

Doctor... ¿me voy a morir?*

Doctor... am I going to die?

Guillermo J Ruiz-Argüelles, Guillermo J Ruiz-Delgado

A los médicos quienes tratamos personas con enfermedades graves con frecuencia nos preguntan: *Doctor... ¿me voy a morir?* Esta pregunta es relativamente frecuente en la práctica clínica de la hematología, la oncología, nefrología, cardiología, medicina interna y otras especialidades en las que se atienden pacientes muy graves o muy enfermos. Siempre que un paciente nos hace esta pregunta respondemos: *“sí, usted va a morir... y yo también me voy a morir y la persona que lo acompaña también se va a morir”*. Y agregamos: *La pregunta en realidad debiera ser “¿cuándo y cómo me voy a morir?”* y la respuesta podría ser: *“Nadie sabe cuándo se va a morir, pero usted debe entender que mi labor, ahora que usted me ha solicitado ayudarlo en el cuidado de su salud, es mantenerlo vivo el mayor tiempo posible y en las mejores condiciones posibles”*.

La gente piensa equivocadamente que los médicos luchamos en contra de la muerte de los pacientes; la muerte nos alcanzará tarde o temprano a todos. Para nosotros los médicos, la labor es procurarle al paciente que nos favorece con su confianza la supervivencia más larga en las mejores condiciones posibles, y las mejores condiciones posibles incluyen el bienestar físico, económico, moral, familiar, etc.

A lo largo de nuestras vidas como médicos quienes enfrentamos a este tipo de pacientes nos hemos encontrado con médicos que claramente ignoran las ideas expresadas con anterioridad:

- a. Médicos que se involucran en “encarnizamiento, furor u obstinación terapéutica” ignorando la calidad de vida de los pacientes; este tipo de médicos indican tratamientos que solo prolongan la agonía de las personas; estos individuos se ubican preferentemente en unidades de cuidados intensivos y perjudican las muertes

* La versión en Inglés de este escrito fue publicada en *Medicina Universitaria* 2020.

Centro de Hematología y Medicina Interna de Puebla, Puebla, México.

Correspondencia

Guillermo J Ruiz Argüelles
gruiz1@clinicaruiz.com

Este artículo debe citarse como: Ruiz-Argüelles GJ, Ruiz-Delgado GJ. Doctor... ¿me voy a morir? Med Int Méx. 2021; 37 (1): 5-7.
<https://doi.org/10.24245/mim.v37i1.5179>

dignas. Los hospitales debieran ser sitios para recuperar la salud, no lugares para fallecer.

- b. Médicos que indican tratamientos con fármacos novedosos, casi siempre muy caros; se convierten en los llamados “líderes de opinión” o, aún peor, en expertos en obtener recompensas personales, como apoyo de las compañías farmacéuticas para asistir a reuniones médicas u otras actividades. Estas personas son habitualmente médicos jóvenes que buscan reconocimiento y éxito económico rápido, son expertos en encontrar indicaciones de tratamientos complejos y costosos incluso en casos que no requieren tratamiento alguno.¹⁻⁴ Los gastos desperdiciados en los costos de la atención médica se reconocen cada vez más como una causa de daño a los pacientes y de incremento en los costos de la atención médica. En 2010, el *Institute of Medicine* llamó la atención sobre el problema, sugiriendo que muchos servicios médicos innecesarios son la causa principal del desperdicio en los gastos crecientes de la atención médica en Estados Unidos.⁴ Al decidir prescribir los tratamientos novedosos y cada vez más costosos, se prolonga la vida de los pacientes en días o semanas, a cambio de inducir la llamada “toxicidad financiera” a los pacientes y a sus familias. Este tipo de médicos se ubican en cursos de adiestramiento para conferencistas, los llamados *advisory boards* (grupos de asesores), reuniones de expertos, etc.⁵
- c. Médicos que insisten en internar a los pacientes. Como resultado de las interacciones actuales de los médicos con los hospitales, un gran número de médicos son obligados a internar a pacientes que podrían ser manejados de manera am-

bulatoria. Son bien conocidos los casos de la relación inversa entre el número de internamientos al hospital de un médico y el costo de la renta de su consultorio. Además de gastos innecesarios para los pacientes, los internamientos incrementan en forma considerable los riesgos de complicaciones nosocomiales, como las infecciones y las caídas. La decisión de admitir a los pacientes al hospital debe siempre tener en cuenta el bienestar integral del paciente y su familia, incluyendo el bienestar económico.⁶ Este tipo de médicos se localizan casi siempre en los hospitales con torres de consultorios adyacentes; se pasean por los servicios de urgencias de los hospitales buscando presas y habitualmente gozan de privilegios en los mismos hospitales.

