



DOI: 10.26820/reciamuc/8.(1).ene.2024.320-329

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1274>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 320-329



El rol del médico de familia en la atención paliativa de pacientes diabéticos en fase terminal

The crucial role of the family physician in palliative care for patients with terminal diabetes

O papel crucial do médico de família nos cuidados paliativos a doentes com diabetes em fase terminal

Andrea Paola Robalino Luzuriaga¹; Andrés Sebastián Pérez Sánchez²; María Augusta Terán Calderón³

RECIBIDO: 05/02/2024 **ACEPTADO:** 16/02/2024 **PUBLICADO:** 28/02/2024

1. Magíster en Cuidados Paliativos; Magíster en Gerencia Hospitalaria y Administración de Hospitales; Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; Médico Cirujano; Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en el Distrito 05 D01 Latacunga-Salud; Administradora Técnica del Centro de Salud Tipo C Lasso; Latacunga, Ecuador; andrerobluz1609@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0007-8484-5711>
2. Magíster en Cuidados Paliativos; Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; Médico Cirujano; Médico Familiar en el Ministerio de Salud Pública Distrito Salud Pascuales 2 09D08; Guayaquil, Ecuador; mdandperez@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0004-2124-2567>
3. Especialista en Geriátría y Gerontología; Médico; Asterionmed; Quito, Ecuador; augusteran@asterionmed.org;  <https://orcid.org/0009-0001-4746-8298>

CORRESPONDENCIA

Andrea Paola Robalino Luzuriaga

andrerobluz1609@gmail.com

Latacunga, Ecuador

RESUMEN

Este artículo examina el rol fundamental que desempeña el médico de familia en la atención paliativa de pacientes diabéticos en fase terminal. Se resalta la importancia de la atención integral que estos profesionales brindan, abordando aspectos médicos, emocionales y sociales de manera holística. Se discuten las habilidades necesarias para la gestión efectiva del dolor, el control de síntomas diabéticos, entre otros. La presente investigación se enmarca dentro de una metodología de tipo bibliográfica documental. Ya que es un proceso sistematizado de recolección, selección, evaluación y análisis de la información, que se ha obtenido mediante medios electrónicos en diferentes repositorios y buscadores tales como Google Académico, Science Direct, Pubmed, entre otros, empleando para ellos los diferentes operadores booleanos y que servirán de fuente documental, para el tema antes planteado. El papel del médico de familia en la atención paliativa de pacientes diabéticos en fase terminal es crucial para brindar un cuidado integral y de calidad. Además, su capacidad para establecer una relación cercana y de confianza con el paciente permite una atención personalizada que se adapta a las necesidades individuales y preferencias del paciente, mejorando así su bienestar en los últimos momentos de su vida.

Palabras clave: Diabetes, Terminal, Paliativos, Médico, Familia.

ABSTRACT

This article examines the fundamental role played by family physicians in providing palliative care for patients with terminal diabetes. It emphasizes the importance of the comprehensive care these professionals provide, addressing medical, emotional, and social aspects in a holistic manner. It discusses the necessary skills for effective pain management, control of diabetic symptoms, among others. This research is framed within a bibliographic documentary methodology. It is a systematized process of collecting, selecting, evaluating, and analyzing information obtained through electronic means from different repositories and search engines such as Google Scholar, Science Direct, PubMed, among others, using various Boolean operators that serve as documentary sources for the aforementioned topic. The role of the family physician in the palliative care of patients with terminal diabetes is crucial for providing comprehensive and quality care. Furthermore, their ability to establish a close and trusting relationship with the patient allows for personalized care that adapts to individual needs and preferences, thereby improving their well-being in the final moments of life.

Keywords: Diabetes, Terminal, Palliative, Physician, Family.

RESUMO

Este artigo analisa o papel fundamental desempenhado pelos médicos de família na prestação de cuidados paliativos a doentes com diabetes em fase terminal. Enfatiza a importância dos cuidados abrangentes que estes profissionais prestam, abordando os aspectos médicos, emocionais e sociais de uma forma holística. Discute as competências necessárias para uma gestão eficaz da dor, controlo dos sintomas diabéticos, entre outros. Esta investigação enquadra-se numa metodologia documental bibliográfica. Trata-se de um processo sistematizado de recolha, seleção, avaliação e análise de informação obtida por via eletrónica a partir de diferentes repositórios e motores de busca como o Google Scholar, Science Direct, PubMed, entre outros, utilizando diversos operadores booleanos que servem de fontes documentais para o tema supracitado. O papel do médico de família nos cuidados paliativos de doentes com diabetes em fase terminal é fundamental para a prestação de cuidados integrais e de qualidade. Para além disso, a sua capacidade de estabelecer uma relação de proximidade e confiança com o doente permite a prestação de cuidados personalizados que se adaptam às necessidades e preferências individuais, melhorando assim o seu bem-estar nos últimos momentos de vida.

