

Revista Mexicana de Anestesiología

Volumen
Volume **28**

Suplemento
Supplement **1**

2005

Artículo:

Importancia de los cuidados paliativos
para el anestesiólogo

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*



Medigraphic.com

Importancia de los cuidados paliativos para el anestesiólogo

Dr. José Alberto Flores-Cantisani*

* Coordinador del Programa de Atención y Adiestramiento en Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos,
Centro Médico Nacional del Norte IMSS, Monterrey.

La anestesiología desde sus inicios en México en 1847 hasta la fecha, ha sufrido una innumerable serie de transformaciones y adaptaciones que la hacen parte de los esfuerzos del ser humano por conquistar a la enfermedad, el sufrimiento y lograr la longevidad.

En las últimas tres décadas, el promedio de vida y su calidad se han incrementado en una forma importante y eso es gracias al desarrollo de la ciencia y la tecnología al servicio de la misma, y la anestesiología se ha visto beneficiada directamente, ya que el especialista cuenta con numerosos recursos para llevar a cabo su labor.

La anestesiología es una especialidad médica que ha alcanzado un gran desarrollo en las dos últimas décadas, lo que a su vez ha permitido importantes progresos de la cirugía. Hoy gracias a la adecuada evaluación y preparación preoperatoria, a la utilización de técnicas seguras que hacen al paciente insensible al dolor, o que lo mantienen inconsciente pero bajo estricta vigilancia y monitorización de funciones vitales, así como del manejo postoperatorio especializado en servicios de recuperación o eventualmente en unidades de cuidados intensivos, se pueden realizar procedimientos quirúrgicos muy complejos en pacientes con severas patologías agregadas o de edad muy avanzada.

La relación entre la anestesiología y el dolor es clara y conocida. Somos los anestesiólogos quienes hemos enfrentado desde los inicios de la especialidad el desafío de combatir el dolor, inicialmente durante el acto quirúrgico y progresivamente en el manejo del dolor postoperatorio. John J. Bonica, anestesiólogo de la Universidad de Washington, crea hace cerca de 50 años el concepto de las Clínicas de Dolor, destinadas al estudio y manejo del dolor crónico. Hoy después de casi medio siglo, la mayoría de los centros hospitalarios cuenta con unidades especializadas en su tratamiento.

Las sociedades internacionales creadas para el estudio y tratamiento del dolor, se encuentran en su mayoría integradas por anestesiólogos y los planes de formación académica, tanto de pre como de postgrado, han incluido lentamente el estudio y tratamiento del dolor. Sin embargo, a pesar de lo complejos que pueden resultar los mecanismos fisiopatológicos, es necesario que todos los médicos logren una adecuada experiencia en el diagnóstico y tratamiento del dolor. Se une a eso la creciente exigencia de los pacientes por el manejo adecuado del dolor. Es así que actualmente, un factor de evaluación de calidad en muchos centros hospitalarios de Estados Unidos y Europa es el grado de correcta analgesia que han recibido en su atención.

Podemos dividir nuestra preocupación en el manejo del dolor agudo y el manejo del dolor crónico. Las «Unidades de dolor agudo» han surgido debido al interés de los servicios de anestesiología y en muchos centros cuentan con personal y profesionales propios que buscan la terapia adecuada a cada situación, siendo un soporte fundamental en la atención y prevención de complicaciones de los pacientes. Es posible esperar que en un futuro no lejano estas unidades estén contempladas en la organización de las instituciones de salud. Las «Unidades de dolor crónico» han adquirido personalidad propia, siendo actualmente multidisciplinarias y con estructura administrativa (en la mayoría de los casos independientes del servicio de anestesiología), aunque los anestesiólogos permanecen como los especialistas con una preparación óptima por sus conocimientos y habilidades para numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Actualmente el *dolor* es una preocupación de la sociedad. El progresivo conocimiento de la fisiopatología del mismo debe acompañarse de una racionalidad en su manejo. El gasto que supone el dolor, tanto agudo como crónico es

inmenso: Medicamentos, atención por numerosos profesionales, incapacidades, pérdida de vida laboral productiva, son sólo algunos aspectos que muchas veces quedan minimizados frente al compromiso psíquico, personal y familiar que el dolor puede causar.

