

EL MEDICO

ENTREVISTA CLÍNICA A PROPÓSITO DE UN CASO

- Programa de formación en colaboración con la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
- Caso clínico basado en un planteamiento y discusión sobre la Entrevista Clínica en Atención Primaria.
- Actividad avalada por la Comisión Nacional de Validación y Acreditación de SEMERGEN
- Evaluación on-line
www.elmedicointeractivo.com/entrevistaclinica.htm

Enfermo en situación terminal: Relación médico-paciente



Líder en el tratamiento del dolor



Actividad Avalada por la Comisión Nacional de Validación y Acreditación de SEMERGEN con el nº 24/2009



CNVyA 24/2009



Actividad acreditada en base a la encomienda de gestión concedida por los Ministerios de Educación, Cultura y Deporte y de Sanidad y Consumo al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos con **0,4 créditos equivalentes a 2 horas lectivas**

SEAFORMEC
Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada



Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias del Ministerio de Sanidad y Consumo

Nº Registro: 0330/03/2009

Enfermo en situación terminal: Relación médico-paciente

AUTORES

Teresa García Sánchez

Centro de Salud de Santa Fe (Granada)

Juan Carlos Aguirre Rodríguez

Centro de Salud Casería de Montijo (Granada)

COORDINADOR

Sergio Gimenez Basallote

Médico de Familia. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).
Centro de Salud del Limonar. Málaga

“El médico que debe anunciar a su enfermo que no va a poder curarle su enfermedad, supone el acto más sublime de la práctica médica y, probablemente el más difícil”
Dr. D. Marcos Gómez Sancho

Introducción

Durante nuestro paso por la Facultad de Medicina aprendemos múltiples y sofisticadas técnicas que, probablemente, nunca lleguemos a utilizar y sin embargo nadie nos enseña a dar una mala noticia a nuestro enfermo, cosa que seguramente tendremos que hacer muchísimas veces a lo largo de nuestra carrera.

Ultimamente, todo lo referente a la información que se suministra a los pacientes ha cambiado mucho, respecto a su diagnóstico, a las opciones de tratamiento y a

Tabla 1 | Decalogo para dar malas noticias

1. Preparar la entrevista.
2. Procurar tener tiempo suficiente y un entorno íntimo.
3. Presentarnos a los familiares del paciente y al paciente si este no nos conociera. Expresar el motivo de nuestra visita e indagar lo que el enfermo sabe o sospecha de su patología.
4. Usar estrategias de comunicación (aclimatación, notificación, acomodación...) con palabras neutras y asegurándonos de que el paciente asimila la información que está recibiendo.
5. Estar muy atento a las necesidades del paciente y no presuponerlas. Es importante intuir cuanta información desea recibir el enfermo y su grado de asimilación.
6. No dar falsas seguridades ni usar palabras de relleno. Aguantar el silencio en actitud empática y respetar los tiempos necesarios para asimilar el impacto emocional de la noticia.
7. Mirar con calidez, pero con seguridad.
8. No perder la serenidad, pues ello provocaría más ansiedad en nuestro paciente.
9. Ofrecer otra entrevista y otras fuentes de ayuda
10. Cuando finalice la entrevista, analizar nuestra actitud y estabilizar nuestras emociones sin olvidar que en eso consiste nuestra profesionalidad.

la evolución de su enfermedad. Las relaciones entre los profesionales de la salud y sus enfermos se basan cada vez más, en el consentimiento informado para realizar exploraciones y tratamientos. El derecho a la información del paciente es reconocido, en general, mientras éste todavía pueda beneficiarse de un tratamiento curativo; una buena información permite al enfermo colaborar de forma adecuada y luchar con más fuerza contra la enfermedad.

Sin embargo, cuando no podemos ofrecer un tratamiento eficaz, las cosas cambian, y mucho: cuando una persona es afectada por una enfermedad para la

que no disponemos de tratamiento y, suponemos, que puede acabar con su vida, se crea en la relación médico-paciente una situación muy comprometida y, con frecuencia, muy difícil de gestionar.

Caso clínico

MÉDICO: Buenos días María ¿Qué tal está Manuel?

