

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"
CIEGO DE AVILA

**Conflictos éticos que se presentan en el manejo del paciente portador de cáncer laríngeo.
Ethical conflicts present in the management of patients with laryngeal cancer.**

Luis Ernesto Pérez Paz.(1), Francisco Álvarez Morales(1), Frank Álvarez Llambía(2), Marcos Antonio Hernández Palmero(3).

1. Especialista de 1er grado en ORL
2. Médico General
3. Residente de 3er año de MGI

RESUMEN

Se hace una revisión de los conflictos éticos que se presentan en el manejo del paciente portador de cáncer laríngeo, enfocado fundamentalmente a los aspectos de diagnóstico precoz, tratamiento y asistencia paliativa. En el primer aspecto se esboza la posibilidad de la creación de un programa para el diagnóstico precoz de la enfermedad, resaltando la importancia del consentimiento informado para que el mismo sea eficaz. En los temas de tratamiento y asistencia paliativa se valoran los conflictos éticos que se establecen en el paciente, sus familiares y los de este con la sociedad, a la hora de reincorporarse a la misma. Finalmente se concluye que en la relación médico-paciente que establecemos los especialistas en ORL con el paciente portador de cáncer laríngeo, existe aun cierto grado de paternalismo, ya que nos regimos por el principio de proporcionar el enfermo el máximo beneficio y retenemos la información que pueda causarle angustia o depresión.

INTRODUCCION

A pesar del desarrollo de las ciencias médicas y del desarrollo sostenido del conocimiento humano, el cáncer continúa siendo un gran problema de salud para el hombre. Más de 9 millones de personas anualmente son afectadas por esta enfermedad y poco más de la mitad fallece a consecuencia de la misma

En Cuba, el cáncer ocupa el segundo lugar entre las principales causas de muerte y una de cada 5 defunciones, se debe a esta enfermedad(1).

En cáncer laríngeo representa entre el 2 y el 5% de todas las neoplasias malignas que se diagnostican en el mundo. En las últimas décadas, su incidencia ha aumentado fundamentalmente en las regiones industrializadas(2).

Reportes estadísticos del registro nacional de cáncer en Cuba muestran que en el año 1970 la tasa por año fue de 2,9 x 1000 habitantes, en 1980 de 3,1 x 1000 habitantes y en el 1995 ascendió a 4,4 x 1000 habitantes, hecho que muestra su incremento progresivo(3).

El objetivo de la lucha contra el cáncer es reducir su incidencia así como la morbilidad y mortalidad resultantes. Las estrategias que se establecen para esta lucha comprenden cuatro aspectos fundamentales: promoción y prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y asistencia paliativa.

Verdaderos conflictos éticos surgen en cada uno de estos aspectos. En nuestro caso particular y a la luz de nuestra modesta opinión, en el cáncer de laringe estos conflictos constituyen un verdadero dilema cuando tenemos que enfrentar al paciente con el diagnóstico histológico en la mano y mucho más si tenemos que plantearle la necesidad de mutilarle su órgano vocal para poder salvarle la vida. Así también resultan complejas las relaciones que debemos establecer con los familiares del paciente y las que deben establecer el enfermo con la sociedad, sobre todo si tiene que ofrendar la laringe para salvar la vida

La importancia y lo complicado de esta temática nos ha motivado a realizar un análisis de cómo se establecen estas relaciones, enfocadas hacia los aspectos de diagnóstico precoz, tratamiento y asistencia paliativa, no solo en nuestro país, sino en otras regiones del planeta.

DESARROLLO

Reseña histórica del cáncer laríngeo.

El cáncer laríngeo se conoce desde la antigüedad: Aseleprades de Bitinia y Galeno describieron enfermedades laríngeas que fueron interpretadas como carcinoma. En el siglo XVIII, aparece la primera comunicación de angina de tipo carcinomatoso reportada por Boerhale(4).

El primer caso de cáncer laríngeo según los antiguos historiadores romanos se detectó en la enfermedad de Afranius Burrus, preceptor militar de Nerón (54-68 d.n.e.). Ellos afirmaron que el mismo fue envenenado por Nerón. Esta es la primera conducta que se tomó ante un paciente portador de cáncer laríngeo(6).

