



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



EDITORIAL

El médico clínico ante el paciente en el final de sus días



The clinician and their patient at the end of life

La asistencia médica al final de la vida constituye un reto importante para los servicios de salud en las sociedades desarrolladas. La decisión de la limitación de esfuerzo terapéutico (LET) es uno de los actos médicos que requiere mayor experiencia, conocimiento, sensatez y capacidad de compasión para evitar un sufrimiento inútil al paciente y a sus allegados. Todo clínico tiene que afrontar este hecho ante un paciente y asumir el final de su ciclo vital. La asistencia a pacientes en el final de su vida se ha convertido en una situación habitual y creciente en los hospitales de agudos¹⁻⁵. Cada día más muertes acontecen en el entorno hospitalario, y concretamente en los servicios de medicina interna el porcentaje de fallecidos varía entre un 8 y un 22%². La muerte y la aceptación de su realidad como fenómeno ligado a la esencia de la vida es un tema complejo, y muchos filósofos, humanistas y bioéticos aluden desde el pasado siglo a que asistimos a la llamada «muerte escamoteada»^{6,7}. Es uno de los pocos «tabúes» al que la familia, la clase médica, el sistema sanitario y la sociedad en su conjunto vuelven el rostro, como si no fuera un hecho natural. El médico inexperto, aún con un alto grado de conocimientos técnicos adquiridos en la carrera, a menudo carece de formación para afrontar estas situaciones.

En este mismo número de REVISTA CLÍNICA ESPAÑOLA se publica un trabajo que aborda este importante tema⁸. Es un meritorio estudio, a pesar de sus numerosas limitaciones. Como bien señalan los autores se trata básicamente de una mera descripción de las características clínicas elementales de un grupo reducido de pacientes fallecidos durante la hospitalización, con los sesgos habituales de un estudio retrospectivo, en los que se describe como se reflejó algún tipo de LET. Como era de esperar, eran pacientes con avanzada edad y comorbilidad, mayoritariamente considerados terminales y con sedación pautada horas antes de su fallecimiento. Llama la atención que las causas fundamentales de

fallecimiento fueron muy variadas (menos de un 10% por cáncer) y también que hubo un largo periodo desde el ingreso hasta la decisión de LET. Entre otras limitaciones del estudio, se desconoce el motivo concreto sobre el que se basó el clínico para adoptar las medidas de LET. Tampoco se hace referencia a la existencia o no de estrategias o disponibilidad de protocolos precisos, fármacos ni dosis empleados. Se carece también de datos sobre la información aportada al paciente y al entorno (cuidadores principales y otros familiares), la estrategia utilizada para transmitir la información, los deseos del paciente y del grado de satisfacción percibida en esta asistencia médica final. Todo ello puede ser un campo de investigación en el futuro. Los resultados reflejan que la implementación de los cuidados terminales en los servicios hospitalarios de medicina interna no es eficiente.

Sin embargo, podemos resaltar del trabajo algunos datos relevantes: 1) la prescripción de medidas de LET es muy frecuente en los pacientes que fallecen en servicios de medicina interna; 2) la mayor parte de los enfermos terminales que ingresan en medicina interna lo hacen por enfermedades no oncológicas, lo que puede llevar a demorar la identificación del proceso como terminal, y 3) parece verosímil que exista un retraso en el inicio del tratamiento paliativo, por lo que es esencial mejorar nuestra competencia para identificar al paciente terminal no oncológico.

El médico clínico que atiende la fase final de la vida de un paciente requiere, además de una visión realista e integradora, una gran capacidad de comunicación con el paciente y sus cuidadores. Es por ello que el internista está en una posición privilegiada para ejercer esta función, sin menoscabo de otros profesionales y especialistas. En este campo se plantean a menudo situaciones en las que el médico debe tomar decisiones, de acuerdo a la «lex artis», sin la certeza absoluta, pero con el convencimiento y la humildad de que su misión debe limitarse a cuidar y consolar. Al aludir al final de la vida es preciso hacer referencia y considerar el testamento vital o documento de voluntad anticipada. En España han sido las comunidades autónomas las que han dado el paso de regular por vía legal este tipo de documentos, pero

Véase contenido relacionado en DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2017.10.001>

<https://doi.org/10.1016/j.rce.2017.10.006>

0014-2565/© 2017 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

aún no está suficientemente consolidado su conocimiento y uso en la práctica real de la medicina.

En los países de nuestro entorno europeo existe una gran variabilidad en los aspectos organizativos respecto a facilitar una muerte digna en el entorno familiar, con la asistencia técnica y emocional precisas. En el Reino Unido el Royal College of Physicians desde 2013 lidera el proyecto llamado *Hospital del futuro/Hospital sin barreras*, que contempla la realización de auditorías periódicas *Care of Dying Evaluation* (CODE), aportando publicaciones muy recientes que conciencian sobre la importancia de los cuidados al final de la vida que la sociedad demanda¹. En cualquier caso, todos los enfermos terminales deberían tener acceso a un grado adecuado de cuidados en todos los ámbitos de atención. Las organizaciones sanitarias deberían fomentar la formación y competencia de sus profesionales en el tratamiento del dolor y la angustia al final de la vida, independientemente del ámbito asistencial, garantizando la continuidad de cuidados^{2,3,8,9}. La promoción del trabajo multidisciplinar debe ser considerado un factor clave para promover los cuidados paliativos domiciliarios, y evitar en lo posible que este trance final suceda en el hospital.

Bibliografía

1. Mayland CR, Mulholland H, Gambles M, Ellershaw J, Stewart K. How well do we currently care for our dying patients in acute hospitals: The views of the bereaved relatives? *BMJ Support Palliat Care*. 2017;7:316–25.
2. Estrategia en Cuidados Paliativos. Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007. Disponible en: <http://www.mspsi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidadospaliativos.pdf>.
3. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2008. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_compl.pdf.
4. Villard ML, Carlin N, Laval G, Schaerer R. Patients hospitalized in advanced or terminal phase of a serious life-threatening disease. *Presse Med*. 2003;32:203–11.
5. Salomon L, Belouet C, Vinant-Binam P, Sicard D, Vidal-Trecan G. A terminal care support team in a Paris university hospital: Care providers' views. *J Palliat Care*. 2001;17:109–16.
6. Benítez MA, Salinas M. Cuidados paliativos y Atención Primaria: aspectos organizativos. Barcelona: Springer; 2000.
7. Gómez Sancho M. El hombre y el médico ante la muerte. Madrid: Aran Editores; 2006.
8. García Caballero R, Herreros B, Real de Asúa D, Gámez S, Vega G, García Olmos L. Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en Servicios de Medicina Interna. *Rev Clin Esp*. 2018;218:1–6.
9. García Caballero R, Herreros B, Real de Asúa D, Alonso R, Barrera MM, Castilla V. Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna. *Rev Calid Asist*. 2016;31:70–5.

P. Conthe

Sección de Medicina Interna, Hospital General
Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España
Correo electrónico: pedro.conthe@salud.madrid.org