

Enfoque bioético en los cuidados paliativos en pacientes con cáncer de mama avanzado

Palliative care with a bioethical approach for advanced breast cancer at the primary health care

MSc. Anaysa Cristina Rizo Vázquez,^I MSc. Elisa Gasca Hernández,^I Dra. Marlén Molina Luís,^{II} MSc. Niurka Virginia Díaz Torres^{III}

^I Facultad de Ciencias Médicas "Gral. Calixto García". La Habana, Cuba.

^{II} Policlínico Universitario "Diego Tamayo Figueredo". La Habana, Cuba.

^{III} Policlínico Universitario "Mario Muñoz Monroy". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Objetivo: contribuir a elevar el nivel de información en profesionales de la atención primaria de salud acerca del enfoque bioético en los cuidados paliativos en pacientes con cáncer de mama avanzado.

Métodos: se examinaron los artículos publicados en las revistas nacionales entre 2008 y 2011 y bases de datos nacionales y regionales. Las palabras clave para la búsqueda fueron: cáncer de mama avanzado, atención primaria de salud, bioética, cuidados paliativos, estadio terminal; en títulos, resúmenes o texto.

Síntesis de los datos: los cuidados paliativos es uno de los cuatro componentes de control de cáncer que recomienda la OMS para reducir la morbilidad, mortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados. El médico y la enfermera de la familia, tienen la posibilidad de detectar en personas de la comunidad la aparición de una lesión tumoral en sus comienzos y llegar hasta la conducción de cuidados continuos que se prestan desde el momento del diagnóstico hasta la muerte. En Cuba, los cuidados paliativos vienen a llenar el espacio que faltaba en el Programa Integral para el Control del Cáncer, como una necesidad de la oncología en el sistema de salud. La atención integral al paciente con cáncer avanzado involucra el control de los síntomas, alivio del sufrimiento, reflexión ética sobre el final de la vida, atención adecuada al proceso de la muerte, y al duelo de los familiares.

Conclusiones: existen insuficiencias en la información para el desarrollo del pensamiento bioético valorativo en los profesionales en la atención primaria de salud con la inclusión del enfoque bioético en los cuidados paliativos en pacientes con cáncer de mama avanzado.

Palabras clave: cuidados paliativos, cáncer de mama avanzado, enfoque bioético, atención primaria de salud, Cuba.

ABSTRACT

Objective: to contribute raising the level of information on the inclusion of bioethical approach in the palliative care for advanced breast cancer patients at the primary health care.

Methods: the articles published in domestic journals from 2008 to 2011 as well as the national and regional databases were reviewed. The key words for the search in titles, abstracts and full texts were advanced breast cancer, primary health care, bioethics, palliative care and terminally-ill.

Results: palliative care is among the four cancer control components which are recommended by the WHO to reduce morbidity, mortality and to improve the quality of life of patients. The family physician and nurse can detect the occurrence of tumoral lesions at onset in persons living in the community, in addition to providing continuous care from the time of diagnosis to death if it happens. The palliative care fills the gap existing in the Comprehensive Program for the Cancer Control, as a requirement of the oncological service of the Cuban health care system. The comprehensive care to the advanced cancer patient involves the control of symptoms, the alleviation of pain, the ethical reflection on the end of the human life, the appropriate attention to the process of death of the patient and to the family's mourning.

Conclusions: there is lack of information to develop the bioethical-evaluative thought that includes the bioethical approach of the palliative care for the advanced breast cancer patients.

