

¿Qué puede aportar el Oncólogo en la atención del paciente anciano con cáncer?

Dra Regina Gironés Sarrió
Coordinadora del Grupo de Trabajo
Oncogeriatría SEOM



Cuenca, 3 y 4 Marzo 2017

Índice

1. Introducción: cáncer asociado a envejecimiento
2. ¿es diferente el cáncer en la población anciana?
3. ¿es diferente el paciente anciano con cáncer?
4. ¿Papel del oncólogo en el paciente anciano con cáncer?

Introducción: cáncer asociado al envejecimiento

- ❑ La población envejece
- ❑ El cáncer predomina en la población anciana

Asociación entre edad y cáncer: Hipótesis

- La carcinogénesis es un proceso prolongado que puede durar varios años
- Los tejidos más envejecidos son más susceptibles que los más jóvenes a los carcinógenos ambientales
- El envejecimiento puede asociarse a condiciones ambientales que favorecen el desarrollo del cáncer:
 - envejecimiento proliferativo
 - inmunosenescencia

¿El cáncer es diferente en la población anciana?

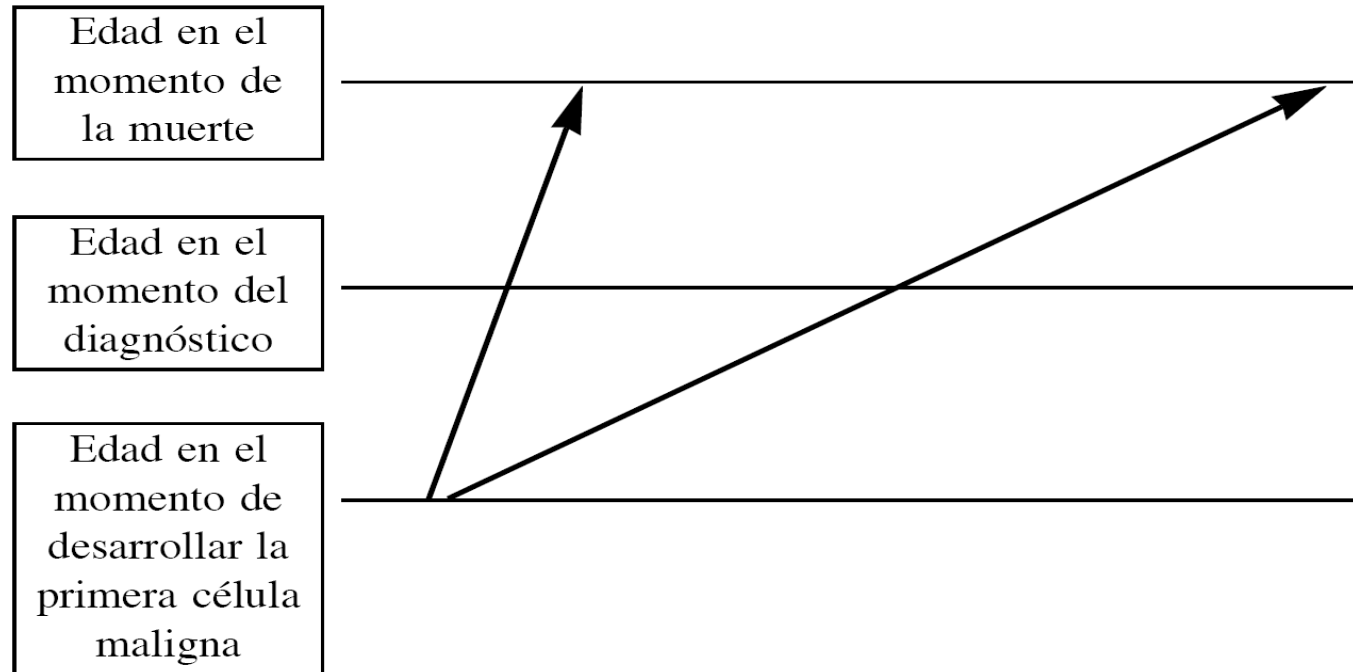


Fig. 3. Hipótesis de Ershler: los tumores más indolentes prevalecen más en las personas mayores porque los pacientes que desarrollan tumores más agresivos mueren en edad temprana.

Adaptado de: L. Balducci / European Journal of Cancer (Ed. Española) 2001; 1: 102-115

Biología del tumor y edad del paciente

Tumor	Pronóstico según edad	Mecanismo(s)
Leucemia mieloide aguda (LMA) [67]	Peor a partir de los 60 años	<ol style="list-style-type: none">1. Prevalencia incrementada de células neoplásicas expresando MDR-12. Implicación de las células madre pluripotentes en el proceso neoplásico
Linfoma no Hodgkin [61,68,69]	Peor a partir de los 60 años	Niveles circulantes incrementados de interleucina-6
Cáncer de mama [70,71]	Más indolente con la edad	<ol style="list-style-type: none">1. Prevalencia incrementada de tumores ricos en receptores hormonales2. Prevalencia incrementada de tumores bien diferenciados3. Prevalencia incrementada de tumores con una tasa baja de proliferación4. Producción disminuida de factores de crecimiento del tumor por parte de la mujer más mayor5. Producción estrogénica disminuida
Cáncer de ovario [72]	Peor a partir de los 65 años	Desconocido

MDR, gen de la resistencia a múltiples fármacos.

