

## DISCUSIÓN

En relación a la edad promedio de nuestras pacientes comparadas con otros grupos de estudio encontramos que hay cierta similitud entre las nuestras con una media de 59.83 años en comparación con las pacientes estudiadas por Cerezo O., Oñate-Ocaña L.F., Arrieta-Joffe P., González-Lara F., García-Pasquel M.J., Bargalló-Rocha E., et al. quienes reportan una media de 52.9 años<sup>12</sup>.

En cuanto a la media de edad de nuestros pacientes con cáncer de próstata encontramos cierta similitud con la media de edad del grupo estudiado por A. Mehdad, E. McBride, I. Monteiro Grillo, M. Camilo & P. Ravasco quienes reportan una media de 69 años en comparación con la media de nuestro grupo que resultó de 72.73 años; sin embargo, difieren en relación a la media reportada por Braun Donald P., Gupta Digant, Staren Edgar D. quienes la reportan de 63.2 años<sup>11,16</sup>.

La etapa clínica más frecuente en nuestro grupo de cáncer de mama fue la etapa 2A con un 40% encontrando una clara diferencia entre los otros autores quienes, aunque no especifican si las pacientes son 2A o 2B sí muestran que dentro de sus grupos la etapa 2 se encuentra con una menor frecuencia; por ejemplo, Cerezo O., Oñate-Ocaña L.F., Arrieta-Joffe P., González-Lara F., García-Pasquel M.J., Bargalló-Rocha E., et al., la reportan con una frecuencia del 32.9%, Ramos Chaves M., Boléo-Tomé C., Monteiro-Grillo I., Camilo M., Ravasco P la reportan con una frecuencia de 20% y Ravasco P., Monteiro-Grillo I., Camilo ME la reportan con una frecuencia de 57.14%<sup>12,20,21</sup>.

La etapa clínica más frecuente en nuestro grupo de cáncer de próstata fueron la etapa 3 y la etapa 4 con 6 pacientes respectivamente, es decir, con un 40% de frecuencia para ambas etapas clínicas. Esto datos son similares para la etapa 4 con los reportados por Ramos Chaves M., Boléo-Tomé C., Monteiro-Grillo I., Camilo M., Ravasco P. que reportan una frecuencia del 36.04% para la etapa 4 pero de 50% para la etapa 2. Nuestros resultados tampoco son similares a los reportados por A. Mehdad, E. McBride, I. Monteiro Grillo, M. Camilo & P. Ravasco quienes reportan una frecuencia para la etapa 2 de 85.1% y una frecuencia del

10.% para la etapa 3 así como también nuestros resultados varían con los reportados por Braun Donald P., Gupta Digant, Staren Edgar D que reportan a la etapa 2 con un frecuencia de 68.9%, a la etapa 3 con una frecuencia de 11.3% y a la etapa 4 con una frecuencia de 15.9%<sup>11, 15, 20</sup>.

En cuánto al grado académico de nuestras pacientes encontramos una distribución más o menos simétrica para cada categoría estudiada; es decir, 35% de las pacientes con un grado equivalente o superior a licenciatura, 32% de las pacientes con un nivel técnico no normal superior y 33% de pacientes con un nivel preparatoria o menor.

Los datos anteriores difieren con los reportados por Cerezo O., Oñate-Ocaña L.F., Arrieta-Joffe P., González-Lara F., García-Pasquel M.J., Bargalló-Rocha E. et al. ya que reportan que de su grupo de pacientes únicamente el 9.82% tienen un grado académico similar o mayor a la licenciatura, 27.77% de sus pacientes tienen un nivel preparatoria y 47% de sus pacientes tienen un nivel primaria<sup>12</sup>.

Lo anterior se puede explicar ya que los dos grupos pertenecen a centros hospitalarios que atienden a diferentes sectores de la población. El ISSSTE atiende principalmente brinda atención a funcionarios públicos y dependientes económicos de ellos; es decir, la mayoría de ellos con un nivel preparatoria o mayor. Por otro lado, el Instituto Nacional de Cancerología brinda atención a población de escasos recursos y sin acceso a otras instituciones de salud, de ahí que la mayoría de su población tenga un grado de educación primaria y una pequeña minoría sea profesionista.

