



COMENTARIO AL CASO: NUTRICIÓN EN PACIENTE ONCOLÓGICO

COMMENTARY ON THE CASE: NUTRITION IN ONCOLOGICAL PATIENT

ANTONIO PARDO
Universidad de Navarra
Unidad de Educación Médica y Bioética
Irrularrea 1, 31008 Pamplona
apardo@unav.es

Considero que en este caso se plantean dos facetas distintas, una la cuestión ética de fondo de la atención a pacientes terminales; la otra se refiere a dos detalles éticos de la atención clínica que, por la redacción breve del caso, pueden deducirse, aunque no constan de modo explícito.

Cuestión ética de fondo

El problema ético, que se plantea frecuentemente en la atención a pacientes terminales, consiste en las dudas que surgen acerca de instaurar o retirar intervenciones técnicas. Esta duda se mueve entre dos polos: por una parte, el encarnizamiento terapéutico que, por no reconocer los límites técnicos de la Medicina, pretende implantar nuevas medidas de tratamiento cada vez que surge un problema en el paciente; por otra, lo que de modo ambiguo se denomina “dejar morir”, que puede consistir bien en no aplicar o retirar tratamientos inútiles o innecesarios (lo que nos ocupa en este caso), o bien en no aplicar o retirar tratamientos útiles con la intención de adelantar el fallecimiento del paciente (lo que constituiría un acto de eutanasia, siempre éticamente incorrecto).

La conducta éticamente correcta es el “dejar morir” que se distingue tanto del encarnizamiento terapéutico como de la eutanasia: se deben retirar las medidas in-

útiles y desproporcionadas, son optativas las útiles y desproporcionadas o las inútiles pero proporcionadas, y se deben mantener las medidas útiles y proporcionadas. La proporción o desproporción se evalúa entre la utilidad que se consigue y lo gravosas o molestas que resultan las medidas técnicas para el paciente: así, administrar aspirina para el insomnio, por ejemplo, cosa que a veces solicitan los pacientes, sería inútil (desde el punto de vista de los conocimientos actuales), pero no tendría inconvenientes especiales y sería proporcionado acceder; una hidratación mínima y la limpieza y otros cuidados del paciente siempre serán proporcionados.

Aunque, desde el punto de vista teórico la cosa no ofrece complicaciones, no es fácil juzgar en el caso concreto, pues hay que saber si realmente, en la situación a que nos enfrentamos, un tratamiento es completamente inútil o bien ofrece todavía alguna esperanza razonable de efectividad y ayuda al paciente, y qué grado de efectividad, que es lo que debe ponderarse junto con los problemas que puede producir o comportar su aplicación. Como es lógico, dicha efectividad no se refiere solamente a capacidad de curar, sino a cualquier resultado positivo, en el más amplio sentido de la expresión: alivio de dolores y molestias, mejor sensación subjetiva de bienestar (incluso aunque la medida que se está aplicando no explique dicha mejoría y se sospeche que se

deba a efecto placebo), que la familia vea al paciente en mejor estado dentro de la gravedad del problema, etc.

En este caso concreto, se observa la vacilación de instaurar o retirar la alimentación parenteral, precisamente por la duda de su efectividad en relación con sus problemas. No es una duda de naturaleza primariamente ética (los profesionales que actuaron parecen tener claro lo que acabamos de explicar), sino más bien técnica, aunque con una repercusión ética muy directa. El problema del clínico, en este caso, estribaba, no en saber qué es lo correcto, sino más bien en tener un pronóstico relativamente fiable del caso, cuestión siempre difícil.

Como es lógico, este tipo de situaciones deja siempre una zona gris, donde no está claro qué se debe hacer, y cabe realizar de modo éticamente correcto tanto una actuación como su contraria. En el caso presente, de hecho, se cambió de actitud dos veces, sin que esto suponga un cambio de orientación ética; este cambio sólo refleja el cambio de evaluación técnica del paciente, cuestión por otra parte común, pues la evolución de un paciente complejo no es ni lineal ni predecible.

Detalles de la atención clínica

Además de esta cuestión ética de fondo, el relato del caso da pie a otro par de consideraciones, que quizá fueron tenidas en cuenta y llevadas a cabo, y sólo el relato no exhaustivo deja lugar a hablar sobre ellas.

La primera se refiere a los protocolos de actuación y a su personalización adecuándolos al paciente concreto. En efecto, llama la atención que, antes del ingreso, el paciente recibía nutrición parenteral tres veces por semana solamente, para intentar compensar su intolerancia digestiva a los alimentos, nutrición que se retira con el ingreso, para reinstaurarla la víspera de su fallecimiento. En el relato no se especifica qué se reinstaura en concreto, si el protocolo intermitente o un protocolo de alimentación completa. Se refiere que el problema que se consideró fueron los edemas debidos a la retención de líquidos, que la alimentación parenteral agravaría, pero no se menciona la función renal y la respuesta potencial a la administración de diuréticos, u otros considerandos. Pero, en todo caso, parece que

la conducta lógica no era plantearse la disyuntiva entre alimentación parenteral sí/alimentación parenteral no, siguiendo un protocolo estándar de nutrición intravenosa, sino plantear situaciones intermedias adecuadas a un paciente que tolerará mal los líquidos administrados: menor cantidad de fluidos nutritivos, emplear entre dosis de sueros nutritivos un suero glucosado de alta concentración pasando despacio (para evitar administrar mucho líquido), u otras soluciones que cabrían en esa aplicación "intermedia" de la nutrición parenteral. Esto es más claro aún si se piensa que la utilidad que se pretende conseguir con esta medida es bastante reducida: no se puede restituir una buena nutrición a un paciente con enfermedad avanzada que, probablemente, tendrá un metabolismo en estado catabólico difícilmente reversible.