¿Es diferente el paciente anciano con cáncer?

Cambios neuropsicológicos

Incremento de las interacciones farmacológicas

Disminución de la celularidad medular

Cambios farmacocinéticos

Entorno socioeconómico y familiar

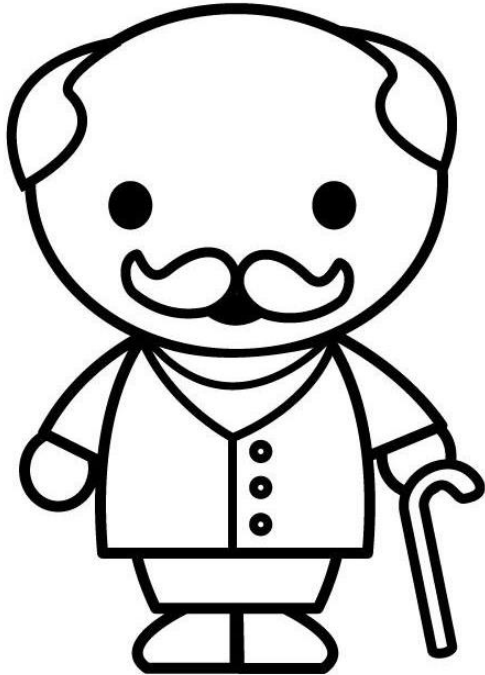
¿Es diferente el paciente anciano con cáncer?

Mayor
del trata

Diferentes
expectativas

**¿Papel del oncólogo
en el paciente
anciano con
cáncer?**

GERIATRÍA



Personas ancianas con enfermedades... entre ellas el cáncer...

ONCOLOGÍA



Personas con cáncer..... entre las que hay ancianos

Retos de la integración entre geriatría y otras especialidades

¿Qué tiene en común ambas especialidades?

