

La muerte digna

POR SERGIO ISRAEL

En el caso del Hospital de Clínicas, (porque también hay unidades de cuidados paliativos en varias mutualistas) el grupo se fue formando con voluntarios autoseleccionados en torno al servicio de Oncología Clínica hasta conformar un verdadero equipo.

El profesor adjunto de Oncología, Roberto Levin, junto a la Dra. Gabriela Sabini, uno de los pioneros en el tema, explicó a **Noticias** las lógicas dificultades del comienzo. “Por un lado existe todo este movimiento internacional que se viene desarrollando desde Europa y básicamente desde Inglaterra que cada vez está cobrando más importancia y más vigencia. De alguna manera desde el exterior uno empezó a interesarse y a ver otros aspectos de los pacientes oncológicos que no los estrictamente médicos. Entonces, a instancias de la doctora Sabini, pensamos que sería bueno instrumentar el tema de cuidados paliativos a partir del servicio de Oncología Clínica”.

Levin recordó cómo se produjo la formación del grupo: “Comenzamos a reunirnos y empezamos a trabajar. Tuvimos la suerte que de entrada, en esa autoselección estaban psicólogos, asistentes sociales, estudiantes de posgrado y algunos integrantes del servicio de oncología. Posteriormente se integró una geriatra. Fuimos en gran parte muy autodidactas, salvo uno de los integrantes, el doctor Eduardo García, que tuvo diversas estadías en el exterior recorriendo diversos servicios de cuidados paliativos, carecíamos de experiencia. Realmente no sabíamos ni siquiera cómo trabajar, empezamos a autoformarnos, a leer, y a funcionar como una unidad de cuidados paliativos que veía exclusivamente los pacientes internados en el Hospital de Clínicas”.

El trabajo se dirigió a dos cuestiones centrales: el manejo de la analgesia y los aspectos psicosociales y psicoemocionales. “En ese sentido –explicó Levin– comenzamos a aprender a

trabajar en equipo. Nos llevó un tiempo, pero después de los primeros dos años, la integración fue tal que ya no sucedía lo que al principio, que cuando el psicólogo hacía sus intervenciones, los médicos mirábamos un poco para otro lado casi como diciendo un poco ‘otra vez molestando con estas cosas, y cuando los médicos hablábamos de los aspectos orgánicos de los enfermos, el psicólogo miraba para arriba a ver si se podía distraer con alguna otra cosa. Hoy eso funciona de una manera absolutamente aceptada”.

La unidad tiene diez integrantes que se reúnen semanalmente para discutir los casos. Al comienzo sólo se trataba a los pacientes hospita-

lizados, pero “después vino la etapa en la que nos dimos cuenta de que era absolutamente insuficiente el manejo del paciente internado y que era mucho más importante el seguimiento de esos pacientes en domicilio y empezamos a organizarnos para poder ver por lo menos a algunos de ellos”.

Un cambio significativo se produjo cuando la unidad tomó conciencia de que además de los contactos con médicos, psicólogos y asistentes sociales, el paciente y su familia precisaban un contacto inmediato en situaciones puntuales. La solución vino a través de un teléfono celular. “Recurrimos al celular y ahora todos los pacientes pueden tener ese servicio que es rotatorio entre los distintos integrantes y funciona los 365 días del año las 24 horas”. Abusos no hay, porque se instruye a las personas para su buen manejo.

Multiplicación

La Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital de Clínicas está llevando su experiencia al interior. No se trata de asistir enfermos sino de formar personal. El éxito ha sido tal, que un proyecto que comenzó en Rocha y Paysandú se está extendiendo a todo el país, no sólo en los hospitales sino también en las mutualistas. Sabini explicó que ello es así porque se trata de “una necesidad ya que muchas veces esos pacientes están desatendidos, mal atendidos, por problemas a veces de organización y de sentimientos de los médicos”. También destacó el aporte realizado por la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer que se ha preocupado por el tema y ha apoyado cursos con especialistas extranjeros.

Otro indicador de la significación que están tomando los cuidados paliativos lo constituyen las jornadas que realiza el Servicio de Oncología Clínica del hospital universitario en el interior. Los temas son elegidos por los médicos del lugar y nunca falta el de los cuidados paliativos, porque ellos mismos lo piden.

