

VII.— ATENCIÓN AL PACIENTE CANCEROSO EN PRIMER PLANO:

Se requiere educar al público, creando un sentido del mantenimiento de la salud junto con prácticas de prevención de enfermedades. La actividad específica de la enfermera, es la educación al público, enseñando como deben de buscarse los primeros signos de cáncer. Si el público comprende el factor tiempo en relación con el diagnóstico precoz de cáncer y llegue a percatarse de que el cáncer en sus primeras fases suele ser curable, y así mediante un diagnóstico y tratamiento precoces, podría reducirse la frecuencia y gravedad de esta enfermedad.

Cuando se establece un diagnóstico indudable de cáncer se inicia el tratamiento. El diagnóstico se basa en las citologías, radiografías, estudios con isótopos radiactivos, biopsias, observaciones y exámenes visuales directos. El tratamiento depende de la edad del paciente, de su estado físico en general y de salud en otros aspectos, del tipo de tumor, de su etapa y el grado de desarrollo. Las principales medidas de tratamiento, consisten en: Cirugía, radioterapia y la quimioterapia, que pueden emplearse aisladamente o combinarse entre sí. La naturaleza y la energía del tratamiento dependen del pronóstico, en las etapas avanzadas suelen preferirse medidas paliativas, pero cuando el diagnóstico es suficientemente precoz, se emprende un tratamiento radical que con frecuencia altera al concepto propio del paciente en las áreas de su fisiología, psicología, relación social y contacto profesional.

Se buscará reducir los inconvenientes o los problemas crónicos relacionados con el tratamiento o la patología. Se logra la rehabilitación respetando y valorando la importancia de cada individuo y permitiéndole un potencial máximo. La rehabilitación puede considerarse una ayuda para que el sujeto se ayude a sí mismo, y aproveche al máximo sus posibilidades. La primera etapa de la rehabilitación es la identificación inmediata por el clínico de la enfermedad existente y en condiciones ideales, la identificación de una invalidez potencial aguda o crónica. La invalidez aguda puede considerarse como un trastorno transitorio y susceptible a corregirse; por ejemplo: se trata de reacciones psicológicas como el miedo, o fisiológicas como el dolor o la inmovilización en el período postoperatorio inmediato. Por invalidez crónica se entiende un trastorno duradero que puede corresponder a la evolución del tumor maligno o a las consecuencias del tratamiento radical, por ejemplo: una amputación o una evisceración pélvica. El papel de la enfermera se relaciona con el alivio o la supresión de la invalidez presente, tratando

de corregir su efecto sobre las posibilidades de recuperación del paciente, o incluso descartar una invalidez crónica que podría obedecer a una atención deficiente.

Aunque en rigor la rehabilitación debe iniciarse desde el momento del diagnóstico, la función de la enfermera al respecto empieza antes de que se confirme el diagnóstico de cáncer.

Tanto la familia como el paciente debe ajustarse a la idea de un posible tratamiento radical o paliativo, el respeto y simpatía que demuestre la enfermera en su trato, aumenta la posibilidad de ese ajuste.

INTERVENCION DE LA ENFERMERA:

Tiene la enfermera que iniciar una rehabilitación emocional para poder ayudarle a una rehabilitación física, tratar de lograr más canales de comunicación con el paciente, ya que sufren una disminución de su autoestimación y una alteración de su imagen corporal y afectiva. Entre las medidas empleadas para tratar de reconstruir su imagen:

- 1.—Tomar el tiempo de escucharlo realmente.
- 2.—Ayudar a su independencia tratando de que interviniera activamente en su propia atención, para ello se le piden sugerencias acerca de cómo realizar su atención y respetar sus ideas.
- 3.—Contestar con honestidad a sus preguntas.
- 4.—Reducir sus molestias fisiológicas, estableciendo un horario diario que sea de su conveniencia.
- 5.—Idear medidas creativas, como: colocar un comprimido de aspirina, polvo de yogur o levadura en la bolsa de colostomía para absorber el olor.
- 6.—Recurrir a diversiones variadas, mediante la ayuda del terapeuta ocupacional.

