

Aspectos éticos en el manejo del paciente con cáncer de próstata

Ethical aspects in the management of prostate cancer patients

Iraida Caballero Aguirrechu^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-1044-6052>

Adolfo García García¹ <https://orcid.org/0000-0002-2560-0235>

¹Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. Unidad Funcional de Tumores Urológicos. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: iraida.caballero@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El cáncer de próstata es una de las causas más frecuentes por la que el paciente masculino de más de 60 años acude al urooncólogo. Su tratamiento trae como consecuencia eventos adversos desagradables que repercuten en el deterioro de la calidad de vida.

Objetivos: Describir los aspectos éticos relacionados con los síntomas, el tratamiento y sus complicaciones del paciente con cáncer de próstata y realizar una revisión temática útil para el equipo multidisciplinario.

Métodos: Se realizó una búsqueda en las bases de datos SciELO y PubMed de las publicaciones relacionadas con los descriptores de bioética en cáncer y tratamiento del cáncer de próstata.

Resultados: En la entrevista se identifica el conflicto del paciente entre el bienestar y el control de su enfermedad, su autonomía y el conocimiento sobre la

enfermedad que lo afecta, así como la complicidad del médico con los familiares al ocultarle la verdad. Los nuevos paradigmas científicos se deben desarrollar en el programa de formación del nuevo uroncólogo, con un adecuado conocimiento en bioética y humanidades para enfrentar los nuevos dilemas que surgen en el proceso de información con el enfermo y su familia.

Conclusiones: El respeto a la autonomía del paciente, la no maleficencia y justicia al seleccionar el tratamiento adecuado para el control de la enfermedad representan los aspectos éticos relacionados con el manejo de síntomas, tratamiento y sus complicaciones en la entrevista con el paciente con cáncer de próstata.

Palabras clave: cáncer de próstata; bioética; autonomía; justicia.

ABSTRACT

Introduction: Prostate cancer is one of the most common reasons why male patients aged over 60 years attend the urologic oncology service. Its treatment causes disagreeable adverse events with an impact on quality of life.

Objectives: Describe the ethical aspects related to the symptoms, treatment and complications of prostate cancer patients and carry out a topic review useful to the multidisciplinary team.

Methods: A search was conducted in the databases PubMed and SciELO for publications about cancer bioethical descriptors and prostate cancer treatment.

Results: The interview identifies the patients' conflict between wellbeing and control of their disease, autonomy and knowledge about the condition affecting them, and the complicity of doctors and relatives in concealing the truth from them. New scientific paradigms should be developed within the contents of the training program for new urologic oncologists, with appropriate knowledge about bioethics and the humanities to face the new dilemmas emerging in the process of information to patients and their relatives.

Conclusions: Respect for patients' autonomy, non-maleficence and justice when selecting the appropriate treatment to control the disease, are ethical aspects

related to the management of symptoms, treatment and complications to be dealt with during the interview with prostate cancer patients.

Keywords: prostate cancer; bioethics; autonomy; justice.

Recibido: 09/04/2021

Aprobado: 06/05/2021

Introducción

El cáncer de próstata (CP) constituye la primera causa de morbimortalidad por tumores sólidos malignos en el hombre de más de 65 años de edad. En Cuba es frecuente el diagnóstico tardío. En esto influye el envejecimiento poblacional y el apego a costumbres machistas que limitan la asistencia voluntaria temprana a exámenes urológicos.

Las campañas de pesquisa para la enfermedad maligna de próstata, llevadas a cabo por grupos internacionales de referencia en cáncer, constituyen en las últimas dos décadas un tema de debate internacional. Grandes sumas de dinero, destinadas o no a poblaciones masculinas de riesgo, solo ha resultado en la detección de pocos casos con enfermedad de alto riesgo. Por ende, el riesgo-inversión no es justificable para importantes grupos decisores. ⁽¹⁾

En etapas tempranas del CP, el tratamiento consiste en lograr el bloqueo hormonal androgénico (BHA) por métodos como la ablación de la glándula (prostatectomía radical), radiaciones ionizantes sobre el área prostática, orquiectomía bilateral o castración quirúrgica y la castración química central con agonistas o antagonistas de la hormona luteinizante (LH, por sus siglas en inglés).

