



Revisión Bibliográfica

Facultad de Ciencias Médicas Dr. Faustino Pérez Hernández

Los linfomas como neoplasias hematológicas malignas: algunas reflexiones sobre aspectos éticos y sociales.

Lymphomas as malignant hematological neoplasias: some reflections about ethical and social aspects.

Dr. Dr José A. Díaz Quiñones¹

Especialista de 2^{do} grado en Medicina Interna. Profesor Asistente ¹

RESUMEN

Se realiza una revisión bibliográfica referente a los Linfomas Malignos teniendo en cuenta diferentes aspectos clínicos y de tratamiento de estas neoplasias así como un análisis de la bibliografía sobre aspectos éticos y sociales principalmente en lo referente a decisiones éticas diagnósticas y terapéuticas, realizándose además reflexiones relacionadas con la relación médico – paciente – familia, aspectos religiosos y psicológicos en el manejo de estos enfermos, luego de la cual se arriba a diferentes conclusiones de interés en nuestro medio.

DeCS: LINFOMA

SUMMARY

He/she is carried out a bibliographical revision with respect to the Wicked Linfomas keeping in mind different clinical aspects and of treatment of these neoplasias as well as an analysis of the bibliography has more than enough ethical and social aspects mainly regarding diagnostic and therapeutic ethical decisions, being also carried out reflections related with the relationship doctor - patient - family, religious and psychological aspects in the handling of these sick persons, after which you arrives to different conclusions of interest in our means.

MeSH: LYMPHOMA

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y CONCEPTUALIZACIÓN CIENTÍFICA

En 1832 Thomas Hodgkin describió las características clínicas y anatómicas de siete pacientes con tumores de las glándulas absorbentes y el bazo (1) Desde entonces se han realizado diferentes intentos para logra una mejor definición y clasificación de los linfomas.

En 1858 Virchow introdujo el nombre de Linfoma y en 1863 el de linfosarcoma para calificar a las enfermedades malignas que comprometían de forma primaria a los ganglios linfáticos, el bazo y la médula ósea (2,3).

En 1871 Billroth usó por primera vez el término de linfoma maligno para referirse a estas neoplasias.

No es hasta la primera mitad del Siglo XX que los linfomas malignos pueden dividirse en dos grandes grupos, debido al descubrimiento de la célula de Reed Stenberg como definitoria de Linfoma de Hodgkin. Es a partir de ese momento que se establecen las dos categorías de Linfomas: Linfomas No Hodgkin (LNH) y Enfermedad de Hodgkin con características distintivas en cada uno de ellos.

Posteriormente se establece la primera clasificación de los Linfomas No Hodgkin, realizada en 1966 por Henry Rappaport al clasificar a dichas neoplasias teniendo en cuenta el patrón de distribución celular, las características citológicas y el grado de diferenciación.

En la Década del 70 se conoce por el desarrollo de la Inmunología, que los linfocitos pueden dividirse en células T o células B, lo cual da paso a la aparición de varias clasificaciones de los LNH basadas principalmente en datos inmunológicos, como son las clasificaciones de Lukes y Collins y de Kiel propuesta por Lennert (5,6).

No obstante lo anterior existía confusión en la terminología y conceptualización de la enfermedad, con discrepancias entre clínicos y patólogos, por lo cual en 1982 el Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos, luego de reunir a varios expertos en la enfermedad, propone lo que se conoce como Nueva Fórmula de Trabajo para Uso Clínico, clasificación que tenía en cuenta la histología y el pronóstico, basado en la supervivencia de los pacientes, excluyéndose los datos inmunológicos y dividiendo a los LNH en linfomas de bajo grado de agresividad, de grado intermedio y de alta agresividad, incluyéndose en cada subgrupo diferentes variedades de LNH.

En las dos últimas décadas del pasado siglo, al conocerse mejor las alteraciones genéticas e inmunológicas relacionadas con el LNH, se han podido identificar varios tipos de linfomas que se desconocían anteriormente.

Estos hechos dan paso a que se propongan las dos últimas clasificaciones conocidas de la enfermedad: en 1994 la Clasificación REAL (Revised European American Classification of Lymphomas) y en 1997 la Clasificación de la OMS, esta última la de actual vigencia a nivel mundial, la cual basa su clasificación en datos morfológicos, clínicos, inmunológicos y genéticos, tratándose de dividir a los LNH y otras neoplasias linfoides malignas en entidades anatomoclínicas que poseen interés clínico y terapéutico (8). Esta Clasificación divide a estos tumores en neoplasias linfoides de Células B y T, incluyéndose en cada subgrupo a las neoplasias de células precursoras y maduras, caracterizándose diferentes entidades.

