

Opciones terapéuticas y la falta de recursos en pacientes con cáncer de mama: *Controversias bioéticas*

Pamela Frigerio, PhD, MD, MScB

En el momento de escribir, soy residente de cirugía con aspiración a especializarme en cirugía oncológica. Me incorporé a la consulta externa en un Hospital de una Institución Pública de México, al cual un experimentado cirujano oncológico me dio la oportunidad de asistir. Fue en este contexto que me encontré con un dilema ético sobre qué opciones de tratamiento ofrecer a los pacientes con cáncer de mama.¹ Al discutir las opciones de tratamiento, ¿se deberían ofrecer a los pacientes opciones de difícil acceso o prohibitivamente costosas?

En dicho hospital atendemos un alto volumen de pacientes (aproximadamente 28 pacientes por día de consulta) quienes en su mayoría (47%) tienen el diagnóstico de cáncer de mama. Un grupo de estos pacientes, que está en etapas iniciales tiene dos opciones terapéuticas: (1) cirugía conservadora de mama más radioterapia (“cirugía conservadora”) y (2) cirugía radical—mastectomía—sin radioterapia (“cirugía radical”). Las dos opciones ofrecen igual posibilidad de curación. Es importante notar respecto de la primera opción que tras la cirugía conservadora la paciente tiene un plazo máximo de 8 semanas para recibir radioterapia. Si no completa la radioterapia², la posibilidad de recidiva es alta.

En este Hospital no se cuenta con radioterapia. Las pacientes deben ser enviadas a otro hospital que queda en otro estado a una hora de su ciudad. Debido al alto volumen de pacientes enviadas a radioterapia las filas son largas. Un 80% de las pacientes enviadas acaba no recibiendo la radioterapia a tiempo.

En vista de estos antecedentes, me enfrenté al siguiente dilema: Proponer a las pacientes las dos opciones terapéuticas u omitir la primera (cirugía conservadora más radioterapia en otro hospital), pues al ser de difícil acceso y alto costo, es altamente probable que las pacientes no consigan la radioterapia a tiempo y sufran una recidiva del cáncer. Al solo

ofrecer la segunda opción (cirugía radical sin radioterapia), en cambio, se evitaría que puedan optar por la primera, pero asegurando un buen pronóstico.

Me pregunto si el médico debe siempre decir la toda verdad, aun cuando esto tenga la consecuencia de ofrecer una opción terapéutica que, en caso de ser elegida por la paciente, es altamente probable que traiga como consecuencia que su salud empeore por falta de acceso oportuno. Dicho de otro modo, ¿es correcto “proteger” a las pacientes omitiendo una opción terapéutica inaccesible? Fundamentalmente, se trata de una cuestión sobre las exigencias del consentimiento informado. ¿Qué información necesita una paciente para tomar una decisión informada y autónoma sobre la terapia del cáncer de mama? De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012 sobre el proceso de consentimiento informado, a cada paciente debe explicársele las opciones terapéuticas, riesgos, beneficios y posibles complicaciones, culminando con la firma en un documento. En vista de estas exigencias, ¿estoy justificada en omitir una opción terapéutica que creo será inaccesible para la paciente?

La realidad del paciente oncológico en México

Casos como el descrito representan una situación real vivida en los diversos servicios de salud pública en varias partes del mundo: La disponibilidad de recursos limita a los médicos. Pacientes pobres o de bajo recursos, a los que se agrega su vulnerabilidad por su condición sociocultural y su condición física como pacientes oncológicos, serán los más impactados por esa situación.

La realidad del paciente oncológico en México es compleja e inequitativa. De acuerdo con un estudio que realizamos en el 2022, en la consulta externa de cirugía oncológica de todas las principales Instituciones Públicas de Saltillo, 48.7% de pacientes tuvo cáncer de mama. Las pacientes

disponían de una media de tres de consultas médicas para tomar la decisión final de su tratamiento. Según el estudio, el 49.8% de las pacientes toma la decisión de su tratamiento solamente con base a la información recibida por el médico, 39% en base a reflexión personal y 11.2% por discusión con sus familiares.³ Las pacientes con cáncer de mama están en un proceso de duelo donde es más difícil tomar decisiones y lo habitual es que se requieran varias consultas para tomar una decisión bien ponderada.⁴