Cualquier modalidad terapéutica empleada trae consigo eventos adversos (EA) que repercuten en la calidad de vida de los pacientes con CP para lograr su control. La incontinencia urinaria y la disfunción sexual son los principales EA observadas con las opciones mencionadas, en mayor o menor grado.

Esto representa un problema de salud para el paciente y sus familiares cercanos. Para el médico tratante representa la obligatoriedad de recurrir a un manejo psicosocial con enfoque bioético que debe tener apoyo y seguimiento por un equipo multidisciplinario, con consentimiento informado aprobado y discutido con el enfermo, sus acompañantes y la pareja, antes de proceder a cualquier terapéutica específica.⁽²⁾

En los pacientes que se diagnostican en etapas más avanzadas, con enfermedad metastásica regional o sistémica, generalmente ósea, más del 30 % se ingresan por una urgencia oncológica con un evento esquelético relacionado como fractura o sección medular (EER), y en el 80 % de ellos con dolor intenso y deterioro importante de la calidad de vida.

Estos pacientes serán sometidos, además de la terapia de privación de andrógenos (TDA), a otras modalidades o intervenciones terapéuticas para lograr el alivio de los síntomas presentes (combinación de opiáceos, antiinflamatorios y esteroides, sonda vesical, colectores urinarios, radioterapia, etcétera). Los dilemas éticos para enfrentar las situaciones clínicas de estos pacientes están presentes desde las primeras entrevistas.^(2,3)

El término de Bioética (*bioethics*) se introduce por primera vez en la literatura médica por un oncólogo, Van Rensselaer Potter (1911-2001), Doctor en Bioquímica y Oncología, con unas 150 publicaciones en su haber en ese campo. Potter dirigió el Laboratorio de Investigaciones en Cáncer McArdle de la Universidad de Wisconsin-Madison, de la que fue Profesor Emérito de la especialidad.

Desde 1965 presidió la Sociedad Americana de Biología Celular (ASCB, por sus siglas en inglés) y a partir de 1974, la Asociación Americana de Investigación en Cáncer

(AACR, por sus siglas en inglés). Por todo su trabajo, Potter recibió en 1986 la Medalla de Honor de la Sociedad Americana de Lucha contra el Cáncer.

Es precisamente en la rama médica de la oncología donde los dilemas éticos a manejar en la entrevista con el paciente diagnosticado de cáncer se ponen en evidencia a diario. Cada profesional integrante de los grupos tratantes necesita herramientas y conocimiento estructurado con amparo legal para su enfrentamiento.⁽⁴⁾

Con los objetivos de describir los aspectos éticos relacionados con los síntomas, el tratamiento y las complicaciones del paciente con cáncer de próstata y realizar una revisión útil para el equipo multidisciplinario se escribe este artículo para contribuir así en la confección de un material de consulta y divulgación destinado al personal profesional de la salud involucrado con los conflictos a resolver en la entrevista con el enfermo y sus familiares.

Métodos

Se estructuró un trabajo de revisión temática, de tipo descriptivo, con algunos elementos éticos relacionados con el diagnóstico, el manejo de los síntomas, el tratamiento y las complicaciones de los pacientes con cáncer de próstata.

Se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed y SciELO de las publicaciones relacionadas con los descriptores de bioética en cáncer y tratamiento del cáncer de próstata. Se revisaron diferentes códigos de ética institucionales, nacionales e internacionales así como los principales conceptos desarrollados en los últimos 20 años que tienen que ver con el surgimiento de la bioética en investigación y cáncer.

Desarrollo

Desarrollo histórico de la ética

A medida que la sociedad se ajusta a los avances tecnológicos desde el pasado siglo XX, se intensifica la relación entre medicina y sociedad. A pesar de los legados de práctica médica en la era paternalista de la curación, el desarrollo de las relaciones médico-paciente-familia generó nuevos conflictos de entendimiento que rebasan los límites morales y de justicia.^(2,4)

Existen referencias de más de 2 000 años a.n.e. de un código rudimentario de conducta para la primitiva medicina de entonces, conocido como el Código de Hammurabi. En este documento se destacaban párrafos relacionados con la práctica de la ciencia el principio de “ojo por ojo y diente por diente”. Por ejemplo, si el médico incumplía con su deber en la antigua Babilonia podía sufrir castigos que implicaban mutilaciones de alguna parte de su cuerpo. La magnitud del escarmiento dependía de su actuación y consecuencias.⁽⁵⁾

