



Revista Argentina de Cancerología

Órgano de la Sociedad Argentina de Cancerología, Asociación Civil

2016

Editorial. Editorial. Otra batalla ganada contra la causa evitable más frecuente del cáncer: el tabaquismo
Mario Bruno

Evaluación de la accesibilidad al tratamiento de los tumores cerebrales en la Argentina. Resultados preliminares
Alejandra Rabadán, Diego Hernández, Néstor Vázquez, Rafael Torino, Marcelo Blanco Villalba.

1er. Simposio Internacional de ecancer/SAC-FESCAS en cáncer de próstata. Informe de la Conferencia
Marcelo Blanco Villalba, Marina Bramajo, Mario Bruno.

Mesas de expertos

Nuevas fronteras en inmunología y cáncer

Coordinador: Diego Croci. Secretario: Diego Enrico.
Panelistas expertos: Daniel Lewi, Ada Bildnerm, Mariana Salatino, Daniel Cutuli.

Manejo terapéutico del cáncer de riñón

Coordinador: Celia Brosio. Secretario: Darío Niewiadomski.
Panelistas expertos: Soledad Aguirre, Víctor Pardo, Liliana Chiachiarelli, Esteban Casabé, Claudio Koren, Héctor Vicente, Yanina Pfluger.

Biomarcadores de mama

Coordinador: Boris Elsner. Secretario: Analia Filippini.
Panelistas expertos: Cecilia Nally, Mónica Rondinon, Antonio Arra, Mónica Carassai.

Oncogeriatría

Coordinador: Adrián Hannois. Secretario: Rubén D. Rampa.
Panelistas expertos: María Teresa Carvajal, Noemí Garro, Martina Cayo, Miguel Samec, Sebastian Salinas, Mario González Muñoz.

Nutrición y cáncer

Coordinadora: María Teresa Gorrini. Secretaria: Silvina Tasat.
Panelistas expertos: Daniel H. Cutuli, Norma Barroso, Matilde Israel, Gabriela Klirczic, Fabiana Coego, Alicia N. Corrado.

El estrés laboral de los profesionales de la salud. Síndrome de Burnout y fatiga compasiva, ¿dos cuadros diferentes?

Coordinadora: Dra. María del Carmen Vidal y Benito. Secretaria: Luisina Onganía.
Panelistas expertos: Marcela Ferro, Janeth Lara Alcantara, Ernesto Gil Deza, Diego Juarez, Luciana Fernández.

Fortaleciendo el liderazgo y la unión en enfermería oncológica. Nuevos desafíos
Constanza Celano, Fernanda Roca



**¿Que sucedería
si pudieras utilizar
las propias Células T
del cuerpo
para combatir
el Cáncer de Pulmón?**

OPDIVO
nivolumab

AHORA APROBADO

EN LA **ARGENTINA**

**La Inmuno-Oncología
lo hace posible.**



Bristol-Myers Squibb



Inmuno-Oncología

OPDIVO® es una Especialidad Medicinal registrada por Bristol-Myers Squibb Argentina S.R.L.
Certificado ANMAT N° 57870. Disposición: 1935/16. Fecha de aprobación: 29 de Febrero de 2016.
En caso de requerir la versión completa aprobada solicitarla al 0800-666-1179.
Av. Libertador 77/101, piso 6°, (B1638BDA) - Vicente López,
Provincia de Buenos Aires, República Argentina. www.b-ms.com.ar.
Tel.: 0800 666 1179. Correo electrónico: infomedicalatam@bms.com. www.b-ms.com.ar

1506AR16PR04385-01



Desarrollamos y manufacturamos medicamentos con los más altos estándares de calidad del mercado y al alcance de toda la comunidad.

AR-IMAPEMABIO10306



SBRT

Radioterapia Estereotáxica Extracraneal



VIDT CENTRO MEDICO

Excelencia en Terapia Radiante

Contamos con la mejor tecnología del mundo que combina desarrollo e investigación en aceleradores de partículas subatómicas con softwares y robótica de última generación, brindando ventajas diferenciales para radioterapia guiada por imágenes.

- Dosis muy altas de radiación.
- Sesiones de tratamiento más cortas.
- Técnica menos invasiva.
- Ideal para aquellas lesiones cuyo campo a irradiar posee un diámetro de hasta 50 mm.
- Posibilidad de tratar nuevos tumores (pulmonares, espinales, hepáticos y renales no resecables) y enfermedades oligometastásicas.



Revista Argentina de Cancerología

Órgano de la Sociedad Argentina de Cancerología, Asociación Civil

Volumen XLIV - N.º 3 - 2016

- Editada desde 1962
- 1993: Mención otorgada por la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la U.B.A.
- Sociedad Argentina de Cancerología | Miembro de la Federación de Sociedades de Cancerología del Mercosur
- 1º Filial de la SAC USHUAIA

Comisión Directiva 2016-2017

Presidente

Dr. Marcelo Blanco Villalba

Vicepresidente

Dr. Mario Félix Bruno

Secretario General

Dr. Guillermo Streich

Secretario de Actas

Dr. Daniel Rampa

Tesorero

Dr. Jorge Ramón Puyol

Director de Publicaciones

Dr. Marina Bramajo

Vocales Titulares

1ª Dra. Mónica Liliana López

2ª Dra. Clelia Vico

3ª Dra. Luisa Rafailovici

4ª Dr. Isaac Fleischer

Órgano de Fiscalización

Dra. Rosa Woscoboinik de Levin

Dra. Liliana González

Capítulo de Psicooncología y Cuidados Paliativos

Lic. Luisiana Onganía

Dra. Marina Bramajo

Capítulo de Neurooncología

Dra. Alejandra Rabadán

Capítulo de Oncopediatría

Dra. Guadalupe Rey

Capítulo de Prevención

Dra. Rosa Woscoboinik de Levin

Dr. Daniel Rampa

Capítulo del Interior

Dra. Mónica Repetto

Capítulo de Gestión Institucional

Dr. Juan Pablo Re

Capítulo de Estomatología

Dra. Nelly Frascino

Capítulo de

Enfermería Oncológica

Lic. Constanza Celano

Lic. Fernanda Roca

Past-Presidents

Dr. Norberto Brocato (1996-1997)

Dr. Antonio Guardo (1998-1999)

Dra. Silvia L. Jovtis † (2000-2001)

Dra. Stella Maris Espora (2002-2003)

Dra. Clelia Vico (2004-2005)

Dra. Silvia Jovtis † (2006-2007)

Dra. Clelia Vico (2008-2009)

Dr. Marcelo Blanco Villalba (2010-2011)

Dra. Mónica Liliana López (2012-2013)

Dr. Marcelo Blanco Villalba (2014-2015)



Sociedad Argentina de Cancerología

Asociación Civil

Comisión Directiva 2016 – 2017

Presidente: Dr. Marcelo Blanco Villalba

Vicepresidente: Dr. Mario Félix Bruno

Secretario General: Dr. Guillermo Streich

Secretario de Actas: Dr. Daniel Rampa

Tesorero: Dr. Jorge Ramón Puyol

Director de Publicaciones: Dra. Marina Bramajo

Vocales Titulares:

1ª Dra. Mónica Liliana López

2ª Dra. Clelia Vico

3ª Dra. Luisa Rafailovici

4ª Dr. Isaac Fleischer

Órgano de Fiscalización: Dra. Rosa Woscoboinik de Levin / Dra. Liliana González

Capítulos:

Oncopediatría: Dra. Guadalupe Rey

Neurooncología: Dra. Alejandra Rabadán

Psicooncología y Cuidados Paliativos: Lic. Luisiana Onganía, Dra. Marina Bramajo

Prevención: Dra. Rosa Woscoboinik de Levin / Dr. Daniel Rampa

Del Interior: Dra. Mónica Repetto

Gestión Institucional: Dr. Juan Pablo Re

Estomatología: Dra. Nelly Frascino

Enfermería Oncológica: Lic. Constanza Celano, Lic. Fernanda Roca

Dr. Guillermo Streich
Secretario General 2014 - 2017

Dr. Marcelo Blanco Villalba
Presidente 2014 - 2017



ASOCIACIÓN MEDICA ARGENTINA



Herceptin® SC

Menos tiempo de aplicación, más tiempo para disfrutar



- **Mismo producto**
- **Nueva formulación**
- **Menos tiempo de aplicación**

■ Si ocurre un embarazo mientras una paciente se encuentra recibiendo Herceptin® o dentro de los 7 meses luego de la última dosis de Herceptin®, por favor reporte el embarazo inmediatamente a la línea de farmacovigilancia de Roche 0800-77 ROCHE (76243) o por mail a argentina.safety@roche.com.

■ Se solicitará información adicional durante un embarazo expuesto a Herceptin® y durante el primer año de vida del bebé. Esto le permitirá a Roche comprender mejor la seguridad de Herceptin® y brindar información apropiada a autoridades regulatorias, profesionales de la salud, y pacientes.

■ **Advertencias para mujeres embarazadas y potencialmente embarazadas** • Debe evitarse la terapia con Herceptin® durante el embarazo salvo que el beneficio potencial para la madre sea mayor que el riesgo potencial para el feto. Hay información limitada referida al uso de Herceptin® en mujeres embarazadas, y no se ha establecido que el uso de Herceptin® durante el embarazo y la lactancia sea seguro. • No hay datos disponibles de fertilidad. • En la etapa de post-comercialización, se han reportado casos de alteración en el crecimiento o la funcionalidad renal fetal asociados con oligohidramnios, algunos asociados con hipoplasia pulmonar fatal del feto, en mujeres embarazadas recibiendo Herceptin®. • Se debe verificar si la paciente se encuentra embarazada antes de iniciar el tratamiento con Herceptin®. Las mujeres en edad fértil deben utilizar un método anticonceptivo eficaz durante el tratamiento con Herceptin® y durante los 7 meses posteriores a la última dosis de Herceptin®. • Se debe monitorear estrechamente a las pacientes que quedan embarazadas durante la terapia con Herceptin®, o dentro de los 7 meses luego de la última dosis de Herceptin®, para detectar oligohidramnios. • Se desconoce si Herceptin® se excreta en la leche humana. Como la IgG1 humana se excreta en la leche humana, y se desconoce el potencial daño para el bebé, las mujeres no deben amamantar durante la terapia con Herceptin® y hasta 7 meses luego de la última dosis.



Herceptin® SC
trastuzumab
subcutáneo

Editorial. Otra batalla ganada contra la causa evitable más frecuente del cáncer: el tabaquismo	9
Mario Bruno.	
Evaluación de la accesibilidad al tratamiento de los tumores cerebrales en la Argentina. Resultados preliminares	11
Alejandra Rabadán, Diego Hernández, Néstor Vázquez, Rafael Torino, Marcelo Blanco Villalba y colaboradores.	
1er. Simposio Internacional de ecancer/SAC en cáncer de próstata. Informe de la Conferencia	18
Marcelo Blanco Villalba, Marina Bramajo, Mario Bruno.	

Mesas de expertos

Nuevas fronteras en inmunología y cáncer

Coordinador: Diego Croci. Secretario: Diego Enrico.

Panelistas expertos: Daniel Lewi, Ada Bildner, Mariana Salatino, Daniel Cutuli.

21

Manejo terapéutico del cáncer de riñón

Coordinador: Celia Brosio. Secretario: Darío Niewiadomski.

Panelistas expertos: Soledad Aguirre, Víctor Pardo, Liliana Chiachiarelli, Esteban Casabé, Claudio Koren, Héctor Vicente, Yanina Pfluger.

