

# **Consultorio de atención clínica de adultos jóvenes sobrevivientes de cáncer en la infancia y adolescencia.**

**María Pía Majdalani.**

Médica Clínica

Magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (UNLA)

Doctoranda en Salud Colectiva (UNLA)

**Programa de Medicina Interna General. Hospital de Clínicas “José de San Martín”**

# INTRODUCCION

- El tratamiento multimodal en el cáncer pediátrico generó un marcado aumento de la sobrevida en las últimas tres décadas.
- **SEER-NCI de los EU: cáncer pediátrico** (National Cancer Institute, 2014)
  - Sobrevida relativa a 5 años de **67.9% en 1980-84**
  - Sobrevida relativa a 5 años de **80% en el 2002**
- **ROHA:**
  - **sobrevida global a 36 meses: 61.7% 2000-2007.**  
(Moreno et al, ROHA, Instituto Nacional del Cáncer, 2012)

- **Los sobrevivientes de cáncer pediátrico pueden padecer, como consecuencia de la neoplasia padecida o el tratamiento oncológico recibido, complicaciones de salud a mediano y largo plazo.**
- **Constituyen una población que requiere cierta especificidad en el seguimiento clínico a través del tiempo.**

# EFFECTOS TARDÍOS FRECUENTES

(Neglia 1994, Hudson, Mertens\_et al 2003, NCI 2014).

SOCIALES	PSICOLÓGICOS	ORGÁNICOS	SEGUNDAS NEOPLASIAS (x 3-20 veces)
Inserción social-escolar.	Desorden de stress post-traumático.	Cognitivas.	Tumores sólidos.
Inserción laboral.	Depresión	Crecimiento y desarrollo.	Leucemia 2° Linfoma
Cobertura de salud.	Trastornos de ansiedad.	Endócrinas.	Melanoma
		Sexual y reproductiva.	
		Respiratorias. Cardiológicas.	

# Propuesta actual de cuidado clínico post-tratamiento

- **Cuidado de salud integral y longitudinal.**
- **Rastreo y vigilancia de efectos tardíos según enfermedad primaria y tratamiento recibido.**
  - COG-Long Term Follow-up Guidelines for Survivors of Childhood, Adolescent or Young Adult Cancers.

# **INTENTAMOS**

- **Dar continuidad al cuidado de salud post-tratamiento oncológico de esta población.**
- **Facilitar el pasaje del ámbito pediátrico al de adultos.**
- **Disminuir la fragmentación del cuidado de salud.**

## Transición

- Transferencia planificada de los adolescentes desde:
  - el tratamiento oncológico al clínico.
  - el ámbito pediátrico al de adultos.

## Modelo compartido de atención de la salud.

- Seguimiento clínico a largo plazo por médico clínico en fluida interacción con el equipo oncológico y otras especialidades médicas.

# **Población**

- **Se relevó la información de un total de 83 jóvenes, que concurrieron al PMIG entre 2007 y 2014. Actualmente son 125.**
- **Constituida por 40 mujeres y 43 varones con una mediana de edad de 21 años.**
- **Cerca del 85% vive con su madre y/o padre y hermanos. El 38,5% refirió tener pareja.**

## Características socio-demográficas

VARIABLES	MUJERES n 40 % (48,2%)	VARONES n 43 %(51,8%)	TOTAL n 83
Lugar de residencia			
CABA	4 (10,0%)	6 (14,0%)	10 (12,0%)
Buenos Aires	35 (87,5%)	30 (69,8%)	65 (78,3%)
Resto del país	1 (2,5%)	7 (16,3%)	8 ( 9,6%)
Nivel escolaridad			
hasta 7 años	7 (17,5%)	6 (14,0%)	13 (15,7%)
8 a 12 años	24 (60,0%)	23 (53,5%)	47 (56,6%)
Situación laboral			
empleo formal	3 ( 7,5%)	5 (11,6%)	8 ( 9,6%)
empleo informal	6 (15,0%)	13 (30,2%)	19 (22,9%)
sin empleo	31 (77,5%)	25 (58,2%)	56 (67,5%)
Sin obra social, prepaga ni otro.	23 (57,5%)	25 (58,1%)	48 (57,8%)