MARÍA: -Apenas puede disimular su tristeza, se sienta sin mirarme e intenta hablar entre sollozos... pero la voz no le sale, sólo llora -

Manuel es el marido de María, tiene 73 años de edad, y no padece ningún tipo de enfermedad... hasta hace unos días. Aproximadamente hace 2 meses acudió al consultorio por presentar molestias al orinar y febrícula de 37 '4. Tras realizar una tira de orina donde se detectó leucocituria, abundantes gérmenes y la presencia de nitratos, se decidió tratar con antibióticos. Una vez finalizado el tratamiento se citó nuevamente y se le pasó el cuestionario IPPS obteniendo un resultado de 22 y se decidió pedir un PSA y un urocultivo. Éste fue normal, pero el PSA estaba fuera de rango, por lo que se derivó al Urólogo.

MÉDICO: -Esperando lo peor- Tranquilícese María (facilito los pañuelos que siempre tengo a mano y me acerco, sentándome en la silla que hay junto a la suya, destinada a otro acompañante)) Cuénteme que le ocurre...

MARÍA: (sin parar de gemir)... Mi Marido, Manuel... que tiene algo malo... (Saca de su bolso un papel y me lo entrega), se trata del informe del urólogo donde viene a decir de forma resumida: *"Carcinoma de próstata con múltiples metástasis óseas. Se indica tratamiento paliativo y seguimiento por parte del médico de Atención Primaria"*.

MÉDICO: -Cojo las manos de María y la miro a los ojos- (llegó el momento de explicarle la situación de su marido y solucionar las dudas que pudiera tener). María ¿Qué le ha dicho el especialista?

MARÍA: Habló con mis hijos, a mi me dijo poca cosa, pero sé que tiene algo malo en la próstata... (continúa llorando).

MÉDICO: (Sigo sentado junto a María) Y Manuel ¿Cómo está? ¿Le han dicho algo a él?

Tabla 2 | Preguntas más frecuentes en el entorno de un paciente terminal

*Dudas entre los familiares: "yo creo que lo mejor es..."

Es importante recordar que debemos respetar los deseos del paciente. Es necesario escucharlo y hacerlo partipe de sus atenciones, cuidados y decisiones.

En el caso de que el paciente no conozca su enfermedad, debemos de reforzar la figura del cuidador principal, apoyándole y ayudándole en todo lo que esté en nuestra mano.

*Miedo a las situaciones Urgentes: "¿qué hago si vomita, tiene dolor o fiebre? ¿Voy a urgencias?"

Debemos de anticiparnos a las posibles complicaciones que puede presentar el enfermo. Así pues es importante enseñar al cuidador una serie de atenciones básicas (cuidados de la boca, de la piel, hidratación, necesidades nutricionales, apoyo afectivo, contacto físico con el paciente...) y terapéuticas (dejar escrito que tipo de medicación debe tomar para cada síntoma junto a su posología). En el caso de que la situación desborde a nuestro cuidador, este podrá llamar a Urgencias para que un equipo sanitario se traslade a su domicilio y decida la posibilidad de traslado al hospital, ya que la mayoría de los problemas se pueden solucionar "in situ" sin necesidad de ir al hospital y, evitando molestias innecesarias tanto a nuestro paciente como a sus cuidadores.

*Dudas sobre el pronóstico y la situación actual: "¿Por qué está peor? ¿Cuánto va a durar así?"

Debemos de informar sobre la fase en la que se encuentra la enfermedad y nuestra actitud terapéutica, para que tanto la familia, como el paciente se preparen para el desenlace. Si el paciente agoniza, se inicia la fase de duelo, por lo que deberemos ser médicos, no solo de nuestro paciente, sino también de sus familiares.

*Claudicación familiar y dudas sobre las medidas realizadas: "¿No cree que en el hospital estaría mejor?"

