

Desembre
2013

Quimioteràpia pal·liativa en el càncer avançat

Es desaconsella la quimioteràpia dirigida contra el càncer quan, esgotades dues línies de tractament, el malalt té un mal estat funcional i les probabilitats de millora són minses.

Resum

- En el càncer avançat, és a dir, el que s'ha estès a altres parts del cos i que no pot ser curat amb tractament, el pronòstic és variable i depèn del tipus de càncer, l'efectivitat de les teràpies, l'estat general del malalt i les comorbiditats que pateix.
- Hi ha diverses escales que permeten avaluar el grau d'afectació funcional en les activitats de la vida diària i mesurar la repercussió sobre la qualitat de vida que causa la progressió de la malaltia, i que, per tant, ajuden a ajustar el pronòstic i el tractament més apropiat.
- La major part de les guies de pràctica clínica desaconsellen prosseguir el tractament en malalts amb un estat funcional marcadament deteriorat i/o en aquells amb dues línies prèvies de quimioteràpia (QT) que no han aturat la progressió de la malaltia. El paper de la quimioteràpia pal·liativa no hauria de ser obstacle per a una planificació òptima de l'atenció al final de la vida.
- En aquesta fase de càncer avançat, quant als efectes adversos de la quimioteràpia junt amb la baixa probabilitat d'èxit, s'ha de reconsiderar el focus de l'atenció: s'ha de canviar el propòsit de controlar la malaltia i incrementar la supervivència, a prioritzar les mesures dirigides a millorar el confort i la qualitat de vida.
- La decisió de seguir amb la quimioteràpia ha de ser fruit d'una elecció informada per part del pacient en acord amb les seves preferències i després d'haver-li plantejat, realísticament, el pronòstic i les limitacions del tractament.

Més informació

En el càncer avançat, és a dir, aquell que s'ha estès a altres parts del cos i que no pot ser curat amb tractament, el pronòstic és variable i depèn del tipus de càncer, l'efectivitat de les teràpies, l'estat general del malalt i les morbiditats que pateix. És cada cop més comú que hi hagi diferents línies de tractament, algunes adreçades a dianes específiques tumorals i que poden millorar els resultats amb una toxicitat aparentment menor, però relacionada amb l'estat de salut basal del pacient. Això, però, no ha de portar a unes expectatives equivocades sobre el paper de la QT (pal·liativa que no curativa) i no hauria de ser obstacle per a una planificació òptima de l'atenció al final de la vida.

En principi, la terapèutica dirigida contra el càncer avançat sols s'hauria de considerar quan hi ha una probabilitat raonable d'assolir un benefici clínic significatiu. La major part de GPC desaconsellen prosseguir el tractament en malalts amb un estat funcional marcadament deteriorat i/o en aquells amb dues línies prèvies de QT que no han aturat la progressió de la malaltia. L'aparició de nous i costosos tractaments efectius en alguns grups específics de tumors amb efectes tòxics diferents de la quimioteràpia convencional ha generat, malauradament, una generalització amb expectatives poc realistes que porten a oblidar que, malgrat els progressos, la supervivència en el grup global de tumors sòlids metastàtics ha canviat poc en les darreres dècades.

Hi ha diverses escales que permeten avaluar el grau d'afectació funcional en les activitats de la vida diària i mesurar la repercussió sobre la qualitat de vida que causa la progressió de la malaltia i que, per tant, ajuden a ajustar el pronòstic i el tractament més apropiat. L'estat funcional del malalt s'ha mostrat com un dels factors independents que millor prediu la supervivència. De les diverses escales existents, les més comunes en oncologia són la de l'*Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG) (de 0 a 5, mort) i la de Karnofsky (de 100 a 0, mort). S'ha suggerit una regla senzilla: el/la malalt/a ha d'estar suficientment bé per poder anar caminant i sense ajuda a l'hospital de dia per rebre la QT. Correspondria a un ECOG <3 o un Karnofsky >60.

És arribada a aquesta fase, en què la malaltia ha seguit avançant, quan els efectes adversos junt amb la baixa probabilitat d'èxit, han de portar a reconsiderar el focus de l'atenció: s'ha de canviar el propòsit de controlar la malaltia i incrementar la supervivència a prioritzar les mesures dirigides a millorar el confort i la qualitat de vida. És per això que el pronòstic, la qualitat de vida i els objectius terapèutics han de ser aspectes prioritaris de discussió conjunta entre metge i malalt, sense esperar a les fases avançades de la malaltia i malgrat els sistemes de finançament de l'atenció sanitària no afavoreixin aquests diàlegs imprescindibles. Plantejar per què la teràpia no està indicada requereix diàleg, empatia i temps, no sent gens fàcils aquestes converses tan transcendents. Tot i que hi pugui haver malalts que prefereixin prosseguir amb qualsevol tractament per poca millora que aportï, aquesta decisió ha de ser fruit d'una elecció informada després d'haver plantejat, realísticament, el pronòstic, les limitacions dels tractaments contra el càncer i les preferències dels pacients.