Los estudios clínicos han demostrado que esta nueva clasificación tiene trascendencia clínica y goza de elevado grado de certeza diagnóstica en comparación con clasificaciones anteriores.

Los Linfomas de Hodgkin se clasifican desde 1965 según lo propuesto por Lukes y Buter (9), en varios subtipos histológicos, como son las variantes esclerosis nodular, celularidad mixta, depleción de linfocitos y predominio linfocitario, teniendo cada uno características clínicas, epidemiológicas y pronósticas que son de utilidad en el manejo de estos pacientes.

Debemos señalar que ha sido de gran valor en estas neoplasias la propuesta de estadiación clínica realizada en ANN ARBOR en 1971, que sin dudas es de primerísimo valor para la planificación terapéutica en estos pacientes, así como fundamentalmente en el pronóstico, ya que tiene en

cuenta la extensión anatómica de la enfermedad y la presencia o no de síntomas que ensombrecen el pronóstico (fiebre, pérdida de peso y prurito nocturno). Posteriormente se han añadido otros datos para establecer el pronóstico, como son la edad, la clasificación funcional y el número de sitios extraganglionares afectados entre otros, lo que se conoce como Índice Pronóstico Internacional, sin dudas de gran utilidad en el manejo de los paciente con estas neoplasias hematológicas malignas.

Por tanto podemos concluir en este acápite que los linfomas malignos en sus diferentes variedades son neoplasias de naturaleza clonal, que afectan tanto a los linfocitos B como los Linfocitos T. (LNH), existiendo la variedad Linfoma de Hodkin donde la naturaleza y origen de la célula afectada se desconoce, pero cuya morfología la permite identificar y es conocida como célula de Reed Stemberg, célula patognomónica de esta enfermedad.

La proliferación neoplásica afecta fundamentalmente las estructuras linfoide, de ahí que su forma usual de presentación sea el síndrome adénico de cualquier localización, pudiéndose afectar otras estructuras como hígado, médula ósea, etc.

En estas neoplasias se desconoce la etiología, su prevención es difícil, pues no existe una relación causa efecto definida, sino diferentes factores genéticos, inmunológicos y de asociación a otras enfermedades, pero sin establecerse una relación causal definida.

El diagnóstico definitivo se realiza por medio del estudio histológico del ganglio afectado, lo que permite definir la existencia de la enfermedad y la variedad histológica, de importancia para el futuro tratamiento y establecimiento del pronóstico.

El tratamiento de esta neoplasias incluye la radioterapia y los esquemas poliquimioterapéuticos, que han logrado mejora los índices de sobrevida, sobre todo en pacientes en estadios bajos de la clasificación de Ann Arbor ya referida anteriormente (10,11).

Modernamente se intentan y aplican nuevas terapéuticas como son el trasplante de médula ósea, los anticuerpos monoclonales y los inmunomoduladores, todos los cuales han permitido en algunas variedades mejorar el pronóstico.

No obstante como neoplasias malignas al fin, queda un grupo de enfermos en donde dada la extensión de la enfermedad, el tipo de célula afectada y la refractariedad al tratamiento influyen en el mal pronóstico y los bajos índices de sobrevida, en los cuales se imponen las medidas paliativas en la terapéutica.

Para la realización de este trabajo nos trazamos como objetivos realizar algunas consideraciones relacionadas con los aspectos éticos y sociales de los linfomas como neoplasias hematológicas malignas, analizándose aspectos religiosos, psicológicos, los referentes a la relación médico – paciente – familia, así como los principales aspectos éticos en las decisiones diagnósticas y terapéuticas concernientes a estas neoplasias

Epidemiología

Los LNH han aumentado aproximadamente un 4% cada año en los EEUU desde 1950 por razones desconocidas. En el año 2000 se diagnosticaron 60,000 casos nuevos, presentándose con más frecuencia en ancianos del sexo masculino. Esta variedad de linfomas se asocia a diferentes situaciones con más frecuencia como son las inmunodeficiencias primarias y secundarias (infección por VIH, pacientes trasplantados, pacientes con enfermedades de tejido conectivo y ciertas infecciones virales, principalmente la infección por virus de Ebstein Barr)(13).

