



Oncología integradora y atención centrada en el paciente: ¿la cirugía paliativa tiene algún papel en estos dos conceptos?

Integrative oncology and patient-centered care: Does palliative surgery have a role in these two concepts?

Arturo P. Miranda-Aguirre*

Servicio de Cirugía Oncológica, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Ciudad de México, México

En un número previo de esta revista, el Dr. Efraín Salas-González nos dejó claro cómo la oncología ha evolucionado de una medicina basada en estratos, es decir, a partir parámetros clínicos, hasta una oncología de precisión, misma que está soportada en el conocimiento científico de perfiles biomoleculares, genéticos e inmunológicos¹. Esto es debido, desde luego, al avance tecnológico de las últimas décadas, que ha contribuido a disponer de mejores herramientas para el tratamiento del cáncer en comparación con el siglo pasado.

No obstante, a pesar de estos avances y como una gran paradoja, hasta el 80% de los enfermos de cáncer recurrirán a algún tipo de «tratamiento alternativo» durante su tratamiento, aunque solo el 15% de ellos se lo informará a su médico, según una encuesta realizada en EE.UU. Entre las razones por las cuales los pacientes recurren a estos tratamientos se encuentran la necesidad de tratar algunos síntomas no resueltos como el dolor, el estrés, la ansiedad y el insomnio; así como aumentar la energía, mejorar el sistema inmunitario y el bienestar general, la prevención de más enfermedades e incluso lograr la cura del cáncer². Entre las motivaciones que llevan a un paciente a buscar tratamientos alternativos están el costo de los tratamientos médicos y la recomendación de un familiar, un amigo, otro enfermo o un «médico» alternativo. En

México, los datos parecen no ser diferentes y a las motivaciones mencionadas se agrega la saturación de los servicios de salud³. El riesgo inherente a esta práctica es el aumento en la probabilidad de que un paciente rechace algún tratamiento oncológico adicional y el decremento en la supervivencia⁴.

Derivado de estas necesidades del paciente surge el concepto de «oncología integradora», la cual es un campo de atención integral del cáncer basado en la evidencia reportada y centrado en el paciente, y que se enfoca en modificaciones en el estilo de vida, prácticas mente-cuerpo y productos naturales de diferentes tradiciones junto con los tratamientos convencionales para el cáncer. Esta estrategia tiene como objetivo involucrar a los pacientes y su familia como participantes activos en su propio cuidado, desde la prevención, la duración de su tratamiento y su supervivencia, y ha llevado a muchos centros oncológicos a establecer terapias complementarias enfocadas a mejorar los síntomas inmediatos y tardíos relacionados con el cáncer, cambios en el estilo de vida y mejoría en la calidad de vida⁵. Por su parte, los cuidados paliativos ya incluían varios de estos objetivos, como optimizar el bienestar, reducir el sufrimiento físico y emocional, enfatizar la colaboración interprofesional y en equipo, brindar atención personalizada e individualizada y luchar por una atención médica contextualizada, que al combinar con

***Correspondencia:**

Arturo P. Miranda-Aguirre

E-mail: ar.miranda@issste.gob.mx

2565-005X/© 2022 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 08-02-2022

Fecha de aceptación: 08-02-2022

DOI: 10.24875/j.gamo.M22000219

Disponible en internet: 13-06-2022

Gac Mex Oncol. 2022;21(4):143-145

www.gamo-smeo.com

el concepto de medicina integrativa, nos conduce a los cuidados paliativos integrativos como una mejor herramienta para el tratamiento de los enfermos de cáncer en cualquiera de las etapas^{6,7}.

Considerando entonces tanto los avances en la llamada oncología de precisión y la adopción del concepto de oncología integradora, surge la siguiente pregunta: ¿la cirugía paliativa podría tener algún papel en el enfoque centrado en el paciente con cáncer?

