



► 26 Enero, 2015

EL FINAL DE LA VIDA REQUIERE MEJORAS

Los cuatro debates de DIARIO MÉDICO y el Grupo Mémora sobre los retos de la atención al final de la vida celebrados en 2014 demuestran que la profesión médica y el sistema sanitario tienen un amplio margen de mejora en el proceso



De izda. a dcha., Xavier Gómez-Batiste, Josep Maria Via, María Die Trill, Àlvar Net y Fernando Martínez Cuervo, participantes en el primer debate organizado por DIARIO MÉDICO y el grupo Mémora, en Barcelona.



De izda. a dcha., Manuel González Barón, oncólogo y coordinador científico de DM; Marcos Gómez Sancho, presidente de la Comisión Deontológica de la OMC; Josep Maria Via, presidente del consejo asesor de Mémora, y Rafael Lletget, presidente de la comisión de Bioética del Consejo General de Enfermería.

1º DEBATE LAS FACULTADES DE MEDICINA IGNORAN EL FINAL DE LA VIDA

LA UNIVERSIDAD SIGUE SIN OCUPARSE COMO DEBIERA

Urge mejorar la atención al final de la vida generalizando los cuidados paliativos y aumentando las competencias y habilidades del personal sanitario, pero la Universidad sigue sin ocuparse como debería de un asunto tan trascendental para los individuos, la sociedad y el sistema sanitario. Estas son algunas conclusiones del primero de los cuatro debates organizados por DIARIO MÉDICO y el Grupo Mémora sobre los Retos de la atención sanitaria ante el final de la vida (ver DM de 24-II-2014).

Participaron Xavier Gómez-Batiste, director del Observatorio Quality-Centro Colaborador de la OMS para programas Públicos de Cuidados Paliativos; María Die Trill, coordinadora de la Unidad de Psico-Oncología del Hospital Universitario Gregorio Marañón, de Madrid; Fernando Martínez Cuervo, presidente de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica; Àlvar Net, presidente de la Academia de Ciencias Médicas y de la Salud de Cataluña y Balea-

res y de la Fundación Avedis Donabedian, y Josep Maria Via, presidente del Consejo Rector del Parque de Salud Mar, de Barcelona.

Via introdujo el tema diciendo que "el único hecho cierto es que la muerte en nuestra sociedad es un tabú y, por ello, no hay ningún tipo de formación al respecto. Transitas por la vida y nunca nadie te ayuda a plantearte el tema". Net confirmó que "se im-

Hay una gran negación tanto de la muerte como de la epidemiología de los que no se curan, tanto en la sociedad como en la profesión médica

parte algo en Medicina Legal pero, efectivamente, en las facultades no se forma en absoluto sobre la muerte".

Die Trill manifestó que "no creo que la formación específica deba ceñirse sólo a los médicos. Tiene que empezar en la infancia y en situaciones sin carga emocional". Gómez-Batiste dijo

que "hay una gran negación tanto de la muerte como de la epidemiología de los que no se curan, tanto en la sociedad como en la profesión. No hay instrumentos para trabajar con esto, ni profesionales ni personales. Llama la atención porque la mortalidad es del cien por cien y el 75 por ciento de la población fallece por enfermedad crónica y progresiva".

Martínez Cuervo defendió que, "si no se forma, la investigación en este ámbito depende de la trayectoria personal e interna de cada profesional".

Selección de expertos

Los debates han contado con expertos seleccionados por DM y por miembros del Consejo Asesor de Mémora, formado por: Josep Arimany, forense; María Die Trill, psico-oncóloga; Xavier Gómez-Batiste y Marcos Gómez Sancho, expertos en cuidados paliativos; Ana Isabel Lima, trabajadora social; Juan José López Burniol, notario; Fernando Martínez Cuervo, especialista en Enfermería Geriátrica y Gerontológica; Francesc Torralba, filósofo y teólogo; Josep Maria Via (presidente del Consejo), consultor en sistemas sanitarios y organización de empresa, y Josep París, director de Desarrollo Corporativo de Mémora.

2º DEBATE LOS HOSPITALES ESTÁN ORIENTADOS A LUCHAR POR LA VIDA

MUERTE: ESTÁ MEDICALIZADA PERO NO HUMANIZADA

España presume de figurar entre los países con mayor esperanza de vida al nacer; un logro atribuible en una parte importante a los avances médicos y al sistema sanitario. Pero, más o menos tarde, todo se acaba y si morir es un hecho inevitable, el objetivo debe ser procurar, aunque suene paradójico, una buena 'calidad de muerte', algo que no está bien cubierto. "Hoy en día, la muerte se produce casi siempre en un centro sanitario, rodeados de moderna tecnología pero bastante solos. Se ha extendido la idea de que la muer-

te se ha medicalizado, lo que no significa que se haya humanizado", sostuvo Rafael Lletget, presidente de la Comisión de Bioética del Consejo General de Enfermería, en el segundo debate de DIARIO MÉDICO y MÉMORA (ver DM de 21-IV-2014), celebrado en Madrid. Y en muchos casos con dolor: "Estudios realizados en Estados Unidos concluyen que en la mayoría de los hospitales universitarios

