

## **Aspectos éticos en el cuidado de pacientes con enfermedad terminal.**

### **Estudio comparativo sobre las opiniones de médicos oncólogos y los de otras especialidades.**

**Dra. Rosanna Morales Guzmán-Barrón,**

**Dr. Enrique Cipriani Thorne.**

*Centro de Medicina Nuclear, Lima, Perú.*

Están sobre el tapete en el mundo, los problemas que deben resolver los médicos y la sociedad en conjunto acerca de cómo desenvolverse en casos de enfermedad terminal. La bibliografía en el Perú sobre el tema es fundamentalmente foránea y en Latinoamérica, parecen marcar la pauta las facultades de Medicina de Chile, presentando material aprovechable para nuestra realidad (1).

La enfermedad terminal (Síndrome terminal = ST) se define como el estado clínico que indica expectativa de muerte en breve plazo. Se presenta comunmente como el proceso evolutivo final de algunas enfermedades crónicas progresivas cuando se han agotado los remedios disponibles (2). El diagnóstico de ST se basa en la existencia de los siguientes factores: a) Enfermedad causal de evolución progresiva, b) pronóstico de supervivencia inferior a un mes y c) ineficacia comprobada de los tratamientos y pérdida de la esperanza de recuperación (3).

Cuando el médico aplica el diagnóstico de ST surgen, entre otros, los interrogantes: ¿Debo decirlo a mi paciente?, ¿Cómo comparto este conocimiento con mi paciente? (4).

Las respuestas deben obedecer al principio de la libertad que es inherente al hombre de usar su voluntad, ésta requiere de conocimiento de la verdad, modulada por el grado de conveniencia al bien natural del hombre, y en este caso del paciente con ST. Los pacientes, una vez conscientes de su pronóstico, pueden pasar por algunas de las siguientes etapas, descritas por Elizabeth Kübler Ross (3): rebelión y negación, frustración y negociación, depresión y aceptación.

Los pacientes con ST suelen no comprender bien las razones de su enfermedad, ni el origen de su sufrimiento. El consuelo humano, animándole a aprovechar espiritualmente la situación, devuelve la paz en los momentos más difíciles. El dolor y el sufrimiento tienen un sentido y un valor, cuando se viven en estrecha relación con el amor recibido y entregado; la muerte es la puerta de la existencia que se proyecta hacia la eternidad y, para quienes la viven en Cristo, es experiencia de participación en su misterio de muerte y resurrección (5). Dispensar comprensión, franqueza y calor produce una sensación bienhechora en los enfermos y sus familiares (6).

El respeto a la vida humana es un principio elemental en las normas legales de la mayoría de países. ¿Cómo ayudar a la sociedad actual a tomar conciencia de la barbarie de algunos aspectos de la cultura dominante: el materialismo, el hedonismo, con la tendencia a apreciar la vida personal sólo en la medida que es portadora de riquezas y placeres; a redescubrir los valores más preciosos, como la generosidad, el desprendimiento, la entrega al otro, oscurecidos por ellas? (4).

Causar la muerte desdice la esencia misma del quehacer médico, cuyos fines,

entre otros, son: curar, aliviar, consolar. La mejor respuesta ética que los médicos pueden dar a aquellos que defienden la eutanasia es hacerlos conscientes de su incongruencia existencial (7-9). Las ciencias se muestran incapaces de acercarse al absoluto; y liquidar la vida a sabiendas es erigirse en un dios (John Casti, Ratzinger: Creación y Pecado). La familia cumple un rol privilegiado al actuar con actitudes de acogida y amor al paciente con ST (10).

Los objetivos del presente trabajo consisten en estudiar las diferencias de opinión entre los médicos especialistas en oncología y aquellos que no ejercen esa especialidad, con respecto a algunos aspectos éticos en el cuidado de los pacientes con ST. Dichos aspectos incluyen: la comunicación de la verdad al paciente terminal; el momento de dicha comunicación; el uso o suspensión de los medios llamados extraordinarios; el uso de sedantes o hipnóticos en estos pacientes, incluyendo aquellos que puedan afectar el estado de conciencia; la reanimación cardiopulmonar; la relación con la familia del paciente; y la formación de los médicos en estos aspectos, durante la carrera universitaria, en el pre y postgrado.