Hoy es nuestro deber reconocer que el *dolor* es el más urgente de los síntomas y su permanencia puede desencadenar severos trastornos. Su adecuado manejo no puede esperar y somos nosotros quienes debemos encabezar la cruzada por derrotarlo. Thomas Jefferson decía: «La felicidad se basa en no sentir dolor en el cuerpo ni problemas en la mente».

El anestesiólogo es considerado dentro del ambiente en la medicina como un especialista altamente preparado para diversas disciplinas que le son comunes, ya que al través de los años y sobre todo en el siglo XX la medicina en general creció a pasos agigantados y sobre todo en los últimos 30 años sufrió cambios radicales; la anestesiología ha incursionado en todas las disciplinas quirúrgicas (cirugía general, otorrinolaringología, oftalmología, cardio y neurocirugía etc.), también en procedimientos diagnósticos y terapéuticos de invasión mínima (endoscópicos) de todas las especialidades, igualmente tenemos presencia en otras áreas de la medicina como lo son la sala de emergencias, terapia intensiva, inhaloterapia, y también en estudios de imagen y gabinete; es por ello que el anestesiólogo ha cobrado una gran importancia en el rol de la medicina integral y multidisciplinaria.

En las últimas décadas del siglo XX, surge en Inglaterra la medicina paliativa, en respuesta a la inminente necesidad de atención que demandan los enfermos terminales. El resto de Europa y Norteamérica se sumaron progresivamente al movimiento paliativista, y hacia el final de la década de los 80 la comunidad médica internacional reconoció que la medicina paliativa se había convertido más que en un lujo, en una nueva especialidad, que viene a cubrir los enormes vacíos que en la atención médica existen a partir de que se establece el diagnóstico de terminalidad. En Inglaterra (1987) la medicina paliativa fue reconocida como una especialidad médica.

Uno de los objetivos fundamentales de la medicina, es curar y aliviar el sufrimiento humano, pero existen multitud de procesos en donde no es posible la curación, y no por ello debe considerarse que la medicina ha fracasado, ya que aún hay mucho por hacer.

La OMS (Organización Mundial de la Salud), en su reporte técnico serie 804, Ginebra 1990, define a la medicina paliativa como «el área de la Medicina dedicada a la asistencia activa y total de los pacientes y sus familias, por un equipo interdisciplinario (integrado por médicos, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeras y voluntarios), cuando la enfermedad del paciente no responde al tratamiento curativo, con el objetivo de obtener una mejor calidad de vida, con procedimientos que lleven al alivio del dolor y otros

síntomas de su enfermedad, al respecto de las necesidades y derechos del enfermo y a dignificar su vida».

Además de la disnea y del dolor, la anorexia, la astenia, la pérdida de peso corporal y el estreñimiento son los síntomas más frecuentes. Otros síntomas que merecen ser considerados y en consecuencia controlados son: caquexia, sequedad bucal, náuseas y vómitos, diarrea, depresión, agitación, fiebre, etc.. A ellos debemos sumar complicaciones frecuentes como las infecciones respiratorias, la anemia (por hemorragia o por alteración en la reutilización del hierro), las escaras, etc. También es importante tener presente las comorbilidades (diabetes, hipertensión arterial, demencia, etc.).

La medicina paliativa se centra en el tratamiento físico, psicológico y espiritual del enfermo a través de un equipo multidisciplinario que controla el dolor y otros síntomas, y lo asiste junto a su familia.

Desde el punto de vista físico, se trata de conseguir el bienestar del paciente. Para ello es preciso realizar una valoración de su estado de salud para detectar las necesidades de cada enfermo y focalizar qué cuidados de enfermería requiere. Esto implica un seguimiento diario de sus necesidades, como por ejemplo disminuir su dolor, mejorar su patrón nutricional, de actividad, sueño-descanso, etc.

