

¿Los médicos cuentan con herramientas suficientes para dar la orden de “no reanimar”? Aspectos bioéticos en la atención del paciente terminal

Jorge A Reyes Guerrero,¹ Guillermo Cantú²

RESUMEN

Antecedentes: en su formación profesional, los médicos no cuentan con la currícula necesaria para atender pacientes con enfermedades terminales.

Objetivo: conocer si los médicos tienen los conocimientos básicos para evaluar los síntomas y condiciones generales del estado del paciente terminal.

Material y método: estudio observacional en el que, previa firma del consentimiento informado, se aplicó un cuestionario semiestructurado del conocimiento que poseen los médicos de las escalas de evaluación general y síntomas más frecuentes en los pacientes terminales. Se realizó un análisis descriptivo con medidas de tendencia central. Se evaluaron 72 médicos de un hospital que da cuidados a pacientes geriátricos y con enfermedades discapacitantes.

Resultados: 75% de los médicos atienden pacientes con enfermedades crónicas y degenerativas, pero solamente 50% ha recibido algún tipo de adiestramiento en cuidados paliativos y casi siempre ha sido financiado por ellos mismos. No hay un programa institucional de enseñanza médica continua que los capacite en el manejo de los cuidados paliativos de pacientes terminales. Muchos de ellos poseen los conceptos generales de lo que es la medicina paliativa; sin embargo, cuando se requieren conocimientos específicos del área no son capaces de dar descripciones detalladas de los mismos, en especial de enfermedades terminales, ya sea renales, cardíacas, pulmonares o, incluso, demencias.

Conclusión: los médicos no tienen la capacidad de dar la orden de “no reanimar”. Es necesario aplicar criterios generalizados para el establecimiento de normas de atención en cuidados paliativos a nivel institucional. Es urgente que el personal médico obtenga capacitación apropiada en dicha materia.

Palabras clave: orden de “no reanimar”, paciente terminal.

ABSTRACT

Background: During their training, doctors do not have the curriculum required to care for patients with terminal illnesses.

Objective: To determine whether physicians have basic knowledge to assess symptoms and general condition of the terminal patient.

Material and method: An observational study in which a semi structured questionnaire about knowledge of the general assessment scales for most common symptoms in terminally ill patients was applied. Descriptive analysis was performed with measures of central tendency. We evaluated 72 doctors in a hospital that provides care to elderly patients and disabled patients.

Results: 75% of physicians take care for patients with chronic and degenerative diseases. Only 50% had received some training in palliative care and it has almost always been funded by themselves. An institutional program of continuing medical education to train them in basic concepts of palliative care for terminally ill patients is needed. Many of evaluated doctors know the general concepts of what palliative medicine is; however, when the specific subject knowledge is required, they are not able to give detailed descriptions and definitions of terminal illnesses criteria for kidney, heart and lung or dementia.

Conclusion: Doctors do not have the ability to give the order of “do-not-resuscitate” and generalized criteria must be applied to the establishment of standards of palliative care at hospitals. There is an urgent need for medical personnel to obtain proper training on that matter.

Key words: order of “do-not-resuscitate”, terminal patient.

LA MUERTE COMO UN PROCESO NATURAL EN LA VIDA

La muerte es un hecho biológico ineludible. El cese de las funciones vitales como indicador de muerte¹ es el punto crítico de la existencia en el que el ser humano, de acuerdo con las diversas corrientes de pensamiento, puede seguir diferentes caminos: deja de existir, trasciende a otros planos, pasa a la gloria eterna, se convierte en polvo, etcétera; sin embargo, todas las tradiciones coinciden en la sacralidad y misterio del momento final. De acuerdo con los estadistas y los actuarios, a medida que se envejece hay mayor riesgo de morir. Según las enseñanzas de corrientes psiquiátricas influidas por el existencialismo filosófico, lo único que realmente tienen en común las personas es la soledad existencial. Martín Heidegger (1889-1976) afirma en su libro *Ser y tiempo* que estar solo es la condición original de todo ser humano; nacemos solos y morimos solos.² Con el advenimiento de los conocimientos tecnológicos, la muerte se ha deshumanizado, se ha hecho técnica, requiere elementos objetivos para su confirmación. La Ley General de Salud en México,³ en el capítulo IV, la denomina “pérdida de la vida”; los artículos 343-345 se refieren al estado de muerte y cómo y quién debe certificarla (los médicos). Esto no debería representar ningún problema; no obstante, ocurre dadas las consecuencias de la modernidad: un órgano o una extremidad puede “no tener vitalidad” sin que esto lleve a la muerte al individuo. Además, se menciona a los responsables de solicitar que se prescindan

de medios artificiales para preservar la vida en caso de muerte encefálica comprobada. El capítulo V de la Ley General de Salud aborda el tema de los cadáveres, de su propiedad y clasificación.