ACEPTACION:

La atención de enfermería consiste fundamentalmente pasar más tiempo con el paciente, restaurar su propia estimación por exaltación de la persona por parte de la enfermera, terapéutica de diversión y una actitud positiva que logra intaurar esperanzas verdaderas.

RELACIONES ENTRE TIEMPO, PROTECCION Y DISTANCIA:

EL TIEMPO: Se traduce por la importancia de lograr un diagnóstico precoz del tumor de iniciar pronto el tratamiento, y de lograr así muchas curaciones. La enfermera está obligada a crear actitudes positivas de la salud, a enseñar y mantener la práctica de medidas preventivas diversas, y a enviar al especialista para que su estudio diagnóstico a todo individuo en el cual sospeche un cáncer.

En el momento en que se establece el diagnóstico con relación a la etapa y el grado alcanzado por el tumor, es un factor fundamental para establecer si el cáncer puede ser objeto de atención curativa, de control, restaurativa o paliativa. El tiempo supone aprovechar lo mejor posible las horas disponibles. No se trata de saber cuanto tiempo dispone el enfermo de cáncer, sino como utiliza este tiempo. No se gastan tanto tiempo en pensar en ambiciones lejanas y así aprecian mejor cada día adicional de que disponen.

LA PROTECCION: Puede considerarse como la protección contra el cáncer, a través de mantenimiento de la salud y de la prevención de las enfermedades, insistiendo en el conocimiento por el público en general de los primeros signos de cáncer, la enfermera puede aplicar los conceptos de protección al enfermo de cáncer, insistiendo en los aspectos positivos de la atención, y creando una esperanza basada en la realidad. La enfermera puede destacar las posibles esperanzas en la función del tratamiento que recibe el paciente, dejando a un lado los aspectos negativos del tratamiento e incluso su propia actitud personal negativa hacia determinadas terapéuticas, se requiere extender las medidas de protección utilizadas en las fases de desarrollo y de tratamiento inicial. El enfoque de la protección pasa de una revelación progresiva de la incapacidad ligada con la enfermedad y con el tratamiento, hasta la amplitud y realidad de las incapacidades del paciente, y de su capacidad de soportarlas.

LA DISTANCIA:

Son importantes los conceptos de proximidad física y emocional en los tres niveles de la atención. Se trata fundamentalmente de un programa de educación activo y amplio, para toda la comunidad. Cuanto más cercana sea la disponibilidad del conocimiento y la comprensión de las técnicas preventivas, más pronto puede establecerse el diagnóstico de cáncer, y mejores son los resultados del tratamiento. La distancia se transforma en proximidad respetando la privacidad. Muchas veces el enfermo de cáncer se encuentra solo porque es difícil para la enfermera establecer relación con un paciente de este tipo, la soledad aumenta los temores en el momento mismo de la vida en que más se necesita comprensión, ayuda, tener quien lo escuche, e incluso tal vez manifestar esperanzas y temores respecto al futuro. Naturalmente hay momento en que el paciente canceroso debe permanecer solo con sus pensamientos para hacer planes para un futuro que quizá nunca alcance. Cuanto menor sea la "distancia" entre la enfermera y el paciente canceroso, mejores serán su comprensión y simpatía. La distancia significa la relación entre la influencia del paciente sobre las medidas de ayuda, de restauración o paliativas, junto con la actitud indisciplinaria para satisfacer las necesidades especiales del caso.

La edad, la experiencia, el sexo, la personalidad y el aspecto tanto del paciente como el de la enfermera, son los factores de dicha respuesta y el mensaje que llega al paciente.

La enfermera llegará a cumplir con su obligación a largo plazo para con el enfermo de cáncer, si respeta las siguientes líneas generales:

- 1.— Ayudar al paciente a expresar sus sentimientos.
- 2.— Ayudar a que se percate de su condición real.
- 3.— Evitar los falsos consuelos.
- 4.— Orientar a la familia a comprender los sentimientos del paciente, y a expresar los propios.
- 5.— Colaborar con el paciente a formarse una idea realista del futuro.

CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON CANCER.

