

Revista Mexicana de Anestesiología

Volumen 28
Volume

Suplemento 1
Supplement

2005

Artículo:




Introducción a los cuidados paliativos

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Colegio Mexicano de Anestesiología, 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.Medigraphic.com

Introducción a los cuidados paliativos

Dra. Argelia Lara-Solares*

* Médico Adscrito de la Unidad de Medicina del Dolor y Paliativa,
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".

En un primer planteamiento habría que contestar ¿por qué los cuidados paliativos deberían ser un tema de interés para los anestesiólogos? A simple vista, no resulta sencillo establecer los vínculos que logran conectar la anestesiología con los cuidados paliativos, más aún si destacamos que, en opinión de un gran número de profesionistas médicos, ambas especialidades no tienen mucha relación, y se dice que la secuencia anestesiología-dolor-paliativos, es más fortuita que planificada en países latinoamericanos como México. Lo que resulta un hecho ineludible, es que los anestesiólogos, considerados históricamente como los especialistas médicos que mejor manejan el dolor, al menos el perioperatorio, serían por extensión los más capacitados para tratar el dolor crónico, sobre todo el severo, y aún más si éste se encuentra en el contexto de una enfermedad terminal, que requiere de una actuación rápida y eficaz, e implica frecuentemente el uso de analgesia potente, con la que el anestesiólogo está ampliamente familiarizado.

En México, de acuerdo con el actual modelo educativo del Postgrado Médico, al finalizar el Curso Universitario de Anestesiología, se puede acceder a diferentes subespecialidades, siendo la Clínica del Dolor (algología) una ellas. Ciertamente el desarrollar mayores destrezas técnicas y manejar criterios más sólidos y fundamentados en el campo de la analgesia, suelen ser las razones que llevan a los interesados a elegir este postgrado. Una de las grandes sorpresas que aguardan a los especialistas en formación, es que los pacientes en fases avanzadas de diferentes enfermedades, pueden tener además del dolor, hasta 10 síntomas simultáneos, derivados de su enfermedad, del tratamiento o de la comorbilidad preexistente. Controlar el dolor es fundamental para mejorar las condiciones de vida del paciente terminal, pero no es suficiente cuando se pretende aliviar toda la gama de trastornos clínicos y emocionales que se presentan.

Más aún, pacientes y colegas médicos han asumido el control sintomático global como una labor de la Clínica del Dolor, que originalmente no estaba diseñada para estos fines. Por lo que de manera sutil y prácticamente involuntaria, durante las últimas décadas nos hemos convertido en depositarios de esa necesidad de atención holística, lo cual ha planteado un reto mayúsculo que desde luego, ha traspasado ya el umbral de la anestesia, y de la Clínica del Dolor, demandando una mayor preparación y nivel de conocimientos, que permitan el manejo sintomático eficaz de este colectivo de enfermos. Esto sin olvidar que, áreas de la medicina crítica donde también participa activamente el anestesiólogo (Ej. unidades de trasplantes, cirugía de alto riesgo y unidades de terapia intensiva), frecuentemente manejan pacientes que pueden ser declarados irrecuperables, planteando un sinnúmero de nuevos retos médicos, bioéticos y hasta filosóficos, que no podemos ni debemos eludir. El mejorar la atención de enfermos en fases avanzadas o irreversibles, es uno de los retos que tiene planteados la medicina en esta década.

La medicina moderna como parte de su evolución se ha interesado en los pacientes terminales, y surge a raíz de esta nueva vertiente, un campo enorme de conocimientos e investigación: La medicina paliativa o bien, simplemente cuidados paliativos. Esta es un área relativamente nueva del conocimiento, y como especialidad médica existe desde la década de los 60 en Inglaterra; pero es a partir de los últimos 20 años que ha cobrado un mayor auge a nivel mundial, y es ahora cuando se le da el lugar y la importancia que merece en el contexto del conocimiento médico.

