

FACTORES EMOCIONALES EN LOS PACIENTES CON CANCER

Terapia Integral y Rehabilitación

DR. ABEL N. CANÓNICO*

En el temario de esta reunión, se han contemplado por una parte la posición filosófica y analítica acerca de la personalidad del paciente con cáncer y por otra la significación que ello tiene para el médico tratante. Esto entraña dos situaciones distintas; la del médico psicólogo que interpreta el mecanismo anímico y la del médico asistencial, que debe convivir las alternativas de ese complejo interior.

Se ha dicho que todas las enfermedades llevan asociadas un componente psicossomático, en mayor o menor grado, que juega un papel en la fisonomía clínica y recuperación del paciente. Cuando se trata del cáncer, consideramos que su carga emocional es quizás la más elevada: (a) por el carácter de esta patología; (b) la duración del problema y (c) su previsible alto por ciento de incidentes ligados con la historia natural de esta enfermedad.

Se ha consignado como una expresión casi universal, que la ansiedad es un hecho dominante en la esfera psicológica de estos pacientes. Nadie mejor que el médico tratante para advertir la importancia del grado y penetración de esta perturbación psíquica que incide desde el momento en que el enfermo presume la severidad de su padecimiento.

Nuestra experiencia nos hace fijar cuatro factores responsables de ese estado ansioso de los enfermos, que son: 1) la asociación de la idea de la enfermedad con la de la muerte, el sufrimiento o la mutilación; 2) el haber vivido previamente la experiencia en el propio ambiente familiar de casos de cáncer con evolución desfavorable; 3) el temor a una invalidez física, como consecuencia de su tratamiento, tal el caso de la colostomía, la laringectomía, la amputación de extremidades, etc.; 4) porque se intuye un significativo cambio en el "status" socio-económico, como es el desempleo, las limitaciones de productividad, las alteraciones de la vida de relación, etc.

Esto revela, como dice BARD: "que todo paciente con cáncer debe ser mirado como una persona bajo un estado severo y especial de tensión".

Es fácil advertir que estos factores precitados no participan con la misma constancia y proporción en todos los casos y en general se hallan condicionados por la cultura general del paciente, la topografía y la magnitud del proceso. El mayor nivel cultural hace mucho más sensible la sobrecarga emocional. Surge bien clara, por otra parte, la diferencia entre una lesión maligna de piel o del sistema ganglionar con la de un cáncer de mama en una mujer joven o emba-

razada o un tumor óseo que exige el sacrificio de un miembro.

Posición del médico.—Planteado así este componente de angustia del paciente, debemos referirnos a cuál es la posición del médico frente a este problema psicológico.

Es fundamental que se contemple cada caso como una "ecuación humana" donde debe restablecerse la armonía entre su integración física, moral y ambiental.

—Uno de sus principales compromisos es el de contrarrestar ese trauma emocional cuidando de alejar la sospecha diagnóstica que el propio enfermo ha elaborado de su proceso. Algunas omisiones como la de dejar a su alcance los protocolos de biopsia o de la historia clínica, así como los cambios de ideas entre colegas frente al enfermo o en la Sala de Operaciones, pueden hacer frustrar este propósito de reserva de diagnóstico. Lo mismo ocurre cuando se adopta una posición de alarmismo o extrema urgencia al establecer la decisión terapéutica.

Creemos que en cancerología, más que la velocidad juega un gran papel el criterio sobre la conducta a seguir.

Si bien existe una controversia sobre cuanto ha de saber el enfermo de su propia enfermedad, nosotros estimamos innecesario y contraproducente, en la amplia mayoría de los casos, que el enfermo tome conocimiento de la naturaleza de su proceso. Por excepción, el paciente necesita de este argumento para cooperar en el programa terapéutico; fundamentalmente se ampara *en el interés y en la seguridad* que le ofrece su médico tratante. Establecer una fórmula estandarizada de cómo emplear la verdad científica en estos casos, nos parece inconsistente. Debe pensarse que no existe uniformidad en el carácter de las lesiones, ni uniformidad en el tipo de enfermo, ni uniformidad en la modalidad de los médicos; de ahí que no puede haber normas prefijadas ni constantes de igual significado para todos los pacientes de todas las comunidades. Si tuviéramos que denunciar nuestra impresión sobre lo que el paciente advierte de su propia dolencia, debemos confesar que en su casi totalidad presumen su naturaleza maligna, pero prefieren eludir esa definición como recurso de autoprotección. El médico no debe violar esta deliberada reserva del enfermo.

