



Revisión Bibliográfica

Facultad de Ciencias Médicas Dr. Faustino Pérez Hernández

El cáncer de pulmón: Algunos aspectos sociales y bioético.

Lung cancer. Some social and bioethical aspects.

Dr. Ortiz Martínez Aldo ¹, Dra. González Martín Amelia ², Dr. Lorenzo Rubio José Luis ³, Dra. Hernández Navarro Marlene ⁴, Dra. Cabrera Cabrera Cristina ⁴

Especialista de 1^{er} grado en Radiología. Profesor Asistente ¹
Especialista de 1^{er} grado en Radiología. Profesor Instructor ²
Especialista de 2^{do} grado en Neumología. Profesor Asistente ³
Especialista de 1^{er} grado en Histología. Profesor Asistente ⁴

RESUMEN

El carcinoma del pulmón fue descrito a mediados del siglo XIX como una neoplasia poco frecuente, pero en los últimos años ha adquirido una frecuencia alarmante, asociado esto principalmente al consumo del tabaco, por lo que se hace necesario revisar los aspectos sociales, económicos, políticos, jurídicos, psicológicos y bioéticos entre otros, para así poder brindar una atención integral a los pacientes con esta enfermedad.

DeCS: NEOPLASMAS PULMONARES

SUMMARY

Lung carcinoma was described in the middle of the XIX century as a not very frequent neoplasia, but in the last few years it has acquired an alarming frequency, associated mainly to tobacco use. Therefore, it becomes necessary to review the social, economic, political, juridical, psychological and bioethical aspects among others, so as to provide in this way an integral attention to patients with this disease.

MeSH: LUNG NEOPLASMS

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El carcinoma de pulmón fue descrito por Laennec a principios del siglo XIX como una neoplasia relativamente infrecuente, manteniéndose como una enfermedad rara hasta los albores del siglo XX, pero en los últimos años el desarrollo del cáncer de pulmón ha alcanzado una frecuencia alarmante.(1,2,3,4,5,9)

CONCEPTUALIZACIÓN CIENTÍFICA

En el pulmón puede originarse una serie de tumores benignos y malignos, pero la inmensa mayoría (90 al 95%) son carcinomas broncogénicos. Aproximadamente, el 5% son carcinoides bronquiales y el 2 al 5% son tumores mesenquimales y de diversos tipos. El término broncogénico indica que el origen de estos tumores malignos es el epitelio bronquial (y a veces, el bronquiolar). Se han propuesto muchas clasificaciones histológicas del carcinoma broncogénico, pero algunas de las más conocidas, basadas en las clasificaciones de la OMS, son las que dividen a estos tumores en cuatro categorías principales: carcinoma epidermoide (25 al 40%); Adenocarcinoma (25 al 40%), carcinoma de células pequeñas (20 al 25%) y el carcinoma de células grandes (10 al 15%).

EPIDEMIOLOGÍA

Para los países de América Latina y el Caribe los 3 últimas décadas han traído cambios demográficos y epidemiológicos importantes, con el consiguiente cambio en la tabla de incidencia de las diferentes enfermedades, donde se muestra un aumento relativo y absoluto de las enfermedades no transmisibles, entre ellos el cáncer, correlacionándose el incremento de la incidencia de cáncer de pulmón con el aumento desmedido del consumo de tabaco, situación muy similar a la que ha ocurrido en Cuba. En la evaluación de estos datos estadísticos podremos tomar conciencia del alcance o magnitud del problema cáncer de pulmón en el mundo y en Cuba y lo que se avizora para los próximos años. Es por esto que nos hemos propuesto revisar los aspectos sociales de esta enfermedad. (7, 8,9)

DESARROLLO

ASPECTO ECONÓMICO, POLÍTICO Y JURÍDICO

Es bien conocido que el tabaco es nocivo para la salud. Lo que no se sabe con el mismo grado de certeza es que el tabaco, a nivel mundial, es también un desastre económico neto. Tanto consumidores como productores obtienen algunos beneficios en forma de placer inmediato y ganancias que pueden estimarse a partir de datos del mercado, pero estos beneficios del mercado palidecen frente al elevado costo de las enfermedades y muertes causadas por el consumo de tabaco, dentro de las cuales tienen un papel preponderante el cáncer de pulmón.

