

SEGUNDA MESA REDONDA:

EL SI Y EL NO DEL TRATAMIENTO CRENOTERAPICO EN PACIENTES ONCOLOGICOS

(Advantages and disadvantages in the Crenotherapy Treatmen to oncologic Patients)

ATENCION GLOBAL DEL PACIENTE ONCOLOGICO *(Global point of viwe of the oncologic patient)*

GONZALEZ BARON, Manuel*

Nuestra cultura médica, en los últimos treinta años, se ha centrado principalmente en los aspectos curativos, relegando los aspectos médico-sanitarios del campo de la formación e investigación de los futuros profesionales de la sanidad, médicos y enfermeros. Pero la asistencia y desarrollo de la Medicina Integral del enfermo oncológico está proporcionando un mayor grado de funcionalidad y satisfacción a estos pacientes, a pesar de la ineficacia, en ocasiones, de los tratamientos específicos y de la progresión de la enfermedad.

Yo me ocupo de los pacientes oncológicos, de tal forma que me interesan todas las fases evolutivas de estos enfermos: desde el diagnóstico de naturaleza y de extensión a las últimas etapas de la enfermedad. Es decir, yo sólo les voy a hablar de los pacientes con cáncer.

También diré que no soy lo que hoy se podría llamar "un experto paliativista", sino simplemente un especialista en Oncología Médica al que le importa el paciente con cáncer y no sólo el cáncer que padece un enfermo; y cuando esto ocurre, el experto en Oncología se convierte en experto en paliación, también en Medicina Integral del enfermo con cáncer.

Piensen que el paciente con cáncer sufre una serie de problemas diversos y a todos hay que atender. Padece los síndromes neoplásicos y paraneoplásicos consecuencia de la enfermedad neoplásica que porta. Además, los problemas derivados de los tratamientos específicos antineoplásicos (secuelas y efectos secundarios indeseables de las cirugías, radiaciones o terapéutica médica quimioterapias y bioterapias). También problemas sociales y socioeconómicos y de adaptación, problemas psicológicos, aspectos derivados de la deficiente información y problemas de comunicación, problemas de la esfera espiritual y, por último, los problemas que pueden acompañar a todos estos otros y constituyen lo que llamamos "patología asociada".

Me gusta exponer un grabado del códice 1.297 del Canon de Avicena, que representa en una columna vertical varias escenas de baños termales, en la columna inferior horizontal, otros mostrando diver-

sas escenas de unas actuaciones quirúrgicas y ambas columnas enmarcan una gran botica medieval. En todo ello intento ver la representación de los tres modos clásicos de combatir el cáncer ya presentes en la Medicina persa de entonces; la cirugía, la terapéutica física - su expresión actual sería las radioterapias en todo su desarrollo - y, en el centro, todo el arsenal de terapia médica. Pues bien, gracias a la combinación de estas tres armas terapéuticas bien conjuntadas podemos curar casi el 50% de enfermedades neoplásicas malignas.. y el problema no es que el restante 50% no sólo no se curen, sino que la totalidad del conjunto de los enfermos tengan sufrimientos. Esto es lo que ha venido a tratar de resolver la Medicina Paliativa.

Desde otro punto de vista para enfocar el problema, conviene recordar las distintas fases evolutivas en los enfermos con cáncer. En una primera fase la terapéutica va encaminada a obtener la curación o la prolongación de la supervivencia mediante la reducción o extensión de la masa tumoral. Es el momento de los tratamientos específicos oncológicos -cirugías, radioterapias, quimioterapias y bioterapias- y es el momento también de los tratamientos estándar.

En la segunda fase los tratamientos específicos establecidos anticancerosos con intención curativa o de aumento de supervivencia se han agotado, pero el paciente mantiene una esperanza de vida superior a seis meses. Hay muchos pacientes que presentan una situación clínica estable con síntomas menores, con leves molestias. Al conservar una situación clínica con relativo buen estado general son pacientes susceptibles de incluirse en estudios de investigación clínica o ensayos clínicos, aunque en los tratamientos estándares hayan fracasado.

En esta fase hay otros pacientes que presentan una situación clínica peor, con mala calidad de vida y síntomas invalidantes. Sin embargo, presentan expectativas de vida superior a dos o más meses. En algún tiempo denominamos enfermos preterminales para distinguirlos de los enfermos de la tercera fase o pacientes terminales.

En estos últimos, la expectativa de vida es muy

* Profesor Titular y Jefe de Servicio de Coordinación Oncológica Hospital Universitario "La Paz" Madrid.

corta, generalmente no superior a los dos meses y presentan ineficacia comprobada de tratamientos específicos anticancerosos, insuficiencia grave de órgano o sistemas, complicaciones irreversibles y un estado general que en la escala de Karnofsky no supera el 40. Tanto los pacientes terminales como los que encuadramos como preterminales, son lo que englobamos dentro de la *enfermedad neoplásica progresiva*. Estos enfermos muestran un impacto emocional importante, relacionado con la presencia de la muerte (tanto el propio enfermo, su familia y en el equipo sanitario que le atiende).