## **MATERIAL Y METODOS**

Se realizó el trabajo con dos poblaciones de médicos: especialistas formados en el postgrado de Medicina para las subespecialidades oncológicas (Medicina, Pediatría, Ginecología y Cirugía) y que realizaron su adiestramiento en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas (INEN), de Lima, Perú. A este grupo lo denominamos oncólogos. El segundo grupo fueron médicos con especialidad diferente a la Oncología y fue-

ron seleccionados apareándolos por edad y subespecialidad, en una distribución similar a los especialistas en Oncología, como se muestra en el Cuadro 1, intentando demostrar la validez estadística de la muestra. En él se señala las características de los dos grupos de médicos encuestados y se incluye especialidad, edad y sexo. Se entrevistó a 124 médicos que accedieron a hacerlo. La edad media de los oncólogos fue de 42,6 años (rango = 32-71) y la de los no oncólogos fue de 42,3 años (rango = 31-65). Todos los médicos entrevistados han estado en el ejercicio de la profesión en los últimos dos años. Se les presentó el cuestionario que se muestra en el anexo 1, que fue llenado en forma anónima, en privado.

El tamaño indispensable para lograr validez estadística se determinó de la siguiente forma. Se asumió una pregunta como crítica, con cuya respuesta se hizo el supuesto de diferencias. La pregunta seleccionada fue: Le comunica la verdad sobre su estado a sus pacientes con síndrome terminal de enfermedad? Se hizo una prueba piloto con 10 oncólogos (MO) y 10 no oncólogos (NoMO), resultando que el 80% de los MO contestó afirmativamente y en los NOMO, el 60%. A estas cifras se les aplicó la fórmula de cálculo de tamaño muestral con supuestos de diferencias (11,12) teniendo que la muestra mínima para tener un nivel de significado estadístico mayor del 95%, con diferencia de una cola, es de 62 encuestados por grupo.

En la evaluación para ver si existen diferencias significativas se usó la verificación de hipótesis sobre dos proporciones de muestras (11), utilizando la fórmula:

$$n = (z\alpha + z\beta) \frac{(p^1q^1 + p^2q^2)}{(p^1 - p^2)}$$

CUADRO 1 CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA ESTUDIADA		
SUBESPECIA- LIDADES	MEDICOS ONCOLOGOS	MEDICOS NO ONCOLOGOS
CIRUGIA	31	31
MEDICINA	20	20
GINECOLOGIA	8	8
PEDIATRIA	3	3
TOTALES	62	62
Promedio de edad (años)	42,6	42,3
Sexo (M/F)	60/2	60/2

$$z = \frac{\text{diferencia entre las proporciones}}{\text{error standard de la diferencia}}$$

**RESULTADOS**

El 69,4% de los médicos oncólogos (MO) comunican la verdad sobre su estado a sus pacientes con ST. Entre los especialistas no oncólogos (NoMO), el 64,5% lo hace. Aplicando la comparación de proporciones no existe diferencia estadística entre ambos grupos ( $p > 0,05$ ). El momento en el que comunican el diagnóstico de ST a sus enfermos es muy semejante en ambos grupos (ver cuadro II). El uso de los siguientes recursos terapéuticos fue considerado como medio extraordinario en las poblaciones de médicos en estudio (ver cuadro III): a) Respirador

mecánico: 33/59 MO (55%) y 44/59 NoMO (74%); b) Nutrición parenteral: 32/59 MO (54%) y 26/59 NoMO (44%); c) Medicamentos costosos: 24/59 MO (40%) y 20/59 NoMO (33%).

Hubo diferencia significativa entre ambos grupos en los siguientes aspectos:

- a) suspensión de los medios extraordinarios en un enfermo terminal; 68,9% de MO opinó que sí lo haría, en contraste con el 46,8% de los NoMO (la diferencia es significativa,  $p < 0,01$ ).
- b) el 95,2 % de MO utiliza sedantes o hipnóticos en el paciente terminal, mientras que el 70,5% de los NoMO lo hace (diferencia significativa,  $p < 0,01$ );

c) al usar analgésicos y sedantes, el 62,9% de los MO utiliza aquellos que pueden afectar el estado de conciencia del enfermo con ST, mientras que entre los NOMO, el 38,7% lo hace (diferencia significativa,  $p < 0,01$ );

d) el 75,8% de los MO da la orden de no resucitar en algún paciente terminal. Entre NOMO, el 50% da la misma orden (la diferencia es significativa,  $p < 0,01$ ) y

e) el 77,4% de MO ha dado formación a sus alumnos, internos o residentes sobre temas éticos en ST. El 62,9% de NOMO lo hizo (la diferencia es significativa,  $p < 0,05$ ).

