enfermedad o la etapa de tratamiento. Los cuidados del “sobreviviente” implican la atención y planificación para el acompañamiento de las diferentes esferas de la vida, desde el diagnóstico precoz de eventuales recaídas, el diagnóstico y/o preven-

ción de nuevos tumores primarios, la detección de toxicidades precoces o tardías, la planificación familiar y vincular, la rehabilitación y reinserción física y la coordinación de estos cuidados para una mejor transición de la etapa de tratamiento activa a la etapa de vigilancia y seguimiento. A partir de aquí surge la primera gran dificultad: la cantidad de aristas para considerar y el escaso tiempo de la consulta limitan muchas veces nuestra posibilidad de abordar integralmente el acompañamiento en todas sus dimensiones. Entonces, es por eso, que creo que aquí surge una gran oportunidad: la de formar redes de trabajo con otros profesionales que comprendan la complejidad del acompañamiento y la de poder nosotros en el consultorio, actuar como gestores de pequeñas intervenciones oportunas, dirigidas a identificar necesidades puntuales y optimizar problemas específicos que pueden traducirse en beneficios significativos.³

Si ponemos el foco en la situación local, la Argentina atraviesa un momento epidemiológico singular. Al considerar la incidencia mundial de cáncer de mama, nuestras tasas son similares a las de los países más desarrollados, pero por el contrario, si comparamos la mortalidad específica, nuestras tasas son equiparables a las de los países emergentes. Muchas causas podrían atribuirse a esta disparidad geográfica, entre ellos, la heterogeneidad a nivel nacional en acceso a atención sanitaria oportuna, la cobertura insuficiente de tamizaje, la demora diagnóstica y la inequidad en la distribución de recursos. Y este escenario es compartido con otros países de Latinoamérica. Afortunadamente, existen a nivel nacional múltiples programas destinados a mejorar la calidad de atención, el acceso y la navegación de pacientes. Sin embargo, en este proceso continuo que significa el cuidado de pacientes con cáncer, existen puntos nodales sobre los que podemos intervenir oportunamente desde el consultorio, para colaborar a acortar la brecha entre la sobrevida deseada y la observada en nuestras pacientes. Hay algunos factores que exceden el alcance de nuestro accionar médico, como la propia biología y heterogeneidad tumoral, las respuestas interpersonales a las terapias, y otras variables más tangibles como la demora diagnóstica o para el inicio de un determinado tratamiento. Sin embargo, existen variables sobre las que podemos generar un impacto positivo directo, que a su vez han demostrado mejorar las tasas de sobrevida de pacientes en el largo plazo.⁴⁻⁶

La primera de estas variables sobre las que podemos trabajar es en el desarrollo de estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento, especialmente en mujeres jóvenes, a quienes proponemos terapias cada vez más extendidas, pero que a su vez suelen ser más vulnerables a los efectos adversos de los tratamientos. En el acompañamien-

to de las pacientes, el ejercicio activo de explicar el beneficio de los tratamientos y el motivo de su indicación han demostrado mejorar las tasas de adherencia en todo el mundo. Esto puede muchas veces implicar el uso de herramientas de toma de decisión o modelos de cálculo de beneficio terapéutico visuales que permitan a las pacientes dimensionar el impacto de las distintas terapias, ayudándolas a activamente elegir un tratamiento con convencimiento y construyendo un plan terapéutico centrado en ellas. Múltiples fuentes han demostrado que si la paciente se percibe protagonista de su proceso terapéutico es mucho más probable que adhiera a un tratamiento en el largo plazo. Una consideración crucial para la mejora de la adherencia terapéutica también reside en la detección oportuna y el manejo interdisciplinario de las toxicidades. Más allá de los síntomas más frecuentes y tal vez más conocidos, existen muchos síntomas emocionales, cognitivos, astenia o incluso depresión que frecuentemente son sub-registrados en la consulta y que pueden tener gran impacto sobre el bienestar de nuestras pacientes. Existen múltiples herramientas validadas para la pesquisa de síntomas emocionales y escalas de bienestar que facilitan la detección y que pueden implementarse rutinariamente, permitiendo a su vez, una derivación oportuna al especialista si fuera necesario.⁷

