

Cirugía y Cirujanos

Volumen **73**
Volume

Número **6**
Number

Noviembre-Diciembre **2005**
November-December

Artículo:

Ética y cuidados paliativos en el
enfermo con cáncer avanzado

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

Ética y cuidados paliativos en el enfermo con cáncer avanzado

Acad. Dr. Francisco Tenorio-González*

Resumen

Los avances en el conocimiento de la biología del cáncer y de su tratamiento médico han aumentado el promedio de vida de los enfermos. El cáncer ha dejado de considerarse una enfermedad letal y se ha transformado en una enfermedad crónica, principalmente porque si bien es mayor el número de enfermos que se curan, también crece la cifra de enfermos con remisión que sobreviven varios años, con el temor de la recurrencia y con la necesidad del tratamiento de los síntomas físicos y psicosociales. Un informe de la Sociedad Americana de Cáncer refiere que en 1992 en Estados Unidos había más de ocho millones de sobrevivientes después del tratamiento antineoplásico, de ellos, más de cuatro millones habían sobrevivido de cuatro a cinco años. En este escrito se hace una revisión de los actuales criterios en cuanto a cuidados paliativos, en el tratamiento del dolor y se insiste en las disciplinas éticas y psicológicas relacionadas con la atención de los enfermos con cáncer avanzado y de su familia.

Palabras clave: cáncer, cuidados paliativos, ética.

Summary

Recent research in both the biology of cancer and the treatment of patients has increased the life expectancy of cancer patients with recurrence and who have a longer survival rate. Cancer is no longer considered a lethal but a chronic disease. More patients survive, but above all there are more patients with recurrences thus increasing the need for physical or psychological treatment of patients with longer lives. The American Cancer Society reported in 1992 that in the U.S. more than 8 million people survived between 4 and 5 years. This produces both an ethical and medical challenge for treatment of cancer patients. This paper reviews the actual criteria for palliative care: treatment for pain and the ethical and psychological treatment of advanced cancer patients and their families.

Key words: cancer, palliative care, ethics.

Introducción

Desde hace varios años se tiene el concepto del tratamiento paliativo en los enfermos con cáncer; inicialmente se definía como el tratamiento dirigido a evitar, aliviar o mitigar los síntomas físicos sin influir en la evolución del tumor. El concepto de paliación no incluía la atención de las alteraciones psicosociales del enfermo y de su familia, ni tampoco era un tema relevante el concepto de calidad de vida. Un ejemplo es la práctica frecuente de la lobotomía prefrontal transorbitaria para bloquear la sensación del dolor durante los años cin-

uenta, sin considerar los lamentables cambios en la conducta y en la personalidad de los enfermos.

El creciente costo del tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas motivó que los sistemas de salud del mundo desarrollaran distintas estrategias para el cuidado de esos pacientes. Entre ellas se destacan los cuidados paliativos que, según una definición de la Organización Mundial de la Salud "es la asistencia integral, individualizada y continuada de la persona enferma en etapa avanzada y terminal, teniendo en el enfermo y su familia la unidad a tratar, desde un punto de vista activo, vivo y rehabilitador con fines de mejorar la calidad de vida".

Un informe de la Sociedad Americana de Cáncer refiere que en 1992 en Estados Unidos había más de ocho millones de sobrevivientes después del tratamiento antineoplásico, de ellos, más de cuatro millones habían sobrevivido de cuatro a cinco años.¹

El informe del Grupo de Trabajo de la Sociedad Americana de Oncología Clínica sobre tratamiento del cáncer al final de la vida, reconoce claramente la responsabilidad de los médicos en el cuidado físico y psíquico de los pacientes a lo largo de toda la evolución de la enfermedad. Se ha demostrado que al disminuir síntomas psiquiátricos tales como ansiedad y de-

* Académico Emérito de la Academia Mexicana de Cirugía.

Solicitud de sobretiros:
Acad. Dr. Francisco Tenorio-González,
Agrarismo 218 planta baja,
Col. Escandón,
11800 México, D. F.
Tel.: 5277 8722.

