

"Oncofrail": Oncología en la fragilidad. Desde la reflexión ética a la práctica clínica

"Oncofrail": Oncology in frailty. From ethical reflection to clinical practice

María Gorety Pazos González*, F.J. Barón Duarte*, Luis Antón Aparicio**

***Unidad de Hospitalización. Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario de A Coruña**

****Jefe de Servicio. Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario de A Coruña**

Resumen

El concepto de fragilidad está reconociéndose progresivamente como una de las cuestiones más importantes en los pacientes con cáncer y en este momento es un concepto en construcción. La propia neoplasia, las comorbilidades y terapias específicas pueden producir un significativo estrés adicional que supone un reto para la reserva fisiológica del paciente. La fragilidad es un estado complejo y multidimensional de disminución de la reserva fisiológica que produce un descenso en la capacidad de adaptación y que incrementa la vulnerabilidad a los estresores. El cuidado es una categoría moral básica en la experiencia humana universal: define el valor del ser humano y su dignidad. Los pacientes frágiles con cáncer exigen una especial actitud de atención a sus necesidades, también desde la perspectiva de la justicia. La teoría de la justicia de Rawls proporciona un marco para explicar en una sociedad de personas libres e iguales con iguales oportunidades la necesidad de acuerdos cooperativos que beneficien al desfavorecido; en la atención del cáncer, al paciente frágil. Implementamos un circuito para la atención de pacientes frágiles denominado ONCOFRAIL, con el fin de que permita el adecuado cuidado y atención de las necesidades de estos pacientes. Tras la fase piloto se evidencia que es una estrategia factible y que puede beneficiar a estos pacientes.

Keywords: Frágil, Cuidados del cáncer, Dignidad, Circuito especial.

Abstract

The concept of frailty has become increasingly recognized as one of the most important issues in patients with cancer, and it is one of the concepts that are still being conceptualized at the moment. Cancer itself, related comorbidities and specific therapies can be significant additional stressors that challenge a patient's physiologic reserve. Frailty is a complex multidimensional state of diminished physiologic reserve that results in decreased adaptive capacity and increased vulnerability to stressors. Caregiving is one of the foundational moral meanings and practices in human experience everywhere: it defines human value and dignity. Caring for frail cancer patients implies a special attitude to attend to all needs also from the perspective of justice. Rawls' theory of justice provides a framework that explains the significance, in a society assumed to consist of free and equal people, with equal opportunities, of cooperative arrangements that benefit the majority including the less advantaged members of society; in the case of cancer care, frail patients. We implemented a specific patient circuit called ONCOFRAIL that allows for suitable care and provides for patients' needs. After a pilot test we may conclude that this is a feasible action that can benefit patients.

Palabras clave: Frail, Cancer care, Dignity, Special circuit.

1. Introducción

En el momento actual, la sociedad en su conjunto y los profesionales sanitarios en particular somos plenamente conscientes de la importancia cuantitativa y cualitativa que tiene el cáncer y su atención, tanto a nivel colectivo como individual. Como consecuencia de esta trascendencia, el Instituto de Medicina de Estados Unidos publicó en el año 2013 el documento "Delivering High-Quality Cancer Care" (Instituto Nacional de Medicina, EE. UU, 2013), fruto de la preocupación por los déficits de cuidados y de atención global al paciente con cáncer. Este Instituto creó un comité para la mejora de la calidad de la atención de estos pacientes que recomendó programas de cuidados integrales centrados en la comunicación para los enfermos con neoplasias avanzadas.

El cuidado es un significado moral fundacional y práctico en la experiencia humana universal: define el valor del ser humano y su dignidad.