Antes de nuestra era también se recogen los conocidos Consejos de Esculapio, las famosas recomendaciones que un médico le da a su hijo en formación. En Grecia, también a.n.e., está el código de ética de Hipócrates que recoge preceptos morales de lo que se considera una adecuada actuación médica. El juramento hipocrático defiende el deber del médico de conservar su secreto profesional y hacer siempre el bien con una relación paternal con el paciente y su familia.^(5,6,7)

En el siglo XX, y relacionado con las consecuencias de la revolución científico-técnica, aparecen algunas situaciones médicas más especializadas que la ética por sí misma no podía dar respuesta, como la clonación, la inseminación artificial, la cirugía de transgénero, etc.

Es precisamente esta insuficiencia lo que siembra la base para el desarrollo de la bioética, y sus principios relacionados con la protección de los derechos y protección del enfermo. En los últimos años la bioética alcanza un mayor desarrollo en las investigaciones relacionadas con cáncer y nuevos fármacos, y específicamente con el cáncer de próstata.^(8,9,10)

Desde la comunidad primitiva los principales objetivos de la Medicina, y específicamente de la Oncología como especialidad, son la curación de la enfermedad y el beneficio de las acciones sobre la supervivencia. Durante mucho tiempo era solamente el precepto de salvar una vida a cualquier costo, pero desde el siglo pasado se trabaja en los principios de costo-beneficio, y más recientemente en riesgo-beneficio.

Hace tan solo 10 años, el Hastings Center promovió un trabajo para definir lo que ellos pensaban que deberían ser los nuevos fines de la Medicina, incluida la Oncología. El Hastings Center considera obligatorio la aprobación de los comités de éticas en la investigación con humanos y la adherencia a algún documento regulatorio con la participación de expertos de otros centros. Asimismo, estima conveniente el impulso de estrategias que pueden conducir a reflexionar sobre prioridades en materia de investigación biomédica para el diseño de los nuevos programas de formación de todo el personal del sistema de salud, específicamente de sus profesionales.^(4,11)

Los tres principios fundamentales que emergen de la bioética son:

- Autonomía, que se refiere al derecho de respetar la opinión de las personas, en este caso a los pacientes.
- Beneficencia, un principio imprescindible en investigación con respaldo del principio de riesgo-beneficio para minimizar los eventos adversos.
- Justicia, que defiende que cada paciente debe tener derecho a recibir las mejores acciones terapéuticas existentes y la información relacionada.

Los principios de la bioética deben establecerse por igual, sin prioridad jerárquica entre ellos (Fig. 1). Es necesario la actuación de entidades reguladoras como el comité de ética institucional y su entidad reguladora nacional como árbitro para que la actuación y decisiones sean consensuadas. Entre otras funciones del comité de ética están los métodos de análisis, los juicios éticos prudenciales y la evaluación del diagnóstico y tratamiento propuesto acorde a las recomendaciones basadas en evidencia de las guías de práctica clínica vigentes.^(11,12)