## Características de la enfermedad oncológica padecida y su tratamiento.

- **La mayoría de los jóvenes (85,5%) habían realizado el tratamiento oncológico en el Hospital Garraham.**
- **La mediana de edad de diagnóstico fue de 8 años para las mujeres y 6 años para los varones.**
- **El 11,0% del total de jóvenes había padecido una segunda neoplasia maligna (SNM) o recaída.**

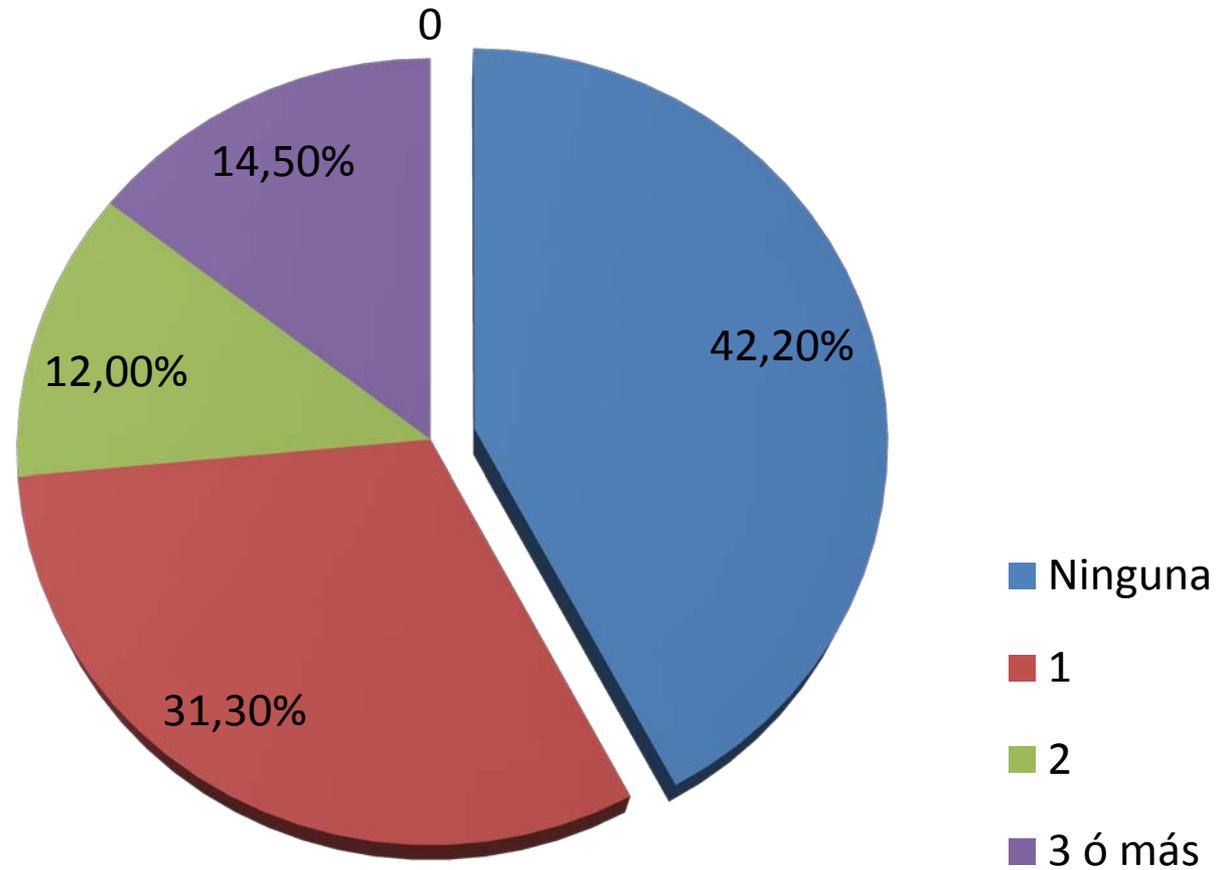
## Enfermedad oncológica padecida y su tratamiento recibido.