Key words: palliative care, advanced breast cancer, bioethical approach, primary health care, Cuba.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama constituye un serio problema de salud y una de las principales causas de muerte en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que en el año 2009 murieron por neoplasia maligna cerca de 16 millones de personas y se prevé que en los próximos diez años morirán 84 millones más, si no se emprenden acciones de control de la enfermedad.¹ De los diez millones de casos nuevos que se presentan anualmente: 4,7 pertenecen a países desarrollados. A pesar de que con frecuencia se ha considerado que la enfermedad es un problema del primer mundo, en realidad más de la mitad de todos los tumores malignos son registrados en países en vías de desarrollo, donde los recursos disponibles para la prevención, diagnóstico y tratamiento son limitados.²

Los tipos de cáncer más frecuentes a nivel mundial (ordenados según el número de defunciones mundiales), en los hombres son: de pulmón, estómago, hígado, colon recto, esófago y próstata. En las mujeres: mama, pulmón, estómago, colon recto y cuello uterino.³

En Asia Sud Oriental en el año 2008, se informaron 460 000 muertes por cáncer de mama en la población femenina.⁴ En el año 2008 la tasa de mortalidad en España fue de 18,5 por 100 000 mujeres, mientras que en Bélgica y Armenia se registró una tasa de mortalidad de 37 por 100 000 mujeres.⁵

Aunque persisten dificultades para obtener datos actualizados y confiables sobre incidencia y mortalidad por cáncer de mama en algunos países de América Latina y el Caribe, las estadísticas de mortalidad por esta causa en la mayoría de estos países van en aumento, particularmente en Colombia, Costa Rica, Ecuador, México y Venezuela, que recientemente contaban con tasas relativamente bajas. En México, a partir de 2006, el cáncer de mama constituye la primera causa de muerte por enfermedad maligna en mujeres mayores de 25 años. Un dato relevante es el hecho de que en ese país, más del 75 % de los casos son diagnosticados en etapas localmente avanzadas de la enfermedad (II, III y IV), de acuerdo con datos del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM).⁶ El padecimiento puede ocurrir en mujeres de cualquier nivel social, económico y étnico, aunque son las mujeres con mayores desventajas sociales y menores recursos las más vulnerables,⁷ puesto que las acciones de salud están basadas en la capacidad de pago y no en las necesidades de salud de las personas.

El costo creciente del tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas motivó que los sistemas de salud del mundo desarrollaran distintas estrategias para su cuidado. Entre ellas se destacan las de cuidados paliativos, que según una definición de la Organización Mundial de la Salud es "la asistencia, integral, individualizada y continuada de la persona enferma en situación avanzada y terminal, teniendo en el enfermo y su familia la unidad a tratar, desde un punto de vista activo, vivo y rehabilitador con fines de mejorar la calidad de vida."

El modelo de hospital de cuidados paliativos se inició en Inglaterra en 1967, con la apertura del *St. Christopher's Hospice*, por *Cicely Saunders*, quien, cuando estalló la II Guerra Mundial, estudió enfermería, pero tiempo después sufrió problemas de espalda y tuvo que pasarse a los estudios de Trabajo Social. A los 33 años matriculó la licenciatura en medicina. Con estos saberes pronto se percató que el cuidado de los moribundos no es simplemente una cuestión de tratamiento del dolor del paciente y se dedicó a desarrollar su teoría del "dolor total" que incluía elementos sociales, emocionales y espirituales.⁸ Muchos de los principios que hoy rigen los tratamientos paliativos en varios hospitales se basan en este modelo. El concepto de paliación no incluía la atención de las alteraciones psicosociales del enfermo y de su familia; tampoco era un tema relevante el concepto de calidad de vida.⁹

La persona afectada por cáncer de mama padece de una enfermedad sistémica de carácter crónico, que puede ser de corta o larga duración y que requiere siempre de atención a múltiples síntomas, preocupaciones, molestias y necesidades cada vez más complejas que exigen ser tratadas de forma integral. Muchos enfermos son diagnosticados en etapas avanzadas, aun cuando no se clasifiquen convencionalmente como pacientes en estadio terminal, por lo que son tributarios de cuidados paliativos. De acuerdo a esta concepción un enfermo necesita de cuidados desde que conoce el diagnóstico de no durabilidad, con especial énfasis durante la fase avanzada y terminal. La provisión de cuidados especiales a los pacientes en esta fase de su enfermedad adquiere cada día mayor importancia.

