

... Hoy, 18 de noviembre, un nuevo espacio de vida y salud. El tema que seguirá ocupando los próximos minutos, como la semana pasada, será el cáncer, sus causas y sus efectos. Para hablar del enfermo de cáncer y de su problemática, la profesora de conceptos de enfermería Maripaz Montpart entrevista al doctor Félix Bonilla, del servicio de oncología de la clínica Puerta de Hierro. Calidad de vida y supervivencia del enfermo de cáncer serán los temas a tratar como continuación del programa emitido la semana pasada en Vida y Salud. En la serie de los programas dedicados a la enfermedad cancerosa y a los enfermos que padecen esta enfermedad, llegamos hoy al final entrevistando nuevamente al doctor,

doctor Félix Bonilla, del Servicio de Oncología de la Clínica Puerta de Hierro, puesto que en la semana pasada quedaron algunos temas pendientes. En la semana pasada hablamos de la enfermedad cancerosa, de sus causas, de la incidencia en España principalmente y de las medidas de prevención que se podían adoptar. Queda por hablar, como parte importante de este tema, los aspectos de la supervivencia y de la calidad de vida de los enfermos con cáncer. El doctor Bonilla nos comentaba que la supervivencia de un enfermo con cáncer, la pasada semana, se inicia en el momento de su diagnóstico. Pero, en realidad, ¿qué ocurre a partir de ese momento, doctor Bonilla? Bien, en oncología clínica al paciente se le valora cuando tenemos el diagnóstico de un cáncer para decidir qué tipo de tratamiento es el que se le ha de recomendar al paciente. Las opciones que tenemos ya las comentamos un poco de pasada, la semana pasada, en el programa anterior, y las posibilidades que tenemos. Lo que hacemos fundamentalmente es...

son dos. Hay que decidir entre un tratamiento que nosotros llamamos radical o curativo y un tratamiento sintomático que le alivia al enfermo que ya de entrada lo consideramos no tributario de realizarle un tratamiento definitivo. El enfermo que se considera tributario de este tratamiento radical o curativo le pueden ocurrir tres posibilidades. Que cure, que se establece su enfermedad o que haya un fracaso de la misma. En el primer caso, en aquellos pacientes en los que hay un fracaso de la misma, va a pasar al grupo de enfermos en los que se les administra un tratamiento sintomático y en los pacientes en los que hay un tipo de respuesta, pues inician un camino probablemente más largo en los que se establece un poco la batalla entre la vida y la lucha por la supervivencia. Y en esta fase de la enfermedad, ¿cuáles son los problemas principales que se plantean a estos enfermos? En primer lugar, hay que valorar... El estado o la situación psicológica.

que ya ha sido tratada en un programa anterior por los especialistas correspondientes y que esta problemática viene dada por la adaptación a la nueva situación que el enfermo ha de afrontar ante una situación con una enfermedad grave y potencialmente fatal a corto plazo que es algo que lleva inherente a toda persona el tema de ser diagnosticado de un cáncer. Ese sería el primer problema que plantea rápidamente su disyuntiva. El segundo problema a tener en cuenta es ya un problema puramente de efectos orgánicos que le van a desencadenar al enfermo el tratamiento o bien el propio tumor y por lo tanto hay que ir aplicando el tratamiento sintomático correspondiente para estos síntomas. Del equilibrio entre estas posibles problemáticas, la psicológica y la orgánica, se va a derivar el primer aspecto que usted tocaba de la calidad de vida que este enfermo puede tener en su vida. Gracias.

tener que llevar el periodo de su vida que va a estar en tratamiento o el periodo de vida que realmente le quede si es que no conseguimos controlarle la enfermedad. ¿Pero cómo

definen ustedes esa calidad de vida que podríamos esperar alcanzar en un enfermo canceroso? Realmente es difícil poder definirla con parámetros exactos porque no se han encontrado ningunos que definan exactamente en todos los enfermos o de una forma objetiva esta calidad de vida. Por lo tanto, existen series de trabajos, publicaciones en las que se valoran unos aspectos que son importantes para unos enfermos, para otros enfermos son importantes otros aspectos, pero en general, por calidad de vida, asumimos todo aquello que de una forma subjetiva al paciente le proporciona un bienestar físico y psíquico que él lo considera suficiente. Esta valoración... Por lo tanto, ha de ser una valoración subjetiva.

