

69

CONGRESO NACIONAL

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA

A CORUÑA

17-19 OCT 24

Atención farmacéutica integral al paciente paliativo y al final de la vida

Atención farmacéutica en el paciente oncológico al final de la vida

Jorge Fernández Fradejas. Hospital Universitario Ramón y Cajal.



Conflictos de intereses

- **Actividades remuneradas**

Palex Medical, SMFH, Takeda

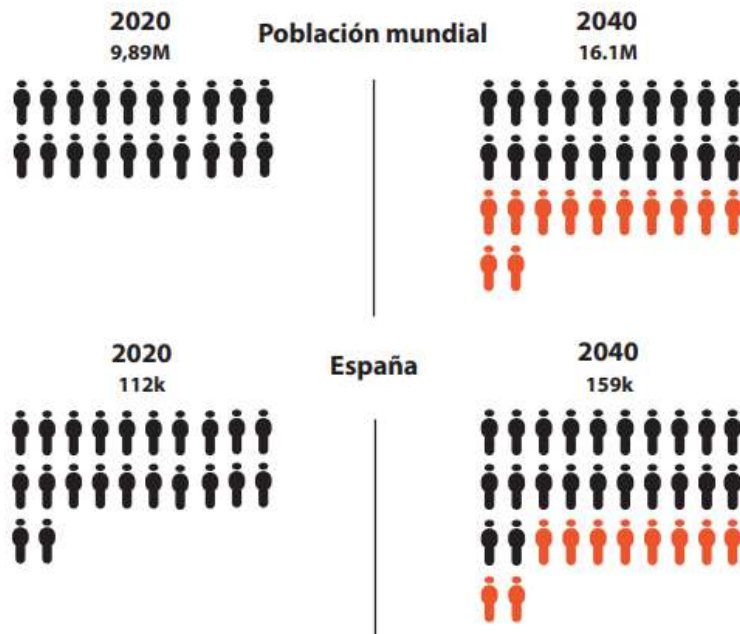
- **Apoyo para asistencia a actividades formativas o reuniones científicas**

