

TREBALL DE RECERCA

**ESTUDI DEL PACIENT ONCOLÒGIC EN
TRACTAMENT AMBULATORI:
DESCRIPCIÓ DE LES
CARACTERÍSTIQUES BASALS I ESTUDI
DE LA MEDICACIÓ**

Autora: Teresa Bonfill Abella

Departament de Medicina / Universitat Autònoma de Barcelona

TREBALL DE RECERCA. Any d'elaboració 2011. Convocatòria setembre 2011.

Autora: Teresa Bonfill Abella

**Títol: ESTUDI DEL PACIENT ONCOLÒGIC EN
TRACTAMENT AMBULATÒRI: DESCRIPCIÓ DE
LES CARACTERÍSTIQUES BASALS I ESTUDI
DE LA MEDICACIÓ.**

Director del treball de recerca:

Xavier Calvet Calvo

Metge adjunt/consultor del servei de Gastroenterologia. Hospital de Sabadell, Corporació Parc Taulí). Professor universitari UAB. Doctor en Medicina i Cirurgia per la UAB

Co-director del treball de recerca:

Miquel Àngel Seguí Palmer

Metge adjunt del servei d'Oncologia Mèdica. Hospital de Sabadell, Corporació Parc Taulí. Doctor en Medicina i Cirurgia per la UAB

CERTIFICAT DEL DIRECTOR DEL TREBALL DE RECERCA

Xavier Calvet Calvo, Professor del Departament de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona, Doctor en Medicina i Cirurgia i metge Consultor del Servei de Gastroenterologia de l'Hospital de Sabadell, Corporació Sanitària Parc Taulí

FA CONSTAR,

que el treball titulat "ESTUDI DEL PACIENT ONCOLÒGIC EN TRACTAMENT AMBULATÒRI: DESCRIPCIÓ DE LES CARACTERÍSTIQUES BASALS I ESTUDI DE LA MEDICACIÓ" ha estat realitzat sota la meva direcció per la llicenciada **Teresa Bonfill Abella**, trobant-se en condicions de poder ser presentat com a treball d'investigació de 12 crèdits, dins el programa de doctorat en Medicina Interna/Diagnòstic per la Imatge (curs 2010-2011), a la convocatòria de setembre

Barcelona, de dos mil onze.

Dr. Xavier Calvet Calvo

CERTIFICAT DEL DIRECTOR O CO-DIRECTOR DEL TREBALL DE RECERCA

Miquel Àngel Seguí Palmer, Doctor en Medicina i Cirurgia i Metge Adjunt del servei d'Oncologia Mèdica de l'Hospital de Sabadell, Corporació Sanitària Parc Taulí,

FA CONSTAR,

que el treball titulat "ESTUDI DEL PACIENT ONCOLÒGIC EN TRACTAMENT AMBULATÒRI: DESCRIPCIÓ DE LES CARACTERÍSTIQUES BASALS I ESTUDI DE LA MEDICACIÓ" ha estat realitzat sota la meva direcció pel llicenciat **Teresa Bonfill Abella**, trobant-se en condicions de poder ser presentat com a treball d'investigació de 12 crèdits, dins el programa de doctorat en Medicina Interna/Diagnòstic per la Imatge (curs 2010-2011), a la convocatòria de setembre .

Barcelona, de dos mil onze.

Dr. Miquel Àngel Seguí Palmer

ÍNDEX

1) Resum.....	pàgina 2
2) Introducció.....	pàgina 3
3) Material i mètodes.....	pàgina 5
4) Resultats.....	pàgina 7
5) Discussió.....	pàgina 23
6) Conclusions.....	pàgina 26
7) Bibliografia.....	pàgina 27

RESUM

Objectius: Descriure les característiques basals del pacient oncològic en tractament ambulatori, a fi de determinar el grau de complexitat i comorbiditat que sovint no es reflexa en els estudis publicats i descriure el tractament rebut tant oncològic com no oncològic i el grau de polimediació.

Material i Mètodes: Estudi transversal i descriptiu realitzat en pacients en tractament oncològic ambulatori des de novembre de 2005 fins febrer 2006. En les visites es recollia l'edat, sexe, tipus de càncer, estadiatge, intenció del tractament, pronòstic, comorbiditats, presència d'alteracions de laboratori (hepàtiques o renals), tractament oncològic, medicacions que prenia el pacient i la seva posologia.

Resultats: El malalt oncològic és un pacient complex (més de la meitat dels pacients presentaven alguna comorbiditat i un 30% presentaven alguna alteració analítica); en la majoria dels nostres pacients (77%) la intenció de tractament era no curativa. La major part de la medicació que prenien (72%) era per tractar comorbiditats i la resta era medicació de suport per tractar els símptomes relacionats amb la malaltia o els efectes secundaris dels tractaments oncològics.

La mediana de número de medicaments per pacient va ser de 4 i la mediana de número de dosis al dia va ser de 7. Si analitzem el subgrup de pacients amb pronòstic inferior a sis mesos la mediana del número de medicació per pacient era de 5 i la mediana de dosis al dia va ser de 10.

Conclusió: Els nostres pacients presenten un grau elevat de complexitat i polimediació. Caldrà avaluar en un futur si fent una revisió curosa del tractament es pot reduir l'ús de medicació innecessària

INTRODUCCIÓ

El càncer és un dels problemes majors de la sanitat¹. La seva prevalença està al voltant del 3% i augmenta fins el 15% en edats avançades^{2,3}. S'estima que al 2006 a Europa, es van diagnosticar 3.191.600 nous casos de càncer (excloent els càncers de pell no melanomes) i es van produir 1.703.000 morts per càncer. Els càncers més comuns són el de mama, el colorectal i el de pulmó. El número total de casos augmenta any rere any. Del 2004 al 2006 van augmentar en uns 300.000 casos⁴.

El càncer, sobretot en estadis avançats, requereix sovint tractament oncològic. Aquest pot incloure quimioteràpia, tractament hormonal, fàrmacs biològics amb agents antidiària (anticossos monoclonals, inhibidors tirosin-kinasa...) o combinacions de tots ells. Els pacients diagnosticats de càncer reben també altres medicaments a part dels pròpiament oncològics, tant per tractar els símptomes derivats de la malaltia neoplàsica i les toxicitats dels tractaments oncològics (medicació de suport) com per tractar les seves comorbiditats (medicació concurrent)⁵.

L'augment de l'esperança de vida en els països desenvolupats i la realització d'un major número d'intervencions preventives fan que cada cop sigui major el número de pacients que utilitzen dos o més fàrmacs per prevenir o tractar problemes de salut⁶. També es diagnostiquen més càncers en gent d'edat avançada, més fràgils i amb més patologia associada^{7,8}.

Malgrat això, els pacients de la majoria d'assaig clínics que donen l'aprovació als fàrmacs són pacients de menys de 75 anys, sense pràcticament comorbiditats i sense alteracions analítiques⁷. A la literatura trobem ben pocs articles que descriguin la població oncològica real i si cal fer consideracions especials alhora de tractar aquells pacients que no compleixen els criteris d'inclusió dels assaig clínics.

En les dos últimes dècades han començat a publicar-se articles adreçats a la gent gran amb càncer i a la necessitat d'un abordatge multidimensional d'aquest pacients, que han de rebre sovint un tractament oncològic adaptat⁸⁻¹⁰. Sovint el tractament del càncer, requerirà medicaments tòxics¹¹. La majoria d'agents anticancerosos provoquen toxicitat hematopoètica, mucositis o altres toxicitats sistèmiques, que poden ser més greus en pacient d'edat avançada. A més, cal tenir en compte que amb l'edat hi ha un deteriorament de la funció hepàtica i renal que són els òrgans fonamentals en l'eliminació dels medicaments^{13,14 i 15}.

Molts dels pacients presenten neoplàsies localment avançades o disseminades en les que la intenció de tractament no serà curativa. En aquests pacients amb pronòstic pobre (<6 mesos) s'ha d'avaluar la necessitat de medicaments per prevenir complicacions que no s'arribaran a produir i que incrementen el risc d'efectes secundaris o interaccions medicamentoses^{5,11,12}.

Al nostre medi no tenim dades sobre quines són les característiques basals dels pacients avaluats a consultes externes. Tampoc sabem quin percentatge dels pacients oncològics avaluats en condicions de pràctica clínica presenten polimediació, hem trobat nombrosos articles a la literatura en quan a la polimediació en el pacient d'edat avançada¹⁶⁻²⁰ però ben pocs referents al pacient oncològic²¹.

L'objectiu d'aquest treball és descriure les característiques basals del pacient oncològic a consultes externes, per determinar el seu grau de complexitat i comorbiditat, el tractament rebut i el grau de polimediació. S'ha analitzat especialment el grup de pacients en tractament sense intenció curativa i/o pronòstic pobre.

MATERIAL I MÈTODES

-Tipus estudi:

Es tracta d'un estudi transversal i descriptiu.

-Població:

Es van incloure pacients consecutius amb diagnòstic de càncer en tractament oncològic ambulatori que es visitaven a consultes externes entre novembre del 2005 i febrer del 2006.

**Criteris d'exclusió:* Només es van excloure aquells pacients dins un assaig clínic en tractament experimental amb nous agents.