La muerte como fenómeno social

La muerte ha cambiado: sus enfoques son diversos. El Dr. Alfonso Llano Escobar se refiere al fenómeno describiendo que la muerte se ha convertido en una acción; se ha hecho mecánica, aislada, despersonalizada y ocurre lejos de los seres queridos.⁴ Desde los primeros años de la escuela de medicina se enseña a los médicos la práctica de medidas para preservar la vida. Es necesario entender que si bien es adecuado este pensamiento y ha llevado a conseguir un aumento considerable en la esperanza de vida, también es cierto que no hay un elemento que marque límites al esfuerzo para preservarla, aunque esto a veces sea prácticamente imposible aún a expensas de la calidad de vida del paciente. La observación del paciente desde el punto de vista médico, generalmente es muy subjetiva y cada uno tiene una postura diferente en cuanto a las acciones a tomar ante el paciente moribundo, en la mayoría de los casos poco fundamentada y sin una perspectiva ética apropiada dejando de lado, con frecuencia, las necesidades espirituales y muchas veces físicas de la persona en cuestión. Este fenómeno está lejos de solucionarse con las nuevas generaciones de médicos tecnológicos que utilizan los instrumentos y el conocimiento científico como arma contra la lucha de las enfermedades, dejando de lado la clínica para hacer evaluación de cifras de laboratorio y mediciones corporales, así como el aspecto humano de ayuda a otra persona en los eventos críticos de la vida. A pesar de que el médico siempre está en contacto con la muerte, éste es un evento al que pocas veces se alude o que se intenta evitar a toda costa. Los psiquiatras hacen referencia a la propia muerte y temores. Con base en los textos del psicoanálisis, para tener éxito en la atención a los pacientes terminales y moribundos, ésta debe hacerse en equipo, para abarcar la mayor parte de los elementos alrededor de la persona, como: bienestar físico, control del dolor, auxilio espiritual,⁵ manejo médico, asistencia a familiares, etcétera. Lo indispensable es la realización del término medio con conocimiento de causa en la atención de las personas.

¹ Departamento de Geriátría, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

² Universidad Panamericana, Campus Ciudad de México. Coordinador Académico de la Maestría en Bioética.

Correspondencia: Dr. Jorge A. Reyes Guerrero. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Departamento de Geriátría. Vasco de Quiroga 15, colonia Sección XVI, CP 14000, México, DF. Correo electrónico: reyesjorge@hotmail.com

Recibido: enero, 2013.

Aceptado: marzo, 2013.

Este artículo debe citarse como: Reyes-Guerrero JA, Cantú G. ¿Los médicos cuentan con herramientas suficientes para dar la orden de “no reanimar”? Aspectos bioéticos en la atención del paciente terminal. *Rev Esp Méd Quir* 2013;18:114-122.

www.nietoeditores.com.mx

El “deber ser” y “deber hacer” del médico: el proceso deontológico médico ante los cuidados del paciente terminal