Que se enfrentan a la situación del fin de la vida

Envejecimiento: por historia natural

Cáncer: por agresividad

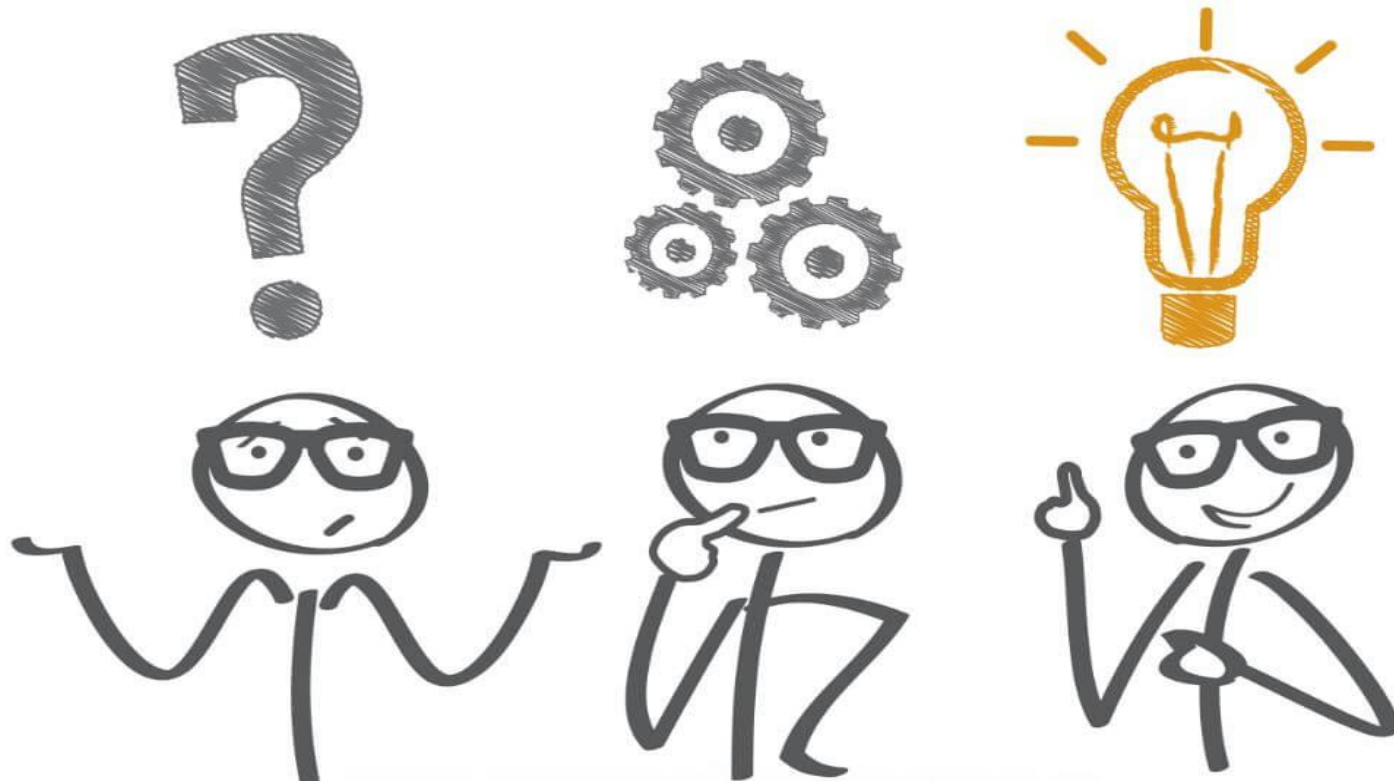
OBJETIVO: COMÚN

Obtener la máxima esperanza de vida, manteniendo la dignidad, la autoestima y la calidad de vida, con la máxima independencia funcional y aliviando el dolor y el sufrimiento



Papel indiscutible de la EG en el manejo del
paciente anciano con cáncer

¿y el oncólogo?



Evaluación geriátrica en Oncología

Papel de la evaluación geriátrica:
individualización del tratamiento

¿Qué aporta el oncólogo?: la individualización
del tratamiento

-Tipología Oncogeriátrica:

Candidatos a tratamiento oncológico estándar

Candidatos a tratamiento oncológico

modificado/adaptado

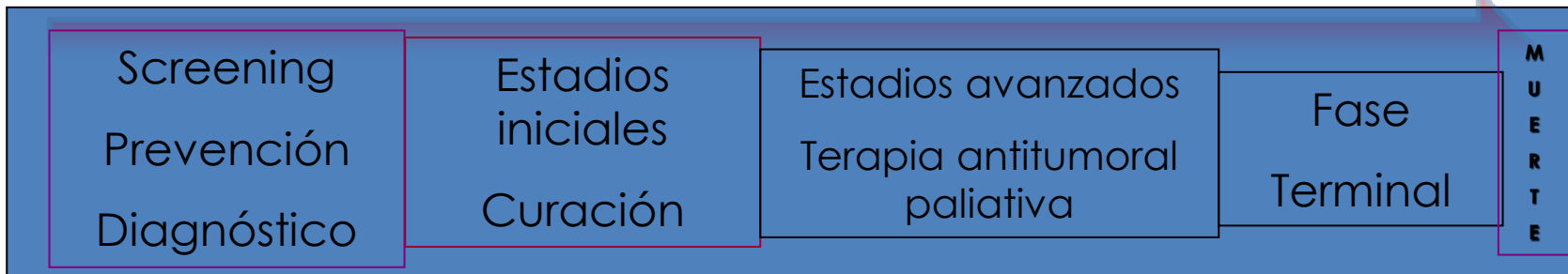
Candidatos a evaluación geriátrica integral

No candidatos a tratamiento oncológico activo

**No tributarios
de manejo
Oncoespecifico**

**Tributarios
de manejo
Oncoespecifico**

The Aging Spectrum



The Oncologic Spectrum

¿Qué debe saber el oncólogo en el paciente anciano

- Si esta persona fallecerá de esa neoplasia o no (agresividad del tumor)
- Si la neoplasia va a suponer un problema en su expectativa de vida (por supervivencia o por sintomatología)
- Si la puedo tratar (¿con qué?)
- Qué beneficios le aporta tratarle, y que detrimento
- Si lo trato, cuál es el objetivo del tratamiento

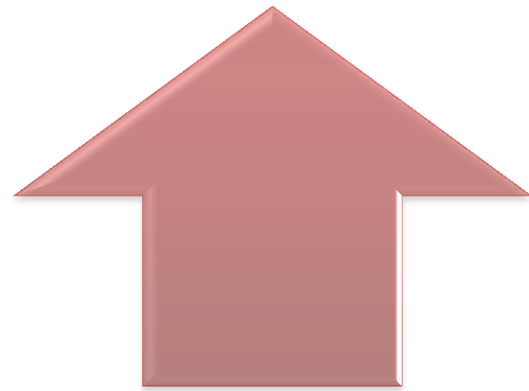
Si la persona va a fallecer de esa neoplasia

Oncología

Expectativa de vida por la neoplasia

Expectativa de vida por envejecimiento

Geriatría



Situación “fácil”

