

Cuidados al final de la vida

Jiménez Rojas, C.

Médico especialista en Geriátría. Servicio de Geriátría. Hospital Central Cruz Roja. Madrid.

Desde la Geriátría estamos teniendo el privilegio de ser partícipes en el desarrollo cada vez más importante de la investigación en el campo de los cuidados al final de la vida y de poder compartir por primera vez nuestro interés en dicho campo con el resto de la comunidad médica.

Si bien los cuidados al final de la vida forman parte de los objetivos generales de la medicina y particularmente de nuestra especialidad, en la que suponen un capítulo muy importante de nuestra labor como profesionales, no siempre se han contemplado con tanto interés como en esta última década¹.

Son muchos los documentos emitidos por las diferentes sociedades científicas expresando las preocupaciones, analizando las necesidades no cubiertas e intentando establecer los criterios de calidad de la atención médica al final de la vida. Dichos criterios varían entre sí aunque comparten los contenidos fundamentales de control sintomático, importancia del respeto al paciente y necesidad de un marco ético en la toma de decisiones²⁻⁵.

El Comité de Ética de la Sociedad Americana de Geriátría identifica los siguientes diez aspectos básicos en la calidad de los cuidados al final de la vida: 1. calidad del control de síntomas físicos y emocionales, 2. mantenimiento de la funcionalidad y de la autonomía, 3. planificación por adelantado, 4. grado de agresividad y elección de la ubicación en situaciones de muerte cercana, 5. satisfacción del paciente y familia, 6. mantenimiento de la calidad de vida global, 7. valoración de la carga familiar y respuesta del sistema a la misma, 8. aspectos pronósticos, 9. asegurar la continuidad en los cuidados y 10. atención al duelo⁶.

Aunque es el enfrentamiento de los profesionales con sus propias limitaciones en el abordaje clínico y asistencial del proceso de la muerte lo que pone en marcha el marco de reflexión de los cuidados al final de la vida, éstos van mucho más allá de procurar lo que hoy se entiende por «buena muerte» (libre de sufrimiento y angustia para el paciente, familia y cuidadores, acorde con los valores de éstos y consistente con los estándares clínicos, culturales y éticos)³.

Los cuidados al final de la vida se articulan en un concepto más amplio que engloba la asistencia médica a los pacientes con enfermedades progresivas en las que no existen tratamientos que vayan a modificar sustancialmente su evolución. Frente a los modelos «categóricos» o «terminalistas» que sitúan al enfermo terminal como si de otro tipo de paciente se tratara (artificialmente clasificado por unos criterios pronósticos), haciéndole candidato a un tipo diferente de servicios, surge el modelo de los cuidados al final de la

Correspondencia: Concepción Jiménez Rojas. Servicio de Geriátría. Hospital Central Cruz Roja de Madrid. Avenida Reina Victoria 26. 28003 Madrid.

vida, mucho más acorde con el que caracteriza desde sus comienzos a la asistencia geriátrica y que incluye a pacientes con enfermedades crónicas, de curso menos predecible (y más dependiente de procesos intercurrentes), sin que exista una barrera que los separe de aquellos en los que la muerte se prevé más cercana.

Resulta especialmente ilustrativo para entender la verdadera dimensión de los cuidados al final de la vida, la descripción de sus cimientos que realiza Hurley: a) atención médica en los eventos clínicos agudos, b) disponibilidad y soporte en cuidados paliativos, c) proceso de la toma de decisiones y d) investigación y educación en cuidados al final de la vida⁷.

En este modelo de los cuidados al final de la vida los cuidados paliativos son un elemento esencial pero no único, lo cual también es coincidente con la realidad asistencial que rodea al paciente geriátrico.

Si bien en la pasada década los geriatras hemos realizado un esfuerzo para contribuir a la expansión y desarrollo de los cuidados paliativos, estableciendo los puntos de encuentro de la Medicina Paliativa y la Geriátrica, ampliando la formación de nuestros especialistas en este campo y promoviendo la correcta práctica de los cuidados paliativos como una actitud terapéutica adecuada en diferentes situaciones de enfermedad que manejamos en la clínica diaria, en la actualidad estamos siendo testigos de una tendencia en algunos ámbitos de la medicina de lo que podríamos llamar «paliativización» de la Geriátrica al amparo del desarrollo poco riguroso de los cuidados paliativos en las patologías no oncológicas^{8,9}.

Resulta extremadamente preocupante la confusión terminológica existente fuera de la práctica geriátrica en el manejo de conceptos que llevan a utilizar términos como «anciano frágil», «paciente geriátrico», «enfermo crónico», «enfermedad incurable», «enfermedad avanzada», «incapacidad irreversible» y «enfermedad terminal» como equiparables y expresiones de una situación clínica común y sin entidad propia.

Esto motiva que la utilización de enfoques terapéuticos exclusivamente paliativos se esté haciendo extensible a situaciones de incapacidad funcional o a pacientes con enfermedades crónicas o invalidantes, con un gran riesgo de privar a una población (no sólo muy heterogénea sino especialmente vulnerable), de las actitudes terapéuticas adecuadas. Es más, el envejecimiento de la población y el padecimiento de «enfermedades crónicas evolutivas» han sido utilizadas recientemente como argumento principal (para nuestro asombro) por la Organización Médica Colegial para proponer el desarrollo de programas de cuidados paliativos¹⁰.