23

Biomarcadores de mama

Coordinador: Boris Elsner. Secretario: Analía Filippini.

Panelistas expertos: Cecilia Nally, Mónica Rondinon, Antonio Arra, Mónica Carassai.

25

Oncogeriatría

Coordinador: Adrián Hannois. Secretario: Rubén D. Rampa.

Panelistas expertos: María Teresa Carvajal, Noemí Garro, Martina Cayo, Miguel Samec, Sebastian Salinas, Mario González Muñoz.

26

Nutrición y cáncer

Coordinadora: María Teresa Gorrini. Secretaria: Silvina Tasat.

Panelistas expertos: Daniel H. Cutuli, Norma Barroso, Matilde Israel, Gabriela Klirczic, Fabiana Coego, Alicia N. Corrado.

27

El estrés laboral de los profesionales de la salud. Síndrome de Burnout y fatiga compasiva, ¿dos cuadros diferentes?

Coordinadora: Dra. María del Carmen Vidal y Benito. Secretaria: Luisina Onganía.

Panelistas expertos: Marcela Ferro, Janeth Lara Alcantara, Ernesto Gil Deza, Diego Juarez, Luciana Fernández.

28

Fortaleciendo el liderazgo y la unión en enfermería oncológica. Nuevos desafíos

Constanza Celano, Fernanda Roca

29

La Revista Argentina de Cancerología es una publicación de la Sociedad Argentina de Cancerología, Asociación Civil.

Producción editorial, comercial y gráfica



Content Medicine © 2016

tel./fax (5411) 3220-3380

e-mail: info@contentmedicine.com

http://contentmedicine.com/

Diagramación y diseño editorial: Andrés Bermejo Fernández

Esta publicación no puede ser reproducida o transmitida, total o parcialmente, sin el permiso del editor y de los autores.

El contenido de los conceptos vertidos en los trabajos publicados en la presente edición es de exclusiva responsabilidad de los autores.

Hecho el depósito legal en la República Argentina. Registro Nacional de la Propiedad Intelectual 08856. ISSN 0325 -142X

www.socargcancer.org.ar

Otra batalla ganada contra la causa evitable más frecuente del cáncer: el tabaquismo

Mario F. Bruno

El 8 de julio de este año, un fallo judicial del Centro Internacional de Arreglo de Diferencias Relativas a Inversiones (CIADI) dio por finalizado el juicio de Philip Morris, comenzado en 2010 por un monto de 25 millones de dólares, contra la República Oriental del Uruguay alegando que las medidas antitabáquicas actuaban en contra del Tratado Bilateral de Inversiones entre Suiza y Uruguay y que infringían a la tabacalera daños y perjuicios derivados de una supuesta expropiación y denegación de justicia por efecto de las regulaciones sanitarias impulsadas por Uruguay.

En 2003 y hasta 2004, la OMS propuso la firma del Convenio Marco Contra el Tabaquismo. Fue signado por 168 países, incluida la Comunidad Europea, lo que lo convierte en el tratado más ampliamente aceptado en la historia de las Naciones Unidas. Acorde con esta situación, en 2004 la Asamblea General de Uruguay —contrariamente al Congreso argentino, que luego de doce años todavía no refrendó la firma del entonces presidente Kirchner— aprobó el convenio marco para el control del tabaco y se alineó con las políticas recomendadas por la OMS. A partir de esta decisión, el gobierno de Tabaré Vázquez, recién iniciado en el ejercicio de su primera presidencia, promovió una serie de medidas para combatir el consumo del cigarrillo, ya que las enfermedades asociadas a él constituían una de las mayores causas de mortalidad en Uruguay. Estas enfermedades suponían en 2005 la muerte anual de cinco mil personas en este país. Entonces, el consumo de tabaco afectaba a uno de cada cuatro uruguayos. Desde ese momento, se aplicaron decretos presidenciales, resoluciones y ordenanzas ministeriales, leyes, campañas de difusión públicas y modificaciones impositivas que apuntaron a reducir el consumo de cigarrillos en la sociedad uruguaya. Entre estas medidas, podemos citar la exigencia de la difusión de imágenes de advertencia sobre el riesgo de fumar —se impuso que ocuparan el 80% de la caja de cigarrillos—, además de la suba de impuestos, la prohibición de publicidad de cigarrillos en los medios de comunicación, así como también del patrocinio que las marcas de tabaco hacen en cualquier tipo de eventos. Asimismo, se prohibió fumar en oficinas, centros estudiantiles, bares, restaurantes, bailes y lugares públicos cerrados, entre otros. A partir de esta medida, los uruguayos solo pueden fumar en lugares abiertos o en sus casas. El 1.º de marzo de 2006, Uruguay se convirtió en el primer país latinoamericano —y el séptimo en el mundo— en legalizar la prohibición de fumar en espacios públicos cerrados.

Las medidas de la campaña contra la publicidad del tabaco originaron fuertes reacciones de las empresas tabacaleras internacionales y la amenaza de estas de establecer demandas contra la República de Uruguay a través de mecanismos de arbitraje internacional. Con ello, se internacionalizó considerablemente la polémica sobre su legitimidad.

En marzo de 2008, fue aprobada la Ley 18256, que incluye los seis ejes estratégicos de la política antitabaco. La aplicación de todas estas medidas ha reducido la prevalencia del consumo de cigarrillos del 35%, en 2005, al 22,2%, en la actualidad. A su vez, el porcentaje de jóvenes fumadores mayores de 15 años se redujo del 22,8%, en 2006, al 8,4%, en 2014.

En la actualidad, Tabaré Vázquez, en su segunda presidencia, comenzada el 1.º de marzo de 2015, concluyó lo iniciado en el mandato anterior: el Centro Internacional de Arreglo de Diferencias Relativas a Inversiones (CIADI) desestimó los reclamos de los demandantes y obligó a la tabacalera a pagar los 7 millones de dólares

que el país gastó para la defensa. Además, la empresa deberá hacerse responsable de la totalidad de los gastos del Tribunal, lo que representa una cifra de 1,5 millones de dólares más.

¿Qué significa este fallo para Uruguay y para el mundo? Dejemos que el mismo Tabaré Vázquez lo explique: “Las medidas sanitarias que hemos implantado para el control del tabaco y la protección de la salud de nuestro pueblo han sido expresamente reconocidas como legítimas y, además, adoptadas en función del poder soberano de nuestra República. La demanda arbitral promovida aducía que Uruguay había violado el Tratado Bilateral de Inversiones celebrado con Suiza al adoptar una serie de medidas regulatorias de la actividad de las tabacaleras. A juicio de estas, las políticas resultaban inadecuadas y expropiatorias por imponer el requisito de la norma única de presentación por marca y limitación de los pictogramas asociados a los paquetes de cigarrillos. Ambos reproches dirigidos a nuestro Estado fueron rechazados por el laudo que acaba de emitirse. En el curso del proceso, sostuvimos ante el Tribunal Arbitral que los compromisos internacionales que asume la República son siempre y en todos los casos honrados y respetados, sin perjuicio de reconocer que los acuerdos bilaterales de inversión deben ser interpretados a la luz de otras obligaciones internacionales de Uruguay, incluyendo la obligación de adoptar medidas activas para la protección de los derechos de las personas concernientes a la vida y a la salud. Existiendo evidencia científica de que, de manera irrefutable, fumar causa adicción y provoca una serie de enfermedades como cáncer de pulmón, enfisema pulmonar, insuficiencia cardíaca y accidentes cerebrovasculares, entre otras, y que ha matado a más personas que las que murieron en los conflictos bélicos que el mundo padeció en el siglo XX, decidimos instrumentar firmemente el convenio marco para el control del tabaco ejerciendo el poder soberano que ostentamos para la defensa y promoción de la salud pública mediante la adopción de regulaciones apropiadas contra el tabaquismo. Expusimos, en el arbitraje, que no es admisible priorizar los aspectos comerciales por encima de la defensa de los derechos fundamentales, como son la vida y la salud. Posición que fue compartida por la Organización Mundial de la Salud, la Secretaría del Convenio Marco para el Control del Tabaco, la Organización Panamericana de la Salud e instituciones científicas médicas internacionales. Uruguay defendió su poder soberano para dictar normas de advertencias sanitarias, prohibiendo incluso el uso de símbolos o términos tendientes a desvirtuar la falsa sugerencia que algunos cigarrillos son menos nocivos que otros, disciplinando la prohibición de publicidad del tabaco y estableciendo, como se dijo antes, el requisito de presentación única y la adopción de normas relativas al etiquetado de las advertencias. Hemos probado ante el Centro Internacional de Arreglo de Diferencias Relativas a Inversiones que nuestro país, sin violar ningún tratado, ha satisfecho su irrenunciable compromiso con la defensa de la salud de su gente. Uruguayas y uruguayos: a pesar de la victoria procesal que estamos comunicando, entendemos que un elevado espíritu de prudencia nos ordena que nuestra conducta no puede estar asociada al festejo ni a una postura triunfalista, porque en un litigio de esta naturaleza, donde las víctimas del flagelo central discutido se suman por millones, nunca habrá lugar para celebrar el resultado que nos da la razón. Nos limitaremos entonces a optar por una serena y respetuosa reflexión de los hechos, en homenaje al sentido mismo de la vida. Sin embargo, ratificamos firmemente el compromiso de seguir la más frontal y directa lucha contra el consumo de tabaco, a fin de reducir, día a día, la pesada carga que esta epidemia pone sobre nuestro pueblo, y a no renunciar a la total instrumentación del Convenio Marco para el Control del Tabaco, invitando a las naciones a que se sumen al combate de este flagelo, sin temor a las represalias de las poderosas tabacaleras, tal como lo ha hecho Uruguay. Desde ahora, cuando las tabacaleras intenten moderar las regulaciones del convenio marco con la amenaza de un litigio, se encontrarán con nuestro precedente. El laudo que se ha dictado amparando las medidas sanitarias adoptadas por nuestra República muestra al mundo que para Uruguay no hay valor más importante que la vida ni actitud más sagrada que la protección de la salud de sus habitantes”.

El Dr. Tabaré Vázquez participó en nuestro país en varias actividades científicas; entre ellas, el Congreso Tabaco o Salud, organizado por la Unión Antitabáquica Argentina, de la que la Sociedad Argentina de Cancerología es Miembro Activo y en Congresos de la Sociedad Argentina de Periodismo Médico. En la Asociación Médica Argentina, presentó su libro *Crónica de un mal amigo*, un excelente manual de prevención y manejo ético del cáncer.

Evaluación de la accesibilidad al tratamiento de los tumores cerebrales en la Argentina. Resultados preliminares

Alejandra Rabadán, Diego Hernández, Néstor Vázquez, Rafael Torino, Marcelo Blanco Villalba y colaboradores*.

Capítulo de Neurooncología de la Sociedad Argentina de Cancerología (SAC), Asociación Argentina de Neurocirugía (AANC), Sociedad Argentina de Cancerología (SAC), Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina UBA, Argentina.