En el caso de la Enfermedad de Hodgkin, cada año se diagnostican aproximadamente 8000 nuevos casos en los EEUU, siendo más frecuente en el sexo masculino y en un patrón de distribución bimodal según la edad, con picos de alta incidencia en el 3er decenio y el 8vo decenio de la vida (14).

Se presenta también con más frecuencia en pacientes con infección por virus de Epstein Barr, así como en pacientes con infección por VIH. (14)
En nuestro país, los datos epidemiológicos según estudios realizados en nuestra provincia y en el INOR (Instituto Nacional de Oncología y Radioterapia). (15,16) se comportan con similares características a lo reportado en la literatura mundial.

Como conocemos dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles, las enfermedades malignas ocupan un lugar de importancia entre las primeras causas de muerte en nuestro país, con similar comportamiento en otros países más desarrollados.

Sin dudas las neoplasias hematológicas malignas, en este caso, los linfomas, contribuyen a esta morbimortalidad, se presentan con relativa frecuencia como señalamos, y nos vemos en el deber de atender a estos pacientes en diferentes etapas: durante la etapa de establecer el diagnóstico, durante el período de estudio para estadiar la enfermedad y durante el tratamiento. Durante estas etapas señaladas, existen aspectos éticos, religiosos, psicológicos y de la relación médico-paciente- familia, que influyen notablemente en el manejo de las mismas, por lo que nos hemos propuesto revisar estos diferentes aspectos sociales relativos a esta enfermedad maligna.

DESARROLLO

RELACION MEDICO PACIENTE FAMILIA

La comunicación es una forma de relación interpersonal en el proceso de la actividad humana, es parte inseparable del ser social y medio de formación y funcionamiento de la conciencia individual y social. En forma simplificada es la transmisión de información entre dos personas o más sobre el medio que los rodea, o sobre ellos mismos (17).

La práctica médica desde sus orígenes ha estado muy estrechamente vinculada con la comunicación interpersonal y el desarrollo de habilidades clínicas.

El médico atiende a seres humanos para mantener, incrementar, restablecer o mejorar su salud y elevar en última instancia la calidad de vida y no puede por tanto actuar con un nivel científico técnico que ignore la esencia de esa persona; su personalidad. La interacción humana entre un paciente, una familia o una comunidad y su médico, es la base de la atención a la salud. Esa interacción humana constituye la llamada dimensión interpersonal de la atención médica.

El paciente con el diagnóstico de linfoma maligno vive su enfermedad según sus propias características físicas, psíquicas, sociales e intelectuales, y el fin último que una correcta asistencia médica debe proponerse es el de conservar en cada momento su integridad global como persona, aspecto este el cual deben dirigir sus esfuerzos tanto el personal médico como el, paramédico que trabajan en el sector donde se atienden a estos enfermos.

Una adecuada preparación del personal que se ocupa de los pacientes oncológicos, referente a la adecuada relación médico paciente, hará verdaderamente satisfactoria la participación y la responsabilidad del personal médico y paramédico en lo que respecta al buen funcionamiento tanto de las estructuras hospitalarias como las ambulatorias no solo la asistencia ofrecida al enfermo, sino también la calidad de las informaciones que se pueden proporcionar al mismo.

El médico está obligado a trabajar con todos los miembros de la familia durante los diferentes estadios de la enfermedad, estableciendo una adecuada relación para la información que brinde a la misma.

Deben existir relaciones francas y honestas que caractericen la comunicación y el apoyo emocional al enfermo y su familia.

Comunicación adecuada significa decir lo que el paciente necesite, desee, y tolere conocer, sin engañarlo ni generarle falsas esperanzas, pero sí mitigando sus miedos y propiciando esperanzas concretas y factibles de alcanzar.

Generalmente la comunicación y el apoyo adecuado son facilitadores activos del control de síntomas, sobre todo en los cuidados paliativos, que constituyen en la actualidad la máxima expresión de la integración de los tratamientos biomédicos y psicosociales.

El médico debe estar en condiciones de afrontar la muerte de estos enfermos y en este sentido puede ayudar a tomar decisiones o preparar a la familia para los momentos finales.

Sin dudas, una adecuada relación influirá en los adecuados resultados de orientación y ayuda, de preparación para lo inevitable. (18,19,20).

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Cada enfermedad tiene sus significantes emocionales, tanto en lo sociocultural, como en lo circunstancial y personal.

