

**CURSO ANUAL DE AUDITORÍA HOSPITAL ALEMAN
2016**

MONOGRAFIA

**“Tratamientos oncológicos en
pacientes de edad avanzada”**



**Autores: Dra Liliana Cristina Chiachiarelli
 Dr. Luis Alberto Costa**

INDICE

Pag 3-INTRODUCCIÓN

Pag 4-SITUACIÓN ACTUAL

Pag 6-INCIDENCIAS

**Pag 9- El PMO, la MBE y LAS AGENCIAS REGULADORAS DE
TECNOLOGÍA**

Pag 13-ANÁLISIS

**Pag 15- TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS EN PACIENTES DE
EDAD AVANZADA**

TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS

Pag 21- CIRUGÍA

Pag 21- RADIOTERAPIA

Pag 22- QUIMIOTERAPIA

Pag 22-HORMONOTERAPIA

**Pag 22-ALGUNOS EJEMPLOS DE PRECIOS DE
MEDICAMENTOS**

Pag 24- CONCLUSIÓN

Pag 25-REFERENCIAS

INTRODUCCIÓN

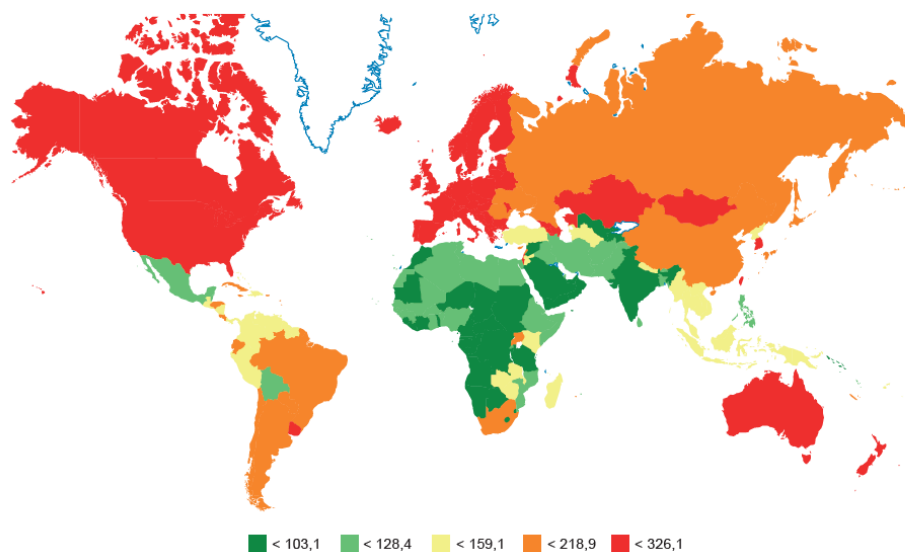
Considerando la comunidad que nos compete: pacientes de edad avanzada. Que según definiciones de gerontología se trata de pacientes de más de 65 años, y dado que los trabajos de investigación en oncología usan como edad de corte los 70 años,

¿Cuál podría ser el criterio para la aprobación de un tratamiento oncológico de alto costo para dichos pacientes sin lesionar sus derechos a recibir medicamentos apropiados para su patología oncológica?

La Argentina se encuentra dentro del rango de países con incidencia de cáncer media-alta (159,1-218.9 x 100000 habitantes); de acuerdo a las estimas realizadas por la IARC para el año 2008 (Mapa IX). Esta estimación corresponde a más de 100000 casos nuevos de cáncer en ambos sexos por año, con porcentajes similares tanto en hombres como en mujeres.

Con estos números, la IARC (International Agency for Research on Cancer) ha estimado para la Argentina una incidencia en ambos sexos de 206 casos nuevos por año cada 100.000 habitantes, basándose en datos provenientes de algunos RCBP (Registro de Cáncer de base poblacional) del país y otros que pertenecen a países de la región.

Mapa IX: Tasas estandarizadas por edad según población mundial de incidencia de cáncer en ambos sexos por cada 10000 habitantes. Todos los sitios excepto cáncer de piel no melanoma. Estimaciones de la Agencia Internacional de Investigaciones en Cáncer para Argentina, 2008.



Fuente: Globocan (IARC) <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=32#BOTH>

En magnitud, el volumen más importante de casos estimados corresponde al *cáncer de mama* con más de 18.700 casos nuevos por año (18% del total y 36% del total de casos en mujeres). Tabla 10

Tabla 10: Distribución absoluta y relativa de casos incidentes de cáncer estimados por la IARC para Argentina en 2008 según localizaciones tumorales más frecuentes.

SITUACIÓN ACTUAL

En 1989 comenzó sus actividades el Registro del Sur de la Provincia de Buenos Aires, cubriendo Bahía Blanca y alrededores y dirigido desde su creación por el Dr. Eduardo Laura.

En 1990 comenzó su actividad el Registro Provincial Poblacional de Tumores de Concordia, cubriendo un área de 139.000 habitantes y dirigido desde sus inicios por el Dr. Miguel A. Prince.

Ambos registros fueron, hasta el año 2013, los únicos cuya calidad de información fue reconocida por la IARC como aceptable y sus resultados incluidos en la publicación *Incidencia de Cáncer en Cinco Continentes (CI5)*. El RCBP de Concordia fue el primero en ser incluido en el CI5 (Vol. VII); mientras que el de Bahía Blanca fue incluido en los volúmenes VIII y IX. En 2012 presentaron datos para el CI5 los registros de Bahía Blanca, Entre Ríos, Mendoza, Córdoba, Tierra del Fuego, Santa Fe y Neuquén.