Recibido para publicación: 26-05-2005
Aceptado para publicación: 30-06-2005

presión, mejora la capacidad del enfermo para afrontar sus problemas y disminuyen el dolor, la náusea y el vómito.² Las principales recomendaciones del Instituto de Medicina de la Sociedad Americana de Oncología Clínica para mejorar la medicina paliativa en los centros oncológicos son:

1. Asistencia de apoyo fiable y capaz.
2. Uso eficaz del conocimiento para prevenir y aliviar el dolor y otros síntomas.
3. Cambiar la educación médica para garantizar actitudes, conocimientos y capacidades relevantes.
4. Reconocimiento de los cuidados paliativos como un área definida de pericia, educación e investigación.
5. Promover la investigación para aumentar la base de conocimientos.
6. Estimular la educación pública.³

El modelo de hospital para cuidados paliativos se inició en Inglaterra en 1967, con la creación del Hospicio de San Cristóbal. Muchos de los principios que hoy rigen los tratamientos paliativos se basan en este modelo. En 1999, en Estados Unidos operaban más de tres mil hospicios en los cincuenta estados, Washington DC y Puerto Rico. Aproximadamente 540,000 pacientes y familiares recibieron atención en 1998, dentro de los hospicios o en el hogar del enfermo.⁴ Varios estudios han comprobado importante mejoramiento en el control de los síntomas, principalmente del dolor durante la atención en el hospicio. La tendencia actual es diseñar protocolos de investigación sistemática cuyos resultados puedan definir principios de conocimientos clínicos que sirvan de guía en la práctica de la medicina paliativa.

Actualmente en los hospitales oncológicos de México se tiende a formar grupos interdisciplinarios integrados por oncólogos médicos, cirujanos, radioterapeutas, psiquiatras, algólogos, enfermeras y trabajadoras sociales preparadas en cuidados paliativos. La función de estos equipos es establecer estrategias para que, con perspectiva ética y de calidad de vida, se proporcione la asistencia integral al enfermo y a su familia.

En algunos países se han creado centros que atienden a estos pacientes con personal sanitario familiarizado en la atención de enfermos con cáncer avanzado, en el manejo de fármacos específicos, de drogas de acceso restringido y con el conocimiento de los diferentes tratamientos que estos enfermos requieren. El compromiso de estos equipos interdisciplinarios es técnico y ético:

- Control de los síntomas.
- Apoyo emocional y comunicación con el enfermo.
- Apoyo a la familia, haciendo énfasis en la atención en el domicilio.
- Servicio de consulta y cuidados en consultorios.
- Asistencia de trabajo social durante el periodo de duelo.
- Tratamiento en el hogar.

Tratamiento de síntomas físicos frecuentes

Dolor

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como “una sensación y experiencia emocional desagradables, que pueden estar asociadas con daño tisular presente o potencial”. Debido a que el dolor es un agravio subjetivo, no hay una forma definitiva de distinguir el dolor que ocurre con daño tisular o sin él. En general, en enfermos con cáncer es raro el dolor simulado, comúnmente implica algún proceso patológico.⁵

La Organización Mundial de la Salud estima que un tercio de los pacientes con cáncer en proceso de tratamiento sufre dolor moderado o severo, y 60 a 90 % de los pacientes con cáncer avanzado.⁵

Los avances en el diagnóstico y tratamiento del cáncer y los actuales conocimientos en anatomía, fisiología, farmacología y psicología de la percepción del dolor, han permitido mejorar el cuidado del paciente con dolor de origen canceroso. Al mismo tiempo, se han creado la subespecialidad de algología y las clínicas del dolor, atendidas con metodología multidisciplinaria y profesionales expertos. En México, las primeras clínicas del dolor se iniciaron en los años setenta; en 1984 se estableció la Clínica del Dolor en el Instituto Nacional de Cancerología.⁶

El dolor crónico por cáncer tiene gran impacto en la calidad de vida del enfermo y su etiología es diversa: presión de los troncos nerviosos por el tumor, metástasis viscerales, del hígado con mayor frecuencia, etcétera. La causa más frecuente es la metástasis ósea, que produce el dolor más persistente, intenso e incapacitante, principalmente si afecta la columna vertebral.

El uso de los fármacos analgésicos es el método más común para el control del dolor oncológico; para racionalizar la aplicación de los fármacos, la Organización Mundial de la Salud recientemente ha sugerido la escala analgésica en forma de tres escalones consecutivos; según esta escala los fármacos para el dolor incluyen los analgésicos opiodes, tanto mayores como menores, que deben aplicarse al iniciar el tratamiento en todos los pacientes con dolor moderado-grave, y los analgésicos no opiodes.