El aumento de la incidencia y de las tasas de supervivencias, así como del número absoluto de casos de cáncer de pulmón impone en primer lugar, tomar conciencia de este hecho y en segundo la solución de este problema a nivel de los servicios de salud y más allá a nivel de gobierno, capaces de aunar esfuerzos y dirigir programas encaminados hacia la prevención y control del cáncer de pulmón.

El paciente portador de cáncer de pulmón es responsable del hecho delictivo, la enfermedad no influye para dilucidar entre el bien o el mal, es decir que sea capaz o no para comprender el alcance de sus acciones y dirigir su conducta, esto está en dependencia de la existencia de

metástasis cerebral que pueden influir en su conducta. Después del proceso legal, los familiares a través del médico de asistencia y un resumen de su historia clínica solicitan al tribunal que lo juzga, que sea valorado por la comisión de aptitud para el régimen penitenciario. (3, 4, 8, 11, 12, 13,14)

CUADRO PSICOLÓGICO

Al considerar la sintomatología, en la actualidad no reconocemos generalizaciones aplicables a esta localización de la enfermedad. No existe tal o cual lista de síntomas más o menos frecuentes, sino que en cada persona los factores citados significan una impronta sobre su personalidad. Así, no conocemos características psicológicas propias del cáncer del pulmón. El cáncer no tiene psicología: cada individuo presenta un cuadro que le es propio, característico y único y así deberá ser estudiado, comprendido y tratado, es decir, en forma individual.

La prestación psicoterapéutica al paciente muy grave o terminal no tiene sentido suele ser una delegación de una situación desagradable.

En estas circunstancias los objetivos a lograr son: “paz mental”, presencia médica, compañía, control efectivo de síntomas, tratamiento de los miedos sin mentir y supervisión de que las indicaciones médicas se cumplan. (5, 6, 8, 10, 11, 17,18)

RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE – FAMILIA

El apoyo emocional y la comunicación con el enfermo y su familia por parte del equipo terapéutico; se debe establecer sobre relaciones francas y honestas. Comunicación adecuada no significa decir al paciente toda la verdad, sino lo que él necesite, desee y tolere conocer, sin engañarlo ni generarle falsas esperanzas, pero sí mitigando sus miedos y propiciando esperanzas concretas, factibles de alcanzar. Con la familia siempre deberá existir una comunicación abierta, realista, aunque se respeten momentáneamente mecanismos de negación. Una actitud de escucha activa y de apoyo es la mejor medicina.

ÉTICA Y BIOÉTICA

A pesar del progreso de la ciencia en general y en particular, de las ciencias médicas y del perfeccionamiento sostenido del conocimiento humano, el cáncer continúa siendo un grave problema de salud para el hombre.

La finalidad de la lucha contra el cáncer de pulmón es reducir tanto la incidencia de la enfermedad como la morbilidad y mortalidad resultantes. Las estrategias de lucha contra el cáncer de pulmón comprende cinco aspectos fundamentales: promoción y prevención, diagnóstico precoz, pronóstico, tratamiento y asistencia paliativa. Apareciendo conflictos éticos, en cada uno de ellos.

Promoción y Prevención.

Las medidas sanitarias de orden preventivo corresponden a la llamada prevención de primer orden, cuyo objetivo es evitar la aparición de enfermedades que por su alta incidencia y grave pronóstico amenazan a segmentos importantes de la población. Este tipo de prevención tiene necesariamente una participación importante del estado, pues sólo puede tener eficacia si se cumplen las medidas de forma universal e irrestricta.

Consideramos al igual que otros autores, que los principios que presentan la ética social y pública constituyen un nivel jerárquico superior, y los principios éticos individuales se les deben subordinar.

DIAGNÓSTICO PRECOZ

Los programas de pesquizaje de cáncer de pulmón, de igual modo que la mayoría de las tecnologías en salud, actúan directamente sobre el cuerpo y la mente humana. Siempre existen riesgos de orden biológico o psicológicos, por lo que tomar en cuenta la seguridad de los individuos en términos de un juicio de la aceptabilidad del riesgo, es imprescindible desde el punto de vista ético. El uso indiscriminado de la tecnología genera tasas más altas de yatrogenésis clínica, además de daños culturales y sociales.