El hombre es un ser concreto integrado a una biografía, que puede reconocerse y pensar en sí mismo, que es capaz de producir medios de subsistencia y llega a ser dueño de la naturaleza y puede modificarla. También puede aprender y evolucionar no solo, por ensayo y error como el resto de la escala zoológica, sino también por discriminación. Cada ser es único e irrepetible, y en cada uno una enfermedad determina reacciones características y propias de cada individuo.

El enfermo con un linfoma plantea múltiples aspectos referidos a su área emocional. Su reconocimiento, diagnóstico y tratamiento es una responsabilidad del médico que atiende a ese enfermo. Se puede solicitar interconsulta para tratamiento y orientación profesional a psicólogos o psiquiatras, siempre con calidad y alto nivel profesional.

La reacción ante la enfermedad depende principalmente de la personalidad del paciente. Cada enfermo presenta un cuadro clínico que le es propio y único, y así deberá ser atendido, tratado y comprendido, en forma individual.

En los momentos iniciales después del diagnóstico, puede existir una etapa que se considera como cuadro agudo, caracterizada por el impacto emocional agudo y que se pueden ver los siguientes síntomas; ansiedad o angustia, desorientación, desesperanza, desconfianza, insomnio, anorexia, así como trastornos de la relación social, familiar y sexual, pérdida de autocontrol, y la presencia de miedos.

El tratamiento puede orientarse en tres líneas: Continencia, controlar la información y medicación.

Continencia es una actitud médica por la cual el paciente se siente atendido, protegido y respetado tanto en lo orgánico como en los aspectos psicológicos.

Controlar la información por el médico significa reconocer en el paciente sus conocimientos, fuentes de información y asociaciones; no significa ampliarla.

Es necesario revisar lo que transmite e informa cada miembro del equipo por separado.

La medicación eventual son los ansiolíticos, que constituyen un complemento de la contingencia.

El cuadro crónico resulta con frecuencia de la mala asistencia emocional del cuadro agudo y debe estar a cargo del psicoterapeuta con experiencia en enfermos oncológicos. En el paciente ya muy grave y terminal la prestación psicoterapéutica ya no tiene sentido. En el paciente se pierden el sentido del tiempo y es modificada toda su escala de valores que lo llevan a una situación de rechazo al psicoterapeuta. Ya en esta situación los objetivos a lograr son la paz mental, la presencia médica, compañía, control efectivo de síntomas, tratamiento de los miedos sin mentir, y supervisión de que se cumplan las indicaciones médicas.

Es un reto en la atención médica el logro efectivo del control del paciente con cáncer, reto para el médico que debe enfrentar con sus características propias a pacientes de muy variadas reacciones, siempre únicas y que dependen de su personalidad, de su nivel y su medio. (21,22).

ASPECTOS RELIGIOSOS

¿Por qué unos enferman y otros no? . A la luz de la doctrina cristiana detrás de cada enfermedad se esconde un sentido, una especial tribulación, una sumisión o subordinación a la providencia, o al menos un acatamiento cuyo sentido no siempre se comprende de igual modo, sino que se revela más tarde.

Hollmans ha señalado las relaciones entre enfermedad y crisis vital, y de sus interpretaciones, reconoce a la enfermedad como una manifestación del poder y de la providencia de Dios, y a veces también una misión para el enfermo o para sus allegados, de cuyo fiel y dócil cumplimiento depende algo decisivo, y hay que preguntarse entonces...¿Qué quiere Dios con esta enfermedad?.

La enfermedad puede conducir al paciente hacia la religión y puede revelarle un nuevo sentido de la vida oculto hasta entonces. En otros en cambio, la enfermedad los endurece y los hace renegar de dios.

En algunos parece ser muy esencial la importancia de la religión para la actitud general del mismo respecto a la pérdida de la salud, así como la activación de energías psíquicas encaminadas a su restablecimiento o alivio.

Se puede sin dudas estimar a la religión como uno de los factores curativos psíquicos eficaces y cuando ya no hay esperanzas de curación, ayuda a sobrellevar mejor la enfermedad, entenderse y reconciliarse con ella. (23,24).
Enfoque Ético

Analizaremos el enfoque ético principalmente en dos aspectos: el diagnóstico y el tratamiento.

Existen dos grandes momentos en cuanto a la toma de decisiones: el momento de las decisiones diagnósticas y el momento de las decisiones terapéuticas; por tanto las decisiones éticas deben ser analizadas en ese orden.