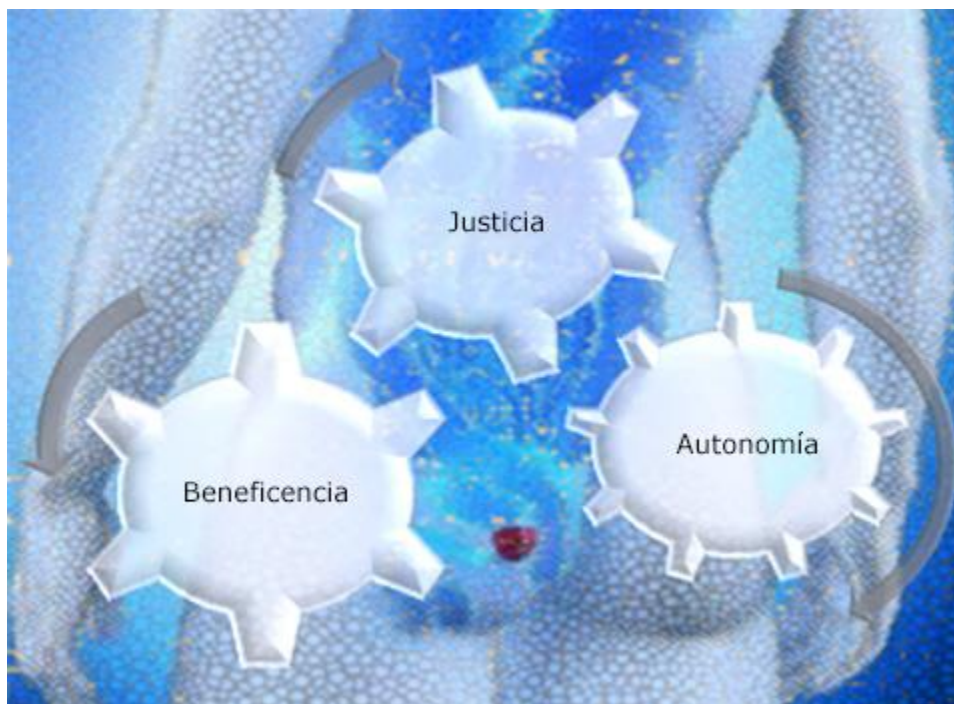


Fig. 1- Principios de la bioética necesarios en el manejo de síntomas, tratamiento y sus complicaciones del paciente con cáncer de próstata en la entrevista con uroncólogo.

Aspectos éticos en el manejo del paciente con CP

El paciente con CP pasa por diferentes fases de tratamiento, según la etapa clínica en la cual se diagnostica la enfermedad, la presencia de las metástasis, sus sitios anatómicos, el control o no de enfermedades concomitantes. Le sigue la aceptación de su rol de enfermo o no por parte del paciente y sus acompañantes, las propuestas terapéuticas, el consentimiento por ambas partes de toda la información relacionada con la enfermedad y los efectos colaterales del tratamiento a recibir.

La población mundial ha envejecido, y con ello ha aumentado la incidencia anual de las enfermedades crónicas no transmisibles propias del adulto mayor. Entre esos padecimientos cabe mencionar el cáncer de próstata que es hoy la primera causa de cáncer en el hombre mayor de 65 años (excluyendo el de piel). Según el anuario estadístico del Ministerio de Salud Pública del 2018, la esperanza de vida del

hombre en Cuba ronda los 80 años. Y es precisamente a partir de la novena década de la vida que se diagnostica esta enfermedad de forma ascendente. ^(1,12)

Las discapacidades físicas, la negación y las depresiones son también comunes en el hombre adulto mayor. Ante esta realidad, en muchas ocasiones los familiares deciden ocultar el diagnóstico de cáncer de próstata a los pacientes con ánimo sobreprotector, sin respetar la autonomía del enfermo.

Otras veces se trata de un hombre relativamente joven (menor de 60 años), con vida sexualmente activa y capacidad reproductiva, que no tiene enfermedades crónicas ni historia de enfermedades concomitantes. Por tanto, le cuesta aceptar una enfermedad propia del adulto mayor. Existen dilemas éticos asociados al diagnóstico, la etiología, el tratamiento específico de la enfermedad y las complicaciones en el manejo de un paciente con CP.

Se debe manejar con el enfermo y sus acompañantes los efectos adversos del tratamiento a recibir, similares para cualquier modalidad seleccionada, y su repercusión en la continencia urinaria y la funcionalidad sexual. La certeza de padecer una enfermedad –potencialmente mortal a corto o largo plazo– también representa un dilema a resolver durante la entrevista con el enfermo, y con quién o quiénes decidirían el tratamiento y sus complicaciones.

La enfermedad maligna de la próstata en etapa avanzada cursa con dolor intenso. Por eso, el otro dilema a resolver por el equipo multidisciplinario es el uso de analgésicos, con la dosis y vía de administración adecuados. Esto requiere de la aprobación del enfermo y sus familiares. Para la discusión en el grupo de trabajo de estos pacientes, se toma en cuenta la posibilidad de respuesta de algunas preguntas frecuentes:

- ¿Cómo orientar al familiar de un paciente con síntomas obstructivos urinarios y que tiene que vivir con una sonda urinaria y una bolsa colectora?
- ¿Cómo enfrentar el tratamiento de un paciente joven y asintomático, con CP, que tiene controlada la enfermedad, pero tiene que permanecer por al

menos dos años con alguna disfunción sexual asociado a niveles de castración de testosterona?

- ¿Cómo comunicar a un hombre sano, que jamás se ha enfermado, que padece una enfermedad llamada cáncer?
- ¿Cómo convencer a un paciente y a su familia en nuestra sociedad del uso de fármacos para aliviar el dolor sin dejar de alertar sobre sus riesgos y mitos?
- ¿El término castración es de aceptación popular en nuestra población?

