Declaración de la AMM sobre la Atención Médica al Final de la Vida

Adoptada por la 62ª Asamblea General de la AMM, Montevideo, Uruguay, octubre 2011

Introducción

Todas las personas tienen derecho a una atención médica de calidad, científica y humana. Por tanto, recibir una adecuada atención médica al final de la vida no debe considerarse un privilegio, sino un auténtico derecho, independiente de la edad o de cualquier otro factor asociado. La AMM reafirma los principios establecidos en la Declaración sobre Enfermedades Terminales y la Declaración sobre Eutanasia. Estas Declaraciones respaldan y complementan la Declaración sobre la Atención Médica al final de la Vida.

Los cuidados paliativos al final de la vida son parte de una buena atención médica1. Existe gran necesidad de acceso a una medicina paliativa de mejor calidad, en especial en los países con pocos recursos2. El objetivo de la medicina paliativa es lograr la mejor calidad de vida posible a través del alivio apropiado del dolor y otros síntomas físicos aflictivos y la atención de las necesidades sociales, psicológicas y espirituales del paciente.

La Medicina Paliativa puede aplicarse en el hogar y en instituciones de atención médica a diversos niveles. El médico debe adoptar ante el sufrimiento una actitud compasiva y humana, con empatía, respeto y delicadeza. Abandonar al paciente cuando necesita esta atención constituye una práctica médica inaceptable.

Recomendaciones

1. **Tratamiento del dolor y síntomas**

1.1 Es imprescindible identificar a los pacientes que se acercan al final de la vida lo más temprano posible de manera que el médico pueda realizar una evaluación detallada de sus necesidades. Siempre se debe establecer un plan de atención para el paciente, cuando sea posible, dicho plan de atención se establecerá en consulta

directa con el paciente.

Para algunos este proceso puede comenzar meses o un año antes de anticipar la muerte. Incluye reconocer y abordar la posibilidad de dolor y otros síntomas aflictivos y atender las necesidades sociales, psicológicas y espirituales de los pacientes en el tiempo que les queda. El objetivo principal es mantener la dignidad del paciente y su libertad de los síntomas aflictivos. Los planes de atención consideran mantenerlos lo más cómodos y en control posible y reconocer la importancia de apoyar a la familia y tratar el cuerpo con respecto después de la muerte.

1.2 Para el alivio del dolor y de otros síntomas aflictivos contamos con avances importantes. El uso adecuado de la morfina y de nuevos analgésicos, entre otras medidas, consigue suprimir o aliviar el dolor y otros síntomas aflictivos en la mayoría de los casos. La autoridad sanitaria apropiada debe facilitar a los médicos y pacientes el acceso y disponibilidad de estos medicamentos necesarios. Los grupos de médicos deben elaborar directrices sobre su uso apropiado, incluida la cantidad de dosis y la posibilidad de efectos secundarios no deseados.

1.3 En algunos pocos casos, generalmente en fases muy avanzadas de la enfermedad física, pueden presentarse síntomas refractarios a las terapias disponibles. En estos casos, la sedación paliativa hasta la pérdida de la conciencia3 puede ofrecerse cuando la esperanza de vida es de sólo algunos días, como medida extraordinaria en respuesta a un sufrimiento que el paciente y el médico consideran insoportable. Nunca se debe utilizar la sedación paliativa para causar intencionalmente la muerte del paciente o sin el acuerdo del paciente que sigue siendo mentalmente competente. El grado y el tiempo de la sedación paliativa debe ser proporcional a la situación. La dosis debe ser calculada cuidadosamente para aliviar los síntomas, pero debe ser lo más baja posible para que sea beneficiosa4.

2. **Comunicación y consentimiento, ética y valores**

2.1 La información y la comunicación entre paciente, familia y miembros del equipo terapéutico es otro de los pilares fundamentales para una atención de calidad al final de la vida. Hay que facilitar al paciente que pueda expresar sus preferencias sobre la atención, sus emociones o angustias existenciales deben ser consideradas.

2.2 La atención al final de la vida, éticamente apropiada, debe promover la autonomía del paciente y la toma de decisiones compartida y se deben respetar los valores del paciente y de su familia.

