

Réplica

Sr. Director:

Santaeugenia et al realizan una serie de reflexiones muy acertadas que inciden en la pertinencia y beneficio de incluir en programas de Cuidados Paliativos (CP) a pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en fase terminal. Estamos totalmente de acuerdo con sus propuestas, pero nos gustaría hacer unas matizaciones sobre las tres razones principales por las que consideramos que se está produciendo una moratoria en su implantación en nuestro país y los de nuestro entorno.

En primer lugar, la propia naturaleza de estas enfermedades que cursan habitualmente con descompensaciones más o menos severas seguidas de periodos de estabilidad clínica en los que el paciente puede incluso recuperar su estado de salud basal, y que difiere diametralmente de la de las neoplasias en fase avanzada que cursan con un deterioro en general uniformemente progresivo mucho más previsible. Por ello, y a pesar de que últimamente se han establecido ciertas herramientas predictivas, en la actualidad aún resulta difícil establecer de forma precisa en base individual el momento en el que un paciente con enfermedad(es) crónica(s) cardíaca(s), pulmonar(es), hepática(s) y neurológica(s) debe considerarse en fase terminal^{1,2}. La situación se complica aún más cuando pasamos al plano asistencial real y nos encontramos con que muchos de esos pacientes con enfermedades graves crónicas incurables no oncológicas son pluripatológicos, pues presentan 2 o más de ellas concurrentemente; para esta población cada vez más frecuente en nuestras áreas (suponen en torno a 40 de cada 100 ingresos/mes en Medicina Interna), adolecemos totalmente de evidencia pronóstica para poder tomar una decisión tan trascendente como es su consideración como enfermo terminal³.

En segundo lugar, la aceptación social, que siempre es clave para el éxito o fracaso de toda iniciativa sanitaria. El mayor desarrollo de los CP para enfermedades no neoplásicas (*Hospice Care*) se produjo principalmente en países de tradición anglosajona (Estados Unidos y Reino Unido). Este desarrollo se llevó a cabo mayormente durante la década de los noventa impulsado por la epidemia de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en la época previa al tratamiento antirretroviral de gran actividad, y la acogida social fue y sigue siendo óptima^{4,5}. A pesar de las diferencias de valores (filosóficos, religiosos, económicos, vitales, de cómo afrontar el sufrimiento, etc.) existentes entre las sociedades anglosajonas y la nuestra, somos de la opinión de que en nuestro país se aceptaría de buen grado por la ciudadanía la incorporación de este tipo de pacientes en programas de CP. En este sentido, nuestro rol como profesiona-

les sanitarios en generar esta corriente de opinión es clave, pero a la vez difícil. En una era en la que predomina una asistencia sanitaria basada en la tecnología y en el intervencionismo a veces extremos, resulta complicado situar la frontera de una terapéutica agresiva y una terapéutica fútil, sobre todo en este tipo de pacientes.

Por último, no queremos dejar de mencionar la cuestión más operativa y técnica. Debido en gran parte a las dos consideraciones anteriores, la cartera de servicios de la mayoría de las Unidades de Soporte de CP de nuestro país (y por tanto los recursos en términos técnicos, de formación y ratio de plantilla, y de infraestructuras) se sustentan principalmente en el abordaje del paciente paliativo oncológico. Ampliar esta cartera a la numerosa población de pacientes paliativos no oncológicos obligará a redimensionar globalmente estas unidades. Este nuevo escenario plantea el debate, que ya se ha producido en otros países, sobre si en términos de calidad y eficiencia resultaría mejor ampliar la cartera de servicios de las Unidades de CP (con la reestructuración que conlleva y el readiestramiento de los profesionales), o asegurar una formación en la filosofía de asistencia integral de los CP a los diferentes especialistas médicos que atienden a estos pacientes durante todo el recorrido de su(s) enfermedad(es)⁶. De nuevo aquí surge la figura del internista, que pensamos que por su visión finalista, integradora y holística podría asumir con solvencia este reto asistencial, bien como parte integrante de las Unidades de CP, o reformulando y adaptando su entorno asistencial para incluir la atención integral a esta población de pacientes en su marco de competencias profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Levenson JW, McCarthy EP, Lynn J, Davis RB, Phillips RS. The last six months of life for patients with congestive heart failure. *J Am Geriatr Soc.* 2000;48 Suppl 5:S101-9.
2. Lynn J, Teno JM, Phillips RS, Wu AW, Desbiens N, Harrold J, et al. Perceptions by family members of the dying experience of older and seriously ill patients. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *Ann Intern Med.* 1997;126:97-106.
3. García-Morillo JS, Bernabéu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Aguilar-Guisado M, Ramírez-Duque N, Limpo P, et al. Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de Medicina Interna. *Med Clin (Barc).* 2005;125:5-9.
4. Eve A, Smith AM, Tebbitt P. Hospice and palliative care in the UK 1994-5, including a summary of trends 1990-5. *Palliative Medicine.* 1997;11:31-43.
5. Seale C. Death from cancer and death from other causes: the relevance of the hospice approach. *Palliative Medicine.* 1991;5:13-20.
6. Palliative Medicine in non-malignant disease. En: Doyle D, et al, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine.* 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2004. p. 843-945.

M. Bernabéu-Wittel, S. García-Morillo, C. González-Becerra,
M. Ollero-Baturone, A. Fernández y J. A. Cuello-Contreras

*Servicio de Medicina Interna.
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.*