Estudios realizados en Estados Unidos concluyen que en la mayoría de los hospitales universitarios buena parte de los pacientes mueren en la UCI

buena parte de los enfermos fallecen en la UCI, con dolor de moderado a intenso", añadió Marcos Gómez Sancho, presidente de la Comisión de Deontología de la Organización Médica Colegial. En el debate también participó el oncólogo Manuel González Barón, coordinador científico de DM, y Josep Maria

Via, presidente del Consejo Rector del Parc Salut Mar de Barcelona y del consejo asesor de Mémora. Via dijo que "ahora la mayoría de los pacientes tienen más de 65 años, son pluripatológicos y los instalamos en una estructura concebida para cuadros agudos y atendida por profesionales formados para diagnosticar y curar. Está pendiente una revolución de recursos alternativos a la hospitalización convencional, con un abordaje distinto adaptado a la realidad actual". Y González-Barón puso sobre la mesa: "¿De qué le sirve a un paciente terminal un nuevo TAC o una resonancia? Eso es la limitación del esfuerzo terapéutico, que no consiste en pasar de puntillas ante el moribundo. La muerte no es el fracaso de la medicina sino la evolución natural de la vida. El equipo médico está ahí para ayudar al enfermo a afrontar las amenazas que le produce el sufrimiento sin extralimitarse". El debate también concluyó que un capítulo esencial es el de la comunicación médico-paciente.



► 26 Enero, 2015

3º DEBATE BENEFICIA AL PACIENTE, LA FAMILIA Y LOS PROFESIONALES

ABORDAJE PSICOSOCIAL COMO COMPLEMENTO ASISTENCIAL

La intervención psicosocial en la atención al final de la vida aporta beneficios a los pacientes y sus familiares y también a los propios profesionales y a las instituciones sanitarias, según coincidieron los especialistas participantes en el tercero de los debates organizados por DM y el Grupo Mémo- ra (ver *DM de 14-VII-2014*), en esta ocasión en Valen- cia.

Participaron Fernando Martínez Cuervo, presiden- te de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica; María Die Trill, coordina- do- ra de la Unidad de Psico- Oncología del Hospital Gre- gorio Marañón, de Madrid; Miquel Mora, responsable de Acompañamiento Espiri- tual del Hospital General de Sant Boi, de la Orden de San Juan de Dios, y Josep Maria Via, presidente del Consejo Asesor de Mémora y del Consejo Rector del Parque

de Salud Mar de Barcelo- na. En muchas ocasiones, el mejor psicólogo disponible para un enfermo en fase ter- minal es el propio médico, "ya que es quien mantiene una relación más cercana y cargada afectivamente con el paciente", según Die Trill. Pero no es una labor de un único colectivo, siendo necesaria la implicación de todos los profesionales sani- tarios y no sanitarios y de la propia familia del pacien- te para, desde esa perspec- tiva multidisciplinar, tener en cuenta las esferas psi- cobiosocial y espiritual de la persona. Via enfatizó que, "como la resolución no está en el *kit* básico de herra- mientas de los profesiona- les sanitarios, en muchas ocasiones es una cuestión a resolver por quien mejor entienda sobre el tema". En este contexto, Martínez Cuervo apuntó que "el equi- po multidisciplinar tiene

que ser sensible a este tema y, si no lo puede resolver, no hay que limitarse y debe ser capaz de derivarlo al mejor gestor".

Por todo ello, y en cual- quier caso, "todos necesi- tamos herramientas bási- cas para poder identificar y detectar como mínimo la necesidad de intervenir y, como consecuencia, deri- var", apostilló Mora.

Estos expertos, con for- mación y experiencias pro- fesionales diferentes, coin- cidieron en señalar la efec- tividad y utilidad de la in- tervención psicosocial, so- bre todo por la mejora signi- ficativa de la calidad de vida de los pacientes, pero también de los familiares y los propios profesionales.

TRES CONCEPTOS CLAVE
El debate permitió aclarar estos tres conceptos: por *atención psicosocial* se en- tiende aquélla que se encar-



Fernando Martínez Cuervo, presidente de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica; María Die Trill, psi- co-oncóloga del Hospital Gregorio Marañón, de Madrid; Miquel Mora, responsable de acompañamiento espi- ritual del Hospital General de Sant Boi, y Josep Maria Via, presidente del Consejo Asesor de Mémora y del Parque de Salud Mar de Barcelona.

Atención psicosocial, atención espiritual y atención religiosa son conceptos diferentes a tener en cuenta en un contexto de heterogeneidad social, familiar e individual

ga de cubrir las necesidades psicológicas y sociales que puede presentar un pacien- te. Dando un paso más allá, la *atención espiritual* se

centra en intentar respon- der a cómo las personas buscan y expresan el signifi- cado y propósito de su vida y la forma en que viven esa conexión con ellos y con los demás. Y, por último, la *atención religiosa*, que se encarga de cubrir las nece- sidades en materia de las creencias de cada uno, que actúan como una forma de vehicular esa necesidad espiritual, según se des- prende de las palabras de

los expertos interdisciplina- rios participantes en el de- bate. Dentro de los diferen- tes actores implicados en este proceso, los especialis- tas valoran de forma muy positiva que los familiares jueguen un papel preponde- rante. A ello contribuye que las enfermedades crónicas y que requieren paliativos, como el cáncer, son familia- res. "En mi experiencia la mayoría de consultas son de familiares", dijo Die Trill.