CSL, Gilead, Pfizer, Roche, Vifor

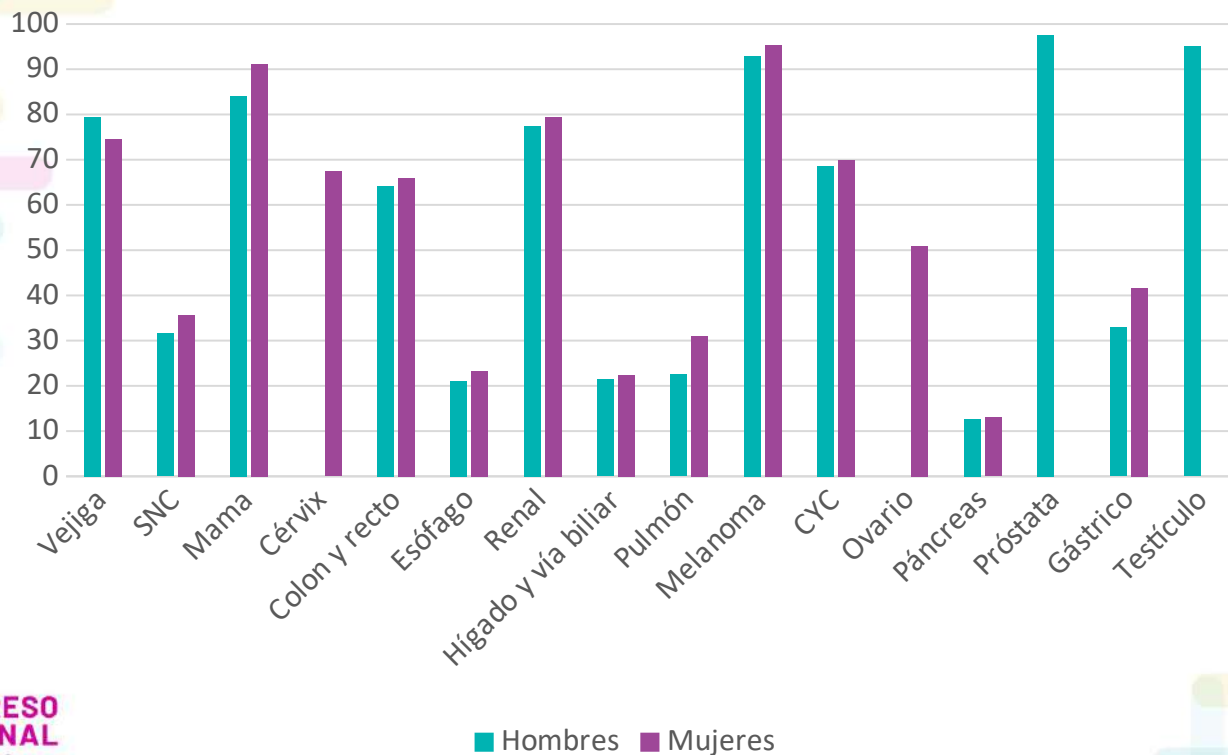
Agenda

- **Mortalidad por procesos oncológicos**
- **Situación de final de vida en paciente oncológico**
- **Racionalización del tratamiento oncológico**
- **Racionalización del tratamiento no oncológico**
- **Tratamiento de soporte y manejo de síntomas**

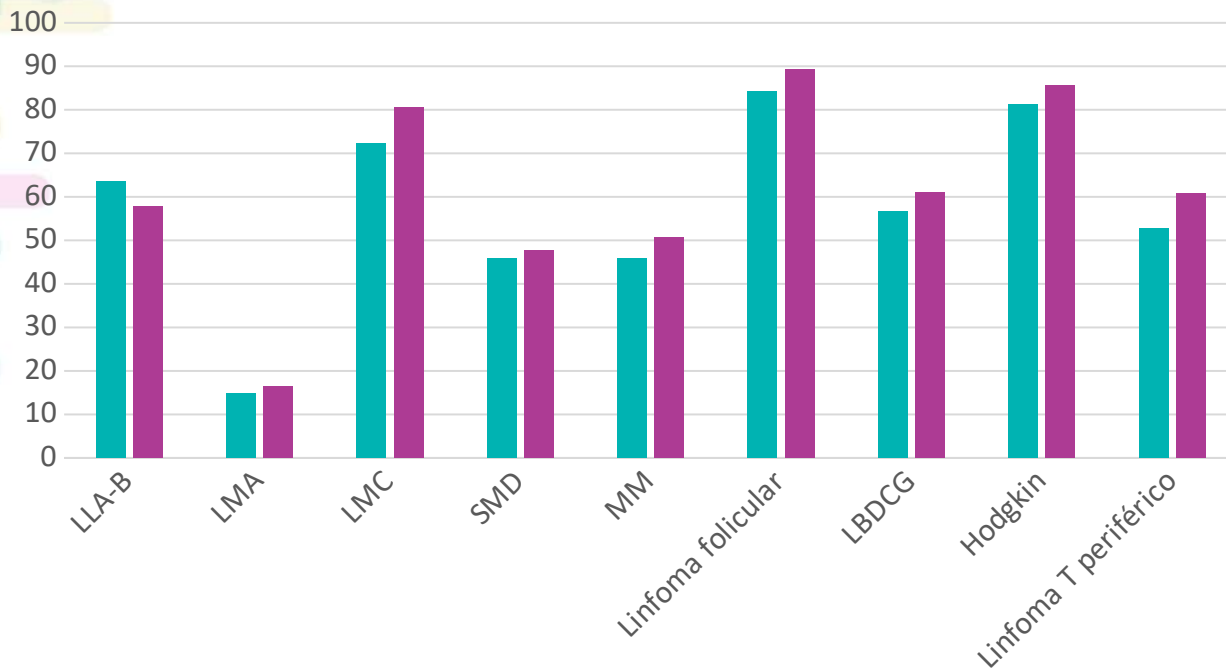
Un vistazo al futuro



Mortalidad por tumores sólidos



Mortalidad por neoplasias hematológicas

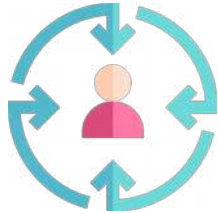


■ Hombres ■ Mujeres

Final de vida en el paciente oncológico

“People with advanced disease once they have reached a point of rapid physical decline, typically the last few weeks or months before an inevitable death as a natural result of a disease”

Care of the adult cancer patient at the end of life. ESMO Clinical Practice Guideline



- Cambio en objetivos: confort, calidad de vida.
- Enfoque centrado en el paciente.

