



Medicina Paliativa

www.medicinapaliativa.es



EDITORIAL

Los cuidados paliativos en los comités de tumores

Palliative care in tumor committees

La frecuencia y la complejidad de la naturaleza de las diferentes neoplasias, su impacto en la vida de la personas tanto desde la perspectiva vital, sintomática, emocional, social y de calidad de vida entre otras, provoca que sea un problema de salud de primer orden¹. En este sentido, todas las administraciones e instituciones sanitarias dedican grandes esfuerzos en la lucha contra esta cruenta enfermedad, como por ejemplo el European's Beating Cancer Plan². Esto ha provocado el desarrollo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad y precisión. Además, los esfuerzos en investigación, basados principalmente en los ensayos clínicos, han permitido avances en los tratamientos antitumorales más personalizados. Todo ello ha conducido a un diagnóstico más preciso, mejores respuestas a las diferentes terapias y a un aumento de la supervivencia y una mejora en la calidad de vida de las personas que sufren esta enfermedad³.

Sin embargo, también ha provocado que la toma de decisiones sea más difícil de llevar a cabo. Todo este hecho se intenta estandarizar a través de las guías de práctica clínica o las recomendaciones dadas por diferentes organismos o sociedades científicas⁴. Pero cada persona es única y cada situación de enfermedad se convierte en un reto especial y único. Esto conlleva a que un abordaje personalizado y específico para cada paciente sea necesario que se realice desde una perspectiva multidimensional y multidisciplinar. En este contexto, se considera que la forma óptima para esta toma de decisiones sea realizada dentro de un equipo multidisciplinar cuya máxima expresión en el ámbito de la Oncología y Hematología sean las unidades funcionales de tumores y los comités de tumores⁵⁻⁷.

En relación con los comités de tumores, son estructuras organizativas multidisciplinarias donde se discuten el diagnóstico, posibles tratamientos antitumorales, posibles pruebas diagnósticas para precisar el diagnóstico y establecer el mejor tratamiento disponible en la actualidad para la persona enferma. Este análisis incluye la evaluación de la posible inclusión o no del paciente en algún ensayo clínico. En esta discusión y evaluación se incluyen la adecuación del esfuerzo terapéutico dependiendo de las características del paciente y la situación de la enfermedad⁵.

Dentro de su carácter multidisciplinar, en estos comités suelen participar oncólogos médicos, hematólogos clínicos, oncólogos radioterapeutas, radiólogos, especialistas en medicina nuclear, cirujanos, neumólogos, endocrinólogos, otorrinolaringólogos, entre otros (dependiendo de la patología específica). Las enfermeras de práctica avanzada juegan un papel fundamental, ya que coordinan la trayectoria asistencial del paciente y garantizan el cumplimiento de las decisiones adoptadas en el comité. Por último, no menos importante es también la labor del personal administrativo en la planificación de las reuniones, registro de la información o la elaboración de actas de comité, entre otras funciones^{5,7}.

Diversos estudios han mostrado las bondades de la intervención precoz e integrada de los cuidados paliativos en la atención oncológica. La mejoría en el control de síntomas, la mejoría en los aspectos psicosociales, una tendencia en la mejoría pronóstica y un mejor afrontamiento de la enfermedad han surgido como aspectos positivos en este tipo de atención⁸.

Estos hechos han motivado que diversas sociedades científicas, como la American Society of Clinical Oncology (ASCO)⁹ y la European Society for Medical oncology (ESMO)¹⁰ o la Lancet Comission¹¹ hayan establecido dentro de sus recomendaciones que la intervención paliativa precoz e integrada forme parte de los estándares de la atención oncológica. Además, esta intervención se recomienda que se establezca independientemente del estadio de la enfermedad oncológica, pudiendo incorporarse desde fases iniciales de la enfermedad, así como a lo largo de todo el proceso oncológico. De hecho, este tipo de intervención se ha ido poco estableciendo en nuestro territorio¹².

A raíz de descubrir los beneficios de la intervención integrada de los cuidados paliativos, se ha propuesto la participación de profesionales de los cuidados paliativos también en los comités de tumores. De hecho, desde la SEOM se ha planteado que una de las disciplinas nucleares en estos comités sean los cuidados paliativos¹³.

Cuando se plantea la participación de los profesionales de cuidados paliativos en un comité de tumores, una pregunta que surge es qué es lo que pueden aportar los cuidados paliativos en estos comités. Dentro de las posibles funciones se pueden describir las siguientes: completar la evaluación clínica con la valoración multidimensional, incluyendo aspectos relevantes como la valoración social (presencia

de un cuidador efectivo, por ejemplo), la neuropsicológica (alteraciones psiquiátricas o cognitivas que pueden modular el cumplimiento del tratamiento específico), incorporación la valoración espiritual (dado el significado que puede tener para la persona y su influencia en la aceptación o rechazo de los tratamientos) sin minimizar la evaluación sintomática precisa y abordaje de los mismos con el objetivo que el paciente esté en la situación clínica más óptima para poder afrontar una determinada prueba o un tratamiento.

Los conocimientos sobre factores pronósticos, así como la incorporación en la toma de decisiones como los deseos de los pacientes, sus principios y valores entre otros, que pueden complementar los cuidados paliativos, contribuyen a realizar decisiones más centradas en la persona y ajustar las expectativas no solo del paciente sino también de los equipos referentes. Estas valoraciones conducen de forma lógica a que las personas que presenten necesidades paliativas sean detectadas de forma precoz y derivadas de forma específica a dichos servicios para una valoración más completa y seguimiento adecuado.

