



La fase final de la vida es mejorable

La medicina y el sistema sanitario pueden hacer mucho más de lo que hacen ante la muerte. DIARIO MÉDICO y Grupo Mémora indagan en este reto.

ESPECIAL

DM

DIARIO MEDICO

DEL 26 DE ENERO AL 1 DE FEBRERO DE 2015



ENTREVISTA XAVIER GÓMEZ-BATISTE Responsable médico de cuidados paliativos y de larga duración en la OMS

ACCESO A PALIATIVOS, UN RETO MUNDIAL

KARLA ISLAS PIECK
karla.islas@diariomedico.com

Garantizar una adecuada atención al final de la vida es ahora una prioridad para la Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma Xavier Gómez-Batiste, designado recientemente responsable médico de cuidados paliativos y de larga duración por parte de esta organización internacional con sede en Ginebra (Suiza). Compagina esta responsabilidad con su labor como director del Observatorio Qualy del Instituto Catalán de Oncología (ICO) -un programa de la Generalitat de Cataluña para la promoción de la calidad en la atención paliativa- y director de la Cátedra de Cuidados Paliativos de la Universidad de Vic, en Barcelona.

Su nombramiento en este puesto de nueva creación, que responde a una resolución emitida el pasado mes de mayo en la que instaba a todos los países a desarrollar los cuidados paliativos dentro de los sistemas de salud para atender a la totalidad de los pacientes, es también un reconocimiento al trabajo realizado por más de 25 años en el que lideró el Proyecto Piloto OMS en Cataluña y su experiencia de 6 años como Centro Colaborador OMS, así como el soporte a 52 organizaciones, y la innovación del programa *Necpal*, además del de la Fundación La Caixa.

Ha recordado que los cuidados paliativos "son un de-

recho humano fundamental", en el que se tiene que luchar por respetar la dignidad y la espiritualidad del paciente, desde el punto de vista psicosocial. "Y estos cuidados no se deben limitar sólo al cáncer, sino que se tienen que ampliar a todas las enfermedades crónicas evolutivas" (ver *DM del 19-XI-14*).

PANORÁMICA MUNDIAL

Se estima que unos 27 millones de personas cada año necesitan cuidados paliativos en el mundo. Actualmente, sólo el 30 por ciento de los países tienen cuidados paliativos integrados en sus sistemas de salud. Otro 30 por ciento tiene iniciativas en estado embrionario y el 40 por ciento restante "¡no tienen nada!", exclama Gómez-Batiste. "Tan sólo el 20 por ciento de los pacientes con dolor del mundo tienen acceso a los opioides".

A su juicio, España ocupa una posición privilegiada y, en concreto, el modelo catalán es ejemplar, especialmente en el campo de la innovación en la atención a

“ Los cuidados paliativos son un derecho humano fundamental en el que se tiene que luchar por respetar la dignidad y la espiritualidad de cada paciente”

“ La atención al final de la vida no se debe limitar sólo a los pacientes con cáncer, sino que se tiene que ampliar a todas las enfermedades crónicas evolutivas”

la cronicidad y los cuidados al final de la vida. Uno de los principales retos es conseguir una cobertura similar en todas las comunidades autónomas.

A su juicio, los "puntos fuertes" del sistema que se ha desarrollado en los últimos años en Cataluña, y que tienen potencial para ser exportables a otros países, son "la alta cobertura de los cuidados paliativos que se ha alcanzado en los últimos años", la evaluación sistemática de la calidad de la

atención y la innovación constante; son aspectos que han contribuido a situar a Cataluña en el punto de mira mundial en este campo.

Gómez-Batiste es autocrítico y reconoce que entre las áreas de mejora del modelo catalán "en las que ya estamos trabajando" se encuentra la mejor identificación de los pacientes susceptibles de necesitar este tipo de cuidados.

Para conseguir este objetivo está en marcha un programa denominado *Necpal*, cuya finalidad es detectar de forma precoz a las personas con patologías crónicas avanzadas, con pronóstico de vida limitado, en la comunidad.

Además, destaca el trabajo que se está realizando en el marco del proyecto *Atención integral a enfermos avanzados*, impulsado por la Obra Social La Caixa, que busca poner de relieve la atención de los aspectos psicosociales y espirituales de estos pacientes y sus familias, que es otra de las asignaturas pendientes.

