



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

CUIDADOS PALIATIVOS TEMPRANOS EN PACIENTES CON CÁNCER AVANZADO

EARLY PALLIATIVE CARE IN PATIENTS WITH
ADVANCED CANCER

Autor

Íñigo Alonso Escudero

Director

Dr. Tirso Ventura Faci

6º Medicina

Universidad de Zaragoza

Curso académico 2021/2022

Tabla de contenido

1. RESUMEN.....	1
2. ABSTRACT.....	2
3. INTRODUCCIÓN	3
4. MATERIAL Y MÉTODOS	5
5. RESULTADOS.....	6
5.1 Evidencia disponible	6
5.2 Dificultades en su implementación.....	9
5.3 Cuidados paliativos generales y especializados	10
5.4 Cuidados paliativos generales.....	11
5.5 Derivación temprana a cuidados paliativos especializados	15
5.6 Cuidados paliativos tempranos especializados	19
Abordaje sintomático.....	19
Colaboración con psiquiatría de enlace.....	20
Afrontamiento del final de vida en cuidados paliativos.....	21
Planificación de cuidados y toma de decisiones.....	22
6. DISCUSIÓN	24
Cuidados paliativos generales.....	25
Criterios de derivación.....	25
Cuidados paliativos especializados.....	26
Colaboración con psiquiatría de enlace.....	26
7. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	28
8. BIBLIOGRAFÍA	29

1. RESUMEN

Según la OMS, “los cuidados paliativos son un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes que enfrentan problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales”.

Tradicionalmente, los cuidados paliativos se ofrecen al paciente cuando éste se encuentra cercano a la muerte, sin embargo, en las últimas décadas, se ha ido desarrollando e investigando el concepto de cuidados paliativos tempranos. Este modelo propone iniciar estos cuidados de forma rutinaria y proactiva en el cuidado oncológico estándar, incluso simultáneamente al tratamiento antineoplásico.

El propósito de este trabajo ha sido recopilar información disponible en la literatura científica que analiza la evidencia de los cuidados paliativos tempranos frente al cuidado oncológico estándar. Asimismo, se han revisado distintas propuestas de aplicación del concepto a la práctica clínica.

Para ello, se realizó una revisión bibliográfica en la bases de datos Pubmed/Medline, Cochrane y Sci-hub de los artículos científicos publicados con los descriptores “Early Palliative Care” y “Cancer”. Además, se contó con el consejo de expertos como el Dr. Alberto Alonso, médico de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario La Paz de Madrid.

Los resultados de la revisión sobre la evidencia científica deben evaluarse con cautela ya que existen diversos obstáculos que han impedido la obtención de un nivel de evidencia elevado. Sin embargo, existen numerosos ensayos clínicos aleatorizados que muestran un potencial beneficio para los pacientes, por este motivo, organizaciones como la Organización Mundial de la Salud, la European Society of Medical Oncology y la American Society of Clinical Oncology recomiendan la instauración de los cuidados paliativos de forma temprana en el cuidado de los pacientes oncológicos.

Por otro lado, los resultados de la revisión sobre las propuestas de implantación en la práctica clínica diaria indican una estrategia basada en:

- Inclusión de los cuidados paliativos en las consultas oncológicas.
- Creación de criterios de derivación de pacientes oncológicos a equipos de cuidados paliativos especializados.
- Disposición de equipos de especialistas en cuidados paliativos a los que sean derivados los pacientes en el momento adecuado, y en los que se pueda abordar la sintomatología física y psicosocial, acompañar en el afrontamiento del final de vida y elaborar una planificación anticipada de los cuidados.
- Colaboración entre los equipos de cuidados paliativos y equipos de psiquiatría de enlace.

2.ABSTRACT

According to the WHO, "palliative care is an approach that improves the quality of life of patients facing problems associated with life-threatening diseases."

Traditionally, palliative care is offered to patients when they are close to death, however, in recent decades, the concept of early palliative care has been developed and investigated. This model proposes to start this care routinely and proactively in standard cancer care, even simultaneously with antineoplastic treatment.

The purpose of this work has been to collect information available in the scientific literature that analyzes the evidence for early palliative care versus standard cancer care. Likewise, different proposals for applying the concept to clinical practice have been reviewed.

In order to accomplish this purpose, a bibliographical review was carried out in the Pubmed/Medline, Cochrane and Sci-hub databases of the scientific articles published with the descriptors "Early Palliative Care" and "Cancer". In addition, we had the advice of experts such as Dr. Alberto Alonso, doctor at the Palliative Care Unit of La Paz University Hospital in Madrid and Director of the Master's Degree in Palliative Care at the UAM.

The results of the review of the scientific evidence must be evaluated with caution since there are several obstacles that have prevented obtaining a high level of evidence. However, there are numerous randomized clinical trials that show a potential benefit for patients, for this reason, organizations such as the World Health Organization, the European Society of Medical Oncology and the American Society of Clinical Oncology recommend the establishment of palliative care early in the care of cancer patients.

On the other hand, the results of the review on the proposals for implementation in daily clinical practice indicate a strategy based on:

- Inclusion of palliative care in oncology consultations.
- Creation of referral criteria for cancer patients to specialized teams in palliative care.
- Provision of teams of specialists in palliative care to whom patients are referred at the optimal time, and in which physical and psychosocial symptoms can be addressed, support in coping with the end of life, and preparation of advance care planning.
- Collaboration between palliative care teams and liaison psychiatry teams.

3. INTRODUCCIÓN

Según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), El término cáncer engloba un grupo numeroso de enfermedades que se caracterizan por el desarrollo de células anormales, que se dividen, crecen y se diseminan sin control en cualquier parte del cuerpo. ⁽¹⁾

Según el último registro disponible en esta sociedad, el número total de nuevos casos de cáncer en España en el año 2019 alcanza los 277.234, en comparación con los 247.771 casos registrados en el año 2015. ⁽¹⁾

En los últimos 20 años, el número de tumores diagnosticados ha experimentado un crecimiento constante en España debido no sólo al aumento poblacional, sino también a las técnicas de detección precoz y al aumento de la esperanza de vida.

A pesar de que alrededor del 50% de los enfermos diagnosticados de cáncer en España viven más de 5 años, aquellos que padecen cáncer avanzado suelen tener supervivencias mucho más cortas. Por cáncer “avanzado” se denomina a un tumor que se encuentra extendido más allá del órgano que lo originó, y habitualmente se halla en situación incurable.

Por otro lado, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuidados paliativos son un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes que enfrentan problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales. Previene y alivia el sufrimiento a través de la identificación temprana, la correcta evaluación y el tratamiento del dolor y otros problemas, ya sean físicos, psicosociales o espirituales. ⁽²⁾

Esto incluye abordar las necesidades prácticas y brindar asesoramiento sobre el duelo. Para ello, los cuidados paliativos utilizan un enfoque de equipo para apoyar a los pacientes y a sus cuidadores. Ofrece un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir de la forma más activa posible hasta la muerte. ⁽²⁾

En el modelo oncológico estándar, más extendido actualmente, los cuidados paliativos son ofrecidos al paciente una vez éste se encuentra muy cercano al momento de la muerte, lo que se denomina cuidados de últimos días. Llegados a este punto, la atención paliativa suele concentrarse únicamente en el control sintomático. ^(3 y 4)

Sin embargo, las enfermedades oncológicas pueden provocar numerosos síntomas físicos, psicosociales o espirituales muy pronto en el transcurso de la enfermedad. ^(3 y 5)

Por este motivo, en los últimos años, profesionales de los cuidados paliativos y la investigación científica defienden la conveniencia de iniciar estos cuidados de forma temprana. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la European Society for Medical Oncology (ESMO) y la American Society of Clinical Oncology (ASCO), defienden que los cuidados paliativos sean prestados de forma rutinaria y proactiva en el cuidado oncológico estándar, incluso simultáneamente al tratamiento antineoplásico. ⁽⁵⁻⁶⁻⁷⁻⁸⁻⁹⁾

También la OMS afirma que la asistencia paliativa alcanza su mayor grado de eficacia cuando se considera en una etapa temprana en el curso de la enfermedad. Según esta organización mundial, **una asistencia paliativa temprana no solo mejora la calidad de vida de los pacientes, sino que además reduce las hospitalizaciones innecesarias y el uso de los servicios de salud.**⁽⁴⁰⁾

En concordancia con este planteamiento, en los últimos años se han implementado e investigado el concepto de “Cuidados Paliativos Tempranos”, cuyo objetivo es el paciente se beneficie de una atención sanitaria con enfoque de cuidados paliativos sin esperar a una situación de fin de la vida, sino mucho antes.

Como se verá más adelante, existen diversos planteamientos en la búsqueda del momento óptimo para el inicio de la atención paliativa, pero ésta podría comenzar desde el momento de diagnóstico de la enfermedad oncológica.⁽¹¹⁾

A pesar de haber sido validados y recomendados por organizaciones tan relevantes como la OMS, los cuidados paliativos alcanzan a un porcentaje muy pequeño de los pacientes que serían subsidiarios de recibirlos. Por ejemplo, únicamente el 5% de los pacientes con cáncer es cabeza y cuello hospitalizados en EEUU recibieron una interconsulta a cuidados paliativos⁽⁴⁵⁾. El porcentaje de pacientes que recibe cuidados paliativos tempranos es mucho menor.

El objetivo de esta revisión es analizar el nivel de evidencia de los cuidados paliativos tempranos y las diversas propuestas existentes en la literatura científica sobre su puesta en práctica. A modo de conclusiones, se expondrá lo revisado en forma de propuestas aplicables práctica clínica.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

En un primer momento, se llevó a cabo una revisión de la literatura disponible sobre los temas de psico-oncología y cuidados paliativos, para orientar el enfoque del presente trabajo. Tras ciertos pasos hacia delante y hacia atrás, se terminó por definir el objeto de esta revisión bibliográfica como los “cuidados paliativos precoces en pacientes con cáncer avanzado”.