El seguimiento también es una buena oportunidad para realizar intervenciones de estilo de vida que hayan demostrado asociarse con menor riesgo de recidiva en el largo plazo. La primera causa de muerte en adultos de ambos sexos hoy es la enfermedad cardiovascular. Y es cada vez más evidente que el cáncer de mama y la enfermedad cardiovascular comparten múltiples factores de riesgo. En la mujer específicamente, la obesidad, el sedentarismo, el tabaquismo, los hábitos alimentarios, el estilo de vida, el tabaquismo y la menopausia son compartidos por ambas enfermedades. Múltiples fuentes han descrito que el cáncer de mama parecería ser un predictor independiente de riesgo de muerte por evento cardiovascular. La mayor prevalencia de hipertensión y otros factores de riesgo coronarios después de la menopausia, sumado a la propia potencial toxicidad de algunos tratamientos sistémicos podrían ser coadyuvantes para este riesgo. Desde esta perspectiva, el énfasis sobre el control de factores de riesgo coronarios y la detección precoz de toxicidad cardiovascular se vuelven claves en el seguimiento. Muchas instituciones incluso han incorporado cardiólogos especializados en cardio-oncología a sus equipos de seguimiento, facilitando la detección precoz de toxicidad aguda y subaguda potencialmente asociadas con el tratamiento. Desde nuestro accionar, la consejería para una alimentación consciente y ordenada, el control del peso involucrando especialistas en nutrición,

el aliento a la incorporación de actividad física con su consiguiente bienestar emocional, la cesación tabáquica y la reducción de la ingesta de alcohol son intervenciones de bajo costo y alto valor que deberíamos incorporar a la consulta habitual de seguimiento clínico.^{8,9}

En el gran esquema de la planificación y el acompañamiento oncológico, creo que el capítulo de survivorship y de calidad de vida es uno que recién estamos empezando a transitar con paso firme en Latinoamérica. El gran desafío es poder avanzar en la planificación y desarrollo de redes de derivación y programas nacionales de cuidado de sobrevivientes, que permitan planificar estrategias de acompañamiento y navegación a nivel nacional destinados a atenuar el impacto que hoy genera la dificultad de acceso sanitario y la distribución subóptima de los recursos. Sin duda, es en el espacio íntimo del consultorio, donde cada uno de nosotros puede reflexionar sobre cuál es la o las pequeñas acciones que podría incorporar a nuestra caja de herramientas terapéuticas. Y así, sumando las intervenciones colectivas de nuestros colegas pueda redundar en una atención más integral, centrada en la persona y de mayor valor para todas nuestras pacientes. En la era de la medicina personalizada y las terapias target, ofrecer estrategias de acompañamiento y vigilancia “a medida” también es una forma de hacer medición de precisión... y creo que es en esa dirección **hacia dónde vamos**.

REFERENCIAS

1. International Agency for Research on Cancer (IARC) The Global Cancer Observatory; Organización Mundial de la Salud (OMS); Marzo 2019. ◀
2. Instituto Nacional del Cáncer; Incidencia y Estadísticas; Ministerio de Salud y Desarrollo Social. ◀
3. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Survivorship. V2.2024. ◀ ◀
4. Fitzmaurice, C. JAMA Oncol. 2017;3(4):524-548 ◀
5. IARC, Globocan 2020. Global Cancer Observatory. ◀
6. Reeder-Hayes K, Anderson B, Clin Cancer Res; 23(11) June 1, 2017. Breast Cancer Disparities at Home and Abroad: A Review of the Challenges and Opportunities for System-Level Change. ◀
7. Runowicz C, American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline; J Clin Oncol 2015; 34:611-635. ◀
8. Mehta et. al; Circulation. 2018;137:e30-e66. ◀
9. Patnaik et al. Breast Cancer Research 2011, 13:R64. ◀