



LA AGRESIVIDAD TERAPÉUTICA Y LA ONCOLOGÍA LÍQUIDA

THERAPEUTIC AGGRESSIVENESS AND LIQUID ONCOLOGY

F. J. BARÓN DUARTE

Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico Universitario de Santiago. Trv Choupana s/n. Santiago de Compostela A Coruña. Tfno. 676903416 correo: paco.baron@telefonica.net

M. S. RODRÍGUEZ CALVO

Medicina Legal y Forense de la Universidad de Santiago de Compostela

J. R. AMOR PAN

Comisión de Ética y Deontología del Colegio de Médicos de A Coruña

RESUMEN:

Palabras clave:

Oncología,
Agresividad
Terapéutica,
Bioética

Recibido: 17/06/2016

Aceptado: 01/01/2017

Los criterios de agresividad terapéutica publicados hace una década proporcionan un juicio de calidad y son una referencia en la atención de pacientes con cáncer avanzado, pero su utilización no está generalizada en la evaluación de los Servicios de Oncología. En este trabajo analizamos la agresividad terapéutica, según los criterios estándar, en 1.001 pacientes con cáncer avanzado fallecidos en el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, entre los años 2010 y 2013. Los resultados parecen demostrar que la agresividad terapéutica al final de la vida en nuestro medio hospitalario está presente con más frecuencia de lo recomendado, ya que el 25% de los pacientes cumple al menos un criterio de agresividad. Este resultado podría explicarse por la presencia de una *Oncología líquida* que no prioriza al paciente como sujeto moral del encuentro clínico. Los cuidados se dirigen a la atención de las necesidades y deben estar articulados en modelos centrados en la comunicación y en la dignidad. Su aplicación mediante la Planificación Anticipada de los Cuidados, la consideración de los valores y preferencias del paciente y la Limitación del Esfuerzo Terapéutico, son formas de disminuir esta agresividad y mejorar la práctica clínica al final de la vida. Necesitamos plantear actitudes sinérgicas y proactivas, sumando lo mejor de la investigación oncológica con el mejor cuidado y atención clínica en beneficio del ser humano, sujeto moral y finalidad última de la Medicina.

ABSTRACT:

Keywords:

Oncology,
Therapeutic
Aggressiveness,
Bioethics

Aggressiveness criteria proposed in the scientific literature a decade ago provide a quality judgment and are a reference in the care of patients with advanced cancer, but their use is not generalized in the evaluation of Oncology Services. In this paper we analyze the therapeutic aggressiveness, according to standard criteria, in 1.001 patients with advanced cancer who died in our Institution between 2010 and 2013. The results seem to show that aggressiveness at the end of life is present more frequently than experts recommend. About 25% of patients fulfill at least one criterion of aggressiveness. This result

could be explained by a *liquid Oncology* which does not prioritize the patient as a moral subject in the clinical appointment. Medical care is oriented to necessities and must be articulated in a model focused on dignity and communication. Its implementation through Advanced Care Planning, consideration of patient's values and preferences, and Limitation of therapeutic effort are ways to reduce aggressiveness and improve clinical practice at the end of life. We need to encourage synergic and proactive attitudes, adding the best of cancer research with the best clinical care for the benefit of human being, moral subject and main goal of Medicine.

1. Introducción

Según la Organización Médica Colegial¹, en situaciones de final de la vida *una buena práctica médica* es aquella “dirigida a conseguir unos objetivos adecuados, basados en la promoción de la dignidad y calidad de vida del enfermo”; y la *obstinación terapéutica* consiste en “la aplicación de medidas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias con el objetivo de alargar innecesariamente la vida”.

La Comisión de Política del Cáncer de EE.UU. (National Cancer Policy Board) definió ya, en el año 1999, la *mala calidad en la atención del cáncer al final de la vida* como “el conocimiento práctico efectivo que es infrutilizado, el conocimiento práctico ineficaz y sobreutilizado o el uso de servicios de ambigua eficacia de acuerdo a los proveedores más que según las preferencias y valores del paciente”².

En el año 2003, Craig C. Earle³, líder del Programa de Oncología Psicosocial y Cuidados Paliativos del Dana-Farber Cancer Institute, exploró por primera vez los indicadores que podrían reflejar la calidad de atención al final de la vida en pacientes oncológicos con enfermedad avanzada y los verificó en sucesivos estudios con amplias poblaciones, hasta el año 2008. El autor los agrupó en tres áreas, con dos indicadores por área y unos porcentajes por indicador a partir de los cuales se producía agresividad, tal como se indica en la Tabla 1.

1 Organización Médica Colegial. Grupo de trabajo de Atención médica al final de la vida. 2009. Disponible en <<https://www.cgcom.es/.../Atencion%20Medica%20al%20final%20de%20la%20vida.pdf>>. (Consulta 5/06/2016).

2 National Cancer Policy Board: Ensuring Quality Cancer Care. Washington, DC, National Academy Press, 1999.

3 Earle CC, Park ER, Lai B, Ayanian JZ, et al. “Identifying Potential Indicators of the Quality of End-of-Life Cancer Care from Administrative Data”. *J Clin Oncol.* (2003) 21:1133-1138.

