

## La necesidad de educación en muerte para la práctica médica

### The need for education about death in medical practice

Mauricio Palacios Gómez <sup>1,2</sup>  Yiny Yiset Torres Valencia <sup>3</sup>   
[mauricio.palacios@correounivalle.edu.co](mailto:mauricio.palacios@correounivalle.edu.co)

**1** Editor en Jefe, Revista Colombia Médica, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia, **2** Escuela de ciencias Básicas, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia, **3** Universidad El Bosque, Bogotá Colombia.



#### ACCESO ABIERTO

**Citación:** Palacios M. Torres G. La necesidad de educación en muerte para la práctica médica. Colomb Méd (Cali), 2022; 53(4):e1005510

<http://doi.org/10.25100/cm.v53i4.5510>

**Recibido:** 10 Mar 2022

**Revisado:** 12 Sep 2022

**Aceptado:** 18 Nov 2022

**Publicado:** 30 Dic 2022

#### Palabras clave:

Muerte; educación; eutanasia; letalidad

#### Keywords:

Death; education; euthanasia; lethality

**Copyright:** © 2022 Universidad del Valle



#### Autor de correspondencia:

Universidad del Valle, Cali, Colombia.

**E-mail:** [mauricio.palacios@correounivalle.edu.co](mailto:mauricio.palacios@correounivalle.edu.co)

Colombia es uno de los países líderes en el mundo acerca de regulaciones y derechos en el final de la vida. Actualmente, se cuenta con legislación sobre acceso a cuidados paliativos, limitación del esfuerzo terapéutico, eutanasia, eutanasia en niños y adolescentes, objeción de conciencia para los médicos y está despenalizado el suicidio medicamente asistido. Mientras tanto, los otros países latinoamericanos apenas están comenzando la discusión acerca de la muerte digna. Entre muchas razones para este retraso, una de ellas es que se comienza por el más polémico de los temas, la eutanasia; en vez, de enfocarse en la humanización del final de la vida.

Aunque eutanasia, etimológicamente, significa “buena muerte”, una buena muerte no significa eutanasia. La definición de una buena muerte es complicada debido a que corresponde a una noción individual que se afecta por la cultura, la religión, la sociedad y la ciencia médica <sup>1</sup>. Puede ser que por la falta de definición, las herramientas disponibles para estimar la calidad de la muerte y la atención al final de la vida todavía no son confiables <sup>2</sup>. Uno de los criterios más reconocido para definir una buena muerte es la preferencia del lugar para morir del paciente; pero, esto depende de factores del individuo, su entorno familiar, la enfermedad, las posibilidades logísticas del sistema de salud y el equipo de salud que acompaña el proceso <sup>3</sup>. Algunos de estos determinantes pueden ser modificados y otros no. La atención de los equipos de salud es el de mayor potencial y, posiblemente, el que más requiere inversión en educación y organización.

Para los médicos, la muerte se está transformando de ser una parte natural de la experiencia humana en una crisis de la salud del paciente, de la cual debe ser rescatado <sup>4</sup> y la formación clínica basada en tecnología garantiza que estén bien preparados para prolongar la vida y muy poco para afrontarla la muerte o hablar de ella con sus pacientes. El problema es más grande de lo que parece porque la convicción acerca de la confianza en una medicina hospitalaria y tecnificada al final de la vida es aplicable en ellos mismos. Una investigación en Canadá encontró que los médicos fallecían más en unidades de cuidados intensivos y recurrían a más cuidados paliativos que la población general; pero, no hubo diferencias respecto a la posibilidad de morir en la casa <sup>5</sup>.

El bioeticista Howard Brody propone que el problema de los médicos al afrontar la muerte tiene dos partes, la sobreestimación de sus capacidades para salvar vidas que, el llama “la fantasía del rescate”; y el segundo, es que los médicos también pueden equivocarse al subestimar lo que la medicina puede hacer para aliviar los síntomas inquietantes de los pacientes y ayudarlos hasta la muerte <sup>4</sup>.

La muerte está bien definida, inequívoca e irreversible. Es una de las variables de la epidemiología, y de ella se han derivado algunos cuantificadores sanitarios como la «mortalidad», la «letalidad» el «exceso de muertes» o las «muertes evitables» que miden la calidad de un sistema o estrategia de salud. Con estos indicadores se justifica inversiones importantes en investigación para vencer la muerte y, paradójicamente, los recursos destinados a investigar y formar en la aceptación de la muerte (cuidados paliativos, y la enseñanza de la tanatología en las escuelas de medicina) quedan rezagada respecto a otras disciplinas médicas. La muerte atrae más fondos para la investigación que el sufrimiento <sup>6</sup>.

