



M<sup>a</sup> del Castillo García Velázquez

Enfermera. Atención Primaria. C.S. Virgen del Castillo.  
Lebrija. Sevilla.

**Correspondencia:**

M<sup>a</sup> del Castillo García Velázquez  
C/ Peña nº 30  
41740-Lebrija, Sevilla  
Tfno.: 955-972438; E-mail: casti600@hotmail.com

## Privilegio terapéutico en el anciano con cáncer: caso clínico

### *Therapeutic privilege of the old cancer patient: case report*

#### RESUMEN

Actualmente, se habla del uso del privilegio terapéutico como una actitud paternalista y antigua de los profesionales sanitarios hacia los pacientes, ya que la Ley General de Sanidad, recoge el derecho de los pacientes a ser informados del proceso de su enfermedad, además desde el punto de vista bioético se considera que ignora el principio de autonomía. Sin embargo, existen excepciones, y una de ellas es la que nos ocupa: cuando la información médica pueda causar un daño psicológico importante al paciente y/o pueda agravar el proceso.

En este artículo, se realiza un plan de cuidados basado en el modelo de Orem de un anciano con cáncer, en la que se analiza desde un enfoque bioético y enfermero, la necesidad y el beneficio obtenido en la aplicación del privilegio terapéutico, que se hace de modo puntual con respecto a que padece una enfermedad terminal. Esto implica que la persona recibirá información sobre el tratamiento, las pruebas diagnósticas... pero no acerca de la auténtica gravedad de su enfermedad.

#### PALABRAS CLAVE

Privilegio terapéutico, enfermedad terminal, anciano, autocuidados, Teoría de Orem, enfermería.

#### SUMMARY

*Nowadays, therapeutic privilege is considered to be an old and paternalistic attitude from health professionals towards patients, since the Health General Law provides for the patients' right to be informed about their disease. Otherwise, from an ethic point of view, health professionals would be considered not to recognize the patients' autonomy principle.*

*However, there are exceptions that should be taken into account. One of them will be dealt with in this article: that in which the medical information can bring about important psychological damage to the patient and/or it can make worse the disease itself.*

*This article presents a care plan based on Orem's model for an old person with cancer, from an ethic point of view and under the infirmity principles, the necessity and profit abstained from the application of the therapeutic privilege are analyzed. This application is made in a punctual way bearing in mind that the person suffer a terminal illness. This means that the person will receive information about treatments, diagnostic tests... but not about the real gravity of his/her illness.*

#### KEY WORDS

*Therapeutic privilege, terminal illness, old man, self-care, Orem's theory, nursing.*

36 **INTRODUCCIÓN**

Apoyándose en la idea de que la información médica puede elevar los niveles de ansiedad en los enfermos, surge desde la cultura anglosajona el concepto de privilegio terapéutico como una de las excepciones al principio general de obtención del consentimiento informado. El privilegio terapéutico se define como aquella situación en que el médico, amparándose en la certeza absoluta de que la información médica puede causar un daño psicológico importante al paciente, no lleva a cabo el proceso del consentimiento informado.

El médico puede bloquear la información si considera que puede ser terapéuticamente perjudicial para el enfermo. Hay que reconocer, sin embargo, que existe el riesgo de generalizar o de atribuir una importancia excesiva a dicho privilegio terapéutico. Es menester afirmar con plena convicción que el primer derecho del sujeto enfermo es a seguir siendo una persona adulta y libre, a la que se le preste ayuda, pero sin negarle *a priori* su capacidad de decisión. El privilegio terapéutico es susceptible de llevar a ciertas excepciones en la comunicación de la información al paciente, pero de ningún modo ha de convertirse en la práctica en una regla general que prive sistemáticamente al paciente de su derecho a ser informado en forma conveniente y de manera adecuada.

