

Muerte digna y cuidados paliativos

Dra. Maricruz Perezamador del Cueto

¿Muerte digna?

- El intento de domesticar el morir y la muerte puede convertir la agonía y la indigencia humanas en una situación cruel, desproporcionada, injusta e inútil, tanto para el paciente como para su familia.

- La muerte ha dejado de ser admitida como un fenómeno natural necesario.
- Se considera en muchos casos a la muerte como un fracaso de la medicina

- La participación de la familia en la muerte de uno de sus miembros se ve muy acotada o desaparece casi del todo cuando el enfermo es hospitalizado.
- Desocialización de la muerte.

- Los adelantos de la medicina han dado popularidad al hospital como único sitio adecuado para el que va a morir, aunque el recurso de la hospitalización también se debe a que las familias actuales difícilmente pueden hacerse cargo del cuidado de un enfermo terminal.
- El hospital coloca a la muerte fuera del hogar y permite ponerla a cierta distancia

- La aparición de los cuidados paliativos anuncia un cambio de actitudes frente a la muerte porque supone reconocer su carácter ineludible y la necesidad de hacerse cargo de todo el proceso.
- Los cuidados paliativos representan pues una corriente contraria al intervencionismo basado en el ensañamiento terapéutico

- La filosofía de los cuidados paliativos basada en el control de síntomas y sobre todo en el acompañamiento de los moribundos constituye una búsqueda que conduce inevitablemente a la conquista de un sentido.



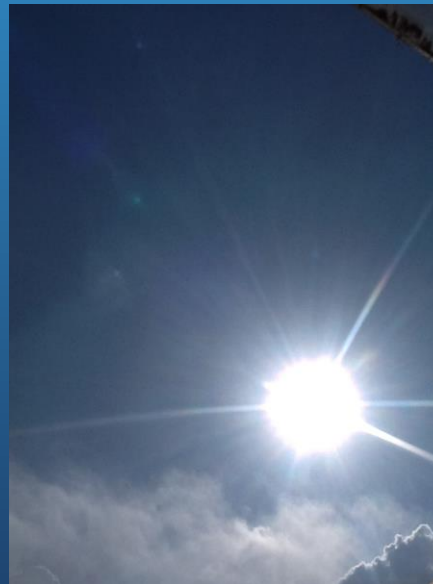
- Posterior a la segunda guerra mundial surgen las clínicas del dolor (E.U.A)
- Inicios de los años 70 surgen en Inglaterra los centros de cuidado paliativo (Hospicio).
- En España 21% de los enfermos con cáncer son atendidos en domicilio en las últimas semanas de vida
- El 60% de los pacientes con cáncer en México fallecen en su domicilio.

Enfermedad terminal

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico: alargar la vida no es lo mismo que prolongar la agonía.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples y cambiantes : el control de síntomas y la comunicación son prioritarios.
- Gran impacto emocional del paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado o no con la presencia explícita o no de la muerte.
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

- Noviembre de 2013, se modifica el reglamento con disposiciones sobre cuidados paliativos en la Ley General de Salud.
- En marzo de 2014, la Secretaria de Salud, instó a una estrategia nacional de cuidados paliativos, junto con la COFEPRIS , anunciaron reformas fundamentales en el sistema de prescripción y suministro de analgésicos fuertes, así como en el mantenimiento de registros.

- Marzo 2014 , la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, que administra el Seguro Popular , introdujo una serie de intervenciones clave de cuidados paliativos a su plan.



Ley general de salud

- Salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal, para garantizar una vida de calidad a través de los cuidados y atenciones médicas, necesarios para ello.
- Garantizar una muerte natural en condiciones dignas a los enfermos en situación terminal

ART 166 bis

Ley general de salud

- Determinar los medios ordinarios y extraordinarios en los tratamientos.
- Dar a conocer los límites entre el tratamiento curativo y el paliativo;
- Establecer los límites entre la defensa de la vida del enfermo en situación terminal y la obstinación terapéutica.