Tumores
indolentes

Expectativa
de vida corta

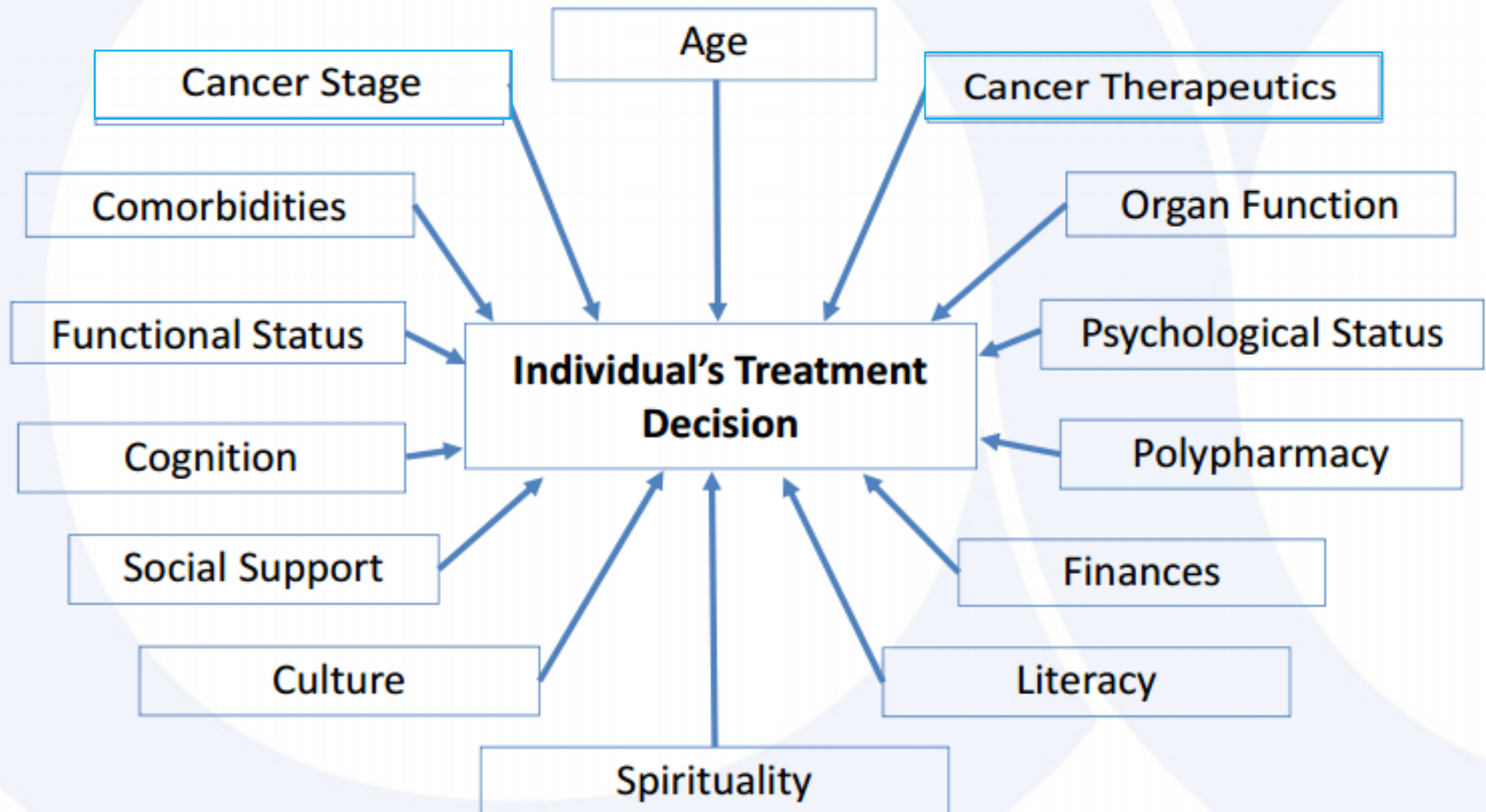
Situación “difícil”

Neoplasias agresivas

Neoplasias muy sintomáticas

Neoplasias curables

Key Factors Contributing to Decision Making



Cancer Stage

La estadificación es el medio por el que el médico describe el tamaño del tumor y su grado de diseminación.

Es importante porque determina el tipo de tratamiento que será necesario. Se determina a través de pruebas de imagen que estudian las localizaciones de distribución de la enfermedad, como la tomografía computerizada (TAC) o la resonancia magnética (RMN) – entre otras-, y otros procedimientos como la cirugía. Cada tipo de tumor requiere una serie de exploraciones concretas, bien definidas en las guías oncológicas.

Cuando los tumores se encuentran confinados a una sola zona, los tratamientos locales, como la radioterapia o la cirugía, pueden ser suficientes, pero no, sin embargo, cuando han diseminado.

