

La dignidad como eje de los cuidados paliativos

Dignity as the axis of palliative care

Horacio Márquez-González¹

1 Dirección de Investigación, Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Los avances de la medicina han permitido que la esperanza de vida aumente considerablemente en relación a los últimos siglos, se estima que en 2025, un tercio de la población tendrá más de 65 años.¹ El ejercicio de la profesión del personal de salud, en acuerdo con los enfermos, ha tomado una ruta que tiene como objetivo la permanencia física, incluso a costa de la sensación básica de bienestar del sujeto mismo. En consecuencia, enfermedades graves que pueden condicionar muerte, como es el caso del cáncer, o crónicas como aquellas que cursan con una historia natural con degeneración progresiva de las funciones básicas, se acompañen de un largo y agónico camino que desgasta al enfermo y a sus familiares.

Durante la segunda mitad del siglo pasado, la enfermera Cicely Mary Saunders, quien asistió a enfermos con padecimientos terminales, determinó la necesidad de una atención integral a lo que llamó el “dolor total” y que incluía el alivio a las necesidades psíquicas, sociales, emocionales y espirituales. Idea que gestó los cimientos de los cuidados paliativos.²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los cuidados paliativos como el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

Desde el punto de vista más antropológico, los cuidados paliativos representan una estrategia en la defensa de la dignidad del enfermo, durante su vivencia subjetiva en el acercamiento a la muerte y bajo un estado físico incapacitante. Esta situación requiere de la participación de otras personas (familiares, personal de salud) que adquieran una actitud de respeto a la dignidad del otro, manifiesta a través del acompañamiento activo o cuidado.

Nunca debe confundirse el término de cuidados paliativos como una forma para **causar o retrasar** la muerte, y tampoco como una acción para dignificarla, ya que digna no es la muerte, sino el ser humano, quien merece todos los esfuerzos necesarios para su calidad de persona permanezca hasta el final de sus días.

No es infrecuente que se asocie a los cuidados paliativos como una antesala a la muerte, error de concepto que ocasiona un retraso en la derivación las clínicas correspondientes en los hospitales y es preciso que se tengan claras las circunstancias que la ameritan como³:

1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
4. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, relacionado con la presencia de muerte.
5. Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Como se ha mencionado, el ejercicio de los cuidados paliativos requiere de un esfuerzo conjunto de un triduo conformado por el enfermo, la familia y el personal de salud (médicos, enfermeras, trabajadores sociales)

El modelo básico de los cuidados paliativos (Imagen 1) esquematiza que las acciones deben ser simultáneas a la atención médica estandarizada y que de forma gradual (de acuerdo a la evolución y al pronóstico de la enfermedad) aumentan las necesidades y sus tareas que son⁴:

- **Cuidado en el Hogar:** esfuerzos dirigidos al manejo de los síntomas en casa en los pacientes que tienen posibilidad de sobrevivir de semanas o meses y la
- **Supervivencia:** que se refiere a una fase distinta a la evolución de la enfermedad donde hay un cese en los esfuerzos para curar y se realizan estrategias para mejorar la calidad de vida.

En 2014 la World Health Assembly Resolution on Palliative Care hizo un llamado a participar a todos los países, sin embargo, los esfuerzos están aún muy distantes de ser aplicados, las principales causas son: desconocimiento, ignorancia sobre el concepto, renuencia del personal médico y familiares, referencia tardía (padecimientos inminentes de muerte).⁵

Se requiere de una estructura sólida adecuada a los sistemas de salud al interior de cada uno de los países para que mediante programas que organicen y concreten estos esfuerzos, difundan desde las etapas más tempranas de formación del personal

* **Correspondencia:** HMG, horaciomarquez84@hotmail.com

Conflicto de intereses: El autor declara que no tiene.

Citar como: Márquez-González H. La dignidad como eje de los cuidados paliativos Rev CONAMED 2017; 22(4): 159-160.