La información en la entrevista del diagnóstico de CP

En algunos países el código deontológico de las organizaciones sanitarias reconoce el deber de los galenos de informar, según las circunstancias y en ocasiones a juicio del médico. Lo cierto es que si se aplica el criterio del imperativo legal para informar, se corre el riesgo de confundir los términos y hacer de la relación médico/paciente un proceso que se ha venido en llamar medicina defensiva, cuyo fin es el evitar la responsabilidad jurídica del profesional de salud.

Esta actitud, como ya se advierte anteriormente, aunque legal puede ser éticamente reprobable, porque el profesional, en aras de mantener una conducta legal, opta por imponer la información en una decisión unilateral, sin tener en cuenta lo que el paciente opina.^(4,12,13)

El paciente podrá dar su consentimiento al tratamiento porque existe otro derecho legal que es el de otorgar consentimiento informado antes de que se le aplique un procedimiento diagnóstico o terapéutico. También en la actualidad es muy discutido el derecho a no saber, que en bioética está aceptado ampliamente. Como expresión del ejercicio de la autonomía el paciente puede o no firmar el consentimiento informado. De hacerlo, siempre tendrá que firmarlo en presencia de su médico de asistencia y de algún familiar que funja como testigo.^(14,15,16)

En caso de ejercer este derecho, es posible que el médico se enfrente al hecho de que si cumple la normativa legal e informa a un paciente que no quiere ser informado, atenta contra el principio de autonomía de este. Para algunos, aunque el derecho a no saber proviene precisamente del ejercicio de la autonomía, en ocasiones puede constituir una irracionalidad. En una situación como esa, el médico estaría legitimado para brindar información no deseada con la intención de promover la autonomía del paciente.^(17,18)

Además, cuando un paciente consiente un tratamiento, sin tener información sobre su enfermedad, hace formalmente inválido el consentimiento informado que otorga. Por ende, cuando el médico aplica el tratamiento podría incurrir en agresión porque el menosprecio del consentimiento informado convierte en ilícita la actuación del profesional –por bien intencionada que sea– y así genera responsabilidad exigible jurídicamente.^(14,16,18)

El modo de recibir y compartir información en la entrevista

La mayoría de los pacientes con cáncer declaran querer conocer su enfermedad y las opciones terapéuticas. Se han aplicado diferentes encuestas poblacionales sin enfermedad conocida acerca de si quisieran conocer su diagnóstico en caso de que ellos o algún familiar bajo su cuidado padezcan cáncer. En una de esas pesquisas, el 78 % de los consultados querían ser informados del diagnóstico, pero contradictoriamente el 45 % de ellos no tenían interés en que se les informara a su familiar en tal caso.

Todo esto se relaciona con el sentimiento paternalista de los familiares de los enfermos sin respetar la autonomía de ellos. Esto no es más que un reflejo de las tradiciones socioculturales judeocristianas. Sin embargo, por regulaciones jurídicas, la familia no tiene derechos sobre la participación o no del paciente en la obtención de la información con la consecuente discusión de su pronóstico y tratamiento.^(17,18)

En el acto de informar se cumple con el derecho del paciente a ser informado, pero debe realizarse con un propósito bien definido. Tanto ética como legalmente

se debe permitir a los pacientes conocer sus alternativas de tratamiento así como colaborar en la toma de decisiones conjunta que necesariamente se debe plantear. Para esto tiene a su vez que otorgar el consentimiento al médico. Esto último contribuye a la confianza necesaria para la colaboración del paciente y su confianza ante la realización de cualquier proceder terapéutico indicado.⁽¹⁹⁾

En la práctica clínica habitual, durante la entrevista, el paciente puede estar abrumado por las malas noticias como, por ejemplo, el pronóstico de la enfermedad y las opciones de tratamiento. El paciente necesita elegir una opción y existe una tendencia a ceder al médico su derecho a decidir porque le atribuye conocimientos que lo facultan para tomar cualquier decisión.

