

Cuando no se quiere saber más

Cuando no se quiere saber más

When he did not want to know more

DOI: [10.69105/BYCS.2024.12.2.5.2](https://doi.org/10.69105/BYCS.2024.12.2.5.2)

Macarena Quintanilla López-Manzanares

ORCID <https://orcid.org/0009-0008-5453-1399>

Centro de Salud Doña Mercedes, Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla

mariamacarena.quintanilla.sspa@juntadeandalucia.es

María José Pavón Gómez

Centro de trabajo: Centro de Salud Doña Mercedes, Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla

Mercedes Ortiz Rodríguez

Centro de trabajo: Centro de Salud Algeciras Norte

Resumen:

Varón con hiperplasia benigna de próstata en tratamiento con tamsulosina, con muy buena calidad de vida, independiente. En una analítica presenta valores de PSA elevados. El paciente está asintomático. En la exploración, se aprecia nódulo prostático. La derivación a Urología puede confirmar la sospecha de cáncer prostático. El paciente se niega: está asintomático, no quiere recibir tratamiento oncológico. Para tomar una decisión sobre el caso, utilizamos el método de Jonsen y Diego Gracia, decidiendo respetar su decisión y solicitar PSA de control. En la siguiente revisión los valores de PSA siguen en aumento, pero el paciente mantiene su decisión. En nuestra práctica clínica algunos pacientes se niegan a proseguir con un proceso diagnóstico. Los profesionales sanitarios tenemos la obligación de informar de riesgos y beneficios y respetar las decisiones del paciente, siempre que esté capacitado. Además, hay que tener en cuenta que el cáncer de próstata, en edades avanzadas, suele ser de

crecimiento muy lento y no ser mortal para el paciente, y tratarlo quizás no disminuya la mortalidad, y sí produzca un deterioro de la calidad de vida.

Cuando no se quiere saber más

Palabras clave: antígeno prostático específico, autonomía personal, diagnóstico

1.Introducción:

Varón mayor con HBP en tratamiento con tamsulosina. Tiene muy buena calidad de vida y cuenta con buen apoyo familiar. En una analítica de rutina solicitada por su médico de familia se objetivan niveles de PSA de 22. El paciente no presenta síntomas urológicos. En la exploración, al tacto rectal se aprecia próstata aumentada de tamaño III/IV, elástica, con nódulo subcentimétrico en lóbulo derecho. Se aconseja derivación a Urología por sospecha de cáncer de próstata. El paciente se niega: está asintomático y nos cuenta que su mujer falleció hace unos años por un cáncer y él no quiere pasar por un tratamiento proceso como el suyo ni desea tratarse con quimioterapia. Se encuentra bien y está satisfecho con su vida.

2. Desarrollo:

Ante esta situación, encontrándonos ante un paciente que rechaza nuestra propuesta de seguimiento, se recurre a los métodos deliberativos de Jonsen y Diego Gracia.

En primer lugar, se realiza el análisis del caso según el método de Jonsen, que considera distintos aspectos del caso: la indicación de la medida que se quiere tomar, que está relacionada con los principios de beneficencia y no maleficencia, la calidad de vida, relacionada con los principios de beneficencia, no maleficencia y autonomía; las preferencias del paciente, que tienen que ver con la autonomía del paciente, y finalmente, el contexto, relacionado con el principio de justicia.

En primer lugar, en cuanto a la indicación de la medida que se quiere tomar, nos planteamos que el problema médico del paciente se trata del hallazgo de un nódulo prostático en la exploración, además de objetivar en la analítica un PSA de 22, y, por tanto, se tiene la sospecha diagnóstica de un cáncer de próstata. Por este motivo, su médico de atención primaria aconseja la derivación a Urología para confirmar la sospecha diagnóstica y, de ser

así, iniciar el tratamiento que esté indicado, lo que el paciente rechaza, refiriendo que no quiere continuar con el proceso diagnóstico ni quiere recibir tratamiento oncológico. Como no se ha completado todo el estudio, no podemos saber cuál sería su pronóstico.

En segundo lugar, consideramos la calidad de vida. El paciente tiene muy buena calidad de vida, activo e independiente para las ABVD, camina todos los días, cuenta con buen apoyo familiar. Actualmente está asintomático, refiere encontrarse bien y satisfecho con su vida. También, hay que tener en cuenta que el cáncer de próstata, en edades avanzadas, suele progresar muy lentamente y no ser mortal para el paciente, y tratarlo quizás no disminuya la mortalidad, y sí produzca un deterioro de la calidad de vida. Por otro lado, se trata de un paciente capaz para tomar sus propias decisiones y, como médicos, debemos respetar el principio de autonomía del paciente. Además, debemos tener en cuenta el principio de beneficencia y de no maleficencia, buscar siempre el bienestar para el paciente y una adecuada calidad de vida. El hecho de iniciar un estudio puede suponer un deterioro de la calidad de vida del paciente (tactos rectales, consultas, biopsias, tratamiento con quimioterapia, radioterapia o cirugía, según su estadio al diagnóstico, etc. Todo ello, podría no ser beneficioso para el paciente.

Posteriormente nos planteamos las preferencias del paciente. Teniendo en cuenta el principio de autonomía del paciente, se encuentra capacitado para tomar decisiones. Se le ha explicado el proceso, que comprende sin dificultad, con sus riesgos y beneficios. El paciente rechaza la derivación a Urología pues no quiere seguir con el proceso diagnóstico y se niega a recibir tratamiento oncológico. Sus motivos son que su mujer falleció hace unos años por un cáncer, sufrió mucho con el tratamiento de quimioterapia y él no quiere pasar por un proceso terapéutico como el suyo ni desea tratarse con quimioterapia o cualquier otro tratamiento. El paciente alude que se encuentra bien, que no presenta síntomas y que está satisfecho con su vida. Se le ha explicado el proceso, que comprende sin dificultad, con sus riesgos y beneficios.

