

Envejecimiento Poblacional y Cáncer

control de síntomas en la población de la 3ª edad

Ramón de las Peñas

Servicio de Oncología Médica, Consorcio Hospital Provincial Castellón

Coordinador Sección Cuidados Continuos SEOM

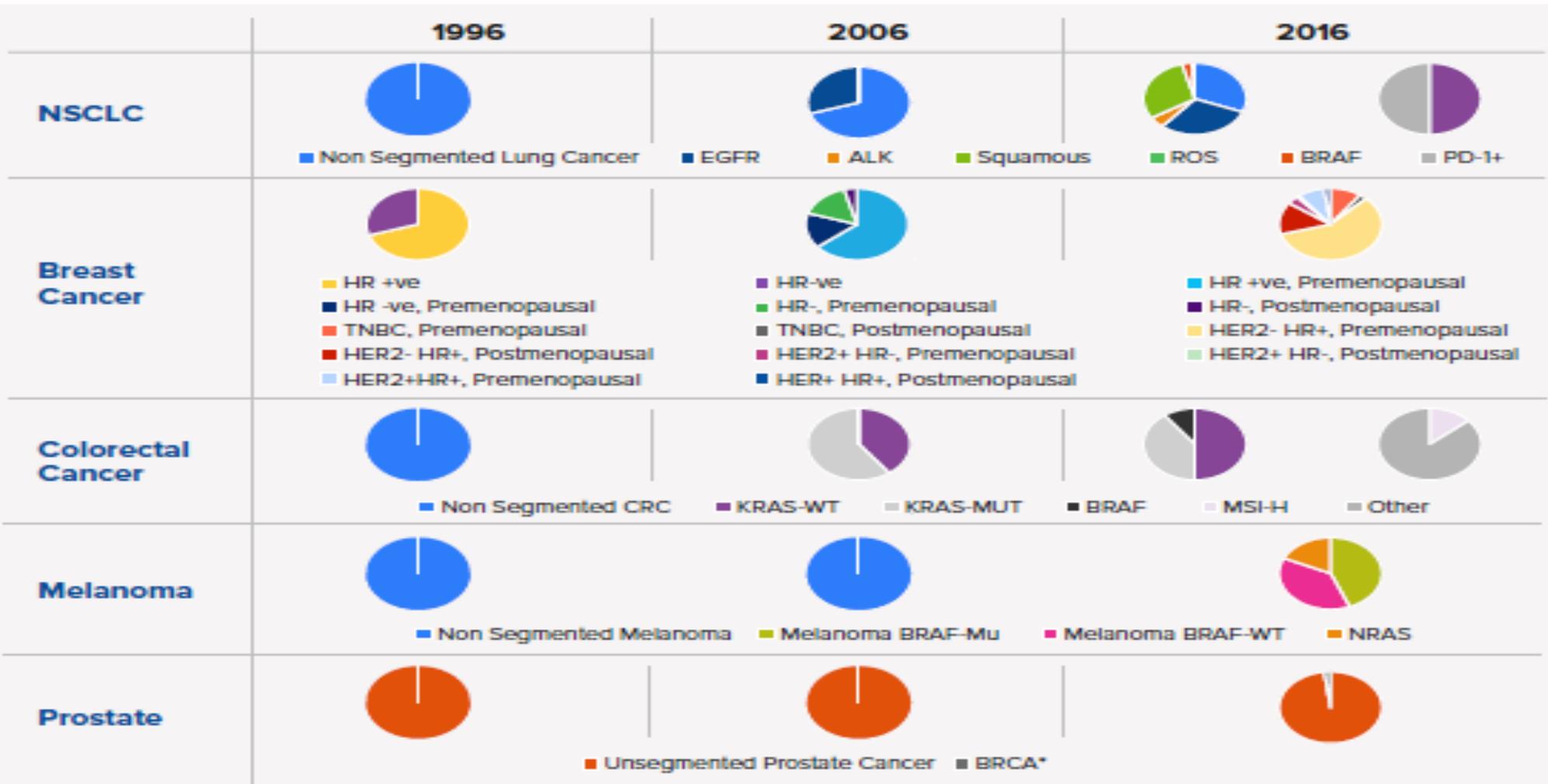


Consorcio Hospitalario
Provincial de Castellón

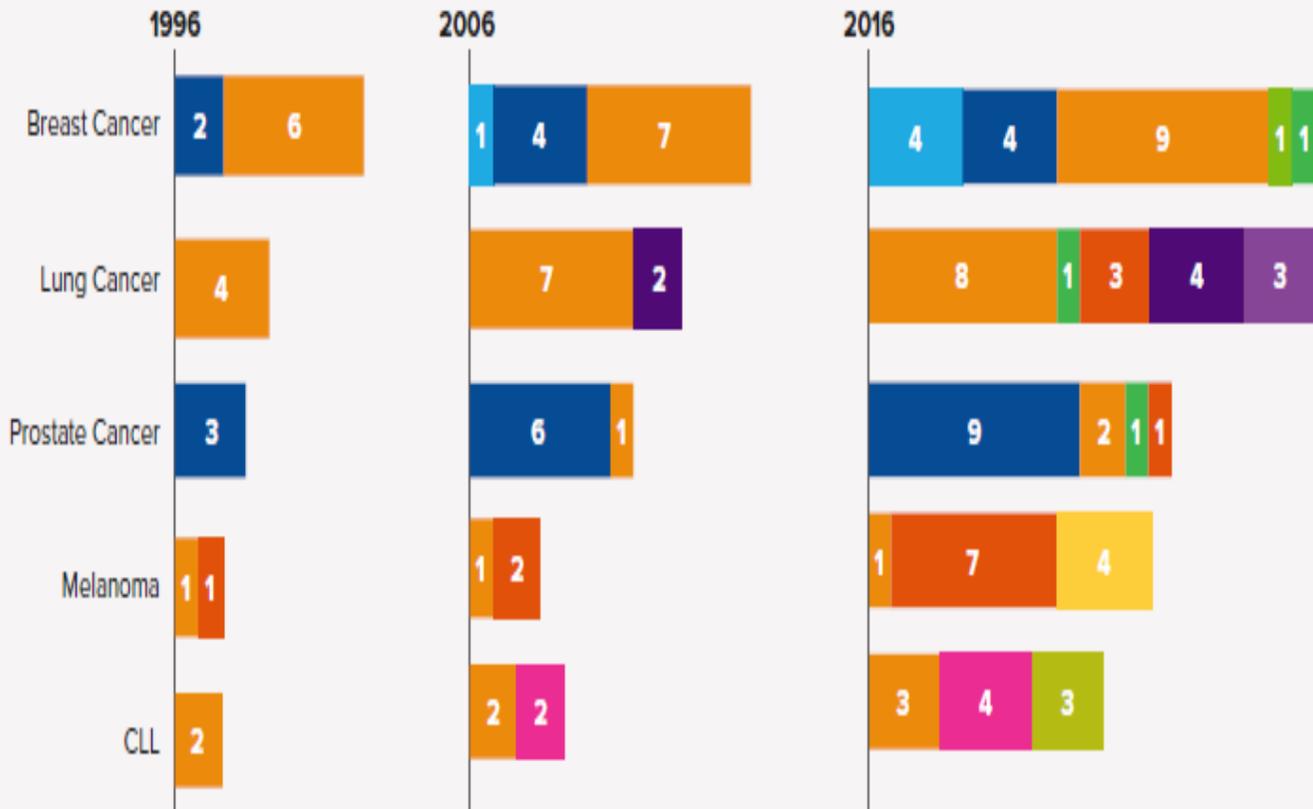
SEOM

Sociedad Española
de Oncología Médica

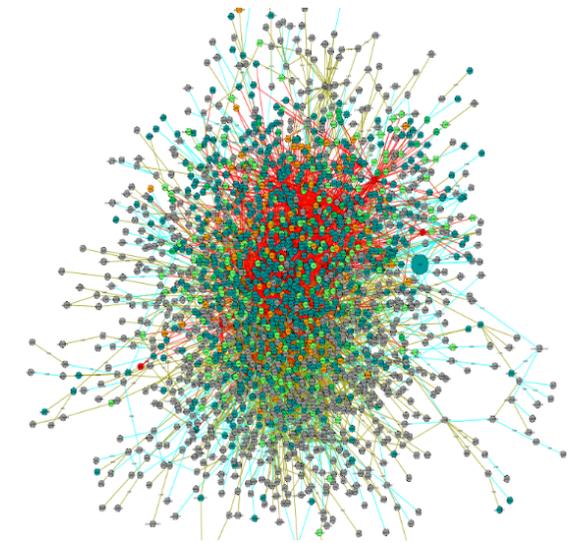
Cancer has been redefined over the past 20 years



Source: FDA.gov and Drugs@FDA, Mar 2017; QuintilesIMS, ARK R&D Intelligence, Feb 2017; QuintilesIMS Institute, Mar 2017



Source: Drugs@FDA, Feb 2017; QuintilesIMS, ARK R&D Intelligence, Feb 2017; QuintilesIMS Institute, Mar 2017



El aumento de las opciones terapéuticas en los últimos 20 años añaden complejidad al tratamiento de múltiples tumores.