Una vez definido el objetivo, se realizó una revisión bibliográfica a través de la base de datos de Medline/Pubmed a la que se puede acceder en el siguiente enlace: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>

También fue empleada la base de datos de Cochrane, accesible en el siguiente enlace: <https://www.cochranelibrary.com/>

Para la búsqueda se emplearon los siguientes descriptores: “Early Palliative Care” y “Cáncer”, de forma que éstos aparecieran en título o resumen. En la búsqueda se seleccionaron los estudios publicados en los últimos 5 años, obteniendo un resultado inicial de 223 publicaciones en Pubmed y 247 en Cochrane.

A pesar de que la búsqueda inicialmente se limitó a los artículos publicados en los últimos cinco años, en ocasiones contadas, por tener un gran peso específico dentro del campo de estudio, se han incluido publicaciones más antiguas.

Las publicaciones que se encontraron en las bases de datos mencionadas, pero para las que no se dispuso de acceso libre, se consiguió su acceso a través de la base de datos de libre acceso Sci-Hub, disponible en el siguiente enlace: <https://sci-hub.hkvisa.net/>

Tras el análisis de títulos y resúmenes de las publicaciones obtenidas, se han excluido aquellas que trataban población no oncológica, aquellas que trataban pacientes con cáncer no avanzado y aquellas que se centraban en oncología pediátrica.

Finalmente, en esta revisión bibliográfica se han incluido un total de 46 publicaciones, principalmente otras revisiones bibliográficas, revisiones sistemáticas y metaanálisis Cochrane y numerosos ensayos controlados aleatorizados.

5. RESULTADOS

5.1 Evidencia disponible

Con el objetivo de medir los efectos de los cuidados paliativos tempranos en comparación con el tratamiento oncológico estándar, la editorial Cochrane publicó en 2017 una revisión sistemática ⁽¹¹⁾ para la que reunió datos de siete estudios con una muestra total de 1028 participantes con cáncer avanzado.

Este metaanálisis concluyó que los pacientes que recibieron cuidados paliativos tempranos tuvieron una calidad de vida ligeramente más alta que aquellos que recibieron cuidado oncológico estándar (0.27 desviaciones medias). Asimismo, se concluyó que los cuidados paliativos tempranos pudieron disminuir la intensidad de los síntomas en un pequeño grado (0.23 desviaciones medias sobre los controles). Sin embargo, la certeza de la evidencia para estos parámetros fue baja.

También se midieron los efectos sobre la supervivencia y la depresión y el resultado fue incierto para ambos, con una certeza de la evidencia muy baja.

Esta editorial sí encontró resultados a favor de los cuidados paliativos tempranos en cuanto a la satisfacción de los pacientes con la atención recibida y la comprensión que éstos alcanzaron de la enfermedad y su pronóstico.

Pese a la obtención de resultados de baja evidencia, las recomendaciones para la práctica clínica que realiza esta editorial sí apoyan la implementación de determinados elementos de los cuidados paliativos en la práctica clínica rutinaria. Dichos elementos podrían ser: la comunicación con el paciente para la identificación temprana de sus prioridades, el cuidado coordinado para el control sintomático y un cuidado psicosocial que pueda incluir a los cuidadores.

En 2019, dos años después de la publicación de la revisión Cochrane, Franciosi et al ⁽¹³⁾ llevaron a cabo un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico en el que tampoco se logró demostrar que los cuidados paliativos tempranos en comparación con el cuidado oncológico estándar mejorasen la calidad de vida, en este caso medida con el cuestionario FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General measure), en pacientes con diferentes tipos de cáncer avanzado.

En 2020, otra revisión sistemática Cochrane ⁽¹⁸⁾ expuso que los equipos de cuidados paliativos hospitalarios producen beneficios clínicamente significativos en la mejoría de la calidad de vida, del control de síntomas y de la satisfacción con los cuidados, facilitando que los pacientes puedan fallecer en el lugar de su elección. Sin embargo, de nuevo, la calidad de la evidencia fue muy baja o baja, reconociendo la editorial que era insuficiente para extraer conclusiones certeras.

Estos no son los únicos estudios que han fallado en demostrar a evidencia de la superioridad de los cuidados paliativos tempranos frente al cuidado oncológico estándar.

La dificultad para obtener evidencia consistente que apoye los cuidados paliativos tempranos contrasta con lo percibido en la práctica clínica real por pacientes y profesionales, Franciosi et al apuntan algunas razones por las que se haya fracasado en la obtención de evidencia:

1. En cuanto a la calidad de vida, no existe unanimidad en la determinación del tiempo de margen de actuación de los cuidados paliativos tempranos. Esto puede inducir a fracasos. Por ejemplo, Franciosi et al ⁽¹³⁾ evaluaron los posibles beneficios tres meses después, sin obtener resultados concluyentes. Mientras que, tres ensayos aleatorizados liderados por Temmel, Zimmerman y Bakitas ^(4, 14, 15), detectaron mejoras a partir del cuarto mes de cuidados.
2. En segundo lugar, la heterogeneidad de la población de estudio. Incluir en los mismos estudios pacientes con tumores de distintos tipos puede haber contribuido a disminuir el efecto positivo de los cuidados paliativos tempranos.
3. Una tercera causa posible de dilución del efecto es que, por lo general, el enfoque de reclutamiento de pacientes en los estudios realizados no incluye la detección previa de necesidades paliativas. De esta manera pudieron haber sido incluidos en los estudios pacientes con una baja carga de síntomas, lo que dificultaría la obtención de resultados positivos.
4. Finalmente, la diversidad en el empleo de diferentes herramientas de evaluación de resultados, y las posibles limitaciones de las mismas.

A pesar de las dificultades que presentaron estos estudios, sí contamos en la literatura científica con numerosos ensayos clínicos aleatorizados que refuerzan los efectos beneficiosos de los cuidados paliativos tempranos y apoyan su instauración en la práctica clínica.

En 2015, fue publicado el estudio ENABLE III ⁽¹⁵⁾, un ensayo controlado aleatorizado en el que se compararon los efectos de los cuidados paliativos tempranos frente al cuidado oncológico estándar. En este estudio los pacientes que recibieron cuidados paliativos tempranos aumentaron un año su supervivencia respecto al grupo control.

En 2016, una revisión sistemática y meta-análisis que incluyó 43 ensayos controlados aleatorizados (30 de los cuales incluyeron pacientes con cáncer), encontraron que las intervenciones de cuidados paliativos fueron asociadas con mejoras significativas en calidad de vida y carga sintomática, además de un aumento de la satisfacción con respecto a los cuidados (de pacientes y cuidadores). Los cuidados paliativos fueron asociados también con una mejora de la planificación de los cuidados de final de vida y una disminución del empleo de recursos del sistema sanitario. ⁽¹⁶⁾

Más tarde, en 2019, otra revisión sistemática y meta-análisis obtuvo resultados similares, y en adición encontró beneficios en la supervivencia. ⁽¹⁷⁾

En la revisión que ha sido realizada, se han encontrado varios ensayos clínicos aleatorizados (algunos de los cuales multicéntricos) que refuerzan la evidencia a favor de los cuidados paliativos precoces. Entre los efectos beneficiosos para el paciente, se encuentran los siguientes:

- Mejora en la calidad de vida. ⁽¹⁹⁻²⁰⁻²¹⁻⁴⁻¹⁴⁻²²⁾
- Mejora en el estado de ánimo. ^(20, 4)
- Disminución de trastornos ansioso-depresivos. ⁽⁴⁾
- Disminución de la agresividad del tratamiento. ⁽¹⁹⁾
- Aumento del tiempo de supervivencia. ⁽²⁰⁾
- Reducción de empleo de recursos sanitarios. ^(23 y 24)

A modo de resumen, los resultados deben ser interpretados con cautela. Es cierto que el estudio que mayor nivel de evidencia podría haber proporcionado (el meta-análisis Cochrane de 2017) obtuvo resultados inciertos y con bajos niveles de evidencia, pero también es cierto que los cuidados paliativos tempranos cuentan con numerosos ensayos clínicos aleatorizados que recomiendan su empleo.

Por tanto, es necesario proseguir en el estudio de los cuidados paliativos tempranos de la forma más rigurosa posible, con el fin de proporcionar más pruebas y aumentar la certeza de la evidencia disponible.

5.2 Dificultades en su implementación

La implementación de los cuidados paliativos de forma temprana en el transcurso de la enfermedad oncológica ha sido recomendada por organizaciones médicas muy relevantes y cuenta con apoyo internacional.

Sin embargo, esta recomendación contrasta con una realidad clínica en la que apenas están extendidos. En la literatura científica existen propuestas sobre las posibles causas de esta disociación teórico-práctica.

Ya en 2011 en una publicación de Weissman et al ⁽³⁰⁾, se afirmó que, la mejora en los cuidados paliativos, como todos los esfuerzos en mejora de calidad y prestación de cuidado, encontraría barreras logísticas y de actitud significativas para su implementación.

Entre estas dificultades se encuentra la dificultad en la obtención de evidencia, ya comentada en el apartado anterior al hilo de las reflexiones de la publicación de Franciosi et al ⁽¹³⁾.

Otra revisión sistemática publicada en 2017 por Brereton et al ⁽²⁵⁾ coincidió en que la heterogeneidad, las limitaciones metodológicas, el informe deficiente de los modelos y la falta de consenso sobre las medidas de resultado, es decir, qué constituye un "beneficio para los pacientes", hace que sea muy difícil encontrar evidencia consistente sobre la que apoyar la práctica clínica.