Para él, es fundamental

“ Sólo el 30 por ciento de los países tienen cuidados paliativos integrados en sus sistemas de salud. Otro 30 por ciento tiene iniciativas incipientes. El resto, ¡no tiene nada!”

“ Lo más relevante y urgente en España es conseguir que los cuidados paliativos se reconozcan como subespecialidad, tanto médica como de enfermería y psicología”

impulsar y mejorar la investigación sobre cuidados paliativos mediante la publicación de estudios en revistas especializadas de alto impacto, así como potenciar la colaboración internacional para concretar nuevos proyectos.

En el conjunto del Estado español, una de las prioridades es el reconocimiento de un área de capacitación específica (ACE) en cuidados paliativos, y también generalizar estrategias para identificar a los enfermos

terminales e iniciar de forma precoz los cuidados paliativos "en todos los servicios de salud y sociales".

Desde su punto de vista, lo más "relevante y urgente" es que los cuidados paliativos se reconozcan como subespecialidad tanto médica como de enfermería y psicología

Como responsable en la OMS, sus principales metas son diseñar e implantar un programa sistemático mundial de cuidados paliativos, en el que se facilite la incorporación de estos cuidados en los sistemas públicos y el acceso a los medicamentos esenciales.

La prioridad para este organismo internacional en este ámbito es mejorar la situación en los países en vías de desarrollo, tanto en África como en Asia, así como en las zonas en las que la implantación de estos cuidados es nula y, especialmente, entre los sectores de la población más vulnerables, como los niños, los ancianos y las personas con enfermedades como sida o tuberculosis.

Entre las principales acciones que se tienen previstas destaca la puesta en marcha de programas piloto, la creación de protocolos y el diseño de material docente, como guías y manuales. Y la adecuada formación tanto de los profesionales implicados en el cuidado de estos enfermos, como de los planificadores y reguladores.

La colaboración internacional es clave para llegar a todos los países

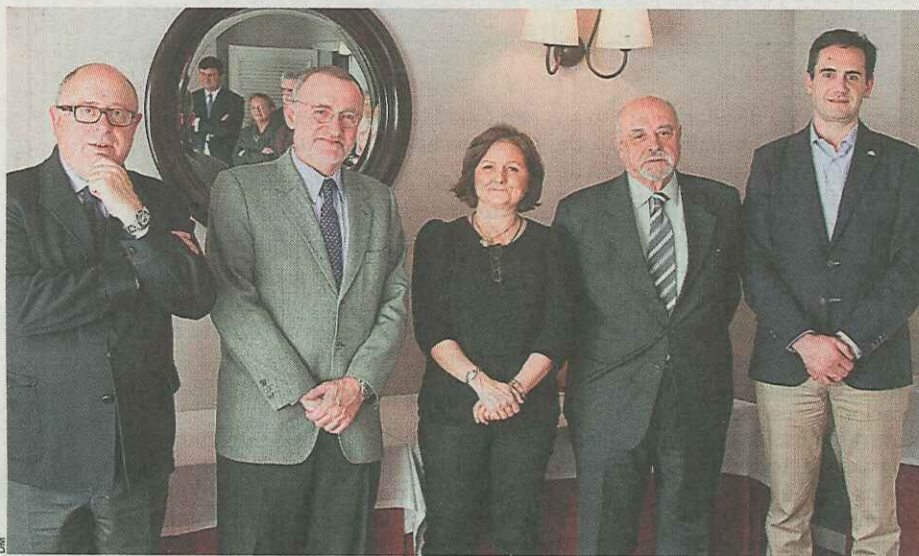
Xavier Gómez-Batiste, nombrado responsable médico de cuidados paliativos de larga duración por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que para alcanzar el objetivo de

facilitar el acceso a los cuidados paliativos en todo el mundo es fundamental la colaboración internacional. A su juicio, se necesita apoyo tanto logístico como económico por parte de los

diferentes países, así como la ayuda de las organizaciones internacionales que trabajan en las diferentes zonas del mundo, para desarrollar las estrategias adaptadas a cada lugar.

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 Qaly -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 Avelis 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.

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 Mémora (ver DM de 14-VII-2014), en esta ocasión en Valencia.