-Mètodes:

Les dades eren recollides per un farmacèutic amb l'ajuda d'un oncòleg mèdic a les consultes externes d'oncologia de la Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell (Barcelona) . El farmacèutic anava rotant diàriament per les diferents consultes d'oncologia per incloure les diferents patologies oncològiques. En cada visita es complimentava un formulari on es recollia: edat, sexe, tipus de càncer, estadi, intenció del tractament (curatiu vs pal·liatiu), pronòstic (<6m o >6mesos), comorbiditats del pacient (tipus i nombre), presència d'alteracions de laboratori a nivell hepàtic i renal, tractament oncològic i totes les medicacions i la posologia amb que les prenia el pacient. Es preguntava també el nº de comprimits al dia. La intenció del tractament i el pronòstic el determinava l'oncòleg que visitava al pacient.

Si el pacient tenia dubtes respecte a la medicació que prenia o a la seva posologia es tornava a contactar amb ell a la següent visita d'oncologia. Només s'anotaven els medicaments en que el pacient els prenia amb regularitat.

Els medicaments que prenia el pacient es classificaven en: medicació de suport per tractar símptomes produïts pel càncer o efectes secundaris dels tractaments oncològics, medicació concurrent per tractar les comorbiditats i tractament oncològic per tractar la malaltia oncològica.

Quan un pacient prenia un medicament que duia més d'un component farmacològic, cada component es contava com un medicament diferent, per altra banda quan un pacient prenia la mateixa medicació varis cops al dia és comptava com a un únic medicament.

-Mostra: Com la variable de major interès en aquest estudi és dicotòmica (polimedicació (si/no)) es va plantejar el càlcul de la mida de la mostra com l'estimació d'una proporció. Per calcular la prevalença de polimedicació amb una precisió del 7.5% i l'estimació d'una proporció del 50% (donat que el coneixement actual no ens permet proposar un valor per la prevalença d'aquesta variable, ens situem en el cas que es requerís una major mida mostral) es va calcular que es necessitaven 160 pacients.

-Anàlisi estadístic: Els resultats s'expressen amb estadística descriptiva utilitzant la mediana, rang i percentatges. Per la representació gràfica s'han utilitzat diagrames sectorials i de rectangles per les variables qualitatives, diagrames de barres per les variables quantitatives discretes i histogrames per les variables quantitatives continues.

Per estudiar la relació entre variables quantitatives s'han utilitzat anàlisis de correlació i per estudiar la relació entre una variable qualitativa (>2 de dos categories) i una variable quantitativa l'anàlisi de la Variança (ANOVA) .

S'ha fet servir SPSS® 17.0 com a software estadístic.

- Consentiment informat: es va informar al comitè d'ètica i investigació clínica (CEIC) de la Corporació Sanitària Parc Taulí de la recollida de dades prevista en l'estudi. Donat que la recollida de dades no implicava canvis en el protocol habitual d'assistència, que no es recollien dades confidencials i que es mantenia la privacitat durant tot l'estudi, en cap moment es va considerar necessari disposar de consentiment informat escrit. Si que s'informava oralment al pacient de la recollida de dades.

RESULTATS

Es varen incloure 171 pacients. D'aquests es van excloure 8 pacients per tractar-se de tumors superficials de bufeta en que el tractament és local (intravesical), restant un total de 163 pacients a estudi.

Malaltia oncològica

Els principals tipus de càncer en la nostra sèrie varen ser pulmó (n=41;25,2%), colorectal (n=30;18,4 %), sistema urinari (n=30;18,4%), mama (n=22;13,5 %), ginecològics (n= 20;12,3%), limfomes (n=13;8%) i altres (n=7;4,3%). Dins d'altres s'inclouen tumors del tracte digestiu superior (neoplàsies esofagogàstriques), neoplàsies bilio-pancreàtiques, neoplàsies cerebrals, melanomes i un pacient amb un sarcoma abdominal (Fig 1.)

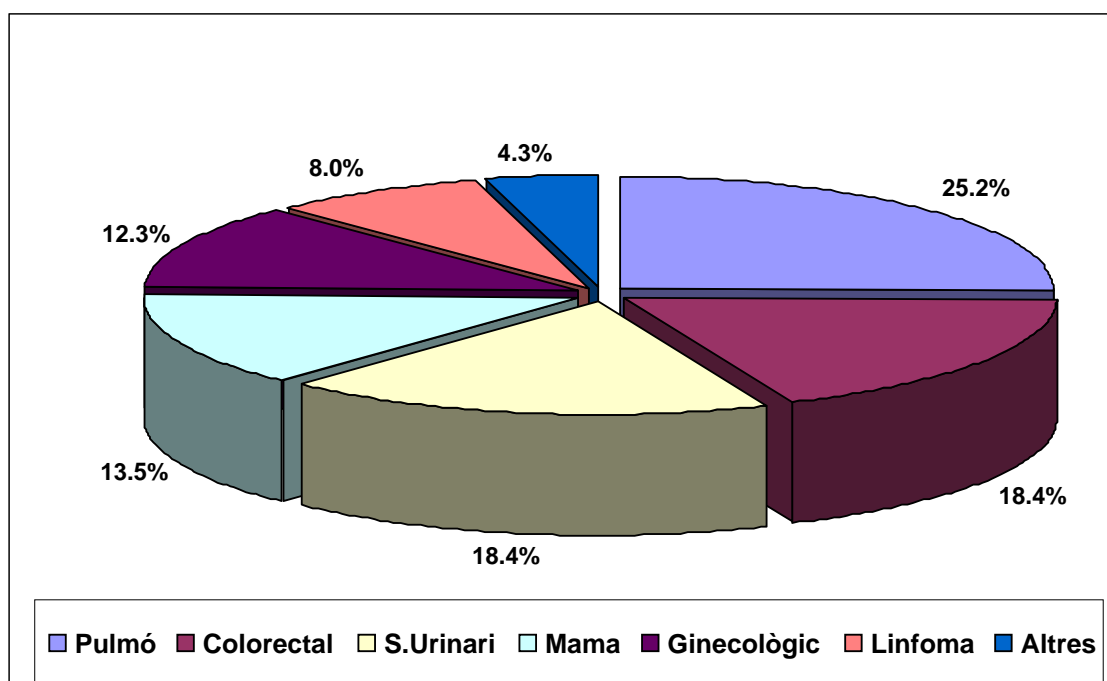


Figura 1.-Localització del càncer en la sèrie avaluada

La mediana d'edat va ser de 66 (rang 31-86). La majoria dels nostres pacients tenien edats compreses entre els 60 i els 80 anys (Fig.2)

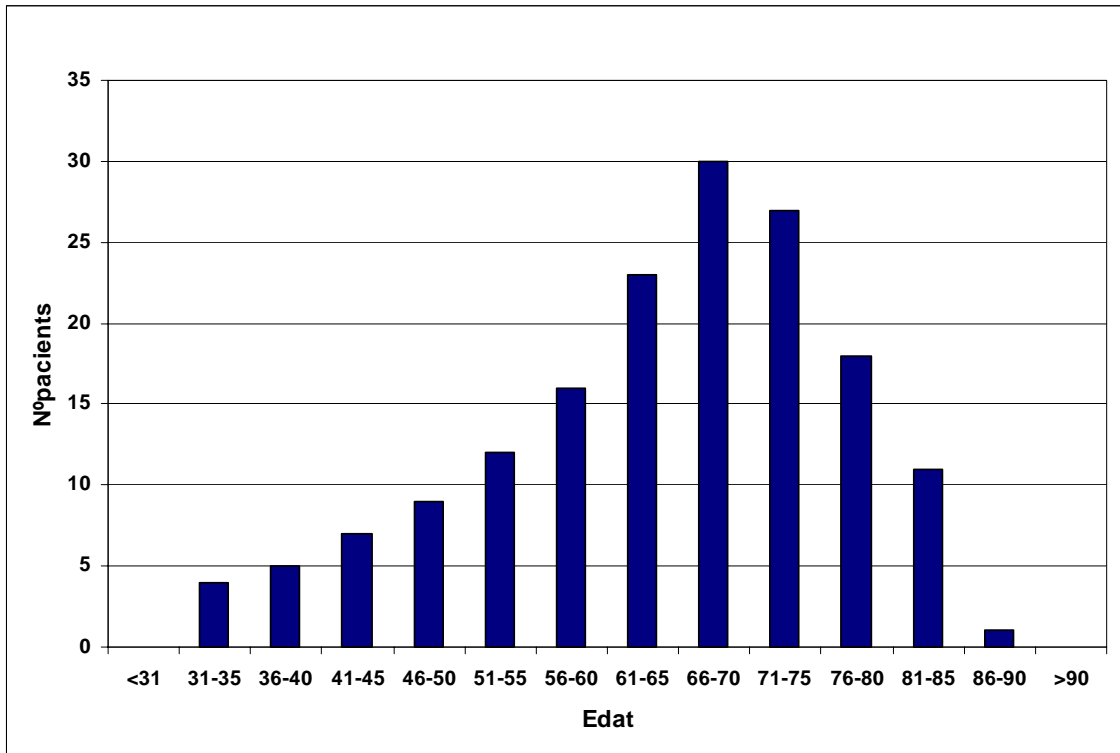


Figura 2.- Distribució segons l'edat

La majoria dels pacients pertanyien a estadis avançats: Trenta i dos pacients a l'estadi III (19.6%) i 105 a l'estadi IV (64.4%). (Fig.3)