Este artículo puso de manifiesto la necesidad de encontrar un consenso sobre en qué consiste cada distinto modelo de cuidados paliativos, cuales son las medidas de resultado importantes y cómo se demuestran los mecanismos de acción de cada modelo.

Un segundo obstáculo que han encontrado los cuidados paliativos tempranos ha sido la malinterpretación de los propios cuidados paliativos por parte de profesionales y pacientes, que los asocia únicamente con el final de la vida ⁽²⁶⁾. Esto incide en el miedo de los facultativos a derivar y a hablar explícitamente de estos cuidados, por un miedo erróneo a generar desesperanza o desconfianza en el paciente, una práctica que inevitablemente actúa como una barrera a la derivación ^(27, 28).

De nuevo, otro artículo publicado en 2021 por Mayland et al ⁽²⁹⁾ recogió como principales barreras para la integración de los cuidados paliativos en el cuidado oncológico la falta de conciencia y conocimiento sobre los cuidados paliativos por los oncólogos, la falta de una comunicación efectiva entre los profesionales sanitarios y los pacientes, recursos disponibles limitados, interpretaciones erróneas en el significado y la función de los cuidados paliativos, e investigación insuficiente.

5.3 Cuidados paliativos generales y especializados

Como ya se ha descrito, los cuidados paliativos pueden ser integrados en el tratamiento del paciente oncológico desde fases tempranas de su enfermedad. Una vez concluido este punto, queda abordar la manera de hacerlo, el “cómo”.

En los últimos 20 años, la comunidad médica y científica ha investigado y ha propuesto diversos planteamientos para llevar el concepto de cuidados paliativos tempranos a la realidad, de la forma más eficiente y sostenible posible, teniendo en cuenta las dificultades de cara a su implementación, especialmente aquellas relativas a la disponibilidad de recursos materiales y profesionales limitados. ⁽³¹⁾

Atender con recursos limitados unas necesidades de cuidados paliativos potencialmente muy numerosas supondría un gran estrés para los servicios de atención especializada. ^(27, 32)

Para lidiar con este problema el enfoque más predominante en la literatura científica es establecer dos modelos de atención diferenciados: cuidados paliativos generales y cuidados paliativos especializados. ^(27, 31)

En primer lugar, los cuidados paliativos generales, éstos deberían ser llevados a cabo por cualquier profesional sanitario involucrado en la atención de un paciente inmerso en un proceso oncológico. Las habilidades que el facultativo debería dominar para poder prestar este cuidado serían: evaluación sintomática rutinaria y destreza en manejo de dichos síntomas, tanto el dolor como la sintomatología psicológica (depresión, ansiedad...); y habilidades comunicativas (voluntad y destreza en el manejo de temas que preocupen a los pacientes, explicar la enfermedad y su pronóstico, objetivos del tratamiento...) ⁽³¹⁾

Por otro lado, los cuidados paliativos especializados se plantean como una atención sanitaria llevada a cabo por profesionales con formación específica en el cuidado de pacientes con enfermedades de amenaza de la vida –tanto oncológicas como no oncológicas-. Esto incluye manejo de sintomatología compleja o refractaria, duelo, angustia existencial, incomprensión del pronóstico, conflictos familiares y sociales...

De esta forma, la literatura propone que parte de los cuidados paliativos sea prestada por los servicios de oncología y otros servicios que atiendan el proceso oncológico, dejando reservada la atención especializada para aquellos pacientes que cumplan determinados criterios de derivación, que se desarrollarán en más adelante.

5.4 Cuidados paliativos generales

Los cuidados paliativos generales hacen referencia a los cuidados paliativos prestados por cualquier sanitario que esté involucrado en el proceso terapéutico de un paciente con cáncer avanzado. En el caso de pacientes oncológicos estos profesionales serían, principalmente, oncólogos, médicos de familia y enfermería.

La European Society of Medical Oncology (ESMO) cuenta con su propio posicionamiento en cuanto a la prestación de cuidados paliativos por parte de oncología ⁽⁹⁾. Esta sociedad en esencia aboga porque la oncología moderna abarque no únicamente terapias anti-neoplásicas sino que también proporcione un cuidado paliativo y de soporte en todos los momentos de la enfermedad, empezando desde el diagnóstico de la misma ⁽⁹⁾.

Para la ESMO, estos cuidados paliativos y de soporte deben contar con un enfoque de atención centrado en el paciente. Esto implica un modelo de atención que parta de un marco estándar pero que se adapte a las necesidades de cada paciente y que evolucione ajustándose a la progresión del proceso oncológico. Para asegurar que las necesidades de los pacientes son atendidas, la recomendación de la ESMO es que los oncólogos incorporen evaluaciones físicas y psicológicas detalladas y rutinarias, lo cual permitiría una atención médica personalizada y adaptada a cada paciente y a cada momento.

Esta organización también se posiciona en cuanto a la atención oncológica prestada en momentos cercanos al final de la vida. Las nociones principales sobre las que desarrollar la atención en estos momentos son la toma de decisiones anticipada (que será desarrollada con detalle más adelante), la comunicación abierta sobre el curso natural de la enfermedad y del proceso de fin de vida, la atención continua a las necesidades y deseos de cada paciente y la adaptación al mismo y a cada momento de la enfermedad, lo cual puede incluir la reducción del esfuerzo terapéutico.

Compartiendo en gran medida las directrices de la ESMO, en 2017, Bakitas et al ⁽³³⁾ plantearon el procedimiento TEAM, una guía de recomendaciones propuesta para ser puesta en práctica por oncólogos. Sin embargo, desde el punto de vista de esta propuesta, este enfoque también podría ser llevado a cabo por médicos generalistas.

El acrónimo TEAM responde a los siguientes conceptos en inglés: Time, Education, Assessment y Management. En español en el mismo orden: tiempo, educación, evaluación y manejo. Estos son propuestos como los pilares principales sobre los que poder desarrollar una consulta con enfoque paliativista.

El primer concepto, Time, tiempo. Con esto se pretende remarcar que, para poder prestar una atención integral y de calidad que preste atención a los cuidados paliativos, se requiere tiempo. Este tiempo debe ser añadido al de una consulta oncológica estándar centrada en evaluar la respuesta a la quimioterapia. Bakitas propone una duración mínima añadida de una hora mensual.

En segundo lugar, Education, educación. Debe estar siempre presente en una consulta oncológica. Los pacientes y sus familiares deben conocer las opciones realistas de tratamiento y el oncólogo debe ser proactivo y pedagógico a la hora de comunicar la situación real del paciente, ya que el paciente rara vez va a plantear esta discusión por su propia iniciativa.

Este punto es importante porque en la literatura científica se encuentran numerosas ocasiones en las que no se realiza una comunicación certera y efectiva. Más de dos tercios de los pacientes con cáncer colorrectal y pulmonar pensaban que su quimioterapia, radioterapia o cirugía paliativa podrían curarles ^(34, 35, 36).

En un estudio llevado a cabo por Singh et al en 2017 ⁽³⁷⁾, se verificó que, frente a resultados de escáner de pacientes con cáncer incurable, de un total de 64 resultados, únicamente 4 de ellos entablaron discusiones francas sobre el pronóstico.

Frente a estos resultados, los autores sugieren la siguiente pregunta, a ser realizada por el oncólogo: “¿Querría hablar acerca de qué significan estos hallazgos?”, como pregunta para dar pie a que el paciente pueda dar su permiso o no para recibir información crucial.

En otro estudio llevado a cabo en pacientes con cáncer no microcítico de pulmón, únicamente un 9% de los pacientes del grupo que recibió cuidados paliativos recibieron quimioterapia cerca del fin de la vida, mientras que en el grupo control que recibió cuidado estándar, hasta el 50% de los pacientes fue sometido al tratamiento. Esta realidad pone de manifiesto que los pacientes toman decisiones diferentes en función de la calidad de la información que se les haya transmitido.

En tercer lugar, Assessment, evaluación. Una parte fundamental del desempeño de la atención paliativa general es realizar de forma rutinaria y periódica la evaluación sintomática de los pacientes, tanto física como psicológica.

Para este proceso evaluativo, Bakitas ⁽³³⁾, propone la Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) (figura 1), que se puede combinar con la Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS), o con la Distress Thermometer de la NCCN, diseñada para evaluar el sufrimiento emocional.

En otra publicación en la que también se desarrolla la evaluación de la sintomatología de los pacientes oncológicos, Gartner et al ⁽²⁷⁾ plantean el empleo de herramientas simples, como la ya mencionada Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) o, de forma aún más sencilla, preguntar directamente por síntomas como disnea, náuseas, malestar emocional o dolor en escalas verbales como VRS (0: ausencia de síntomas, 1: síntomas leves, 2: síntomas moderados, 3: síntomas severos) o la escala Likert (0: ausencia de síntomas, 10: severidad máxima imaginable).

**Cuestionario de evaluación de síntomas de edmonton, versión revisada
ESAS-r (es)**

Por favor, marque el número que describa mejor como se siente AHORA:

Nada de dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor que se pueda imaginar
Nada agotado (cansancio, debilidad)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más agotado que se pueda imaginar
Nada somnoliento (adormilado)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más somnoliento que se pueda imaginar
Sin náuseas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Las peores náuseas que se pueda imaginar
Ninguna pérdida de apetito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor apetito que se pueda imaginar
Ninguna dificultad para respirar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para respirar que se pueda imaginar
Nada desanimado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más desanimado que se pueda imaginar
Nada nervioso (intranquilidad, ansiedad)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más nervioso que se pueda imaginar
Duelmo perfectamente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para dormir que se pueda imaginar
Sentirse perfectamente (sensación de bienestar)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sentirse lo peor que se pueda imaginar
Nada _____ Otro problema (por ej; sequedad de boca)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo peor posible

Figura 1. Versión española revisada del ESAS. ESAS-r⁽³⁸⁾

Sin embargo, estas escalas formales no son suficientes, es importante plantear preguntas más profundas sobre la forma en la que el paciente percibe su enfermedad, su pronóstico y sus expectativas de tratamiento.