Además de los registros mencionados, luego surgieron los que pertenecen a las provincias de Mendoza, Chaco y Chubut (en

2002); Tierra del Fuego, Santa Fe, Córdoba y Jujuy (2003); La Pampa (2005); Neuquén (2009). En los últimos años ha surgido un número considerable de RCBP, con variabilidad en sus logros hasta el momento. Entre ellos se encuentran: El registro de cáncer de Catamarca (2007), Tucumán (2010), Santiago del Estero, provincia de Buenos Aires y el del Partido General Pueyrredón (2012).

Todos tienen como ámbito de funcionamiento las estructuras de salud de las respectivas provincias, todos utilizan el software difundido por la IARC ya sea el CanReg 4 ó 5. La mayoría recoge los datos en forma mixta (pasiva y activa). En forma activa lo realizan los registros de Bahía Blanca, Jujuy, Tucumán y General Pueyrredón (ver Tabla 9).

Tabla 9: Registros de cáncer de base poblacional de Argentina en actividad a julio de 2013.

RCBP	COBERTURA	POBLACIÓN	CANREG	AÑO DE INICIO DE ACTIVIDAD	DATOS - CIS	
					ENVIADOS	PUBLICADOS
Bahía Blanca	Local	301572	4	1989	VII-VIII-X-X	VIII-X-X
Catamarca	Provincial	412236	5	2011		
Chaco	Provincial	1080729	5	2002		
Chubut	Provincial	475678	4	2002		
Córdoba	Local - prov.	1329604 / 3424376	4	2003	X	X
Entre Ríos	Provincial	1294901	4	1990	VII-VIII-X	VII-VIII
Jujuy	Provincial	707704	4	2003		
La Pampa	Provincial	345349	4	2005	IX	
Partido Gral. Pueyrredón	Local	618989	5	2012		
Mendoza	Provincial	1783341	4	2002	X	X
Misiones	Provincial	1128414	5	2013		
Neuquén	Provincial	573916	4	2009	X	
Río Negro	Provincial	606706	4	2003		
San Juan	Provincial	724680	5	2013		
Santa Fe	Local - prov.	52509 / 3305884	4	2003	X	
Santiago del Estero	Provincial	892738	5	2012		
Tierra del Fuego	Provincial	137483	4	2003	X	X
Tucumán	Provincial	1529525	5	2010		
ROHA	Nacional	10153768 (< 15 a.)	Propio	2000		Childhood I.

Fuente: SIVER / INC en base a datos enviados por los Registros de Cáncer de Base Poblacional (RCBP) citados.

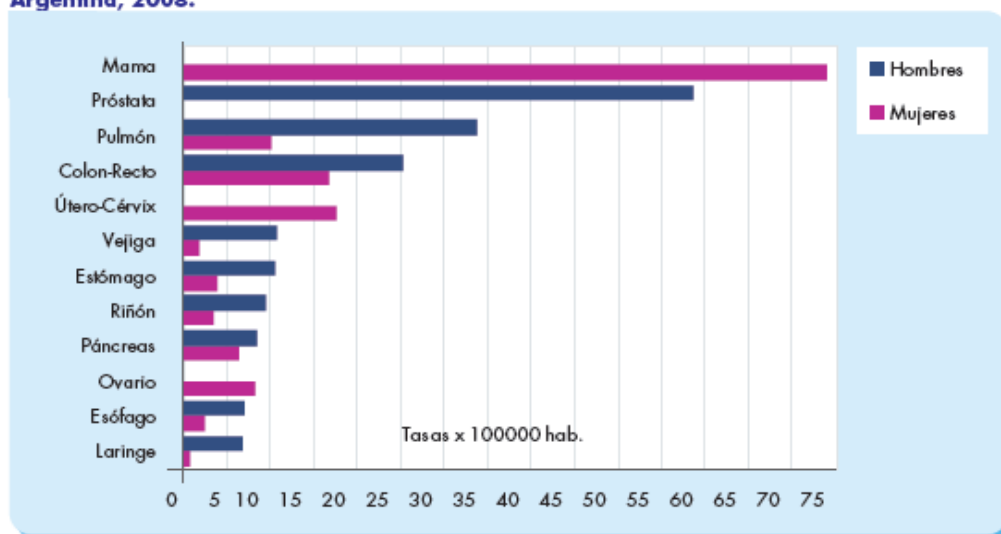
INCIDENCIAS

La Argentina se encuentra dentro del rango de países con incidencia de cáncer media-alta (159,1-218.9 x 100000 habitantes); de acuerdo a las estimas realizadas por la IARC para el año 2008

Esta estimación corresponde a más de 100000 casos nuevos de cáncer en ambos sexos por año, con porcentajes similares tanto en hombres como en mujeres.

Con estos números, la IARC ha estimado para la Argentina una incidencia en ambos sexos de 206 casos nuevos por año cada 100.000 habitantes, basándose en datos provenientes de algunos RCBP del país y otros que pertenecen a países de la región.

Gráfico 16: Incidencia de cáncer en hombres y mujeres según principales localizaciones tumorales. Tasas estandarizadas por según población mundial por 100000 habitantes. Estimaciones de la Agencia Internacional de Investigaciones en Cáncer Argentina, 2008.



Fuente: SIVER / INC en base a datos de Globocan (IARC) <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=32#BOTH>

Dentro de 20 años los adultos mayores representarán más del 20% de la población de Argentina, con lo cual la transición epidemiológica acompañará a la demográfica en la mayoría de las provincias con un aumento significativo de la esperanza de vida y las enfermedades no transmisibles de la población en coexistencia con mosaicos epidemiológicos según el espacio social que se analice.

El aumento será mayor en los grandes centros urbanos, aunque el impacto de estas enfermedades dependerá de la capacidad de respuesta en el campo de la salud a nivel local, provincial, regional y nacional.