La enfermera y el paciente de cáncer: La enfermera es un miembro importante de cualquier equipo de lucha contra el cáncer. En el hospital es complemento necesario junto a la del cirujano, radiólogo y médico internista. Dentro de la comunidad, como especialista en Salud Pública, por la regular visita al canceroso que está en tratamiento en el hogar. Directa o indirectamente, su conocimiento e influencia complementan el plan de acción del médico para el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación o la asistencia terminal de las víctimas del cáncer.

La esperanza de curación maligna depende del tratamiento de la neoplasia antes que su diseminación anule toda posibilidad de extirparla. Ello significa que el tratamiento deberá instituirse tan pronto como sea posible después de haber descubierto la neoplasia, pero también deberá entenderse que en algunos pacientes, incluso en ese momento, el tumor puede haberse diseminado, lo que haría imposible la curación con los métodos actuales de terapéutica. Se ha logrado rápido progreso en la educación y orientación al público respecto a las consecuencias peligrosas de los tumores no tratados. La enfermera inteligente es uno de los agentes más eficaces para extender dicha información. No pocas veces sus pacientes o sus amigos le preguntarán acerca de "una masa que se ha formado", o de pérdida rápida de peso con cada vez mayor indigestión.

Para contestar dichas preguntas deberá recordar que varios síntomas y signos sugieren enfermedad maligna; a saber: hinchazón por lo general sin dolor, que cada vez es mayor; aparición anormal de sangre, procedente de estómago, intestino u órganos pélvicos; pérdida de peso; indigestión, que progresa lentamente; úlcera que no cicatriza. Si estos síntomas aparecen en una persona que ya pasó de mediana edad, sugieren especialmente cáncer, pues éste aparece con mayor frecuencia en ese período de la vida.

El tratamiento temprano es la única forma de curación, y por ello la enfermera deberá urgir al examen inmediato por un médico. El diagnóstico se confirma por medio de biopsia, pruebas citológicas, endoscopia, radiografías o exámenes sanguíneos.

La responsabilidad de la enfermera comienza en las primeras etapas del descubrimiento del cáncer, y progresa con las siguientes funciones:

- 1.— Acompañar y estimular al paciente sometido a pruebas diagnósticas.
- 2.— Reconocer sus necesidades psicológicas y espirituales.
- 3.— Ayudar cuando se efectúen tratamientos de la neoplasia en sí.
- 5.— Asistencia en la rehabilitación y convalecencia.
- 6.— Asistencia en la vigilancia ulterior de todos los cancerosos tratados.
- 7.— Coabrar con el equipo de salud a reunir datos para investigación.
- 8.— Asistencia en el planeamiento para el cuidado de individuos cuya enfermedad no ha terminado.

En la asistencia de cancerosos, la enfermera advierte que al grupo al que ella pertenece nunca está limitado a cirujano, paciente y enfermera, sino que suele incluir trabajadora médica social, nutrióloga, terapeuta ocupacional y fisioterapeuta, psiquiatra y sacerdote. Además y sobre todo, no se puede ignorar el hecho que la familia del paciente tiene un papel importante.

ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA ASISTENCIA DEL PACIENTE DE CANCER.

EL ENFOQUE OPTIMISTA:

Una vez establecido el diagnóstico de cáncer, manera eficaz y cómoda de aceptar el mal es vivir plenamente para el presente. Hacer proyectos para el futuro añade dudas y temores; planear y vivir cada día según llega, proporciona medios tangibles de lograr algo. El paciente, con ese criterio se percata de que aún está entre los vivos y tiene la sensación de mayor duración de su vida. Lo opuesto es valioso si el punto de referencia se proyecta para un año a partir del momento actual; la vida a mayor distancia en el tiempo, se mira acortada y limitada. Puede ser útil incluso dividir el propio tiempo en periodo de días separados por las visitas al médico; estas unidades de tiempo son lapsos que el paciente puede apreciar y distribuir.

El médico responsable del canceroso y los parientes toman la decisión en cuanto a si el paciente debe saber o no que tiene cáncer. Todas las preguntas que se originen a este respecto deben dirigirse al médico. Corresponde a la enfermera saber por el médico la información que él ha dado al paciente y a su familia.

