

EL CUIDADO PALIATIVO EN EL FINAL DE LA VIDA

Asistir a pacientes que ya alcanzaron por su edad, ó por el tipo de enfermedad que padecen ó patologías asociadas, un estado de terminal (X Ej. Cáncer, SIDA, etc.), en nuestra realidad profesional de agobio y sobrecarga horaria, de múltiples lugares de trabajo, etc., puede significar para el médico de nuestros días una situación de difícil manejo.-

Esto puede corresponderse con varias razones, entre ellas la formación de pregrado en nuestros profesionales médicos, orientada para curar personas y resolver situaciones de salud en un plazo más ó menos corto, en contraposición a la realidad de estos pacientes.-

Otra puede ser que la mayoría, por no decir todos, los sistemas de Obra Social no contemplan que la gente llega a esta etapa de la vida y transcurre por ella en un plazo que puede ser de un tiempo más ó menos largo necesitando un cuidado médico constante, distinto de las aceptadas cuatro consultas anuales de promedio de una población joven y sana.- Las saturadas instalaciones de nuestros hospitales públicos y en especial los de los grandes centros urbanos solo pueden hacer frente a una demanda de atención cada vez mayor con los mismos ó menores recursos, y en un escenario de violencia que hace muy difícil desenvolverse cabalmente que no alcanza para los agudos, menos aún para los pacientes crónicos.-

Así el solo pensar en el cuidado paliativo de pacientes considerados terminales se concibe como un ejercicio arduo.-

En la última mitad del Siglo XX los adelantos tecnológicos cambian el concepto de lo que era la muerte habitualmente; La muerte se “medicaliza”, como una prolongación de la vida que anteriormente no existía, gracias a la aparatología de sostén y las drogas.- Se cambian los conceptos.- También se comienza a hablar de la Eutanasia en diferentes formas.-

En lo que no se avanzó tanto, ó por lo menos como en este otro aspecto, es en lo que se refiere a Cuidados Paliativos.-

Cuidado Paliativo según una Definición de autores españoles es: *“Es aquella en la que existe una enfermedad avanzada incurable, progresiva, sin posibilidades razonables de recuperación y tratamiento, específica, que provoca problemas con gran impacto emocional del paciente, su familia y equipo de salud, con pronóstico de vida generalmente inferior a seis meses, en el que existe una gran demanda de atención y en la que el objeto fundamental consiste en la promoción del confort y calidad de vida del enfermo y su familia, basado en el control de los síntomas, y el soporte emocional”*.-

Que demanda un paciente con una enfermedad terminal?

Lo sabemos?

Es siempre igual esa demanda?

La realidad muestra que a medida que se agrava el estado y el cuadro vital va decayendo, esas demandas disminuyen, y el médico debe esforzarse en mantenerse objetivo y justo entre su propuesta de asistencia, las demandas del paciente, y las de los familiares, no dejando de lado el farrago de problemas administrativos de la atención cual es la de conseguir prórrogas de internación, autorizaciones diversas, formularios para los medicamentos, optar en ocupar una cama con un paciente crónico cuando no alcanzan para los agudos, etc.-

Quizá el Cuidado Paliativo no debiera hacerse en un sector especial del Hospital sino en cada sala, y, como ocurre con otras situaciones donde la atención se torna ardua y provoca conflictos de difícil solución a veces, el Equipo Multidisciplinario puede aportar la visión profesional de cada uno de los integrantes, tomando en consideración sus actores principales: El Paciente, Sus Familiares y el Médico tratante.-

La Salud siempre ha sido motivo atrayente para la prensa, y cada vez más se bombardea a la población con los avances, a veces reales, pero a veces simulados, agrandados, falsos, en definitiva.- Esto no lo saben los potenciales consumidores de equipos de salud de drogas y

procedimientos que son los pacientes y sus familiares, que exigen el último procedimiento, consulta por la última panacea, aún la más descabellada, para atender a su familiar enfermo.-

Por su formación muchas veces el médico se aleja del paciente moribundo porque lo frustra, y lo pone frente a la realidad de que no pudo curarlo.-

Posiblemente uno de los caminos sería hacer docencia en nuestros colegas preparados para vencer la enfermedad antes que la enfermedad derrote el cuerpo, respecto que en estos pacientes no se puede decir ni pensar que “*no hay nada que hacer*”, sino por lo contrario siempre habrá mucho que hacer aunque no haya nada “*nada que tratar*”.- Al fin y al cabo de eso se trata la profesión, aliviar, curar ó acompañar si no se puede hacer otra cosa, esto es, cuidar (Médico, del Griego *médeos* = cuidar).-

Este acompañamiento no solo será de afecto sino de profesionalidad puesta en pos de la calidad de vida del paciente.-

Ha cambiado la forma de morir, y a veces es necesario que el paciente siga en asistencia internado, hasta que muera.-

Otras veces podrá volver a su hogar si las condiciones lo permiten, pero no por eso termina la atención médica, y porque no deben ser los días finales de gastos excesivos en el Hospital y de dolor físico, y mental innecesarios.- Esto seguramente significará un esfuerzo más que se le demandará al médico.-

Es un tema que tiene que ver con el Burn Out de los profesionales de la salud, porque ¿Quién cuida a los cuidadores?- Hay una situación de mucho stress en los Médicos que tratan enfermos terminales.- Cuesta mucho reconocer el grado de exigencia en el que se maneja el médico en la práctica.-

Estos momentos vividos como una situación límite por el paciente, como el de hallarse ante padecimientos extremos, sin la contingencia de sortear ó modificar su calidad de vida, ó por lo menos el confort, ó la vivencia de la cercanía a la muerte, desde el punto de vista de la Psicología se manifiestan en diversas conductas por la ansiedad que provoca la vivencia de pérdida del llamado *objeto de amor*, que se aparea a la ansiedad de pérdida de ser atacado.- Surge así la ambivalencia que es el conflicto ente el amor por el objeto y el odio inducido por el resentimiento ocasionado por las frustraciones que el objeto (La salud, en este caso), impone.- Encontramos mecanismos psicológicos de regresión muy importante, lo que justifica este punto de vista en la dependencia extrema de un objeto-persona (curadores, asistencia mecánica. . .), como la dependencia, cercana al nacimiento, de la madre ó el sustituto.- También tiene mucha importancia la *Negación*, proceso en virtud del cual el sujeto a pesar de formular uno de sus deseos, ideas ó sentimientos hasta entonces reprimidos, sigue defendiéndose, negando que le pertenezcan.-

Desde el punto de vista de los Principios Bioéticos, Beneficencia será asistir y darle al paciente el mayor bienestar, confort y afecto, en las condiciones que se pueda para cada paciente, sin exceder los límites para caer en el encarnizamiento terapéutico, pero tampoco en el abandono de pacientes.- La Calidad de Vida la exige el paciente, y de acuerdo al Principio de Beneficencia y de Autonomía la pauta la marca el paciente.-

Acorde con el Principio de Justicia, no se deberán usar medidas terapéuticas desmesuradas en pos de una Beneficencia *que no pide el paciente*, y que a veces la familia impone.- Será darle lo necesario en el marco de una atención posible, para que todos puedan acceder a una buena manera de morir.-

**Comité de Bioética
Octubre de 2007**