

Humanizando el final de la vida. To make finish live more human
Costa-Alcaraz AM, Siurana-Aparisi JC, Pereiro-Berenguer I, Suberviola-Collados V.

e-mail: anamc@ono.com; jcsiurana@etnor.org

PUBLICADO EN: *Med Clin (Barc)* 2002;118(1):39

Sr. Director:

Muy interesante la reflexión de Riera y cols. en torno al encarnizamiento con los pacientes, a propósito de un caso¹. La mayor parte de los ciudadanos de las sociedades avanzadas están muriendo en los hospitales, alejados del entorno familiar y despersonalizados.

Debatir sobre las decisiones tomadas en torno a los últimos días de la vida debería cobrar la importancia que merece. Por una parte, por el respeto que se debe a toda persona y especialmente en aquellas circunstancias que la colocan en situación de indefensión. Por otra porque, explicitar los criterios asistenciales aplicados, es decir, definir y priorizar criterios de gestión de los recursos, facilita una utilización más adecuada, por parte de la población, de los servicios sanitarios públicos y, entre ellos, de las consultas hospitalarias de urgencia.

Es necesario que se introduzca en la sociedad la idea de la muerte como algo inevitable.

Es necesario así mismo que, por todos los medios posibles, se facilite una buena comunicación entre los profesionales de la salud y la población general beneficiaria de sus servicios.

La compasión, o actitud de acercamiento al que sufre, implica no sólo ver al paciente, sino darse cuenta de su valor como persona. Una de las características de nuestra cultura mediterránea, junto con la dieta, es el valor que se da a las relaciones interpersonales cálidas. Profesionales y gestores deberíamos procurar mantener o recuperar, con medios y organización adecuada, condiciones de trabajo que favorezcan la empatía². En el caso de los enfermos crónicos, actualmente se puede disponer de suficientes criterios objetivos, cuantitativos y/o cualitativos, como para identificar con fiabilidad aceptable el momento en el que la enfermedad entra en fase terminal e, incluso, como para estimar el tiempo de supervivencia de los pacientes terminales³. Una vez iniciada la última fase de la vida, la

Humanizando el final de la vida. To make finish live more human
Costa-Alcaraz AM, Siurana-Aparisi JC, Pereiro-Berenguer I, Suberviola-Collados V.

e-mail: anamc@ono.com; jcsiurana@etnor.org

atención sanitaria nunca debería orientarse hacia la curación, sino hacia los cuidados paliativos.

En dicho estadio, cualquier práctica que tenga como objetivo la curación se convierte indiscutiblemente en encarnizamiento terapéutico. Ya Hipócrates recomendaba a los médicos abstenerse de tratar la enfermedad en casos en los que no hubiese esperanza de curación⁴.

Por otra parte, es necesario evitar el extremo contrario, según el cual puede darse la tendencia de negar procedimientos diagnósticos o terapéuticos a personas mayores exclusivamente en razón a su edad. La comorbilidad existente, la calidad de vida previa y previsible tras la aplicación de medidas terapéuticas, el pronóstico de la situación, el riesgo objetivo del tratamiento y, sobre todo, la opinión del paciente, son factores de decisión que deberían siempre tenerse en cuenta. Nunca se es demasiado viejo como para no merecer una adecuada evaluación^{5,6}.

Es importante, como afirman Riera y cols., conocer la opinión de los familiares. Pero tan importante como conocer dicha opinión a la hora de aplicar técnicas de dudosa utilidad, es procurar respetar la voluntad de la persona afectada. El respeto a la autonomía es la razón por la que en algunos países, y dentro de España en Cataluña y Galicia, se empieza a difundir el uso de directrices anticipadas.

Por último, la posibilidad de morir en casa, atendidos por equipos de atención primaria de salud, con el apoyo técnico de equipos de cuidados paliativos a domicilio, facilitaría a los enfermos moribundos un tránsito a la muerte en un entorno conocido y con mayor acompañamiento de familiares⁷. El incremento de la expectativa de vida en todos los países desarrollados y también en el nuestro, donde ésta se encuentra en torno a los 80 años para ambos sexos, hace cada vez más necesaria una planificación de la sanidad que contemple dotación y organización adecuada de los servicios de atención primaria y, complementariamente, la creación de un número suficiente de residencias asistidas y hospitales para crónicos.

Humanizando el final de la vida. To make finish live more human
Costa-Alcaraz AM, Siurana-Aparisi JC, Pereiro-Berenguer I, Suberviola-Collados V.

e-mail: anamc@ono.com; jcsiurana@etnor.org

Los avances tecnológicos en la sanidad han aportado y seguirán aportando enormes beneficios a la humanidad. Pero también han convertido a la muerte en un hecho que ocurre en las camas de nuestros hospitales, con el paciente apartado de su familia, envuelto en tubos y máquinas, escuchando en soledad las falsas esperanzas que le transmiten unos y otros en los cronometrados espacios de visita. No debemos dejar que la técnica deshumanice lo que debería ser una de las etapas cumbre de nuestra vida, la etapa que, bien llevada, invita a comunicarse con los seres queridos, a realizar, con un último gesto, aquellas cosas, específicamente humanas, que aún se pueden hacer, como recordar, expresar deseos y compartir pensamientos, la etapa para la despedida en paz.

Bibliografía

1. Riera M, Campos E, Pallarés L, Benito E. Encarnizamiento diagnóstico y terapéutico. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 719-719
2. Broggi MA. La relación amistosa en la clínica. Una alternativa mediterránea. *Jano* 2000; 58: : 421- 422
3. Viganó A, Bruera E, Jhangri JS, Newman SC, Fields AL, Suarez-Almazor ME. Clinical Survival Predictors in Patients with Advanced Cancer. *Arch Intern Med* 2000; 160: 861-867
4. Sanz J. Tecnología y beneficencia del enfermo. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 380-383
5. Abizanda i Campos R. El "ageísmo" o la discriminación asistencial basada en la edad. Una cuestión intemporal. *Jano* 2001; 60: 268- 269
6. Kessel H. La edad como criterio. *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 736-739
7. Jordhoy MS, Fayers P, Saltnes T, Ahiner-Eimqvist M, Jannert M, Kaasa S. A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomised trial. *Lancet* 2000; 356: 888-893.