

SIEMPRE ACOMPAÑÁNDOTE: MEDICINA PALIATIVA

Hace algunas semanas apareció en una revista médica, una noticia que llamó mi atención, “Canadá amplía la formación en cuidados paliativos para médicos”, y esto porque Canadá es un país que pertenece al grupo de mayor desarrollo en el mundo y que además posee de mucha sensibilidad social, por lo que yo pensaba que esto era una práctica común en la enseñanza universitaria, pero aparentemente no estaba a salvo de este déficit en este tipo de atención de la salud, que padece el mundo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) insiste, en cada oportunidad que tiene, en definir a la salud como un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad, pero se olvida o no lo hace con el suficiente esfuerzo, de recordar las prácticas y procedimientos que se utilizan para prevenir, tratar o aliviar los síntomas de las enfermedades y de los problemas de salud que aquejan a las personas, no insistiendo en la parte Humanística de ella que se refiere al respeto a la dignidad, así como a la privacidad, al alivio del dolor y de los sufrimientos que se producen por la enfermedad, además del cuidado y apoyo de los incurables, en muchos casos evitando muertes prematuras o buscando una muerte tranquila. Este modelo clásico de atención, con alto contenido técnico, cumple con la tarea de aliviar el dolor y el sufrimiento físico, pero lamentablemente NO con el compromiso social, mental y espiritual, de ahí la importancia de mantener preparados a los médicos y a todo el personal de salud, en el manejo de los llamados cuidados paliativos, que implica más que eso, humanizando a la práctica médica al final de la vida en especial.

Es importante tener en cuenta en cualquier toma de decisiones relacionados al paciente, el escucharlo a él/ella y a sus familiares, conociendo sus necesidades y deseos, así como respetando el derecho a la vida, a no ser sometido a tratos inhumanos y degradantes, al derecho a la autonomía en la toma de decisiones, a los aspectos legales, así como las políticas nacionales y a los aspectos culturales.

La medicina paliativa es una rama de la medicina íntimamente ligada a la calidad de vida y al alivio del sufrimiento de las personas enfermas, y es más de lo que podríamos imaginar. Los cuidados paliativos incluyen la atención que se ofrece para mejorar la calidad de vida de aquellos pacientes que están afectados por una enfermedad grave, en forma holística, por su tratamiento o por aquello que pone en peligro su vida, en cualquiera de sus etapas (durante o en la fase terminal) y sin necesariamente tener la falsa intención de curar la enfermedad en sí, o de retrasar o de acelerar la muerte. En todo este proceso se incluye el apoyo y la educación a los familiares y a los cuidadores de los pacientes.

La historia de la medicina paliativa está ligada desde un inicio a la historia de la humanidad, cuando se va tomando conciencia de los significados entre la vida y la muerte, así como de los diversos rituales que acompañaban a esta transición. Durante la época hipocrática se desarrolla una serie de conceptos errados, como el no compartir los momentos finales de la muerte en personas terminales o gravemente enfermas, ya que se consideraba que este era un castigo divino, lo cual cambia totalmente en los siglos siguientes y en especial con la

era cristiana, como parte de la denominada caridad cristiana, lo que conduce a la creación de instituciones que acompañen al buen morir.

Las primeras instituciones de apoyo a las personas moribundas se denominaron hospicios, lazaretos o calvarios. La palabra hospicio proviene del latín *HOSPITIUM*, lo que se refiere al sentimiento cálido que se produce entre el anfitrión y el huésped, y que se originó en el siglo IV, era de Constantino, para luego ir generalizándose a través de los años, en diversos países como España, Francia, Inglaterra, Irlanda, Prusia, Estados Unidos, Canadá y Latinoamérica en general, en esta región con las llamadas beneficencias públicas, usualmente manejadas por sacerdotes y monjas católicos, bajo la consideración filosófica básica de la Medicina que es, “curar a veces, aliviar a menudo y consolar siempre”.