La manera en que el paciente acepte la noticia de que sufre cáncer, suele depender de su filosofía de la vida y de sus conceptos de vida y muerte. La mayor comodidad puede ser el consuelo espiritual. La enfermera debe hacer todo lo posible para contar con recursos espirituales que muy probablemente satisfagan las necesidades individuales.

La perspectiva de un avance definitivo en el tratamiento cada día está más cercano. Mañana podría ser el día en que haya solución importante en el tratamiento de muchos tipos de cáncer.

En la terapéutica moderna del cáncer a menudo la cirugía y radiación extensas producen alteraciones como desfiguración o mutilación, que no raramente soporta el paciente. Los problemas creados suelen ser casi abrumadores. Empiezan antes de la operación, cuando surge la pregunta de lo mucho que habrá que decirle al paciente acerca de los detalles de su enfermedad y su operación; ello se enfocará de modo diferente para cada paciente. Tal vez lo mejor sea que la enfermera no divulgue los detalles del diagnóstico y el tratamiento.

La adaptación necesaria a las medidas terapéuticas para el cáncer debe empezar desde el preoperatorio. Los enfermos sienten en particular la necesidad de apoyo y tranquilidad para tener confianza en la habilidad del cirujano y el medio hospitalario.

Cuando el paciente se somete a cirugía con una sensación de esperanza y confianza, pueden anticiparse resultados excelentes desde el punto de vista psicológico. Sin embargo, si se somete a cirugía convencido de que la operación va a ser dolorosa, deformante y mutilante, es casi seguro que en el postoperatorio mostrará depresión y notable sensación de debilidad. Los síntomas postoperatorios de depresión pueden ser trastornos del sueño, anorexia y otras manifestaciones que quizá persistan por un período indefinido. Por la depresión, los cancerosos pueden pensar que hay hostilidad por parte de la enfermera, médicos y ayudantes.

Aun cuando no culpe directamente al médico, a menudo el paciente le considera en forma inconsciente, la persona que lo lesionó; por lo tanto, puede aparecer resentimiento, en particular hacia las enfermeras en el medio inmediato, las trabajadoras sociales e incluso los miembros de la familia. A menudo los síntomas demandan mayor atención. La enfermera debe reconocer esta actitud como parte normal del fenómeno de recuperación y trabajar a pesar del enojo y resentimiento, para hacer que el paciente adopte una actitud más normal.

En otros casos, los pacientes pueden sumirse en la melancolía, y con ella, sentirse inermes. Esta ansiedad suele hacer que el paciente se oriente a otra persona en busca de ayuda, consejo, consuelo y tranquilidad. Este estado suele ser sólo pasajero, y la enfermera lo más cercana, de quienes lo cuidan, puede ser de incalculable valor durante este período de la rehabilitación. Bondad y amabilidad dan al paciente la seguridad que necesita.

La enfermera entre todo el personal médico, tiene el contacto más íntimo y constante con el enfermo durante su hospitalización. Por lo

tanto, es la persona a quien él se orienta más a menudo en busca de amabilidad y apoyo durante el periodo postoperatorio inmediato. Si la enfermera es capaz de satisfacer estas necesidades, no sólo aliviarán la depresión y la ansiedad, sino que también el individuo modificará el concepto de su experiencia en el hospital.

Para resumir, la psicología del canceroso es la persona que se enfrenta a una lucha fundamental con seguridad y valor personal. La enfermera está en una posición muy ventajosa para ayudarla en sus esfuerzos por vencer la depresión y la ansiedad y recuperar la función normal después de la cirugía.

GRAVEDAD DEL PRONOSTICO:

¿Qué pasa por la mente de un individuo con enfermedad mortal? Cuáles son sus esperanzas y temores? Qué tanto se acercan por intuición, sus sospechas a la verdad de la situación? Y si sospecha la verdad, ¿por qué mecanismos psicológicos se salva de la desesperación? ¿Qué tan específicamente y con cuánto detalle deberá informársele respecto a su enfermedad y el probable pronóstico?

Si exige información detallada de su estado y una estimación real en cuanto a su pronóstico, ¿deberán otorgársele? Qué debe decirse a su familia? Cuáles son las responsabilidades de la enfermera en cuanto a informar sobre el diagnóstico y el pronóstico a la familia del paciente?