En nuestros pacientes con cáncer de próstata la distribución por grados académico es más variada con 53% con grado de bachillerato, 40% con grado de licenciatura o mayor y 7% para el nivel normal superior. Una de las explicaciones podría ser por la edad promedio mucho mayor que para las pacientes con cáncer de mama mientras que también podría explicarse por que son pacientes que tienen acceso a este hospital por ser dependientes económicos de sus hijos; es decir, funcionarios públicos más jóvenes.

En cuánto al grado de diferenciación histológica en nuestras pacientes con cáncer de mama encontramos que el patrón más frecuente encontrado fue el grado 2 de diferenciación con un 60% que es muy similar a la reportada por Ramos Chaves M., Boléo-Tomé C., Monteiro-Grillo I., Camilo M., Ravasco P quienes reportan el grado 2 de diferenciación histológica con una frecuencia de 61.7%<sup>20</sup>.

En nuestro grupo de pacientes con cáncer de próstata el puntaje de Gleason más frecuente fue 8 con 33.33%. Para fines de comparación si los agrupamos en Gleason mayor o igual a 7 y Gleason menor de 7 obtenemos que Gleason mayor o igual a 7 un porcentaje de 66.66% y el porcentaje de pacientes con Gleason menor a 7 es de 33.33%. Nuestros resultados difieren a los reportados por A. Mehdad, E. McBride, I. Monteiro Grillo, M. Camilo & P. Ravasco, quienes reportan una frecuencia de 55.2% para Gleason menor a 7 y una frecuencia de 44.8% para Gleason mayor o igual a 7<sup>11</sup>.

Nuestros resultados para el estado nutricional de los pacientes que estudiamos fue de un 75.5% para los pacientes con un buen estado nutricional y de un 24.4% para los pacientes con sospecha de desnutrición/desnutrición moderada. Ningún paciente se calificó con un estado de desnutrición grave. Los resultados que obtuvimos para estado nutricional son diferentes a los reportados por Ramos Chaves M., Boléo-Tomé C., Monteiro-Grillo I., Camilo M., Ravasco P. quienes en su grupo de pacientes con cáncer de mama y cáncer de próstata reportan un buen estado nutricional en 88.8% de sus pacientes, estado con sospecha de desnutrición/desnutrición moderada en 8.88% de sus pacientes y desnutrición grave en 2.2% de sus pacientes<sup>20</sup>.

Las diferencias en el estado nutricional nos sugieren que entre las dos poblaciones hay patrones de alimentación bastante diferentes, habría que realizar estudios donde se compare la calidad de los alimentos así como el aporte energético de los mismos entre las poblaciones ya que son poblaciones con localización geográfica muy diferente.

Dentro de los indicadores de las escalas funcionales y de síntomas del EORTC QLQ-C30 y del EORTC-QLQ-BR23 que se aplicaron a la población

consideramos que los más importantes para comparar; por el promedio de puntaje obtenido, fueron los indicadores de calidad de vida/salud global, dolor, disnea, insomnio y dificultades financieras para el EORTC-QLQ-C30 y los indicadores de goce sexual, perspectiva a futuro para el EORTC-QLQ-BR23.

La media obtenida para calidad de vida/salud global fue de 66.11 que no tienen mucha variación con los obtenidos en los grupos de estudio de Cerezo O., Oñate-Ocaña L.F., Arrieta-Joffe P., González-Lara F., García-Pasquel M.J., Bargalló-Rocha E. & Vilar-Compte D. que obtuvieron unas medias de 64.1 y 62.3 respectivamente<sup>12</sup>.

La media obtenida para el indicador de dolor 28.89 en comparación con las medias de 31 y 36.9 obtenidas por Cerezo O., Oñate-Ocaña L.F., Arrieta-Joffe P., González-Lara F., García-Pasquel M.J., Bargalló-Rocha E. & Vilar-Compte D. para este mismo indicador<sup>12</sup>.

