

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en **Ars Medica, revista de estudios médicos humanísticos**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

La paliación en los árboles del nuevo siglo

Dr. Mario Guerrero Lira
Profesor Auxiliar en Anestesiología
Unidad de Manejo del Dolor, Hospital Clínico
Pontificia Universidad Católica de Chile

Contrariamente a lo que muchos piensan, la medicina paliativa no es una nueva disciplina desarrollada para satisfacer las necesidades impuestas por el aumento de la expectativa de vida de nuestra población, ni tampoco consecutiva al relativo éxito de la terapia anticancerosa. La paliación, en su más amplio sentido, fue tal vez el motor principal de la actividad médica desde sus inicios. Los médicos ignoraban las técnicas quirúrgicas, las reales causas de enfermedad y los principios farmacológicos que hubiesen permitido sanar enfermedades: por consiguiente, no les quedaba otra posibilidad que aliviar síntomas, consolar y ayudar a asumir de la mejor forma el curso de la enfermedad y sus consecuencias. La entrega al ideal de aliviar los males y sufrimientos de la humanidad doliente aparece entonces como una característica común en muchos médicos heroicos que llenan los anales de la antigua medicina, que acogían amorosamente a sus pacientes y que terminaron muchas veces compartiendo las enfermedades que pretendían aliviar o curar. Esta actitud podemos encontrarla descrita en el ideal del médico rural, del médico de familia y de los que se desempeñaban en las diversas instituciones de la caridad.

Podría, pues, afirmarse que antaño la medicina era esencialmente paliativa, es decir desplegaba sus mayores esfuerzos por aliviar los síntomas de enfermedades que no era capaz de curar.

¿Qué sucedió con esta medicina, y con la motivación que impulsó a nuestros antecesores a entregarse a una actividad la mayoría de las veces mal remunerada, sacrificada y riesgosa? En una conferencia dictada hace unos diez años, el Dr. Marcos Gómez Sancho especialista español de cuidados paliativos, sostenía que el quiebre en la actitud se produce cuando aparecen en nuestra historia los antibióticos y la “resucitación”. ¿Corresponde a estos hitos o al desarrollo de una anestesia que posibilitó intervenciones quirúrgicas más osadas y efectivas? Es irrelevante precisar cuál fue la causa del viraje filosófico que sufrió la actividad médica; ciertamente es más importante meditar respecto a las consecuencias de este cambio experimentado a mediados del siglo pasado.

Ante el advenimiento de recursos eficaces –antibióticos, métodos quirúrgicos sofisticados, técnica de reanimación cardiopulmonar y cuidados intensivos– las nuevas generaciones de galenos se forman en un ambiente en el cual se ha logrado vencer las enfermedades infecto contagiosas, corregir órganos o ductos que no funcionan adecuadamente incluso reemplazándolos por otros nuevos y si el enfermo fallece, se le resucita y mantiene vivo a la espera de alguna solución que el conocimiento científico nos brinde. Esto infunde en el médico de nuestros tiempos una suerte de sensación de omnipotencia y la quimera de obtener en la prolongación de la existencia la justa recompensa a los esfuerzos que se realizan sobre el enfermo: en este contexto la muerte puede no significar otra cosa que la derrota.

Por otra parte, el desarrollo tecnológico y la complejidad de los procesos administrativos, financieros y legales aparejados a la medicina han contribuido a despersonalizar, deshumanizar y comercializar la relación entre pacientes y médicos, menguando la retribución moral y el prestigio del que gozaban los

facultativos de antaño, razones por las que probablemente muchos de ellos abrazaron los estudios médicos. Se estudia medicina para ayudar a los pacientes, “si pretendes ganar dinero, no estudies medicina, dedícate a los negocios, porque la medicina solo permite un buen pasar”, eran los consejos que me dirigía mi abuelo, médico e hijo de médico.

La historia nos enseña que muchos de los procesos del desarrollo humano ocurren en forma pendular. La deshumanización, el alza de los costos, el abandono de los pacientes cuando se han agotado las instancias curativas y el clamor desatado por las necesidades de contención y alivio del sufrimiento en los pacientes terminales, han hecho necesario replantear el papel que la medicina debe desempeñar frente a la enfermedad y el ocaso de la vida. Para nuestra sociedad actual la medicina no solo debe curar, también debe aliviar y acompañar durante el proceso de muerte.

Diferentes corrientes ideológicas y filosóficas han propuesto la eutanasia y el suicidio asistido como soluciones al dolor y sufrimiento de los enfermos que no tienen cura para un mal que empobrece su calidad de vida o que se enfrentan a una muerte próxima. En nuestra postura de cristianos, creemos fervientemente que la respuesta no puede estar en el exterminio de una vida a la que no se le encuentra sentido o en la cual el dolor ha terminado por envilecer la existencia. Esta última observación es frecuentemente apoyada por estudios que han explorado la motivación existencial y necesidades de los pacientes terminales, los que dejan de solicitar la muerte una vez que se les ha aliviado el dolor. La respuesta humanitaria, consiste en realizar todos los esfuerzos necesarios por aliviar el dolor y los síntomas que afectan la dignidad humana en nuestro paciente, y en ayudar a otorgar el sentido que le permita asumir el sufrimiento y vivir la vida de la mejor forma posible. El imperativo de reincorporar el enfoque paliativo a la práctica médica, sin despojarla del aporte de los adelantos de la última centuria, parece un problema menor para las nuevas generaciones de galenos que se están educando en facultades que propician una formación humanista, en comparación con el reto que debemos enfrentar los médicos que carecimos de esta perspectiva durante los años de escuela. En nuestro caso, la formación predominantemente curativa y reanimadora recibida nos obliga a operar un cambio drástico cada vez que consentimos en dejar morir a alguien, y más aún si decidimos acompañarlo durante el proceso, ocasionando además un gran desgaste al tener que asumir la derrota representada por la muerte del paciente a nuestro cuidado. Los desafíos planteados, y la necesidad de contar con una disciplina paliativa formal a la hora de concurrir al debate de la eutanasia, nos motivan a exponer los temas que a continuación ustedes encontrarán en el curso de estas páginas: El análisis ético de los problemas en paliación, las necesidades de los pacientes terminales, la comunicación como herramienta terapéutica, los procesos psicológicos que determinan el sufrimiento y la reparación, el análisis de aspectos terapéuticos con fines paliativos, la legislación y financiamiento en el plan AUGE del Estado de Chile. Estos artículos representan aspectos que consideramos importantes a la hora de formar un criterio que facilite el enfoque paliativista frente a un paciente terminal, favoreciendo el acompañamiento de nuestros moribundos y sus familias y disminuyendo el estrés derivado de la impotencia de un tratante que desconoce cómo actuar en estas circunstancias.