LGS Art 166 bis 1

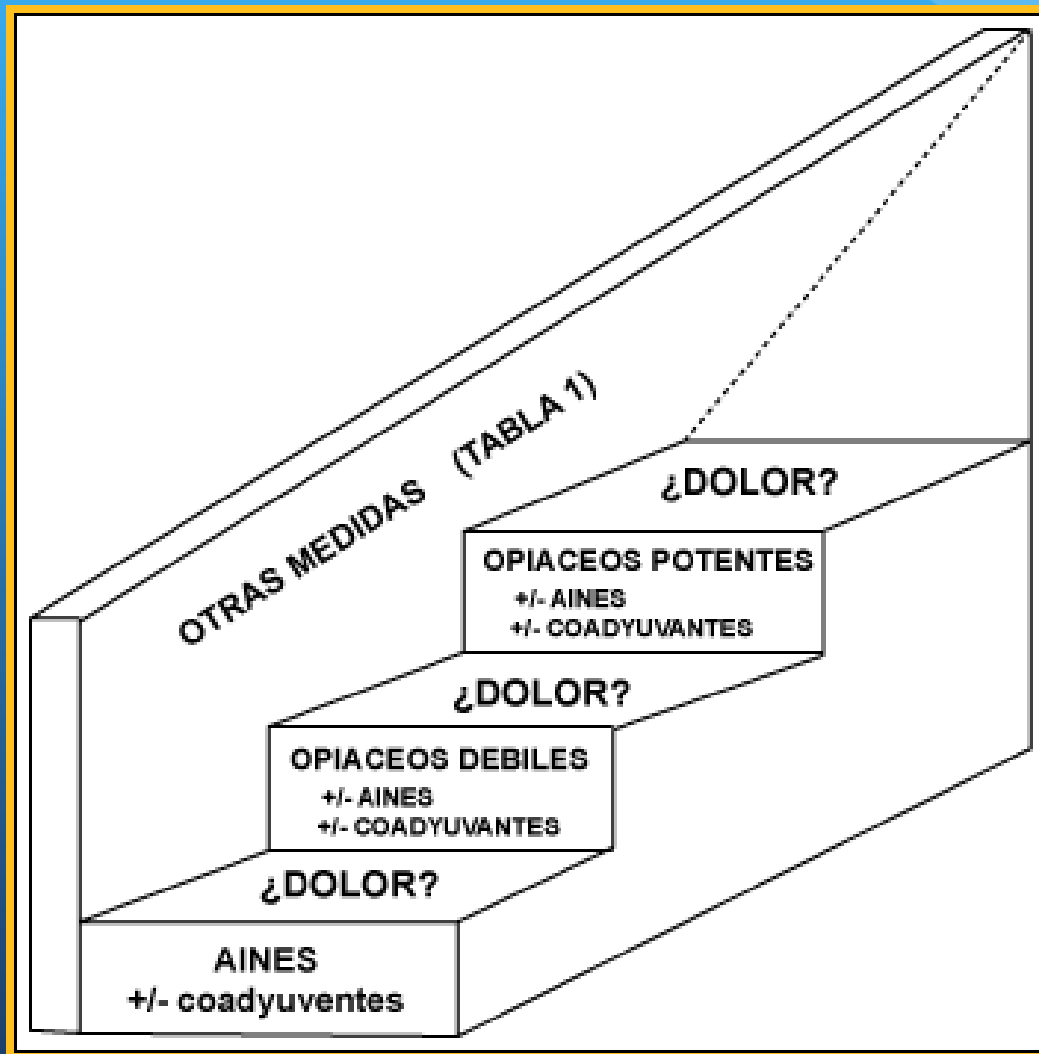
- I. Enfermedad en estado terminal. A todo padecimiento reconocido, irreversible, progresivo e incurable que se encuentra en estado avanzado y cuyo pronóstico de vida para el paciente sea menor a 6 meses;

Cuidados básicos (LGS)