El sistema más utilizado es el denominado TNM. A la T (tumor, tamaño) se le da un valor de 1 a 4, de menor a mayor tamaño; a la N (ganglios, "nodes") se le califica de 0 a 3, donde 0 quiere decir que no hay invasión ganglionar y 3 que hay muchos ganglios afectados; finalmente la M (metástasis) se da como 0 cuando no hay metástasis, y como 1 cuando ha diseminado.

Estos datos TNM sirven para agrupar a los pacientes en cuatro clases ("estadios"), donde generalmente el I son enfermos con tumores pequeños sin afectación ganglionar ni diseminación, el II cuando el tumor invade el tejido próximo, el III cuando hay mayor invasión local y afectación de ganglios linfáticos, y el 4, casos en los que ya se han producido metástasis.

Estadios iniciales

Tratamiento radical:
ELIMINA TODA LA ENFERMEDAD

Riesgo de recidiva:
MICROMETÁSTASIS

Factores asociados con el riesgo de recidiva en el paciente anciano:

- Expectativa de vida
- Agresividad del tumor
- Tratamiento adyuvante



Estadios iniciales en población anciana

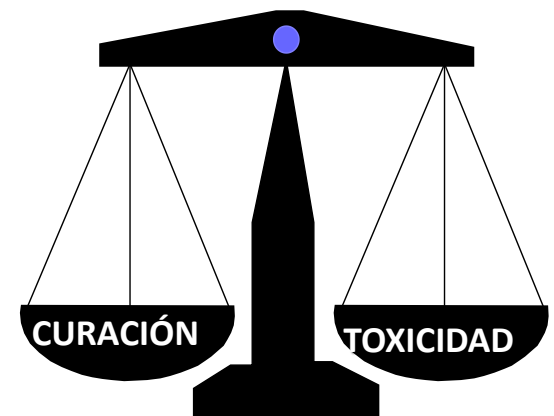
Mama, próstata, colorectal: índices de curación (supervivencia a 5 años) en torno al 84% en mama y 58% en colorecto

Alto precio: tratamiento, seguimiento y mantenimiento (segundos tumores, secuelas del tratamiento, alteraciones orgánicas por citostáticos...)

Los ancianos supervivientes tienen más enfermedades crónicas y limitaciones funcionales que los ancianos en general

¿relación con el cáncer previo, comorbilidades previas, envejecimiento?

Los supervivientes son más susceptibles de padecer enfermedades metabólicas asociadas (diabetes, cardiovasculares, dislipemias), osteoporosis, depresión y pérdida de capacidad funcional



Estadios avanzados

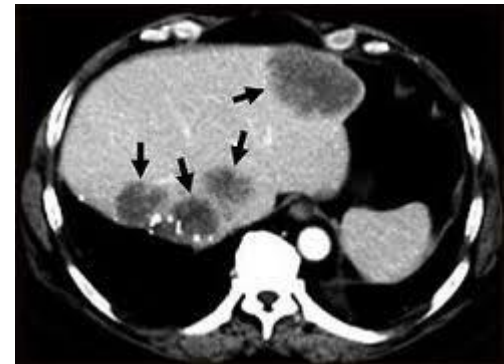
Aproximadamente el 50% de los pacientes

SITUACIÓN INCURABLE

Estadio en que el volumen tumoral imposibilita su erradicación completa

No podemos curar, pero siempre podemos aliviar

INDICACIÓN DE TRATAMIENTO PALIATIVO

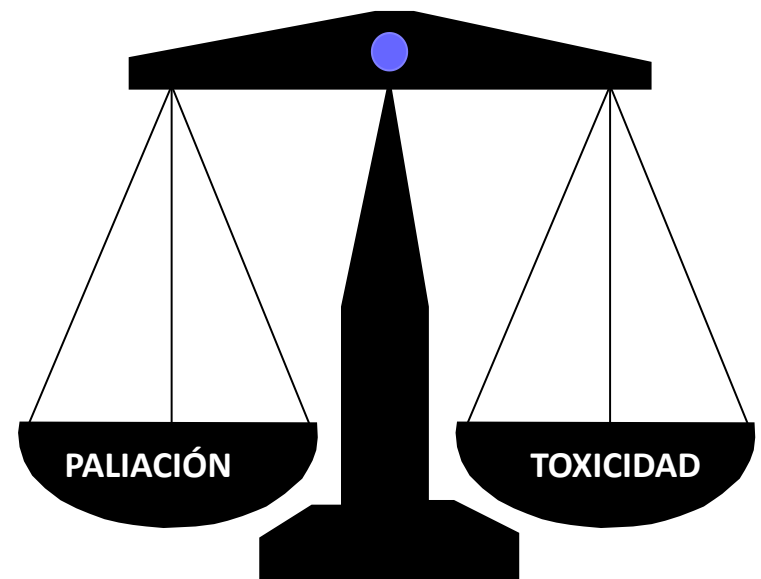


Estadios avanzados en población anciana

Expectativa de vida

Presencia de tratamiento activo

Capacidad del paciente de tolerar el tratamiento



Objetivo terapéutico en la población anciana

“...la **relación coste-efectividad suele ser menor** en el tratamiento de las personas mayores con cáncer que en el de los individuos más jóvenes, debido a un **beneficio reducido** sobre la esperanza de vida y un **riesgo incrementado** de complicaciones terapéuticas costosas.”