Racionalización
tratamiento

Manejo de
síntomas

Provisión de
cuidados

Pronóstico en el cáncer avanzado

Planificación objetivos de cuidado y toma de decisiones.

Factores asociados a situación de final de vida

- Deterioro **estado funcional**
- **Síntomas** (disnea, disfagia, anorexia, deterioro cognitivo)
- **Laboratorio:** PCR, albúmina, leucocitos, etcétera



Herramientas predicción supervivencia

- Palliative Performance Scale
- Palliative Prognostic Score
- Glasgow Prognostic Score

Palliative Performance Scale

Nivel PPS	Deambulación	Actividad	Cuidado	Ingesta	Nivel conciencia
100%	Completa	Normal	Completo	Normal	Total
90%	Completa	Normal	Completo	Normal	Total
80%	Completa	Normal	Completo	Normal/reducida	Total
70%	Reducida	Incapaz trabajar y realizar actividad normal	Completo	Normal/reducida	Total
60%	Reducida	Incapaz realizar aficiones o tareas del hogar	Asistencia ocasional	Normal/reducida	Total/confuso
50%	Sentado	Enfermedad severa	Asistencia considerable	Normal/reducida	Total/confuso
40%	Encamado	Enfermedad severa	Asistido	Normal/reducida	Total/somnoliento +/- confuso
30%	Totalmente encamado	Incapaz realizar cualquier actividad	Dependiente	Reducida	Total/somnoliento +/- confuso
20%	Totalmente encamado	Enfermedad severa	Dependiente	Sorbods	Total/somnoliento +/- confuso
10%	Totalmente encamado	Enfermedad severa	Dependiente	Cuidado boca	Somnoliento/coma +/- confuso
0%	Muerto	-	-	-	-

Pronóstico en el cáncer avanzado

Planificación objetivos de cuidado y toma de decisiones.

Factores asociados a situación de final de vida

- Deterioro **estado funcional**
- **Síntomas** (disnea, disfagia, anorexia, deterioro cognitivo)
- **Laboratorio:** PCR, albúmina, leucocitos



Herramientas predicción supervivencia

- Palliative Performance Scale
- Palliative Prognostic Score
- **Glasgow Prognostic Score**



Albúmina, PCR

Cáncer avanzado. Tratamiento



- Prolongar supervivencia
- Calidad de vida

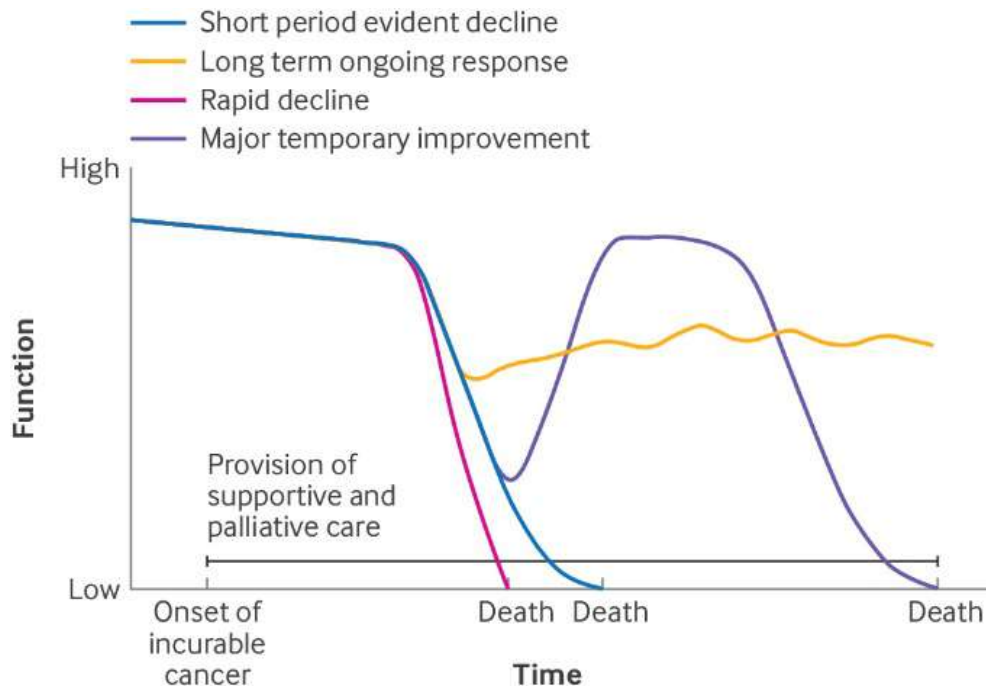
Tratamiento sistémico en cáncer avanzado