* Adhemar Merida, Javier Alínez, Emiliano Altieri, Daniel A. Amato, Juan Carlos Andreani, Ignacio Barrenechea, José Máximo Barros, Darío C. Bega Rodríguez, Darío E. Benito, Silvia Berner, Marcos Besaron, María Alejandra Bittar, Carlos Bonino Méndez, Marina Bramajo, Luciana Brivodoro, Miguel A. Broccanelli, Sebastián Buratti, Carlos F. Cabrera, Andrés Cervio, Joaquín Cigol, Marcelo D'Agustini, Brenda D'Elio, Roberto DeRosa, Blanca Diez, Leonardo Faila, Edgardo Farinella, Alfredo Figari, María E. Filadoro, Fernando Flores, Gustavo Foenquinos, Elizabeth Gaibor, Pablo Giraudo, José M. Goldman, Gustavo Grilli, Lorena Gurdzel, Ramiro T. Gutiérrez, Juan K. Iturrizaga Meza, José Luis Ledesma, Javier Lizundia, Débora Lombardi, Daniel Lupinucci, Pedro Lylyk, Patricia Maggiora, Ana M. Martínez, Alejandro Mazzon, Matías F. Medina Muñoz, Oscar A. Melis, Mario Menón, Claudia Moreno, María Florencia Navallas, José Ignacio Paleo, Sergio Pallini, Sergio Pampín, Rodolfo Pares Herald, María Nina Pascual, Alejandro J. Paulo, Santiago Portillo Medina, Cynthia Purves, Pablo Quintana, Guillermo Recagno, Mario Luis Recchia, Martín Sáez, Eduardo Salas López, Matías E. Sein, Ernesto Sierre, Gustavo Sevlever, Horacio Solé, Matías H. Sotelo, Hugo Steinsleger, César E. Tafran, Pedro F. Trespidi, Néstor Yunis, Juan Manuel Zaloff Dakoff, Pablo Zuliani.

Resumen

Objetivo

Obtener datos sobre disponibilidad y acceso a recursos para el diagnóstico y tratamiento de tumores cerebrales en la Argentina.

Método

Se diseñó un instrumento *ad hoc*: encuesta con 29 preguntas en soporte *online*, dirigida a profesionales intervinientes en el manejo de tumores cerebrales. La recolección, carga y análisis de los datos fueron elaborados por los autores. Para el análisis, se generaron dos variables: tipo de centro médico según financiamiento y región geográfica. Se realizó un análisis entre dichas variables y el acceso a los diferentes recursos, así como los plazos de accesibilidad; para ello, se testeó asociación mediante análisis univariado con test de Chi cuadrado y corrección con test exacto de Fischer. Se realizaron modelos multivariantes de regresión logística para testear confundidores.

Resultados

Se implementó una prueba piloto. Se obtuvieron 111 encuestas de 56 centros públicos y 55 privados/sindicales de 15 provincias agrupadas por regiones geográficas integradas. Los resultados de cada recurso son reportados.

Conclusiones

Los datos obtenidos brindan información sobre el estado actual del acceso y la disponibilidad en el diagnóstico y tratamiento de los tumores cerebrales. El emergente principal es la distribución inequitativa de los recursos humanos y tecnológicos, problema que trasciende la frontera de la salud pública para transformarse en un problema bioético. Las causas principales son las importantes diferencias en la financiación de la salud y el difícil acceso a los recursos en un país extenso. Las soluciones deberán plantearse en colaboración con, principalmente, asociaciones profesionales y autoridades responsables de la financiación de recursos y logística tanto privados como estatales.

Introducción

Los tumores cerebrales representan, en primer lugar, una entidad heterogénea en la que predominan las metástasis cerebrales y, en segundo lugar, los tumores primarios. La incidencia de las primeras ha aumentado considerablemente en los últimos años, fruto del significativo desarrollo de las distintas terapias oncológicas. Con respecto a los tumores primarios, si bien su incidencia general es baja, predominan los de alta malignidad, lo que representa la segunda causa de muerte por cáncer en menores de 35 años. Es mayor la prevalencia de este tipo de tumores en la sexta y séptima décadas de vida; se estima que una de cada 5000 personas padecerá de un tumor cerebral primario.

En la actualidad, los progresos terapéuticos han permitido que muchas de estas neoplasias cerebrales se transformen en procesos crónicos o requirentes de cuidados prolongados. Esta consideración en el aumento de la expectativa de vida de esta población permite prever que estas patologías aumentarán su incidencia en los próximos años¹⁻¹².

En términos de salud pública, el impacto de los tumores cerebrales es significativo, a pesar de su baja incidencia, dado que insumen altos costos directos (recursos específicos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) y altos costos indirectos (licencias laborales, afectación de las unidades familiares y sociales)¹⁻¹².

En el sistema de salud de la Argentina, intervienen tres sectores principales: obras sociales, prepagas y salud pública estatal. Esta última dividida en efectores: municipales, provinciales y nacionales. Este esquema, si bien ofrece acceso a la salud de toda la población, no garantizaría un acceso igualitario cuando se trata de patologías de baja incidencia y alto impacto como es el caso de los tumores cerebrales⁹. Sobre la base de esta hipótesis, decidimos construir un instrumento que nos permitiera obtener datos sobre parámetros de acceso, recursos y disponibilidad en el manejo integral de esta patología.

Objetivo y características generales

El objetivo fue obtener datos objetivos sobre accesibilidad, disponibilidad y plazos de acceso de los recursos diagnósticos y terapéuticos necesarios para el tratamiento de los tumores cerebrales en la

Argentina a través de un instrumento realizado *ad hoc* (encuesta).

Material y métodos

Se diseñó un cuestionario estructurado de 29 preguntas que abarcó todas las disciplinas involucradas.

Se completó a través de una plataforma web durante el período 06/03/2015-06/04/2015 con el auspicio de varias asociaciones profesionales, las cuales habilitaron el acceso a la encuesta *online*. Esta modalidad se propuso para sistematizar la recolección de la información, controlar los sesgos del entrevistador, facilitar la administración y obtener información cuantificable y resultados fáciles de analizar y tabular. El análisis de los datos fue realizado por el equipo interdisciplinario organizador.

En la construcción del instrumento, se establecieron definiciones conceptuales de acceso, recursos, disponibilidad y tiempos en el ámbito del manejo integral de los tumores cerebrales. Con respecto a los recursos, estos fueron definidos en ocho dimensiones de acuerdo con los requerimientos actuales para el diagnóstico y tratamiento de un tumor cerebral.

1. Recursos diagnósticos

- RMN de cerebro con gadolinio
- RMN-Espectroscopía
- RMN funcional y tractografía
- Plazos de accesibilidad

2. Recursos intraoperatorios

- Microcirugía
- Neuronavegación
- RMN intraoperatoria
- Neurofisiología intraoperatoria
- Aspiración ultrasónica

3. Patología

- Marcadores específicos
- Biología molecular
- Patólogo con experiencia en Neuropatología
- Revisión de informes de patología
- Plazos de accesibilidad

4. Quimioterapia

- Drogas quimioterápicas
- Especialistas en oncología o neurooncólogos
- Plazos de inicio del tratamiento

5. Tratamiento radiante

- Radioterapia 3D
- Radiocirugía
- Radioterapia con intensidad modulada IMRT
- Plazos de inicio de radioterapias

6. Psicooncología

- Disponibilidad del recurso
- Plazo de inicio del tratamiento

7. Cuidados paliativos

- Accesibilidad al recurso
- Plazos de acceso

8. Trabajo en equipo interdisciplinario

Para el análisis, se crearon dos variables, a partir de los datos aportados por los encuestados. Una de ellas, referente a las características de los centros; la otra, a su localización geográfica. Para la primera, se creó una variable llamada Tipo de Centro Médico, con dos categorías: centros con financiamiento de obras sociales sindicales y sistemas prepagos (CFOsPP) y centros con financiamiento estatal (CFE). Para la segunda, se creó una variable llamada Región Geográfica (RGeo), tomando en cuenta la densidad poblacional y la agrupación de regiones integradas. Esta se dividió en cinco categorías: Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), provincia de Buenos Aires (PBA) provincias del centro (Santa Fe, Córdoba, Entre Ríos, Corrientes), provincias patagónicas (Río Negro, Chubut, Tierra del Fuego, La Pampa y Mendoza) y provincias del norte (Santiago del Estero, Tucumán, Salta, La Rioja, Jujuy).

Basándose en esta categorización, se pudo hacer un análisis de la asociación entre el tipo de centro, la distribución geográfica y el acceso a los diferentes recursos y los plazos de accesibilidad. Se realizó un análisis univariado mediante test de Chi cuadrado y corrección mediante test exacto de Fischer, y modelos multivariados de regresión logística para testear confundidores.

Resultados

Se implementó una prueba piloto, de la que se obtuvieron 111 encuestas procedentes de 15 provincias, las cuales fueron agrupadas por regiones geográficas integradas. Del total, 55 encuestas correspondieron a CFOsPP y 56 a CFE.

A continuación, se describen los resultados obtenidos de las respuestas específicas de cada dimensión.

1. Diagnóstico por imágenes

Resonancia magnética (RMN). Según las respuestas, el 88,6% de los centros acceden a RMN, con disponibilidad del 80,7% en CFE y del 96,5% en CFOsPP, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0,01$). El acceso no demostró diferencias desde el punto de vista estadístico según RGeo ($p=0,822$). En el análisis multivariado, combinando las dos variables con la disponibilidad de RMN, no hubo efecto confundidor.

RMN-espectroscopía. El 51,6% de los centros tiene acceso. En el caso de los CFE, el 35,1%, y en los CFOsPP, el 68,4%, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p<0,001$). El acceso no demostró diferencias desde el punto de vista estadístico según RGeo ($p=0,173$). En el análisis multivariado, no hubo efecto confundidor.

RMN-funcional y tractografía. El 40,35% de los centros refiere tener acceso; el 26,3% en los CFE, y el 54,3% en los CFOsPP, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0,004$). El acceso a estudios de RMN-funcional y tractografía demostró ser diferente desde el punto de vista estadístico según RGeo ($p=0,007$). Se observó una mayor proporción de respuestas afirmativas en CABA, comparada con otras regiones. En el análisis multivariado, combinando las dos variables con la disponibilidad, no hubo efecto confundidor.

Plazos para obtener estudios por imágenes de cerebro. El 70% de los CFOsPP obtiene la RMN dentro de las 24 h, y un 19% a las 48 h. En los CFE, se reduce al 28% para el plazo de 24 h, y un 10% en 48 h, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p<0,001$). Se destaca que en los CFE, el 60% obtienen la RMN en un plazo > 48 h y un 22,8%, >1 semana. El plazo para realizar una RMN cerebral no demostró diferencias según RGeo ($p=0,264$). La mayor proporción de estudios obtenidos rápidamente dentro de las 24 h fue en la región norte y centro (80% y 75%, respectivamente). En el análisis multivariado, combinando las dos variables con el plazo para realizar una RMN, no hubo efecto confundidor.

El acceso a RMN-espectroscopía fue del 26% en los CFOsPP, comparado con solo los CFE 1,75%;

diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$). El plazo para realizar una RMN-espectroscopía fue diferente desde el punto de vista estadístico según la RGeo ($p < 0,001$). Se observó grandes variaciones en los plazos en todas las regiones. En el análisis multivariado, combinando las dos variables con el plazo para realizar una RM-espectroscopía, no hubo efecto confundidor.

El acceso a RMN-funcional y tractografía se consigue en 24 h solamente en un 17,5% en CFOsPP. En el caso de los CFE, no se consigue en 24 h, se requiere en el 75,4% de estos casos > 1 semana para obtener el estudio; diferencia muy significativa según financiador ($p < 0,001$).

2. Recursos quirúrgicos específicos

Microcirugía. El 90% de los encuestados posee el recurso. La diferencia entre CFE y los CFOsPP no es significativa ($p = 0,2$). Tampoco difiere estadísticamente según la RGeo ($p = 0,154$). El análisis multivariado no demostró efecto confundidor.

