

# La educación médica para una muerte digna

## *Medical education for a dignified death*

### Correspondencia

Gonzalo E. Gianella  
drgonzalogianella@gmail.com

Recibido: 18/09/2017  
Aprobado: 20/09/2017

Citar como: Gianella GE. La educación médica para una muerte digna. *Acta Med Peru.* 2017;34(3):165-7

Gonzalo E. Gianella<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

<sup>2</sup> Servicio de Neumología, Clínica Ricardo Palma. Lima, Perú.

Durante los años que dura nuestra formación académica, los médicos enfrentamos un complejo universo de experiencias. Entre éstas, enfrentar el fin de la vida de un paciente, ya sea producto de un evento súbito e inesperado o el resultado de un largo proceso de enfermedad, será siempre un evento dramático.

Hoy en día la muerte es cotidiana visitante de salas hospitalarias; sin embargo, el cómo y el dónde morimos ha sufrido grandes transformaciones durante la historia de la humanidad. En occidente, si bien al inicio fue considerada como parte de la vida, la muerte ha sido gradualmente apartada y desindividualizada <sup>[1]</sup>. Antes del desarrollo de las ciencias biológicas, el saber morir era una más de las cualidades que las personas deberían tener. La creación del concepto de muerte natural, en paralelo con el inicio de la medicina moderna, fueron los puntos de inicio de la medicalización del fin de la vida. Hoy en día la muerte en occidente esta medicalizada en muchos aspectos, desde sus definiciones (como la *muerte clínica*) hasta su proceso y explicación <sup>[2]</sup>.

¿Cuál es el proceso que ha llevado a los seres humanos a morir en hospitales? Trabajos que cuestionan la medicalización de la sociedad occidental son útiles para entender la evolución de la muerte como concepto <sup>[1-3]</sup>. Si bien estas críticas son a veces extremas, no se puede negar que son un buen análisis del papel central que tiene la medicina en esta cultura. Debe resaltarse, además, que la medicalización de la sociedad occidental tiene aspectos muy positivos; de hecho, sólo así se puede ayudar a reconocer problemas serios que afectan a las personas y controlarlos, como es el caso de muchas enfermedades infecciosas. La medicalización también ayuda a reconocer factores de riesgo que producen enfermedad, como los relacionados a la obesidad. Las intervenciones tempranas en trastornos degenerativos como las enfermedades cardiovasculares y el cáncer no podrían ser posibles sin un grado importante de medicalización del discurso público. Uno de los productos más importante de la interacción entre conocimiento médico y la sociedad occidental es la extraordinaria mejoría de la esperanza de vida que se ha dado en los últimos 100 años.

Es en esta nueva realidad de sociedades con proporciones de adultos mayores en aumento en la que los cuidados del fin de la vida se encuentran en plena transformación. Si bien se suele asumir que la forma hospitalaria de morir no parece ser el deseo de la mayoría, la evidencia detrás de esta afirmación es heterogénea <sup>[4]</sup>. La tecnología capaz de extender funciones vitales en extremo no va de la mano con la funcionalidad y la dignidad que muchos prefieren mantener hacia el final de su vida. En países desarrollados la gente parece morir de formas que no hubiera deseado <sup>[5]</sup>. En el Perú, la muerte hospitalaria en ausencia de familiares y adecuada discrecionalmente por la cultura médica parece ser moneda común, pero requerimos más investigación al respecto.

El interés de la ciencia médica en el fin de la vida ha sido progresivo. Disciplinas específicas como los cuidados paliativos son recientes. Pero si bien dentro de sus objetivos siempre se nombra la naturaleza individual del fin de la vida, la medicalización de la muerte no parece haber retrocedido por estos nuevos enfoques.