Dolor 70%

Pérdida Social / Autoestima

**Dificultades
Sexuales**

Astenia 70%/ Dependencia

Anorexia 60%

**Disnea
Estreñimiento**

Náusea 30%

Alopecia

Parestesias

Depresión 15%

Fiebre 10%

Miedos 100%

Agitación

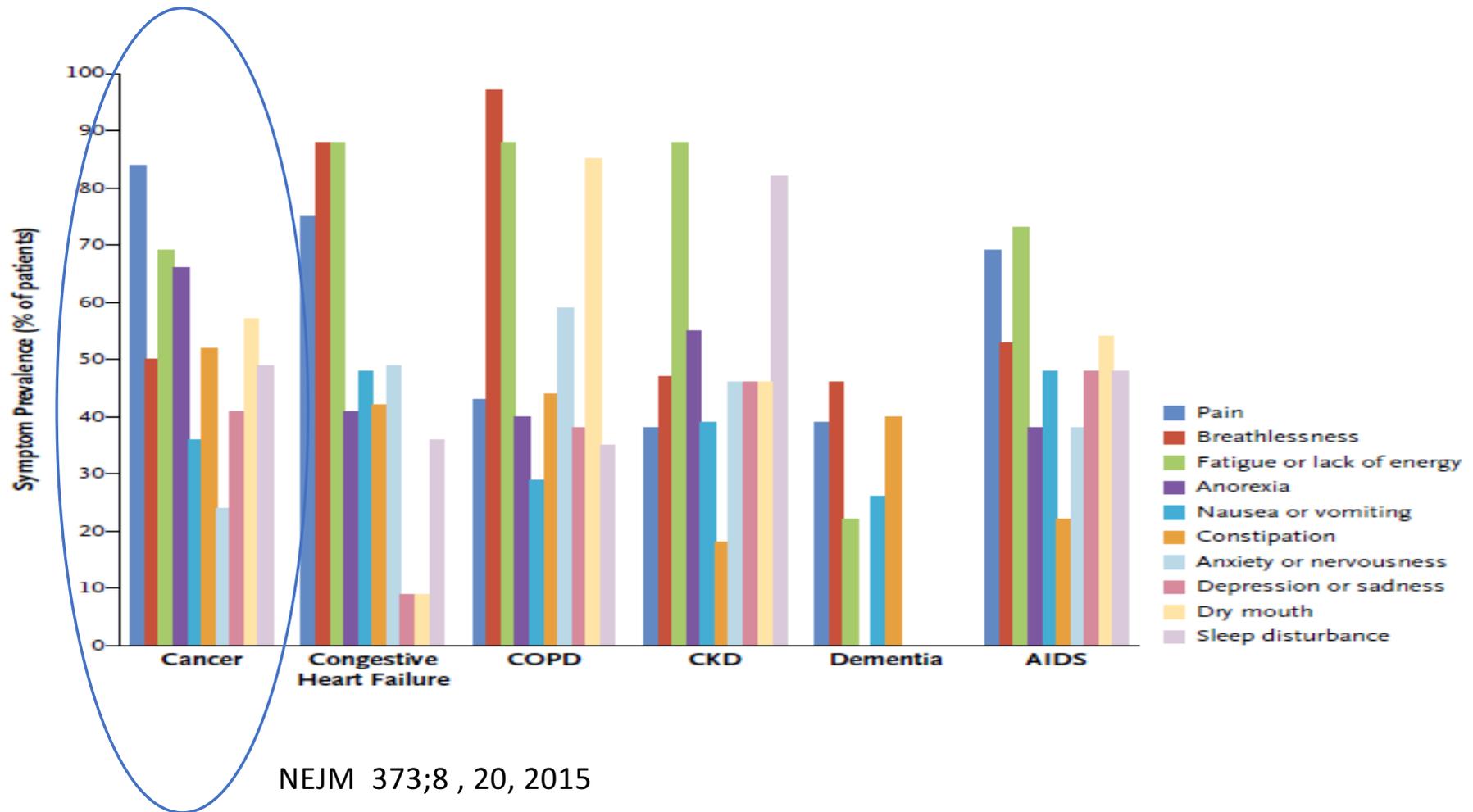
Insomnio

Cefalea

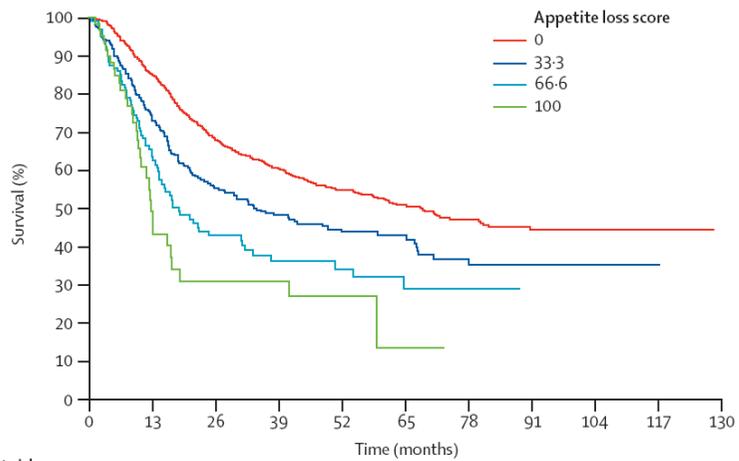
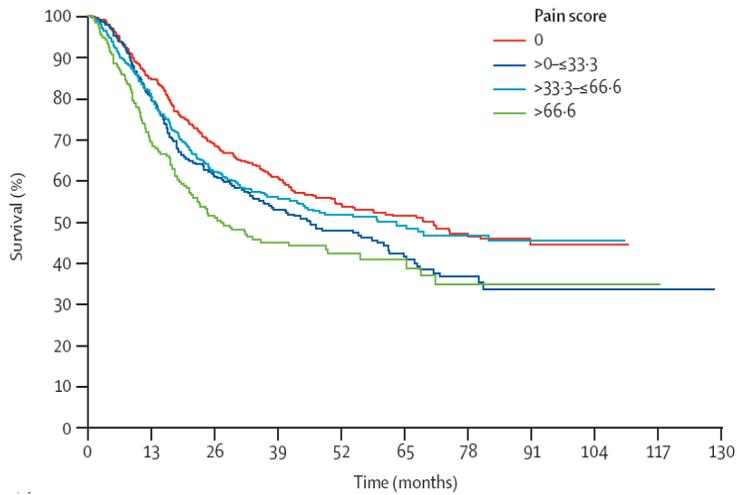
Anemia 60%

Ansiedad 30%

Síntomas en las enfermedades crónicas



Objetivo=corta "Fase terminal"