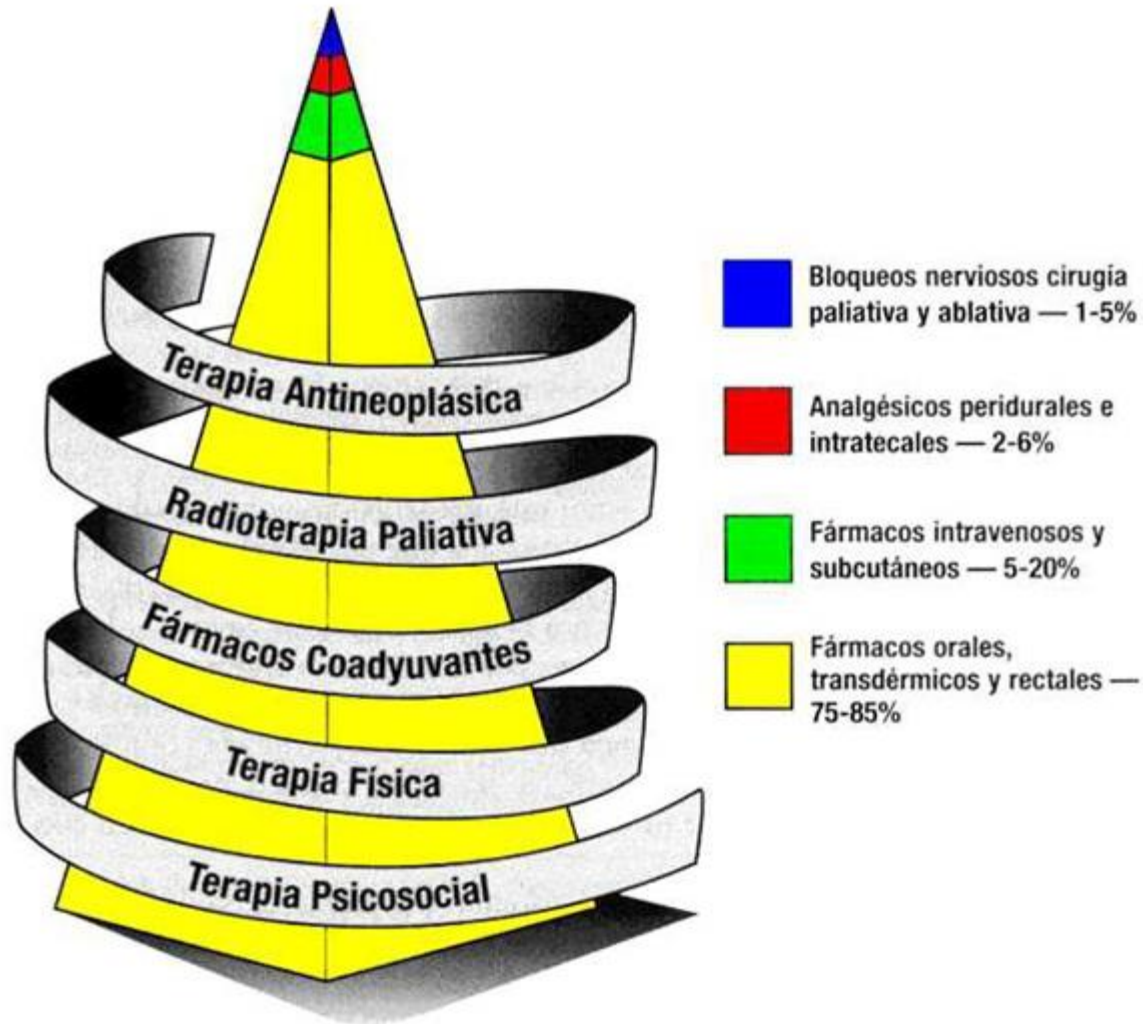
La higiene , alimentación e hidratación, y en su caso el manejo de la vía aérea permeable



Escalera analgésica OMS



Estrategias en el manejo del dolor: Jerarquización



Ensañamiento terapéutico

- Poner un límite en proporcionar tratamientos médicos es uno de los problemas éticos más comunes en la medicina actual.
- La obstinación terapéutica se caracteriza por la desproporcionalidad de medios-

Ensañamiento terapéutico

- Inútil
- Penoso
- Desproporcionado

- A pesar de la tendencia común a atribuir menos responsabilidad moral a las omisiones que a las acciones, tal distinción resulta problemática como criterio normativo cuando de ambos tipos de comportamiento previsiblemente se siguen idénticas consecuencias, como la muerte de personas o una situación de clara discriminación. El sesgo moral favorable a las omisiones, cuando de éstas se siguen daños equivalentes o mayores que de acciones, no está justificado (Lawford-Smith, 2012).

- Matar no es lo mismo que dejar morir.
- “Ningún médico está autorizado para abandonar a su paciente por el mero hecho de padecer una enfermedad incurable y grave”

- Los cuidados paliativos representan pues una corriente contraria al intervencionismo basado en el ensañamiento terapéutico. Se deja que la muerte actúe en vez de actuar sobre ella; se acepta el drama humano en vez de representar una comedia; se le devuelve un sentido al ritual en vez de profesionalizarlo.