Tabla 1. Criterios de agresividad de Earle.

Sobreutilización de Quimioterapia cerca de la muerte	1. Si $\geq 10\%$ de pacientes reciben Quimioterapia en los 14 últimos días de vida. Criterio ampliado por muchos autores a otras Terapias Antineoplásicas Agresivas de las que se excluye la Hormonoterapia
	2. Si $\geq 2\%$ de pacientes inician un nuevo esquema terapéutico en el último mes de vida
Mal uso de los dispositivos en relación con visitas a Urgencias e ingresos en UCI	3. Si $\geq 4\%$ asisten a Urgencias más de una vez en el último mes de vida o ingresan en Unidad de Cuidados Intensivos
	4. Si $\geq 17\%$ de pacientes fallecen e unidad de agudos (como planta de Oncología) en lugar de dispositivos Hospice-Cuidados Paliativos
Escasa o tardía utilización de programas “Hospice” o Cuidados paliativos	5. Si $<$ del 55% de pacientes son atendidos en Programas Hospice-Cuidados Paliativos antes de fallecer
	6. Si $>$ del 8% de pacientes fallecen en un programa Hospice-Cuidados Paliativos a las 72 horas de su ingreso en dicho programa

El primer grupo de criterios refleja la excesiva utilización de Terapias Antineoplásicas Agresivas (T.A.A.) En la práctica habitual un tratamiento antineoplásico (generalmente administrado en ciclos cada 15 o 21 días) no genera respuesta con una sola administración y sin embargo puede producir toxicidad, en ocasiones grave

o mortal, a los pocos días de su administración. En relación con ello, se justifica que se considere agresividad el inicio de una segunda o tercera línea de T.A.A. de intención paliativa en el último mes de vida.

El segundo grupo de criterios recoge el mal uso de dispositivos no específicos de Cuidados Paliativos (C.P.). En enfermos oncológicos avanzados sin expectativa de curación los problemas y las crisis de necesidades son muy frecuentes. Su atención en Urgencias o en UCI o en dispositivos asistenciales de agudos más allá del límite establecido en los criterios puede reflejar agresividad terapéutica. Es cierto que algunos dispositivos de agudos como las plantas de Oncología Médica realizan atención paliativa, pero de modo muy dispar en cada área sanitaria y sistema de salud. En general, pueden desarrollar atención paliativa no específica para situaciones de baja o intermedia complejidad, existiendo dispositivos específicos de C.P. como las Unidades de C. P. capacitadas para la atención de las necesidades paliativas complejas. En esta línea, Earle y su grupo excluyeron la atención domiciliaria (muy desarrollada en el sistema Hospice anglosajón) como criterio de agresividad pues, muy al contrario, el medio domiciliario se considera, siempre que sea factible, el mejor lugar terapéutico para este grupo de pacientes y su entorno personal.

En el tercer grupo destaca el criterio 6. Los planes de Cuidados Paliativos recomiendan que la transición de dispositivos no específicos de C.P. a dispositivos específicos, como la Unidad de C.P., se realicen con tiempo suficiente para desarrollar adecuadamente un plan de atención. Si existe indicación de atención en Unidades de C.P. por necesidades complejas, retrasar su derivación a este dispositivo supone mala práctica clínica y agresividad terapéutica.

Los criterios de agresividad de Earle son considerados el "Gold Standard" o canon de agresividad terapéutica en Oncología, y la agresividad terapéutica se contempla como una forma específica de obstinación terapéutica.

En un reciente trabajo, de este año 2016, la Sociedad Española de Oncología Médica⁴ recoge los datos del es-

4 <http://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/LA_CI-FRAS_DEL_CANCER_EN_2016.pdf> (Consultado 5/6/2016).

tudio Eurocare 5, que indican que un tercio de los cánceres que se diagnostican en España tienen una supervivencia a cinco años superior al 80%, y solo un 25% presenta supervivencias inferiores al 30%. Al final, un 40% de pacientes fallecerán por cáncer y sus complicaciones tras una etapa de enfermedad avanzada-terminal.

Desde la experiencia de varias décadas de algunos miembros del Servicio de Oncología de nuestra Institución se ha generado la percepción de la existencia de agresividad terapéutica en los pacientes oncológicos al final de la vida en nuestro medio. Hay pacientes que mueren "mal", mueren en el ámbito hospitalario con poca dignidad, reciben tratamientos agresivos en fases avanzadas de su enfermedad, sin o con poca información y sin o con poca participación en el plan de tratamiento y, en algunos casos, mueren solos.

La literatura médica también muestra esta realidad aunque, afortunadamente, hay experiencias positivas en diversos ámbitos donde la agresividad terapéutica es escasa y sirven de referencia para mejorar. La mayoría de estudios de agresividad terapéutica utilizan todos o algunos de los criterios de Earle y demuestran, tanto en el ámbito anglosajón⁵ como español⁶ o europeo⁷, que existe agresividad terapéutica al final de la vida, especialmente si no hay buena coordinación con dispositivos de C.P. o disponibilidad de C.P. adecuados.