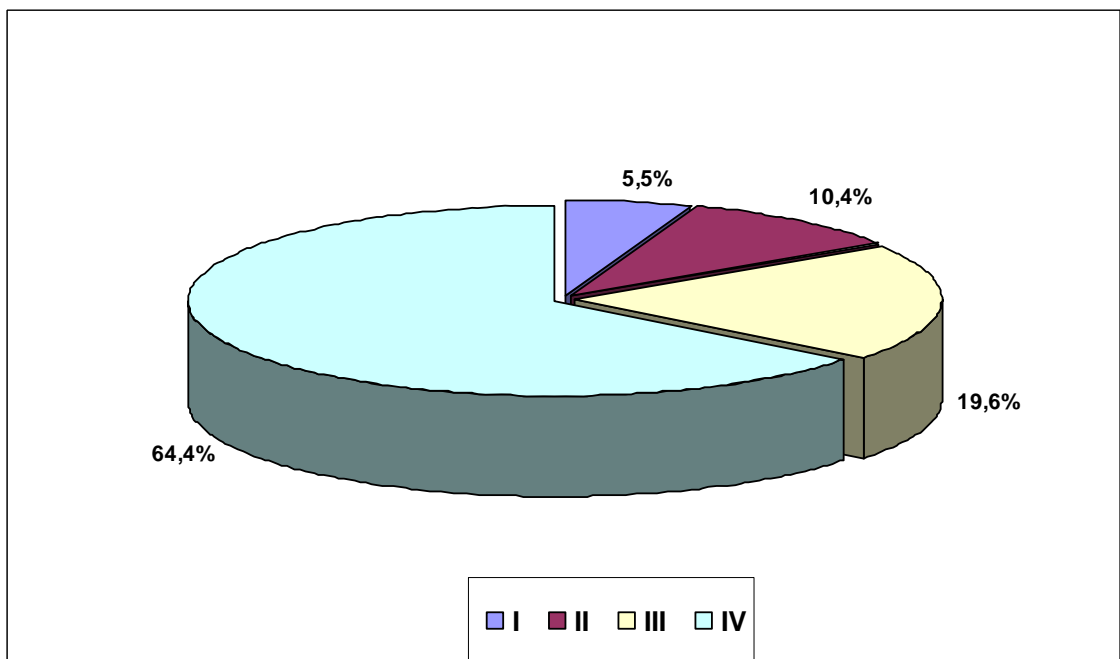


Figura 3.- Estadis tumorals

La intenció de tractament era en un 23% (n=37) curativa i un 77% (n= 126) no curativa o pal·liativa. Un 22,1 % (n=35) dels pacients tenien un pronòstic inferior a 6 mesos.

Comorbiditats

La mediana de comorbiditats per pacient va ser de 1 (0-5). Més de la meitat dels pacients presentaven 1 o > comorbiditats (n= 117) (Fig. 4). Les més freqüents eren les cardiovasculars seguides de les pneumològiques seguides de les endocrinològiques, musculoesquelètiques, hepatodigestives i reno-uroloògiques (Fig.5).

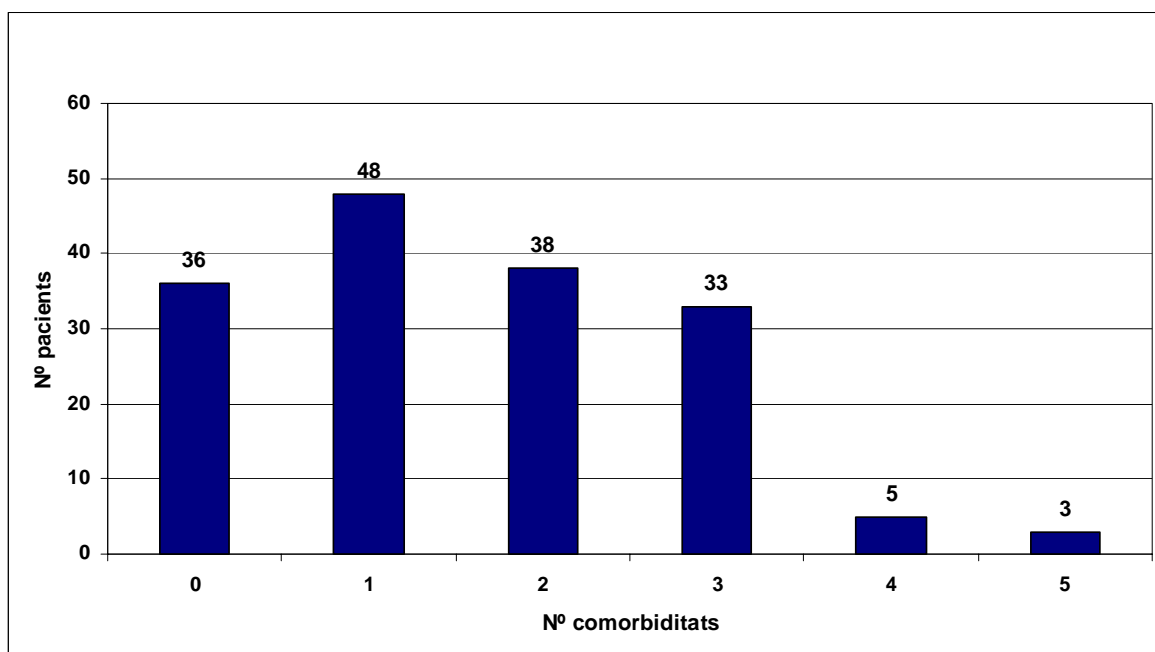


Figura 4.- Número de pacients segons número de comorbiditats

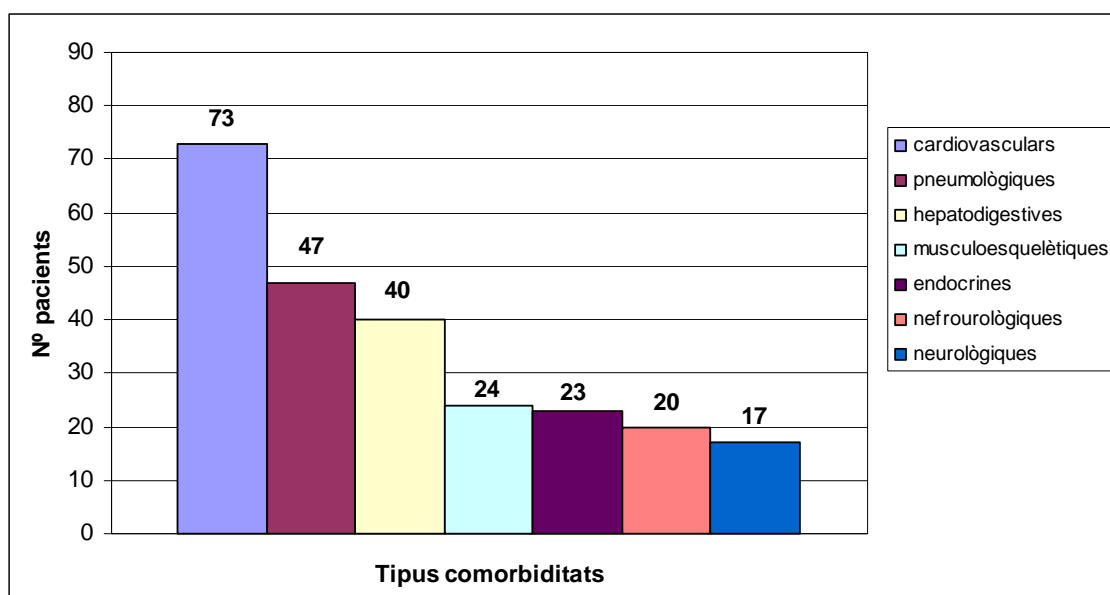


Figura 5.- Tipus de comorbiditat

Tots els diagnòstics estaven prèviament documentats en la història clínica.

Es van recollir alteracions de laboratori hepàtiques i renals. Es va valorar l'anàlisi prèvia a l'inici del tractament oncològic per determinar les alteracions hepàtiques (AST, ALT, FA, GGT, Bilirubina) i renals (urea i creatinina). Es va considerar significatiu un augment superior a un 10% per sobre de la normalitat. Un 32% (n= 52) dels pacients presentaven 1 o més alteracions destacables. Les alteracions més freqüents varen ser les hepàtiques en un 71% (n=38).