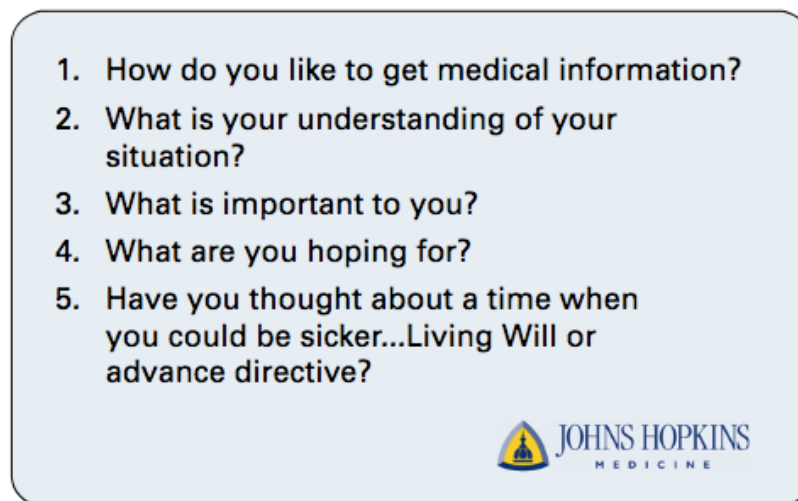


Figura 2. ⁽³³⁾

Figura 2. Pegatina propuesta como guión con 5 preguntas difíciles de realizar e importantes para la evaluación del estado de un paciente oncológico. En español:

1. ¿Cómo le gusta recibir información acerca de la salud?
2. ¿Cuál es su comprensión sobre su situación o estado actual?
3. ¿Qué es importante para usted?
4. ¿Qué es lo que espera?
5. ¿Ha pensado en un momento en el que estuviera más enfermo... Un documento de voluntades anticipadas?

Como se puede observar, el empleo de este pequeño guión permitiría iniciar una conversación para conocer al paciente, su contexto y sus valores, qué entendimiento tienen de su situación; y llegado un momento de gravedad, cómo querría ser cuidado, esto último constituye la planificación anticipada de cuidados o toma de decisiones anticipada, que será desarrollada en detalle posteriormente.

Este pilar evaluativo y de conocimiento del paciente, es de gran relevancia ya que permite al oncólogo (o al médico de familia) ser consciente de la situación del paciente y, en un momento dado, puede facilitar la derivación a cuidados paliativos especializados, ya sea por el criterio del oncólogo o por la puesta en práctica de herramientas de derivación concretas, que serán explicadas en el siguiente apartado.

Por último, el cuarto pilar propuesto por Bakitas ⁽³³⁾ Management, manejo. En esta publicación se pone énfasis en el manejo interdisciplinar de la consulta de oncología, siendo ésta manejada como mínimo por un oncólogo y un miembro de enfermería especializado en atención oncológica.

5.5 Derivación temprana a cuidados paliativos especializados

Como se ha explicado previamente, los cuidados paliativos primarios deberían ser prestados por los equipos de oncología y por cualquier médico generalista que atienda pacientes oncológicos. Cuando el proceso alcance una complejidad mayor, estos cuidados deben ser continuados por profesionales especializados en la atención paliativa, capaz de abordar síntomas refractarios o complejos, tanto físicos como psicológicos o sociales.⁽³¹⁾

Esto, además de suponer una condición “sine qua non” para poder prestar el servicio en el aspecto logístico y material, cuenta con la indicación añadida de que permite orientar los servicios hacia los pacientes que más lo necesitan, maximizando la eficacia de los servicios de cuidados paliativos.

Existen propuestas que únicamente aluden a criterios temporales o de pronóstico, como por ejemplo la propuesta por la American Society of Clinical Oncology (ASCO), que recomienda el inicio de los cuidados paliativos en las 8 primeras semanas desde el diagnóstico de un cáncer avanzado.⁽³⁹⁾

Sin embargo, utilizar propuestas únicamente basadas en la temporalidad del proceso no es lo más óptimo, ya que puede saturar los servicios de cuidados paliativos a la vez que dejar sin atender necesidades. Además, con las nuevas terapias antineoplásicas, es muy difícil calcular con exactitud el pronóstico.

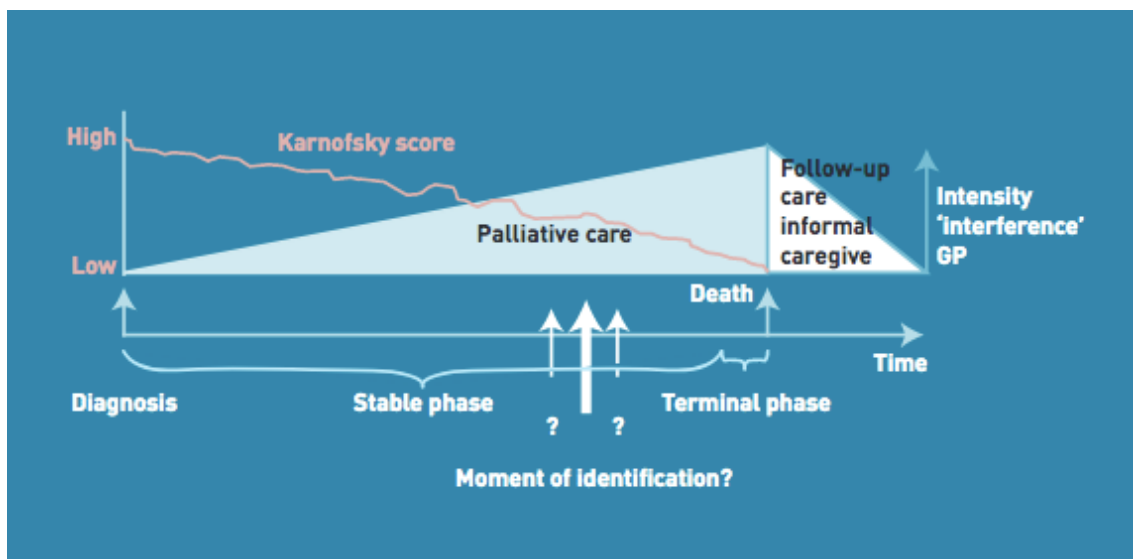


Figura 3. What is the moment to start palliative care? Modificado de Lynn and Adamson.

Es complejo determinar cuál es el momento óptimo para derivar a cuidados paliativos especializados un paciente con cáncer. Con el objetivo de cubrir las necesidades de todos los pacientes sin saturar los servicios de cuidados paliativos, se ha propuesto la realización de diferentes escalas y herramientas que ponderan el pronóstico y las necesidades del paciente, tanto a nivel físico como psicológico y social.

Estas propuestas de detección son, en esencia, listas de “triggers” en las que, frente a la positividad de uno de ellos, se recomendaría la derivación a atención especializada. En general se mezclan factores de detección relativos al pronóstico y a las necesidades del paciente. ^(23, 27, 31)

En un artículo de 2018, Gardner et al ⁽²⁷⁾ propone los siguientes criterios de derivación a cuidados paliativos especializados:

- Expectativa de vida menor de 12 meses
- Ingresos frecuentes en los últimos meses
- Ingreso debido a la dificultad para controlar síntomas físicos o psicológicos
- Necesidad de cuidados muy complejos (alimentación, antibioterapia, soporte ventilatorio...)
- Situación compleja de familiares (niños pequeños, dependientes funcionales, enfermedad aguda del cuidador principal...)

Por otro lado, en un artículo publicado en 2020, Gemmel et al ⁽²³⁾ realizaron una revisión de la literatura en la que se identificaron y evaluaron siete herramientas de derivación a cuidados paliativos:

- RMH (Royal Marsden Trigger tool)
- Hui
- Glare 2011
- Glare 2015
- RADPAC (RADboud indicators for Palliative Care Needs)
- SPICT (Supportive and Palliative Care Indicators)
- Weissman (momento admisión)
- Weissman (en estancia hospitalaria)

La mayoría de estas herramientas utiliza una lista de criterios de derivación, y si el paciente cumple con uno o más criterios es considerado subsidiario de recibir cuidados paliativos especializados. Las dos excepciones son Glare 2011 y Glare 2015, en la que a los criterios individuales se les asigna una puntuación ponderada y únicamente los pacientes que alcanzan un umbral definido se consideran positivos para esa herramienta.

A modo de ejemplo, en la figura 4 se pueden identificar cuáles son los 8 ítems que recoge la herramienta RADPAC, como se puede observar, se mezclan elementos relativos al pronóstico y a las necesidades del paciente, tanto físicas como psicológicas.

Cancer

1. Patient has a primary tumour with a poor prognosis
2. Patient is moderately disabled; dependent; requires considerable assistance and frequent care (Karnofsky score $\leq 50\%$)
3. There is a progressive decline in physical functioning
4. The patient is progressively bedridden
5. The patient has a diminished food intake
6. The presence of progressive weight loss
7. The presence of the anorexia-cachexia syndrome (lack of appetite, general weakness, emaciating, muscular atrophy)
8. The patient has a diminished 'drive to live'

Figura 4. Indicadores RADPAC de cuidados paliativos.