Al no existir unos parámetros que podamos aplicar a todos los pacientes, esta valoración hay que hacerla en la entrevista diaria con el enfermo cuando él te refiere toda su problemática y lo que sí está claro es que no queda sin valoración, aunque no existan estos parámetros, esa calidad de vida que un enfermo en un momento determinado de su conversación o de su angustia es capaz de reflejar. Es decir, que esa calidad de vida se valora con unos parámetros puramente subjetivos en la relación médico-enfermo. ¿Y en general cómo es la valoración personal que usted hace de la calidad de vida de estos enfermos? Se podría decir que hay tantas calidades o tipos o formas de vida como enfermos, por lo que comentábamos anteriormente, pero es excepcional que un enfermo se encuentre completamente bien. Hay suficiente problemática asociada como parámetro. Para que una persona no pueda...

Y quiero admitir sinceramente que no está teniendo algún problema, algún disconforto, por decirlo así, en su vida diaria que le alteran ese bienestar físico y orgánico que decía que puede ser la base o se puede considerar la base de una buena calidad de vida. Pero de una forma ya cuantitativa existen amplios estudios, al menos yo conozco uno bastante amplio, realizados sobre enfermos que han sido tratados y curados. Se les ha colocado la etiqueta de curados porque ya llevan unos años de su prevención suficientes como para admitir que su tumor tiene pocas posibilidades de recaer. Y en él se han encontrado hasta 16 grupos distintos de problemas. Todos ellos potenciados. Potencialmente reversibles y que han sido secundarios o que son secuelas del propio tratamiento recibido o bien de la enfermedad tumoral que el paciente presentaba. A la cabeza de estos trastornos funcionales, como decía,

es decir, recuperables o reversibles, están los problemas psicológicos que se presentaron hasta en un 41% de los casos. Todos ellos tenían una recuperación en el 32% de los enfermos con, por supuesto, la correspondiente ayuda para superar esta situación. Después, otro grupo importante y difícil de valorar sería un grupo de problemas que se englobaban bajo los aspectos de sensación de debilidad general o disminución de la capacidad de la actividad cotidiana que puede presentar una persona en su vida diaria. Estos dos grupos de problemas llegaban a ser hasta un 36% y tenían una recuperación con la correspondiente ayuda de aproximadamente el 20%. Otro grupo importante era el relacionado con el dolor, que lo presentaban un 28% de los enfermos y tenían una recuperación buena, el dolor posiblemente sea uno de los problemas que se presentaron en el caso de la enfermedad.

problemas que se pueden controlar mejor en cualquier tipo de enfermedad, ya sea cancerosa o de cualquier otra clase, y como digo, se recuperaba en un 26% de los

enfermos. Después había otro aspecto importante, otro grupo importante, que eran aquellos trastornos relacionados con la vida familiar, relación padres-hijos alterada, relaciones de pareja, problemas sexuales, problemas laborales, en los que aquí la recuperación era menor, era de aproximadamente un 12%, y el montante total de estos problemas podía ser de casi un 20%. Aparte de estos existían, hasta completar la lista, otro grupo de problemas que ya eran de una incidencia menor y que tenían una recuperación prácticamente total, como problemas dermatológicos, algún problema de comunicación, es decir, que la problemática en que se puede encontrar inmerso un paciente, después de haber sido tratado por un cáncer, es muy importante.