No hubo diferencia estadística entre ambos grupos en lo siguiente ( $p > 0,05$ ):

- a) el 45% de MO explica a sus pacientes las consecuencias de la resucitación cardiopulmonar, entre NOMO, el 54,8%;

b) todos los MO comunican a la familia que el estadio de su paciente es terminal, el 96,8% de los NOMO lo hace; ninguno delega la comunicación en otros;

c) en lo referente a la formación en aspectos de cuidado terminal, el 24,2% de MO y NOMO la ha recibido en sus años de interno o estudiante de pregrado;

d) de MO, el 51,6% recibió formación sobre el manejo de temas éticos en ST en sus años de residente y el 43,6% de los NOMO;

e) 98,4% de MO y NOMO consideran necesario que el médico reciba una formación humanística.

f) 95,2% de MO y 96,8% de NOMO piensan que en el proceso de selección y formación del estudiante de Medicina se debe hacer hincapié en aspectos de cuidado del paciente terminal y

g) 87,1% de MO y 83,6% de NOMO consideran que la formación del médico en nuestras universidades incide en la medicina curativa y preventiva, mas no en la paliativa.

CUADRO III MEDIOS EXTRAORDINARIOS EN EL PACIENTE TERMINAL		
	MEDICOS ONCOLOGOS	MEDICOS NO ONCOLOGOS
Respirador	33/59 (55,9%)	41/59 (69,5%)
Nutrición parenteral	32/59 (54,2%)	26/59 (44,1%)
Medicamentos costosos	25/59 (42,4%)	18/59 (30,5%)

### DISCUSION

En el presente trabajo el 30% de especialistas, oncólogos (MO) y no oncólogos (NOMO) no comunica la verdad de su estado al enfermo; pero el 100% lo comunica a la familia. Esto se debe fundamentalmente a la estructura de la familia peruana, que se acerca al enfermo en el momento de la muerte.

La formación de la conciencia médica implica adquirir la capacidad de reconocer la existencia de una dimensión ética en su actuar profesional además de sensibilizarse

para descubrir y dar solución satisfactoria a los innumerables problemas que surgen en la práctica diaria. Para formarse un juicio adecuado, el médico necesita involucrarse con el sufrimiento; adquirir la capacidad de compartir con ellos su angustia vital, aprendiendo simultáneamente a mantener la ecuanimidad y el equilibrio para poder tomar decisiones desapasionadas, guiado por la razón. Así realizará su profe-

CUADRO II MOMENTO DE COMUNICACIÓN DE LA VERDAD AL PACIENTE		
	MEDICOS ONCOLOGOS	MEDICOS NO ONCOLOGOS
Apenas conozco el diagnóstico	29/42 (69,1%)	29/40 (72,0%)
Mientras el enfermo esta consciente	16/42 (38,1%)	15/40 (37,5%)
Cuando el caso llega a extrema gravedad	3/42 (7,0%)	5/40 (5,0%)

sión con un trabajo profundo, riguroso y honesto (1).

Decir la verdad no significa aumentar el temor, la ansiedad o preocupación y por eso, no siempre se debe decir al enfermo todo lo que se sabe o piensa de su estado (2). En el presente trabajo no ha habido diferencia en la comunicación de la verdad a sus pacientes entre MO y NOMO. Sin embargo, es más fácil hablar con un paciente con cáncer acerca de la muerte y del morir, que con un paciente enfermo del corazón. En éste, preocupa que se pueda provocar la muerte por daño coronario al comunicarle su pronóstico. Kübler Ross (3) dice que la familia del paciente con cáncer es más permeable a discutir el previsible final, que la de alguien con enfermedad cardíaca, en el cual el final puede llegar en cualquier momento y una discusión lo puede precipitar.

En "La Muerte de Ivan Illych", Tolstoy (15) dice: "lo que atormentaba a Ivan Illych era la decepción, la mentira ... que él no estaba muriendo sino simplemente estaba enfermo, y que sólo necesitaba estar quieto y seguir el tratamiento y luego algo muy bueno resultaría". El no decir el pronóstico de su enfermedad a los pacientes puede hacerlos sentirse abandonados e intuir su estado. Tres reglas son decisivas para la información: claridad, veracidad y responsabilidad. Quien quiera observarlas deberá usar un lenguaje sencillo, no se encenderá tras vocablos técnicos y percibirá responsablemente hasta dónde quiere ser informado el paciente y cuánta información es capaz de soportar (6). Al doliente, dice Frankl, no le cuadra el mucho hablar, sino el callar; el sufrimiento auténtico es siempre sufrimiento mudo (16).