Palavras-chave: Diabetes, Terminal, Paliativo, Médico, Família.

Introducción

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) (dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles se encuentra el cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, cardiovasculares y la diabetes, entre otros, que serán responsables del 60% del daño y del 73% de todas las muertes causadas en el mundo para el año 2020. Este tipo de padecimientos afectan desproporcionadamente a todas las regiones y países donde se registran más del 75% de muertes por esta causa, afectando a todos los grupos de edad en especial a las más avanzadas, aunque los datos manifiestan que 15 millones de todas las defunciones atribuidas a estas se producen entre los 30 y 69 años de edad (1).

Según los actuales estudios, la diabetes mellitus (DM) es la enfermedad crónica más frecuente (415 millones de personas) y, como la población mundial está envejeciendo, aumenta su prevalencia. El 30-35 % de las personas mayores de 75 años tiene DM. A pesar de la prevención y seguimiento que se hace en los diabéticos, con el tiempo, el estado de salud puede cambiar, y esta enfermedad puede dar lugar a muchas causas comunes de muerte: enfermedades cardiovasculares, renales, demencia y algunas formas de cáncer (2).

La Diabetes Mellitus (DM) es una grave enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina; se clasifica en tres categorías clínicas: tipo 1, tipo 2 y la gestacional. El paciente requiere adaptarse tanto a la evolución, como a las demandas que esta le plantea en su vida diaria, esto incluye dieta, ejercicio, medicamentos orales o aplicación de insulina, vigilancia regular de la glucosa capilar y revisión periódica por el equipo de salud; contribuyendo a disminuir las complicaciones (3).

La muerte ha sido por lo general un tema que se considera negativo y se excluye de las conversaciones cotidianas. Sin embar-

go, cuando se tiene una edad avanzada o una enfermedad grave, se piensa con frecuencia en ella y en las condiciones en que sucederá. El proceso de toma de decisiones depende no solo de las opciones reales sino de las opciones imaginadas, de la forma en que las personas han comprendido la información a la que han tenido acceso, de las creencias y del curso de la enfermedad. En este proceso, pacientes y familiares buscan indagar más sobre la patología y solicitan orientación por parte de conocidos o del personal de salud (4).

Los Cuidados Paliativos (CP) se enfocan en mejorar la calidad de vida del paciente con patologías crónicas, donde no deben limitarse a los últimos días de vida, sino aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades, es primordial que los profesionales de salud, lleven a cabo un ejercicio holístico basado en el conocimiento científico y humanístico, con argumentación válida para aportar al trabajo interdisciplinario requerido, con el fin de mejorar el cuidado y su condición de vida en el mundo, se estima que 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos; tan solo un 14% de las personas reciben, el 78 % de ellas viven en países de ingreso bajo e ingreso mediano (5).

Metodología

La presente investigación se enmarca dentro de una metodología de tipo bibliográfica documental. Ya que es un proceso sistematizado de recolección, selección, evaluación y análisis de la información, que se ha obtenido mediante medios electrónicos en diferentes repositorios y buscadores tales como Google Académico, Science Direct, Pubmed, entre otros, empleando para ellos los diferentes operadores booleanos y que servirán de fuente documental, para el tema antes planteado.