Características	Mujeres n(%)	Varones n(%)	Total n(%)
1° Enfermedad			
Leucemias	26 (65,0%)	33 (76,7%)	59 (71,1%)
Linfomas	4 (10,0%)	7 (16,3%)	11 (13,3%)
T. SNC	3 ( 7,5%)	1 ( 2,3%)	4 ( 4,8%)
Otros	7 (17,5%)	2 ( 4,7%)	9 (10,8%)
Tratamientos			
Quimioterapia	40 (100%)	43 (100%)	83 (100%)
Glucocorticoides	26 (65,0%)	30 (69,8%)	56 (67,5%)
Radioterapia	14 (35,0%)	17 (39,5%)	31 (37,3%)
Cirugía	10 (25,0%)	6 (14,0%)	16 (19,3%)
Trasplante de MO	3 ( 7,5%)	9 (20,9%)	12 (14,5%)

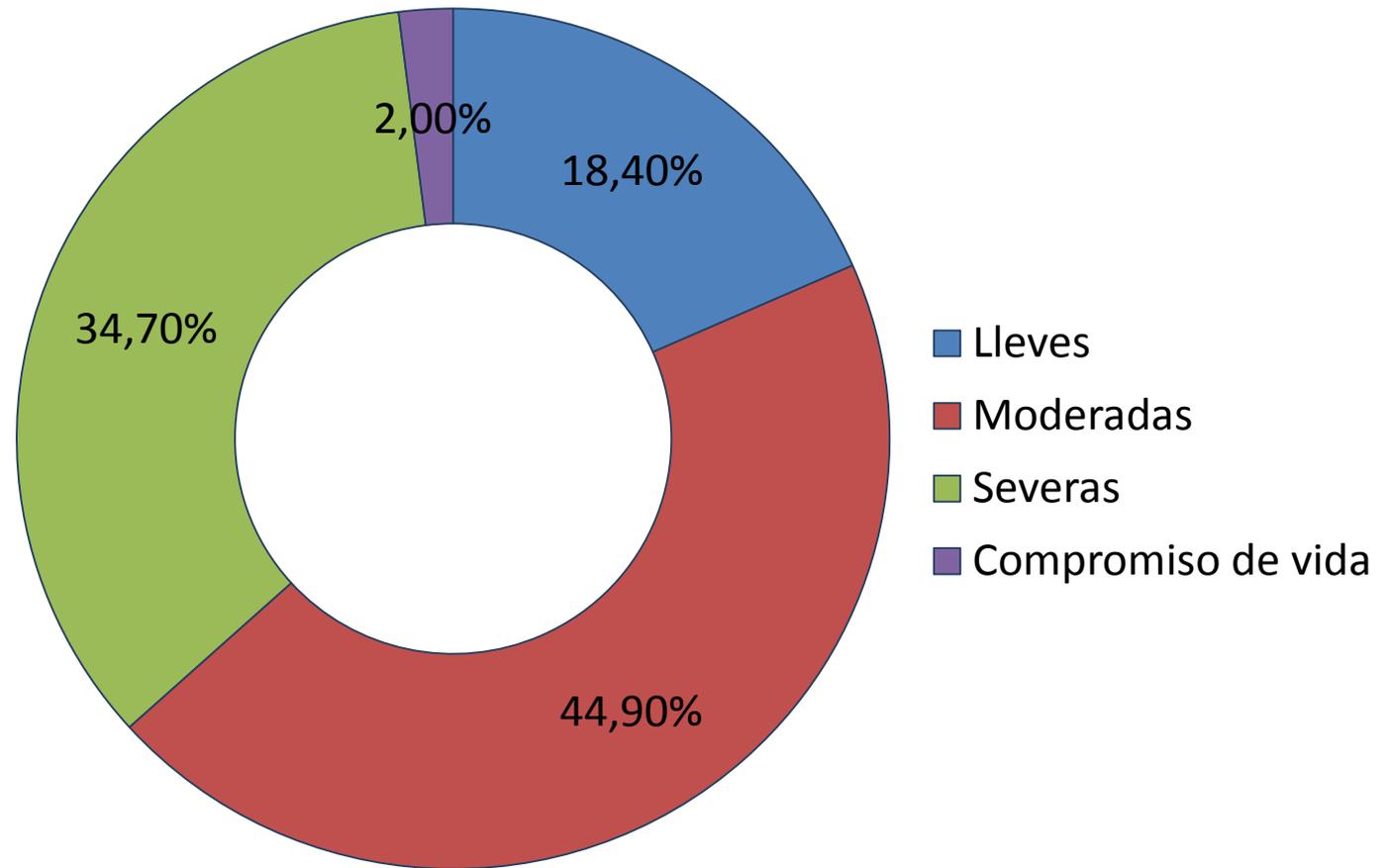
# Características clínicas

Características	Mujeres n(%)	Varones n(%)	Total n(%)
