

Acceso a la atención oncológica en adultos mayores: Una realidad preocupantemente ascendente

Access to cancer care in older adults: A worryingly rising reality

Juan Alberto Leguía-Cerna^{1,a}

En el mundo, hay dos realidades en la que se define el adulto mayor, en países desarrollados se considera en tal grupo etario a mayores de 65 años; mientras que, en países en vías de desarrollo, como el nuestro, la edad se considera a partir de 60 años⁽¹⁾.

Este es el punto, pues la mayoría de las especialidades médicas considera solo a la edad cronológica como un marcador fiable para definir intervenciones terapéuticas, y esto es mucho más especial en adultos mayores con alguna patología oncológica o crónica, donde el decidir lo más temprano una intervención terapéutica (quimioterapia, radioterapia, cirugía oncológica), es vital⁽²⁾.

Hemos de conocer y reconocer que existen muchos marcadores de edad:

- Cronológica: la más conocida y en parte práctica la más sencilla de definir.
- Biológica: donde tenemos el gran inconveniente de tener muchos marcadores biológicos y no tener un punto de corte, el ser muy caros y aplicados solo para investigación experimental y no ser de uso masivo, lo cual hace muy difícil su acceso.
- Funcional: la más confiable y en parte un gran reto para masificar su aplicación con test accesibles y prácticos en la parte clínica.
- Cultural: definida por el acceso, muchas veces difícil, del adulto mayor a ser una persona aportante y útil a la sociedad donde sea capaz de relacionarse socialmente con personas de su edad.

En el Perú, la esperanza de vida entre el 2015-2020 fue de 75,3 años, y la proyección para el periodo del 2045-2050 será de 82,1 años, para después aumentar a 88,1 años para el periodo 2095-2100. Según el "XII Censo de Población y VII de Vivienda" del año 2017, hay 3 497 576 adultos mayores de 60 años (mujeres 52,6 % y varones con 47,4 %), configurando 11,9 % de toda la población. En 1950 la población adulta mayor únicamente representaba 5,7 % de la población peruana⁽³⁾.

En este contexto se debe analizar la frecuencia de la patología oncológica. Lamentablemente solo tenemos datos mixtos de población adultos mayores de 50 años donde una investigación local halló que el cáncer de estómago se presentó en el 20,9 % de los varones y 18,6 % de las féminas, el cáncer de pulmón se presentó en el 12,7 % de los varones y 10,4 % de las mujeres, siendo estos los que representaron la mayor tasa de mortalidad por neoplasias en este grupo de edad. Agregado a ello, el cáncer de próstata y el cáncer de cérvix representaron el 21,0 % y el 10,1 % de la mortalidad por cáncer en hombres y mujeres, respectivamente⁽⁴⁾.

En nuestra realidad, en Lambayeque nuestro último reporte refiere 78 708 mujeres y 71 562 varones de toda la población regional; bajo este contexto, no existen publicadas, las tasas reales de frecuencia ni de mortalidad por cáncer en adultos mayores. Pero en un estudio extrapolado demuestra el segundo escenario de mortalidad con Piura, Lambayeque, La Libertad y Cajamarca, tanto en mortalidad por neoplasia en varones y en mujeres⁽⁵⁻⁹⁾.

¹ Facultad de Medicina Humana, Universidad San Martín de Porres, Chiclayo, Perú.

^a Médico especialista en Geriatria, Medicina Paliativa y Terapia del Dolor del Hospital Regional Lambayeque.

ORCID:

Juan Alberto-Leguía Cerna: <https://orcid.org/0000-0002-9014-5603>

Recibido: 01/12/22 Aceptado: 16/12/22

Correspondencia: Juan Alberto-Leguía Cerna

Correo: jualece_tico@hotmail.com

Ser adulto mayor, solo tomando en cuenta la edad cronológica significa muchas veces “no podemos brindarle tratamiento, y lo mejor sería brindarle calidad de vida”, sin considerar la edad funcional en asociación con otros factores ya estudiados, como albúmina, hemoglobina, linfocitos o algunas pruebas funcionales sencillas y de aplicación práctica (SPPB, Fuerza de Preensión, Velocidad de Marcha, etc). Algo que debe ser de uso masivo en la consulta geriátrica oncológica⁽¹⁰⁾.do ante los desastres con todo el costo social que significa.

La valoración geriátrica integral, es nuestra piedra angular e instrumento más importante en la valoración del adulto mayor, tiene algunas variaciones específicas dependiendo la aplicación de la especialidad en evaluación, siendo la que nos atañe en esta revisión la valoración geriátrica oncológica (VGO) donde se tienen algunas variaciones pero todas llegan a la aplicación diagnóstica final: Adulto mayor oncológico no frágil, adulto mayor oncológico frágil, adulto mayor oncológico frágil avanzado; y con la oportunidad de tratamiento individualizado en cada grupo diagnosticado mediante tratamiento con intención curativa, tratamiento con intención paliativa a medianas dosis y tratamiento con intención estrictamente paliativa. De esta manera, se da la oportunidad a adultos mayores de más edad y con mejor funcionalidad ser aptos a recibir un tratamiento oportuno y con toda la intención que su funcionalidad nos pueda permitir, siendo expectantes ante riesgos de toxicidad en cualquier tipo, y esperando unas tasas de respuesta para poder evaluar estas y otras nuevas estrategias de tamizaje para poder aportar un número considerable de personas que son aptas a recibir estos tratamientos⁽¹¹⁻¹⁵⁾.