En todo caso, pienso que es un problema frecuente en la actuación de los médicos la aplicación de criterios genéricos sin filtrarlos previamente con los datos particulares que tenemos del paciente: pautas analgésicas sin tener en cuenta si es muy sensible a las molestias o es más "duro", dietas sin preguntar antes qué le gusta para intentar adaptarlo, etc. Los protocolos son generalmente fiables, pero no se puede confiar en ellos ciegamente; en algunos casos, especialmente en situaciones más complejas, nos vemos obligados a ese razonamiento personalizador, pero en otros, quizá por considerar poco relevantes los detalles, nos limitamos a aplicar el protocolo genérico sin entrar en más detalles.

A este respecto, es importante recalcar que debemos fijarnos especialmente en las cuestiones que al paciente le resultan importantes¹: en muchas ocasiones, la queja principal que le llevó a acudir al médico; así, cualquiera de nosotros podría relatar casos de pacientes que entran en la consulta quejándose de algo y terminan siendo explorados de cosas completamente distintas (cosa que puede estar indicada si se descubre algo en la anamnesis) pero sin entrar a solventar el problema que aquejaba principalmente.

1 Kaminski M. Popping the question. Pulse 2015 (16 de enero) (publicación online). Disponible en <http://pulsevoices.org/index.php/archive/stories/451-popping-the-question> Accedido el 5 de enero de 2016.

La segunda cuestión, tratada muy sumariamente en el relato, es el diálogo con el paciente. Sólo se indica que el paciente está “absolutamente cerrado a hablar de la situación”. Esto da pie a preguntarse por cosas que quizá se hicieron, pero que no constan, y que resultan importantes.

La formación médica actual está enfocada básicamente a la atención técnica del cuerpo del paciente. Es necesario que existan estos conocimientos y habilidades técnicas, como es obvio. El problema radica en que, inconscientemente, los médicos terminamos actuando como si el enfermo fuera solamente un cuerpo estropeado, ante el que hay que actuar con estudios para ver las lesiones (análisis y pruebas) y a continuación se procede a intervenir técnicamente para solventar los problemas percibidos. Tenemos con él un trato correcto, pero el objetivo de nuestra actuación no es la persona que tenemos delante, con sus peculiaridades humanas, sino la función corporal adecuada que pensamos que hay que restaurar.

Este cambio de objetivo produce efectos que, aunque deplorables, pueden producir cierta irrisión cuando se ve la escena en su conjunto. Así, Gonzalo Herranz hablaba en su docencia de dos tipos de Medicina, la activa y la contemplativa; se refería con ellos a dos tipos de especialidades, las más intervencionistas (como la cirugía, con fama de resolutive), y las que parece que no hacen nada salvo hablar con el paciente, y que serían las contemplativas (como la psiquiatría, por mencionar un caso). Mencionaba a este propósito un dato notable: los honorarios médicos son proporcionales al grado de “actividad” de su especialidad, señal de que este imaginario colectivo de los médicos está muy arraigado.

No tengo que poner muchos más ejemplos, pues todos recordamos en nuestra atención a los pacientes algo de esta índole; por mencionar sólo una cosa: muchas veces, tras la consulta y la realización de las pruebas complementarias, no hay una consulta ulterior en que se explique la situación, sino que los resultados y las indicaciones terapéuticas se envían por carta al paciente.

Como es evidente, conforme la Medicina se va haciendo menos “curativa”, debe hacerse más “contemplativa”: en un paciente crónico o con una enfermedad avanzada sin remedio posible, como es este caso, hay “poco que hacer” si vemos las cosas sólo desde el lado técnico, pero hay “mucho que hacer” si las vemos desde el lado humano. Al pasar visita a los enfermos hospitalizados, ¿nos detenemos también tiempo ante los que no exigen un estudio técnico de la situación para ver qué medidas implantar? ¿Hablamos con ellos el tiempo que sea menester? ¿“Perdemos” el tiempo con ellos?

Si se actúa de esta manera, terminaremos sabiendo no sólo si el paciente acepta un tratamiento o se niega a recibirlo, por mencionar algo que típicamente se pregunta al enfermo, sino los motivos profundos, por qué no es muy comunicativo con el equipo médico (recordemos que este paciente estaba “absolutamente cerrado a hablar de la situación”), o cómo son sus relaciones con los familiares... Además, esta relación de conocimiento auténtico de la persona facilita en gran manera lo que mencionábamos anteriormente: conocer cuáles son sus quejas principales, para tenerlas en cuenta en primer lugar a la hora de plantear los tratamientos que consideremos más adecuados para él.