El acto médico se ha ido transformando a lo largo de la historia de la medicina. Sigue siendo un hecho activo y con fundamento filosófico, humanístico y con gran carga de praxis médica, por tanto, los médicos de especialidades que no están en contacto con la muerte no tendrían la responsabilidad de acompañar al paciente moribundo. La tecnología ha evolucionado; sin embargo, debe considerarse una herramienta más del actuar médico en la relación médico-paciente. Los elementos éticos que ayudan a determinar *el deber ser* y *el deber hacer* del médico en la atención de los pacientes terminales básicamente son dos: la dignidad y la autonomía. Pero, ¿de dónde proviene la autonomía? ¿Es esto un hecho real o es un *hecho* inventado por las legislaciones realizadas por consenso? ¿Es un elemento más elaborado para consumir y exigir servicios que no es posible alcanzar? Todas las acciones médicas tienen un fundamento, ya sea filosófico, médico o antropológico social, que es resultado de muchos años del ejercicio de la medicina; por tanto, estas acciones, esperadas ante el acto médico, serán diferentes de acuerdo con la región. Con frecuencia, dichas acciones pueden convertirse en exigencia de las personas, sean los propios pacientes o sus familiares, y esto se refuerza en una sociedad consumista que piensa que la salud es un artículo que puede comprarse a cualquier precio. Es así como el médico se ve influido por el pensamiento relativista del posmodernismo y sometido a las exigencias de los pacientes o de sus familiares. Cuando esto se traslada hacia los pacientes terminales se torna problemático por que no pueden alcanzarse esos objetivos trazados artificialmente y “al vapor”.

Disponibilidad de recursos para la salud y *lex artis*

La praxis médica es el elemento técnico con el que cuenta el médico para la atención de los pacientes. Dicha atención requiere elementos físicos y técnicos que se encuentran, muchas veces, fuera del alcance de la mano; sin embargo, el médico tiene la oportunidad de ejercer la *lex artis*, lo que lo convierte en “docto” en el área de la salud. Esta *lex artis* se relaciona con los aspectos prácticos de la medicina. En muchas ocasiones, el médico tiene la capacidad de decidir qué es lo

mejor para el paciente si no se cuenta con los recursos económicos, científicos o tecnológicos; esto recuerda la frase atribuida a Felipe Teofrasto, mejor conocido como Paracelso: “*el medico cura a veces, alivia a menudo y consuela siempre*”.

Desde entonces, y en su obra *Entia determinan la vida humana: ens astrale, ens veneni, ens naturale, ens spirituale, ens Dei* ya se vislumbraban los datos que sugerían la influencia del medio ambiente y como éste se reflejaba en la salud del paciente. Este texto es la primera obra de medicina antropológica; sin embargo, el relativismo posmoderno actual, como principal corriente de pensamiento, ha determinado la percepción de las personas “como un medio y no como un fin”. Se ha dejado de lado el hombre como fin último; se percibe al paciente como una mercancía, como el medio para obtener recursos económicos y no como objetivo fundamental del trabajo. Finalmente, se atiende a los pacientes con los recursos médicos y tecnológicos con los que se cuenta. No es obligatorio tener la última tecnología para atender un fenómeno de la vida del cual se conoce el desenlace. El bienestar siempre puede brindarse. Las herramientas mínimas con las que debe contar el médico son las que no cuestan y no requieren tecnología para la atención de su paciente, que le brindarán bienestar al final de la vida, los elementos bioéticos: la ley, la medicina y la ética.

Ética de la atención: dignidad y reconocimiento de la persona humana

Dentro del pensamiento jusnaturalista, el humanismo reconoce como características intrínsecas a las personas, las que las hacen dignas *per se*. Esta dignidad se mantiene mientras el sujeto está vivo y aún después de muerto, independientemente de las condiciones físicas en las que se encuentre. La dignidad, al igual que el respeto, es un componente, y para que exista, debe ser reconocido por otros, es un “estado” que debe ser reconocido por los demás. El paciente solo no puede reconocerse a sí mismo como digno, especialmente en casos de inconsciencia o déficit cognoscitivo, por ello, tal estado debe ser reconocido por los demás. Durante muchos años, los programas de atención al envejecimiento se consideraron algo secundario, sin expectativa de desarrollarlos desde el movimiento oficial gubernamental ni destinar un fondo específico para ello.