Ocasionalmente el enfermo renuncia a considerar sus preferencias con el temor de hacer una mala elección o por indiferencia o desconocimiento, y tal vez resulta en la búsqueda de un pacto médico-paciente. Este pacto entre ellos exige del médico conocimiento, exquisito cuidado y honestidad al informar sobre los diferentes tratamientos con sus ventajas y desventajas sin ocultar información ni conducta paternalista.^(17,18,19,20)

Otra situación compleja es informar al paciente que no existe ninguna posibilidad de tratarlo con éxito, que el tratamiento no es curativo y que solo paliaría los síntomas presentes en aras de mejorar la calidad de vida o en algunos casos sería una solución temporal de su enfermedad.

Comunicar esa situación o que existe progresión de la enfermedad a pesar de lo propuesto y/o realizado pudiera reconocerse como un fracaso de la medicina. En consecuencia, la entrevista para esta información puede inducir a una mención directa e ineludible de la muerte del paciente, para lo cual el médico tiene que estar preparado.

En nuestra sociedad, y acorde a nuestros arraigos en algunas áreas de actuación oncológica actuales, se tiende a negar el manejo de la muerte y el dolor. Prevalece la tentación de callar con la aprobación de los familiares, aun cuando sea bien intencionado para proteger al paciente y sentirnos justificadas con la familia.

Prevalece la actitud paternalista que incumple con la responsabilidad moral con el paciente, a quien le truncamos sus derechos.^(10,21,22,23)

El principio de beneficencia no debe ser sustituido por engaño paternalista. En la entrevista se le debe asegurar a su paciente que nunca será abandonado en su dolor y angustia. No se recomienda albergar falsas esperanzas en el enfermo con la intención de minimizar su posible depresión para no atentar contra los principios de no maleficencia y justicia. Se ha observado que el paciente, ante el desconocimiento del pronóstico, puede tomar decisiones personales contraproducentes para su bienestar y el de su familia. De ahí la importancia de siempre respetar el principio de autonomía.^(19,20,21,22)

Perspectiva bioética del manejo del dolor causado por cáncer

El paciente con cáncer de próstata experimenta diferentes síntomas durante la progresión de la enfermedad. Desde el diagnóstico, el dolor es el problema de más difícil control y mayor frecuencia en los reportes de calidad de vida. En el intento de paliar los síntomas se deben considerar y respetar todos los principios éticos antes descritos, especialmente los de justicia y autonomía. El equipo médico debe utilizar los recursos desarrollados para ofertarle al paciente el máximo confort y calidad de vida posibles con la premisa de respetar las preferencias y valores del paciente.⁽²¹⁾

El uroncólogo necesita entrenamiento en el manejo de la terapia analgésica escalonada para debatir su uso con un paciente con dolor por cáncer y poder instruir el uso de combinación de analgésicos, antiinflamatorios y en ocasiones opioides. En la población latina las costumbres y arraigos mantienen mitos e historias asociados al uso de morfina. Esto predice el frecuente rechazo de su utilización, aun cuando no existe control del dolor.

En el personal de la salud, sin previo entrenamiento en enfermedades crónicas y avanzadas, se puede comprobar desconocimiento hoy en día. La indicación temprana de todos estos fármacos, para el alivio del dolor y mejora de la calidad de vida en la entrevista con pacientes y familiares, constituye en la actualidad uno

de los principales conflictos éticos a resolver en las unidades de oncohematología.⁽²²⁾

Los nuevos paradigmas científicos en oncología deben ser paralelos a que en la formación del nuevo uroncólogo no solo se obtengan estos conocimientos, sino también una importante comprensión de la Bioética y las Humanidades para poder enfrentar los nuevos dilemas éticos relacionados que se presentarán en la práctica clínica habitual.

Respuesta a conflictos en la entrevista del paciente con CP

En la entrevista del paciente con c se identifican valores en conflicto con su bienestar frente al tratamiento de la enfermedad y contra su autonomía en complicidad previa con figuras parentales. La familia paternalista no consulta con el paciente si desea o no el tratamiento para el CP, y en lugar de esto decide por él.