—Otra facultad importante del médico es transmitir la confianza de que ha de secundar al paciente en todas las alternativas que pudieran acontecer en el curso de la enfermedad. La integridad moral de los enfermos con cáncer es bastante lábil y puede derrumbarse cuando presiente el abandono de parte del mé-

*Relato presentado en la Sociedad de Medicina Psicossomática. Buenos Aires, 1966.

dico. Por eso el seguimiento metodizado de estos casos, no solamente tiene un alto valor clínico sino también una importante influencia para consolidar la importante relación médico-paciente.

—Para lograr esta tutela moral tan retributiva, el médico debe prodigarse en un lenguaje humano sencillo y constructivo. La permanente comunicación entre el médico y el enfermo es un fundamental requisito. No siempre se necesita de un lenguaje verbal; muy a menudo existe un diálogo sin palabras que los enfermos saben valorar y sirve para robustecer la labor profesional. Este mutuo entendimiento es de positivo valor. El pequeño tiempo adicional que se invierte en escuchar al paciente y alejar sus dudas o sus temores, es altamente compensador.

El cirujano es quizás uno de los que más debe identificarse con este planteo ya que la exigencia y continuidad de su labor lo coloca en una posición de alto compromiso en el gobierno integral de los enfermos. Su trabajo en equipo no sólo comprende la función técnica sino también la captación de la personalidad psicológica de sus pacientes, logrando de ellos la mejor adaptación frente al trauma de la enfermedad y del tratamiento.

Es inestimable en este sentido, la contribución de los médicos auxiliares y muy en especial de las enfermeras, las cuales son a menudo verdaderas confidentes de las preocupaciones anímicas de los operados por cáncer y pueden ser eficientes intérpretes ante el cirujano de estas sensibles motivaciones.

Sobre los enfermos y su rehabilitación.—Quédanos por señalar ahora cuáles enfermos son los más tributarios de esta filosofía. Quisiéramos resumir en una sola palabra la esencia de lo que nos ha enseñado la convivencia con este problema y es de que "no hay exclusiones" para desarrollar esta conducta. Tanto pueden aprovechar de ella los pacientes donde las perspectivas pronósticas son desfavorables como de aquellos donde las posibilidades de curación son más alentadoras.

Para los primeros, o sea los potencialmente incurables, este gobierno moral proporciona un mejor aprovechamiento de los métodos paliativos y una más confortable y humana evolución de su irreversible proceso. Para los otros casos, o sea los potencialmente curables, sirve para reafirmar las esperanzas fundadas en la terapia.

Sobre este último grupo de casos existe otro aspecto trascendente dentro del tema de hoy, cual es la necesidad de arbitrar todos los recursos para una buena rehabilitación de los enfermos.

Una curación clínica brillante se anula si queda el saldo de una invalidez física, mental o social. Todos hemos recogido la experiencia de haber asistido a enfermos en los cuales los beneficios de la terapia han resuelto la completa eliminación del proceso neoplásico, pero persisten importantes secuelas que gravitan considerablemente en la psiquis del paciente por no haberse empleado los adecuados recursos correctores. Basta citar la impotencia funcional de los brazos en ciertas operaciones radicales de mama, o los visibles defectos físicos de la cirugía radical maxilo-facial, o los acentuados deterioros de la fonación después de las laringectomías o las deprimentes condiciones derivadas de un mal funcionamiento de las colostomías, etc., para tener una rápida estimación de las sensibles perturbaciones psicológicas que pueden acontecer en estos enfermos.

El capítulo de la rehabilitación post-tratamiento de los enfermos con cáncer ha merecido en los últimos años una justificada preocupación de todos los centros científicos especializados. Los refinamientos en las técnicas de la cirugía reparadora, los perfeccionamientos en material o sistema de prótesis, los adelantos de las disciplinas como la foniatría, la kinesiología y otras artes, involucran un ponderable avance en la recuperación integral de esta categoría de pacientes. Los cirujanos, los radioterapeutas o los internistas, que tienen a sus cuidados pacientes con cáncer, encierran la inexcusable misión de medir este factor humano al asumir el gobierno terapéutico.

BLOQUEO PERIDURAL EN CIRUGIA ONCOLOGICA ABDOMINO - PELVICA

DR. ARMANDO SANDOVAL CAMACHO*, DR. MARTIN MANZO CARBALLO,**
DR. MIGUEL A. MARTÍNEZ S.,** DR. VÍCTOR OROFRANCO**

La mayoría de los pacientes sometidos a cirugía oncológica se encuentran en malas condiciones por su misma edad y/o su padecimiento; un número considerable de ellos presentan alteraciones en su función cardio-respiratoria, han sido tratados con radioterapia intensiva y serán sometidos a un "stress" quirúrgico de consideración.