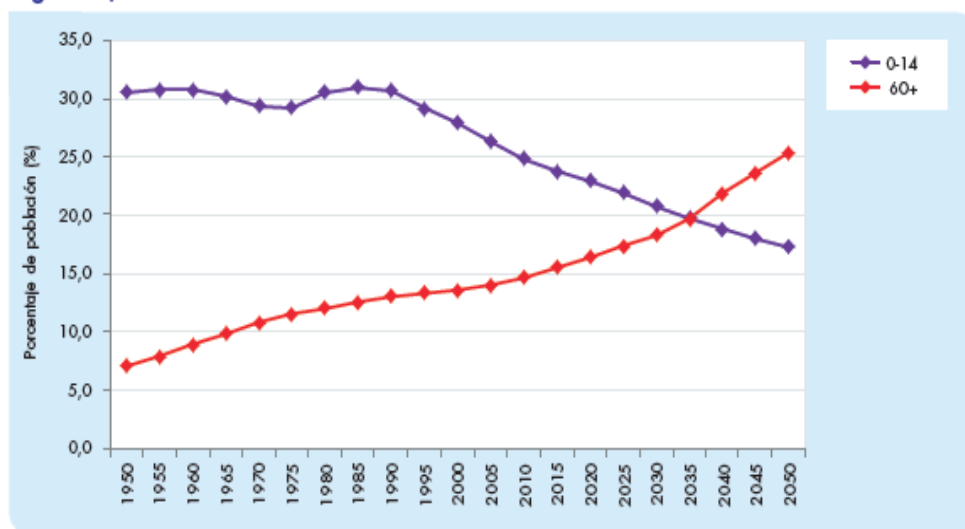
La capacidad de respuesta entendida como la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones en las que se pone en juego el capital económico, social, cultural y simbólico de actores individuales y colectivos (VI).

VI Spinelli, Hugo. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Salud colectiva, Lanús, v. 6, n. 3, dic. 2010. Disponible en <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652010000300004&lng=es&nrm=iso>. accedido en agosto 2013.

Según estimas publicadas por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía de la Comisión Económica para América Latina (CELADE / CEPAL), para el año 2050 en Argentina el porcentaje de población de 60 años y más habrá ascendido al 25%; mientras que el de menores de 15 años disminuirá al 17%

(Gráfico 2).

Gráfico 2: Evolución de la estructura de envejecimiento poblacional, porcentaje de población menor de 15 años y de 60 años y más. Argentina, 1950-2050.

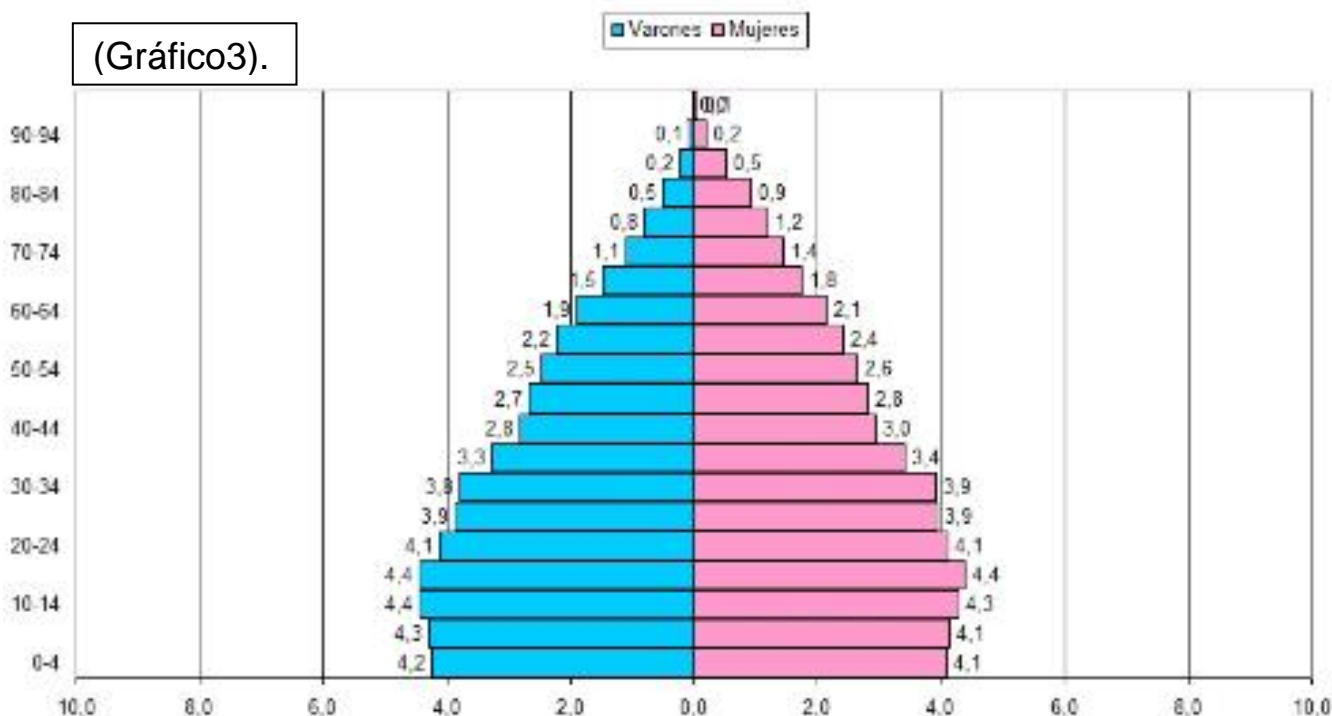


Fuente: CELADE - División de Población de la CEPAL. Revisión 2011.

Entre los Censos Nacionales 2001 y 2010, el grupo de 45 años y más mostró un incremento del 13%; mientras que en los menores de esta edad el incremento fue del 8%.