Decisiones diagnósticas y éticas

El principalismo ha devenido un método de vital importancia para la toma de decisiones clínicas. De los cuatro principios que aporta este método beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia- uno de los más difíciles de asumir o cumplir es el respecto a la autonomía. Este es uno de los principios más implicado en la toma de decisiones diagnósticas, donde el manejo de la información es esencial. (25).

La autonomía es el fundamento de la dignidad humana, por ser la expresión individual de la libertad del hombre. Con el concepto de autonomía se hace alusión a la capacidad que tiene el hombre de dirigir su conducta, siguiendo un mandato interior. Los seres autónomos deliberan sobre lo que consideran bien o mal y actúan en correspondencia. (26).La autonomía se entiende como la capacidad de actuar con conocimiento de causa y sin coacción exterior. (27)

La independencia nos enuncia la posibilidad real de actuar que el hombre encuentra en el mundo exterior, regido por leyes naturales y sociales.

En la praxis sanitaria todo esto se traduce en el conocimiento de la enfermedad y posibilidades de decidir sobre la base del conocimiento del diagnóstico y pronóstico. Esta es la esencia del poder del consentimiento informado.

Pero nada de esto es posible si el médico no comparte la información con el paciente. ¿Debe el médico compartir esta información con el paciente? Esta cuestión es una de las más debatidas en la ética decisional y al responderla en el caso específico del diagnóstico del linfoma maligno, debemos hacer algunas consideraciones.

Al diagnosticar se emite un juicio acerca del proceso morboso en cuestión. Los exámenes en los cuales se fundamenta el mismo con relación a la determinación de un linfoma maligno son en general de conocimiento del paciente. (Biopsia de ganglio, medulograma, biopsia de médula ósea, etc).

Consideramos que aunque no queramos preocupar al paciente, es deber del médico informar al paciente sobre la necesidad de que se someta a determinados procedimientos para poder lograr el diagnóstico de certeza, y esto tiene dos formas básicas de ser fundamentado: con la mentira o con la verdad.

La verdad puede decirse toda o a medias, dependiendo de la certeza que se tenga a la hora de analizar los resultados de los exámenes complementario y de la capacidad del paciente para recibirla, pues debe prepararse para decisiones ulteriores una vez que conozca el resultado de los mismos.

La abstención de decir parte de la verdad no es sinónimo de mentir, pues puede obedecer a un acto de prudencia, por lo que se podría justificar éticamente.

Platón, quien no vio en la mentira un mal en sí, justificaba mentir cuando fuese de utilidad para hacerle bien a un individuo (28). Con este espíritu fue empleada la mentira por la ética médica tradicional de corte hipocrático, donde se desarrolló la llamada mentira oficiosa la cual se hace con miras profesionales para prestar un servicio (29). Evidentemente esta postura es abiertamente beneficiante y paternalista.

Modernamente se criticó la concepción de la mentira como un mal en sí, e influenciada por esta nueva forma de pensar, la bioética médica estima que la norma en la toma de decisiones médicas debe ser decir la verdad, que puede tener sus excepciones.

Cuando la verdad puede provocar un daño psicológico importante en el paciente, o si quien va a recibir la información declara abiertamente que no desea conocer cierto tipo de verdad, entonces consideramos que el mentir se justifica.

Se denomina paternalismo solicitado cuando el enfermo declara no querer conocer cierto tipo de verdad y por ende mentimos. Cuando el médico constata que si informa la verdad provocará un daño psicológico irreparable y dañará el estado de salud del paciente en forma dramática, entonces estamos ante la situación conocida como privilegio médico terapéutico.

El respeto a la autonomía obedece a una ética de máximos, es decir, una ética que se atiene al sistema de valores individuales y en definitiva el propio ideal de perfección y felicidad que nos hayamos marcado (27).

En ningún caso el paternalismo debe ser impuesto sin una debida justificación, como tampoco se debe hacer de la información de la verdad una norma de derecho natural rígida y sin excepciones.

El buen médico no debe renunciar a ser benevolente. El bien tiene una dimensión subjetiva y en este caso el deseo del paciente no se puede desligar del resultado bueno al que se quiere llegar.

La verdad también se debe decir de una manera benevolente, o por lo menos, tratando de no dañar. Para evitar ser maleficente, el profesional no debe ser negligente, ignorante o imprudente. (31).

Con el reconocimiento de la capacidad para la autonomía no se logra la actuación libre.