Históricamente, la cirugía paliativa fue el tratamiento para muchos padecimientos en los que no se podía alcanzar la curación. Con el desarrollo de las técnicas quirúrgicas modernas, la curación quirúrgica fue posible en muchos padecimientos, incluyendo el cáncer; sin embargo, esto ha generado una sensación de disonancia cognitiva cuando los cirujanos se enfrentan a la necesidad de realizar una cirugía en pacientes con cáncer avanzado para el control de síntomas importantes y la percepción de que la cirugía paliativa representa un fracaso. El modelo tradicional del cuidado centrado en la enfermedad ha acentuado esta sensación, de ahí que surgiera la necesidad de un enfoque integral para la cirugía paliativa dentro de un contexto mayor llamado «cuidados paliativos quirúrgicos», los cuales están dirigidos a tratar el sufrimiento y promover la calidad de vida de los pacientes graves o terminales bajo la atención quirúrgica. Este enfoque centrado en el paciente tiene mayor énfasis en conocer la necesidad personal del enfermo para el alivio de los síntomas, minimizando la morbilidad, mejorando el bienestar mental y la durabilidad en el alivio de los síntomas⁸.

La cirugía paliativa del cáncer se define como el procedimiento usado con el objetivo principal de mejorar la calidad de vida o aliviar síntomas causados por una enfermedad avanzada⁹. Aunque esta definición pudiera parecer muy clara, las indicaciones y las metas para el uso apropiado de estas intervenciones quirúrgicas son menos claras y no están también definidas como aquellas operaciones con intento curativo. Incluso existe la impresión prevalente en algunos cirujanos de que un procedimiento paliativo quirúrgico puede ser un fracaso por no alcanzar la curación con una cirugía.

Si bien es cierto que la mayor parte de la literatura que muestra evidencia en la integración de los cuidados paliativos al tratamiento del cáncer proviene de estudios en oncología clínica, existe también evidencia de los beneficios de los cuidados paliativos en unidades quirúrgicas oncológicas, entre los que se encuentran la mejoría en los resultados que el paciente reporta y la disminución en la utilización de los recursos, sin

compromiso en la supervivencia¹⁰. Por ejemplo, en un estudio que evaluó 34,000 pacientes en una unidad quirúrgica que murieron por varios tipos de cáncer en un periodo de 10 años, se demostró que aquellos pacientes que tuvieron acceso a cuidados paliativos tuvieron una disminución significativa de cuidados agresivos al final de la vida como quimioterapia, visitas a urgencias, hospitalizaciones e ingresos a cuidados intensivos dentro de los últimos 30 días antes de la muerte y muerte en el hospital¹¹.

Queda claro entonces que la cirugía paliativa debe formar parte de estos conceptos de oncología integradora y atención centrada en el paciente; surge entonces la disyuntiva de cómo hacerlo. En una encuesta realizada por la Sociedad Americana de Cirugía Oncológica (SSO), se encontró que el 21% de las cirugías que realiza el cirujano oncólogo tiene un intento paliativo¹². Sin embargo, la educación que reciben los cirujanos generales en cuidados paliativos es limitada, ya que le 84% de ellos no recibieron ningún tipo de formación en este campo en cirugía paliativa durante la residencia y hasta el 44% no la recibieron durante su educación médica continua, lo que demuestra una deficiencia mayor en la educación del cirujano¹³.

Algo que no debe pasarse por alto y que ya se ha mencionado en los párrafos previos, es que la mayoría de la investigación en oncología se centra en ensayos clínicos controlados que evalúan tratamientos con el intento de mejorar la supervivencia o lograr respuestas patológicas completas, o bien alguna terapia sistémica con el objeto paliativo. Sin embargo, existen pocos estudios controlados para determinar la utilidad de los procedimientos quirúrgicos en el escenario paliativo y cuando se realizan incluyen solo un número limitado de participantes (generalmente menos de 100)⁹. Además, este tipo de estudios deben buscar la mejoría en la calidad de vida y control del dolor por medio de instrumentos de medición validados y solo pocos de ellos cumplen con esta característica¹⁴.