El acercamiento a una muerte tranquila, sin molestias terapéuticas innecesarias que prolongan la agonía más que la vida misma, es muy importante, pero más aún si eso se logra en un clima de confianza, comunicación e intimidad, donde la familia ocupe un lugar relevante cerca del paciente, procurándose apoyo mutuo y donde la meta de la atención sea la preservación de la calidad de vida, el confort de los enfermos y

familiares, además de preservar a los profesionales que brindan estos cuidados de las consecuencias nefastas del estrés y el desgaste emocional.

Partiendo de las necesidades específicas de los enfermos tributarios de cuidados paliativos, se han establecido varias modalidades o ámbitos de atención: atención domiciliaria, internamiento en unidades generales, internamiento en unidades especializadas, atención ambulatoria (consulta externa).

Un equipo básico de cuidados paliativos está integrado al menos por médico y enfermera, con la incorporación a tiempo parcial de psicólogo y trabajador social; a este equipo se le incorporarán, según las necesidades y posibilidades concretas, diferentes profesionales: farmacólogos, fisioterapeutas y otros.¹⁰

El modelo de atención centrada en el paciente recalca la importancia de la relación del médico con el paciente y su familia como herramienta terapéutica, respalda el que se comparta la toma de decisiones como componente clave del tratamiento y pone de relieve la trascendencia de la comprensión, así como la atención a las inquietudes y la necesidad de información para promover el bienestar. Las relaciones interpersonales y de comunicación son esenciales para alcanzar esos objetivos, siendo importantes en situaciones de tanta carga emocional como es la transición del paciente a la atención paliativa y a la etapa final de su vida. El brindar información al enfermo sirve para un número de funciones clave: les concede un sentido del control y puede reducir la ansiedad, crea expectativas realistas, promueve el autocuidado, la participación y genera sentimientos de protección y seguridad. Aunque muchos pacientes tienen grandes necesidades de información, algunos quieren menos información sobre su enfermedad, de ahí que sea necesaria la atención individualizada, en correspondencia con las características especiales de cada paciente.¹¹

En los últimos años el incremento de sobrevida en pacientes con diferentes localizaciones de cáncer, ha traído un incremento en el número de enfermos que llegan a fases avanzadas. Por otra parte, las exigencias sociales aumentan las expectativas de confortabilidad al final de la vida, para una muerte tranquila y más digna, por lo que se hace necesario favorecer el bienestar del enfermo y potenciar un ahorro en el costo, en un medio donde exista mejor relación con el paciente a nivel familiar, comunitario y social.

Este trabajo tiene como objetivo contribuir a elevar el nivel de información y modo de actuación en la atención médica al paciente al final de su vida, por parte de los profesionales en la atención primaria de salud y ratificar la necesidad del estricto cumplimiento de los principios de la bioética en los cuidados paliativos en las pacientes con cáncer de mama en etapas avanzadas.

MÉTODOS

El método empleado para la investigación fue la revisión documental de los trabajos publicados entre 2008 y 2011. Se examinaron los artículos publicados en las revistas nacionales de impacto, así como bases de datos nacionales y regionales. El criterio utilizado para seleccionar la información fue el de limitar la búsqueda a todas aquellas publicaciones que relacionaran en sus resúmenes, títulos o textos las siguientes palabras clave (descriptores): cáncer de mama avanzado, atención primaria de salud, bioética, cuidados paliativos, estadio terminal. Los resultados de la búsqueda arrojaron un listado de 457 documentos, entre los cuales se destacan, protocolos, tesis de especialidad y maestría, guías de atención, programas, manuales,

documentos y artículos. Del total de documentos encontrados, fue posible ubicar 127 y de estos 77 aportaron información útil para esta revisión.

SÍNTESIS DE LOS DATOS

En Cuba, los tumores malignos constituyen la segunda causa de muerte desde hace más de tres décadas, razón entre otras, por lo que se han publicado varios trabajos metodológicos en este campo y otros con aplicaciones a grupos de enfermedades específicas. Es la primera causa de muerte en el grupo de 15 a 49 años y genera la mayor cantidad de años de vida potencial perdidos (AVPP) por mortalidad prematura.¹²

En el 2007 los tumores malignos registraron 17,7 AVPP, mientras que en el 2008 se notificaron 15,5; sin embargo en el año 2009, se elevó a 17,9 AVPP.¹³ La incidencia aumenta aceleradamente después de los 65 años, por lo que la prevención y cura del cáncer se convierten en estrategias para alcanzar y mantener la esperanza de vida de 80 años.