Number at risk

Health Status

Time

-- Often a few years, but decline usually < 2 months

Decline

Death

CUIDADOS PALIATIVOS

Global Atlas of Palliative Care. WHO 2014



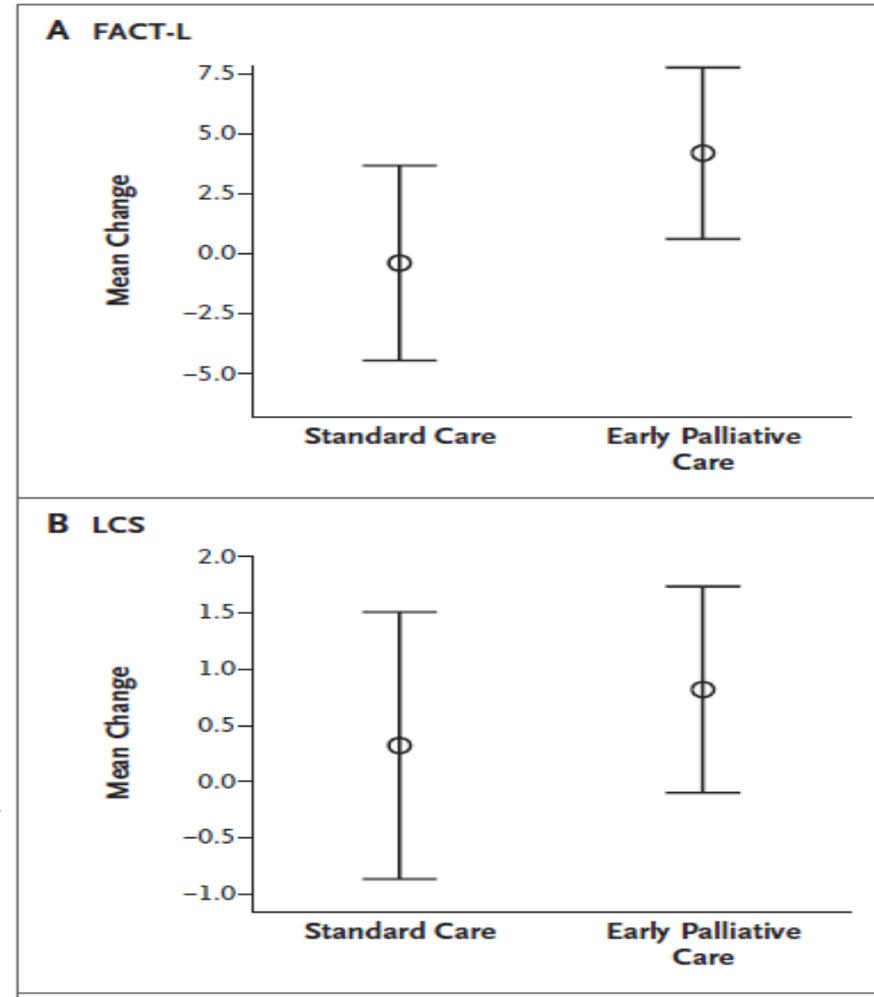
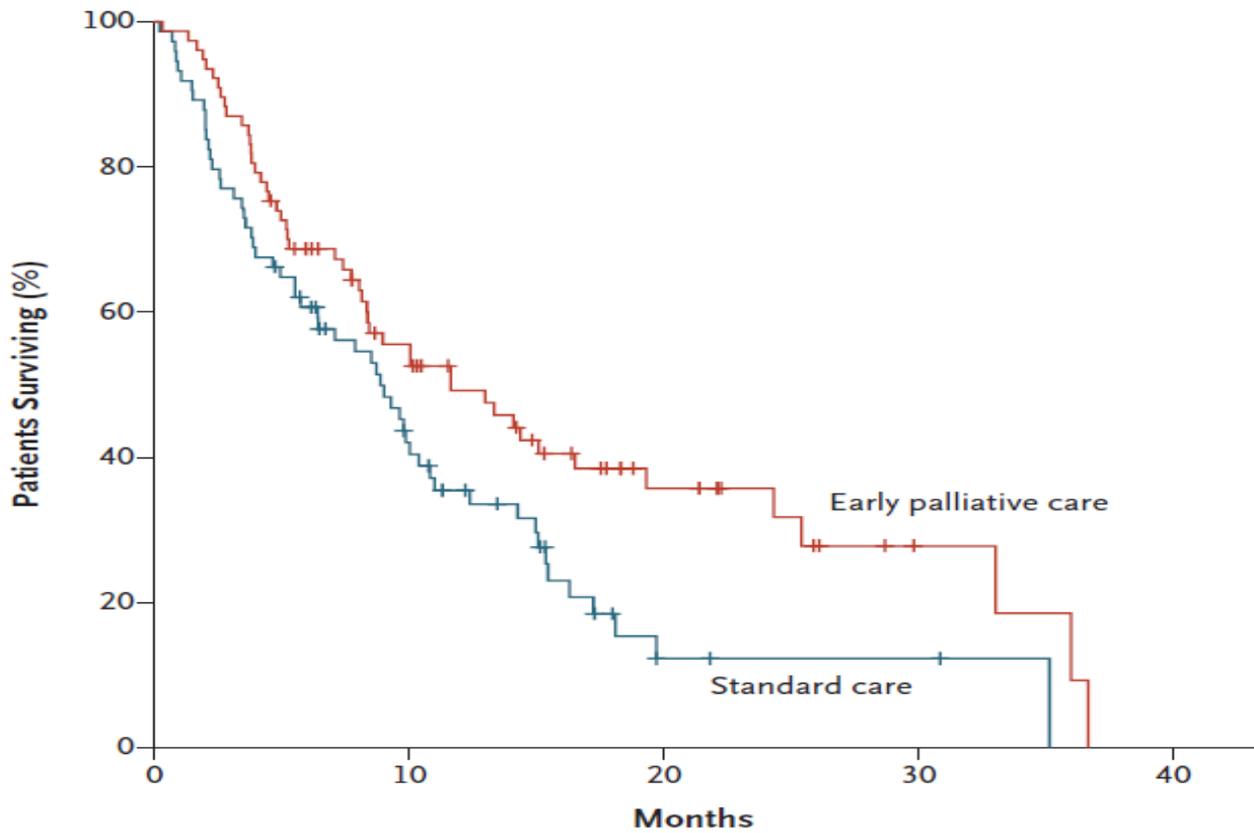
«mejora la calidad de vida de pacientes y familiasprevención y alivio del sufrimiento la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales».

De forma precoz, en conjunción con tratamientos que pueden prolongar la vida

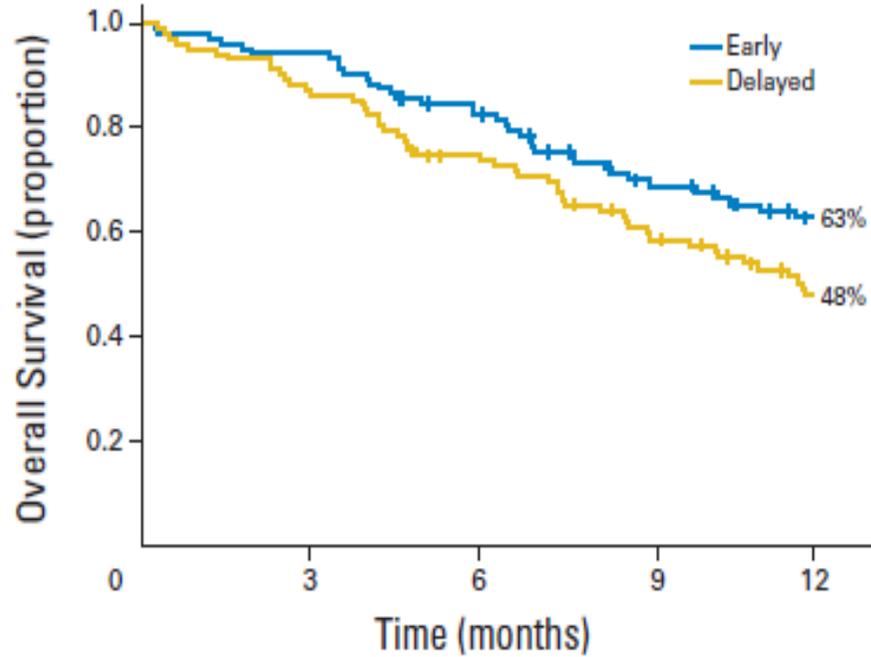
.....deberían comenzar en las fases tempranas del diagnóstico simultáneamente con los tratamientos curativos.

.....deben basarse en las necesidades individuales de la persona más que en un plazo concreto de supervivencia esperada.

Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. Temel JS., NEJM 2010, 363:733–742



Early vs Delayed, ENABLE III
 JCO 2015,33:1438-



No. at risk	0	3	6	9	12
Early	104	98	83	62	48
Delayed	103	89	73	55	39

Control de Síntomas mejora el Pronóstico de los Pacientes

Palliative Care: If It Makes a Difference, Why Wait?