Los recursos actuales para el tratamiento del dolor, aplicados con base en los estudios de la clínica de algología, pueden aliviar el dolor en la mayoría de los pacientes. El alivio o supresión del dolor mejora las condiciones de vida del enfermo, pero para algunos enfermos, sobre todo los ancianos, es más importante la atención a los sufrimientos morales: temor a la soledad, al abandono y a las miserias de todo tipo que el enfermo anciano lúcido percibe o espera: el miedo a la muerte y a la separación. También aquí la actitud ética del médico tiene gran importancia; los temores son menores cuanto mejor sea la relación interpersonal médico-enfermo. La confianza del paciente en su médico y en las capacidades de éste para supe-

rar los males y temores que adivina, mejora la calidad de vida del paciente y su capacidad para trabajar productivamente, disfrutar de sus periodos de descanso y tener una función normal en la familia y en la sociedad.

La participación de la clínica de psicología es muy importante en el alivio del dolor y en el apoyo para disminuir los trastornos psicosociales, estimulando la participación de la familia en el tratamiento del dolor mediante la vigilancia de la evolución del dolor y del tratamiento médico. La comprensión del paciente que sufre el dolor es la primera acción en el tratamiento; es importante seguir algunos lineamientos que ayudan a conocer la etiología, la topografía y las características del dolor, para diseñar el programa terapéutico. En general, los lineamientos son:

- Valorar la queja del enfermo.
- Hacer una minuciosa historia clínica (descripción de la topografía del dolor según el enfermo, características del dolor, factores que lo exacerbaban o disminuyen, tiempo de inicio, síntomas y signos asociados, interferencia con las actividades cotidianas, afectación del estado psicosocial, respuesta a tratamientos previos).
- Valorar las condiciones psicológicas del enfermo.
- Hacer un cuidadoso y completo examen neurológico.
- Revisar personalmente los estudios diagnósticos.
- Compartir con el enfermo y su familia la responsabilidad de los resultados.
- Individualizar el diagnóstico y el tratamiento.
- Definir claramente las metas del tratamiento.
- Comentar con el enfermo y su familia la evolución del tratamiento.

Los opioides son fármacos excelentes en el tratamiento del dolor, aunque con frecuencia producen estreñimiento. En un estudio⁷ se analizó el uso de laxantes en 498 pacientes hospitalizados con cáncer avanzado: 87 % de quienes tomaron opiáceos a dosis altas requerían laxantes y 74 % de quienes tomaron dosis moderadas o bajas de opiáceos. De los pacientes que no los tomaban, 65 % necesitaron laxantes. El análisis concluye que los opiáceos son responsables de 25 % de los estreñimientos observados en los pacientes con cáncer avanzado, y la dosis de laxante requerida está en relación con la dosis del opioide.

Astenia

Los médicos y enfermeras que atienden a enfermos con cáncer pueden diferenciar entre el cansancio "normal" en las personas sanas, del cansancio clínico asociado al cáncer y a su tratamiento. Se ha usado el término "astenia" o "fatiga" para describir el cansancio en enfermos oncológicos.⁸

La astenia es el síndrome más asociado con el cáncer y su tratamiento; prevalece en 60 a 90 % según el criterio diagnós-

tico. Es el conjunto de síntomas más duradero, debilitante y con mayor impacto en la calidad de vida del enfermo;⁹ es un trastorno multifactorial. Se distingue clínicamente por sensaciones subjetivas y físicas como disminución paulatina de energía, de la concentración mental, de la afectividad. La definen como una rara, subjetiva y persistente sensación de cansancio relacionada con el cáncer o con la terapia antineoplásica, que interfiere con las actividades normales del enfermo con deterioro de su calidad de vida.¹⁰

Con frecuencia la astenia es uno de los síntomas iniciales del cáncer y se incrementa durante el curso del tratamiento antineoplásico; puede persistir por meses o años después de concluido el tratamiento del cáncer; 17 % de los sobrevivientes, después del tratamiento continúan con astenia por más de un año.¹¹ En los pacientes con cáncer avanzado, la astenia puede coexistir con depresión, dolor, anorexia, insomnio, ansiedad, náusea y disnea, síntomas que agravan la astenia.