Un punto de vista “utilitarista” pone de manifiesto la asignación de recursos médicos de por sí escasos hacia las personas que tienen más oportunidad de ser “productivas” o que tienen “una vida por delante”. El término *viejismo* se ha reconocido desde 1956. En la actualidad, el culto a la juventud se pone de manifiesto claramente en el desprecio a lo viejo, a lo que no está actualizado. En un ámbito consumista o utilitarista puede ser válido para objetos, pero aplicado a los seres humanos, el *viejismo* o *ageism*⁶ es una fuente permanente de discriminación para los adultos mayores. Esto se refleja en los puntos de vista que “justifican” la mala distribución de recursos con base en la edad del enfermo. En muchos de los casos de enfermedades terminales no se ha demostrado que el efecto de éstas tenga repercusión directa en el pronóstico. En México, la medicina paliativa está entre las especialidades menos socorridas, debido a las características propias de la misma; sin embargo, son muchos los médicos que se encuentran en contacto directo con este tipo de pacientes sin una preparación apropiada. De acuerdo con la Dra. Elizabeth Kübler Ross, en su libro *Sobre la muerte y los moribundos*, este tema confronta a los médicos de forma irremediable con su propia muerte llevándolos, obviamente, a la negación y a criterios subjetivos involuntariamente.

La dignidad de la persona

La dignidad está dada como un bien universal de las personas; se fundamenta en las diversas definiciones que existen y se otorga por la razón del pensamiento humano. La base de la dignidad de origen social es el derecho de una persona a recibir atención médica integral y acertada, especialmente en los periodos de vulnerabilidad, lo que sucede al final de la vida, pero no solamente en estas etapas.

Ética de la atención de las personas con discapacidad

Es evidente que las personas con discapacidad son sujetos que se encuentran en mayor necesidad, a los que hay que cuidar con más cautela. Existen diferentes elementos que deben tenerse en cuenta, como la ética de la atención, que refuerza los diferentes conceptos de dignidad que contempla el pensamiento filosófico actual. El respeto a la dignidad de las personas tiene que ser mayor a medida que la persona es más dependiente. El

grado de dependencia funcional o cognitiva será lo que marque el grado de atención. De acuerdo con la Dra. María de Jesús Goikoetxea,⁷ las obligaciones éticas que deben tenerse con las personas dependientes se clasifican en tres niveles: micro, meso y macro. El que interesa en este aspecto es el nivel micro o individual, basado en el pensamiento kantiano de no utilizar a la personas como un medio sino como un fin, haciéndose una necesidad inversamente proporcional al grado de independencia del sujeto.

Derecho ético a la atención: ¿es una realidad?

La exposición a la muerte de otros es algo que sucede de forma aleatoria durante la carrera y el ejercicio de la medicina, y dependerá en mayor o menor grado de la especialidad que se ejerza. Con frecuencia, el médico, por atender a pacientes moribundos, cree que domina el tema de los cuidados paliativos, pero no es así. Por lo general, en México, el tratamiento de enfermos crónicos y la determinación de un paciente como terminal recaen solamente en el médico tratante, y la inexistencia de equipos de cuidados paliativos hace que el análisis de los casos sea prácticamente imposible. En este estudio se tratará de determinar si el médico tiene los conocimientos para realizarlo.

¿Es necesario el adiestramiento orientado a los aspectos bioéticos en el manejo del paciente terminal?

Con todo lo anterior, el médico tiene la obligación ética de conocer los elementos mínimos para percatarse de las necesidades de sus pacientes moribundos. Esto con la finalidad de que pueda brindarles mayor bienestar en las acciones de cuidados paliativos y no necesariamente en el momento de la muerte, sino para acompañarlos de una mejor manera hasta el fallecimiento.

¿En qué momento el médico debe dar la orden de no reanimar y qué elementos necesita para hacerlo?

Hasta ahora, no se han escrito lineamientos para tomar esta decisión, y no parece sensato hacerlo, ya que cada caso es diferente. El médico debe hacer uso del juicio, la prudencia y la intuición, además de los signos clínicos del paciente. Esto deberá integrarse cuando el paciente ya no tiene posibilidades de tratamiento médico bajo ninguna circunstancia. El médico debe ser claro y no

