

## EL PACIENTE TERMINAL CON CÁNCER. UN PROBLEMA

Rodolfo DÍAZ PERCHES

Es un gran honor encontrarme entre ustedes hablando de un tema que durante toda mi vida me ha preocupado: hacer que nuestros pacientes no sufran, o sufran lo menos posible, cuando se ha perdido la esperanza por conseguir su curación.

El último dato disponible es que en México, el cáncer ocupa el tercer lugar como causa de muerte y, entre las personas de 44 a 64 años, el primer lugar.

Ante estos datos, resulta evidente que la mejor forma de resolver el problema es reduciendo la frecuencia de la enfermedad. Para ello, el paso más importante será la educación tanto del público como de los médicos, informándoles acerca de los factores que favorecen la aparición de la enfermedad para que procuren evitarlos. A los médicos, pedirles que se transformen en educadores para la salud, instruyendo a pacientes y familiares. A los dos, público y médicos, prevenirles acerca de los cánceres más comunes en nuestro medio informándoles de los factores de riesgo para que, conociéndolos, los eviten y, en sus exámenes médicos, los busquen con la idea de diagnosticarlos en la etapa más temprana de la enfermedad, cuando la curación no sólo es factible sino que alcanza cifras cercanas al 100%. Por ello, se debe insistir ante la Secretaría de Educación para que, sobre todo a nivel de secundaria y preparatoria, se incluya dentro del tema Salud, al problema cáncer, y en las escuelas o facultades de medicina, que en sus currículas, el tema cáncer quede incluido, haciendo ver que no es mejor médico el que cura una enfermedad avanzada, sino quien evita que se desarrolle la enfermedad o la diagnostique en sus fases tempranas.

Se debe promover la investigación para conocer mejor a quiénes les ataca la enfermedad, dónde radican. ¿Cuál es la distribución geográfica del cáncer en nuestro país, por qué va en aumento la

frecuencia y mortalidad del cáncer en México, cuáles son las posibles causas, cuáles son los mecanismos íntimos de su desarrollo, por qué y cómo la enfermedad invade a los tejidos vecinos; por qué y cómo se desarrollan las metástasis, cómo puede tratar de evitarse que éstas ocurran?

Ya que si se logran evitar las metástasis así como la invasión de los tejidos vecinos, la probabilidad de curación de la enfermedad aumentaría importantemente. Es de señalarse que estas investigaciones se están llevando a cabo en otros países y el conocimiento ha avanzado notablemente a tal grado, que es de esperarse en un futuro cercano evitar la diseminación de la enfermedad.

Ahora analicemos cómo se presenta la fase terminal del enfermo con cáncer. La muerte de este paciente ocurre de muy diferentes maneras, dependiendo del sitio del tumor, su tipo histológico que determina los caminos de las metástasis y las localizaciones de las mismas. Pero en términos generales se puede aceptar que el enfermo con cáncer muere con dolor; con insuficiencia respiratoria, urinaria, infecciones agregadas o pérdida del control de esfínteres, que le limita su actividad haciéndose dependiente de los demás para la atención de sus necesidades más elementales, casi siempre hay temor a la muerte.

En relación al dolor, se debe tener presente que, entre los catorce millones de pacientes con cáncer que existen en el mundo, alrededor de cuatro millones sufren diariamente de dolor.

Se ha publicado que en Estados Unidos, sólo de 50 a 70% de los enfermos con cáncer con dolor, son mal tratados. Seguramente que en nuestro país este porcentaje es mayor, y en parte se debe a la limitación de los medicamentos para atacar el dolor. Por ejemplo, la morfina, o no se consigue o es difícil de conseguir y no existe en su forma para usarse por vía oral, que facilita su administración. Se puede aceptar que el dolor puede ser controlado entre el 85 y 95% de los casos, siempre y cuando se cuente con el armamentarium terapéutico adecuado el cual puede clasificarse como drogas no opiáceas, drogas con poco opio y drogas opiáceas.

Es frecuente que el médico no oncólogo acuda a los medicamentos para el control de dolor sin atacar la causa que lo produce. En nuestra experiencia, combatir al cáncer en el sitio donde produce el dolor, es mucho más efectivo y produce una mejor calidad de vida.

Los medicamentos pueden emplearse simultáneamente a este tratamiento, con el fin de producir un alivio rápido y disminuirlos o suspenderlos, cuando la lesión dolorosa ha sido controlada. El tratamiento medicamentoso a base de analgésicos, tranquilizantes o sedantes, debe dejarse para casos en donde no es posible aplicar ningún tratamiento antitumoral.

Para la implantación del uso de los opiáceos se encuentran dos problemas a vencer. Uno son los profesionales y otro los pacientes y sus familiares. Ambos carecen de conocimientos y tienen actitudes inadecuadas, temen a la depresión respiratoria y a la confusión mental.

Básicamente, o están equivocados, o exageran. La adicción se presenta en uno de diez pacientes y, el dolor, la náusea, los temblores asociados con la suspensión brusca de la droga pueden evitarse con la disminución gradual de la dosis, que llegue a la suspensión total en alrededor de diez días.

Es un mito la adaptación a la droga a grado tal que llegue a ser ineficaz.

La confusión mental se presenta sólo cuando la dosis de morfina se aumenta súbitamente.

La depresión respiratoria es poco frecuente y puede evitarse con la aplicación lenta y prolongada del medicamento.

Y aun aceptando sin conceder que todo esto se presentara en un enfermo terminal, ¿no sería preferible la presencia de todas estas complicaciones si se logra el alivio del dolor y la desesperación que éste produce? A mi juicio, la respuesta es sí.