La media obtenida en nuestro grupo para el indicador de disnea fue de 21.11 mientras que las medias obtenidas en los grupos de Cerezo O., Oñate-Ocaña L.F., Arrieta-Joffe P., González-Lara F., García-Pasquel M.J., Bargalló-Rocha E. & Vilar-Compte D. fueron de 16.5 y 16.2<sup>12</sup>.

La media obtenida en el indicador de insomnio fue de 34.44 para nuestro grupo de estudio mientras que Cerezo O., Oñate-Ocaña L.F., Arrieta-Joffe P., González-Lara F., García-Pasquel M.J., Bargalló-Rocha E. & Vilar-Compte D. obtuvieron unas medias de 26.8 y 30.6<sup>12</sup>.

La media obtenida para el indicador de dificultades financieras fue de 31.11 mientras que la obtenida por Cerezo O., Oñate-Ocaña L.F., Arrieta-Joffe P., González-Lara F., García-Pasquel M.J., Bargalló-Rocha E. & Vilar-Compte D. fue de 31.2 y 42.2 respectivamente para sus grupos de estudio<sup>12</sup>.

La media obtenida en el indicador de goce sexual en nuestro grupo de estudio fue de 41.27 mientras que las medias obtenidas por Cerezo O., Oñate-Ocaña L.F., Arrieta-Joffe P., González-Lara F., García-Pasquel M.J., Bargalló-Rocha E. & Vilar-Compte D. fueron de 8.7 y 13.9<sup>12</sup>.

La media obtenida en el indicador de perspectiva a futuro de nuestro grupo fue de 48.89, las medias obtenidas por Cerezo O., Oñate-Ocaña L.F., Arrieta-Joffe

P., González-Lara F., García-Pasquel M.J., Bargalló-Rocha E. & Vilar-Compte D. fueron de 51.5 y 46.6<sup>12</sup>.

Es de llamar la atención el hecho de que a pesar de que nuestro grupo de estudio y el grupo de estudio de Cerezo O., Oñate-Ocaña L.F., Arrieta-Joffe P., González-Lara F., García-Pasquel M.J., Bargalló-Rocha E. & Vilar-Compte D. son de características socioeconómicas distintas se obtuviera un puntaje similar en el indicador de calidad de vida/salud global en ambas poblaciones esto sugiere la idea de que a pesar de tener características diferentes poseen ciertos parámetros en común para valorar su calidad de vida y que se mantienen en diferentes estratos socioeconómicos; es decir, se comparten en la población mexicana.

En nuestro grupo la media para el indicador de dolor resultó menor que las obtenidas en los otros grupos, consideramos que influyen varios factores como que posiblemente en el ISSSTE la relación médico-paciente es más cercana por lo tanto consideramos que este factor puede tener relación en la percepción del dolor por parte de los pacientes de esta institución en comparación con la de los pacientes de otras instituciones del país. .

Tanto las medias obtenidas en los indicadores de disnea en insomnio fueron mayores que las obtenidas por Cerezo O., Oñate-Ocaña L.F., Arrieta-Joffe P., González-Lara F., García-Pasquel M.J., Bargalló-Rocha E. & Vilar-Compte D. por lo que habría que investigar otras variables como búsqueda intencionada de enfermedades que ocasionen esta sintomatología como trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, cardiopatías, neumopatías, o alguna otras que en algún momento se determinará que son muchos más frecuentes en la población del ISSSTE en comparación con la población de otras instituciones de salud del país.

Resulta interesante que las medias obtenidas para el indicador de dificultades financieras sean similares en los grupos de estudio. Lo anterior probablemente refleja que los insumos, pruebas diagnósticas, tratamientos, etc., están cubiertos de forma satisfactoria en ambas instituciones de salud.

Para el indicador de goce sexual resulta muy evidente el bajo puntaje obtenido en los grupos de estudio de Cerezo O., Oñate-Ocaña L.F., Arrieta-Joffe P., González-Lara F., García-Pasquel M.J., Bargalló-Rocha E. & Vilar-Compte D.

que, comparándolos con nuestros resultados sugieren una relación entre el grado académico y el grado de goce sexual.