Mientras la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) presenta 19% de menores de 15 años y 22% de 60 años y más; Misiones registra 33% y 9% de población en estos grupos etarios respectivamente (Gráfico 3)

Los departamentos con mayor número de personas de 45 años y más se encuentran en provincia de Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba



El PMO, la MBE y las Agencias reguladoras de tecnología

Una de las actividades comprendidas dentro del ejercicio de la auditoría médica es la regulación de cobertura e incorporación de tecnología sanitaria para nuestra población bajo cobertura (OS, PREPAGA o MINISTERIO DE SALUD).

Nos es imprescindible evaluar el costo beneficio de la prestación, en este caso internación derivación a centros de rehabilitación, procedimientos diagnósticos, etc.

A este costo beneficio lo llamamos efectividad ya que toma en cuenta la eficacia el costo y la satisfacción del paciente y su entidad de cobertura.

En los países con seguro nacional de salud se utilizan guías nacionales,

NICE : (The National Institute for Health and Care Excellence, Evidence-based guidance, advice and information services for health, public health and social care professionals.) web <https://www.nice.org.uk/>

AETS : (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias)
La AETS encuentra su origen en la necesidad del Sistema Nacional de Salud español de disponer de evidencias objetivas acerca del impacto médico, económico, social y ético de las técnicas y procedimientos de uso médico-sanitario, como una de las bases para: Ayudar en la formulación de políticas y toma de decisiones dirigidas a su introducción ordenada en la práctica clínica, cuando sean nuevos; y de orientar su uso apropiado cuando sean técnicas o procedimientos ya establecidos.

Cuenta con publicaciones y direcciones de interés en su web. <http://www.isciii.es/aets/>

EMA : (European Medicines Agency, European Union agency responsible for the protection of public and animal health through the scientific evaluation and supervision of medicines) web www.ema.europa.eu/

En los países con cobertura asimétrica (EEUU) las aseguradoras elaboran sus propias guías y recomendaciones.

En nuestro país existe una cobertura universal asimétrica pero con una base prestacional en la seguridad social y prepaga que es el PMO (plan médico obligatorio), que regula la superintendencia de salud del ministerio de salud argentino.

La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) es un organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional creado en agosto de 1992, mediante decreto 1490/92. Colabora en la protección de la salud humana, garantizando que los medicamentos, alimentos y dispositivos médicos a disposición de los ciudadanos posean eficacia (que cumplan su objetivo terapéutico, nutricional o diagnóstico) seguridad (alto coeficiente beneficio/riesgo) y calidad (que respondan a las necesidades y expectativas de la población). Para ello, se encarga de llevar adelante los procesos de autorización, registro, normatización, vigilancia y fiscalización de los productos de su competencia en todo el territorio nacional. La ANMAT depende técnica y científicamente de las normas y directivas que le imparte la Secretaria de Políticas, Regulación e Institutos del Ministerio de Salud, con un régimen de autarquía económica y financiera. En 2011, fue distinguida como “Autoridad Reguladora de Referencia Regional para Medicamentos” por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La Cobertura será del 40% en medicamentos ambulatorios y del 100% en internados. Tendrán cobertura del 100% por el Agente del Seguro, por ejemplo:

- Eritropoyetina en el tratamiento de la anemia por Insuficiencia Renal Crónica.
- Medicamentos oncológicos.

Es una base, por lo que todo lo aprobado por la ANMAT debe estar cubierto, no importa el tipo de paciente ni su estadio de enfermedad.

La incorporación de tecnología sanitaria y su cobertura según los distintos pacientes se basa en:

- 1- Los trabajos científicos: los estudios clínicos controlados y la revisión sistemática de dichos trabajos constituyen el mejor nivel de evidencia.
- 2- Su análisis a través de la metodología GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)

“Es un sistema de clasificación de la calidad de la evidencia y también un enfoque sistemático y transparente para el proceso de desarrollo de recomendaciones para la práctica clínica, incluyendo la indicación de la fuerza de estas recomendaciones GRADE, permite la recomendaciones fuertes o débiles, ya que toma en cuenta la evidencia, como Guías de Prácticas Clínica, metodología, etc.

Niveles de evidencia: el nivel o grado de evidencia clínica es un sistema jerarquizado, basado en las pruebas o estudios de investigación, que ayuda a los profesionales de la salud a valorar la fortaleza o solidez de la evidencia asociada a los resultados obtenidos de una estrategia terapéutica.

En función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento o intervención sanitaria.*

Criterios GRADE para valorar la calidad de la evidencia para cada variable de resultado clave

Calidad de la evidencia	Diseño de estudio	Disminuir si	Aumentar si
Alta (4)	ECA	limitación de la calidad del estudio	Asociación:
Moderada		-Importante (-1) -muy importante (-2)	-evidencia de una fuerte asociación: $RR > 2$ ó $< 0,5$ basado en estudios observacionales sin factores de confusión (+1).
Baja	Observacional	Inconsistencia -importante (-1)	-Evidencia de una muy fuerte asociación $RR > 5$ ó $< 0,2$ basada en evidencia sin posibilidad de sesgos (+2)
Muy baja(1)	Cualquier otra evidencia	Evidencia directa -Alguna incertidumbre (-1) -gran incertidumbre (-2) Datos escasos o imprecisos (-1) Alta probabilidad de sesgo de notificación (-1)	Gradiente dosis respuesta (+1) Todos los posibles factores confusores podrían haber reducido el efecto observado (+1)

*Lectura crítica de artículos y guías de práctica clínica, Unidad Docente MFyC Alicante. Abril 2011. Juan V. Quintana Cerezal.udalicante@gva.es
www.udalicante.blogspot.com

3- A partir de allí se consolidan las guías de cada sistema sanitario que servirá para marcar generalidades y excepciones a seguir