Tratamiento	Tumor	Diana	Indicador de respuesta	Tasa de respuesta	Tiempo a respuesta	Duración respuesta
Tratamiento hormonal						
Antiestrógenos, IA	Mama	Expresión RE/RP	-	30-50%	Semanas	Meses-años
Agonistas LHRH, antiandrógenos	Próstata	-	-	50-70%	Semanas	Meses-años
Quimioterapia convencional						
Antimetabolitos, inhibidores topoisomerasa, alquilantes	Páncreas	-	-	30-40%	Semanas	Meses
	Colorrectal	-	-	50%		
	Vía biliar	-	-	20-30%		

Tratamiento sistémico en cáncer avanzado

Tratamiento	Tumor	Diana	Indicador de respuesta	Tasa de respuesta	Tiempo a respuesta	Duración respuesta
Tratamientos dirigidos						
TKI	GIST		KIT exón 11	<85%	Días-semanas	Años
BRAF/MEK	Melanoma	BRAF V600	-	<90%	Días-semanas	Semanas-años
TKI	CPNCP	ALK, ROS1, EGFR	-	<60-80%	Días-semanas	Semanas-años
Inmunoterapia						
Anti PD-1/CTLA-4	Melanoma	-	-	60%	Meses	Meses-años
Anti PD-1/CTLA-4	CPNCP	-	Expresión PD-L1	40-50%	Meses	Meses-años
	CCR	MSI	-	40-50%	Meses	Meses-años

Trayectorias de la enfermedad





Tratamiento sistémico, ¿stop?

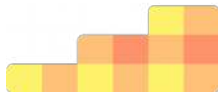
Efectos del tratamiento sistémico en últimos meses de vida

- Toxicidad farmacológica
- Deterioro calidad de vida
- Transición tardía a cuidados paliativos.
- Agresividad terapéutica (urgencias, hospitalización, ventilación mecánica, fallecimiento en hospital/UCI)
- Toxicidad financiera, toxicidad temporal

ESMO Recommendation: *chemotherapy and immunotherapy should not be used in the last weeks of life*

Cuantificando la magnitud del problema

HOW
MUCH?



Indicador NQF 0210

- Desarrollado por **ASCO** y **National Quality Forum**
- **Objetivo:** ayudar a **reducir** el uso de tratamiento sistémico al final de la vida.

$$\text{NQF 0210} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes que reciben QT en últimos 14 días de vida}}{\text{Número de pacientes que fallecen por cáncer}}$$



Aplicable a tratamientos dirigidos, ANEOs e inmunoterapia.

¿Existe relación entre NQF 0210 y supervivencia?

Original Investigation

May 16, 2024

Systemic Anticancer Therapy and Overall Survival in Patients With Very Advanced Solid Tumors

Maureen E. Canavan, PhD¹; Xiaoliang Wang, PhD²; Mustafa S. Ascha, PhD²; [et al](#)

> Author Affiliations

JAMA Oncol. 2024;10(7):887-895. doi:10.1001/jamaoncol.2024.1129

Conclusiones

- Los pacientes tratados en centros con mayor tasa NQF 0210 no tenían mejor supervivencia.
- El uso de tratamiento sistémico en enfermedad muy avanzada no se traduce en incremento en SG.