Para constatar nuestra percepción se realizó este trabajo retrospectivo, que generó los resultados que ahora exponemos, así como las reflexiones ulteriores. Nuestra intención es evaluar para mejorar teniendo siempre en mente la dignidad y bienestar de nuestros pacientes que están en situación de gran vulnerabilidad.

1.1. Estudio de Agresividad Terapéutica

Realizamos un estudio retrospectivo de cohorte, de tipo descriptivo. Se analizaron los historiales clínicos de

5 Kao S, Shafiq J, Vardy J, and Adams D: "Use of chemotherapy at end of life in oncology patients". *Ann Oncol* (2009) 20:1555-1559.

6 Sanz Ortiz J. "Chemotherapy at the end of life: up until when?" *Clin Transl Oncol* (2012) 12:667-674.

7 Andreis F, Rizzi A, Rota L, Meriggi F. et al. "Chemotherapy use at the end of life. A retrospective single center experience analysis". *Tumori*, (2011) 97: 30-34.

1.001 pacientes atendidos en el Servicio de Oncología Médica del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, que fallecieron en el hospital entre el 1 de enero del 2010 y el 31 de diciembre del 2013⁸.

- Criterios de inclusión:
 - Pacientes oncológicos atendidos por el Servicio de Oncología Médica y fallecidos en el ámbito hospitalario, bien sea en la planta de Hospitalización de Oncología (entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2103 todos los pacientes registrados como éxitus hospitalario en ese Servicio) o en la Unidad de Cuidados Paliativos del Complejo (todos los fallecimientos registrados en esa Unidad entre el 1-01-2012 y el 31-12-2103 y una muestra aleatoria de pacientes fallecidos en esa unidad entre el 1-01-2010 y el 31-12-2011).
- Criterios de exclusión:
 - Los pacientes con cáncer no atendidos por el Servicio de Oncología Médica.
 - Los pacientes atendidos por el Servicio de Oncología Médica fallecidos en el domicilio o en otro hospital ajeno al Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.
- Definición operacional del estudio: cuantificación de los criterios de agresividad terapéutica de Earle en la muestra.

- También exploramos la existencia de planificación adelantada de cuidados y decisiones compartidas, que son una buena práctica clínica al final de la vida y podrían evitar la agresividad terapéutica. En la historia clínica de cada paciente se revisa la referencia explícita a una toma de decisión (exclusiva por parte del facultativo responsable o compartida con el paciente familiar o representante) para limitar el esfuerzo terapéutico u otro tipo de acciones.

Se realizó un estudio estadístico descriptivo y analítico (distribución de frecuencias, medidas de tendencia central, medidas de dispersión) cuyos resultados se resumen en la Tabla 2.

Considerando los tres primeros criterios como los que mejor se aplican en nuestro medio, para el total de los 1.001 pacientes estudiados evidenciamos la siguiente agregación de criterios de agresividad por paciente: un criterio está presente en el 25% de los casos, dos criterios en el 12% y tres criterios están presentes en el 4% de los casos.

Respecto a la participación de los pacientes en la toma de decisiones, en el 57,6% de los casos se produjo una Limitación del Esfuerzo Terapéutico clásica (L.E.T), es decir, el médico es quien toma la decisión, con mínima participación del paciente; en el 2 % de los casos

Tabla 2. Resultados de la aplicación de los criterios de agresividad terapéutica de Earle.

CRITERIO	RESULTADO (% de pacientes)	ESTANDAR (% de pacientes)
T.A.A en los 14 últimos días de vida	19%	≥ 10%
Inicio de nuevas T.A.A en el último mes de vida	20%	≥ 2%
Varias asistencias a Urgencias en el último mes de vida	21%	≥ 4%
Fallecen en Unidad de Agudos	69,7%	≥ 17%
Fallecen en U. de C.P o Dispositivo Hospice	30,3%	< 55%
Fallecen en las 72 horas siguientes al ingreso en U.C.P	14%	> 8%

⁸ F. J. Barón La agresividad terapéutica y los tratamientos limitados en el tiempo en pacientes oncológicos al final de la vida: fundamentos éticos y aplicación clínica. Tesis Doctoral. Universidad de Santiago de Compostela 17-12-2015.

la historia clínica refleja de modo explícito una L.E.T compartida; en el 1,2 % de casos el paciente rechaza el tratamiento ofrecido y en el 39,6% de casos restante la historia clínica no hace referencia alguna a L.E.T ni rechazo de tratamiento.

1.2. La medicina personalizada

La medicina individualizada, según la definición del diccionario del Instituto Nacional del Cáncer de EE.UU⁹, es “un tipo de medicina que usa la información de los genes, proteínas y ambiente de una persona para prevenir, diagnosticar y tratar la enfermedad. En el caso del cáncer, usa la información específica acerca del tumor de una persona para facilitar el diagnóstico, planificar el tratamiento y determinar si el tratamiento es eficaz, o para dar un pronóstico. Los ejemplos incluyen el uso de terapias dirigidas para tratar tipos específicos de células cancerosas, como las células de cáncer de mama positivas al HER2, o el uso de pruebas de marcadores tumorales para ayudar en el diagnóstico de cáncer. También se llama medicina personalizada”.