Espinosa y col. han realizado un estudio en el que 66% de los pacientes con cáncer en estadio terminal deseaban ser informados sobre su pronóstico y vieron que cooperaban más con su médico cuando recibían información (17). Annas (18) opina que el paciente tiene derecho a ser informado de la perspectiva de sobrevivida y calidad de vida que va a tener con o sin un tratamiento determinado. Meran (6) menciona que la peor fatiga psíquica del enfermo es la falta de comunicación y la escasez de información. El médico se encuentra ante la tarea de informarle sobre su enfermedad. Cuando el fin sea inminente, el médico ha de estar dispuesto a seguir informándole, para darle la posibilidad de ponerse en relación con su muerte, con lo que llama la "dignidad del saber"(6). La empatía y el calor emotivo en esos momentos son fundamentales, para el autor citado.

Las diferencias en la actitud de los MO, en contraste con los NOMO en el presente trabajo, se hallan en la decisión de suspender los medios extraordinarios en un paciente con ST. Las modalidades de tratamiento específico, no son de por sí ordinarias o extraordinarias, sino en virtud de situaciones particulares de los pacientes. Un determinado tratamiento, como por ejemplo el respirador, puede ser ordinario, es decir, éticamente obligatorio para un determinado paciente, pero extraordinario -esto es, éticamente optativo-, para otro. Es por ello que se considera con frecuencia en oncología, la posibilidad de suspender medios considerados como extraordinarios, tales como el respirador. Esto se enseña en su formación como especialistas, lo que puede explicar las diferencias halladas en el presente estudio.

Miller (19) considera al respirador entre los tipos de tratamiento que pueden retirarse

en circunstancias apropiadas. En su estudio, 95% de MO lo retira. En el presente estudio lo retirarían el 68,9% de MO mientras que el 46,8% de NOMO lo haría. Esta diferencia puede deberse a que en el paciente terminal, en oncología, deben evaluarse constantemente las intervenciones médicas y la patología oncológica es reconocida como de mal pronóstico de vida con mucha frecuencia. En el estudio de Gillick y col.(20) se halló que los médicos y enfermeras que tienen exposición extensa a hospitales y enfermos con ST no desearían para sí mismos terapia agresiva en esas circunstancias. En esa encuesta, 85% de médicos rehusarían el uso del respirador y la reanimación cardiopulmonar en ellos mismos, en la eventualidad que se hallaran en ST. En el estudio de Pijnenborg (21) se retiró entre otros, antibióticos, quimioterapia, radioterapia, sonda nasogástrica, drogas antiarrítmicas, transfusiones y respirador. El 39% de los médicos entrevistados en dicho estudio, buscaba no prolongar la vida, al retirar esas formas de terapia, lo cual es diferente de querer acortarla.

Miles (22) reporta que 600 personas ancianas son tratadas con respirador por más de seis meses del año en EE.UU. En ese país es práctica común discontinuar el respirador antes del fallecimiento, cuando ya no beneficia al paciente. El caso de Helga W.(23) en que se mantuvo el respirador a pedido del esposo, a pesar del alto costo, está en los límites de lo que se debe hacer al final de la vida.

En nuestro estudio el 95% de Mo utiliza sedantes o hipnóticos en el paciente terminal; NOMO lo hacen en un 70%. Los oncólogos utilizan incluso sedantes que pueden comprometer el estado de conciencia del paciente. Las diferencias halladas pueden deberse a

que los oncólogos manejan con mucha frecuencia el dolor intenso e intratable. Truog (24) discute situaciones en las que el uso de barbitúricos está indicado y su administración puede ser justificada, en un uso no letal. Se aplica a su uso, como al de opiáceos, el principio del doble efecto o voluntario indirecto (1). Juan Pablo II (25) menciona que: "entre las formas útiles y lícitas de tratamiento se encuentra el empleo de analgésicos. No obstante, cuando se estudia el empleo de dichos fármacos es necesario tener presente que aquellos que producen la inconsciencia necesitan una consideración especial; porque una persona, sea hombre o mujer, debe ser capaz de satisfacer sus deberes morales y sus obligaciones familiares". Monge (26) opina que se debe usar analgésicos cuando se requiera para calmar el dolor en el paciente terminal, en lo posible sin comprometer todo el tiempo el estado de conciencia.