A estas otras preguntas semejantes se enfrentan regularmente médicos y enfermeras responsables del tratamiento de enfermos graves. Algunas de ellas podrán ser contestadas sin equivocación, con grado razonable de certeza y sin reservas importantes, mientras que otras, lo cual dependerá del criterio personal del médico, la familia y el estado socioeconómico del paciente en particular, podrán contestarse con generalizaciones que, aunque básicamente valederas, se presentan a diversidad de interpretaciones.

En primer lugar, respecto a la relación enfermera-paciente y enfermera-familia, podemos decir que cualquier información que deba darse respecto al diagnóstico, esté o no definitivamente establecido, nunca deberá ser proporcionada por la enfermera al paciente o a su familia, excepto cuando así se haya planeado en pláticas con el médico tratante. De la misma manera, cualquier pronóstico ofrecido por la enfermera deberá ser precisamente tan específico como el del médico, y no más. Por último todo comentario hecho por la enfermera y que tenga repercusión en las probables connotaciones del diagnóstico, el pronóstico o el tratamiento, deberá ser prudente y apegado a los planes e intenciones del médico, ya conocidos. Se justifica la insistencia en este respecto, pues nada destruye más confianza y el ánimo que una impresión de desorganización, y nada amenaza más el éxito del tratamiento que la confusión y desconfianza en la mente del paciente. Evidentemen-

te todas las afirmaciones y actos de la enfermera deberán calcularse para darle un matiz de optimismo; sea cual sea la gravedad de la situación o lo deprimente del pronóstico, ella puede brindar una gran dosis de estímulo sin excederse de los límites de la realidad o de sus responsabilidades profesionales.

En quienes sufren la enfermedad mortal operan normalmente mecanismos psicológicos de protección, con resultados excelentes, pues son muy pocos los pacientes de esta índole que sufren ansiedad o depresión agudas, incluso cuando no hay duda que es inminente el desenlace. La índole precisa de estos mecanismos probablemente difiera con los individuos y las circunstancias. En el paciente la conversión de la voluntad de vivir en la aceptación completa de la idea de morir, incluso el deseo de morir, puede ser un aspecto de ese fenómeno de adaptación psicológica de las enfermedades duraderas y dolorosas, aunque en la mayor parte de los casos no hay manifestación alguna de morir. Por lo contrario, todo sugiere que el deseo de vivir persiste con gran tenacidad, excluyendo del terreno consciente toda idea de muerte.

El problema en cuanto al grado en que el médico y enfermera están justificados para fomentar este optimismo falso, pero beneficioso o, por otra parte, aclarar los malentendidos del paciente, es mucho menos difícil en la práctica de lo que pudiera parecer. Los pacientes se percatan del pronóstico desfavorable mucho antes de lo que se hubiera esperado (de hecho, casi tan pronto como aparecen sus características mortales) probablemente por la tranquilización que reciben de ahí en adelante carece de la convicción original.

Sin embargo, suponiendo que esté satisfecho con la atención profesional de su caso, tan pronto como reconoce la verdad de la situación deja de hacer preguntas insistentes acerca de las probabilidades precisas y su tensión se centra en problemas completamente diferentes, o que están relacionadas solo en forma indirecta con su aflicción personal. Rara vez un individuo en estas circunstancias pide contestación categórica respecto al pronóstico si espera una respuesta desfavorable. El interés en la enfermedad en sí sigue siendo evidente y vivido, pero su connotación es quizá de índole un poco más académica. Las manifestaciones de la enfermedad pueden ser cada vez más absorbentes para él pero no muestra inclinación patente de su parte para comentar el significado verdadero.

Por lo tanto pocas veces, el médico o la enfermera se encuentra ante el dilema de que tanto decir de la trágica verdad, pues rara vez se les preguntará. Empero, algún paciente ocasional persiste en su interrogatorio, con razones lógicas, quizá pensando en sus planes de negocios o en las obligaciones familiares. En estas circunstancias, algunos médicos pueden sentirse justificados para ofrecer una valoración completa y detallada del caso, con conclusiones en términos definitivos. El resultado ocasional de esta decisión es un derrumbamiento completo e inesperado del estado de ánimo del paciente.