Neuronavegación. El 51,75% refiere tener acceso. La diferencia es significativa ($p = 0,003$) entre CFE, el 36,9%, frente a CFOsPP, el 66,7%. También, se observa diferencias estadísticamente significativas entre centros según RGeo ($p = 0,001$). La menor proporción de este recurso se observa en la región patagónica y en PBA. El análisis multivariado no demostró efecto confundidor.

RMN intraoperatoria. Se revela inaccesible en el 92,3%. La diferencia entre centros, si bien no es significativa ($p = 0,06$), muestra una mayor proporción de acceso en CFOsPP, el 12,3%, frente a CFE, el 1,75%. Se registra inexistente en la mayoría de las RGeo; solo disponible en CABA y en la región centro. La diferencia de proporciones no es significativa ($p = 0,1$). El análisis multivariado no demostró efecto confundidor.

Neurofisiología intraoperatoria. Se manifiesta accesibilidad en el 55,3%. La diferencia entre categorías es significativa ($p = 0,008$), con mayor proporción en CFOsPP, el 68,4%, frente a CFE, el 42,1%. La disponibilidad es muy variable según RGeo. Es más alta en CABA y región Norte, casi el 50% en PBA y Centro e inexistente en la Patagonia. Esta diferencia es significativa ($p < 0,001$). El análisis multivariado no demostró efecto confundidor.

Aspiración ultrasónica. El 78% manifestó tener acceso. No hay diferencias entre centros ($p = 0,17$) y hay disponibilidad en todas las RGeo; la más alta proporción se da en CABA y regiones Norte y Centro. Esta diferencia no es significativa ($p = 0,538$). El análisis multivariado no demostró efecto confundidor.

3. Patología

Marcadores específicos. El 79,8% manifestó tener disponibilidad. Hay diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,004$) entre la disponibilidad en CFOsPP, el 91,2%, frente a CFE, el 68,4%. La diferencia es significativa ($p = 0,005$). Está disponible con altas proporciones en todas las RGeo. El análisis multivariado demostró efecto confundidor cuando se ajustó con la variable cobertura, lo que implica que el acceso a marcadores varía según sean CFOsPP o CFE.

Biología molecular. El 52,6% respondió tener acceso, con mayor proporción en CFOsPP, el 68,4%, frente a CFE, el 36,8%, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,001$). Es un recurso disponible en todas las RGeo; se da en mayores proporciones en CABA, PBA y región Centro, siendo esta diferencia no significativa ($p = 0,123$). El análisis multivariado demostró efecto confundidor cuando se ajustó con la variable cobertura, lo que implica que este recurso varía según sea CFOsPP o CFE.

Patólogo con experiencia en Neuropatología. El acceso demuestra una fuerte diferencia entre grupos, siendo estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Hay una mayor proporción CFOsPP, el 71,9%, frente a CFE, el 29,8%. Hay mayor proporción de disponibilidad en CABA y menor en el resto de las RGeo. Esta diferencia es significativa ($p = 0,001$) en el análisis univariado. El multivariado demostró efecto confundidor cuando se ajustó con la variable cobertura, lo que implica que este recurso varía según se trate de CFOsPP o CFE.

Revisión de informes de patología. La posibilidad de revisión es alta, el 82,5%, aunque la diferencia de CFOsPP del 91,2% frente a CFE del 73,7% es estadísticamente significativa ($p = 0,025$). Es un recurso disponible en todas las regiones, con baja proporción en la Patagonia. Estas diferencias son estadísticamente significativas ($p = 0,02$) en el análisis univariado. El multivariado demostró efecto confundidor cuando se

ajustó con la variable cobertura, lo que implica que este recurso varía según centros.

4. Quimioterapia

Drogas quimioterápicas. El 95,6% refiere disponibilidad del recurso. No hubo diferencias significativas entre grupos: el 94,7% frente al 96,6%; $p=0,625$ en el análisis univariado, y el multivariado no demostró confundidor.

Especialistas en oncología o neurooncólogos. El acceso alcanza el 96,5%, no se hallan diferencias significativas entre grupos, tanto en el análisis univariado como en el multivariado, que no demostró confundidores, lo que implica que este recurso no varía según centros.

Plazos de inicio del tratamiento. El 72,8% manifiesta plazos adecuados, aunque hubo diferencias estadísticamente significativas: CFOsPP, el 86%, frente a CFE, el 59,6% ($p=0,003$). El tiempo de inicio a la quimioterapia resultó adecuado en todas las RGeo. No hay diferencias estadísticamente significativas ($p=0,374$) en el análisis univariado. El multivariado demostró efecto confundidor cuando se ajustó con la variable cobertura, lo que implica que el tiempo de inicio varía según se trate de CFOsPP o CFE.

5. Tratamiento radiante

Radioterapia 3D. Se registró el 68,4% de disponibilidad. No hubo diferencia significativa entre grupos: el 77,2% frente al 59,7% ($p=0,069$). No hay diferencias estadísticamente significativas ($p=0,294$) en el análisis univariado. El multivariado no demostró efecto confundidor cuando se ajustó con la variable cobertura, lo que implica que el acceso a radioterapia 3D no varía según centros.

Radiocirugía. El 52% tiene acceso. La diferencia entre grupos es significativa ($p\leq 0,001$), el 70% en CFOsPP frente a CFE, el 35%. La radiocirugía no está disponible en todas las RGeo en similar proporción. Las diferencias son estadísticamente significativas ($p=0,002$) en el análisis univariado. El multivariado no demostró efecto confundidor cuando se ajustó con la variable cobertura, lo que implica que el acceso a radiocirugía no varía según centros.

Radioterapia con intensidad modulada IMRT. El acceso se observó en el 41,2% con diferencia

significativa ($p=0,002$): CFOsPP, el 52,6%, frente a CFE, el 29,8%. El tratamiento de IMRT no está disponible en la misma proporción en todas las regiones. Las diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0,296$) en el análisis univariado. El multivariado no demostró efecto confundidor cuando se ajustó con la variable cobertura, lo que implica que el acceso a IMRT no varía según tipo de centros.

Plazos de inicio de radioterapias. El 51,8% consideró el plazo de inicio adecuado. Hay diferencias significativas ($p=0,003$) con una mayor proporción CFOsPP, el 66,7%, frente a CFE, el 36,8%. El inicio del tratamiento varía según RGeo. Las diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0,122$) en el análisis univariado. El multivariado demostró efecto confundidor cuando se ajustó con la variable cobertura, lo que implica que el tiempo de inicio del tratamiento radiante varía según tipo de centros.

6. Psicooncología

Disponibilidad del recurso. La disponibilidad referida es del 49,1%. Hay diferencias significativas: CFOsPP, el 59,6%, frente a CFE, el 38,6% ($p=0,039$). No está disponible en la misma proporción en todas las regiones. Las diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0,263$) en el análisis univariado. El multivariado no demostró efecto confundidor, lo que implica que el acceso a especialistas de psicooncología no varía según financiador.

Plazo de inicio del tratamiento. El 46,5% afirmó que el inicio del tratamiento les parecía adecuado. Hay diferencias significativas ($p=0,024$), con mayor proporción de respuestas afirmativas en CFOsPP, el 57,9%, frente a CFE, el 35,1%. El tiempo de inicio de tratamiento no es igual en todas las regiones. Las diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0,107$) en el análisis univariado. El multivariado no demostró efecto confundidor cuando se ajustó con la variable cobertura.

7. Cuidados paliativos

Accesibilidad al recurso. El 75,4% respondió tener disponibilidad de especialistas. No hay diferencia significativa entre tipo de centros ($p=0,127$). El acceso a especialistas no es igual en todas las RGeo. Las diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0,998$) en el análisis univariado. El multivariado no demostró

efecto confundidor, lo que implica que el acceso a cuidados paliativos no varía según financiador.

Plazos de acceso. El 64% afirmó que el inicio del tratamiento le parecía adecuado. Hay diferencias significativas ($p=0,019$) entre grupos, con una mayor proporción de respuestas afirmativas en CFOsPP, el 75,4%, frente a CFE, el 52,6%. El tiempo de inicio de cuidados paliativos es adecuado en todas las regiones. Las diferencias en el análisis univariado no son estadísticamente significativas ($p=0,704$). El multivariado no demostró efecto confundidor cuando se ajustó con la variable cobertura, lo que implica que el tiempo de inicio de cuidados paliativos no varía según tipo de centro.

8. Trabajo en equipo interdisciplinario

El 71% afirma que cuenta con un enfoque de trabajo en equipo, aunque las diferencias entre grupos son muy marcadas ($p\leq 0,001$) cuando se comparan CFOsPP, el 87,7%, frente a CFE, el 54,4%, en todas las regiones.

Discusión

El tratamiento de los tumores cerebrales implica un gran esfuerzo de los profesionales intervinientes, quienes abogan continuamente por la obtención de resultados satisfactorios y la mejor calidad de vida de los pacientes. Esto se logra mediante el entrenamiento y capacitación de los recursos humanos, y la incorporación de los avances tecnológicos. Sin embargo, en nuestro país, el acceso inequitativo a los recursos tecnológicos de alta complejidad y a los recursos humanos especializados representa una barrera para el tratamiento en tiempo y forma, independientemente de la ubicación geográfica o la cobertura de salud del paciente.

De las distintas dimensiones analizadas en esta encuesta, se evidencia esta diferencia en el acceso de algunos recursos. Por ejemplo, si bien el acceso al diagnóstico mediante RMN básica es alto en todo el país, varía según el tipo de centro. En el caso de los recursos imagenológicos de alta complejidad (espectroscopía, RMN funcional, tractografía), las diferencias son dramáticas entre tipo de centros y RGeo; y estas se acentúan cuando se evalúan los plazos para acceder al recurso. Esto implica que existen importantes déficits en la etapa diagnóstica,

con la inherente repercusión terapéutica. Estas mismas diferencias se observan en los recursos quirúrgicos. Si bien el acceso a microcirugía no ha mostrado diferencias por tipo de centro y regiones, la disponibilidad de recursos de alta complejidad, como neuronavegación y aspiración ultrasónica, es escasa en algunas RGeo y, principalmente, en CFE. Estos recursos han dejado de ser actualmente novedosas sofisticaciones para transformarse en recursos que deberían ser accesibles, con independencia de la RGeo o del tipo de centro.

El análisis anatomopatológico es fundamental para definir el tratamiento oncológico adecuado. De los resultados, surge que hay dificultades en esta área. Los plazos en la obtención de informes definitivos, al igual que la biología molecular, constituyen problemas críticos. Esto que no es motivo de discusión en otras áreas de la medicina, sin embargo, no ha sido hasta ahora visualizado para los tumores cerebrales tanto en el sector público como en el privado. Además, expone tanto a los profesionales como a las instituciones a estar en falta frente a las recomendaciones de la OMS. Respecto de la revisión de preparados por expertos, se observa en altos porcentajes que se puede lograr en todas las RGeo, pero los plazos son inadecuados.

Respecto de la quimioterapia, el acceso a drogas parece suficiente, pero el inicio del tratamiento difiere según centros. Nos parece que darle visibilidad a este tema debería ayudar a mejorar la situación. Asimismo, el tema más crítico sigue siendo la obtención concluyente de la patología, sin lo cual todo lo demás es inútil.

