

CÁNCER EN EL ADULTO MAYOR

"Nadie es tan joven que no pueda morir mañana, ni tan viejo, que no pueda vivir un día más".
Fernando de Rojas, Autor Español.

Dr. Cristhiam Mauricio Rojas Hernández - Hemato-oncólogo - MD Anderson Cancer Center - Houston-Texas
Dr. Carlos Alfonso Chavarro - Medicina Familiar - Cuidados Paliativos

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un fenómeno fisiológico; la comprensión de sus mecanismos se ha convertido en un tema de actualidad con el aumento de la duración de la vida de la población. El concepto de envejecimiento llamado «normal» ha sido reemplazado por el de envejecimiento sin enfermedad o envejecimiento óptimo. La investigación médica actual se basa en la comprensión de los elementos que permiten envejecer con un mínimo de discapacidades. Las teorías del envejecimiento son múltiples y el mecanismo es multifactorial.

El envejecimiento es el conjunto de transformaciones y cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida: es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Los cambios son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales (Petretto et al., 2016).

En la actualidad estamos viviendo una transición demográfica, esto quiere decir que cada vez el número de personas que conforman el grupo de los adultos mayores, crece más rápido que el grupo de población conformado por jóvenes. La cifra de personas mayores de 60 años entre el año 2000 y el 2025 se duplicará, llegando según proyecciones a casi 2 mil millones para el año 2050 a nivel mundial (United Nations, 2002).

El acelerado envejecimiento de la población y las particularidades de este proceso, hacen que cada vez sea más importante conocer conceptos fundamentales sobre la salud del adulto mayor.

El fenómeno de la transición demográfica trae consigo la transición epidemiológica, es decir, que cada vez serán más frecuentes los problemas de salud y las enfermedades que afectan preferentemente a los adultos.

Los problemas de salud y enfermedades que afectan a los adultos mayores de 60 años tienen ciertas características distintas a las que afectan a los más jóvenes, por ejemplo: la cronicidad, asociada al estilo de vida, a tener alta probabilidad de generar dependencia y requerir un abordaje multidisciplinario (Ocampo and Londoño, 2007).

Hacen parte de este grupo de problemas de salud, la artrosis, la demencia, la incontinencia, entre otros. El cáncer no es la excepción, si bien este puede afectar a personas de cualquier edad, la incidencia (nuevos casos) de esta enfermedad aumenta muchísimo con la edad, muy probablemente porque se van acumulando factores de riesgo de determinados tipos de cáncer. La acumulación general de factores de riesgo se combina con la tendencia que tienen los mecanismos de reparación celular a perder eficacia con la edad.



Por este motivo, cada vez toma más relevancia hablar de cáncer en personas que pertenecen al grupo de adultos mayores.

La mayoría de las personas no familiarizadas con el tema, expresan que no se debe ofrecer tratamientos para el cáncer en adultos mayores. La toxicidad de estos tratamientos y consideraciones infortunadas como “ya vivió lo que tenía que vivir”, hacen que personas de este grupo poblacional se priven de los tratamientos.

Esta Carta de la Salud expone la importancia de los tratamientos para el cáncer en adultos mayores, guiar sobre cuándo podrían no ser beneficiosos y dar pautas para un manejo paliativo (manejo no curativo, sino para control de síntomas).

CURAR O PALIAR

Es importante señalar que la intención de tratar el cáncer puede ser curativa (curar el cáncer) o paliativa (disminuir los síntomas que ocasiona la enfermedad, a la vez que se intenta aumentar la sobrevida, es decir, dar calidad y cantidad de vida).

FORMAS DE TRATAMIENTO

De acuerdo con las formas de tratamiento, la quimioterapia citotóxica (“que mata a las células del cáncer”) no es la única estrategia con la que se cuenta. Avances recientes permiten ofrecer además: terapia biológica, terapia dirigida (por su término en inglés: targeted, identificando blancos para atacar en las células cancerígenas, inhibiendo sus procesos de mutación o crecimiento), inmunoterapia, radioterapia, cirugía, procedimientos endoscópicos y radiología intervencionista.

