



# La autonomía como derecho del paciente oncológico. El oncólogo como garante. Toma de decisiones compartidas. Límites de la autonomía

Comentario realizado por el Dr. Antonio Viana Alonso, del Servicio de Oncología Médica Hospital Nuestra Señora del Prado, de Talavera de la Reina (Toledo) y miembro de la Sección de Bioética de la Sociedad Española de Oncología Médica.



**D**urante la práctica asistencial, estamos los oncólogos, nos movemos entre los dos extremos que representan estos dos casos resumidos:

- Caso 1:** Fernando, varón 72 años, afecto de cáncer de colon avanzado, ECOG 1 y posible supervivencia superior a 6 meses, con invasión vesical y nefrostomía percutánea bilateral, que conduciendo su propio coche para arreglar una segunda vivienda, presenta fiebre y entra en shock séptico precisando drogas vasoactivos y encontrándose en anuria con hipotensión severa y nivel de conciencia fluctuante pero adecuado para comprender y responder. Se plantea ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). El paciente no es informado.
- Caso 2:** Benita, mujer 75 años, cáncer escamoso de pulmón avanzado, varias líneas de quimioterapia, ECOG 2-3, pronóstico cuantitativo inferior a 3 meses; nos indica que ella mientras le quede una hora de vida quiere si lo precisa entrar en UCI y que le “hagan de todo” y que quiere quimioterapia, aunque se le ha indicado que no se le va a continuar el tratamiento de quimioterapia.

Es evidente que el principio de autonomía ha originado un cambio de paradigma en la asistencia de los pacientes y especialmente en el paciente oncológico.

## ¿Qué supone para el oncólogo la autonomía?

No es sólo el derecho del paciente para recibir la información que consideré precisa de su proceso y decidir si acepta el tratamiento recomendado sino que representa el pretexto, la posibilidad y el derecho que permiten a nuestros enfermos expresar su voluntad, sus deseos de como desean ser tratados, sus objetivos y el concepto que tienen sobre salud-enfermedad. Todo ello, parte del convencimiento de que la decisión terapéutica buena, óptima o adecuada para el paciente es la que se alcanza tras escuchar al enfermo y tomar una decisión compartida<sup>1-2</sup>, sobre todo, en la situación terminal o avanzada de la enfermedad en que el beneficio puede ser nulo o mínimo<sup>3-4</sup> o existe una importante incertidumbre en la posible respuesta.

El oncólogo debe estimular al paciente para que exprese esas voluntades anticipadas<sup>5</sup>, bien rellenando documentos legales

correspondientes o bien mediante la historia vital (incluir en la historia clínica datos sobre dichas voluntades del paciente).

Durante la relación oncólogo-paciente debe educarse y favorecer la toma de decisiones compartidas tras una información real de la situación clínica de la enfermedad y de los posibles beneficios previsible con el tratamiento y la evolución de la enfermedad con o sin tratamiento, desde el inicio y dentro de un marco de confianza y en empatía.

## ¿Cómo resolver desde la bioética los casos referidos?

**Caso 1.** Fue informado de su situación clínica y se le planteó, un Tratamiento Limitado en el Tiempo (TLT) 6-8 dentro de la UCI, realmente TLT es una mala traducción del inglés porque realmente estamos hablando de un ensayo clínico de un paciente 9-10, en este caso se le indicó que ingresaría en UCI para fármacos vasoactivos y monitorización que no se podía suministrar en planta; no se iba a plantear intubación orotraqueal, ni hemofiltro, ni la nutrición parenteral, y evaluaría su caso cada 24-48 horas y si empeoraba pasaría a la planta para medidas sintomáticas y paliación acompañado de su familia; si mejoraba o se estabilizaba, se volvería a establecer unos nuevos objetivos de tratamiento.

Se explicó por qué no se consideraba que le beneficiara la intubación, ni el hemofiltro, ni la nutrición parenteral tanto por el oncólogo responsable como por el especialista de UCI tanto al paciente como a la familia. El enfermo aceptó el plan terapéutico. El enfermo fue dado de alta finalmente del hospital a su domicilio y pudo volver a su casa con una recuperación de su

ECOG inicial, falleciendo 6 meses más tarde. La TLT es una manera de trabajo poco desarrollada en Oncología pero que debemos considerar adecuada en una relación asistencial bioética.

