

Mesa redonda sobre «Enfermedad cancerosa terminal».

Introducción

J. A. Rosell Antón

Se sabe que la tercera parte de la población padecerá de cáncer, aunque en los últimos años la tasa de supervivencia a los 5 años ha aumentado casi al 50% por el diagnóstico precoz y nuevas terapéuticas. Cada año se diagnostican cerca de siete millones de nuevos casos, de éstos la mitad corresponden a países en desarrollo, muriendo casi cinco millones de personas. Actualmente hay unos catorce millones de personas con cáncer.

La mortalidad en nuestro país es de 178 por 100.000 habitantes (219 para varones y 139 para mujeres). Su incidencia es de 382 casos nuevos por cada 100.000 varones y 248 por cada 100.000 mujeres.

Cuando se habla de posibilidad de suicidio en este tipo de pacientes, la incidencia suele ser similar a los pacientes en general o, tal vez, entre 2 a 10 veces más frecuente. Pero es raro que los enfermos de cáncer se suiciden, no así sus pensamientos.

Con respecto a la información en este tipo de patología, ante una enfermedad cancerosa y haciendo una media hospitalaria, se conoce que el 20% de los médicos no informan nunca; el 50% informan parcialmente; el 30% lo hacen habitualmente. Pocos informan sobre el diagnóstico y muchos menos sobre el pronóstico.

La información no precisa evocar la verdad brusca y cruelmente, ni por teléfono, ni en el pasillo, ni a hurtadillas. Informar bien es hacerlo desde el momento del diagnóstico y debe durar todo el tiempo evolu-

tivo de la enfermedad. No es lo mismo oír el comentario de «Doctor no quiero seguir viviendo», que «Doctor no quiero seguir viviendo... así».

Aunque pueda resultar extraño, no es raro que ante un paciente portador de una enfermedad cancerosa, surjan preguntas que podría sonar un tanto ingenuas, tal vez por falta de la información oportuna o bien por que no desean conocer verdaderamente la evolución que esperan: ¿Es un tumor? O ¿es un cáncer? O ¿qué es una neoplasia? Es una solicitud que nos demandan diariamente. La respuesta ha de ser mesurada, delicada, indicando cómo va a ser la evolución hacia el proceso malignizado. A continuación surge el comentario sobre las posibilidades de tratamiento. La otra pregunta es cómo se puede tratar y la respuesta dependerá del pronóstico si se considera enfermedad terminal.

La sinceridad debe preceder al sentimiento de paternalismo con la explicación de la posibilidad del cuidado paliativo, informándole sobre su estado pronóstico, evolutivo y posibles terapéuticas. Aquí el médico se encuentra en situaciones en que no sólo ha de cumplir con obligaciones que le son intrínsecas por su profesión, sino que ha de sustituir a la familia en la aclaración de la situación, pues hay pacientes que saben su situación pero no desean oírlo en voz alta, y al contrario el paciente es el que desea que no se le comunique a su cónyuge para evitarle sufrimientos.

Muchas veces el conocimiento de la enfermedad terminal es conocido por todos, pero la situación no se comenta entre ellos y reina un silencio cuando están reunidos, desean conversar sobre hechos ajenos a la gravedad del proceso. De aquí que la familia precise apoyo.

El caso ideal sería aquel que el paciente conoce su problema a la perfección y lucha por vivir el tiempo que le queda con un hilo de esperanza. Aquí la conversación es clara, sin ambages, dudas ni engaños, pero no siempre es fácil la entrevista.

Es incuestionable que un enfermo en estado terminal evolucionará hacia la muerte, de aquí que la determinación a seguir deba ser tomada de forma compartida entre el enfermo y el profesional, y si carece de decisión el facultativo debe recabarla en los familiares más allegados, sin olvidar que entre éstos puede haber opiniones dispares.

Una información sesgada, otras veces mal interpretada, hace que el resultado sea contrario al esperado, incluso puede dar lugar a situaciones de conflicto, sin olvidar que la desinformación y la ignorancia puede incidir directamente sobre la ética, la legalidad e incluso sobre la política sanitaria.

Es complicado, verdaderamente difícil, entender la estrecha línea que separa la vida y la muerte ya que no hay experiencias de ello, por lo que la información al paciente, ayudará a aceptar el resultado como inevitable, tal vez sea un hecho fatalista, pero se asume aunque le aterrorice. Una vez convencido, es capaz de valorar más la vida cuanto más entienda la muerte.

