

Elementos teóricos sobre los cuidados paliativos y el concepto de paciente terminal

Theoretical elements of palliative care and the concept of terminal patient

Barragán Solís A,* Bautista Sánchez S,** Morales López H. ***

* Profesora Investigadora Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENHA). Instituto Nacional de Antropología e Historia. (INAH). Miembro del Cuerpo Académico Diversidad biosocial contemporánea. ENAH-CA-2.

** Médico algólogo, Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital General de México. *** Miembro del Mexican Group in Basic and Clinical Research in Internal Medicine. Adscrita al Servicio de Anestesiología del Hospital General de Ticomán, SSDF. México.

En el siglo XX la medicina enfocó sus esfuerzos a la búsqueda de causas y curación de las enfermedades, así el cuidado de los síntomas pasó a un segundo plano, y se enfocó la atención en prolongar la vida, aunque no la calidad de la misma. Estas prácticas provocaron que la visión integral del paciente se sustituyera por la mirada parcializada de los especialistas y el fenómeno de cuidar quedó delegado a lo sumo al personal de enfermería; ayudar, consolar y acompañar dejó de ser el objetivo que vio nacer a la medicina.¹⁻³

En el siglo XIX la palabra hospicio se vinculó con el cuidado de los moribundos, pero fue hasta 1962 en Londres, que se inició el movimiento de hospicios modernos, para el control de síntomas, el acompañamiento emocional, social y espiritual para mejorar la calidad de vida. Esta nueva filosofía sobre los cuidados de los enfermos fue desarrollada por la suiza Elizabeth Kübler-Ross⁴, cuyos estudios con moribundos en Estados Unidos la llevó a publicar en 1969 uno de los textos básicos sobre el tema que nos ocupa, *Sobre la muerte y los moribundos*. Allí explora la muerte como un hecho individual y social, como parte de la vida y las actitudes con respecto a la muerte y al moribundo, la relación de la familia y el paciente y las formas de terapia del enfermo de muerte o desahuciado.

Baulfou Mount, denominó “*Medicina Paliativa*” a lo que en 1987 sería una subespecialidad médica. En 1980 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y poco después la Organización Panamericana de la Salud (OPS), adoptan el concepto de Cuidados Paliativos, que en el año 2002 la OMS definió como: “Cuidado activo integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia. Muchos aspectos de los cuidados paliativos son también aplicables en fases previas de la enfermedad conjuntamente con tratamientos específicos”².

A partir de entonces se desarrollaron fundaciones civiles con grupos médicos de soporte para la atención no sólo hospitalaria sino también domiciliaria y la formación de unidades móviles de atención, a lo que sobreviene la institucionalización de los cuidados paliativos en países europeos y en América, Estados Unidos y Canadá. En la actualidad existen más de 8000 servicios de este tipo en aproximadamente 100 países del mundo, entre los que se encuentra México. Ejemplo de ello es la *Clinica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital General de México*, ya que los cuidados paliativos están íntimamente relacionados con el manejo y control del dolor de los pacientes incurables o en fase terminal.

Los principios de los Cuidados Paliativos divulgados durante el Día Mundial de los Cuidados Paliativos en el año 2008

Alivian el dolor y otros síntomas; privilegian la vida y contemplan la muerte como un proceso natural; no intentan precipitar ni retrasar el momento de la muerte; integran los aspectos psicológicos y espirituales de la atención del paciente; ofrecen al paciente un soporte que le permita vivir tan activamente como sea posible, hasta su muerte; ofrecen a la familia un apoyo que le ayude a encarar el sufrimiento del paciente y de su propio duelo; emplean un enfoque de equipo para responder a las necesidades del paciente y su familia, incluyendo el acompañamiento psicológico del duelo, si fuere necesario; pueden mejorar la calidad de vida y pueden también influir favorablemente sobre el curso de la enfermedad; pueden aplicarse en un estadio precoz de la enfermedad, paralelamente a otras terapias enfocadas a prolongar la vida (por ejemplo la quimioterapia y la radioterapia); son igualmente compatibles con las pruebas necesarias para diagnosticar y tratar mejor las complicaciones clínicas dolorosas⁵.

Estos principios abarcan, como también lo señala la Norma Oficial Mexicana, a los ámbitos hospitalario, ambulatorio y domiciliario, lo que obliga a la constitución de equipos multidisciplinarios formados por médicos algólogos, especialistas de diversas servicios de interconsulta hospitalaria y de consulta externa, con profesionales de las áreas de psicología, trabajo social, enfermería, nutrición, neurología, infectología, ginecología, neumología, ortopedia, medicina interna y terapia física, entre otros.

En México a partir del 2008 se instituyó la *Norma Oficial Mexicana sobre los Cuidados Paliativos* que refieren: “Al cuidado activo e integral que, de manera específica, se proporciona a pacientes que cursan la fase terminal de una enfermedad y que se orientan a mantener o incrementar la calidad de vida del paciente en los ámbitos individual, familiar y social; en su caso, con el apoyo y participación de un equipo interdisciplinario”.⁶

El paciente terminal

Se considera como paciente terminal, a todo paciente que cursa la “fase terminal” o final de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes, sin posibilidad de reaccionar positivamente a un tratamiento curativo; con amplias posibilidades de que su muerte sobrevenga a causa de ese padecimiento.

La calidad de vida se define: como las condiciones físicas, psicológicas y sociales concretas que permiten al paciente en fase terminal actuar de acuerdo a sus objetivos, expectativas y creencias, en el

contexto de sus relaciones familiares y sociales. Asimismo la misma *Norma Oficial Mexicana sobre los Cuidados Paliativos* subraya que se elaboró para prevenir la “ocurrencia de posibles actos de残酷 hacia el paciente...para que los cuidados paliativos en nuestro país sean proporcionados como un derecho que debe ser concedido a todo paciente que curse una enfermedad crónico-degenerativa en etapa terminal”⁶.

Referencias

1. Montes de Oca Lomelí GA. Historia de los cuidados paliativos. Rev digital universitaria. 2006;7(4):2-9 [accesado 15 may 2011]. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol7/num4/art23.htm>.
2. Del Río MI, Palma A. Cuidados paliativos: historia y desarrollo. Boletín Escuela de Medicina U.C. Pontificia Universidad de Chile (Santiago). 2007; 32(1):10-22.
3. Franco Grande A. El dolor en la historia. Rev Clínica Dolor y Terapia (México DF). 2008;1 (9):23-24.
4. Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Alivio del sufrimiento psicológico para los afectados, México DF: Debolsillo; 2008.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alivio del dolor y tratamiento paliativo en cáncer. Informe de un comité de expertos. Ginebra. Serie de informes técnicos, 1990. [Accesado 151may 2011]. Disponible en www.murciasalud.es/recursos/ficheros/135297-folletodmcp 2008.pdf.
6. Diario Oficial de la Federación. *Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-011-SSA3-2007*. Criterios para la atención de enfermos en fase terminal a través de cuidados paliativos, 2008 [accesado 7 may 2011]. Disponible en: http://www.google.com.mx/search?sourceid=navclient&hl=es&ie=UTF-8&rlz=1T4GWYH_es&MX363MX367&q=Diario+Oficial++de+la+Federaci%c3%b3n+22+de+diciembre+de+2008+.