Es importante acotar que los modelos pioneros de atención paliativa son el europeo (Inglaterra, Italia, España), y el norteamericano (Estados Unidos y Canadá), todos ellos tienen diferentes estructuras organizacionales, sin embargo, en

estos países la medicina paliativa se ha logrado insertar exitosamente en las estructuras gubernamentales y de salud pública, disponiendo actualmente de una infraestructura considerable y un potencial de cobertura poblacional muy importante.

Europa, en un enorme contraste con Latinoamérica, cuenta con formación en medicina paliativa con carácter universitario desde hace varios años, y se puede estudiar formalmente en diferentes niveles académicos (postgrado médico, diplomado universitario, cursos de formación intensiva, e incluso cursos a distancia on line). Otro punto a destacar es que los especialistas médicos que suelen estar a cargo de las Unidades de Cuidados Paliativos en Europa y Norteamérica pueden provenir de diferentes disciplinas, como la medicina interna, la oncología, la geriatría, y más escasamente de la anestesiología; habiendo recibido adicionalmente entrenamiento formal en cuidados paliativos.

Para situarse en el contexto exacto de los pacientes terminales, se definirán en seguida algunos conceptos básicos en la medicina paliativa:

Situación de enfermedad terminal. Es aquella en la que existe una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con síntomas múltiples, multifactoriales, intensos y cambiantes; impacto emocional en el enfermo, familia o entorno afectivo y equipo terapéutico, con pronóstico de vida limitado (6 meses), a causa de enfermedades como cáncer, SIDA, y otras enfermedades crónicas evolutivas incapacitantes, como las insuficiencias orgánicas (no trasplantables), enfermedad de motoneurona, e incluso algunos síndromes demenciales.

Síntomas asociados. Son todas aquellas manifestaciones clínicas que se presentan en el contexto de enfermedad terminal, como consecuencia de ésta, de enfermedades intercurrentes, e incluso de los tratamientos médicos. Pueden presentarse síntomas originados en cualquier aparato o sistema corporal (Ej. digestivos, urinarios, neuropsiquiátricos, respiratorios, etc.); así como situaciones agudas y urgentes.

Calidad de vida (CV). El concepto de calidad de vida es difícil de definir. En términos generales puede decirse que: Es la evaluación global que el sujeto hace de su vida, y depende de las características de cada persona (demográficas, personalidad y valores culturales, y condición física); de moduladores externos, como son la enfermedad y el tratamiento, el ambiente familiar y social, y los recursos para afrontar las dificultades. En el ámbito médico, es evidente que tanto la enfermedad como las intervenciones médicas influyen no sólo en la cantidad, sino también en la CV. Limitarse a medir la supervivencia es una práctica frecuente pero insuficiente. Es necesario evaluar la CV (conveniencia y confort), para saber qué tanto se está mejorando la condición total del paciente con la atención que se le proporciona.

Situación global y nacional. México es un país que ciertamente tiene áreas médicas muy desarrolladas; sin embar-

go, ésta no es una de ellas, y la comunidad médica tiene un enorme desconocimiento de la medicina paliativa. Esta es una materia de estudio reciente, sin embargo, muchos países (predominantemente los europeos) en pocos años han logrado un importantísimo y admirable progreso en este sentido; por lo que es contrastante la poca información que llega aquí sobre el tema, el que no existan recursos para la formación del personal de salud, y la poca infraestructura para la atención de los enfermos que desafortunadamente no tienen posibilidades de curación y morirán a corto plazo.

También es cierto que la medicina paliativa no figura dentro de las prioridades de salud de países como el nuestro, pero es urgente incorporarse a esta nueva visión global de la atención de los pacientes terminales, porque precisamente ellos serán los más beneficiados si el personal de salud recibe entrenamiento formal en esta área.