Hay que garantizar la independencia en la actuación, no obstruyéndose el ejercicio de la autonomía del paciente. La actuación médica que anula la voluntad del paciente es violencia médica. El procedimiento a través del cual se respeta la autonomía es el consentimiento informado y sin este, no se deben aplicar procedimientos diagnósticos o terapéuticos.

La relación entre el médico y el paciente en toda enfermedad (fundamentalmente el cáncer) es un proceso complicado, pero ésta 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.

La verdad o el grado de verdad que el médico elige comunicar al paciente, surgirá 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 que se encuentra la enfermedad
- Las posibilidades de colaboración con los familiares y el entorno

Debemos tener en cuenta que un problema también a resolver es la preparación de médico para su actuación en la información del paciente. En general hay quienes toman la actitud más fácil, pero inhumana de ocultar el diagnóstico con los erróneos pretextos de "no hay ley que me ampare para decir la verdad o tengo el deber de evitarle el sufrimiento al paciente.

Por tanto, por falta de entrenamiento o por la existencia de prejuicios en el personal médico, pueden presentarse dos situaciones indeseables:

1. Que se oculte al paciente el diagnóstico y se le facilite a sus familiares, levantando una barrera de mentira, incomunicación, desconfianza o falsas esperanzas entre el enfermo y el médico, propiciatoria de situaciones donde la familia es quien toma decisiones.
2. Que se le diga al paciente el diagnóstico, pero de forma cruda, fría, impersonal. Esto propicia la desesperanza, la depresión, el sufrimiento y el deterioro de la calidad de vida.

No obstante hay pacientes preparados psicológicamente, con determinado desarrollo intelectual que prefieren conocer la verdad y conocerla en detalles, así como estar informados de su evolución y tratamiento, no siendo esto lo más frecuente en nuestro país, donde un gran número de enfermos prefieren no poseer la información, y que ésta sea manejada por sus familiares, adoptando una posición de negación y pasividad.

También es deber del médico que atiende al enfermo de cáncer, en este caso, linfoma, establecer un adecuado nivel de comunicación con el medio familiar del paciente, para que este pueda ser de ayuda en la realización del programa terapéutico, y pueda asistirlo en los momentos más críticos.

Etapa Terapéutica

El problema del tratamiento y su idoneidad no solo tiene que ver con la curación o recuperación del paciente, sino también con sus efectos colaterales.

Como señalamos al inicio, existen diferentes modalidades terapéuticas en los linfomas, dependiendo de la variedad, la estadiación y otros aspectos. Con diferentes esquemas se logran índices de supervivencia que a lo largo de los últimos años han mejorado notablemente, sobre todo en la Enfermedad de Hodgkin, donde se reportan casos prácticamente curados. También debemos señalar que existen pacientes con mal pronóstico, en los cuales la terapéutica en sí muy poco resuelve.

Un objetivo fundamental es obtener índices aceptables de supervivencia pero con calidad de vida también aceptable.

En el caso del paciente con neoplasia linfóide maligna, las decisiones básicamente se harán entre la vida y la muerte, o sea, entre vivir con calidad disminuida o no vivir. En este tipo de decisiones el hombre tiene que enfrentar dos temores básicos: el miedo a morir o el miedo a la muerte.

El médico no debe ser un ente pasivo ante estas decisiones, siempre debe luchar por la vida, debe tratar de despertar en cada paciente el sentimiento y la obligación que tiene de vivir a pesar de lo dolorosa que pueda ser la situación. Esto debe hacerse sin pisotear la dignidad del paciente, lo cual se logra, asesorándolo y aconsejándolo, esforzándose en convencerlo a través de un espacio dialógico en el que se atenga a dos principios: información y respeto a la decisión final del paciente.

No se debe convencer con la mentira, ni aplicar una terapia en contra de la voluntad del paciente. Lo primero es manipulación psíquica y lo segundo, violencia médica.

Con la primera creamos falsas expectativas y con lo segundo lo enfrentamos a condiciones de vida que él no quería, lo obligamos a sufrir.

La responsabilidad ante la decisión tomada debe ser compartida, y el fundamento para poder hacerlo es el conocimiento que se tenga de la enfermedad (diagnóstico y pronóstico), así como de las opciones terapéuticas. Al médico le corresponde la tarea o el deber de compartir la responsabilidad, suministrando al paciente el conocimiento necesario para que pueda decidir junto a él.(25).

Nos queda resumir algunos aspectos relacionados con la asistencia paliativa.