Barbara Gomes, King's College London, Cicely Saunders Institute, London, United Kingdom

The Branding of Palliative Care

Leonard L. Berry, PhD, MBA, Robyn Castellani, and Brad Stuart, MD

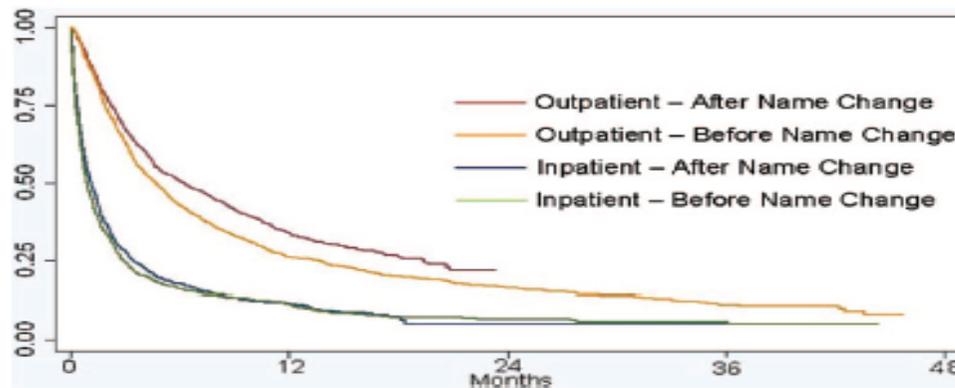
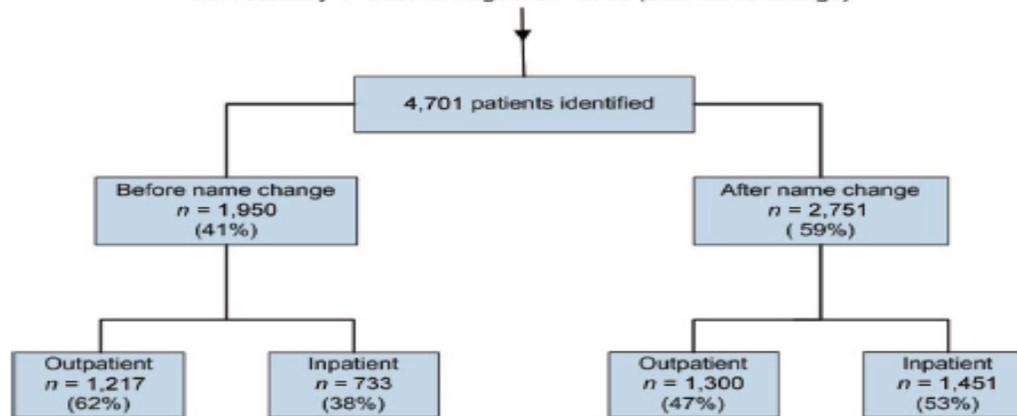
- Palliative Care has a Branding Problem
- Develop a New Brand Name: Convey the Benefit
 - MD Anderson Cancer Center (**Supportive Care**)
 - ASCO / ESMO/ SEOM (**Continuous Care**)
- Change the Message: It's about Living Well



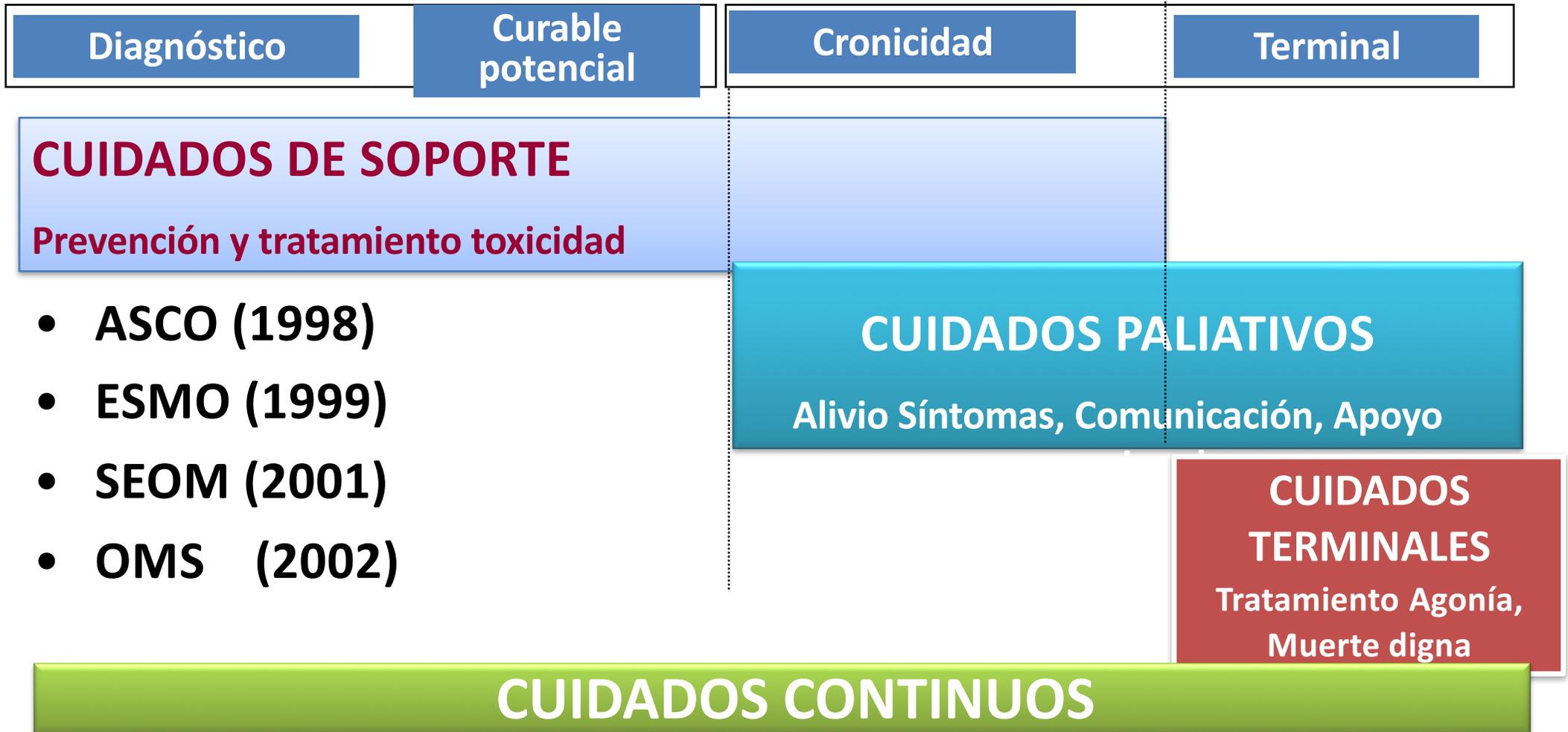
USA 2012

Association between a name change from Palliative to Supportive care. Oncologist 2011,16:105-111

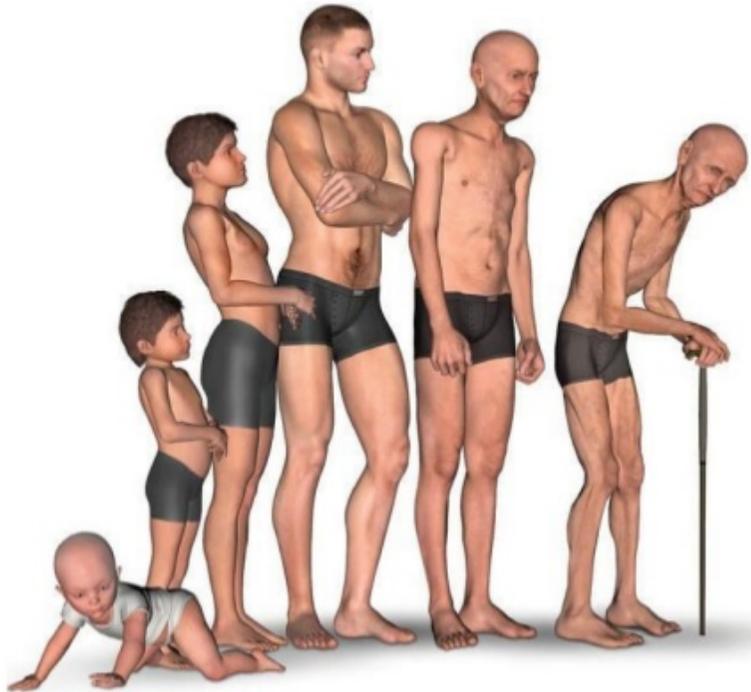
Retrospective chart review of consecutive patients with first palliative/supportive care consultation, from January 1st 2006 to August 31st 2007 (before name change), and from January 1st 2007 to August 31st 2009 (after name change)



Desde los Cuidados Continuos el dilema entre cuidar y curar no es excluyente, sino complementario.