Siglos después Joseph Lietaud (1703-1780) informó en su histórica “Anatomomédica” la autopsia de un hombre de 50 años con muchos tumores en la faringe y laringe con aspecto de cáncer. Gaspar Laurent Boyle (1779-181) en su obra “Tratado de las Enfermedades Cancerosas” opina que el cáncer laríngeo solo podía ser detectado por autopsia y no durante la vida(5).

Un diagnóstico exacto como el que se exige en la actualidad fue posible a partir de Vitchow, quien fuera el padre de la histología moderna(4,5).

Ver las cuerdas vocales en el paciente vivo era una meta de muchos médicos en el siglo XIX. En 1807 Bozzihi publica la descripción de un instrumento para la inspección de las cavidades ocultas de la cara, varios modelos de espejos fueron recomendados por muchos autores, Listón en 1840 mencionó el uso de un espejo dental para el diagnóstico del edema de la entrada de la laringe. Avery en 1844, habla de un espéculo con un espejo, pero ninguno de estos trabajos describió la observación de las cuerdas vocales.

No es hasta 1854 que Manuel García, hijo de un famoso cantante español, resuelve el problema del estudio de las cuerdas vocales en el paciente vivo.

Dos años después el neurólogo vienés Ludwing Tuc comienza a usar espejos laríngeos en los pacientes de un Hospital. Posteriormente Ceermak en Budapest se convierte en propagandista y maestro de la laringoscopia(5).

La cirugía del cáncer laríngeo data del siglo XIX. La laringofisura fue practicada por primera vez por H.B. Lands en 1863 para la extirpación de un carcinoma. La extirpación total de la laringe en sus inicios se experimentó por Albers y más tarde por Czerny, lográndose por Theodor Van Byillronth en 1873. En Cuba esta cirugía fue introducida por el fundador de la otorrinolaringología, Dr. Emilio Martínez (5,6,7).

Manifestaciones clínicas más importantes

La sintomatología del cáncer laríngeo está en relación con su localización topográfica glótica subglótica, el área glótica es la más afectada, 50 al 60 % de los casos, el síntoma más frecuente es la disfonía., que tiene un carácter progresivo y que no mejora con los tratamientos médicos ni el reposo de voz. Otros síntomas que pueden aparecer en otras localizaciones:

Supraglótica: son la sensación de carraspeo faríngeo, dolor de oído y ganglios cervicales aumentados de volumen.

Subglótica: la presencia de disnea, lo característico de estos síntomas son su persistencia y su rebeldía a los tratamientos impuestos(2).

En cuanto a los signos clínicos, fácilmente determinables por el Especialista en Otorrinolaringología por el simple examen laringoscópico, evidencian la sospecha del tumor por sus características macroscópicas (tumor exofístico, infiltrante o ulcerado)

Estrategia para la lucha contra el cáncer laríngeo.

Diagnóstico precoz

En nuestro sistema de salud existen programas de pesquizaje de cáncer, tales como el de cuello uterino, bucal y mamas. Los mismos actuarán por supuesto sobre el cuerpo y la mente humana. Existen riesgos tanto biológicos como psicológicos para la persona pesquizada por lo que deben tenerse en

cuenta los mismos, con relación a la seguridad del individuo en términos de un juicio de la aceptabilidad del riesgo ya que esto es imprescindible desde el punto de vista ético.

A las personas sometidas a un programa de este tipo, habitualmente no se les pide un consentimiento informado y no se les informa incluso de los posibles errores diagnósticos. Su participación es voluntaria. Los individuos tienen derecho a negarse, pero los que deciden participar lo hacen frecuentemente por inercia, sin tener parte activa en la decisión. Somos del criterio que el individuo debe comprometerse después de conocer cuales son sus riesgos, beneficios y sus derechos para de esta forma estar consciente de su papel en la salud pública y la sociedad.