En el cuadro I se muestra una síntesis de los criterios establecidos para el diagnóstico de la astenia o fatiga.¹²

La etiología de la astenia en enfermos con cáncer avanzado es incierta, pues coinciden múltiples factores potencialmente etiológicos, principalmente el cáncer, síndromes paraneoplásicos, anemia, tratamientos antineoplásicos como quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia o cirugía. Por ejemplo, en el paciente que recibe quimioterapia con frecuencia la astenia alcanza un máximo durante los días de saturación del fármaco y disminuye hasta el inicio del siguiente ciclo, sin embargo, se desconocen los mecanismos concretos que precipitan o sostienen el síndrome.¹¹ Recientemente se ha pensado

Cuadro I. Criterios para la identificación de la astenia relacionada con el cáncer y su tratamiento

Los siguientes síntomas han estado presentes diariamente o casi cada día durante dos semanas en el pasado mes: Cansancio significativo, disminución de la energía o aumento de la necesidad de descansar.

Además, al menos cinco de los siguientes síntomas:

1. Debilidad generalizada o pesadez de las extremidades.
2. Disminución de la concentración de la atención.
3. Disminución de la motivación o del interés por participar en las actividades habituales.
4. Insomnio o hipersomnia.
5. Sensación de que el sueño no es restaurador.
6. Percepción de la necesidad de luchar para superar la inactividad.
7. Notable reactividad emocional (tristeza, frustración o irritabilidad).
8. Dificultad para realizar las tareas diarias por sentirse cansado.
9. Percepción de problemas con la memoria a corto plazo.
10. Malestar que dura varias horas después del ejercicio.

en factores químicos, como algunas proteínas producidas por los tumores: interleucina 1, interleucina 6 y factor alfa, que induce la necrosis tumoral. Las citocinas actúan como factores de crecimiento tumoral y pueden crear condiciones que favorecen la fatiga, como la anemia, caquexia, anorexia, fiebre, infección y depresión.¹³

Por otra parte, en los enfermos con cáncer es frecuente la pérdida de peso y anorexia; la excesiva pérdida de masa muscular puede ser un factor etiológico de la astenia en el cáncer.¹¹ En general, es posible que en el sustrato de la patogénesis de la astenia participen anormalidades metabólicas, neurohormonales, del sistema inmunológico y la producción de citocinas;¹¹ también las alteraciones emocionales por el impacto psicosocial del diagnóstico de cáncer o por los tratamientos, son comunes en los enfermos y con alguna frecuencia se asocian con astenia; sin embargo, no se ha demostrado una relación causal entre ambas.

En el estudio del enfermo con astenia es importante la historia clínica detallada:

- Interrogatorio acucioso para identificar las características de las manifestaciones clínicas, obtener información sobre el origen y evolución de la astenia para identificar astenia crónica o aguda.
- Exploración neurológica y psicológica, con el objeto de definir los posibles factores etiológicos, información que podría sugerir etiologías concretas como depresión, anemia o desnutrición, y ayudar a definir estrategias terapéuticas, principalmente corregir algunas alteraciones que puedan ser causantes de la astenia.

El objetivo del tratamiento específico de la astenia tiende a suprimir los síntomas y reducir la intensidad del síndrome, ayudar al paciente en sus actividades cotidianas, suprimir los factores que pueden contribuir a la presencia del síndrome, como dolor, anemia, depresión, medidas higiénicas para que el enfermo tenga un sueño reparador; corregir el hipotiroidismo. Si el paciente presenta alteraciones psicológicas debe ser atendido en la clínica de psicología. Si algún medicamento contribuye a la fatiga, debe valorarse la conveniencia de suspenderlo.

Soporte nutricional

La desnutrición es común en enfermos con cáncer, cuando es acentuada se le denomina *caquexia cancerosa*. La manifestación clínica es, en principio, pérdida de peso. La mayoría de los pacientes pierde peso en el curso de la enfermedad y cerca de la mitad pierde peso a partir del diagnóstico. Un estudio de *Eastern Cooperative Oncology Group* revela que la supervivencia de los pacientes es significativamente menor cuando hay pérdida de peso. Además, la severidad de la pérdida de peso es diferente según el tipo y topografía del tumor: en el linfoma no