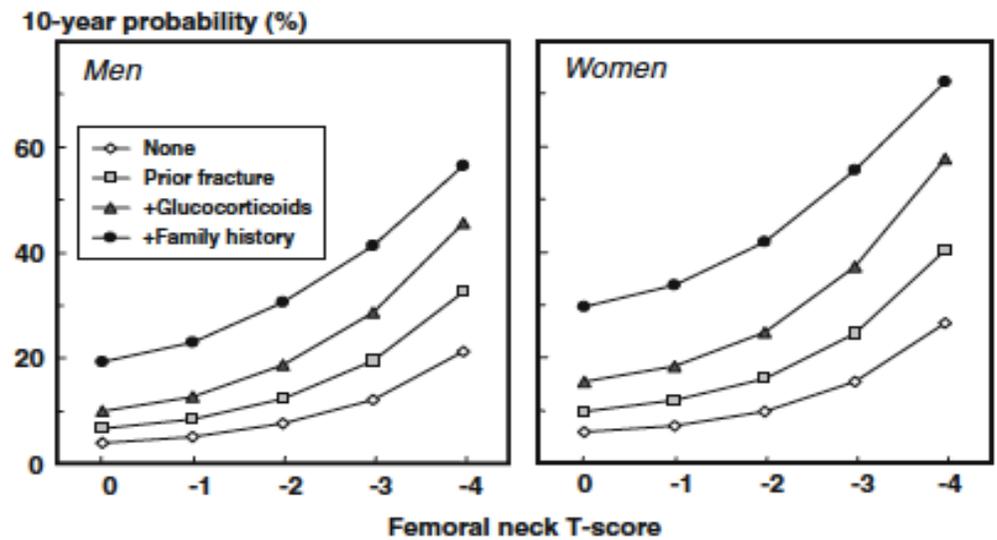
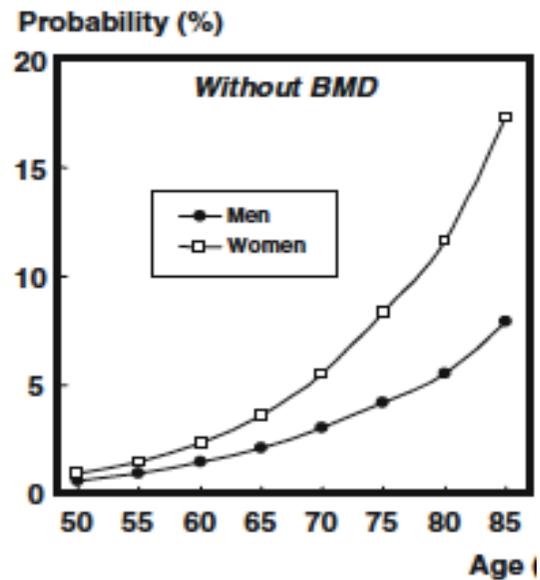
¿Existe tratamiento de soporte/paliativo específico en la población anciana con cáncer?



- Morirá el paciente *de* cáncer o *con* cáncer?
- Cómo soportará las consecuencias del cáncer en el tiempo que le queda?
- Cómo tolerará los tratamientos propuestos?
- Si sobrevive al cancer, cómo soportará las consecuencias de los tratamientos a largo plazo?

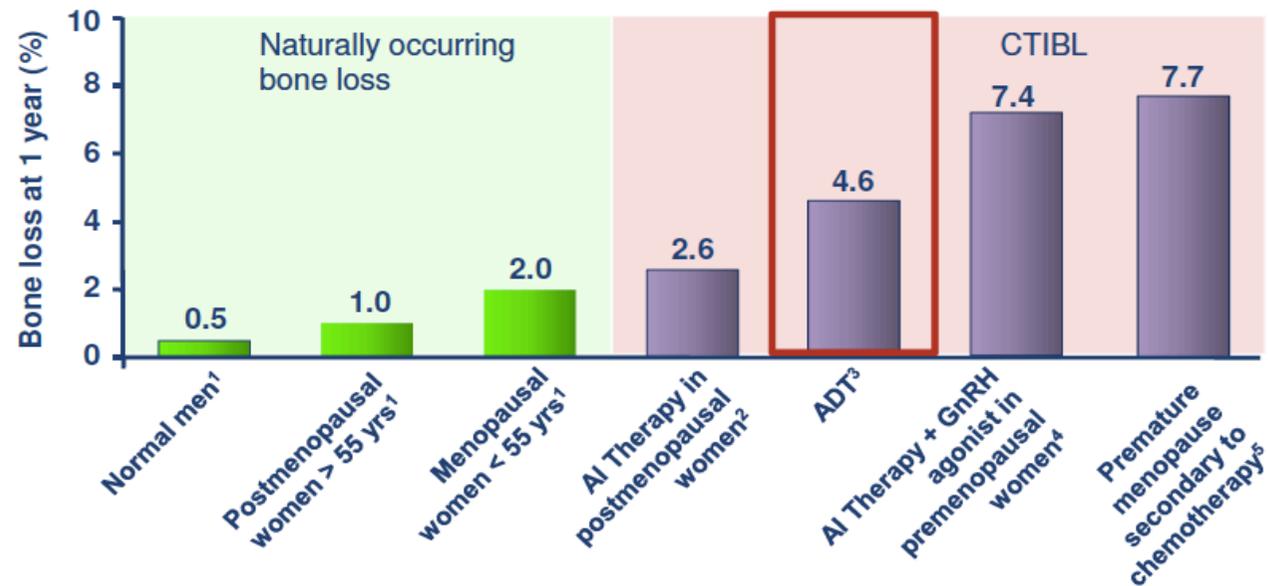
Osteoporosis en el anciano

- La densidad ósea disminuye con la edad
- El riesgo de fractura aumenta con la edad y la osteoporosis



Osteoporosis en el anciano

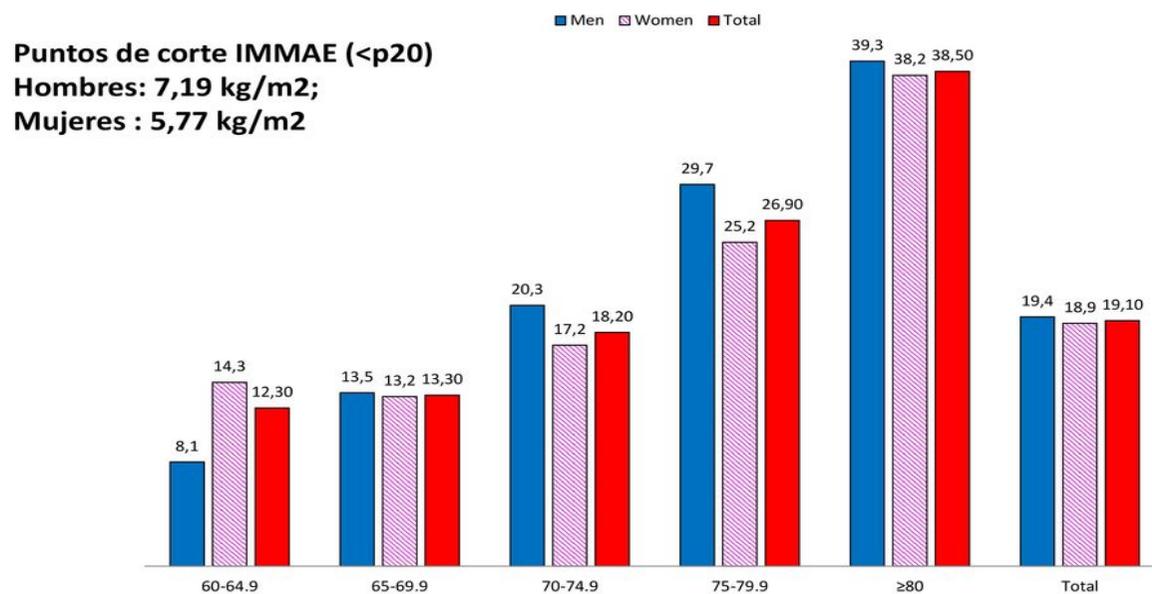
- El tratamiento con inhibidores de aromatasa y antiandrógenos aumenta el riesgo de osteoporosis