Finalmente en Argentina la auditoria médica basará sus decisiones de incorporación y cobertura en base al PMO vigente, las incorporaciones ANMAT y las evidencias científicas analizadas y estratificadas, (Dr. Agustín Orlando curso anual de auditoria medica H Alemán 2016 Pág. 1y 2)

Análisis:

Surge del análisis de los considerandos de la Res 435/01 de donde se desprende que:

“Entre dichas acciones se encuentra la elaboración de guías de diagnóstico, tratamiento y procedimientos de patologías y normas de organización y funcionamiento de los Servicios de Salud”,

Que se aprobaron los Protocolos Nacionales Convencionales en Oncología Clínica los cuales forman parte del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Los mismos (y en consonancia con la “letra del PMO” donde se establece que *“el programa de enfermedades oncológicas cubrirá solamente medicamentos aprobados por protocolos Nacionales”*. Res 247/96 anexo I párrafo 1.1.2 y más adelante *que:*

“las prácticas médicas y diagnósticas, para cada patología que no aparezcan en la norma correspondiente del Plan de Garantía de la Calidad de la Atención Médica, serán eliminadas de la cobertura de las OO.SS”.

Res 247/96 anexo I párrafo 2.9.5), consistían en una sistemática de tratamiento que establecía las drogas a utilizar para cada uno de los estadios de la enfermedad.

En un principio y siguiendo la lógica propuesta podría pensarse que constituyen una herramienta para la toma de decisiones de calidad, pero:

- 1) Tiene graves errores científicos.
- 2) Recomienda dosis incorrectas (en algún caso, letales)
- 3) Ignora las recomendaciones internacionales en la especialidad.
- 4) Indica tratamientos que han sido demostrados ineficaces hace al menos 15 años.

5) Y ha sido generado por un grupo, sin deseo alguno de consenso, siendo presentado a la comunidad científica como hecho consumado.



Efectos secundarios del tratamiento oncológico Dr Iórben López Rodríguez

Por lo tanto, surge del análisis de la resolución mencionada:

Que lo que quede fuera de la misma será excluido de la cobertura. (Limitando deliberadamente las opciones de tratamiento para los pacientes oncológicos, en aras de un beneficio económico).

Que la función asignada al Programa de Garantía de la Calidad no tendría nada que ver con la calidad, sino con la publicación de normas que sirvan para eliminar prestaciones y prácticas de la cobertura de las obras sociales.

Que la idea es restringir, limitar y negar tratamientos y que en ningún punto del texto se declara que se tomará como base la evidencia científica. (2)

Finalmente y tras ser objeto de observaciones por autoridades sanitarias, entidades universitarias, académicas, científicas y

profesionales independientes (entre ellos la Sociedad Argentina de Cancerología, la Asociación Argentina de Oncología Clínica, la Asociación Pallium Latinoamericana y el Prof. Dr. Pedro Politi) la Res 157/02 suspende la aplicación de los Protocolos Nacionales. (B.O 02/04/2002).

Otras críticas hechas al PMO fueron puestas de relieve por el Economista de la Salud, Dr. Carlos Vasallo quien sostiene: (3)

“El Congreso automáticamente incorpora nuevas coberturas obligatorias al sistema de Seguridad Social sin disponer de estudios de costo-efectividad, que si bien no es potestad del Congreso hacerlas, son los que permiten conocer de qué manera se puede financiar el Sistema de Salud (...)

(2) Politi, Pedro “Programa Médico Obligatorio (Argentina): resumen de la resolución ministerial. En <http://www.cancerteam.com.ar/poli043.html>

(3) Vasallo, Carlos. “El Congreso carece de capacidad de análisis de las Leyes que aprueba”. Buena fuente, Sistema de Salud

TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA

Las mejoras de orden económico, científicas, sociales, de acceso y equidad en salud, produce el aumento del promedio de vida.(1)

Debido a esto, ha aumentado considerablemente en los últimos años, también el cáncer en las personas mayores de 70 años

Las neoplasias malignas más comunes son para las mujeres: mama, colon, pulmón, piel y para los hombres: próstata, colon, pulmón, piel.

En un estudio epidemiológico realizado en Estados Unidos en el año 1992, se observa que solo un 48% de los pacientes de 65 a 74 años, y un 24% de 80 a 84 años, recibían quimioterapia adyuvante a pesar que desde el punto de vista médico lo necesitaría.

Muchas personas mayores de 75 años llevan una vida totalmente independiente y tienen una expectativa e vida de 10 a 12 años.(2)

La necesidad de efectuar quimioterapia a este grupo de pacientes, obliga a evaluar apropiadamente ciertas características de este grupo etario.

Los pacientes de edad avanzada tienen características peculiares, por lo que elegir el tratamiento adecuado se torna difícil. Es importante no exponerlo al riesgo de no tratarlo adecuadamente, ni caer en el encarnizamiento terapéutico, es decir no realizar tratamientos que no lo van a curar, ni prolongar la sobrevida, y si puede producirle comorbilidad.(3)(4)

También es cierto que la edad máxima que se usa en oncología para la inclusión en trabajos de investigación es 70 años. Por lo tanto no están representados en las estadísticas.

Además no siempre los pacientes aceptan los tratamientos oncológicos (quimioterapia, radioterapia). En pacientes seleccionados, la edad avanzada no constituye un factor limitante para el empleo de tratamientos oncológicos igual que en las personas jóvenes que padecen la misma enfermedad, con las mismas características e igual estadio. Para ello hay que tener en cuenta el Performance Status (ECOG) (cuadro 1), la ausencia de patología que contraindique el tratamiento y mantener un estricto control y tratamiento de soporte, se logra la buena tolerancia a quimioterapia y radioterapia. (5) (6).

Son pacientes de edad avanzada los mayores de 65 años (en geriatría), 70 años para oncología.