**LEGISLACIÓN SOBRE EL PRIVILEGIO TERAPÉUTICO**

La Ley General de Sanidad concibe la información como un derecho del paciente. Como todos los derechos, el derecho a la información es renunciabile, al no establecerse lo contrario, y siempre que la renuncia no sea contraria al interés al orden público o perjudique a terceros, por lo que es admisible la renuncia a la información, ya sea ésta expresa o tácita, mas cuidando de dejar constancia de la renuncia bien en un documento específico, bien en el propio documento del consentimiento, bien por último en la historia clínica.

El Convenio de Oviedo dispone que toda persona tiene derecho a conocer toda la información obtenida respecto a su salud, pero que, no obstante, deberá respetarse la voluntad de una persona de no ser informada.

En el informe explicativo, que acompaña al Convenio, se expresa que el derecho a saber va de la mano con el derecho a no saber, ya que los pacientes pueden tener sus propias razones para desear no conocer ciertos aspectos de su salud y debe respetarse un deseo de ese tipo (1).

El dilema se plantea acerca de comunicar la sospecha o ampararnos en el llamado privilegio terapéutico y engañar al paciente sobre la realidad de su situación. La alternativa es la verdad tolerable; se define como la información sobre el proceso que el paciente es capaz de asumir sin que le cree más problemas ni agrave los que ya tiene. El concepto pone el énfasis en la comunicación como un proceso en el que se establece una relación progresiva con el paciente con el objeto de que sea capaz de asumir la situación en la que se encuentra, las posibilidades que la ciencia le ofrece, los pros y contras de cada una de ellas y el pronóstico de su enfermedad.

La verdad que el paciente es capaz de asumir depende de diversos factores, como son su psicología, personalidad, madurez, su entorno familiar y social, así como las características de la enfermedad (2). Un aspecto que no puede ser olvidado a la hora de plantear la asistencia a este tipo de pacientes es el cambio que se produce en la dinámica familiar desde el momento del diagnóstico hasta el fallecimiento. En este campo, la enfermería debería asumir un papel protagonista, dada su cualificación para asesorar tanto al paciente como a su familia en las muchas y profundas adaptaciones a que deberá ir sometándose.

**PRIVILEGIO TERAPÉUTICO Y PRINCIPIO DE AUTONOMÍA**

La bioética cuenta con unos principios éticos específicos, que van siendo poco a poco reconocidos universalmente. No representan normas concretas de acción, sino unas orientaciones generales que ayudan a tomar decisiones en los casos concretos.

Estos principios son: de autonomía, de beneficencia y de justicia.

El principio de autonomía se define como: el respeto a las personas. Los individuos deben ser tratados como seres autónomos, y aquellas personas cuya autonomía esté disminuida deben ser objetos de protec-



203 ción. Esto implica que toda persona ha de ser tenida en cuenta para decidir cuestiones que le afectan.

Según el tema que nos ocupa, el uso del privilegio terapéutico puede afectar al principio de autonomía.

Sin embargo, este principio puede entrar en conflicto con el principio de beneficencia, según el cual, las personas deben ser tratadas de una forma ética, no sólo respetando sus decisiones y protegiéndolas del daño, sino también haciendo un esfuerzo por asegurar su bienestar, explicándose este principio en dos reglas: a) el principio hipocrático de no-maleficencia, que se traduce en que ninguna actuación puede dañar a la persona, en este caso a los pacientes; y b) la obligación de “extremar los posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos” (3). ¿Existe primacía del principio de autonomía respecto al de beneficencia o viceversa? ¿Si aplicamos uno, dejamos de aplicar el otro?

Por otro lado, el Código Deontológico de la Enfermería Española habla en sus artículos del 10 al 13 de la actitud que debe tomar la enfermera con respecto a la información que se le da al paciente, que deberá valorar antes su situación física y psíquica, y que si el paciente no esta preparado para recibir la información, debe dirigirse a familiares o allegados (4).

La decisión así como el momento de informar o no a un paciente de que padece una enfermedad terminal, como puede ser el cáncer, debe ser tomada por un equipo multidisciplinar, conocedor del paciente, así como de sus mecanismos para afrontar la enfermedad. Se debe hacer una valoración tanto física como psicológica del paciente, y se ha incluir a la familia en la toma de decisión.