Gemmel et al⁽²³⁾, además de revisar las herramientas disponibles de derivación, realizaron un estudio retrospectivo en una cohorte de pacientes con cáncer que fallecieron durante una admisión no planificada entre noviembre de 2014 y octubre de 2015.

Se aplicaron las herramientas de derivación en esa cohorte para verificar la sensibilidad y aplicabilidad de cada una de ellas. En líneas generales, una proporción similarmente alta de pacientes cumplió con los criterios de derivación.

De hecho la aplicación de 6 de las 7 herramientas estudiadas habría dado lugar a que la mayoría de los pacientes (hasta el 91,2 %) se derivaran a cuidados paliativos antes del ingreso. Esta conclusión es significativa ya que en esta cohorte de pacientes, una herramienta de derivación paliativa podría haber identificado proactivamente a la mayoría de los pacientes antes de su admisión terminal. Este artículo finaliza con la recomendación del empleo de estas herramientas de derivación para promover los cuidados paliativos tempranos.

Sin embargo, a pesar de los buenos resultados, es necesaria la evaluación de estas herramientas de forma prospectiva en pacientes oncológicos para poder evaluar con mayor grado de evidencia la validez, aceptabilidad y eficacia de las herramientas estudiadas.

Mediante el consejo de expertos, en este caso el Dr. Alberto Alonso, médico del equipo de Cuidados Paliativos del Hospital La Paz de Madrid, se han encontrado propuestas de aplicación de “triggers” de derivación más sencillos, como por ejemplo, la progresión en la línea de tratamiento QT o el ingreso no programado de un paciente oncológico (criterio también planteado por Riedel et al⁽⁴⁰⁾). Desde este planteamiento se asume que el paciente oncológico que llega a estas situaciones presentará una sintomatología grave y refractaria al tratamiento no especializado o un pronóstico reducido que lo hace subsidiario de recibir cuidados paliativos por parte de equipos especializados.

A modo de conclusión, lo importante es que aquellos profesionales que atiendan pacientes con cáncer avanzado sepan detectar cuándo un paciente presenta una situación de complejidad suficiente como para que sea necesaria la atención especializada.

Esta situación puede ser detectada mediante las herramientas de derivación propuestas por la literatura o mediante “triggers” más sencillos.

En cualquier caso, se reincide en la importancia de la evaluación rutinaria y concienzuda del paciente oncológico por parte del facultativo responsable, con el objetivo de no dejar necesidades desatendidas.

5.6 Cuidados paliativos tempranos especializados

Como ya se ha comentado, los cuidados paliativos tempranos cuentan con un enfoque que en esencia busca disponer de más tiempo y oportunidad para aliviar, consolar y aconsejar al paciente que se enfrenta a una situación de amenaza de la vida.⁽²⁾

Este tiempo ganado, permite a los profesionales crear una relación médico-paciente de mejor calidad asistencial, mediante la cual afrontar de forma proactiva temas de extraordinaria complejidad.

En cuando al contenido de las visitas, éste debe adaptarse a las necesidades de cada paciente, que a su vez van evolucionando conforme avanza el proceso oncológico^(4, 23, 41).

En un estudio de 2018, Hoerger et al⁽⁴¹⁾ analizaron el contenido de las sesiones de cuidados paliativos tempranos, cómo éste contenido evolucionó a lo largo del curso de la enfermedad y cómo se fue relacionando con mejor calidad de vida y menor sintomatología ansioso-depresiva.

En líneas generales, las funciones principales en las que se centrarían los cuidados paliativos especializados prestados de forma temprana son las siguientes: el abordaje de los síntomas, la colaboración con psiquiatría de enlace, el afrontamiento de la situación de amenaza de la vida y la planificación de cuidados finales.

Abordaje sintomático

En primer lugar, el manejo de los síntomas físicos, los más frecuentes son la fatiga, el dolor, la disnea y el delirio⁽⁶⁾. Un buen control sintomático es el pilar fundamental y la recomendación que cuenta con mayor grado de evidencia en la literatura científica. Un empeoramiento sintomático está asociado a menor calidad de vida y mayor sintomatología ansioso-depresiva.^(4, 41)

Hoerger et al⁽⁴¹⁾ afirman además que los cuidados paliativos tempranos permiten el manejo sintomático mediante el consejo y la educación (evitando o retrasando el empleo de medicación) más a menudo que el cuidado oncológico estándar.

Otro aspecto a favor de los cuidados paliativos tempranos en lo que al control sintomático se refiere es que un cuidado más estricto y anticipatorio se ha visto asociado a un menor número de admisiones en urgencias, esto en un momento dado también puede facilitar que la muerte se dé en el lugar de elección del paciente⁽³⁾.

En cuanto a la sintomatología psicosocial, en los pacientes que manifiesten clínica ansioso-depresiva, malestar emocional, desesperanza o angustia; se debe abordar ese sufrimiento con el objetivo de proporcionar consuelo y alivio, mediante:

- En primer lugar, revisando el correcto alivio de los síntomas físicos, ya que una mejora en la sintomatología física repercute de forma directa en la disminución de la sintomatología psicológica⁽⁴⁷⁾.
- En segundo lugar, se contará con la ayuda de los servicios de psiquiatría de enlace, mas entrenados en el tratamiento psicofarmacológico (síndrome confusional, ansiedad, depresión...) y en proporcionar psicoeducación y apoyo a pacientes y familiares o cuidadores.

Colaboración con psiquiatría de enlace

El diagnóstico de cáncer avanzado representa una situación de amenaza e incertidumbre para los pacientes y sus familias^(49 y 50) y los pacientes oncológicos a menudo pueden expresar sentimientos de desesperanza, deseo de muerte acelerada y altos niveles de ansiedad o depresión asociados a la pérdida de sentido en la vida^(51 y 52). Esta sintomatología tiene un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes terminales⁽⁵³⁾.

Mehta y Roth⁽⁵⁴⁾ recogen las líneas generales de las intervenciones psicoterapéuticas que se pueden llevar a cabo para dar apoyo emocional a pacientes con cáncer, lo que disminuye la ansiedad y el estrés y mejora la calidad de vida:

- Psicoeducación y terapia de apoyo, informando y dando consejo acerca de la enfermedad;
- Terapia conductual para aumentar el autocontrol como la relajación o el mindfulness, lo que ha demostrado disminuir síntomas como las náuseas, la fatiga y el dolor así como mejorar la depresión o ansiedad,
- Atención espiritual/religiosa ante las crisis existenciales;
- Terapia centrada en el sentido o centrada en la dignidad para los pacientes en cuidados paliativos que afrontan el final de la vida, potenciando los mecanismos de defensa del propio paciente e involucrando a los familiares para darle conclusión a la vida.

Dentro de las distintas intervenciones psicoterapéuticas, la que más ha aparecido en la literatura revisada es la “Terapia centrada en el sentido” o “Meaning Centered Psychotherapy (MCP)”.

En 2021 se publicó una revisión sistemática de ensayos clínicos⁽⁵⁵⁾ siguiendo los criterios PRISMA y un meta-análisis de ensayos clínicos aleatorizados sobre la efectividad de la MCP para pacientes adultos con cáncer avanzado. Esta revisión concluyó que la MCP mejora el bienestar espiritual, la calidad de vida y el malestar emocional.

Desarrollada por el doctor Breitbart a partir de las ideas de Viktor Frankl, esta psicoterapia pretende ayudar al paciente a encontrar el sentido de la vida y que éste acepte la vida vivida para así poder superar el sufrimiento de la enfermedad y aceptar en paz la muerte inevitable.

Rosenfeld et al⁽⁵⁶⁾, en un artículo en 2016 elaboraron una versión breve de la MCP orientada específicamente a las necesidades de los pacientes en las últimas semanas o meses de vida, esta intervención fue denominada “Meaning Centered Psychotherapy-Palliative Care” (MCP-PC) y se concluyó que, a pesar de ser necesaria más investigación con muestras más grandes y

representativas, esta terapia tiene el potencial de ayudar a los pacientes a enfrentar mejor los desafíos inherentes a enfrentar la muerte.

Otra psicoterapia que ha sido diseñada para cuidados paliativos a partir de la MCP es la “Meaning Centered Psychotherapy-Essential Care” (MCP-EC). En este caso, a la versión de “Meaning Centered Psychotherapy-Palliative Care” (MCP-PC), se añade una cuarta sesión denominada “Cuidado Esencial”, cuyo objetivo es el establecimiento de un plan de cuidados entre el paciente, su familia y el equipo de salud, a través del recuerdo de experiencias de cuidado y la discusión de los conceptos de responsabilidad, autocompasión, bondad y actitud para enfrentar el cáncer avanzado ⁽⁵²⁾.

Un estudio publicado en 2021 por Ventura Faci et al ⁽⁵⁷⁾ sugiere que esta psicoterapia tiene viabilidad, aceptabilidad y eficacia en la reducción de la angustia emocional en pacientes con cáncer avanzado, comparando este enfoque con la atención habitual.

Esto apunta a la necesidad de desarrollar y aplicar intervenciones psicoterapéuticas breves en la práctica clínica habitual en pacientes con cáncer para mantener el sentido de la vida, integrando conceptos de cuidado, para mejorar el malestar psicosocial asociado a la enfermedad avanzada.

Afrontamiento del final de vida en cuidados paliativos

Al margen del apoyo recibido a través de las psicoterapias mencionadas, también en la consulta de cuidados paliativos se puede acompañar en este proceso. Está comprobado que un aumento en la proporción de visitas que tratan estrategias de afrontamiento del final de la vida se correlaciona con pacientes que mejoran su calidad de vida y disminuyen su sintomatología depresiva ⁽⁴¹⁾.