Los paciente de edad avanzada, tienen ciertas características, presentan varias patologías concomitantes, por las que están poli medicados, que producen interacciones medicamentosas, tienen tendencia a la incapacidad o deterioro funcional (hepático y renal) y

con frecuencia presenta condiciones psíquicas o sociales desfavorables . La mayor de las dificultades, para realizar tratamientos es el aumento de la sensibilidad de la médula ósea y una recuperación menor que en las personas jóvenes, en general esto obliga a usar estimulantes de médula o reducir la dosis de citostáticos o suspenderlos.

Pueden ser clasificados como (cuadro 2)

-Anciano sano: sin patología física, psíquica, ni problemas sociales. Con enfermedades compatibles con tratamientos oncológicos indicados o anciano de alto riesgo.

Estos pacientes en general pueden realizar tratamientos correspondientes a su enfermedad, como en las personas jóvenes.

Siempre deben ser consensuado con el paciente, se debe explicar los beneficios y los problemas de los tratamientos y el de no tratar la enfermedad, y el debe decidir que quiere hacer.

-Ancianos de alto riesgo:

- 1) Mayores de 85 años.
- 2) Patología invalidante física (ACV).
- 3) Patología psíquica (demencia senil, depresión, etc.)
- 4) Desnutrición.
- 5) Problemas sociales (viven solos, no tienen familiares)

En estos pacientes, si es necesario, puede usarse hormonoterapia como en cáncer de próstata o mama o monoterapia o el mejor cuidado paliativo. Tratando de cumplir con la consigna de no dañar (no maleficencia).

Por lo tanto la elección de la medicación a usar en cada caso no depende de la edad cronológica, sino de la edad biológica.(4).

Debemos considerar que las medicaciones tienen efectos adversos que producen toxicidad, la cual puede aumentar en las personas

mayores, por presentar alteraciones en el funcionamiento hepático y renal, déficit nutricional. La mayor de las dificultades es el aumento de la sensibilidad de la médula ósea y una recuperación menor que en las personas jóvenes.

ETAPA O NIVEL	EQUIVALENCIA I.K.	DESCRIPCIÓN
0	IK 100 – 90 %	Asintomático y con actividad normal hogareña y laboral
1	IK 80 – 70 %	Síntomas de enfermedad, pero ambulatorio. Capaz de desarrollar actividades del diario vivir.
2	IK 60 – 50 %	Postrado o en reposo menos del 50% del tiempo. Solo necesita ocasionalmente asistencia.
3	IK 40 – 30 %	Postrado o en reposo más del 50% del tiempo. Necesita cuidados parciales de la familia o enfermería.
4	IK 20 – 10 %	Postrado 100 % del tiempo. Incapacidad total. Necesita cuidados totales de la familia o enfermería

PACIENTES DE EDAD AVANZADAS

• CARACTERISTICAS

- MAYORES DE 65 AÑOS(70)
- CON OTRAS ENFERMEDADES Y POLIMEDICADOS.
- TENDENCIA A LA INCAPACIDAD.
- TENDENCIA A DETERIORO FUNCIONAL.
- PROBLEMAS PSIQUICOS.
- PROBLEMAS SOCIALES.

• CLASIFICACION

- -PACIENTE DE EDAD AVANZADA SANO O CON ENFERMEDADES COMPATIBLES CON EL TRATAMIENTO.
- -PACIENTE DE ALTO RIESGO:
 - 1)MAYORES DE 85 AÑOS.
 - 2) PATOLOGIA INVALIDANTE FISICA.
 - 3)PATOLOGIA INVALIDANTE PSIQUICA
 - 4)DESNUTRICION.
 - 5) PROBLEMAS SOCIALES.

Es lícito:

-Conformarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer.

-Renunciar a tratamientos que causan una prolongación penosa de la vida sin interrumpir los cuidados normales como la alimentación, higiene, entre otras.

- Cuando un tratamiento presenta incapacidad para prolongar la vida digna, libre de dolor y con autonomía y cuando la respuesta al tratamiento es muy escasa o nula, se considera que el tratamiento es inadecuado.

Algunas causas de desproporcionalidad se deben a la deficiente comunicación entre el equipo terapéutico y la familia, así como algunas causadas por la misma sociedad por preservar la vida a cualquier precio, por ejemplo:

- Dificultad de la sociedad para aceptar la muerte y los límites de la medicina.
- La diferencia entre los valores y creencias del equipo médico y las familias.
- La falta de comunicación e información en la relación clínica.

Se debe dejar claro cuáles son los objetivos, consecuencias y adversidades que puede presentar un tratamiento, esto debe quedar asentado por escrito en un documento llamado consentimiento informado, en el cual se especifican las posibilidades de curación, complicaciones potenciales y ambas partes, el médico y el paciente asumen su responsabilidad.

Renunciar a tratamientos que causan una prolongación penosa de la vida sin interrumpir los cuidados normales como alimentación, higiene, y además de administrar medicamentos que mantengan al enfermo confortable.

En los pacientes con enfermedades oncológicas especialmente las que son avanzadas o fuera de tratamiento oncoespecífico, es necesario cambiar la estrategia e iniciar cuidados paliativos, buscando el confort y bienestar sobre otras medidas.(7)

Tratamientos oncológicos.

Cirugía

Se debe tener en cuenta los beneficios potenciales de la cirugía, como los aspectos de la calidad de vida reducida que puede seguir a una intervención mutilante. Pero evaluando el estado general del paciente y comorbilidades es recomendable no limitar la extensión del procedimiento quirúrgico. (8)(9)

Radioterapia

La radioterapia tiene la ventaja de no interferir en la mayoría de los problemas médicos del anciano, pero, implica la necesidad de trasladarse a diario, durante periodos prolongados, lo cual puede ser cansador para el paciente.(10)

Quimioterapia

En pacientes de edad avanzada que no son de alto riesgo y que las comorbilidades le permiten realizar quimioterapia igual que en los pacientes más jóvenes se puede realizar el tratamiento que corresponde a la patología, con especial cuidado por la medula, que en general requiere estimulantes de colonia.