En México, el surgimiento de la “Medicina del Dolor” propuesta por el Dr. Vicente García Olivera a principios de los 60 y la fundación de Clínicas del Dolor en los 70, han motivado a numerosos anestesiólogos comprometidos en el manejo del dolor crónico, a desarrollar centros especializados en el manejo del mismo, y se ha impulsado la creación de un sistema de capacitación universitaria en las instituciones de salud mexicanas, aunado al compromiso serio de insertar servicios de manejo del dolor en los hospitales del sector salud. El constante desarrollo de estas Clínicas del Dolor, sumado a la gran demanda de atención de los enfermos, y al incremento estrepitoso de casos de enfermedades oncológicas y catastróficas, proponen al anestesiólogo especialista en *dolor crónico*, poner un renovado interés por aplicar un mayor esfuerzo en el control de todos los síntomas y problemas que se presentan en este tipo de enfermedades.

Es así como el anestesiólogo especialista en dolor (algólogo) se inmiscuye en la problemática del manejo de síntomas de enfermedades crónicas y terminales y propone un modelo de atención integral llamado: Medicina paliativa o cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos incluyen la atención de pacientes que sufren padecimientos que los llevarán a la muerte a corto plazo, generalmente en un contexto de dolor de difícil control. Una proporción importante de ellos, padecen enfermedades oncológicas; otro grupo que requiere atención es el de aquellos que sin ser oncológicos, también tienen una pobre expectativa de vida, como es el caso de los pacientes con SIDA en fases avanzadas, o insuficiencias orgánicas no

trasplantables (renal, hepática, cardíaca, etc.); enfermedad de motoneurona; algunos padecimientos geriátricos (dementias), etc. Por el grado de avance y complejidad de sus padecimientos, se encuentran fuera de todo intento curativo, es decir, los tratamientos médicos hasta hoy conocidos no son útiles en la resolución definitiva de estas enfermedades.

Clásicamente, se ha catalogado a estas personas, como pacientes desahuciados, que por ser considerados como un “fracaso médico”, al no poder ofrecérseles oportunidades de curación, son francamente abandonados a su suerte en la última y más difícil etapa de sus vidas; o en el otro extremo, soportan un verdadero encarnizamiento terapéutico, a base de tratamientos “curativos”, radicales e inapropiados y, sin ninguna posibilidad de éxito; cuando menos, eso es lo que ocurre en regiones como Latinoamérica.

La esencia de los cuidados paliativos contiene un cambio de actitud médica y social. Aún en los últimos días de la vida, es posible ofrecer cuidado por médicos, enfermeras,

parientes, religiosos y voluntarios (equipo multidisciplinario), y este cuidado puede ser planificado y propositivo y, tan activo en iniciativas terapéuticas como sea necesario, siempre teniendo en consideración, que en estas circunstancias importa más que ninguna otra cosa el bienestar del paciente. Se requiere por tanto, de una actuación eficaz y conjunta de diferentes especialidades médicas, y de otros grupos de apoyo igualmente importantes para la consecución de sus objetivos básicos. La atención integral del paciente mejora su calidad de vida, y la ayuda a la familia facilita la resolución del duelo posterior. La buena calidad de la atención al paciente terminal exige, por otro lado, que ésta sea prestada por un grupo de personas con criterios uniformes de actuación. Es por ello que la anestesiología, hoy en día es un área de compromiso médico y social, que constituye la base del desarrollo de especialistas interesados en esta disciplina, y servicios de calidad que den cabida a los enfermos en situaciones tan lamentables.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Sanz OJ. Consideraciones actuales sobre el morir. En: López IE. Enfermería en Cuidados Paliativos. Madrid: Interamericana 1998:9-12.
2. Doyle D, Hanks GW, MacDonald N. In: Doyle D, Hanks GW, MacDonald N. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford UK: Oxford University Press 1999:3-11.
3. Twycross GR, Lack SA. Therapeutics in terminal cancer. In: Twycross GR, Lack SA Eds. Symptom Management in Advanced Cancer. London Churchill Livingstone, 1990:3-10.
4. Sancho GM. Avances en Cuidados Paliativos. T III. Ed. Gafos. 2003.
5. Cataldi AR y col. Los cuidados paliativos en Medicina Interna. XXIII Congreso Argentino de Medicina Interna (AMA). Buenos Aires, 1997.