El Instituto de Medicina comprobó la deficiente atención a los pacientes con cáncer, pese a que en varias publicaciones de años anteriores se marcaban pautas para su adecuado cuidado. De esta manera, la Asociación Americana del Cáncer establecía los elementos clave para los cuidados de los pacientes con cáncer avanzado (Peppercorn, 2011):

- 1) Los pacientes deben ser bien informados acerca de su pronóstico y de las opciones de tratamiento, garantizando que tengan oportunidades para llevar a cabo sus preferencias e intereses respecto al tratamiento y cuidados de soporte.
- 2) El tratamiento antineoplásico será ofrecido al paciente y comentado con él cuando la evidencia apoye una posibilidad razonable de proporcionar beneficio clínico.
- 3) Las opciones para priorizar y mejorar la calidad de vida del paciente deberán ser debatidas en el momento del diagnóstico del cáncer avanzado y durante todo el transcurso de la enfermedad, a fin de que pueda establecerse un plan de tratamiento que incluya unos objetivos terapéuticos (planificación anticipada de los cuidados).
- 4) Las conversaciones respecto a las intervenciones antineoplásicas deben incluir información respecto a las posibilidades de respuesta, la naturaleza de la respuesta, los efectos adversos y los riesgos del tratamiento. Los costes directos para el paciente en concepto de tiempo, toxicidad y pérdida de alternativas o impacto económico serán anticipados y debatidos, para permitir al paciente llevar a cabo elecciones informadas.
- 5) Cuando sea posible, a los pacientes con cáncer avanzado se les ofrecerá la oportunidad de participar en ensayos clínicos u otras formas de investigación que mejoren el cuidado de futuros pacientes.
- 6) Cuando las opciones de tratamiento específico de la enfermedad estén agotadas se debe animar a realizar una transición a estrategias de tratamiento exclusivo de síntomas y programas de 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.

Son muchos los autores que desarrollan el concepto de dignidad. Siguiendo a Kant, Peter Bieri entiende la dignidad como “una propiedad de los seres humanos, como algo que poseen por el hecho de ser seres humanos” (Bieri, 2017a: 13). Más adelante, el autor aclara que “la dignidad no se puede entender como una propiedad natural, sensible, sino más bien como un tipo inusual de propiedad, que tiene el carácter de un derecho: el derecho a ser respetado y tratado de una manera determinada” (Bieri, 2017b: 14). Por ello, propone entender la dignidad como una manera determinada de vivir, y una de las facetas fundamentales de esta manera de vivir la vida es la dignidad como autonomía. Bieri afirma que “forma parte de la dignidad de un ser humano el comprender que la autonomía interior es frágil, está construida sobre arena. Comprender esto puede generar un valioso sentimiento de solidaridad.” (Bieri, 2017c: 88)

Juan Masiá, en su texto *Fragilidad en la esperanza*, comienza su antropología de la fragilidad del ser humano recordando una anécdota sobre la guerra de Troya comentada por el profesor de Humanidades en la asignatura de Arqueología (Masiá, 2004: 9). El autor evoca las descripciones de su profesor sobre las ánforas de los aqueos: “narración sin palabras, pintura elocuente, densidad de historia en fragilidad de arcilla. Y dejó caer la frase, simiente de filosofía: ¡Tan preciosas y tan quebradizas estas ánforas, como el ser humano!”

Profundizando en el concepto de fragilidad, Carlos Beorlegui afirma que “la estrategia que ha seguido la evolución en el caso de los humanos se ha orientado no tanto a alargar el proceso embriológico como a acortarlo, de tal forma que nos parecemos al feto de un mono, desembarcando en este mundo con una profunda menesterosidad y deficiencia biológica” (Belorsegui, 2016: 24), es decir, con una intensa fragilidad.

Es evidente que ontogénicamente el ser humano es frágil, es decir, débil y vulnerable, y contrarresta la fragilidad mediante la cultura y una faceta de esta, la técnica. Asimismo, la fragilidad e inmadurez biológica conllevan una menor conducta instintiva que está en la base de su indeterminación y de su libertad, fundamento de la moralidad. En la relación médico-paciente, finalmente, se produce un acto moral libremente elegido de atención al necesitado, como recuerda Kleinman al afirmar que

El concepto de fragilidad está reconociéndose progresivamente como una de las cuestiones más importantes en los pacientes con cáncer y en este momento es un concepto en construcción.