Se puede disminuir dosis adaptándolo al funcionamiento renal y hepático, o realizar monodroga si es necesario.

Hormonoterapia

En las patologías como cáncer de endometrio, cáncer de mama, cáncer de próstata, el tratamiento hormonal es muy útil y muy bien tolerado por los pacientes de edad avanzada.

Algunos ejemplos de precios de medicamentos

CIMAHER Droga Nimotuzumab Tipo Importado Acción
Anticuerpo monoclonal humanizado anti EGF-R
Disp AMMAT 3939
Indicaciones Glioblastoma cerebral en combinación con
Radioterapia Tumores de cabeza y cuello epiteliales de cabeza y
cuello Tumores malignos de esófago de origen epitelial con
radioterapia avanzados.
Dosis 2 etapas 1 de inducción y otra de mantenimiento la de
inducción una vez por semana hasta completar radioterapia y luego
mantenimiento entre 200 o 400 mg Cada presentación contiene 4
frasco ampolla de 50mg , o sea una caja por semana \$ 63378.98
200mg semanales inducción con RT con RT total \$ 380273.88 y
mantenimiento cada 15 días hasta progresión por 2 por mes
\$ 126757,96. hasta intolerancia o progresión

ERBITUX Droga Cetuximab Tipo Importado Acción
Agente antineoplásico . Anticuerpo monoclonal Disp ANMAT 3847
Indicaciones cáncer colon-rectal metastásico con expresión de FGR
(factor de crecimiento epidérmico) y gen Kras y ENras de tipo nativo
combinado con Quimioterapia. Carcinoma escamoso de cabeza y
cuello en combinación con radioterapia en localmente avanzado, en
combinación con platino para enfermedad recurrente o metastásica
como agente único después del fracaso de la enfermedad
recurrente y o metastásica. Dosis de inducción 1º dosis 400mg/m²
de superficie corporal 1º semana luego 250mg/m² semanal
mantenimiento hasta toxicidad o progresión. Presentación .
\$ 67482.89 5mg/ml. Ejemplo paciente con 1,70m² de superficie
corporal, tratamiento de un año 3.239.178,72

AVASTIN Droga Bevacizumab Acción Antineoplásico actúa a nivel
del del factor de crecimiento del endotelio vascular VEGF.
Disp ANMAT 8071
Indicaciones
Cáncer de colon o recto avanzado en combinación con
quimioterapia . Cáncer renal más interferón. Cáncer de ovario
avanzado más quimioterapia. Dosis depende del peso y tipo de
cáncer a ser tratado puede ser 5 - 7,5 - 10 o 15mg por Kg de peso
cada 2 o 3 semanas hasta progresión, ejemplo paciente de 70Kg y
con tratamiento con 5mg, \$ 58495.45 400mg /16ml Amp. x 1, 24
ampollas por año \$ 1403890.8.

XELODA Droga Capecitabina Antineoplásico
DISP ANMAT 1433
Indicaciones Cáncer de colon en estadio III como Adyuvancia, en
estadio IV avanzado, 1º línea en cáncer gástrico avanzado, cáncer
de mama avanzado. Dosis van desde 625mg/m² a 1250mg/m²
cada 12 hs de acuerdo a la combinación con citostáticos, durante
14 días con una semana de descanso. Ejemplo paciente con 1,70
de superficie corporal con una dosis de 1000mg..
\$ 11080.70 500mg Comp. x 120 En un año \$ 571200

JAVLOR Droga Vinflunina Acción Oncológico

Disp ANMAT 6179

Indicaciones monoterapia para tratamiento de de células transicionales del tracto urotelial que ha fracasado al tratamiento con platino. Dosis 320mg/m² de sup corporal cada 3 semanas
Ejemplo paciente con sup corporal de 1,70m
Unidad \$ 27166.37 250mg F.Amp. 24 ampollas por año total anual \$ 65.199.288

KEYTRUDA Droga Pembrolizumab Acción Anticuerpo monoclonal

Disp ANMAT 0269

Indicaciones melanoma irresecable o metastásico dosis 2 mg/kg de peso por 3 semanas Ejemplo paciente de 70 kg anualmente \$2.848.143,12 . Unidad \$ 118672.63 100mg Vial x 1 x 4ml

RELOTIB Droga Erlotinib Acción Antineoplásico

Disp ANMAT 1857

Indicaciones adenocarcinoma de pulmón 1º línea de pacientes con cáncer avanzado con mutación activadora del FGR (receptores del factor de crecimiento epidérmico), en cáncer de páncreas asociado a gemcitabina (avanzado) Dosis 100 mg/día Ejemplo \$ 56721.67100mg Comp. Rec. x 30, al año \$ 680660.04

VOTRIENT Droga Pazopanib Antineoplásico . Inhibidor de la proteinkinasa

Disp ANMAT 1722

Indicaciones tratamiento de 1º línea en cáncer de células renales avanzado. Determinado subtipo de sarcomas de partes blandas.
\$ 18139.59 200mg Comp. x 30. \$ 36279.27 400mg Comp. x 30
Dosis 800 mg/día al año \$ 870702.48.

PEMETREXED GLENMARK Droga Pemetrexed Antineoplásico
Disp ANMAT 1213.

Indicaciones cáncer de pulmón de células no pequeñas, no escamosas localmente avanzado o metastásico en combinación con cis platino. En mesotelioma en combinación con cis platino.