Actualmente es posible ofrecer a los pacientes combinaciones de esas estrategias, aumentando la eficacia de las intervenciones y disminuyendo notablemente los efectos adversos. Algunas de estas novedosas estrategias de tratamiento han sido estudiadas en adultos mayores con buena eficacia y pocos efectos tóxicos, brindando entonces estas alternativas a los pacientes, en quienes la quimioterapia convencional podría resultar muy tóxica (Kunkler et al., 2014, Kalsi et al., 2015).

Basadas en diferentes estudios clínicos y opiniones de paneles de expertos internacionales, existen ahora guías para el tratamiento del cáncer en el paciente adulto mayor, que tienen en consideración las mejores terapias disponibles. Estas terapias están soportadas por una adecuada evaluación especializada de la persona, de acuerdo con su nivel de actividad (o así llamado estado funcional), la expectativa de vida y el impacto esperado de la terapia de cáncer (VanderWalde et al., 2016).

Las fronteras del tratamiento en cáncer siguen cambiando rápidamente y nuevos tratamientos se ofrecen ahora a personas que han visto progresar su enfermedad, a pesar de los tratamientos convencionales. En esos escenarios se ofrecen participación en estudios clínicos, que dan la oportunidad a las personas para acceder a prometedores tratamientos en desarrollo. Los tratamientos que se ofrecen en estos estudios, generalmente están disponibles en países desarrollados, con colaboraciones internacionales, logrando tener alcance también en algunos países en desarrollo. La edad no tiene un límite absoluto para la participación en esos estudios. La experiencia en grandes centros de cáncer, ha manifestado que bajo un cuidadoso monitoreo, los estudios clínicos también pueden ofrecer una opción de tratamiento para el adulto mayor con cáncer (Subbiah et al., 2017).

Finalmente, el tratamiento del cáncer no solo implica los medicamentos especializados para tratar el tumor, sino también todos los aspectos del cuidado de la persona que sufre la experiencia del cáncer. El tratamiento de aquellos aspectos es el interés del cuidado paliativo, que incluye la atención de la esfera emocional además de los síntomas producidos por el tumor y sus tratamientos (por ejemplo: náusea, pérdida del apetito, fatiga, dolor, entre otros) (Armes et al., 2009). El cuidado paliativo es tan importante como la terapia contra el tumor y hace parte crítica del plan de tratamiento para el cáncer en todos los grupos de edad (Bakitas et al., 2009).



EL CÁNCER SON MUCHAS ENFERMEDADES

El cáncer es la manifestación local de una enfermedad sistémica. Razón por la cual los tratamientos loco-regionales (en vecindad del tumor) no son usualmente curativos, salvo en etapas tempranas y el manejo sistémico (quimioterapia) es parte fundamental del tratamiento.

El comportamiento biológico del cáncer es variable dependiendo de sus tipos, es decir, no todos los “cáncer de mama o de próstata” son iguales. Además hay variabilidad biológica entre las personas, es decir, que todos los seres humanos somos distintos y respondemos de forma diferente a los tratamientos, inclusive teniendo la misma enfermedad. Por esto cada caso se debe revisar individualmente, los tratamientos que funcionan para algunos pueden incluso ser letales para otros.

EL CÁNCER COMO ENFERMEDAD CRÓNICA

La historia natural y el pronóstico del cáncer han cambiado de forma importante en los años más recientes. Las estadísticas de países desarrollados como los Estados Unidos de América, han mostrado que en la última década el número de nuevos casos de cáncer por año ha sido estable con una ligera tendencia a disminuir. Por otro lado, los tratamientos actuales para el cáncer han generado disminución en la mortalidad por esa enfermedad; lo cual, combinado con el envejecimiento de la población mundial, ha resultado en un mayor número de pacientes que sufren cáncer durante la edad adulta mayor (Siegel et al., 2016).