Bendita morfina

Continuando con la secuencia histórica de la Unidad, Levin mencionó especialmente las dificultades para administrar morfina a los pacientes, un aspecto nada menor cuando se trata de calmar el dolor. “Una cosa que para nosotros era lógica normal y obvia, entre los pacientes y entre los propios colegas, aparecen los llamados mitos de la morfina por el temor a la dependencia, la adicción y demás, con un Departamento de Farmacia que todavía en aquel momento pensaba que la morfina era una droga prohibida. Nos llevó casi tres años convencer a la gente del Departamento de Farmacia y a la dirección del Hospital y hoy tenemos libre acceso a la morfina sin ningún tipo de limitación. Antes se daba hasta el caso de funcionarios de farmacia que aun con la receta en la mano se negaban a dispensar al paciente la morfina porque decían que no iban a contribuir a la drogadicción de ese paciente. Las creencias fueron muy difíciles de vencer, nos llevó un par de años convencer a los funcionarios, a los distintos directores de los



Dres. Roberto Levin y Gabriela Sabini: protagonistas de una experiencia médica profundamente vinculada a las situaciones límites y, por consiguiente, a uno de los aspectos de la condición humana



servicios y a la dirección del Hospital de Clínicas también”.

Sabini advirtió que el uso de morfina no admite ninguna discusión en el ámbito científico. Se trata simplemente de prejuicios: “No hay ninguna discusión; la OMS determina que uno de los parámetros de la calidad de la atención médica de un país es la cantidad de morfina médica que se gasta en ese país, cuanto más morfina se gasta mejor es la calidad de la atención médica; nosotros estábamos, como todos los países subdesarrollados, con un consumo bajo”.

La oncóloga explicó que la preocupación primordial en cuidados paliativos es la calidad de vida del paciente “prestando atención a su medio, su familia, el paciente con sus dolencias físicas, su sintomatología física, producida por la enfermedad o por los propios tratamientos”, y además “todo lo otro que integra a una persona: sus angustias, sus problemas laborales, lo que se denomina una atención integral”.

Para lograr esos objetivos se debe procurar la instalación de un equipo de trabajo que atienda esas necesidades. “Y así surgen las unidades de trabajo integradas no solamente por médicos”. Sabini señaló que “en algunos lugares del mundo los cuidados paliativos son una especialidad, en otros no, como el nuestro, y entonces convergen médicos de diversas especialidades. La oncología es como natural, en todo el mundo nacieron a partir de la oncología”.

Levin afirmó que “el abordaje a cuidados paliativos se puede hacer desde la geriatría, la psiquiatría, el sida o desde la oncología, que es lo que nos compete a nosotros”, y explicó que la Unidad de Cuidados Paliativos del Clínicas surge para los pacientes oncológicos y todavía no se actúa en otros enfermos, aunque existe la idea de hacerlo con pacientes ancianos, con secuelas neurológicas aunque para ello tendría que integrarse otro tipo de médicos.

Por su parte, Sabini remarcó que “la atención a este tipo de pacientes es muy desgastante” porque “la cercanía de la muerte trae mucha angustia para el paciente, para los que lo rodean y para los médicos tratantes. Antes que surgieran este tipo de unidades los pacientes morían muy solos, porque los médicos rehúyen también a este tipo de paciente; es muy difícil enfrentar a estos pacientes constantemente y la Unidad, al trabajar como equipo, protege de alguna manera a sus integrantes”.

La doctora Sabini, con más de treinta años de experiencia como oncóloga, afirmó que tanto en Uruguay como en el mundo, “la oncología tiene dos partes que son importantes, la prevención por un lado y los cuidados paliativos en el otro extremo, que están muy desatendidos, mientras que la parte central, diagnóstico y tratamiento, se desarrolla bastante bien”.

Cada Unidad se puede organizar de manera diferente. En España, por ejemplo, se trabaja

mucho con la atención domiciliaria. En Uruguay, además de la del Clínicas existen diversas modalidades en CASMU, Asociación Española y otras instituciones en las cuales se aplican diversas modalidades.

Aunque el Clínicas no tiene asistencia a domicilio, la Unidad sí va a casa de los pacientes y además se contacta con las organizaciones de la zona que a veces brindan apoyos invalorables. Por ejemplo el club social o la policlínica de barrio, la parroquia. Sabini destacó que “a veces los pacientes precisan apoyos religiosos y otras veces son enfermos solos que más que al médico lo que necesitan es a alguien que pueda dar una mano con cuestiones domésticas”.

En ese sentido destacó el papel que juegan las Damas Rosadas del Hospital “en la instauración de eso que llamamos la red social, mediante la detección de aquellas instituciones u organizaciones que pueden apoyar a los enfermos en determinadas circunstancias. Un club social puede determinar que algunos de sus socios vayan y jueguen a las cartas con algunos de los enfermos, eso es muy importante. Muchas cosas que a veces los médicos menospreciamos y que sin embargo hacen a la calidad de vida del paciente”.