El nombre de Cuidados Paliativos es relativamente nuevo, aunque como hemos visto su accionar es muy antiguo, y se desarrolló en la década de los 60s, inclusive antes que la medicina oncológica, que la de cuidados intensivos o de la medicina de urgencias. Su evolución no ha sido sencilla, ya que se inició, como hemos visto, en hospicios y otros lugares, considerados como de segundo orden, no disponiendo de la infraestructura ni de los recursos necesarios, además de que los médicos que se han ocupado de este tipo de pacientes usualmente no han sido considerados como especialistas destacados en el campo de la Medicina.

Es en el año 1967 que empieza una especie de institucionalidad de los cuidados paliativos con la creación en Inglaterra del Christopher Hospice's, por parte de la doctora, enfermera y trabajadora social Cicely Saunders, quien observaba las características de los enfermos terminales y generando, tanto los cuidados especiales que se requerían, como el uso adecuado de los opioides en forma horaria, para lograr mayor eficiencia en su uso y respuestas. En 1975 en Montreal, Canadá, se crea la primera Unidad de Cuidados Paliativos del Royal Victoria Hospital.

Las causas más comunes de utilización de los cuidados paliativos son las enfermedades crónicas y/o incapacitantes: cáncer, enfermedades cardiovasculares (insuficiencia cardíaca, isquemia miocárdica crónica, arritmias severas); enfermedades respiratorias crónicas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica o EPOC, fibrosis pulmonar, tuberculosis pulmonar avanzada); insuficiencia renal crónica o en diálisis; enfermedades neurológicas (demencias, enfermedad de Parkinson, secuelas de accidentes cerebrovasculares), y otras como las fases avanzadas del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

La enfermedad terminal tiene como características ser avanzada, progresiva, incurable, con pocas posibilidades de respuesta al tratamiento específico, con múltiples síntomas, intensos, multifactoriales y cambiantes, con gran impacto emocional en el paciente y en sus familiares, y con un pronóstico de vida menor de 6 meses (algunos consideran que deberían ser 12 meses), con necesidad de un gran soporte de todo tipo. Es importantísimo el no etiquetar equivocadamente a un paciente como terminal, no siéndolo.

Síntomas frecuentes para tratar son el dolor, el insomnio, la fatiga, la anorexia, los trastornos del gusto, la sequedad oral, la disfagia y la odinofagia, la desnutrición y la deshidratación, la ansiedad y la depresión, las náuseas y los vómitos, el estreñimiento, la disnea, el acúmulo de secreciones, la incomodidad postural, las úlceras de decúbito, las dermatitis, etc.

Los fármacos más utilizados para enfrentar estos problemas son los analgésicos de todo tipo, incluyendo los opioides y derivados, los antieméticos, los ansiolíticos, los antidepresivos, los hipnóticos, los laxantes, etc. El uso de todo tipo de sondas y catéteres muchas veces es necesario, aunque no debería abusarse de su uso, dada la incomodidad que producen o las complicaciones que generan. Las dietas adaptables, la masoterapia, la relajación mental, la musicoterapia, la aromaterapia, la laborterapia, el yoga, la acupuntura, etc. y todo aquello

que pueda ayudar a sentirse mejor al paciente debería ser utilizado, procurando evitarse todo aquello que lo incomode, en especial con el injustificable argumento del “alargamiento de la vida”.

La atención debe ser individualizada e integral, en los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales, controlando los síntomas, procurando la autonomía y dignidad, con actitud rehabilitadora y activa, evitando el “no hay nada más que hacer”, y en un adecuado y buen ambiente, planificando con el paciente y su familia el camino a seguir en las últimas etapas de la vida, todo lo cual puede evitar el sufrimiento innecesario de todo el entorno.

Los cuidados paliativos están basados en una buena comunicación entre médicos y personal de salud, con los pacientes, familiares y cuidadores; el control adecuado de cualquier molestia que tenga el paciente, en especial el dolor; la prevención y/o el alivio de todo aquello que incomode o haga sufrir al paciente; y no olvidar nunca, el apoyo en todos los campos, en especial el espiritual, que se le pueda brindar al paciente, a su familia o a sus cuidadores.