Otro aspecto a valorar es la decisión del propio paciente sobre los efectos del tratamiento, que a pesar del pronóstico de la enfermedad, se pueda afectar alguna función orgánica de gran relevancia o con prioridad como la fertilidad o sexualidad. La complicidad con familiares, incluso con el paciente, atentan contra otro de los principios de la Bioética: la no maleficencia. En este sentido, el médico se ve imposibilitado de promover el bien del paciente y desestima así el tratamiento adecuado para el control de la enfermedad.^(22,23,24)

El uroncólogo debe ejecutar las acciones recomendadas internacionalmente para el manejo de pacientes con cáncer de próstata y según lo establecido por el código de ética vigente en su institución. Esto le permitiría discernir entre las dos líneas principales a ejecutar: 1) complicidad con los hijos o familiares y ocultarle sobre el CP al enfermo para evitarle un sufrimiento innecesario, o 2) respetar el derecho al conocimiento y la autonomía del paciente para permitirle participar en la toma de decisiones en el tratamiento de su enfermedad.⁽²⁴⁾

El paciente, respaldado por la ley, tiene el derecho constitucional de conocer su procedimiento diagnóstico para el CP, a pesar de la decisión de sus familiares. Debe

discutir con su médico de cabecera el tratamiento y posibles complicaciones y tiene el derecho de no soportar dolor por decisiones de otros, o suya por desconocimiento o temores infundados.

Debe realizarse una entrevista de carácter informativo y cordial donde se ofrezcan opciones, siempre que existan, para mejorar su calidad de vida. La entrevista con el enfermo de CP debe transcurrir en un ambiente de confianza y conocimiento de los límites de entre la verdad y lo legal. Se deben respetar los derechos de pacientes, el médico y los familiares. Esta derivaría en la confianza necesaria para el éxito del tratamiento.^(22,23,24)

Resulta imprescindible identificar las dudas con respecto al tratamiento y a la enfermedad, brindar toda la información requerida por los demandantes. En este caso, el enfermo y su pareja deben disponer de tiempo para discutir las opciones terapéuticas en el grupo. Resulta de vital importancia respetar la decisión del paciente y sus familiares respecto a la aceptación del diagnóstico, el tratamiento, sus riesgos y posibles complicaciones.

En resumen, el manejo de los problemas psicosociales asociados al cáncer de próstata por parte del grupo multidisciplinario de urooncología con el paciente y sus familiares debe contemplar los principios básicos de la bioética en cáncer. El respeto a la autonomía del paciente, la no maleficencia y la justicia al seleccionar el tratamiento adecuado para el control de la enfermedad representan los aspectos éticos relacionados con el manejo de síntomas, el tratamiento y sus complicaciones en la entrevista con el paciente con cáncer de próstata.

Estos aspectos éticos durante el diagnóstico y tratamiento del paciente con cáncer de próstata deben ser objetivos importantes en el programa de formación y adquisición de habilidades de las especialidades médicas involucradas en la atención del paciente con cáncer.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud Pública/Dirección Nacional de Estadística (Cuba). Anuario estadístico de salud. La Habana: MINSAP/DNE; 2018 [acceso 12/01/2021]. Disponible en: <https://temas.sld.cu/estadisticassalud/publicaciones-2/anuario-estadistico-de-salud/>
2. Mohler JL, Antonarakis ES, Armstrong AJ, D'Amico AV, Davis BJ, Dorff T, et al. Prostate Cancer, Version 2.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2019 [acceso 12/01/2021];17(5):479-505. Disponible en: <https://jncn.org/view/journals/jncn/17/5/article-p479.xml>
3. Gracia Guillén D. Una entrevista. Bioet complut. 2017 [acceso 12/01/2021];32(1):3-9. Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/137-2017-12-21-Revista,2032.pdf>
4. Lizon Giner A, González Barón M. Bioética y cáncer. En: Cortés-Funes H, Colomer Bosch R, editores. Tratado de Oncología. 1a ed. Barcelona: Publicaciones Permanyer; 2009 [acceso 27/10/2020]: vol 1 p. 457-75. Disponible en: <http://www.seom.org/seomcms/oncologicaespana/libroblanco.pdf>
5. Aguilar Fleitas B. Medicalización de la vida. Rev Urug Cardiol. 2015 [acceso 27/10/2020];30(3):262-7. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202015000300003&lng=es
6. García Gual C, Lara Nava D, López Férez JA, Cabellos Álvarez B, editores. Tratados hipocráticos vol. 5. Madrid: Gredos; 1983 [acceso 12/01/2021]. Disponible en: https://www.academia.edu/22718973/TRATADOS_HIPOCRATICOS_GREDOS
7. López Barreda R. Modelos de análisis de casos en ética clínica. Acta Bioethica. 2015 [acceso 12/01/2021];21(2):281-90. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v21n2/art14.pdf>
8. Páez Moreno R. La riqueza del principio de no maleficencia. Cir Gen. 2011 [acceso 28/11/2020];33(Suppl 2):178-85. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/medigraphic.cgi?IDARTICULO=30964>