Finalmente, consideramos el contexto. Tenemos que pensar por qué el paciente toma la decisión de no querer saber su diagnóstico y no recibir tratamiento. El paciente tiene sus motivos como hemos mencionado con anterioridad. Él no quiere sufrir ni recordar el proceso oncológico por el que atravesó su mujer, que finalmente falleció. Además, el paciente actualmente se encuentra bien, asintomático. Quizás iniciar medidas invasivas diagnósticas o un tratamiento agresivo con quimioterapia, radioterapia o cirugía, puede provocarle efectos

Quando no se quiere saber más

secundarios y empeorarle su calidad de vida en un paciente que tiene una edad avanzada. Por otro lado, el enterarse de un diagnóstico como tener un cáncer, puede ocasionarle problemas psicológicos en cuanto a su estado de ánimo y emocional al recordarle el difícil proceso por el atravesó su mujer y sería contraproducente para su salud. Habría que tener todo lo anterior expuesto en cuenta. Es cierto que al no continuar con el proceso diagnóstico, no sabemos cual sería el pronóstico del paciente. Aun así, el cáncer de próstata en edades avanzadas, suele ser de crecimiento muy lento y no ser mortal para el paciente, y tratarlo quizás no disminuya la mortalidad, y sí produzca un deterioro de la calidad de vida. Por lo que, el paciente podría acabar falleciendo por otra enfermedad y no por el propio cáncer. Por otro lado, su proceso no constituye un problema de salud pública, no pone en peligro la salud del resto de la población.

Posteriormente en un segundo momento, aplicamos el método de Diego Gracia. La situación en la que nos encontramos implica varios principios éticos como la autonomía del paciente, la beneficencia y la no maleficencia. Se podrían plantear dos cursos extremos: por un lado plantear al paciente la derivación a Urología para confirmar la sospecha diagnóstica y de ser así, iniciar un proceso terapéutico oncológico según esté indicado si quimioterapia, radioterapia o cirugía, y por otro lado, no continuar con el proceso diagnóstico y por tanto, no recibir tratamiento, que es la opción que finalmente quiere el paciente. En este contexto, entran en conflicto varios principios éticos como son el de autonomía del paciente, el de beneficencia y no maleficencia.

Tras la deliberación, se consideró que la opción más adecuada, son los cursos intermedios de acción. Se trata de respetar la decisión del paciente y se solicita PSA de control a los 5 meses. El PSA aumenta en el siguiente control a 29, pero el paciente, que sigue asintomático, sigue negándose a continuar el estudio y a recibir tratamiento, por las mismas razones que nos comentó. En realidad, no se trata de recibir tratamiento o no recibirlo. Se puede tratar al paciente de muchas formas aparte, de iniciar o no un tratamiento oncológico. Con estos cursos intermedios, planteamos otras alternativas terapéuticas como un seguimiento del paciente en consulta, ayudarlo en lo que necesite en cualquier esfera ya sea física o psíquica, acompañarlo en su proceso, tratar y paliar los síntomas cuando aparezcan. En la práctica clínica podemos encontrar a pacientes que rechazan un diagnóstico o recibir un tratamiento, y no significa que te rechacen a tí como médico. Si el paciente es capaz de tomar sus propias decisiones, debemos respetar el principio de autonomía, acompañar al paciente en su

Cuando no se quiere saber más

decisión y a lo largo de todo su proceso.

3. Conclusiones:

Hay ocasiones en nuestra práctica clínica en que los pacientes se niegan a proseguir con un proceso diagnóstico o terapéutico por diversas razones. Los profesionales sanitarios ante esta situación tenemos la obligación de informar de riesgos y beneficios y respetar las decisiones libres del paciente, siempre que esté capacitado, como es el caso. El hecho de que un paciente rechace un proceso diagnóstico o un tratamiento no debe verse como un fracaso del facultativo, o una simple falta de confianza en el profesional, sino que hay muchas razones diversas que pueden llevar a esa decisión y que hay que tener en cuenta. Tampoco debe caerse en un abandono del paciente, sino consensuar de acuerdo con el paciente un seguimiento adaptado a sus preferencias y/u otras alternativas terapéuticas. Además, hay que tener en cuenta que el cáncer de próstata, cuando se presenta en edades avanzadas, suele ser de crecimiento muy lento y no ser mortal para el paciente, y el hecho de un diagnóstico quizás no disminuya la mortalidad, y sí produzca un deterioro de la calidad de vida por el tratamiento.

Bibliografía

- 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 núm 274, de 15/11/2002
- Simón Lorda, P. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq, 2008, vol XXVIII, 102, 325-348
- Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ. The US Preventive Services Task Force. Draft Recommendation Statement on Screening for Prostate Cancer. An Invitation to Review and Comment. JAMA 2017; 317:1949-1950
- Hofman RM. Screening por prostate cancer. Literature review current through: enero 2018. | This topic last updated: 15 enero de 2018. Disponible en:
<https://www.uptodate.com/contents/screening-for-prostate-cancer>
- Kantoff PW, Taplin ME, Smith JA. Clinical presentation and diagnosis of prostate cancer. Literature review current through: febrero 2018. | This topic last updated: 10 enero 2017. Disponible en:
<https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-and-diagnosis-of-prostate-cancer>