Participaron Fernando Martínez Cuervo, presidente de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica; María Die Trill, coordinadora de la Unidad de Psico-Oncología del Hospital Gregorio Marañón, de Madrid; Miquel Mora, responsable de Acompañamiento Espiritual 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 Barcelona. En muchas ocasiones, el mejor psicólogo disponible para un enfermo en fase terminal 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 sanitarios y no sanitarios y de la propia familia del paciente para, desde esa perspectiva multidisciplinar, tener en cuenta las esferas psicobiosocial y espiritual de la persona. Via enfatizó que, "como la resolución no está en el kit básico de herramientas de los profesionales sanitarios, en muchas ocasiones es una cuestión a resolver por quien mejor entienda sobre el tema". En este contexto, Martínez Cuervo apuntó que "el equipo 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 cualquier caso, "todos necesitamos herramientas básicas para poder identificar y detectar como mínimo la necesidad de intervenir y, como consecuencia, derivar", apostilló Mora.

Estos expertos, con formación y experiencias profesionales diferentes, coincidieron en señalar la efectividad y utilidad de la intervención psicosocial, sobre todo por la mejora significativa 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 entiende aquella que se encar-



Fernando Martínez Cuervo, presidente de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica; María Die Trill, psico-oncóloga del Hospital Gregorio Marañón, de Madrid; Miquel Mora, responsable de acompañamiento espiritual 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 paciente. Dando un paso más allá, la *atención espiritual* se

centra en intentar responder a cómo las personas buscan y expresan el significado 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 necesidades en materia de las creencias de cada uno, que actúan como una forma de vehicular esa necesidad espiritual, según se desprende de las palabras de

los expertos interdisciplinarios participantes en el debate. Dentro de los diferentes actores implicados en este proceso, los especialistas valoran de forma muy positiva que los familiares jueguen un papel preponderante. A ello contribuye que las enfermedades crónicas y que requieren paliativos, como el cáncer, son familiares. "En mi experiencia la mayoría de consultas son de familiares", dijo Die Trill.

4º DEBATE EXIGE DELIMITAR COMPETENCIAS Y COMPARTIR INFORMACIÓN

EL TRABAJO EN EQUIPO ES TAN DIFÍCIL COMO NECESARIO

Morir atendido por un equipo interdisciplinar, en el que no falten médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, psicólogos, psiquiatras, psicoterapeutas, trabajadores sociales y agentes espirituales, es lo deseable para los tres profesionales que participaron en el cuarto debate del Grupo Mémora y DM (ver DM de 17/XI/2014): Ana Lima, presidenta del Consejo General de Trabajo Social de España; Rogelio Altisent, médico de Familia, presidente del Comité de Bioética de Aragón y ex presidente del de la Organización Médica Colegial, y Francesc Torralba, filósofo y teólogo y catedrático de Ética de la Universidad Ramon Llull, de Barcelona.

"El trabajo en equipo es fundamental -dijo Lima-, pero también las instituciones tienen que comprometerse en el funcionamiento de estos equipos". Junto a

Lima, Altisent y Torralba definieron un plan de cuidados paliativos en este debate, celebrado en Zaragoza.

Dicho plan, expuesto por Torralba para concretar lo esencial en la atención al paciente terminal, consta de cuatro puntos: "Asumir la atención integral bio, psico, social y espiritual; paliar las diferentes formas de dolor, no sólo físico, sino también el temor, la angustia, etc.; implicar a las familias, y reservar los espacios y tiempos de deliberación, porque las prisas son enemigas de la calidad".

"Los principios básicos, como la confianza y el respeto, son comunes a las deontologías de todas las profesiones" que pueden estar implicadas en un equipo interdisciplinar dedicado a la atención al final de la vida, según Torralba.

Habló de unos códigos deontológicos "generalistas,

ambiguos y poco concretos", que son así precisamente para "congeniar diferentes sensibilidades". Pero entonces, según Torralba, "hay que articular muy bien el trabajo en equipo, que quede bien formulado y bien redactado".

Analizando la atención interdisciplinar al final de la vida, los tres expertos coincidieron en la necesaria concreción de lo ambiguo antes de empezar a trabajar. "Cuando bajas a la práctica, a los comités de ética asistencial, hay que ir concretando -señaló Lima-, porque en temas como la objeción de conciencia o la desobediencia civil sí hay diferencias entre los códigos deontológicos de los distintos profesionales. En lo demás -añadió-, depende de las personas, no de las profesiones".