muy amplia y por supuesto necesita una ayuda importante después de haber pasado por esta situación. Usted ha comentado antes que el tratamiento de los cánceres en general supone a veces actitudes agresivas o cuestiones que implican en cierto modo un riesgo para los pacientes que sufren este tratamiento. ¿Se podría decir en definitiva que ustedes podrían generar otras enfermedades al intentar ayudar al paciente canceroso? Después de lo comentado, la verdad es que es difícil poder negarlo tajantemente. Lo que ocurre es que no es el enfoque de que podemos generar o podemos crear nuevas enfermedades. Lo que hemos comentado es simplemente lo que nosotros llamamos, o que se llama el argot médico, los efectos secundarios de una determinada actitud terapéutica. Lo que ocurre es que ante una situación como esta, aunque se comente de entrada, con un paciente, los posibles problemas a los que se va a ver abocado,

secundarios al tratamiento o secundarios a su enfermedad, es muy difícil que un enfermo no acepte intentar un tipo de tratamiento de estos ya que se encuentra ante una disyuntiva con una elección francamente difícil, porque como decía al principio, la palabra cáncer lleva consigo asociado la idea de muerte y es muy difícil que un enfermo pueda decidir de una forma objetiva entre los posibles efectos secundarios que le puede desarrollar el tratamiento o el verse privado, en resumidas cuentas, de una curación. ¿Y entonces de qué forma pueden ustedes intentar aliviar estos efectos secundarios y secuelas, como usted decía, del tratamiento y de la enfermedad cancerosa? Existen diseños de tratamientos combinados y de ayuda a estos enfermos, lo que ocurre es que en nuestro medio y con las posibilidades de equipamiento de nuestra asistencia sanitaria es bastante limitado, ya que no... No sé, no disponemos, al menos no somos...

y en la mayoría de los centros sanitarios que yo conozco, de estos equipos multidisciplinarios de especialistas que van a abordar este problema desde distintas áreas. Esta ayuda, como decía, multifactorial, que es una ayuda de rehabilitar al enfermo con todos estos problemas, va a contar con distintos especialistas que van desde especialistas de terapia ocupacional a consejeros de actividades laborales y vocacionales, pasando por supuesto por fisioterapeutas, logopedas, psicólogos, asistentes sociales, es decir, todo un equipo difícil de conseguir, difícil también de que funcione de una forma rodada, pero imprescindible si queremos recuperar en el enfermo tumoral la salud de los pacientes. En un porcentaje que podemos considerar curado, el recuperar en ellos, como digo, parte de esa problemática que sin duda...

de una forma u otra una gran mayoría va a presentar. Habla de usted entonces de trabajo en equipo para la atención de este tipo de pacientes y que no existen estos equipos, aunque fuera necesario contar con ellos. ¿Es que no existen médicos y enfermeras

preparados o son los otros personas que deberían integrar en ese equipo que usted propone? Efectivamente, si de algo disponemos en nuestra atención sanitaria al enfermo tumoral es precisamente de médicos especializados en oncología y enfermeras también especializadas en el ramo de oncología o de asistencia directa al enfermo oncológico. Lo que no disponemos, por supuesto, excepto en situaciones aisladas, logopedas o psicólogos o asistentes sociales que están para todos los problemas del hospital, es de este equipo que decía de especialistas. Con lo que respecta a la formación del médico oncólogo clínico, sí existen en nuestro país los programas de formación a nivel de residencia para realizar...

la especialidad igual que de cualquier otra, que yo creo que con unas condiciones para la realización de la misma adecuadas para el medio en el que nos desarrollamos y por supuesto las enfermeras también tienen los correspondientes programas de formación y después de formación continuada para estar más al tanto de toda esta problemática que plantea el enfermo tumoral, que creo que es un poco distinta sobre todo en ese tipo de la faceta psicológica como decía en el trato con el enfermo, que es distinta probablemente al resto de los enfermos que pueden encontrarse en un hospital general. Y volviendo al tema del tratamiento concreto del anticanceroso, ¿es lógico pensar que este tratamiento solo se administra durante un tiempo limitado? ¿Y se puede precisar cuánto tiempo? Como ya hemos comentado, a los pacientes que se les somete a este tratamiento son aquellos que tienen la posibilidad de curación, aunque sea entre comillas. Por tanto, una primera razón para abandonar este tratamiento es que no se puede.