Con la filosofía de que la muerte con dignidad y sin dolor deberá ser derecho de cada paciente, se ha promovido el enfoque de los cuidados paliativos, donde el criterio de éxito terapéutico no se mide por la prolongación de la vida o la curación de la enfermedad, sino bajo la concepción de que la muerte es un final inevitable a enfrentar por la persona con el menor sufrimiento posible. De ahí que los cuidados paliativos tengan tres objetivos específicos: el control de los síntomas, especialmente el dolor, el apoyo emocional y la preservación de la dignidad y autonomía del paciente.

En nuestro país ha crecido la atención sobre los problemas relacionados con la muerte y la preparación del moribundo, y se estudian e implementan experiencias reflejadas en la literatura internacional, siempre adaptándose a nuestra cultura y medio.

El modelo de cuidados paliativos promovido por Cuba se basa en que la vida es un valor positivo, pero no absoluto que deba mantenerse a ultranza. Cuando le brindamos cuidados a un paciente en fase terminal, debemos recordar que la muerte es un hecho natural, cuya llegada no debemos posponer ni acelerar, por lo tanto, ésta no puede considerarse un fracaso de la atención médica brindada. Es por ello que la adopción de medidas terapéuticas extremas, de escasa efectividad real en estos casos, no tiene sentido de ser realizados.

En las sociedades altamente industrializadas, el desarrollo tecnológico de la medicina ha favorecido la tecnificación del morir, lo que ha hecho crecer el temor al llamado encarnizamiento terapéutico, y esto a su vez ha contribuido a la aparición de grupos civiles y legislativos a favor de la aceptación de la eutanasia y del suicidio asistido. (32).

Frente a estas ideas se contraponen el derecho a morir dignamente de nuestros pacientes con sus sufrimientos aliviados y el máximo ejercicio de sus potencialidades, lo cual implica la posibilidad de desarrollarse en el hogar, siempre que la situación del paciente y la familia lo permita.

El derecho a morir en casa, rodeado del calor brindado por rostros y cosas familiares es una costumbre que debe ser reconquistada, y especialmente promovida en la actualidad. (31,32,33).

CONCLUSIONES

1. Los linfomas, neoplasias hematológicas malignas, contribuyen sin dudas a la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles, tanto en Cuba como en otros países.
2. Existen factores asociados a la ocurrencia de estas neoplasias, pero se ha demostrado en los mismos, relación causa-efecto, que pudiese facilitar el empleo de medidas preventivas.
3. El factor más importante en la relación médico paciente es el nivel de confianza: el paciente tiene que creer en la competencia del médico, y que este hará todo lo necesario para darle el mejor cuidado posible.
4. Cada paciente con linfomas debe ser tratado de forma individual, así como debe ser informado, estudiado y comprendido. Cada enfermo presenta un cuadro que es propio característico y único, no existiendo características psicológicas comunes.
5. La religión sin dudas ayuda a sobrellevar mejor la enfermedad, y el enfermo tiende a entenderse y reconciliarse con ella, considerándose uno de los factores curativos psíquicos más eficaces.
6. Referente al dilema de decir o no la verdad, consideramos que cuando la verdad puede provocar un daño psicológico importante en el paciente, o si quien va a recibir la información declara abiertamente que no desea conocer cierto tipo de verdad, entonces se justifica mentir.