En el camino de los diferentes profesionales impli-



De izda. a dcha., Ana Lima, presidenta del Consejo General de Trabajo Social de España, flanqueada por Francesc Torralba, filósofo y teólogo de la Universidad Ramon Llull, y Rogelio Altisent, presidente de la Comisión de Bioética de Aragón.

Hay dilemas que afectan a médicos -un paciente que se niega a comer- y otros que implican a todo el equipo y que requieren acudir al comité de ética asistencial

cados en la atención a enfermos terminales, quedan muchos dilemas éticos por resolver. Pero algunos no son interdisciplinarios, según Torralba, Lima y Altisent,

sino que se producen dentro de un mismo grupo profesional. Torralba puso este ejemplo: "Un paciente se niega a comer. ¿Qué hacer en este caso? ¿Se le alimenta forzosamente o no? Aquí el debate está sólo entre los médicos". Y en caso de conflicto dentro de un grupo profesional o del equipo interdisciplinar, ¿quién decide? Altisent tuvo muy clara la respuesta: "Los comités de ética asistencial".

Pero hasta esto tiene una

pequeña pega: "Muchos profesionales no quieren consultar a los comités por no reconocer que existe un problema o por el riesgo a perder autoridad (jefes de servicio)", expuso Torralba, quien ensalzó el valor del diálogo y aseguró que "la confidencialidad es la clave". Y Rogelio Altisent se preguntó: "¿Por qué cuesta tanto que sean totalmente aceptados estos comités? Por la falta de formación", respondió.



Rosa Quibén.

Salvador Altimir.

Rafael Cía.

Jordi Trelis.

A PIE DE CAMA: LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES DE HOSPITALES

Cuatro expertos en cuidados paliativos explican su experiencia, destacan el papel de la familia en la atención de los pacientes en el tramo final de la vida y piden mejorar el modelo organizativo

JAVIER GRANDA REVILLA
dm@diariomedico.com

El aumento de la esperanza de vida y el análisis de las causas de mortalidad en la sociedad española llevan a considerar a los expertos que alrededor del 60 por ciento de las personas que fallecen lo harán tras una enfermedad crónica progresiva, que incluye una fase de enfermedad avanzada. Los cuidados paliativos juegan, por tanto, un papel imprescindible, garantizando en todo momento calidad, eficiencia y continuidad en los cuidados.

Este ámbito sanitario, a menudo relegado, afronta una serie de retos en la actualidad, entre los que destacan la necesidad de más formación específica, de una mejora del modelo organizativo y de la coordinación, de un aumento de las competencias y de la dificultad de investigar.

En opinión de Jordi Trelis, responsable de cuidados paliativos del Instituto Catalán de Oncología (ICO), el desarrollo de los cuidados paliativos "es una de las asignaturas pendientes de las políticas sanitarias españolas. Se ha realizado y se realiza mucho debate político, se han publicado planes nacionales estratégicos, pero la cruda realidad es que hay poco implantado. Al contrario, se han realizado

recortes en algunos equipos de cuidados paliativos".

Salvador Altimir, jefe de la Unidad de Geriatria del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, de Badalona, ha reiterado que vivimos un momento muy especial desde el punto de vista demográfico, con un aumento de la expectativa de vida "que también supone un reto porque las personas viven más años. Pero también hay más casos de enfermedades crónicas, progresivas e irreversibles que nos obligan a incorporar objetivos de confort a la atención sanitaria. Se ha de aumentar el espectro de acción de los cuidados paliativos y ofrecer un tratamiento mixto que posibilite la recuperación en caso de descompensación médica, pero tenga en cuenta la paliación del sufrimiento y una adecuada atención en las situaciones de final de vida".

Rafael Cía Ramos, director del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos, ha subrayado la importancia capital que cobra la formación en este campo. "Todos los profesionales sanitarios deben tener competencias en cuidados paliativos, cada uno desde su nivel de responsabilidad y nivel asistencial en el que trabaja. El modelo debe ser el de una atención compartida entre los recursos convencionales (atención primaria y hospitalaria), dispositivos de urgencias y recursos avanzados (unidades de cuidados paliativos y equipos de soporte), pudiendo intervenir estos últimos en función de la complejidad que presente la unidad paciente-familia. Es además muy importante la atención continuada y una adecuada coordinación sociosanitaria", ha añadido.