Por supuesto, deberá tenerse al corriente de la situación a los miembros de la familia del paciente y a los allegados que necesiten información explícita, y por lo menos a un miembro de los parientes cercanos deberá advertirse de las probabilidades. Si se hace, de ninguna manera están justificados los comentarios "inocentes" en cuanto al pronóstico, con las víctimas de enfermedad incurable. El optimismo, sincero o falso, ha de reforzarse, no destruirse, para servir al objetivo humano de asistir a un paciente.

CUIDADO TERMINAL DE ENFERMERIA:

El aspecto más importante en el cuidado del paciente incurable es proporcionarle óptimos cuidados de enfermería. Los cambios frecuentes de ropa de cama, la limpieza y conservar al individuo abrigado y sin frío son medidas de comodidad que pueden aliviar mucho el dolor. Durante la asistencia, probablemente el estado de urgencia más frecuente que la enfermera debe anticipar, es la hemorragia por erosión de los vasos sanguíneos por el cáncer, la necrosis secundaria o el esfacelo tisular después de la radiación. (En ocasiones la enfermera puede dominar el sangrado por medio de presión digital).

El canceroso deberá estar activo y deambular en la medida de lo posible; sin embargo la enfermera deberá advertir al momento en que no debe levantarse del lecho.

La anorexia es el principal factor que impide conseguir y conservar un buen estado nutricional. Las necesidades alimenticias varían según la localización del tumor. Por ejemplo: Las necesidades de un paciente de cáncer de estómago, pueden ser muy diferentes a las del paciente con cáncer hepático o pulmonar. Hay que impedir la deshidratación y el desequilibrio de electrolitos, por corrección del ingreso y excreción inadecuado de líquidos.

Se ha demostrado que el hogar es el sitio más indicado para el cuidado de estos pacientes, por varias causas; el canceroso está en un medio conocido y puede ver a sus amigos y familiares. Muchas veces puede ocuparse en uno de los quehaceres domésticos, y por ello sentir que está ayudando. Disminuye la carga económica de la familia, la cual está al tanto de lo que sucede con él, cosa totalmente distinta cuando está hospitalizado. Es más probable que en el hogar el paciente continúe con sus pasatiempos, por ejemplo: cuidar peces tropicales, construir un jardín, y muchas otras formas de entretenimiento, gran parte de la responsabilidad de la asistencia se deposita en la familia. La enfermera y el médico pueden ayudarles mucho a hacer la adaptación más fácil. Para los pacientes sin hogar, deberá buscarse el mejor ambiente substitutivo que haya. La enfermera amable y comprensiva puede ayudar al paciente a ponerse en contacto con gente u organismos adecuados para la solución de sus problemas sociales y económicos.

te todas las afirmaciones y actos de la enfermera deberán calcularse para darle un matiz de optimismo; sea cual sea la gravedad de la situación o lo deprimente del pronóstico, ella puede brindar una gran dosis de estímulo sin excederse de los límites de la realidad o de sus responsabilidades profesionales.

En quienes sufren la enfermedad mortal operan normalmente mecanismos psicológicos de protección, con resultados excelentes, pues son muy pocos los pacientes de esta índole que sufren ansiedad o depresión agudas, incluso cuando no hay duda que es inminente el desenlace. La índole precisa de estos mecanismos probablemente difiera con los individuos y las circunstancias. En el paciente la conversión de la voluntad de vivir en la aceptación completa de la idea de morir, incluso el deseo de morir, puede ser un aspecto de ese fenómeno de adaptación psicológica de las enfermedades duraderas y dolorosas, aunque en la mayor parte de los casos no hay manifestación alguna de morir. Por lo contrario, todo sugiere que el deseo de vivir persiste con gran tenacidad, excluyendo del terreno consciente toda idea de muerte.

El problema en cuanto al grado en que el médico y enfermera están justificados para fomentar este optimismo falso, pero beneficioso o, por otra parte, aclarar los malentendidos del paciente, es mucho menos difícil en la práctica de lo que pudiera parecer. Los pacientes se percatan del pronóstico desfavorable mucho antes de lo que se hubiera esperado (de hecho, casi tan pronto como aparecen sus características mortales) probablemente por la tranquilización que reciben de ahí en adelante carece de la convicción original.