En nuestra Especialidad no existe un programa para el diagnóstico precoz del cáncer laríngeo. Consideramos que nuestro sistema de salud tiene condiciones para poderlo realizar. El diagnóstico presuntivo del cáncer laríngeo es eminentemente clínico, por lo que depende fundamentalmente del potencial médico. Contamos con una atención primaria eficaz, en la cual el médico de la familia jugaría un importante papel y sería el encargado, después de haber sido adiestrado en este sentido, de enviarnos a una consulta especializada creada con este fin, a los presuntos sospechosos

Estos serían aquellas personas fumadoras, o bebedoras con edad superior a los 45 años y síntomas tales como ronquera, o manifestaciones faríngeas (dolor, ardor, carraspeo) de más de 15 días de evolución y rebelde a tratamiento.

Con todos los elementos anteriormente señalados y una buena campaña de promoción a través de nuestros medios de difusión estaríamos a las puertas de un programa de detección del cáncer laríngeo. ¿Que nos faltaría para que fuera un buen programa? Pues sencillamente darle a conocer al pesquisado sus riesgos y beneficios, sus derechos para que el mismo tenga autonomía de decisión, en síntesis, consentimiento informado, y de esta forma integrarlo activamente al programa.

El individuo debe estar consciente de su papel en la salud pública, debe comprometerse luego de saber cuales son los riesgos y beneficios, cuales son sus derechos y de esta manera comprometerse también con la sociedad elevando su conciencia sanitaria(1).

Tratamiento.

Los objetivos del tratamiento del cáncer laríngeo son la curación, la prolongación de la vida y el mejoramiento de la calidad de la misma; las posibilidades terapéuticas abarcan la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia aisladas o combinadas.

La relación médico-paciente en toda enfermedad y sobre todo en el cáncer es un proceso complicado pero muy importante y se fundamenta en la confianza que el médico puede inducir en su paciente por su competencia profesional, sus valores humanos y su apoyo psicológico(9).

Esta relación debe ser dialogada, desarrollada en los marcos de la comunicación. Si ambos interlocutores son veraces, comprensibles, honestos y claros, se establecerá una comunicación respetuosa de los deseos e intereses de ambos y terminará con una relación éticamente impecable donde existe el respeto y la autonomía de los involucrados en el acto clínico. El fundamento ético de esta relación consiste en entregarle al paciente toda la información requerida para tomar las decisiones médicas que le atañen. No obstante los aspectos antes expresados debemos señalar lo siguiente:

El sobredimensionamiento del diagnóstico de cáncer. La actitud fatalista hacia este y las grandes mutilaciones que en ocasiones son necesarias para la curación, aspectos tan generalizados en nuestra población e incluso en nuestro propio personal médico, hacen que para la gran mayoría de nuestros profesionales constituya un verdadero dilema el enfrentar al paciente una vez ya confirmado el diagnóstico de cáncer y nos hagamos la siguiente pregunta: Decir la verdad. ¿Sí o no?

Un estudio comparativo de siete países de diferentes continentes que incluía a Estados Unidos, Bélgica, Corea del Sur, Taiwán, Tailandia, Japón y España, mostró que solamente en España y Estados Unidos más del 70% de los profesionales comunicaban diagnósticos a pacientes y familiares(1). En una investigación llevada a cabo por la Licenciada M.T. Abreu en el año 1992 titulada "Actitudes de los alumnos y profesores de Medicina ante la comunicación de diagnóstico al paciente portador de cáncer", Solo el 28,7 % de los encuestados comunicaban el diagnóstico(10). Este hecho evidencia claramente como aún estamos permeados de prejuicios. Incluso podemos ir un poco más allá y analizar ¿qué nos dice el Reglamento disciplinario para los profesionales, técnicos y demás trabajadores de la rama de la salud en su artículo 7, inciso ch?. Mantener la debida reserva en relación con el paciente sobre el

diagnóstico de los casos de enfermedad de curso letal y brindar la información necesaria con el tacto que se requiere a los familiares(11).

Por supuesto esto estimula a negar la verdad al enfermo y a sus familiares.

¿Que hacemos los Otorrinos ante esta disyuntiva?

Si vamos a ser honestos debemos decir que aún estamos prejuiciados.

En casos de pacientes jóvenes, edades que oscilan entre los 30 y 40 años con tumoraciones laríngeas malignas muy pequeñas que curan casi siempre con tratamiento radiante, les damos información completa con relación a las acciones terapéuticas pero retenemos información cuando abordamos el aspecto del diagnóstico.