Esta es una de las definiciones más difundidas en el ámbito de la Oncología y sustenta algunas afirmaciones relevantes en nuestro ámbito, como la de la Dra Martine Piccart, presidenta de la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO). Según Piccart, “la oncología personalizada sólo sucederá si comprendemos qué está operando en el tumor del paciente, las secuencias claves que están impulsando el crecimiento del tumor en ese paciente particular”¹⁰. De esta afirmación se desprende que la oncología personalizada es la que comprende la intimidad del tumor, no la de la persona. Por eso a continuación reflexionamos sobre la persona enferma y la actitud de la Oncología respecto a la persona con cáncer.

9 Diccionario del Cáncer del Instituto Nacional del Cáncer de EE.UU Disponible en: <http://www.cancer.gov/diccionario?cdrid=561717> (Consultado 5/6/2016).

10 <http://expansion.mx/salud/2012/10/02/el-estudio-personalizado-del-cancer-una-via-para-llegar-a-su-cura>.

1.3. La medicina y la persona

Muchos autores entienden la Medicina Personalizada como una estrategia de Biología¹¹. Por el contrario, Kelly y Pritchard consideran que “la parte más personal de la medicina personalizada es a menudo la interacción entre el médico y el paciente”¹².

Los procesos en enfermedades avanzadas cercanas al final de la vida presentan dificultad clínica y situaciones de gran emotividad y sufrimiento. No obstante, también aportan gran contenido ético y personal y son una oportunidad de mejora y excelencia en la atención del enfermo y su entorno personal. Algunos autores buscan herramientas clínicas que mejoren la toma de decisiones al final de la vida. Los Tratamientos y Pruebas Limitados en el tiempo (T.L.T) son una propuesta de Quill y Holloway. Se fundamentan en la deliberación entre el paciente y el médico respecto a valores y expectativas personales, posibilidades de beneficio de las terapias y decisiones según objetivos secuenciales previamente consensuados, lo que diferencia los T.L.T de la Limitación del Esfuerzo Terapéutico, donde predomina la decisión del facultativo¹³.

En nuestra opinión, la Medicina Personalizada no se refiere simplemente a la incorporación de información genética al cuidado clínico, incumbe a la utilización de una amplia colección de datos relevantes para el cuidado, muchos de los cuales están disponibles a pie de cama. Algunos autores consideran que los TLT son un ejemplo de Medicina Personalizada¹⁴.

En Oncología usamos el concepto Medicina Personalizada haciendo referencia a las pruebas diagnósticas o tratamientos basados en estructuras o vías moleculares, atribuyendo el valor de persona a eventos moleculares carentes de dignidad y de los atributos que diferencian a la persona (alguien) de las cosas (algo). Por eso con-

11 González-Angulo A.M., Hennessy Bryan T.J, and Mills Gordon B. “Future of Personalized Medicine in Oncology: A Systems Biology Approach”. *J Clin Oncol* (2010) 28:2777-2783.

12 Kelly M.C and Pritchard I.K. “Personalized Medicine: What Exactly Is It and Can We Truly Measure It?” *J Clin Oncology* (2012) 30: 2173-2174.

13 Quill TE, Holloway R. “Time-limited trials near the end of life”, *JAMA* (2011) 306: 1483-1484.

14 Bradford R. Hirsch and Amy P. Abernethy. “Structured Decision-Making: Using Personalized Medicine to Improve the Value of Cancer Care”. *J. Pers. Med.* (2013) 3:1-13; doi:10.3390/jpm3010001.

sideramos tan necesario un esfuerzo reflexivo que sirva para subrayar que los enfermos de cáncer son, ante todo y sobre todo, personas.

1.4. La persona: objetivo final de la Medicina

El internista y bioeticista Eric Casel¹⁵ define la persona enferma de la siguiente manera: “Existen, pues, tres entidades distintas que describen qué le ocurre al paciente: la enfermedad como dolencia (una característica del paciente que se compone de todas las molestias o trastornos de la función que se den), la enfermedad como padecimiento (la atribución subjetiva a las manifestaciones del trastorno de un nombre, una descripción o una creencia, por parte del paciente, según las experimenta él mismo) y la enfermedad como afección (el nombre o el proceso patológico al que el médico o el diagnóstico atribuye el trastorno del paciente)”.

En la misma línea, Kleinman¹⁶ afirma que no siempre coincide la construcción biomédica de la enfermedad (*disease*) con la elaboración social, cultural y popular de la misma (*illnes, sickness*). Este planteamiento es el que, según Angel Martínez¹⁷, permite tener “acceso al sentido que la enfermedad tiene para los propios afectados y no solo al sentido técnico-médico de los profesionales de la salud.

