



¿CUÁNDO DAR POR TERMINADO UN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO?

Dr. Jesús Rosa

existencia o no de enfermedades concomitantes severas, así como la existencia o carencia de tratamientos útiles para su neoplasia.

TIPO DE TUMOR

El comportamiento de la enfermedad varía enormemente según sea la neoplasia de base. Es bien conocido por todos que hay tumores que son muy sensibles a los tratamientos disponibles, como es el caso de los tumores germinales, los linfomas y los tumores cutáneos (no melanoma). Por el contrario, hay neoplasias que son muy resistentes a las armas terapéuticas que actualmente poseemos en nuestro arsenal terapéutico como son: Glioblastomas cerebrales, carcinomas no microcíticos de pulmón, adenocarcinomas de páncreas, etc.

Obviamente, según lo anteriormente señalado, es un factor importante a considerar en nuestra toma de posición general. Sin embargo el tipo de tumor no nos permite determinar con certeza su evolución en cada caso en concreto y además intervienen otros muchos factores (muchos de ellos hasta ahora desconocidos) para conocer la respuesta individual a los tratamientos ofrecidos al enfermo. Esto hace que el tipo de neoplasia no sea un factor decisivo en la decisión de suspender o no un tratamiento determinado.

SITUACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Ante un mismo diagnóstico anatomopatológico, el pronóstico general de la enfermedad variará según la extensión de la misma, pudiendo ir desde más del 90% de curaciones en carcinomas ductales de mama localizados en estadíos iniciales, a 0% en carcinomas de mama diseminados. Esto es lo que obliga a realizar en todos los casos, lo que se denomina estudio de extensión tumoral, que aparte de informarnos de las posibilidades estadísticas de cada estadío, nos permite ajustar de manera más apropiada los tratamientos oncológicos que se oferten. Aunque es cierto que los estadíos avanzados se asocian a menor control de la enfermedad y por lo tanto a peor evolución clínica, no hay que equiparar enfermedad avanzada (o incluso metastásica) a enfermedad en situación terminal. Baste recordar que hay procesos tumorales como son los tumores germinales y algu-

pueda indicar ningún tipo de tratamiento paliativo en estos enfermos portadores de enfermedades asociadas graves. En conclusión, habitualmente la decisión sobre la suspensión de un tratamiento antitumoral de forma irreversible no viene dada por sus patologías previas.

EXISTENCIA DE TRATAMIENTOS EFECTIVOS

En muchos casos, las neoplasias tienen varias líneas de tratamiento oncológico, siendo las más efectivas las primeras y disminuyendo su eficacia sucesivamente. Ciertamente hay situaciones ante la progresión del cáncer, en las cuales ya no hay terapias con resultados confrontados científicamente y en las que se utilizan tratamientos compasivos o sin confirmación clínica.

La administración de estas líneas de tratamiento, al igual que la entrada en ensayos clínicos controlados, deben de discutirse individualmente con el paciente; ya que la actitud más coherente es la suspensión definitiva del tratamiento al finalizarse las terapias cuya efectividad se conoce de forma fehaciente. En resumen, es potestad y deber del médico suspender un tratamiento a un paciente si en conciencia consideramos que no le vamos a beneficiar clínicamente.

C. OPINIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Es la manifestación expresa del enfermo, adecuadamente informado, de aceptar, continuar o suspender un tratamiento oncológico, a sabiendas de sus bases científicas, expectativas y efectos secundarios esperables.

La clave, evidentemente, está en la voluntad del propio enfermo que es el único que tiene potestad para admitir o rechazar cualquier tipo de terapia (incluida obviamente la oncológica); pero es imprescindible que previamente posea una información adecuada de qué es lo que se pretende y qué coste físico, psíquico y social conlleva su decisión. La respuesta a nuestra pregunta inicial de cuándo dar por finalizado un tratamiento oncológico, en el actual contexto es fácil. Se terminará el tratamiento cuando el paciente así lo decida. Pero en el ambiente en el que nos movemos, dicha postura no es frecuente y

habitualmente está mediatizada por muchos condicionantes y factores variados en el propio enfermo. Entre ellos están:

- La edad. A nadie se le escapa que no es factible tomar dichas decisiones a menores de edad, o a personas adultas muy jóvenes o muy ancianas.
- Nivel cognitivo. Es relativamente fácil explicar la enfermedad, su evolución y los tratamientos a personas con un cierto nivel intelectual y prácticamente imposible a otras. Esto hace que en este último grupo y sin dicho conocimiento previo, la resolución del paciente sea realmente dificultosa.
- Nivel volitivo. Las personas que por cualquier motivo tengan alterada sus capacidades de decisión no son susceptibles de poder tomar postura ante este dilema.
- Factores económicos, sociales y religiosos. Todos ellos condicionan en ciertos enfermos la posibilidad de actuar libremente para indicar o no la suspensión de una terapia determinada.