El miedo, no sentirse preparados y la incomodidad de la situación hace que los médicos no inicien conversaciones difíciles con los pacientes sobre el final de la vida o se reduzcan a instrucciones sobre la reanimación <sup>7</sup>. El resultado es que se establece un contrato falso donde el paciente y sus familiares creen que el médico cuenta con mayores poderes de lo que realmente tiene y el médico, que es consciente de las limitaciones del oficio, no lo reconoce y opta por intentar medidas infructuosas, costosas y dolorosas que se aferran a posibilidades escasas de proveer más vida <sup>6</sup>.

Los protocolos de intervención médica, que son una herramienta útil en los sistemas de salud, tienen un mayor cuestionamiento al final de la vida porque el enfoque racional y estandarizado puede terminar siendo inapropiado, antieconómico e inútil <sup>8</sup>. Incluso, las guías que implementó el Reino Unido de atención al paciente moribundo no han demostrado mejores resultados a no usarlas <sup>9</sup>. Por el contrario, una atención más personalizada, con el apoyo de la familia y la comunidad pueden disminuir los costos de atención del último año y en especial el último mes de vida <sup>10,11</sup>.

La educación médica en cuidados paliativos y en la atención del final de la vida se hace cada vez más necesaria <sup>12</sup>. Le da balance a la formación del médico porque requiere enaltecer la autonomía de los pacientes, requiere habilidades de comunicación que también son útiles en otras áreas de la medicina, humaniza y acerca al médico con el paciente y la familia, y es una buena inversión para los sistemas de salud porque es rentable. Para Colombia, es urgente porque el liderazgo de la discusión del fin de la vida de la sociedad y la normatividad lograda demandarán una atención médica acorde. Para los otros países de Latinoamérica puede ser el prólogo del forzoso, imprescindible e ineludible debate de la muerte digna.

## Referencias

1. Krikorian A, Maldonado C, Pastrana T. Patient's perspectives on the notion of a good death: a systematic review of the literature. *J Pain Symptom Manage*. 2020; 59(1): 152-64. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2019.07.033.
2. Kupeli N, Candy B, Tamura-Rose G, Schofield G, Webber N, Hicks SE, et al. Tools measuring quality of death, dying, and care, completed after death: systematic review of psychometric properties. *Patient*. 2019; 12(2): 183-197. doi: 10.1007/s40271-018-0328-2.
3. Costa V, Earle CC, Esplen MJ, Fowler R, Goldman R, Grossman D, et al. The determinants of home and nursing home death: a systematic review and meta-analysis. *BMC Palliat Care*. 2016; 15(1): 8. doi: 10.1186/s12904-016-0077-8.
4. Hetzler PT, Dugdale LS. How do medicalization and rescue fantasy prevent healthy dying? *AMA J ethics*. 2018; 20(8): E766-773. doi: 10.1001/amajethics.2018.766.
5. Wunsch H, Scales D, Gershengorn HB, Hua M, Hill AD, Fu L, et al. End-of-life care received by physicians compared with nonphysicians. *JAMA Netw Open*. 2019; 2(7). e197650. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.7650.
6. Smith R. Death and the bogus contract between doctors and patients. *BMJ*. 2022; 377: o1415. Doi: 10.1136/bmj.o1415

7. Sutherland R. Death: dying well-informed: the need for better clinical education surrounding facilitating end-of-life conversations. *Yale J Biol Med.* 2019; 92(4): 757-764.
8. Heath I. Denial of death. In: Heath I. *Matters of life and death Key writing.* United Kingdom: Katz Editors; 2008.
9. Chadborn NH, Devi R, Williams C, Sartain K, Goodman C, Gordon AL. GPs involvement to improve care quality in care homes in the UK: a realist review. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2021. DOI: 10.3310/hsdr09200
10. Spilsbury K, Rosenwax L. Community-based specialist palliative care is associated with reduced hospital costs for people with non-cancer conditions during the last year of life. *BMC Palliat Care.* 2017; 16(1): 68. doi: 10.1186/s12904-017-0256-2.
11. Kaur P, Wu HY, Hum A, Heng BH, Tan WS. Medical cost of advanced illnesses in the last-year of life-retrospective database study. *Age Ageing.* 2022; 51(1): afab212. doi: 10.1093/ageing/afab212.
12. Bharmal A, Morgan T, Kuhn I, Wee B, Barclay S. Palliative and end-of-life care and junior doctors: a systematic review and narrative synthesis. *BMJ Support Palliat Care.* 2019; 12(e6):e862-e868. doi: 10.1136/bmjspcare-2019-001954.