## CASO CLÍNICO

### Historia de vida

JLV nació en 1920, fue el mayor de dos hermanos. Su hermano murió hace aproximadamente tres años de leucemia, de la misma patología que murió también su madre.

De religión católica, estudió en un colegio de frailes hasta los diez años, a partir de los cuales empezó a trabajar en el campo, lo que sería su profesión hasta su jubilación. Participó como soldado en la guerra civil española.

Es viudo desde hace cuatro meses, y confiesa no haber superado todavía la muerte de su esposa, aunque refiere que la familia le está ayudando mucho. 37

Tiene un hijo y una hija. Su hija vive en casa desde que se casó, y es la que se ocupa de asistirle.

Le gusta mantener relación con sus amigos de la infancia y con sus primos, aunque refiere: “Son muchos ya los que se han ido...”.

Como historia clínica previa a la actual destaca: operación de cataratas hace dieciocho años, TBC hace diez años que no dejó secuelas, HTA esporádica, y artritis reumatoide que no le impedía seguir trabajando en el campo en su huerta.

Su historia actual: ingresó hace tres años en el hospital, con tos irritativa que no cedía y malestar general, tras múltiples estudios fue diagnosticado de cáncer de próstata con metástasis óseas y pulmonares. A consecuencia de esto, su estado general ha ido empeorando, perdió la visión de un ojo, lo cual supuso un importante impacto emocional y desadaptación (los médicos creen que a consecuencia del avance de la metástasis, pero no se realizaron pruebas diagnósticas al respecto) y sufre esporádicamente pérdidas de memoria. Padece anemia crónica, la cual ha sufrido algunas reagudizaciones, actualmente se mantiene con hierro oral e intramuscular. Le han aparecido otros síntomas inespecíficos de la enfermedad tales como náuseas y vómitos (9, 10) lo que dificulta su capacidad de alimentarse, dolor, tratado con analgésicos no opiáceos, sofocos, a consecuencia del tratamiento hormonal.

Hace tres meses le apareció una úlcera por decúbito grado II en el talón (11), que sano en cuatro semanas.

Con respecto a sus últimos ingresos hospitalarios, destaca la desadaptación al proceso de la hospitalización que se manifestó por desorientación temporo-espacial y a depresión a consecuencia de ésta, que cedió al alta.

La familia apoyada por el equipo terapéutico decide no informar al paciente del diagnóstico de su enfermedad.

Debido a que el proceso de la enfermedad es lento, y la sintomatología es solapada, el paciente la relaciona con el proceso normal de envejecimiento y el “dolor de huesos” con un empeoramiento de la artrosis que padece desde hace años (5, 6, 7, 8, 11).

Tabla 1. Teoría general de Dorothea Orem	
T <sup>a</sup> autocuidado (AC)	Autocuidado
Meta: AC del paciente.	Agencia de autocuidado: capacidad. Requisitos AC terapéutico: necesidades. - Universales. - De desarrollo. - De desviación de la salud. Demandas de AC: actividades.
Sistemas básicos de enfermería.	Totalmente compensatorio. Parcialmente compensatorio. Apoyo educativo.
Teoría del déficit de autocuidado.	AGAC > DACT

### Plan de cuidados

• *Limitaciones para el autocuidado: consideración de la unidad de cuidado paciente-cuidador principal* (Tabla 1) (12, 13):

El paciente por sí mismo tiene limitaciones para el autocuidado (6):

1.- De conocimiento: desconoce el diagnóstico de su enfermedad así como las modificaciones anatómicas fisiológicas que conlleva el proceso de envejecimiento, y qué es normal y anormal en el proceso natural de envejecimiento.

2.- De análisis y decisión: derivada de la falta de conocimiento de la enfermedad.

3.- De la habilidad para realizar actividades de AC, debido a la disminución de sus capacidades psicomotrices causadas por la enfermedad.