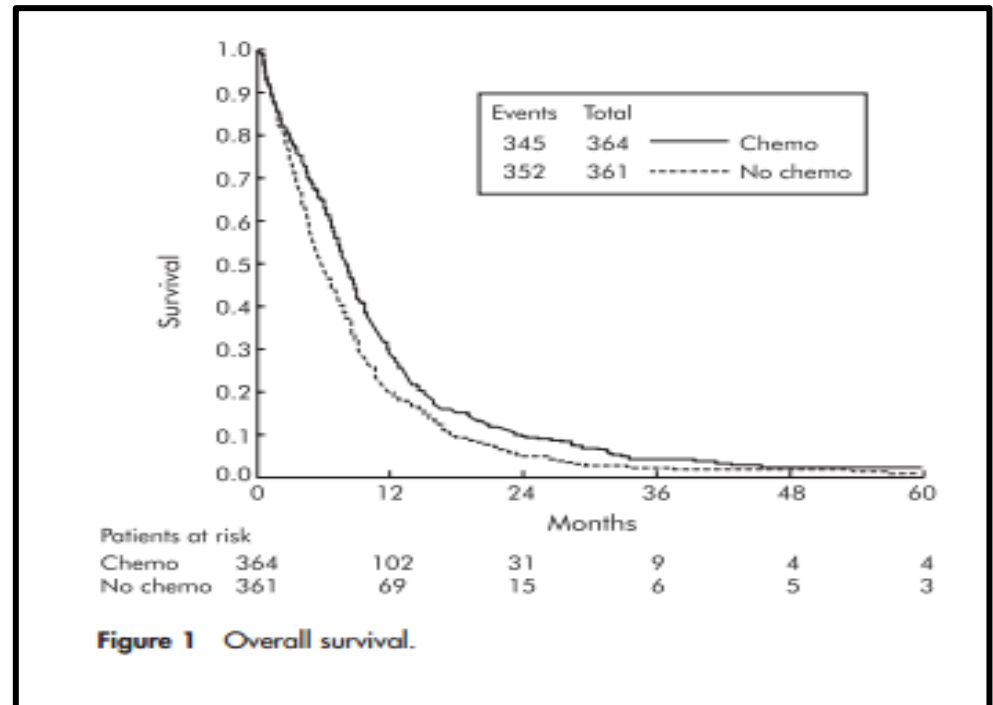
“...parece razonable explorar estrategias para minimizar este coste.”

“Existe un coste relacionado con los pacientes de cáncer no tratados... Cualquier estudio significativo de coste-efectividad debería comparar el coste que supone tratar el cáncer, con el coste de no tratarlo.”

LUNG CANCER

Chemotherapy versus supportive care in advanced non-small cell lung cancer: improved survival without detriment to quality of life

S G Spiro, R M Rudd, R L Souhami, J Brown, D J Fairlamb, N H Gower, L Maslove, R Milroy, V Napp, M K B Parmar, M D Peake, R J Stephens, H Thorpe, D A Waller, P West, on behalf of all the Big Lung Trial participants



L. Balducci / *European Journal of Cancer (Ed. Española)* 2001; 1: 102-115

Cancer Therapeutics

Decisión del tratamiento oncológico

Factores dependientes del paciente

Capacidad o incapacidad funcional

Expectativa de vida

Tolerancia al tratamiento

Factores dependientes del tumor

Agresividad del tumor

Riesgo de complicaciones urgentes

Riesgo de muerte

Factores dependientes del tratamiento

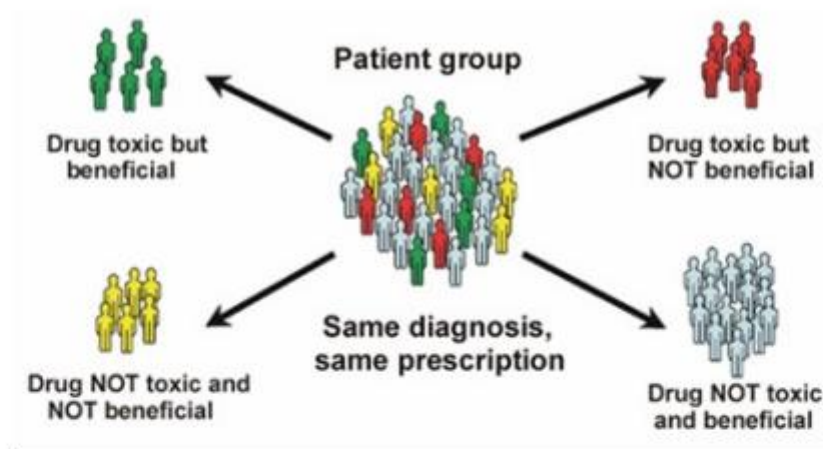
Eficacia demostrada en población anciana