Esquemas de tratamiento cada vez más eficaces y específicos han hecho de algunos tipos de cáncer, de mama por ejemplo, una enfermedad crónica. Esto significa que la persona puede sobrevivir con la enfermedad por hasta 20 años y más, con síntomas aceptablemente controlados. Algunas personas son diagnosticadas de cáncer a edad adulta sin ser aún ancianos y se hacen viejas con el cáncer, otras, y este es el centro de este análisis, son diagnosticadas siendo adultos de 60, 65 o más años.

INDIVIDUALIZAR

Localización y estadio: dependiendo de la localización y el estadio, el cáncer tiene pronósticos distintos (supervivencia media de 5 años). Es así como el cáncer de mama en estadio 0 tiene una sobrevida del 100% y el estadio IV de 22%. En cambio el cáncer de páncreas en estadio IA tiene una sobrevida de 14% y el estadio IV de 1%.

Comorbilidades: esto hace referencia a la presencia concomitante de otras enfermedades. Mientras mayor sea el número y gravedad de otras enfermedades que tiene una persona (enfermedad renal, enfisema, diabetes, etc.),

mayor será la probabilidad de no curar y de presentar efectos adversos a los tratamientos.

Valoración del estado funcional: los pacientes que no muestran signos clínicos de la enfermedad, que deambulan, y con adecuada condición nutricional (esto se mide con escalas especiales llamadas ECOG y con resultados de laboratorio como la albúmina), tienen mayor tolerancia a los tratamientos, respondiendo mejor a estos. Para nadie es un secreto que no todos envejecemos de la misma manera. Hay personas de 80 años completamente funcionales, que no necesitan un cuidador, que hacen sus compras en el mercado, que llevan una vida social activa. Y hay otras de 65 años que están postradas en una cama o una silla la mitad del día, que necesitan ayuda en todas sus actividades cotidianas como el aseo, el vestido, la alimentación y los desplazamientos.

Es claro que la persona más funcional, en este ejemplo la de 80 años, estará en capacidad de tolerar mejor ciertos tratamientos que la de 65 años. Esta valoración se denomina valoración geriátrica integral y debe realizarla un médico calificado a pacientes en edad geriátrica, en los que se considera ofrecer algún tratamiento.

EJEMPLOS PARA PENSAR

Ejemplo 1, un hombre mayor de 60 años con cáncer de próstata:

Pensemos en un paciente con cáncer de próstata y 64 años, con pocas comorbilidades y con un cáncer temprano. Él tiene una sobrevida mayor al 80%. A su edad se estima que de morir, el 5.1% de los casos sería por el cáncer y 6.4% por otra enfermedad. No hay duda de que a este paciente debe recibir tratamiento, pues al tratar el cáncer con esquemas muy bien tolerados en la actualidad, vivirá más y mejor.

Ejemplo 2, dos mujeres con cáncer de mama:

Pensemos ahora en una paciente de 80 años con cáncer de mama avanzado. Si comparamos (A) aquella que no tiene comorbilidades (enfermedades) con (B) aquella que tiene severas comorbilidades, encontramos:

A tiene sobrevida de 13.7%, B tiene sobrevida del 6.3%. Las probabilidades de mortalidad a raíz del cáncer en el caso de A, son del 77.5% y el 8.7 % por otra enfermedad; en B, el 72% lo hará por cáncer y el 21% por otra enfermedad. Esto quiere decir que tratar el cáncer no modifica ostensiblemente la sobrevida en la persona B y sería fútil (inútil y dañino) tratarla.