- d. Médicos que “sobretentan” a los pacientes. El uso de tratamientos excesivos o innecesarios en ciertos grupos de pacientes se considera “sobretentamiento”. De acuerdo con el *National Cancer Institute* de Estados Unidos, el término se refiere al tratamiento del cáncer que se hubiera controlado de manera espontánea o que nunca hubiera causado síntomas. Los prototipos de este tipo de cánceres son los de próstata y de tiroides, que se identifican habitualmente por medio de algún estudio de laboratorio o gabinete y cuyo tratamiento puede conducir a problemas o efectos adversos de los tratamientos que no eran necesarios. Las víctimas de los “sobretentamientos” pueden ser cualquier persona, desde los primeros hasta los últimos días de su vida. En un artículo recientemente publicado por autores japoneses³ se encuentra un ejemplo claro de esta aseveración: Describe las características de hombres añosos con cáncer de próstata y analiza la supervivencia de acuerdo

con el estadio y grado de agresividad del tumor. El análisis de los datos concluye que 58% de los hombres añosos con cáncer de próstata localizado fueron víctimas del “sobret ratamiento”.³

Consideramos que decidir la administración de tratamientos o los internamientos de los pacientes siempre debe ser responsabilidad de los médicos, estando conscientes de la relación costo-beneficio de las acciones médicas y considerando siempre el bienestar integral de los pacientes y de sus familias, incluyendo aspectos económicos, morales y familiares,⁷ sin olvidar nunca que cada paciente tiene derecho a una muerte digna.

Si otro tipo de motivos conduce a la toma de decisiones médicas –como los señalados con anterioridad–, los médicos no serán capaces de ofrecer una respuesta adecuada y sincera a la pregunta que intitula este escrito: “*Doctor... ¿me voy a morir?... y sí, mi amigo, todos nos vamos a morir...*”

REFERENCIAS

1. Cruz-Mora A, Murrieta-Álvarez I, Olivares-Gazca JC, León-Peña A, et al. Up to half of patients diagnosed with chronic lymphocytic leukemia in México may not require treatment. *Hematology* 2020; 25: 156-159. doi. 10.1080/16078454.2020.1749473.
2. Murrieta-Álvarez I, Steensma DP, Olivares-Gazca JC, Olivares-Gazca M, et al. Treatment of persons with multiple myeloma in underprivileged circumstances: real-world data from a single institution. *Acta Haematol* 2020; 143 (6): 552-558. doi.10.1159/000505606.
3. Masaoka H, Ito H, Yokomizo A, Eto M, et al. Potential overtreatment among men aged 80 years and older with localized prostate cancer in Japan. *Cancer Sci* 2017; 108: 1673-80. doi. 10.1111/cas.13293.
4. Lyu H, Xu T, Brotman D, Mayer-Blackwell B, et al. Overtreatment in the United States. *PLoS One* 2017; 6: 12:e0181970. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181970>.
5. Ruiz-Argüelles GJ. A new breed in the teaching of medicine: paid lecturers, trainers or speakers. *Acta Haematol* 2016; 135: 191-2. <https://doi.org/10.1159/000443199>.
6. Ruiz-Argüelles GJ. Outpatient programs of myeloablative chemotherapy, autologous and allogeneic bone marrow transplantation. *Haematologica* 2000; 85: 1233.
7. Ruiz-Argüelles GJ. Factors involved in the selection of treatment in patients with hematological malignancies. *Acta Haematol* 2019; 141: 54. doi. 10.1159/000493569.