2.3 El médico debe tratar las preferencias del paciente directamente con él o sus

representantes que tomen decisiones de salud, si corresponde. Estas conversaciones deben iniciarse temprano y ser ofrecidas en forma rutinaria a todos los pacientes y deben aplicarse en forma regular para conocer cualquier cambio en los deseos del paciente, en especial si su situación clínica ha cambiado. El médico debe instar a sus pacientes a documentar formalmente sus objetivos, valores y preferencias de tratamiento y nombrar a un representante que tome decisiones de salud con el que el paciente puede abordar sus valores sobre la atención médica y el tratamiento con antelación. Los pacientes que reniegan las consecuencias de su condición tal vez no desean abordar el tema en algunas etapas de su enfermedad, pero deben saber que pueden cambiar de parecer. Puesto que las directivas avanzadas documentadas a menudo no están disponibles en las situaciones de emergencias, el médico debe hacer ver a los pacientes la importancia de discutir las preferencias de tratamiento con las personas que probablemente puedan representarlos para tomar decisiones de salud.

2.4 Si el paciente puede dar su consentimiento, la atención debe estar basada en sus deseos, siempre que las preferencias puedan ser justificadas del punto de vista médico y legal. El consentimiento debe estar basado en información suficiente y diálogo, es la obligación del médico asegurarse que el paciente sea tratado adecuadamente para su dolor y molestias antes de obtener el consentimiento, a fin de asegurarse que el sufrimiento físico y mental innecesario no interfiera en su decisión.

2.5 Los parientes más cercanos o la familia del paciente deben ser informados y participar en la toma de decisiones, siempre que el paciente no se oponga a esto. Si el paciente no puede expresar su consentimiento y no se dispone de una voluntad anticipada, las opiniones de su representante que toma decisiones de salud nombrado por él sobre la atención y el tratamiento deben ser consideradas.

3. **Historial médico y aspectos médico-legales**

3.1 Los médicos que asisten a un paciente en la etapa final de su vida reflejarán cuidadosamente en la historia clínica el tratamiento y las razones para elegir procedimientos particulares, incluidos los deseos y consentimiento del paciente y la familia en anotaciones de su evolución en el historial médico. Un historial médico adecuado es muy importante para la continuidad y la calidad de la atención médica en general y los cuidados paliativos en particular.

3.2 El médico también debe considerar que dichas anotaciones pueden servir desde el punto de vista médico-legal, por ejemplo para determinar la capacidad del paciente para tomar decisiones.

4. **Familiares**

Es necesario reconocer la importancia de la familia y el entorno afectivo del paciente. Deben reconocerse y satisfacerse las necesidades de la familia y otros cuidadores a lo largo de la enfermedad. El equipo de atención médica debe promover la colaboración en la atención del paciente y proporcionar también apoyo en el duelo, cuando sea necesario, después de la muerte del paciente. Las necesidades de los niños y de las familias pueden requerir atención y competencia especiales, cuando los niños son pacientes o dependientes.

5. **Trabajo en equipo**

Por lo general, la atención paliativa la proporciona equipos multiprofesionales e interdisciplinarios de atención médica y profesiones fuera del ámbito de la salud. El médico debe ser el jefe del equipo, responsable entre otras obligaciones del diagnóstico y tratamiento médico. La continuidad de la atención es muy importante. El equipo debe hacer todo lo posible para facilitar el deseo del paciente de morir en casa, si es apropiado.

6. **Formación del médico**

El progresivo incremento de personas que precisan cuidados paliativos y una mayor disponibilidad de opciones de tratamiento eficaz demuestran que el tema de la atención al final de la vida debe ser parte importante de la formación médica de pre y post grado.

7. **Investigación y educación**

Es necesario más investigación para mejorar la medicina paliativa. Esto incluye, pero no está limitado a, atención médica general, tratamientos específicos, consecuencias psicológicas y organización. La AMM respaldará los esfuerzos para educar mejor a los médicos en los conocimientos necesarios para aumentar la frecuencia y calidad de una planificación de atención avanzada significativa.

Conclusión

La atención que un pueblo presta a sus pacientes moribundos con los recursos disponibles es un exponente de su grado de civilización. Los médicos, fieles a nuestra mejor tradición humanitaria, siempre deberemos estar comprometidos para prestar la mejor atención médica posible al final de la vida.

La AMM recomienda que todas las asociaciones médicas nacionales elaboren una política nacional sobre atención paliativa y sedación paliativa basada en las recomendaciones de esta Declaración.

© World Medical Association, Inc. - All Rights reserved.
© Asociación médica mundial - Todos los derechos reservados.
© L'Association Médicale Mondiale - Tous droits réservés.