Diferentes instituciones científicas validan, que existen cuatro razones principales para explicar el aumento de la mortalidad por cáncer. Una de ellas, es la disminución de las defunciones por enfermedades cardiovasculares en los países desarrollados y el hecho de que cada vez más personas llegan a la vejez, etapa en la cual son mayores las probabilidades de que se presente cáncer. El envejecimiento de la población será sin lugar a dudas, el escenario predominante en el futuro, de ahí que las enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas el cáncer, incidirán significativamente en la estructura de la morbilidad y la mortalidad e incrementarán los índices de invalidez y discapacidad.² La OMS recomienda cuatro componentes de control de cáncer para reducir la morbilidad, mortalidad por cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes: prevención, detección temprana, tratamiento y cuidados paliativos.¹⁴ Estas acciones se desarrollan en cualquier rincón del país, para ello contamos con un destacamento de guardianes de la salud, que responden a las necesidades del pueblo y que son el médico y la enfermera de la familia.

La Atención Primaria de Salud es el escenario en el cual la asistencia médica va dirigida hacia la solución de las necesidades y problemas de salud concretos y propios de cada comunidad, que deben ser enfrentados a partir de actividades coordinadas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, y potenciar al mismo tiempo la autorresponsabilidad de la persona y la comunidad con su participación activa.

El Equipo Básico de Salud (el médico y la enfermera de la familia) tiene la posibilidad de atender a las personas que enferman, preocuparse por la higiene, el medio en que viven y por su salud; pueden vigilar continuamente los factores de riesgo, detectar con mayor facilidad la aparición de una lesión tumoral en sus comienzos, su seguimiento y la interrelación necesaria con los niveles de atención secundario y terciario; reafirmar la confirmación diagnóstica y tratamiento oportuno, así como la ejecución y conducción de los cuidados continuos que se prestan desde el momento del diagnóstico hasta la muerte y el duelo.¹⁵

En Cuba, los cuidados paliativos vienen a llenar el espacio que faltaba en el Programa Integral para el Control del Cáncer, como una necesidad de la oncología en el sistema de salud cubano. La atención integral al paciente con cáncer avanzado involucra aspectos tan polémicos como el control de síntomas, alivio del sufrimiento, reflexión ética sobre el final de la vida, límites en la terapéutica para no provocar violencia o

cólera, atención adecuada al proceso de la muerte y al duelo de los familiares. Y para ello es necesario el trabajo en equipo. Las exigencias sociales aumentan y junto con ellas, las expectativas de bienestar material y descanso, de calidad en la atención y de supervivencia con calidad, para dar lugar a una vida y muerte digna.¹⁶

Las bases para el desarrollo de un Programa de Cuidados Paliativos han sido definidas como el establecimiento de una política gubernamental que subraya la necesidad de aliviar los dolores y el sufrimiento en el paciente con cáncer avanzado, la disponibilidad de medicamentos con regulación de la legislación (en particular los opioides), la ejecución de una política de educación, capacitación de la población y del personal de salud, para garantizar la comprensión del enfoque paliativo y la ejecución de esta atención.¹⁷ Las consecuencias psicosociales del diagnóstico de cáncer de mama puede incluir temor de recurrencia o muerte, estrés familiar, aislamiento social, depresión, alteración de la imagen corporal y problemas económicos. La concurrencia de estos problemas y su cronicidad pueden conducir al enfermo a estados severos de angustia. Condiciones que, definitivamente, influyen en la evolución de la enfermedad y en su respuesta al tratamiento.

La asistencia eficaz al enfermo exige que con igual interés se atiendan los síntomas físicos, psicosociales y espirituales.