9. Duharte D, Robinson F, Reyes J, Salgado M, Ramos M. Reflexiones acerca de la verdad en el contexto médico. Rev Inf Cient. 2015 [acceso 12/01/2021];92(4):909-19. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/209/1167>
10. Llorens Figueroa JA. Ética y educación en los servicios de salud. Rev Cubana Salud Pública. 2006 [acceso 23/12/2020];32(4):1-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0864-34662006000400013&lng=es
11. Da Luz KR, de Oliveira MA, Schmidt PH, Devos DV, Tomaszewski-Barlem J, da Rosa J: Problemas éticos vividos por enfermeros oncológicos. Rev Latino-Am Enfermagem. 2015;23(6):1187-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0098.2665>
12. Feito Grande L. Fundamentos de Bioética, de Diego Gracia. Bioética & Debat. 2011 [acceso 27/10/2020];17(64):8-11. Disponible en: <http://Dialnet-FundamentosDeBioetica-6080124.pdf>
13. Peiró G, Sánchez PT. La verdad soportable. Comunicación del diagnóstico de cáncer. Cuadernos Monográficos Psicobioquímica. 2012 [acceso 23/12/2020];1:5-12. Disponible en: www.psicobioquimica.org/cuadernos.html
14. Pantaleón Díaz M. Ausencia de consentimiento, defecto de información y responsabilidad médica: perspectivas penal y civil. Diario La Ley. 11 Oct 2018 [acceso 23/12/2020]; Doctrina. Disponible en: <http://Downloads/MPD-ConsentimientoinformadoLaLey.pdf>
15. Velasco Sanz T. Voluntades anticipadas y consentimiento informado en Medicina Intensiva. Rev Bio Der. 2020 [acceso 12/01/2021];48:41-59. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/28967/31048>
16. Shah P, Thornton I, Turrin D, Hippskind JE. Informed Consent. 2020 Aug 22. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 [acceso 12/01/2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430827/>
17. Martínez VM, Olmos A. De la autonomía personal al consentimiento informado y las voluntades anticipadas. Bol Mex Der Comp. 2016 [acceso

- 12/01/2021];49(145). Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php.S0041-86332016000100004>
18. Barrio-Cantalejo IM, Simón-Lorda P, Molina-Ruiz A, Herrera-Ramos F, Martínez-Cruz E, Bailon-Gómez RM, et al. Stability Over Time in the Preferences of Older Persons for Life-Sustaining Treatment. *J Bioeth Inq*. 2013; 10(1):103-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11673-012-9417-4>
19. Forouzi MA, Tirgari B, Hossein Safarizadeh M, Jahan Y. Spiritual Needs and Quality of Life of Patients with Cancer. *Indian J Palliat Care*. 2017; 23(4):437-44. DOI: http://dx.doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_53_17
20. Molina Villaverde R. El paciente oncológico del siglo XXI: maridaje terapéutico Nutrición-Oncología. *Nutr Hosp*. 2016 [acceso 30/08/2020];33 (supl 1):174. Disponible en <http://scielo.isciii.es/0212-16112016000700002>
21. Instrumento de Ratificación del Protocolo adicional al Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina sobre el trasplante de órganos y de tejidos de origen humano. Consejo de Europa. Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina. BOE. 2015 [acceso 30/08/2020];25(1):6977-85. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/ai/2015/01/24/>
22. Potter Van R. Humility with responsibility; a bioethics for oncologists. *Cáncer Res*. 1975 [acceso 12/01/2021];35:2297-8. Disponible en: <https://cancerres.aacrjournals.org/content/canres/35/9/2297.full.pdf>
23. Domínguez Cruz M. Consideraciones éticas para el cuidado de pacientes con dolor por cáncer en la comunidad. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2019 [acceso 30/08/2020];35(4):e1106. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php0864-21252019000400014>
24. Sajid S, Mohile SG, Szmulewitz R, Posadas E, Dale W. Individualized decision-making for older men with prostate cancer balancing cancer control with treatment consequences across the clinical spectrum. *Semin Oncol*. 2011;38:309-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.1053/j.seminoncol.2011.01.011>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.