El caso de A es más difícil de analizar. Si no recibe tratamiento posiblemente el cáncer la llevará a la muerte. La persona debería conocer su enfermedad, su

pronóstico y los eventos adversos de su tratamiento para ser guiada por su médico oncólogo y decidir entre tratarse o no. Diversos estudios han demostrado que los pacientes con cáncer (incluido los estadios avanzados no curables) prefieren conocer esta información relacionada con pronóstico y el acceso a cuidado paliativo antes de embarcarse en los esquemas de tratamiento para cáncer. Interesantemente, estos pacientes tienden a vivir más tiempo, con mejor calidad de vida y usualmente deciden hacer transición a cuidado paliativo en el momento más apropiado (Temel et al., 2010).

Estos ejemplos muestran que no es simplemente un solo factor (como la edad), el que determina la mejor forma de tratamiento para cada caso particular; por otro lado si lo es, la adecuada comunicación con los médicos tratantes.

CONSIDERACIONES FINALES

El principio fundamental de la ética médica es la autonomía, es decir, que la persona pueda decidir libremente si desea recibir o no tratamiento médico. Es imposible para una persona tomar decisiones, si no se le permite conocer sobre su enfermedad y su pronóstico. Es por esto que salvo escasas excepciones, la persona que está enferma debe saber su diagnóstico (si tiene o no cáncer) y su pronóstico (qué tan grave es o cuál es su posibilidad de ser curada).

Adicionalmente, estudios sobre el tema han demostrado que este conocimiento no aumenta los casos de depresión y angustia, como la mayoría de personas piensan, de lo contrario, esto refuerza los vínculos de confianza entre el enfermo, su familia y le podrían hacer emocionalmente más llevaderas esta situación.

CUIDADOS PALIATIVOS

"Curar algunas veces, aliviar frecuentemente, confortar siempre". (E. Trudeau).

Independientemente del pronóstico, y la decisión de dar tratamiento curativo o no, siempre se podrá ofrecer paliación. En la actualidad es inaceptable que una persona padezca dolor y otras formas de sufrimiento. La cirugía, la radioterapia, medicamentos para el dolor o las náuseas, incluso la quimioterapia, entre otras intervenciones, son válidas y necesarias para contener los síntomas.

Que a una persona no se le pueda curar, no significa que no se le pueda cuidar. El cuidado paliativo reafirma la vida, se centra en la persona enferma, en su familia y no en la enfermedad. Se pueden ofrecer tratamientos que no son excluyentes a los curativos, este acompañamiento temprano permite ayudar a las familias, para acoger estrategias, que permiten mejorar la comunicación con el enfermo sobre su diagnóstico y pronóstico (Baile et al., 2000), mientras permite una adecuada contención de síntomas físicos y emocionales.



Comité Editorial

- Dra. Marcela Granados
- Dra. Zamira Montoya
- ND. Martha Ligia López de Mesa
- Diseñadora, María Isabel Sánchez
- Dra. Diana Prieto
- Dr. César Augusto Arango
- Enfermera Ma. Elena Mosquera
- Comunicadora, Vanessa Anturi
- Dr. Jorge Madriñán
- Dr. Luis Alberto Escobar
- Enfermera Julia Alba Leal
- Abogado, Camilo Andrés García

Los conceptos y opiniones contenidos en los artículos de la Carta de la Salud, corresponden únicamente al de los autores y editorialistas. Esta publicación pretende mejorar su información en temas de la salud en general. Las inquietudes que se relacionen con su salud personal, deben ser consultadas y resueltas con su médico.

Dirección: Cr. 98 # 18-49 - Tel: 331 9090 - Santiago de Cali
E-mail: cartadelasalud@fvll.org.co • Citas: centraldecitas@fvll.org.co
Versión digital disponible en www.valledellili.org/cartadelasalud

Diagramación: Paola Valencia Muñoz

Síguenos en:  [fvllcali](#)  [fvlltv](#)  [@FVLLcali](#)

Esta publicación de 40.000 ejemplares, es cortesía de:



El País

**FUNDACIÓN
VALLE DEL LILI**
Excelencia en Salud al servicio de la comunidad