Medicacions

En quan a la medicació oncològica, els pacients recollits a la nostra sèrie fonamentalment rebien tractament amb quimioteràpia (n=134), amb menys proporció rebien tractament amb hormonoteràpia (n=24) i menys amb fàrmacs nous (n=10). Alguns d'ells rebien tractaments combinats

Del total de pacients inclosos, 100 (61%) rebien medicaments de suport i medicaments per tractar comorbiditats, 40 (25%) rebien medicació només per tractar comorbiditats, 6 (4%) rebia medicació de suport exclusivament i 17 (10%) no rebia ni medicació de suport ni per tractar comorbiditats (Fig. 6)

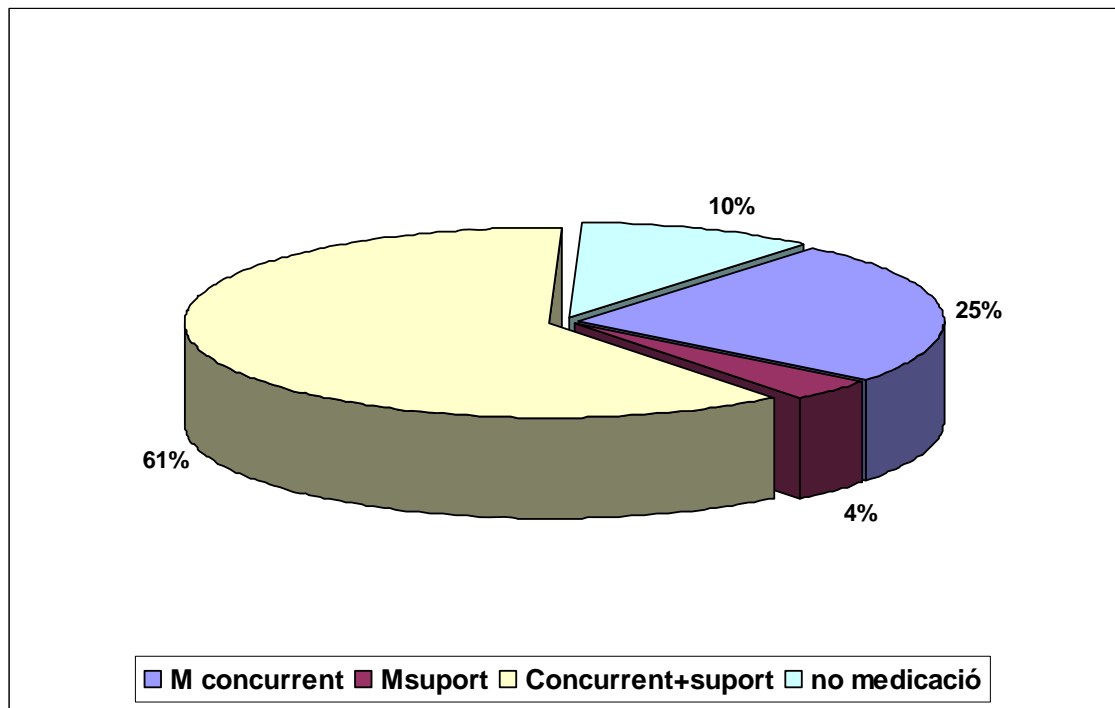


Figura 6.- Distribució dels pacients segons el tipus de medicació que prenen

En quan a la medicació dels pacients, la mediana de medicació va ser de 4 per pacient (rang 0-13) exclouent els tractaments oncològics. La mediana de dosis preses per dia era de 7 (rang 0-23).

La distribució segons nº medicaments/dia i segons número de comprimits/dia de la població del nostre estudi es mostra a continuació (Fig. 7 i 8)

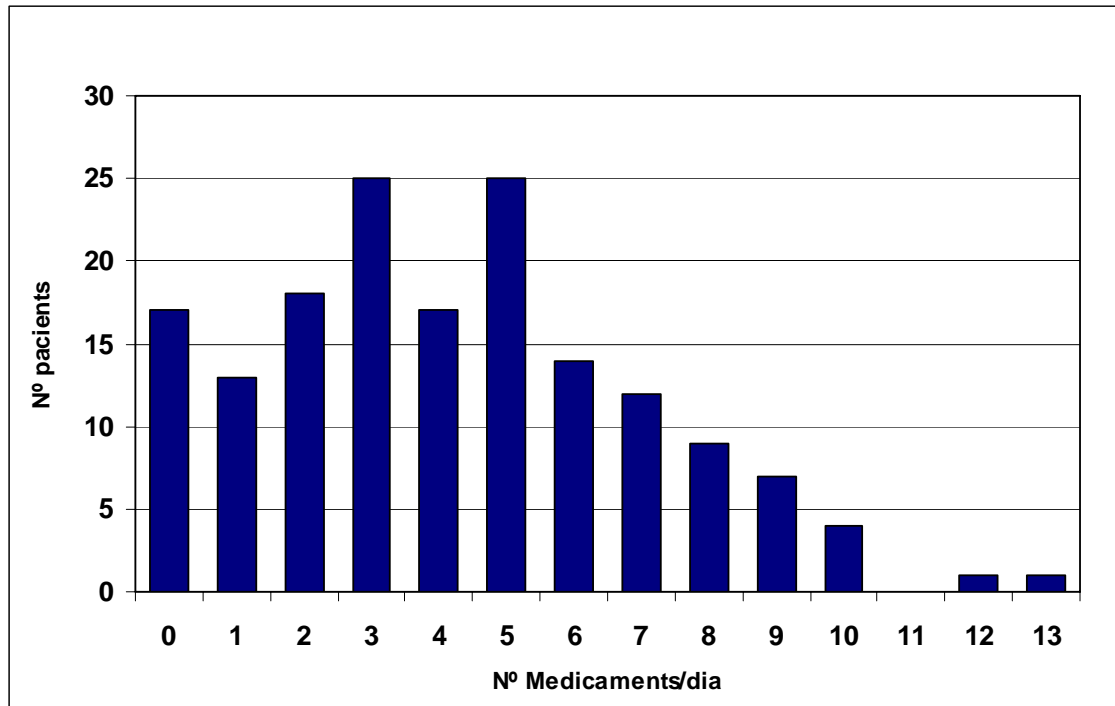


Figura 7.- Distribució dels pacients en funció del número medicaments/dia que prenen

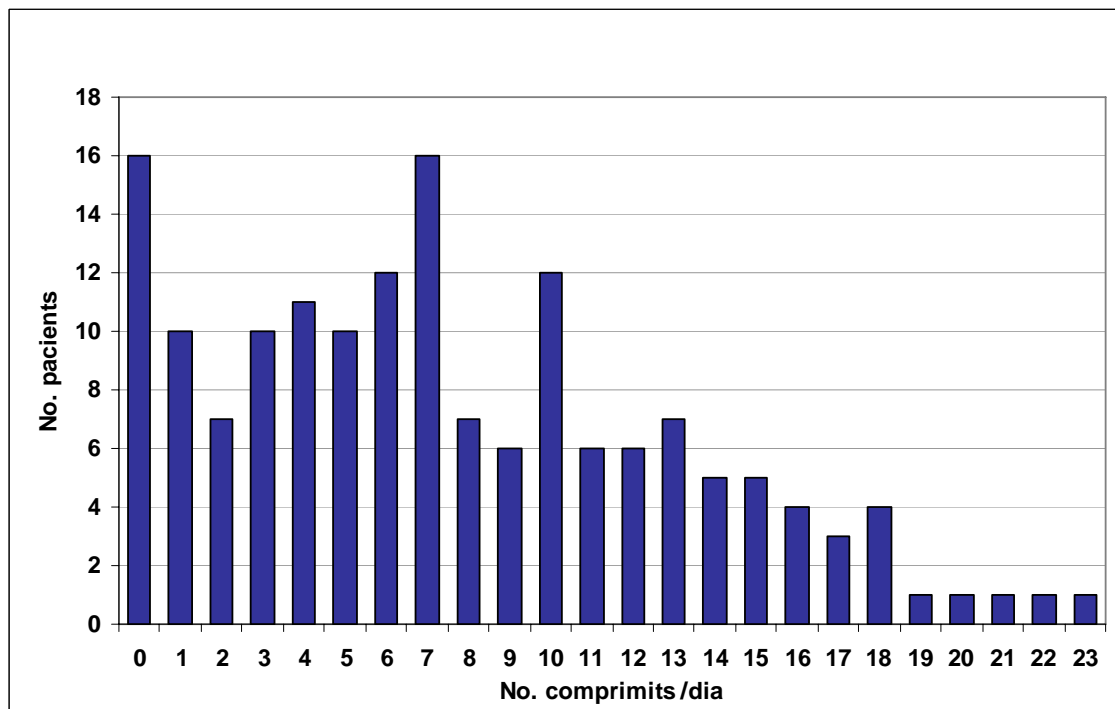


Figura 8.- Distribució dels pacients segons el número de comprimets diaris

Del total de medicació no oncològica (n=698 medicaments), el 28,2% (n=197) pertanyien a medicació de suport i el 71,8% (n=501) pertanyien a medicació concurrent.

La medicació de suport es classificava en: analgèsics no esteroideus (34,5%), corticoides (26,9%), antiemètics (17,3%), opioides (18,8%) i tractament de l'anorexia-caquexia o Sd.tòxic (4,6%). (Fig.9)

La medicació concurrent es classificava en: antiàcids (18,4%), antidepressius / ansiolítics / antipsicòtics (12,6%), antihipertensius (9,6%), fàrmacs cardiovasculars excepte medicació antihipertensiva i hipolipemiant (11,6%), hipoglicèmians (5,8%), hipolipemians (4%), anticonvulsius (2,2%) i altra medicació (35,9%). (Fig.10)