La palabra "paliativo", por simplificación, queda asociada sólo al paciente terminal; pero en oncología, al menos, la Medicina Paliativa es una actitud médica que debe realizarse desde el comienzo de la enfermedad y debe ir pareja sincrónicamente a la actitud curativa durante todo el proceso desde el diagnóstico y durante todas las fases. En la medida que la enfermedad va perdiendo posibilidades de curación o de prolongación de la supervivencia irá creciendo la actitud paliativa y disminuyendo la actitud curativa y los tratamientos específicos. En la fase terminal, toda la actitud será paliativa exclusivamente y es lo que denominamos "Cuidados Paliativos".

La estrategia en Cuidados Paliativos consiste, en líneas generales, en prevenir y aliviar los síntomas, asegurar el sueño, cultivar la comunicación y la actividad, aportar información veraz, continua y no traumática -lo que ya hace años llamamos "la verdad soportable" progresiva-; procurar la asistencia no necesariamente sanitaria, pero continua las veinticuatro horas del día. Su ámbito de actuación es sobre la esfera física, psíquica, social y espiritual y lo ideal es que los pacientes sean atendidos por un equipo multidisciplinario. En nuestro país no podemos pretender que todos los pacientes en esta situación sean siempre atendidos por un equipo multidisciplinario, por ello se requiere que el médico y la enfermera o el médico y el enfermero tengan una formación buena sobre todos estos aspectos. No podremos pretender que sea un gran psicólogo ni un gestor socioeconómico o un gran asistente espiritual, pero debe tener la formación de conjunto suficiente y haber adquirido las habilidades y las actitudes para atender a estos pacientes. Esto lo considero tan importante y tan necesario que hace ya tres años, preocupado por estos asuntos, fundé y dirijo desde entonces un Curso Máster de Medicina Paliativa para el enfermo con cáncer en la Universidad Autónoma de Madrid dirigido a médicos y psicólogos.

Desde hace años, estoy convencido de que la Oncología Integral comienza con una buena información. La información es el punto de arranque de la medicina paliativa desde el comienzo del diagnóstico hasta la muerte y la información es el eje

de la ética en torno al paciente con cáncer. Informar bien requiere amoldarnos a los cambios que la sociedad ha tenido en la concepción y afrontamiento de la muerte.

Tenemos que informar bien en una sociedad como la española, que ha reconocido los derechos del enfermo, pero que en los centros urbanos más del 80% muere en el hospital. Pero informar bien no es decir la verdad a sopetón, ni cruelmente, ni por teléfono, ni en un pasillo, ni a hurtadillas. Informar bien es informar desde el momento del diagnóstico y debe durar todo el tiempo evolutivo de la enfermedad. La buena y correcta información es todo un proceso dinámico evolutivo y progresivo. Unas veces el enfermo querrá hablar y preguntar y otras no. Unas veces el enfermo sabrá o podrá soportar la información y otras no. Unas veces el enfermo sabrá o podrá soportar la información y otras no. Por eso tenemos que saber evaluar la capacidad de soportar y lo tenemos que saber explicar dedicándole tiempo y haciéndolo con tacto; iremos proporcionando información en la medida que el enfermo vaya demandándola. Hay, a lo mejor, que saber preguntar por ejemplo: ¿sabe usted de qué le han operado?; o ¿qué le han explicado sobre su problema? Todo un arte que, para resumirlo, es lo que acuñé hace años con el término de *verdad soportable*. Ahora añadiría, además de "soportable" lo de "progresiva", porque, insisto, la información que debe comenzar en el diagnóstico del cáncer, debemos seguir manejándola durante todas las fases de la evolución, sobre los aspectos terapéuticos, tanto los tóxicos e indeseables como de los posibles beneficios que pueden obtener, de los aspectos pronósticos y de los aspectos clínicos evolutivos y esto hay que hacer o estar dispuesto a hacerlo en cada consulta que se tenga con el paciente, siempre que él desee hacer las preguntas que quiera hacer. Pero, desde luego, esperar e informar cuando el paciente esté terminal me parece cruel y pienso que es el origen de tantas transgresiones éticas en las que podemos caer. Hace algunos años, hicimos un estudio sobre cómo informan no ya los médicos en general, sino los oncólogos médicos en tres grandes Servicios de Oncología Médica de tres importantes hospitales de Madrid. Casi el 20% de oncólogos médicos en nuestra ciudad no informan nunca. Algo más de un 50% de oncólogos médicos informan parcialmente según las circunstancias y un 30% informan de manera habitual. En resumen, pocos informan sobre el diagnóstico, muy pocos informan sobre el pronóstico. Casi todos lo que informan lo hacen sobre aspectos relacionados con la terapéutica y sus efectos. No es de extrañar que si no hay una buena relación e información los enfermos estén angustiados, desesperados y abatidos y algunos te digan que así no quieren vivir.