Cuando esto ocurre debemos de analizar si la familia presenta una actitud de negación o de derrota ante la enfermedad de su ser querido. También hay que revisar cómo han sido las entrevistas con los familiares y si le hemos aportado las soluciones a las distintas situaciones que se han planteado (no podemos ofrecer disponibilidad si ésta no es real). Tendremos respeto ante la decisión tomada por la familia pues morir en casa tiene sus ventajas (privacidad, acompañamiento continuo, calidez...) pero no todo el mundo está preparado para ello.

En ocasiones plantearán la posibilidad de poner un suero para hidratar al paciente. Es importante indicar a la familia que existen medidas más eficaces y que siempre es mejor usar la vía oral, mientras las circunstancias lo permitan. Otras veces, solicitarán poner una sonda nasogástrica: es vital indicar a la familia que su pariente no está mal porque no come sino que en estas situaciones, la ingesta de comida disminuye.

*Dudas en el último momento: "¿cómo será la muerte?, ¿le dolerá?, ¿cómo sé que ha fallecido?"

En estos últimos momentos, es cuando más debemos de acompañar a nuestros pacientes. Debemos evitar el dolor usando la medicación paliativa de la que disponemos. Es necesario avisar de la defunción para que el profesional certifique la misma y se pueda avisar a los servicios fúnebres.

Discusión

El médico se encuentra totalmente sólo y casi desprovisto de recursos para hacer frente a esta situación tan delicada. Además, en nuestra cultura, es muy frecuente e incluso está bien visto que los familiares oculten información al paciente y presionen al médico para que entre a formar parte de esta "farsa". Así, también es frecuente que el médico opte por no dar ninguna información a su paciente o por engañarlo, con el consiguiente menoscabo de la futura relación entre ambos: el médico se encontrará mal, porque sabe que no está haciéndolo bien y le dolerá tener que mentir un día y otro; y el enfermo, por su parte, cada vez estará más aislado. Pero, en ocasiones, esta situación es todavía más perversa, ya que el enfermo realmente sabe algo (va atando cabos, analiza sus síntomas, sus tratamientos, ve que a la sala del hospital donde acude a revisiones "oncológicas" todos tienen algo malo... menos él...) y es él quien decide ocultarle a su familia que lo sabe, pero se lo insinúa al médico, con lo que éste se encuentra formando parte de un triángulo de engaños, disimulos y verdades a medias que no se sabe muy bien a quien beneficia ni a quien perjudica.

Tras despedirme de María e intentar tranquilizarla, decido ir a su domicilio, llamo a Manuel por teléfono, y cuando llego él ya me está esperando (Tabla I). Casi sin preguntarle nada me reconoce que sabe la gravedad de su enfermedad e insiste con tenacidad en que quiere ser activo en todas las decisiones que se tomen al respecto.

Reviso la analgesia pautada por los médicos de la unidad del dolor y le indico que todo nuestro esfuerzo va a estar dirigido a que no tenga dolor, a que se encuentre lo mejor posible y sobre todo a que no sufra. Así finalizo la primera de una serie de visitas que le haré, no como médico, sino como amigo, como consejero, o simplemente como ser humano, ya que mis conocimientos médicos poco me van a ayudar en este episodio. Me despido de él, de María y les dejo escrito en un papel el teléfono del consultorio y el de las urgencias médicas, por si acaso.

Puntos clave de la entrevista

- Apoyar emocionalmente a nuestro paciente y a su cui-

dador. Dicho apoyo puede expresarse verbalmente ("¿Que cosas os preocupan?.."), como indirectamente (sentarnos cerca, mirar a los ojos, expresar nuestro afecto...) Es importante que nuestro paciente pueda expresarse, "sentirse apoyado y que le escuchan". Debemos ofrecerle **disponibilidad** continuada en nuestra asistencia. Debemos de saber, que aunque a veces nos moleste, coger el teléfono y tener en casa al médico de cabecera o al equipo de urgencias, alivia la ansiedad y la angustia de nuestros pacientes y, sobre todo la de sus familiares. Esta disponibilidad debe de ser hasta el último momento e incluso hasta después del fallecimiento, ya que es vital detectar duelos que puedan ser patológicos.

- Es oportuno plantearse una **entrevista familiar**, tanto con el paciente como con sus parientes, basándose todos sus contenidos en la negociación, la prudencia y el respeto.