Resultados

Inicio y evolución del médico de familia

- En el siglo XIX y a principios del siglo XX, la gran mayoría de profesionales de medicina eran médicos generales, los que practicaban medicina, cirugía y obstetricia. En los primeros años de este siglo, comenzaron a emerger las especialidades mayores: medicina interna, cirugía, pediatría, obstetricia y psiquiatría. La entrada a estas especialidades se hacía a través del entrenamiento de postgrado y los médicos generales fueron definidos por su falta de entrenamiento adicional. Se asumía que cualquier graduado médico podía ser un médico general y que la práctica general no era una disciplina clínica por derecho propio. En muchos países la medicina general significaba medicina de baja calidad (6).
- La medicina general toma auge desde el siglo XIX hasta las primeras décadas del siglo XX. El médico general de aquella época era responsable de la atención a familias, y sus funciones de consejero ante los problemas de sus pacientes se reconocían como característica específica de dichos profesionales. En el período comprendido entre la Revolución Francesa y la Revolución Industrial surgió el médico de cabecera, profesional de alta calificación con conocimientos sobre medicina, que se hizo cargo de los problemas de salud de las familias y actuó como consejero de problemas educativos y matrimoniales, entre otros. Después de la presentación del informe Flexner en 1910, en los Estados Unidos, la medicina familiar pierde su espacio porque la enseñanza de la medicina se orientó a las especialidades (6).
- En la década de los 40, se crearon academias y colegios dedicados a la medicina general para impulsar una práctica médica con base en el modelo del médico de familia. En Canadá se fundó el Colegio de Médicos de Familia en 1954 (6).
- En el año 1966, en Estados Unidos fue bautizada con el nombre de Medicina Familiar una especialidad que no existía todavía, el informe Willard lo utiliza para denominar a una forma de atención médica que debía ser creada por exigencia de la sociedad americana que había expresado su disconformidad con el tipo de atención de la salud vigente en ese momento, basada en una medicina predominantemente tecnológica, ejercida por especialistas y provista mayormente en los hospitales o complejos centros médicos (6).
- Sea por relación causal o meramente circunstancial, durante las décadas de 1960 y 1970, diversos países como Cuba, México, Panamá, Venezuela, Bolivia y España iniciaron sus programas institucionales y formativos basados en MF (7).
- En 1969, se aprobó la medicina familiar en los Estados Unidos y se crearon los programas educativos de posgrado. En 1970, en Chicago, en la Cuarta Conferencia Mundial de Médicos Generales, se estableció la WONCA (Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones Generales/Médicos de Familia) (6).
- En Australia, en 1973, se estableció el Programa de Medicina Familiar. En Filipinas comenzó en 1976. En Israel se inició el primer programa de medicina familiar en 1979. En 1978 convocados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se reúnen los estados miembros con la participación de más de 140 países, celebrando la Conferencia de Alma Atá, que concluyó con la “Declaración de Alma Atá”, donde se aprueba la estrategia para el desarrollo de la Atención Primaria como única alternativa para alcanzar la meta de Salud Para Todos en el año 2000 (6).
- En 1981, se creó el Centro Internacional para la Medicina Familiar. En 1991, la Declaración de WONCA sostiene el papel del médico general/familia en los sistemas de atención de salud y en 1994 se efectuó, en Canadá, la Conferencia Conjunta OMS/WONCA (6).

- Posteriormente, en Brasil, se inició el Programa de Saúde da Família en la segunda mitad de la década de los 90. También Chile y Argentina iniciaron, por dicha época, políticas agresivas para expandir la formación de médicos familiares y multiplicar los modelos regionales

de atención basados en esta especialidad. Igualmente, se desarrollaron diversas iniciativas en el área de la Medicina Familiar e Integral, en países de la región como Costa Rica, Colombia, Ecuador, Venezuela donde tienen consolidados programas de posgrado en MF (7).

Tabla 1. Paradigmas que inspiran a la Medicina Familiar (Modelo Bio-Psico-Social) y a la Medicina Convencional (modelo Biomédico)

PARADIGMA MÉDICO TRADICIONAL Modelo Biomédico	NUEVO PARADIGMA Modelo Bio - psico - social
• Considera a la enfermedad independientemente de la persona que la sufre y de su contexto social.	• La enfermedad no está separada de las persona, ni lo está del medio ambiente.
• Cada enfermedad tiene un agente etiológico específico y uno de los objetivos principales de la labor médica es el descubrirlo.	• Las causas de las enfermedades son múltiples y el conocimiento se emplea en el contexto de la persona.
• La tarea principal del trabajador de salud es diagnosticar la enfermedad y describir un remedio específico.	• La tarea del trabajador de salud consiste en comprender la naturaleza de la enfermedad así como entender al paciente y el significado que tiene la dolencia para él.
• El médico es normalmente un observador y el paciente se comporta como un receptor pasivo.	• La relación trabajador de salud - paciente tiene un efecto importante sobre la enfermedad y su evolución. El paciente también es responsable de su salud.
• Las enfermedades mentales deben considerarse por separado de las enfermedades físicas.	• Todas las enfermedades tienen componentes tanto mentales como físicos.

