

El dilema de la terapia del cáncer y la relación oncólogo-paciente

Vivimos una etapa de la Medicina a mi entender guiada por la ilusión (o la fantasía) que para cada situación de la práctica médica hay una solución prevista, que todo puede ser protocolizado y que un buen médico es aquél que conoce y cumple al pie de la letra y en forma "objetiva" todos los "protocolos". Quienes ejercemos intensamente la Clínica sabemos que si bien los "protocolos" orientan y fundamentan los cuidados de patologías de alta prevalencia, innumerables factores diferencian el paciente que tengo ante mí de cualquier otro. Y esto no es diferente en el paciente con cáncer. No sólo por la diferencia en la evolución y la respuesta a la quimioterapia de tumores diferentes, o como menciona la Dra. Pasqualini¹ las variaciones individuales, sino por la actitud de pacientes y familiares frente a la enfermedad y su tratamiento.

Hay aquí algunos aspectos muy importantes en lo que se refiere a la relación oncólogo-paciente: por un lado, la negativa –activa o pasiva– de numerosos pacientes en nuestro medio a aceptar, preguntar o requerir información real sobre su enfermedad, desde el verdadero nombre de la misma hasta el grado de avance que ha alcanzado en su caso, etc. No me cabe duda que esto tiene relación con nuestro estilo social y cultural, pero es así en numerosos casos. A partir de allí, resulta casi imposible establecer con el paciente un diálogo sobre pronósticos, porcentaje de cura o mejoría, efectos adversos etc. con bases reales. Esto es bien diferente a las respuestas que el personal de salud o pacientes ofrecen sobre situaciones hipotéticas. Entra en juego entonces la subjetividad del médico y la del paciente. El paciente, natural sujeto y objeto de la decisión se inhabilita. La familia asume aquí un rol decisivo, y más complejo aún porque entran en juego los vínculos de cada integrante con el enfermo.

Por otro lado, en muchas oportunidades, y utilizando la misma información, observamos cómo un paciente acepta y luego rechaza –o viceversa– un acto quirúrgico u otro tratamiento invasivo según quien sea su interlocutor. El convencimiento íntimo del profesional sobre el beneficio de su propuesta juega en la decisión a nivel consciente e inconsciente. Y en esto es indudable que la experiencia personal juega un rol que equilibra –tal vez desproporcionadamente– la lectura. (Que el énfasis en la propuesta pueda basarse en motivos diferentes al bien del enfermo no parece tener una solución sencilla y no la consideraré aquí).

Las creencias, el registro del dolor y el miedo al mismo, la personalidad del enfermo son variables que han influenciado sus decisiones a lo largo de toda su vida ¿por qué no ahora? En fin, pienso que no existe en muchos casos una respuesta única y objetiva, y que la "subjetividad" de médico y paciente juegan un rol inevitable. Sin duda la discusión con el médico de cabecera o con otros miembros del equipo aumenta la posibilidad de hacer lo mejor por el paciente.

Los roles del oncólogo y el médico de cabecera pueden ser variables en el curso de la enfermedad neoplásica. Pero sin duda el paciente elegirá (y lo hará notar) con quien dialogará y decidirá. Me parece poco probable en cambio que los Comités de Ética reemplacen al equipo médico en este quehacer netamente asistencial.

Hay dos elementos que a mi juicio tenderían a resolver el problema planteado por el Editorial¹ que comentamos: primero, la formación médica, no sólo en lo referente a los conocimientos técnicos de la especialidad, sino a lo ético, a la relación médico-paciente y al entrenamiento en la toma de decisiones; y en segundo lugar, el rol de las Sociedades Médicas locales, que deben ofrecer una propuesta clara, actualizada y renovada sobre todos los aspectos terapéuticos para los que no existen consensos universales.

Daniel A. Manigot
Clínica Modelo de Morón

1. Pasqualini CD. El dilema de la terapia del cáncer y la relación oncólogo-paciente, *Medicina (Buenos Aires)* 1998; 58: 113-6.