Conflicto de Intereses: Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Financiamiento: autofinanciado

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables. ESA/P/WP/248, p. 40. Disponible en: <https://bit.ly/2WeU77g>
2. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (Celade)–División de Población de la Cepal. “Los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Datos e indicadores”. Boletín Estadístico. (2002). Santiago de Chile, p. 52.
3. Los boletines pueden ser ubicados en el siguiente enlace: <https://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/1/>
4. Zafra-Tanaka JH, Tenorio-Mucha J, Villarreal-Zegarra D, Carrillo-Larco R, Bernabe-Ortiz A. Cancer-related mortality in Peru: Trends from 2003 to 2016. PLoS One. 2020 Feb 6;15(2):e0228867. doi: 10.1371/journal.pone.0228867.
5. Ojeda DRV, Palacios YDA. Trend in gastric cancer mortality rate in Peru: Segmented regression model 1995 – 2013. Vol. 21, Revista de la Facultad de Medicina Humana. 2021. p. 28–39. Doi:10.25176/rfmh.v21i1.3592
6. Ramos W, De La Cruz-Vargas JA. Presentación del documento técnico “Análisis de la situación del cáncer en el Perú, 2018”. Perú, 2018. Vol. 20, Revista de la Facultad de Medicina Humana. 2020. p. 10–1. Doi: 10.25176/rfmh.v20i1.2704
7. Pereira L, Zamudio R, Soares-Souza G, Herrera P, Cabrera L, Hooper CC, et al. Socioeconomic and Nutritional Factors Account for the Association of Gastric Cancer with Amerindian Ancestry in a Latin American Admixed Population [Internet]. Vol. 7, PLoS ONE. 2012. p. e41200. Doi: 10.1371/journal.pone.0041200
8. Ruiz R, Nino MG, Cruz ZM, Valencia F, Pacheco C, Llerena KMA, et al. Epidemiology and survival of lung cancer in a Latin American cohort. Journal of Clinical Oncology 2019 37:15. p. e13101–e13101. doi: 10.1200/jco.2019.37.15_suppl.e13101
9. Torres-Roman JS, Ruiz EF, Martínez-Herrera JF, Braga SFM, Taxa L, Saldaña-Gallo J, et al. Prostate cancer mortality rates in Peru and its geographical regions. BJU International. 2019; p. 595–601. Doi: 10.1111/bju.14578
10. Takahashi M, Takahashi M, Komine K, Yamada H, Kasahara Y, Chikamatsu S, et al. The G8 screening tool enhances prognostic value to ECOG performance status in elderly cancer patients: A retrospective, single institutional study. PLoS One. 2017 Jun 22;12(6):e0179694. doi: 10.1371/journal.pone.0179694.
11. Kumar A, Langstraat CL, DeJong SR, Mc Gree ME, Bakkum-Gamez JM, Weaver A, et al. Functional not chronologic age: Frailty index predicts outcomes in advanced ovarian cancer. Gynecol Oncol. 2017 Oct;147(1):104–109. doi: 10.1016/j.ygyno.2017.07.126.
12. Bellera CA, Artaud F, Rainfray M, Soubeyran PL, Mathoulin-Pélissier S. Modeling individual and relative accuracy of screening tools in geriatric oncology. Ann Oncol. 2017 May 1;28(5):1152–1157. doi: 10.1093/annonc/mdx068.
13. Molina-Garrido MJ Guillén-Ponce C, Blanco R, Saldaña J, Feilú J, Antonio J, et al. Delphi consensus of an expert committee in oncogeriatrics regarding comprehensive geriatric assessment in senior with cancer in Spain. J Geriatr Oncol 2018 Jul;9(4):337-345. doi: 10.1016/j.jgo.2017.11.012
14. Richter L, Revollo A, Silveyra N, Lladó N, Kmaid A, Ubillos L. Evaluación geriátrica guiada por G8 en la decisión del tratamiento de adultos mayores con cáncer. Un estudio piloto. Anfamed. 2020; 7(2): e201. Doi: 10.25184/anfamed2020v7n2a1
15. Rodríguez Couse Myriam. Intervenciones geriátricas en el mayor con cáncer basadas en la valoración geriátrica integral. Áreas de optimización: lo que el geriatra puede aportar al equipo multidisciplinar. Nutr. Hosp. 2020; 37(spe1): 38-47. doi: doi.org/10.20960/nh.02988.