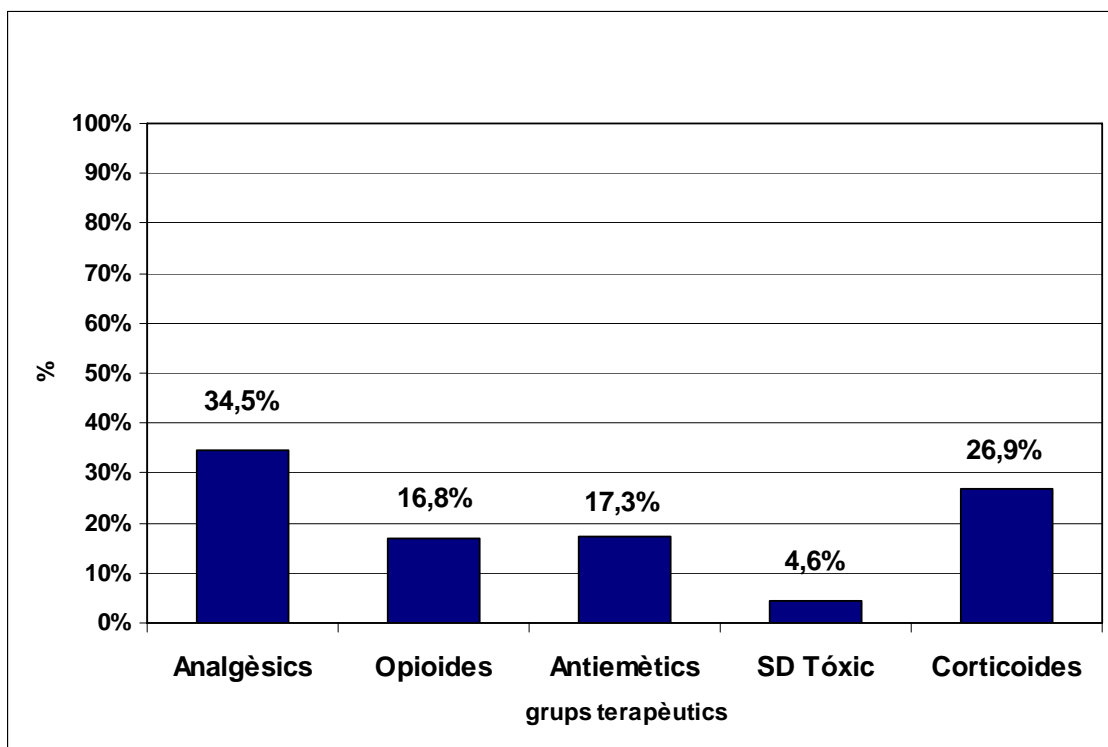


Figura 9.- Distribució de la medicació de suport per grups terapèutics més freqüents

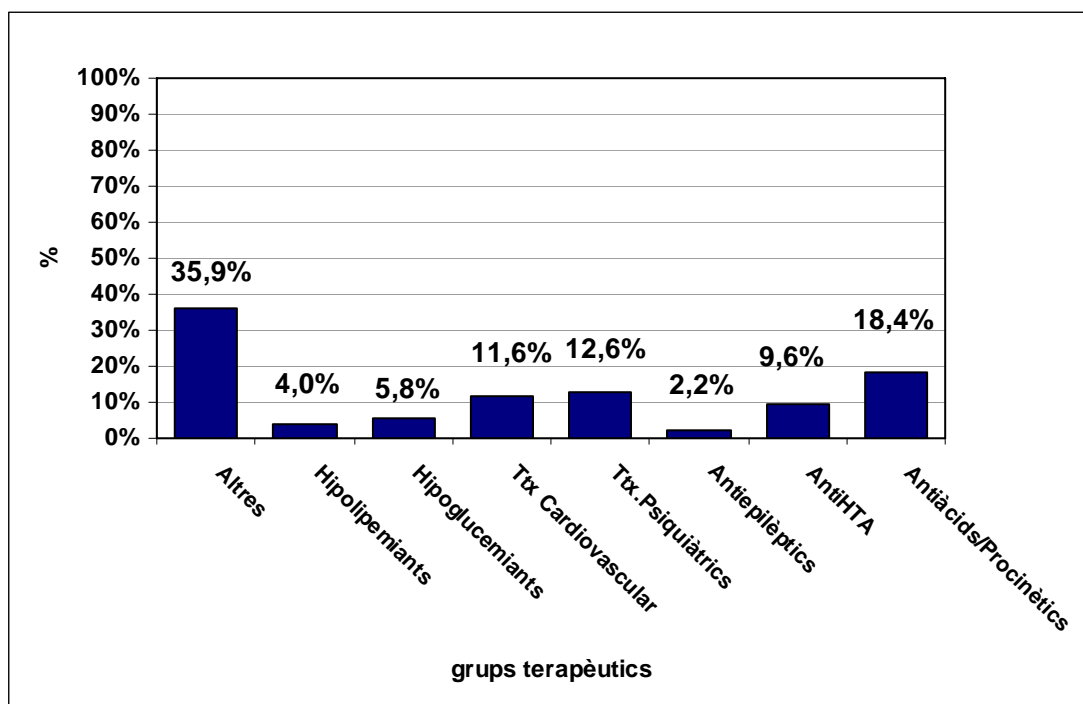


Figura 10.- Distribució de la medicació concurrent per grups terapèutics més freqüents

Pacients amb mal pronòstic

Dels 35 pacients amb esperança de vida <6 mesos la mediana d'edat en aquest subgrup de pacients era de 64 (rang 36-80). La mediana de comorbiditats per pacient va ser de 1. Un 31,4 % (n= 11) dels pacients presentaven 1 o més alteracions destacables de laboratori. Les alteracions més freqüents també varen ser les hepàtiques 91% (n=10).

Dels 35 pacients, 26 (74%) rebien medicació de suport i concurrent, 6 (17%) rebien medicació concurrent exclusivament, 2 (6%) rebien medicació de suport exclusivament i 1 (3%) no rebia cap medicació a part de la oncològica (Fig.11).

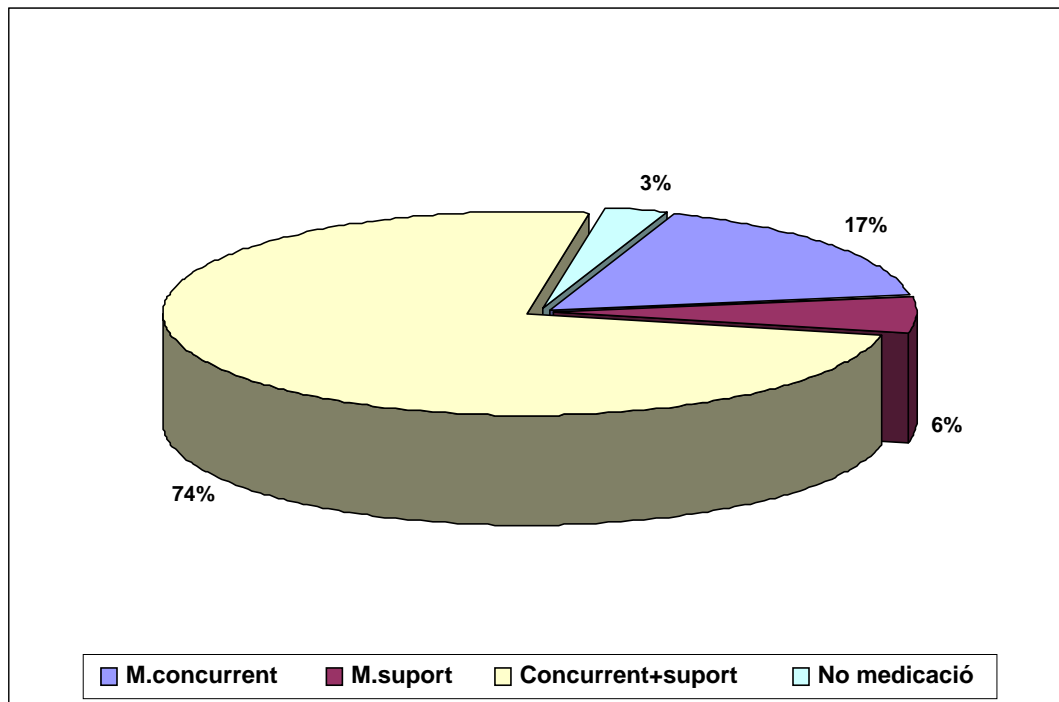


Figura 11.- tipus de medicació en pacients amb pronòstic <6mesos

La Mediana de medicació en aquest subgrup era de 5 per pacient (rang 0-12) i la mediana de dosis preses per dia era de 10 (rang 0-23).

La distribució segons nº medicaments/dia i segons número de comprimits/dia de la població amb pronòstic inferior a sis mesos del nostre estudi es mostra a continuació (Fig. 12 i 13)

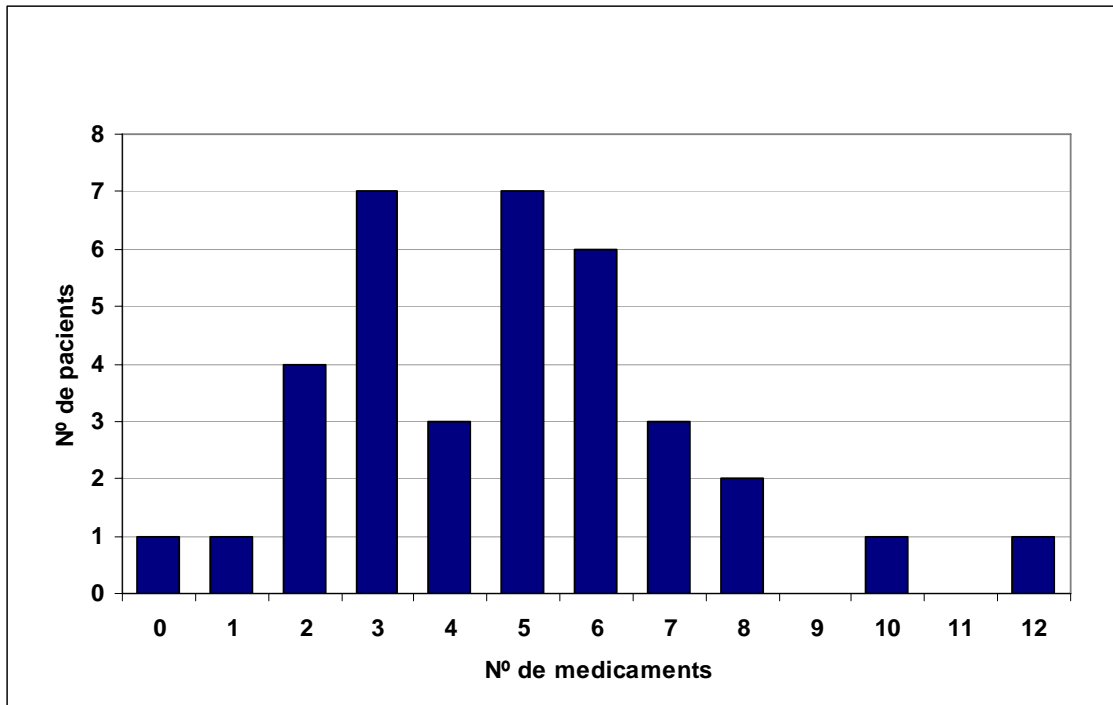


Figura 12.- Distribució dels pacients de pronòstic <6m segons el número de medicaments/dia