Desde la primera relación del médico con el enfermo, es muy importante que el galeno vea en el enfermo a la persona, no a la enfermedad, conocer su situación emocional, social, cultural y así proporcionar una asistencia física, psíquica y espiritual adecuada. Los factores de estrés sufridos por los pacientes sometidos a tratamiento del cáncer pueden ser tan difíciles de atender, como su declive físico. Con frecuencia los pacientes tienden a ocultar sus luchas, su depresión y ansiedad.

El mejor método para ayudar al enfermo es la comunicación veraz, amigable, oportuna y directa por el médico que hizo el diagnóstico. Comunicar malas noticias y responder a las preguntas hechas por el enfermo o su familia, exige educación, empatía y habilidad. Dar malas noticias es una tarea difícil, pero inevitable para el médico. Antes de comunicar directamente la novedad, es importante valorar las características sociales, culturales, emocionales del enfermo y de su familia, para decidir el contenido y la forma de la información.¹⁸ La comunicación es una necesidad básica, es parte esencial de la terapia.

En la actualidad, con el aumento tecnológico en las opciones terapéuticas, el médico ha dejado de utilizar la palabra (comunicación verbal y contacto físico) en la relación con el enfermo, con lo que disminuye su capacidad para sanar o aliviar.¹⁹ El profesional debe dominar las tres grandes artes de la comunicación: el arte de preguntar, escuchar y observar. Este arte de la comunicación debe estar basado y sustentado en el principio de la verdad deseable, la verdad soportable y la confidencialidad de la información.

Existen documentos que respaldan a los enfermos en relación con sus derechos. La Declaración de Helsinki, adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1964 y enmendada en 1975, 1983 y 1989, toma en cuenta todos los elementos éticos importantes en la investigación biomédica en la que se incluyen sujetos humanos.²⁰ En particular, nadie será incluido, sin su libre consentimiento, en experimentos médicos o científicos.²¹

El consentimiento informado no es una acción aislada y formal, destinada a lograr que el paciente firme un documento autorizando al equipo de salud a realizar un

tratamiento o investigación, sino un proceso donde deben ser explicadas todas las acciones para la salud en cualquiera de los tres niveles de atención.²²

El consentimiento informado es un derecho del paciente y tiene su basamento legal y ético internacional para la realización de ensayos clínicos controlados con regulaciones y normas actuales que deben ser cumplidas. Como procedimiento, no consta solo de información verbal transmitida a los participantes en una investigación clínica, sino además, de un documento escrito donde se le señalen al paciente todos los aspectos o elementos obligados que aseguren el conocimiento en forma real de los posibles riesgos y beneficios, alternativas que el estudio o tratamiento signifique, así como los derechos y responsabilidades por parte de los pacientes o familiares.²³

El control de síntomas es la base en la que se sustentan los demás principios de los cuidados paliativos, por lo que es preciso el control del dolor y otros indicios, como son la constipación, debilidad, anorexia, disnea, ansiedad, síntomas neuropsicológicos, que nutren la sensación de invalidez, minusvalía y discapacidad; que afectan la vida emocional y espiritual de las pacientes.

El manejo de las emociones con el "counseling" puede ser una herramienta eficaz. No olvidar que el sufrimiento y su control permanecen al mundo de las motivaciones, las expectativas, las creencias y valoraciones del enfermo y están asociadas a su personalidad, esfera emocional y experiencia vital.²⁴

El problema de la pérdida de control aparece en todas las fases de la enfermedad, junto con el control, se pierde independencia, productividad, seguridad, existencia futura, placeres, sueños, esperanza, seres queridos, ambiente familiar, posesiones, aspectos del sí mismo, de la identidad propia. Una dimensión importante del apoyo psicológico es que el enfermo sienta que tiene cierta percepción de control, que al incrementarse, disminuye la sensación de amenaza y se fomentan recursos propios para el alivio del sufrimiento. Se puede incrementar la percepción de control mediante acciones de intervenciones educativas, tales como: respetar y facilitar toma de decisiones por parte del enfermo, que haga por sí misma y por los demás, alentar su esperanza realista y la conservación de su autoestima, involucrarla de manera activa en su tratamiento, intentar conservar sus logros vitales y resaltar su valía a pesar de sus límites actuales.²⁵