Fuente: Abril-Collado & María Sofía (7).

Manejo de la diabetes en el primer nivel de atención

Dentro del abordaje interdisciplinar en el paciente paliativo, el médico de Atención Primaria desempeña un papel importante. Los cuidados paliativos primarios son habilidades que todo médico debería tener y en las que estar formado. Además, están las unidades de Cuidados Paliativos (cuidados paliativos especializados) para el control de síntomas más complejos o situaciones más difíciles en el domicilio o que requieren ingresos hospitalarios. Ambas se complementan y hacen que la atención sea más completa. Por otro lado, el médico de Atención Primaria puede orientar a los pacientes diabéticos avanzados sobre el final de la enfermedad, cuáles son sus preferencias cuando llegue el momento, cuáles pueden ser las complicaciones de la enfermedad que pueden surgir, etc., incluso aconse-

jarles sobre la elaboración del testamento vital o registrar sus opiniones en la historia clínica de cara al futuro (voluntades anticipadas) (2).

El tratamiento depende del tipo de diabetes que presente la persona y se cumple de forma integral por el equipo de salud. El de tipo farmacológico para la DM1 se debe administrar insulina por vía hipodérmica de 3 a 4 inyecciones cada día o en forma de 16 infusión subcutánea. Al mismo tiempo, se les educar sobre la dosis correcta, la ingesta adecuada de carbohidratos y actividad física moderada, especialmente en adultos mayores. En la DM2 se debe iniciar con un control de glucosa para aliviar los síntomas y prevenir complicaciones. Si no existe contraindicación se iniciará la elección del fármaco, pudiendo la Metformina 500mg vía oral una dosis diaria (8).

Mientras que, el tratamiento no farmacológico inicia con la modificación de los factores de riesgo; cambios en el estilo de vida, control de la glucemia, sedentarismo, estrés, e instruir la práctica de actividades físicas con el objetivo de reducir las complicaciones como la enfermedad coronaria y vascular cerebral. Además se orienta una alimentación saludable mediante la guía nutricional con el fin de reducir del 7 a 10% del peso corporal en individuos con sobrepeso y obesidad (8).

Complicaciones diabéticas

- **Complicaciones agudas: Cetoacidosis diabética:** Se manifiesta como una situación de hiperglucemia (aumento del nivel de azúcar en la sangre). Suele iniciarse de forma gradual con náuseas, vómitos, hipotensión y, con frecuencia, dolor abdominal (puede simular una gastroenteritis o un abdomen agudo), e incluso alteraciones del nivel de conciencia (coma y confusión) (9).
- **Situación hiperglucémica hiperosmolar no cetósica:** Ocasionada también por un estado de hiperglucemia y suele presentarse también ante diversos factores desencadenantes como, disminución o interrupción de la administración de insulina, fármacos (corticoides, cimetidina e ingesta inadecuada de líquidos) (9).
- **Hipoglucemia:** Es la complicación más frecuente del tratamiento con insulina, y se define como unos niveles de glucosa en sangre por debajo de 50 mg./dl. Las causas más frecuentes suelen ser sobredosificación de insulina, retraso en la ingesta de alimentos o ingesta escasa, ejercicio intenso o prolongado y consumo de alcohol o fármacos. La clínica depende de la variedad del cuadro, y varía desde síntomas leves como inestabilidad, fatiga, somnolencia, sudoración, nerviosismo, temblor, hasta trastornos psiquiátricos importantes incluso con convulsiones y coma (9).
- **Complicaciones crónicas: Afectación ocular:** La retinopatía diabética es una complicación vascular específica de la diabetes mellitus, en la actualidad constituye una de las causas de ceguera y disminución de la agudeza visual (9).
- **Afectación renal:** La nefropatía diabética constituye en la actualidad la causa más importante de enfermedad renal terminal, y se cree que afecta aproximadamente al 20- 30% de estos pacientes. Este deterioro de la función del riñón del diabético es un proceso progresivo en el tiempo que se manifiesta clínicamente en varios estadios (9).
- **Enfermedad cardiovascular:** Constituye la principal causa de morbilidad y mortalidad en los diabéticos, además, su presentación es más precoz, de evolución más rápida y mayor severidad que en los no diabéticos. No sólo esto, sino que los riesgos cardiovasculares vinculados a la diabetes se incrementan considerablemente cuando concurren otros factores de riesgo, fundamentalmente, hábito tabáquico, hipertensión arterial o dislipemias (9).
- Otras alteraciones más frecuentes en los diabéticos y que favorecen la enfermedad cardiovascular son obesidad, alteraciones en la coagulación de la sangre, se da de forma característica en los varones, son más importantes los factores de riesgo asociados que la propia diabetes en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular, mientras que en las mujeres sucede lo contrario (9).