1. Higano CS. *Nat Clin Pract Urol* 2008;5:24-4; 2. Eastell R, et al. *J Bone Miner Res* 2006;21:1215-23;
3. Maillefert JF, et al. *J Urol* 1999;161:1219-22; 4. Gnant MF, et al. *Lancet Oncol* 2008;9:840-9;
5. Shapiro CL, et al. *J Clin Oncol* 2001;19:3306-11

Sarcopenia

Pérdida involuntaria de masa muscular esquelética con la edad

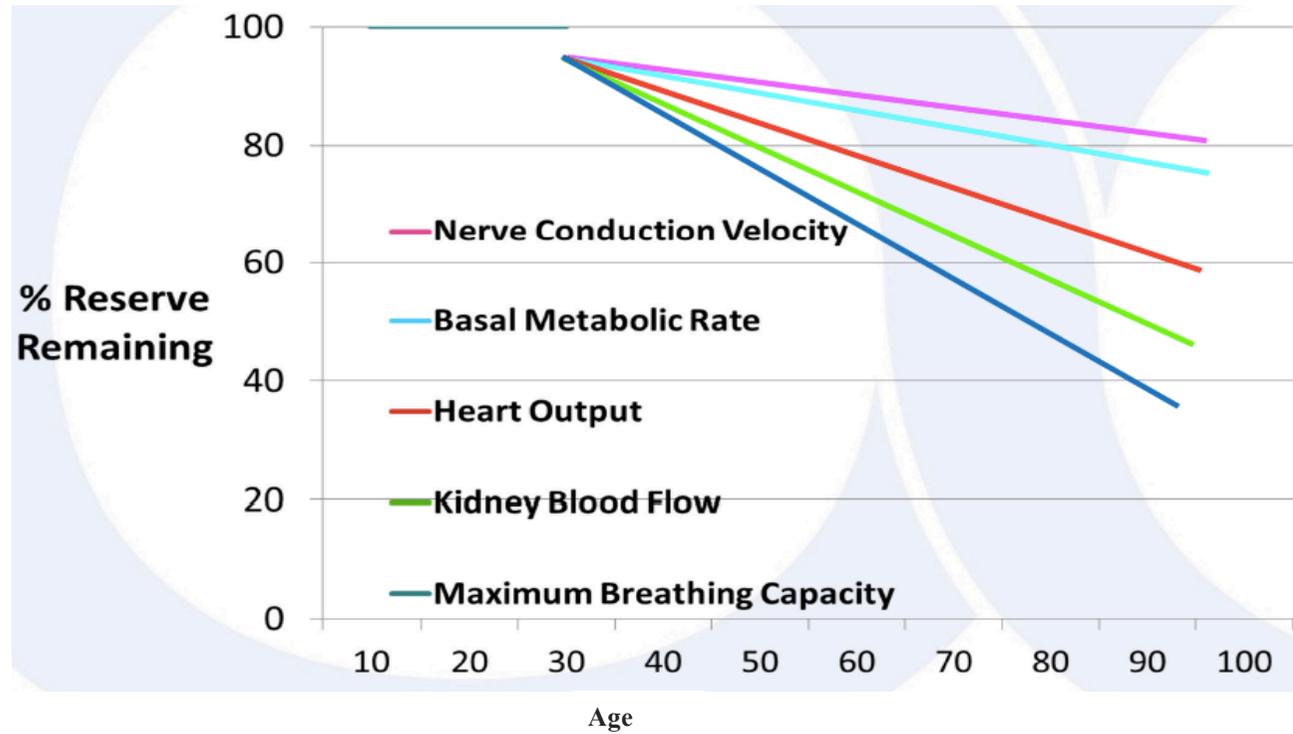


La masa muscular ↓3-8% por década a partir de los 30 años

Esta tasa se acelera pasados los 60 años

Puede agravarse por la enfermedad y el tto = ↓ movilidad y PS

Variación de la reserva funcional con la edad

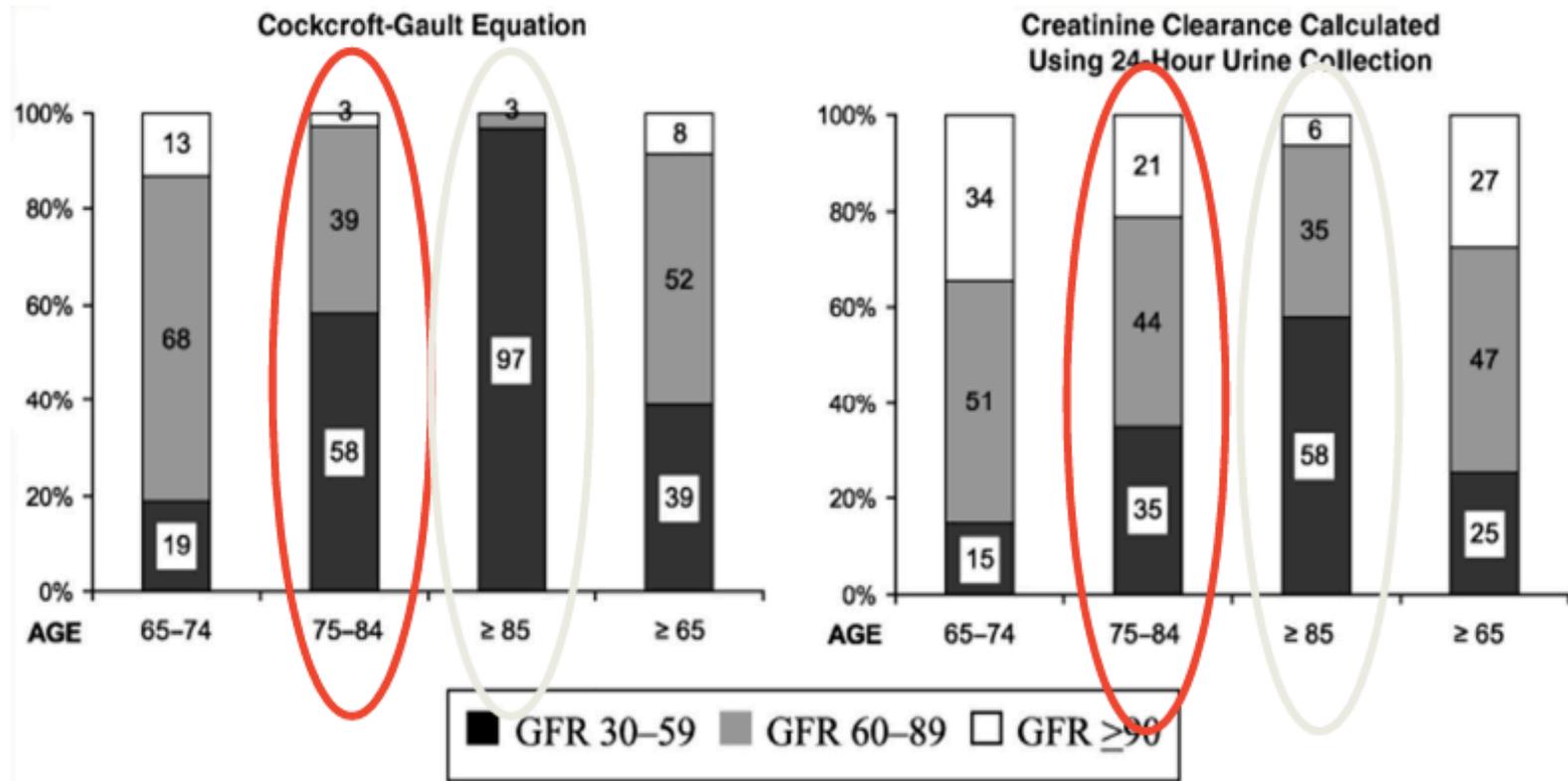


La disminución de la función no es siempre obvia

Age	Creatinine (mg/dL)	CrCl* (ml/min)
40	1.4	79
50	1.4	71
60	1.4	63
70	1.4	55
80	1.4	47
90	1.4	39
100	1.4	32