Ofrecer esperanzas a pacientes con cáncer de mama en estadio terminal, se convierte en un proceso complejo y difícil de realizar, pues se necesita de competencias profesionales, gran sensibilidad humana y sólida formación ética. Las esperanzas no tienen que ser grandes, pueden ser pequeñas pero ciertas e intensas, en esta etapa no deben estar centradas en la curación sino en la prolongación de la vida con cierta calidad para compartir con los seres más queridos. Los profesionales no deben sentirse presionados por los familiares para ofrecer falsas esperanzas, no deben propiciar la aparición del fenómeno de la conspiración del silencio, con consecuencias negativas para todos. En el proceso de dar, reconceptualizar y recibir esperanzas, influyen creencias religiosas, la fe, la espiritualidad, estados emocionales, la imagen que se tenga del equipo de atención y de la institución donde se atiende la paciente.²⁶

El cáncer de mama en estadios avanzados implica grandes cambios en la familia, por estas razones, el médico de la atención primaria de salud debe realizar una evaluación integral de todos sus miembros y evaluar la intensidad de los eventos que afectan la salud familiar y qué recursos puede utilizar para el afrontamiento de crisis familiares.

La apreciación integral debe englobar en qué etapa del ciclo vital se encuentra la familia, su dinámica de funcionamiento, expectativas y valores, estilos de

afrentamiento de sus miembros, así como el entorno biológico, psicológico, emocional, económico y social.

Las principales necesidades de la familia pueden resumirse en los siguientes aspectos: información concerniente a la enfermedad de su ser querido, seguridad de que se está haciendo todo lo posible para su cuidado y atención, creación de condiciones de privacidad e intimidad para el enfermo, participación activa en el cuidado; disponer de apoyo espiritual y religioso -si es creyente-, conservar la esperanza cualquiera que esta sea, expresar sus emociones libremente, explicarse, perdonarse y resolver los asuntos pendientes.²⁷

Una de las acciones de salud en la atención primaria es la decisión de ingreso en el hogar, momento de especial relevancia en la relación médico paciente, que abarca no solo el momento del examen físico al enfermo, sino la exploración de su estado psicológico para enfrentar la enfermedad. Pero constituye algo más, puesto que permite interactuar con la familia en su propio escenario y favorecer la solidaridad con el enfermo.²⁸

Es en el hogar donde las pacientes portadoras de cáncer de mama en estadio terminal pasan la mayor parte del tiempo, una gran parte de los tratamientos se realizan de forma ambulatoria, gran número de enfermas mantienen su vida socialmente útil ya sea en el ámbito laboral, familiar o social. Estas razones avalan la pertinencia de los cuidados paliativos domiciliarios.²⁹

Existen diversas ventajas de la atención paliativa domiciliaria para las pacientes, para la familia y para el sistema de salud. Para las enfermas, las ventajas se expresan en el hecho de que no están sometidas a horarios ni régimen institucional y a que conservan su intimidad en un medio conocido. La familia planifica y organiza mejor los cuidados, favorece una participación activa y directa en la atención al paciente y tiene menos gastos. Los cuidados paliativos domiciliarios le ofrecen ventajas al sistema de salud, ya que con la aplicación de este tipo de modalidad existe una mejor utilización de los recursos y cobertura asistencial, proporciona ahorro y una mejoría en la percepción de la asistencia médica por parte de enfermas y familiares.

Los principales resultados demuestran que el ingreso domiciliario como modelo de cuidados paliativos puede ser contextualizado de modo flexible en los diferentes territorios, según las demandas institucionales.