Dosis 500mg/m² de superficie corporal cada 21 días

\$ 38120.82500mg F.Amp. x 1 , \$ 5411.68 100mg F.Amp. x 1

Al año \$ 457449,84

DOCETAXEL GLENMARK Droga Docetaxel Acción Antineoplásico
Disp ANMAT 5860

Indicaciones cáncer de mama, pulmón de células no pequeñas, cáncer de ovario, de próstata, adenocarcinoma gástrico, cáncer de cabeza y cuello.

Dosis entre 50 y 75 mg por m²

\$ 12990.52 , 80mg Iny. F.Amp. x 1 + Diluyente.

IRINOTECAN Droga Irinotecán Acción Antineoplásico
Disp ANMAT 4378

Indicaciones cáncer de colon.

Dosis 125 mg por m² semanal, asociado

\$ 6078.68 100mg Iny. F.Amp. x 1 x 5ml

Tratamiento hasta 6 meses como máximo.

ERIVEDGE Droga Vismodegib Acción Antineoplásico
\$ 188899.98 150mg Caps. x 28

HERCEPTIN Droga Trastuzumab Acción Antineoplásico
\$ 60045.34 Liof. 440mg /50ml F.Amp.

KADCYLA Droga Trastuzumab Antineoplásico
\$ 57127.52100mg Vial x 1

MABTHERA Droga Rituximab Antineoplásico
\$ 22203.62100mg /10ml F.Amp. x 2 \$ 55972.90500mg /50ml
F.Amp. x 1

PERJETA Droga Pertuzumab Antineoplásico
\$ 84036.58420mg /14ml Env. x 1

ZELBORAF Droga Vemurafenib Agente antineoplásico .
Inhibidor de la proteína cinasa \$ 58384.41 240mg Comp. x 56

ZOLADEX LA Droga Goserelín Acción Análogo LH RH .
Antigonadotrópico \$ 20970.19 10.8mg Depot x 1

IRESSA Droga Gefitinib Antineoplásico
\$ 87248.29 250mg Comp. Rec. x 30

TYKERB Droga Lapatinib Antineoplásico . Inhibidor de la
proteínquinasa \$ 42096.24 250mg Comp. Rec. x 140

SANDOSTATIN LAR Droga Octreotida Inhibidor de la secreción
ácida gástrica . Tratamiento de la acromegalia
\$ 23161.23 20mg Amp. Jer.Prell. x 1, \$ 34741.89 30mg Amp.
Jer.Prell. x 1

ZELBORAF Droga Vemurafenib Acción Agente antineoplásico .
Inhibidor de la proteína cinasa
\$ 58384.41 240mg Comp. x 56

Estos son algunos ejemplos de costos y tratamientos, los precios
son tomados del manual Kairos a julio 2016.

CONCLUSION

Debe hacerse una buena evaluación de los pacientes de edad
avanzada y poder realizar el tratamiento más adecuado para cada
uno de ellos.

No realizar tratamientos insuficientes, ni aumentar la morbilidad
(principio de no maleficencia), alterando la calidad de vida.

Todo paciente es pasible de tratamiento independientemente de la
edad cronológica (si de la edad biológica) y el costo.

A veces el mejor cuidado paliativo es el mejor tratamiento.

REFERENCIAS

- 1 The older patient with cancer. Drs. Pablo Bórquez, Claudia Romero. Rev. chilena de cirugía. Vol 59.Nº6. Diciembre 2007, pags. 467-471.
- 2 Pooled analysis of adjuvant chemotherapy for resected colon cancer in elderly patients. Daniel J. Sargent, Richard M. Golberg, Stacy D. Jacobson, et al. N. Engl. Med 2001;345:1097-7.
3. Cancer chemotherapy in the elderly Walsh SJ, Begg CB, Carbone PP. Semin. Oncol.
4. Quality of life in elderly patients with cancer .Massino di Maio and F Perrone. Published on line 2003 sep 17. Doi: 10.1186/1477-7525-1.44
5. Aging and cancer: Issues of basic and clinical science. JNCI. National Cancer Institute. (1997) 89(20):1489-1497. doi: 10.1093/jnci/89.20.1489.
6. Adjuvant chemotherapy in elderly women with breast cancer (achew): an observational study identifying perceptions and barriers to decision making. Ring A, Harder H, Langridge C, Ballinger R, .Fallowfield LJ Oxford Journal medicine. Annals of Oncology Vol 24 Issue 5 Pp.1211-1219
- 7 Dilemas bioéticos en oncología Dra. Maricruz Pérez-Amador del Cueto** Médico Adscrito al Servicio de Anestesiología del Instituto Nacional de Cancerología, México ANESTESIOLOGÍA EN ONCOLOGÍA Vol. 35. Supl. 1 Abril-Junio 2012 pp S63-S66
- 8 Irvin TT. Determining the prognosis of colorectal cancer in the geriatric patient. Geriatric Med Today, 1989;89:112-8.
- 9 El cancer en la tercera edad. Revista Cubana de Oncología. Enero, junio, 1995.
- 10 Scalliet P. Radiotherapy in the elderly. EUR J Cancer 1991;27:3-5
- 11 Atlas de Mortalidad por Cáncer Argentina 2007-2011. Ministerio de salud de la nación. Instituto nacional del Cáncer

12 Boletín de Vigilancia Epidemiológica del Instituto Nacional del Cáncxre, Ministeriode Salud de La Nación análisis de situación de salud -2011 INC

13 Organización Panamericana de la salud. El acceso a los medicamentos de alto costo en las Américas: Área de Tecnología, Atención de la Salud e Investigación Proyecto de Medicamentos Esenciales y Productos Biológicos (THR/EM) Washington, DC, 20037 Octubre, 2009

14 Boletin de vigilancia epidemiológica del INCAño 1 | Nº 1 | Octubre 2013 análisis de situación de salud – Asiscáncer en Argentina – 2011

15 Marín y Polach • Medicamentos de alto costo: análisis y propuestas para el Mercosur. Rev Panam Salud Publica 30(2), 2011