La radioterapia 3D resulta accesible en aproximadamente un 70% en todo el país, con baja disponibilidad en región Norte. En todas las regiones, los plazos presentan grandes diferencias entre el sector público y el privado. Respecto de la radiocirugía y la IMRT, la disponibilidad es baja. En síntesis, para los tumores que requieran radioterapia, el acceso referido es insuficiente y con plazos afectados según financiador.

Se observa que los recursos de cuidados paliativos, psicooncología y tarea en equipo existen, pero el acceso difiere según el tipo de financiador. Se destaca que los resultados obtenidos en estos tres puntos dependen exclusivamente del recurso humano, sin requerimientos de equipamiento específico.

Cuando se analiza en forma global el problema de inequidad en el acceso y disponibilidad de recursos, se concluye que los factores que pueden estar influyendo en estos resultados son varios. Creemos, en primer lugar, que existe quizá un desconocimiento del problema por parte de los organismos de salud pública encargados de la gestión de recursos; en segundo lugar, que predomina un enfoque unidisciplinario del manejo de los tumores cerebrales. Una forma de contribuir a la mejora podría ser acercar información como la que aporta este trabajo a los organismos responsables para disponer de los recursos y la logística que permitan un acceso universal. La solución implica también un esfuerzo por parte de las asociaciones profesionales en cuanto a fomentar el abordaje multidisciplinario, ofreciendo perspectivas más efectivas y acordes a la administración moderna en salud. Otro aspecto a considerar es el costo de algunos recursos tecnológicos y humanos en la alta complejidad. No siempre la inversión en tecnología de la salud ha sido escasa, pero en general, está mal distribuida o con inadecuada logística.

Hay muchos otros aspectos que se podrían considerar. Sin embargo, y por el momento, creemos que el presente reporte ofrece un principio de transformación, dado que nos permite generar un observatorio que promueva esta iniciativa, fortalezca el planteo ante las autoridades correspondientes y propicie propuestas de mejora.

Como prueba piloto, la encuesta arroja resultados que pueden ser objeto de sesgos plausibles de futuras correcciones. Por eso, la idea es replicarla en nuevas instancias de sondeo, de manera de ampliar el universo de profesionales y centros y de buscar una mayor cooperación.

Conclusiones

Los datos obtenidos brindan información cualitativa y cuantitativa sobre el estado actual de la accesibilidad al tratamiento de los tumores cerebrales en la Argentina. El emergente principal es la distribución inequitativa de los recursos humanos y tecnológicos, trascendiendo este resultado la frontera de la salud pública para transformarse en un problema bioético.

Las principales causas son la complejidad del sistema de salud argentino y el difícil acceso a los recursos en un país extenso y con irregular concentración poblacional. Las soluciones deben plantearse en

colaboración con todos los actores intervinientes, asociaciones profesionales y autoridades responsables de la financiación y organización de la logística tanto pública como privada.

Bibliografía

1. Bhargoo SS, Linskey ME, Kalkanis SN. Evidence-based guidelines for the management of brain metastases. American Association of Neurological Surgeons (AANS); Congress of Neurological Surgeons (CNS). *Neurosurg Clin N Am*. 2011; 22 (1): 97-104.
2. Brown TJ, Brennan MC, Li M, Church EW, Brandmeir NJ, Rakszawski KL, Patel AS, Rizk EB, Suki D, Sawaya R, Glantz M. Association of the Extent of Resection with Survival in Glioblastoma: A systematic review and Meta-analysis. *JAMA Oncol*. 2016;16.
3. Cabrera AR, Kirkpatrick JP, Fiveash JB, Shih HA, Koay EJ, Lutz S, y cols. Radiation therapy for glioblastoma: Executive summary of an American society for Radiation Oncology Evidence-Based clinical practice Guideline. *Pract Radiat Oncol*. 2016;S1879-8500 (16): 30003-0.
4. Fouke SJ, Benzinger T, Gibson D, Ryken TC, Kalkanis SN, Olson JJ. The role of imaging in the management of adults with diffuse low grade glioma: A systematic review and evidence-based clinical practice guideline. *J Neurooncol*. 2015;125(3): 457-479.
5. Louis DN, Perry A, Burger P, Ellison DW, Reinferberger G, von Deimling A, y cols. International Society of Neuropathology-Haarlem consensus guidelines for nervous system tumor classification and grading. *Brain Pathol*. 2014;(24): 429-435.
6. Masui K, Mischel PS, Reifenberger G. Molecular classification of gliomas. *Handb Clin Neurol*. 2016;134: 97-120.
7. Rabadán A, Diez B, Martínez AM, Antico J, Saidón P, Chistiansen S, Rojas G. Consenso para el Tratamiento de las Metástasis Cerebrales. Capítulo de Neurooncología de la Sociedad Argentina de Cancerología AMA. *Revista Argentina de Neurocirugía*, 2006;20(4): 179-193.
8. Rabadán AT, Hernandez D, Eleta M, Pietrani M, Bacanelli M, Christiansen S, Tejjido C. Factors related to surgical complications and their impact on the functional status in 236 open surgeries for malignant tumors in a Latin American hospital. *Surgical Neurology*. 2007;68 (4): 412-420.
9. Rabadán AT. Neuroethics scope at a glance. *Surgical Neurology International*. 2015; 6: 183.
10. Ragel BT, Ryken TC, Kalkanis SN, Ziu M, Cahill D, Olson JJ. The role of biopsy in the management of patients with presumed diffuse low grade glioma: A systematic review and evidence-based clinical practice guideline. *J Neurooncol*. 2015;125 (3): 481-501.
11. Weller M, van den Bent M, Hopkins K, Tonn JC, Stupp R, Falini A, y cols. EANO guideline for the diagnosis and treatment of anaplastic gliomas and glioblastoma. *Lancet Oncol*. 2014;15(9): 395-403.
12. Ziu M, Kalkanis SN, Gilbert M, Ryken TC, Olson JJ. The role of initial chemotherapy for the treatment of adults with diffuse low grade glioma: A systematic review and evidence-based clinical practice guideline. *J Neurooncol*. 2015;125(3): 585-607.

1er. Simposio Internacional de ecancer/SAC-FECAS en cáncer de próstata. Informe de la Conferencia

Marcelo Blanco Villalba, Marina Bramajo, Mario Bruno.

Sociedad Argentina de Cancerología (SAC), Argentina.

Resumen

La reunión celebrada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires Argentina, contó con la presencia de expertos nacionales, regionales e internacionales en la problemática del cáncer de próstata.

Asistieron más de 200 profesionales de distintas áreas (urólogos, patólogos, oncólogos clínicos, biólogos, especialistas en imágenes, radioterapeutas, médicos generalistas, entre otros) que propusieron desde el inicio un manejo multidisciplinario de la patología prostática en concordancia con la idea presentada por el Comité organizador.

Durante el Simposio, también, se realizó un Workshop de Radioterapia, en el que se discutió específicamente sobre las nuevas técnicas y sus posibles usos. Además de los referentes locales, se sumaron los Dres. Lilian Faroni, del Grupo COI, de Río de Janeiro, Brasil, Leonardo Carmona, del Instituto Chileno de Cabeza y Cuello, Chile) y Anthony Addesa, del Jupiter Medical Center, Florida, Estados Unidos.

Informe de la Conferencia

El objetivo principal del 1er. Simposio Internacional de ecancer/SAC-FECAS en cáncer de próstata era proporcionar una aproximación a la realidad de esta problemática en América del Sur, como así también, a partir de una revisión de los últimos conocimientos científicos, proponer un tratamiento multidisciplinario que permita optimizar resultados y recursos.

Los temas principales que se desarrollaron fueron 1) Epidemiología y prevención del cáncer de próstata, 2) Tratamiento quirúrgico y de radioterapia, 3) Nuevas consideraciones para el diagnóstico, tanto por anatomía patológica como por imágenes, 4) Actualización del tratamiento sistémico.

Epidemiología y prevención del cáncer de próstata

El Dr. Eduardo Cazap, ex presidente de la UICC, de la Ciudad de Buenos Aires, abrió la presentación. En su conferencia, remarcó la dificultad que hoy existe en la región para obtener datos y que, con seguridad, a través del trabajo conjunto de los Institutos Nacionales de Cáncer regionales, podremos empezar a contar con ellos.

Si se tienen en cuenta los datos actuales, la mortalidad por cáncer es mayor en América Latina que en Estados Unidos y Europa. Para monitorear los resultados de políticas sanitarias, se sugirió utilizar la tasa de mortalidad/incidencia¹:

	América Latina	Estados Unidos	Europa
Mortalidad/Incidencia:	0,59	0,43	0,35

Mortalidad argentina: 3.937/2010. Segunda causa en varones, luego de cáncer de pulmón.

Fuente: Instituto Nacional del Cáncer, Argentina. <http://www.msal.gob.ar/inc/>

Todas las ponencias regionales coincidieron en que la pregunta fundamental sigue siendo "A quiénes tratar y cuándo tratar". Observándose diferencias en las recomendaciones: tamizaje (*screening*), en Chile

comienza a los 45 años, mientras que en la Argentina a los 50 años; en Bolivia, su incidencia es baja (2,2 %). Estas realidades diferentes y los datos todavía en proceso hacen difícil desarrollar una estrategia regional común.

Tratamiento quirúrgico y de radioterapia

En relación con los tumores localizados, el Dr. Wenceslao Villamil presentó la posibilidad de la cirugía robótica, experimentada por su equipo de trabajo en el Hospital Italiano, de la Ciudad de Buenos Aires; mientras que el Dr. Carlos Ameri, de la Sociedad Argentina de Urología (SAU), hizo hincapié en el manejo multidisciplinario de estos pacientes y en la necesidad de individualizarlos para tomar conducta.

El Dr. Leonardo Carmona, de Chile, comentó sobre las nuevas tecnologías de radioterapia externa para el cáncer de próstata; la Dra. Luisa Rafailovicci, del Centro Vidt, de la Ciudad de Buenos Aires, hizo referencia a la asociación de radioterapia y hormonoterapia en pacientes de riesgo intermedio-alto en localmente avanzado.

El Dr. Pablo Castro Peña, del Instituto de Radioterapia Fundación Marie Curie, de la ciudad de Córdoba, Argentina, mencionó la posibilidad de la utilización de braquiterapia en pacientes seleccionados.

Finalmente, la Dra. Silvia Zunino, directora del mismo Instituto, planteó el controvertido tema de la irradiación de los ganglios en el tratamiento del cáncer loco-regional de próstata y su conclusión fue que no debería ser una práctica estándar y que quedaría reservado al grupo de pacientes de peor pronóstico.

Nuevas consideraciones para el diagnóstico tanto por anatomía patológica como por imágenes

Se dedicaron cuatro sesiones a esta temática. El Prof. Alberto Lazarowski, de la Universidad de Buenos Aires (UBA), habló sobre biología molecular y farmacogenética en el cáncer de próstata. Presentó el abanico de posibilidades que se abren a partir de la biopsia líquida tanto para precisar el diagnóstico como para evaluar la respuesta a los tratamientos, lo cual llevaría a optimizar los resultados.

Los Dres. Laura Jufe y Claudio Lewin, de la Sociedad Argentina de Patología (SAP), mencionaron las modificaciones que recientemente se realizaron en el *score* de Gleason, que este año llevará a la OMS a variar la clasificación y esta será denominada por grupos, donde el tradicional Gleason 3+4 (*score* 7), según características anatomopatológicas, podrá informarse como Grupo 2 o 3, siendo el pronóstico y las conductas terapéuticas diferentes, entre otras, la vigilancia activa.