Fumadores	2 (5,0%)	7 (16,7%)	9 (11,0%)
Con consumo de riesgo de alcohol	2 (5,0%)	12 (29,3%)	14 (17,3%)
Realizaban actividad física	11 (27,5%)	21 (50,0%)	32 (39,0%)
Ánimo triste	7 (17,9%)	5 (11,9%)	12 (14,8%)
Anhedonia	5 (12,8%)	6 (14,3%)	11 (13,6%)
Años de sobrevida post-tratamiento mediana (rango)	13,5 (4-21) años	14,5 (1-22) años	14,0 (1-22) años

# Complicaciones tardías

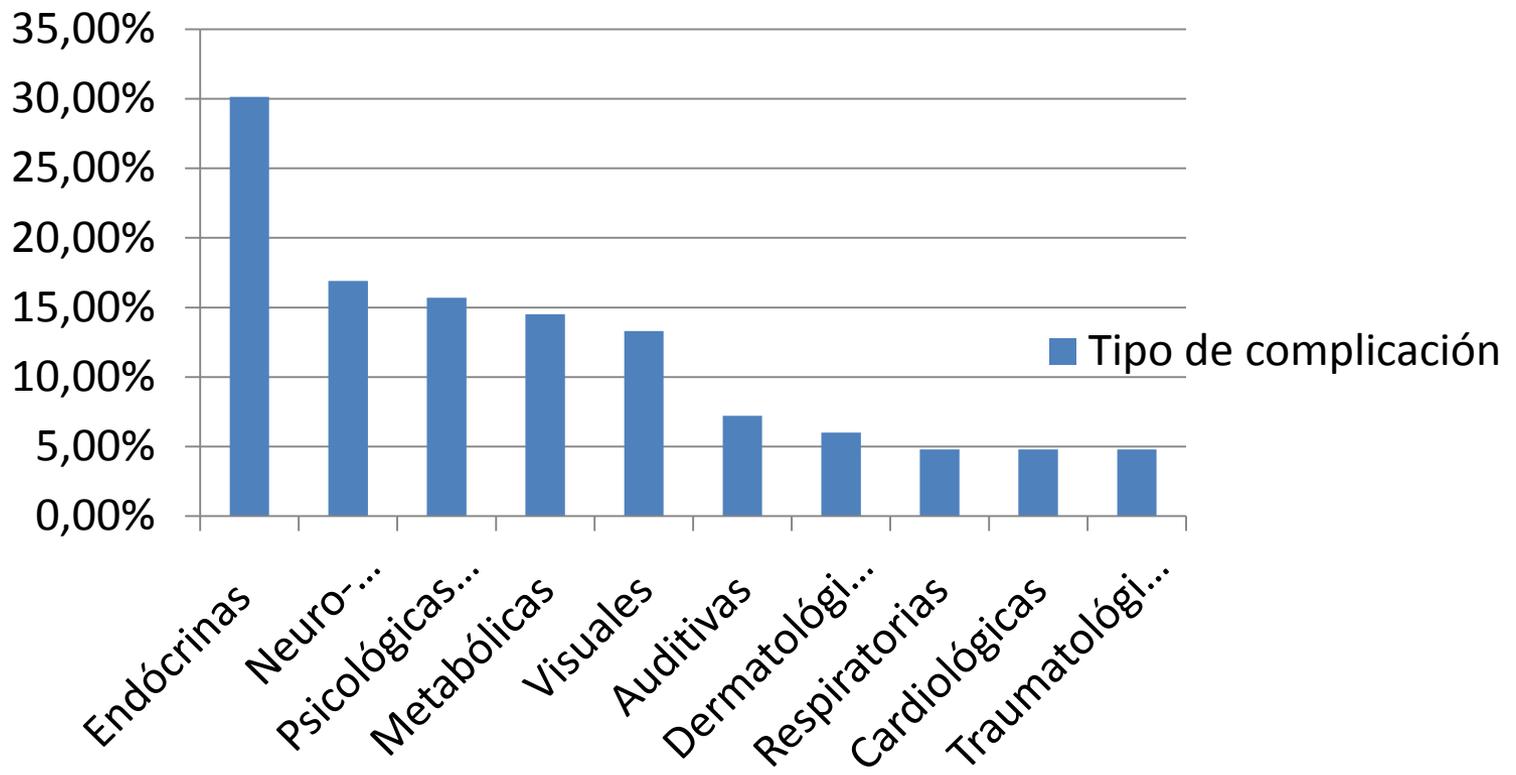


# Severidad de las complicaciones tardías



# Tipo de complicaciones tardías

(CTCAE v.4.0)