intercalar otras situaciones que pueden confundirse, como el rechazo del paciente a recibir tratamiento; por ejemplo: si una paciente con tres años de escolaridad que sufre insuficiencia renal crónica grave, sin criterios de terminalidad, rechaza las posibilidades de tratamiento a través de diálisis peritoneal o hemodiálisis, ¿es ético suspender todas las maniobras de atención? ¿Es éste un caso de paciente terminal o es un caso de voluntad anticipada? ¿La autonomía de la paciente debe ser respetada? ¿Se le darán maniobras de resucitación en caso de un evento agudo? ¿Debe ser tratada en su domicilio o en la unidad de cuidados paliativos hospitalaria? El médico otorgará la orden de no reanimar cuando se trata de un paciente en cuidados paliativos, cuando se ha confirmado su “terminalidad”, ya sea a través de estudios histológicos, de imagen o de laboratorio que confirmen los diagnósticos. En los pacientes ancianos con poca reserva homeostática, el cuadro clínico se acompañará de signos como: inmovilidad, desnutrición, demencia avanzada y procesos infecciosos resistentes a antibióticos, corroborados por laboratorio, y no solamente por la apariencia física. Lo anterior se torna difícil cuando no se tienen las herramientas apropiadas, ya sea en cuanto a recursos hospitalarios o de conocimientos del personal que atiende dichas áreas. Por lo anterior, el personal que atiende a esos pacientes deberá conocer algunas herramientas técnicas mínimas como las escalas que a continuación se mencionan y que sirven para medir dolor, autonomía, las actividades básicas de la vida diaria, etcétera. La utilización y aplicación de escalas clinimétricas en la medición del proceso salud-enfermedad es innegable; cada vez más personas las consideran herramientas con valor predictivo y respaldo estadístico de muchas horas de trabajo. Las escalas más usadas en la evaluación de los pacientes terminales son: Escala de Katz (actividades básicas de la vida diaria),⁸ Índice de Barthel,⁹ Escala de ESAS (*Edmonton symptom assesment scale*),¹⁰ Escala de desempeño paliativo (*Palliative performance test*),¹¹ Escala de cuidados paliativos [(ECP), en inglés *palliative care outcome (POS)*],¹² Escala visual análoga (EVA),¹³ Cuestionario breve de dolor (CBD), Escala de Ramsay,¹⁴ *Palliative prognostic score (PAP Score)*,¹⁵ Escala de valoración funcional de Karnofsky,¹⁶ Escala de actividades instrumentales de la vida diaria (Bayer),¹⁷

Mini nutritional assessment,¹⁸ Examen mínimo del estado mental (Folstein).¹⁹

MATERIAL Y MÉTODO

Previo a cualquier interrogatorio, el protocolo se sometió al comité de bioética universitario, el cual aprobó su realización. Se hizo una entrevista exploratoria estandarizada sobre aspectos bioéticos y se aplicó un cuestionario para conocer el grado de conocimiento de los médicos que están involucrados en los cuidados de los pacientes terminales y la evaluación geriátrica, se destacaron las escalas y definiciones básicas de lenguaje común en cuidados paliativos. El análisis se hizo a través del método de exploración cualitativa en el formato de investigación cooperativa-participativa, se tuvo como resultado el establecimiento de un campo fértil para el desarrollo de los cuidados paliativos geriátricos. El análisis estadístico se efectuó solamente con estadística descriptiva, y para verificación de la significación se realizó una prueba de χ^2 .

RESULTADOS

Se aplicó el cuestionario a 72 médicos con las siguientes especialidades: ginecología, geriatría, medicina interna, ortopedia y pediatría, así como a residentes de geriatría con medicina interna completa y dos médicos generales. El análisis básicamente se realizó con estadística descriptiva.

Todos los médicos encuestados se habían graduado; la mayoría había cursado especialidad médica y ejercía la práctica médica. El 70.8% refirió que no atendía a personas con enfermedades terminales (Cuadro 1); sin embargo, la mayoría (70%) estaba consciente de que sus pacientes tenían enfermedades crónicas (Cuadro 2). El 52% de los médicos reconoció que trabajaba con personas de edad avanzada (ancianos) [Cuadro 3]. El 70% mencionó que no había recibido adiestramiento en cuidados paliativos; el restante 30% sí había recibido algún tipo de capacitación que costó por su cuenta en competencias académicas o laborales (Cuadro 4).

La mayoría de los médicos dijo conocer la definición de paciente terminal (Cuadro 5). El 58.3% de los médicos dijo conocer los criterios de terminalidad de

Cuadro 1. Número de pacientes con enfermedades terminales

Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	51	70.8	70.8	70.8
1	6	8.3	8.3	79.2
2	3	4.2	4.2	83.3
5	6	8.3	8.3	91.7
10	3	4.2	4.2	95.8
50	3	4.2	4.2	100.0
Total	72	100.0	100.0	

Cuadro 2. ¿Atiende usted a pacientes con enfermedades crónicas?

Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	18	25.0	25.0	25.0
1	54	75.0	75.0	100.0
Total	72	100.0	100.0	

Cuadro 3. ¿Atiende usted a pacientes que se encuentran al final de la vida?

Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	33	45.8	45.8	45.8
1	39	54.2	54.2	100.0
Total	72	100.0	100.0	

Cuadro 4. ¿Ha recibido alguna vez adiestramiento en cuidados paliativos?

Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	51	70.8	70.8	70.8
1	21	29.2	29.2	100.0
Total	72	100.0	100.0	

Cuadro 5. ¿Conoce usted la definición de paciente terminal?

Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	9	12.5	12.5	12.5
1	63	87.5	87.5	100.0
Total	72	100.0	100.0	

la demencia mientras que el 41% restante refirió no conocerlos (Cuadro 6). Asimismo, los médicos refirieron que no cuentan con los conocimientos suficientes para determinar quién es un paciente irrecuperable y quién es un paciente terminal (Cuadro 7).

Cuadro 6. ¿Conoce los criterios de terminalidad del paciente con demencia?

Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	30	41.7	41.7	41.7
1	42	58.3	58.3	100.0
Total	72	100.0	100.0	

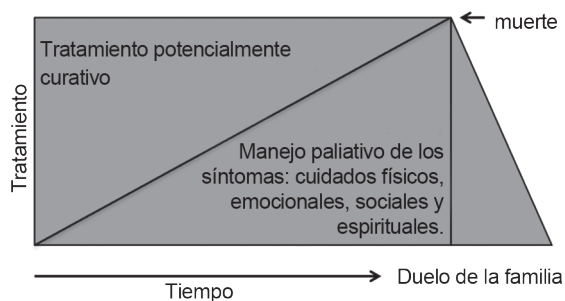
DISCUSIÓN

La práctica cotidiana de la medicina está estrechamente ligada a las características de la población. En estos momentos, en México, donde los ancianos son una población significativa, los doctores requieren mayores conocimientos en tales áreas. La población médica, formada en la medicina curativa, no tiene las herramientas necesarias para atender a los ancianos, y menos a los pacientes con enfermedades terminales, ya que por ahora no reconocen que éstas llevarán a los sujetos que atienden a la terminalidad en muchos de los casos. Padecimientos como la diabetes, la hipertensión, la enfermedad renal crónica, entre otros, ocupan los primeros sitios de morbilidad y mortalidad. Esto, a la vez, se traduce en no tener una costumbre de acompañamiento de los pacientes hasta el final de la vida. El 87% de los médicos sabe definir qué es una enfermedad terminal; sin embargo, esta información no se hace extensiva si se trata de enfermedades específicas, por tanto, cuando se requiere atención especializada, como en los casos de demencias o de insuficiencia renal crónica, el médico que atiende a los pacientes no es capaz de determinar cuáles serían los criterios para cambiar el enfoque terapéutico de curativo a paliativo, lo que tiene como consecuencia una atención trunca al final de la vida. Todos los médicos ejecutan actividades clínicas y se encuentran en contacto con pacientes con enfermedades crónicas y degenerativas; sin embargo, parece que no tienen la capacidad de

Cuadro 7. ¿Es lo mismo un estado terminal que un paciente irrecuperable?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	57	79.2	82.6	82.6
	1	12	16.7	17.4	100.0
	Total	69	95.8	100.0	
Perdidos	Sistema	3	4.2		
Total		72	100.0		

identificar que la mayor parte de las enfermedades que afectan a los adultos es de origen crónico. El 75% de los médicos refirió tener contacto con pacientes con enfermedades crónicas, no así con pacientes moribundos. Esto es de resaltar, ya que la Organización Mundial de la Salud recomienda que los cuidados paliativos sean de orden progresivo y no necesariamente se den en la etapa final de la vida (Figura 1).²⁰ El contacto que los médicos tienen con pacientes moribundos o terminales depende de la especialidad. A pesar de que todos poseen conocimiento de las enfermedades crónicas, 75% no sabe los criterios de terminalidad de las más frecuentes. Esto hace pensar que debe redirigirse la atención del médico hacia la medicina curativa y agregar el contacto con los cuidados paliativos. El gobierno actual reconoce las necesidades de la atención integradora de los cuidados paliativos, por lo que dictó el decreto en el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos que fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de enero de 2009.²¹

**Figura 1.** Esquema actual de los cuidados paliativos propuesto por la OMS.

Adaptada de: Lynn J, Adamson D. Living well at the End-of-Life. Adapting health Care to Serious Chronic Illness Old Age. RAND 2003.