Cuidado primario y cuidado paliativo

De acuerdo con la Declaración de Alma Ata, el cuidado primario “es el cuidado esencial en salud basado en la práctica científicamente informada y en métodos socialmente aceptados con tecnologías universalmente accesibles a todos los individuos y sus familias en la comunidad”. Además “es el primer nivel de contacto de los individuos, sus

familias y la comunidad con el sistema de salud nacional” y “constituye el primer elemento de un proceso continuo de cuidado en salud” (10).

Atención a una persona con diabetes en fase paliativa

Tabla 2. Según la fase en la que esté el paciente cambiará la estrategia

	Fase	Síntomas	Respuesta al tratamiento	Pronóstico
Enfermedad incurable avanzada	Curso de la enfermedad progresivo y gradual	Diverso grado de afectación de la autonomía y calidad de vida	Variable	Muerte a medio plazo
Enfermedad terminal	Enfermedad avanzada, evolutiva e irreversible	Síntomas múltiples, impacto emocional y pérdida de la autonomía	Escasa o nula	Semanas o meses
Agonía	Precede a la muerte	Deterioro, debilidad extrema, trastorno cognitivo, trastorno de la consciencia, dificultad para la relación, no ingesta	Sin respuesta	Horas o días

Fuente: Béjar (2).

Principios fundamentales de los cuidados paliativos

- Reafirmar la importancia de la vida, considerando a la muerte como un proceso natural.
- Establecer una estrategia que no acelere la llegada de la muerte ni tampoco la posponga.
- Proporcionar alivio del dolor y de otros síntomas angustiantes.
- Integrar los aspectos psicológicos y espirituales del tratamiento del paciente.
- Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a llevar una vida lo más activa posible hasta que sobrevenga la muerte.
- Extender ese apoyo a la familia, para que pueda afrontar la enfermedad del paciente y sobrellevar el período de duelo (11).

Formación del médico familiar en cuidados paliativos

Los médicos familiares son profesionales formados para proporcionar cuidados inte-

grales proyectados hacia el contexto familiar y social, partiendo del cuidado primario de la salud y el control del riesgo del individuo, su familia y la comunidad. Dentro de su formación, los médicos familiares además de todo el manejo clínico de las enfermedades, tienen incluido el desarrollo de un entendimiento profundo de las necesidades socio-culturales que hacen parte del sistema de salud (10).

Los médicos de familia se caracterizan por poseer aptitudes relacionadas con el interés, la empatía, el liderazgo y el profesionalismo, lo mismo que habilidades y conocimientos para proporcionar y asegurar una atención médica continua e integral a cada miembro de la familia. Se ha demostrado que la cobertura de asistencia de estos profesionales dentro del grupo de AP ha permitido mejorar el estado de salud y la percepción de la atención, mediante un servicio coste-efectivo. España es un ejemplo de los países europeos que ha desarrollado este tipo de asistencia, junto con el Reino Unido, Canadá, Estados Unidos y Nueva Zelanda, donde el médico de familia cumple funciones durante todas las etapas de la atención, desde el diagnóstico hasta el fallecimiento del paciente.

Estudios recientes han demostrado que en las regiones con mayor densidad de médicos de AP se encuentran menos tasas de hospitalizaciones, menos mortalidad, me-

nos ingresos en unidades de cuidado crítico y menos gastos de atención médica para la población general (12).