A Catalunya, 17.171 persones van morir durant l'any 2011 com a conseqüència del càncer, segons dades del registre de mortalitat de Catalunya. L'any 2012, 11.181 persones amb diagnòstic o procediment principal relacionats amb el càncer van morir en un hospital d'aguts o ateses per un servei sociosanitari (incloent PADES: programa d'atenció domiciliària equips de suport), segons dades del conjunt mínim bàsic de dades dels hospitals d'aguts i centres sociosanitaris. El 62,7% d'aquestes defuncions s'han produït en el recurs sociosanitari i el 37,3% a l'hospital. De les persones que han mort en un recurs sociosanitari, la meitat han estat ateses en serveis de cures pal·liatives (49,6%) i el 31,1% per un PADES. La mitjana d'edat dels difunts és de 72 anys, 69 anys en hospitals i 74 en serveis sociosanitaris.

De totes les persones ateses i difuntes per càncer l'any 2012, s'estima que el 41,6% (4.700 persones) han rebut tractament amb quimioteràpia durant el darrer any de vida, el 15,2% (1.700 persones) durant el darrers dos mesos i el 6,6% (700 persones) durant el darrer mes, segons dades de farmàcia hospitalària del CatSalut.

Per últim, el percentatge de pacients amb quimioteràpia és molt diferent depenent del recurs on s'ha produït la defunció. El percentatge de pacients en tractament en els 60 dies previs a la defunció és de la meitat en centres sociosanitaris, respecte als centres hospitalaris. La diferència és superior en els darrers 30 dies, on el percentatge de pacients morts en hospitals tractats amb quimioteràpia és gairebé del triple respecte als que han mort en un centre sociosanitari.

Per tot això, s'hauria d'evitar la quimioteràpia durant les darreres setmanes de vida, ja que pot suposar més perjudici que benefici. Quan no resten opcions terapèutiques dirigides contra el càncer, metge i malalt, amb el suport d'altres professionals, han de fer una transició cap a una atenció pal·liativa i activa que en controlï els símptomes, minimitzi el patiment físic i emocional i millori la qualitat de vida.

Amb el suport de



Societat Catalanobalear de Cures Pal·liatives

Fonts

- Peppercorn JM, Smith TJ, Helft PR, DeBono DJ, Berry SR, Wollins DS et al. American Society of Clinical Oncology Statement: toward individualized care for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2011; 29:755-760. Disponible a: <http://jco.ascopubs.org/content/early/2011/01/24/JCO.2010.33.1744.full.pdf+html>.
- Weeks JC, Catalano PJ, Cronin A, Finkelman MD, Mack JW, Keating NL et al. Patient's expectations about effects of chemotherapy for advanced cancer. *N Engl J Med*. 2012;367:1616-25. Disponible a: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1204410>.
- Smith TJ, Hillner BE. Bending the cost curve in cancer care. *N Engl J Med*. 2011;364:2060-65. Disponible a: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsb1013826>.
- Harrington SE, Smith TJ. The role of chemotherapy at the end of life. When is enough, enough? *JAMA*. 2008;299:2667-2678. Disponible a: http://jama.jamanetwork.com/data/Journals/JAMA/4419/jel80004_2667_2678.pdf.
- Sullivan R, Peppercorn J, Sikora K, Zalberg J, Meropol NJ, Amir E et al. Delivering affordable cancer care in high-income countries. *Lancet Oncol*. 2011;12:933-80. Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1470204511701413>.
- Niraula S, Seruga B, Ocana A, Shao T, Goldstein R, Tannock IF et al. The price we pay for progress: a meta-analysis of harms of newly approved anticancer drugs. *J Clin Oncol*. 2012. Disponible a: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12094-012-0847-6>.
- Sanz J. Chemotherapy at the end of life: up until when? *Transl Oncol*. 2012; 14:667–674. Disponible a: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12094-012-0847-6>.

Essencial és una iniciativa que identifica pràctiques clíniques de poc valor i promou recomanacions per tal d'evitar-ne la realització.

Si voleu rebre més informació sobre el projecte, podeu contactar amb: essencial.salut@gencat.cat o visitar el web: <http://essencialsalut.gencat.cat>