



SOCIEDAD MEXICANA DE ONCOLOGÍA, A.C.
**GACETA MEXICANA
DE ONCOLOGÍA**

www.elsevier.es



CASO CLÍNICO

¿Cuándo referir a un paciente con cáncer a cuidados paliativos?

Silvia Allende-Pérez^{a,*}, Emma Verástegui-Avilés^b, Silvia Chavira-Estefan^c, María de Lourdes Tejeida-Bautista^c y Georgina Domínguez-Ocadio^b

^a Jefatura del Servicio de Cuidados Paliativos, Instituto Nacional de Cancerología, México D.F., México

^b Servicio de Cuidados Paliativos, Instituto Nacional de Cancerología, México D.F., México

^c Diplomado en Cuidados Paliativos, Instituto Nacional de Cancerología, México D.F., México

PALABRAS CLAVE

Cuidados paliativos;
Cáncer avanzado; Fu-
tilidad médica; Méxi-
co.

Resumen Los pacientes con cáncer avanzado presentan múltiples síntomas como consecuencia de su enfermedad y los tratamientos. La utilidad de la quimioterapia paliativa en distintas neoplasias es clara, sin embargo, es importante establecer las metas del tratamiento. El oncólogo y el paliativista deben idealmente conformar un equipo para brindar una atención holística, que contribuya al control de síntomas, así como al propósito del tratamiento antineoplásico. Desafortunadamente, en ocasiones es difícil decidir cuándo suspender el tratamiento. En este artículo a través del caso de la Sra. C, una mujer de 34 años, con cáncer de mama, quien vivió 30 meses con 7 líneas de quimioterapia, radioterapia y cirugía, antes de que ella solicitara ser vista por el Servicio de Cuidados Paliativo, discutimos la importancia del envío temprano para el manejo conjunto.

KEYWORDS

Palliative care; Advan-
ced cancer; Medical
futility; Mexico.

When to refer a patient to palliative care?

Abstract Cancer patients with advanced disease often have severe physical and psychological symptoms, as a consequence of their disease and treatment. Chemotherapy near the end of life might prolong survival or reduce symptoms but severe adverse effects. Palliative care and oncologist should be part of the team caring for patients with serious cancers for which symptom control, medically appropriate goal setting, and communication are paramount. Unfortunately, it is sometimes difficult to decide when enough chemotherapy, is enough. In this paper we use a case presentation, Mrs. C, a 34 -year-old woman, with breast cancer, who lived 30 months with seven lines of chemotherapy, radiation therapy and surgery, before she requested Palliative Care Consultation, we discuss the importance of an early referral.

* Autor para correspondencia: Servicio de Cuidados Paliativos, Instituto Nacional de Cancerología. Av. San Fernando N° 22, Colonia Sector XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México D.F., México. Teléfono: 5628 0400, ext. 822. Correo electrónico: srallendep@incan.edu.mx (Silvia Allende-Pérez).

Introducción

Durante los últimos 6 años, el país consiguió brindar una cobertura básica de salud al 95% de la población a través de programas de seguridad social y Seguro Popular, para una cartera básica de enfermedades y algunos tipos de cánceres. El sistema de Protección Social en Salud, ha incluido el cáncer de mama en el listado de enfermedades con gastos catastróficos; en consecuencia, todas las pacientes con este tipo de cáncer, reciben de manera gratuita tratamiento quirúrgico, de radio y quimioterapia¹.

Aunque esta estrategia ha hecho posible la detección y tratamiento de neoplasias en etapas tempranas, más de la mitad de los mexicanos viven en situación de pobreza y alta marginación (52.7% de las localidades del país)²⁻⁴. Consecuentemente, existen importantes diferencias en el acceso y la calidad de los servicios médicos, particularmente para la población más vulnerable⁵⁻⁸.

Aproximadamente el 25% de los pacientes con cáncer reciben quimioterapia con fines curativos, siendo la quimioterapia paliativa una opción de tratamiento importante para mejorar la calidad de vida y aumentar la supervivencia. Existen reportes que indican que del 15% al 20% de los pacientes reciben quimioterapia, 2 semanas o menos antes de su muerte⁹. El diagnóstico tardío y el deseo de recibir tratamiento antineoplásico independientemente de las posibilidades de algún beneficio, en ocasiones hacen excluyente (de manera equivocada), el implementar un manejo de cuidados paliativos oportunamente¹⁰⁻¹².

