

Rechazo al tratamiento

CEA Hospital de Manises

Contacto: Sara Marín Liébana

smarin@hospitalmanises.es

Glosario

-Cáncer de mama localmente avanzado her2 positivo:

Es aquel que se ha diseminado de la mama a los ganglios linfáticos y expresa en las células tumorales una proteína denominada Her2. El tratamiento de elección en estas pacientes es la quimioterapia combinada con anticuerpos monoclonales (trastuzumab y pertuzumab) antes de la cirugía.

-Estudio de extensión:

Conjunto de exploraciones complementarias que nos permite determinar el grado de diseminación del tumor y definir el estadio tumoral.

-Tratamiento neoadyuvante:

Tratamiento que se administra antes de una intervención con el objetivo de reducir el tamaño tumoral y mejorar la probabilidad de éxito de su extirpación quirúrgica completa.

-Enfermedad neoplásica:

Es sinónimo de enfermedad tumoral.

Descripción del caso

Mujer de 57 años que acude a la consulta de oncología con el diagnóstico de carcinoma mamario localmente avanzado Her2 positivo, con ulceración de la piel y adenopatías axilares patológicas.

El proceso diagnóstico de realización de la biopsia ha sido complicado porque la paciente ha rechazado en varias ocasiones la toma de muestra. Finalmente, tras ser citada tres veces en el hospital, accedió a su realización.

En el momento de la primera visita en oncología, la paciente está pendiente de pruebas para completar el estudio de extensión (TAC con contraste, gammagrafía ósea y analítica), para definir el estadio tumoral y plantear el tratamiento más adecuado. Las opciones de tratamiento serían:

- Tratamiento sistémico neoadyuvante (quimioterapia-anticuerpo monoclonal) seguido de cirugía
- Tratamiento sistémico paliativo (quimioterapia-anticuerpo monoclonal)
- Cirugía paliativa
- Tratamiento paliativo sintomático exclusivo

La paciente, tras ser informada del diagnóstico y de la gravedad de la enfermedad, así como de la conveniencia de completar el estudio de extensión, rechaza que se le administre cualquier tipo de contraste o tratamiento intravenoso, puesto que refiere ser alérgica a todo y tiene miedo de tener una reacción.

En la segunda visita, se explora la información que ha asimilado la paciente, quien responde con ideas ambivalentes respecto a su enfermedad. Hay momentos en que parece entender el diagnóstico de cáncer y las consecuencias mortales de no realizar un diagnóstico completo ni administrar tratamiento, pero en otros momentos asegura estar convencida de que padece una infección desde hace muchos años y de que los médicos están equivocados.

También sigue rechazando cualquier tratamiento o contraste intravenoso por el miedo a sufrir una reacción alérgica. Es remitida a alergología de forma preferente, pero no acude a la visita. Además, se muestra muy desconfiada con el personal sanitario, afirma en varias ocasiones que se han equivocado con ella y cree que este diagnóstico también es un error.

Se contacta con su médico de Atención Primaria, que la conoce desde hace un par de meses porque se ha cambiado recientemente de Departamento de Salud. Su médico la remitió al centro de salud mental para valoración por psiquiatría por un antecedente de ansiedad-depresión y por sospecha de trastorno de la personalidad, pero la paciente no acudió a la cita con el psiquiatra ni solicitó nueva cita.

La paciente ha sido diagnosticada de una enfermedad neoplásica potencialmente curable, pero rechaza realizarse las pruebas necesarias para evaluarla, así como recibir tratamiento intravenoso, pero sí solicita algún tratamiento.

Identificación del conflicto ético

El principal conflicto ético es el respeto a la autonomía de la paciente, que rechaza cualquier tratamiento intravenoso, frente a la actitud beneficiante del médico de no desproteger a una persona incompetente en la toma de decisiones y plantear la administración de un tratamiento frente a la enfermedad neoplásica.

Deliberación

En relación con la enfermedad neoplásica, la oncóloga se plantea realizar un correcto estadiaje de la enfermedad e iniciar un tratamiento con el objetivo de mejorar su calidad de vida y prolongar la supervivencia. Esta actitud se puede convertir en maleficente si se realiza contra la voluntad de la paciente. Es importante conocer que, si no recibe ningún tratamiento activo frente a la enfermedad oncológica, el tumor progresará en forma de metástasis con un pronóstico vital estimado en torno a 12-18 meses.

Según la competencia de la paciente y la historia clínica, los cursos de acción

extremos son: asumir que la paciente es competente o solicitar una orden judicial para su valoración. El primer curso de acción extremo estaría respaldado por la ausencia de diagnóstico previo que confirme su incompetencia y de tutor legal que nos informe de su incapacidad para la toma de decisiones. El segundo curso de acción extremo consistiría en solicitar una orden judicial para la evaluación psiquiátrica, si la paciente no accede a su valoración de forma ambulatoria, ya que la oncóloga y la médica de familia sospechan que pueda tener una patología psiquiátrica que limite su competencia para entender su enfermedad neoplásica y tomar decisiones sobre la misma.

Recomendación final

Es fundamental valorar la competencia de la paciente, ya que podemos incurrir en una actitud maleficente si no protegemos a una paciente que muestra incompetencia para tomar decisiones que puedan perjudicarle y que no sean coherentes con su proyecto vital. A su vez, también sería una actitud maleficente no permitir a una paciente competente que ejerza

su autonomía para decidir sobre su salud y sobre su vida. En este caso concreto, debemos conseguir una evaluación de la competencia de la paciente para saber si es capaz comprender la situación de su enfermedad y las consecuencias de los diferentes cursos de acción. Para ello, se considera que el curso de acción óptimo es invertir todos los esfuerzos posibles en concertar una consulta extraordinaria conjunta oncología-psiquiatría.

Cabe destacar que el grado de competencia que se exige a cada paciente varía en función de la gravedad o complejidad de la decisión a tomar. Se trata de una decisión que puede comprometer el pronóstico vital y, por lo tanto, se exige una alta competencia en esta toma de decisiones.

Una vez valorada la competencia, en caso de tener una competencia limitada, deberíamos intentar mejorarla valorando si presenta algún problema psiquiátrico tratable, si se puede implicar al entorno en la decisión o en ayudar al profesional sanitario a conocer el proyecto vital de la paciente para comprender y contextualizar su decisión. Además, es fundamental mejorar la confianza médico-paciente de forma bidireccional para establecer una comunicación competente que garantice un proceso deliberativo compartido entre la paciente y la médica, respetando la autonomía de la paciente, aportando la médica una actitud beneficiante, evitando lo dañino y lo injusto.

Si tras la evaluación conjunta se considera como competente, no se puede intervenir sobre ella sin su consentimiento. De acuerdo con el Convenio Europeo de Biomedicina y Derechos Humanos de 1997, el paciente autónomo y maduro tiene derecho a rechazar un tratamiento indicado y eficaz, aunque eso ponga en riesgo su vida.