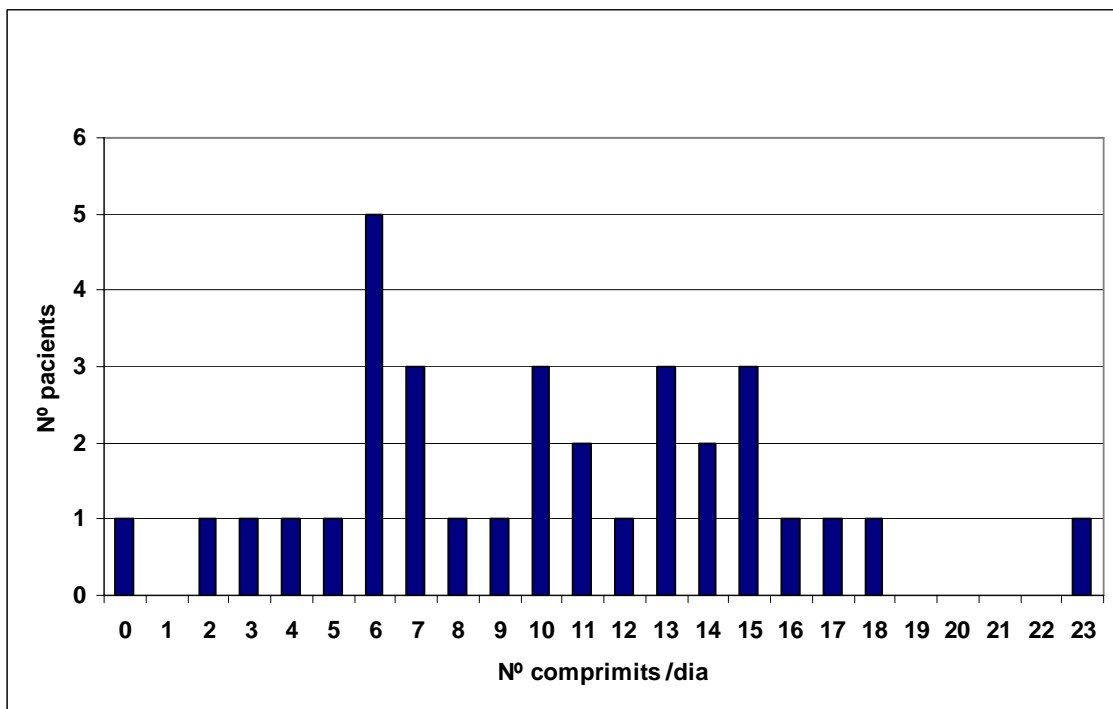


Figura 13.- Distribució dels pacients de pronòstic <6m segons el número de comprimits/dia

Polimedicació

La distribució de la medicació si analitzem tota la mostra (n=163) va ser d'un 10% (n=16) dels pacients que no prenen cap tipus de medicació excepte la oncològica, un 61% (n=100) prenen menys de 6 medicaments a més de la medicació oncològica i un 29% (n=47) prenen 6 o més medicaments a més de la medicació oncològica. (Fig.14)

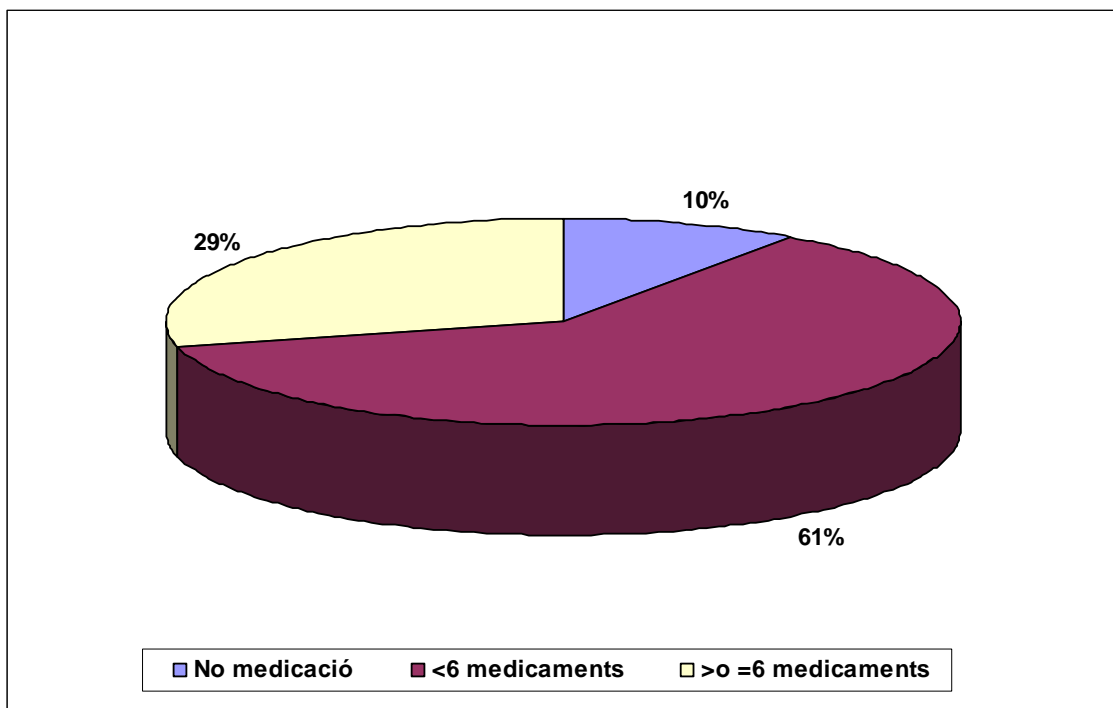


Figura 14.- Polimedicació en el global de pacients

A continuació s'expressen aquests resultats amb els corresponents intervals de confiança (taula1)

Polimedicació	N	(%)	IC (95%)
No medicació	16	9.8	5.2 - 14.4
Menys de 6 m	100	61.3	53.9 - 68.8
6 o més de 6 m	47	28.8	21.9 - 35.8

Taula 1.- resultats expressats amb intervals de confiança segons el principi d'una distribució normal

La distribució de la medicació en el subgrup de pacients amb pronòstic inferior a sis mesos (n=35) va ser d'un 3% (n=1) que no prenia cap tipus de medicació excepte la oncològica, un 61% (n=21) prenen menys de 6 medicaments a més de la medicació oncològica i un 36% (n=13) prenen 6 o més medicaments a més de la medicació oncològica (Fig.15)

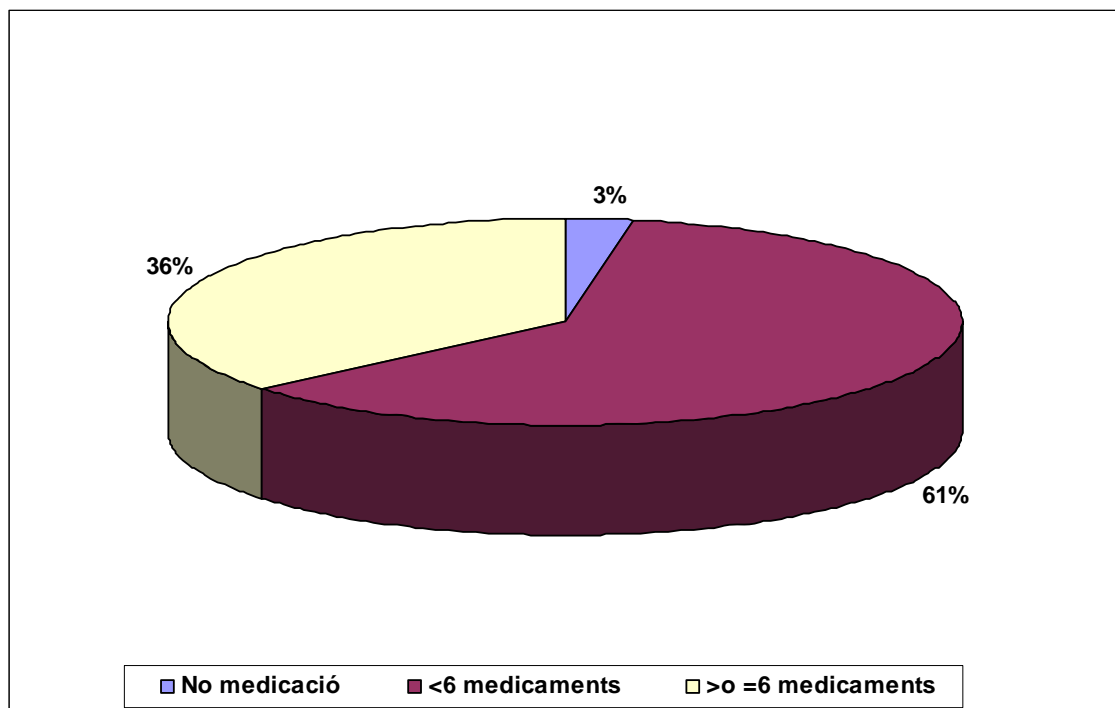


Fig.15.- Polimediació en els pacients de pronòstic inferior a sis mesos

A continuació s'expressen aquests resultats amb els corresponents intervals de confiança (taula 2)