Actitud médica tradicional. Dentro de los esquemas tradicionales de la medicina, una vez que se establece el diagnóstico de una enfermedad terminal, suelen darse dos tipos de conducta por parte del equipo terapéutico:

1. Abandono
2. Encarnizamiento u obstinación terapéutica

En el primer caso, se despiden al paciente considerando que «no hay nada más que hacer», y se le asigna a la familia o bien a los cuidadores principales la enorme responsabilidad de hacerse cargo en su domicilio, de las situaciones a veces verdaderamente críticas que pueden darse en estos grados de avance de la enfermedad. Esto puede originar situaciones difíciles; usualmente los servicios de urgencias de los hospitales reciben las continuas visitas de los pacientes más descompensados, donde en el mejor de los casos, se trata de estabilizar la situación y se envían de regreso a su casa. Esto además de originar un gasto importante para los hospitales, no hace sino aumentar la incertidumbre de pacientes y familias, que se sienten rechazados o poco atendidos en estos lugares, y es cuando las medicinas alternativas cobran un protagonismo, que en muchas ocasiones es exagerado o mal encaminado.

En otras ocasiones la actitud es radicalmente opuesta, y bajo la «consigna médica» de luchar por la vida hasta el último instante, los pacientes son víctimas de tratamientos «curativos», agresivos y descontextualizados, cuyos efectos secundarios y escasa mejoría implican un elevadísimo costo físico y emocional.

Cualquiera de las dos posturas expuestas, además de presentar una gravísima deficiencia de los sistemas de salud, implican un gasto institucional terriblemente elevado.

Objetivo de los programas de medicina paliativa. La medicina paliativa pretende que el equipo de salud elabo-

re un cambio de actitud, dirigida a brindar una atención auténticamente integral y humanitaria a los enfermos terminales. Deben ser practicados por profesionales de la salud entrenados en el área, y por equipos interdisciplinarios específicos cuando la complejidad lo requiera. La práctica de la medicina paliativa requiere una formación específica, aplicación de metodología científica, desarrollo de políticas de calidad, y la práctica cotidiana de los principios de ética clínica.

¿Tratamientos curativos *versus* paliativos? Los tratamientos curativos y paliativos no son mutuamente excluyentes, sino que son una cuestión de énfasis en diferentes etapas de la enfermedad. En el momento que se agota un tratamiento curativo, se entra en una etapa de franca progresión de la enfermedad, por lo que se deberán reorientar los objetivos terapéuticos exclusivamente al bienestar del enfermo y su familia. El único papel del tratamiento específico será en estas circunstancias, ayudar a la paliación de los síntomas que aquejen al paciente.

Los programas de medicina paliativa son una excelente alternativa a la costosa obstinación terapéutica y al abandono, actitudes que conviene prevenir; agrupan importantes

valores científicos y éticos, y no deben ser considerados un lujo, sino una forma más adecuada de afrontar el natural advenimiento de la muerte.

CONCLUSIONES

En una sociedad que vive de espaldas a la muerte y a todo lo que ella representa, donde la prioridad de la “medicina moderna”, es la alta tecnología curativa que consiga mantener y restablecer la salud siempre, es difícil asimilar una etapa de la vida que implica pérdidas, conflictos y sufrimiento, como lo es en muchos casos, el final de la existencia.

Finalmente, es interesante meditar por qué existen grandes progresos en la medicina, desde luego bajo el auspicio internacional, y la mayoría de las áreas médicas han sido al menos medianamente exploradas. No es este el caso de la medicina paliativa, puede ser porque enfrentarse con la sola idea de la muerte es frustrante y desagradable para los médicos en general; pero habrá que asumir esta responsabilidad, y el gran reto de mejorar la calidad de vida, y la calidad de muerte para aquellos que requieran este tipo de atención.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Sanz OJ. Medicina Paliativa diez años después. *Med Paliat*, 1995;2:33-34.
2. Astudillo W, Mendinueta C. Bases para mejorar la comunicación con el enfermo terminal. En: Astudillo W. ed. *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. Navarra: EUNSA, 1995:42-51.
3. Sanz OJ, Gómez-Batiste AX, Gómez SM, Núñez-Olarte JM. *Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos*. Madrid: Guías y Manuales, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
4. Lara A, Zamora R, Esquivel VM. Cuidados paliativos: La alternativa para una mejor fase terminal. *Rev Hosp Gral Dr. M Gea González*. 1999;2(1):27-30.
5. Cherny NI. The challenge of Palliative Medicine. In: Doyle D, Hanks G, Cherny NI, Calman K. Eds. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3rd Ed. New York: Oxford University Press. 2004:7-14.