CONCLUSIONES

En la atención institucional del paciente crónico es necesaria otra intervención para saber específicamente y a profundidad los conocimientos del gremio médico de estos temas, con el fin de trazar una línea de investigación claramente definida. La mayoría de los médicos dijo conocer la definición de paciente terminal; sin embargo, no se califican sus habilidades para establecer esto con un parámetro objetivo mensurable—ya que aproximadamente 75% dijo conocer los criterios de terminalidad de los pacientes con insuficiencia renal crónica, insuficiencia cardíaca o demencia avanzada—, sino que solamente se efectúa la medición cualitativa.

Este problema se agrava en el caso de los pacientes geriátricos, pues casi todos los médicos tienen poco adiestramiento, y los atienden bajo una expectativa errónea que se da por analogía, pensando que al cuidar a los enfermos, por ende, conocerán también el proceso de la muerte. La mayoría de los médicos no cuenta con elementos objetivos declarados por ellos mismos que permitan determinar de forma mensurable sus habilidades en los cuidados paliativos; en consecuencia, es difícil establecer que el médico tiene herramientas técnicas con las que puede atender a los pacientes en la etapa final de la vida, pero especialmente para la toma de la decisión de no reanimar a los pacientes moribundos. Es imperativo que los médicos sean capacitados en cuestiones de atención paliativa bajo el enfoque de la bioética personalista, ya que es la que cumple con los elementos no cubiertos por el enfoque principalista al final de la vida, que permitan la unificación de criterios para la realización de procesos técnicos, como colocación de sondas, catéteres, etcétera, con absoluto respeto a aspectos como: dignidad, autonomía y apego irrestricto a

Cuadro 8. Conocimiento de las escalas de utilización paliativa

	<i>La desconocen (%)</i>	<i>La conocen (%)</i>
<i>Edmonton Symptom Assessment Scale</i>	79	21
<i>PAP Score</i>	71	29
Índice de Karnofsky	54	46
Escala de Barthel	54	46
Escala de cuidados paliativos	50	50
Escala visual análoga del dolor	58	42
Cuestionario breve del dolor	46	54
Escala de Ramsay	58	42
Consenso del estado vegetativo persistente	75	25

las leyes vigentes. Obviamente es importante el establecimiento de una política institucional de integración de los cuidados paliativos a todos los servicios, de acuerdo con lo establecido en las directrices de la Organización Mundial de la Salud, ya que no es práctica la creación de unidades especializadas que tienen la desventaja de que pueden saturarse de forma inmediata con pacientes hospitalizados durante largos periodos. La situación se torna delicada debido a que los médicos han concluido su formación profesional y depende del interés institucional la capacitación o la contratación de especialistas en el área.

El personal institucional no tiene interés especial en un adiestramiento en esta área, porque existen diferentes creencias en torno a los diversos elementos —desde personales a técnicos e institucionales— que rodean a la muerte. En todo el mundo es un área de crisis, ya que se cuenta con poco personal dedicado a los cuidados de los pacientes ancianos y moribundos. Es una tarea importante la motivación y la capacitación. El enfoque terapéutico de la atención de la muerte debe cambiar para que deje de ser un evento aislado y deshumanizado y se convierta en un evento humanitario con las condiciones físicas y sociales adecuadas. Es evidente que existen deficiencias técnicas para una atención ética de los pacientes moribundos. De igual manera, es necesario el reconocimiento de los elementos éticos que hacen falta para la atención de las personas. Por

esta razón deben conocerse los elementos básicos para medir las características de los pacientes que ayudarán a los puntos siguientes.