Polimediació	N	(%)	IC (95%)
No medicació	1	3	0.0 -- 8.38
Menys de 6 m	21	61	43.77 - 76.23
6 o més de 6 m	13	37	21.13 – 53.15

Taula 2.- resultats expressats amb intervals de confiança segons el principi d'una distribució normal

Mitjançant models de regressió lineal s'han comprovat una correlació entre edat i número de comorbiditats ($r = 0.41$ i $p < 0.001$) i entre edat i número de medicaments ($r = 0.223$ i $p = 0.004$) (Fig.15 i 16) (Taules 3 i 4)

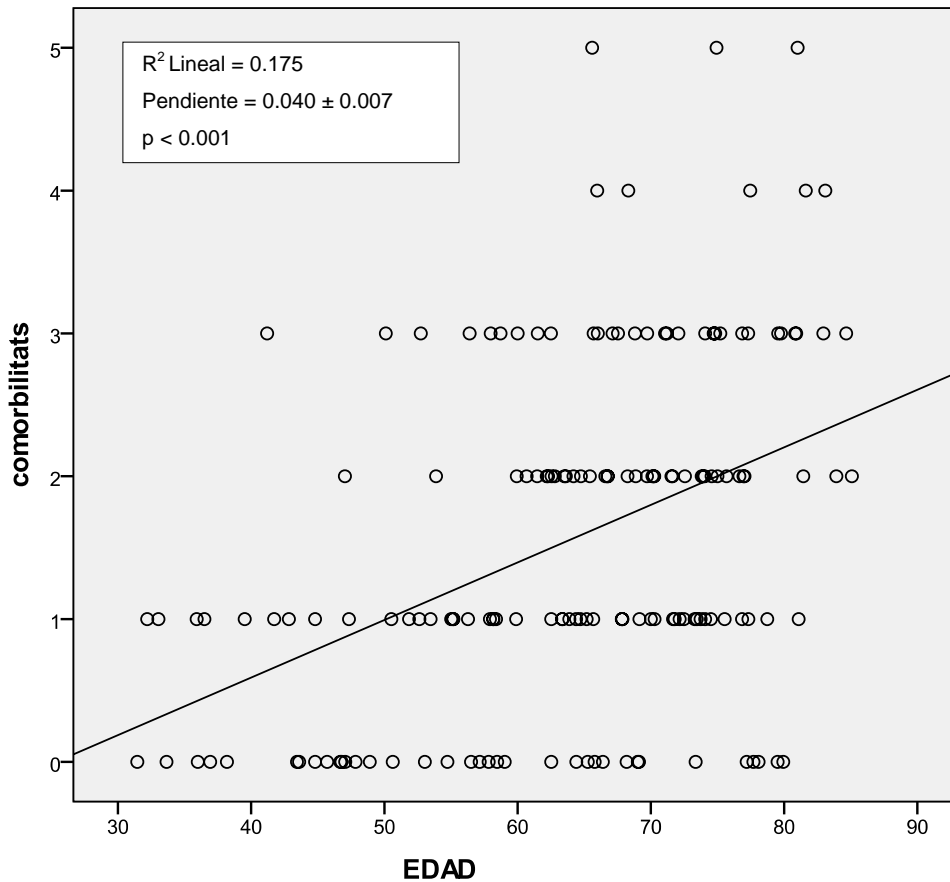


Fig.15.- Representació gràfica de l'anàlisi de correlació entre edat i comorbiditats

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95.0% para B	
	B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1 (Constante)	-1,021	,450		-2,272	,024	-1,909	-,133
EDAD	,040	,007	,419	5,848	,000	,027	,054

a. Variable dependiente: comorbiditats

Taula 3.- Anàlisi de correlació entre edat i comorbiditats

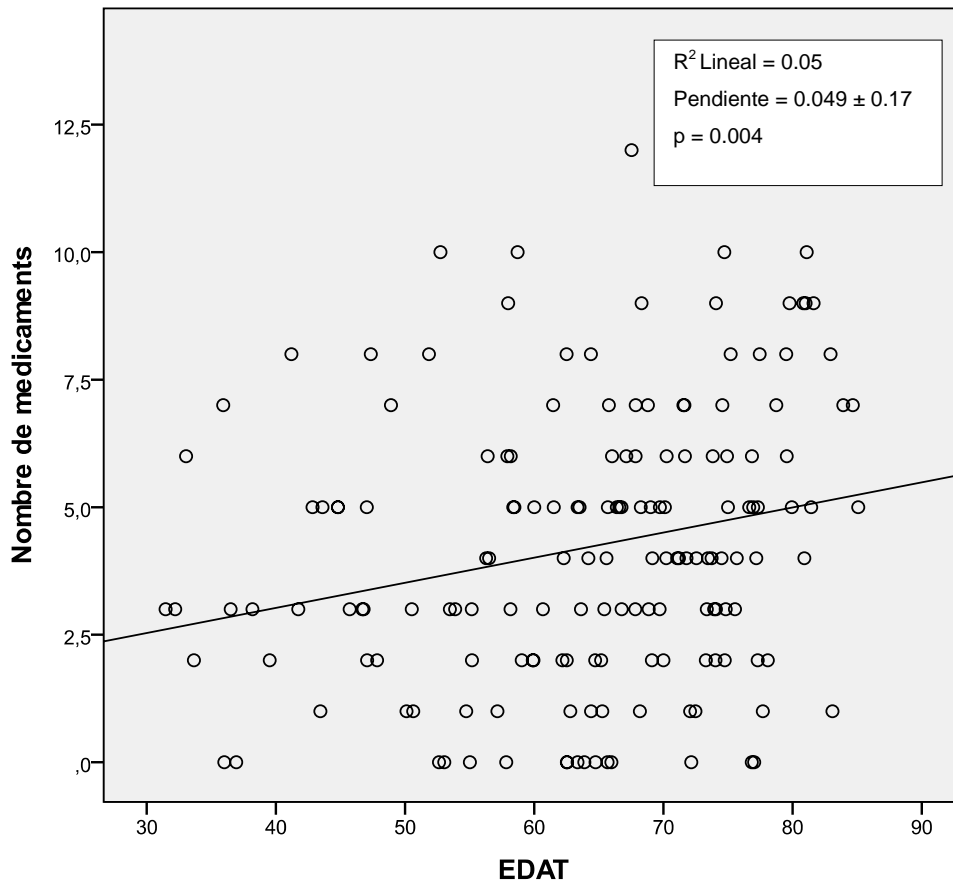


Fig.16.- Representació gràfica de l'anàlisi de correlació entre edat i número de medicaments

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95.0% para B	
	B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1 (Constante)	1,055	1,106		,955	,341	-1,128	3,238
EDAD	,049	,017	,223	2,907	,004	,016	,083

a. Variable dependiente: nº medicaments

Taula 4.- Anàlisi de correlació entre edat i nombre de medicaments

Mitjançant l'anàlisi de la variància (ANOVA d'1 factor) no s'ha demostrat associació significativa entre pronòstic i número de medicaments. I amb el test no paramètric de Kruskal-Wallis es va arribar a la mateixa conclusió

Taula 1.- Resum de la característiques basals dels pacients recollits

Característiques Pacients	Nº de pacients o valor	%
Nº total de Pacients	163	100
Mediana i rang d'edat (a)	64 (31-86)	
Sexe: Masculí/ Femení	96/67	
<u>Tipus de càncer</u>		
+ Pulmó	41	25,2
+ Colorectal	30	18,4
+ Mama	22	13,5
+ Sistema Urinari	30	18,4
+ Ginecològic	13	8,0
+ Limfoma	7	4,3
+ Altres	20	12,3
<u>Estadiatge</u>		
+I	9	5,5
+II	17	10,4
+III	32	19,6
+IV	105	64,4
<u>Intenció de tractament</u>		
+Curativa	37	23
+Pal·liativa	126	77
<u>Expectativa de vida</u>		
+ < 6 m	35	21,5
+ > 6 m (curatiu+pal·liatiu)	128	78,5
<u>Tipus de ttx oncològic*</u>		
+QT	134	79,8
+Hormonoteràpia	24	14,2
+Agents Anti-diana	10	6
Mediana i rang nº medicació**	4 (0-13)	
<u>Tipus de ttx prescrit</u>		
+Medicació de suport (S)	197	28,2
+Medicació concurrent (C)	501	71,8
Mediana i rang Nº comorbiditats	1 (0-5)	
<u>Alteracions laboratori ***</u>		
+Funció renal	15	9,1
+Funció hepàtica	38	23,2
+No en presenta	111	67,7

* Hi ha pacients que reben tractaments combinats, aquest és el motiu que el comput total de la casella sigui >163.