Teniendo en cuenta el sentido de enfermedad del propio paciente, podemos comprender el pensamiento de Edmund Pellegrino que nos recuerda que el paciente es un sujeto moral y que la consideración de su sufrimiento en el encuentro clínico es fundamental. En palabras de Manuel de Santiago, “es el sentir de Pellegrino, que entró al debate desde un primer momento y acaudilló la salvaguarda de la Medicina a la manera clásica, como una profesión técnica del máximo rango y como empresa moral”¹⁸. Habría que recuperar la idea de una

beneficencia fiduciaria o beneficencia en confianza. Es decir, técnica al servicio de una empresa moral: el bien del paciente.

Tras revisar con Casel, Kleiman y Pellegrino el concepto de persona en la práctica clínica de la Medicina, podemos preguntarnos si la Oncología actual considera al paciente con cáncer como persona en esta amplia y compleja realidad o más bien como un simple objeto de tratamiento e investigación. Los autores de “Introducción a la filosofía de la Medicina” se hacen esta misma pregunta en el contexto del Modelo Mecanicista de enfermedad. En las conclusiones señalan que “la medicina clínica es algo más que biología aplicada. Los clínicos han de tener también en cuenta la experiencia de dolor y sufrimiento de sus pacientes, su respeto por sí mismos, sus objetivos en la vida, etc., y han de aprender a tratar con este tipo de fenómenos no biológicos en forma racional. De hecho quizás sea este el mayor reto planteado a la medicina contemporánea; en el mejor de los casos, la reducción de los fenómenos no biológicos a la biología resulta inútil, y en el peor, conduce a un punto de vista distorsionado e inaceptable acerca del hombre”¹⁹.

Por eso, y como reacción al Modelo Mecánico de enfermedad, surge el Modelo Biopsicosocial propuesto por Engel²⁰ ya en 1977 como un nuevo paradigma de la Medicina. Según F. Borrell-Carrió²¹, “el modelo biopsicosocial es a la vez una filosofía de los cuidados clínicos y una práctica clínica de los mismos. Filosóficamente es una forma de entender como el sufrimiento y la enfermedad se afectan por múltiples niveles de organización, desde el social al molecular. A nivel práctico es una forma de entender la experiencia subjetiva del paciente como una contribución esencial al adecuado diagnóstico, resultados de salud y cuidados de la persona”.

15 Cassel E. La persona como sujeto de la medicina. Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols nº 19. Barcelona. 2009: 16.

16 Kleinman, AM. “What kind of model for the anthropology of Medical System?” *Am. Anthropologist* (1977) 80: 661-665.

17 Martínez Hernaiz, A. Símbolos, Cuerpos y Aflicciones, En: Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Angel Martínez Hernaiz ed. Antropos Barcelona, (2008) 101-102.

18 Santiago, Manuel de. “Identidad de la Medicina en el pensamiento de Edmund D. Pellegrino” *Cuadernos de Bioética*. 2016; 27(89): 29-51.

19 Wulff H.R, Pedersen S.A, Rosenberg R. El Modelo Mecánico. En Introducción a la Filosofía de la Medicina. Triacastela. Madrid , (2002) 94.

20 Engel GL. “The need for a new medical model: a challenge for biomedicine”. *Science* (1977) 196:129-36.

21 Borrell-Carrió F, Suchman A. L. and Epstein Ronald M.. “The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry”. *Ann Fam Med* (2004) 2: 576 582.

1.5. *Oncología líquida*

La rica y compleja individualidad del ser humano enfermo, agente moral y sujeto, no puede ser abordada desde una perspectiva dicotómica: curar o cuidar, incluíble en ensayo clínico o no incluíble.

Como nos dice Victoria Camps²², “las dicotomías sin matices son abstracciones, formas burdas de clasificar la realidad, inútiles y simplificadoras para examinar lo complejo”. Y añade: “La dicotomía ayuda a clasificar y ubicarse, a tomar posición sin tener que matizar ni dar razones”.

La misma autora afirma que “la apatía o indiferencia moral, propias de esta postmodernidad débil y líquida, chocan hoy con los que no toleran vivir en la incertidumbre y buscan desesperadamente verdades a las que atenerse”²³.

El sociólogo Zygmunt Bauman crea el concepto “modernidad líquida”. Con él define el estado etéreo de la actual sociedad, sin valores sólidos, sumergido en la incertidumbre por la rapidez de los cambios que disminuye los vínculos humanos²⁴.

En los últimos años irrumpe en la Oncología el concepto de “biopsia líquida” o caracterización molecular de las células circulantes del tumor que puede generar información representativa de las metástasis de la neoplasia primaria²⁵. Con ello también podemos seleccionar terapias, divulgándose en los medios de comunicación como “un análisis de sangre para elegir el mejor tratamiento contra el cáncer”²⁶.

Las terapias dirigidas y la biopsia líquida, planteadas con una visión mecanicista sin la modulación del modelo biopsicosocial, son ejemplos de una Medicina y una

Tabla 3. Tipos de transversalidad y características.