tratamiento, bien por nuestra parte como indicación clínica o bien que el enfermo por su cuenta decida no abandonarlo porque también se plantea esa posibilidad. Antes decía que el enfermo a la hora de la elección francamente tiene pocas posibilidades, pero una vez que ha empezado un tratamiento, si los efectos secundarios lo desbordan, él mismo es capaz de abandonarlo y por lo tanto es una cuestión perfectamente lógica y respetable. Pero desde un punto de vista clínico, una primera razón para abandonar este tratamiento es que no haya respuesta. Si no hay respuesta del tumor que intentamos controlar, al paciente por supuesto se le pasaría a ese grupo que decía al principio que va a ser tributario de un tratamiento sintomático. Otras causas para que un tratamiento se acabe, porque evidentemente no se puede continuar de una forma ilimitada un tratamiento de este tipo por los efectos secundarios que tiene, es que el tumor se cure, que desaparezca todo rastro del tumor que teníamos al principio y por lo tanto no se puede continuar. Por lo tanto, en ese momento, como es lógico,

se suspende el tratamiento. Otra razón es que haya una estabilización. Hay veces que no conseguimos curación, que no conseguimos tampoco el que el enfermo, perdón, el que el paciente abandone por su propia voluntad y se consigue una estabilización de la enfermedad. Esa podría ser otra indicación para parar el tratamiento. Es decir, que las indicaciones a lo largo de un tratamiento para parar el mismo son varias y van a depender de muchas circunstancias, tanto personales como del propio tumor que presente el paciente. Usted habla además de tratamientos muy largos y de tratamientos que en ocasiones son abandonados por los pacientes. ¿Cuál es el grado de cooperación de los pacientes en estos tratamientos, a veces tan molestos, más quizá que lo que ellos sientan de su propia enfermedad? Pues son bastante variadas las posibilidades de, perdón, las respuestas que encontramos en el paciente. Por regla general, el paciente que es consciente de su problema.

es el que mejor colabora. Porque no hay que engañarse que es difícil que un paciente esté en una sala de espera con otro grupo de enfermos en los que se respira un cierto ambiente, se hacen juntos una serie de tratamientos y por lo tanto después estar hablándoles de que presentan tal o cual problema que no se toca ni de pasada con el problema del cáncer, les puede crear una problemática de falta de conciencia de su situación o de que han perdido su confianza con el médico que hace más difícil esta relación. En mi experiencia personal los enfermos que más colaboran y que mejor soportan esto son aquellos que tienen una idea, si no absolutamente clara, pero al menos una idea de cuál es la finalidad de este tratamiento. ¿Esto usted puede poner la información absoluta a los pacientes de sus pacientes? Nosotros lo que hacemos es informar dependiendo de aquello que el enfermo vaya a tener.

demandando en las primeras entrevistas. Hay pacientes que en ningún momento te van a plantear una situación frontal de que quieren saber su problema y por lo tanto consideramos que puede ser perjudicial si ellos no lo plantean así, pero hay otros enfermos que sí, que a lo largo de las entrevistas ellos van preguntando poco a poco y quieren estar enterados y por lo tanto se les informa o bien aquellos pacientes que de entrada exigen, están en su perfecto derecho, un conocimiento completo de su problema y de las posibilidades de esa recuperación. Aunque en poca, desgraciadamente en poco porcentaje relativo existen pacientes a los que ustedes consideran curados, ¿qué tipo de vida pueden hacer estos pacientes? Lo ideal es que hiciesen una vida lo más normal posible, por no decir una vida absolutamente normal, pero como comentaba al principio es difícil. En primer lugar porque han estado inmersos en ese grupo de problemas de los que muchos de ellos son recuperables, como decía, pero hay otros problemas funcionales que no van a ser recuperados. La pregunta es lo siguiente, sobre sus brutales ahí con los tiempos de Mmmkay kachid que Once dice La tibia decía si las tierras acaban de 96, ¿cuál de sus células Hotel Se ha sido su turno? 非常的 evidentemente es lo que él observa, porque como se ha visto por parte del staff de la сожалению Does not have rem Blanc, porque habla con las letras ज़ man ENT6z quer sabanderos a ver por fin si el socio que 吹is en la crisis, pregunt involve a sus suelta orez, a una sola niña que el solicitaba mediodía cuando tuvieron que sumergirse y de lo que viven esas derivadas de la tarifa, hay muchas racim y menos relacionadas tan laundry y dificultigas, pero la więloría además los aquellos contactos que Library

