



Máximo beneficio (no hacer es hacer) y cuidados paliativos

Maximum benefit (not doing is doing) and palliative care

Federico Leopoldo Rodríguez Weber,* José Luis Ramírez Arias†

Citar como: Rodríguez WFL, Ramírez AJL. Máximo beneficio (no hacer es hacer) y cuidados paliativos. Acta Med GA. 2022; 20 (2): 125-126. <https://dx.doi.org/10.35366/104271>

El ejercicio de la medicina en nuestros tiempos está lleno de decisiones y disyuntivas producto del momento histórico, de los avances científicos, de la evolución de los temas legales de las regulaciones, de la distribución de los recursos económicos y del compromiso de la profesión médica por hacer que el paciente viva más tiempo. Por situaciones culturales y familiares, al final la toma de decisiones es compleja, primordialmente para los pacientes y familiares; pero también para los prestadores de los servicios, estando a la cabeza el médico, pero también lo es para enfermeras, cuidadores y/o autoridades hospitalarias, incluso terceros pagadores.

Históricamente, el hombre ha contemplado a la muerte y su entorno en distintos contextos y en sus diferentes momentos en formas diversas, como mencionan algunos autores que, desde la Edad Media, la persona que estaba muriendo o que próximamente se preveía que lo haría, invitaba a sus seres queridos a que lo acompañaran alrededor de su lecho, pudiendo así utilizar ese tiempo para arreglar sus problemas espirituales, sociales o personales.¹ En tiempos más recientes, la idea de la muerte está centrada en la preocupación familiar del fallecimiento del ser querido en la actividad de los familiares; este enfoque se manifiesta mediante la expresión pública del duelo y el inicio del culto a los difuntos en los cementerios, situación que prevalece en algunos lugares,² por lo que pueden pasar a un segundo término las preferencias de los pacientes e incluso ser ignoradas las indicaciones dadas en otros tiempos por parte de ellos en previsión de lo que pudiera suceder y cómo les gustaría que se les atendiera.

No podemos pasar por alto que hoy los importantes avances terapéuticos y técnicos están dirigidos a incrementar las expectativas de vida de la población en general; no se debe olvidar que la calidad de vida de los pacientes debe ser el objetivo central del tratamiento, pudiendo llegar a ofrecer como opción tratamiento sintomático para minimizar el sufrimiento y no prolongar agonías o etapas terminales difíciles y haciendo eficiente el uso de los recursos.³ El ver en el paciente sólo fenómenos que se producen en órganos o sistemas, puede desviar el motivo de la atención, no atendiendo lo que es el todo, el paciente en forma integrada, y olvidar que muchos de estos enfermos se encuentran fuera de cualquier alcance terapéutico curativo. Los médicos estamos obligados a redescubrir qué parte de la razón de ser de los médicos no sólo es tratar de curar, sino que nuestra labor también es cuidar, acompañar y consolar al paciente cuando se encuentra con padecimientos en etapa terminal. Con esta visión y sentimiento humanista es como en la década de 1970, en Europa y especialmente Inglaterra, nacen formalmente los cuidados paliativos.⁴

Por otro lado, en los tiempos que vivimos, es indudable el reconocer la disminución sostenida de las tasas de natalidad y de mortalidad, siendo más evidente este proceso en Europa y en los países desarrollados, la cual está influenciada por procesos como el mejor control de las enfermedades infecciosas, la industrialización y urbanización sanitaria que acompaña a los cambios en los estilos de vida, dando como respuesta el envejecimiento

* Médico Internista. Profesor adjunto del Curso de Residencia en Medicina Interna. Profesor de pregrado y postgrado de la Facultad Mexicana de Medicina de la Universidad La Salle.

† Médico Radiólogo. Director Médico.

Hospital Angeles Pedregal. Ciudad de México.

Correspondencia:

Dr. Federico Leopoldo Rodríguez Weber
Correo electrónico: fweber@saludangeles.com

www.medigraphic.com/actamedica



progresivo de la población y un incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas. Este último fenómeno ha llevado a la sociedad y a los médicos a enfrentar situaciones que obligan a tomar decisiones para atender a los pacientes fuera de los hospitales, optimizando los recursos de la atención y evitando prolongar estancias hospitalarias para tratar de evitar utilizar recursos diagnósticos y terapéuticos que impactan negativamente en la calidad de vida de los pacientes y que no aportan nada a la recuperación de los males que les aquejan y, en cambio, sí incrementan los costos y generan expectativas inadecuadas por parte de la sociedad; por ello, de acuerdo a cada caso, se debe considerar que el no hacer un procedimiento o un tratamiento es hacer en favor de mantener la calidad de vida sin que tenga importancia el impacto en el tiempo de vida.⁵

Esta situación ha hecho que se generen protocolos de atención domiciliaria desde los hospitales, haciendo más eficiente y humana la atención y optimizando recursos materiales y humanos para preparar al paciente al bien morir.⁶ Se cuenta con los recursos que brindan los cuidados paliativos al proporcionar a los pacientes ambientes más agradables para vivir el proceso final, utilizando terapias no habituales y recurriendo, cuando así lo requiera, al apoyo de los tanatólogos, psicólogos, rehabilitadores, etcétera. En nuestro país no se ha avanzado suficiente en esta cultura, pero sin lugar a duda en el futuro tendremos que fomentar estas conductas pensando en la calidad de vida.^{5,7,8}

Es por eso que se invita a los médicos, que estamos en contacto con este tipo de pacientes, a que tengamos clara la forma en que debemos brindar la atención y hasta dónde lo debemos hacer, aclarando que en algunas ocasiones el no hacer es hacer y puede ser que sea la mejor forma de hacer; siempre dejando evidencia documentada en el expediente clínico de la forma en que se enfrenta el problema y cómo es compartida esa decisión con el paciente y sus familiares. La tarea no está hecha, es tiempo de ponernos a trabajar con las nuevas generaciones para que quede claro que en muchos casos el no hacer es hacer.

REFERENCIAS

1. Aries P. *El hombre ante la muerte*. Madrid, España: Taurus Ediciones; 1983.
2. Tiberio A. *La muerte en la cultura occidental. Aproximación al trabajo de morir*. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia; 2001.
3. Callahan D. Death and the research imperative. *N Engl J Med*. 2000; 342 (9): 654-656.
4. Clark D, Centeno C. Palliative care in Europe: an emerging approach to comparative analysis. *Clin Med (Lond)*. 2006; 6 (2): 197-201.
5. Domínguez-Marín AD. Cuidados paliativos. Sus orígenes y su llegada a México. *Rev Hosp Jua Mex*. 2016; 83 (3): 64-66.
6. Chin-Jung L, Shih-Jung C, Shou-Chuan S, Cheng-Hsin C, Jin-Jin T. Discharge planning. *Int J Gerontol*. 2012; 4: 237-240. doi: 10.1016/j.ijge.2012.05.001.
7. Peimbert-García RE, Gutiérrez-Mendoza LM, García-Reyes H. Applying lean healthcare to improve the discharge process in a Mexican Academic Medical Center. *Sustainability*. 2021; 13 (19): 10911. Available in: <https://doi.org/10.3390/su131910911>
8. d'Empaire G. Calidad de atención médica y principios éticos. *Acta Bioeth*. 2010; 16 (2): 124-132.