Dentro de los indicadores de las escalas funcionales y de síntomas del EORTC QLQ-C30 y del EORTC-QLQ-PR25 que se aplicaron a la población consideramos que los más importantes para comparar; por el promedio de puntaje obtenido fueron los indicadores de calidad de vida/salud global, de rol, de dolor, de insomnio y de constipación.

La media para el indicador calidad de vida/salud global obtenida en nuestro grupo fue de 66.67 en comparación con las reportadas por Braun Donald P., Gupta Digant. y Staren Edgar D. que fue de 69.1 y 57.3 respectivamente en sus grupos de estudio<sup>16</sup>.

La media para el indicador de rol obtenida en nuestro grupo de estudio fue de 66.67 en comparación con las obtenidas por Braun Donald P., Gupta Digant. y Staren Edgar D. de 82.4 y 67.6 en sus grupos de estudio<sup>16</sup>.

La media para el indicador de dolor obtenida en nuestro grupo de estudio fue de 37.78 en comparación con las medias obtenidas por Braun Donald P., Gupta Digant. y Staren Edgar D. que fueron de 21.6 y 39.4<sup>16</sup>.

En nuestro grupo de estudio la media para el indicador de insomnio fue de 31.11 mientras que Braun Donald P., Gupta Digant. y Staren Edgar D. reportaron unas medias de 27.5 y 34.6 en sus grupos de estudio<sup>16</sup>.

En nuestro grupo de estudio se obtuvo una media de 26.67 para el indicador de constipación que es diferente a las medias de 12.5 y 20.6 reportadas en los grupos de estudio de Braun Donald P., Gupta Digant. y Staren Edgar D.<sup>16</sup>.

Para nuestro grupo de pacientes con cáncer de próstata resulta interesante la media obtenida para el indicador de calidad de vida/salud global que no varía mucho con las medias obtenidas en grupos de estudios que son de poblaciones diferentes a la mexicana.

Es interesante que las medias obtenidas en nuestro grupo siempre estuvieran dentro del intervalo de las medias obtenidas por Braun Donald P., Gupta Digant. y Staren Edgar D. a excepción de la media obtenida en el indicador de constipación donde obtuvimos la media con valor máximo. Lo anterior nos

sugiere que en nuestro entorno los alimentos o nuestra dieta poseen menos fibra dietética que en los alimentos y dieta estadounidense.

En cuanto al análisis estadístico, para determinar la relación entre el estado nutricional y la variación en la media de calidad de vida de nuestro grupo de estudios, consideramos que a pesar de que en 2 grupos sí se demostró la relación entre el estado nutricional y la calidad de vida consideramos que la muestra es pequeña ya que estas dos enfermedades son las más frecuentes en la población adulta mexicana.

Sin embargo, aunque la muestra es pequeña, se obtuvo información útil para el mejor tratamiento de estos pacientes en la institución donde se realizó el estudio; por ejemplo, se detectaron casos con alto riesgo de pasar de un buen estado nutricional o un estado de sospecha de desnutrición/desnutrición moderada, así como también se detectaron pacientes con sospecha de desnutrición/desnutrición moderada, que por la sintomatología y funcionalidad que presentan tienen alto riesgo de empeorar su estado nutricional.

Ya que el estado nutricional se relaciona con la calidad de vida en este estudio, proponemos que el tratamiento de los pacientes con cáncer de mama y de próstata sea un tratamiento de forma integral, continua y multidisciplinaria, tanto por oncología médica y quirúrgica, como por medicina interna, terapia física, psicología y nutrición.

Con los resultados obtenidos vale la pena proponer un estudio donde se evalué el impacto de las intervenciones en nutrición para modificar el estado nutricional y por lo tanto evaluar su impacto en la calidad de vida.

Consideramos que hacen falta estudios con diseño similar o igual a este pero con una muestra mucho mayor para que la información posea aún mayor fortaleza estadística y por lo tanto que sea información de mucho más valor.