“el primer acto del médico y de los demás cuidadores es afirmar o negar el sentido moral que el paciente aporta al encuentro clínico” (Kleinman, 2006). De esta reflexión se deriva la condición de categoría moral del cuidado, dada la fragilidad ontológica del ser humano. Por eso, el mismo autor afirma en *Lancet Oncology* que “el cuidado es uno de los significados morales fundacionales y prácticos de cualquier experiencia humana: define

el valor humano y resiste la cruda reducción al coste y al cálculo” (Kleinman, 2012). Porque cultura, cultivo y cuidado, palabras con una misma raíz léxica, traducen idéntica idea: la atención solícita. El pensador brasileño Leonardo Boff propone la categoría de cuidado como la esencia misma del ser humano e identifica cuatro sentidos del cuidado mutuamente implicados: el cuidado, actitud amorosa; el cuidado, preocupación; el cuidado, protección; y el cuidado, prevención/precaución (Boff, 2015: 53-54).

Puede afirmarse, además, que la atención y cuidado del frágil cumplen con uno de los principios fundamentales de la Bioética: el principio de justicia. Así lo señala Victoria Camps al revisar la teoría de justicia como equidad de Rawls, recordando que los dos principios de la justicia de este autor, la libertad igual para todos y el principio de la diferencia, constituyen una estrategia para el progreso en la igualdad de oportunidades (Camps, 2018: 36). Se trataría en este caso de comprender la diferencia del paciente frágil para que tenga igualdad de oportunidades en la atención sanitaria.

Finalmente, reflexionamos sobre la fragilidad con un giro lingüístico. En inglés, el adjetivo *fragile* se utiliza prioritariamente referido a cosas ("este objeto es frágil, quebradizo") frente al adjetivo *frail* referido a personas ("esta persona es de condición frágil y vulnerable") (Sow, 1975). Llama la atención que en la lengua de Shakespeare haya dos adjetivos específicos, uno para describir la fragilidad de los objetos y otro para la fragilidad de las personas, como si los dos tipos de fragilidad tuvieran consideración moral distinta.

2. Fundamentos clínicos y bioéticos

En la práctica clínica de la oncología, el concepto de fragilidad está en proceso de plena construcción. La mayor parte de los autores consideran que se trata de un estado de vulnerabilidad al estrés que se asocia con eventos adversos y genera consecuencias negativas para el paciente. Hemos de recordar que la capacidad intrínseca de la persona (física, mental y social) para afrontar los retos del entorno

La fragilidad es un estado complejo y multidimensional de disminución de la reserva fisiológica que produce un descenso de la capacidad de adaptación y que incrementa la vulnerabilidad a los estresores.

(agentes estresores) se relaciona, entre otras cosas, con su reserva funcional. La reducción de esta capacidad intrínseca supone una disminución de la capacidad funcional

y un riesgo de mayor vulnerabilidad a agentes estresores, produciéndose la fragilidad, antesala de la discapacidad. Así como la fragilidad es reversible, la discapacidad en mejorable, pero muchas veces no reversible. Un artículo reciente que recoge todos estos conceptos, categoriza la capacidad de adaptación del paciente oncológico en tres etapas (*fit, prefrail, frail*) y propone sistemas de medida de la fragilidad y de abordaje práctico (Ethun, 2017).

En base a los datos y al conocimiento disponibles en el momento actual, podemos afirmar que los planes de cuidados integrados en la atención oncológica de los pacientes con cáncer mejoran los resultados de salud y la atención global de los pacientes y de su entorno personal, especialmente de los pacientes frágiles. En enero de 2017, la Sociedad Americana de Oncología recomendó la integración precoz de los cuidados y del soporte en la atención de los pacientes oncológicos, tanto ingresados como ambulatorios, mediante equipos interdisciplinarios en los que esté presente el oncólogo (Ferrel, 2017). Cada institución y Servicio de Oncología han de decidir cuál es su interés y qué papel desean jugar en la implementación de los cuidados y soporte del paciente oncológico en cada etapa de la enfermedad, de igual modo que lo hacen respecto a la implementación de la investigación traslacional, el consejo genético y otras áreas de la atención, docencia e investigación en Oncología. Es en el paciente anciano (>70 años) donde más debe tenerse presente la fragilidad, proponiéndose como herramienta la Valoración Geriátrica Integral que mide con instrumentos