Una parte fundamental del afrontamiento de la situación es hablar explícita y abiertamente de las características del proceso oncológico y su pronóstico. Erróneamente, entre la profesión médica se encuentra difundido el temor a abordar de forma explícita esta temática, en la falsa creencia de que puede crear desesperanza o desconfianza en el paciente ⁽¹⁸⁾.

Sin embargo, en una relación médico-paciente de confianza, se ha verificado que la discusión acerca del recorrido y las expectativas de la enfermedad, así como de las opciones terapéuticas disponibles tiene un efecto ansiolítico en los pacientes ⁽⁴²⁾ y les ayuda a tomar decisiones relativas al tratamiento y al afrontamiento de la enfermedad ⁽⁴⁾.

Por tanto el médico debe tener una actitud proactiva en el abordaje de las características de la enfermedad y de las preocupaciones del paciente relativas a la situación de posible final de vida.

Para un correcto abordaje de este punto, **se recomienda crear en la consulta una oportunidad para el paciente de autoevaluar y expresar de forma abierta su sufrimiento emocional.** Esto es vivido por los pacientes como un proceso beneficioso. Disminuye la sensación de carga, el malestar emocional, la desesperanza y la angustia existencial. ⁽⁴²⁾

Planificación de cuidados y toma de decisiones

Finalmente, Hoerger et al ⁽⁴¹⁾ describen otra temática en la que se hace más hincapié una vez se han abordado aspectos sintomáticos y emocionales, es la temática relativa a la toma de decisiones sobre el tratamiento y la planificación de cuidados.

La Planificación Anticipada de los Cuidados (PAC) es el proceso de reflexión y toma de decisiones de un paciente capaz, informado y ayudado por el equipo asistencial, acerca de la atención que desea recibir en posibles escenarios clínicos futuros sobre los que el paciente expresa sus preferencias para el caso en que ya no pueda decidir personalmente⁽⁴³⁾.

Este proceso incluye la comprensión del paciente de su enfermedad, la reflexión sobre sus valores y creencias, la manifestación de sus preferencias sobre su tratamiento y cuidado, la toma de decisiones relacionadas con su fallecimiento y la designación de un representante^(43 y 44).

En el IX congreso de tumores de cabeza y cuello, celebrado en 2022, el Dr. Alberto Alonso planteó el modelo de la **escalera de planificación anticipada de cuidados LagunAdvance. (EPAL)**. Este modelo consta de tres escalones de intervención, haciendo una analogía con la Escalera Analgésica de la Organización Mundial de la Salud⁽⁴⁵⁾.

El primer escalón consiste en la **exploración de las necesidades y los valores del paciente**, el segundo escalón sería la **toma de decisiones compartida** con objetivos adaptados al paciente y finalmente, el tercer escalón, la **estrategia de final de vida** y llegado el momento, la adecuación del esfuerzo terapéutico.

Entrando más en detalle, el **primer escalón** permite ejercer la medicina centrada en el paciente y adaptada a sus valores y necesidades, algo muy importante desde el punto de vista de la propuesta.

Para que esto sea posible, debe partirse una comunicación abierta de calidad, con flujo de información bidireccional, es decir, el médico tiene un doble cometido: en primer lugar, debe ser pedagógico con el paciente y sus familiares sobre el curso de la enfermedad y las opciones realistas de tratamiento (quizás esto cobre más importancia en una consulta oncológica que en una paliativa, a donde el paciente ya debería llegar consciente de su situación), y en segundo lugar, debe explorar los valores y el contexto del paciente, ya que esto influirá en la posterior toma de decisiones.

El hecho de que los valores y el contexto de cada paciente influye en sus decisiones fue corroborado en un estudio llevado a cabo por Rhoten et al en el año 2021 ⁽⁴⁶⁾, un análisis cuantitativo sobre la toma de decisiones en pacientes con tumores de cabeza y cuello recurrentes en el que la toma de decisiones varió en función de las características de cada paciente.

Los investigadores encontraron diferencias entre aquellos pacientes que querían apostar por la supervivencia sin importar el coste y aquellos que querían sobrevivir con calidad de vida. Éstos últimos también expresaron como una prioridad la supervivencia pero sin ser una carga para sus cuidadores ni ser sometidos personalmente a más trauma.

También se encontraron diferencias entre pacientes que querían conocer con detalle su situación y las opciones de tratamiento, mientras que otros pacientes, dada la probable fatalidad de la recurrencia, prefirieron mantener cierta ambigüedad sobre su pronóstico.

Otro factor importante a la hora de individualizar la toma de decisiones es conocer el apoyo familiar y social del paciente. Según este mismo estudio, los pacientes que tuvieron apoyo familiar o consideraban a su familia como un motivo para proseguir el tratamiento presentaron más motivación para proseguir el tratamiento.

El contexto económico, en el estudio de Rhoten, el aspecto económico fue un factor importante en la toma de decisiones para menos de la mitad de los pacientes.

En un artículo de El Nawawi ⁽⁵⁸⁾ se revisa el aspecto espiritual de los cuidados paliativos. En él se destaca que las creencias religiosas son el segundo factor que tienen en cuenta los pacientes de cuidados paliativos para tomar decisiones medicas.

En definitiva, el paciente debe estar informado de la situación en la que se encuentra; y el facultativo debe conocer al paciente, esto incluye conocer su contexto social, sus valores, sus necesidades y sus preferencias. Si esto se ha conseguido, se puede avanzar al siguiente escalón.

El segundo escalón en la escalera de cuidados anticipados LagunAdvance es la toma de decisiones compartida. Esto debe realizarse atendiendo a lo recogido en el primer escalón, de forma que pueda personalizarse para las necesidades y preferencias físicas, psicológicas, sociales y espirituales de cada paciente.

Volviendo al artículo de Rhoten et al ⁽⁴⁶⁾, los investigadores afirman que la mitad de los participantes reconoció que el consejo médico influyó significativamente en su decisión. Asimismo, la confianza del médico en el tratamiento influyó significativamente en la confianza del paciente en el mismo, lo cual también influye en la capacidad del paciente para tolerarlo.

Finalmente, el tercer escalón, la estrategia para el final de vida. El esfuerzo terapéutico y la asistencia de los últimos días también deben ser adaptados a las preferencias, deseos y valores del paciente, ya exploradas en el primer escalón.

6. DISCUSIÓN

El objetivo de esta revisión era el de recopilar la evidencia disponible en la literatura científica acerca de los beneficios de los cuidados paliativos tempranos en comparación con el cuidado oncológico estándar.

Posteriormente, se ha recopilado información sobre las distintas maneras en las que la comunidad científica ha propuesto la implantación de estos cuidados en la práctica clínica rutinaria.

En cuanto al nivel de evidencia con el que cuentan actualmente los cuidados paliativos tempranos, es cierto que el estudio que mayor nivel de evidencia podría haber proporcionado (el meta-análisis Cochrane de 2017) obtuvo resultados inciertos y con bajos niveles de evidencia, pero también es cierto que los cuidados paliativos tempranos cuentan con numerosos ensayos clínicos aleatorizados que recomiendan su empleo.

Por tanto, es necesario proseguir en el estudio de los cuidados paliativos tempranos de la forma más rigurosa posible, con el fin de proporcionar más pruebas y aumentar la certeza de la evidencia disponible.

Para ello, los profesionales sanitarios y la comunidad científica deberán encontrar consensos en torno a cuestiones importantes como en qué consiste cada distinto modelo de cuidados paliativos, a qué pacientes van dirigidos, cómo y cuándo se miden los resultados de las intervenciones...

A pesar de que el nivel de evidencia sea bajo siguiendo los criterios Cochrane, el potencial beneficio para los pacientes es tan claro que la Organización Mundial de la Salud (OMS), la European Society for Medical Oncology (ESMO) y la American Society of Clinical Oncology (ASCO), defienden que los cuidados paliativos sean prestados de forma rutinaria y proactiva en el cuidado oncológico estándar, incluso simultáneamente al tratamiento antineoplásico.⁽⁵⁻⁶⁻⁷⁻⁸⁻⁹⁾

Por tanto, el camino a seguir debería combinar la investigación científica rigurosa sobre los cuidados paliativos tempranos con la extensión de los mismos a la práctica clínica rutinaria.

En lo referente a este último aspecto, se han encontrado distintas propuestas en la literatura científica, que se han ido ordenando en varios ejes:

- Cuidados paliativos generales
- Criterios de derivación
- Cuidados paliativos especializados
- Colaboración con psiquiatría de enlace

Cuidados paliativos generales

Los cuidados paliativos generales hacen referencia a los cuidados paliativos prestados por cualquier sanitario que esté involucrado en el proceso terapéutico de un paciente con cáncer avanzado.

En el caso de pacientes oncológicos estos serían, principalmente, oncólogos, médicos de familia y enfermería, es decir, que para que esto sea posible, en la consulta oncológica debe existir tiempo y personal con formación en cuidados paliativos.

En esta revisión se ha incluido el posicionamiento de la European Society of Medical Oncology (ESMO) sobre cómo los cuidados paliativos debería ser prestados en las consultas de oncología, además, se ha revisado también el procedimiento TEAM, propuesto por Bakitas et al como otra guía para la inclusión de los cuidados paliativos en oncología.