TIPOS	CARACTERÍSTICAS	PARADIGMA PREDOMINANTE	REFLEXIÓN
Molecular	Interrelaciona las alteraciones moleculares de las distintas neoplasias para encontrar elementos comunes útiles en el diagnóstico y terapia del cáncer	Modelo mecanicista u organicista. Se centra predominantemente en la célula tumoral	El oncólogo molecular suele tener poca implicación en la atención clínica y cuidado del paciente oncológico. La inercia de la Oncología molecular sin la sinergia de la clínica y cuidado lleva a la <i>Oncología líquida</i>
Clínica	Interrelaciona los parámetros clínicos y los cuidados de los pacientes con diferentes neoplasias para mejorar la atención global y encontrar el sentido y dimensión humana de la medicina	Modelo Biopsicosocial con poca implicación en la Biología Molecular del Cáncer. Se centra predominantemente en la persona con cáncer	El oncólogo clínico realiza buena atención pero sin óptimos resultados finales por no aprovechar los recursos diagnóstico-terapéuticos que aporta la Biología Molecular del Cáncer
Integral	Integra de modo sinérgico la mejor atención clínica y cuidados del paciente y su entorno con las mejoras diagnóstico-terapéuticas que aporta la Biología Molecular del Cáncer	Modelo Biopsicosocial con adecuada implicación en la Biología Molecular del Cáncer. Se centra en la sinergia e interrelación cáncer y persona que sufre el cáncer	Oncólogo clínico y molecular que realiza buena atención con óptimos resultados finales al aprovechar los recursos diagnóstico-terapéuticos que aporta la Biología Molecular del Cáncer

22 Camps V. Elogio de la Duda. Ed. Arpa, Barcelona, (2016) 12.

23 *ibid.*, 49.

24 Bauman, Z. Modernidad líquida, Fondolíquida, Fondo de Cultura Económica México, (2003) 82.

25 Panabieres and K. Pantel. “Circulating Tumor Cells: Liquid Biopsy of Cancer”. *C. A. Clinical Chemistry* (2013) 59:110-118.

26 <http://elpais.com/elpais/2015/02/23/ciencia/1424718013_800654.html> (Consultado 5/6/2016).

Oncología que nosotros calificamos como “líquidas”, parafraseando a Bauman, donde los intereses predominantes cambian desde la dignidad y valores de la persona a la utilidad de la molécula, es decir, de la biografía a la biología cuando biografía y biología son sinérgicas y complementarias, ambas constituyentes de la persona.

cia e investigación, persona y molécula, hechos y valores, biología y biografía son sinérgicas y complementarias y la falta de atención de una de estas facetas frente a las otras repercute negativamente en su conjunto. Se podría representar esta reflexión como se muestra en el gráfico adjunto (Figura 1).

Figura 1. La dicotomización de la *Oncología líquida*.



La clave que explica la irrupción de la *Oncología líquida* es la transversalidad; transversalidad clínica o molecular. En la Tabla 3 resumimos los conceptos de transversalidad en la *Oncología líquida*.

¿Y por qué emerge la *Oncología líquida*? Creemos que ante la complejidad del cáncer (más de 200 variedades distintas con gran diversidad molecular) y la propia complejidad del paciente con cáncer, que presenta generalmente varias comorbilidades y circunstancias clínicas, sociales y culturales distintas, la Oncología prefiere simplificar dicotomizando entre el paciente o el tumor, la clínica o la investigación, curar o cuidar. En ocasiones parece que, si tenemos que elegir, elegimos la curación, la molécula y la investigación pues suelen generar más prestigio y podrían considerarse “atajos” ante tanta complejidad e incertidumbre. Creemos que los avances tecno-científicos y la investigación deslumbran a la sociedad en conjunto, a los ciudadanos, a los gestores y a los propios facultativos, y por ello se observa en la práctica actual una prioridad del pensar técnico-instrumental sobre el razonamiento reflexivo.

Desde nuestro punto de vista, esta es una visión cortoplacista y reduccionista, que no favorece un adecuado tratamiento del paciente oncológico y conduce no pocas veces al *burn out* del profesional. Curar y cuidar, asisten-

1.6. Sufren las personas y no las moléculas

La investigación en conocimientos moleculares que sustentan el desarrollo y aplicación de nuevas estrategias diagnósticas y terapéuticas son un medio y no un fin. Sirven para mejorar los resultados de la atención global de las personas enfermas junto con aspectos no biológicos de la atención clínica, como los valores y la biografía de la persona. De otro modo, atribuir categoría de persona a algo que no lo es podría llevar a considerar a la persona como un medio y no como un fin en sí mismo.

Con visión profética Edmund Husserl, en su texto “La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental”, planteaba ya la reducción positivista de la idea de ciencia a mera ciencia de hechos y la crisis de la ciencia como pérdida de su significación vital afirmando que “meras ciencias de hechos hacen meros seres humanos de hechos”²⁷. Y hace 30 años Hans Jonas anticipaba, al reflexionar sobre la biología molecular y la capacidad de manipulación que tiene al hombre mismo por objeto, que “esto se ha convertido en una posibilidad teórica y en una posibilidad moral, mediante la neutralización metafísica del ser humano. Pero esta neutralización que sin duda nos permite hacer lo que queramos, nos niega al mismo tiempo, la guía para saber qué hacer”²⁸.