¿Entonces, por qué?

La paradoja del uso de tratamiento sistémico al final de la vida



Factores asociados al paciente



Factores asociados al prescriptor

¿Entonces, por qué?



Factores asociados al paciente

- Balance **beneficio – riesgo**
- **Deseos** del paciente
- Mantener la **esperanza**
- Tratamiento de **síntomas emocionales**

¿Entonces, por qué?



Factores asociados al prescriptor

- **Comunicación** con el paciente sobre “parar” el tratamiento
- **Responsabilidad** sobre la vida y la muerte
- **Limitaciones** de la oncología para curar.
- **Incertidumbre** sobre el pronóstico

¿Factores socioculturales?

Losing “Losing the Battle With Cancer”

Lee M. Ellis, MD^{1,2}; Charles D. Blanke, MD^{3,4}; Nancy Roach⁵

» Author Affiliations | Article Information

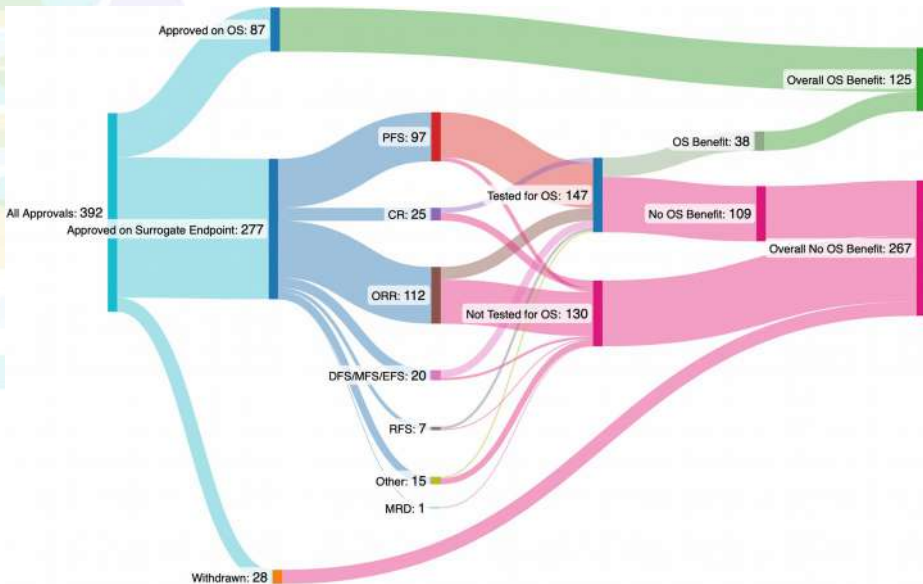
JAMA Oncol. 2015;1(1):13-14. doi:10.1001/jamaoncol.2014.188

El lenguaje importa

- El cáncer no es una guerra
- ¿Si hay vencedores, hay perdedores?



¿Factores relacionados con el medicamento?



¿Estamos midiendo **resultados relevantes** para los pacientes?

¿Estos resultados nos **ayudan** a tomar **decisiones** adecuadas?

Elbaz J et al. Cancer Medicine. 2024.

¿Y el tratamiento no oncológico?



La farmacoterapia del paciente con
cáncer avanzado es compleja

- Mayor carga de **comorbilidades**
- Tratamiento **oncológico**
- Tratamiento de **soporte**
- Manejo de **síntomas**



POLIFARMACIA

Consecuencias

Interacciones medicamentosas

RAM

Reducción **adherencia**

Prescripciones **inapropiadas**

Deterioro de **calidad de vida**

Identificando prescripciones inapropiadas



Criterios explícitos

STOPP-START

Beers

MAI

Otras (Less-Chron, etc.)