Otro tema que se ha abordado es la reanimación cardiopulmonar. Es una práctica no exenta de riesgos (27-30) y puede ser omitida en ST. El 75% de MO da la orden de no resucitar, mientras que entre NOMO lo hace el 50%. Lo (31) afirma que la orden de no resucitar debe ser puesta en el contexto positivo de los cuidados médicos. Son mejor percibidas estas órdenes cuando se presentan como medidas para evitar esfuerzos innecesarios o inútiles, pudiendo así concentrar la atención en las acciones positivas o constructivas. El médico ha de estar abierto a explorar los temores no expresados por el paciente. Cuando la terapia es ineficiente, la relación médico paciente es lo que prevalece como medio terapéutico (32). En el caso de dar la orden de no resucitar, es conveniente discutir

el tema con el paciente y los familiares y tener en cuenta los deseos del paciente (33-35). En el presente estudio los distintos especialistas exploran el tema con sus enfermos, en un porcentaje similar en ambos grupos. Esa comunicación no depende del tipo de especialidad sino de la relación adecuada con el paciente, que se ve en nuestro medio. Dicha relación es conocida pero aún no se ha encontrado un estudio en la literatura nacional que la explore en relación al paciente terminal. En el estudio de Murphy y col.(37) la mayoría de pacientes era mayor de 80 años y cuando su médico les explicó la probabilidad de sobrevivir después del procedimiento, no deseaban ser sometidos a reanimación cardiopulmonar.

Salvo casos particulares, es preferible que la entrevista con los familiares se lleve a cabo en presencia del paciente. Así se evita que el enfermo se intranquilece por la posibilidad de que suministren una información errónea que perjudique su tratamiento (2). Kübler-Ross (3) escribió: "no podemos realmente ayudar al paciente terminal si no incluimos a la familia ... los problemas del paciente moribundo van a un final, pero los de la familia continúan. Muchos de estos problemas pueden disminuir si se discuten antes de la muerte de un miembro de la familia". Ellos pasan por los mismos estadios de ajuste que los pacientes y pueden llegar juntos a la aceptación. Cuando se aproxima el final, el paciente se va desprendiendo de cada uno de sus familiares y no se debe interpretar como un rechazo. La familia ha de estar informada con datos concretos, especialmente cuando aparecen nuevas complicaciones o síntomas, pero es bueno ser prudentes con las reglas de no poner plazos a la vida y expresar reservas

ante una estabilización o mejoría transitoria (2). Todos los enfermos y sobre todo, los moribundos, no deben carecer del afecto de sus familiares, de la atención de los médicos y enfermeras y del apoyo de sus amigos (38).

El 24,2% de los médicos entrevistados ha recibido formación en sus años de interno o en pregrado, sobre aspectos éticos de ST. El 51,6% de MO la recibió durante sus años de residente, en contraste con el 43,6% de NOMO. El 77,4% de MO ha dado formación sobre estos temas, en comparación con el 62,9% de NOMO. Estos mayores porcentajes en la información a los alumnos pueden deberse fundamentalmente al interés cada vez mayor que existe en nuestro medio por temas relacionados con el final de la vida, el dolor y la muerte y la amplia discusión que está llevándose a cabo en las universidades en los últimos meses. Sin embargo, aún no se cuenta con publicaciones nacionales. Los conceptos acerca de ST y la atención al moribundo debieran formar parte de la docencia en pre y post-grado, asegurando el aprendizaje (conocimientos, habilidades o destrezas y actitudes) de los cuidados médicos en esas circunstancias (2). Serani (39,40) recomienda: "lo que la Medicina de hoy necesita no es más ciencia, sino sabiduría, ciencia suprema de las últimas causas, eminentemente ordenadora. Ciencia que no es tal, si no va unida a un modo de vida, inseparable del conocer mismo". Montori (41) dice que espera despertar interés por la discusión abierta de temas de bioética en las Facultades de Medicina.

El 98,4% de los médicos entrevistados consideran necesario que el médico reciba formación humanística. El 95,2% y el 96,8% de MO y NOMO respectivamente, piensan

que en el proceso de selección y en la formación del estudiante de Medicina se debe hacer hincapié en los aspectos de cuidado del paciente terminal. Este interés es cada vez más mayor y se sabe de esfuerzos concretos para mejorar contenidos curriculares en el Perú. Juan Pablo II (42) afirma que la norma ética, fundada en el respeto a la dignidad de la persona, debe iluminar y disciplinar tanto la fase de investigación como la de aplicación de los resultados adquiridos mediante ella. Estas normas se encuentran reflejadas en todas las culturas, creencias y modos de vida a lo largo de la historia y han llevado actualmente a distintas escuelas a poner por escrito conceptos que respeten la dignidad de la persona (43).