27 Husserl E. La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental. Prometeo. Buenos Aires, (2008) 49.

28 Jonas H. Por qué la técnica moderna es objeto de la filosofía. Técnica, Medicina y ética. Paidós, Barcelona, (1985) 30.

1.7. La reacción contra la *Oncología líquida*

El grupo de Nathan I. Cherny²⁹ advierte del oscurecimiento que puede sufrir la verdadera medicina centrada en la visión amplia de la persona por la medicina personalizada si esta se centra prioritariamente en estrategias bioterapéuticas. Por ello, proponen cambiar la taxonomía. Los autores recomiendan no olvidar las necesidades específicas del paciente con cáncer, sus valores, circunstancias sociales y culturales y reconocen la importancia de un médico empático y humano.

La Asociación Americana de Oncología establece los *elementos clave para los cuidados individualizados de los pacientes con cáncer avanzado*³⁰ y entre ellos resaltamos dos:

- Las conversaciones relacionadas con las intervenciones antineoplásicas deben incluir información respecto a posibilidades de respuesta, naturaleza de la respuesta, efectos adversos y riesgos del tratamiento.
- Cuando las opciones de tratamiento específico de la enfermedad estén agotadas se debe animar a realizar una transición a programas de tratamiento exclusivo de síntomas y cuidados paliativos, con el objetivo de minimizar el sufrimiento psicológico y emocional y dar la oportunidad de que el paciente con cáncer avanzado muera con dignidad y en paz consigo mismo.

En el año 2008, Jackson y colaboradores publicaron un estudio descriptivo que analiza los tipos de implicación del oncólogo en la toma de decisiones al final de la vida del paciente oncológico con enfermedad avanzada³¹. A partir de este estudio, los autores concluyen que existen dos fenotipos de oncólogos: en el fenotipo

I, el oncólogo considera que tiene un papel en los aspectos biomédicos y psicosociales de la atención y toma de decisiones al final de la vida y utiliza una adecuada comunicación con el paciente y su entorno. Estos médicos consideran la comunicación como un proceso, dan recomendaciones a sus pacientes con una aproximación individualizada y ven los cuidados al final de la vida como profesionalmente satisfactorios. El fenotipo II de oncólogo tiene una relación más distante con el paciente y una sensación de fracaso por no poder alterar la historia natural de la enfermedad y sensación de ausencia de apoyo colegial. Tampoco cree que su participación influya en la aceptación de la muerte y da pocas recomendaciones de opciones de tratamiento y cuidados. El oncólogo tipo I utiliza la transversalidad integral y el tipo II la transversalidad molecular.

La oncóloga y bioeticista de la Universidad de Nueva York Antonella Surbone³² reflexiona, en un artículo de revisión del Libro de Formación de la Sociedad Americana de Oncología, sobre la necesidad de un cambio de actitud de los oncólogos para que estos recuperen la autenticidad e integridad profesional a través de una adecuada comunicación con sus pacientes en la era de la medicina personalizada.

2. Conclusiones

Con los datos obtenidos de este amplio estudio parece que en nuestro medio existe agresividad terapéutica y, por tanto, obstinación terapéutica en la atención de los pacientes oncológicos al final de la vida en el hospital. Ello podría ser la expresión de una *Oncología líquida* que no tiene como prioridad al paciente como sujeto moral del encuentro clínico y que sí prioriza, para simplificar ante la complejidad e incertidumbre del cáncer y de la persona con cáncer, la molécula y la investigación sobre la persona como sujeto moral que sufre.

Creemos que la Planificación Anticipada de los Cuidados, la consideración de los valores y preferencias del paciente y la Limitación del Esfuerzo terapéutico con-

29 Cherny N.H, de Vries, G.E, Emanuel L. et al. Words Matter: Distinguishing "Personalized Medicine" and "Biologically Personalized Therapeutics". *J Natl Cancer Inst* (2014) 12: 106 DOI:10.1093/jnci/dju321.

30 Peppercorn JM, Smith TH, Helft Th, et al.. "American Society of Clinical Oncology Statement: Toward Individualized Care for Patients With Advanced Cancer". *J Clin Oncol* (2011) 29:755-760.

31 Jackson V. A, Mack J., and Matsuyama R. A. "Qualitative study of oncologist's' approaches to end of life care". *J Palliat Med* (2008) 11:893-906.

32 Surbone A. Professionalism in Global, Personalized Cancer Care: Restoring Authenticity and Integrity. 2013 ASCO EDUCATIONAL BOOK | asco.org/edbook

sensuado con los pacientes son formas de disminuir esta agresividad y generar buena práctica clínica al final de la vida.

Estamos convencidos de que, lejos de dicotomías, tenemos que plantear actitudes sinérgicas y proactivas, aunando lo mejor de la investigación con el mejor cuidado y atención clínica en beneficio del ser humano, sujeto moral y finalidad última de la Medicina.