Debido a las limitaciones de AC señaladas, vamos a considerar la unidad de cuidado al paciente-cuidador principal, ya que el paciente tiene muchas DACT que van a ser cubiertas con la ayuda de éste.

• *Demandas de autocuidado terapéutico (DACT)*

- Tomar una dieta hiperproteica (debido al estado catabólico de la enfermedad) y rica en hierro (padece anemia ferropénica)(14).

- Seguir desempeñando su rol habitual. Le gusta ir a visitar sus tierras de vez en cuando, aunque es su hijo el que se ocupa de éstas, él decide qué va a sembrar, cuando deben arar el campo, etc.

- Realizar ejercicio físico. Camina ayudado por su bastón cada día en la casa, o bien sale fuera acompañado de un familiar a dar un paseo, a veces también se atreve con la bicicleta estática un rato.

- Llevar a cabo actividades de descanso y relajación. Dormir ocho horas al menos y siesta por la tarde de una hora. El descanso se ve dificultado porque padece nicturia.

- Acudir a las citas médicas de especialistas: a urología y a la clínica del dolor, donde irá acompañado por su hijo.

- Mantener la higiene habitual. Debido a la incapacidad de movimiento, se ha sustituido en casa la bañera por una ducha con una agarradera en la pared, lo que le permite realizar su higiene ayudado por un familiar.

- Evitar complicaciones de la enfermedad: tomando el tratamiento, acudiendo a las citas de los especialistas y siendo controlado en el centro de salud por su médico de cabecera.

- Evitar úlceras por presión: realizando ejercicio en la medida de lo posible, realizando cambios posturales cuando permanezca sentado/acostado y dormir con calcetines de algodón para protegerle los talones (14).

- Evitar caídas: caminando con ayuda del bastón y estando acompañado en todo momento de un familiar, teniendo en el dormitorio un orinal para evitar caminar de noche (15).

- Comprender signos y síntomas de la enfermedad y los indicativos de reagudización de ésta, en la medida de lo posible (15).

- Aceptar y afrontar la muerte como última etapa de la vida.

### Justificación de la aplicación del privilegio terapéutico

El tema de la información al paciente está mal planteado, ya que no existen ni un saber ni una ignorancia absolutas. Lo que hay es una información que compartir y una serie de cuestiones que ni el equipo sanitario ni el enfermo pueden o deben eludir.

Dentro de esa general tendencia hacia la información, se insiste en que ella debe darse en forma dosificada.

Se insiste, asimismo, en la necesidad de que la información no ha de cerrar jamás la puerta a la esperanza.



205 Ello no constituye un engaño al enfermo ya que la medicina no es una ciencia exacta y sus pronósticos no siempre se cumplen. Es importante, además, que el paciente no deseche esa esperanza: el deseo de vivir, la expectativa de recuperación constituyen factores positivos de gran importancia en el curso de la enfermedad.

No es correcto, según Sporken, el planteamiento a partir de los esquemas de información/no-información. La clave se halla en el acompañamiento al paciente. Es menester saber estar cerca de él, ser capaces de sostener su mirada y de apretar su mano. Esta proximidad al enfermo es la que irá dando la clave para saber qué es lo que el paciente desea conocer, cuándo hay que hacerle una comunicación importante, en qué momento es necesario recortar su optimismo y en cuál, por el contrario, resulta importante impulsar su esperanza.

“Ayudar a morir” significa, ante todo y sobre todo, no profundos conocimientos técnicos o psicológicos, sino, esencialmente, tener la capacidad de saber estar cerca, de superar la propia angustia ante la muerte del otro, que nos recuerda nuestra propia agonía y muerte, de mostrar cordialidad y ternura al que vive el duro trance definitivo del fin de sus días. “Ayudar a morir” significa también saber estar cerca de los parientes y amigos del enfermo. Son estos, normalmente, los que más podrán ayudarlo y quienes, en muchos casos, pasan mayor tiempo con él. Son personas que requieren también ser ayudadas ya que experimentan las angustias y el dolor, el duelo previo, de la pérdida del ser querido y

39 pueden surgir en ellas sentimientos de culpa por su comportamiento pasado con el enfermo. Precisan una ayuda que, indirectamente, va a favorecer al propio paciente. Es éste un aspecto generalmente olvidado o relegado en los grandes centros hospitalarios. También, informar concreta, periódica y claramente, a los familiares acerca de la situación de los pacientes. Todo ello forma parte de la humanización del proceso de la agonía.