En conclusión, es un hecho que la cirugía paliativa debe integrarse dentro del concepto de oncología integradora, el cirujano especializado en la atención del cáncer debe evaluar siempre los beneficios de realizar un procedimiento paliativo en términos de control del dolor y la mejoría calidad de vida, así como la duración estimada que se logrará con la intervención; pero también deberá considerar los riesgos inherentes, como el tiempo de hospitalización, los costos del tratamiento, su prolongación y la morbilidad, siempre bajo la premisa de mantener los deseos, la independencia y la dignidad del enfermo, solo así se logrará una atención centrada

en el paciente y no en la enfermedad. Esto no será posible sin el trabajo multidisciplinario e integrado de todas las disciplinas involucradas en el manejo de un paciente con cáncer avanzado, la adecuada formación del cirujano en el campo de cuidados paliativos y el desarrollo de evidencia científica a partir de ensayos clínicos adecuados, para determinar la mejor opción de paliación integradora y procedimientos quirúrgicos paliativos.

Bibliografía

1. Salas González E. De la medicina de estratos y personalizada, hasta la medicina de precisión en oncología. *Gac Mex Oncol.* 2021;20(4).
2. Mao JJ, Palmer CS, Healy KE, Desai K, Amsterdam J. Complementary and alternative medicine use among cancer survivors: A population-based study. *J Cancer Surviv.* 2011;5(1):8-17.
3. Corell-Doménech M. Terapeutas alternativos en México: entre las creencias y los factores económicos. En: Moreno-Castro C, Cano-Orón Lorena, editores. *Terapias complementarias en la esfera pública.* 1.^a ed. Dextra; 2019. pp. 71-92.
4. Johnson SB, Park HS, Gross CP, Yu JB. Complementary medicine, refusal of conventional cancer therapy, and survival among patients with curable cancers. *JAMA Oncol.* 2018;4(10):1375-81.
5. Latte-Naor S, Mao JJ. Putting integrative oncology into practice: Concepts and approaches. *J Oncol Pract.* 2019;15(1):7-14.
6. Chiaramonte DR, Adler SR. Integrative palliative care: A new transformative field to alleviate suffering. *J Altern Complement Med.* 2020;26(9):761-5.
7. Gentle D, Blake S, Greiner R, Kneuss T, Spencer L, Yaguda S, et al. Integrative and palliative medicine synergy: Structures and solutions. *J Altern Complement Med.* 2020;26(9):766-8.
8. Dunn GP, Hinshaw DB, Pawlik TM. Palliative care and surgery. En: Davis MP, Feyer PC, Ortner P, Zimmermann C, editores. *Supportive Oncology.* Elsevier; 2011. pp. 390-7.
9. Miner TJ. Palliative surgery for advanced cancer: Lessons learned in patient selection and outcome assessment. *Am J Clin Oncol.* 2005;28(4):411-4.
10. Moroney MR, Lefkowitz C. Evidence for integration of palliative care into surgical oncology practice and education. *J Surg Oncol.* 2019;120(1):17-22.
11. Merchant SJ, Brogley SB, Goldie C, Booth CM, Nanji S, Patel SV, et al. Palliative care is associated with reduced aggressive end-of-life care in patients with gastrointestinal cancer. *Ann Surg Oncol.* 2018;25(6):1478-87.
12. McCahill LE, Krouse R, Chu D, Juarez G, Uman GC, Ferrell B, et al. Indications and use of palliative surgery-results of Society of Surgical Oncology survey. *Ann Surg Oncol.* 2002;9(1):104-12.
13. Galante JM, Bowles TL, Khatri VP, Schneider PD, Goodnight JE, Bold RJ. Experience and attitudes of surgeons toward palliation in cancer. *Arch Surg.* 2005;140(9):873-80.
14. Miner TJ, Jaques DP, Tavaf-Motamen H, Shriner CD. Decision making on surgical palliation based on patient outcome data. *Am J Surg.* 1999;177(2):150-4.