Sin embargo, suponiendo que esté satisfecho con la atención profesional de su caso, tan pronto como reconoce la verdad de la situación deja de hacer preguntas insistentes acerca de las probabilidades precisas y su tensión se centra en problemas completamente diferentes, o que están relacionadas solo en forma indirecta con su aflicción personal. Rara vez un individuo en estas circunstancias pide contestación categórica respecto al pronóstico si espera una respuesta desfavorable. El interés en la enfermedad en sí sigue siendo evidente y vivido, pero su connotación es quizá de índole un poco más académica. Las manifestaciones de la enfermedad pueden ser cada vez más absorbentes para él pero no muestra inclinación patente de su parte para comentar el significado verdadero.

Por lo tanto pocas veces, el médico o la enfermera se encuentra ante el dilema de que tanto decir de la trágica verdad, pues rara vez se les preguntará. Empero, algún paciente ocasional persiste en su interrogatorio, con razones lógicas, quizá pensando en sus planes de negocios o en las obligaciones familiares. En estas circunstancias, algunos médicos pueden sentirse justificados para ofrecer una valoración completa y detallada del caso, con conclusiones en términos definitivos. El resultado ocasional de esta decisión es un derrumbamiento completo e inesperado del estado de ánimo del paciente.

Por supuesto, deberá tenerse al corriente de la situación a los miembros de la familia del paciente y a los allegados que necesiten información explícita, y por lo menos a un miembro de los parientes cercanos deberá advertirse de las probabilidades. Si se hace, de ninguna manera están justificados los comentarios "inocentes" en cuanto al pronóstico, con las víctimas de enfermedad incurable. El optimismo, sincero o falso, ha de reforzarse, no destruirse, para servir al objetivo humano de asistir a un paciente.

CUIDADO TERMINAL DE ENFERMERIA:

El aspecto más importante en el cuidado del paciente incurable es proporcionarle óptimos cuidados de enfermería. Los cambios frecuentes de ropa de cama, la limpieza y conservar al individuo abrigado y sin frío son medidas de comodidad que pueden aliviar mucho el dolor. Durante la asistencia, probablemente el estado de urgencia más frecuente que la enfermera debe anticipar, es la hemorragia por erosión de los vasos sanguíneos por el cáncer, la necrosis secundaria o el esfacelo tisular después de la radiación. (En ocasiones la enfermera puede dominar el sangrado por medio de presión digital).

El canceroso deberá estar activo y deambular en la medida de lo posible; sin embargo la enfermera deberá advertir al momento en que no debe levantarse del lecho.

La anorexia es el principal factor que impide conseguir y conservar un buen estado nutricional. Las necesidades alimenticias varían según la localización del tumor. Por ejemplo: Las necesidades de un paciente de cáncer de estómago, pueden ser muy diferentes a las del paciente con cáncer hepático o pulmonar. Hay que impedir la deshidratación y el desequilibrio de electrolitos, por corrección del ingreso y excreción inadecuado de líquidos.

Se ha demostrado que el hogar es el sitio más indicado para el cuidado de estos pacientes, por varias causas; el canceroso está en un medio conocido y puede ver a sus amigos y familiares. Muchas veces puede ocuparse en uno de los quehaceres domésticos, y por ello sentir que está ayudando. Disminuye la carga económica de la familia, la cual está al tanto de lo que sucede con él, cosa totalmente distinta cuando está hospitalizado. Es más probable que en el hogar el paciente continúe con sus pasatiempos, por ejemplo: cuidar peces tropicales, construir un jardín, y muchas otras formas de entretenimiento, gran parte de la responsabilidad de la asistencia se deposita en la familia. La enfermera y el médico pueden ayudarles mucho a hacer la adaptación más fácil. Para los pacientes sin hogar, deberá buscarse el mejor ambiente substitutivo que haya. La enfermera amable y comprensiva puede ayudar al paciente a ponerse en contacto con gente u organismos adecuados para la solución de sus problemas sociales y económicos.