

Cuidados del enfermo al final de la vida: actuación del médico internista

*Luis Claudio Urosa Páez**

Resumen

La atención del enfermo terminal constituye un reto para el médico internista; a menudo se presentan síntomas como el dolor y otros que ocasionan sufrimiento al paciente. La medicina paliativa constituye una excelente opción para el alivio con un sentido de compasión. En ocasiones se puede requerir la sedación paliativa. La difusión de la eutanasia (suprimir la vida del enfermo) y del suicidio asistido como solución al sufrimiento, que ha sido propuesta en diversos países y en algunos se practica, atenta contra la dignidad del enfermo, va en contra de la esencia de la medicina al convertir al médico en un "matador." El papel de los familiares es fundamental en la atención del paciente sufriente.

Palabras clave: *persona; compasión; medicina paliativa; sufrimiento; ética; eutanasia; suicidio asistido; dignidad; moralidad interna; respeto a la vida.*

The rol of the Internist in the care of the terminal patient

Abstract

This is a challenge for the specialist in internal medicine. The terminal patient has often symptoms like pain and others which cause suffering. Paliative medicine is an excellent option for alleviating these symptoms with a sense of compassion. Some times paliative sedation can be required. In some countries euthanasia and assisted suicide as a solution to suffering has been proposed and practiced this attempts against the dignity of the patient, goes against de essence of medicine by converting the physician in a "killer" . The rol of the family es fundamental in the care of these patients who suffer.

Key words: *compassion; palliative medicine; suffering; ethics, euthanasia; assisted suicide; dignity; internal morality; respect to life.*

En el ejercicio del médico, cualquiera que sea su especialidad y del internista en particular, nos encontramos con pacientes cuya enfermedad ha progresado, no hay una curación definitiva, la muerte se vislumbra próxima y se acompaña de diversos sufrimientos tales como: dolor, disnea, vómitos, debilidad, trastornos neurocognitivos, etc.

La frecuencia de pacientes con cáncer, cardiopatías, trastornos neurológicos o enfermedad renal crónica entre otras, va en aumento; le corresponde al médico internista con una aproximación integral,

* Médico Internista. Hospital Universitario de Caracas, Venezuela

CUIDADOS DEL ENFERMO AL FINAL DE LA VIDA: ACTUACIÓN DEL MÉDICO INTERNISTA

atender a estos enfermos, en equipo con otros especialistas y profesionales de la salud.

Uno de los síntomas que ocasionan mas sufrimiento a nuestros enfermos es el dolor, el cual puede ser somático y/o visceral con sus componentes psíquicos, y cuya etiología y fisiopatología debemos conocer muy bien para un tratamiento adecuado y eficaz. En ocasiones no es fácil su terapia, pero hoy en día disponemos de fármacos (analgésicos, anestésicos), de sistemas de administración de los mismos y de especialistas que nos permiten aliviar o suprimir totalmente el dolor de estos enfermos. También disponemos de antieméticos, sistemas para administrar oxígeno, de alimentación, con los cuales aunque no logremos la curación, podemos ayudar a llevar la enfermedad en sus etapas avanzadas.

El surgimiento del “Hospice Movement” en Inglaterra promovido por la Dra. Cicely Saunders⁽¹⁾ hace pocas décadas, abrió una puerta para el cuidado de los pacientes con enfermedades avanzadas o terminales y ha sido el fundamento para el desarrollo de la medicina paliativa, la cual es una excelente opción de atención para estos enfermos. No hay duda de que los pacientes con enfermedades avanzadas, no curables, necesitan una actitud de COMPASIÓN, por parte del médico, que implica ser empáticos con ellos y también con los familiares y que nos mueve a poner todos nuestros conocimientos científicos y éticos así como de los recursos disponibles para aliviar el sufrimiento. Así en pacientes con cáncer avanzado con metástasis óseas podemos recurrir a los analgésicos tales como opiáceos, sedantes, bifosfonatos, antieméticos (ondasetrón) y a especialistas en medicina paliativa, de terapia del dolor o de la psiquiatría para dar el mayor apoyo a estos pacientes.

Un concepto importante es el de la “sedación paliativa/sedación terminal” entendiéndose esta como “la maniobra destinada al alivio de los síntomas refractarios que pueden aparecer en el contexto del enfermo que se halla al final de la vida”⁽²⁾ y que puede estar indicada entre 20 al 25% de los pacientes en situación de agonía.

Entre las indicaciones más frecuentes se encuentran condiciones de: dolor, disnea, delirium, estrés emocional; debe constatarse en la historia clínica la necesidad del tratamiento, debe haber un consentimiento explícito (no necesariamente escrito) y debe quedar muy claro que no es una eutanasia encubierta ya que hay una diferencia en el objetivo, la indicación y el procedimiento con un profundo respeto ético^(2,3).