La formación de recursos humanos en cuidados paliativos es una necesidad de la salud pública contemporánea, si se tiene en cuenta el incremento del cáncer y su protagonismo en el cuadro epidemiológico. En la actualidad, a pesar de los grandes programas de pesquisa de cáncer para su diagnóstico en etapa precoz, alrededor del 40-50 % de las pacientes llegan a los médicos en etapas avanzadas de la enfermedad. Las necesidades de atención a la salud determinan las políticas y estrategias, por lo tanto es necesario formar recursos humanos competentes que dispongan de conocimientos, habilidades y actitudes para ofrecer cuidados paliativos.³⁰ Para ello se ha establecido un plan de capacitación de médicos de familia, enfermeros, psicólogos, además de la reorganización funcional de los equipos de los policlínicos para contextualizarlos a las nuevas necesidades de la oncología.²

El Diplomado Nacional para el Control del Cáncer constituye la estrategia por excelencia para elevar los conocimientos entorno a la calidad en la atención, desde el punto de vista biológico, psicológico y social en las pacientes portadoras de cáncer en estadios avanzados o al final de la vida.

CONSIDERACIONES FINALES

Es necesario reconocer las insuficiencias en el desarrollo del pensamiento bioético valorativo en los profesionales de la salud, particularmente en los de la atención primaria de salud, con la inclusión del enfoque bioético de los cuidados paliativos en pacientes con cáncer de mama avanzado. Existen posibilidades de solución para esta situación como son las que brinda el Diplomado Nacional para el Control del Cáncer, así como la inclusión de la Bioética como una disciplina particular en el plan de estudio de las carreras de ciencias médicas. Se puede lograr un egresado humanista, comprometido con la sociedad, capaz de conjugar la calidad en la atención médica y la aplicación del método clínico, con las normas éticas de la medicina preventiva y comunitaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Global status report on non communicable diseases [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [cited 2011 Oct 4]. Available from: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/index.html
2. Grau Abalo JA, Romero Pérez T, Chacón Roger M; Reyes Méndez MC. En: Romero Pérez T, Abreu Ruiz G, Monzón Fernández AB, Bernejo Bencomo W, editores. Control del Cáncer en la Atención Primaria de Salud . Experiencias Cubanas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 51-3.
3. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO Regional Office for Europe; 2010 [cited 2011 Oct 4]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/information-for-the-media/sections/press-releases/2010/02/up-to-40-of-cancer-cases-could-be-prevented>
4. Organización Mundial de la Salud. Notas para los medios de prensa. 4 de febrero de 2011. Nuevas orientaciones sobre actividad física podrían reducir el riesgo de los cánceres de mama y colon [Internet]. [citado 7 Oct 2011]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2011/world_cancer_day_20110204/es/index.html
5. Szilagyi Z, editor. Up to 40 % of cancer cases could be prevented [Internet] Copenhagen, OMS Regional Office for Europe. 2010 [citado 4 oct 2012]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/information-for-the-media/sections/press-releases/2010/02/up-to-40-of-cancer-cases-could-be-prevented>
6. González- Robledo LM, González- Robledo MC, Nigenda G, López-Carrillo L. Acciones gubernamentales para la detección temprana del cáncer de mama en América Latina. Retos a futuro. Rev Salud Pública Mex [Internet]. 2010 [citado 4 Oct 2011]; 52(6):533-43. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000600009&lng=es&nrm=iso
7. Lozano AR, Gómez DH, Lewis S, Torres SL, López CL. Tendencias del cáncer de mama en América Latina y el Caribe. Rev Salud Pública Mex [Internet]. 2009 [citado 8 Oct 2011]; 51(supl. 6):s147-s56. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800004&lng=es&nrm=iso