Para poder cumplir con todos los objetivos de una buena medicina paliativa se necesitan variados tipos de apoyo, incluyendo los de tipo material, como son los recursos económicos, para rodear a la persona afectada de todo aquello que le permita un adecuado confort, tanto en su hogar o en la institución de salud que lo esté albergando. Todo esto sobre la base de contar con un equipo humano, altamente preparado, desde todo punto de vista, para poder enfrentar la inmensa y especial tarea que tienen por delante.

La Medicina Interna tiene un papel muy importante en generar un acceso de la población enferma desde muy temprano a los cuidados paliativos, dada su visión integral y holística de los pacientes, y con la experiencia en el manejo de las enfermedades crónicas, muchas de ellas incapacitantes, procurando mejorar la

calidad de vida y no esperando la etapa final de la vida, para recién poner en práctica los cuidados especiales y procurando el acceso universal equitativo y sin mayores distinciones, por su condición socio-económica o tipo de patologías que los afecten. De ahí la gran importancia que tiene la enseñanza de estos temas, tanto en el pregrado como en el postgrado, comprendiendo todas las especialidades médicas, además de educar a la población general en algunos de estos aspectos.

En una reciente publicación realizada en Japón, se encontró que uno de cada dos pacientes mayores con problemas agudos de salud, ingresados a un servicio de medicina interna de agudos, tenía una necesidad de apoyo con cuidados paliativos, por lo que es importante generar herramientas para su detección y manejo tempranos, sobre todo en pacientes con fragilidad, demencia o problemas neurológicos.

Frente a lo que muchos piensan, la medicina paliativa no solo se practica en los hospitales, sino también en los hogares, que es el lugar natural de vida y de muerte, ya que les permite no solo más confort, sino estar rodeados de familiares y personas que lo cuidan en forma integral, satisfaciendo sus necesidades de todo tipo y no solo las de tipo físico.

Con el cuidado paliativo se trata de permitirle al paciente el vivir lo mejor posible, a pesar de ser portador de un problema serio. Su visión es holística, aliviando síntomas, brindando soporte social, emocional, psicológico, espiritual de tipo familiar, amical y comunitario, además de darle todo el apoyo necesario para lo que venga, incluyendo la preparación para morir con dignidad y sin angustia.

“AL FINAL, LOS VERDADEROS LUJOS SON EL TIEMPO, LA BUENA COMPAÑÍA, EL SENTIRSE TRANQUILO, LA SALUD Y LA PAZ EN EL CORAZÓN”.

Mario Benedetti

BIBLIOGRAFÍA

- Chochinov HM, Fins J. Is Medical assistance in dying part of Palliative Care? JAMA 2024 doi:10.1001/jama.2024.12088
- Bruera E. Editorial: Improving palliative care Access for patients with cancer, end of life, hospice, palliative care. JAMA 2024 doi:10.1001/jama.2024.14059
- Mami Minato, Shintaro Kosaka, Masaya Higushi, Kei Ouchi. Palliative Care screening tools in Japan: cross-sectional utility study. BMJ Supportive and Palliative Care 2023 <http://doi.org/10.1136/spcare-2023-004761>
- Coronado MC. Historia de los Cuidados Paliativos. Introducción a los Cuidados Paliativos. Allende S, Lafuente P. TECH_updates@academia-mail.com
- Doody O, Davidson E, Lombardo J. Do not Attempt cardiopulmonary resuscitation decision-making process: scoping review. BMJ Supportive&Palliative Care 2024; 14 (3)
- Gonzalez J. Cuidados Paliativos: Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)
- Cabrera ME, Arévalo S, Irigoyen A. Cuidados Paliativos, una disciplina que humaniza la práctica médica al final de la vida. Algunos aportes desde la Psicología. Apuntes de Bioética 2021; 4 (1): 122-143

DR. EDUARDO PENNY

MSc, MACP, FAGS

Especialista recertificado en Medicina Interna
y en Geriátría

Past President y Miembro Honorario Sociedad Peruana de Medicina Interna y Sociedad de Gerontología y Geriátría del Perú. Past President Sociedad Latinoamericana de Medicina Interna-SOLAMI. Miembro Asociado Honorario Extranjero Sociedad Argentina de Educación Médica