Podríamos preguntarnos por que ocurre este fenómeno y estos problemas. Además de otros que nos haría extendernos en exceso existe un dilema ante la comunicación, un antagonismo entre el deseo de contribuir a la mayor felicidad del paciente y un rechazo sincero a mentir y de respetar la autonomía del paciente por parte del médico. Y éste piensa que la información puede contribuir a hundir al paciente en una depresión. Esto no llevaría a un debate distinto, aunque muy interesante, pero que nos alejaría de lo que ahora nos ocupa. Sólo deseo dejarlo apuntado. Pero no podemos olvidar que comunicar la verdad implica ser leal con el paciente, tener confianza en él y éste en el médico significa respetar la dignidad como persona, no tratarle como a una cosa.

Lo que es importante es que el médico informe y comunique la parcela de verdad que él puede poseer. No se trata de decir toda la verdad, porque entre otras cosas los médicos desconocemos toda la verdad. De lo que se trata, más bien, es de que el médico sea sincero y leal y que exista una coherencia entre lo que se piensa y lo que se dice y lo que se hace. Si no existe esta coherencia entre lo que se ha dicho y se va diciendo con lo que se ha hecho y se va a hacer y todo ello con lo pensado, el paciente lo detecta y le puede producir un sentimiento de desconfianza y rechazo que puede terminar en un aislamiento psicológico de efectos devastadores. No podemos olvidar que la mayor parte de las razones de los engaños a los enfermos están basados en el autoengaño de los sanos; y muchas veces, no querer entrar en ejercer y hacer Medicina Paliativa y, sobre todo, en el terreno de estos enfermos significa que no nos sentimos preparados ni técnica ni, sobre todo, moralmente para ello. El médico que quiere dedicarse a esto tiene que formarse en todos estos aspectos y tiene que poseer ciencia y fortaleza de ánimo. Tiene que conocer los cuadros clínicos de la enfermedad neoplásica en todas las fases evolutivas. Tiene que conocer y saber tratar los síntomas y síndromes del paciente oncológico y saber plantear una estrategia de actuación. Debe conocer el enfoque terapéutico de la ansiedad y de la depresión. Debe saber el planteamiento racional de la terapéutica del dolor. Debe conocer que muchos componentes de los que llamamos dolor no es dolor físico y, sin embargo, el enfermo lo expresa como dolor, ahí hay mucha ansiedad y sufrimiento. Y esto explica que haya dolores que no se calman con los analgésicos. Debe saber y manejar bien la escalera de analgesia de la OMS y tiene que ser un experto en manejar psicofármacos.

El sufrimiento no se puede combatir fácilmente, pero se puede aliviar y para ello el médico tiene que ser un experto en comunicación verbal y no verbal. Se trata de enfocar terapéuticamente lo que se ha venido a llamar "*el dolor total*"; tiene que conocer todas las posibilidades de rehabilitación física, psíquica y social.

No me cansaré de insistir en que lo importante es la formación de médicos y enfermeros generales en todos estos aspectos. Y junto a la formación a los profesionales de la sanidad que se dediquen a esto, hay que elevarlos socialmente a la dignidad de "medicina de calidad" que últimamente parece que ha quedado relegada a la medicina hospitalaria y a la que maneja alta tecnología.

Me van a permitir que repita aquí lo que he expuesto recientemente en otro lugar.