TRATAMIENTO

La relación entre el médico y el paciente en toda enfermedad (fundamentalmente en el cáncer) en un proceso complicado, pero esta relación es tan importante como los conocimientos científicos y la experiencia para enfrentarse a los problemas. Si ambos interlocutores son veraces, comprensibles, honestos y claros se establecerá una comunicación mutuamente respetuosa de los deseos e intereses de los dialogantes, y culminará en una relación éticamente impecable que contempla el respeto de los intereses 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 o aprobar las decisiones médicas que le atañen: decisión información.

En algunos países como por ejemplo Estados Unidos, es habitual revelar completamente la verdad al paciente y explicarle con detalle las probabilidades estadísticas de curación que se derivan de las alternativas terapéuticas existentes en cada caso. Por el contrario, muchos otros médicos prefieren mentir totalmente sobre la naturaleza de la enfermedad, y su evolución. Sin duda, lo mejor será una posición intermedio entre estas dos posiciones extremas. La verdad o el «grado de verdad» que el médico elige comunicar al paciente surgirán de la consideración de algunos elementos:

- La capacidad de tolerancia psicológica individual.
- Las condiciones culturales y el nivel de vida social.
- Las posibilidades de curación de la enfermedad.
- La fase en la que se encuentra la enfermedad.
- Las posibilidades de colaboración con la familia y el entorno.

PRONÓSTICO

Si el momento del diagnóstico es el más difícil para el paciente y para su capacidad psicológica, el del pronóstico constituye la fase más dedicada para el médico, que puede encontrarse con tener que responder a preguntas del tipo: «¿cuánto me queda de vida?», «¿cómo moriré?», «¿sufriré mucho?». Salvo cosas excepcionales, «es mejor evitar emitir juicios pronósticos muy precisos», tanto en lo que respecta al tiempo, como en lo que respecta al modo en que la enfermedad llegará a término. El enfermo, incluso si se encuentra en periodo preterminal, debe creer y esperar que exista todavía un espacio terapéutico a utilizar o un tratamiento que intentar. En lugar de centrarse en el pronóstico, por lo general es mucho mejor poner el énfasis con decisión en los consistentes resultados terapéuticos obtenidos en los últimos años en la lucha contra el cáncer.

ASISTENCIA PALIATIVA

Los tres objetivos específicos de los cuidados paliativos son: el control de síntomas – especialmente dolor – apoyo emocional y preservación de la dignidad y autonomía del paciente con este enfoque los tratamientos bio – médicos y psicológicos adquieren un impacto potencial más efectivo.

El derecho de morir en casa, rodeado del calor brindado por rostros y casos familiares es una costumbre que está siendo reconquistada, y es ampliamente promovida en la actualidad. En el caso particular de Cuba esta idea cobra mayor fuerza, ya que la atención profesional de estos pacientes la realizan el médico y enfermera de la familia, apoyados por interconsultas de especialistas de la atención secundaria y terciaria del Sistema Nacional de Salud.

INVESTIGACIONES

La atención médica no es el único deber del médico. Con el desarrollo de la investigación biomédica, se ha reconocido explícitamente no sólo el derecho de experimentar, sino se reconoce el “deber de ensayar” o la “obligación de investigar”, complementaria a la obligación de la atención médica, en la forma de experimentación humana con fines científicos. Esta, se realiza de acuerdo a tres principios fundamentales de la ética: autonomía, beneficencia y justicia, de los cuales dimanan las reglas del consentimiento informado, del balance riesgo – beneficio, la equidad, honestidad, rigor y competencia científica.