Hodgkin, cáncer de la mama, leucemia aguda no linfocítica y sarcoma, se manifiesta menor pérdida de peso; en cáncer de colon, próstata o pulmón, se observa moderada pérdida de peso; en cáncer de páncreas y de estómago se presenta la mayor pérdida de peso. Los pacientes sin pérdida de peso tienen mayor supervivencia después del tratamiento, en relación con los que presentaron pérdida de peso.¹⁴

El soporte nutricional se considera una terapia adyuvante en enfermos con cáncer y desnutrición. Aunque aparentemente el apoyo nutricional en estos enfermos puede ser beneficioso, algunas evidencias indican que si bien las fórmulas que generalmente se usan sin otro tratamiento pueden estabilizar o revertir la desnutrición, en pacientes con cáncer avanzado los resultados no son significativos. Se considera que muchos pacientes con cáncer tienen un proceso de catabolismo de las células de la masa corporal que persiste y es refractario al apoyo nutricional.

Para decidir el apoyo nutricional es necesario valorar algunos aspectos. Estaría indicado en las siguientes condiciones:¹⁴

- a) Si hay evidente respuesta favorable del tratamiento antineoplásico.
- b) Si se considera que el periodo de supervivencia puede ser razonable.
- c) Si existe la posibilidad de mejorar la calidad de vida.
- d) Si se tienen establecidos protocolos clínicos.
- e) Si se tiene un sistema para medir la eficacia.

Durante algún tiempo se ha considerado la posibilidad de que la terapéutica nutricional estimule la reproducción de las células tumorales. Los estudios en animales indican que el tumor crece con dieta rica en proteínas y disminuye con dietas pobres en proteínas. En un estudio, 14 pacientes desnutridos con cáncer de cabeza y cuello no tratados se sometieron a biopsias de tejido normal y tejido tumoral. La rapidez del ciclo celular fue estudiada con citometría de flujo después de 3 a 17 días con terapia nutricional y después a los controles. La proporción de hiperploidía de las células del tejido tumoral fue significativamente mayor que en los controles. Estos resultados sugieren que la terapia nutricional pudiera estimular la reproducción de las células tumorales.

Futilidad

Hay tratamientos que no ofrecen beneficio a los enfermos e incluso pueden tener efectos secundarios que agraven las condiciones del enfermo.

En la evolución de la enfermedad neoplásica maligna generalmente hay una etapa en la que la respuesta al tratamiento puede disminuir o desaparecer; si hay alguna alternativa de tratamiento con razonables posibilidades de mejoría, sopesando beneficios y efectos secundarios, es moralmente válido ofrecer al enfermo la oportunidad, después de informarlo

extensa y comprensiblemente, de las posibilidades de mejoría, sin falsas expectativas, considerando que cada vez es menos probable que el cáncer responda a fármacos de segunda, tercera y cuarta líneas. La decisión es siempre compleja. Planear el programa de tratamiento e informar al enfermo y a la familia desde que se integra el diagnóstico, puede prevenir situaciones difíciles y conflictivas.

Como la definición de asistencia fútil tiene mucha carga de conceptos subjetivos, es difícil que se logre un consenso universal sobre la asistencia fútil. En consecuencia, no se han concretado normas que distingan entre tratamiento fútil y útil. Las posibilidades de la asistencia fútil se presentan cuando, después de un tratamiento óptimo, el paciente cambia de la posibilidad de curación a un tratamiento paliativo como única opción. Jonsen¹⁵ ha definido tres situaciones en las que se debe considerar futilidad:

1. *Futilidad en proceso*: cuando la enfermedad tiene una evolución larga y difícil y continúa sin mejoría.
2. *Futilidad en el pronóstico*: cuando el paciente inicia un tratamiento que ocasionalmente o nunca ha probado ser útil.
3. *Futilidad en resultados*: cuando el tratamiento es técnicamente satisfactorio, pero la calidad de vida es indeseable.

Reconocer las anteriores razones y comunicarlas al paciente y a sus familiares requiere sensibilidad y humanismo del médico para la práctica de los cuidados paliativos. Es conveniente estimular al enfermo a que solicite información, y valorar sus respuestas. Algunos pacientes cuestionan la conveniencia de continuar o iniciar otro tratamiento; el médico debe valorar las condiciones del enfermo y decidir en conjunto con el enfermo, la familia y médicos consultantes, la utilidad de un tratamiento de segunda o tercera línea.