¿Es necesario crear nuevas estructuras o basta con

la mejora de las existentes? Para Rosa Quibén, responsable de equipo de soporte hospitalario de cuidados paliativos del Hospital Universitario de Móstoles, en Madrid, los esfuerzos deberían centrarse "en mejorar un modelo organizativo coordinado que fomente la formación e información a profesionales, pacientes y familiares, ofreciendo fácil acceso a los diferentes recursos específicos y asegurando, desde el respeto, la autonomía del paciente y el apoyo a los familiares como cuidadores".

HUMANIZAR LA ATENCIÓN

Una de las barreras que más se citan en este ámbito es la deshumanización que se ha ido incorporando a los entornos hospitalarios. Trelis ha admitido que volver al humanismo "no es complicado; yo pienso que nunca ha desaparecido pero sí se ha desvirtuado. La táctica

es tomar conciencia de que el paciente del siglo XXI, aparte de que le apliquen la mejor tecnología cuando sea necesaria, quiere que atiendan sus carencias psicosociales vulneradas por la enfermedad. Y esto sólo puede llevarse a cabo si se protocoliza esa atención en cada uno de los planes de cuidados y se evalúa su ejecución en un plan de calidad".

Como ha recalcado Cía, en los cuidados paliativos hay que hacer referencia "siempre" a la unidad paciente-familia, "dada la implicación que para esta significa y su repercusión en el paciente. Por tanto, hay que abordar la atención a la familia al mismo tiempo que la del paciente, darle un apoyo adecuado y ayudarlo en las múltiples situaciones de sufrimiento a las que se enfrentan, ya que su estado de ánimo repercute de manera importante en el paciente". Tal y como añade, se debe fomentar la participación de la familia en los cuidados, "puesto que ello previene el duelo disfuncional. Su papel es muy importante cuando el paciente está en su domicilio, ya que es aquí donde la familia asume la mayor parte de los cuidados y ha de estar asesorada en ese sentido al mismo tiempo que apoyada emocionalmente".

IPPOK

LA VOZ EN ON' DE LOS SANITARIOS CORROBORA LA IMPRESIÓN

REDACCIÓN
dm@diariomedico.com

Las encuestas realizadas en 2014 en Ippok, la comunidad sanitaria de DIARIO MÉDICO y *Correo Farmacéutico*, en colaboración con el Grupo Mémora, bajo el tema *Los profesionales sanitarios ante el proceso del final de la vida*, han permitido confirmar la visión del problema expresada por los expertos en los debates presenciales. Según revelan esas encuestas, el 78 por ciento de los profesionales sanitarios opinan que no se está formando bien a los médicos ante la muerte en las facultades.

El 55 por ciento considera que no existe el mismo grado de implicación a la hora de enfrentarse a pacientes terminales. Y más de la mitad dice que ha tenido un sentimiento de impotencia/fracaso ante estos casos o situaciones.

El 97 por ciento cree que no está lo suficientemente implantada la intervención psicosocial en las unidades de los hospitales.

El 91 por ciento le otorgó un 5 (del 1 al 5) a la importancia de aliviar el proceso de sufrimiento y los síntomas emocionales de los pacientes.

Un 67 por ciento puntuó con un 5 (del 1 al 5) la importancia del abordaje de las necesidades espirituales y religiosas del paciente en el proceso final de la vida; el 13 por ciento con un 4; el 14 por ciento con un 3, y el 6 por ciento, con un 2. Y el 65 por ciento le dio un 5 (del 1 al 5) a la importancia del abordaje de las voluntades anticipadas del paciente en el proceso final de la vida; el 25 por ciento, un 4; el 6 por ciento, un 3; y el 4 por ciento, un 2.

El gran reto de la formación y la investigación

La investigación en este campo se enfrenta a la dificultad de que los pacientes son frágiles y, como ha indicado Quibén, "al individualizar cada caso es más difícil establecer generalizaciones. Además, es más difícil valorar criterios de calidad. Hace falta más formación y respaldo

por parte de las instituciones. Hay investigación de pequeños equipos, pero queda mucho por hacer". Trelis ha incidido en que, pese a que el Plan Bolonia exige que sea una asignatura obligatoria y troncal, "pocas universidades españolas están interesadas", casi todas privadas.