La función renal disminuye con la edad. La creatinina no da una valoración adecuada

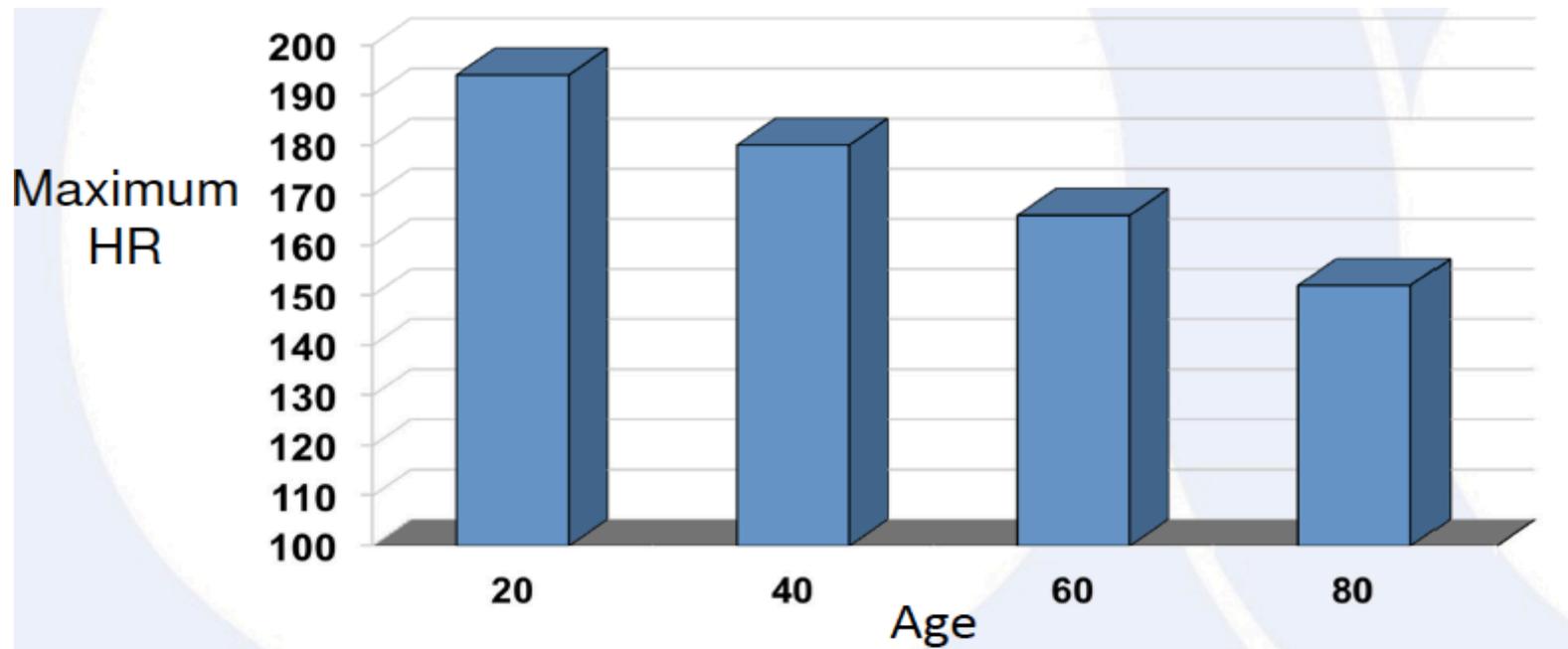
La disminución de la función no es siempre obvia



Diferencias entre el calculado y el determinado

Función cardiaca

Mala adaptación al estrés
Riesgo aumentado de patología cardiaca



Polifarmacia

	Country	Number of patients	Age, years	Number of prescribed drugs	Patients taking over-the-counter drugs (%)	Patients taking complementary and alternative medicines (%)
Cashman et al ³	UK	100	Median 73.5 (IQR 65–88)	Median 7 (IQR 1–17)	NR	NR
Puts et al ⁵	Canada	112	Mean 74.2 (SD 6, IQR 65–92)	Median 5 (IQR 3–9)	NR	NR
Hanigan et al ²²	USA	52	Range 44–85	Mean 5.5 (IQR 0–13)	71%; mean 2.2 drugs (IQR 0–20)	69%; mean 1.9 (IQR 0–11)
Sokol et al ²³	USA	100	Median 78 (IQR 70–90)	Mean 9.1 (prescribed and over the counter)	NR	~50%
Werneke et al ¹⁴	UK	318	NR	NR	NR	>50%

NR=not reported.

Table 1: Polypharmacy reports of patients with cancer

35% de los pacientes >70 años toman más de 5 fármacos

Comorbilidad

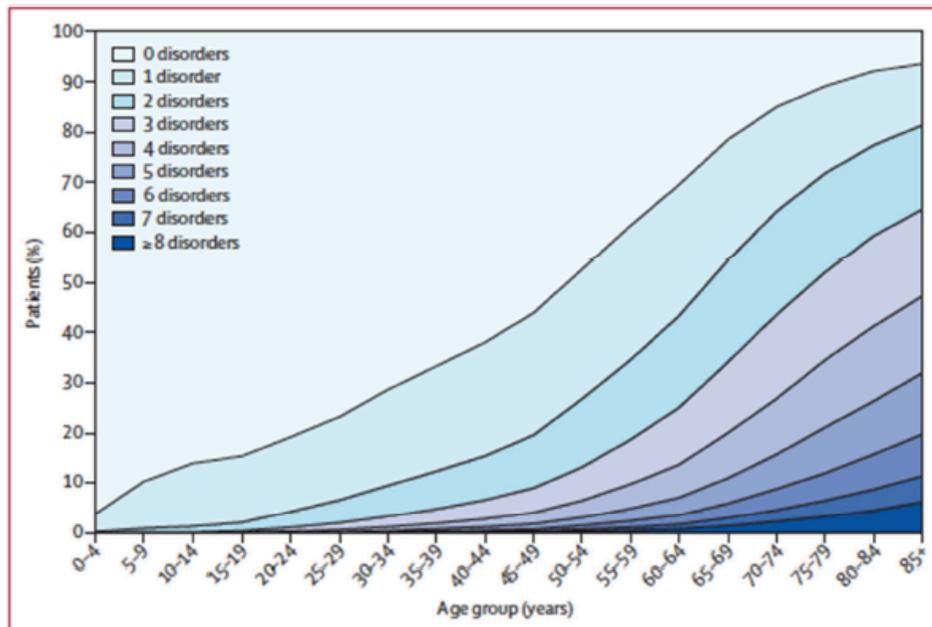
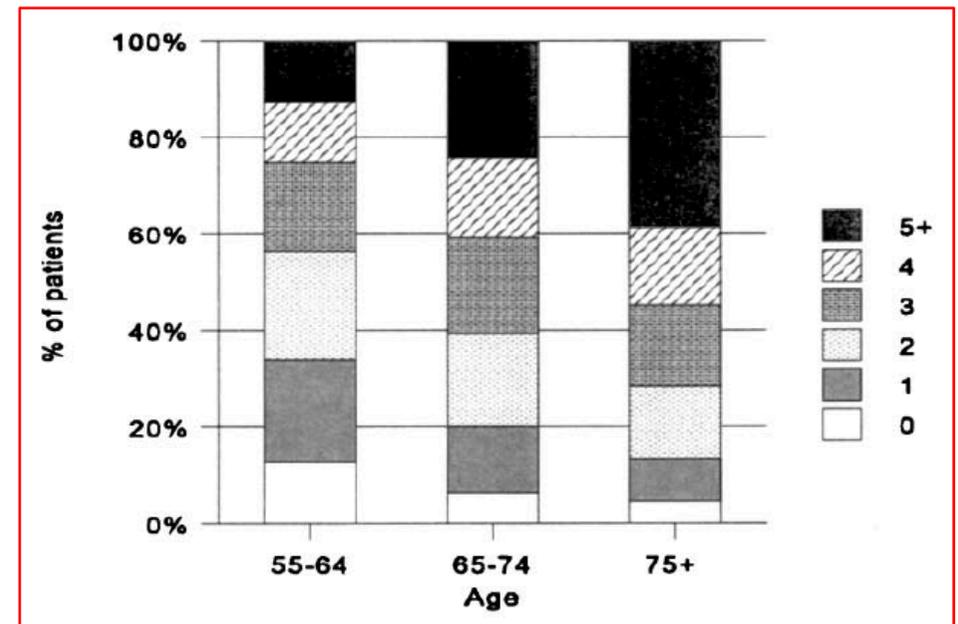