El Consejo de Asuntos Éticos y Judiciales de *American Medical Association*⁸ ha propuesto un planteamiento basado en procesos que incluye cuatro pasos dirigidos a la deliberación y la resolución: intentar, con argumentos válidos, conseguir el consenso del paciente, de su representante y del médico, sobre lo que constituye una asistencia fútil para el paciente, y los recursos terapéuticos que quedan dentro de los límites aceptables para el criterio médico, de la familia, el representante y la institución. Recomienda que si el acuerdo es imposible se intente cambiar de cuidados dentro de la institución. La toma conjunta de decisiones debe hacerse en la cabecera de la cama entre el paciente o su representante y el médico; en el acuerdo debe incluirse la intención o las metas del tratamiento del médico, aceptadas por el paciente o su representante, y atenerse a los estándares del consentimiento informado.

Puede participar un comité institucional como el Comité de Ética si los acuerdos son irresolubles. Si la postura del médico no coincide con la del enfermo o su representante, a mi juicio debe respetarse el criterio del enfermo.

Aspectos psicosociales y espirituales de los pacientes y de la familia

Las consecuencias psicosociales del diagnóstico de cáncer pueden incluir temor a la recurrencia o a la muerte, estrés familiar, aislamiento social, depresión, alteración de la imagen corporal y problemas económicos; la concurrencia de estos problemas y su cronicidad pueden conducir al enfermo a estados severos de angustia. Condiciones que, definitivamente, influyen en la evolución de la enfermedad y en la respuesta al tratamiento.

La asistencia eficaz del enfermo exige que con igual interés se atiendan los síntomas físicos, psicosociales y espirituales. El mejor método para ayudar al enfermo es la comunicación veraz, amigable, oportuna y directa por el médico que lo ha asistido durante más tiempo y con mayor relación personal. Comunicar malas noticias y responder a las preguntas del enfermo y de la familia, exige educación, compasión, empatía y habilidad. Dar malas noticias es una tarea difícil, pero inevitable para el médico. Antes de comunicar directamente la noticia, es importante valorar las condiciones sociales, culturales y emocionales del enfermo y de su familia, para decidir el contenido y la forma de la información.

Desde la primera relación del médico con el enfermo, es necesario que aquel vea en el enfermo a la persona, no sólo a la enfermedad, para conocer su situación emocional, religiosa, social y cultural, y así proporcionar una asistencia física, psíquica y espiritual adecuadas. Los factores de estrés sufridos con frecuencia por los enfermos sometidos al tratamiento del cáncer pueden ser tan problemáticos para el paciente como el declive físico. No es raro que los pacientes tiendan a ocultar sus luchas, la depresión y la ansiedad. Investigaciones recientes han demostrado que muchos individuos temen sobrecargar a sus familias, emocional, física y financieramente durante los últimos días.¹⁶ Los retos psicosociales que con mayor frecuencia enfrenta el enfermo con cáncer son:⁸

- Pérdida de la capacidad de participar en el trabajo.
- Pérdida de la capacidad de participar en las actividades sociales de las que antes disfrutaba.
- Sentimiento sobre el impacto del diagnóstico en las personas por las que el paciente se preocupa.
- Disminución del sentimiento de autoestima y autovaloración.
- Cambios en la imagen corporal.
- Discriminación o estigmatización por parte de otros.
- Conflictos administrativos familiares o laborales.

Dignidad

Las relaciones entre enfermedad e indignidad son evidentes pues el enfermo no puede trabajar ni puede cuidar de sí mismo, y debe desnudarse y someter su cuerpo a exámenes ante

extraños, en particular enfermos de cáncer, quienes se consideran condenados a morir. Así, el enfermo se siente no sólo como alguien que padece una enfermedad sino que ha perdido su dignidad.

Con frecuencia la comunicación del médico con el enfermo es mediante términos técnicos que el enfermo no comprende, en consecuencia, el paciente no sabe o no comprende cuál es su problema ni las características y consecuencias de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

El médico debe actuar con base en la idea de que la enfermedad es más un problema humano que físico.

Decisiones al final de la vida

El carácter ético de la medicina se basa en tres valores fundamentales de la relación humana:

1. Beneficio del paciente.
2. Autodeterminación del paciente.
3. Integridad ética del profesional médico y paramédico.

El beneficio del enfermo es el compromiso inherente de la profesión médica, el rasgo definitorio de la responsabilidad ética del médico. Asistir al paciente de manera que los beneficios superen las molestias y las lesiones; los beneficios se valoran sólo en relación con los objetivos que el enfermo y el médico buscan conseguir.