**Sense tenir en compte el tractament oncològic

*** Es defineix alteració de laboratori quan hi ha un increment >10% del valor al límit alt de l'interval de la normalitat considerat pel nostre laboratori. Hi ha un pacient que presentava tant alteració hepàtica com de la funció renal i s'ha computat tant en un lloc com en l'altre.

DISCUSSIÓ

A partir de les dades obtingudes s'observa que el pacient oncològic és complex, ja que s'ha de tenir en compte el tractament de la malaltia oncològica, el tractament i maneig de les comorbiditats pròpies del pacient i l'expectativa de vida. A més, també s'ha objectivat que presenten comorbilitats i que estan polimedicats.

La mediana d'edat trobada (64) és més alta que a la de la majoria d'assajos clínics⁶ i que inclús l'estudi canadenc⁵ que es dels pocs estudis que analitza la població oncològica en tractament ambulatori (mediana d'edat de 58).

Al nostre estudi, la majoria dels pacients pertanyien a estadis avançats on la intenció de tractament no era curativa (77%; n=126). Aquestes dades s'expliquen per què en els estadis inicials la majoria dels pacients reben estratègies locals com cirurgia o radioteràpia amb intenció de tractament curativa, i no requereixen de tractament sistèmic.

Més de la meitat dels pacients tenien una o més comorbiditats i el número de pacients que presentaven alteracions analítiques es també elevat. Aquests paràmetres concorden amb les de l'estudi canadenc⁵ i s'haurien de tenir en compte a l'hora d'escollir el tractament oncològic. És de destacar que en un 22% dels pacients el pronòstic de vida era inferior a 6 mesos

No sembla haver-hi diferències en quan a les característiques basals: edat, comorbiditats i alteracions analítiques entre els pacients de pronòstic inferior a sis mesos respecte del grup global.

En quant a la medicació no oncològica, la majoria era per tractar comorbiditats (72%) i en només el 28% es tractava de medicació de suport pels símptomes produïts pel càncer o els efectes secundaris de la medicació oncològica. Crida l'atenció el baix percentatge que representa la medicació de suport, tenint en compte que en la majoria dels pacients la intenció de tractament no era curativa.

En la majoria dels pacients el tractament oncològic era la quimioteràpia (80%). Aquesta dada podria ser deguda a un biaix diagnòstic o de Berkson, ja que els pacients que necessitaven controls més freqüents –per l'administració de propers cicles o control de la toxicitat- eren els que rebien quimioteràpia a diferència dels pacients en tractament hormonal o d'alguns fàrmacs anti-diana en que no cal un seguiment tant estricte. A part, quan es va fer l'estudi molts fàrmacs anti-diana no estaven encara aprovats. Per això en aquest estudi estan infrarepresentats, ja que actualment una elevada proporció de pacients reben aquests medicaments.

Tot i que no hi ha una definició estàndard a la literatura pel terme polimediació i varia en funció de l'estudi i situació geogràfica, les definicions més citades són la presa de sis o més medicaments diàriament i de manera continuada o la presa de medicació potencialment inapropiada ¹⁶⁻²⁰. A nivell del nostre estudi ens hem cenyit a la primera de les definicions. Un 30% dels pacients del total de la mostra i un 36 % dels pacients del subgrup amb pronòstic inferior a sis mesos estarien polimedcats. L'anàlisi de la variància (ANOVA d'1 factor) no va trobar una associació significativa entre pronòstic i número de medicaments. En tot cas, el número de pacients polimedcats va ser alt i cal tenir en compte que la polimediació està relacionada amb un increment d'efectes secundaris, d'interaccions medicamentoses i d'incompliment terapèutic ^{19 i 20}

Una de les limitacions de l'estudi es que no es va recollir la gravetat de cada tipus de comorbiditat (lleu, moderada o greu). Una altre limitació és que els pacients que participaven en un assaig clínic – probablement amb més bon estat general i menys comorbiditats- es van excloure de l'estudi. El biaix generat per aquest últim fet és, però, limitat ja que quan es va realitzar l'estudi hi havia pocs assajos clínics oberts al nostre centre.

Una altra limitació de l'estudi és el fet que està realitzat en un únic centre; i per tant la validesa externa no és valorable. Caldria realitzar aquest estudi en diferents centres per corroborar els resultats. De totes maneres s'han obtingut resultats molt similars en quant a la descripció de les característiques basals del pacient oncològic amb l'estudi canadenc⁵, el que suggeriria que els resultats del estudi poden ser generalitzables.

Futurs estudis hauran d'avaluar quines de les medicacions rebudes pels pacients son necessàries²⁰. A partir d'aquí, pot ser útil determinar si, en suspendre les medicacions no estrictament necessàries pot millorar el compliment i disminuir el nombre de interaccions medicamentoses i si això redunda en una millor qualitat de vida del pacient oncològic i en una millor eficàcia del tractament oncològic.

CONCLUSIÓ

En el present estudi veiem que els pacients oncològics són sovint anyosos, tenen comorbiditats i alteracions analítiques de base i hem constatat un alt grau de polimedicació. Malgrat que en la majoria de pacients la intenció de tractament és no curativa, cal destacar l'alt número de medicaments que prenen per tractar comorbiditats i el baix percentatge dels que prenen medicació de suport.

Aquest estudi ens ha servit per veure que el pacient oncològic és un pacient complex (comorbiditats, característiques basals, expectativa de vida i polimedicació) i hem de tenir-ho en compte alhora de valorar l'actitud terapèutica a realitzar. Caldria fer una revisió curosa de la medicació que pren el pacient oncològic en tractament ambulatori a fi de poder evitar la presa de medicaments innecessaris i la polimedicació.

Estudis com aquest ens ajuden a tenir una percepció més real del pacient oncològic i de les seves característiques sovint infravalorades.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Boyle P, Ferlay J. Cancer incidence mortality in Europe, 2004. *Ann Oncol* 2005 Mar; 16:481-488
- 2.- Karim-Kos HE, de VE, Soerjomataram I, Lemmens V, Siesling S, Coebergh JW. Recent trends of cancer in Europe: a combined approach of incidence, survival and mortality for 17 cancer sites since the 1990s. *Eur J Cancer* 2008; 44:1345-1389.
- 3.-Yancik R, Ries LA. Aging and cancer in America: demographic and epidemiologic perspectives. *Hematol Oncol Clin North Am* 2000;14:17-24
- 4.-Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue M, Colombet M, Boyle P. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe 2006. *Ann Oncol* 2007; 18:581-592.
- 5.- Riechelmann RP, Tannock IF et al. Potential Drug Interactions and duplicate prescriptions among cancer patients. *J Natl Cancer Inst* 2007;99:592-600
- 6.-Samsa GP, Hanlon JT, et al. A summated score for the medication appropriateness index: development and assesment of clinimetric properties including content validity. *J Clin Epidemiol* 1994; 47: 891-896.
- 7.-Hutchins LF, Unger JM, Crowley JJ et al. Underepresentation of patients 65 years of age and older in cancer treatment trials. *N Engl J Med* 1999;341:2061-2067
- 8.- Balducci Lodovico, Extermann Martine. Management of cancer in the older Person: A practical approach. *The Oncologist* 2000;5:224-237
- 9.- Balducci L, Santa G. Cancer in the frail patient: a coming epidemic. *Hematol Oncol. Clin North AM* 2000;14:235-250.
- 10.- Corcoran MB. Polypharmacy in the older patient. In: Balducci L, Lyman-GH, Ershler WB, eds. *Comprehensive Geriatric Oncology*. London: Harwood Academic Publishers, 1997:525-532.
- 11.-Mc Leod HL. Clinically relevant drug-drug interactions in oncology. *Br J Clin Pharmacol* 1998;45:539-544
- 12.- Blower P, Ronald de Wit et al. Drug-Drug interactions in oncology: Why are they important and can they minimized?. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 2005; 55:117-142

- 13.-Borkowski JM, Duerr M, Donehower RC et al. Relation between age and clearance rate of nine investigational anticancer drugs from phase I pharmacokinetics data. *Cancer Chemother Pharmacol* 1994;33:493-496
- 14.-Anderson S, Brenner BM. Effects of aging on the renal glomerulus. *Am J Med* 1986;80:435-442
- 15.-Durnas C, Loi CM, Cusack BJ. Hepatic drug metabolism and aging. *Clin Pharmacokinet* 1990;19:359-389
- 16.-Jorgensen T, Johansson S et al. Prescription drug use, diagnoses, and healthcare utilization among the elderly. *Ann Pharmacother* 2001;35:1004-9
- 17.- Institute for Clinical Evaluative Sciences. The rule of five: Polypharmacy in the Elderly. *The informed newsletter* September 1998; 4,4.
- 18.- Mamun K, Lien CT, Goh-Tan CY, Ang WS. Polypharmacy and inappropriate medication use in Singapore nursing homes. *Ann Acad Med Singapore*. 2004 Jan;33(1):49-52.
- 19.-R.L. Bushardt, E.B. Massey, T W Simpson. Polypharmacy: Misleading, but manageable. *Clinical Interventions in Aging* 2008;3(2) 383-389
- 20.- R. J. Maggiore, C.P.Gross , A.Hurria. Polypharmacy in older adults with cancer. *The Oncologist* 2010;15:507-522

