

ANALES MEDICOS

Volumen
Volume 46

Número
Number 4

Octubre-Diciembre
October-December 2001

Artículo:

Medicina paliativa en pacientes en fase terminal

Derechos reservados, Copyright © 2001:
Asociación Médica del American British Cowdray Hospital, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



www.medicigraphic.com



Medicina paliativa en pacientes en fase terminal

Joaquín Ocampo Martínez*

RESUMEN

En este trabajo se hacen algunas reflexiones acerca del uso de la medicina paliativa en los pacientes que se encuentran en fase terminal. Todo ello en el marco de la responsabilidad moral del equipo de atención a la salud, en cuanto a la necesidad de atender al paciente en función de su propio interés, del respeto a sus derechos morales y persiguiendo siempre el objetivo fundamental de la medicina, que es la procuración del bienestar físico-mental y social de los individuos, considerando, entre otras cosas, que la búsqueda del bienestar humano como valor moral tiene su fundamento ético en la filosofía de la Antigüedad clásica.

Palabras clave: Bioética, ética médica, deontología médica, medicina paliativa.

Aunque la muerte humana es un fenómeno cotidiano, y mientras que en muchas sociedades de pensamiento no occidental se acepta al hombre y a su muerte como algo inevitable,¹ en la sociedad occidental existe la tendencia a evadir todo aquello que conlleve pensar en la propia muerte, quizá ante la fantasía de que la ciencia contemporánea todo lo puede, o simplemente porque nadie deja de lamentar el fin de una vida de relación con el mundo, por todo lo gratificante y constructivo que ésta puede tener, sobre todo cuando se está sano o aún padeciendo alguna enfermedad tolerable y controlada.

Es en Occidente en donde las conductas y actitudes hacia el morir por parte de la familia del sujeto involucrado, del equipo de atención a la salud y del propio sujeto, han ido adquiriendo nuevos matices en la medida en que se ha desarrollado el conocimiento biomédico, ha progresado la técnica y se ha manifestado una paulatina

ABSTRACT

This paper refers mainly to the use of palliative medicine in terminal phase patients. It underlines the responsibility of the health team, particularly the attention to the patients in their own interests, and their moral rights, which have an ethical basis since the philosophy of Classic Greece and Rome.

Key words: Bioethics, medical deontology, palliative medicine.

pero creciente toma de conciencia sobre los Derechos Humanos y de la autonomía, bienestar y calidad de vida, como valores fundamentales, entre otros.

En diversos espacios, se ha señalado que la atención a la salud en las instituciones hospitalarias, con su técnica altamente desarrollada, ha modificado el morir humano en forma íntima. La muerte se está “hospitalizando”, porque se priva al sujeto de su vida familiar y de su espacio social, reclusándolo en clínicas y hospitales de distinto nivel de atención.²

Si bien todo esto es una realidad, también lo es que no son pocos los pacientes en fase terminal, o sus familiares, quienes desean que éste permanezca en el nosocomio hasta el último momento, con la esperanza de que la medicina basada en un saber científico siempre tendrá algo que ofrecerle, y con la convicción de que, tratándose del ámbito público, es obligación del Estado y del sector salud brindarle todo tipo de apoyo.

En las últimas cuatro décadas, el interés por abordar el cuidado de los pacientes en fase terminal se ha hecho patente en múltiples publicaciones y simposios, en el seno de los cuerpos médicos de las instituciones hospitalarias y en diversos sectores de la sociedad civil.

El morir humano puede ocurrir de diversas formas: se puede perecer por enfermedad aguda o crónica; por

* Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Recibido para publicación: 15/10/01. Aceptado para publicación: 30/10/01.

Dirección para correspondencia: Dr. Joaquín Ocampo Martínez
Brasil 33 esq. Venezuela, Centro Histórico, 06020 México, D.F.
Tels: 5623-3139, 5623-3121 y 5623-3113. Fax: 5526-3853

accidente o de manera intencionada o bien, en ciertos casos, por vejez y decrepitud, que no son enfermedades en sí mismas.

Los estados terminales son aquéllos en los que, a pesar de todas las medidas y procedimientos convencionales y extraordinarios, el enfermo no tiene ninguna posibilidad de mejoría y curación, y por lo tanto se acerca irremediabilmente al final de su existencia.