En las últimas décadas se ha levantado un movimiento en varios países promoviendo la práctica de la eutanasia y del suicidio asistido como una alternativa para el paciente que sufre y no desea vivir⁽⁴⁾. Se define a la eutanasia como “la conducta que busca terminar con la vida de una persona con alguna enfermedad grave para suprimir sus sufrimientos”. En un intento de manipulación del lenguaje algunos usan los términos eutanasia activa y pasiva confundiendo medidas como sedación paliativa o el no usar medios desproporcionados que no buscan matar al enfermo, aunque de ellos se derive que la existencia del paciente pueda acortarse. En la eutanasia activa el médico administra dosis letales de fármacos (barbitúricos, opiáceos, otros sedantes, cloruro de potasio) con la finalidad explícita de acabar con la existencia del paciente o de acelerar la muerte. En la eutanasia pasiva se omiten medidas necesarias para sobrevivir como la alimentación, hidratación o algunos medicamentos con la intencionalidad de acelerar la muerte del enfermo. El llamado suicidio asistido consiste en facilitar al paciente algún fármaco en cantidades suficientes para que este al tomarlo ponga fin a su existencia.

Aunque a lo largo de la historia de la humanidad han existido pueblos que han practicado el dar muerte a ancianos, recién nacidos deformes, heridos de guerra, así como la práctica del suicidio⁽⁴⁾, hubo personajes como Pitágoras, Hipócrates, Galeno quienes defendieron el valor de la vida humana de lo cual un ejemplo patente es el Juramento Hipocrático.

En nuestra cultura contemporánea conocemos la terrible experiencia durante el régimen nacional-socialista (nazi) el cual implantó un programa de exterminio de aquellos considerados como

“existencias carentes de valor” aunque la ideología era distinta de los que en la actualidad promueven esta práctica. Los médicos nazis quienes mataron a millones de personas, lo hicieron obedeciendo las leyes del estado que tomaron primacía sobre la ética médica en función de lo que consideraron el bien de la mayoría. Un aprendizaje del Juicio de Nuremberg es que hay cosas que no se deben hacer⁽⁶⁾.

Así como la eutanasia irrespeta a la persona y su dignidad, el llamado encarnizamiento u obstinación terapéutica, por la cual se toman acciones diagnósticas o terapéuticas fútiles, esto es, innecesarias, no conducentes a beneficiar al enfermo y que acarrear molestias y gastos innecesarios, es también un irrespeto al paciente y está reñida con la ética médica.

El propósito de la medicina es el de curar, aliviar o consolar que siempre debe cumplir y hay una línea que no podemos pasar, la de sanador a “matador”⁽⁷⁾. “Este asunto (la eutanasia) toca a la medicina en su propio centro moral; si este centro moral colapsa, si el médico se convierte en un matador, o sencillamente licenciado para matar, la profesión y por lo tanto cada médico nunca más volverán a tener la confianza y el respeto como sanador, confortador y protector de la vida en toda su fragilidad”⁽⁷⁾. La medicina tiene una moralidad interna que la define como un llamado (vocación) profesional de curar. Es cierto que en ocasiones los médicos no hacen todo lo suficiente para calmar el sufrimiento del paciente con enfermedad terminal, pero la eutanasia y el suicidio asistido piden demasiado a un ser cuya vocación es sanar. A esto se unen las limitaciones que tenemos los médicos en nuestra falibilidad, la posibilidad de equivocarnos y tomar decisiones como la de aniquilar una vida humana que pensamos está en situación irreversible y terminal y no lo es.

Aunque hay que comprender las circunstancias que condicionan la solicitud por parte del paciente de que se acelere su muerte, la respuesta no está en el recurso al suicidio asistido o la eutanasia. “El recurso moral es el de la afirmación inequívoca de las obligaciones del médico de practicar una analgesia competente, comprender porque el paciente

pide la muerte y quitar esas razones en un programa de cuidado paliativo”⁽⁸⁾.

No hay duda de que vivimos en la llamada “cultura de la muerte” la cual tiene diversas manifestaciones y una de ellas es la promoción de la eutanasia y del suicidio asistido en ocasiones pensando que ese ser es menos humano o menos digno de vivir; debemos considerar que “destruir una vida es destruir al ser humano que la vive”⁽⁸⁾.