Presentación del caso

Paciente femenina de 34 años de edad, originaria del estado de Morelos, residente del Distrito Federal, casada, sin hijos. Nivel socioeconómico bajo con ingresos mensuales de 2,500.00 pesos mexicanos, derechohabiente al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).

Inicia su padecimiento en agosto de 2009, con aumento de tumoración en mama izquierda de 5 cm, abscedada, vista por médico particular, quien le realiza lavado quirúrgico y toma de biopsia con reporte de resultado de carcinoma medular y lesión en lecho quirúrgico, con marcadores tumorales triple negativo: RE (-), RP (-) y Her2 (-), por lo que se envía a la Institución para tratamiento.

Acude al Instituto en abril de 2010, encontrándose mama izquierda con zona de induración en cuadrante superior externo (CSE) de aproximadamente 5 x 4 cm, no fijo a planos profundos, cicatriz de aproximadamente 3 cm en CSE, con área de dehiscencia de aproximadamente 2 cm con tejido de granulación y salida de líquido cetrino, no fétido. Axila con adenopatía de aproximadamente 1.5 cm, movable. La biopsia por trucut muestra carcinoma canalicular infiltrante poco diferenciado, SBR 8 (3-3-2), RE (-), RP (-), Her2-Neu +++, Ki-67 (+) 40% de las células neoplásicas.

La paciente es valorada por Oncología Médica en mayo 2010, se decide inicio de quimioterapia, FAC 800/80/800 mg x 4. Por clínica frl dolor e inicia tratamiento con morfina 15 mg cada 8 horas. Por progresión locorregional se inicia *segunda línea* de quimioterapia con herceptin/taxol semanal. Continúa con dolor, se ajusta dosis de morfina. En octubre de 2010, inicia radioterapia por progresión locorregional, por lo cual se inician 3 dosis de radioterapia paliativa de 8Gy, concluyendo en noviembre de 2010. En diciembre



A



B

Figura 1 A) Bases pulmonares con derrame pleural izquierdo, con cambios posquirúrgicos en la mama izquierda. Estructuras óseas sin lesiones de tipo lítico, ni blástico. B) A nivel pulmonar se observan cambios fibróticos en la región apical del pulmón izquierdo. Existen importantes cambios posquirúrgicos en el hemitórax del lado izquierdo, con la presencia de comunicación a cavidad torácica a nivel basal. Existe escaso líquido libre dentro de la cavidad pleural.



A



B



C



D

Figura 2 Envío tardío a cuidados paliativos. **A)** Paciente con cáncer de mama después de 7 líneas de quimioterapia, enviada a cuidados paliativos en mal estado general: caquéctica, deshidratada, pálida, en silla de ruedas, soporosa, con un peso de 30 Kg. **B)** Tumor fungante fétido en cara posterior de tórax, fácilmente sangrante. **C)** Reemplazo de mama izquierda por tumor que se extiende hacia axila y región posterior de tórax. **D)** Exposición de costillas.

de 2010, el tumor sustituye la mama por lo que inicia *tercera línea* de quimioterapia con docetaxel/trastuzumab x 4; en abril de 2011, inicia *cuarta línea* con xeloda herceptin, presentando progresión en junio de 2011, por lo cual inician *quinta línea* con CBP/gemzar/herceptin, presentando neutropenia grado 4, se interna para manejo de neutropenia febril.

En julio de 2011, se realiza tomografía axial computada (TAC) que muestra mama izquierda con defecto en sacabocados, involucra piel, tejidos blandos y se extiende hacia axila, involucro de músculos intercostales aparentes, no aparentemente evidencia de lesiones líticas, derrame pleural izquierdo, por lo que se programa para mastectomía de limpieza, más rodete de pectoral con resección de quinto y sexto arcos costales.