La presencia de los profesionales de cuidados paliativos también permite realizar un asesoramiento global y en particular en el manejo de los síntomas. Esta situación es idónea, sobre todo en situaciones de síntomas leves que requieren un rápido control, para evitar que se retrase el tratamiento más óptimo para cada paciente y que no se pierda ninguna oportunidad terapéutica.

También podemos asesorar sobre aspectos de comunicación e información al paciente y la familia, especialmente cuando pueda haber conflictos bioéticos y promover la planificación de decisiones anticipadas.

Por último, hay que destacar que en el seno de los comités los profesionales de cuidados paliativos también pueden presentar casos clínicos para discutir. El hecho de realizar una intervención precoz y realizar seguimiento prolongado en el tiempo permite detectar complicaciones de los tratamientos, progresiones de la enfermedad o plantear dudas sobre cuáles son los mejores tratamientos sintomáticos mientras el paciente está dentro de un ensayo clínico. Estas dudas pueden ser motivo de consulta o discusión en el comité.

Desgraciadamente, el estigma que tiene el término de cuidados paliativos asociado al final de la vida, así como una mirada excesivamente biologicista de la persona, bloquea un desarrollo mayor de la atención paliativa en su máxima expresión en muchos entornos asistenciales.

En conclusión, estamos en una época de avances en el abordaje del cáncer que están cambiando la evolución natural de la enfermedad y ampliando el horizonte de supervivencia. Sin embargo, estos avances son insuficientes en su intención de realizar una medicina personalizada mientras no aborden a cada persona desde una perspectiva más amplia. En este sentido, promover un abordaje integral del cáncer, que incluya la atención paliativa, puede acercarnos a conseguir este objetivo. La suma de los mejores procedimientos diagnósticos, el acceso a las terapias específicas y dirigidas, junto con la atención paliativa, constituye el mejor tratamiento disponible en la actualidad para hacer frente a estas enfermedades para conseguir salvaguardar tanto como sea posible el bienestar de las personas que lo sufren. Una manera de conseguirlo es incorporando a los profesionales de cuidados paliativos en los comités de tumores en aquellos centros donde existan dichos comités.

Jesús González-Barboteo^{1,2} y Ernest Nadal Alforja

¹Servicio de Cuidados Paliativos. Institut Català d'Oncologia- L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España.

²Grupo de Investigación y Conocimiento en Cuidados Paliativos (GRICOPAL-Epibell).

³Grupo de Investigación Preclínica y Experimental en Tumores Torácicos (PRETT-OncoBell).

REFERENCIAS

1. Cancer [Internet]. World Health Organization; 2024 [29 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1
2. A cancer plan for Europe. European Commission; 2024 [29 de febrero de 2024]. Disponible en: https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe_en.
3. Provencio M, Nadal E, González-Larriba JL, Martínez-Martí A, Bernabé R, Bosch-Barrera J, et al. Perioperative Nivolumab and Chemotherapy in Stage III Non-Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med*. 2023;389:504-13.
4. García-Campelo R, Sullivan I, Arriola E, Insa A, Juan Vidal O, Cruz-Castellanos P, et al. SEOM-GECP Clinical guidelines for diagnosis, treatment and follow-up of small-cell lung cancer (SCLC) (2022). *Clin Transl Oncol*. 2023;25:2679-91.
5. Specchia ML, Frisicale EM, Carini E, Di Pilla A, Cappa D, Barbara A, et al. The impact of tumor board on cancer care: evidence from an umbrella review. *BMC Health Serv Res*. 2020;20:73.
6. Abuelgasim KA, Jazieh AR. Quality Measures for Multidisciplinary Tumor Boards and Their Role in Improving Cancer Care. *Glob J Qual Saf Healthc*. 2024;7:28-33.
7. Mano MS, Çitaku FT, Barach P. Implementing multidisciplinary tumor boards in oncology: a narrative review. *Future Oncol*. 2022;18:375-84.
8. Kochovska S, Ferreira DH, Luckett T, Phillips JL, Currow DC. Earlier multidisciplinary palliative care intervention for people with lung cancer: a systematic review and meta-analysis. *Transl Lung Cancer Res*. 2020;9:1699-709.
9. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, et al. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol*. 2017;35:96-112.
10. Jordan K, Aapro M, Kaasa S, Ripamonti CI, Scotté F, Strasser F, et al. European Society for Medical Oncology (ESMO) position paper on supportive and palliative care. *Ann Oncol*. 2018;29:36-43.
11. Kaasa S, Loge JH, Aapro M, Albrecht T, Anderson R, Bruera E, et al. Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. *Lancet Oncol*. 2018;19:e588-e653.
12. Porta-Sales J, Guerrero-Torrelles M, Moreno-Alonso D, Sarrà-Escarré J, Clapés-Puig V, Trelis-Navarro J, et al. Is Early Palliative Care Feasible in Patients With Multiple Myeloma? *J Pain Symptom Manage*. 2017;54:692-700.
13. Guirado M, Sanchez-Hernandez A, Pijuan L, Teixido C, Gómez-Caamaño A, Cilleruelo-Ramos Á. Quality indicators and excellence requirements for a multidisciplinary lung cancer tumor board by the Spanish Lung Cancer Group. *Clin Transl Oncol*. 2022;24:446-59.