Con respecto al editorial titulado "El dilema de la terapia del cáncer y la relación oncólogo-paciente"¹ según Ventafridda, el sufrimiento del enfermo terminal oncológico puede definirse como dolor total, es decir, el conjunto de un dolor, que además de físico, es también social, psíquico y espiritual^{2,3}. Por tanto, el control del dolor en estos pacientes no puede basarse sólo en métodos médicos, sino que debe apoyarse en una asistencia continua de carácter informal, afable y desarrollada en un medio adecuado que controle o reduzca todos los fenómenos de aislamiento en los que van a encontrarse este tipo de pacientes.

Surge entonces, que en la relación oncólogo-paciente, no sólo se deben evaluar y tratar los aspectos físicos y psicológicos, sino también, intentar el alivio de conflictos económicos, laborales y espirituales de los enfermos⁴, quienes son seres humanos heterogéneos en sus organismos, actitudes, necesidades y creencias.

Al respecto, Sanson-Fisher et al.⁵ refirieron que en el dominio espiritual, la necesidad básica humana para la trascendencia, se manifiesta en la urgencia del paciente canceroso para encontrar un significado en la enfermedad, para soportar molestias presentes y si es necesario para enfrentar a la muerte con coraje y dignidad. La necesidad básica espiritual para encontrar significado y sentido en la vida, para dar y recibir afecto y para descubrir la esperanza y la creatividad, es considerada. Hay evidencias de que como la condición física se deteriora, la espiritualidad gana en importancia como determinante de la calidad de vida. Dadas las cuestiones acerca del significado de la vida y de la muerte que el cáncer genera, nosotros sugerimos que la espiritualidad, hasta ahora abandonada, necesita ser analizada⁵.

De todas maneras, desde el punto de vista clínico, este mejor abordaje de la relación oncólogo-paciente es

difícil de realizar en el consultorio oncológico. Habría que hacer hincapié en no iniciar tratamientos agresivos en los pacientes terminales con cáncer, que empeorarían la calidad de vida sin aumento de la sobrevida, prefiriendo en estos casos especiales, los cuidados paliativos y el control de los síntomas.

Sergio Litovska, Alfredo Navigante, Adolfo Marantz
Sección de Oncología, Hospital Fernández,
Buenos Aires

1. Pasqualini CD. El dilema de la terapia del cáncer y la relación oncólogo-paciente. *Medicina (Buenos Aires)* 1998; 58: 113-6.
2. Bonadonna G, Robustelli Della Cuna. Manual de Oncología Clínica. Barcelona: Masson 1983, p 981.
3. Litovska S, Navigante A, Marantz A, Lewi D, Quintana C, Levy D. Total pain evaluation in terminal cancer outpatients. *Proc Am Soc Clin Oncol* 1997; 16: 74.
4. Cohen R, Mount B, Tomas J, Mount L. Existential well-being is an important determinant of quality of life. *Cancer* 1996; 77: 576-86.
5. Sanson-Fisher R, Redman S, Donovan K. Measuring quality of life in cancer patients. *J Clin Oncol* 1989; 7: 959-68.

You buy two reams –one thousand pages– of blank paper. You sit down, and you write one complete page every day for one year. At the end of that time, you have a book good, bad or indifferent! You also have a wastebasket full of rejected pages. The prescription sounds simple. In practice it is very difficult because it demands industry and continuity. Besides, like a sentence of death, the mere act of writing concentrates the mind wondrously.

Ud. compra dos resmas –mil páginas– de papel blanco. Se sienta, y escribe una página completa todos los días durante un año. Al final de este tiempo, tiene un libro bueno, malo o indiferente! También tiene un canasto lleno de páginas descartadas. La receta parece simple. En la práctica es muy difícil porque requiere trabajo y continuidad. Además, como una sentencia de muerte, el mero acto de escribir concentra la mente maravillosamente.

Morris L. West

How to write a novel. In: *The writer's handbook.* Sylvia K. Burak (ed),
Boston: The Writer Inc., 1983, p 73