7. Si se decide decir la verdad, ésta debe decirse de una manera benevolente, o por lo menos tratando de no dañar, teniendo en cuenta la personalidad y las condiciones socioculturales del paciente.
8. La información del paciente no puede estar exenta de una adecuada información a sus familiares sobre la naturaleza y el desarrollo de la enfermedad.
9. Al médico le corresponde la tarea o el deber de compartir la responsabilidad ante la decisión terapéutica, suministrando al paciente el conocimiento necesario sobre las diferentes opciones y sus efectos, para que el enfermo también pueda decidir.
10. El enfoque de los cuidados paliativos se ha promovido basado en la filosofía de que la muerte con dignidad y sin dolor debe ser un derecho de cada paciente y ésta es un final inevitable a enfrentar por la persona con el menos sufrimiento posible.
11. Estos cuidados paliativos tienen tres objetivos; el control de los síntomas, especialmente el dolor, el apoyo emocional y la preservación de la dignidad y autonomía del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. On some morbid appearances of the absorbent glands and spleen. *Trnas Med Cher Soc Sand* 17 : 18 1832
2. Virchow, Rl: Die Celularpathologie in inder begruendeig auf phycologishe end pathologishe gewebelihre Berlin Hirschadd 1958
3. Billroth, T Multiple Lymphoma Wien *Mrd Wachensch* 21 : 1066 1971
4. Rappaport, H el al. Follicular Lymphoma A reevaluztion of malignant lymphoma base on a survey of 618 cases *Am j Pathl.* 18:321 1966
5. Lukes, R Collins, J: Inmunologic and clinical characterization of human malignant Lymphomas *Cancer* 34:1488, 1984
6. Lennert R el al: The histipathology of malignant lymphoma br *J haematolgog (Suppl).* 31. 193,1985
7. Rosenberg, s: National Cáncer Institute study of classification of Non Hodgkin Lymphomas Sumary and Description of a Working Formulation for Clinical Usage: The Non Hodgkin Lymphoma Pathologic Classification *Cáncer* 49:2112,1982
8. Harris, N L: World Health Organization Classification of Neoplastic Diseases of the Hematopeetic and Lymphoid Tissues Repport of the Clinical Advisory Committee Metting Arlie House Virginie Nov 97. *J Clin Onc* 17: 38-35 2000
9. Lukes b: Hodgkin Disease Pathologic Classification *Ann Intern Mes* 94:219 1966
10. Portlock CS: Introducción al Estudio de la Neoplasia del Sistema Inmunitario. *Tratado de Medicina Interna cecil Vol I* 1080 – 1086 1999
11. Kobzik L Tumores en Robbins *Patología Estructural y Funcional* 6ta ed Mc Crac hill Interamericana Madrid 774-785 2001
12. Longo Dan I: Linfomas Malignos *Tratado de Medicina Interna Harrison Voll* 2002
13. Mortimer, JM: Tumores Hematológicos *Manual Of Medicine Washington University* 10 ed 440-450 2002
14. Díaz Quiñones J Supervivencia por Enfermedad de hodgkin cinco años después de confirmado el diagnóstico en el Hospital Universitario Camilo Cienfuegos. *Sancti Spíritus* 1998 (Tesis)
15. Arquette, M Estudio del paciente con Cáncer Hematológico *Manual of Medicine Washington university* 10ed 435-439 2002
16. MINSAP Anuario Estadístico de la República de Cuba Monografía Ciudad Habana 2000
17. Borroto Cruz R. Relación Médico Paciente en nuñez de Villavicencio *Psicología y S Lud* 1era ed Ciencias médicas 175-182 2001
18. clic S: Humanistic Medicine in a Modern Age *The New England Journal of Medicine* 1036-1038 1989
19. Donabedian A: Institutional and Professional Responsibilities in Quality Assurance *Health Vare* (1) 3-11 1998
20. González Menéndez R: La nueva dimensión de la relación médico paciente en nuestros días *Bioética desde una Perspectiva cubana.* 105-111. 1997
21. Shawlwanj. La Psicología y el paciente con Cáncer *Rev Argent Med* 52(3) 3-5 1991
22. Monge MA: *Ética Salud y Enfermedad An zos Sa Madrid* 1991
23. Medermeyer A *Compendio de Medicina Pastoral Hender Barcelona* 130-250 1975
24. Asarihuela FJ: La Sanidad española de la perspectiva del usuario y la persona enferma *Fraternidad cristiana de enfermos y minusválidos Madrid* 1983
25. Martínez Gómez J: *Ética de las Decisiones en el paciente con Cáncer de Próstata; Saude em Revista Vol4: no 8 91-99* 2002
26. Kant: *Fundamentación de la metafísica de las costumbres Madrid Espasa Colpe* 1995
27. Gracia Guillén D: *Ética de la calidad de Vida Cuadernos del Programa Regional de Bioética OMS/OPS* 2: 45 1996
28. Platón *La República de lo Jjusto México*1991
29. Tauercio G: *Mentira Diccionario Enciclopédico de Teología Moral Madrid* 1996
30. Baeza RH: En busca de un lenguaje para la *Ética Médica Rev Med de chile* 123:1421,1995
31. Callao C. Equipo de Salud Sentimientos y Manejo del Dolor Reflejo de un Modo *Gaceta Médica Espirituana FCM Sancti Spíritus Cuba* 4(11): 11-19 2002

32. Soriano garcía J: Algunas consideraciones Éticas en torno al Cáncer Bioética desde una perspectiva cubana 185 -172 1997
33. villapando A Definiciones de Ética y Bioética Sitio de la Bioética en la Filosofía Moral Deontología, y los principios éticos Rev Sanid milit México 53(2) 153-157 1999