Ante esta condición, el equipo de atención a la salud debe estar consciente de que la relación profesional interpersonal está caracterizada por el respeto que inspira su investidura técnica y científica en profesiones que tienen un carácter social elevado y por lo que espera la sociedad en cuanto al cumplimiento de sus responsabilidades con el individuo y con la colectividad, en la prestación de un servicio que debe responder al mejor interés de los atendidos.⁵

Pero quizá el requerimiento más importante hacia los profesionales de la atención a la salud es que haga una planeación cuidadosa de cada una de sus acciones, reconociendo que sus potencialidades profesionales se incrementan en razón directa a su capacidad para desarrollar con éxito sus interrelaciones profesionales⁶ y que éstas, por mecanismos de realimentación social y comunitaria, reafirman el papel que la sociedad les tiene encomendado como individuos respetuosos de los Derechos Humanos.

Desde esta perspectiva, se habla de un cuidado ético al final de la vida del paciente con respecto a la responsabilidad moral del equipo de atención a la salud, fuertemente vinculada a la selección de una serie de acciones que implican aspectos científico-técnicos de las diversas áreas.

Un enfoque general para la planeación de la asistencia al enfermo en fase terminal debe partir de tres consideraciones básicas.

La primera gira en torno a la naturaleza y condición del padecimiento, a su curso probable, a las opciones médicas posibles y a la proximidad de la muerte del paciente.

La segunda se refiere a la manera como el enfermo enfrenta su condición, la vive y la experimenta, es decir, alude a la necesidad de incursionar en los aspectos objetivos del problema, a partir de los síntomas y manifestaciones del sufrimiento, el cual va mucho más allá del mero dolor físico.

La tercera consideración parte de la certeza de que el paciente es, salvo excepciones bien establecidas, un ser autónomo de cuya cosmovisión emana el sentido de la muerte, y por ello no debe retrasarla el uso desproporcionado de recursos; hay que integrar en el tratamiento los aspectos psicológicos y sociales del paciente; ayu-

darlo a vivir lo más cercanamente posible a las condiciones de cuando estaba sano; apoyar a la familia para que pueda asimilar el proceso de la enfermedad y muerte de su ser querido, reafirmando a la muerte como un hecho normal e inevitable, epílogo de la existencia que todos debemos asumir.⁶

Si bien los aspectos científico-técnicos de la medicina paliativa son de suma importancia en la atención al paciente en fase terminal, también lo son los psicosociales, cuyo objetivo es aliviar necesidades emocionales del propio paciente y en donde la familia y otros individuos cercanos a él juegan un papel central.

Por ello es sumamente importante que la paliación abarque estos aspectos, proporcionando al paciente la máxima sensación de confort, bienestar y consideración, si se es coherente con el hecho de que la salud, como ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud, desde hace medio siglo, es un estado de bienestar no sólo físico, sino también mental y social, en donde cada sujeto, y sólo él, puede establecerlo.

No se trata, desde luego, de demostrarle afecto no sentido o asumir actitudes físicas carentes de autenticidad y espontaneidad, que a lo único que contribuyen es a que el paciente crea que se siente lástima por él y que es algo que desafortunadamente propicia la baja de su autoestima en momentos difíciles. En ese sentido, a veces es mejor guardar silencio.

Es importante satisfacer sus necesidades de comunicación en las fases en que esto se requiere.⁹ Hay que hacer entrevistas claras, breves y centradas en el paciente, tratando de no engañarle y aunque en ocasiones es innecesario comunicarle toda la verdad, lo que se le informa debe corresponder a ella.¹⁰

Hay que tratar de que la muerte no sea el único tema de conversación, y no dar falsas esperanzas, inspirarle confianza y cercanía, evitando distanciamientos y evasiones que incrementen su soledad y sufrimiento, sin invadir desde luego su espacio físico y actuando con cautela, considerando el lenguaje verbal y el no verbal. Habrá que escucharlo sin inducir respuestas, respetando sus causas.⁶

Se debe estimular en el paciente, el replanteamiento de sus propias decisiones, antes de actuar en su interés.

Es inmoral, por otra parte, reprimirle en algún sentido reacciones de ira y cólera. Hay que permitirle que se exprese libre y abiertamente a través de múltiples manifestaciones, por improcedentes que éstas aparezcan.⁹

Conviene sugerir, que siempre que nos dirijamos a él, esto se haga de una manera natural, sin hablarle necesariamente en voz baja y menos haciendo inflexiones vocales lastimeras o utilizando apelativos que al paciente puedan parecerle poco dignos.

En otro orden de ideas, es claro que en la atención paliativa, como alternativa para el paciente en fase terminal, no pueden pasarse por alto ciertas cuestiones que tienen que ser resueltas en el ámbito estrictamente médico, pero también en el bioético:

¿En qué momento se deben empezar a instituir estos cuidados?