Información

Aunque en nuestro caso, Manuel, ya tiene alguna información, debemos de recordar que el paciente tiene derecho moral y ético a conocer su enfermedad. Será su deseo de conocer la misma y, tras averiguar qué sabe, lo que nos oriente hacia la información que debemos facilitar.

Deberemos comunicarle su enfermedad terminal, si al menos se cumplen 3 de los siguientes criterios:

1. El paciente ha expresado reiteradamente y de forma razonable su deseo de conocer la enfermedad.
2. El paciente no es muy vulnerable desde el punto de vista psicopatológico
3. Hay una necesidad real e importante de conocer la enfermedad. Así se podrán reestablecer relaciones interrumpidas, tomar o evitar determinadas decisiones, hacer un testamento...
4. El paciente expresó al médico su deseo de conocer la enfermedad antes de padecerla y no ha ocurrido ninguna circunstancia que haya modificado dicho deseo.

Cuando se considere oportuno, se informará al paciente sobre el registro de voluntades anticipadas (Testamento vital) pues será muy útil en la posterior toma de decisiones del facultativo.

Pasan varias semanas y Manuel va apagándose poco a poco, sus familiares van acudiendo a su domicilio pues

el desenlace se aproxima; hace su aparición Félix, un hijo de Manuel que vive fuera; hace tiempo que no veía a su padre, aunque ha estado más o menos informado por teléfono a través de sus hermanos, diciéndoles que le avisaran “cuando esté realmente mal”, no ha podido acudir antes por problemas laborales. Lo conozco en una de las visitas que regularmente hago a Manuel y se dirige a mi de forma alterada, viendo problemas y denunciando deficiencias por todos lados: “tenía que estar ingresado” “¿No os da vergüenza – le dice a sus hermanos- tenerle en casa en estas condiciones?... Es comprensible la actitud de Félix. Durante todo este tiempo el resto de los familiares han ido haciendo un camino que él no ha hecho: se les han retirado fantasmas y tabúes de la cabeza, se les ha enseñado y se han acostumbrado a cuidar a “su” enfermo, se les ha dado apoyo y soporte...Asimismo, seguro que Félix, inconscientemente, tiene un sentimiento de culpa con respecto a sus hermanos que han sido los que durante todo este tiempo han estado cuidando de su padre, de Manuel.

Esta situación es muy frustrante, ya que como médico tengo que hacer un derroche de esfuerzo muy grande con este familiar, en estas circunstancias en las que casi nunca hay tiempo para ello.

Mientras intento hablar con Félix, Manuel desde la cama me hace un gesto para que me acerque, casi al oído me habla y me pide perdón por la actitud de su hijo, aprieta mis manos con fuerza y me sonríe...

Varios días después, mientras firmo el certificado de defunción, recuerdo sólo esta última escena, Manuel, a su manera se estaba despidiendo de mi.

Bibliografía

- Adam J. The last 48 hours. *BMJ* 1997; 315: 1600-3.
- Blanco Tarrío, Emilio et al. Atención al paciente terminal. SemFYC y SEMERGEN. Módulo de formación continuada en Atención al Individuo. Barcelona, 2001.ç
- Borrell F, Prados JA. Comunicar malas noticias. Cuadernos para el equipo de Atención Primaria. Barcelona, Doyma, 1995.
- Colegio de médicos norteamericano. Guía para el cuidado a domicilio del paciente con cáncer terminal. 1ª ed. 1997
- Fernández Casalderry, Carmen. Situaciones difíciles. En: Entrevista e historia clínica. SemFYC y SEMERGEN.Módulo de formación continuada en Área General. Barcelona, 2001
- Gómez Sancho, Marcos. Como dar las malas noticias en medicina. Ediciones Arán. Madrid, 1.998.
- Porta J, Palomar C, Ramírez M, Naudi C, Simón C, Juvenero M, Alfonso V, Colell R. La situación agónica: consideraciones sobre su manejo. *Medicina Paliativa* 1994; 1(2): 15-25.
- Sanz J. La sociedad, la medicina y la muerte. *Med Clin.*, 1990; 95: 419-420.