Las dos propuestas coinciden en numerosos aspectos, en esencia, los pilares sobre los que construir una consulta oncológica capacitada para prestar cuidados paliativos son los siguientes:

1. Medicina centrada en el paciente. Debe darse un margen de actuación terapéutica que, partiendo de un protocolo estándar, pueda ajustarse a las necesidades de cada paciente, prestando así una atención médica personalizada y adaptada a cada paciente y a cada momento.
2. Comunicación proactiva, abierta y clara con el paciente y con sus familiares sobre la situación del proceso, el curso natural de la enfermedad y las opciones terapéuticas disponibles.
3. Escucha continua y evaluación rutinaria del paciente, de forma detallada y atendiendo a necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales, para ello, existen diversas escalas como la ESAS, la MSAS y la Distress Thermometer de la NCCN.
4. Conocer al paciente, su contexto y sus valores, para ello se propone explorar qué entendimiento tienen el paciente y sus familiares de su situación; y llegado un momento de gravedad, cómo querría ser cuidado, esto último constituye la planificación anticipada de cuidados o toma de decisiones anticipada, que será desarrollada en detalle posteriormente.
5. Destreza en el manejo interdisciplinar de sintomatología física y psicosocial.
6. Llegado el momento, siguiendo los criterios que serán expuestos a continuación, derivación del paciente a cuidados paliativos especializados.

Criterios de derivación

Se han revisado de diferentes escalas y herramientas que ponderan el pronóstico y las necesidades del paciente, tanto a nivel físico como psicológico y social.

La aplicación en la práctica clínica diaria de estas escalas podría resultar poco ágil, por tanto también se han revisado propuestas de aplicación de “triggers” de derivación más sencillos, como por ejemplo el cambio de línea QT o el ingreso no programado de un paciente oncológico.

En cualquier caso, es necesario que los equipos de oncología y los médicos generalistas cuenten con formación y capacidad de detectar el momento en el que un paciente oncológico presenta la necesidades subsidiarias de un cuidado paliativo especializado, de forma que no queden necesidades sin ser atendidas.

Cuidados paliativos especializados

Revisar las actividades terapéuticas prestadas por unidades de cuidados paliativos especializados tempranos es complejo ya que no termina de existir un consenso generalizado sobre cómo se deberían prestar estos cuidados, en la mayoría de hospitales de España los cuidados paliativos se prestan en los momentos finales de vida, de forma hospitalaria o domiciliaria.

Sin embargo, desde el punto de vista de esta revisión, en una atención temprana estos servicios podrían combinar la atención domiciliaria con la atención en consultas, ya que el paciente acudiría a los equipos manteniendo un estado general que permitiría su desplazamiento.

Dentro de la literatura las funciones principales en las que se centrarían los cuidados paliativos prestados de manera temprana serían las siguientes:

1. En primer lugar, abordaje sintomático, tanto de la sintomatología física como de la sintomatología psicosocial. Para el manejo de sintomatología psicosocial se contará con el apoyo de psiquiatría de enlace, como se explicará a continuación.
2. En segundo lugar, se debería acompañar al paciente y a sus familiares en el afrontamiento de la situación final de vida, para ello, se propone crear en la consulta una oportunidad para el paciente de autoevaluar y expresar de forma abierta su sufrimiento emocional.
3. En tercer lugar, se dedicará tiempo y se contará con estrategias para la planificación anticipada de cuidados, siguiendo el planteamiento de LagunAdvance. Este planteamiento implica conocer al paciente, sus valores y preferencias; tomar decisiones de forma compartida; y por último, en los momentos finales de vida, aplicar un esfuerzo terapéutico adaptado a los deseos del paciente.

Colaboración con psiquiatría de enlace

Los servicios de psiquiatría de enlace cuentan con más entrenamiento en el manejo de sintomatología psiquiátrica, tanto a través de tratamiento psicofarmacológico como en intervenciones psicoterapéuticas y psicoeducación.

Una intervención psicoterapéutica que cuenta con niveles de evidencia elevados y una gran proyección es la “Meaning Centered Psychotherapy” (MCP) o Psicoterapia centrada en el sentido, desarrollada por el doctor Breitbart a partir de los principios de la logoterapia creada por Viktor Frankl.

Esta psicoterapia ayuda a encontrar valor a las experiencias de sufrimiento y busca que el paciente con cáncer avanzado pueda aceptar la vida vivida para así poder aceptar en paz la muerte inevitable.

Partiendo de la MCP, se han diseñado dos versiones adaptadas a los pacientes en cuidados paliativos, la “Meaning Centered Psychotherapy-Palliative Care” (MCP-PC) y la “Meaning Centered Psychotherapy-Essential Care” (MCP-EC). Ambas cuentan con estudios preliminares muy prometedores en cuanto a la reducción de la angustia emocional en pacientes con cáncer avanzado.

Es necesaria la publicación de nuevos estudios y propuestas sobre qué funciones pueden ser consideradas parte de la asistencia prestada por parte de los equipos de cuidados paliativos tempranos. También se debe investigar cómo estos equipos pueden colaborar con psiquiatría de enlace y qué intervenciones psicoterapéuticas pueden adaptarse con eficacia en pacientes de cuidados paliativos.

Finalmente, se hace evidente la necesidad de que los responsables de la gestión sanitaria presten atención a los beneficios que apunta la evidencia científica sobre los cuidados paliativos tempranos y que se ponga sobre la mesa su inclusión en la cartera de servicios de los sistemas de salud.

7. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

1. Los estudios de **evidencia científica** de los cuidados paliativos sugieren que si estos cuidados son prestados de forma temprana se maximiza su eficacia con claros beneficios para el paciente oncológico.
2. La **prestación de cuidados paliativos** debería ser una prioridad para los profesionales de la salud en la asistencia de los pacientes con cáncer avanzado.
3. Los **cuidados paliativos generales** deben ser incluidos en el proceso asistencial de un paciente oncológico desde el momento del diagnóstico, para ello, en la consulta oncológica debe existir tiempo y personal con formación en cuidados paliativos.
4. **Criterios de derivación.** Se han encontrado distintas herramientas para identificar el momento óptimo para la derivación del paciente oncológico a cuidados paliativos especializados. Este momento debe ser evaluado en base a las necesidades de cada paciente y a indicadores de pronóstico de la enfermedad. Se propone el empleo de “triggers” de derivación sencillos, como, por ejemplo: Cambio de línea de tratamiento quimioterápico o ingreso de paciente oncológico no programado.
5. **Cuidados paliativos especializados:** En primer lugar, debería realizarse un abordaje sintomático, tanto de la sintomatología física como de la sintomatología psicosocial. En segundo lugar, se debería acompañar al paciente y a sus familiares en el afrontamiento de la situación final de vida, para ello, se propone crear en la consulta una oportunidad para el paciente de autoevaluar y expresar su sufrimiento emocional. Por último, se debería protocolizar el momento adecuado para la planificación anticipada de cuidados.
6. Cuando sea necesario, se contará con la ayuda de los servicios de **psiquiatría de enlace**, más entrenados en el tratamiento psicofarmacológico (síndrome confusional, ansiedad, depresión...) y en proporcionar psicoeducación y apoyo a pacientes y familiares o cuidadores.
7. Existen diversas intervenciones psicoterapéuticas adaptadas a pacientes con cáncer. En concreto, la Meaning Centered Psychotherapy-Essential Care y la Meaning Centered Psychotherapy-Palliative Care ofrecen un enfoque potencialmente beneficioso para ayudar a los pacientes a manejar la angustia asociada con la enfermedad terminal.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. ¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla? - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019 [Internet]. [citado 21 de abril de 2022]. Disponible en: <https://seom.org/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla?start=1>
2. Palliative care WHO [Internet]. [citado 3 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
3. Yoong J, Park ER, Greer JA, Jackson VA, Gallagher ER, Pirl WF, et al. Early palliative care in advanced lung cancer: a qualitative study (2013). JAMA Intern Med. 25 de febrero de 2013;173(4):283-90.
4. Temel JS, Greer JA, El-Jawahri A, Pirl WF, Park ER, Jackson VA, et al. Effects of Early Integrated Palliative Care in Patients With Lung and GI Cancer: A Randomized Clinical Trial 2017. J Clin Oncol. 10 de marzo de 2017;35(8):834-41.
5. Gärtner J, Daun M, Wolf J, von Bergwelt-Baildon M, Hallek M. Early Palliative Care: Pro, but Please Be Precise! Oncol Res Treat. 2019;42(1-2):11-8.
6. 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. Enero de 2017;35(1):96-112.
7. Dans M, Smith T, Back A, Baker JN, Bauman JR, Beck AC, et al. NCCN Guidelines Insights: Palliative Care, Version 2.2017. J Natl Compr Canc Netw. Agosto de 2017;15(8):989-97.
8. Gemmell R, Yousaf N, Droney J. «Triggers» for early palliative care referral in patients with cancer: a review of urgent unplanned admissions and outcomes. Support Care Cancer. Julio de 2020;28(7):3441-9.
9. 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. 1 de enero de 2018;29(1):36-43.
10. Cuidados paliativos OMS [Internet]. [citado 21 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
11. Haun MW, Estel S, Rücker G, Friederich HC, Villalobos M, Thomas M, et al. Early palliative care for adults with advanced cancer. Cochrane Database Syst Rev. 12 de junio de 2017;6:CD011129.
12. Mulvey CL, Smith TJ, Gourin CG. Use of inpatient palliative care services in patients with metastatic incurable head and neck cancer. Head Neck. Marzo de 2016;38(3):355-63.
13. Franciosi V, Maglietta G, Degli Esposti C, Caruso G, Cavanna L, Bertè R, et al. Early palliative care and quality of life of advanced cancer patients-a multicenter randomized clinical trial 2019. Ann Palliat Med. Septiembre de 2019;8(4):381-9.
14. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Hannon B, Leighl N, Oza A, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. Lancet. 17 de mayo de 2014;383(9930):1721-30.
15. Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, Lyons KD, Hull JG, Li Z, et al. Early Versus Delayed Initiation of Concurrent Palliative Oncology Care: Patient Outcomes in the ENABLE III Randomized Controlled Trial. JCO. Mayo de 2015;33(13):1438-45.