Tabla 3. Roles del médico familiar en la atención de pacientes en el final de la vida

Identificación temprana del paciente en la etapa del final de la vida
Prescripción oportuna y control de síntomas como dolor, agitación, náuseas, vómitos, disnea, sangrados y secreciones respiratorias
Reorientación de los objetivos terapéuticos
Evaluación permanente de la hidratación y estado nutricional (el inicio y la retirada oportuna)
Comunicación con el paciente y su familia para toma de decisiones terapéuticas (orden de no reanimación, voluntades anticipadas, eutanasia) y resolución de pendientes psicosociales tales como la reconciliación con seres queridos, el perdón, las acciones de gracias y el cierre de ciclos entre el paciente y sus familiares
Discusión sobre el plan de atención con el paciente, la familia o sus cuidadores
Reevaluación frecuente del paciente
Coordinación de equipos de atención
Cuidado espiritual del paciente y la familia. Preparación para el proceso de muerte
Acompañamiento de la familia en la elaboración del duelo

Fuente: Sarmiento Medina et al (12).

El cuidado de pacientes diabéticos en fase terminal requiere consideraciones específicas para abordar adecuadamente sus necesidades físicas, emocionales y espirituales. Aquí hay algunas consideraciones importantes:

- 1. Gestión de síntomas:** Es crucial controlar los síntomas relacionados con la diabetes, como la hiperglucemia o la hipoglucemia, así como otros síntomas comunes en pacientes terminales, como el dolor, la fatiga y la dificultad para respirar (13).
- 2. Monitoreo cuidadoso:** Se debe realizar un monitoreo frecuente de los niveles de glucosa en sangre para evitar complicaciones agudas de la diabetes, ajustando la medicación según sea necesario (13).
- 3. Alivio del sufrimiento:** El control del dolor y el malestar es fundamental para mejorar la calidad de vida del paciente. Los cuidados paliativos deben incluir estrategias efectivas para aliviar el sufrimiento físico y emocional (13).
- 4. Apoyo emocional:** Tanto el paciente como sus familiares necesitan apoyo emocional durante este período difícil. Los médicos y otros profesionales de la salud deben estar preparados para ofrecer asesoramiento y acompañamiento a lo largo del proceso (13).
- 5. Comunicación abierta:** Es esencial mantener una comunicación abierta y honesta con el paciente y sus seres queridos sobre el pronóstico, los objeti-



vos del tratamiento y las preferencias de atención al final de la vida (13).

6. Respeto a la autonomía del paciente:

Se debe respetar la autonomía del paciente y sus deseos en cuanto al tratamiento y los cuidados al final de la vida. Esto puede implicar decisiones difíciles sobre el manejo de la enfermedad y la limitación de tratamientos médicos agresivos (13).

7. Trabajo en equipo:

El cuidado de pacientes diabéticos en fase terminal requiere un enfoque multidisciplinario que involucre a médicos de familia, endocrinólogos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos y otros especialistas según sea necesario (13).

8. Atención espiritual:

Para algunos pacientes, las necesidades espirituales y religiosas pueden ser importantes en esta etapa. Es importante respetar y apoyar las creencias y prácticas espirituales del paciente y proporcionar acceso a servicios religiosos o de apoyo espiritual si es necesario (13).

Uno de los roles del médico de familia consiste en informar de manera oportuna, realista y culturalmente apropiada a la familia sobre la condición clínica, el proceso de muerte y los tratamientos para el manejo de síntomas. A esto se suma la orientación sobre los procesos administrativos y médico-legales relacionados con el fallecimiento de los pacientes. Esta comunicación, además de ayudar a la toma de decisiones, puede evitar momentos de ansiedad, angustia o duelos mal elaborados, y también que se opte por tratamientos desproporcionados. Esta es la razón por la cual la comunicación se describe como una competencia básica y fundamental del médico familiar y de cualquier profesional en la atención de estos pacientes (12).

La comunicación, sin duda alguna, incluye también a la familia. Varios estudios han demostrado que esta es el principal apoyo físi-

co y emocional, y que por esta razón es también un objetivo crítico, en el que interviene el médico familiar. Pese a que existen pocos métodos estandarizados para abordar áreas psicosociales, éticas o culturales, el diálogo del médico de familia puede incluir la explicación clara de las alternativas objetivas de tratamiento, expectativas de vida, que les permita identificar las intervenciones oportunas que garanticen calidad de vida y una muerte con dignidad. Algunos trabajos señalan que los pacientes en riesgo de morir prefieren tener un médico de familia para iniciar su manejo y las discusiones sobre las alternativas de tratamiento (12).