Los valores esenciales del ser humano son la vida y la autonomía; en el contexto médico, el respeto a la autodeterminación del paciente consiste en la participación activa de éste en las decisiones sobre su propia asistencia. Esto implica la comunicación franca del diagnóstico, del posible pronóstico, de las alternativas terapéuticas y de sus riesgos y beneficios.

Las posibilidades de que un enfermo con cáncer avanzado reciba o no atención religiosa de acuerdo con sus propias creencias y deseos también depende, muchas veces, de una decisión médica; sobre todo si las condiciones físicas del enfermo anuncian las posibilidades de muerte. Es difícil valorar en qué medida la religión ayuda a superar buena parte de los problemas que acompañan al trance de morir. La creencia en un más allá es una forma de pervivencia o de resurrección, es algo que, posiblemente, puede ayudar a superar estos momentos.

Dónde morir

Desde que se crearon las unidades de terapia intensiva, el morir no es lo que era antes: la gente moría en su cama. El gran

desarrollo de la medicina hospitalaria y la tecnificación son los factores que han cambiado la antigua tradición. La muerte en el propio domicilio se asocia, generalmente, a menor riesgo de agresión médica y también a mayor posibilidad de despedirse de este mundo en el mismo entorno en el que se ha vivido. El enfermo terminal tiene el derecho de renunciar a las “ventajas tecnológicas”.

Referencias

1. American Cancer Society: Cancer facts and figures 1992. Atlanta GA: ACS; 1998.
2. Spiegel D, Diamond S. Psychosocial interventions. American Society of Clinical Oncology, Educational Book; 1998. p. 386.
3. Gruman J. Beyond chemotherapy: Marking psychology interventions. American Society of Clinical Oncology, Educational Book; 1998. p. 386.
4. Indeck BA, Simth PM. Community resources. In: DeVitta VT jr, Hellman S, Rosenberg SA, editors. Cancer. Principles and practice of oncology. Lippincott Williams and Wilkins; 2001. p. 3066.
5. Foley KM. Management of cancer pain. In: DeVitta VT jr, Hellman S, Rosenberg SA, editors. Cancer. Principles and practice of oncology. Lippincott Williams and Wilkins; 2001.
6. Plancarte- Sánchez R. Manejo del dolor en cáncer. Cir Ciruj 2002;70(5).
7. Sykes NP. The relationship between opioid use and laxative use in terminally ill cancer patients: Palliat Med 1998;12(5):375-382.
8. Di Saia, Creasman. Oncología ginecológica clínica. 6ª edición. Harcourt; 2002. p. 591.
9. Cella D, Davis K, Breitbart W, Curt G. Fatigue coalition, cancer-related fatigue: Prevalence of proposed diagnostic criteria, in United States sample of cancer survivor. J Clin Oncol 2001;19:3385-3391.
10. Mock V, Piper B, Sabbatini P, Escalante C. National Comprehensive Cancer Network Fatigue Practice Guidelines. Oncology 1998;14:15-61.
11. Barnes EA, Bruera E. Fatigue in patients with advanced cancer. A review. Int J Gynecol Cancer 2002;12:424-428.
12. Cella D, Peterman A, Passik S, Jacobsen P, Breitbart W. Progress towards guidelines for the management of fatigue. Oncology 1998;12:369-377.
13. Kurtzrock R. The role of cytokines in cancer-related-fatigue. Cancer 2001;15 (Suppl 6):1684-1688.
14. Smith JS, Wiley W Souba. Nutritional support. In: DeVita VT jr, Hellman S, Rosenberg SA, editors. Cancer. Principles and practice of oncology. Lippincott Williams and Wilkins; 2001. pp. 3012.
15. Platow FA, Long S. Specialized care of terminally ill. In: DeVita VT jr, Hellman S, Rosenberg SA, editors. Cancer. Principles and practice of oncology. Lippincott Williams and Wilkins; 2001. p. 3078.
16. McClement SE, Woodgate RL. Research with families in palliative care: conceptual and methodologic challenges. Eur J Cancer (Engl) 1998;7(4):247-254.