# Características del seguimiento clínico

Seguimiento clínico	Mujeres n 40 (%)	Varones n 43 (%)	Total n 83 (%)
1. Completo	6 (15,0%)	9 (20,9%)	15 (18,1%)
2. Parcial: faltan estudios o IC	14 (35,0%)	14 (32,6%)	28 (33,7%)
3. Regresa sin estudios ni IC	2 (5,0%)	1 (2,3%)	3 (3,6%)
4. No realizó lo acordado y no regresa hace <12m	3 (7,5%)	5 (11,6%)	8 (9,6%)
5. No realizó lo acordado y no regresa >12m	11 (27,5%)	11 (25,6%)	22 (26,5%)
6. Último control 1 o 2, no regresa >12m	4 (10,0%)	3 (7,0%)	7 (8,4%)
<b>Tipo de seguimiento</b>			
Buena y Muy buena	20 (50,0%)	23 (53,5%)	43 (51,8%)
Regular y Mala	20 (50,0%)	20 (46,5%)	40 (48,2%)

El 59,0% de los pacientes había realizado más de 1 consulta, mediana n°consultas 2 (1-10).

- **NO** se encontraron asociaciones significativas entre el tipo de seguimiento y el sexo, la edad, el lugar de residencia, cobertura médica y los años de sobrevida.
- **SI** se encontraron asociaciones significativas con:
  - realizar un seguimiento clínico Regular o Malo y tener alguna complicación tardía.
  - realizar seguimiento clínico Bueno o Muy bueno y haber padecido Leucemia como enfermedad primaria

# **CONCLUSIONES**

- Los varones y mujeres que concurrieron al seguimiento clínico post-tratamiento al PMIG conforman una población muy joven, que en su mayoría reside lejos del lugar de atención, posee bajo nivel educativo, no trabaja y no cuenta con seguro de salud.
- Todos ellos fueron asistidos durante su enfermedad en centros públicos de alta complejidad.

# Los jóvenes de la población estudiada

## Consumen menos tabaco

Mujeres 5%, varones 16%, total 11%

## Menor consumo de riesgo de alcohol

Global 17%

## Elevada prevalencia de problemas crónicos de salud

## Importante prevalencia de respuestas positivas al PHQ-2

## Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (EMTA, Arg, 2012)

Mujeres 16%, varones 24%, total 22% (15-24 años).

## S.V.E en Salud Mental y Adicciones (Msal 2011).

Global 27% (18-24 años)

## Geenen (2007), Hudson (2007), Oeffinger(2006)

- Más de la mitad presenta 1 ó más complicaciones tardías. En su mayoría moderadas a severas.
- Sólo la mitad realiza seguimiento clínico *Bueno o Muy bueno*.
- La mayoría de quienes realizan seguimiento *Regular o Malo* tienen alguna complicación.

# Barreras y facilitadores

(Oeffinger 2003)

## SOBREVIVIENTES

- Experiencia de la enfermedad.
- Sistema de creencias en relación a la salud y la enfermedad.
- Factores socio demográficos.
- Familia, amistades, escuela, trabajo.

## PROFESIONALES DE SALUD

- Valoración acerca de la prevención y cuidado de la salud.
- Conocimiento y actitud frente a la problemática.
- Contexto institucional,

## SISTEMA DE SALUD

- Cobertura o seguro médico.
- Fragmentación del sistema de salud.
- Existencia o no de políticas de salud orientadas a los sobrevivientes de cáncer pediátrico.

# **CONSIDERACIONES**

- Atender a las dificultades para la transferencia.
- Desarrollar estrategias para evitar la fragmentación de la atención.
- Contribuir a la formación específica de profesionales de la salud.
- Participar en actividades dentro y fuera del sector salud que promuevan la no discriminación, el derecho al trabajo y a la cobertura médica de los sobrevivientes de cáncer pediátrico.

**MUCHAS GRACIAS**