El Dr. Martín Eleta, del IMAXE Centro de Diagnóstico, de la Ciudad de Buenos Aires, se refirió a las nuevas técnicas para identificar metástasis en forma temprana. Reveló una casuística de más de 600 pacientes en los que la utilización de PET/Colina mejoró la estadificación en sensibilidad y especificidad frente a TC y centellograma, lo cual por identificación de metástasis tempranas modificó en un 20 % la conducta terapéutica².

Actualización del tratamiento sistémico

Durante esta sesión, el Dr. Gustavo Jankilevich, jefe del servicio de Oncología del Hospital Carlos Durand, de la Ciudad de Buenos Aires, disertó sobre las oportunidades del uso de la hormonoterapia, tanto para cuándo comenzar como para el controvertido tema de la duración del bloqueo hormonal. Recalcó la necesidad de la selección adecuada del paciente a tratar y aclaró que, ante una situación de recaída bioquímica acompañada de alto volumen tumoral, es conveniente utilizar quimioterapia y, si por el contrario se acompaña de bajo volumen tumoral, hay que evaluar la combinación de tratamiento hormonal.

El Dr. Juan Pablo Sade, del Instituto Alexander Fleming, de la Ciudad de Buenos Aires, puso el acento en que, más que hablar de nuevos blancos terapéuticos, deberíamos referirnos a las drogas conocidas que ya han optimizado sus mecanismos de acción y que han permitido “el resurgimiento del rol de la quimioterapia en el cáncer de próstata”.

Finalmente, los Dres. Ricardo Kirchuck, representante del Instituto Nacional del Cáncer de Argentina (INC), y la Dra. María José Bastianello, del Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC), de la Ciudad de Buenos Aires, expusieron sobre el manejo de las metástasis óseas

con la utilización de radiofármacos; entre ellos, el Radium 223³.

Conclusiones

En la última mesa, se desarrolló el tema del acceso a los servicios sanitarios. Según estimaciones, se espera que, en Sudamérica hacia el 2030, el porcentaje de muertes atribuibles a Enfermedades No Transmisibles (ENT) ascienda al 81% sobre el total de muertes⁴. Sería fundamental, entonces, el desarrollo de una política de prevención regional (siendo los INC de cada país los organismos naturales para esta tarea). Además, debe introducirse en la currícula de formación profesional el tema sobre las disparidades y sus consecuencias: por ejemplo, la probabilidad de morir de un recién nacido en la provincia de Formosa, Argentina, es 2,5 mayor que en la Ciudad de Buenos Aires⁵.

Asimismo, se observó el gasto en tratamientos oncológicos (% del PBI)⁶ :

- Estados Unidos: 1,02%
- Japón: 0,60%
- Reino Unido: 0,51%
- América Latina: 0,12% (Uruguay: 0,29%, Argentina: 0,16%, Venezuela: 0,06%).

Encontramos que, en nuestro subcontinente, las disparidades son “el mundo real”. En la región, disponemos en forma disímil de la mayoría de los avances tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. Una de las características de Sudamérica son las grandes extensiones de los países y las densidades poblacionales heterogéneas, por lo cual el “acceso” quizá sea desigual entre los países y, también, dentro del mismo país.

Es fundamental, entonces, la optimización de recursos, ya que, a pesar de que la capacidad instalada en la región es importante, en general, está concentrada en los grandes centros urbanos, siendo la personalización de la terapéutica a través del manejo multidisciplinario, quizá, una de las herramientas más útiles para lograr lo expresado por la Dra. Margaret Chan en la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud, Naciones Unidas, mayo de 2012: “La cobertura universal es el concepto más poderoso que la salud pública puede ofrecer”.

Referencias

1. Informe mundial sobre el cáncer 2014, IARC.
2. Eleta M, BamBaci F. Trabajo observacional PET-TC. *Colina RadioGraphics* 2016;36:142-161.
3. Parker C, Nilsson S, Heinrich D, y cols. Alpha emitter radium-223 and survival in metastatic prostate cancer. *N Engl J Med.* 2013;369:213-223.
4. Nikolic I, Anderson E. Chronic Emergency Why NCDS Matter. Documento de debate sobre Salud, Nutrición y población. Banco Mundial. 2011.
5. Torres, R. *Revista ISalud.* Vol 10, N.º 48, pág 22, agosto 2015.
6. Estudio Planning cancer control in Latin America and the Caribbean. Sociedad Latinoamericana y del Caribe de Oncología Médica (SLACOM). Abril 2013.

Nuevas fronteras en inmunología y cáncer

Coordinador: Diego Croci.

Secretario: Diego Enrico.

Panelistas expertos: Daniel Lewi, Ada Bildnerm, Mariana Salatino, Daniel Cutuli.

Nuestra enriquecedora mesa de desayuno con expertos estuvo integrada por médicos oncólogos e investigadores del Laboratorio de Inmunopatología del Instituto de Biología y Medicina Experimental (IBYME). Luego de décadas de intentos poco fructíferos, la inmunoterapia del cáncer, se ha establecido como opción principal entre el panel de tratamientos disponibles para el oncólogo a partir del surgimiento del nuevo concepto de mecanismo para combatir el tumor: los “*checkpoint* inmunológicos”. En nuestra discusión, quedó plasmado cómo esta terapéutica ha revolucionado, en los últimos años no solo el ambiente médico, sino también, el de los investigadores básicos, quienes han aportado las bases para el desarrollo de estos tratamientos. El avance del conocimiento en este campo viene dándose de manera exponencial. Durante el encuentro, se analizaron varios puntos respecto a estos tratamientos desde la visión del médico y del investigador.

El primer tema que se abordó fue el infiltrado linfocitario tumoral. Si bien la evidencia demuestra el rol del TIL como factor pronóstico en ciertos tumores, su rol como factor predictivo está poco claro, y este fue un asunto clave de discusión. Se llegó a la conclusión de que no solo es útil contar con un factor predictivo de respuesta a estas terapias, sino también, que es importante caracterizar ese infiltrado linfocitario tan heterogéneo, formado, entre otros, por linfocitos T CD8+ citotóxicos, además de por T reguladores.

Hasta ahora, no se ha identificado y validado una característica inmunológica o tumoral clara que determine respuesta a la terapéutica anti-CTLA-4, PD-1 o PD-L1. Si bien la determinación por inmunohistoquímica de PD-L1 ha demostrado en los estudios ser un factor predictivo, todos estuvieron de acuerdo con que no solo no existe un cut-off claro, sino que su positividad no parece ser un factor excluyente para la efectividad de los tratamientos inmunológicos, como bien lo reflejan los ensayos clínicos. Desde su perspectiva, los investigadores básicos de nuestra mesa creen que esto se debe a que la expresión de dicho marcador es dinámica y una biopsia hecha varios meses antes de instaurar el tratamiento nos da una imagen estática del marcador en ese momento. Un tema muy importante fue el patrón de respuesta que se produce con la inmunoterapia y su amplia diferencia con la quimioterapia y la terapia target, a la cual los oncólogos deben adaptarse. Al entender el mecanismo de acción de los inhibidores de *checkpoint* inmunológicos, los oncólogos clínicos concordaron en que se debería evaluar a los pacientes no con los clásicos criterios RECIST o WHO, sino con criterios alternativos como los irRC (*immune related response criteria*).

En cuanto a los efectos adversos de los nuevos agentes inmunológicos, sobre todo, los anti-PD-1 y PD-L1, los oncólogos clínicos de la mesa expusieron que la mayoría de los médicos está empezando a tener mayor experiencia en el manejo de esta

medicación. Si bien algunos ya la están usando hace tiempo, fundamentalmente, en el marco de protocolos de investigación, recién este año se comenzó a masificar su utilización. El perfil tóxico de los nuevos agentes inmunológicos de la vía PD-1/PD-L1 es muy diferente a los demás recursos terapéuticos clásicos, como la quimioterapia o la terapia target. Incluso, se discutió la diferencia de toxicidad con los anti-CTLA-4 tomando como base el diferente punto de bloqueo en la cascada inmunológica, de los cuales se dispone mayor experiencia en la práctica clínica diaria. Los médicos acordaron que, si bien los anti-PD-1/PD-L1 presentan menos efectos adversos y un perfil manejable, se necesita mayor experiencia y más datos de fármaco-vigilancia. Aún queda por responder el interrogante de los pacientes oncológicos con enfermedades autoinmunes, quienes fueron excluidos de los ensayos clínicos.

Otra cuestión fundamental que surgió en el debate fue el posible rol de la quimioterapia y la radioterapia como potenciadores de la respuesta inmunitaria, ya que permiten aumentar la liberación de antígenos y facilitan el trabajo de las células presentadoras. Lejos de pensar la quimioterapia como competencia de la inmunoterapia, según la visión de los integrantes de la mesa, ambas podrían ser buenos recursos si se utilizan en conjunto. Todos acordaron en que se necesitarán evidencias más sólidas sobre cómo secuenciar estos tratamientos.

Debido a que ya se conocen varios de los mecanismos de resistencia a los inhibidores de *checkpoint* inmunológicos, en nuestros días, muchos grupos de investigación, entre los que se encuentran varios integrantes de la mesa, están trabajando en sortear estas resistencias mediante nuevas moléculas. Como conclusión de este punto quedó plasmado que una mejor comunicación entre médicos e investigadores a través de la investigación traslacional ayudaría a llevar estos proyectos directamente al paciente de forma más acelerada.

Hacia el final del encuentro, se habló de la necesidad de contar con evidencia científica más fuerte, que permita una mejor selección de los pacientes que se beneficiarán con este tipo de tratamiento, sobre todo, por el advenimiento a la clínica de muchos más inhibidores de *checkpoint*

inmunológicos en un futuro próximo. El costo actual de estos tratamientos para el sistema de salud hace imprescindible mejorar la selección de pacientes que tendrán un beneficio clínico.

Quedó finalmente reconocida la gran utilidad de este tipo de reuniones multidisciplinarias para la discusión y el intercambio de conocimiento de todos los actores de nuestra comunidad médica y científica.

Manejo terapéutico del cáncer de riñón

Coordinador: Celia Brosio.

Secretario: Darío Niewiadomski.

Panelistas expertos: Soledad Aguirre, Víctor Pardo, Liliana Chiachiarelli, Esteban Casabé, Claudio Koren, Héctor Vicente, Yanina Pfluger.

Resumen

Se mencionaron temas relacionados con la década de existencia del tratamiento con las sunitinib en el cáncer renal. En la actualidad, hay conocimientos nuevos y aparición de otros blancos moleculares; además del tratamiento con inmunoterapia. Hoy los pacientes con tumores renales metastásicos pueden vivir mucho tiempo con la enfermedad. Los puntos claves a tener en cuenta: a qué paciente tratar, con qué fármacos y cuándo. Por eso, hay que tratar de buscar el “traje a medida” para cada uno, para conseguir el mayor beneficio con el tratamiento y la mejor calidad de vida posible. En décadas anteriores, se utilizó interferón e interleukinas, pero ya se han dejado de lado.

Se realizaron intercambios sobre el perfeccionamiento del tratamiento quirúrgico por vía laparoscópica, con robótica, y sobre la importancia de la cirugía del tumor local en términos de su beneficio. También, se conversó acerca de las complicaciones de manejar a los pacientes en el ámbito público en la provincia de Buenos Aires, donde escasean el personal de salud y los recursos y, por lo tanto, es mucho más fácil practicar nefrectomías totales que parciales. Se coincide en la línea del beneficio de la nefrectomía total en pacientes estadios IV. Frente a la pregunta por las punciones de tumores renales, se explica que las complicaciones de esas técnicas son los sangrados y no, la diseminación. Con respecto a las nefrectomías totales, se sostuvo que debe informarse el número de ganglios linfáticos y si hay afección.