Cuidados paliativos (LGS)

- Cuidados Paliativos. Es el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales;

Cuidados paliativos

- *“La atención total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo interdisciplinar cuando la expectativa no es la curación. La meta fundamental es la calidad de vida del paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales de los pacientes y de sus familiares. Si es necesario el apoyo debe incluir el proceso del duelo”.*
- Subcomité de Cuidados Paliativos del Programa Europa contra el Cáncer define así los Cuidados Paliativos

Enfermo terminal

- La ley lo define como aquel enfermo cuyo pronóstico de vida es inferior a 6 meses.
- Existen enfermos con dolor crónico que no están en fase terminal y requieren de manejo analgésico con opioides e intervencionismo-

Enfermedad terminal

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico: alargar la vida no es lo mismo que prolongar la agonía.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples y cambiantes : el control de síntomas y la comunicación son prioritarios.
- Gran impacto emocional del paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado o no con la presencia explícita o no de la muerte.
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

- El acceso a los opioides está limitado .
- Se estimó que en 2010 México sólo utilizó 735 Kg de equivalentes de morfina de los 16,299 Kg. que se necesitaba utilizar para aliviar todo el dolor de una manera adecuada en ese año. Dicho de otra manera: **sólo se consumió el 4.51% de los opioides que se suponía ser adecuados en México**

Medicamento esencial

- “Aquellos que satisfacen las necesidades de atención sanitaria de la mayor parte de la población; por consiguiente, deben estar disponibles en todo momento en cantidades suficientes y en las formas farmacéuticas apropiadas.



Obstáculos para el acceso a opioides en Latinoamérica

- 1) Falta de conocimiento y actitudes equivocadas acerca del dolor y los opioides.
- 2) Políticas y legislaciones que regulan los medicamentos fiscalizados excesivamente restrictivas
- 3) Barreras y fallas en el sistema de requisición y distribución de medicamentos fiscalizados.
- 4) Alto costo de algunos medicamentos para el tratamiento del dolor y la falta de cobertura de los analgésicos opioides en los formularios nacionales

- La OMS considera que un individuo tiene acceso a medicamentos esenciales cuando tales fármacos pueden ser obtenidos dentro de una distancia de viaje razonable (accesibilidad geográfica), estar disponibles en los centros de salud (disponibilidad física), costo razonable (financieramente posible) y su prescripción sea producto de un uso racional del medicamento.

- La Sociedad Europea de Oncología Médica señala, que “cuando los opioides están sobre regulados, las medidas de precaución para evitar el abuso y su desviación son excesivas e incapacitan a los sistemas de salud para aliviar el sufrimiento real.”

- En México, el acceso a los servicios de cuidados paliativos y de medicamentos esenciales para el tratamiento del dolor es muy limitado.
- En la actualidad, sólo unas pocas decenas de instituciones públicas de salud en el país ofrecen cuidados paliativos y que la administran en el domicilio del paciente es todavía menor.
- La mayoría del personal sanitario no ha recibido capacitación en la disciplina y pocos médicos tienen licencia para prescribir analgésicos fuertes, esenciales en los cuidados paliativos

Modelos de atención

- El papel que jugarán los proveedores de atención primaria en la administración de cuidados paliativos.
- Cómo se proveerá la atención calidad en el hogar;
- Qué mecanismos deberían ser implementados para referir a los pacientes.
- Cómo podrían integrarse los cuidados paliativos para que queden cubiertos por las pólizas de seguro médico.
- Qué modelos de cuidados paliativos son más efectivos a la hora de ajustarse las necesidades de los niños con enfermedades terminales

Responsabilidad social

- Educación médica continua
- Acceso a los medicamentos controlados .
- Precio de los medicamentos.
- Educar para la vida también es aceptar la muerte como parte del proceso
- Énfasis de educación al primer nivel de atención.
- Incorporar a profesionales de otras áreas en la atención de cuidados paliativos

- Sólo 6 de las 102 facultades de medicina ofertan cursos sobre cuidados paliativos en los cursos de pregrado y solo en dos son cursos obligatorios.
- Como consecuencia muchos médicos no tienen la preparación más básica para atender a pacientes que requieren cuidados paliativos

Educación médica

- La capacidad científico técnica es una condición necesaria, pero no suficiente, para la competencia. Es necesario sumar la calidad humana para alcanzar un resultado suficiente. El concepto de “calidad humana” englobaría una serie de factores y realidades que no se dejan atrapar por la ciencia biológica: relación de ayuda y confianza (relación clínica), consideración de la dignidad y preferencias del paciente (aspectos éticos), contexto familiar y social (aspectos comunitarios).

- La gran paradoja de la medicina actual es que el médico además de defender al enfermo de la enfermedad tenga que defenderse del enfermo.

- “ La guerra contra las drogas falla en prevenir el uso de drogas ilícitas, pero triunfa en prevenir el uso de narcóticos legales por las personas que sufren de dolor”

- Luis Enrique Rosas Luengas

- Es necesario que la bioética moderna contribuya a una cultura de la vida, que en lugar de hablar de muerte digna enfoque su atención para preservar la atención de calidad y la dignidad hacia el ser humano a lo largo de toda su vida, desde la concepción hasta la muerte.