CONCLUSIONES

- El cáncer de pulmón es la neoplasia maligna de mayor mortalidad a nivel mundial tanto en el hombre como en la mujer.
- Existe una estrecha correlación entre el incremento del hábito tabáquico y la incidencia de cáncer de pulmón.
- Los análisis de costo indican que las legislaciones contra el tabaquismo, información, educación y prohibición de su publicidad, cuestan solo una fracción en comparación con los métodos utilizados para llegar a un diagnóstico, estudiar y tratar a los pacientes con cáncer de pulmón.
- El paciente con cáncer de pulmón no está exonerado de responsabilidad legal por su enfermedad.
- No existen características psicológicas propias de los pacientes portadores de cáncer de pulmón, cada individuo presenta un cuadro que le es propio, característico y único y así deberá ser estudiado, comprendido, informado y tratado, es decir, en forma individual.
- El factor más importante en la relación médico – paciente es el nivel de confianza: el paciente tiene que creer en la competencia del médico, que este hará todo lo necesario para darle el mejor cuidado posible.
- La estigmatización del cáncer de pulmón como problema sociocultural se mantiene hoy día, aunque con mejorías en el aspecto educativo de la población.
- Las estrategias de lucha contra el cáncer de pulmón comprende 5 aspectos fundamentales: promoción, prevención, diagnóstico, precoz, pronóstico, tratamiento y asistencia paliativa. Apreciándose conflictos éticos, en cada uno de ellos.
- Es conveniente informar al paciente sobre el estado de la enfermedad, aunque, obviamente, la manera más adecuada de hacerlo se elegirá de acuerdo a su personalidad y condiciones socioculturales.
- La información al paciente no puede estar exenta de una adecuada información a sus familiares sobre la naturaleza y desarrollo de la enfermedad.
- Las investigaciones y el manejo terapéutico de los pacientes portadores de cáncer de pulmón se realiza de acuerdo a tres principios fundamentales de la ética: autonomía, beneficencia y justicia, de las cuales demandan las reglas de consentimiento informado, del balance riesgo – beneficio, la equidad, honestidad, rigor y competencia científica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Leal Mursulí A. Enfoque multidisciplinario del cáncer del pulmón. Resultados de la Cirugía. Rev. Cubana Cr. 1999; 38 (2): 74-78.
2. Pilhev J. Tabaquismo y enfermedades pulmonares. Rev. Argent Tórax. 1999; 60 (1/4): 3-4.
3. Suárez Vera D. Recorrido histórico del interés por los aspectos psicosociales del cáncer. En Nuñez de Villavicencio. Psicología y Salud. 1er ed. Ciencias Médicas. 2001: 83-84.
4. Grupo Nacional de Oncología. Reunión Nacional de consenso de elaboración de las Guías de Diagnóstico y tratamiento del cáncer pulmonar. CIMEQ. La Habana. 2000: 1-19.
5. Kobzik L. Tumores. En: Robbins. Patología Estructural y Funcional. 6ta ed. Mc Graw-Hill. Interamericana. Madrid. 2000: 774-758.
6. Irving L. Recent aduances in managing non-small. Coll Lung Cáncer. Med Journal Austral. 1997; 166: 2-20.
7. Juan O. Low-Dase Weekly paclitxel os second – Line Treatment/or aduanced non – small cell Lung cáncer: a phese II study. J. Clin Oncly. 2002; 32 (11): 449-54.
8. Swisher SG. Clinical update of Ad-p53 gene therapy/or Lung cáncer. Surg Oncol Clin N Am. 2002; 11 (3): 521-35.
9. Howard B. La Carga económica que representa el Comercio Tabacalero Mundial. Rev Argent Tórax. 1995; 56 (1):5-12.
10. Pilhev J. Relación entre el cáncer del pulmón y el uso del Tabaco. Rev Argent Tórax. 1992; 53 (2): 9-15.
11. Monge MA. Etica, Salud y enfermedad. Anzos SA. Madrid. 1991.
12. Schavelzon J; La Psicología y el paciente con cáncer del pulmón. Rev Argent. Torx. 1991; 52 (3): 3-5.
13. Borroto Cruz R. Relación Médico – Paciente. En Nuñez de Villavicencio. Psicología y Salud. 1ra ed. Ciencias Médicas. 2001: 175 – 182.
14. Ferrecio C. Cáncer broncopulmonar entre trabajadores expuestos a arsénico. Rev Med Chile. 1995; 124: 119-123.
15. Molina E. Factores de riesgo de cáncer pulmonar en Ciudad de La Habana. Rev Cub. Hig. Epidemiol. 1996; 34 (2): 81-90.
16. Soriano García JC. Algunas consideraciones éticas en torno al cáncer. Bioética desde una perspectiva Cubana. 1997: 165-172.
17. Bernardo Strada MR. Cómo informar al paciente Ncoplásico En: Manual de Oncología Médica. 1ra ed. Científico Técnica. 1977: 318-323.
18. Villapando A. Bioética: Principios y fundamentos. Rev. Sanit Milit Max. 1997; 51 (5): 232-235.
19. Amaro Canu MC. Principios básicos de la bioética. Rev. Cub. Enferm. 1996, 12 (1): 32-39.
20. Villapando A. Definiciones de ética y bioética, S. De la Bioética en la Filosofía Moral. Dcontología, Tecnología, losa principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Rev Sanid Milit. Mex. 1999; 53 (2): 153-157