La prudencia, la phrónesis o actitud phronética, resulta de fundamental importancia, pues significa tener en cuenta, prioritariamente, la situación psicológica del enfermo. Ayudar a morir, como anotamos, significa, en primer término o plano, tener la capacidad de acompañar y de saber estar cerca emocionalmente del paciente. En este contexto general, el tema de la información ha de situarse en un segundo plano (16).

Asimismo, desde un enfoque puramente enfermero, el privilegio terapéutico en este caso es aplicable porque:

- Las DACT del paciente están cubiertas, o en su caso, los déficit de AC que presenta no están directamente relacionados con el desconocimiento del diagnóstico de la enfermedad.

- La familia afronta positiva y eficazmente el proceso de la enfermedad: comprende la evolución y apoya al paciente psicológicamente así como en los nuevos DACT que van apareciendo con motivo de la evolución de la enfermedad.

- No se produce una “conspiración de silencio” entre el paciente-familia o paciente-equipo sanitario.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Formación en responsabilidad profesional. Disponible en la web: [www.aeds.org/formación.htm](http://www.aeds.org/formación.htm). Caps nº 2 y 6.
2. Rubio Montañesa ML, Adalid Villara C, de Castro Vilao C. Dilemas éticos en el cuidado de un paciente terminal: una visión desde la asistencia primaria. Disponible en la web: [www.lafacu.com/notables/dilemas\\_eticos/](http://www.lafacu.com/notables/dilemas_eticos/)
3. Arroyo P *et al.* Ética y Legislación en Enfermería. 1ª edición. Ed. Interamericana. McGraw-Hill; 1997.
4. Resolución 32/89 del Consejo General de Enfermería. Código Deontológico de la Enfermería española.
5. Orem DE. Normas prácticas en Enfermería. Ed. Pirámide; 1983.
6. López y Picardo. Orem desde mi mirada. (Sin publicar).
7. García Velázquez MC. Un anciano sano: plan de cuidados basado en la Teoría de D. Orem. Gerokomos. 2002; 13(1): 17-26.
8. Carnevali Patrick DL. Enfermería Geriátrica. Ed. Interamericana. 3ª edición. México. McGraw-Hill; 1996.
9. Harrison. Principios de Medicina Interna. 12ª edición. Ed. Interamericana. McGraw-Hill; 1996.
10. Salgado Alba, Guillen Lora F. Tratado de Geriátría y Asistencia Geriátrica. Barcelona. Salvat Editores; 1986.
11. Brunner, Suddarth. Enfermería Medicoquirúrgica. Séptima edición. México. Ed. Interamericana. McGraw-Hill; 1994.
12. Wesley RL. Teorías y Modelos de Enfermería. 2ª edición. México. Ed. Interamericana. McGraw-Hill; 1995.
13. Alberdi Castell R, Arrollo Gordo P. Conceptos de Enfermería. 1ª edición. Madrid. UNED; 1983.
14. Ignitavicius B. Enfermería Medicoquirúrgica. 1ª edición. Madrid. Ed. Interamericana. McGraw-Hill; 1996.
15. Kozier. Enfermería Fundamental. 4ª edición. Madrid. Ed. Interamericana. McGraw-Hill; 1993.
16. Wagner Graw P. La ayuda a morir. Disponible en internet en: [http://200.48.3679/BRURevsitas/acta\\_medica/777volXVIII\\_N32\\_2001\\_set\\_Dic/biblio\\_ayuda\\_morir.htm](http://200.48.3679/BRURevsitas/acta_medica/777volXVIII_N32_2001_set_Dic/biblio_ayuda_morir.htm)