

# Quimioterapia y alternativas en el cáncer terminal: Desafío pendiente para el Perú

Chemotherapy and alternatives in terminal cancer - Pending challenge in Peru

Valeria Arsentales Montalva<sup>1</sup>, María Tenorio Guadalupe<sup>1</sup>, Yessabell Yonz Buendía<sup>1</sup>,  
Patricia Pimentel Alvarez<sup>2</sup>, Fabián Fiestas Saldarriaga<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.

<sup>2</sup> Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación-IETSI, Seguro Social de Salud del Perú-ESSALUD.

An Fac med. 2016;77(2):179-80 / <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v77i2.11826>

## SR. EDITOR:

Anualmente, se diagnostican 12,7 millones de casos nuevos de cáncer a nivel mundial y se prevé que para el año 2030 esta cifra anual se elevará a 21,3 millones <sup>(1)</sup>. En el Perú, según la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC) y GLOBOCAN - 2008, cada año se diagnostican más de 45 000 casos nuevos de cáncer <sup>(1)</sup>. Aproximadamente, el 60% de casos de cáncer en el Perú es atendido por el Seguro Social de Salud, un 30% por los hospitales públicos del Ministerio de Salud y 10% por los hospitales de las Fuerzas Armadas y Policiales y seguros privados <sup>(1)</sup>.

El cáncer terminal es, por definición, una afección progresiva, incurable y resistente al tratamiento que conlleva a un pronóstico de vida inferior a seis meses <sup>(2)</sup>. Según estudios realizados en 2015 en la "Sociedad Americana de Oncología" (ASCO, por sus siglas en inglés), la quimioterapia puede tener un rol limitado en pacientes con cáncer terminal, al encontrar que los pacientes con una puntuación en el puntaje ECOG (*Eastern Cooperative Oncology Group*) mayor o igual a 3, presentaron tasas bajas de respuesta, alto índice de efectos tóxicos y corta sobrevida <sup>(3)</sup>. Por ejemplo, en estudios realizados a pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP), los pacientes con un deterioro marcado en su funcionamiento (ECOG mayor

a 2) presentaron tasas de respuesta de 2 y 0% para quimioterapia de tercera y cuarta línea, respectivamente <sup>(4)</sup>. Por tal motivo, el médico tratante debe evaluar el riesgo-beneficio que significa la prolongación de la terapia en este tipo de pacientes, ya que la administración prolongada de citotóxicos genera inmunosupresión e incremento del riesgo de daño orgánico <sup>(3)</sup>. De hecho, los efectos generados por los tratamientos citotóxicos son no solo físicos, sino también psicológicos y sociales, todo lo cual repercute negativamente en la calidad de vida del paciente.

Existen diversos factores que pueden influir en la tendencia de los médicos a prescribir tratamientos citotóxicos en pacientes en etapa terminal. Por un lado, el aspecto social o rutinario bastante extendido en la comunidad médica, el cual hace que el médico se sienta obligado a ofrecer un tratamiento de quimioterapia con cualquier intención (curativa o paliativa), aunque el medicamento ofrecido carezca de evidencia de eficacia. Este aspecto psicológico en el médico se potencia con la presión que puede ejercer el paciente o la familia en un momento en que existe mucha tensión emocional por el desenlace inminente. El paciente y la familia se aferran a cualquier alternativa, y su condición de angustia puede agravarse ante una situación en que el médico tratante no tiene la experticia de manejar situaciones en la que la medicina ha llegado a un límite, donde ya no puede

ofrecer una alternativa que evite el desenlace inminente. En esta situación de alto estrés emocional, tanto para el paciente, su familia y el médico tratante, no es infrecuente que el médico ofrezca secuencialmente tratamientos cada vez con menos sustento científico, intentando reducir dicha situación. Además, el estado emocional del paciente y su familia los hace susceptibles a interpretar cualquier prescripción del médico de manera irrealistamente beneficiosa, lo que potencia la prescripción de tratamientos citotóxicos innecesarios.

Además, el uso de citotóxicos agresivos sin evidencia de eficacia y seguridad tiene un impacto económico importante de ser considerado en los sistemas de aseguramiento de salud. Muchos de estos medicamentos son de alto costo y significan un gasto anual considerable para los sistemas de salud.

Entonces, el tratamiento agresivo de cáncer en etapa terminal no solo no muestra beneficio al mejorar sobrevida y calidad de vida de estos pacientes, exponiéndolos innecesariamente a efectos adversos, sino que además significa la utilización de recursos innecesarios de los sistemas de salud. De hecho, esos recursos que se usan innecesariamente en este tipo de tratamientos sin objetivos claros en el cáncer terminal son recursos que pueden ser invertidos de manera más eficiente, por ejemplo en extender el acceso a tratamientos con probada eficacia y seguridad en el cán-

cer o en la implementación de programas de promoción y prevención temprana de cáncer.

En el Perú, no se cuenta con un programa o servicios de salud especializados en el manejo de pacientes que afrontan la fase terminal de la enfermedad en la que ya no hay tratamientos que le proporcionen la posibilidad de alargar la vida, revertir el progreso de la enfermedad o mitigar los síntomas que esta conlleva. Por este motivo, los autores buscamos incentivar el desarrollo de guías de práctica clínica y de programas con componentes extra e intra-hospitalarios especializados en el manejo de estos pacientes, donde además tengan acceso a orientación psicológica y/o espiritual, tanto para el paciente como para sus familiares y/o cuidadores. El contar con guías de práctica clínica especializadas para esta fase de la enfermedad y con un programa *ad hoc* tiene además la ventaja de servir de apoyo a los médicos oncólogos, quienes ante

un paciente terminal podrán ofrecer un manejo especializado para las personas que se encuentran en esta fase, conociendo las mejores alternativas a título paliativo que se pueden ofrecer a los pacientes para quienes la quimioterapia citotóxica ya no es una opción de beneficio. Finalmente, además de evitarle al paciente la exposición innecesaria a medicamentos citotóxicos, se impide los gastos innecesarios a familias y a los sistemas de salud fomentándose, en este último caso, la inversión eficiente de recursos con el consecuente ahorro que luego puede ser invertido en expandir acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento temprano donde este tiene mayor probabilidad de ser efectivo en curar o alargar la sobrevivencia del paciente con buena calidad de vida.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Ramos C, Rolando D. Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú. Dirección General de Epidemiología, 2013.

2. Lara A, Tamayo AC, Gaspar SP. Manejo del paciente terminal. Unidad de Medicina de Dolor y Paliativa. Instituto Nacional de Cancerología. 2006;283-95.
3. Prigerson HG, Bao Y, Shah MA, Paulk E, LeBlanc TW, Schneider BJ, et al. Chemotherapy use, performance status, and quality of life at the end of life. *JAMA Oncol.* 2015;1(6):778-84. doi:10.1001/jamaoncol.2015.2378.
4. Salloum R, Smith TJ, Jensen G, Elston J. Survival among non-small cell lung cancer patients with poor performance status after first line chemotherapy. *Lung Cancer.* 2012 Sep;77(3):545-9. doi:10.1016/j.lungcan.2012.04.019.

---

*Carta al Editor recibida el 17 de abril de 2016.*

*Conflicto de interés:*

*Declaramos ausencia de conflicto de intereses entre los autores del presente artículo.*

*Correspondencia:*

*Valeria Arsentales Montalva.*

*Avenida Alameda San Marcos cuadra 2.*

*Chorrillos – Lima, Perú.*

*Telf: 984218909*

*E-mail: vale\_wini293@hotmail.com*