específicos el estado funcional, cognitivo, nutricional, socioeconómico, las enfermedades concomitantes y los síndromes geriátricos. Así se establece una estimación de fragilidad de importancia práctica, dado que el paciente frágil tolera peor las terapias antineoplásicas (Balducci, 2000). Sin embargo, su aplicación es compleja, con gran consumo de tiempo, por lo que no suele realizarse de modo habitual (Rodin, 2007). Por otra parte, el 40% de pacientes oncológicos tienen menos de 65 años y también pueden presentar fragilidad.

Con una visión práctica, podemos preguntarnos a quiénes consideramos vulnerables y frágiles en la atención al paciente oncológico. La respuesta es evidente: al paciente y a su entorno personal (familia y cuidadores informales), pero también al personal sanitario. La fragilidad ontológica del ser humano se acentúa en situaciones de sufrimiento, y los profesionales sanitarios somos partícipes de esa fragilidad desde una situación asimétrica. Como sanitarios podemos compartir el sufrimiento, pero también tenemos las capacidades (técnicas, éticas y relacionales) para ayudar a paliarlo, de modo que podamos asumir y reparar en lo posible la fragilidad, conservando la dignidad. Otra pregunta que puede plantearse es cuándo existe fragilidad, vulnerabilidad y sufrimiento en la atención del paciente oncológico y su entorno personal. La respuesta es que en cualquier etapa de la enfermedad, desde el momento del diagnóstico hasta la curación, e incluso después de esta en la etapa de superviviente del cáncer, o en las fases avanzadas y terminales de la enfermedad en los casos incurables.

La propia neoplasia, las comorbilidades y las terapias específicas del cáncer, producen un significativo estrés adicional que supone un reto para la reserva fisiológica del paciente.

Como médicos clínicos con muchos años de experiencia en la atención a pacientes con cáncer, sabemos que hay pacientes con condiciones ideales (con muy buenas condiciones para recibir información, bien acompañados y en buena disposición para tratarse) y pacientes reales (en muchos casos con

malas condiciones clínicas y sociales, solos o con escaso acompañamiento y muchas dificultades prácticas). Desde la perspectiva de la bioética, Piperberg hace una distinción similar al afirmar que hay un "prototipo de paciente responsable en la toma de decisiones que se caracteriza por ser una persona adulta y competente, capaz de elegir de manera autónoma y con clara comprensión de la información médica, pronóstico, opciones terapéuticas y verdadera estima de elegir el propio individuo y no la familia ni el grupo social (*self-determination, self-government*)". Pero el mismo autor reconoce que también existe la "necesidad de incorporar la *corporeidad* (vulnerabilidad y emoción) y la relación como elemento fundamental en la toma de decisiones" (Piperberg, 2013: 36).

En la misma línea, y frente a la autonomía de la razón de Kant, la teórica ética de J.M. Esquirol se fundamenta en la mirada atenta como equivalente a respeto. Esquirol afirma que el mirar humano contiene la precariedad inherente a la finitud de la condición humana y ello hace moral la mirada (Esquirol, 2016: 100). Para este autor, la mirada atenta supone aprecio por lo valioso y, en una sociedad avanzada, la fragilidad debería ser valiosa y digna de respeto porque encarna la especial singularidad de lo humano.

Por eso, preferimos usar en nuestra reflexión el término fragilidad, pues nos parece más humano, más próximo a la condición vulnerable pero digna de las personas y más cercano a la realidad de la oncología clínica que encuentra con frecuencia pacientes frágiles y vulnerables por problemas físicos, psicológicos, sociales y de trascendencia que condicionan y explican el estado del paciente y justifican nuestra aproximación a una Oncología centrada en la fragilidad de la persona con cáncer: *ONCOFRAIL*.