Por otra parte, en los casos de pacientes de la tercera edad con tumoraciones laríngeas malignas donde para su curación se requiere de un tratamiento quirúrgico radical que implica la pérdida del órgano vocal actuamos de igual forma con relación a las acciones terapéuticas y al diagnóstico que en el caso anterior. Cuando hay que extirpar la laringe, vinculamos al paciente con otros ya operados y recuperados y le damos todas las alternativas reales en cuanto a la capacidad de comunicarse nuevamente mediante la creación de una voz esofágica (rehabilitación foniatría).

En ambos casos los familiares sí conocen la verdad en todos sus aspectos.

En los últimos años, ha sido objeto de debate la posibilidad de que el paciente pueda influir en las decisiones médicas, por el momento no existen pautas que sean consideradas válidas por todos los médicos ni en todos los países. Las opiniones se dividen en dos grandes grupos, dependiendo de los principios éticos fundamentales que regulan no sólo la conducta del médico, sino también de la sociedad a que pertenece, si se considera que el valor fundamental de la práctica médica es el bienestar del paciente la participación de este en la toma de decisiones puede ser secundario. Si por el contrario, el respeto al paciente es considerado como principal valor ético, entonces es posible que en algunas circunstancias el paciente tome decisiones que no propicien su bienestar.

La aceptación o el rechazo de una intervención médica es una manifestación particular del ejercicio de la autonomía. El consentimiento a la indicación médica se hace sobre la base de la información que posee el paciente en relación con su enfermedad, pronóstico y opciones de tratamiento. Surge entonces la pregunta de ¿qué debe saber el paciente?. La respuesta depende del marco ético en que se mueva el médico: si su conducta se rige por el principio de proporcionar al paciente el máximo beneficio, retendrá información si considera que esta provocará angustias, depresión o reacciones autodestructivas. Por el contrario si las acciones del médico giran alrededor del respeto por la autonomía del paciente, le proporcionará toda la información necesaria antes de tomar una decisión(12).

En el caso nuestro en particular, pertenecemos al grupo de profesionales que nos regimos por el principio de proporcionar al paciente el máximo de beneficio.

Con relación a la comunicación que establecemos con los familiares del enfermo, le prestamos mucha atención a los mismos, porque en ocasiones sufren tanto como el paciente y no están preparados psicológicamente para este tipo de situación. Por este motivo tratamos de educarlos sobre los principios éticos básicos y los estimulamos a participar en el cuidado del enfermo contribuyendo de esta forma a una mejor atención del mismo.

La relación del paciente laringectomizado con la comunidad es muy compleja. El se siente inferior, ya que ha perdido la voz y respira por un orificio que tiene en el cuello. También las personas que lo rodean, por las mismas razones lo subvaloran. Para integrarlo socialmente hay que trabajar fuerte con ambos. Al paciente hay que rehabilitarlo, hay que enseñarle a hablar con el esófago y hay que demostrarle que puede ser útil socialmente y a la comunidad hay que educarla y prepararla para que no le cierre las puertas a alguien que tanto lo necesita.

Asistencia paliativa.

Se estima que diariamente cuatro millones de personas en todo el mundo sufren dolor por cáncer sin recibir aún un tratamiento plenamente satisfactorio, y que entre el 60 y el 85 % de los pacientes en etapas avanzadas padecen de dolor moderado o severo(13).

Filosóficamente se ha planteado que el paciente con enfermedad maligna terminal tiene derecho a morir con dignidad y sin dolor, de ahí que los tres objetivos fundamentales de los cuidados paliativos

sean: el control de los síntomas (dolor), apoyo emocional y preservación de la dignidad y autonomía del paciente.

Algunos autores han planteado que este tratamiento debe ser multidisciplinario y enfocado como programa. En nuestro país se ha establecido de forma gradual el Programa Nacional de Atención al dolor y cuidados paliativos al paciente oncológico, existe en el mismo una atención multidisciplinaria y se subraya la atención a los familiares.

Nuestro modelo de atención primaria facilita grandemente el desarrollo de esta actividad y en nuestro caso específico el médico de la familia se rige como el eslabón fundamental de la atención paliativa al enfermo terminal de cáncer laríngeo.