El 87,1% de MO y 83,6% de NOMO consideran que la formación del médico en universidades incide en la medicina curativa y preventiva, mas no paliativa. El cuidado paliativo se enseña poco en el pre y postgrado, a pesar de las habilidades que requiere, en particular en oncología, que han sido señaladas al crearse la especialidad de Medicina Paliativa (44-46). Monge (47) señala que hace falta iniciativas y medidas concretas para atender a los enfermos terminales y a sus familiares, para evitar, en la medida de lo posible, esos casos-límite que luego se instrumentalizan para presentar la conveniencia de recurrir a la eutanasia. Es necesario brindar en las Facultades de Medicina una formación en aspectos éticos en el cuidado del paciente terminal, promoviendo el estudio y la investigación necesarios (48-50). El buen cuidado del moribundo es hacer del cuerpo un lugar adecuado para vivir, de manera que el paciente, si desea, se prepare para morir, mental y espiritualmente (52).

Esto requiere formación profesional y moral en el médico que asiste al moribundo (53).

Dirección: Centro Medicina Nuclear.  
Instituto de Enfermedades Neoplásicas.  
Avda Angamos Este 2520 Lima 34 PERU. e-mail: cmn@amauta.rcp.net.pe

### Bibliografía

1. Lavados M, Serani A. 1993. *Etica Clínica. Fundamentos y Aplicaciones*. Universidad Católica de Chile. Ed. Universitaria S.A. pp. 127-150.
2. Brugarolas A. *La Atención al Paciente Terminal*. En Polaino-Llorente A. 1994. *Manual de Etica Médica*. Madrid, Ediciones Rialp. pp 378-379.
3. Kübler-Ross E. 1969. *On Death and Dying*. Macmillan Publishing Co., Inc. New York, pp 5-10.
4. Juan Pablo II. *La eutanasia*. Discurso a curso de la Universidad Católica del Sacro Cuore (6-IX-1984). En *Documentos Palabra*, DP 249, p. 278.
5. Juan Pablo II. 1995. *Evangelium Vitae*. Carta Encíclica. pp. 176.
6. Meran J. *El arte de la red*. Ideas para evitar que la muerte sea un hecho disonante. pp. 173. En Low R, Marsch M, Meran J et al. 1992. *Bioética*. Madrid, Ed. Rialp.
7. Serani A. *Eutanasia*. en Lavados M. (ref. 1) pp 348.
8. Ollero A. *Derecho a la Vida y Derecho a la Muerte*. Instituto de Ciencias para la Familia. Universidad de Navarra, Ediciones Rialp. 1994, p.101.
9. Misbin R. *Physician's aid in dying*. N Eng J Med 1991; 325(18): 1307-1311.
10. Juan Pablo II. 1983. *Familiaris Consortio*, n. 65.
11. Mormontoy W. 1993. *Elaboración del protocolo de investigación en ciencias de la salud, de la conducta y áreas afines*. Lima, Boehringer Ingelheim.