En Estados Unidos, existen desde 1986 comités para combatir el dolor por cáncer. Éstos pretenden educar a pacientes, familiares y médicos con la idea de eliminar los obstáculos y así lograr un tratamiento efectivo. Pero se debe tener presente que el dolor sólo representa la punta del *iceber*, y que hay otros síntomas y problemas sicosociales por resolver.

Los problemas de insuficiencia respiratoria o urinaria frecuentemente se presentan debido a problemas obstructivos ocasionados por el mismo tumor, por lo que vuelve a insistirse en que la forma más eficaz de controlarlos es atacando al tumor. Pero resulta evidente que en el paciente en fase terminal, el control del tumor ya se intentó y no se logró, por lo cual, en algunas ocasiones es facti-

ble hacer procedimientos derivativos como la traqueostomía cuando la obstrucción es a nivel de la laringe o la netrostomía en el caso de obstrucción vertebral. Se deben combatir las infecciones que casi siempre empeoran el funcionamiento de estos órganos pero no se debe intentar medidas heroicas que solamente prolonguen el sufrimiento del paciente y de sus familiares y hay casos, como la muerte por uremia, que es bastante tranquila y libre de sufrimiento. Se debe tener en buen juicio para dejar de actuar, cuando no se va a beneficiar al enfermo.

La insuficiencia cardíaca casi siempre es secundaria al problema respiratorio —y en ocasiones la anemia. La corrección de la causa, unida al tratamiento médico que refuerce al corazón y facilite la movilización de líquidos, pueden ser de gran ayuda.

Se debe tener presente que con frecuencia se está en presencia de pacientes viejos y por lo mismo con una serie de limitaciones funcionales independientes del problema cáncer, pero que la atención integral del enfermo puede lograrse con la disminución de su sufrimiento.

Uno de los problemas de más difícil solución, es: ¿dónde debe morir el paciente con cáncer?

Si se ha aceptado que no se debe intentar medidas heroicas y que el manejo debe ser fundamentalmente sintomático es evidente que el hospital no es el mejor sitio para él. Pero se debe tener presente que este enfermo cada día es más dependiente de los demás y con frecuencia se presenta el dolor, la incontinencia de esfínteres, tos, etc.; lo cual en conjunto hace difícil su coexistencia con el resto de la familia, sobre todo cuando por limitaciones económicas viven en condiciones que obstaculizan una buena atención y que no permiten una muerte digna.

Por ello es probable que no exista una sola respuesta para esta pregunta, por lo cual propongo hacer tres grupos de pacientes:

1. Los que todavía son susceptibles de recibir tratamiento antitumoral paliativo cuando hay metástasis en columna, cerebro, intestino, etc., que no han sido radiados en esos sitios y cuyo tratamiento puede aliviar el síntoma. Estos casos pueden requerir, temporalmente, atención hospitalaria.
2. Cuando ya no es posible brindarles algún tratamiento efectivo pero el paciente cuenta con recursos económicos suficientes, éstos deben permanecer en su casa con soporte de enfermería domici-

liaria y visitas médicas frecuentes. Para estos casos, el mejor médico es el que vive cerca del paciente, pudiendo lograr una coordinación con el oncólogo, quien debe precisar las condiciones del enfermo y orientar el tratamiento sintomático. Para la atención de este grupo de pacientes cuya situación económica no es tan satisfactoria y, por lo tanto, no pueden proporcionarse esta comodidad, pero viven en una casa con todos los servicios de agua, luz, teléfono y no presentan el problema de fatigamiento, también deben permanecer en su domicilio, pero debería saber, sin costo o a un costo mínimo, grupos de apoyo para visitas y atención domiciliaria. Se debe recordar que el paciente siempre prefiere estar en su medio, con sus familiares, con sus cosas, en vez de ser recluso en alguna institución.

3. Cuando las condiciones higiénicas de la casa no son adecuadas, como frecuentemente ocurre en nuestros enfermos del Hospital General de México, en donde un porcentaje muere en casas con piso de tierra, sin ventilación, sin agua, viviendo toda la familia en un cuarto, etc., resulta evidente que para ellos debería de haber instituciones en donde se albergaran y donde se les diera cama y ropa limpia, cuidados de enfermería y supervisión médica para que se les disminuyeran sus sufrimientos y se logre que ese grupo de personas tengan una muerte digna.

Un último punto a considerar es el aspecto psicológico tanto del paciente como de sus familiares pues si mentalmente se capacitara al paciente para su muerte, ésta ocurriría con menos desesperación, disminuyendo el sufrimiento del paciente y de sus familiares. En mi experiencia, resulta negativa la actitud de médicos y familiares de engañar al paciente en relación con su diagnóstico y su pronóstico.

Se debe recordar la importancia de la buena relación médico-paciente sin que exista posibilidad de obtenerla a base de engaños.

En resumen, el problema de la atención al paciente con cáncer en fase terminal va en aumento. Para resolver este problema, se propone mejorar la educación en salud con lo que podrían evitarse las posibles causas que produce la enfermedad o por lo menos se podrían realizar diagnósticos en fases tempranas de la misma, que hoy por hoy, es lo más efectivo para curar a este grupo de pacientes. Se propone el apoyo para la investigación epidemiológica que nos permita conocer mejor el problema y, con base en ello, aplicar soluciones más adecuadas. La investigación en cáncer también debe

apoyarse, pues en este campo estamos asimismo a la zaga en relación con otros países. Se debe pensar en apoyar la creación de grupos de apoyo para este grupo de enfermos.

Es quizá a través de la lucha por los derechos humanos como lograremos mejorar la atención de este problema.