**Caso 2.** En esta paciente, la relación asistencial oncológica ha tenido un déficit educacional importante. Aunque hemos preparado a la paciente a la quimioterapia, no le hemos enseñado a ese momento en que debemos dejar de dar quimioterapia y debe iniciarse los tratamientos sintomáticos.

Una asistencia bioética debe tener su base en la Lex Artis. Una asistencia no puede considerarse que es ética aunque se cumplan los principios de la bioética si no se cumple la evidencia científica actualizada disponible. Además, siguiendo al Dr. Gracia<sup>11-12</sup>, creemos en la jerarquía de principios y en este caso la autonomía si se cumple pero no puede estar por encima de la no maleficencia o de la justicia. Lo primero, la no maleficencia, las medidas a realizar van a provocar daño a la enferma (merma en calidad y no mejoría significativa de supervivencia); la justicia en el sentido social se ve también disminuida porque tanto la quimioterapia como la UCI son recursos limitados y costosos, que no podrán ser utilizados en otros pacientes y la beneficencia es nula o incierta.

Este problema se solucionó con un consumo de tiempo del oncólogo importante que tras largas conversaciones logró reconducir la situación clínica.

Aunque la autonomía es un derecho del paciente, el oncólogo debe ser un garante como se muestran en estos dos casos clínicos, en ambos a favor del enfermo. ■

## Bibliografía

1. Perestelo-Pérez L, Pérez-Ramos J, Rivero-Santana A, González-Lorenzo M. *Toma de decisiones compartidas en Oncología*. *Psicooncología* 2010; 7 (2-3): 233-241.
2. Politi MC, Studts JL, Hayslip JW. *Shared decision making in oncology practice: what do oncologists need to know?* *Oncologist*. 2012;17(1):91-100. doi: 10.1634/theoncologist.2011-0261. Epub 2012 Jan 10. PMID: 22234632; PMCID: PMC3267829.
3. Winkler EC, Hiddemann W, Marckmann G. *Ethical assessment of life-prolonging treatment*. *Lancet Oncol*. 2011 Aug;12(8):720-2. doi: 10.1016/S1470-2045(11)70148-6. PMID: 21807335.
4. Winkler EC, Hiddemann W, Marckmann G. *Evaluating a patient's request for life-prolonging treatment: an ethical framework*. *J Med Ethics*. 2012 Nov;38(11):647-51. doi: 10.1136/medethics-2011-100333. Epub 2012 Jun 12. PMID: 22692859; PMCID: PMC3582068.
5. Artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica BOE de 15 de noviembre de 2002
6. Quill TE, Holloway R. *Time-Limited Trials Near the End of Life*. *JAMA*. 2011;306(13):1483-1484. doi:10.1001/jama.2011.1413
7. Shrimo MG, Ferket BS, Scott DJ, et al. *Time-Limited Trials of Intensive Care for Critically Ill Patients With Cancer How Long Is Long Enough?*. *JAMA Oncol*. 2016;2(1):76-83. doi:10.1001/jamaoncol.2015.3336
8. Carmona-Bayonas A, Gordo F, Beato C, et al. *Intensive care in cancer patients in the age of immunotherapy and molecular therapies: Commitment of the SEOM-SEMI-CYUC*. *Med Intensiva*. 2018;42(6):363-369. doi: 10.1016/j.medint.2018.01.008.
9. Guyatt GH, Sackett D, Adachi J, Roberts R, Chong J, Rosebloom D et al. *A clinician's guide for conducting randomized trial in individual patients*. *Can Med Assoc J* 1988; 139: 497-503.
10. Guyatt GH, Sackett D, Taylor W, Chong J, Roberts R, Pugsley S. *Determining optimal therapy –randomized trials in individual patients*. *N Engl J Med* 1986; 314: 889-892.
11. Gracia D. *Fundamentos de Bioética*. Madrid, Editorial Triacastela, 3ª edición, 2008.
12. Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid, Editorial Triacastela, 3ª edición, 2008.