12. Lilienfeld A, Lilienfeld D. 1987. Fundamentos de Epidemiología. Washington, Addison-Wesley Iberoamericana. pp. 305.
13. Walpole R, Myers R. 1992. Probabilidad y Estadística. Méjico, Mc Graw Hill. pp. 348.
14. Daniel W. 1993. Bioestadística. Méjico, Limusa. pp. 263-266.
15. Tolstoy L. The death of Ivan Illych. New Your: New American Library, 1960.
16. Frankl V. 1993. El Hombre Doliente. Barcelona, Ed. Herder. pp. 262.
17. Espinosa E, González Barón M, Poveda J et al. The Information given to the terminal patient with cancer. Eur J Cancer 1993; 29A(12): 1795-1796.
18. Annas G. Informed consent, cancer an truth in prognosis. N Rngl J Med 1994 ; 330 (3): 223-225.
19. Miller R. Supporting a Cancer's Patient Decision to limit therapy. Seminars in Oncology 1994; 21(6): 787-791.
20. Gillick M, Hesse K, Mazzapina N. Medical Technology at the End of Life. What would physicians and nurses want for themselves? Arch Intern Med 1993; 153: 2542-2547.
21. Pijnenborg L, van der Maas P, Kardaun J et al. Withdrawal or withholding of treatment at the end of life. Arch Intern Med 1995; 155: 286-292.
22. Miles S. Informed demand for "non beneficial" medical treatment. N Engl J Med 1991; 325(7): 512-515.
23. Angell M. The Case of Helga Wanglie. A New Kind of "Right to Die" Case. N Engl J Med 1991; 325 (7): 511-512.
24. Truog R, Berde Ch, Mitchell C, Grier H. Barbiturates in the care of the terminally ill. N Engl J Med 1992; 327: 1678-1682.
25. Juan Pablo II. Científicos y médicos al servicio de la vida. Documentos Palabra 1985; 261: 328-329.
26. Monge M. 1991. Etica, Salud, Enfermedad. Madrid, Ed. Palabra, pp. 124-129.
27. Miller D, Jahnigen D, Gombien M, Simbartl L. Cardiopulmonary Resuscitation: How Useful? Attitudes and Knowledge of an Elderly Population. Arch Intern Med 1992; 152: 579-582.
28. Rosenbaum E, Schenkman L. Predicting outcome of inhospital cardiopulmonary resuscitation. Critical Care Medicine 1988; 16 (6): 583-586.
29. Bedell S, Delbanco T et al. Survival after cardiopulmonary resuscitation in the hospital. N Engl J Med 1983; 309(10): 569-576.
30. Schneiderman L, Jecker N, Jonsen A. Medical futlity: its meaning and ethical implications. Ann Intern Med 1990; 112: 949-954.
31. Lo B, Steinbrook R. Deciding whether to resuscitate. Arch Intern Med 1983; 143: 1561-1563.
32. Laín Entralgo P. 1964. La Relación Médico-Enfermo. Madrid, Revista de Occidente, pp 472.
33. Walker R, Schonwetter R, Kramer D et al. Living Wills and Resuscitation Preferences in the Elderly Population. Arch Intern Med 1995; 155: 171-173.
34. Alpers A, Lo B. When is CPR Futile? JAMA 1995; 273(2):156-158.
35. Emergency Cardiac Care Committee and Subcommittees. American Heart Association. Guidelines of cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care. VIII: ethical considerations in cardiac resuscitation. JAMA 1992; 268: 2282-2288.
36. Murphy D, Burrows D, Santilli S et al. The influence of the probability of survival on patients' preferences regarding cardiopulmonary resuscitation. N Engl J Med 1994; 330(8): 545-549.
37. De Vita V. Common Ethical Dilemmas Confronting the Caregiver in Cancer. in De Vita V. 1993. Cancer Principles and Practice of Oncology. New York, Lippincott. pp 2461-2463.
38. Juan Pablo II. Científicos y médicos al servicio de la vida. Documentos Palabra 1985; 261: 328-329.
39. Serani A. La Enseñanza de la bioética en la formación del profesional de la salud. Qué es enseñar Bioética? Cuadernos de Bioética 1993; 4: 63-67.

40. Serani A. La Enseñanza de la Bioética en las facultades de Medicina: visión crítica acerca de la formación médica actual. *Educación Médica UC* 1993; 11: 187-195.

41. Montori V. 1995. Actitudes de Médicos Peruanos frente a la eutanasia y el suicidio asistido. Tesis para optar el título de médico cirujano. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

42. Juan Pablo II. Valores Humanos y Normas Éticas en el Ejercicio de la Medicina. Discurso a los participantes en el Congreso de la Sociedad Italiana de Medicina Interna y en el Congreso de la Sociedad Italiana de Cirugía General. Roma, 27 de octubre de 1980.

43. Innerarity D. Ética en una sociedad pluralista. I Symposium Internacional de Ética en Enfermería. Pamplona, 1990. pp. 45-54.

44. Haines I, Lethborg C, Schwartz M. What we can learn: Evaluation of a Palliative Care Teaching Program. *Proc Annu Meet Am Soc Clin Oncol* 1994; 13: A1541.

45. Hillier R. Palliative medicine - a new specialty. *BMJ* 1988; 297: 874-875.

46. Levy M. Death and Dignity. The Case of Diane. *N Engl J Med* 1991; 325: 658

47. Monge F. Iniciativas en favor de una muerte digna de los enfermos incurables. *Acepresa* 1988; 54/88: 212-213. 48. Juan Pablo II. "Dolentium hominum". Carta apostólica. *Documentos Palabra* 1985; 45: 59-60.

49. Boyd K (Ed.) Informe de un grupo de trabajo sobre la enseñanza de la ética médica, 1987. Publicaciones IME Ltda, Londres.

50. West R. Experiencia inglesa en la enseñanza de la Ética Médica: su necesidad, sus temas y su metodología pedagógica. En Lavados M, Monge J, Quintana C, Serani M. 1990. *Problemas Contemporáneos en Bioética*. Santiago, Ediciones Universidad Católica de Chile.