En último término, consideramos que es necesario renovar el ideal tradicional de profesión, así como reintroducir la ética de las virtudes en el discurso de la ética médica y la bioética.

Referencias

- Andreis F, Rizzi A, Rota L, Meriggi F. et al. "Chemotherapy use at the end of life. A retrospective single center experience analysis". *Tumori* (2011) 97: 30-34.
- Barón F.J. La agresividad terapéutica y los tratamientos limitados en el tiempo en pacientes oncológicos al final de la vida: fundamentos éticos y aplicación clínica. Tesis Doctoral. Universidad de Santiago de Compostela (2015).
- Bauman, Z. Modernidad líquida, Fondo de Cultura Económica México, (2003) 82.
- Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein Ronald M. "The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry". *Ann Fam Med* (2004) 2: 576-582.
- Bradford R. Hirsch and Amy P. Abernethy. "Structured Decision-Making: Using Personalized Medicine to Improve the Value of Cancer Care". *J Pers Med* (2013) 3:1-13.
- Camps V. Elogio de la Duda. Ed. Arpa. Barcelona 2016, 12-49.
- Cassel E. La persona como sujeto de la medicina. Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols nº 19. Barcelona. 2009, 16.
- Cherny N.H, de Vries, G.E, Emanuel L. et al. Words Matter: Distinguishing "Personalized Medicine" and "Biologically Personalized Therapeutics. *J Natl Cancer Inst* (2014) 106(12) DOI:10.1093/jnci/dju321
- Earle CC, Park ER, Lai B, Ayanian JZ, et al. "Identifying Potential Indicators of the Quality of End-of-Life Cancer Care From Administrative Data". *J Clin Oncol*. (2003) 21:1133-1138.
- Engel GL. "The need for a new medical model: a challenge for biomedicine". *Science* (1977) 196:129-36.
- González-Angulo A.M., Hennessy Bryan T.J, and Mills Gordon B. "Future of Personalized Medicine in Oncology: A Systems Biology Approach". *J Clin Oncol* (2010) 28:2777-2783.
- Hurssel E. La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental. Ed. Prometeo. Buenos Aires 2008, 49.
- Jonas H. Por qué la técnica moderna es objeto de la filosofía. Técnica, Medicina y ética. Barcelona. Paidós, 1985, 30.
- Jackson V. A, Mack J., and Matsuyama R. A. "Qualitative study of oncologist's' approaches to end of life care". *J Palliat Med* (2008) 893-906.
- Kao S, Shafiq J, Vardy J, and Adams D: "Use of chemotherapy at end of life in oncology patients". *Ann Oncol* (2009) 20:1555-1559.
- Kelly M.C, Pritchard I.K. Personalized Medicine: What Exactly Is It and Can We Truly Measure It? *J Clinical Oncology* 30: 2173-2174, 2012.
- Kleinman, AM. "What kind of model for the anthropology of Medical System?" *Am. Anthropologist* (1977) 80: 661-665.
- Martínez Hernaez, A. Símbolos, Cuerpos y Aflicciones, En: Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Angel Martinez Hernaez ed. Antropos. Barcelona. (2008), 01-102.
- National Cancer Policy Board: Ensuring Quality Cancer Care. Washington, DC, National Academy Press, 1999
- Organización Médica Colegial. Grupo de trabajo de Atención médica al final de la vida. 2009. Disponible en <<https://www.cgcom.es/.../Atencion%20Medica%20al%20final%20de%20la%20vida.pdf>>
- Panabieres and K. Pantel. "Circulating Tumor Cells: Liquid Biopsy of Cancer". *C. A. Clinical Chemistry* (2013) 59:110-118.

- Peppercorn J.M, Smith T. J., Helft P.R. et. al. "American Society of Clinical Oncology Statement: Toward Individualized Care for Patients with Advanced Cancer". *J Clin Oncol* (2011) 29:755-760.
- Quill T.E. - Holloway, R. "Time-limited trials near the end of life", *JAMA* (2011) 306:13, 1483-1484.
- Santiago, Manuel De. "Identidad de la Medicina en el pensamiento de Edmund D. Pellegrino" *Cuadernos de Bioética*. 2016; 27(89): 29-51.
- Sanz Ortiz J. "Chemotherapy at the end of life: up until when?" *Clin Transl Oncol* (2012) 67:667-674.
- Seom.org/seomcms/images/stories/recursos/LA_CIFRAS_DEL_CANCER_EN_2016.pdf
- Surbone A.. Professionalism in Global, Personalized Cancer Care: Restoring Authenticity and Integrity. 2013 ASCO EDUCATIONAL BOOK | asco.org/edbook
- Torralba, F. Filosofía de la Medicina. En torno a la obra de E.D. Pellegrino. Instituto Borja de Bioética. Barcelona 2001
- Wulff H.R, Pedersen S.A, Rosenberg R. El Modelo Mecánico. En Introducción a la Filosofía de la Medicina. Triacastela. Madrid, (2002) 94.