Para revertir los problemas del fin de la vida existen actualmente sinceros intentos de mejora. Términos como calidad de vida o el buen morir se propugnan como nuevos paradigmas. Marcos conceptuales que tratan de sostener el fundamento moral de nuestras interacciones con los pacientes describen y juzgan negativamente situaciones como el encarnizamiento terapéutico o la distanasia. El uso fútil de terapias invasivas es cuestionado. Nos mencionan que debemos buscar la ortotanasia o el morir adecuado. Pero todos estos nuevos conceptos tienen uniformemente una gran limitación: están ideados manteniendo a la intervención médica como central en las decisiones del fin de la vida. Por ello, si bien dirigidos hacia el respeto a la dignidad de las personas, estas nuevas estrategias no impresionan haber podido salirse del corsé de una muerte altamente medicalizada.

Desde la perspectiva del paciente muchos aspectos de lo que hacemos hoy en día son criticables. Para comenzar, ¿existe algo que realmente podamos llamar el buen morir? La muerte es un evento inexorable. Definitivamente no es un evento homogéneo. Diferentes situaciones dan pie a diferentes emociones y pocas veces comunes a todos los eventos. La gran mayoría de las personas tememos a la muerte y haríamos todo lo que sea posible por permanecer más tiempo con nuestros seres queridos. Dejaremos a estos con gran tristeza y ellos sufrirán con nuestra pérdida. Llamar a esta cadena de eventos algo bueno siempre me ha costado trabajo, si bien entiendo la intención de quienes lo pregonan.

Morir con sufrimiento parece ser también algo que la mayoría deseamos evitar<sup>[5]</sup>. Pero la búsqueda del significado de sufrimiento nos llevara a múltiples respuestas. Hasta dónde llegar en la pelea con una enfermedad o en qué momento detenerse y dejarse ir variará de individuo a individuo, siendo además un proceso en el que los médicos influyen significativamente<sup>[6]</sup>.

Una muerte digna debería suceder en los términos que cada persona determine. Es poco probable que suceda si basamos nuestros principios en función de la intervención médica. Menos si saturamos a los pacientes y familiares con preguntas sobre cómo proceder con respecto a aspectos técnicos como medidas invasivas que solo nosotros dominamos. Antes de quejarnos de familiares que “quieren que se haga todo”, deberíamos reflexionar si ese “todo” tiene igual significado en ambos lados.

Para lograr que finalmente el cuidado del fin de la vida gire en torno del paciente, debemos aproximar el buen morir y otros aspectos de la medicina paliativa con el desarrollo actual de otras áreas de la medicina. Así nos daremos cuenta de que, aparte de la variabilidad de los deseos de los pacientes de someterse a medidas extraordinarias, muchos de los tratamientos que

consideramos exactos están basados en probabilidades de éxito. Y en la mayoría de casos supeditados a la incertidumbre diagnóstica y de pronóstico.

Requerimos además de mirar mejor a la evidencia sobre cuidados paliativos, que cuando se pone en práctica no pareciera buscar un buen morir absoluto si no uno lo suficientemente aceptable<sup>[7]</sup>. Experiencias en servicios de cuidados paliativos muestran que la frontera entre tratamientos razonables y fútiles se parece más a una de escalas de grises. Mucho más frecuente de lo que imaginamos negociamos necesidades y expectativas de acuerdo la agencia que cada paciente tiene, entremezclándola con nuestras propias limitaciones e incertidumbre<sup>[8]</sup>.

Desde el pregrado debemos enseñar que el pronóstico en general, y en especial hacia el fin de la vida, está muy lejos de ser algo exacto. Múltiples factores influyen en nuestra capacidad de establecer qué tan cerca está el final<sup>[9]</sup>. Somos proclives a nuestras emociones, a ser muy positivos con la cercanía de un paciente<sup>[10]</sup> o ser muy invasivos cuando sentimos culpa por algún error cometido<sup>[11]</sup>. Esta realidad incluye también ser proclives a subjetividades propias de la sociedad<sup>[12]</sup>.