Para los cirujanos oncólogos, un día laboral con 28 consultas para cinco horas equivale a 10 minutos de consulta por paciente; es decir, realizar entrevista, exploración física, revisión de estudios, solicitud de estudios, entrega de receta y en ocasiones un proceso de consentimiento informado, todo en 10 minutos. A los médicos se les exige fomentar la salud para el bienestar físico y mental de los pacientes brindando una atención eficiente, humanista y profesional, sin embargo, las malas condiciones laborales a veces no permiten que el médico pueda cumplir con estas exigencias de la mejor manera. A esto se suma que a veces los médicos tienen acceso limitado a los mejores estudios diagnósticos y tratamientos. Así, tener que priorizar recursos—incluyendo el tiempo destinado a cada paciente—puede ser ineludible.⁵

En vista de estos desafíos, los médicos deben pensar en formas de hacer más eficiente la atención de los pacientes. Por ejemplo, podría intentarse evitar conversaciones que requieran mucho tiempo con muchas explicaciones o que puedan resultar complicadas para los pacientes. Pero esto puede ser contrario a las normas de respeto a la autonomía del paciente. Cabe señalar que anteriormente los médicos tomaban las decisiones sin consultar a los pacientes en lo que se suele denominar “paternalismo médico”. Desde la década de 1950, sin embargo, frente al reconocimiento de los derechos de los pacientes, se ha asumido que la autonomía es de vital importancia. Un paciente que tiene un proceso de consentimiento informado adecuado con opciones, riesgos, beneficios y posibles complicaciones, que recibe la información completa, solucionando sus dudas, platica con sus familiares y toma la decisión de su tratamiento, se apega más a este y tiene mejores resultados.⁶

Escenarios de comunicación sobre opciones terapéuticas en cáncer de mama

Frente a un caso como el recién expuesto, existen varias opciones para comunicarme con las pacientes que deben decidir sobre el tratamiento para su cáncer de mama. Podemos distinguir al menos tres escenarios u opciones: (1) decir toda la verdad, (2) omitir información y (3) un engaño o mentira directa. En lo que sigue, discuto estas tres alternativas y sostengo que la primera es la éticamente más adecuada.

Escenario 1: Decir la verdad

En el primer escenario, digo toda la verdad y expongo a la paciente todas las posibilidades terapéuticas. Estas in-

cluyen la opción más conservadora desde una perspectiva quirúrgica aunque inaccesible, y la opción más radical pero accesible localmente.

Este escenario amerita algunas reflexiones. Las ciencias de la salud se caracterizan por la incertidumbre, donde los pronósticos son probabilísticos con un margen de error. Por lo que la verdad de hoy no será la verdad de mañana. Se necesita comprender, respetar y acompañar a los pacientes sin producirles más daño, sin arrebatarse esperanza y sin vulnerar la compasión.⁷ En este caso, las estadísticas a nivel poblacional sobre el acceso al tratamiento, la reincidencia del cáncer y los resultados terapéuticos no siempre se aplican al caso individual. Esto puede ser difícil de considerar y comunicar. Mi paciente puede estar en el 20% que puede acceder a la radioterapia a tiempo, o bien puede ser una de las personas que se somete a una mastectomía radical y, sin embargo, vuelve a tener cáncer. No puedo saberlo de antemano, ni mi paciente tampoco. Siempre estamos en condiciones de incertidumbre. Decir toda la verdad requiere que el médico también comunique las incertidumbres del caso.

Decir la verdad requiere también prestar atención a cómo presentar opciones terapéuticas, porque la forma de comunicar influye en la elección de las pacientes. Hay varias maneras de transmitir la verdad. Como el orden y los énfasis con que se presenta la información. Hay que lograr una alianza con la paciente, procurando comprender sus valores, experiencias y expectativas, proporcionar evidencia, verificar comprensión y alcanzar un acuerdo. En definitiva, la forma en decir la verdad puede tener implicancia para la decisión de la paciente.^{8,9}

En este caso, conocer todas las opciones permitiría a la paciente optar por el tratamiento más conservador pero inaccesible, con el consiguiente riesgo de sufrir una recidiva por lo que debe estar debidamente informada. Si decide esa opción, acepta el riesgo, y la responsabilidad no recaería en mí como cirujana. Pero lo que se debe entender, es que, como cirujana, soy afectada por la decisión de la paciente también; porque seré yo la que tendrá que decir que el cáncer regresó, si falla dicho método. La comunicación de malas noticias implica una situación estresante para el médico. Las habilidades comunicacionales de segundo orden para dar ese tipo de información son poco enseñadas en la Facultad de Medicina. Según un estudio, el 20% de los oncólogos refiere presentar ansiedad y expresar fuertes emociones. 42% de otros médicos refiere que la tensión de una mala noticia dura horas incluso tres o más días.¹⁰ Es comprensible que un médico quiera evitar esa situación.