16. Kavalieratos D, Corbelli J, Zhang D, Dionne-Odom JN, Ernecoff NC, Hanmer J, Hoydich ZP et al. Association Between Palliative Care and Patient and Caregiver Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. Noviembre de 2016; 22;316(20):2104-2114.
17. Fulton JJ, LeBlanc TW, Cutson TM, Porter Starr KN, Kamal A, Ramos K, et al. Integrated outpatient palliative care for patients with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis. Palliat Med. Febrero de 2019;33(2):123-34.
18. Bajwah S, Oluyase AO, Yi D, Gao W, Evans CJ, Grande G, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of hospital-based specialist palliative care for adults with advanced illness and their caregivers. Cochrane Database Syst Rev. 30 de septiembre de 2020;9:CD012780
19. Maltoni M, Scarpi E, Dall'Agata M, Zagonel V, Bertè R, Ferrari D, et al. Systematic versus on-demand early palliative care: results from a multicentre, randomised clinical trial. Eur J Cancer. Septiembre de 2016;65:61-8.
20. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. N Engl J Med. 19 de agosto de 2010;363(8):733-42.
21. Gaertner J, Siemens W, Meerpohl JJ, Antes G, Meffert C, Xander C, et al. Effect of specialist palliative care services on quality of life in adults with advanced incurable illness in hospital, hospice, or community settings: systematic review and meta-analysis. BMJ. 4 de julio de 2017;357:j2925.
22. Vanbutsele G, Pardon K, Van Belle S, Surmont V, De Laat M, Colman R, et al. Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial. Lancet Oncol. Marzo de 2018;19(3):394-404.
23. Gemmell R, Yousaf N, Dronev J. «Triggers» for early palliative care referral in patients with cancer: a review of urgent unplanned admissions and outcomes. Support Care Cancer. Julio de 2020;28(7):3441-9.
24. May P, Normand C, Cassel JB, Del Fabbro E, Fine RL, Menz R, et al. Economics of Palliative Care for Hospitalized Adults With Serious Illness: A Meta-analysis. JAMA Intern Med. 1 de junio de 2018;178(6):820-9.
25. Brereton L, Clark J, Ingleton C, Gardiner C, Preston L, Ryan T, et al. What do we know about different models of providing palliative care? Findings from a systematic review of reviews. Palliat Med. Octubre de 2017;31(9):781-97.
26. 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. Noviembre de 2018;19(11):e588-653.
27. Gärtner J, Daun M, Wolf J, von Bergwelt-Baildon M, Hallek M. Early Palliative Care: Pro, but Please Be Precise! Oncol Res Treat. 2019;42(1-2):11-8.
28. Prod'homme C, Jacquemin D, Touzet L, Aubry R, Daneault S, Knoop L. Barriers to end-of-life discussions among hematologists: A qualitative study. Palliat Med. Mayo de 2018;32(5):1021-9.
29. Mayland CR, Doughty HC, Rogers SN, Gola A, Mason S, Hubbert C, et al. A Qualitative Study Exploring Patient, Family Carer and Healthcare Professionals' Direct Experiences and Barriers to Providing and Integrating Palliative Care for Advanced Head and Neck Cancer. J Palliat Care. Abril de 2021;36(2):121-9.

30. Weissman DE, Meier DE. Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting: a consensus report from the Center to Advance Palliative Care. *J Palliat Med.* Enero de 2011;14(1):17-23.
31. Kayastha N, LeBlanc TW. When to Integrate Palliative Care in the Trajectory of Cancer Care. *Curr Treat Options in Oncol.* 23 de abril de 2020;21(5):41.
32. Lupu D, Quigley L, Mehfood N, Salsberg ES. The Growing Demand for Hospice and Palliative Medicine Physicians: Will the Supply Keep Up? *JPM.* Abril de 2018;55(4):1216-1223
33. Bakitas MA, El-Jawahri A, Farquhar M, Ferrell B, Grudzen C, Higginson I, et al. The TEAM Approach to Improving Oncology Outcomes by Incorporating Palliative Care in Practice. *J Oncol Pract.* Septiembre de 2017;13(9):557-66.
34. Weeks JC, Catalano PJ, Cronin A, Finkelman MD, Mack JW, Keatin NL, Schrag D. Patients' expectations about effects of chemotherapy for advanced cancer. *N Engl J Med.* Octubre 2012; 367(17):1616-25.
35. Chen AB, Cronin A, Weeks JC, Chrischilles EA, Malin J, Hayman JA, et al. Expectations about the effectiveness of radiation therapy among patients with incurable lung cancer. *J Clin Oncol.* 20 de julio de 2013;31(21):2730-5
36. Kim Y, Winner M, Page A, Tisnado DM, Martinez KA, Buettner S, et al. Patient perceptions regarding the likelihood of cure after surgical resection of lung and colorectal cancer. *Cancer.* 15 de octubre de 2015;121(20):3564-73.
37. Singh S, Cortez D, Maynard D, Cleary JF, DuBenske L, Campbell TC. Characterizing the Nature of Scan Results Discussions: Insights Into Why Patients Misunderstand Their Prognosis. *J Oncol Pract.* Marzo de 2017;13(3):e231-9
38. Carvajal Valcárcel A, Martínez García M, Centeno Cortés C. Versión española del Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): un instrumento de referencia para la valoración sintomática del paciente con cáncer avanzado. *MEDIPAL.* 1 de octubre de 2013;20(4):143-9
39. 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.* Enero de 2017;35(1):96-112
40. Riedel RF, Slusser K, Power S, Jones CA, LeBlanc TW, Kamal AH, et al. Improvements in Patient and Health System Outcomes Using an Integrated Oncology and Palliative Medicine Approach on a Solid Tumor Inpatient Service. *J Oncol Pract.* Septiembre de 2017;13(9):e738-48
41. Hoerger M, Greer JA, Jackson VA, Park ER, Pirl WF, El-Jawahri A, et al. Defining the Elements of Early Palliative Care That Are Associated With Patient-Reported Outcomes and the Delivery of End-of-Life Care. *J Clin Oncol.* 10 de abril de 2018;36(11):1096-102
42. Kreimeke K, Frerich G, Romotzky V, Boström K, Dojan T, Galushko M, et al. The desire to die in palliative care: a sequential mixed methods study to develop a semi-structured clinical approach. *BMC Palliat Care.* 16 de abril de 2020;19(1):49
43. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, van Delden JJ, Drickamer MA, Droger M, et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol.* septiembre de 2017;18(9):e543-51.

44. PALIEX - Cuidados Paliativos - II curso Taller [Internet]. [citado 26 de abril de 2022]. Disponible en: <https://saludextremadura.ses.es/paliex/detalle-contenido-estructurado/734732>
45. Villavicencio-Chavez C, Alonso-Babarro A, Rocafort J, et al .LagunAdvance Planification Steps (LAP-S). Advance Care Planning in Patients with advanced disease. Individualizing the approach: chronic obstructive pulmonary disease (COPD), Amyotrophic lateral sclerosis (ALS), Dementia and Cancer. 10th World Research Congress of the European Association for Palliative Care. Bern, Switzerland. Palliat Med 2018; 32 (IS):278-9
46. Rhoten BA, Sellers JI, Baraff B, Holler KH, Ridner SH. A qualitative examination of patient priorities and preferences during treatment decision-making for recurrent head and neck cancer. Support Care Cancer. Enero de 2021;29(1):377-85
47. Kreimeike K, Frerich G, Romotzky V, Boström K, Dojan T, Galushko M, et al. The desire to die in palliative care: a sequential mixed methods study to develop a semi-structured clinical approach. BMC Palliative Care. Abril de 2020; 19(1):49
48. Berdine HJ. Anxiety and depression. Palliative pharmacy care. Bethesda, MD: American Society of Health-System Pharmacists. 2009; 57–75.
49. Gil F, Costa G, Pérez J. Does chemotherapy reduce stress? Palliative and Supportive Care. 2010; 8(4), 455–460.
50. Holland JC (2013) Distress screening and the integration of psychosocial care into routine oncologic care. Journal of the National Comprehensive Cancer Network. 2013; 11(5S), 687–689.
51. Gil F, Breitbart W. Psicoterapia centrada en el sentido: “vivir con sentido”. Psicooncología 2013; 10(2–3), 233–245.
52. Breitbart W. Meaning-Centered Psychotherapy in the Cancer Setting. Finding Meaning and Hope in the Face of Suffering. New York: Oxford University Press. 2017;
53. LeMay K, Wilson KG. Treatment of existential distress in life threatening illness: a review of manualized interventions. Clin Psychol Rev 2008; 28: 472–493.
54. Mehta RD, Roth AJ. Psychiatric considerations in the oncology setting. CA Cancer J Clin. 2015; 65(4):299-314.
55. Dietrich N, Estradé A, Cruzado JA. Efficacy of Meaning-Centered Psychotherapy in adult patients with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis. Psicooncología 2021; 18(2): 227-244
56. Rosenfeld B, Saracino R, Tobias K, Masterson M, Pessin H, Applebaum A, Brescia R, Breitbart W. Adapting Meaning-Centered Psychotherapy for the palliative care setting: Results of a pilot study. Palliat Med. 2017 Feb;31(2):140-146.
57. Quílez-Bielsa E, Barrado- Moreno V, Lastra del Prado R, Arbonés-Mainar JM, Sebastian-Sanchez M, Ventura-Faci T (2021). An adaptation of meaning-centered psychotherapy integrating “essential care”: A pilot study. Palliative and Supportive Care, 1–9.
58. El Nawawi NM, Balboni MJ, Balboni TA. Palliative care and spiritual care: the crucial role of spiritual care in the care of patients with advanced illness. Curr Opin Support Palliat Care. 2012; 6(2):269-274.