A todo esto podemos añadir el hecho de estar detectando la excesiva presión ejercida en los foros de discusión ajenos a la especialidad por establecer los criterios definitivos de terminalidad de las patologías no oncológicas (cardiológicas, respiratorias y neurológicas). En el paciente anciano no oncológico, el intento de establecer criterios rígidos de terminalidad aplicados a un tipo de enfermo o a una fase concreta de la enfermedad, medidos con criterios únicamente paramétricos, no es posible, y desde un punto de vista geriátrico, no es correcto. La necesidad de valorar el resto de los factores que rodean la situación clínica concreta y sobre todo, los conocimientos y la experiencia en el manejo de las diferentes patologías en sus fases avanzadas en el anciano, ponen muy en duda la conveniencia de contribuir a la difusión de criterios de terminalidad de manejo universal. La elección de una actitud terapéutica paliativa en estos pacientes se realiza en Geriátrica tras un proceso exhaustivo de valoración y reflexión en el que el conocimiento de los criterios de enfermedad de órgano avanzado es sólo un elemento más.

Éstas son, entre otras, las razones por las que en esta nueva década la medicina geriátrica actual debería priorizar el concepto de cuidados al final de la vida sobre el de cuidados al paciente terminal. Hoy por hoy resulta artificial hablar de «cuidados paliativos en enfermedades no oncológicas» como si fuera algo diferente a la continuidad en los cuidados que debemos ofrecer al paciente a medida que avanza su enfermedad. Resulta

más adecuado promover en la práctica clínica la adopción de actitudes paliativas en el plan terapéutico global que situar los cuidados paliativos como una actitud terapéutica aislada a partir de un punto de corte determinado en la enfermedad.

Queda un enorme camino por recorrer en el desarrollo de unos cuidados al final de la vida de calidad, los datos referentes a los estudios realizados revelan grandes deficiencias en el medio hospitalario, domiciliario y residencial en el control de síntomas, comunicación con el enfermo, apreciación y respeto de las preferencias del paciente¹¹⁻¹⁶. Algunos autores traducen estas deficiencias en tres problemas fundamentales: infratratamiento, sobretatamiento y escasos conocimientos y cualificación profesional¹⁷. Muchos proponen estrategias para mejorar la formación y la comunicación con los pacientes y la mayoría coinciden en la necesidad de promover un cambio de actitud en los profesionales, especialmente en el ámbito hospitalario^{12,13,17}.

En este número se presenta un interesante estudio realizado en una Unidad de Agudos de Geriátrica, muy ilustrativo de la realidad de los cuidados al final de la vida en el medio hospitalario¹⁸. Esperamos que sirva para impulsar y animar al desarrollo de otros proyectos de investigación en este campo.

BIBLIOGRAFÍA

1. The goals of medicine, setting news priorities. The Hastings Center Report 1996; 26 (Suppl).
2. Wenger NS, Rosenfeld K. Quality indicators for end of life care in vulnerable elders. Ann Intern Med 2001;135: 677-85.
3. Committee on care at the end of life. Institute of Medicine. National Academy of Sciences. En: Cassel CK, Field MJ, editors. Approaching death. Improving care at the end of life. Washington: National Academy Press, 1997.
4. Singer PA, MacDonald N. Bioethics for clinicians: 15. Quality end of life care. CMAJ 1998;159:159-62.
5. Sherman D. Guidelines for end of life care in nursing homes: principles and recommendations. NYU Nursing. Montefiore Division of Bioethics. March, 2000.
6. American Geriatric Society Ethics Committee. Measuring quality of care at the end of life: A Statement of Principles. J Am Ger Soc 1997;45:526-7.
7. Hurley CA, Volicer L, Blasi ZV. End of life care for patients with advanced dementia. J Am Med Ass 2000;284: 2449-50.
8. Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos de la SEGG. Geriátrica y Medicina paliativa. Rev Esp Geriatr Gerontol 1999;34:119-20.
9. Sepúlveda Moya D, Jiménez Rojas C. Cuidados paliativos en Unidades Geriátricas de Agudos. Rev Esp Geriatr Gerontol 1999;34:5-12.
10. Organización Médica Colegial. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Declaración sobre la atención médica al final de la vida. Diario Médico Feb. 18. Disponible en: www.diariomedico.com
11. Lo B. Improving care near the end of life. Why is it so hard? J Am Med Ass 1995;274:1634-6.
12. Greco PJ, Eisenberg JM. Changing physicians practices. N Eng J Med 1993;329:1271-4.
13. Fins JJ, Miller FG, Acres CA, Bachetta MD, Huzzard LL, Papkin BD. End of life decision making in the hospital: Current practice and future prospects. J Pain Symptom Manage 1999;17:6-15.
14. Campbell ML, Frank RR. Experience With an End of Life Practice at a University Hospital. Crit Care Med 1997;25: 197-202.
15. Bradley EH, Peiris V, Wetle T. Discussions about end of life care in nursing homes. J Am Ger Med 1998;46:1235-41.
16. The SUPPORT Principal Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT). J Am Med Ass 1995;274:1591-8.
17. Donaldson MS, Field JM. Mesasuring Quality of Care at the End of Life. Arch Intern Med 1998;158:121-8.
18. Marín-Gámez N, Kessel-Sardiñas H, Barnosi-Marín AC, Rodríguez-Galdeano M, Lazo-Torres AM³, Collado-Romacho A. 56 Muertes. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002; 37:244-8.