Si implementamos un circuito de Oncología en la fragilidad (*Oncofrail*), los pacientes del circuito convencional que presenten fragilidad dispondrán del circuito específico y adaptado donde se podrá atender de modo adecuado sus necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales o de trascendencia. Este circuito asistencial establece conexiones con profesionales y dispositivos para optimizar la atención de estos pacientes y su entorno personal. Los enfermos que desde el debut de la enfermedad son frágiles serán atendidos en el circuito *Oncofrail* desde el inicio, pudiendo ingresar en el circuito convencional si mejoran sus condiciones y se compensa la fragilidad basal.

Se pretende aplicar en la actividad diaria asistencial de los Servicios de Oncología un modelo práctico asistencial basado en esta reflexión y paradigma: que la fragilidad bien abordada y entendida puede mejorarse o, en todo caso, afrontarse con decoro, para preservar la dignidad del enfermo y de su entorno personal como sujetos morales de nuestra atención y fin último de nuestra profesión. Asimismo, además de la adecuada atención del paciente frágil, este modelo asistencial mejora los resultados globales de la atención oncológica. Este circuito de Oncología en la Fragilidad se lleva aplicando en fase de pilotaje en el Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario de A Coruña desde diciembre del año 2017, y hasta el 28 de febrero del 2018 hemos atendido 35 pacientes. A continuación, se resume la metodología y primeros resultados de esta experiencia pionera en la Oncología clínica.

Los pacientes frágiles con cáncer exigen una especial actitud de atención a sus necesidades, también desde la perspectiva de la justicia.

3. Metodología

Para la aplicación práctica del concepto de fragilidad en Oncología, partimos de la definición de Paciente Frágil y del circuito de fragilidad.

- 1) Denominamos paciente frágil (PF) a aquel que presenta problemas físicos, psicológicos, sociales o espirituales que le impiden adaptarse adecuadamente a su entorno y a los circuitos habituales de atención.

Para realizar la valoración del PF emplearemos los siguientes criterios:

- Criterio físico: Performance Status¹ ≥ 2 y/o disminución involuntaria de >10 % de peso y/o score > 3 en el cuestionario abreviado de Charlson (Anexo 1).

¹ La Capacidad Funcional o Performance Status (PS) categoriza la funcionalidad del paciente en 4 niveles. PS 0 (vida normal, asintomático), PS1(vida normal con algún síntoma de la enfermedad y capaz de autocuidado), PS2 (Síntomas que restringen la capacidad funcional del paciente que está en cama o

- Criterio psicológico: Termómetro del distrés NCCN > 4 (Anexo 2).
 - Criterio social: Si el paciente acude habitualmente solo o con cuidador incapaz de apoyar al paciente.
 - Criterio espiritual: Si el paciente siente como problema el aspecto espiritual (muerte y legado o trascendencia) y así lo comunica en el encuentro clínico.
- 2) Consideramos que existe fragilidad si se presentan 2 o más criterios de fragilidad.
- 3) Arquitectura del circuito



Plan de atención: Priorización de la atención de necesidades según el impacto de cada una en el paciente y su entorno, así como según la expectativa de supervivencia. Las necesidades principales serán atendidas en base a su naturaleza con la intervención de profesionales asociados al equipo (Enfermería, Psicología, Trabajo social etc.) y con objetivos concretos y plazos consensuados.

El paciente puede ser atendido en el circuito habitual y en el circuito *Oncofrail* simultáneamente, o quedar en uno de los dos circuitos, según las circunstancias clínicas lo recomienden. El oncólogo responsable del paciente decidirá esta posibilidad.

4) Fases

Fase 1: Diseño e inicio del circuito: octubre y noviembre de 2017. Implantación de una agenda ambulatoria de pacientes frágiles con criterios consensuados de derivación e intervención. La agenda se distribuye en 3 días al mes (un día por semana).

sofá el 50% del tiempo), PS3 (en reposo más del 50% del tiempo y ayuda ocasional para las actividades básicas de la vida diaria), PS4 (encamado o en reposo el 100% del día y ayuda completa para todo).

Fase 2: Correcciones en la fase de pilotaje tras el análisis de los 30 primeros pacientes atendidos en el periodo diciembre de 2017 a febrero de 2018.