Por otra parte, a medida que va pasando el tiempo entre una llamada curación de un cáncer, pueden aparecer otros problemas cuya recuperación es más difícil. Sobre todo si ha habido cirugías importantes que realizar para extirpar el tumor. Y por otra parte también hay que saber que estos tratamientos pueden tener unos efectos secundarios a más largo plazo que no son reversibles. Sobre todo pueden afectar a vísceras importantes, o riñón, o corazón, o pulmón, que es un problema relacionado con la dosis. Que habitualmente ningún oncólogo va a pasar de una dosis que sea completamente tóxica en el sentido de no recuperación. Pero que esas posibilidades existen y que aunque nosotros tenemos unas dosis de las que no se puede pasar, no conocemos la susceptibilidad de cada enfermo a un determinado tóxico. Y por lo tanto se pueden plantear problemas de forma irreversible, secundaria. Varios a esto o bien problemas secundarios a posibles amputaciones que haya habido que hacer con la cirugía.

y también hay que considerar o hay que saber que algunos de estos enfermos pueden desarrollar con el paso de los años un segundo tumor y que nunca sabremos si ha sido por una mayor facilidad de un enfermo tumoral a hacer un segundo cáncer después de haber hecho un primero o bien por los mismos tratamientos aplicados que a la larga sean capaces de desencadenar un segundo tipo de tumor. Y para finalizar, doctor Bonilla, y dirigido no solamente a los enfermos cancerosos sino quizá a toda la población, ¿cuál sería la actitud más sensata cara a la enfermedad cancerosa, tanto para no padecerla como para sobrevivir a ella de la forma con la mejor calidad de vida posible? Pues tendríamos que remontarnos al primer programa y por lo tanto la primera premisa sería tratar de evitar todas aquellas sustancias que se han presentado en el sistema de tratamiento. Y que no se nos olviden de que las sustancias cancerígenas que ya comentábamos que indudablemente están en nuestro medio.

Y son las que de alguna forma u otra están desencadenando que aparezca ese tumor. Una vez que tenemos ya el tumor puesto, el primer problema para mí sería poder dialogar completamente con el enfermo en una situación en la que él fuese capaz de comprender cuál es la problemática. Porque como decía, la aceptación del tratamiento después va a ser mucho mejor. Estoy convencido que cuando se acepta con una realidad palpable esta situación, la angustia es menor. Si el enfermo está llevando el problema con una carga de angustia lo menor posible, no es que vaya a decir que los resultados probablemente en su prevención sean mejores, pero la calidad de vida suya va a ser indiscutiblemente mejor. Y luego, por otra parte, aplicar en lo que a nosotros respecta con la mayor conciencia de claridad posible las distintas posibilidades de tratamiento que tenemos para evitar estos efectos secundarios. Que decía que muchos de ellos van a ser limitantes. Antes, después, en el enfermo que hemos conocido.

...hemos conseguido curar. Muy bien, pues con estas palabras del doctor Bonilla... ..hemos finalizado la serie de programas... ..dedicados a la enfermedad cancerosa. Muchas gracias doctor Bonilla, hasta otro día. Fueron Maripaz Montpart y el doctor Bonilla... ..hablando del cáncer. A continuación vendrá el espacio de la Facultad de Psicología... ..pero antes les dejamos con el segundo bloque informativo... ..de la UNED.