La evolución posquirúrgica fue tórpida por infección en el sitio quirúrgico, dehiscencia de la dehiscencia e infección de la herida. En agosto de 2011, se realiza rizolisis T4-T9 30. En octubre de 2011, inicia *sexta línea* con vinorelbine herceptin. En septiembre, la TAC muestra progresión tumoral y cambios posquirúrgicos (fig. 1). En noviembre de 2011, a la exploración física se encuentra herida en pared torácica abierta, con exposición de arco costal y cavidad torácica, continúa con navelbine día uno y 8 herceptin, previa hemotransfusión. En diciembre de 2011 continúa con progresión, por lo cual se inicia *séptima línea* de quimioterapia con carboplatino 200 mg semanal/xeloda 1 g cada 12 horas, previo a cada ciclo requiere hemotransfusión.

En enero de 2012, la paciente continúa con dolor a pesar de 2 parches 8.4 mg de fentanilo transdérmico y 30 mg de morfina cada 6 horas, por lo que se propone rizolisis

Tabla 1 Formato de envío a Cuidados Paliativos

Nombre del paciente _____ Expediente _____ Servicio Solicitante _____
 Cama _____ Diagnóstico oncológico _____ Nombre del médico a cargo del enfermo _____
 ¿Se informó al paciente y/o a sus familiares de la interconsulta? _____

¿Cumple con los siguientes criterios de admisión?	Puntuación
Enfermedad de base	
Cáncer avanzado, metastásico o recurrente	
Otra patología grave	
Asigne 2 puntos para cada uno	
Padecimientos avanzados/graves no relacionados al cáncer	
Insuficiencia renal grave	
Enfermedad hepática avanzada	
Enfermedad pulmonar avanzada	
Enfermedad cardiovascular avanzada	
Complicaciones relacionadas al cáncer o sus tratamientos recurrentes refractarias a manejo	
Asigne 1 punto para cada uno	
Estatus funcional del paciente ECOG	
0 Activo, puede realizar sus actividades normalmente	0 puntos
1 Ambulatorio pero con restricciones para realizar sus actividades diarias	0 puntos
2 Ambulatorio y capaz de cuidarse a sí mismo, pero incapaz de realizar cualquier actividades. Activo más del 50% del día	1 punto
3 Cuidado a sí mismo limitado, en cama o en reposo más del 50% del día.	2 puntos
4 Postrado, incapaz de cuidarse a sí mismo	3 puntos
Otros criterios	
El equipo/paciente/familia necesita apoyo para decidir las metas del tratamiento	1 punto
El paciente tiene dolor u otro síntoma con pobre control la mayor parte del día	1 punto
El paciente tiene problemas psicosociales o espirituales graves fuera de posible control	1 punto
El paciente ha acudido más de una vez al mes a los servicios de urgencias o atención inmediata	1 punto
El paciente ha tenido ingresos frecuentes al hospital en los últimos meses	1 punto
El paciente ha estado ingresado en el hospital por una complicación grave por más de una semana sin mejoría	1 punto
El paciente ha permanecido en terapia intensiva por más de una semana sin mejoría	1 punto
El paciente se encuentra en terapia intensiva con un mal pronóstico	1 punto
Puntuación total	
Puntuación total 2	No es candidato al PACO
Puntuación total 3	No es candidato al PACO actualmente pero requiere reevaluación
Puntuación total 4	Es candidato a ingresar al PACO

Comentarios relevantes del caso.

nuevamente. La paciente no acepta procedimiento y el familiar solicita manejo por cuidados paliativos.

Es vista por primera vez el 31 de enero de 2012 con: dolor 8/10 en área de costillas derechas, por erosión y necrosis de tejido en cara anterior de tórax y otra lesión exofítica en hombro izquierdo y zona escapular. Náusea 2, vómito 2, estreñimiento 5, fetidez 8, insomnio 7, somnolencia 7 (por la mañana), astenia, anorexia, adinamia 7. Con franco descontrol de signos y síntomas.

Llega al Servicio en muy mal estado general: caquética, deshidratada, pálida, en silla de ruedas, soporosa, con un peso de 30 Kg, talla de 1.530 m, Karnofsky de 30 y ECOG de 4%, con gran fetidez a través de la lesión presente en cara anterior de tórax, infiltrante, con exposición de costillas y otro implante en región escapular izquierda y axilar, friables, sangrantes (fig. 2).