¿Cuál debe ser el criterio para no administrarlos o suspenderlos una vez instituidos?

¿Cuál es el grado de paliación, y hasta dónde es posible controlar síntomas como el dolor, sin llegar a efectos secundarios deletéreos para el paciente?¹⁴

¿Qué tan factible es establecer un tratamiento que no acelere la llegada de la muerte, pero tampoco la retarde el uso proporcionado de recursos?

¿Cuál es el límite y cuáles los indicadores?

En años recientes, el discurso bioético se ha nutrido de innumerables reflexiones y consideraciones acerca de los derechos de los pacientes en fase terminal, que derivan de los Derechos Humanos y de la consideración de que vivimos en una sociedad plural y democrática.^{11,15}

Entre ellos destacan: designar a la o las personas en quienes pueda delegar su autoridad y responsabilidad en la toma de decisiones con respecto a las propuestas médicas; el derecho a ceder o no sus órganos corporales para fines de estudio o de trasplante; expresar su voluntad respecto a las circunstancias en que ocurra su muerte, cuando esto es previsible, y que su decisión sea respetada por médicos y familiares.^{6,11-13}

El contenido de estos derechos habla de mantener hasta el final la misma dignidad y autovalor que el paciente ha demostrado en toda su vida y, por tanto, el derecho a morir con dignidad.

Estos derechos en torno a una muerte digna merecen todo el interés por parte del equipo de atención a la salud, apelando a que la medicina paliativa pretende aligerar el sufrimiento humano y a que una de las tres consideraciones antes mencionadas se refiere a la condición del paciente como ser autónomo, salvo excepciones bien delimitadas.

En este sentido, hablar de una muerte digna queda en el vacío, si no se establece claramente, en principio, qué se entiende por dignidad humana, pues el deber de que se ayude a los pacientes en fase terminal a morir dignamente es un reto que la reflexión bioética impone a la medicina contemporánea, independientemente de la especialidad médica o del ámbito donde se ejerza.⁶

Dignidad significa preeminencia. Digno es aquello por lo que algo destaca en función de su propio valor. Lo digno es aquello que reclama ser tratado con deferencia y consideración.

Morir dignamente es morir de acuerdo a lo que es propio del hombre, es decir, de acuerdo a su condición de ser inteligente, volitivo y con capacidad para dirigir su propio destino, en función de sus creencias religiosas o, en caso de no tenerlas, de las convicciones que siempre le han dado sustento a su vida y cosmovisión.

Cualidades que hace de él un ser único y que van más allá del estar vivo en términos biológicos, y de donde emerge el planteamiento de que los humanos tenemos derechos por el hecho de serlo.

Uno de esos derechos es el de morir dignamente, es decir, a fallecer tomando en cuenta las cualidades específicamente humanas, las circunstancias del propio deceso y, por lo tanto, la última voluntad del sujeto involucrado.

Esto incluye optar por la atención paliativa o por alguna forma de morir, puesto que el paciente en fase terminal ya no puede elegir entre la vida o la muerte.

Si la medicina paliativa pretende que el paciente muera con dignidad, esta paliación debe suspenderse cuando se incurra en una situación que desde ninguna perspectiva bioética es digna de un ser humano.

Si el sustento axiológico de la medicina paliativa es el mantenimiento de una vida con cierto nivel de calidad, tiene que aceptarse que el único que pueda definir ese nivel de calidad es el propio paciente o sus familiares más cercanos cuando él no está en condiciones de hacerlo, si es que no deja instrucciones anticipadas al respecto.

Por otra parte, hay que subrayar que si la medicina paliativa tiene un fundamento ético, éste emana del pensamiento clásico grecolatino de Aristóteles y Séneca resumido en la frase: no sólo se trata de vivir, sino de bien vivir.^{16,17}

Se nutre además del discurso filosófico de Epicuro, en tanto que el hombre huye del dolor y busca su bienestar,¹⁸ planteamiento que responde a la esencia misma de la medicina.

La búsqueda del bienestar es parte esencial de la dignidad humana (de lo que es propio del hombre), de ahí que la medicina y la atención a la salud en general, sean de los quehaceres humanísticos por excelencia.

Es insoslayable que los médicos aparecen en la historia de la humanidad por la necesidad de aliviar el dolor, reiterando una vez más que la salud se define como un estado de bienestar y no solamente como la ausencia de enfermedad.