Toxicidad esperada en población anciana

Quimioterapia

- ✓ Elevado riesgo de toxicidad, debido sobre todo a la reducción de la excreción renal de los citostáticos.
- ✓ Disminuye la celularidad medular y la concentración de células madre circulantes pluripotenciales.
- ✓ La médula ósea tiene mayor sensibilidad a los tóxicos y menor capacidad de recuperación
- ✓ Nefrotoxicidad, neurotoxicidad, cardiotoxicidad, hematotoxicidad

Tratamiento personalizado



- **Stratified/tailored medicine (precision)** → Develop drug in a population defined by a biomarker = companion biomarker
- **Personalized medicine** → Each patient is unique
- **Precision & Personalized medicine**
 - Way that healthcare is moving in the future
 - Model customizing healthcare based on the **individual's** and **tumour's** genetics
 - Main goal = to make medicine **predictive (precision), preventive, personalized** and **participatory**

Papel del oncólogo: Prescripción de tratamiento al paciente anciano

El oncólogo conoce:

- ✓ Las indicaciones: adyuvancia, neoadyuvancia, metastásico...
- ✓ La necesidad de insistir o no en la administración de tratamiento activo
- ✓ Los avances (*vertiginosos*) que se producen en el abordaje terapéutico del paciente con cáncer
- ✓ La modificación de los esquemas
- ✓ La toxicidad previsible en población anciana

Screening

Table 4. Mean net costs of care in elderly cancer patients by stage at diagnosis, phase of care, and tumor site*