Escenario 2: Omitir información

En el segundo escenario, omito la información sobre la cirugía conservadora, sin presentarla como opción terapéutica. Esto con la intención de proteger a la paciente, ya que de haber optado por esa opción y si no recibe radioterapia tiene 80% de probabilidad de recidivar el cáncer. En cambio,

solo se le ofrece un procedimiento radical que es extirpar la mama por completo y dejarla sin cáncer.

En este escenario, la omisión podría estar justificada si la paciente expresa que no desea saber la información. Así cede su autonomía para que se tomen las decisiones por ella. Pero esta situación parece improbable y concierne que de la situación más común es donde la paciente quiere participar en las decisiones sobre su tratamiento.

La omisión se divide por parte del cirujano en ser intencional o no intencional. En este caso, el tratamiento más antiguo es la mastectomía radical y si el cirujano o yo no conociéramos el tratamiento conservador, al no informar a la paciente de esa opción estaríamos haciendo una omisión no intencional. Pero sería difícil que esto ocurriera ya que la cirugía conservadora más radioterapia es un tratamiento que ya tiene años realizándose comprobado científicamente.

Si se decide optar por el camino de omitir información, puede suceder que la paciente o el familiar pregunten si tiene otras opciones. En este caso, si el cirujano y la residente saben que lo hay, podemos vernos frente a un tercer escenario: el engaño.

Escenario 3: Engaño

En el tercer escenario, se le miente a la paciente al decirle que solo existe una opción terapéutica, la de mastectomía radical sin radioterapia. Al igual que en la opción anterior, la intención aquí es proteger a la paciente, ya que si se realiza la cirugía conservadora sin radioterapia existe una recidiva del 80%, mientras que el procedimiento radical que consiste en extirpar la mama por completo permite dejar a la paciente sin cáncer.

Esa opción es atractiva por razones de eficiencia ya que evita completamente entrar en conversaciones sobre cómo acceder a la opción quirúrgica más conservadora y la radioterapia y estadísticas potencialmente confusas. También significaría que las pacientes definitivamente buscarían un tratamiento contra el cáncer altamente eficaz (mastectomía).

Analizando los escenarios

Existen situaciones en las cuales estaría éticamente justificado realizar un engaño clínico, en base a los deberes de beneficencia y de respeto por la autonomía de las pacientes. Estos deben justificarse, por ejemplo, apelando a la evitación de daño físico o psicológico (en este caso la recidiva del cáncer), o bien cuando la paciente no tiene la capacidad emocional o cognitivamente bien preparada para tomar decisiones frente a la verdad. Otro ejemplo puede ser prevenir una gran angustia potencial a un paciente que es un enfermo terminal sin tratamiento curativo y cuando el cuidador principal está de acuerdo. O cuando el uso del engaño mejorará la autonomía, el caso de un paciente que después de administrar un tratamiento aumenta sus capacidades neurológicas para poder tomar decisiones. Hay que evaluar la magnitud y la proporción del bien proporcionado y del daño evitado.

Para un engaño terapéutico se deben revisar tres puntos: El contenido del engaño, el tiempo que durará este acto y quiénes participarán. En este caso se trataría de un engaño de omitir una opción terapéutica de duración larga que involucra al cirujano oncólogo.¹¹

En el presente caso, el engaño (si se afirma que no existe otra opción terapéutica) va a cambiar de manera radical la vida de la mujer ya que no podrá decidir sobre la terapia que recibirá su cuerpo. Aunque me angustia por el periodo libre de cáncer sea real, tengo el deber de informar la verdad y acompañar a las pacientes, respetando la decisión que ellas tomen.

Vamos ahora al caso de omitir la opción de la cirugía conservadora, que conlleva a la paciente a recibir un tratamiento radical preservando la vida, omitiendo la función y la estética. Es un tratamiento comprobado científicamente como curativo. Entre las posibles consecuencias de este engaño para las pacientes están las psicológicas por estética y sexualidad, así como perder la confianza en el médico al enterarse de que tenía otras opciones. Sin embargo, se evita el daño físico significativo en caso de volver el cáncer. Las pacientes están en sus capacidades mentales completas, la información no será confidencial, la naturaleza de la información y su confianza epistémica es alta, la relevancia de esta decisión médica es de suma importancia (conservar su seno o extirparse por completo), la significancia de su objetivo que es disminuir las posibilidades que regrese el cáncer con un solo tratamiento. La naturaleza del acto es un engaño de larga duración, de contenido completo y su visibilidad es alta. Colocando estos factores en la balanza es mejor ofrecerle todas las opciones a la paciente indicando la realidad de su situación para que esta tome la decisión sobre su cuerpo.