En general, el sufrimiento y el malestar sólo se justifican temporalmente en aras de un bien mayor. Al respecto se podría establecer que los pacientes en fase terminal, practicantes de una religión en donde existe la creencia de que el individuo no es dueño de su vida, por ser ésta un don divino y de que hay una vida ultraterrena

plena de felicidad, pensarán que vale la pena sufrir hasta el final, puesto que su muerte es sólo una transición a esa plenitud.

Por el contrario, para el paciente que está consciente de su finitud y de que sólo hay “esta vida”, soportar un sufrimiento atroz y carente de sentido es algo indigno y, por lo tanto, acelerar su muerte representará su mayor beneficio.

En estas circunstancias, la medicina paliativa será, para los primeros, un recurso que el médico tendría la obligación de poner a su alcance, disminuyendo el sufrimiento aunque no lo suprima del todo, mientras ocurre el deceso.

Para los segundos, los cuidados paliativos sólo serán una forma de prolongar un sufrimiento innecesario, por lo tanto reclamarán del médico otro tipo de acciones.

En este sentido, si el equipo de atención a la salud está realmente consciente de que debe actuar siempre en interés del enfermo, procurando su bienestar y respetando sus derechos humanos en tanto que derechos morales, la reflexión sobre este deber, parte de dos cuestiones clave.

Por un lado, si la libertad de creencias en torno al fenómeno de la muerte y a la libertad de elegir la forma de morir, es un derecho moral inalienable que el médico tiene que respetar —puesto que representa el mayor interés del paciente— tendría que actuar en consecuencia, según el caso, aplicando medidas paliativas o no.

Por otro lado, si la vida es un derecho humano también inalienable, se tendría que admitir que para el paciente terminal, derecho a la vida, no es obligación de estar vivo, si el paciente ya no lo desea.

A esta reflexión se agrega otra no menos importante, y es la que se refiere a los miembros del equipo de atención a la salud como humanos con los mismos derechos que cualquier otro.

Esto significa que un médico, apelando a su libertad de creencia y convicciones, puede negarse o estar de acuerdo en proporcionar cuidados paliativos o medidas que aceleren la muerte a petición del paciente, según el caso.

En estos términos, el único código ético profesional posible es aquel que garantice en su contenido el respeto irrestricto a los derechos humanos de los médicos y también de los pacientes en fase terminal.

Desde esta perspectiva, los juristas mexicanos tienen la responsabilidad moral de abordar el problema, puesto que la realidad está yendo más allá de los códigos vigentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Thomas VL. *Antropología de la muerte*. México: Fondo de Cultura Económica, 1993.
2. Llano EA. El morir humano ha cambiado. En: Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC: OPS, 1990: 87-93.
3. Latimer EJ. Ethical care at the end of life. *J Can Med Ass* 1998; 158 (13): 87-93.
4. Emmanuel JE y Emmanuel LL. The promise of a good death. *Lancet* 1998; 351: 21-29.
5. González MR. La nueva relación de la relación médico-paciente en nuestros días. En: *Bioética*. La Habana, Cuba: Editorial de Ciencias Sociales. 1998: 105-111.
6. Serret BR La atención al paciente terminal. En: *Bioética*. La Habana, Cuba: Editorial de Ciencias Sociales. 1998: 158-164.
7. Salvat Editores. *Diccionario Salvat*. Tomo 20. Barcelona: Salvat, 1998.
8. Krouse RS et al. Surgical palliation at cancer center: Incidence and outcomes. *Arch Surg* 2001; 136 (7): 773-778.
9. Kubler-Ross E. *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo-Mondadon, 2001.
10. Ocampo MJ. El problema de decirle la verdad al paciente. *Bol Mex Soc Hist Fil Med* 2000; 3 (2): 4-8.
11. Charlesworth M. *Bioethics in a liberal society*. New York: Cambridge University Press, 1993.
12. Dworkin G. *La eutanasia y el auxilio médico al suicidio*. Madrid: Cambridge University Press, 2000.
13. Scott AP. Autonomy. Power and control in palliative care. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 1999; 8 (2): 139-147.
14. Smith GP. Terminal sedation as palliative care: Revalidating a right to a good death. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 1998; 7: 382-387.
15. Engelhardt T. *The foundations of bioethics*. New York: Oxford University Press, 1986.
16. Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. México: Porrúa, 1990.
17. Séneca. *Cartas a Lucilio*. México: Porrúa, 1990.
18. Arrigheti. Epicuro y su escuela. En: Parain BG. *La filosofía griega*. Tomo 2. 17a ed. México: Siglo XXI, 1992: 257-314.