Las futuras generaciones de médicos van a cuidar de una población proporcionalmente más anciana, en la que decisiones alrededor del fin de la vida serán más cotidianas. Lastimosamente, en el Perú aún son frecuentes ejemplos de médicos que utilizan la evidencia sin una visión crítica, derivando en conceptos rígidos e inaplicables<sup>[13]</sup>. Estos médicos sin las herramientas necesarias para entender y dialogar dentro de situaciones complejas contribuyen a escalar conflictos, frecuentes en un sistema de salud con grandes limitaciones materiales.

Para mejorar se debe reforzar la enseñanza de un manejo crítico de la evidencia, incorporando a la incertidumbre como un aspecto fundamental del conocimiento médico. Los cursos de Ética médica deberían estar presentes de manera continua y enlazada a lo largo de la carrera, con guías claras del tipo de competencias que se quieren desarrollar y marcos conceptuales bien estructurados<sup>[14]</sup>. La enseñanza de estos cursos debería procurar utilizar enfoques narrativos, en los que espacios de discusión e intercambio reemplacen a la transmisión teórica tradicional. En estos espacios de discusión, las técnicas modernas de simulación, que ya se usan localmente en áreas clínicas, son herramientas muy útiles. Finalmente, la necesaria y constante retroalimentación, usando las mismas experiencias de los alumnos a lo largo de la carrera, terminarán por dotarlos de las necesarias competencias de diálogo que el fin de la vida requiere.

Entender y hacer visibles nuestras limitaciones como médicos en predecir y pronosticar una enfermedad es una tarea aún pendiente. Si lo logramos, estaremos ayudando a nuestros pacientes a tener acceso a una muerte digna. Esto es necesario no sólo por ser lo más cercano a la verdad, sino que además lo más humano, pues reflejará mejor nuestra mortalidad y limitaciones como personas.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Ilich I. Némesis médica, la expropiación de la Salud. Barcelona: Barral Editores; 1975
2. Skrabanek P. The death of humane medicine and the rise of coercive healthism. Suffolk, England: The Social Affairs Unit; 1994
3. Nye RA. The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century. *J Hist Behav Sci.* 2003;39(2):115-29.
4. Gomes B, Calanzani N, Gysels M, Hall S, Higginson IJ. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliat Care.* 2013;12:7.
5. California Health Care Foundation. Final Chapter: Californians' Attitudes and Experiences with Death and Dying [Internet]. Sacramento, CA: CHCF; 2012 [citado el 12 de setiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.chcf.org/~media/MEDIA%20LIBRARY%20Files/PDF/PDF%20F/PDF%20FinalChapterDeathDying.pdf>
6. Swindell JS, McGuire AL, Halpern SD. Shaping patients' decisions. *Chest.* 2011;139(2):424-9
7. McNamara, B. Good enough death: autonomy and choice in Australian palliative care. *Soc Sci Med.* 2004;58(5):929-38.
8. Alonso JP. Contornos negociados del "buen morir": la toma de decisiones médicas en el final de la vida. *Interface (Botucatu).* 2012;16(40):191-204.
9. Smith AK, White DB, Arnold RM. Uncertainty--the Other Side of Prognosis. *N Engl J Med.* 2013;368(26):2448-50.
10. Christakis NA, Lamont EB. Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study. *BMJ.* 2000;320(7233):469-72.
11. Christakis NA, Asch DA. Biases in how physicians choose to withdraw life support. *Lancet.* 1993;342(8872):642-6.
12. Loggers ET, Maciejewski PK, Paulk E, DeSanto-Madeya S, Nilsson M, Viswanath K, et al. Racial differences in predictors of intensive end-of-life care in patients with advanced cancer. *J Clin Oncol.* 2009;27(33):5559-64.
13. Gamarra, MP. La asistencia al final de la vida: la ortotanasia. *Horiz Méd.* 2011;11(1):40-6.
14. Emanuel EJ. Changing Premed Requirements and the Medical Curriculum. *JAMA.* 2006;296(9):1128-31.

Las ediciones anteriores de Acta Médica Peruana  
están disponibles en:

[www.redalyc.org](http://www.redalyc.org)