Figure 1: Number of chronic disorders by age-group

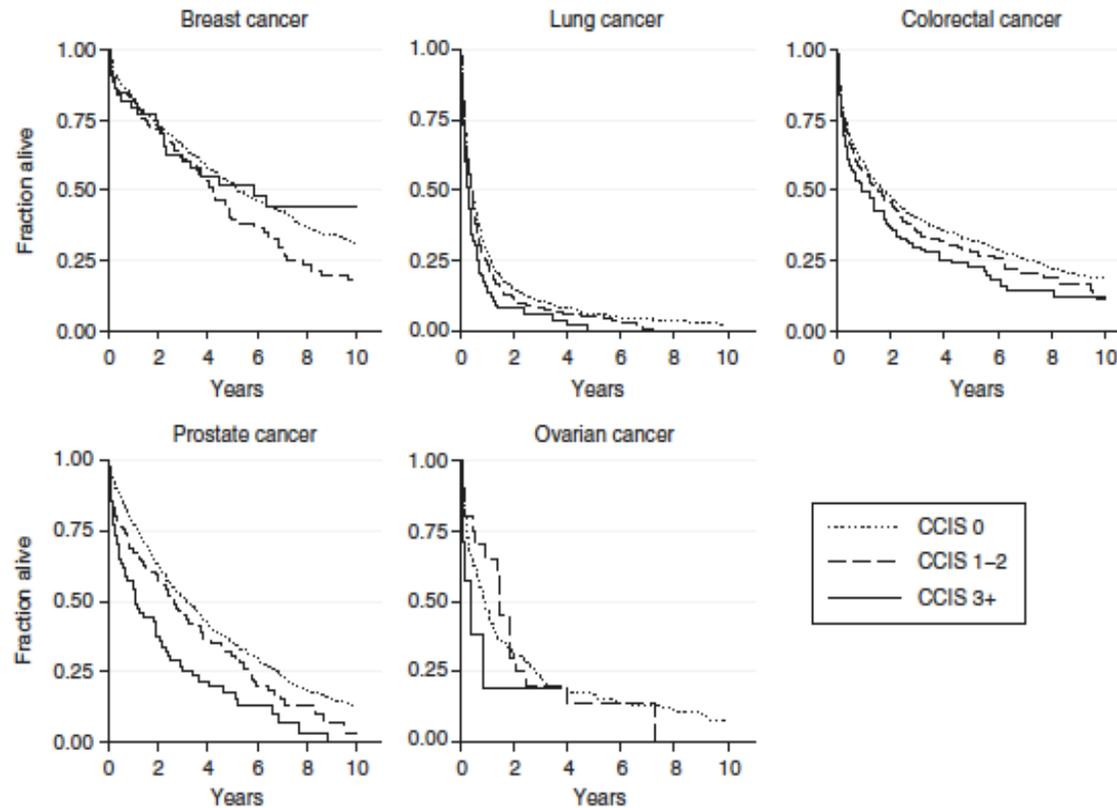


Barnett et al. Lancet 2012

Estermann et al. Crit Rev Hem/Oncol 2000

Comorbilidad

Cáncer de pulmón y colorrectal asociados a mayor morbilidad



Asociación de la morbilidad y la mortalidad

Predictores de toxicidad

✓ Edad > 72 años	2	} Edad
✓ Tipo de cáncer: GI/GU	3	} Tipo tumor/tratamiento
✓ Dosis estándar	3	
✓ Poliquimioterapia	2	
✓ Hb (varón <11, mujer <10)	3	} Analítica
✓ Aclaramiento de creatinina	3	
✓ Caídas en los últimos 6 meses	2	} Valoración geriátrica
✓ Pérdida auditiva	2	
✓ Limitación a caminar	2	
✓ Necesidad de ayuda para la medicación	1	
✓ Disminución de la actividad social	1	

PREDICTION TOOL

Gender:

Patient's Age:

Patient's Height:

Patient's Weight:

Cancer Type:

Dosage: *

Number of chemotherapy agents:

Hemoglobin:

How is your hearing (with a hearing aid, if needed)?:

Number of falls in the past 6 months:

Can you take your own medicines?:

Does your health limit you in walking one block?:

During the past 4 weeks, how much of the time has your physical health or emotional problems interfered with your social activities (like visiting with friends, relatives, etc.)?:

Select Serum Creatinine:

Creatinine Clearance: **

[Submit](#)

Toxicity Score:

Risk of Chemotherapy Toxicity:

[What does this mean?](#)

* Dose delivered with first dose for chemotherapy

** Jelliffe formula

http://www.mycarg.org/Chemo_Toxicity_Calculator

<https://www.moffitt.org/eforms/crashscoreform/>



TakeCharge!
TOTAL CANCER CARE

CRASH Score Calculator

This score stratifies patients in 4 risk categories of severe toxicity. Reference for derivation and validation results: Extermann et al. Cancer, Epub Nov 9,2011 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22072065>. Formal clinical applications of the score still need to be studied.

* Please click on each link to view/close help on assigning scores

Chemotherapy risk

Chemotherapy risk

Hematologic Risk Factors

Diastolic blood pressure

IADL

LDH

Non-Hematologic Risk Factors

ECOG PS

MMS

MNA

Extermann M. Cancer 2012

Comprehensive Geriatric Assessment

Domain	Element Assessed
Function	Zubrod performance status Activities of daily living Transferring Bathing Grooming Feeding Dressing Going to the bathroom Maintaining continence Instrumental activities of daily living Use of transportation Ability to take medication Use the phone Manage finances Go shopping Provide one's own meals
Polymorbidity	Number and severity of medical conditions (excluding cancer)
Polypharmacy	Number of medications (generally ≥ 5) Redundancy and duplications Medications inappropriate for use in the elderly Risk of drug interactions Lack of necessary medications

Domain	Element Assessed
Emotional status	Screening for depression
Memory disorders	Assessment of memory impairment (common use is Minimental status)
Nutrition	Presence and risk of malnutrition: Mini Nutritional Assessment
Geriatric syndromes	Dementia Severe depression Delirium during mild infection or with medications that generally do not cause delirium Repeated falls Continuous dizziness Incontinence Severe osteoporosis

Balducci L; Cancer Control, 2015

Dolor oncológico en pacientes de la 3ª edad

- La percepción del dolor somático y visceral puede disminuir con la edad
- La población anciana puede tener una mayor tolerancia al dolor
- El dolor óseo adquiere mayor relevancia en población anciana
- La valoración del dolor oncológico debe ser igual que en población no anciana
- Trastornos de comunicación relevantes
- Manifestaciones atípicas= delirio
- Consideraciones específicas en el tratamiento analgésico

Tratamiento opioide en población de 3ª edad

- Titulación más lenta y dosis de inicio más bajas.
- Aclaramiento de creatinina es clave para la elección del analgésico y las dosis.
- Evitar meperidina
- Monitorización estrecha en las rotaciones de opioides.

Conclusiones

- ❑ El beneficio del tratamiento oncológico y de soporte en los ancianos es similar al de las personas jóvenes
- ❑ Las diferencias en la reserva funcional y la farmacocinética de los tratamientos oncológicos y de soporte en el anciano contribuye a aumentar la toxicidad.
- ❑ Especial vigilancia en los fármacos con metabolización hepática y eliminación renal
- ❑ Importante prevenir la toxicidad de los tratamientos oncológicos (ojo a las nuevas terapias!). Valoración del riesgo
- ❑ Importancia del tratamiento individualizado del soporte
- ❑ Calidad de vida