En nuestro Código de Deontología Médica vigente, en los artículos 74 a 84 se explica claramente el deber del médico de atender al enfermo en situación terminal, de respetar su dignidad de persona, su voluntad de no aceptar tratamientos innecesarios, de utilizar los medios necesarios para calmar el dolor y cualquier sufrimiento y de respetar la vida”... No puede en ninguna circunstancia, provocar deliberadamente la muerte del enfermo aún cuando este o sus familiares lo soliciten, como tampoco puede colaborar o asistir al suicidio del paciente instruyéndolo y/o procurándole un medicamento en una dosis letal”⁽⁹⁾.

La Asociación Médica Mundial en su declaración sobre la eutanasia en 1988 y 2002⁽¹⁰⁾ establece que “El acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares es contraria a la ética. Ello no impide al médico respetar el deseo del paciente de dejar que el proceso natural de la muerte siga su curso...”

El *American College of Physicians* en su manual de ética está en contra de la eutanasia y del suicidio asistido, ya que esto traería graves consecuencias en la confianza del paciente, puede usarse en pacientes vulnerables, incluyendo los pobres, los discapacitados o los que no pueden hablar por si mismos⁽¹¹⁾.

En naciones en las cuales se ha legalizado la eutanasia, como Holanda y Bélgica, se comenzó practicándola para aliviar el dolor o sufrimiento del enfermo (“casos clásicos”) y hoy se ha extendido a personas como niños con malformaciones, personas con crisis existencial, entre otras situaciones.

CUIDADOS DEL ENFERMO AL FINAL DE LA VIDA: ACTUACIÓN DEL MÉDICO INTERNISTA

Un aspecto fundamental en la atención del paciente en las circunstancias mencionadas es la participación de la familia en los cuidados, en el acompañamiento con una auténtica manifestación de afecto que tiene un valor y una acción terapéutica real, minimizando los sentimientos de depresión, de rabia o de pérdida de la esperanza.

Por otra parte, tanto el paciente como sus familiares necesitan ese acompañamiento por parte del médico y de los otros profesionales sanitarios (enfermería, terapia respiratoria, psicólogos, etc) en el sentido de ir más allá de un papel exclusivamente “técnico”, con visitas relámpago, a veces solo hasta la puerta de la habitación, evadiendo el encuentro con el enfermo y su sufrimiento.

Finalmente con una aproximación integral, holística, a la persona con enfermedad avanzada hemos de tomar en cuenta su dimensión espiritual, su sentido de trascendencia, su vivencia religiosa, siempre con un profundo respeto a sus convicciones y a su libertad, facilitándole la atención espiritual-religiosa de acuerdo a sus creencias⁽¹²⁾.

En conclusión la dignidad de la persona humana que se mantiene aún en las condiciones de salud más adversas, debe ser respetada por el médico a través de una actitud de compasión procurando el bien y aliviando el sufrimiento; producir la muerte del enfermo nos convierte en matadores de nuestros pacientes y del corazón mismo de nuestra profesión⁽¹³⁾.

Referencias

1. Du Boulay S. Cicely Saunders, Fundadora del movimiento Hospice de Cuidados paliativos. Ed. Palabra., S.A. 2011 Madrid
2. Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos. Sociedad Española de Cuidados paliativos. 2002. www.unav.cdeb.es
3. Sulmasy D et al Paliative therapy of last resort and assisted suicide. *Ann Int. Med* 2000; 133(7): 562-563; 564-565
4. Emmanuel E et al :Attitudes and practices of Euthanasia and Physician assisted Suicide in the U S , Canada and Europe. *JAMA* 2016; 316(1).doi10.11001/JAMA2016 .8499
5. Sgreccia E; manual de bioética I. 4ª Edición; 2007 BAC.
6. Pellegrino E D the nazi doctors and Nuremberg: some Moral Lessons revisited. *Ann Int. Med.* editorial .1997(127):307-308
7. Thomasma D.C., Kissell J.L., editors. The health care Professional as friend and healer. Building on the work of E D Pellegrino. Georgetown University press.2000
8. Stith R. la vida considerada como cosa: un error norteamericano fundamental. en Cuadernos de bioética 2005;XVI
9. Código de Deontología Médica; Federación Médica Venezolana, 2005
10. Declaración de la AMM sobre la eutanasia 2002. www.AMM.org
11. Ethics manual, sixth edition, American College of Physicians. *Ann Int. Med;* 2012; 156; 73-104
12. Urosa C. La relación médico-paciente: centro de la actitud ética del médico. *Bioética del encuentro clínico.* Editorial Académica Española; 2013
13. Gaylin W, Kass L.R., Pellegrino E.D. and Seigler M. “doctors must not kill”*JAMA*,259; (1988) 2139-2140.