[*Dignity as the axis of palliative care*]

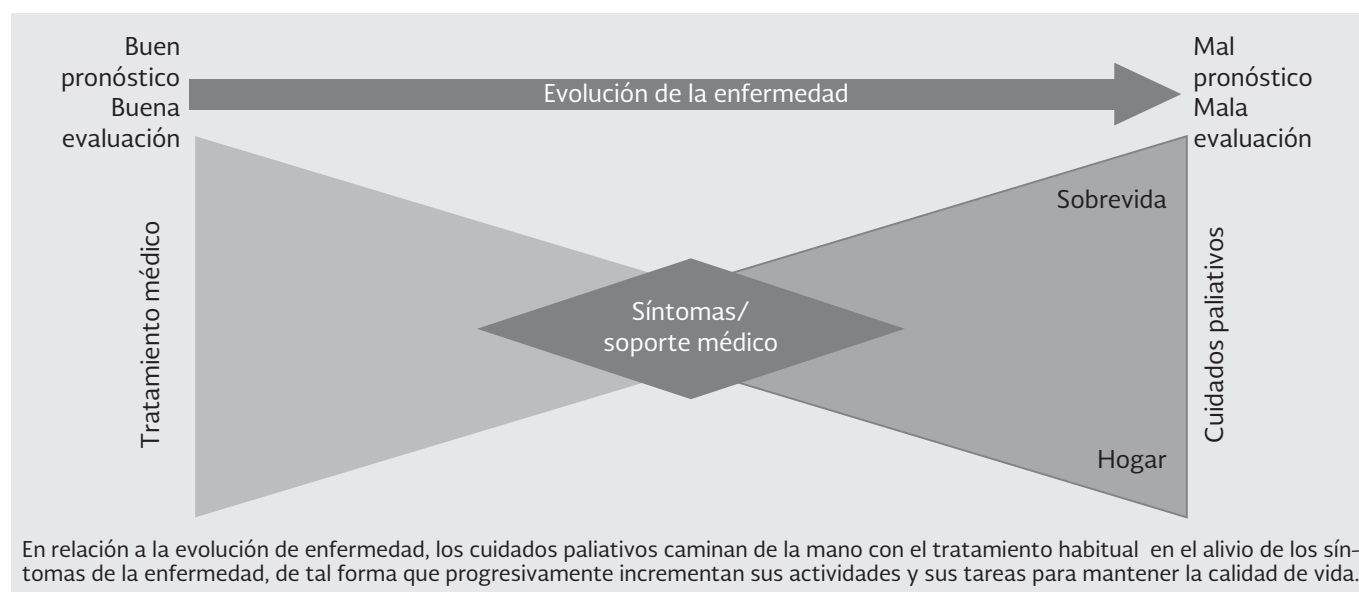


Figura 1: Modelo básico de cuidados paliativos.

médico una cultura que promueva esta consciencia en defensa de la dignidad.

En México, la realidad es que los esfuerzos son aislados y débiles mediante la integración de clínicas de cuidados paliativo al interior de los hospitales de tercer nivel. El gobierno de la Ciudad de México en su red de los hospitales integra algunas clínicas que incluyen asistencia domiciliaria, que aunque con resultados favorables, resulta un ejercicio insuficiente y modesto comparado con la realidad del resto del país.⁶

En conclusión, la defensa de la idea básica del concepto de los cuidados paliativos requiere una gran labor de difusión desde las etapas más primarias de la formación del personal de salud, para que sean sembrados dentro de la mente de los médicos y enfermeras los conceptos sobre persona, dignidad, justicia y beneficencia, y se obtenga como fruto una actitud empática en beneficio a la sociedad basado en la esencia de la medicina, como ciencia hecha por el hombre para el hombre: "primero no dañar".

REFERENCIAS

1. CENETEC. Guías de cuidados paliativos 2010. Available from: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/445_GPC_Cuidados_paliativos/GER_Cuidados_Paliativos1x.pdf.
2. Courtright KR, Cassel JB, Halpern SD. A Research Agenda for High-Value Palliative Care. *Annals of internal medicine*. 2017.
3. Lindsay E, Renyi R, Wilkie P, Valle F, White W, Maida V, et al. Patient-centred care: a call to action for wound management. *Journal of wound care*. 2017;26(11):662-77.
4. Furman M, Harild L, Anderson M, Irish J, Nguyen K, Wright F. The development of practice guidelines for a palliative care multidisciplinary case conference. *Journal of pain and symptom management*. 2017.
5. Ziegler L, Bennett MI, Mulvey M, Hamilton T, Blenkinsopp A. Characterising the growth in palliative care prescribing 2011-2015: Analysis of national medical and non-medical activity. *Palliative medicine*. 2017;269216317739805.
6. México SdSdGdCd. Cuidados paliativos 2017. Available from: <http://www.salud.cdmx.gob.mx/servicios/servicio/cuidados-paliativos>.