Se inició manejo en el Servicio de Cuidados paliativos por vía subcutánea en base a morfina, ketorolaco, omeprazol,

ondansetrón y midazolam, además de preparación magistral para aplicación tópica en los sitios de lesiones. El resto del equipo multidisciplinario realizó su intervención en apoyo del bienestar de la paciente al igual que enfermería, psicología, nutrición y trabajo social.

La paciente se envía a domicilio con control adecuado de síntomas y manejo multidisciplinario con seguimiento virtual, a través de la Clínica Paliativa Virtual en su área de *Call Center*.

A pesar del poco tiempo que estuvo a cargo del Servicio de Cuidados Paliativos, se logró controlar la sintomatología presentada por la paciente desde su ingreso al Instituto Nacional de Cancerología (INCan), se logra dar a la paciente un control sintomatológico al final de la vida.

La paciente fallece en su domicilio sin dolor y en compañía de la familia, el día 21 de febrero de 2012.

Discusión

La atención paliativa es un enfoque de tratamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, quienes se están enfrentando a los problemas asociados a una enfermedad potencialmente mortal. Estos objetivos se alcanzan a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, al identificar de manera temprana las necesidades del paciente y su familia, realizando una evaluación adecuada del estado del paciente, sus síntomas y aplicando tratamientos para el alivio del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales¹³.

Los médicos de cuidados paliativos y los oncólogos, idealmente debieran conformar un equipo para brindar un manejo holístico a los pacientes con cáncer.

De acuerdo a un estudio realizado por Casarett et al.¹⁴ y otros investigadores¹⁵⁻²⁰, los pacientes que son vistos por los equipos de cuidados paliativos tienen mejor control de síntomas, incluyendo el dolor. Existen diferentes razones por las cuales es posible que los equipos paliativos logren un mejor control de síntomas. La evaluación con el sistema de medición de síntomas como la de *Edmonton Symptom Assessment System*^{21,22}, permite un seguimiento estrecho de los síntomas del paciente. Adicionalmente, los equipos de cuidados paliativos proporcionan atención al distrés emocional, y los pacientes tienen acceso a recibir la atención por un equipo interdisciplinario.

Un aspecto importante en los sistemas de salud son los costos de los tratamientos contra el cáncer, numerosos estudios han demostrado que los pacientes que reciben atención paliativa tienen mejor paliación a un menor costo²³⁻²⁷.

Recientemente, Temel²⁸ demostró evidencia preliminar que indica que los pacientes que reciben atención paliativa temprana tienen beneficios en la supervivencia. Un mejor control de síntomas físicos y psicológicos impacta en una mejor adherencia terapéutica, además de que el distrés físico y psicológico se asocia a una menor sobrevida²⁹⁻³². Finalmente, una transición efectiva a cuidados al final de la vida, evita posibles tratamientos fútiles³³.

En el Servicio de Cuidados Paliativos del INCan, hemos diseñado una hoja de referencia de los pacientes al Servicio (tabla 1). Este documento ha sido exitoso, especialmente con los médicos residentes de Oncología, para determinar el envío de pacientes para atención paliativa.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento

No se recibió ningún patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Referencias