En cuanto a la radioterapia, se recalca la importancia de la radioterapia estereotáxica en aquellos que no son candidatos al tratamiento quirúrgico, a pesar de que este último sea el *gold standard*. No está indicado el tratamiento radiante en estadios III, ya que no aportó beneficios en términos de supervivencia global ni de período libre de enfermedad. Ante la recidiva, si se puede, hay que irradiar la zona.

En los estadios I-II y III, lo indicado es el control luego de la nefrectomía.

En los estadios IV, es importante realizar nefrectomías totales de riñones afectados porque, por un lado, se reduce el volumen de la enfermedad y, por el otro, es factible que haya algún grado de respuesta favorable.

La 1ra. línea de tratamiento: sunitinib y pazopanib. En el caso de los pacientes tratados con sunitinib, se debe comenzar con esquema 4/2 y, si no lo toleran, pasar a 2/1. La HTA es un signo marcador de respuesta. No se usa el temsirolimus, ya que implica tratamientos semanales endovenosos que provocan la disminución de la calidad de vida.

La 2da. línea: axitinib/everolimus.

Gracias a los resultados del estudio CheckMate 025, se comienza a utilizar nivolumab 3 mg/kg, porque presenta baja toxicidad. Tarda entre 2 y 3 meses en tener algún tipo de respuesta. No es un tratamiento apto para quienes tienen una rápida progresión y en los que se busca una respuesta rápida. Tener en cuenta la pseudoprogresión que puede estar

relacionada con inflamación tumoral. No es progresión franca.

Conclusiones

Ejecutar racionalmente el recurso económico sin dejar de hacer la mejor indicación para cada caso en particular y tratar de buscar el "traje a medida" para cada paciente para obtener el mejor beneficio manteniendo la calidad de vida.

Biomarcadores de mama

Coordinador: Boris Elsner.

Secretario: Analía Filippini.

Panelistas expertos: Cecilia Nally, Mónica Rondinon, Antonio Arra, Mónica Carassai.

Resumen

Los avances científicos de la Biología molecular han posibilitado el estudio de los diferentes aspectos del comportamiento biológico de los tumores de mama. La identificación de diversas alteraciones bioquímicas, moleculares y genéticas en las células neoplásicas brinda información importante acerca del comportamiento biológico del tumor y la posible respuesta a la radioterapia o a la quimioterapia y, por lo tanto, orienta la terapéutica.

En forma rutinaria, se realiza la detección del receptor de estrógeno, de progesterona, del HER2 y del Ki67 en los carcinomas de mama. Su determinación se efectúa a través de técnicas de inmunohistoquímica estandarizadas y debe hacerse en laboratorios validados, con experiencia en esta disciplina y sujetos a controles de calidad internos y externos.

El éxito en la detección depende de diversos factores dentro de la fase preanalítica y analítica, como tiempo de ischemia fría, tiempo transcurrido entre la toma de la biopsia y el inicio de la fijación; tiempo de fijación, subfijación, menor a una hora, o sobrefijación, mayor a 72 horas; tipo de fijador a utilizar, formol buffer al 10%; selección de la muestra de tejido a evaluar; así como también, el tratamiento al que se sometió el tejido, que puede alterar la inmunorreactividad, por ejemplo, descalcificación.

Con respecto a los receptores de estrógeno y progesterona, debe figurar en el informe

anatomopatológico el porcentaje de células marcadas y la intensidad de la coloración. Pueden usarse *scores*, siempre y cuando sean interpretables y validados clínicamente; por ejemplo, *score* de Allred.

Con respecto al marcador de proliferación celular, el Ki67 siempre ha sido considerado un factor predictivo y pronóstico; sin embargo, continúa siendo controversial su punto de corte.

La identificación de los carcinomas que presentan amplificación/sobreexpresión de HER2 dará lugar a un tratamiento específico. Este se informará como POSITIVO (*score* 3+), NEGATIVO (*score* 0 y 1+) o DUDOSO/EQUÍVOCO (*score* 2+). En este último caso, deben realizarse técnicas de hibridación *in situ* (FISH/SISH).

Con respecto a la clasificación molecular de los carcinomas de mama, encontramos el Luminal A, el Luminal B, el HER2 y los triple negativos; y dentro de este último, diferentes subtipos con distinto pronóstico. Aún no existe terapia target para este subgrupo de carcinoma mamario.

Las plataformas moleculares no están disponibles en nuestro medio. Sin embargo, la detección de los cuatro marcadores por inmunomarcación ha resultado muy útil para clasificar los tumores y para proveer información pronóstica y predictiva.

Oncogeriatría

Coordinador: Adrián Hannois.

Secretario: Rubén D. Rampa.

Panelistas expertos: María Teresa Carvajal, Noemí Garro, Martina Cayo, Miguel Samec, Sebastian Salinas, Mario González Muñoz.

Resumen

En nuestro país, los mayores de 65 años representan el 10,23% de la población. La esperanza de vida al nacer es de 76 años, la expectativa de vida es de 73 años en hombres y 79 años en mujeres.

Alrededor del 60% de todos los cánceres y el 70% de los fallecimientos por esta causa se da en mayores de 65 años.

Tanto los tumores de próstata y colon en hombres como los de mama y colon en mujeres son los de mayor frecuencia en este grupo etario.

Existen dificultades particulares del grupo en cuanto a la prevención primaria: prejuicio médico, aislamiento del individuo, inadecuada educación sanitaria.

En los pacientes que requieren tratamiento, es importante tener en cuenta las siguientes particularidades para realizar una adecuada selección: estado funcional y nutricional; comorbilidades; polifarmacia; psiquismo, los ancianos manejan peor la enfermedad que los jóvenes, ya que se acrecienta la percepción de su imagen corporal alterada; socio-económico, se perciben como una "carga" familiar, el "gasto de bolsillo", el paciente institucionalizado.

En cuanto a la quimioterapia, tanto la adyuvante como en avanzados, hay que recordar que los ancianos están poco representados en los ensayos clínicos, por lo que sugerimos, en forma general,

iniciar con el 80% de la dosis usual y con intervalos no menores a los 28 días.

Recordar que la hormonoterapia es una alternativa válida en muchos de ellos.

Conclusiones

1. Seleccionar adecuadamente al paciente, basándose en el *performance status*, el beneficio esperado, las comorbilidades y el medio socio-familiar.
2. Emplear esquemas con toxicidad aceptable y manejable, a dosis e intervalos "adaptados al grupo" y con monitoreo estricto.
3. Reunirse semanalmente en ateneo o comité de tumores. Armar un grupo interdisciplinario de trabajo.

Nutrición y cáncer

Coordinadora: María Teresa Gorrini.

Secretaria: Silvina Tasat.

Panelistas expertos: Daniel H. Cutuli, Norma Barroso, Matilde Israel, Gabriela Klirczic, Fabiana Coego, Alicia N. Corrado.

Resumen

Luego del intercambio de ideas y experiencias, concluimos que es necesaria una evaluación nutricional del paciente desde el momento del diagnóstico de la enfermedad.

Aun en el paciente eunutrido, se debe hacer un seguimiento periódico de su estado nutricional y, en caso de que este no lograra el 100% del requerimiento, hay que incorporar un suplemento con inmunomoduladores, como aceite de pescado rico en ácidos grasos Omega 3, suplementos hipercalóricos e hiperproteicos.

El 40% al 80% de los pacientes con patología oncológica tiene deterioro del estado nutricional con distinto grado de dificultad según localización y tipo de tumor: los de estómago y tracto digestivo superior son los más caquetizantes —se creía que el mayor era de cabeza y cuello— y los menos son los de mama, próstata y pulmón.

Siempre hay que actuar en forma preventiva.

Es aconsejable realizar un seguimiento conjunto y trabajar en un equipo formado por oncólogos y nutricionistas para lograr mayor tolerancia al tratamiento, menor cantidad de días de internación y menores índices de infecciones.

La respuesta inmune depende, fundamentalmente, del estado nutricional.

Se recomienda la utilización de la Valoración Global Subjetiva (VGS).

En los casos necesarios y posibles, la indicación debe ser una buena alimentación enteral, confort y calidad de vida. En el paciente terminal, brindarle confort.

El estrés laboral de los profesionales de la salud. Síndrome de Burnout y fatiga compasiva, ¿dos cuadros diferentes?

Coordinadora: Dra. María del Carmen Vidal y Benito

Secretaria: Luisina Onganía.

Panelistas expertos: Marcela Ferro, Janeth Lara Alcantara, Ernesto Gil Deza, Diego Juarez, Luciana Fernández.

Resumen

El Burnout (BO) y la Fatiga Compasiva (FC) no son enfermedades psiquiátricas. Se trata de cuadros que se presentan en el ámbito laboral. Ambos casos se desarrollan a través de un proceso paulatino. No ocurre de un día para otro. Frente al desgaste que produce el trabajo cotidiano con los pacientes y con su sufrimiento, el profesional adopta estrategias de que le permiten afrontar aquello que inevitablemente le afecta. En algunas ocasiones, el resultado es exitoso; pero en otras, los profesionales pueden sentirse sobrepasados.

El agotamiento psíquico suele aparecer en profesiones cuya tarea central consiste en el vínculo e intercambio con el otro. Muchos profesionales de la salud manifiestan estar “quemados” y tienen la certeza de padecer el síndrome de BO. Sin embargo, el simple agotamiento emocional no configura lo que conocemos como BO. Para que el cuadro se revele, deben estar presentes las tres dimensiones del síndrome: 1. Agotamiento emocional alto, 2. Despersonalización alta y 3. Realización personal baja.

Todas las profesiones que tienen un alto componente de vocación de servicio, de placer por ayudar y reconfortar al otro conllevan las adversidades y el desgaste que genera la atención de pacientes. Este desbalance se complementa por la satisfacción de la asistencia. De todos modos, no debemos olvidar que hablamos de un proceso, por eso, solo cuando aparecen dos de las tres dimensiones del BO, podemos pensar en el concepto de riesgo.

La Fatiga por Compasión es un fenómeno que describió el Dr. Charles Figley luego de observar que muchos rescatistas presentaban síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), sin ser ellos las víctimas.

Esta situación, también, se advierte en aquellos profesionales de la salud, cuando se produce una pérdida de la distancia operativa por identificación masiva con las víctimas y los profesionales presentan la sintomatología de un TEPT secundario. Así como nos referíamos a la satisfacción personal en la escala de BO de Maslach, en este caso, podemos hablar de “satisfacción compasiva”, que es la que retorna al profesional luego de ayudar al paciente; la sensación de que cumplió con ese plus de “ayudar a la especie” con una actitud gregaria.

Para ambos cuadros, resulta imprescindible pensar en factores de protección. Existen componentes personales, institucionales, de la tarea en sí, entre otros. Para poder resolverlos, la propuesta es establecer estrategias que regulen la relación médico-paciente, atravesada por avances tecnológicos y formas de comunicación nuevas, y organizar la tarea con mayor precisión en tiempos, obligaciones, desarrollo y demás.

Hacia el final del intercambio, se comparten experiencias y se plantea la importancia de cuidarse a uno mismo como persona y profesional, y hacer esto extensivo a todo el equipo de trabajo.