Finalmente cuando brindamos cuidados paliativos a un paciente terminal debemos recordar que la muerte es un hecho natural que no se debe posponer ni acelerar, por lo tanto no debe considerarse como un fracaso de la atención médica brindada.

CONCLUSIONES

1. Es posible establecer un programa para la atención precoz del cáncer laríngeo en nuestra provincia pues contamos con el material humano necesario. El consentimiento informado debe estar presente en la relación médico-paciente durante el desarrollo del programa.
2. En la relación médico-paciente que establecemos los especialistas de nuestra rama con el paciente portador de cáncer laríngeo existe aún cierto grado de paternalismo, ya que nos regimos por el principio de proporcionar al paciente el máximo beneficio y retenemos la información que puede causarle angustia o depresión.
3. La relación que se desarrolla con los familiares del paciente es magnífica y facilita la recuperación y rehabilitación del enfermo. En los casos de enfermedad terminal la misma propicia un desenlace digno.
4. La información sobre diagnósticos a pacientes y familiares es pobre no solo en nuestro país, sino en algunos países desarrollados como Japón y Bélgica.
5. La incorporación del paciente laringectomizado a la sociedad resulta compleja en la actualidad, debido a los prejuicios que genera en él y en la comunidad su incapacidad física.
6. Los objetivos del tratamiento paliativo al paciente terminal por enfermedad laríngea maligna se cumplen: alivio del dolor, apoyo emocional y preservación de su dignidad y autonomía.
7. Nuestro Sistema Nacional de Salud, cuenta con una infraestructura adecuada para el desarrollo de programas paliativos a enfermos oncológicos. La atención primaria y en especial el médico de la familia jugarían un rol especial.

ABSTRACT

An analysis is made of on the ethical conflicts present in the management of patients with laryngeal cancer, primarily focused on early diagnostic aspects management and palliative assistance. The possibility of making a program for early diagnostic purposes is dealt with in the first aspect, and the importance of the Informed Consent is highlighted so that it may be effective. The ethical conflicts confronted with the patient, his relatives as well as those toward society at the time of resuming occupational functioning are evaluated in the themes of treatment and palliative assistance. Eventually, we conclude that the physician-patient relationship established by the Otolaryngology specialists and the carrier of laryngeal cancer is that, there still exists certain degree of indulgence for we guide ourselves by the principle of giving the patient the maximum benefit by retaining the information that might cause him anguish or depression.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Bioética. Desde una perspectiva cubana. La Habana: Centro Félix Varela; 1997.
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico. La Habana: Dirección Nacional de Estadísticas; 1999.
3. Berendes F, Link R, Zollner F. Tratado de otorrinolaringología. En: laringe trastornos de la locución. Barcelona: Editorial Científico-Médica, 1999. p. 1973-74.
4. Cardoso Herrera G. Cáncer laríngeo. Temas de la Residencia. Santiago de Cuba 1998.

5. Gregor RT, Borisle KB, Balm AD, Hilgers FF. Supraglotic.Laringectomy whit postoperative radiation versis primary rediation in the monoge niet of supraglotic laringel cancer. Am F. Otoringol 1999;17 (5):316-21.
6. Ibarrodo F, García M. Lorente F. Comparatve studi of 2 antibiotic prophylactice protocols in encologoc sugery of the pharynx and Larinx. Acta Otorrinolaringol 1998;49(5): 397-9.
7. Sancho Garner M. Problems ethiques poses par les actions the prevenction. Bulletin du cancer 1999;(82):468-9.
8. Sherman CD FR. Manual de Oncología Clínica. Aspectos psicosociales del cáncer. Barcelona: Doyma; 1999.
9. Abreu MT, Martín A. Actitudes de alumnos y profesores de medicina ante la comunicación del diagnóstico al paciente de cáncer. Rev. Cubana de Oncol. 1999;(8) 118-122.
10. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Reglamento disciplinario para los profesionales, técnicos y demás trabajadores de la rama de la salud. Resolución Ministerial. No.64 Capitulo IV, Lección 1, Artículo 7, Inciso ch. Cuidad de la Habana; 1997.