"Creemos que no se insistirá suficientemente en esto hasta que no cambie el modelo docente de las Facultades de Medicina y de las Escuelas Universitarias de Enfermería que está basado en la curación y hay que reconocer que, gracias a él, la Medicina ha avanzado en estos treinta últimos años más que en toda la Historia. Pero ello ha conducido de manera sutil a relegar la muerte y el proceso de morir de los objetivos docentes. Este fenómeno no es casual ni está solamente en el espíritu de la formación médico-sanitaria. Nuestra sociedad occidental, desarrollada y rica, está inmersa en una cultura donde impera el éxito, el brillo social, el poseer más, la comodidad, la erradicación del esfuerzo, del dolor y del sufrimiento; el alejamiento de las limitaciones, etc. y paralelamente a la conquista de tantos valores, sin duda positivos, se aleja de la concepción de la limitación del hombre y por tanto de la idea de invulnerabilidad, del morir y de la muerte. Los niños de la ciudad no ven morir ni enterrar a la gente. Se les oculta y se les engaña privándoles del contacto con esta realidad. Se olvida que la incurabilidad y el morir son aspectos y condiciones de vida. Aislada en sí a, la muerte no tiene sentido ni parámetros de comprensión. Toda interpretación de la muerte conlleva una interpretación de la vida. El hombre tiene miedo a acercarse a todo lo que tenga relación con la muerte. Y como no puede vencerla, tiende a ignorarla o a ocultarla. En este sentido, la muerte se vive como un fracaso que genera angustia. La enfermedad progresiva neoplásica se asocia a temor y genera miedo. Miedo al dolor, a la soledad, a que la vida carezca de sentido, tanto al enfermo como a todas las personas que viven más o menos cerca del problema, al proyectar este panorama sobre sí mismo. Y no es raro que los docentes de Medicina y Enfermería participemos también de estos miedos, en la responsabilidad de los profesores de nuestros centros, también cuenta la idea de no contaminar las clases de Médicos y de Enfermería de todo aquello que se aleja de lo puramente científico-experimental. De esta manera y sumada esta postura al ambiente social dominante, el profesional sanitario no sale preparado para afrontar la atención de los pacientes sin perspectivas de curación. En tal sentido, estos médicos y enfermeros, como el resto de sus conciudadanos, consideran la

muerte y la incurabilidad como fracasos y por ello se pueden sentir incómodos y frustrados”.

“De otra parte y derivado de lo ya dicho, las estructuras hospitalarias tampoco están ni pensadas ni preparadas para atender a estos pacientes”.

“En la actualidad, la inmensa mayoría de nuestros hospitales son empresas que tienen muy bien definidos sus objetivos, que son en líneas generales curar o restablecer la salud perdida, enseñar e investigar con una tecnología y un personal altamente cualificado para estos objetivos. Pero la realidad es que un porcentaje nada despreciable, que puede superar el 10% y que puede llegar al 25% de las camas, está ocupado por pacientes con enfermedad progresiva, con la consiguiente carga de todo tipo por parte del hospital e incomodidades y actuaciones tantas veces innecesarias a estos pacientes. En definitiva, se trata de proporcionar el confort y vivir por parte de todos con actitud de servir” con la enfermedad”: Una profesión al servicio de la humanidad vulnerada por la enfermedad. Y esa vulnerabilidad y fragilidad están presentes en todos los pacientes, en los que pueden llegar a curarse y en los que no es posible la curación

y sólo podemos cuidar.

La vida humana y el destino de las personas incluyen la capacidad de sufrir y aceptar las limitaciones. El médico - el oncólogo también- debe saber decirlo a sus pacientes y ayudarles, y saber transmitir a las nuevas generaciones de especialistas en formación que el hombre está hecho para soportar las heridas-físicas y anímicas -que la enfermedad es capaz de abrir y que la aceptación de esas limitaciones es parte del proceso de humanización y que el médico, el oncólogo en este caso, está para ayudarle a superar estas limitaciones. No se es verdaderamente humano si no se acepta un cierto grado de flaqueza en uno mismo y en los demás. Y para tratar de ayudar a sobrellevarlo y tratar todo esto es necesaria la medicina paliativa y en oncología, al menos, ésta tiene que estar presente desde que comienza el proceso de atención clínica. Desde el diagnóstico de neoplasia maligna y en todos los casos: en aquéllos potencialmente curables y en los que no lo van a ser. Esto es lo que llamamos concepción INTEGRAL DE LA MEDICINA.

BALNEARIO DE LUGO - HOTEL TERMAS ROMANAS

Aguas Bicarbonatadas, Sulfuradas Mixtas, Hipertermales (43,8º)

TRATAMIENTOS: Reumatismos crónicos (Artrosis, Artritis) • Reumatismos no articulares (Ciáticas, Lumbalgias) • Afecciones Respiratorias (Faringitis, Rinitis, Sinusitis, Laringitis, Bronquitis) • Enfermedades dermatológicas • Aparato digestivo.

TECNICAS: Baños, Chorros, Hidromasajes, Baños de Burbujas • Duchas Circulares, Parafangos, Masajes • Pulverizaciones, Inhalaciones, Nebulizaciones • Duchas Nasales, Aerosoles.

Situado en Lugo dispone de hotel con 40 habitaciones con cuarto de baño, calefacción, hilo musical, televisión. Amplio aparcamiento, 6.000 m² de zona ajardinada, con embarcadero propio y un paseo peatonal de 2 kilómetros al lado del río.

Barrio del Puente, s/n • 27004 LUGO • Teléfono (982) 22 12 28 - Fax (982) 22 16 59

ABIERTO TODO EL AÑO. Reservas con una antelación mínima de 15 días.