8. Vidal MA, Torres LM. In memoriam Cicely Saunders, fundadora de los Cuidados Paliativos. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2006 [citado 14 Jun 2012];13(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000300001&lng=es
9. Tenorio GF. Ética y cuidados paliativos en el paciente con cáncer avanzado [Internet]. Universidad Nacional de México: facultad de medicina; 2009 [citado 8 Oct 2011]. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2003/ponencia_nov_2k3.htm
10. Reyes Méndez MC, Grau Abalo J A, Chacón Roger M. Generalidades y aspectos conceptuales. En: Reyes Méndez MC, Grau Abalo JA, Chacón Roger M, editores. Cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado: 120 preguntas y respuestas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. p. 3-4.
11. Fernandez CV, Gao J, Strahlendorf C, Moghrabi A, Pentz RD, Barfield RC, et al. Providing research results to participants: attitudes and needs of adolescents and parents of children with cancer. J Clin Oncol. 2009;27(6):878-83. PMID 19164211. Epub 2009 Jan 21.
12. González RP, González RM. Caracterización estadística del cáncer de mama en la provincia de Pinar del Río. Rev Ciencias Méd Pinar del Río[Internet]. 2010 Dic [citado 4 Oct 2011];14(4):17-26. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942010000400003&lng=es&nrm=iso
13. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico de salud 2009 [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2010 [citado 4 Oct 2011]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2010/04/anuario-2009e3.pdf>
14. Organización Mundial de la Salud. Control del cáncer. Aplicación de los conocimientos. Guía para desarrollar programas eficaces. Ginebra: OMS; 2010.
15. Mendoza del Pino M. El equipo básico de salud y el cáncer. En: Mendoza del Pino M, editor. La oncología en la atención primaria de salud. Camagüey: Editorial Universitaria; 2010. p. 4.
16. Grau Abalo JA, Chacón Roger M. La preparación para la muerte en el paciente, la familia y el equipo de salud: principios y técnicas de intervención En: Gómez S M, editor. Avances en cuidados paliativos. Las Palmas: Editorial GAFOS; 2003. p. 2340-2.
17. Caplan AL. Cancer and bioethics: caring and consensus. Cancer. 2008;113(Suppl 7):1801-6. PMID 18800390.
18. Spiegel D, Diamond S. Psychosocial Interventions. American Society of Clinical Oncology. Washington, D.C.: Educational Book; 2009.
19. Sanz OJ. La comunicación al final de la vida. Med Clinc (Barc). 2006;99:678-80.
20. Amaro Cano MC. ¿Qué saben nuestros médicos de la ética en la investigación científica? Rev Cubana Invest Biomed [Internet]. 2006 [citado 4 Oct 2011];25(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002006000300001&lng=es&nrm=iso&lng=es

21. Organización Panamericana de la Salud. Normas éticas internacionales para investigaciones biomédicas con sujetos humanos. Washington, D.C.: OPS; 2008.
22. Núñez de Villavicencio F. Consentimiento educado vs. Consentimiento informado. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2006 [citado 4 Oct 2011]; 32(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400011&lng=es
23. Castellanos AM. El consentimiento informado; una acción imprescindible en la investigación médica. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2009 [citado 4 Oct 2011]; 46(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000100007&lng=es&nrm=iso
24. Grau J. El sufrimiento al final de la vida: cómo evitarlo? La Habana: Universidad Médica de la Habana; 2009.
25. Grau J. Cuidados continuos. Que tenemos y que pretendemos lograr. La Habana: MINSAP; 2008.
26. Grau J. Cuidados paliativos en pacientes con cáncer ginecológico en etapas avanzadas. La Habana: MINSAP; 2004.
27. Grau J. Cuidados paliativos domiciliarios en el control del cáncer en Cuba: experiencias y proyecciones. Programa Integral para el Control del Cáncer. La Habana: MINSAP; 2010.
28. Amaro Cano MC. La ética en la Atención Primaria de Salud. En: Oliva Agüero A, Sánchez Ferrán T, Valdés Montero J, editores. Temas de Medicina General Integral. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. p. 31-3.
29. Reyes Méndez MC. Experiencia del programa cubano de cuidados paliativos al paciente oncológico en visitas domiciliarias. Conferencia en el Congreso Internacional de Dolor y Cuidados Paliativos. Jalisco, México: Universidad Autónoma de Guadalajara; 2007.
30. Reyes Méndez MC. Aspectos Organizativos en cuidados paliativos. En: Reyes Méndez MC, Grau Abalo JA, Chacón Roger M, editores. Cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado: 120 preguntas y respuestas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 2009. p. 221.

Recibido: 22 de marzo de 2012.

Aprobado: 25 de junio de 2012.

Anaysa Cristina Rizo Vázquez. Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García Iñiguez", Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Ave. Universidad y 27 de Noviembre. El Vedado 10400. La Habana, Cuba. Teléf.: 863-46-84. Correo electrónico: anaysarizo@infomed.sld.cu