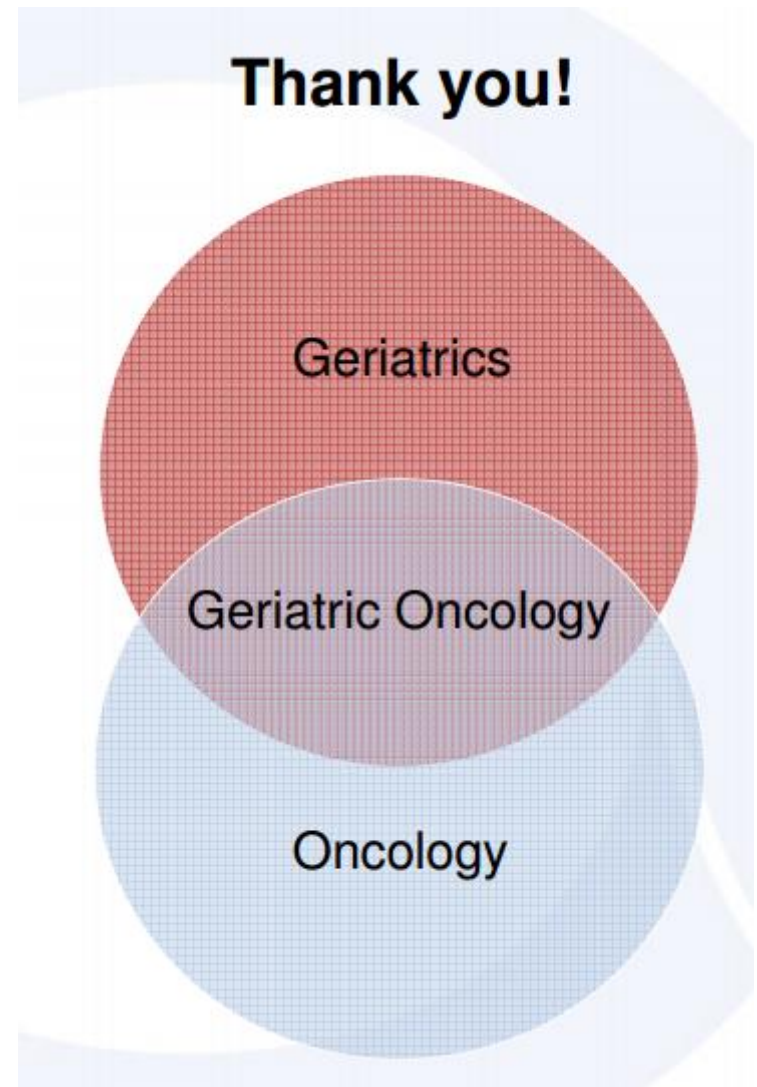
Phase of care	Tumor site	Stage at diagnosis, estimated cost in \$ (95% CI)		
		Local	Regional	Distant
Initial (12 mo)	Female breast	9758 (9521 to 9995)	18449 (17913 to 18984)	28493 (26501 to 30485)
	Cervix	19625 (16504 to 22746)	32849 (29311 to 36386)	41201 (29226 to 53176)
	Colorectal	24221 (23666 to 24775)	35981 (35270 to 36692)	51158 (49157 to 53159)
	Corpus uteri	13646 (12980 to 14313)	25351 (23223 to 27479)	42499 (36563 to 48435)
	Esophagus	46752 (41252 to 52252)	59667 (52150 to 67185)	45303 (34380 to 56226)
	Gastric	39241 (35734 to 42748)	57037 (52797 to 61278)	52792 (46015 to 59570)
	Head and neck	11098 (9990 to 12205)	39189 (36481 to 41898)	52148 (43594 to 60701)
	Liver	40742 (34960 to 46525)	38534 (29060 to 48009)	58628 (26812 to 90444)
	Lung	30554 (29442 to 31665)	38917 (37703 to 40130)	42833 (40796 to 44870)
	Melanoma	3211 (2750 to 3672)	10881 (9289 to 12474)	21717 (15704 to 27730)
	Ovary	30288 (26191 to 34385)	41890 (35278 to 48501)	58188 (55535 to 60842)
	Pancreas	53444 (45442 to 61445)	63407 (58592 to 68223)	58762 (51033 to 66491)
	Prostate†	—	10592 (10420 to 10765)	12765 (11543 to 13986)
	Renal	24998 (23656 to 26339)	28173 (25442 to 30904)	43906 (37494 to 50318)
	Urinary bladder	9799 (9334 to 10264)	31642 (29831 to 33452)	51111 (41494 to 60728)
Last year of life (12 mo)	Female breast	26412 (25849 to 26974)	31263 (30455 to 32072)	43850 (41854 to 45845)
	Cervix	26867 (23209 to 30525)	38560 (34329 to 42792)	58439 (48060 to 68819)
	Colorectal	28958 (28173 to 29743)	34425 (33645 to 35205)	57806 (56307 to 59304)
	Corpus uteri	21412 (20423 to 22402)	33595 (30666 to 36524)	44454 (40355 to 48552)
	Esophagus	51274 (44987 to 57560)	61606 (56638 to 66573)	67526 (61987 to 73065)
	Gastric	45301 (41844 to 48758)	52155 (49292 to 55019)	78430 (74416 to 82444)
	Head and neck	27054 (25458 to 28650)	41379 (39205 to 43553)	53129 (46367 to 59891)
	Liver	48511 (44036 to 52986)	55176 (49099 to 61253)	69572 (62014 to 77131)
	Lung	39433 (38169 to 40696)	52727 (51699 to 53755)	66969 (65759 to 68179)
	Melanoma	20145 (18844 to 21446)	26215 (23613 to 28816)	46177 (40374 to 51980)
	Ovary	22732 (19095 to 26369)	38354 (31894 to 44814)	57248 (55101 to 59396)
	Pancreas	55664 (50747 to 60581)	62331 (59241 to 65421)	75229 (72456 to 78001)
	Prostate†	—	33364 (32878 to 33850)	37504 (35948 to 39060)
	Renal	31006 (28965 to 33048)	36814 (33612 to 40016)	54730 (50842 to 58618)
	Urinary bladder	27531 (26626 to 28436)	42202 (40282 to 44122)	67812 (59824 to 75800)

* The initial phase of care is the first 12 months after diagnosis, the last year of life phase is the final 12 months of life, and the continuing phase is all the months between the initial and last year of life phases. Net costs in the last year of life combined the cost for cancer patients dying of cancer and those dying of other causes. All estimates are in 2004 dollars. Data source was Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) program data linked to Medicare claims data. CI = confidence interval.

† SEER historic staging combines localized and regional prostate cancer into one category. Patients with brain or other nervous system cancer, leukemia, and lymphoma were not included in this table because under SEER historic staging, they were either not staged or all were classified as having distant disease at diagnosis.

Recomendaciones generales en el manejo terapéutico del anciano con cáncer

1. Tratamiento y estabilización de las comorbilidades
2. Intervención específica sobre los síndromes geriátricos detectados.
3. Evitar la polifarmacia.
4. Selección de pautas de tratamiento de baja toxicidad
5. Prevención y tratamiento precoz de los efectos tóxicos de la quimioterapia
6. Control sintomático adecuado.
7. Procurar un soporte social adecuado.



JORNADA NACIONAL DE ONCOGERIATRÍA
La Mayoría Olvidada: necesidad de evidencia científica