Conclusión

El papel del médico de familia en la atención paliativa de pacientes diabéticos en fase terminal es crucial para brindar un cuidado integral y de calidad. Estos profesionales desempeñan un rol fundamental en la gestión de síntomas, el apoyo emocional tanto para el paciente como para sus familiares, la coordinación de cuidados con otros especialistas y servicios de salud, y la promoción de la calidad de vida en esta etapa difícil. Además, su capacidad para establecer una relación cercana y de confianza con el paciente permite una atención personalizada que se adapta a las necesidades individuales y preferencias del paciente, mejorando así su bienestar en los últimos momentos de su vida. Es esencial que los médicos de familia estén capacitados y actualizados en el manejo de la diabetes y en los principios de cuidados paliativos para ofrecer un soporte óptimo a estos pacientes y sus seres queridos en un momento tan delicado.

Bibliografía

Alexandra OV V. Conocimientos del equipo de salud sobre cuidados paliativos al paciente diabético. Distrito de Salud Chambo-Riobamba. Abril-agosto 2018 [Internet]. Universidad Nacional del Chimborazo; 2018. Available from: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/5050/1/UNACH-EC-FCS-ENF-2018-0016.pdf>

- Béjar MMC. Atención a una persona con diabetes en fase paliativa. *Diabetes Práctica*. 2016;7(4):169–224.
- Paca Paca JA, Cubi Arévalo LI. Cuidados Paliativos de enfermería durante el Proceso de Adaptación del paciente diabético. Riobamba, 2017 [Internet]. Universidad Nacional de Chimborazo; 2017. Available from: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/4158/1/UNACH-EC-FCS-ENF-2017-0006.pdf>
- Sarmiento-Medina MI, Vargas-Cruz SL, Velasquez-Jimenez CM, Sierra de Jaramillo M. Problemas y decisiones al final de la vida en pacientes con enfermedad en etapa terminal. *Rev Salud Pública*. 2012;(14):116–28.
- Mera Herrera VDR. Estrategia de intervención en cuidados paliativos para pacientes del club de diabéticos en el centro de salud N° 3 Riobamba 2017 [Internet]. UNIVERSIDAD REGIONAL AUTÓNOMA DE LOS ANDES “UNIANDES”; 2018. Available from: <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/7962/1/TUAEXCOM-MSP006-2018.pdf>
- Herrera Alcázar VR, Presno Labrador MC, Torres Esperón JM, Fernández Díaz IE, Martínez Delgado DA, Machado Lubián MDC. Consideraciones generales sobre la evolución de la medicina familiar y la atención primaria de salud en cuba y otros países. *Cuba Med Gen Integr*. 2014;30(3):364–74.
- Abril-Collado RO, María Sofía CF. Introducción a la Medicina Familiar. *Acta Médica Peru* [Internet]. 2013 [cited 2024 Feb 20];30(1):31–6. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Pulgar Fiallos MM, Inca Ninabanda ME. Pulgar Fiallos, M. M., & Inca Ninabanda, M. E. [Internet]. UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO; 2019. Available from: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/6016/1/UNACH-EC-FCS-ENF-2019-0033.pdf>
- Vizúete Vizúeta AC, Sani Yumisaca FN. Propuesta de acciones de enfermería para un cuidado paliativo al paciente diabético Licán, Riobamba 2017 [Internet]. UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO; 2017. Available from: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/4169/1/UNACH-FCS-ENF-2017-0008.pdf>
- Barrezueta LJ, Jiménez JA, López ME, Martínez AL. El cuidado paliativo y el médico familiar: una revisión narrativa. 2020.
- De Simone GG. EL FINAL DE LA VIDA: SITUACIONES CLÍNICAS Y CUESTIONAMIENTOS ÉTICOS. *Acta Bioeth* [Internet]. 2000 Jun;6(1). Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Sarmiento Medina PJ, Díaz Prada VA, Rodríguez NC. El rol del médico de familia en el cuidado paliativo de pacientes crónicos y terminales. *Med Fam Semer* [Internet]. 2019 Jul;45(5):349–55. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138359318304234>
- Miller AH, Wittert GA. Diabetes mellitus and the end of life: a systematic review. *Palliat Med*. 2018;32(4):883–92.

CITAR ESTE ARTICULO:

Robalino Luzuriaga, A. P., Pérez Sánchez, A. S., & Terán Calderón, M. A. (2024). El rol del médico de familia en la atención paliativa de pacientes diabéticos en fase terminal. *RECIAMUC*, 8(1), 320-329. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.\(1\).ene.2024.320-329](https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.(1).ene.2024.320-329)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.