Dichos factores han sido motivo de seria reflexión y estudio por nuestra parte, nos han obligado a plantear un tipo de anestesia que, por sus características, proporcione al cirujano un campo operatorio tranquilo, con poco sangrado y mantenga al máximo la integridad del paciente.

A partir de agosto de 1961 hasta septiembre de 1965 inclusive, empleamos el bloqueo de conducción peridural continuo en las operaciones de abdomen y pélvis; los resultados obtenidos con él, son el motivo de esta comunicación.

MATERIAL Y METODOS.—Todo paciente que llega al quirófano tiene su expediente completo, habiendo sido estudiado exhaustivamente en forma integral recurriendo a todos los medios de que dispone el Instituto Nacional de Cancerología.

El examen preanestésico es de capital importancia, nos orienta a seleccionar los casos, explicamos al paciente el procedimiento al cual va a ser sometido tratando de eliminar por psicoterapia los prejuicios que presente hacia la punción lumbar y a variar la indicación del método cuando esto no se logra. La medicación previa alcanza en este método su máxima importancia y debe proporcionar a los pacientes sedación efectiva (1) (2).

Es indispensable antes del inicio de la anestesia, la canalización de dos venas por medio de un catéter de material plástico, eligiendo las venas de los miembros superiores, ya que la posibilidad de la ligadura de ellas en las intervenciones pélvicas, nulificaría la venoclisis instalada en los miembros inferiores. El empleo de un catéter largo en la vena cefálica o basilica, facilita la medida de la presión venosa cuando ésta se requiera.

Se realiza la punción lumbar media, previo botón dérmico, preferentemente entre L₂-L₃, usando indistintamente el método de la gota suspendida o el de la pérdida de la resistencia. La inserción del catéter en el espacio peridural la realizamos preferentemente en dirección cefálica. Utilizamos el bloqueo combinado o doble, dirigiendo los catéteres en dirección opuesta cefálica o caudal. El anestésico empleado fue la

solución de lidocaína del 1 al 2%, simple y con vasoconstrictor.

Creemos que es de humana consideración hacia el paciente aislarlo del medio, sobre todo en intervenciones de larga duración, por este motivo se complementó la sedación cuando fue necesario por medio del uso de una solución de un analgésico (Meperidina) y de un derivado de la fenotiazina (promazina) en 500 ml. de glucosa al 5% o bien por medio de pequeñas dosis fraccionadas de un barbitúrico de acción corta.

Cuando la exploración de la cavidad abdomino-pélvica origina dolor al rebasar el límite alcanzado por el bloqueo de conducción, no dudamos en complementarlo rápidamente por medio de la anestesia general; lo mismo cuando la tracción visceral realizada por el cirujano nos obliga a ello. Si en determinados casos la ventilación se ve comprometida por alguna eventualidad, realizamos la intubación traqueal para garantizar la permeabilidad de la vía aérea y asistir la respiración.

RESULTADOS

Tuvimos 151 pacientes del sexo femenino y 31 del sexo masculino.

Hubo 15 pacientes cuya edad era de 15 a 30 años. Sin embargo el mayor número, 121, eran pacientes cuya edad oscilaba entre los 31 y los 60 años. El paciente geriátrico fue causa de especial interés y tuvimos 56 de ellos (8).

El peso y la talla fue factor determinante para calcular la dosificación de las drogas usadas. La estatura de los pacientes fue la normal para nuestro medio y en promedio éstos eran de baja estatura; encontramos 27 casos de obesidad, que presentaron en una forma u otra problemas en su manejo.

Tuvimos 67 pacientes con cardioangioesclerosis y escleroenfisema generalizado, pacientes que seguramente bajo anestesia general hubieran presentado trastornos en su función respiratoria, hubo 7 con cardiopatía, 15 con hipertensión, 13 con anemia y 1 con neumonectomía. Todos ellos fueron controlados por el Servicio de Medicina Interna hasta mejorar su condición física antes de ser sometidos a la operación, haciendo la valoración cardiovascular durante el examen preanestésico por lo menos 24 hs. antes de la operación posponiendo ésta cuando fue necesario, hasta asegurar las condiciones transoperatorias del paciente, indicando control electrocardiográfico continuo, si el caso lo requería.

El riesgo anestésico-quirúrgico fue alto en la mayoría de los pacientes debido a la patología existente

*Jefe del Servicio de Anestesiología, Instituto Nacional de Cancerología.

**Anestesiólogo del I. N. C.