Fortaleciendo el liderazgo y la unión en enfermería oncológica. Nuevos desafíos

Constanza Celano, Fernanda Roca

A partir de la necesidad de sentirnos representadas y agrupadas y en la búsqueda de nuestra identidad como profesionales, nos acercamos a la Sociedad Argentina de Cancerología, donde rápidamente nos propusieron fundar el capítulo de Enfermería; y sin dudar, iniciamos nuestras actividades con muchas ganas de trabajar.

Creemos que es fundamental la presencia y visión de la enfermería oncológica dentro del equipo multidisciplinario que aborda la atención del paciente oncológico. Aportamos una visión especial, tenemos una mirada del cuidado diferente y jugamos un papel esencial en el tratamiento de los pacientes oncológicos.

Quiénes somos

Nosotras somos licenciadas en Enfermería con diferentes posgrados, contamos con una amplia experiencia en oncología, hemos liderado equipos y nos convertimos en líderes de opinión a nivel nacional formando parte de diferentes grupos interdisciplinarios.

Como enfermeras oncológicas conscientes y responsables, sentimos la necesidad de brindar cuidados de calidad, y para ello, necesitamos desarrollar instrumentos para determinar si los enfermos oncológicos reciben efectivamente esos cuidados: los estándares de la práctica proporcionan el marco para desarrollar indicadores clínicos específicos que permiten mensurar nuestras intervenciones profesionales.

Objetivos

Los objetivos del capítulo están orientados a

- Establecer un espacio de encuentro para todos los enfermeros que trabajan en los diferentes servicios de oncología de nuestro país y que deseen formar parte de esta sociedad, a fin de fomentar el mutuo conocimiento y afianzar los lazos de solidaridad y el intercambio de experiencias profesionales.
- Debatir y actualizar estándares y normas de calidad en enfermería oncológica.
- Desarrollar y coordinar programas de actualización en enfermería oncológica.
- Crear espacios y fomentar la presencia de enfermería en los ámbitos de encuentro científico junto con sociedades médicas del área de la oncología.
- Motivar a los enfermeros a participar en el crecimiento de la especialidad colaborando, orientando y facilitando la divulgación de investigaciones propias en enfermería oncológica.
- Favorecer el desarrollo y la participación de líderes de enfermería oncológica.
- Crear un espacio para favorecer la capacitación de capacitadores.

Nuestros valores

- Responsabilidad.
- Equidad.
- Excelencia.
- Inclusividad.
- Integridad.
- Respeto.

Orgullosas de ser pioneras en este emprendimiento y con el apoyo de los miembros de la Sociedad, deseamos fomentar un espacio de encuentro, intercambio de conocimientos, debates y actualización, y propiciar la investigación y la educación.

Nuestro objetivo fundamental es generar conocimiento aplicable a la realidad de nuestra población y a la infraestructura de los diversos centros de atención; y para ello, invitamos a nuestros colegas a participar y a abrir el marco de discusión.



Somos una compañía especializada en brindar servicios de información y generación de contenidos para la Industria Farmacéutica y las Instituciones de Salud, agregando valor en cada una de nuestras comunicaciones, a través de nuestros canales: Editorial, On-line y Contact Center.

www.contentmedicine.com



+54 11 3220 3380



info@contentmedicine.com



LATAM Office

Rep. de Eslovenia 1961 piso 3 (1426)
Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

USA Office

7098 Bonita Drive (33141)
Miami, Florida, EE.UU.

AlcanZar

Programa de apoyo al paciente



Es un servicio de asesoramiento e información a pacientes para la tramitación del producto de AstraZeneca objeto del tratamiento indicado.

Comunicándose con el programa podremos brindarle al paciente:

INFORMACIÓN sobre los requisitos para presentar en su obra social

SOPORTE TELEFÓNICO a lo largo de cada una de las etapas administrativas y hasta la aprobación del tratamiento



0800-888-2929

LUNES A VIERNES DE 9 A 13hs. Y 14 A 18hs.

AstraZeneca 
El poder de la ciencia



Prestaciones en Oncología

Provisión, fraccionamiento y dilución
de medicamentos citostáticos

- Optimización de los costos de tratamiento por fraccionamiento de dosis.
- Validación farmacéutica de la prescripción médica.
- Control exhaustivo de todos los procesos con supervisión farmacéutica permanente.
- Seguimiento de la trazabilidad del medicamento desde su recepción hasta su fraccionamiento y posterior dispensación.
- Sistema de gestión de calidad que avala la trazabilidad, seguridad y eficacia del tratamiento destinado al paciente.



Tel.: (54 11) 5218-8072
info@saludysoluciones.com



Se sugiere el control por equipo de Soporte Nutricional para detectar
riesgos nutricionales en su paciente oncológico.



Tel.: (54 11) 4809-3323
usn@saludysoluciones.com

www.saludysoluciones.com

cittrak[®]

Pazopanib



Un mejor futuro para sus pacientes.

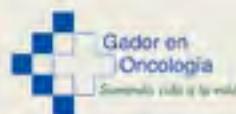


➤ En carcinoma de células renales avanzado.⁽¹⁾

➤ En el tratamiento de determinados subtipos de Sarcoma de Tejidos Blandos (STB) avanzado.⁽¹⁾



➤➤➤➤➤ Presentaciones:
200 y 400 mg x 30 comprimidos



Stivarga®

(regorafenib) comprimidos 40 mg

Ahora aprobado por ANMAT para el tratamiento de Tumores del Estroma Gastrointestinal o GIST

STIVARGA® 40 mg está indicado para el tratamiento de pacientes con tumor del estroma gastrointestinal (GIST) localmente avanzado, irresecable o metastásico que han sido tratados previamente con imatinib y sunitinib. También está indicado para el tratamiento de pacientes con cáncer colorrectal (CCR) metastásico que fueron tratados previamente con quimioterapia a base de fluoropirimidinas, oxaliplatino e irinotecan, y un agente anti-VEGF, y, si presentan el gen KRAS de tipo silvestre, terapia con un agente anti-EGFR.

STIVARGA® 40 mg. Composición: cada comprimido recubierto tiene Regorafenib 40 mg. **Acción terapéutica:** grupo farmacoterapéutico: agentes antineoplásicos; inhibidor de proteínas cinasas. **Indicaciones:** STIVARGA® está indicado para el tratamiento de pacientes con cáncer colorrectal metastásico (CCR) que fueron tratados previamente con quimioterapia a base de fluoropirimidinas, oxaliplatino e irinotecan, y anti-VEGF, y el presentar el gen KRAS de tipo silvestre, terapia con anti-EGFR. STIVARGA® está indicado para el tratamiento de pacientes con tumor del estroma gastrointestinal (GIST) localmente avanzado no resecable o metastásico, que han sido tratados previamente con imatinib y sunitinib. **Acción farmacológica:** el Regorafenib es un agente oral de desactivación tumoral que bloquea de manera potente múltiples proteínas cinasas, incluidas las cinasas que intervienen en la angiogénesis tumoral (VEGFR 1, 2, 3, TIE2), en la oncogénesis (KIT, RET, RAF-1, BRAF y GRAP2308) y en el silenciamiento tumoral (receptor del factor de crecimiento derivado de plaquetas (PDGFR), receptor del factor de crecimiento de los fibroblastos (FGFR). **Posología y forma de administración:** la dosis recomendada es de 160 mg de Regorafenib (4 comprimidos de STIVARGA®) cada uno con 40 mg de Regorafenib, tomado por vía oral una vez por día durante 3 semanas de terapia seguida de 1 semana sin terapia para completar un ciclo de 4 semanas. El tratamiento debe continuar mientras se observe un beneficio o hasta que ocurra una toxicidad insoportable. Modificación de la dosis es posible que se requieran disminuciones o reducciones de la dosis en función de la seguridad y la tolerabilidad individual. Las modificaciones de la dosis se aplicarán en pasos de 40 mg (en consecuencia la dosis diaria más baja recomendada es de 80 mg. La dosis diaria máxima es de 160mg). **Contraindicaciones:** hipersensibilidad conocida al principio activo Regorafenib o a cualquiera de los excipientes. No se conocen otras contraindicaciones hasta el momento. **Efectos adversos:** se observaron reacciones adversas más frecuentes: infección, trombocitopenia, anemia, disminución del apetito, cefalea, hemorragia, hepatomegalia, diarrea, disarrea, astenias, vómitos, náuseas, hiperbilirrubinemia, reacción cutánea de manos y pies, angioedema, alergia, fatiga, dolor, fiebre, inflamación de las mucosas, pérdida de peso. **Precauciones:** leucopenia, hipotensión, hiporalemia, hipofosfitemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, hipopotasemia, hiponatremia, hipomagnesemia, hipercalcemia, hipertermia, trastornos del gusto, boca seca, reflujo gastroesofágico, gastroenteritis, aumento de las transaminasas, piel seca, erupción exfoliativa, rigidez muscular esquelética, prurito, aumento de la enzima, aumento de la lipasa, índice internacional normalizado anormal. **Poco frecuentes:** reacciones de hipersensibilidad, eructo de incómodo, erupción de moruellos, crisis hipertensivas, perforación gastrointestinal, fístula gastrointestinal, lesión hepática grave. **Termino de las afecciones:** síndrome de intestino corto. **Raras:** carcinoma cutáneo de células escamosas, síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible, síndrome de Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica. **Reacciones adversas hematológicas:** disminución de la hemoglobina, disminución del recuento de plaquetas, disminución del recuento de neutrófilos, disminución del recuento de linfocitos, disminución del calcio, disminución de la potasio, disminución del sodio, disminución de la creatinina, aumento de ALT y AST, gastritis, aumento del índice internacional normalizado, aumento de la lipasa, aumento de la enzima. **Advertencias y precauciones:** Tenga especial cuidado con Stivarga: si tiene algún problema hepático; si tiene o tiene problemas de sangre; si está tomando warfarina o algún otro medicamento que haga que la sangre sea menos espesa para prevenir coágulos de sangre; si tiene dolor de pecho o problemas cardíacos; si tiene presión arterial alta; si tiene problemas graves de estómago e intestinos; si experimenta problemas en la piel; si ha tenido recientemente o tendrá un procedimiento quirúrgico. **Advertencia:** no existe un antídoto específico para la subunidad de STIVARGA®. En caso de que se sospeche una sobredosis, debe interrumpirse inmediatamente el STIVARGA®. Un profesional médico debe implementar el mejor soporte de apoyo, y el paciente debe quedar en observación hasta su estabilidad clínica. Ante la eventualidad de una sobredosis, consumir al hospital más cercano o comunicarse con los centros de toxicología. En Argentina: Hospital de Pediatría Ricardo Gutiérrez. Tel.: (011) 480-4882247. Hospital A. Posadas. Tel.: (011) 4054-9448/4848-7377. Centro de Asesoría Toxicológica La Plata - Tel.: (0221) 481-898. **Presentación:** Stivarga® viene con 28 comprimidos recubiertos o caja con 28 veces con 28 comprimidos recubiertos cada uno. ESTE MEDICAMENTO DEBE SER USADO EXCLUSIVAMENTE BAJO PRESCRIPCIÓN Y VIGILANCIA MÉDICA Y NO PUEDE REPLAZARSE SIN NUEVA RECETA MÉDICA. Conserve a temperatura ambiente no mayor a 25 °C. Mantener este y todos los medicamentos fuera del alcance de los niños. Importado y distribuido por: BAYER S.A. Ricardo Gutiérrez 302 (BARRIO) Munro, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Especialidad médica autorizada por el Ministerio de Salud, Certificado No.5725. Fecha de última revisión: 6/2015 cada el D. Verifique los datos actualizados.