En mi opinión es fundamental y exigible aportar desde el médico responsable del paciente una información veraz de la enfermedad, a la vez que inteligible y adaptada a su nivel cultural. Incluirá tanto su pronóstico, como la clínica esperable y la morbilidad asociada a los tratamientos y también a lo que ocurrirá si éstos se suspenden. Por el contrario, indicar en este punto que el paciente también tiene el completo derecho a no recibir la información sobre la enfermedad, si así lo determina expresamente; pero en este caso su decisión sobre la suspensión de cualquier tipo de terapia carece de base lógica, al desconocer datos fundamentales de su proceso patológico.

D. OPINIÓN DE LA FAMILIA (O RESPONSABLES LEGALES)

En los casos en los cuales el paciente por cualquier motivo (menores de edad, incapacidad mental, etc) no pueda decidir por sí mismo, es evidente que la información médica y las actitudes a tomar deben de discutirse con los responsables legales pertinentes. Pero asimismo considero que es aconsejable, intentar dar opción al propio paciente para que comprenda la situación, dentro de sus posi-

bilidades, explicándole de la forma más sencilla posible las conclusiones tomadas. Esto claramente es distinto de las situaciones en las cuales la familia, amigos, etc, quieren tomar parte en la toma de actitud de un paciente con las capacidades adecuadas; o incluso decidir las en exclusividad y sin contar con el propio enfermo. Esta asunción de representatividad por la familia tiene diferentes aspectos y motivaciones:

- Por motivos de proteccionismo al enfermo. Se argumenta que el paciente es depresivo, nervioso, falta de carácter, etc.
- Por comodidad del propio médico. Así evita dar las malas noticias y tener que explicar múltiples veces la situación y la carencia de futuro al enfermo.
- Por propia delegación del paciente. En los casos en los que el enfermo indica que se lo expliquen a sus familiares y que él no quiere saber más.

De ellas, las dos primeras son totalmente rechazables ya que la relación médico-enfermo es personal y bidireccional y se basa en una confianza mutua y no puede interponerse un tercer elemento como es la familia, amigos, compañeros, etc., en dicha relación y menos cuando las decisiones son de tal calibre. Esto no es óbice para que si el paciente así lo considere, se informe adecuadamente a la familia, pero no admitiendo interferencias que actúen sobre decisiones terapéuticas. El tercer aspecto señalado incluiría una información exhaustiva a la familia y la toma de decisiones en consenso, pero en el que también deberá de incluirse al propio paciente.

E. CONCLUSIONES

La decisión de finalizar un tratamiento oncológico dependerá esencialmente de:

- *Criterio médico.*

No debe de continuarse ningún tratamiento si la mejora a obtener, no justifica los efectos secundarios esperados. Esto hace que si en opinión del facultativo no hay beneficio en la continuación de un tratamiento se retire al paciente del mismo, incluso en contra de su opinión.

- *Criterio del paciente.*

En los casos en los que el médico valore adecuadamente un tratamiento desde el punto de vista científico, pero el paciente después de una información adecuada y de discutir los distintos aspectos de la enfermedad y del tratamiento no considere que le compensan los teóricos beneficios con su sacrificio personal, debe de suspenderse definitivamente el tratamiento propuesto.

- *Criterio familiar.*

Sólo es valorable en aquellas situaciones puntuales, en las cuales el paciente no tiene la potestad legal para decidir de forma adecuada.

En resumen, y como conclusión deseo indicar que no hay recetas mágicas, ni pautas determinadas para solventar la pregunta de ¿cuándo dar por terminado un tratamiento oncológico? en todos los casos. La situación ideal sería aquella en la cual el médico tras evaluar los beneficios y desventajas de un determinado tratamiento se lo presente al enfermo en el caso de que considere que sus ventajas sean superiores a la morbilidad asociada y que, por su parte, el enfermo tras comentarlo y discutirlo con su médico decida libremente si desea o no tomar (o suspender) dicho tratamiento.