Medicina paliativa

Por el tema genérico ha de entenderse que los comunicantes de esta Mesa Redonda, abarcarán aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, debiendo estar presentes desde el diagnóstico a lo largo de las distintas etapas evolutivas de la enfermedad. La OMS aconseja la necesidad de los cuidados paliativos como parte integral del

manejo del cáncer, es decir cuando no responde a las medidas curativas.

La Medicina Paliativa, no debe alargar la vida por encarnizamiento terapéutico, ni la acorta por medio de la Eutanasia. Respeta y ayuda al paciente hasta el final. Se trata del estudio del hombre enfermo y la preservación, respeto y defensa de su dignidad durante la enfermedad. Es decir, considera al enfermo como un todo.

La Cirugía, Quimioterapia, Radioterapia y la Psicoterapia, se utilizan en la paliación siendo ésta una actitud de encubrimiento, tapando, mitigando la violencia de algunos procesos. Su empleo puede ejecutarse bajo varios puntos de vista como veremos.

Es un procedimiento activo, global e integral de los pacientes y familiares que padecen la enfermedad terminal. Se encamina hacia una terapéutica más o menos sintomática, que suele provocar un gran impacto emocional tanto en el paciente como en la familia, diría que incluso en el propio equipo.

El cuidado paliativo pretende obtener unas soluciones:

- Afirma la vida viendo la extinción del paciente como proceso normal, apoyando al enfermo a bien morir haciéndolo con dignidad en la idea que acepte la muerte como una culminación de la vida, recordando que es para lo único que no estamos preparados.
- No acelera ni pospone la muerte; evalúa previamente antes de indicar el tratamiento (no siempre el cáncer es el único responsable de los síntomas); monitoriza y controla los síntomas; intenta el alivio del dolor y demás síntomas recordando que el dolor que se cronifica pierde el sentido protector convirtiéndose en enfermedad añadida, o elemento fundamental de ella, lo cual desemboca en el sufrimiento, por lo que es imprescindible el conocimiento del estado cognitivo del paciente.
- Presta atención al aspecto psicológico y espiritual, apoyando al paciente no sólo bajo el aspecto biológico, sino psicológico y social, ayudando al convencimiento de que

ha de tener una vida restante en cierto modo activa.

- Procura la atención a la familia que sufre con el paciente, mediante la suficiente información de las causas y síntomas que resultan del tratamiento.

Con relativa frecuencia se olvida la calidad de vida de los enfermos terminales: la soledad a la que se ven sometidos, su sufrimiento, el de sus familiares, el del personal sanitario. La mayoría de ellos, desean morir en paz y dignidad, con el apoyo y la compañía de sus familiares. Por ello el prolongar la vida de forma imprescindible sin atender a estos factores que rodean el hecho, lo debería ser el fin exclusivo de la atención médica.

La sobredosis de analgésicos y sedantes es lo más común en los suicidios en el domicilio, hecho que complica el luto familiar ya que aparecen signos de culpabilidad, desamparo, de rechazo, de ira, de alivio, de responsabilidad, de vergüenza, etc. No es raro que haya pacientes que requieran del médico ayuda analgésica para terminar con su estado. Hecho que entraría en el ámbito de la eutanasia o suicidio asistido. De aquí la necesidad de evaluar la relación entre

un dolor mal controlado, la depresión y los pensamientos de suicidio.

En situaciones, a veces conflictivas médico-legales, aparece la postura del testamento vital, el cual no debe aceptarse si se rechaza la aplicación de los tratamientos cuando éstos puedan salvar la vida.

El que firma un testamento vital reclama el derecho a una muerte digna cuando se encuentra en estado de reclamar, es decir cuando la persona que prevé la muerte, sabe que inexorablemente ha llegado su fin. Se diría que lo que le preocupa es cuando está en condiciones de opinar sobre su final; una vez llegado, le importaría poco lo que sea de él. En esto hay opiniones contrapuestas por haberse dado casos de no existir óbito o bien mejoría «inexplicable». Pero se ha de ser consecuente con la actitud profesional y hacer entender que no siempre el médico está en la facultad y posesión de la cualidad de curar, por lo que hay que hacer hincapié que sólo nos queda una posibilidad y es la paliación o alivio el dolor humano. ◀

J. A. Rosell Antón, *Jefe del Servicio de Otorrinolaringología Hospital «Princesa de España», Jaén.*