STOPPFrail

OncPal Guidelines

Identificando prescripciones inapropiadas



Criterios explícitos

STOPP-START

Beers

MAI

Otras (Less-Chron, etc.)

STOPPFrail

OncPal Guidelines

Identificando prescripciones inapropiadas



Criterios explícitos

STOPP-START

Beers

MAI

Otras (Less-Chron, etc.)

STOPPFrail

OncPal Guidelines

Criterios STOPPFrail – OncPal Guideline

STOPPFrail	OncPal Guidelines
Grupo Irlandés	Grupo Australiano
Pacientes mayores con esperanza de vida limitada	Pacientes con cáncer avanzado e ingresados
Criterios <ul style="list-style-type: none">▪ Dependencia ABVD▪ Fragilidad no reversible▪ Probable muerte en 12 meses	Esperanza de vida estimada <6 meses

Comparación STOPPFrail - OncPal

Grupo terapéutico	Fármaco	OncPal	STOPPFrail
Sangre y órganos hematopoyéticos	AAS		
Sistema cardiovascular	Hipolipemiantes		
	Antihipertensivos		
	Antianginosos		
Aparato digestivo	Profilaxis úlcera péptica		
Sistema endocrino	Hipoglucemiantes orales		
Aparato respiratorio	Teofilina		
	Anti-leucotrienos		

Comparación STOPPFrail - OncPal

Grupo terapéutico	Fármaco	OncPal	STOPPFrail
Sistema musculoesquelético	Suplementos calcio		
	Vitamina D		
	Antirresortivos óseos		
	AINE crónico		
	Corticoides > 2 meses		
Genitourinario	α -bloqueantes Inhibidores 5- α -reductasa		
	Vejiga hiperactiva		
Miscelánea	Otros suplementos		

¿Cuándo es inapropiado un medicamento?

Esperanza de vida



Time to benefit
Time to harm

TTB > 0 tratamientos preventivos
TTB = 0 tratamiento sintomático

Objetivos de cuidado
Preferencias del paciente

Un ejemplo: deprescripción de estatinas

Original Investigation

March 23, 2015

Safety and Benefit of Discontinuing Statin Therapy in the Setting of Advanced, Life-Limiting Illness

A Randomized Clinical Trial

Jean S. Kutner, MD, MSPH¹; Patrick J. Blatchford, PhD²; Donald H. Taylor Jr, PhD³; [et al](#)

Población: adultos con LE 1-12 meses en tratamiento con estatina (prevención primaria o secundaria)