51. Storey P. Symptom Control in Advanced Cancer. *Seminars in oncology* 1994; 21(6): 748-753.

52. Snyder C. 1986. *Oncology Nursing*. Canada, Little Brown and Company.

## ANEXO 1

### ENCUESTA SOBRE ASPECTOS ETICOS EN EL MANEJO DEL PACIENTE TERMINAL

Edad del médico entrevistado: ..... Especialidad:.....

Años dedicado al ejercicio de la especialidad: .....

Ha estado en contacto con pacientes en los últimos dos años? si  no

#### I. COMUNICACION DE LA VERDAD AL PACIENTE TERMINAL

1. Le comunica la verdad sobre su estado a sus pacientes con síndrome terminal de enfermedad? si  no

2. Si lo hace, en qué momento lo hace?:

(a) Apenas conozco el diagnóstico ...

(b) Mientras el enfermo está consciente .....

(c) Cuando el caso llega a extrema gravedad .....

#### II. MEDIOS EXTRAORDINARIOS EN EL PACIENTE TERMINAL

3. Cuáles considera medios extraordinarios en el paciente terminal?:

(a) Respirador .....

(b) Nutrición parenteral .....

(c) Medicamentos costosos .....

4. Suspendería los medios extraordinarios en un paciente terminal? si  no

5. Utiliza sedantes o hipnóticos en un paciente terminal? si  no

6. Al manejar analgésicos o sedantes, utiliza aquellos que pueden afectar el estado de conciencia del enfermo terminal? si  no

7. Da la orden de no resucitar en algún paciente terminal? si  no

8. Explica a sus pacientes las consecuencias de la resuscitación cardiopulmonar? si  no

### III. RELACION CON LA FAMILIA

9. Comunica a la familia que el estadio de su paciente es terminal? si  no

10. Delega la comunicación en otros? si  no

### IV. FORMACION MEDICA EN ASPECTOS DEL CUIDADO TERMINAL

11. En sus años de interno o estudiante de pregrado ha recibido formación sobre el síndrome terminal de enfermedad? si  no

12. En su formación como especialista, ha recibido formación sobre el manejo de temas éticos en el síndrome terminal de enfermedad? si  no

13. Ha dado formación a sus alumnos, internos o residentes sobre estos temas? si  no

14. Considera necesario que el médico reciba una formación humanística? si  no

15. Cree que en el proceso de selección y en la formación del estudiante de Medicina se debe hacer hincapié en los aspectos de cuidado del paciente terminal? si  no

16. Considera que la formación del médico en nuestras universidades incide en la medicina curativa y preventiva, mas no en la paliativa? si  no

### Resumen

El objetivo del presente trabajo es estudiar las diferencias de opinión con respecto a algunos aspectos éticos en el cuidado de pacientes con enfermedades terminales, entre médicos oncólogos (MO) y de otras especialidades (NOMO). A 124 médicos especialistas, 62 MO y 62 NOMO, se les presentó un cuestionario con 16 preguntas, que fue llenado en forma anónima, en privado. Las preguntas incluyeron: comunicación de la verdad al paciente terminal; cómo definen los medios extraordinarios de tratamiento; la suspensión de dichos medios en el paciente terminal; el uso de sedantes o hipnóticos; la resuscitación cardiopulmonar; la relación con la familia del paciente; y, la formación de

los médicos en estos aspectos. Se confirmó la hipótesis que existe diferencia entre ambos grupos. Los MO suspenden medios extraordinarios, en mayor proporción que NOMO (68,9% vs 46,8%;  $p < 0,01$ ). Los MO utilizan, con mayor frecuencia que NOMO, analgésicos y sedantes en sus pacientes terminales (95,2% vs 70,5%;  $p < 0,01$ ), incluyendo aquellos que pueden comprometer su estado de conciencia (62,9% vs 38,7%;  $p < 0,01$ ). MO dan, con mayor frecuencia que NOMO, la orden de no resucitar en estos pacientes (75,8% vs 50%;  $p < 0,01$ ). El 69,4% de MO y el 64,5% de NOMO comunican la verdad sobre su estado a sus pacientes terminales; todos lo comunican a la familia ( $p > 0,05$ ). Sólo el 24,2% de los médicos entrevistados ha recibido

do formación ética en el cuidado del paciente terminal. MO dan, con mayor frecuencia que NOMO, formación en aspectos éticos del manejo del paciente terminal, a sus internos y residentes (77,4% vs 62,9%;  $p < 0,05$ ). La formación médica debe incluir aspectos éticos del paciente terminal y los cuidados paliativos.