- Conocer las causas de muerte de la población.
- Saber su estado físico.
- Determinar el grado de dolor que está padeciendo.
- Averiguar el grado de autonomía que tiene en los perímetros de la muerte.
- Administrar los recursos materiales y humanos alrededor del fenómeno.
- Conocer el imaginario de las personas que se encuentran ante una persona moribunda.

Pero los elementos principales para los médicos serán: reconocer el respeto, conocer el origen de la dignidad humana e integrar los elementos conformadores de la bioética: medicina, ley y ética.

¿Diverge el pensamiento del paciente del pensamiento médico en cuestiones de la muerte?

La mayor parte de las veces, el pensamiento del médico y del paciente se centra en una misma dirección; ocasionalmente, el camino se torna distinto. Existen diversos elementos reconocibles cuando el médico puede actuar en forma diferente a lo que el paciente supone. Sólo se mencionan algunos de estos casos que ponen en evidencia las diferencias de pensamiento.

- Cuando el paciente no está consciente.
- Cuando el paciente es niño o joven.
- Cuando el paciente sufre una enfermedad aguda.
- Cuando el paciente no es capaz de comunicarse satisfactoriamente.
- Si el paciente no es autónomo en las actividades básicas de la vida diaria.
- Cuando el paciente no está crónicamente enfermo.
- La familia con frecuencia es el motivo de conflicto debido a la posesión de bienes materiales y culpa de los hijos.

REFERENCIAS

1. Cox DR. Regression models and life-tables. *J R Stat Soc* 1972;187-220.
2. Heidegger M. Ser y tiempo. www.philosophia.cl/Escuela de Filosofia Universidad ARCIS, 1927.

3. Ley General de Salud. México: Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984.
4. Llano-Escobar A. El morir humano ha cambiado. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana Washington: OPS, 1990.
5. Vermandere M, de Lepeleire J, van Mechelen W, et al. Spirituality in palliative home care: a framework for the clinician supportive care in cancer 2012, DOI: 10.1007/s00520-012-1626-1. Online First™
6. Wolf LM. Ageism. Webster Dictionary. St. Louis: Webster University Press, 1998.
7. Goikoetxea MJ. Aproximación antropológica y ética a la dependencia. *Lan Harremanak* 5 (2006-II) (105-126).
8. Katz S, Ford A, Moskowitz RW, Jackson BA, et al. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963;185:914-919.
9. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J* 1965;14:61-65.
10. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 1991;7:6-9.
11. Pirovano M, Maltoni M, Nanni O, Marinari M, et al. A new palliative prognostic score: a first step for the staging of terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 1999;17:231-239.
12. Hearn J, Higginson IJ. Development and validation of a core outcome measure for palliative care: the palliative care outcome scale. *Palliative Care Core Audit Project Advisory Group. Qual Health Care* 1999;8:219-227.
13. Litcher-Kelly L, Martino S, Broderick JE, Stone AA. A systematic review of measures used to assess chronic musculoskeletal pain in clinical and randomized controlled clinical trials. *J Pain* 2007;8:906-913.
14. Ramsay MAE, Savege TM, Simpson BRJ, Goodwin R. Controlled sedation with alpaalone-alphadolone. *Br Med J* 1974;2:656-659.
15. Stevens AM, Gwilliam B, A'hern R, Broadley K, Hardy J. Experience in the use of the palliative care outcome scale. *Support Care Cancer* 2005;13:1027-1034.
16. Karnofsky DA, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: MacLeod CM, editor. *Evaluation of chemotherapeutic agents*. New York: Columbia University Press, 1949;196.
17. Hindmarch I, Lehfeld H, de Jongh P, Erzigkeit H. The Bayer Activities of Daily Living Scale (B-ADL). *Dement Geriatr Cogn Disord* 1998;9:20-26.
18. Lauque S, Faisant C, Bourdille S, Vellas B, Albarède JL. Nutritional evaluation of the elderly patient. A much used test: the mini-nutritional assessment (MNA). *Soins Gerontol* 1996;2:25-27.
19. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Res* 1975;12:189-198.
20. Lynn J, Adamson DM. Living well at the end of life. Adapting health care to serious chronic illness in old age. Washington: Rand, 2003.
21. Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos. Diario Oficial de la Federación, 5 de enero de 2009. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5076793&fecha=05/01/2009