Queriendo lo mejor para mis pacientes, no debo tomar la decisión por ellas. La angustia de tener una paciente con recidiva nubló mi juicio. Al inicio creí que era correcto omitir o engañar al paciente para su bien actuando de manera paternalista, pero vivo en el siglo XXI. Históricamente se utilizó este sistema en el pasado, pero tenemos buenas razones para creer hoy en día es mejor tomar una decisión conjunta con el paciente. Según el principio de la autonomía el médico tiene la obligación de explicar todas las opciones terapéuticas y empoderar al paciente en su toma de decisiones. Eso se realiza en el proceso de consentimiento informado.

En definitiva, decir la verdad contribuye a mantener la confianza de la paciente y respeta su autonomía, por lo que en principio debiera ser una obligación para el médico. Esto tiene como ventaja resguardar la confianza, un recurso precioso que cuando se pierde es difícil de recuperar.¹² La autonomía es plena cuando un paciente competente cuenta con toda la información necesaria para tomar una decisión. Los pacientes informados adhieren mejor al tratamiento, participan activamente y toman mejores decisiones.

Conclusion

Los cirujanos oncólogos estudian para extirpar el cáncer y salvar vidas. Cuando uno está estudiando todavía tiene el ímpetu, la motivación y los sentimientos para salvar a todos los pacientes. Pero no puedo tomar decisiones por mis pacientes. Debo aprender a acompañar las decisiones que tomen, después que les proporcioné toda la información: sobre sus opciones, riesgos, beneficios y posibles complicaciones. Debo acompañar sin aumentar el daño, sin arrebatarse esperanza, sin generar falsas expectativas, ni vulnerar la compasión. Aprender a aceptar la decisión del paciente cuando no concuerda con lo que haría yo es difícil. Debemos estar convencidos que lo correcto es: acompañar a nuestros pacientes. En conclusión, decir la verdad es respetar la autonomía. No es correcto “proteger” a las pacientes omitiendo una opción terapéutica y menos engañando.

Trabajos Citados

1. P. Frigerio, et al., “Consideraciones éticas en paciente quirúrgico oncológico en Coahuila de Zaragoza,” *Anuario Colombiano de Ética* 3 (2022): 10–22.
2. W.J. Gradishar, et al., “Breast Cancer Guideline,” *Journal of the Royal Society of Medicine* (2023).
3. P. Frigerio, et al., “Consideraciones éticas en paciente quirúrgico oncológico en Coahuila de Zaragoza,” *Anuario Colombiano de Ética* 3 (2022): 10–22.
4. J. Moral de la Rubia & M. Miaja Ávila, “Empirical Contrast of the Kübler-Ross Five-Phase Model of Grief in Women With Cancer,” *Psychological Thinking* 13, no. 1 (2015): <https://doi.org/10.11144/javerianacali.ppsi13-1.cemc>.
5. I. N. Abbasi, “Protest of Doctors: A Basic Human Right or an Ethical Dilemma,” *BMC Medical Ethics* 15, no. 1 (2014): 1–5. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-15-24>.
6. D. Wendler, “Are Physicians Obligated Always to Act in the Patient’s Best Interests?,” *Journal of Medical Ethics* 36, no. 2 (2010): 66–70. <https://doi.org/10.1136/jme.2009.033001>.
7. S. Haack, “Toda la verdad y nada mas que la verdad,” *Doxa. Cuadernos de Filosofía Del Derecho*, no. 35 (2012): 571-587. <https://doi.org/10.14198/doxa2012.35.25>.
8. R.M. Epstein, et al., “Communicating Evidence for Participatory Decision Making,” *Journal of the American Medical Association* 291, no. 19 (2004): 2359–66.
9. D.J. Malenka, et al., “The Framing Effect of Relative and Absolute Risk,” *Journal of General Internal Medicine* 8, no. 10 (1993): 543–48. <https://doi.org/10.1007/BF02599636>.
10. S. Haack, “Toda la verdad y nada mas que la verdad,” *Doxa. Cuadernos de Filosofía Del Derecho*, no. 35 (2012): 571-587. <https://doi.org/10.14198/doxa2012.35.25>.
11. A. Brummett & E. K. Salter, “Mapping the Moral Terrain of Clinical Deception,” *Hastings Center Report* 53 no. 1 (2023): 17–25. <https://doi.org/10.1002/hast.1454>.
12. S. Bok, *Lying: Moral Choice in Public and Private Life* (Pantheon Books, 1978).

CC BY-ND 4.0 DEED

<https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>



THE
HASTINGS
CENTER



St. George's University
Grenada, West Indies



La creación de esta colección de ensayos fue apoyada por el Centro Internacional Fogarty de los Institutos Nacionales de Salud con el premio número R25TW009731 para la Caribbean Research Ethics Education Initiative (CREEI).