Intervención: deprescripción estatina

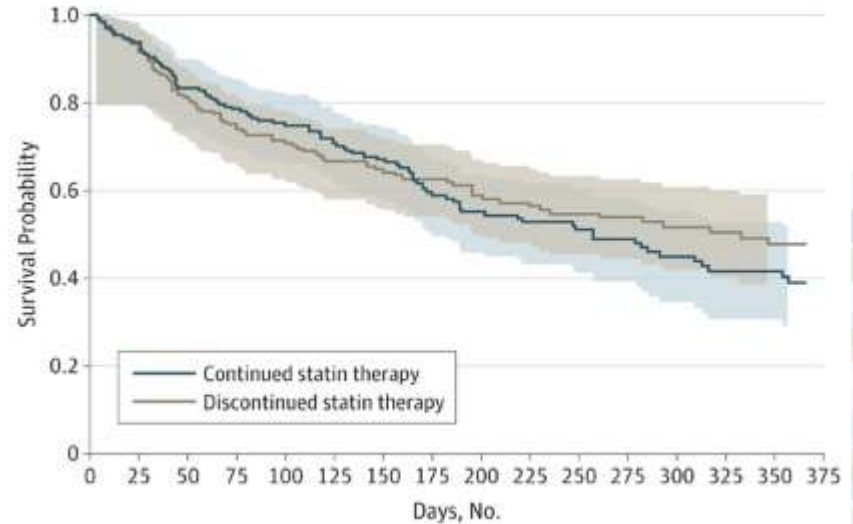
Comparador: continuación estatina

Outcomes: SG, evento CV, PS, QOL, costes

Un ejemplo: deprescripción de estatinas

Table 1. Participant Characteristics






Variable	No. (%)			P Value
	Discontinued Statin (n = 189)	Continued Statin (n = 192)	Total (N = 381)	
Age, mean (SD), y	74.8 (11.7)	73.5 (11.5)	74.1 (11.6)	.29
Sex				
Male	98 (51.9)	112 (58.3)	210 (55.1)	.20
Female	91 (48.1)	80 (41.7)	171 (44.9)	
History of cardiovascular disease				
Yes	111 (58.7)	110 (57.3)	221 (58.0)	.78
No	78 (41.3)	82 (42.7)	160 (42.0)	
Statin use, y				
<1	4 (2.1)	2 (1.0)	6 (1.6)	.69
1-5	50 (26.5)	51 (26.6)	101 (26.5)	
>5	129 (68.3)	134 (69.8)	263 (69.0)	
Unknown	6 (3.2)	5 (2.6)	11 (2.9)	
Primary diagnosis				
Malignant tumor	84 (44.4)	102 (53.1)	186 (48.8)	.09
Other	105 (55.6)	90 (46.9)	195 (51.2)	



- No diferencia eventos CV
- Mejor calidad de vida

Nuestra experiencia

Deprescribing in older patients with advanced cancer referred to palliative care

Jorge Fernández-Fradejas ¹, Hilario Martínez-Barros ¹,
Lourdes Rexach-Cano ², Ana María Álvarez-Díaz ¹,
Eva Delgado-Silveira ¹

- **Diseño.** Estudio observacional, cross-sectional.
- **Población:** pacientes mayores (>65 años) hospitalizados con cáncer avanzado. Primera IC cuidados paliativos.
- **Evaluación PPI:** criterios STOPPFrail.

Nuestra experiencia: resultados

Características de la población

- N = 123
- Edad mediana 80 (73,5 -87)
- 64,2% hombres
- Polifarmacia 80,5%
- Destino
 - Exitus (n=32)
 - UME/UCP (n =35)
 - Domicilio (n =56)
- Supervivencia 1,2 meses

Prescripciones potencialmente inapropiadas

PPI 74% 16 categorías STOPP Frail

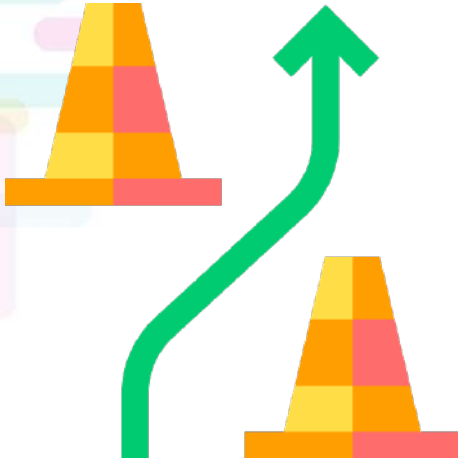
B1 Hipolipemiantes

E1 Inhibidores bomba protones

G1 Suplementos calcio

I1 Antidiabéticos orales

Retos en el día a día



- **Incertidumbre** pronóstica
- Falta de **conocimiento** – **experiencia**
- **Conflictos** profesionales
- Relación con el **paciente**

Afrontando la deprescripción



Proceso **continuo**



Equipo **multidisciplinar**



Objetivos **centrados** en el **paciente**

Una última reflexión



Bishal Gyawali 

@oncology_bg



I am disappointed at a system where for a 85 year old man who has progressed on 3 lines of therapy but lives alone, I can easily prescribe 4th line of treatment at the click of a button that costs the system 15K a month, but can't arrange for a social support worker who can cook him food, bathe him, buy him groceries etc. that'd hardly cost the system 1K a month!

[Traducir post](#)

4:12 p. m. · 25 sept. 2024 · **40,4 mil** Reproducciones



A CORUÑA
17-19 OCT 24

Gracias por su atención

69

**CONGRESO
NACIONAL**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
FARMACIA HOSPITALARIA

 jffradejas@salud.madrid.org

 [@j_ffradejas](#) [@farhrc](#)