1. Consultado el 23 de julio de 2013. <http://www.seguro-popular.gob.mx/>
2. Consultado el 23 de julio de 2013. <http://www.paho.org/spanish/HIA1998/Mexico.pdf>
3. Consultado el 23 de julio de 2013. <http://www.conapo.gob.mx/>
4. Consultado el 23 de julio de 2013. <http://www.stanford.edu/~cbaum/basencamp/dschool/mexicostudio/Global%20health%20Mexico.pdf>
5. Consultado el 23 de julio de 2013. <http://web.coneval.gob.mx/Paginas/principal.aspx>
6. Consultado el 23 de julio de 2013. http://www.oecd.org/document/59/0,3746,en_2649_37407_37092731_1_1_1_37407,00.html
7. Gutiérrez-Delgado C, Guajardo-Barrón V. The double burden of disease in developing countries: The Mexican experience, in Dov Chernichovsky, Kara Hanson (ed.) *Innovations in Health System Finance in Developing and Transitional Economies (Advances in Health Economics and Health Services Research, Volume 21)*. Emerald Group Publishing Limited; 2009. p. 3-22.
8. Consultado el 23 de julio de 2013. www.oecd.org/health/healthdata
9. Harrington, SE, Smith TJ. The Role of Chemotherapy at the End of Life "When Is Enough, Enough?" *JAMA* 2008;299:2667-2678.
10. Knaul FM, Nigenda G, Lozano R, et al. Breast cancer in Mexico: a pressing priority. *Reprod Health Matt* 2008;16:1-11.
11. Mohar A, Bargalló E, Ramírez MT, et al. Recursos disponibles para el tratamiento del cáncer de mama en México. *Salud pública* 2009;51:S263-S269.
12. Murray SA, Grant E, Grant A, et al. Dying from cancer in developed and developing countries: lessons from two qualitative interview studies of patients and their carers *BMJ* 2003;326:1-5.
13. Consultado el 23 de julio de 2013. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html>
14. Casarett D, Johnson M, Smith D, et al. The optimal delivery of palliative care: A national comparison of the outcomes of consultation teams vs. inpatient units. *Arch Intern Med* 2011;171:649-655.
15. Higginson IJ, Evans CJ. What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families? *Cancer J* 2010;16:423-435.
16. Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, et al. Evidence for improving palliative care at the end of life: A systematic review. *Ann Intern Med* 2008;148:147-159.
17. Strömberg AS, Groenvold M, Petersen MA, et al. Pain characteristics and treatment outcome for advanced cancer patients during the first week of specialized palliative care. *J Pain Symptom Manag* 2004;27:104-113.
18. Rabow MW, Dibble SL, Pantilat SZ, et al. The comprehensive care team: A controlled trial of outpatient palliative medicine consultation. *Arch Intern Med* 2004;164:83-91.
19. Follwell M, Barman D, Le LW, et al. Phase II study of an outpatient palliative care intervention in patients with metastatic cancer. *J Clin Oncol* 2009;27:206-213.

20. Hanks GW, Robbins M, Sharp D, et al. The imPaCT study: A randomised controlled trial to evaluate a hospital palliative care team. *Br J Cancer* 2002;87:733-739.
21. Dudgeon D, King S, Howell D, et al. Cancer Care Ontario's experience with implementation of routine physical and psychological symptom distress screening. *Psychooncology* 2012;21(4):357-364.
22. Barbera L, Seow H, Howell D, et al. Symptom burden and performance status in a population-based cohort of ambulatory cancer patients. *Cancer* 2010;116:5767-5776.
23. Zhang B, Wright AA, Huskamp HA, et al. Health care costs in the last week of life: Associations with end-of-life conversations. *Arch Intern Med* 2009;169:480-488.
24. Gade G, Venohr I, Conner D, et al. Impact of an inpatient palliative care team: A randomized controlled trial. *J Palliat Med* 2008;11:180-190.
25. Penrod JD, Deb P, Dellenbaugh C, et al. Hospital-based palliative care consultation: Effects on hospital cost. *J Palliat Med* 2010;13:973-979.
26. Brumley R, Enguidanos S, Jamison P, et al. Increased satisfaction with care and lower costs: Results of a randomized trial of in-home palliative care. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:993-1000.
27. White KR, Stover KG, Cassel JB, et al. Nonclinical outcomes of hospital-based palliative care. *J Healthc Manag* 2006;51:260-274.
28. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010;363:733-742.
29. Pinquart M, Duberstein PR. Depression and cancer mortality: A meta-analysis. *Psychol Med* 2010;40:1797-1810.
30. Faller H, Blözebruck H, Drings P, et al. Coping, distress, and survival among patients with lung cancer. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:756-762.
31. Barefoot JC, Schroll M. Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a community sample. *Circulation* 1996;93:1976-1980.
32. Denollet J, Schiffer AA, Spek V. A general propensity to psychological distress affects cardiovascular outcomes: Evidence from research on the type D (distressed) personality profile. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2010;3:546-557.
33. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, et al. The clinical course of advanced dementia. *N Engl J Med* 2009;361:1529-1538.