Fase 3: Fase de Hospitalización: Coordinación de la Unidad de Hospitalización con Agenda *Oncofrail* y desarrollo del Espacio de pacientes y cuidadores en sala multiusos de la planta.

Resultados de la fase piloto.

Tras la fase piloto de 3 meses hemos atendido a 30 pacientes.

Características de los pacientes:

Hombres 18 (67%)

Mujeres 12 (33%)

Edad: mediana 72 años (39-88)

Características de las neoplasias: Tumores primarios más frecuentes

Neoplasia	Nº	%
Colón	10	33
Páncreas	5	17
Pulmón	4	13
Recto	3	10
Gástrico	2	7
Otras	6	20

Estadios: I: 1(3,3%), III: 4 (13,3%) IV: 25 (83,3%)

Nº de localizaciones metastáticas: 3(1-5)

Localizaciones metastáticas más frecuentes: hígado 45%, pulmón 10%, óseas 7%

Comorbilidad, Índice de Charlson: 4 (1-10)

Síntomas principales: dolor en el 45% de casos, anorexia 10% de casos, disnea 7% de casos, 2 o más de 2 síntomas 25% de casos

Distrés emocional como problema principal en 7 pacientes: Termómetro: valor 5 (3-8) con intervención psicológica

Problema social como problema principal en 25% de casos con intervención social de distinto ámbito

Problema de trascendencia valorado en 9 pacientes (en 7 de ellos era uno de los problemas principales).

Instrucciones previas realizadas en un caso.

De los 30 pacientes atendidos en *Oncofrail*, 4 reciben Terapias antineoplásicas (13%)

Seguimiento mediano en el momento del análisis 15-03-2018: 2 meses (1-3 meses)

Nº de visitas en agenda *Oncofrail*: 1 visita en 10 casos (33%), 2 visitas en 15 casos (55%), 3 visitas en 5 casos (17%)

Nº de asistencias a Urgencias: 1 asistencia a Urgencias 6 pacientes (20%), 2 asistencias 4 pacientes (13%) y 20 pacientes (67%) no precisaron asistencia a Urgencias

Necesidad de Ingreso hospitalario: de los 30 pacientes analizados 21 no precisaron ingreso (70%), 8 pacientes requirieron 1 ingreso y un paciente necesitó 2 ingresos (3%)

Se constata fallecimiento en 9 pacientes (30%). En ellos la supervivencia mediana fue de 5 semanas (3-11 semanas)

De estos resultados confirmamos que los pacientes atendidos tienen edad avanzada (pero también son frágiles los pacientes jóvenes), presentan neoplasias habituales en estadios avanzados (pero también en fases precoces, con terapias de intención curativa), además de problemas físicos (síntomas de difícil control) tienen problemas emocionales, sociales y de trascendencia y solo en un paciente se constató la planificación anticipada de cuidados en forma de registro de instrucciones previas. También se demuestra que la atención específica del paciente frágil es factible y beneficiosa, realizándose correcciones en la gestión y citación de la agenda.

En mayo de 2018 iniciamos la cuarta fase, coordinando las agendas de los circuitos ambulatorios (convencional y de fragilidad) e indicando acciones en el Espacio de pacientes. En la última semana de mayo se desarrolló la acción "Arte, emoción y cuidado" y en la última de junio "Ejercicio, emoción y cuidado", con gran acogida entre los pacientes y familias, que en su valoración solicitan mantener y aumentar estas acciones.

4. Conclusiones

La fragilidad en pacientes adultos ancianos y no ancianos se valora esporádicamente. Los circuitos asistenciales de los Hospitales de Día y área de hospitalización de los Servicios de Oncología no están diseñados en general para contemplar la fragilidad y adaptar la asistencia a esta realidad.

Puede establecerse un circuito asistencial, interdisciplinario y factible con estructura y función definidas para la atención de pacientes oncológicos frágiles en el propio Servicio de Oncología, lo que favorece la accesibilidad a cuidados adecuados de estos pacientes, reduciéndose la agresividad terapéutica, adecuando la atención y capacitando al paciente y al entorno personal para el autocuidado, consiguiéndose mejores resultados de atención global y costo-eficiencia.

Esto promueve, además, el desarrollo de competencias transversales que dan cohesión a una asistencia fragmentada por la necesaria hiperespecialización, y desarrolla áreas novedosas, como la Oncología Integrativa, entre otras.

La atención de la Fragilidad contribuye a dignificar al paciente, capacitándole y haciendo más humana la atención sanitaria.

Desde la bioética y su método reflexivo, pueden plantearse cambios en la asistencia e investigación aplicada que busquen la excelencia y que mejoren los resultados de la asistencia y docencia.

5. Bibliografía

Balducci L, Extermann M (2000). Management of cancer in the older person: A practical approach. *The Oncologist*, 5, 224-237.

Belorsegui Carlos (2016). *Antropología Filosófica: dimensiones de la realidad humana*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.

Berkman LF, Leo-Summers L, Horwitz RI (1992). Emotional support and survival after myocardial infarction. A prospective, population-based study of the elderly. *Ann Intern Med* 117, 1003-9.

Bieri, Peter (2017). *La Dignidad humana. Una manera de vivir*. Barcelona: Herder.

Boff, Leonardo (2015). *Derechos del corazón. Una inteligencia cordial*. Madrid: Trotta.

Camps, Victoria (2018). *La fragilidad de una ética liberal*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

Shaw, Harry (1975). *Dictionary of problem words and expressions*. New York: McGraw-Hill. http://problem_words.enacademic.com/677/fragile_brittlefrail

Ethun, Cecilia G. et al. (2017). Frailty and Cancer. *CA Cancer J Clin*, 67, 362–377.

Esquirol, J.M. (2016) *El respeto o la mirada atenta; una ética para la era de la ciencia y la tecnología*. Barcelona: Gedisa.

Ferrel et al. (2017). Integration of Palliative Care into Standard Oncology Care, *J Clin Oncol*, 35, 96-112.

Instituto Nacional de Medicina (2013). *Delivering High-Quality Cancer Care: Charting a New Course for a System in Crisis*. Washington (DC): National Academies Press.

Kleinman A, Benson P (2006). La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina. Fundación Medicina y Humanidades Médicas; Monografía nº 2. <http://www.fundacionmhm.org/edicion.html>

Kleinman A (2012). Caregiving as moral experience. *The Lancet*, Vol. 380, November 3.

Masiá Clavel, Juan (2004). *Fragilidad en la Esperanza*. Bilbao: Desclee de Brower.

NCCN Distress Thermometer and Problem List for Patients. www.nccn.org/patients/resources/life_with_cancer

Peppercorn, Jeffrey M et al. (2011). American Society of Clinical Oncology Statement: Toward Individualized Care for Patients with Advanced Cancer. *J Clin Oncol*, 29, 755-760.

Piperberg M. (2013). *Bioética Justicia y Vulnerabilidad*. Proteus.

Rodin Miriam B, Supriya G. Mohile (2007). A Practical Approach to Geriatric Assessment in Oncology. *J Clin Oncol*, 25, 1936-1944.

Anexo 1- Índice de comorbilidad de Charlson (versión abreviada) (Berkman, 1992)

Enfermedad vascular cerebral: 1 punto

Diabetes: 1

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: 1

Insuficiencia cardíaca/cardiopatía isquémica 1

Demencia 1

Enfermedad arterial periférica 1

Insuficiencia renal crónica (diálisis) 2

Cáncer 2

Total =

En general, se considera ausencia de comorbilidad entre 0 y 1 puntos, comorbilidad baja cuando el índice es 2 y alta comorbilidad cuando es igual o superior a 3 puntos.

Aunque este índice abreviado pueda parecer menos preciso que la versión original completa, su utilidad pronóstica es similar a corto plazo, aunque no hay estudios con seguimiento a largo plazo.

Anexo 2- Termómetro del distrés (NCCN, 2017)

Por favor, marque el numero de 0 a 10 que mejor refleje su angustia en la última semana, incluyendo el día en que se le presenta esta encuesta.

